



RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



Plan National de
Développement Sanitaire
2009 - 2013

DÉCEMBRE 2008



RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



Plan National de
Développement Sanitaire
2009 - 2013

DÉCEMBRE 2008



Constitution de la République de Côte d'Ivoire du 23 juillet 2000

TITRE PREMIER : DES LIBERTÉS, DES DROITS ET DES DEVOIRS

CHAPITRE I : DES LIBERTÉS ET DES DROITS

Article 7

Tout être humain a droit au développement et au plein épanouissement de sa personnalité dans ses dimensions matérielle, intellectuelle et spirituelle. **L'Etat assure à tous les citoyens l'égal accès à la santé**, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi. L'Etat a le devoir de sauvegarder et de promouvoir les valeurs nationales de civilisation ainsi que les traditions culturelles non contraires à la loi et aux bonnes mœurs.



SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS | 9 |
| PREFACE | 11 |
| REMERCIEMENTS | 12 |
| RESUME EXECUTIF | 13 |
| INTRODUCTION GENERALE | 17 |
| PREMIERE PARTIE : DIAGNOSTIC, PRIORITES SANITAIRES, OBJECTIFS ET STRATEGIE | 19 |
| 1- CHAPITRE I : CONTEXTE | 21 |
| 1.1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE | 21 |
| 1.2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE | 21 |
| 1.3. CONTEXTE ADMINISTRATIF | 22 |
| 1.4. CONTEXTE SOCIOCULTUREL | 22 |
| 1.5. CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE | 22 |
| 1.6. CONTEXTE ECONOMIQUE | 23 |
| 1.7. DETERMINANTS DE LA SANTE | 23 |
| 1.7.1. Facteurs socioculturels | 23 |
| 1.7.2. Facteurs socio-économiques | 24 |
| 1.7.3. Facteurs environnementaux et risques à la consommation | 24 |
| 1.7.4. Facteurs liés au système de santé | 24 |
| 1.8. LE PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE LA COTE D'IVOIRE | 25 |
| 1.8.1. La morbidité générale | 25 |
| 1.8.2. La mortalité | 30 |
| 1.9. LE SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE | 31 |
| 1.9.1. Le secteur sanitaire public | 31 |
| 1.9.2. Le secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif | 32 |
| 1.9.3. Santé et sécurité au travail | 32 |
| 1.9.4. La médecine traditionnelle | 33 |
| 2- CHAPITRE II : DIAGNOSTIC, PROBLEMATIQUES ET DEFIS | 34 |
| 2.1. RAPPEL DU PNDS 1996-2005 | 34 |
| 2.1.1. Objectifs et stratégies | 34 |
| 2.1.2. Mise en œuvre et leçons tirées | 35 |
| 2.2. ANALYSE DES FACTEURS ET DETERMINANTS DE L'OFFRE | 36 |
| 2.2.1. Le cadre institutionnel et organisationnel | 36 |
| 2.2.2. Le cadre gestionnaire | 39 |
| 2.2.3. Les ressources | 40 |
| 2.2.4. La qualité des prestations de services de santé | 46 |
| 2.2.5. La recherche en santé | 47 |
| 2.3. ANALYSE DES FACTEURS ET DETERMINANTS DE LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTE | 48 |
| 2.3.1. Au niveau géographique et environnemental | 48 |
| 2.3.2. Au niveau démographique | 50 |
| 2.3.3. Au niveau socioculturel | 51 |
| 2.3.4. Au niveau socioéconomique | 52 |
| 2.3.5. Au niveau sociopolitique | 53 |
| 2.4. PROBLEMATIQUES ET DEFIS A RELEVER | 53 |
| 2.4.1. Au niveau de l'offre | 54 |
| 2.4.2. Au niveau de la demande | 58 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 3- | CHAPITRE III : VISION STRATEGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE | 60 |
| | | |
| 3.1. | VISION | 60 |
| 3.2. | PRINCIPES | 60 |
| 4- | CHAPITRE IV : PRIORITES, OBJECTIFS ET STRATEGIES | 62 |
| 4.1. | PRIORITES SANITAIRES..... | 62 |
| 4.2. | OBJECTIF GENERAL..... | 63 |
| 4.3. | OBJECTIFS SPECIFIQUES..... | 64 |
| 4.4. | STRATEGIES..... | 65 |
| | DEUXIEME PARTIE : DESCRIPTION DES INTERVENTIONS, COUTS DES INTERVENTIONS ET FINANCEMENT DU PNDP POUR LA PERIODE 2009-2013 | 67 |
| | | |
| | INTRODUCTION A LA DEUXIEME PARTIE | 69 |
| 1- | CHAPITRE I : DESCRIPTION DETAILLEE DES INTERVENTIONS | 70 |
| 1.1. | OBJECTIF 1 : AMELIORER L'EFFICACITE ET L'EFFICIENCE DU SYSTEME SANITAIRE | 70 |
| 1.1.1. | Stratégie 1 : Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire du système de santé | 70 |
| 1.1.2. | Stratégie 2 : Renforcement du cadre gestionnaire du stratégie de santé | 73 |
| 1.2. | OBJECTIF 2 : AMELIORER L'OFFRE ET LA QUALITE DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE | 83 |
| 1.2.1. | Stratégie 1 : Accroissement du financement du secteur de la santé et amélioration de la gestion des ressources financières | 83 |
| 1.2.2. | Stratégie 2 : Accroissement de l'offre de services de santé | 84 |
| 1.2.3. | Stratégie 3 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité | 93 |
| 1.2.4. | Stratégie 4 : Amélioration de la qualité des prestations des services de santé et de la sécurité des patients | 95 |
| 1.2.5. | Stratégie 5 : Amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins | 100 |
| 1.2.6. | Stratégie 6 : Renforcement des capacités du système de gestion des déchets médicaux et de lutte contre les infections nosocomiales | 101 |
| 1.3. | OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR DES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS FAVORABLES A LA SANTE | 104 |
| 1.3.1. | Stratégie 1 : Promotion de l'utilisation des services de santé et de l'hygiène publique | 104 |
| 1.3.2. | Stratégie 2 : Promotion de l'hygiène individuelle et collective | 104 |
| 2- | CHAPITRE II : COUTS DES INTERVENTIONS ET FINANCEMENT DU PNDP 2009-2013 | 107 |
| 2.1. | COÛT DES INTERVENTIONS DU PNDP | 108 |
| 2.1.1. | Coût du PNDP par année de mise en œuvre | 108 |
| 2.1.2. | Coût du PNDP par objectif | 109 |
| 2.1.3. | Coût du PNDP par stratégie | 111 |
| 2.1.4. | Coût du PNDP par principale action | 112 |
| 2.1.5. | Coût du PNDP par nature de dépense | 115 |
| 2.2. | FINANCEMENT DU PNDP 2009-2013 | 119 |
| 2.2.1. | Mécanisme de financement du PNDP 2009-2013 | 119 |
| 2.2.2. | Plan de financement | 120 |
| 2.2.3. | Besoins de financement | 120 |
| 3- | CHAPITRE III : MISE EN ŒUVRE, GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PNDP | 121 |
| 3.1. | CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDP 2009-2013 | 121 |
| 3.1.1. | Rôle du Gouvernement | 121 |
| 3.1.2. | Rôle des acteurs du système de santé | 121 |
| 3.1.3. | Rôle des partenaires au développement | 122 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 3.2. | ORGANES ET STRUCTURES DE MISE EN ŒUVRE | 122 |
| 3.2.1. | Comité de pilotage | 122 |
| 3.2.2. | Comité de suivi | 122 |
| 3.2.3. | Comités techniques de suivi et de revue des programmes | 123 |
| 3.2.4. | Cabinet du Ministre de la santé et de l'hygiène publique | 123 |
| 3.2.5. | Directions générales de la santé et directions centrales..... | 123 |
| 3.2.6. | Directions régionales et directions départementales de la santé | 123 |
| 3.3. | SUIVI ET EVALUATION DU PNDS 2009-2013 | 123 |
| 3.3.1. | Mécanisme de suivi | 123 |
| 3.3.2. | Indicateurs clés du PNDS | 124 |
| 3.3.3. | Mécanisme d'évaluation | 124 |
| 3.4. | ANALYSE DES OPPORTUNITES, EVALUATION DES RISQUES ET MENACES | 125 |
| 3.4.1. | Opportunités | 125 |
| 3.4.2. | Evaluation des risques et menaces | 125 |
| 4- | CHAPITRE IV : CADRE LOGIQUE | 127 |
| | CONCLUSION GENERALE | 141 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 142 |
| | ANNEXES | 146 |





SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

| | |
|-----------|---|
| ACPCI | : Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire |
| AMD | : Atelier de Maintenance de District |
| AMU | : Assurance maladie Universelle |
| ARV | : Antirétroviraux |
| AVP | : Accidents de la Voie Publique |
| BAD | : Banque Africaine de Développement |
| BCEAO | : Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest |
| BGF | : Budget Général de Fonctionnement |
| BSIE | : Budget Spécial d'Investissements et d'Equipement |
| CCC | : Communication pour le Changement de Comportement |
| CDT | : Centre de Diagnostic et de Traitement |
| CDV | : Conseil Dépistage Volontaire |
| CEMV | : Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire |
| CHR | : Centre Hospitalier Régional |
| CHS | : Centre Hospitalier Spécialisé |
| CHU | : Centre Hospitalier Universitaire |
| CMR | : Risque Cancérigène Mutagène Reprotixique |
| CNO | : Centre- Nord-Ouest |
| CNPS | : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale |
| CNTS | : Centre National de Transfusion Sanguine |
| COGES | : Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires |
| CPS | : Cellule de Prospective et de Stratégie |
| CREMM | : Centre Régional d'Equipement, du Matériel et de la Maintenance |
| CRESACI | : Centre Régional d'Evaluation en Santé et d'Accréditation |
| CSLP | : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté |
| CSR | : Centre de Santé Rural |
| CSU | : Centre de Santé Urbain |
| CSUCOM | : Centre de Santé Urbain à base Communautaire |
| CSUS | : Centre de Santé Urbain Spécialisé |
| DAF | : Direction des Affaires Financières |
| DCI | : Dénomination Commune Internationale |
| DD | : Direction Départementale |
| DEA | : Diplôme d'Etudes Approfondies |
| DEPN | : Direction des Etablissements Publics Nationaux |
| DEPS | : Direction des Etablissements et Professions Sanitaires |
| DIEM | : Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance |
| DIPE | : Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation |
| DPM | : Direction de la Pharmacie et du Médicament |
| DR | : Direction Régionale |
| DRH | : Direction des Ressources Humaines |
| DSRP | : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté |
| DTC3 | : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche 3ème dose |
| DTC-Hép B | : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hépatite B |
| EIS 2005 | : Enquête sur les Indicateurs du Sida 2005 |
| EPN | : Etablissement Public National |
| ESPC | : Etablissement Sanitaire de Premier Contact |
| FAC | : Fonds d'Aide et de Coopération |
| F. CFA | : Franc de la Communauté Fiduciaire Africaine |
| FED | : Fonds Européen pour le Développement |
| FN | : Forces Nouvelles |
| FPM | : Fonds de Prévoyance Militaire |
| FSU | : Formation Sanitaire Urbaine |
| FSUCOM | : Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire |
| GAVI | : Global Alliance for Vaccine and Immunization (Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation) |
| HG | : Hôpital Général |
| HTA | : Hypertension Artérielle |
| ICA | : Institut de Cardiologie d'Abidjan |
| IDH | : Indice de Développement Humain |
| IEC | : Information-Education-Communication |
| INFAS | : Institut National de Formation des Agents de Santé |
| INFS | : Institut National de Formation Sociale |
| INHHP | : Institut National d'Hygiène Publique |
| INS | : Institut National de la Statistique |

| | |
|----------|---|
| INS | : Institut National Spécialisé |
| INSP | : Institut National de la Santé Publique |
| IPCI | : Institut Pasteur de Côte d'Ivoire |
| IPR | : Institut Pierre Richet |
| IRF | : Institut Raoul Follereau |
| IRM | : Imagerie à Résonance Magnétique |
| KFW | : Kreditanstalt Für Wiederaufbau (Banque Allemande de Développement) |
| LNSP | : Laboratoire National de la Santé Publique |
| MEF | : Ministère de l'Economie et des Finances |
| MEG | : Médicament Essentiel Générique |
| MICS | : Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples) |
| MSHP | : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique |
| MUGEFCI | : Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire |
| 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 |
| PDI-FAC | : Personnes Déplacées Internes – Familles d'Accueil |
| PDSSI | : Programme de Développement des Services de Santé Intégrés |
| PEPFAR | : President's Emergency Plan For AIDS Relief |
| PEV | : Programme Elargi de Vaccination |
| PFN | : Point Focal National |
| PIB | : Produit Intérieur Brut |
| PIP | : Programme d'Investissements Publics |
| PIPAF | : Projet Ivoirien de Promotion des Aliments Fortifiés |
| PMA | : Paquet Minimum d'Activités |
| PNN | : Programme National de Nutrition |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PNUD | : Programme des Nations-Unies pour le Développement |
| PNSSU | : Programme National de Santé Scolaire et Universitaire |
| PPTTE | : Pays Pauvres Très Endettés |
| PRCT | : Projet de Recherches Cliniques sur la Trypanosomiase |
| PSP-CI | : Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PUR | : Programme d'Urgence et Réhabilitation |
| PVRH | : Programme de Valorisation des Ressources Humaines |
| PVVIH | : Personne Vivant avec le VIH |
| RASS | : Rapport Annuel sur la Situation sanitaire |
| REMED | : Réseau des Médicaments |
| RDP | : Revue des Dépenses Publiques |
| RGPH | : Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| RSI | : Règlement Sanitaire International |
| SE | : Surveillance Epidémiologique |
| SIG | : Système d'Information et de Gestion |
| SIGFIP | : Système Intégré de Gestion des Finances Publiques |
| SIS | : Système d'Information Sanitaire |
| SNIS | : Système National d'Information Sanitaire |
| SSP | : Soins de Santé Primaires |
| SSSU | : Service de Santé Scolaire et Universitaire |
| SYGEPAS | : Système de Gestion du Patrimoine Sanitaire |
| TBM | : Taux Brut de Mortalité |
| TDCI | : Troubles dûs à la Carence en Iode |
| TPS | : Tradipraticiens 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'Odontostomatologie |
| UFR SM | : Unité de Formation et de Recherche des Sciences Médicales |
| 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 |
| VAT | : Vaccin Antitétanique |
| VIH/Sida | : Virus de l'Immunodéficience Humaine Acquis/Syndrome d'Immunodéficience Humaine Acquis |





PREFACE

La période décennale 1996-2005 qui vient de s'achever était pleine d'ambitions et d'optimisme pour le développement de notre système de santé. Le PNDS 1996-2005 élaboré et mis en œuvre dans une optique de consolidation des acquis du Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) est arrivé à son terme en décembre 2005. C'est tout naturellement que l'élaboration d'un nouveau plan de développement sanitaire a été entreprise.

Tout en rendant hommage aux initiateurs et promoteurs du PNDS 1996-2005, qui ont fait montre de grandes ambitions et de créativité réformatrice, force est d'admettre que les objectifs poursuivis n'ont pu être atteints en bien des domaines, et ce, pour diverses raisons. Les nombreux écueils rencontrés dans la mise en œuvre du PNDS 1996-2005, mais qui n'avaient rien enlevé à sa pertinence, auraient pu justifier sa reconduction pure et simple. Toutefois, la nature des différents événements survenus au cours des dix dernières années dans notre pays, et qui ont profondément modifié l'environnement social, politique et économique, indiquaient que soient prospectées de nouvelles voies prenant en compte les nouveaux défis et paradigmes apparus au cours de la période passée.

Le nouveau Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013 est avant tout l'expression d'une volonté légitime et partagée de restauration des équilibres rompus. Ainsi, tout en s'inscrivant dans une logique de relance des réformes envisagées pour la décennie passée, le PNDS 2009-2013 traduit la volonté du Gouvernement de parvenir rapidement à un ajustement global du secteur de la santé, après une dizaine d'années de crise profonde aggravée par la situation de guerre qui a prévalu ces cinq dernières années.

Aussi, l'hygiène environnementale, la sécurité sanitaire des aliments, l'hygiène hospitalière, les nouvelles menaces sanitaires internationales, les maladies infectieuses et parasitaires endémiques, les maladies émergentes et réémergentes, les maladies négligées, les maladies dégénératives chroniques, les cancers, les maladies rares etc. sont-ils autant de défis qui viennent s'ajouter aux classiques problématiques du système sanitaire, tel que le sous financement chronique.

Ce plan est de toute évidence un plan de transition avant la stabilisation durable des paramètres macro-économiques et sociopolitiques de notre pays. Il prend en compte, aussi bien les besoins de réformes de notre système de santé, que les besoins urgents en rapport avec la reconstruction post-conflit du dispositif sanitaire. Par ailleurs, il tient compte des besoins liés à la stratégie nationale de réduction de la pauvreté et de ceux en rapport avec la poursuite des objectifs du millénaire pour le développement.

Tout en me réjouissant de la participation, de l'appui technique et de la contribution financière de tous à la l'élaboration du PNDS 2009-2013, qu'il me soit permis d'espérer sa pleine réalisation dans un climat de paix durable, première condition de tout développement.



ALLAH KOUADIO Rémi
Ministre de la Santé et
de l'Hygiène publique



REMERCIEMENTS

Le processus d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013, boussole du secteur de la Santé pour les cinq prochaines années, traduit la parfaite collaboration entre le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et ses partenaires tant techniques que financiers.

Aussi, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique 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 des Directions et Services émanant du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 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 du Plan et du Développement, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi, le Ministère de la lutte contre le Sida, le Ministère de la Ville et de la Salubrité Publique, le service de santé des armées,
- aux structures décentralisées telles que l'UVICOCI, l'ADDCI,
- aux Ordres et Syndicats professionnels du secteur de la santé,
- aux Experts du secteur privé sanitaire à travers, la Chambre de Commerce et d'Industrie de Côte d'Ivoire, l'ACPCI,
- aux Partenaires associatifs du secteur de la santé notamment l'ASAPSU,
- à l'ensemble de nos Partenaires techniques et financiers, Banque Mondiale, OMS, ONUSIDA, PEPFAR, PNUD, UNFPA, UNICEF, Union Européenne, pour leur grande mobilisation, leur participation pleine et active tout au long du processus consensuel d'élaboration du PNDS.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a la ferme conviction que nous poursuivrons ensemble nos efforts dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2013, qui vise à **améliorer l'état de santé et le bien-être des populations dans un contexte de post-conflit.**



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

L'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013 a débuté en 2007 à partir de l'analyse de la situation sanitaire nationale actuelle. Ce processus a été initié suite à la crise sociopolitique qu'a connu notre pays à partir de Septembre 2002 et notamment en l'absence de rapport d'évaluation formelle du PNDS précédent, arrivé à terme en 2005.

Ainsi, le diagnostic de notre système de santé a été fait et les priorités sanitaires ont été dégagées pour les cinq prochaines années.

En outre, pour faire face à cette situation au cours des cinq ans à venir, ce plan qui tient compte du contexte de post conflit, vise à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations.

Pour y arriver, trois objectifs spécifiques devront être atteints à savoir :

- Améliorer l'efficacité et l'efficience du système sanitaire par le renforcement du cadre institutionnel du système de santé et le renforcement du cadre gestionnaire du système de santé ;
- Améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé par l'accroissement du financement du secteur de la santé, l'accroissement de l'offre des services de santé, l'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité, l'amélioration de la qualité des prestations des services de santé et de la sécurité des patients, l'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins et le renforcement des capacités du système de gestion des déchets médicaux et de lutte contre les infections nosocomiales
- Promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé par la promotion de l'utilisation des services de santé et de l'hygiène publique et la promotion de l'hygiène individuelle et collective ;

La mise en œuvre de ce plan nécessite son appropriation par tous les acteurs du secteur public et privé, la société civile et les partenaires au développement. Dans cette perspective, ce plan, produit d'un long processus participatif, fera l'objet d'une large diffusion.

Le coût global du PNDS 2009-2013 est de **1 579,118 milliards de FCFA** soit environ **3 200 millions de Dollars US**.

Pour son financement, l'Etat de Côte d'Ivoire devrait augmenter son financement au secteur de la santé en passant de 5% environ actuellement à 10%. Il s'agit de passer de **100 à 200 milliards FCFA** par an en profitant notamment des ressources provenant de la remise de la dette permettant le financement du volet sanitaire du DSRP. Ce faisant, la Côte d'Ivoire va d'une part atteindre les seuils de financement public recommandé par l'OMS et d'autre part se rapprocher du seuil de 15% recommandé par les Chefs d'Etat de l'OUA en Avril 2001 à Abuja. Les partenaires du système de santé ivoirien devraient contribuer à hauteur des 5% restants par an soit environ 100 milliards par an.

La mise en œuvre réussie de ce PNDS permettra à la Côte d'Ivoire d'atteindre les résultats suivants :

- Un cadre institutionnel amélioré se traduisant notamment par l'adoption d'une loi d'orientation en santé publique, d'un code de la santé publique y compris le code d'Hygiène Publique, d'une politique de santé, une coordination intra et intersectorielle améliorée et un mécanisme de suivi et d'évaluation opérationnel.
- Une offre des services de santé accrue par la réhabilitation, la construction et le renforcement des plateaux techniques dans les zones CNO où le dispositif sanitaire a été fortement ébranlé par la crise et sur l'ensemble du pays. Cette stratégie qui est l'axe central du PNDS 2009-2013 à hauteur de **1 011,381 milliards de francs CFA** vise à remettre à niveau le système sanitaire fortement éprouvé pour atteindre au moins son niveau d'avant la crise surtout dans les zones CNO où le financement requis est de **51,920 milliards soit 5,13% des besoins pour l'amélioration de l'offre de service dans cette zone.**
- Une qualité des prestations des services de santé améliorée par la mise en œuvre effective du PMA aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, le renforcement de la lutte contre les maladies prioritaires, émergentes et réémergentes et négligées et le développement de la recherche en santé avec une contribution financière de l'Etat et cela dans le strict respect des règles éthiques internationales.
- Une plus grande disponibilité et une accessibilité notamment financière aux médicaments et autres intrants améliorées par le renforcement de l'autonomie financière et la gestion de la PSP, une disponibilité garantie et continue des médicaments et autres intrants stratégiques tant au niveau de la PSP qu'au niveau de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire de même qu'une utilisation rationnelle des médicaments de qualité.
- Une répartition adéquate des ressources humaines sur l'ensemble du pays avec une attention particulière à la zone CNO **qui a vu partir parfois 80% environ du personnel de santé.**
- Une démarche qualité initiée dans les établissements de soins, un accueil et une prise en charge des patients améliorés.
- Des mécanismes de couverture du risque maladie mis en œuvre dans le cadre d'une politique d'accessibilité financière équitable pour tous.
- Un plan national de gestion des déchets médicaux et une lutte contre les infections nosocomiales élaborés et mis en œuvre.
- Une meilleure utilisation des services de santé par les populations et une meilleure hygiène publique.
- Enfin, l'acquisition de comportements favorables à la santé par les individus et la collectivité.

La mise en œuvre de ce plan se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec l'appui des partenaires au développement et ce, au travers de plans triennaux prenant largement en compte les stratégies et actions retenues dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP).

Le système de supervision et de monitoring du PNDS 2009-2013 se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par un renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Un plan régulier de suivi et d'évaluation des activités de santé sera élaboré de manière à permettre à chaque niveau, la mise en œuvre efficace du PNDS. Ainsi, des évaluations internes et externes, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale seront diligentées.

Au-delà des ressources financières à mobiliser pour la mise en œuvre de ce PNDS, le maintien d'un environnement sociopolitique apaisé, qui passe par la tenue d'élections transparentes, libres et ouvertes, constitue le véritable défi à relever par les autorités et toute la classe politique ivoirienne. Le maintien d'un tel environnement constituera, par ailleurs, un argument important pouvant assurer à lui tout seul un véritable succès à la table ronde de mobilisation de ressources. La réussite de la mise en œuvre du PNDS 2009-2013 est donc fortement tributaire de l'évolution de la situation sociopolitique du pays ; il revient de ce fait à tous les Ivoiriens d'œuvrer dans le sens de la recherche et du maintien de la cohésion sociale pour entrevoir un début d'amélioration de leurs conditions de vie en général et de leur état de santé en particulier.





INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le système de santé ivoirien a connu la période la plus difficile de son histoire au cours de la dernière décennie. Les difficultés de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005, sont survenues au cours de cette période et au moment même où les populations ivoiriennes aspiraient légitimement à un mieux-être, notamment sur le plan sanitaire. Il n'est pas exagéré de parler de véritable crise de développement du système de santé, favorisée par plusieurs facteurs entremêlés.

Le processus de planification qui a abouti à l'adoption du PNDS 1996-2005 par le Gouvernement s'est achevé par l'organisation d'une table ronde sectorielle de mobilisation des ressources en juin 1996. La communauté des partenaires au développement, partie prenante du processus, s'était solennellement engagée à soutenir la réalisation de ce plan. Les deux années qui ont suivi l'adoption de ce PNDS ont été marquées par une réelle volonté d'accélérer la mise en œuvre des réformes initiées dans le cadre du Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) exécuté sur la période de 1991 à 1994.

Toutefois, le contentieux consécutif à l'audit des appuis budgétaires de l'Union Européenne et les graves événements sociopolitiques survenus dans le pays au cours des années 1999, 2000 et 2002 ont profondément modifié le cours de l'histoire de la Côte d'Ivoire ainsi que le devenir du système de santé.

En effet, l'interruption de la coopération financière et technique avec bon nombre de partenaires au développement consécutive au coup d'état militaire de décembre 1999, a freiné le développement du système de santé. La survenue de la guerre en septembre 2002 a aggravé la rupture avec le schéma de développement sanitaire adopté en 1996. Ce schéma s'était adapté aux innovations politiques introduites à l'avènement de la 11^{ème} République (décentralisation et assurance maladie universelle) et avait par ailleurs intégré les grandes lignes de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté dans le cadre de l'initiative Pays Pauvres Très endettés (PPTE).

Le PNDS 1996-2005 est arrivé à échéance en décembre 2005 dans un contexte de crise sociopolitique et de situation sanitaire aggravée et aux facettes multiples. C'est dans ce contexte que le Gouvernement s'engage à doter le secteur sanitaire d'un nouveau plan de développement sanitaire couvrant la période quinquennale 2009-2013.

Elaboré au moment où le pays s'achemine vers une sortie définitive de crise, le présent PNDS 2009-2013, a pour ambitions de recréer les conditions d'un développement harmonieux et cohérent du secteur sanitaire et d'améliorer l'état de santé des populations.

Dans cette perspective, promouvoir pour les populations une santé qui prenne en compte la satisfaction de leurs besoins élémentaires et essentiels, notamment pour les franges les plus exposées et les plus démunies d'entre elles constitue le but ultime du nouveau PNDS.

Etant donné les nombreux défis à relever, aussi bien sur le plan de la lutte contre la maladie que sur le plan du renforcement du système de santé, il a été nécessaire de développer une nouvelle vision sanitaire conforme aux nouvelles exigences dans le cadre du processus de planification qui vient de s'achever.



PREMIÈRE PARTIE

DIAGNOSTIC, PRIORITÉS SANITAIRES, OBJECTIFS ET STRATÉGIES





CHAPITRE I : CONTEXTE

La Côte d'Ivoire présente des caractéristiques géographiques spécifiques des autres pays de la sous-région ouest-africaine situés en bordure du Golfe de Guinée. Sa population se caractérise par une forte proportion de jeunes et une diversité socioculturelle qui s'est enrichie au fil des décennies grâce à l'apport de l'immigration émanant des pays frontaliers. Son cheminement vers la démocratie moderne a débuté en 1990 avec l'avènement du multipartisme et a été émaillé d'une succession de crises sociopolitiques. Avec les Accords de Ouagadougou de mars 2007, le pays s'est engagé dans un processus de normalisation de la vie politique et sociale garant d'une croissance économique viable.

1.1. Contexte géographique

Située en Afrique occidentale dans la zone sub-équatoriale entre le 10^{ème} degré de latitude Nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire a 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 en climat tropical de type soudanais au Nord. Quatre (4) saisons se succèdent, avec une grande et petite saison des pluies allant classiquement et respectivement d'avril à juillet et d'octobre à novembre et avec une grande et une petite saison sèche allant respectivement de décembre à mars et d'août à septembre. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au Sud et 900mm 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.

1.2. Contexte démographique

La population de la Côte d'Ivoire était estimée, à 20 581 770 habitants en 2007 d'après les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998. Selon l'INS¹, 43% de la population totale à moins de 15 ans, et 49% sont des femmes dont 51% sont en âge de procréer.

Le taux de croissance démographique annuel était estimé à 2,8% en 2006 selon l'INS. La fécondité est élevée et précoce témoignant du dynamisme démographique qui caractérise le pays et qui se traduit par un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme en 2006.

52% de la population vit en zone rurale contre 48% en zone urbaine.

La Côte d'Ivoire est un pays de forte immigration liée à sa situation géographique et historique de carrefour d'échanges économiques et culturels.

¹ Base de données sur la population, INS, Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006

1.3. Contexte administratif

En plus des communes et des villes, de nouvelles entités administratives décentralisées ont été créées à l'avènement de la 11^{ème} République en 2000 enrichissant de ce fait le paysage administratif. La Région, le Département et le District ont été adoptés en 2002, mais seuls les districts et les départements sont effectivement créés. En 2008², la Côte d'Ivoire compte, non seulement 19 régions, 56 préfectures, 307 sous-préfectures administratives fonctionnelles (sur 389 existantes) mais aussi 2 districts (Abidjan et Yamoussoukro) 70 départements fonctionnels sur 80 existants, 987 communes entités décentralisées dont 197 fonctionnelles et 8574 villages.

La capitale politique du pays est Yamoussoukro, située au centre du pays et à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

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.

Le niveau d'alphabétisation est relativement faible. La population adulte sachant lire et écrire est de 53%³ en 2005 dont 61% d'hommes et 46% de femmes.

En 2006, les résultats de l'enquête à indicateur multiple par grappe (MICS) estimaient le taux net de fréquentation du cycle primaire à 55%, et le taux de scolarisation des fillettes à 51%.

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

1.5. Contexte sociopolitique

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, la Côte d'Ivoire traverse une série de crises sociopolitiques depuis 1999.

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, a entraîné une partition du pays en deux zones, le Sud sous contrôle gouvernemental et les zones Centre Nord Ouest (CNO) sous contrôle des Forces Nouvelles (FN). Les Accords de Ouagadougou, ont permis la mise en place d'un gouvernement de transition le 7 avril 2007 avec pour mission de préparer la sortie de crise, par la tenue d'élections libres et transparentes, sous l'égide de la communauté internationale.

² Ministère de l'Intérieur, Direction générale de la décentralisation et du développement local, données octobre 2008

³ EIS 2005

1.6. Contexte économique

La crise sociopolitique que traverse le pays a eu des effets négatifs sur la croissance du PIB qui a été fortement ébranlée entre 2000 et 2003. Les taux en volume ont été respectivement -2,3%, et -1,7%⁴.

Toujours dominée par le binôme café-cacao, l'économie nationale, a connu une légère amélioration depuis 2004 grâce aux ressources engendrées par l'extraction pétrolière, le développement du secteur des télécommunications et le commerce⁵.

Ce redressement de la croissance se traduit par des taux respectifs de +1% en 2004, +1,8% en 2005 et +1,2% en 2006⁶.

Néanmoins, le rapport 2006 du PNUD plaçait la Côte d'Ivoire au rang de 164^{ème} pays sur 177 avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 41,5%. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté évaluée à 38,4% en 2002, selon une enquête menée par l'INS, est actuellement estimée à 44% selon le rapport 2006 du PNUD.

Malgré les performances des régies financières, la baisse générale de l'activité économique consécutive à la crise sociopolitique a eu une incidence sur les finances publiques. L'Etat a accumulé des arriérés de dettes intérieures et extérieures qui ont considérablement réduit ses capacités financières.

1.7. Déterminants de la santé

Un certain nombre de facteurs influence la santé des populations. Il s'agit notamment des facteurs socioculturels, socio-économiques, environnementaux, géographiques et ceux liés au système de santé.

1.7.1. Facteurs socioculturels

L'apparition d'états morbides ou de situations sanitaires diverses au sein des populations est déterminée en grande partie par un certain nombre de facteurs négatifs. Ce sont le faible niveau général d'instruction et d'éducation de la population (surtout des filles), les pesanteurs socioculturelles qui accroissent les pratiques néfastes à la santé (le lévirat, le mariage précoce, l'excision, ...) et les représentations que les populations se font de la santé et de la maladie, sur la base de leurs croyances.

Il en est de même pour les changements significatifs survenus dans les modes de vie des populations, tels que la propension à la sédentarité, l'alcoolisme, le tabagisme, la consommation de stupéfiants et une alimentation déséquilibrée, qui sont à l'origine en partie de l'expansion de certaines affections telles que, le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), les cancers, l'obésité, les cardiopathies, etc.

⁴ Côte d'Ivoire - Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 1 Intérimaire (2008)

⁵ Côte d'Ivoire - Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 1 Intérimaire (2008)

⁶ Côte d'Ivoire - Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 1 Intérimaire (2008)

1.7.2. Facteurs socio-économiques

Les difficultés du financement du secteur de la santé ont amené l'Etat à abandonner l'option de la gratuité des soins. Un système de recouvrement des coûts des actes de santé et des médicaments a été développé à partir des années 1990 dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Toutefois, le faible niveau de revenu d'une frange importante de la population et la paupérisation croissante, notamment en milieu rural, constituent des facteurs majeurs d'inaccessibilité aux soins de qualité pour bon nombre de ménages vivant en Côte d'Ivoire.

Le faible pouvoir d'achat des populations en général et des femmes en particulier limite leur accès aux services sociaux de base.

Ces facteurs sont encore plus déterminants lorsqu'il s'agit d'accès aux soins hospitaliers publics et aux soins dans les établissements sanitaires privés. D'une manière générale, les facteurs socio-économiques défavorables, la tendance naturelle d'une grande frange de la population à avoir systématiquement recours à la médecine traditionnelle et les coûts souvent onéreux de certaines prestations sont des facteurs limitant d'accessibilité aux soins.

Par ailleurs, les difficultés pour satisfaire leurs besoins de santé ont amené les ménages à adopter des comportements alternatifs néfastes comme le recours à des soins peu fiables.

1.7.3. Facteurs environnementaux et risques à la consommation

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

Le manque d'hygiène, l'insalubrité, les déchets ménagers, industriels et médicaux, 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 constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations. Ces facteurs d'exposition expliquent en partie la fréquence élevée des maladies infectieuses, parasitaires, respiratoires et cutanées et les nombreuses pollutions observées dans l'environnement.

Les conditions déplorables de sécurité sanitaire des aliments, la méconnaissance des normes en la matière au niveau national associées au boom de la restauration collective constituent des menaces sanitaires quasi permanentes.

Les risques à la consommation concernent également les médicaments contrefaits ou prohibés, l'insuffisance de contrôle sanitaire dans les lieux de restauration collective.

1.7.4. Facteurs liés au système de santé

La couverture sanitaire, la gamme et la qualité des prestations disponibles dans les établissements de soins et leurs caractéristiques sont des déterminants de l'état de santé des populations bénéficiaires. Il en est de même pour la nature du financement du secteur et la couverture du risque maladie.

Le système sanitaire a adopté la stratégie des soins de santé primaires. Pour assurer les soins à la population dans ce cadre, elle a créé les districts sanitaires en 1994 et défini un Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour les différents niveaux et les échelons de la pyramide sanitaire en 1996. Mais l'absence d'un mécanisme de couverture universelle du risque maladie, l'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires limitent l'impact des politiques sanitaires.

1.8. Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire

Le niveau actuel des principaux indicateurs de morbidité et de mortalité rend compte de l'état de santé général de la population. Il traduit dans une certaine mesure le niveau de la demande de soins de la population notamment, pour les couches les plus vulnérables.

1.8.1. La morbidité générale

1.8.1.1 L'état nutritionnel

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

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

La dernière enquête SMART réalisée en 2008 montre une dégradation de la situation nutritionnelle. En effet dans le Nord, la malnutrition aiguë est passée de 12% (MICS 2006) à 17,5% dépassant largement le seuil critique qui est de 10%.

Toujours selon la MICS 2006, l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 59 mois était de 20,2% avec 4,3% de forme sévère. La prévalence des petits poids à la naissance était de 16,5% et l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois avait une prévalence de 4%.

A ces problèmes de malnutrition sont associées les carences en micronutriments : Fer, Vitamine A, iode, etc.

Selon le PIPAF⁹, 67,4% des enfants de moins de cinq ans étaient anémiés. Pour la même année, 58%¹⁰ des femmes en âge de reproduction étaient également anémiées.

En 2007, la carence en vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans était de 26,9% (PIPAF 2007).

Quant à la carence en iode dans l'alimentation, elle se caractérisait en 2004¹¹ par une prévalence du goitre chez les enfants de 6 à 12 ans de 4,8%. Aussi 84,4% des ménages disposent de sels iodés.

⁷ Enquête Nutrition et Mortalité en Côte d'Ivoire, 2004

⁸ MICS 3, 2006

⁹ Evaluation de la carence en vitamine A, fer et acide folique en Côte d'Ivoire, 2007, PIPAF

¹⁰ Rohner et al 2007

¹¹ Evaluation de la lutte contre les troubles dus à la carence en iode en Côte d'Ivoire, 2004

Concernant la malnutrition par excès, l'enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles en 2005 menée chez les individus de 15 à 64 ans dans la région des lagunes a révélé une obésité chez 5,7% des hommes et 11,6% des femmes enquêtés, et un surpoids chez 24,6% des hommes et 11,6% des femmes enquêtés.

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

1.8.1.2 La santé de la mère et de l'enfant

La santé de la mère et de l'enfant demeurent une préoccupation constante malgré les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour inverser les tendances.

La couverture en soins prénatals de rang 1 était en 2005¹² de 87% et 45% pour les soins prénatals de rang 4. Cela dénote d'une insuffisance dans la continuité de la surveillance des grossesses.

En 2005, 59,2% des mères avaient reçu au moins deux (2) doses de Vaccin Antitétanique (VAT).

La proportion de femmes consultant les accoucheuses traditionnelles était pour la même année de 4% et 7% de femmes n'avaient fait aucune consultation prénatale.

En 2006, le pourcentage d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié était de 56,8% (MICS 2006).

La prise en charge des complications obstétricales demeure insuffisante. En 2004, seulement 60,1% des complications obstétricales attendues dans la ville d'Abidjan ont été traitées avec une pratique de la césarienne de 3,6%¹³.

Selon l'EIS, en 2005, la prévalence contraceptive reste encore faible soit 13% toutes méthodes confondues. Les fistules obstétricales sont en nombre assez important. Une étude socio anthropologique et épidémiologique réalisée en janvier 2006 dans 5 hôpitaux et communautés des districts sanitaires d'Abidjan, de Bouaké, de Duékoué, de Guiglo et d'Abengourou, a permis d'enregistrer 209 cas de fistules obstétricales au cours de la période 1995-2005¹⁴. La prise en charge de ces fistules est inaccessible aux populations du fait de leur coût élevé. Une autre étude similaire a enregistré 174 cas de fistules obstétricales sur la période 2000-2007 dans les régions de Man, Danané et San-Pédro.

Quant aux enfants de moins de cinq ans, en 2006¹⁵, leur profil épidémiologique reste dominé par une incidence élevée des affections courantes suivantes : le paludisme (110,89‰), les infections respiratoires aiguës (83,96‰), les maladies diarrhéiques (152,01‰), la rougeole (0,19‰).

Selon les enquêtes MICS en 2006, la couverture vaccinale est de 85% pour le BCG, de 81% pour la POLIO, de 79% pour la DTC-HépB, de 84% pour la rougeole, de 75% pour les enfants entièrement vaccinés, de 83% pour la fièvre jaune et de 67% pour la protection contre le tétanos néonatal. Les couvertures vaccinales nationales par antigène sont généralement inférieures à 90%.

¹² EIS 2005

¹³ Etude de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgences (SOU) à Abidjan, DCPNSR/PF 2006

¹⁴ SOURCE : Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales 2006

¹⁵ Base de données de l'annuaire statistique, DIPE/MSHP 2001-2013

Cependant, une résurgence de certaines maladies évitables par la vaccination a été observée. En effet, on a constaté une augmentation du nombre de cas suspects de rougeole, de 3993 cas suspects dont 87 cas confirmés en 2004 à 4731 cas suspects dont 117 cas confirmés en 2005¹⁶. 0 cas de Fièvre Jaune en 2004, 2 cas confirmés en 2005 et 2 cas confirmés en 2006 ; des cas confirmés de poliomyélite de 0 en 2001 à 17 en 2004 et de tétanos maternel et néonatal de 8 en 2004 à 32 en 2006).

Par ailleurs, depuis la campagne de vaccination de masse d'Août 2005¹⁷, on note une interruption de la circulation du poliovirus sauvage et une baisse de l'incidence des cas de rougeole.

1.8.1.3 Le VIH/Sida et les IST

Selon l'EIS 2005, la prévalence du VIH/Sida est de 4,7% avec une prévalence plus élevée chez les femmes (6,4%) que chez les hommes (2,9%); elle est de 8,2% chez les femmes enceintes. Les régions les plus touchées sont le Centre-Est (5,8%), le Sud (5,5%) et la ville d'Abidjan (6,1%). La prévalence est plus élevée en milieu urbain (5,4%) qu'en milieu rural (4,1%). Le VIH/Sida touche plus la tranche d'âge des 15-49 ans avec un pic pour les 30-34 ans. Par ailleurs, l'épidémie en Côte d'Ivoire est caractérisée par la présence des deux virus : VIH 1 et VIH 2.

Selon le rapport 2007 de l'ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida est estimé à 475 813 et le nombre d'orphelins du VIH à 420 000.

18 223 patients ont été nouvellement mis sous ARV, ce qui porte le cumul à 36 348 patients sous ARV au 31 décembre 2006¹⁸, depuis le début de l'initiative en Côte d'Ivoire.

Il est à noter que la dispensation des ARV n'est pas effective dans les régions sanitaires de la Marahoué, du Worodougou et du Moyen-Cavally. Moins de 10% des femmes enceintes accèdent aux services de PTME. Par ailleurs, depuis 2008 les ARV sont cédés gratuitement aux malades.

Les infections sexuellement transmissibles chez les femmes âgées de 15 à 44 ans, viennent en deuxième position des causes de morbidité hormis le VIH/Sida. L'incidence moyenne au plan national des IST chez l'adulte est de 6,95‰ en 2006. Cette incidence connaît une tendance à la baisse depuis 1996¹⁹. En effet elle est passée de 15,6‰ en 1996, à 12,2‰ en 1998 puis à 10,2‰ en 2000.

1.8.1.4 Le paludisme

Le paludisme constitue un véritable problème de santé publique en Côte d'Ivoire. En effet, selon les données statistiques disponibles, ce fléau représente la première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. En 2006, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 69,25‰. Chez les enfants de moins de 5 ans, cette maladie avait une prévalence de 110,89‰. Ce fléau n'épargne aucune zone du pays.

¹⁶ Rapport d'activité 2005 DCPEV

¹⁷ Rapport annuel d'activité 2006, DCPEV

¹⁸ Rapport annuel 2006 des activités du VIH secteur santé

¹⁹ RASS 1999-2000

1.8.1.5 La tuberculose

Selon l'OMS en 2006, le nombre total de cas estimé de tuberculose en Côte d'Ivoire était de 70 220, soit une incidence de 393 cas pour 100 000 habitants. L'incidence de la forme à microscopie positive est de 169 cas pour 100 000 habitants. La co-infection tuberculose - VIH/Sida pose un problème de santé publique. En 2007²⁰, cette co-infection était d'environ 39% et l'incidence de la tuberculose multi-résistante était estimée à 2,5%.

En 2007²¹, sur 11 085 patients tuberculeux testés, 4311 sont positifs pour le VIH et 1129 ont reçu un traitement contre la tuberculose et le VIH soit 26% des patients co-infectés. La proposition de test VIH chez les patients tuberculeux initiée depuis 1998 a été portée à échelle à partir de 2004.

1.8.1.6 Les autres maladies transmissibles

En 2006, selon l'INHP, on notait 724 cas suspects de méningite cérébro-spinale, 415 cas suspects de choléra et 290 cas suspects de fièvre jaune.

1.8.1.7 Les maladies non transmissibles

Les effets de la transition nutritionnelle et de la sédentarité croissante font augmenter le taux de maladies cardio-vasculaires et de cancers, de même que l'obésité et le diabète de type 2. En effet, l'enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005 a révélé que 88,1% des populations en Côte d'Ivoire avait un faible niveau d'activité physique.

Les maladies non transmissibles restent dominées par les maladies métaboliques, les maladies cardio-vasculaires (HTA), les cancers.

Le diabète sucré touche 5,7% de la population adulte. En milieu hospitalier, 40 à 88% des patients présente des complications de type métabolique aigu (comas acidocétosique et hypoglycémique) compromettant ainsi le pronostic vital.

L'HTA est actuellement en nette progression. L'enquête STEPS²² 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%. La population d'hypertendus augmente avec l'âge pour atteindre 58,4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans.

Toujours selon l'enquête STEPS 2005, dans la région des Lagunes, le surpoids était observé chez 24,6% des sujets de sexe masculin et 37,6% des sujets de sexe féminin âgés de 15 à 64 ans, tandis que l'obésité atteignait 9,1% de la population masculine. Cette obésité s'associe au diabète dans 19 % des cas et ajoute ainsi ses effets délétères à ceux de la maladie diabétique. Il en résulte un accroissement du taux de complications cardio-vasculaires.

Concernant le cancer en Côte d'Ivoire, 15 000 nouveaux cas sont attendus par an. Parmi ces cancers, les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux. L'incidence est 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'utérus²³.

²⁰ Rapport annuel PNL 2007

²¹ Rapport annuel 2007 du PNL

²² Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005 - Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles

²³ Sources : registre national du cancer en Côte d'Ivoire : CHU de Treichville ; Année 2004

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 (28%). Il n'existe pas encore de politique de prévention du cancer.

1.8.1.8 Les affections odonto-stomatologiques, les affections de la sphère ORL, les affections ophtalmologiques

Les enquêtes nationales et régionales révèlent une forte prévalence des maladies bucco-dentaires, notamment la carie dentaire avec 62,4% chez les enfants de 12 ans, 70,9% chez les 15 ans et 89% chez les 35-44 ans et les parodontopathies aux mêmes âges de référence respectivement de 73%, 78%, 84%. On observe une recrudescence de pathologies lourdes telles que le Noma, le Lymphome de Burkitt et les lésions buccales associées au VIH/Sida. En milieu scolaire, la carie dentaire est la deuxième cause d'absentéisme des élèves.

La prévalence de la cécité peut être estimée aujourd'hui en Côte d'Ivoire à 2% de la population générale. La cataracte est présente chez 1%²⁴ de la population et provoque une cécité curable et totalement réversible. Le glaucome survient chez les sujets beaucoup plus jeunes, et provoque la cécité chez de nombreux malades.

1.8.1.9 Le tabagisme, les AVP, les stupéfiants, les violences sexuelles...

Les changements significatifs dans les modes de vie, ont conduit les populations à une propension à la sédentarité, à l'alcoolisme, au tabagisme et à la consommation de stupéfiants de tous genres.

En 2005²⁵, la prévalence du tabagisme quotidien était de 9,5% et la prévalence du tabagisme non quotidien de 4,1% dans la population âgée de 15 à 64 ans.

Par ailleurs, la Côte d'Ivoire fait partie des pays de la sous-région où le nombre d'accidents de la voie publique (AVP) est jugé élevé. La mortalité, les handicaps et séquelles consécutifs aux AVP se sont accrus ces dix dernières années.

Les violences basées sur le genre sont en nette progression. Les violences tant physiques, sexuelles que psychologiques ont connu une recrudescence avec l'avènement de la crise que connaît le pays. Une enquête²⁶ menée par le Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales et l'UNFPA en 2007 indique que 59,5% des personnes enquêtées ont déclaré avoir été victimes de violences physiques au cours des douze derniers mois contre 10,41% de violences sexuelles et 89,59% de violences verbales dans la région d'Abidjan. En dépit de l'insuffisance de données statistiques, une prise en charge des victimes de violences sexuelles est amorcée en Côte d'Ivoire avec l'élaboration en 2006 d'un kit de formation en prévention et prise en charge multidisciplinaire et multisectorielle des cas.

En 2006²⁷, le taux de prévalence des mutilations génitales féminines était de 36% et celle de la forme extrême d'excision de 5%. Cette pratique se rencontre en grande partie dans l'Ouest et le Nord du pays. Les complications sont connues, les mutilations génitales féminines contribuent à une forte morbidité et une forte mortalité féminines.

²⁴ Programme National de lutte contre la Cécité, document de politique, 2006

²⁵ Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005

²⁶ Analyse des violences basées sur le genre dans le département d'Abidjan : Résultats de l'enquête quantitative, Ministère de la Femme et des Affaires sociales, janvier 2007

²⁷ MICS 2006

1.8.1.10 Les maladies émergentes, réémergentes, anciennes ou négligées

L'ulcère de Buruli constitue un véritable problème de santé publique avec des cas d'infirmité permanente enregistrés notamment chez des enfants d'âge scolaire. Le nombre de cas cumulé est passé de 500 en 1994 à 25 000 en 2006²⁸.

Certaines pathologies bien connues, persistent encore et nécessitent une attention particulière.

La Trypanosomiase Humaine Africaine avec 0,17% de prévalence de 2000 à 2006, la Bilharziose avec 0,21‰ comme incidence en 2006 et le Pian (avec une incidence de 0,23‰ en 2004 et 0,27‰ en 2006) sont concernés²⁹.

D'autres maladies anciennes comme la dracunculose (en 2007³⁰ aucun cas n'a été enregistré dans les 707 villages sous surveillance), la lèpre, l'onchocercose et la syphilis sont en voie d'élimination ou d'éradication ou en nette régression et ne constituent plus un problème de santé publique. Elles restent néanmoins préoccupantes.

1.8.2. La mortalité

1.8.2.1 La mortalité générale

La mortalité générale, c'est-à-dire la mortalité tous âges confondus, avait baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. Le taux brut de mortalité (TBM) est passé de 12,3‰³¹ en 1988 à 14‰ en 2006³².

Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. On relève, entre autres, la dégradation continue des conditions de vie des populations, la recrudescence des grandes endémies tropicales, certaines affections comme le VIH/Sida et les causes liées aux modes de vie moderne (consommation excessive d'alcool, accidents divers, mauvaise nutrition).

L'espérance de vie à la naissance est de 51,3 ans en 2006³³

1.8.2.2 La mortalité néonatale, infantile, juvénile

L'enquête sur les indicateurs du Sida (EIS) a estimé la mortalité néonatale à 41‰ (EIS 2005). La plupart des statistiques de la région estime la proportion de la mortalité néonatale à environ 40% de la mortalité infantile.

Les principales causes de cette mortalité néonatale sont la détresse respiratoire, le syndrome hémorragique, la souffrance cérébrale, le faible poids de naissance, la prématurité et les infections néonatales.

²⁸ REPCI 2006

²⁹ Base de données de l'annuaire statistique, DIPE/MSHP 2001-2006

³⁰ Rapport annuel d'activité 2007, Programme National d'Eradication du Ver de Guinée

³¹ RGPH 1998, volume 4 : analyse des résultats, tome 5 : mortalité

³² Base de données de l'annuaire statistique, DIPE/MSHP 2001-2006

³³ RGPH 1998, projection 2006

La tendance de la mortalité infantile reflète celle de la mortalité générale. Le quotient de mortalité infantile, c'est-à-dire la probabilité de mourir entre la naissance et le premier anniversaire, est passée en 1998 de 112‰ à 84‰ en 2005 selon l'EIS.

La mortalité infanto-juvénile est de 125‰ en 2005³⁴. Cet indicateur se serait amélioré par rapport à 1998 où il était de 174‰ (INS et Macro International). Cependant il reste élevé.

1.8.2.3 La mortalité maternelle

La mortalité maternelle estimée à 543 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005³⁵ reste encore très élevée. Cette mortalité maternelle est essentiellement due, dans 80% des cas, à des causes médicales directes dont les hémorragies, les dystocies, l'hypertension artérielle.

Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux et 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.

1.9. Le système de santé ivoirien : organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale.

L'organisation du système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire (Cf arrêté n°28 du 8 février 2002).

Le système de santé est dominé par un secteur public plus grand et un secteur privé en plein essor. A côté de ces deux secteurs, la médecine traditionnelle occupe une place relativement importante. Dans le cadre de la politique de décentralisation administrative, les collectivités territoriales interviennent dans la planification sanitaire et l'offre des soins.

Son fonctionnement, en dépit de certains progrès enregistrés (l'organisation et le fonctionnement des Districts sanitaires, le développement du partenariat) lors des décennies passées, reste à parfaire pour satisfaire les besoins des populations, notamment celles des zones rurales et celles des zones périurbaines défavorisées.

L'avènement des conseils généraux dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de décentralisation oriente vers une redistribution des rôles et des missions dans le domaine de la santé. Quant au secteur privé en développement, il devrait dans les années à venir constituer une composante essentielle du dispositif national d'offre de soins.

La médecine traditionnelle, quant à elle, est en voie d'organisation dans le sens d'une intégration et d'une complémentarité avec la médecine moderne.

1.9.1. Le secteur sanitaire public

L'offre publique de soins est organisée selon une pyramide sanitaire à trois niveaux. Le niveau primaire est constitué des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (centres de santé, centres de santé spécialisés, formations sanitaires).

Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (HG, CHR, CHS), tandis que le niveau tertiaire est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (CHU, INS).

³⁴ EIS 2005

³⁵ Enquête sur les indicateurs du SIDA 2005 (EIS 2005)

L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs. Les services centraux sont composés du cabinet du MSHP, des services et directions rattachés et des directions générales et centrales. Ils ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé. Quant aux services extérieurs, ils sont composés de 19 Directions Régionales (DR) et de 83 Directions Départementales (DD) ou Districts sanitaires en 2008. Ils ont pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé.

Il est à noter que d'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Défense, Economie et Finances, Emploi et Fonction Publique, Affaires sociales, Education, Intérieur).

1.9.2. Le secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif

Le secteur sanitaire privé s'est développé progressivement ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines privées de pharmacie et infirmeries privées). 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/S-DESPr du 16 juillet 2007 qui crée le cadre du partenariat public – privé, le secteur sanitaire privé s'est développé parfois de manière anarchique. On note une installation de plusieurs établissements sans autorisation préalable. Selon une étude réalisée dans la zone Sud du pays en 2008, sur 1 242 établissements privés recensés, 847 ne possèdent aucune autorisation d'ouverture. La plupart de ces établissements sont des centres de soins infirmiers dont 591 fonctionnent dans l'illégalité sur les 854, soit 69% du total. De plus, certains médecins et infirmiers du secteur public exercent de manière illégale dans le secteur privé.

Par ailleurs, on note une faible collaboration entre le secteur privé et le secteur public et une insuffisance de la réglementation de ce secteur.

Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Mais l'absence d'une politique de contractualisation et l'insuffisance organisationnelle des ONG constituent une entrave à l'expansion du secteur associatif.

1.9.3. Santé et sécurité au travail

Selon le décret n°2007-458 du 20 avril 2007, la médecine du travail relève du Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi. A ce titre, il est chargé (i) du Suivi de la santé au travail des fonctionnaires et agents de l'Etat, en liaison avec le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, (ii) de l'élaboration, du suivi et du contrôle de l'application et de la réglementation en matière de médecine du travail, en liaison avec le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, (iii) du renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux atteints de l'infection à VIH/SIDA et du renforcement de la médecine du travail en collaboration avec le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Le Code du Travail et le Code de Prévoyance Sociale donnent la réglementation en santé et sécurité au travail.

42 maladies professionnelles indemnifiables ont été identifiées.

1.9.4. La médecine traditionnelle

Le Gouvernement a instauré une collaboration des services publics de santé avec les tradipraticiens à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. En 2007, plus de 8500 tradithérapeutes (tradipraticiens de santé (TPS)) ont été recensés et regroupés par spécialité. 689 d'entre eux ont été formés à l'anatomie, à l'hygiène conventionnelle ; 60 d'entre eux ont également droit de propriété intellectuelle. Cependant, la médecine traditionnelle souffre de plusieurs faiblesses dans sa structuration.

On peut citer (i) l'insuffisance dans les orientations, (ii) l'absence de loi fondamentale et de décret d'application spécifique à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles, (iii) la non pertinence des recherches plus individualisées qu'axées sur les besoins de l'ensemble de la population, (iv) l'anarchie dans l'exercice des tradipraticiens, et (v) l'absence d'approche pluridisciplinaire conformément à la stratégie du programme national.



CHAPITRE II : DIAGNOSTIC, PROBLEMATIQUES ET DEFIS

2.1. Rappel du PNDS 1996-2005

Le Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005 a été le premier plan sectoriel adopté par le Gouvernement.

La stratégie envisagée dans le cadre de ce plan a été d'améliorer l'accessibilité aux services sanitaires et de promouvoir les Soins de Santé Primaires par la définition et la mise en œuvre d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA). Il s'agissait d'un plan très ambitieux.

2.1.1. Objectifs et stratégies

L'objectif du PNDS 1996-2005 était d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins de la population. Les trois objectifs spécifiques étaient la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux grands problèmes de santé, l'amélioration de l'efficacité du système et l'amélioration de la qualité des prestations.

Ces objectifs reposaient sur les stratégies (i) de promotion du développement des Soins de Santé Primaires par la mise en œuvre d'un Paquet Minimum d'Activités, (ii) d'amélioration de la gestion du système et de la promotion de la multisectorialité ainsi que du partenariat avec les autres secteurs, (iii) de rationalisation du développement de l'utilisation des ressources humaines du secteur, (iv) de promotion de la recherche opérationnelle et du développement de normes sanitaires et de normes de gestion du système.

Le volet programmatique du PNDS 1996-2005 comprenait sept (7) domaines d'intervention dont la réalisation devrait permettre l'atteinte des objectifs poursuivis. Il s'agissait des programmes de (i) renforcement des capacités institutionnelles, (ii) développement et renforcement des capacités des ressources humaines, (iii) développement des infrastructures, (iv) déconcentration et décentralisation, (v) santé et prévention de la maladie, (vi) développement du partenariat avec les autres acteurs du système et de (vii) diversification des sources de financement du secteur.

Ces interventions couvraient le champ des différentes réformes visées en vue de l'amélioration du fonctionnement et de la productivité du système de santé. Il s'agissait de (i) la décentralisation, (ii) la recherche de nouveaux modes de financement du secteur, (iii) l'adaptation du système de gestion du secteur aux exigences nouvelles et (iv) l'ouverture du secteur à de nouveaux intervenants dans un cadre de partage des responsabilités entre le public, le privé, les associations communautaires, les collectivités décentralisées.

2.1.2. Mise en œuvre et leçons tirées

Un cadre de pilotage, de suivi et de mise en œuvre du PNDS a été progressivement mis en place à partir de 1996. Il comprenait un comité de pilotage du PNDS, un comité national de l'action sanitaire, un secrétariat technique permanent, des plans annuels d'actions stratégiques, des objectifs intermédiaires du PNDS, des réunions annuelles de bilan réunissant tous les acteurs pour établir les avancées et affiner les stratégies.

La première période quinquennale (1996-2000) de mise en œuvre du PNDS a vu la poursuite et l'achèvement de projets (BAD, KFW, FED, FAC etc.), l'identification et la mise en œuvre d'autres projets dont le PDSSI financé par la Banque Mondiale.

Des coopérations ont été établies avec certains partenaires techniques du système des Nations-Unies (UNFPA, UNICEF, OMS). Ainsi, sur 131 milliards de FCFA d'investissements prévus pour le financement des trois premières années d'exécution du PNDS, 118 milliards ont été inscrits au budget et seulement 45 milliards exécutés. Cette baisse des budgets exécutés était essentiellement due au retrait ou à la suspension de nombreux bailleurs mais aussi aux difficultés d'exécution des budgets votés (Revue des Dépenses Publiques 2002).

Cette période a également été marquée par la définition et l'adoption d'une stratégie sectorielle de lutte contre la pauvreté axée sur le renforcement de l'offre de soins pour les populations les plus démunies. Un accent particulier a été mis sur la santé de la reproduction, la planification familiale et la lutte contre le SIDA.

Cependant, les événements inattendus survenus à partir de 1999 ont perturbé la mise en œuvre du PNDS. L'arrêt de la coopération financière et technique avec bon nombre de partenaires a constitué également un handicap majeur pour la mise en œuvre du PNDS.

Dans ces conditions, les évaluations à mi-parcours et l'évaluation finale n'ont pu être réalisées.

L'ensemble des infrastructures et des ressources humaines dont dispose le système sanitaire lui a permis d'obtenir des résultats encourageants avant la crise politico-militaire. En effet, en 1999, le taux de mortalité infantile était de 103,2‰ contre 150‰ avant la mise en œuvre du PNDS (INS, 2002).

Les effets de la crise politico-militaire ont amplifié la décroissance du nombre des infrastructures. Selon le Rapport Action Santé en Crise de Novembre 2004 publié par l'OMS, 70% des structures sanitaires à travers le pays ne fonctionnaient plus en 2004.

Toutefois des efforts ont été accomplis par le Gouvernement avec l'appui des partenaires au développement pour la remise en état de certaines infrastructures et le maintien des prestations. A titre d'illustration, les dépenses de santé du gouvernement sont passées de 59,2 Milliards FCFA en 2001 à 69,5 Milliards FCFA en 2003.

2.2. Analyse des facteurs et déterminants de l'offre

La situation sanitaire en Côte d'Ivoire est le reflet de l'insatisfaction globalement constatée au niveau des besoins de santé. Malgré certains progrès, l'offre de services est encore faible et gérée dans l'ensemble de manière peu performante pour diverses raisons.

La charge de morbidité et de mortalité observée traduit dans une certaine mesure l'incapacité du système de santé ivoirien à corriger durablement les dysfonctionnements en cause. La situation sanitaire est aggravée par les effets de la crise sociopolitique qui perdure dans le pays depuis 2002.

Cette crise a largement contribué à la détérioration de la situation sanitaire par la désorganisation du dispositif sanitaire sur toute l'étendue du territoire notamment dans les zones occupées par les FN. Face à une demande de santé de plus en plus élevée et diverse en matière de santé, l'offre reste encore insuffisante pour couvrir les besoins qu'il s'agisse des infrastructures, des ressources humaines ou de la sécurité de l'approvisionnement en médicaments.

2.2.1. Le cadre institutionnel et organisationnel

2.2.1.1 La vision stratégique à moyen et long terme

Bien qu'il est clair que le Gouvernement a adopté une Politique de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) prenant en compte les préoccupations politiques et stratégiques en matière de santé des populations depuis 1991 et que la stratégie santé soit basée sur les Soins de Santé Primaires et l'Initiative de Bamako, il n'existe toujours pas à ce jour un document affirmant les orientations et les priorités du gouvernement en matière de politique sanitaire.

2.2.1.2 Le cadre juridique, réglementaire, les missions du MSHP

Au plan institutionnel et réglementaire, le secteur de la santé est régi par le décret n°2007-507 du 13 juin 2007 portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. De nombreux textes législatifs et réglementaires existent, et sont pour la plupart mal ou pas du tout appliqués. Toutefois, dans bien des cas, ceux-ci mériteraient d'être actualisés ou élaborés pour tenir compte des évolutions observées au niveau du secteur.

Il s'agit principalement d'une loi d'orientation de santé publique et d'un code de la santé publique, ainsi que des textes d'organisation des pratiques médicales et de l'exercice privé des professions de santé.

Le MSHP est chargé de la mise en œuvre et du suivi de la politique du Gouvernement en matière de santé et d'hygiène publique. A ce titre, il a l'initiative et la responsabilité de nombreuses actions.

En matière de santé, il est chargé de l'élaboration et du suivi de l'application des textes, de la protection sanitaire des populations, de l'organisation des soins et de la formation professionnelle des agents de santé.

En matière d'hygiène, il est chargé de l'élaboration et du suivi de la réglementation en matière d'hygiène publique, de la conception, de la mise en œuvre et du suivi de la politique du Gouvernement en matière de déchets médicaux.

2.2.1.3 La place et le rôle du secteur sanitaire privé

Le secteur sanitaire privé lucratif connaît un développement accéléré, notamment dans les grandes villes du pays. Ce développement est surtout remarquable avec 813 infirmeries privées, 175 centres et cabinets médicaux, 113 cabinets dentaires privés, 75 cliniques et 11 polycliniques qui proposent des plateaux techniques de plus en plus spécialisés.

Ces établissements contribuent à l'accroissement de l'offre de soins, mais restent relativement inaccessibles financièrement au plus grand nombre.

Le secteur privé non lucratif initialement représenté par les établissements et hôpitaux confessionnels a connu également un développement important avec l'avènement des établissements sanitaires à base communautaire. On assiste par ailleurs à l'essor d'établissements sanitaires de type privé à l'initiative des organisations non gouvernementales.

En outre, dans sa volonté d'améliorer la santé des populations, le Gouvernement favorise l'ouverture d'établissements sanitaires privés de médecine alternative. Cependant, il se pose encore le problème de leur codification, leur identification, leur reconnaissance et la prise en compte des données sanitaires produites par ce secteur.

2.2.1.4 La santé et la sécurité au travail

Au niveau institutionnel, on relève l'absence d'un code de la santé publique qui préciserait le contenu de la santé au travail et de la surveillance médicale des travailleurs, et certaines insuffisances dans le code du travail et le code de prévoyance sociale.

Au niveau du secteur public, les structures chargées du contrôle de l'application des textes souffrent du manque de moyens de coercition, de l'insuffisance en infrastructures et équipements.

Il n'existe pas véritablement de système de santé au travail permettant le suivi de la santé des fonctionnaires.

On note également l'absence de système d'information lié aux maladies professionnelles. Il en résulte un problème d'actualisation de la liste des maladies professionnelles indemnisables en Côte d'Ivoire.

Des directions générales publiques telles que celle du Trésor, des Impôts, des Douanes et du Budget, relevant du Ministère de l'Economie et des Finances se sont dotées de centres médicaux orientés en priorité vers la médecine curative, pour leurs agents et ayants droit. Cependant parmi elles, certaines sont ouvertes au grand public, tandis que le cadre légal de création de telles structures n'existe pas dans le Code du travail.

Au niveau du secteur privé, les services médicaux du travail sont tenus pour l'essentiel par des médecins non spécialistes de santé au travail, qui orientent principalement leurs activités vers la médecine curative, la médecine préventive du travail étant négligée. Il en est de même pour la surveillance médicale des travailleurs et de leur famille.

2.2.1.5 La décentralisation et le transfert des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales

La loi n°2001-208 du 7 juillet 2001 régit la décentralisation administrative et la loi n°2003-208 du 7 juillet 2003 régit le transfert et la répartition des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales en matière de santé, hygiène publique et de qualité. La mise en œuvre de la loi portant transfert et répartition des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales en matière de santé, hygiène publique et de qualité appelle à une plus grande implication des collectivités territoriales dans la santé et implique des changements institutionnels dans le secteur sanitaire afin d'ajuster les rôles et les responsabilités des uns et des autres.

On constate à ce jour, non seulement une faible implication des collectivités encore insuffisamment conscientes de leur responsabilité et mal préparées pour jouer leur rôle mais il est également impossible d'initier les changements institutionnels attendus du fait que le décret d'application de la loi n'ait pas encore été adopté par le Gouvernement.

Par ailleurs, le mécanisme de mise en place des ressources financières destinées aux investissements au profit des collectivités territoriales n'étant pas adapté, il entraîne des conséquences négatives pour la politique de réhabilitation et de rééquipement des établissements sanitaires.

Même si un mécanisme informel d'échanges dans le cadre de l'harmonisation des actions entre les collectivités territoriales et les services extérieurs du MSHP existe, une plate-forme formelle de collaboration n'est pas encore établie.

2.2.1.6 Le partenariat et la multisectorialité pour la santé

Sur le terrain, la résolution des problèmes de santé n'utilise pas toujours l'approche multisectorielle qui met en œuvre des actions complémentaires et synergiques.

Toutefois, dans la lutte contre le VIH/Sida, cette approche fait intervenir différents secteurs. Plusieurs plans sectoriels ont été élaborés, des comités sectoriels et des cellules focales ont été mis en place. Cette volonté d'élargir les interventions avec la participation des différents secteurs agissant simultanément est à la mesure de la problématique du VIH/ Sida.

Sous l'impulsion du Ministère de la Santé et des agences d'aide au développement, plus d'une centaine d'associations et organisations non gouvernementales se sont développées et apparaissent comme de nouveaux acteurs et partenaires du système de santé. Leur domaine d'intervention de prédilection demeure la lutte contre le VIH/Sida. Leurs interventions sont soutenues financièrement et techniquement aussi bien par l'Etat que par les partenaires au développement.

Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire a une longue expérience de partenariat, notamment avec le secteur associatif confessionnel (hôpitaux et autres établissements sanitaires confessionnels). Ces dernières années, ce partenariat a été renforcé avec les associations communautaires et les organisations non gouvernementales nationales ou internationales.

Cependant, le partenariat souhaité et espéré avec le secteur sanitaire privé de type lucratif n'a pas connu les succès attendus.

A la différence de la coopération financière qui a été ralentie en raison de la crise sociopolitique que traverse le pays, la coopération technique n'a pas connu d'interruption totale. La coopération avec les agences du système des Nations-Unies (OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA) s'est accrue de façon progressive et très significative par rapport au début de la crise.

Certaines agences de coopération bilatérale (Union Européenne, Etats-Unis, Belgique) ont poursuivi leur aide dans le cadre de projets d'urgence (PUR,...) ou d'interventions spécifiques, notamment dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida (PEPFAR, Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/Sida..).

Plusieurs partenaires agissant dans le cadre du PEPFAR ont fait leur apparition ces dernières années dans le secteur de la santé en jouant un rôle aussi bien technique que financier. Leurs domaines d'intervention sont la prise en charge thérapeutique du VIH/Sida, le système d'information, l'approvisionnement en médicaments et intrants stratégiques, le renforcement des capacités, la sécurité transfusionnelle, la sécurité des injections.

2.2.2. Le cadre gestionnaire

La gestion globale du secteur de la santé a été marquée ces dernières années par une instabilité institutionnelle, une instabilité organisationnelle et par une inefficacité des principaux outils de gestion que sont le SIG, la carte sanitaire, le système de surveillance épidémiologique, ainsi que par la faiblesse des mécanismes de planification, coordination et suivi-évaluation.

2.2.2.1 La production et l'utilisation de l'information sanitaire

La gestion du Système National d'Information Sanitaire est assurée par la Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) avec une déconcentration au niveau des directions régionales et des districts sanitaires.

Les outils de collecte des données sont standardisés et mis à la disposition des établissements sanitaires à l'exception des établissements publics nationaux, des services de santé des autres secteurs et des établissements privés. Les données collectées sont ensuite compilées à partir de l'application informatique SIGVISION. Dans ce processus, certaines difficultés apparaissent de façon récurrente et mettent à mal la performance du système national d'information sanitaire. Les conséquences qui en découlent sont principalement les faibles taux de promptitude et de complétude des données sanitaires surtout au niveau central. De ce fait, l'on reste confronté dans la gestion quotidienne au problème de la disponibilité en temps réel des données sanitaires et de l'information sanitaire pour la prise de décision et la planification.

Le Système d'Information et de Gestion (SIG) produit une compilation mensuelle des données sanitaires hospitalières dans le rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS). Sa dernière production concerne l'année 2000. Les difficultés du SIG se sont accrues avec la crise sociopolitique du fait de la partition du pays.

La carte sanitaire, outil d'aide à la décision n'a pu être mise en place. Il en est de même pour les Comptes satellites de la Santé comme outil de gestion économique. L'absence de ces deux outils importants ne permet ni d'avoir une vision d'ensemble sur l'offre de soins, ni de rationaliser les ressources du secteur.

Un réseau pour la surveillance épidémiologique et pour l'opérationnalisation d'un système d'alerte précoce a été développé, notamment pour les maladies à potentiel épidémique comme la fièvre jaune et la méningite et les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination. L'Institut National d'Hygiène Publique assure la coordination et le leadership en matière de surveillance épidémiologique et de système d'alerte précoce. Une politique nationale de surveillance épidémiologique n'a pas encore été définie.

2.2.2.2 La planification, la coordination, le suivi et l'évaluation

Pour une meilleure lisibilité des interventions, des mécanismes de suivi-évaluation ont été développés. Le Système de suivi-évaluation comprend trois niveaux : (i) le niveau périphérique où les informations médicales sont recueillies, (ii) le niveau intermédiaire où se font les activités de coordination, d'appui et de mesure des résultats et (iii) le niveau central qui assure la gestion du système de suivi-évaluation en s'appuyant sur la DIPE.

Malgré ces efforts, le système de suivi évaluation n'a pas atteint les objectifs escomptés. Les raisons évoquées portent sur la non appropriation du cadre de suivi-évaluation par les acteurs et le non partage des informations recueillies, l'insuffisance de la culture de l'information se traduisant par un faible intérêt porté à l'activité de reportage, base du suivi, la non fonctionnalité du système de suivi-évaluation se traduisant entre autres par l'absence de rapports nationaux de suivi-évaluation et de l'indisponibilité des outils de recueil standardisés à certains niveaux, l'insuffisance de la coordination du suivi-évaluation.

Faute de moyens, des plans de développement sanitaires pluriannuels au niveau des régions et des districts sanitaires n'ont pas été élaborés.

Les mécanismes de suivi et d'évaluation ne sont pas entrepris systématiquement.

Un nouveau service chargé de la prospective et de la stratégie globale du secteur a été récemment créé pour mener l'analyse prospective et la planification stratégique.

La faible capacité de planification, de gestion et d'évaluation des interventions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire est également liée à l'insuffisance de la capacité opérationnelle des acteurs de proximité et de leur expertise en tant qu'acteurs de terrain (Directeurs Régionaux, Directeurs Départementaux).

Tous ces éléments conduisent à une sous performance du cadre gestionnaire.

2.2.3. Les ressources

2.2.3.1 Le financement du secteur de la santé

Le financement de la santé en Côte d'Ivoire est principalement assuré par l'Etat, les partenaires au développement et les ménages.

L'Etat consacre en moyenne 5% au MSHP. Cette part du budget national affectée au Ministère de la Santé a baissé d'environ 20% au cours de ces dernières années, passant de 98,6 milliards FCFA en 2000 à 79 milliards en 2006, comme l'indique le tableau d'évolution de la dépense de santé

Tableau d'évolution de la dépense de santé par rapport à la dépense totale de l'Etat

| Années | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Recettes Totales et dons* | 1270,6 | 1376,6 | 1469,5 | 1401,2 | 1514,4 | 1566 | 1688,2 |
| Dépenses Totales* | 1351,1 | 1306,8 | 1592,5 | 1611,7 | 1665 | 1713,7 | 1921,4 |
| Dépenses Courantes* | 1143,0 | 1153,9 | 1322,5 | 1388,9 | 1395,77 | 1458,06 | 1611,3 |
| Dépenses de Santé* | 98,558 | 74,044 | 82,979 | 76,662 | 85,682 | 71,443 | 79,109 |
| Dépenses de Santé Dépenses Totales | 7,76% | 5,66% | 5,21% | 4,75% | 5,14% | 4,17% | 4,11% |

*En milliards

Source : Commission de l'UEMOA, Comité de convergence et BCEAO, avril 2007

Sur la période de 2000 à 2006, la contribution des partenaires au budget du Ministère de la Santé a été de 7,053 milliards de francs CFA en moyenne par an³⁶, ce qui représente 8,7% du budget octroyé au MSHP.

La contribution des ménages provient de deux sources : le recouvrement des actes de santé et des médicaments dans les établissements sanitaires publics et les paiements directs par le tiers payant via les assurances privées et les mutuelles d'assurance de santé.

Selon les données disponibles³⁷, sur la période 2000-2006, on estimait à 4 milliards de FCFA les recettes du recouvrement des actes de santé, à 10,7 milliards celles des médicaments et à 14 milliards celles du tiers payant. La contribution des ménages au financement de la santé s'élèverait globalement à 28,7 milliards de francs CFA en moyenne par an, soit 35,4% du budget octroyé au MSHP.

L'Etat avec sa contribution de 84,48 milliards de francs CFA en moyenne par an demeure le principal bailleur de fonds du système de santé ivoirien.

L'exécution des dépenses publiques est suivie par le système d'information et de gestion des finances publiques (SIGFIP).

En termes d'allocation, le budget de l'Etat est inégalement réparti entre le fonctionnement (y compris les salaires) qui représente 77% et 23% pour les investissements. La part réservée aux salaires dans le fonctionnement est de 40%.

En ce qui concerne les structures de soins, la part du budget qui leur est allouée s'élève sur la période 2000-2006 à 20,7 milliards de francs CFA en moyenne par an, soit 25% du budget total du MSHP (Voir tableau d'évolution du budget en annexe 1).

³⁶ Source DAF/MSHP

³⁷ Source Ministère de l'économie et des finances

2.2.3.2 Les ressources humaines

2.2.3.2.1 Le personnel de santé et sa répartition

L'effectif des médecins en 2007 est de 3 614 pour 20 581 770 habitants soit un ratio national de 1 médecin pour 5 695 habitants. Le secteur public emploie 2 824³⁸ médecins contre 790³⁹ dans le secteur privé. Ces chiffres ne tiennent pas compte des médecins des services parapublics et des compagnies d'assurance privées.

En 2007⁴⁰, 1 144 pharmaciens étaient en activité dont 426 dans le secteur public et 718 dans le secteur privé.

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, leur effectif total en 2007⁴¹ était d'environ 410 dont 285 dans le secteur public et 125 dans le secteur privé.

Pour l'année 2008, environ 400 cadres supérieurs de la santé sont en voie de recrutement dans la fonction publique pour le renforcement du système sanitaire.

En 2007, le personnel paramédical du secteur public était constitué de 7 407 infirmiers, 2 506 sages-femmes, 591 aides-soignantes, et 1 408 techniciens supérieurs (manipulateurs radio, biotechnologistes, préparateurs en pharmacie, biomédicaux ...).

Dans le secteur privé, les estimations en 2006 donnaient 1 173 infirmiers, 184 sages-femmes, et 112 techniciens supérieurs de laboratoire.

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

En ce qui concerne la répartition géographique, une enquête réalisée par la DIPE à la fin de l'année 2007 a estimé à 750 l'effectif des médecins en dehors d'Abidjan pour 15 millions d'habitants soit 1 médecin pour 20 000 habitants.

Tandis que dans certains HG d'Abidjan, on dénombre jusqu'à 54 médecins dont 47 spécialistes (pédiatre, chirurgien, gynécologue, gastro-entérologue, neurologue, dermatologue, radiologue, anesthésiste, ORL, ophtalmologue, biologiste) au lieu de 4 médecins spécialistes prévus par les directives officielles du PMA des hôpitaux de référence.

Cependant, on trouve au moins 1 médecin dans 94 localités allant des chefs lieux de région (19), aux chefs lieux de préfecture (54) et de sous-préfecture (231).

³⁸ Direction des Ressources Humaines, MSHP

³⁹ Syndicat des Médecins du Privé de Côte d'Ivoire

⁴⁰ Ordre National des Pharmaciens de Côte d'Ivoire

⁴¹ Ordre National des Chirurgiens-dentistes de Côte d'Ivoire

Ainsi, malgré l'importance numérique du personnel de santé en Côte d'Ivoire, l'offre en la matière demeure insatisfaisante. Il existe notamment des disparités dans la répartition de ce personnel avec une concentration au profit des régions du Sud du pays, notamment à Abidjan. La situation de crise déclenchée en Septembre 2002 a entraîné un exode massif du personnel de santé des zones CNO vers les autres régions de la Côte d'Ivoire.

Les inégalités de répartition de même que les déficits se sont ainsi accrus au détriment des régions CNO. La redéfinition de normes de personnels par type d'établissement et le redéploiement du personnel devraient donc constituer des priorités dans les stratégies de mise en œuvre efficiente du Paquet Minimum d'Activités.

2.2.3.2.2 La formation initiale et continue

La formation initiale des cadres supérieurs de santé 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'Odonto-Stomatologie (UFR-OS) d'Abidjan.

Leur capacité de production moyenne annuelle est de 322 médecins (avec respectivement, 300 médecins formés par l'UFR-SMA et 22 par l'UFR-SMB), 60 pharmaciens et 22 chirurgiens-dentistes.

L'Institut National de Formation des agents de Santé (INFAS) et ses antennes (Bouaké et Korhogo) assurent la formation initiale non seulement des infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat, mais aussi des techniciens supérieurs de santé, infirmiers et sages femmes spécialistes et ingénieurs des techniques sanitaires.

La capacité moyenne annuelle de formation de l'INFAS est de 200 infirmiers, 150 sages-femmes, 90 infirmiers et sages-femmes spécialistes et 70 techniciens de santé. Cette capacité est toutefois jugée insuffisante au regard des déperditions et des besoins additionnels en ressources humaines du secteur.

La formation continue caractérisée par une multiplicité d'intervenants (ordres professionnels, Ministères, Institutions de formation, syndicats professionnels, partenaires au développement, etc.) pose un problème de coordination et de l'utilisation du personnel formé.

2.2.3.2.3 La gestion des carrières des personnels de santé

La faible capacité des structures centrales et décentralisées en charge de la gestion des ressources humaines en santé, concourt dans une certaine mesure à la démotivation du personnel notamment par la faible valorisation des ressources humaines du point de vue de leur rémunération, leur profil de carrière et du renforcement continu de leur compétence.

2.2.3.3 Les infrastructures et équipements

En 2007, la Côte d'Ivoire comptait pour le secteur public 1 591 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts dont 1 119 CSR, 317 CSU (y compris ceux à base communautaire), 122 CSUS, 31 FSU (y compris ceux à base communautaire), 77 établissements sanitaires de première référence dont 58 HG, 17 CHR et 2 CHS et 9 établissements sanitaires de deuxième

référence dont 4 CHU et 5 INS. On dénombre pour le secteur privé 653 officines de pharmacie, 813 infirmeries, 175 centres et cabinets médicaux, 75 cliniques, 11 polycliniques, 21 laboratoires et 113 cabinets dentaires.

Globalement, en 2007⁴², la couverture en infrastructures sanitaires demeure faible (1 ESPC pour 13 831 habitants) dans les régions avec un déficit plus marqué pour les maternités en milieu rural. 44% de la population vit à moins de 5 Km d'un établissement sanitaire, 27% entre 5 et 15 Km, et 29 % à plus de 15 Km.

La gestion des infrastructures et des équipements reste confrontée aux récurrentes problématiques de la maintenance, du renouvellement des équipements et de la réhabilitation.

2.2.3.4 Les médicaments et autres intrants stratégiques

La disponibilité des médicaments, des vaccins, des consommables et petits matériels médico-chirurgicaux constitue le déterminant de la prise en charge préventive et thérapeutique des cas de maladies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

2.2.3.4.1 L'approvisionnement

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 sont disponibles sur toute l'étendue du territoire national grâce au dispositif de distribution de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (PSP-CI).

La Pharmacie de la Santé Publique (PSP) procède à l'approvisionnement de l'essentiel des structures publiques en produits pharmaceutiques. Deux modes d'acquisition sont utilisés par la PSP pour son approvisionnement dans les conditions fixées par le code des marchés publics : les appels d'offres ouverts internationaux et les marchés de gré à gré.

Compte tenu de l'importance du budget alloué à l'achat des médicaments, l'appel d'offres ouvert international est le principal mode d'acquisition des médicaments conformément au décret n°92-08 du 08 Janvier 1992 portant code des marchés publics. Le marché de gré à gré intervient dans des cas exceptionnels pour les achats inférieurs à 40 000 000 FCFA. Il porte sur des produits spécifiques, des produits protégés par un brevet et des produits rendus infructueux à l'appel d'offres.

Le non respect des délais de paiement des fournisseurs par la PSP a conduit à une baisse des achats par appel d'offres de 27% de 2004 à 2007. Le désintéressement des fournisseurs aux appels d'offres a entraîné une augmentation des prix à l'achat. Cette augmentation des prix à l'achat s'explique aussi par les achats directs effectués par la PSP-CI pour faire face aux ruptures. Les conséquences immédiates sont l'inaccessibilité financière des populations aux médicaments et les ruptures fréquentes des médicaments dans le secteur public.

Le budget de la PSP qui était de 10,8 milliards en 1997 est passé à 21,6 milliards en 2005 puis 18,4 milliards de FCFA en 2006. La PSP bénéficie également d'appui en médicaments d'organismes tels que l'Union Européenne, le PEPFAR, le Fonds Mondial, JSI, UNFPA, UNICEF, etc.

⁴² Evaluation du DSRP I, 2008

La part des génériques, en volume des médicaments distribués en 2006 par la PSP, était de 52.8 % pour les ARV et de 61% pour les autres médicaments.

En 2006, le taux de satisfaction des commandes était de 71,5% avec un taux de rupture de 29% pour un délai moyen de rupture pouvant atteindre un an et les taux de recouvrement des coûts des médicaments de 95%.

Le secteur pharmaceutique privé comprend trois grossistes importateurs qui assurent l'approvisionnement du secteur pharmaceutique privé commercial. Ce sont Laborex-Côte d'Ivoire, Distribution Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (DPCI), et Compagnie Pharmaceutique Médicale (COPHARMED).

Selon diverses sources, le marché pharmaceutique total, public et privé, aurait représenté en 2006 un montant de 147,6 milliards de FCFA dont 135 milliards pour le secteur pharmaceutique privé, soit plus de 80%.

La production locale évaluée à environ 10% ne représente qu'une petite fraction du marché pharmaceutique national.

Pour ce qui est des produits sanguins, la Côte d'Ivoire dispose d'un potentiel technique adéquat en matière de sécurité transfusionnelle. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses antennes régionales, de même que les Banques de sang, assurent la production et la distribution du sang et des produits sanguins labiles sécurisés sur l'étendue du territoire.

Cependant, la crise socio-politique a réduit la capacité de production nationale. Des efforts sont en cours pour rétablir la capacité de production en vue de garantir la sécurité transfusionnelle.

2.2.3.4.2 Le contrôle de la qualité des produits

Les autorisations de mise sur le marché et les contrôles de qualité sont effectuées au plan administratif en amont par la Direction chargée de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et en aval au plan technique par le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP) et d'autres laboratoires de référence de la sous-région.

Depuis la fermeture du laboratoire référencé par l'OMS, au Niger, tous les contrôles de qualité des produits de la PSP-CI se font uniquement au Laboratoire National de Santé Publique (LNSP).

Cependant, tous les produits de la PSP-CI ne peuvent pas être analysés par le LNSP qui ne dispose pas de tous les moyens techniques adéquats (installations techniques, réactifs...).

Les produits sont analysés uniquement à la réception et au cours du stockage, aucun contrôle de qualité, n'est effectué.

2.2.3.4.3 La distribution et la gestion

Même si la PSP dispose d'une logistique adéquate pour la distribution, les infrastructures en périphérie sont inadaptées pour le stockage des médicaments. La cause essentielle de cette situation est l'absence de normes nationales standard de construction de pharmacie publique

avec pour corollaire la mauvaise conservation des produits, les capacités gestionnaires des responsables des pharmacies, ainsi que leurs conditions de travail difficiles.

Au niveau du privé, les structures de dispensation des médicaments sont constituées par les officines et les dépôts.

On note une forte concentration d'officines privées dans la ville d'Abidjan qui comptait, en 2006, 350⁴³ officines.

La répartition des officines selon les districts sanitaires est assez homogène en relation avec la densité de population et la taille. Quant aux dépôts pharmaceutiques dont le nombre n'est pas connu, ils sont créés dans les localités dépourvues d'officines de pharmacie selon des conditions réglementaires régies par arrêté.

La PSP rencontre quelques difficultés d'ordre structurel et organisationnel. Elle ne dispose pas de l'autonomie nécessaire pour l'utilisation des ressources issues du recouvrement.

De façon globale, le financement des produits rencontre d'énormes difficultés ; la part du budget consacré à l'achat des médicaments s'amenuise. Le coût élevé des produits dans les officines privées ne permet pas l'accessibilité à la grande majorité de la population.

2.2.3.4.4 Le marché illicite des médicaments

Pour protéger la santé publique, toute la chaîne du médicament est encadrée par certaines mesures législatives et réglementaires. Un contrôle de l'application de ces mesures est nécessaire depuis la production jusqu'à la dispensation, voire jusqu'à la destruction des produits non utilisés.

En l'absence de contrôle, on voit surgir un marché illicite. Depuis plusieurs années, certains produits pharmaceutiques sont vendus dans la rue.

Selon une enquête de REMED⁴⁴ (Réseau des Médicaments) réalisée en Côte d'Ivoire, le marché illicite des médicaments a pris de l'ampleur en se structurant et s'organisant autour de filières nationales et étrangères de grands commerçants, chargés de l'approvisionnement et du recrutement de petits revendeurs. Aujourd'hui, le marché parallèle s'étale au grand jour, dans les villes comme dans les zones rurales.

Il existe peu de données accessibles sur le véritable volume de ce marché. Cependant, la majeure partie serait constituée d'importations illicites, d'achats chez les grossistes, chez les producteurs locaux et dans les officines. Il faut ajouter les détournements dans les établissements publics et privés, les médicaments provenant de collectes de médicaments récupérés et les échantillons médicaux.

Le dynamisme de cette vente illégale de médicaments est évalué à plus de 10 milliards F CFA. Elle a pour principale cible les populations les plus pauvres et les moins éduquées.

2.2.4. La qualité des prestations de services de santé

La qualité des prestations délivrées est un facteur déterminant de l'utilisation des services. Elle est déterminée par le paquet d'activités offert, l'organisation des services, la disponibilité des intrants stratégiques.

⁴³ Ordre National des Pharmaciens Privés de Côte d'Ivoire

⁴⁴ Marché pharmaceutique parallèle, ventes illicites et santé publique, Remed 1999

L'offre de soins dans les établissements publics est définie à travers un Paquet Minimum d'Activités (PMA) offert aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le PMA se compose de soins curatifs, préventifs et promotionnels. Il existe des normes et standards définis pour une meilleure prise en charge des patients. Cependant, on note une insuffisance dans l'application de ces normes et standards en raison de leur faible diffusion et du manque de formation du personnel de santé à leur utilisation.

Certaines composantes du PMA demeurent insuffisamment mises en œuvre ; c'est le cas de la planification familiale (33% seulement des structures sanitaires publiques offrent des services de la santé de la reproduction⁴⁵) et de l'éducation pour la santé.

En ce qui concerne le système de référence et contre-référence, malgré l'existence de directives, la mise en œuvre est confrontée à des difficultés de ressources financières et logistiques.

On note également une dégradation de la qualité des services liée à une démotivation du personnel, à la vétusté du plateau technique, à l'absence de moyens logistiques, au manque d'encadrement du personnel par le niveau supérieur et l'insuffisance des formations continues.

Tous ces facteurs influent négativement sur la qualité des services publics et expliquent en partie leur faible utilisation par les populations.

Les établissements sanitaires privés quant à eux offrent, suivant leur catégorie et leur spécialisation, des prestations de soins curatifs et préventifs.

Pour renforcer l'offre, le MSHP a créé une vingtaine de programmes qui sont coordonnés au niveau central par la direction de la Santé Communautaire. Malheureusement, l'existence de ces programmes n'influence pas favorablement la quantité et la qualité de l'offre parce que les approches techniques développées par ces programmes dans le cadre de leur implantation au niveau opérationnel s'avèrent non pertinentes et peu probantes. Une réorganisation fonctionnelle de leurs activités et la révision de leur mode d'action sont nécessaires.

Pour ce qui est de l'hygiène dans les établissements sanitaires, selon un rapport d'enquête, on note une insuffisance de ressources humaines qualifiées en hygiène hospitalière, et de ressources pour la gestion des déchets médicaux⁴⁶.

2.2.5. La recherche en santé

La Côte d'Ivoire dispose d'un potentiel considérable en matière de recherche tant en infrastructures, équipements et logistique qu'en ressources humaines.

Plusieurs institutions de recherche nationales et internationales sont opérationnelles (l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), l'Institut Pierre Richet de Bouaké (IPR), le Projet de Recherches Cliniques sur la Trypanosomiase de Daloa (PRCT), le Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire de Bouaké (CEMV), l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé (IRF), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), le Centre

⁴⁵ REPCI 2006

⁴⁶ Direction de la Réglementation de l'Hygiène Publique, Rapport d'enquête sur l'hygiène hospitalière au CHU de Yopougon Mai 2007

National de Transfusion Sanguine (CNTS), le CRESARCI, le projet Retro-CI, le Centre Suisse, PACCI...). Certaines unités de formation et de recherche telles que l'UFR-SPB, l'UFR-SM sont également des pôles de recherche en santé.

En recherche médicale, de nombreux résultats et acquis de recherche opérationnelle ont permis de développer des stratégies idoines pour la lutte contre la trypanosomiase, l'onchocercose, la tuberculose, la lèpre et la le VIH/Sida.

La recherche pharmaceutique, quant à elle, est orientée essentiellement vers la découverte et la mise au point de formules médicamenteuses actives.

Cependant, très peu de recherche opérationnelle sur le système de santé est réalisée notamment au niveau des districts sanitaires et au niveau des programmes prioritaires de santé.

2.3. Analyse des facteurs et déterminants de la demande des services de santé

2.3.1. Au niveau géographique et environnemental

La croissance urbaine accélérée des villes et les problèmes d'habitat auxquels une partie de la population est confrontée ont conduit à la multiplicité des quartiers précaires aux alentours des grandes villes. Cette situation expose de plus en plus les populations à de sérieuses menaces environnementales.

2.3.1.1 Le climat

La diversité des milieux naturels rencontrés (zone de forêt au Sud et zone de savane au Nord) et la variété des climats sont responsables de la présence de maladies endémiques. Il s'agit entre autres du paludisme, de la bilharziose, de la trypanosomiase humaine africaine, ainsi que de certaines affections particulières à chaque zone telle que la méningite à méningocoque au Nord et le pian au Sud.

Les inondations pendant la saison des pluies se produisent avec plus d'acuité. On déplore une érosion de plus en plus importante liée à l'absence ou à la mauvaise canalisation des eaux de ruissellement. Les glissements et éboulements qui en résultent occasionnent de plus en plus de drames dans les ménages vivant dans ces quartiers précaires.

2.3.1.2 Les risques liés à la pollution industrielle

Les pollutions affectent essentiellement les eaux et l'air. Elles concernent plus les centres urbains à cause de la concentration humaine de plus en plus élevée et de la multiplicité des activités qui s'y déroulent. En effet, les eaux usées domestiques, les rejets industriels et la prolifération des activités liées au transport constituent les principales sources de pollution.

Le développement de certaines activités industrielles produit des quantités importantes de déchets qui menacent la santé des populations. A Abidjan, environ 120 000 tonnes de déchets industriels sont produites annuellement avec des émissions gazeuses incontrôlées⁴⁷.

⁴⁷ Source : Ministère de l'Industrie et de la Promotion du Secteur Privé, 2006

Des affections respiratoires, des troubles neurologiques et neuro-comportementaux, des troubles de la reproduction et de la croissance chez les populations ont été rapportés à l'utilisation massive des pesticides et fertilisants dans l'agro-industrie⁴⁸.

Les menaces liées à la pollution industrielle ont pris un tournant dramatique avec le déversement au cours de l'année 2006 dans le district d'Abidjan, de 396,3 tonnes de déchets hautement toxiques. Le risque cancérigène est élevé pour les populations les plus exposées. La modélisation de la catastrophe faite selon les standards internationaux a permis d'estimer à plusieurs centaines de milliers les personnes ayant été exposées. Cet incident a entraîné 108 924 consultations médicales gratuites avec 69 hospitalisations et 12 décès⁴⁹.

2.3.1.3 Les risques liés à la gestion des déchets médicaux

La quantité de déchets médicaux produits au niveau national est estimée à environ 0,8 Kg/patient/jour⁵⁰. Au total, ce sont environ 3 800 tonnes de déchets médicaux qui sont produits annuellement dont 3 194 tonnes par les établissements sanitaires publics⁵¹ et 600 tonnes par les établissements sanitaires privés. Au niveau du district d'Abidjan,⁵² la production de déchets médicaux est estimée à 5,156 tonnes/jour dont 1,3 328 tonnes/jour par les établissements sanitaires publics et 3 823,2 tonnes/jour par les établissements sanitaires privés. Cette situation expose gravement le personnel de santé, les usagers, la communauté et l'environnement à des risques de contamination.

2.3.1.4 Les risques liés à la gestion des déchets ménagers

La production annuelle d'ordures ménagères au niveau national est estimée à 3 500 000 tonnes⁵³. La mauvaise gestion de ces ordures s'est traduite par une insalubrité importante avec les dépôts sauvages à travers les villes, accentuée par la mauvaise utilisation des ouvrages d'assainissement. Cette situation contribue à l'éclosion de certaines pathologies telles que le paludisme, la fièvre typhoïde et le choléra.

Cette insalubrité constitue une menace réelle pour l'environnement et la santé des populations.

2.3.1.5 Assainissement du milieu de vie

L'insuffisance et la mauvaise utilisation des infrastructures d'assainissement d'eaux usées posent un réel problème d'environnement. Les déchets liquides sont éliminés soit dans des puits perdus et caniveaux, soit dans la nature. L'assainissement individuel est le système le plus répandu. Il est dominé par les latrines traditionnelles. Il existe néanmoins dans certaines villes un réseau collectif qui ne couvre que certains quartiers modernes.

⁴⁸ REPCI 2006

⁴⁹ Rapport sur la situation des déchets toxiques, DGS/MSHP, janvier 2007

⁵⁰ Doucouré D., Prüss A., Bouvet F., et col. : Gestion des déchets issus des activités de soins en Côte d'Ivoire. Analyse de la situation et Plan d'Action National. Genève : 2000

⁵¹ Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires, 2005

⁵² Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires, 2005

⁵³ Agence Nationale de l'Environnement, 2002.

2.3.2. Au niveau démographique

2.3.2.1 La croissance démographique

La croissance démographique que connaît la Côte d'Ivoire résulte d'un accroissement naturel élevé de 2,4% avec un indice synthétique de fécondité de 4,6 en 2006⁵⁴ et d'une immigration. Cet accroissement de la population a des répercussions sur les besoins dans le domaine de la santé.

Bien que la Côte d'Ivoire ait des ratios de médecins, infirmiers et sages-femmes par habitant proches des normes stipulées par l'OMS, l'inégale répartition du personnel de santé ne permet pas de résoudre la pression qu'exerce la croissance démographique sur les ressources du secteur. Il en est de même pour les infrastructures et l'équipement dont les besoins se sont accrus face à la crise militaro-politique qui a occasionné leurs destructions et autres pillages en zone CNO.

2.3.2.2 La natalité

La fécondité est en baisse depuis une vingtaine d'années. L'indice synthétique de fécondité est passé de 7,2 enfants en 1981 à 4,6 enfants par femme en 2005 (EIS 2005). Cette tendance varie en fonction des comportements liés à la reproduction : la nuptialité, les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances, le recours à la contraception moderne et à l'avortement.

2.3.2.3 Les migrations

Les populations qui migrent en Côte d'Ivoire proviennent principalement de la sous-région ouest-africaine. L'insuffisance de contrôle sanitaire aux frontières pose le problème des maladies transfrontalières et de surveillance épidémiologique.

La crise politico-militaire a provoqué le déplacement de nombreuses populations des zones CNO vers la zone gouvernementale. Les populations déplacées restent vulnérables du point de vue économique et sanitaire.

En matière de santé, la précarité dans laquelle vivent les déplacés a eu une répercussion sur leur état de santé. Ces migrations exercent également une pression sur les ressources du secteur en zone d'accueil.

2.3.2.4 L'urbanisation

Les difficultés liées à l'urbanisation et à la gestion urbaine sont accentuées par la migration et la crise sociopolitique. Les conditions de vie des populations urbaines déjà assez précaires ont été encore plus fragilisées par cette crise.

⁵⁴ Base de données sur la population, INS, Département de la démographie et des statistiques sociales.

Les principaux problèmes engendrés par l'urbanisation sont au niveau socio-économique, environnemental et sanitaire, la dégradation de l'environnement périurbain, l'insalubrité, l'accroissement des bidonvilles, la paupérisation croissante, le manque et l'insuffisance des équipements et des services urbains de base, l'insuffisance des logements, l'inadaptation des outils de planification.

Les services urbains de base comprenant l'approvisionnement des citoyens en eau potable, la salubrité, l'habitat, les infrastructures de voirie, de drainage et d'assainissement et le système de collecte des ordures ménagères, nécessaires et vitaux pour le bien-être des citoyens, sont de qualité insuffisante. En effet en 2006⁵⁵, 58% des ménages urbains ne bénéficiaient pas des services de ramassage des ordures ménagères. Cette proportion était de 30% à Abidjan.

2.3.3. Au niveau socioculturel

2.3.3.1 L'alphabétisation et la scolarisation

En 2005⁵⁶, le niveau d'alphabétisation de la population adulte était de 40% chez les femmes et de 54% chez les hommes en milieu rural. En milieu urbain, ces taux s'établissaient respectivement à 53% et 69%.

En 2006⁵⁷, le taux net de fréquentation du cycle primaire était de 55%, le taux d'achèvement du cycle primaire était de 17%. Les fillettes étaient scolarisées à 51%.

Selon l'enquête PDI-FAC en 2005, le manque de moyens financiers serait la raison principale de la non scolarisation des enfants.

2.3.3.2 Les comportements et modes de vie

Au plan socioculturel, un certain nombre de comportements accroissent le risque d'exposition des populations aux menaces sanitaires.

Les changements dans les modes de vie des populations tant urbaines que rurales ont favorisé l'apparition et l'augmentation des complications liées à la consommation abusive d'alcool, de tabac, de drogues de tous genres et à la mauvaise alimentation. A cela, il faut ajouter la réticence et/ou le refus de l'utilisation du préservatif et certaines pratiques culturelles telles que l'excision, le tatouage, le piercing, le lévirat, le sororat, les tabous alimentaires, etc.

⁵⁵ REPCI 2006

⁵⁶ EIS CI 2005

⁵⁷ MICS 2006

2.3.4. Au niveau socio-économique

2.3.4.1 La paupérisation

L'urbanisation croissante va de paire avec l'accroissement du nombre de pauvres dans les zones urbaines. La pauvreté touche de nombreuses couches de la population tant au niveau rural qu'au niveau urbain avec une frange importante de la population vivant sous le seuil de pauvreté. Entre 2002 et 2005⁵⁸, l'incidence de la pauvreté serait passée de 38,4% à 42,6%, soit une augmentation de plus de 4 points.

Cette détérioration constante des conditions de vie des populations urbaines cumulée à la crise sociopolitique que traverse le pays depuis le 19 Septembre 2002 a aggravé la situation. Selon le PNUD dans son rapport sur le développement humain, le taux de pauvreté en 2006 était de 44%. Cette paupérisation se caractérise aussi par la prolifération des quartiers précaires et la formation des quartiers lotis sous équipés qui abritent respectivement 16% et plus de 50% des ménages urbains.

Cette crise a par ailleurs accentué les inégalités sociales, avec des populations qui arrivent difficilement à satisfaire leurs besoins de santé.

2.3.4.2 La couverture du risque maladie

La couverture du risque maladie est assurée en Côte d'Ivoire par plusieurs acteurs à travers des systèmes publics et privés.

Au niveau du public, la couverture maladie est assurée par la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEFCI) et les autres Mutuelles des agents du secteur Public (Mutuelle des Agents du Trésor, Mutuelle des Agents des Impôts, etc.). Le financement du régime de protection des fonctionnaires contre les maladies, les accidents et leurs conséquences, est exclusivement à la charge de l'Etat⁵⁹.

Dans le secteur privé, le système de couverture sociale est assuré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les médecines d'entreprise. Le financement de ces branches est exclusivement à la charge de l'employeur qui finance les infrastructures et les prestations. La couverture maladie n'est pas prévue en tant que telle. Les dépenses de santé sont assurées incidemment à travers la branche des prestations familiales y compris l'assurance maternité et la branche des risques professionnels. Le système de la médecine d'entreprise, quoique d'un apport indéniable, est exclusivement réservée aux travailleurs de l'entreprise et aux membres de leurs familles, et les prestations offertes restent encore très limitées.

Un régime d'assurance volontaire est assuré par les compagnies d'assurance privée et les mutuelles de santé. Le financement est basé sur les souscriptions des salariés des grandes entreprises et les syndicats ou groupements professionnels des personnels publics ou parapublics. Elles proposent à l'ensemble des personnes couvertes des contrats individuels et des contrats de groupe pour une prise en charge totale ou partielle des frais liés à la maladie ou à la maternité. La part des assurances privées dans le dispositif global de couverture du risque est peu significative en raison de leur faible degré de pénétration des populations et du coût élevé des produits développés.

⁵⁸ Evaluation DSRP intérimaire, 2008

⁵⁹ La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire, Ministère de la solidarité, de la sécurité sociale et des handicapés, 2004

La clientèle constituée concerne encore malheureusement une minorité de privilégiés. En résumé, 85% à 90%⁶⁰ de la population ne bénéficient d'aucune couverture sociale, notamment les populations en zone rurale, les travailleurs du secteur informel, les indigents.

Face à cette situation, un projet d'Assurance Maladie Universelle a été développé par le gouvernement, mais n'a pas encore connu un début de mise en œuvre.

2.3.5. Au niveau sociopolitique

La crise militaro-politique de septembre 2002 a entraîné une désorganisation du dispositif sanitaire, marquée par la cessation d'activités dans sept (7) DR et dans vingt quatre (24) DD. Environ 85% du personnel de santé des zones CNO ont quitté leur poste, réduisant considérablement la disponibilité et la qualité des prestations de santé.

Aussi, les déplacements de personnes vers les zones sécurisées ont conduit à une surcharge aussi bien des établissements sanitaires que du personnel de santé.

Au niveau de la surveillance épidémiologique, cette situation a affecté le système de notification. Certains districts sont restés sous silence. Les données de promptitude et de complétude ont chuté. L'arrêt brusque du système de recueil des données alimentant le SIG a constitué le dysfonctionnement le plus gênant pour le système national de santé.

La fermeture des INFAS de Bouaké et de Korhogo a eu pour conséquence un retentissement sur la formation des personnels paramédicaux.

Enfin, la destruction ou le vol des produits pharmaceutiques dans les établissements sanitaires des zones ex-assiégées a entraîné un déséquilibre dans la gestion de la PSP.

La plupart des actions de santé dans ces zones a été assurée par les ONG internationales, en l'absence de l'administration sanitaire.

2.4. Problématiques et défis à relever

Malgré quelques avancées enregistrées dans le domaine de la prévention, de la lutte contre la maladie, le système de santé ivoirien connaît des difficultés de développement liées à une conjonction de facteurs internes et externes. Ces facteurs constituent pour certains d'entre eux de véritables défis, aussi bien pour le Gouvernement, les prestataires que pour les bénéficiaires du système de santé.

En effet d'une part, la situation épidémiologique demeure préoccupante avec la persistance des maladies infectieuses et parasitaires, l'accroissement de certaines pathologies liées aux changements dans les modes de vie et l'émergence de nouvelles menaces sanitaires. Et d'autre part, la persistance de dysfonctionnements organisationnels et gestionnaires ont un impact négatif sur les performances du système de santé ivoirien.

⁶⁰ La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire, Ministère de la solidarité, de la sécurité sociale et des handicapés, 2004

Les défis concernent (i) le renforcement du cadre institutionnel, (ii) l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, (iii) l'amélioration de la disponibilité des ressources du secteur, (iv) l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des prestations des services de santé, (v) le renforcement des mesures de prévention et de promotion de la santé, et (vi) les nouveaux besoins de la population nés de la crise.

2.4.1. Au niveau de l'offre

2.4.1.1 Au niveau institutionnel et organisationnel du secteur

En plus des contraintes socio-culturelles, des problèmes d'ordre organisationnel et fonctionnel affectent le système sanitaire. En effet, le Ministère de la Santé est soumis à de nombreuses et fréquentes restructurations, en fonction des changements à la tête du département.

2.4.1.1.1 Problématique du renforcement institutionnel et organisationnel

D'une manière générale, le système de santé ivoirien présente des faiblesses au plan législatif, réglementaire et institutionnel.

Au plan institutionnel, la problématique concerne l'inexistence d'une loi d'orientation sur la santé publique, l'absence d'un document actualisé de politique sanitaire et l'absence d'un code de la santé publique.

Au niveau organisationnel, il s'agit des dysfonctionnements observés au niveau des services déconcentrés. Ces dysfonctionnements concernent (i) l'installation inadéquate par l'absence de locaux et d'équipement de la majorité de ces services, (ii) l'absence de moyens et de ressources qualifiées des directions régionales et des équipes cadres de district.

Concernant la santé et la sécurité au travail, la problématique relève donc, de l'organisation du secteur par la mise en place et l'application de mesure de coercition, de l'insuffisance des textes législatifs, juridiques et réglementaires en matière de santé et sécurité au travail et du manque de personnels formés à la médecine du travail.

2.4.1.1.2 Problématique du partenariat et de la multisectorialité

Au niveau du secteur privé, le défi pour le MSHP est la mise en place d'une plate forme de collaboration permettant une complémentarité dans la mise en œuvre des interventions de santé ainsi que leur intégration dans le SNIS.

Au niveau des partenaires au développement, les interventions dans le secteur de la santé se sont accrues à la faveur de la crise sociopolitique. Elles ont été caractérisées par la mise en œuvre d'actions humanitaires et de programmes d'urgence de réhabilitation et d'équipement. Le défi à relever pour le MSHP est d'assurer la coordination de toutes ces interventions en affirmant son leadership.

2.4.1.1.3 Problématique de la décentralisation et du

transfert des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales

La politique de décentralisation territoriale conçue par le gouvernement constitue une opportunité pour renforcer le système de santé à la périphérie.

Les missions assignées aux services extérieurs sont la promotion de la politique nationale de santé, la coordination de l'action sanitaire au niveau de chaque entité administrative, l'encadrement et l'assistance technique aux collectivités territoriales dans le cadre du transfert des compétences.

L'absence de textes d'application de la loi portant transfert des compétences aux collectivités territoriales pose la problématique de l'opérationnalisation de la décentralisation en matière de santé et d'hygiène publique et de qualité.

2.4.1.2 Au niveau de la gestion du secteur

2.4.1.2.1 Problématique gestionnaire

Le dispositif de gestion du secteur présente des insuffisances au niveau de la vulgarisation et de l'application des directives et outils de référence conçus à cet effet.

Au niveau de la gestion financière, les procédures d'exécution du budget de l'Etat entraînent souvent des retards dans la mise en œuvre des activités planifiées à tous les niveaux.

2.4.1.2.2 Problématique de la planification, de la coordination, du suivi et de l'évaluation

Le MSHP a élaboré un PNDS qui devait être mis en œuvre sur la période 1996-2005. La crise sociopolitique que traverse le pays depuis 2002, n'a pas permis la mise en œuvre effective des programmes retenus. La principale problématique depuis le début de cette crise est l'absence d'un cadre stable, permettant la collecte, le traitement de l'information sanitaire pour la planification et le suivi des activités sur le terrain. Il en résulte des difficultés à coordonner les multiples interventions sur le terrain.

Concernant le SNIS, les insuffisances sont particulièrement liées à la cohabitation de plusieurs systèmes de collecte et de traitement de l'information sanitaire.

La complétude et la promptitude des données sont faibles au niveau des établissements sanitaires et au niveau central. Et les données disponibles ne sont pas toujours utilisées pour la prise de décision.

La non actualisation de la carte sanitaire rend également difficile l'exercice de planification au niveau central et périphérique, et l'organisation de la réponse aux besoins de la population.

Au sujet du suivi-évaluation, la situation de crise que traverse le pays, avec comme corollaire l'insuffisance des ressources a pour conséquence le manque de moyens financiers et matériels pour les activités de supervision à tous les niveaux.

2.4.1.2.3 Problématique de la rationalisation de l'utilisation des ressources

En ce qui concerne les ressources financières, le problème se pose en termes de mobilisation et d'allocation. La part du budget de l'Etat consacrée au secteur de la santé de 2000 à 2006 n'a représenté en moyenne que 5% sur la période. Ce qui reste nettement en deçà des engagements pris par les Etats africains au Sommet d'Abuja en 2001 (15%). Ce sous-financement du secteur s'explique en partie par la faiblesse des flux financiers générés par le secteur lui-même.

La plus grande partie du budget du MSHP est consacrée aux structures de soins de niveau tertiaire. En effet, 4,5 milliards en moyenne par an soit 7% du budget de fonctionnement sont consacrés aux structures du niveau primaire. Le niveau secondaire avec 1,724 milliards représente 24% du budget. Quant au niveau tertiaire, les quatre CHU absorbent 11,5 milliards en moyenne par an soit 69% du budget.

Pour ce qui est des ressources humaines, la problématique majeure réside non seulement dans leur inégale répartition dans les infrastructures sanitaires et sur l'ensemble du territoire, mais aussi dans leurs conditions de travail inappropriées qui entraînent une certaine démotivation. Le défi à relever concerne la mise en place d'une politique de développement de ressources humaines.

Les ressources matérielles, quant à elles, sont insuffisantes, vétustes, et souffrent de l'absence d'une politique de maintenance. La plupart des infrastructures sanitaires est dans un état de dégradation et d'obsolescence assez poussé et leur rénovation et/ou réhabilitation n'est pas systématique en raison des faibles ressources allouées à l'investissement (seulement 25%). Il se pose également le problème des disparités régionales et l'existence de zone de silence sanitaire.

Le défi, dans ce cadre, sera non seulement de mettre en place une politique de maintenance des ressources matérielles du secteur tant en infrastructures qu'en équipement et logistique, mais aussi d'améliorer l'accessibilité géographique des populations.

2.4.1.3 Problématique de l'approvisionnement et de la disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques

Au niveau du secteur public, la problématique réside dans les difficultés institutionnelles de la PSP, notamment l'autonomie dont elle a besoin pour sa gestion. Ce problème se traduit par des retards de paiements de fournisseurs, des ruptures de médicaments à la PSP-CI et dans les formations sanitaires publiques.

Le secteur pharmaceutique privé commercial du fait des prix pratiqués rend difficile l'accès des populations aux médicaments.

L'absence de contrôle et de mesures de répression au niveau pharmaceutique favorise la prolifération du marché illicite de médicaments.

D'une manière générale, la problématique majeure est l'absence d'une politique pharmaceutique nationale et le développement d'un marché illicite des médicaments.

2.4.1.4 Au niveau de la qualité des prestations du secteur

2.4.1.4.1 Problématique de l'accessibilité aux soins

Malgré l'existence d'un réseau dense d'établissements de soins et la volonté pour les autorités sanitaires d'offrir aux différents niveaux de la pyramide sanitaire un paquet minimum d'activités prenant en compte les besoins essentiels des populations, force est de constater que la couverture sanitaire demeure toujours insuffisante.

On observe une forte disparité régionale dans l'implantation des infrastructures sanitaires. La région des Lagunes à elle seule détient 27,1% des infrastructures sanitaires dont 3 des 4 CHU. Par ailleurs, la distance constitue également un obstacle à l'accessibilité des populations aux structures de santé. 48%⁶¹ seulement des usagers des services de santé sont situés à 5 kilomètres des infrastructures sanitaires.

La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako a mis un terme à la gratuité des soins. Les populations contribuent désormais à la prise en charge d'une partie de leurs frais de santé. Face à la paupérisation croissante et en l'absence de couverture généralisée du risque maladie, une grande frange de la population a des difficultés à accéder aux soins.

Le problème de l'accessibilité financière concerne l'absence d'un mécanisme de couverture du risque maladie permettant à un plus grand nombre de populations d'accéder aux soins.

2.4.1.4.2 Problématique de la disponibilité et de l'utilisation des services

L'utilisation des services est largement déterminée par la disponibilité des services et leur qualité. La disponibilité des services est marquée d'une part par l'insuffisance et la vétusté du plateau technique et d'autre part par le manque de personnel qualifié dans certaines formations sanitaires, surtout dans le milieu rural. Une analyse situationnelle réalisée dans les districts sanitaires de Bondoukou, Tanda, Bouaflé et Sinfra révèle une insuffisance voire une inexistence de matériel de réanimation néonatale et de récupération nutritionnelle dans la quasi-totalité des établissements enquêtés⁶².

On constate également l'inexistence de certains services et prestations essentielles, notamment les services d'immunisation, les services de santé de la reproduction et les services de PTME du VIH-sida.

2.4.1.4.3 Problématique de la qualité des prestations

La qualité des prestations sanitaires délivrées dans les établissements de soins est l'élément essentiel qui détermine leur niveau d'utilisation et de fréquentation par les populations. Ceci est plus remarquable au niveau des établissements de premier contact. Véritable défi pour le dispositif national de soins, l'amélioration de la qualité des services prestés dans le secteur public de soins constitue un impératif. Ce défi est d'autant plus important que la viabilité à terme du système public de soins pourrait être compromise au profit du secteur privé. En somme, la problématique est celle de l'absence d'une véritable démarche qualité dans les établissements sanitaires publics.

⁶¹ REPCI 2006

⁶² Etude sur l'analyse situationnelle des services de santé de la reproduction dans les départements de Bondoukou et de Bouaflé, Juin 2000, MSP/UNFPA/Pop Council

2.4.1.4.4 Problématique de la lutte contre les maladies

La lutte contre la maladie est l'une des priorités majeures du système de santé. Cette lutte s'organise à travers des programmes de santé notamment le paludisme, le VIH/Sida, la Tuberculose, les maladies infantiles, la santé de la reproduction. Les programmes de santé définis à cet effet, posent la problématique de leur intégration dans la mise en œuvre de leurs activités.

La problématique s'articule surtout autour de la prise en charge correcte des cas de maladies et de la prévention.

2.4.1.4.5 Problématique de l'hygiène en milieu hospitalier

L'hygiène hospitalière contribue durablement à l'amélioration de la qualité des soins. Elle est insuffisante dans les établissements sanitaires. La problématique concerne la gestion des déchets médicaux et les risques d'infections nosocomiales.

2.4.1.5 Problématique de la recherche en santé

Malgré son importance et les nombreux travaux et résultats acquis, la recherche en santé en Côte d'Ivoire souffre d'un manque de financement approprié, ne permettant pas d'assurer le fonctionnement normal des laboratoires et institutions de recherche en santé.

De nombreuses contraintes sont inhérentes à la recherche en santé. L'absence d'une politique nationale de recherche en santé, l'absence de textes législatifs et réglementaires en matière de recherche en santé, l'absence de programmes de recherche et d'un plan de suivi des activités et des résultats de la recherche, le manque de motivation pour la recherche en santé, l'absence d'une banque de données en ressources humaines et d'un répertoire d'expertises nationales en matière de recherche en santé, la mauvaise intégration de la recherche au système d'information sanitaire, sont autant d'éléments qui ajoutés au manque de ressources financières, constituent la problématique de la recherche en santé.

2.4.2. Au niveau de la demande

2.4.2.1 Au niveau environnemental

2.4.2.1.1 Problématique de la santé environnementale

La Côte d'Ivoire est sujette à de nombreuses menaces sanitaires en rapport avec la pollution de l'eau, du sol et de l'air.

L'insalubrité grandissante des agglomérations due à l'amoncellement important des immondices est imputable à un faible taux d'enlèvement des ordures ménagères estimé à 65%⁶³.

La problématique de l'hygiène environnementale est la gestion des risques liés à la dégradation de l'environnement et du cadre de vie.

Par ailleurs, la décharge publique d'Abidjan présente des risques majeurs pour la santé des populations riveraines et de contamination de la nappe souterraine d'Abidjan. Sa délocalisation est devenue une urgence environnementale.

La collecte et l'élimination des ordures ménagères constituent l'un des défis majeurs en matière de gestion de l'environnement urbain.

⁶³ Source : Agence National de l'Environnement, 2002.

2.4.2.1.2 Problématique liée à la consommation et la production de denrée alimentaire

Les nouvelles menaces sanitaires s'étendent dans certains cas aux aliments importés de grande consommation. Le contrôle sanitaire des importations, lorsqu'il est requis, nécessite une action concertée multisectorielle. La problématique du contrôle sanitaire des importations a trait à la capacité opérationnelle de l'INHP et de celles des laboratoires de référence, notamment le LNSP.

2.4.2.2 Au niveau socioculturel

Certains comportements socio-culturels et modes de vie constituent de réelles menaces pour la santé des populations. Les mutilations génitales affectent la santé maternelle. Les consommations de tabac et drogues ainsi que la consommation abusive d'alcool exposent les populations à de graves risques sanitaires. Les changements dans les modes de vie (sédentarité, alimentation déséquilibrée...) sont à l'origine de l'émergence de maladies chroniques non transmissibles telles que le diabète et l'HTA.

La problématique socio-culturelle réside dans la promotion de comportements et de modes de vie favorables à la santé.

2.4.2.2.1 Problématique liée aux consommations de médicaments contrefaits

L'éventail des médicaments proposés sur les marchés parallèles s'est élargi. Leur nombre et les risques liés à leur qualité ne cessent d'augmenter. Au delà des risques collectifs connus, comme le développement des résistances aux médicaments, les risques individuels sont largement illustrés par des accidents graves, des insuffisances rénales, des atteintes hépatiques.

La problématique des médicaments réside dans la sensibilisation des consommateurs et la réglementation du secteur pharmaceutique.

Face à l'automédication et aux habitudes des prescripteurs, la problématique consiste à promouvoir l'adoption des pratiques de prescription et d'utilisation rationnelle des médicaments.

2.4.2.3 Au niveau sociopolitique : problématique des nouveaux besoins sanitaires nés de la crise

Les intenses mouvements de population occasionnés par la crise que traverse la Côte d'Ivoire imposent une meilleure appréciation des dynamiques de populations par la réalisation d'études actualisées et l'organisation des sources de données sanitaires.

La guerre a occasionné de nombreux cas de violences sexuelles, de traumatismes psychologiques et physiques avec des séquelles.

La problématique réside dans l'identification de tous les nouveaux besoins sanitaires nés de la crise, dans la recherche de réponses à ces besoins notamment la prise en charge psychologique des cas.

Ces défis tiennent compte par ailleurs des besoins liés à la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté et de ceux en rapport avec la poursuite des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

CHAPITRE III : VISION STRATÉGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE

3.1. Vision

La Côte d'Ivoire aspire à mettre en œuvre un système de santé responsable, équitable et efficace dans lequel tous les ivoiriens auraient accès à des soins de qualité sur tout le territoire national. Cette vision est soutenue par les valeurs de l'équité, de la justice sociale, de l'éthique et de la solidarité.

La vision stratégique du développement sanitaire est celle de la promotion d'un secteur sanitaire performant à même de garantir à tous les citoyens un épanouissement et un bien-être social, mental et physique équilibré pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

Cette vision implique :

- la restauration du système de santé ivoirien en particulier dans les zones Centre Nord et Ouest ;
- la réaffirmation d'un système de santé basé sur les SSP, développé dans le district sanitaire et orienté vers la satisfaction des besoins des populations dans le cadre de la politique de décentralisation ;
- une meilleure disponibilité et accessibilité de l'information sanitaire, base de toute prise de décision pour un système pro-actif ;
- une meilleure disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels y compris les ARV, des produits sanguins et des vaccins pour la population ;
- une répartition adéquate d'un personnel de santé responsable sur l'ensemble du territoire, dans de meilleures conditions de travail, gage d'une pleine motivation pour garantir des soins de qualité ;
- le passage progressif de l'urgence sanitaire au développement sanitaire ;
- de nouveaux mécanismes de financement basés sur l'organisation d'une solidarité nationale ou communautaire
- la bonne gouvernance.

3.2. Principes

Les principes qui soutiennent cette vision stratégique sont les suivants :

- **la consolidation des acquis**

L'existence d'un 1^{er} PNDS montre bien la volonté depuis 1996 de définir un cadre de planification de notre politique de santé. Les acquis sont nombreux et il faut les préserver. Ce sont entre autres, l'instauration des Soins de Santé Primaires, la création des districts sanitaires, l'adoption du médicament essentiel générique et une réflexion sur le financement du secteur de la santé par l'assurance maladie obligatoire ou universelle. Nous devons poursuivre la réflexion et consolider ces acquis notamment en allant vers une meilleure opérationnalisation des districts sanitaires.

- **l'unicité du système de santé**

Le système de santé est un ensemble global, intégré et performant. Toute structure sanitaire, administrative ou de soins publique ou privée quels que soient son statut et sa localisation, doit s'intégrer harmonieusement dans le système. La prise en compte et l'intégration du secteur privé dans la gestion du système de santé doit être effective et totale.

- **Le développement de la qualité des soins**

Les prestations de soins doivent être globales, intégrées, continues et rationnelles. Les services devront être disponibles, décentralisés, avec une équipe polyvalente et d'accessibilité permanente. Ils sont organisés actuellement en niveaux spécifiques et complémentaires. Leur complémentarité devra être plus affirmée.

La communication sera développée entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire d'une part et entre les différents versants (prestataire et gestionnaire) d'autre part.

Le fonctionnement des services du système de santé doit être amélioré par la recherche de l'excellence grâce à un personnel qualifié, motivé et responsable.

- **l'accès aux soins et aux services de santé pour tous**

Une réorganisation des services de soins doit être faite en fonction de ce principe afin d'avoir une répartition équitable des ressources humaines, matérielles et financières disponibles. L'accessibilité géographique et financière des populations aux structures de soins doivent être améliorées.

- **le renforcement de notre système de santé**

Une stratégie de renforcement de notre système devra être clairement définie, passant par le renforcement institutionnel, organisationnel et gestionnaire, ainsi que le renforcement de nos ressources tant matérielles que humaines. Concernant le renforcement institutionnel, l'opérationnalisation des Directions Régionales et Districts Sanitaires ainsi que l'opérationnalisation de la décentralisation en matière de santé devront être accélérées.

- **la lutte contre la pauvreté**

Les interventions pour les 5 ans à venir doivent s'inscrire dans la stratégie globale de lutte contre la pauvreté par le ciblage des populations les plus vulnérables (femmes, enfants, jeunes, populations des zones Centre, Nord et Ouest).

- De nouvelles exigences consécutives à de nouvelles menaces sanitaires liées à **l'hygiène publique, la salubrité urbaine, l'hygiène environnementale, la sécurité sanitaire des aliments, l'adoption de comportements propices à la santé et la prévention des maladies évitables par immunisation** doivent être prises en compte par le Gouvernement. L'importance des soins promotionnels et préventifs doit être réaffirmée dans le secteur de la santé.

- **le respect des engagements internationaux relatifs à la santé** (OMD, notamment la santé maternelle, la mortalité infantile et la lutte contre le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies) pris par l'Etat de Côte d'Ivoire.

CHAPITRE IV : PRIORITÉS, OBJECTIFS ET STRATÉGIES

L'environnement particulièrement défavorable dans la mise en œuvre du PNDS 1996-2005 n'avait pas permis de réaliser les améliorations souhaitées. La plupart des objectifs poursuivis n'ont pu être atteints. Plusieurs indicateurs clés de santé se sont même détériorés en l'espace d'une décennie et de nouveaux défis sont apparus. Le PNDS 2009-2013 intervient à un moment où les attentes des populations bénéficiaires en matière de santé se sont amplifiées, du fait de la guerre. Dans ce contexte, les préoccupations du Gouvernement en matière de satisfaction de la demande de soins sont considérables.

Tout en ne perdant pas de vue la nécessité de relancer et approfondir les réformes engagées au cours de la décennie passée, le Gouvernement entend parvenir très rapidement à un ajustement qui lui permette de réaliser pleinement ses objectifs sanitaires au cours des années à venir.

Les objectifs du PNDS 2009-2013 traduisent en particulier la volonté du Gouvernement de garantir à tous les citoyens, un niveau de santé lui permettant de contribuer de manière plus efficace à l'œuvre collective de consolidation de la paix et de relance du processus de développement de la nation.

4.1. Priorités Sanitaires

Priorité 1 : Renforcement du cadre institutionnel, organisationnel et gestionnaire

Il s'agira : (i) d'élaborer, réviser, réadapter les politiques et textes indispensables à l'amélioration du cadre institutionnel du système de santé, (ii) de mettre en place des mécanismes de coordination intra et intersectoriels fonctionnels, (iii) d'actualiser et renforcer les outils de gestion du secteur, (iv) renforcer les capacités des gestionnaires et des acteurs du système de santé à tous les niveaux, (v) d'améliorer la Gouvernance du système et l'utilisation rationnelle des ressources (humaines, matérielles, financières).

Priorité 2 : Amélioration de la disponibilité des ressources

Il s'agira (i) d'accroître le financement du secteur, (ii) de développer des mécanismes complémentaires de financement du secteur, (iii) d'assurer l'adéquation des ressources humaines avec les besoins du système de santé, (iv) de rendre disponibles et accessibles les ressources matérielles à tous les niveaux.

Priorité 3 : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des prestations des services de santé

Il s'agira (i) d'améliorer la couverture sanitaire en infrastructures et équipements particulièrement dans les zones CNO, (ii) d'assurer la disponibilité effective du PMA aux différents échelons de la pyramide sanitaire, (iii) d'améliorer la qualité des prestations sanitaires, (iv) de renforcer la lutte contre les maladies, (v) de mettre en place une démarche qualité au sein des établissements de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (vi) de développer un système de couverture généralisée du risque maladie.

Priorité 4 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité

Il s'agira (i) de garantir la disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité au niveau de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), (ii) d'assurer la disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité dans tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire, (iii) d'assurer l'accessibilité des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité aux populations, (iv) de promouvoir la prescription et l'utilisation rationnelle des médicaments de qualité.

Priorité 5 : Renforcement de la promotion de la santé

Il s'agira de promouvoir (i) l'utilisation des services de santé, (ii) l'hygiène publique, individuelle et collective, environnementale, hospitalière et alimentaire, et (iii) de favoriser l'adoption de comportements et modes de vie favorables à la santé.

Les besoins sanitaires sont nombreux. Ils concernent pratiquement tous les domaines de l'action sanitaire nationale (capacité institutionnelle, réformes systémiques, ressources humaines, ressources matérielles, infrastructures et équipements, ressources financières, promotion de la santé, prévention et lutte contre la maladie, prise en charge thérapeutique, qualité des soins, recherche etc.).

Le Gouvernement est conscient de la rareté des ressources. Aussi, inscrit-il son action dans une perspective d'interventions progressives mais déterminantes et efficaces. Toutefois, la logique qui guide son action est triple, à savoir (i) gérer au plus vite et avec toute l'efficacité requise les situations d'extrême urgence qui pourraient compromettre durablement les conditions de vie du plus grand nombre et engendrer une surmorbidity et une surmortalité ; (ii) entreprendre toute action d'ajustement du secteur en vue de rattraper les retards et combler les gaps (iii) engager parallèlement, et au mieux, toutes les interventions susceptibles de consolider les acquis et favoriser l'émergence d'un système pouvant mieux répondre aux besoins du futur. Cette triple démarche détermine le niveau de priorité accordé aux nombreux besoins urgents identifiés et reconnus comme tels.

4.2. Objectif Général

Améliorer l'Etat de santé et le bien-être des populations dans un contexte de post-conflit, est l'objectif général assigné au PNDS 2009-2013.

Améliorer l'Etat de santé et le bien-être des populations demeure l'objectif général poursuivi par le Gouvernement depuis le Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH 1991-1994). Repris à l'occasion du PNDS 1996-2005, cet objectif qui est reconduit reste d'actualité. Il traduit une certaine persévérance à la recherche du but ultime à atteindre en matière de santé.

4.3. Objectifs spécifiques

La poursuite de l'objectif général du PNDS 2009-2013 se fera à travers trois (3) objectifs spécifiques.

Le premier est en rapport avec le renforcement du système de santé dans toutes ses composantes pour une meilleure efficacité et une meilleure efficacie. Le second concerne le renforcement des services de santé par l'amélioration de l'offre et par la promotion de la qualité des soins. La prévention et la promotion en santé sont les thèmes du troisième objectif spécifique du PNDS.

Ainsi, ces objectifs spécifiques sont **(i) Améliorer l'efficacité et l'efficacie du système sanitaire, (ii) Améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé et (iii) Promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé.**

Objectif 1 : Améliorer l'efficacité et l'efficacie du système sanitaire

Le degré de réalisation des objectifs sanitaires poursuivis par le Gouvernement, la satisfaction des bénéficiaires de même que la satisfaction au plan professionnel et social des principaux acteurs du système de santé sont étroitement liés à l'environnement institutionnel qui régit le secteur sanitaire. Le degré d'adéquation des ressources avec les objectifs poursuivis, la productivité du secteur et le rendement des opérations de production et de délivrance des prestations et services de santé visent à rendre le système de santé efficace. La recherche de l'amélioration de l'efficacie du système vise, quant à elle, à créer les conditions optimales pour des résultats sanitaires en adéquation avec les attentes aussi bien des bénéficiaires que des acteurs du système.

Les actions à mettre en œuvre porteront essentiellement sur le renforcement du système de santé au niveau de ses composantes institutionnelles, organisationnelles et gestionnaires.

Objectif n°2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé

Concernant ce deuxième objectif, les actions à mettre en œuvre viseront la disponibilité des ressources, l'offre de services de santé, particulièrement en zones CNO, la disponibilité et l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité, la qualité des prestations des services de santé, la sécurité des patients et enfin l'accessibilité aux soins.

Objectif n°3 : Promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé

L'eau, l'assainissement et l'hygiène de l'environnement sont autant de facteurs qui agissent fortement sur l'état de santé de la population. Ils sont en lien étroit avec les attitudes et les comportements des individus, des ménages et des communautés.

Les actions viseront à améliorer l'assainissement et l'hygiène de l'environnement des communautés et à promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé.

4.4. Stratégies

Chacun de ces objectifs spécifiques est poursuivi à travers le développement de stratégies les plus pertinentes. Pour chacune de ces stratégies, les principales actions à mettre en œuvre déterminent les moyens à déployer et les ressources à mobiliser pour l'atteinte de chaque objectif spécifique. Ces moyens et ces ressources devraient garantir l'atteinte de l'objectif général assigné au PND 2009-2013.

La poursuite de l'objectif spécifique d'amélioration de l'efficacité et de l'efficacé du système de santé est envisagée à travers **(i) le renforcement du cadre institutionnel et réglementaire, (ii) le renforcement du cadre gestionnaire du système de santé.**

Pour le deuxième objectif spécifique, il s'agira avant tout , de porter le secteur de la santé au moins à son niveau d'avant la crise et de récréer les conditions d'une offre de soins équitable et plus efficace à même de permettre une amélioration rapide de la situation sanitaire, notamment en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant.

La réalisation de cet objectif passera par **(i) l'accroissement du financement du secteur de la santé et l'amélioration de la gestion des ressources financières, (ii) l'accroissement de l'offre des services de santé, (iii) l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité, (iv) l'amélioration de la qualité des prestations des services de santé et de la sécurité des patients , (v) l'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins , (vi) le renforcement des capacités du système de gestion des déchets médicaux et de lutte contre les infections nosocomiales.**

Cet ajustement consistera en la restauration de l'offre de soins dans toutes ses composantes, et partout où cette nécessité est établie. Il consistera par ailleurs à agir positivement en amont sur tous les facteurs et déterminants de morbidité et de mortalité, de manière à parvenir rapidement à une amélioration des principaux indicateurs concernés.

Le troisième objectif spécifique se réalisera à travers **(i) la promotion de l'utilisation des services et de l'hygiène publique et (ii) la promotion de l'hygiène individuelle et collective.**



DEUXIÈME PARTIE

DESCRIPTION DES INTERVENTIONS, COUTS DES INTERVENTIONS ET FINANCEMENT DU PNDS POUR LA PÉRIODE 2009-2013





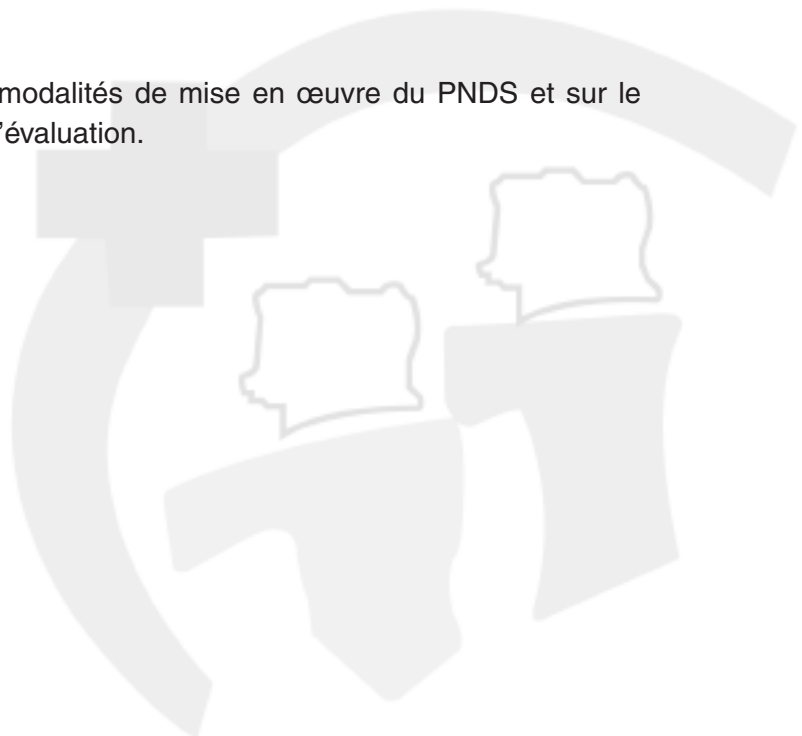
INTRODUCTION À LA DEUXIÈME PARTIE

Dans la première partie du PNDS 2009-2013, la situation sanitaire a été analysée dans toutes ses dimensions. Les réponses aux préoccupations soulevées ont été traduites en objectifs, conformes à la vision politique du Gouvernement en matière de santé et suivant une logique de priorisation tenant compte des réalités nationales du moment.

La deuxième partie du PNDS 2009-2013 décrit les principales interventions. Celles-ci sont présentées pour chacun des objectifs spécifiques du PNDS, suivant les stratégies retenues.

Ces interventions requièrent une estimation des coûts pour leur mise en œuvre. Une matrice budgétaire en annexe fournit les détails des coûts par objectif spécifique, par stratégie et par principale activité. Par ailleurs, pour chacune des interventions, une ventilation des coûts est indiquée par type de dépense.

Enfin, des précisions sont fournies sur les modalités de mise en œuvre du PNDS et sur le cadre institutionnel de gestion, de suivi et d'évaluation.



CHAPITRE I : DESCRIPTION DETAILLÉE DES INTERVENTIONS

1.1. Objectif 1 : Améliorer l'efficacité et l'efficience du système sanitaire

Un environnement institutionnel mieux élaboré et clairement défini qui régit le secteur sanitaire contribue à l'efficacité du système de santé. Le degré d'adéquation des ressources avec les objectifs sanitaires poursuivis, la productivité du secteur et le rendement des opérations de production et de délivrance des prestations et services de santé ainsi que la satisfaction des bénéficiaires visent à rendre le système de santé efficace. La recherche de l'amélioration de l'efficience du système vise quant à elle, à créer les meilleures conditions pour des résultats sanitaires en adéquation avec les attentes aussi bien des bénéficiaires que des acteurs du système.

Aussi les interventions à mener viseront-elles à améliorer aussi bien l'efficacité que l'efficience du système de santé ivoirien.

1.1.1. Stratégie 1 : Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire du système de santé

1.1.1.1. Elaborer la politique de santé

Une politique nationale de santé et d'hygiène publique devra être définie, adoptée et mise en œuvre.

Un projet de politique sera donc élaboré par le Cabinet du MSHP et sera ensuite validé. Cette politique de santé précisera les instances, les missions et les attributions des parties concernées, les directives opérationnelles ainsi que les moyens de coercition. Cette action sera menée en étroite collaboration avec les collectivités décentralisées.

1.1.1.2. Elaborer et faire adopter une loi d'orientation en santé publique

Le Gouvernement définit la politique en matière de santé et d'hygiène publique. Le MSHP est chargé de la mettre en œuvre. A ce titre il élabore le plan national de développement sanitaire et veille à son application par l'ensemble des acteurs concernés.

Dans ce contexte, des consultations régionales et départementales associant les principaux acteurs concernés seront organisées par les directions régionales de la santé et de l'hygiène publique. La synthèse de ces réflexions contribuera à la définition du cadrage objet de la loi d'orientation sur la politique sanitaire pour les cinq prochaines années.

Enfin, sur proposition du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Gouvernement soumettra au Parlement une loi d'orientation en santé publique au cours du premier trimestre 2009. Cette loi aura pour objet de préciser le cadre d'intervention en matière de santé et d'hygiène publique au niveau national, régional et départemental.

1.1.1.3. Elaborer et faire adopter un code de la santé publique y compris un code d'hygiène publique

Pour pallier le déficit en référentiel de l'action sanitaire, sur proposition du ministère de la santé et de l'hygiène publique, le Gouvernement soumettra au Parlement une loi portant code de la santé publique avec une partie législative et une partie réglementaire reprenant et restructurant l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires régissant la santé publique dans notre pays.

Les questions relatives à la protection générale de la santé, à la santé de la mère et de l'enfant, à la lutte contre la maladie et les fléaux, à la santé et à la sécurité au travail, à la surveillance médicale des travailleurs, aux professions médicales et à la bio-éthique, à la pharmacie, aux laboratoires, aux institutions et à l'administration sanitaire seront structurées en parties, livres, titres, chapitres et sections cohérents et complémentaires.

En raison de l'importance stratégique de la problématique de l'hygiène publique, un projet de Code de l'hygiène publique élaboré par les services compétents du Ministère, et faisant partie intégrante du Code de la Santé Publique sera également soumis dans le même temps au parlement par le Gouvernement, pour adoption.

Ce code d'Hygiène Publique renforcera le cadre législatif et réglementaire en matière d'Hygiène Publique.

Il devra tenir compte des domaines de la sécurité alimentaire, de la qualité de l'eau de boisson, des ouvrages d'assainissement, de la sécurité chimique, de l'élimination des ordures ménagères, de l'hygiène des établissements sanitaires (déchets médicaux, infections nosocomiales etc.).

1.1.1.4. Elaborer, réviser, actualiser les autres textes législatifs, réglementaires indispensables à l'amélioration du cadre institutionnel et gestionnaire du système de santé

1.1.1.4.1. Améliorer le cadre organisationnel du secteur

L'amélioration du cadre organisationnel du secteur s'articule autour de la révision, la mise à jour et la diffusion des textes existants et l'élaboration des textes manquants au niveau législatif et réglementaire.

Ces actions concernent dans un premier temps, les textes relatifs à la pyramide sanitaire et les niveaux de soins, le Paquet Minimum d'Activités, l'organisation et le fonctionnement des Directions Régionales et Directions Départementales de la santé, la classification des établissements sanitaires publics et privés, les textes relatifs aux professions de santé et aux Ordres professionnels, les textes relatifs à l'organisation des établissements sanitaires ayant le statut d'établissements publics nationaux (EPN), les textes relatifs aux établissements sanitaires n'ayant pas le statut d'EPN, les textes relatifs à l'organisation du secteur sanitaire privé y compris les organismes de financement et les organismes d'assureurs, les textes relatifs à la réglementation des conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle.

Il faudra, non seulement redéfinir, faire appliquer et faire respecter les normes de construction, d'équipement, d'organisation et de fonctionnement applicables aux établissements sanitaires publics et aux établissements sanitaires privés, mais aussi élaborer et mettre en place une politique nationale de maintenance et d'entretien des équipements et des infrastructures sanitaires.

Pour compléter les textes sur l'organisation de la formation professionnelle des fonctionnaires et agents relevant du ministère, des établissements publics nationaux et des collectivités locales, d'autres textes réglementaires relatifs à l'organisation de la formation continue seront élaborés et adoptés. Sera également élaboré, le document de politique nationale de recherche opérationnelle en Côte d'Ivoire, et défini un cadre législatif et réglementaire pour la recherche en santé.

Concernant les ordres professionnels sanitaires, il s'agira d'adapter les codes de création des ordres et les codes de déontologie, pour tenir compte des évolutions récentes, telles que l'exercice illégal des professions médicales.

Au niveau du secteur pharmaceutique, les textes existants devront être révisés pour les adapter à l'évolution du secteur. Les textes manquants devront être élaborés et diffusés pour combler les vides juridiques. Une politique nationale pharmaceutique devra être élaborée et validée. Elle devra comprendre toutes les orientations souhaitées dans le secteur pharmaceutique tant au niveau du secteur public que du secteur privé, notamment l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments essentiels, le renforcement de la politique du médicament générique, la promotion de l'usage rationnel des médicaments, l'assurance qualité des médicaments, la lutte contre les marchés illicites et les médicaments contrefaits. Enfin, il y aura lieu de faire suivre l'application des règles de l'éthique pharmaceutique par la création d'un corps d'inspecteurs assermentés et formés.

Pour ce qui est des programmes prioritaires de santé, les documents de politique des programmes de santé devront être élaborés et leurs directives nationales et indicateurs de suivi, mis en œuvre. D'autres programmes pourront être créés en fonction des préoccupations actuelles tels que, le programme de lutte contre les infections nosocomiales, le programme de santé environnementale.

Le code de commercialisation des substituts du lait maternel devra être adopté au niveau de l'Assemblée Nationale.

Cette activité s'étendra à l'opérationnalisation du Règlement Sanitaire International (RSI) par l'application du RSI 2005 entré en vigueur depuis le 15 juin 2007. A cet effet il s'agira (i) d'examiner la conformité du RSI 2005 avec les textes réglementaires nationaux, (ii) de proposer le cadre de renforcement du point focal national (PFN) en vue de lui permettre de collecter sans entrave les informations ciblées par le règlement sanitaire, (iii) d'examiner le projet d'arrêté portant organisation et fonctionnement du point focal RSI en y insérant la nouvelle attribution de point focal RSI, (iv) d'examiner et valider les plans d'actions annuels de mise en œuvre du RSI, (v) d'élaborer et diffuser des directives pour les acteurs de terrain. En application des dispositions du règlement sanitaire international révisé, il s'agira aussi de renforcer le cadre législatif et réglementaire pour le contrôle à l'importation des marchandises de toutes natures et pour la circulation des biens et des personnes, en concertation avec les autres Ministères techniques concernés.

Enfin, des textes devront être pris pour la création d'une cellule de gestion fiduciaire et de suivi programmatique, pour la création d'un institut national de veille sanitaire. Les dispositifs institutionnels nationaux et internationaux d'urgence pour les situations de secours ou d'assistance de masse en cas de catastrophe ou calamité devront être révisés puis réactivés.

Concernant la santé et la sécurité au travail, le MSHP mettra à disposition du Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi, des experts en la matière en vue de contribuer (i) à l'élaboration de leur document de politique nationale de santé et sécurité au travail, (ii) au renforcement et l'actualisation du dispositif législatif et réglementaire en santé et sécurité au travail, (iii) au renforcement du dispositif législatif et réglementaire en vue d'une meilleure prise en charge de la prévention des risques professionnels.

1.1.2. Stratégie 2 : Renforcement du cadre gestionnaire du système de santé

1.1.2.1. Renforcer le partenariat et les mécanismes de coordination intrasectorielle et intersectorielle à tous les niveaux

Les acteurs du système de santé sont représentés par les acteurs internes du secteur sanitaire public (prestataires et gestionnaires), les autres ministères techniques, les acteurs du dispositif sanitaire des corps constitués (armée, police, douane etc.), les agences d'aide au développement partenaires techniques ou financiers du secteur, le secteur privé sanitaire, les tradithérapeutes, les organismes d'assureurs, les représentants du secteur associatif, les associations communautaires y compris les COGES, les communautés bénéficiaires et récemment les collectivités territoriales. Il s'agira pour le MSHP de renforcer les mécanismes de collaboration avec ces différents acteurs à travers un certain nombre de mesures.

1.1.2.1.1. Développer un cadre de partenariat et de concertation avec les autres Ministères techniques

Des mécanismes de concertation et de collaboration avec les ministères techniques ayant des liens étroits avec la santé seront mis en place. Ces mécanismes incluront la participation et la contribution active de ces ministères. Les cadres existants à travers les arrêtés ministériels en vigueur seront réactivés en vue d'améliorer la collaboration intersectorielle dans certains domaines. Ce sont la mobilisation des ressources financières, la lutte contre la maladie, l'Hygiène Publique, le transfert des compétences aux entités décentralisées, la recherche scientifique, l'information et la communication de masse. Des conventions de partenariats pourraient également être signées.

1.1.2.1.2. Mettre en place un cadre de collaboration avec le dispositif sanitaire des corps constitués et du secteur parapublic

Des cadres de collaboration seront mis en place avec les réseaux de dispensation de soins relevant des corps constitués et du secteur parapublic. Ces cadres permettront d'échanger des informations sur les données sanitaires et d'impliquer ces réseaux dans des interventions de santé.

1.1.2.1.3. Mettre en place un cadre de concertation intégrée avec les agences d'aide au développement

Tout en renforçant la coopération et le partenariat avec l'ensemble des agences d'aide au développement, partenaires privilégiés de l'action sanitaire, le MSHP entend assurer son leadership national dans l'orientation politique et stratégique du secteur, dans l'identification des appuis et de l'aide au développement dans le secteur, dans le suivi des activités et dans l'évaluation des interventions. Un ancrage institutionnel clair devrait permettre une meilleure clarification des rôles, du fonctionnement et des modalités de mise en œuvre des programmes financés.

Les cadres de concertation politique, les échanges d'informations seront formalisés et renforcés, autour d'une plate-forme de concertation technique intégrée et permanente entre experts nationaux et partenaires du système de santé.

1.1.2.1.4. Mettre en place une plate-forme de concertation avec le secteur privé sanitaire pour la réalisation des objectifs de santé

De même une plate-forme de concertation permanente avec les associations professionnelles privées telle que l'Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire (ACPCI) sera développée et mise en place. Ceci afin de permettre une collaboration dans des domaines tels que l'information sanitaire, le PEV de routine ou dans le domaine de l'adoption et de l'application des grilles tarifaires dans le secteur privé. Des mécanismes de référence réciproque de patients pourront être développés dans le cadre de conventions entre le secteur hospitalier public et le secteur hospitalier privé.

1.1.2.1.5. Créer un cadre de coordination des actions des ONG

Le Ministère entend œuvrer pour une plus grande efficacité du secteur associatif et des ONG. Il s'agira d'amener ces organisations à s'intéresser à d'autres domaines de l'action sanitaire portant sur certaines maladies négligées (Trypanosomiase humaine africaine, Schistosomiase, Pian etc.), certaines maladies réémergentes (Tuberculose, etc.) ou encore certaines endémies tropicales telle que le Paludisme.

Les actions visant la sensibilisation du public, le renforcement des capacités d'intervention des ONG, les rôles des associations communautaires et ceux des relais communautaires, seront favorisées.

1.1.2.1.6. Réorganiser et rendre fonctionnel les comités de gestion des établissements sanitaires publics

Pour permettre à ces instances de fonctionner durablement et contribuer à la gestion des services de santé et à l'action sanitaire générale, leurs attributions, leur organisation et fonctionnement doivent être révisés. De plus les membres doivent être formés à tenir leur rôle. Ces instances doivent être dotées en moyens de fonctionnement.

L'intéressement des membres des COGES devra être envisagé.

1.1.2.1.7. Faciliter le processus de transfert et de répartition des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales

La mise en œuvre du transfert des compétences dans le cadre de la politique de décentralisation nécessite des actions spécifiques à entreprendre pour assurer la dévolution effective des compétences aux collectivités territoriales. Dans ce cadre, les textes d'application seront élaborés et vulgarisés auprès des collectivités territoriales. Il s'agit d'une part du décret d'application de la loi portant transfert des compétences ainsi que des textes subséquents, de l'arrêté interministériel portant attributions, organisation, fonctionnement des établissements sanitaires publics gérés par les Collectivités Territoriales et de la détermination des nouvelles modalités de gestion des établissements concernés par le transfert de compétences, de l'arrêté interministériel portant attributions, organisation, et fonctionnement des Comités Locaux de Santé, de l'arrêté interministériel portant transfert de biens meubles et immeubles dans le cadre du transfert des compétences aux Collectivités Territoriales en matière de Santé et d'Hygiène Publique. Il s'agit d'autre part des normes et spécifications applicables dans les domaines de responsabilité des collectivités territoriales, des outils et supports de gestion et de suivi. Les textes en élaboration seront finalisés.

En outre, un cadre de collaboration formelle sera établi pour garantir les échanges et les assistances mutuelles. Les collectivités territoriales tireront le meilleur profit de l'exercice de suivi évaluation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et ces derniers seront appuyés par les collectivités territoriales pour leurs actions. Ce cadre permettra l'harmonisation et la coordination des actions.

Aussi pour accompagner ce processus, un certain nombre d'actions devront-elles être menées pour faciliter la dévolution des compétences aux Collectivités Territoriales et mettre en place un cadre de partenariat.

Il s'agira de (i) proposer l'observance d'une période moratoire couvrant la période de mise en œuvre du PNDS 2009-2013, (ii) de vulgariser les dispositions du décret d'application de la loi et des autres textes réglementaires subséquents aussi bien auprès des acteurs du domaine de la santé qu'auprès des responsables des collectivités territoriales, (iii) d'établir les normes sanitaires applicables dans les domaines de responsabilité des collectivités territoriales et élaborer les outils de gestion et de suivi, (iv) de mettre à niveau les acteurs des services extérieurs du MSHP pour assumer leur rôle d'assistance aux collectivités territoriales, (v) de développer un sous-système d'information sanitaire portant sur les responsabilités sanitaires des collectivités territoriales.

1.1.2.2. Actualiser et renforcer les outils de planification, gestion, suivi et évaluation du secteur

1.1.2.2.1. Entreprendre une réforme du Système d'Information Sanitaire

Face aux difficultés et entraves au développement du SIG et à la mise en œuvre d'une Carte Sanitaire actualisée, une réforme globale du Système d'Information Sanitaire (SIS) est envisagée. Celle-ci vise avant tout la restauration, à l'échelle nationale, du dispositif de recueil, d'enregistrement, de transmission, de compilation, de traitement, de mise à disposition et de diffusion des informations sanitaires de routine ou non.

La réforme du SIS permettra d'assurer une promptitude et une complétude des données sanitaires ainsi que la production annuelle du RASS.

Cette réforme étendra le champ de recueil des informations à l'ensemble des composantes du dispositif sanitaire national (y compris le secteur privé et les collectivités territoriales) en vue d'une plus grande exhaustivité informationnelle. Il s'agira donc d'une informatisation de masse du SIS.

Ces chantiers de la réforme du Système d'Information Sanitaire comprendront (i) une révision et une actualisation des supports, des méthodes de recueil, des moyens de transmission et la conception d'outils nouveaux de traitement des informations, (ii) l'adaptation et l'achèvement de la mise en place des modules relatifs aux centres hospitaliers et aux structures sanitaires spécialisées publiques et privées (finalisation et confection du module 3 relatifs aux CHR, CHU et Etablissements sanitaires hospitaliers spécialisés, mise en œuvre de module 3 du sous-secteur privé), (iii) un programme de renforcement des capacités aux différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris la formation de spécialistes de l'information sanitaire et la transmission des données, (iv) une fonctionnalité de tous les niveaux de contrôle et de validation de l'information sanitaire, (v) l'acquisition de moyens de production et de diffusion de l'information sanitaire, (vi) la promotion du leadership national dans le domaine de l'information sanitaire, (vii) la dotation des services des régions et des districts sanitaires en ressources humaines adéquates pour la production de l'information sanitaire, enfin, (viii) la révision et l'actualisation des pathologies cibles, des rôles et missions des structures concernées, des modes opératoires, des centres opérationnels et centres de coordination, des modalités de mise à disposition et d'utilisation des informations générées.

1.1.2.2. Actualiser et redynamiser la carte sanitaire

Le processus engagé depuis 1994 qui a permis l'élaboration d'une carte sanitaire statique, devra être redynamisé. Une étude d'identification des ressources humaines, des infrastructures, de l'équipement et des activités au niveau du secteur public et du secteur privé sera entreprise. Elle permettra d'actualiser les données sanitaires utiles, afin de mettre à disposition une carte sanitaire opérationnelle à des fins de décisions.

Il s'agira donc de mener des enquêtes exhaustives par district et par région. Il faudra également élaborer des normes, la carte sanitaire diagnostique et la carte sanitaire prospective. La carte sanitaire sera ensuite diffusée.

1.1.2.3. Renforcer les capacités des gestionnaires et acteurs du système de santé au niveau central et au niveau déconcentré

1.1.2.3.1. Opérationnaliser les districts sanitaires, les directions régionales et les directions de coordination des programmes

Afin que le développement des districts soit effectif et appliqué, un cadre d'opérationnalisation systématique des districts sanitaires et des Directions Régionales sera développé. Les actions à mener comprennent (i) l'élaboration des outils d'opérationnalisation, (ii) l'application effective des outils sur le terrain, (iii) le renforcement des capacités des acteurs concernés,

(iv) l'encadrement, l'appui et le suivi du processus d'opérationnalisation, (v) l'évaluation du processus d'opérationnalisation des districts, (vi) la dotation en moyens de fonctionnement adéquats des DR et DD, (vii) la réorganisation fonctionnelle et opérationnelle des districts sanitaires.

1.1.2.3.2. Actualiser et concevoir les outils d'opérationnalisation des districts sanitaires et des directions régionales

L'actualisation concernera le PMA de ces services et les outils existants, tandis que la conception concernera les outils manquants.

En raison de la politique de décentralisation, les textes d'organisation et de fonctionnement des Directions Régionales et des Districts seront révisés et adaptés pour tenir compte des collectivités territoriales. Il s'agira d'harmoniser au mieux suivant le schéma de dévolution adopté, les missions, les activités, les tâches ainsi que les modalités de fonctionnement et de collaboration entre les entités déconcentrées de l'administration sanitaire et les entités décentralisées. La révision des textes d'organisation et de fonctionnement des Directions Régionales et des Districts sanitaires sera complétée par une mise à jour des textes portant définition du PMA pour ces entités déconcentrées. Il en sera de même pour les textes portant fixation du PMA des établissements sanitaires.

Le processus de conception et d'élaboration des outils d'opérationnalisation des Districts sanitaires sera relancé et accéléré en vue de parvenir dans les meilleurs délais à la disponibilité de tous les outils et directives requis pour l'opérationnalisation des districts sanitaires. Les outils existants seront révisés. Les outils manquants seront conçus. Il s'agit du document se rapportant à la rationalisation de la formation des personnels sur l'application du PMA au niveau de l'ESPC, de l'hôpital de référence et l'équipe cadre, et des guides méthodologiques de réalisation de certaines activités clés du PMA (planification intégrée, audit médical, projet d'établissement, etc).

1.1.2.3.2.1. Vulgariser auprès des acteurs les textes et les outils d'opérationnalisation des districts sanitaires

Pour permettre leur application effective, les outils d'opérationnalisation des districts sanitaires seront vulgarisés. Les actions envisagées comprendront (i) la constitution d'une équipe centrale de formateurs dotée de moyens pédagogiques et logistiques adéquats, (ii) la formation des formateurs régionaux (iii) l'organisation de sessions de formation dans chacune des régions sanitaires, (iv) l'organisation de sessions de formation dans les districts sanitaires et au niveau central.

1.1.2.3.2.2. Instaurer un système de planification intégrée dans les districts sanitaires

L'élaboration de plans de développement sanitaire locaux et les plans opérationnels annuels sont des exigences gestionnaires pour les districts sanitaires. La planification de développement sera faite avec la participation et l'appui des collectivités et l'implication aussi

de toutes les parties prenantes. La planification annuelle au niveau des districts sanitaires sera systématisée avec pour perspective, la mise en cohérence et l'intégration opérationnelle des activités relevant de la poursuite des objectifs des programmes prioritaires de santé. Les micros plans des programmes prioritaires de santé et ceux des projets en exécution seront pris en compte dans les plans d'actions annuels des districts sanitaires.

1.1.2.3.2.3. Suivre et évaluer régulièrement les activités des districts sanitaires et des directions régionales

Il s'agira d'organiser des missions de suivi et de monitoring, des missions d'évaluation et d'inspection et des missions d'audit dans les districts sanitaires et les directions régionales.

1.1.2.3.3. Doter en moyens de fonctionnement adéquats les Directions centrales, les Directions de Coordination de programme, les Directions Régionales de la santé et les Districts sanitaires

Pour permettre aux Directions centrales, aux Directions de Coordination des programmes, aux Directions Régionales et aux Directions Départementales d'être fonctionnelles et d'accomplir pleinement leurs missions de coordination et de suivi, un programme de renforcement de leurs capacités opérationnelles tant en infrastructures, matériel, équipement, ressources humaines, ressources financières que logistique sera mis en place. Ce programme d'installation comprendra (i) la construction de bâtiments ou l'aménagement de locaux existants, (ii) la dotation en équipements et logistique requis, (iii) l'affectation supplémentaire de personnels techniques et administratifs (iv) la mise à niveau des personnels, (v) l'octroi de dotations budgétaires adéquates et (vi) une allocation conséquente en ressources humaines, matérielles et logistiques des services centraux impliqués dans l'encadrement technique des équipes régionales et des équipes de district.

A cet effet, la Direction de la Pharmacie et du Médicament sera dotée d'outils indépendants de recueil d'informations (observatoire, système informatisé de suivi des enregistrements et des effets indésirables) qui lui permettront de fournir des informations indépendantes aux prescripteurs, dispensateurs et consommateurs et de sensibiliser les professionnels de la pharmacie à l'éthique et à la déontologie en mettant à contribution l'Ordre des pharmaciens ; ce afin d'assurer l'utilisation rationnelle des médicaments au niveau institutionnel.

L'efficacité opérationnelle des programmes de santé et de leur direction de coordination dépendant en partie du potentiel humain, technique, matériel et logistique, l'opération ponctuelle d'affectation de 15 cadres par programme sera poursuivie en fonction de la disponibilité des ressources humaines.

1.1.2.4. Prendre des mesures visant à renforcer la Gouvernance globale du secteur

Les principes clés de bonne gouvernance sont au plan politique, la promotion de l'Etat de droit et de la démocratie, le respect des règles édictées ; au plan économique, la transparence et l'optimisation de la gestion. Les animateurs et les acteurs du système de santé seront

amenés progressivement à s'approprier les principes de bonne gouvernance, et ce, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le Gouvernement entend agir avec fermeté en vue de faire disparaître tous les comportements préjudiciables aux usagers, aux populations bénéficiaires, au système de santé. Dans ce cadre, des missions d'explication, de sensibilisation et d'incitation au changement positif y compris l'application de moyens légaux de coercition seront organisées.

Par ailleurs, dans un environnement général où les ressources sont rares, la nécessité de rationaliser l'utilisation des ressources du secteur est un impératif. Elle concerne aussi bien les ressources financières, matérielles et logistiques que les ressources humaines. D'une manière générale il s'agira de concentrer les efforts en direction des besoins et des priorités avérés, d'assurer une allocation équilibrée et justifiée des ressources, de porter les efforts vers les niveaux de soins les plus périphériques et vers les niveaux qui concernent le plus grand nombre de personnes. L'accent sera mis sur la résolution de la problématique des ressources humaines en santé en ses différents aspects de production, de répartition et d'utilisation. De même, la gestion rationnelle des infrastructures, des équipements et des ressources logistiques sera une préoccupation permanente sur la période.

1.1.2.4.1. Rationaliser l'utilisation des ressources humaines

Sur la base du plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2008-2012, les interventions suivantes ont été retenues.

1.1.2.4.1.1. Assurer l'adéquation entre la production des ressources humaines en santé et les besoins du système sanitaire

Il s'agira de considérer l'ensemble des besoins et des compétences aussi bien pour le secteur sanitaire public que pour le secteur sanitaire privé. Ces besoins guideront la planification des cycles de formation y compris les effectifs. Des cycles de formation spécifiques en Côte d'Ivoire ou à l'étranger seront promus et autorisés en tenant compte de leur utilité pour le système national de soins.

1.1.2.4.1.2. Garantir une gestion et une utilisation efficiente des ressources humaines en santé

Dans le but de corriger les insuffisances dans la gestion des ressources humaines du secteur au plan quantitatif et qualitatif, un plan de développement des ressources humaines sera entrepris. Il concerne, leur recrutement en fonction des besoins du secteur, leur répartition sur le territoire en fonction des normes et standards et leur formation continue.

1.1.2.4.1.3. Renforcer la capacité de production des écoles de formation des personnels de santé

Les besoins en personnel médical restent considérables pour les zones rurales. Des efforts devront être faits pour la formation et la production de médecins spécialistes en Pédiatrie, gynéco-obstétrique, chirurgie, ophtalmologie, ORL etc.

Concernant le personnel paramédical (infirmiers, sages-femmes et autres auxiliaires de santé), l'Etat s'est engagé à renforcer la capacité de production par l'ouverture de nouvelles antennes de l'INFAS dans certaines villes du pays. (Abengourou, Man, etc.). Leur recrutement annuel devra être fonction des normes et standards en vigueur.

Enfin, pour améliorer la santé et la sécurité au travail, des médecins seront encouragés à se spécialiser en la matière.

1.1.2.4.1.4. Redéployer l'administration sanitaire et le personnel technique dans les zones CNO

En raison de la restauration du système sanitaire dans les zones CNO, le redéploiement des personnels de santé dans ces zones qui est en cours, devra continuer. Les contraintes sont nombreuses. Outre les facteurs financiers, des facteurs psychologiques, des facteurs humains et sécuritaires ainsi que des facteurs liés aux conditions matérielles de démobilisation sont à prendre en compte. Les mesures d'accompagnement et d'incitation devront être renforcées.

1.1.2.4.1.5. Mettre en place une politique nationale de formation continue des personnels de santé

Les mutations engagées dans le cadre du nouveau plan de développement sanitaire appellent une mise à niveau permanente des personnels en cours d'emploi.

Une politique de formation continue sera mise en place. Elle permettra (i) d'adapter les formations continues aux besoins sanitaires de la population, (ii) d'assurer la formation continue de tous les acteurs de santé, (iii) d'assurer le contrôle effectif de toutes les formations par la planification, la programmation, le suivi et l'évaluation), (iv) de mobiliser les ressources financières pour les activités de formation.

1.1.2.4.2. Rationaliser l'utilisation des ressources matérielles

1.1.2.4.2.1. Développer une stratégie d'acquisition, d'entretien, de maintenance et de renouvellement programmé des infrastructures et des équipements

Il s'agira avant toute chose de réviser et adapter les normes en équipements et infrastructures imposables sur le territoire national. Les services compétents devront mettre à jour les données existantes. Puis, les opérations de codification, d'identification et de traçabilité des équipements, des infrastructures et de moyens logistiques du Ministère seront entreprises. Un cadre de renouvellement des équipements et infrastructures devra être mis en place.

Concernant les dons, un cadre et des dispositions nationales applicables aux différents opérateurs seront définis et mis en place.

En l'absence de ressources propres immédiatement disponibles pour faire face aux charges de maintenance des équipements, un fonds pour la maintenance hospitalière sera créée. Les modalités de financement du fonds devront faire l'objet de réflexions.

1.1.2.4.2. Renforcer la gestion informatisée du patrimoine

Il s'agira essentiellement de déployer le logiciel de gestion du patrimoine SYGEPAS. Il devra être opérationnel dans les directions centrales, dans les directions régionales et dans les districts sanitaires. Le logiciel SYGEPAS est destiné à collecter les informations et à mettre à disposition une base de données nationale sur le patrimoine sanitaire pour les infrastructures, les équipements, le personnel et la gestion des pièces de rechange.

1.1.2.4.3. Rationaliser la gestion des ressources financières

1.1.2.4.3.1. Assurer le contrôle et l'audit périodiques des ressources financières mises à la disposition du MSHP

Les contrôles se feront tous les trois mois et les audits seront réalisés chaque année. Dans le même sens, il faudra améliorer les procédures de gestion des fonds de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

1.1.2.4.3.2. Développer les compétences du Ministère en matière de gestion fiduciaire et de suivi programmatique

Une mauvaise observance des règles et procédures de gestion entraîne parfois des ralentissements dans l'exécution des projets ou programmes, voire des blocages.

Afin d'assurer une meilleure fluidité dans l'exécution des projets/programmes le MSHP développera en son sein des compétences et capacités requises pour assurer la gestion fiduciaire et le suivi programmatique des projets à financement extérieurs. Pour ce faire, une cellule dotée des compétences nécessaires sera mise en place.

1.1.2.4.3.3. Améliorer le recouvrement des coûts des actes de santé

En raison de l'insuffisance du recouvrement des coûts, et des déperditions des recettes, l'équité dans la contribution financière des clients sera rétablie. Pour ce faire les interventions suivantes seront menées.

1.1.2.4.3.3.1. Renforcer le circuit de paiement des actes de santé

La déperdition des recettes dans les formations sanitaires et notamment dans les hôpitaux relève en partie d'une mauvaise organisation et du manque de structures adéquates et de personnel. Il faudra donc (i) redéfinir le circuit de paiement des actes de soins, (ii) restructurer les services de recouvrement des coûts des actes, (iii) renforcer les contrôles internes et externes.

1.1.2.4.3.3.2. Accroître les ressources financières issues du recouvrement des coûts des actes de santé

Il s'agira d'améliorer le niveau de recouvrement des actes de santé hors médicaments par des mesures visant une meilleure gouvernance desdites ressources. Les suppléments dégagés pourraient constituer un apport pour le financement des charges récurrentes des établissements de santé et pour la motivation des personnels.

1.1.2.4.3.3.3. Réinstaurer progressivement le système de recouvrement des coûts des actes de santé dans les zones CNO

La période de sortie de crise et la transition vers la normalisation dans les zones CNO appelle à la mise en place de mécanismes adaptés de recouvrement progressif des coûts des actes de santé. Les modalités de ce recouvrement devront faire l'objet de réflexion.

1.1.2.5. Suivre et évaluer le plan national de développement sanitaire

Les activités à mener concernent (i) la revue annuelle des plans opérationnels pour la mise en œuvre du PNDS, (ii) l'évaluation à mi-parcours du PNDS et l'évaluation finale du PNDS. Pour ce faire, un plan de suivi évaluation du PNDS sera élaboré par les services techniques de la DIPE et la Cellule de Prospective et de Stratégie.



1.2. Objectif 2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé

1.2.1. Stratégie 1 : Accroissement du financement du secteur de la santé et amélioration de la gestion des ressources financières

Le besoin en ressources du secteur de la santé concerne principalement les ressources financières étatiques.

1.2.1.1. Accroître la contribution de l'Etat au financement de la santé

Il s'agira d'accroître la contribution de l'Etat au financement de la santé.

Le Gouvernement devra s'atteler, conformément aux recommandations internationales, à faire siens, les engagements internationaux relatifs à l'augmentation des ressources financières allouées au secteur de la santé. Pour ce faire le MSHP envisage de développer un plaidoyer en faveur de l'augmentation de la part du budget de l'Etat consacré au MSHP en moyenne de 5% actuellement à 10% d'ici 2013. Et ce, afin que cette affectation plus significative des ressources propres de l'Etat vers le secteur de la santé soit une volonté matérialisée.

1.2.1.2. Développer des mécanismes de mobilisation des ressources extérieures

Un des principaux problèmes auquel est confronté le secteur de la santé est l'insuffisance de ressources financières. La mobilisation des ressources financières additionnelles extérieures en faveur du secteur de la santé à travers le renforcement du partenariat permettra en partie, de résoudre ce problème.

Il s'agira de mener un plaidoyer à l'endroit des partenaires et opérateurs économiques (nationaux et extérieurs) privés, en vue de mobiliser des ressources supplémentaires pour venir en appui à l'effort national. De même, des projets seront élaborés pour mobiliser d'autres ressources.

1.2.1.3. Développer des mécanismes complémentaires de financement du secteur

Cette action prendra en compte des études pour la mise en place de mécanismes communautaires de couverture du risque maladie. Le MSHP contribuera à l'opérationnalisation de l'AMU.

1.2.1.4. Améliorer les mécanismes d'utilisation des fonds de recouvrement des coûts

1.2.1.4.1. Elaborer les comptes nationaux de la santé

Cet exercice d'une importance capitale pour le secteur de la santé en matière de financement, sera entrepris en priorité. Il permettra d'avoir en temps réel l'état des flux financier du secteur.

Ainsi, les montants alloués au secteur par chaque source de financement (Etat, bailleurs, ménages, assurances, secteur associatif, secteur privé) et l'utilisation des ressources mobilisées pourront être déterminés.

Il s'agira pour cela de (i) mettre en place le cadre des comptes nationaux, (ii) d'élaborer les outils et de (iii) construire les comptes nationaux de la santé.

1.2.1.4.2. Elaborer les manuels de procédures d'une meilleure gestion des ressources financières

Des mesures visant une meilleure gestion des ressources financières seront prises. Et des manuels de procédures de gestion des ressources financières seront élaborés et vulgarisés.

1.2.2. Stratégie 2 : Accroissement de l'offre de services de santé

1.2.2.1. Réhabiliter les infrastructures et les plateaux techniques en zone CNO

Un vaste programme de réhabilitation et de rééquipement des infrastructures et des équipements sanitaires dans les zones CNO sera mis en place. Il consolidera les réalisations des PUR et les réalisations d'urgence humanitaire dans une double perspective ; renforcer les acquis de la gestion de la crise socio-politique dans les zones CNO, et ajuster aux normes les plateaux techniques et les moyens de production de ces établissements sanitaires.

Ces opérations de réhabilitation et de rééquipement concernent 550 ESPC (dispensaires, maternités, CSR, CSU, CSUS), 20 établissements de référence dont 1 CHU, 4 CHR, 15 Hôpitaux généraux, 2 instituts de formation (INFAS de Bouaké et de Korhogo), 4 Directions Régionales et 24 Districts Sanitaires.

1.2.2.2. Réhabiliter et rééquiper dans les autres zones

Dans la zone Sud, il s'agira de réhabiliter et rééquiper les établissements sanitaires de base ; sont également concernés les 3 CHU d'Abidjan, les 13 CHR, les 39 Hôpitaux Généraux et les 17 Instituts spécialisés. Pour ces hôpitaux et instituts spécialisés l'accent sera mis sur la modernisation des équipements biomédicaux, sur l'amélioration des conditions d'hébergement des patients et sur les conditions et l'environnement de travail des praticiens. Il faudra également améliorer la couverture sanitaire en SSSU en réhabilitant 47 SSSU et en construisant 77 autres pour tenir compte des normes et standards.

1.2.2.3. Corriger les disparités régionales et combler les poches de silence sanitaire

Le Gouvernement entend améliorer l'accessibilité aux prestations sanitaires en ses aspects d'accessibilité géographique et de disponibilité des services. Cette démarche favorisera l'utilisation des services. L'accessibilité géographique vise à réduire les disparités régionales et les poches de silence sanitaire existantes. Ainsi, 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 ainsi qu'aux zones périurbaines défavorisées où l'on observe un déficit important en établissements de premier contact.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers de référence, la création de nouvelles unités de type CHR, 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, en lieu et place des CHR où le plateau technique reste celui d'un Hôpital général, il sera créé de nouveaux CHR avec transformation du CHR existant en Hôpital Général.

Par ailleurs, suite à l'érection de certaines localités en chefs lieux administratifs, les établissements sanitaires qu'elles abritent ont été relevés à un niveau supérieur sans que leurs plateaux techniques n'aient évolué. Il s'agira de mettre ces établissements aux normes, dans la mesure où la faisabilité de cette opération est établie. Enfin, la création de nouveaux établissements spécialisés dans certaines régions du pays sera encouragée (Institut de Cardiologie, Centres Régionaux de Transfusion Sanguine, Service d'Aide Médicale d'Urgence, Centre d'Hémodialyse etc.)

Les besoins se résument ainsi: Abidjan devra bénéficier de 4 nouveaux HG. Les villes d'Abengourou, Bondoukou, Bouaké, Daloa, Korhogo, Man et Odienné auront un nouvel Hôpital Général. Un nouveau CHR sera construit dans les villes d'Aboisso, Gagnoa, San-Pédro et Yamoussoukro avec transformation des CHR existants en Hôpital Général.

La mise aux normes des plateaux techniques des établissements existants concerne les CHR d'Agboville, de Bouaké, de Dimbokro, d'Odienné, de Séguéla et de Touba ainsi que les hôpitaux généraux d'Adiaké, Adzopé, Agnibilékrou, Bangolo, Béoumi, Biankouma, Bocanda, Bondoukou, Bongouanou, Bouna, Dabakala, Dabou, Danané, Daoukro, Divo, Duékoué, Ferkéssédougou, Gagnoa, Grand-Bassam, Grand-Lahou, Guiglo, Issia, Jacquville, Katiola, Lakota, Mankono, M'bahiakro, Oumé, Sakassou, San-Pédro, Sassandra, Sinfra, Soubré, Tabou, Tanda, Tengréla, Tiassalé, Tiébissou, Toumodi, Toulépleu, Vavoua et Zuénoula.

Conscient d'une part, des contraintes financières et des délais de réalisation pour de nouveaux établissements sanitaires et d'autre part, de l'impossibilité à assurer une couverture géographique adéquate en tous les points du pays sur une courte période, des stratégies alternatives comme la stratégie avancée et la stratégie mobile pourraient convenir en certaines zones reculées du pays. Ainsi, outre la mise en place d'équipes itinérantes dotées de moyens logistiques conséquents et adaptées au niveau des districts sanitaires pour offrir des soins de qualité, il est également envisagé le déploiement d'Unités mobiles légères, d'ambulances médicalisées et de hors bords médicalisés.

Les besoins dans cette approche sont de 20 unités mobiles dont 2 positionnées dans chaque localité de Béoumi, Bouna, Dabakala, Lakota, Odienné, Touba, Toulepleu ; une dans les localités de Boundiali, Grand-Lahou, Jacquville, Sandégué et Tabou ; 20 ambulances médicalisées dont 17 pour les CHR et 3 pour le SAMU d'Abidjan ; 4 hors bords médicalisés dans les localités situées en bordure de lagune, dont 1 à Adiaké, Béoumi, Grand-Lahou et Jacquville.

1.2.2.4. Assurer la mise en œuvre effective du PMA aux différents échelons de la pyramide sanitaire

Il s'agira de mettre à jour le paquet minimum d'activités et assurer son application effective aux différents échelons de la pyramide de soins.

L'application effective des prestations essentielles de soins telles que définies par les directives du Paquet Minimum d'Activités des différents niveaux de la pyramide sanitaire est un important déterminant de l'utilisation des services.

Pour ce faire les activités suivantes seront menées ; (i) réviser le PMA, (ii) diffuser le PMA, (iii) former le personnel à l'utilisation du PMA et (iv) superviser les acteurs de la mise en œuvre des directives du PMA par niveau.

1.2.2.4.1. Réviser le PMA

Les textes et directives en vigueur seront révisés puis diffusés.

1.2.2.4.2. Mettre à niveau le personnel technique et les équipes d'appui/encadrement pour l'application et le suivi du PMA

En vue d'améliorer l'efficacité et la qualité des prestations au niveau de ces établissements sanitaires, une mise à niveau généralisée des personnels techniques et des équipes d'appui des structures de soin est nécessaire. La mise à niveau concernera l'ensemble des ressources humaines en santé.

1.2.2.4.3. Superviser les acteurs de la mise en œuvre des directives du PMA par niveau

Afin de permettre un appui constant et permanent des équipes techniques départementales et régionales, des campagnes de sensibilisation auprès de ces entités déconcentrées seront instituées. Elles viseront d'une part à promouvoir et favoriser un esprit de responsabilité collective dans la mise en œuvre et le suivi du PMA et d'autre part à redynamiser la fonctionnalité des différents niveaux d'intervention du dispositif sanitaire. Des supervisions seront faites, à raison d'une supervision par trimestre.

1.2.2.5. Renforcer la lutte contre les maladies prioritaires, émergentes, réémergentes et négligées

Cette action sera menée à travers le renforcement de la mise en œuvre des programmes spécifiques de santé et le renforcement du contrôle des maladies et de la surveillance épidémiologique.

1.2.2.5.1. Renforcer l'action des programmes prioritaires de santé

Afin de renforcer l'atteinte de cet objectif il s'agira de mener les activités suivantes.

1.2.2.5.1.1. La lutte contre le VIH/Sida

Selon le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida, l'objectif poursuivi dans le cadre de la prise en charge est l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions de prévention et de prise en charge globale du VIH en Côte d'Ivoire d'ici 2013. Le défi étant d'arriver à arrêter la propagation actuelle du VIH/SIDA afin de réduire la mortalité et la morbidité liées à cette pandémie.

Les actions prioritaires à mener dans ce cadre concernent (i) l'intensification de la prévention et le renforcement de la prise en charge des PVVIH, (ii) l'amélioration de la coordination des activités de prise en charge des PVVIH, (iii) les activités d'IEC/CCC et de mobilisation sociale, (iv) le Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), (v) la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), (vi) la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles, (vii) la sécurité transfusionnelle et sécurité des injections, (viii) la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, (ix) la prise en charge axée sur le traitement et les soins palliatifs, (x) la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), (xi) le soutien nutritionnel des PVVIH, (xix) le soutien socio-économique et le soutien juridique.

1.2.2.5.1.2. Améliorer la santé de la reproduction et le planning familial

En se référant à la feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles, à l'Objectif 5 des OMD et au plan d'action de Maputo, pour améliorer la santé de la reproduction et la planification familiale, il y a lieu de réduire le taux de mortalité maternelle de 543 à 345 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale de 41 à 31 pour 1000 naissances vivantes et d'améliorer la santé sexuelle des adolescents, des jeunes et des hommes et de contribuer à la lutte contre les violences basées sur le genre.

Pour ce faire, les actions à mener concerneront (i) l'amélioration de la qualité des soins, (ii) le renforcement du plateau technique des structures de santé, (iii) le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la santé de la femme, de la mère du nouveau-né et de l'enfant, (iv) l'élaboration et la vulgarisation des protocoles en santé de la reproduction, (v) le passage à échelle de la planification familiale, (vi) le renforcement des modalités pour le dépistage systématique et la prise en charge de certains cancers génitaux (cancer du col utérin, cancer du sein, etc.), (vii) la lutte contre les violences sexuelles et mutilations génitales féminines.

1.2.2.5.1.3. Améliorer la santé infantile

Selon la Stratégie Nationale de Développement basé sur les OMD (Objectif 4 des OMD), afin de réduire les taux de mortalité infantile de 84 à 62 pour mille et infanto-juvénile de 125 à 88 pour mille, ainsi que le taux de morbidité liée aux principales maladies chez les enfants âgés de moins de cinq ans à travers la stratégie de survie de l'enfant, les interventions porteront sur (i) le développement de la PCIME par le passage à l'échelle, (ii) la couverture des districts en PCIME, (iii) le renforcement de la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) favorables à la santé au niveau communautaire par l'IEC/CCC.

La protection et la promotion de l'allaitement exclusif jusqu' à six mois, l'appui des activités de promotion et de protection de l'allaitement, la vulgarisation des dispositions relatives à la législation du travail à l'endroit des femmes salariées, la redynamisation de l'initiative Hôpitaux Amis des bébés seront d'autres activités à prendre en compte pour améliorer la santé infantile. Des groupes de soutien à l'allaitement seront mis en place et des émissions au niveau des médias visant la promotion de l'allaitement maternel seront élaborées.

Toutes les activités liées à l'allaitement maternel, seront dévolues au niveau opérationnel au programme national de nutrition qui en a la désormais la charge.

Le plaidoyer, la mobilisation sociale, le suivi/évaluation et la recherche opérationnelle sont des activités de soutien qui accompagneront les interventions sus citées.

1.2.2.5.1.4. Améliorer la santé scolaire et universitaire

A ce niveau les interventions devront permettre d'améliorer l'état de santé et le bien-être des élèves et étudiants. La visite médicale devra être rendue systématique annuelle pour 95% de la population cible. Plus de 98% des élèves et étudiants devront être déparasités 2 fois par an. La supplémentation en vitamine A devra être de rigueur chez plus de 98% des élèves en âge scolaire.

1.2.2.5.1.5. Améliorer la couverture vaccinale

Les activités à mener permettront d'accroître la couverture vaccinale à des niveaux élevés pour l'ensemble des antigènes. Pour cela, l'approche "Atteindre Chaque District" devra être renforcée. Il s'agira (i) d'améliorer l'offre des services de vaccination, (ii) d'atteindre et maintenir les critères de certification pour l'éradication de la polio, (iii) de contrôler la rougeole et la fièvre jaune, (iv) d'éliminer le tétanos maternel et néonatal, (iv) d'introduire le vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib, (v) de réduire les taux d'abandon des vaccinations, (vi) d'améliorer la surveillance des cas de maladies cibles du PEV, des cas de MAPI et la riposte aux épidémies déclarées, (vii) de renforcer les capacités de l'autorité nationale de régulation (ANR) pour le contrôle de la qualité des vaccins, (viii) de renforcer la communication et le plaidoyer en faveur de la vaccination, (ix) de renforcer l'équipement en chaîne de froid.

1.2.2.5.1.6. La lutte contre le paludisme

En référence à l'objectif 6 des OMD, les activités de lutte contre le paludisme seront axées sur (i) le renforcement de la sensibilisation et la mobilisation de la population, (ii) l'accroissement de la disponibilité et l'accessibilité des moustiquaires et autres barrières imprégnées, (iii) la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées, (iv) le renforcement de la lutte antivectorielle, (v) la disponibilité des médicaments antipalustres de qualité et à moindre coût.

1.2.2.5.1.7. L'amélioration de la nutrition et de la sécurité alimentaire

Pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition et aux carences en micronutriments chez les enfants, les femmes en âge de procréer et les groupes les plus

vulnérables, un accent sera mis sur la promotion de l'allaitement maternel et une alimentation de complément optimale chez le nourrisson et le jeune enfant, sur la poursuite de la mise en œuvre du SUCRE/SIAC (Suivi de la Croissance de l'Enfant/Système d'Information à Assise Communautaire), la supplémentation en micronutriment, la réhabilitation nutritionnelle, la fortification des aliments, l'intégration de la nutrition dans les programmes VIH/SIDA, Tuberculose, maladies chroniques et maladies non transmissibles, le renforcement de l'IEC/CCC.

1.2.2.5.1.8. La lutte contre la tuberculose

Dans ce domaine l'accent sera mis sur (i) l'extension de la couverture en centres de diagnostic et de traitement (CDT), (ii) la promotion du dépistage des cas dans tout le système de santé, (iii) l'amélioration de la qualité du dépistage, (iv) l'amélioration de la qualité de prise en charge des cas de tuberculose mis en traitement, (v) la mise sous ARV des patients tuberculeux co-infectés éligibles, (vi) la prise en charge de la tuberculose multi résistante, (vii) l'intégration du soutien nutritionnel dans la prise en charge des tuberculeux vulnérables, (viii) le renforcement des soins et du soutien communautaire.

1.2.2.5.1.9. La lutte contre les maladies non transmissibles

Concernant les maladies métaboliques les activités consisteront en (i) un renforcement de la prévention et du dépistage du diabète, de la prise en charge de ses complications, de l'amélioration de l'accessibilité à l'insuline, (ii) un renforcement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des maladies cardiovasculaires et de la prévention et de la prise en charge de l'obésité, de la prise en charge des hyperlipidémies.

Les interventions prendront en compte (iii) le renforcement de la participation des communautés aux activités de prévention, de prise en charge et de surveillance des principales maladies transmissibles et non transmissibles (maladies métaboliques, ...) non seulement à travers la sensibilisation et la formation, mais aussi par des appuis techniques et des incitations.

Pour ce qui est du cancer l'accent sera mis sur l'amélioration de l'accès aux médicaments anticancéreux, la communication et la sensibilisation, la surveillance épidémiologique, la prise en charge des patients, la mise en place d'un service d'oncologie médicale avec unité de radiothérapie pour la prise en charge complète de la maladie cancéreuse.

1.2.2.5.1.10. La lutte contre l'ulcère de Buruli

Le Gouvernement s'est engagé à renforcer le combat contre cette mycobactériose à travers la mise en œuvre d'un plan stratégique couvrant la période 2007-2011. D'une manière générale, l'accent sera mis sur la détection précoce des cas au niveau communautaire et l'IEC, le renforcement du plateau technique des structures sanitaires, la standardisation de la notification des cas et des rapports par l'utilisation des formulaires BU 01 et BU 02 et le logiciel HEALTH MAPPER.

⁶⁵ Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatale et infantiles

⁶⁶ Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique 2007-2010

1.2.2.5.1.11. L'élimination de la trypanosomiase humaine africaine

Les activités à entreprendre doivent aboutir à éliminer la trypanosomiase Humaine Africaine. Il faudra pour y arriver faire renaître le réflexe de la recherche de la maladie du sommeil chez les praticiens des zones d'endémie, impliquer les communautés à la lutte contre la mouche tsé-tsé, renforcer les équipes mobiles de dépistage pour accroître les passages.

1.2.2.5.1.12. La lutte contre le ver de guinée

L'accent sera mis sur (i) le plaidoyer en faveur de la disponibilité permanente en eau potable, (ii) la surveillance épidémiologique, (iii) l'isolement des cas, (iv) la lutte anti-vectorielle et sur (v) des activités de soutien telles que la communication, la mobilisation sociale et la recherche opérationnelle.

1.2.2.5.1.13. La lutte contre la cécité

Les interventions retenues concerneront (i) le renforcement de la prévention et de la prise en charge des cas, (ii) le plaidoyer, la sensibilisation et la mobilisation sociale, (iii) la surveillance épidémiologique et entomologique.

1.2.2.5.1.14. La lutte contre les maladies émergentes, réémergentes anciennes et négligées

Les activités de lutte dans ce domaine devront concourir à l'élimination de la lèpre dans tous les districts sanitaires du pays d'ici 2013. Il s'agira de renforcer le dépistage des cas, de renforcer la prise en charge des cas par la disponibilité et l'accessibilité permanente aux traitements.

Pour ce qui est de la grippe aviaire, les activités de lutte concerneront (i) le développement de sites sentinelles de surveillance y compris leur équipement en matériel de froid pour la conservation des échantillons, (ii) la formation des agents de santé des sites sentinelles, (iii) la supervision des sites, (iv) la mise en œuvre d'activités de recherche, (v) le développement d'une stratégie de communication, (vi) l'équipement et l'approvisionnement du laboratoire de l'IPCI en réactifs.

Les activités de lutte contre la schistosomiase porteront sur la formation des acteurs du niveau périphérique au diagnostic clinique, le renforcement des méthodes modernes de diagnostic biologique et ultrasonographique de la schistosomiase, le traitement de masse des enfants d'âge scolaire au Praziquantel® et par la mobilisation des ressources des partenaires internationaux (OMS, Schistosomiasis Control Initiative).

Les activités de lutte contre la filariose lymphatique et les géo-helminthiases concerneront l'acquisition des médicaments et matériels de traitement, le traitement de masse en vue de la réduction du nombre des cas morbides, la prise en charge correcte des morbidités liées à ces affections.

1.2.2.5.1.15. La lutte contre les maladies-buccodentaires

Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire de l'ensemble de la population, en particulier celle des enfants et des adolescents, les activités consisteront à mettre en place une politique de prévention fluorée avec promotion des suppléments fluorés et supplémentation en fluorures des eaux de boisson dans les écoles primaires et la promotion des bonnes pratiques en santé bucco-dentaire auprès des communautés.

Il y aura lieu de réhabiliter les cabinets dentaires existants, de renforcer la capacité de soins de certains cabinets dentaires, d'en créer de nouveaux dans les hôpitaux généraux et les CHR qui n'en possèdent pas.

Des activités de recherche opérationnelle en collaboration avec l'UFR d'Odontostomatologie viendront en soutien de la prise en charge et de la prévention. Une banque de données sur les pathologies du complexe maxillo-facial pourra être développée.

1.2.2.5.1.16. La lutte contre les maladies mentales

Les interventions prioritaires dans le domaine de la santé mentale concernent le renforcement de la prévention et de la prise en charge des cas de maladies mentales, la décentralisation de l'offre de soins en matière de santé mentale, la modernisation des conditions d'hospitalisation en matière de santé mentale, le développement de la pédopsychiatrie, le développement de la psychiatrie carcérale, l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires et l'éducation communautaire pour la santé mentale.

1.2.2.5.1.17. Promouvoir la médecine traditionnelle

Pour assurer un bon exercice de la Médecine Traditionnelle et la promouvoir, les activités concerneront (i) le recensement des TPS, (ii) la promotion des bonnes pratiques en Médecine traditionnelle, des pathologies et des plantes médicinales, (iii) la formation des TPS et des agents de santé moderne à la pharmacopée traditionnelle, (iv) le suivi et l'évaluation des activités des TPS, (v) la recherche opérationnelle en matière de médecine traditionnelle et pharmacopée traditionnelle, (vi) l'IEC/CCC, la mobilisation des ressources.

1.2.2.5.2. Renforcer le contrôle des maladies et de la surveillance épidémiologique

1.2.2.5.2.1. Renforcer le système de surveillance épidémiologique existant

Le dispositif actuel de surveillance épidémiologique devra d'abord faire l'objet d'une évaluation exhaustive, y compris en zone CNO afin de déceler les faiblesses systémiques et les insuffisances organisationnelles et opérationnelles. Enfin des sous systèmes thématiques ou des sous systèmes régionaux ou communautaires seront développés pour permettre une meilleure convergence et l'agrégation informationnelle et garantir une veille sanitaire suffisamment sensible et crédible.

1.2.2.5.2.2. Renforcer les capacités des laboratoires de référence

La réforme du dispositif de surveillance épidémiologique ainsi que le développement attendu du système national de surveillance épidémiologique appelle l'identification ou l'érection de laboratoires de référence dont les rôles et les fonctions sont primordiaux en la matière. Le potentiel existant sur le territoire national fera l'objet d'une évaluation en vue de la mise en place d'un programme de mise à niveau normatif ou d'un programme de renforcement des capacités opérationnelles, techniques et humaines.

1.2.2.5.2.3. Créer un institut national de veille sanitaire

L'institut de veille sanitaire qui sera créé aura pour mission générale de surveiller, en permanence, l'état de santé de la population et son évolution, la veille et la vigilance sanitaire, l'alerte sanitaire et de contribuer à la gestion des situations de crise sanitaire en proposant aux décideurs les mesures ou actions nécessaires à mener.

Il devra pour accomplir ses missions, être doté en ressources humaines adéquates, en infrastructures, équipements et logistique requis.

1.2.2.6. Développer la recherche en santé

1.2.2.6.1. Promouvoir et développer la recherche en santé

De nombreuses interventions permettront de promouvoir et développer la recherche en santé, notamment la recherche opérationnelle et la recherche-action.

Il s'agira essentiellement (i) de définir des thèmes prioritaires de recherche, (ii) d'identifier des thèmes de recherche par niveau de la pyramide sanitaire, (iii) de développer des protocoles de recherche opérationnelle, (iv) d'organiser des sessions de formation des acteurs à la méthodologie de la recherche opérationnelle, (v) d'organiser des appuis techniques aux équipes de recherche aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Cette recherche opérationnelle devra être appliquée dans tous les programmes de santé, pour soutenir les actions en faveur de la lutte contre les maladies.

1.2.2.6.2. Assurer le financement de la recherche opérationnelle

En raison des enjeux de la recherche opérationnelle dans la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé, les possibilités de financement émaneront des ressources financières allouées ou octroyées auxdits programmes. Bien entendu, des ressources financières pourraient également être dégagées pour la recherche dans le cadre des budgets des structures concernées.

1.2.3. Stratégie 3 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité

L'accès durable aux médicaments essentiels est une composante essentielle de l'offre de soins. Les fondements des interventions à mener dans le secteur pharmaceutique concernent leur accessibilité physique, géographique et financière.

L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques passe en priorité par le renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique. Les autres mesures à prendre en compte concernent les activités suivantes.

1.2.3.1. Renforcer l'autonomie financière et de gestion de la PSP

En raison des nombreux problèmes rencontrés par la PSP dans sa gestion courante face à ses missions, des mesures ont été prises par le Ministère de l'Economie et des Finances pour lui permettre l'ouverture d'un compte particulier à la BCEAO. Ce compte ayant été ouvert, les actions à mener consisteront à garantir la disponibilité de la trésorerie de la PSP pour rendre effective son autonomie financière. De nouveaux mécanismes d'utilisation et de contrôle des fonds seront mis en place en collaboration avec le MSHP, le MEF et la PSP.

1.2.3.2. Garantir la disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité au niveau de la PSP

Les activités envisagées à ce niveau sont (i) de définir une stratégie d'approvisionnement sécurisé des médicaments essentiels afin de rendre performant le système d'approvisionnement de la PSP et développer les capacités de gestion de cette structure en vue de garantir la disponibilité des médicaments à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (ii) de renforcer les mesures de recouvrement des coûts des médicaments, (iii) de renforcer les mesures de contrôle qualité des médicaments au niveau du LNSP.

Il s'agira également (iv) de promouvoir la production pharmaceutique locale avec la mise en place d'une préférence nationale sur des lignes de médicaments essentiels pour lesquels les fournisseurs locaux ont fait la preuve de leur performance en terme de qualité, de sécurité et de capacité de livraison, (v) de développer une stratégie d'intégration des médicaments issus de la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins et (vi) de réviser périodiquement la liste nationale des médicaments essentiels afin qu'elle prenne en compte les nouveaux besoins thérapeutiques.

Cette disponibilité devra être garantie pour les vaccins et consommables d'injection à tous les niveaux, les antipalustres efficaces à moindre coût, les produits de la santé de la reproduction y compris les condoms, les ARV, les médicaments anticancéreux, les antidiabétiques, les produits sanguins, les autres médicaments et intrants stratégiques de qualité.

1.2.3.3. Rendre disponibles les médicaments et autres intrants stratégiques de qualité au sein de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire

Afin d'améliorer l'efficacité de la PSP dans son action publique de santé, ses activités seront déconcentrées par la création d'antennes dans chacune des régions du pays. Cette activité permettra d'améliorer la disponibilité des médicaments sur tout le territoire national et leur accessibilité géographique et financière, de réduire les délais de livraison des produits en accroissant leur rythme et leur volume, d'assurer un recouvrement efficace des recettes de médicaments, et de renforcer le rythme des supervisions afin d'améliorer la gestion à la périphérie et d'éviter les ruptures de stock.

En plus des mesures suscitées d'autres activités visant à garantir la disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité seront conjointement menées. Il s'agira de (i) renforcer la réglementation sur le terrain en matière de régulation des activités de gestion du médicament, (ii) de sensibiliser les responsables des formations sanitaires à jouer pleinement leur rôle de coordonnateur et de superviseur de la gestion des pharmacies, (iii) de créer et redynamiser les comités de médicaments au sein des formations sanitaires afin d'assurer un meilleur suivi de la politique du médicament sur le terrain, (iv) d'appliquer effectivement les sanctions prévues en cas de manquement à la réglementation, (v) de renforcer les capacités des gestionnaires des pharmacies en périphérie et vulgariser le manuel de gestion des médicaments essentiels dans les structures sanitaires, (vi) de renforcer les capacités opérationnelles des pharmacies de la périphérie notamment en équipements et construction, de renforcer la communication sur les médicaments de la PSP-CI.

1.2.3.4. Rendre accessibles financièrement les médicaments et autres intrants stratégiques de qualité au sein de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire

Pour garantir cette accessibilité financière des médicaments, il faudra (i) mener des campagnes de sensibilisation auprès des prescripteurs et usagers sur le MEG, (ii) d'assurer la mise en œuvre des directives nationales en matière de tarification des médicaments et autres intrants stratégiques.

1.2.3.5. Assurer l'utilisation rationnelle des médicaments de qualité

La réalisation de cet axe d'intervention se fera à travers de nombreuses activités à différents niveaux.

Au niveau des prescripteurs et dispensateurs de médicaments, il s'agira (i) de les former à l'usage rationnel du médicament, (ii) d'élaborer et réviser les outils d'aide à l'usage rationnel que sont le guide thérapeutique, les algorithmes et la table pour les médicaments équivalents, (iii) de promouvoir les médicaments génériques à travers la prescription en DCI, (iv) de renforcer la substitution et le déconditionnement des médicaments.

Les actions à l'adresse des consommateurs consisteront à (i) éduquer le public sur l'usage rationnel des médicaments à travers les médias (ii) informer les usagers sur les risques liés à l'automédication, la consommation de médicaments contrefaits, des médicaments de rue, sur les menaces collectives en rapport avec la résistance aux antibiotiques et les autres menaces.

1.2.4. Stratégie 4 : Amélioration de la qualité des prestations des services de santé et de la sécurité des patients

La faible qualité des services se traduit par une baisse de leur utilisation et constitue un problème prioritaire de santé. Les interventions visant la recherche de la qualité des prestations sanitaires et du service public en général concerneront l'ensemble des prestations sanitaires, notamment les prestations hospitalières.

1.2.4.1. Mettre en œuvre un système de management par la qualité au sein de tous les établissements de soins

Le système de management par la qualité est une exigence du monde moderne à laquelle ne peuvent se soustraire les prestataires du système de santé. Il y va de la satisfaction du client (patient, fournisseur, prestataire de services), de la notoriété de la structure sanitaire, du niveau d'utilisation des services de santé, de la motivation du personnel de santé, de la satisfaction de la tutelle et de la viabilité financière de l'établissement sanitaire.

Le MSHP à travers la Direction des Etablissements Publics Nationaux Sanitaires (DEPN) s'est engagé dans une démarche qualité avec en prime un processus de certification et/ou d'accréditation. Cette orientation sera étendue dans le cadre du PNDS à l'ensemble du dispositif de santé.

Il s'agira d'élaborer et mettre en œuvre sur la période un programme de développement de la qualité des prestations sanitaires. Ce programme comprendra (i) l'adoption, la définition et la vulgarisation des normes et standards de qualité des prestations à tous les niveaux de la pyramide de soins pour être appliqués, (ii) l'adoption et la mise en place du système de management par la qualité dans les établissements sanitaires, (iii) la mise en place d'un cadre institutionnel et un cadre réglementaire adapté approprié pour la qualité des soins, (iv) la formation des personnels de santé à la démarche qualité .

1.2.4.1.1. Adopter, définir et vulgariser les normes et standards de qualité des prestations

Les référentiels existants tels que le guide de soins obstétricaux (1995), le manuel des directives du PMA (2000), le manuel des algorithmes (2003), le manuel des directives des hôpitaux de référence de district, le guide de supervision, seront révisés, et adoptés. Des normes seront définies pour les prestations qui n'en sont pas encore dotées à tous les niveaux de soins de la pyramide.

Toutes ces normes seront par la suite vulgarisées en vue de leur application effective.

1.2.4.1.2. Adopter et mettre en place le système de management par la qualité dans les établissements sanitaires

Suivant les normes de qualité de prestation adoptées et qui auront été vulgarisées les mesures suivantes permettront la mise en place du système de management par la qualité dans les établissements sanitaires.

(i) La mise en place des organes et des outils de gestion de la qualité, (ii) l'élaboration d'une charte sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements sanitaires permettant la normalisation des pratiques de soins avec définition des processus opérationnels, définition des postes et des fonctions du personnel, (iii) le renforcement des capacités techniques, et (iv) la promotion de la qualité et de la certification.

1.2.4.1.3. Mettre en place un cadre institutionnel et un cadre réglementaire adapté pour la qualité des soins

Afin de garantir une meilleure qualité dans le domaine de la santé, un cadre institutionnel sera défini par la mise en place d'organes administratifs de suivi.

Au niveau national, la DEPN sera chargée de la sensibilisation, de la formation et de la promotion du système de management par la qualité et de la gestion des risques dans l'ensemble du système national de santé.

Au niveau central un comité d'orientation stratégique national de la qualité et de la sécurité des soins sera créé. Il sera chargé de la coordination de toutes les activités en matière de qualité, promotion de la démarche qualité, étude et avis sur la réglementation en matière de qualité, assistance des pouvoirs publics en matière de qualité au niveau hospitalier, élaboration des recommandations en matière de promotion de la démarche qualité, du contrôle, du suivi et de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la démarche qualité.

Au niveau local, un comité local de pilotage de la démarche qualité des services public et privé de santé sera créé dans chaque région ou district. Il sera chargé de piloter au niveau local, la mise en place et le suivi du système de management de la qualité dans les établissements de santé de son ressort.

En outre, un cadre de concertation de contrôle, de suivi et d'évaluation sera mis en place entre le MSHP et les différents partenaires que sont le secteur sanitaire privé, les entités décentralisées, les entités parapubliques ayant des établissements de soins. Il s'agira de collaborer avec ces partenaires dans le cadre de la qualité des prestations de soins.

L'efficacité du cadre institutionnel sera liée à l'existence d'un environnement juridique et réglementaire approprié. Il devra en particulier viser l'amélioration de la qualité des soins, la recherche d'une diminution de certains coûts, l'évaluation des performances, la mise en commun de bases de données, la responsabilisation des acteurs du système de santé.

Par ailleurs, une charte de la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé sera définie et adoptée.

La déclaration de la politique qualité écrite par le ministre de la santé et de l'hygiène publique depuis juillet 2008 servira de cadre d'orientation.

Enfin, un conseil national des usagers des services de santé sera créé et des observatoires nationaux et régionaux indépendants mis en place.

1.2.4.1.4. Former les personnels de santé à la démarche qualité

Les acteurs locaux de la démarche qualité dans les établissements de santé seront formés en vue de leur permettre une appropriation du processus ainsi qu'une meilleure information sur les objectifs de la démarche et du rôle de chacun dans le projet. Ce renforcement des capacités comprendra l'adoption des normes nationales contenues dans la charte sur la qualité des soins et l'application de ces normes dans les établissements de santé.

1.2.4.2. Améliorer l'accueil et la prise en charge des patients

1.2.4.2.1. Améliorer la prise en charge en milieu de soins

De la qualité de la prise en charge des cas en milieu de soins dépend étroitement le niveau d'utilisation des services, la satisfaction des usagers et de leur famille et les performances du système de santé. Tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont concernés à des degrés divers.

1.2.4.2.1.1. Organiser le travail des personnels de santé

Les interventions à mener concernent l'amélioration du cadre d'accueil des patients et la diminution du temps d'attente, l'organisation du travail des personnels de santé et les conditions matérielles de dispensation des soins. Il s'agit donc d'une réorganisation des services.

1.2.4.2.1.2. Former le personnel à la prise en charge correcte des cas et au conseil

L'amélioration de la prise en charge en milieu de soins se fera également à travers le renforcement des pratiques des personnels soignants par l'utilisation des protocoles et algorithmes de prise en charge des cas, et par l'accompagnement de mesures incitatives, individuelles ou collectives, pour une prise en charge correcte des cas.

Cette mesure concerne notamment, la prise en charge adéquate des complications et urgences obstétricales et néonatales, la PCIME, le conseil allaitement, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant/VIH, la lutte contre le paludisme, la tuberculose, la prise en charge des cas de cécité, la prise en charge des pathologies bucco-dentaires et oro-faciales pour améliorer la qualité des prestations bucco-dentaires, la standardisation de la prise en charge des cas (antibiotiques, chirurgie et prévention des invalidités) et la confirmation des cas d'Ulcère de Buruli au laboratoire.

1.2.4.2.1.3. Mettre en œuvre des projets d'établissements

La prise en charge médicale proprement dite des patients, leur encadrement et leur suivi seront améliorés à travers des programmes de mise en œuvre de projets d'établissements incluant le renforcement des moyens diagnostics et thérapeutiques. Ces projets d'établissements triennaux ou quinquennaux viseront aussi à identifier des objectifs pertinents réalisables et vérifiables. Ils seront des outils de plaidoyers auprès des bailleurs de fonds nationaux ou internationaux.

1.2.4.2.2. Assurer les évacuations sanitaires

La disponibilité des moyens logistiques pour l'évacuation des patients participe également de la qualité de la prise en charge des cas, notamment en milieu éloigné et difficile d'accès en toute saison. Il s'agira d'accroître les capacités d'intervention dans ce domaine tant au niveau logistique avec des ambulances médicalisées, hors-bords médicalisés, qu'au niveau des télécommunications. Et ce afin d'assurer un transfert sécurisé des patients.

1.2.4.2.3. Amélioration de la performance des programmes de santé

Les activités à mener concernent le développement de normes et standards de performance des programmes de santé. En effet, plusieurs programmes de santé ont été créés ces dernières années pour faire face à des problématiques dont les dimensions de santé publique ont été établies. Pour ce faire des normes et standards de performance des programmes de santé devront être développés. Il sera ensuite nécessaire d'intégrer ces normes et standards par niveau de soins au niveau du PMA délivré dans les établissements de soins.

1.2.4.2.4. Renforcement des capacités d'intervention des hôpitaux

1.2.4.2.4.1. Renforcement du système de référence et de contre référence

Le système de référence, qui devrait faciliter le passage des malades les plus gravement atteints d'un échelon à un autre, souffre depuis longtemps d'une insuffisance d'organisation, du non respect des normes existantes en la matière, de l'absence quasi totale de contre référence.

Pour renforcer ce système, les activités prévues seront (i) de mettre en place des services d'urgence et de soins intensifs performants dans les hôpitaux, (ii) de doter les hôpitaux en outils, moyens de communication et transport pour mieux organiser la référence, (iii) d'organiser au sein des hôpitaux, le circuit des malades référés, (iv) de pratiquer systématiquement la contre référence pour une meilleure continuité des soins. (v) Enfin, ce système de référence et de la contre référence sera évalué annuellement.

1.2.4.2.4.2. Réorganiser les relations fonctionnelles entre les hôpitaux de référence et les autres structures de soins

Cette réorganisation s'attachera à préciser et faire appliquer les directives sur la référence et la contre-référence, la gestion des urgences, le système de transfert inter hospitalier, le suivi des activités d'orientation et de recours des malades. Il s'agira par ailleurs de définir, tester et faire appliquer des mesures incitatives visant au respect de l'utilisation graduelle des niveaux de soins par les patients. Cette réorganisation des circuits de référence et de contre-référence tiendra compte de la disponibilité spatiale des services et de l'appréciation des besoins établis par le personnel de santé.

1.2.4.2.4.3. Promouvoir l'élaboration de projets d'établissements dans les établissements hospitaliers

L'élaboration de projets d'établissements permettra d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé. Cette démarche sera promue et vulgarisée au sein des équipes de direction des hôpitaux avec l'implication des responsables des entités décentralisées et des usagers. La Direction des établissements et des professions sanitaires (DEPS) mettra à disposition des hôpitaux des outils méthodologiques et autres documents d'orientation nécessaires. Elle sera également chargée de l'encadrement de ces activités

1.2.4.2.5. Valoriser les ressources humaines en santé

Cette intervention concernera (i) le renforcement de la formation continue des personnels de santé. Un programme de formation continue sera développé et mis en œuvre en collaboration avec les ordres et les organisations professionnelles (secteur public et secteur privé). Les formations dans le domaine de la santé publique, les formations relatives à la prise en charge des cas, les formations de spécialistes selon les besoins seront privilégiées.

Elle concernera aussi (ii) l'établissement des profils et plans de carrière des personnels de santé, et (iii) la motivation du personnel de santé. A ce niveau seront prises en compte la reconnaissance nationale du mérite dans l'exercice des fonctions, la revalorisation salariale et l'appropriation par le personnel du système de l'organisation du travail par la qualité.

1.2.4.2.6. Renforcer la maintenance des infrastructures, des équipements et de la logistique

L'insuffisance de maintenance et d'entretien des infrastructures, des équipements et de la logistique ont un impact négatif sur la qualité des prestations offertes, notamment en milieu hospitalier. Les Centres Régionaux d'Équipement, du Matériel et la Maintenance (CREMM) et les Ateliers de Maintenance de District (AMD) sont confrontés à une faiblesse des ressources financières nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

Les activités à mener au niveau opérationnel sont les suivantes.

1.2.4.2.6.1. Renforcer les capacités d'intervention des CREMM et des AMD

Il s'agira de renforcer les capacités d'intervention au niveau central, les capacités d'intervention des 6 CREMM et des 3 AMD. Ce renforcement concerne le matériel d'intervention, les véhicules d'intervention (véhicules utilitaires, motos), l'augmentation du budget alloué à ces structures à 20 millions pour les AMD et 30 millions pour les CREMM, la mise en place d'une politique de rétention des personnels techniques par la valorisation de la profession de technicien de maintenance.

1.2.4.2.6.2. Créer de nouveaux CREMM et AMD

La création de nouveaux CREMM et AMD permettra d'améliorer la couverture du territoire du pays en structures de maintenance pour une maintenance de proximité. Ainsi selon les besoins, 4 nouvelles CREMM seront créées dans chaque grand pôle régional en plus des 6 autres existantes et 40 nouveaux AMD dans les localités d'Adzopé, Agboville, Agnibilékrou, Bangolo, Béoumi, Biankouma, Bocanda, Bongouanou, Bouaflé, Bouna, Dabakala, Dabou, Daoukro, Dimbokro, Divo, Duekoué, Ferkéssédougou, Grand-Bassam, Grand-Lahou, Issia, Jacquerville, Katiola, Lakota, Mankono, M'bahiakro, Oumé, Sakassou, Sassandra, Séguéla, Sinfra, Soubré, Tabou, Tanda, Tengréla, Tiassalé, Tiébissou, Touba, Toulepleu, Vavoua et Zuénoula.

1.2.5. Stratégie 5 : Amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins

La baisse de l'utilisation des services de santé s'explique en partie par la faible accessibilité financière des populations aux services de santé due, entre autres, aux coûts élevés des prestations des services et au faible pouvoir d'achat de la majorité de la population. Les interventions à mener doivent aller dans le sens d'une amélioration de l'accessibilité financière aux soins.

1.2.5.1. Contribuer à la mise en œuvre des mécanismes de couverture du risque maladie

Il s'agira d'appuyer la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.

La mise en œuvre de l'assurance maladie universelle relève du Ministère en charge des Affaires Sociales. Le secteur de la santé joue cependant un rôle déterminant dans la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle en tant que principal pourvoyeur des prestations de soins. Le secteur de la santé entreprendra toutes les études complémentaires permettant de mettre à niveau les établissements de soins pour accueillir les adhérents de l'AMU dans un esprit d'équité.

1.2.5.2. Développer une politique d'accessibilité financière équitable pour tous

1.2.5.2.1. Garantir des coûts de prestations sanitaires économiquement abordables pour les populations

L'intervention à mener consiste à réviser la tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les hôpitaux publics et privés. Cette révision permettra d'adapter la tarification, afin de rendre les prestations de soins de santé plus équitables et abordables et promouvoir une base financière autonome pour l'amélioration des soins de santé. Elle nécessitera une actualisation de la nomenclature des actes des professionnels de santé tant au niveau public que privé et une étude des coûts des prestations pour la fixation de tarifs dans des limites acceptables.

1.2.5.2.2. Promouvoir le développement d'un secteur sanitaire privé plus accessible

En collaboration avec le secteur sanitaire privé, un certain nombre de mesures seront prises. Il s'agira (i) de faire un plaidoyer pour la réduction du coût des intrants hospitaliers, par l'allègement des taxes douanières à l'importation et l'incitation au développement de la production locale d'intrants, (ii) de faire un plaidoyer en faveur d'un régime fiscal favorable pour les établissements sanitaires privés.

1.2.5.2.3. Développer des mécanismes de solidarité

Face aux difficultés de prise en charge des coûts de santé par les malades pris individuellement, la mutualisation du risque maladie en matière de santé se révèle être une alternative à l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

Par ailleurs, le secteur de la santé soutiendra toutes les initiatives communautaires de solidarité orientée vers la couverture du risque maladie telles que les mutuelles de solidarité développées autour des ESPC. Pour mettre en œuvre cette alternative, les activités suivantes seront prises en compte, (i) mettre en place une banque de données sur les mutuelles existantes et leur évaluation, (ii) sensibiliser le personnel de santé, les membres des COGES et les populations au développement communautaire de mutuelles de santé, (iii) appuyer le développement des mutuelles communautaires de santé par un appui technique, financier et un cadre d'échange d'expériences, (iv) suivre et évaluer périodiquement ces mutuelles.

1.2.5.2.4. Prendre en charge les indigents

Pour permettre la prise en charge des indigents les activités concerneront la détermination des critères auxquels devront répondre tous ceux qui peuvent bénéficier du critère d'indigence.

1.2.6. Stratégie 6 : Renforcement des capacités du système de gestion des déchets médicaux et de lutte contre les infections nosocomiales

L'absence d'un système de gestion durable des déchets médicaux et l'insuffisance de l'hygiène dans les établissements sanitaires exposent gravement le personnel de santé, les patients et la communauté à des risques d'infections et l'environnement à la pollution. Les interventions à mener doivent aller dans le sens de l'instauration d'une filière de gestion sécuritaire des déchets médicaux et de l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

1.2.6.1. Mettre en œuvre le Plan National de Gestion des Déchets Médicaux

1.2.6.1.1. Former les gestionnaires et le personnel de santé en hygiène hospitalière

Le faible niveau de connaissance du personnel des établissements sanitaires en hygiène hospitalière contribue fortement à aggraver l'insalubrité et l'insécurité hospitalière. Pour remédier à cette situation, des modules de formation des gestionnaires et du personnel de santé en hygiène hospitalière seront révisés et des ateliers de formation des formateurs et des

acteurs de terrains devront être organisés. Après les formations, les Directeurs régionaux et départementaux organiseront des supervisions du personnel des établissements sanitaires en hygiène hospitalière.

1.2.6.1.2. Construire des incinérateurs

Cette activité concerne la construction de 02 incinérateurs de grande capacité dans 02 CHU, de 17 incinérateurs de capacité moyenne dans les 17 CHR, de 26 incinérateurs de petite capacité dans 26 HG.

L'incinération reste le moyen le plus efficace pour la destruction de toutes les catégories de déchets médicaux. Il s'agira de construire des incinérateurs modernes, de capacité suffisante et surtout à combustion entretenue. Cette construction sera précédée et guidée par des études d'impact environnemental. Des activités de maîtrise d'œuvre seront organisées pour un meilleur suivi des travaux de construction et un système de maintenance préventive et curative sera mis en place. En outre, des techniciens au niveau de chaque site d'incinération seront identifiés et formés à la manipulation des incinérateurs.

1.2.6.1.3. Approvisionner les établissements sanitaires abritant des incinérateurs en équipements nécessaires au tri, au conditionnement et à la collecte sélective des déchets médicaux

Les établissements sanitaires devant recevoir les incinérateurs, bénéficieront d'équipements et de matériels indispensables à la gestion des déchets médicaux. Il s'agit surtout de poubelles et de sachets poubelles de couleurs différentes pour la gestion séparée des déchets. Des sites d'entreposage provisoire des déchets seront prévus et des équipements de sécurité seront livrés aux manipulateurs des incinérateurs.

1.2.6.1.4. Equiper les différents sites d'élimination en véhicules de transport des déchets médicaux

Le choix sera porté sur la polarisation des déchets médicaux vers les établissements sanitaires abritant les incinérateurs. Pour ce faire, des véhicules seront prévus pour le transport des déchets médicaux vers le site d'élimination.

1.2.6.2. Lutter contre les infections nosocomiales

1.2.6.2.1. Créer ou redynamiser les comités d'hygiène des établissements sanitaires

La mise en place d'un Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales au niveau national impose l'organisation de la lutte. Il s'agira de créer au niveau de chaque établissement sanitaire qui n'en dispose pas un comité d'hygiène qui se chargera de la lutte contre les infections nosocomiales, ou de redynamiser les comités existants. Des séances de formation seront organisées à l'endroit des membres des comités.

1.2.6.2.2. Réhabiliter et doter les établissements sanitaires en équipements de traitement des dispositifs médicaux et en lingerie

Cette activité concerne 4 CHU, 17 CHR et 26HG.

Pour contribuer durablement à la lutte contre les infections nosocomiales, il s'agira au niveau de cette intervention, de faire en sorte que les CHU, les CHR et 26 des HG disposent d'équipements nécessaires au traitement et à la stérilisation des matériels et dispositifs médicaux à travers le renforcement des services de stérilisation et de buanderie.

1.2.6.2.3. Créer un Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Le contrôle des infections nosocomiales est une exigence de la promotion de l'assurance qualité et de la sécurité des patients.

Au niveau national, un programme de lutte contre les infections nosocomiales sera créé. Il sera chargé de la coordination de toutes les activités en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Ainsi il devra permettre d'améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels, de faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales, d'optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales, de promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des infections nosocomiales, d'informer les patients et de communiquer sur le risque infectieux lié aux soins.



1.3. Objectif 3 : Promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé

1.3.1. Stratégie 1 : Promotion de l'utilisation des services de santé et de l'hygiène publique

1.3.1.1. Organiser des campagnes de sensibilisation des communautés à l'utilisation des services de santé et à l'hygiène publique

La faible qualité des services se traduit par une baisse continue de leur utilisation. Pour promouvoir l'utilisation des services de santé, des campagnes de proximité à travers des réunions de sensibilisation au niveau local et la diffusion par les radios de proximité de messages en langues vernaculaires seront organisées. Pour les campagnes de masse, les médias nationaux publics seront utilisés pour la diffusion des spots et messages et l'organisation d'émissions radio et télé. Ces activités accompagneront en soutien les mesures qui visent à améliorer la qualité des services.

Les campagnes de masses auront également attiré à la sensibilisation des populations à l'hygiène publique.

Des études quantitatives et qualitatives devront être menées pour définir les attitudes et les comportements chez les populations à haut risque et évaluer l'efficacité des messages.

1.3.1.2. Renforcer les structures communautaires

La baisse de l'utilisation des services de santé traduit la faiblesse des stratégies de mobilisation de la communauté. Pour remédier à cette situation, il est indispensable de renforcer les capacités des structures communautaires. A cet effet, un statut des relais communautaires sera défini et des équipements de travail leur seront fournis.

Les relais communautaires seront formés. Leur formation permettra la prise en charge communautaire des personnes, ce qui constitue dans bien des cas des alternatives à la prise en charge des cas de maladie. Il s'agira d'informer, de sensibiliser, de former aux compétences requises, les agents de santé communautaires (ASC) et autres relais communautaires.

Il s'agira également de renforcer les capacités des COGES.

1.3.2. Stratégie 2 : Promotion de l'hygiène individuelle et collective

La promotion de l'hygiène publique se situe en droite ligne de la volonté du Gouvernement d'agir désormais en amont. Dans cette dynamique, un certain nombre d'initiatives seront entreprises au plan opérationnel.

1.3.2.1. Organiser des campagnes de sensibilisation des communautés à l'hygiène individuelle et collective

Globalement, il s'agira essentiellement de mener des campagnes de sensibilisation de proximité et de masse.

Ces campagnes de sensibilisation se traduiront par (i) l'organisation de caravanes régionales de l'hygiène publique, (ii) la signature de conventions avec les radios de proximité pour la diffusion des messages de sensibilisation au niveau local, (iii) la sensibilisation des ménages à l'hygiène publique à travers les relais communautaires, (iv) l'organisation de campagnes médiatiques à travers les médias nationaux publics et (v) l'organisation d'émissions radio et télé sur l'hygiène publique.

1.3.2.2. Promouvoir des comportements propices à l'hygiène individuelle et l'hygiène de vie

Le renforcement des mesures de prévention et de réduction des facteurs de risques permettra à ce niveau de renforcer la lutte contre la maladie par un certain nombre d'activités.

D'une part, un accent plus marqué sera mis sur les mesures de prévention, notamment primaire afin d'accroître la responsabilité des individus et des collectivités dans la préservation de leur santé.

D'autre part, la nécessité de renforcer la prévention des risques sanitaires traduit la volonté du Gouvernement d'agir plus efficacement, en amont, sur les facteurs de survenue des états morbides.

D'une manière générale, toutes les mesures de prévention sanitaire seront promues prioritairement, qu'il s'agisse de l'immunisation, de l'adoption de mesures individuelles ou collectives d'hygiène de vie, de prévention des accidents ou de sécurisation de la consommation alimentaire.

1.3.2.2.1. Promouvoir la pratique des exercices physiques et du sport

En concertation avec le ministère en charge des sports et les autres ministères concernés, il s'agira de promouvoir un véritable élan national de pratique libre des exercices physiques et du sport pour toutes les tranches d'âge à travers de vastes campagnes de sensibilisation. Un plaidoyer sera fait auprès des ministères techniques, des élus locaux, des responsables communaux et des organisations communautaires pour l'aménagement et l'entretien d'espaces, de cadre et de circuits appropriés pour la pratique sécurisée des sports. Des directives nationales dans ce domaine seront élaborées et vulgarisées dans le cadre d'opérations de promotion de la santé impliquant le secteur privé et les opérateurs économiques.

1.3.2.2. Promouvoir une alimentation saine et équilibrée

Les actions de promotion d'une alimentation saine et équilibrée feront partie intégrante des missions des services de prestations de soins. De même des messages de sensibilisation seront élaborés et diffusés. Par ailleurs, en complément de cette approche, une politique de supplémentation alimentaire sera mise en œuvre dans le cadre des opérations de l'Alliance Nationale pour la Fortification Alimentaire à laquelle la Côte d'Ivoire a souscrit.

1.3.2.3. Promouvoir une hygiène mentale

Les actions de promotion d'une hygiène mentale feront partie intégrante des missions des services de prestations de soins. De même des messages de sensibilisation seront élaborés et diffusés.

1.3.2.3. Développer et renforcer les capacités opérationnelles dans le domaine de l'hygiène publique

Il s'agira de formaliser les comités locaux d'hygiène et de renforcer leurs capacités. En effet, des groupements communautaires ou comités locaux d'hygiène seront créés ou redynamisés s'ils existent, pour mener la lutte contre l'insalubrité et la promotion de l'hygiène publique. Dans ce cadre, une formation de ces acteurs locaux sera prévue. Un comité devra être créé dans chaque aire de santé.

Pour rendre le travail des comités efficace et rendre durable la lutte contre l'insalubrité, un plaidoyer auprès des collectivités territoriales pour équiper ces comités locaux d'hygiène et pour la construction des ouvrages d'assainissement devra être fait.

Les comités locaux d'hygiène publique seront supervisés chaque trimestre, et des mesures de coercition pour le respect des règles d'hygiène seront mises en place.

1.3.2.4. Créer un Programme National de Santé Environnementale

Les facteurs environnementaux susceptibles de porter atteinte à la santé humaine sont multiples et dépendent de différents acteurs. La pollution atmosphérique, l'insuffisance de l'assainissement, l'utilisation intempestive des pesticides et fertilisants, la pollution industrielle par les déchets toxiques et la pollution sonore sont autant de facteurs dont le contrôle est indispensable à la promotion de l'hygiène publique.

Une plate-forme de concertation sur la santé environnementale, regroupant tous les spécialistes dans les domaines de la santé, de l'environnement, de l'industrie, de la construction et de l'urbanisme, de la protection civile et de l'agriculture sera mise en place. Elle permettra aux experts qui la composeront de réfléchir et de rechercher des solutions durables aux problèmes de santé environnementale.

Cette plate-forme aboutira à la création d'un Programme National de Santé Environnementale.

A cet effet, une base de données nationales sur la santé environnementale sera constituée, le document de politique du programme sera élaboré et les mesures idoines à l'opérationnalisation de ce programme seront prises.

CHAPITRE II : COÛTS DES INTERVENTIONS ET FINANCEMENT DU PNDS 2009-2013

Les coûts des interventions ont été estimés à partir d'un cadre de programmation de ces interventions, décrit dans une matrice des actions du PNDS.

Puis ces différents coûts ont ensuite été classés sur deux niveaux.

Le tableau ci-après montre la classification des coûts selon deux niveaux :

Tableau n° 1 : Classification des coûts

| Catégorie | Sous-catégorie |
|---|--|
| 1 - Infrastructure et Equipement | 1.1 - Réhabilitation |
| | 1.2 - Construction |
| | 1.3 - Biomédical |
| | 1.4 - Informatique |
| | 1.5 - Matériel roulant |
| 2 - Frais de personnel | 2.1 - Salaire |
| | 2.2 - Contractuel (salaire contractuel, |
| | 2.3 - Indemnité |
| 3 - Formation | 3.1 - Formation de base |
| | 3.2 - Formation continue CI |
| | 3.3 - Formation continue Etranger |
| 4 - Médicaments et vaccins | 4.1 - Médicament |
| | 4.2 - Vaccin |
| | 4.3 - Intrants et autres produits |
| 5 - Maintenance | 5.1 - Maintenance biomédicale |
| | 5.2 - Maintenance informatique |
| | 5.3 - maintenance matériel roulant |
| 6 - Autres charges | 6.1 - Abonnement, autres |
| | 6.2 - fournitures de bureau |
| 7 - Suivi et Evaluation | 7.1 - Supervision |
| | 7.2 - Audits et contrôle |
| | 7.3 - Outil de suivi et évaluation |
| | 7.4 - Evaluations et revues |
| | 7.5 - Monitoring |
| | 7.6 - Production et diffusion de rapport |
| 8 - Etudes et recherches | 8.1 - Recherche opérationnelle |
| | 8.2 - Etudes de planification |
| 9 - Assistance | 9.1 - Assistance technique |
| 10 - Evacuation | 10.1 - Evacuation sanitaire |
| 11 - Communication | 11.1 - Matériel de communication |

2.1. Coût des interventions du PNDS

Le coût global des interventions du PNDS 2009-2013 s'élève à 1 579, 118 milliards de francs Cfa pour les cinq années de mise en œuvre du plan.

La ventilation de ce coût global a été faite par année de mise en œuvre, par objectif, par stratégies, par principales actions et par natures de dépenses.

Ainsi le coût global se décompose comme suit :

2.1.1. Coût du PNDS par année de mise en œuvre

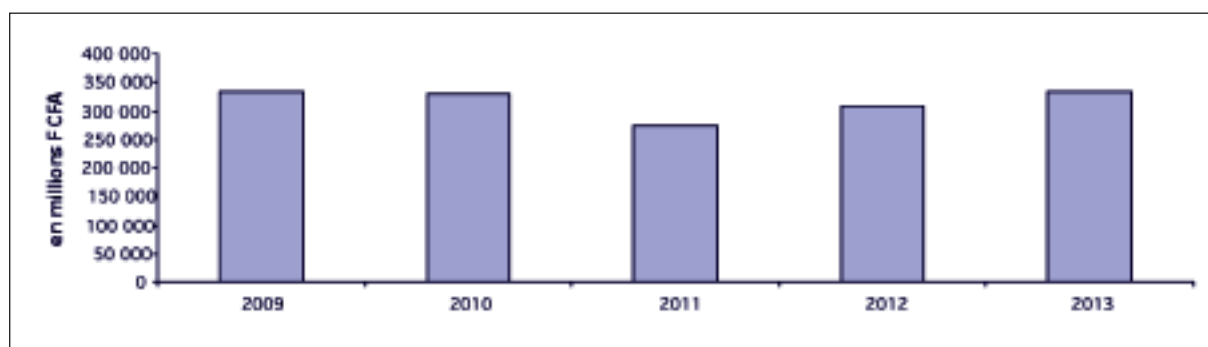
Par année de mise en œuvre le PNDS se décompose de la façon suivante :

Tableau n°2 : Coût du PNDS par année de mise en œuvre (en millions)

| Année | Coût | Pourcentage |
|--------------|------------------|-------------|
| 2009 | 334 521 | 21% |
| 2010 | 330 507 | 21% |
| 2011 | 272 797 | 17% |
| 2012 | 307 473 | 19% |
| 2013 | 333 821 | 21% |
| Total | 1 579 118 | 100% |

Comme le montre la figure 1 ci-dessous, le coût du PNDS est plus élevé les deux premières années, une baisse est observée à la troisième année avant de reprendre la croissance à partir de la quatrième année. Au cours des deux premières années, d'importants investissements sont programmés, il s'agit de la réhabilitation et du rééquipement des établissements sanitaires à tous les niveaux et sur l'ensemble du territoire notamment dans les zones CNO. A partir de la troisième année, des travaux de construction sont programmés. Les charges récurrentes de fonctionnement augmentent avec l'accroissement de l'offre de service de santé, ce qui explique la croissance du coût à partir de la quatrième année (voir figure 4 page 122).

Figure 1 : Évolution du coût du PNDS par année



2.1.2. Coût du PNDS par objectif

Tableau n°3 : Coût du PNDS par objectif (en millions)

| Objectif spécifique | Coût | Pourcentage |
|--|------------------|-------------|
| Améliorer l'efficacité et l'efficience du système sanitaire | 514 132 | 32,6% |
| Améliorer l'offre des prestations de services de santé | 1 011 381 | 64,0% |
| Promouvoir les comportements individuels et collectifs favorables à la santé | 53 606 | 3,4% |
| Total | 1 579 118 | 100% |

Dans l'ensemble le coût du PNDS n'est pas réparti équitablement selon les objectifs. Le coût de l'objectif 2 représente un peu moins des 2/3 du coût total, l'objectif 1 représente environ un tiers du coût total et l'objectif 3 représente 3% du coût. L'analyse de tendance des coûts (figure 3 page 103) montre que la proportion du coût de l'objectif 2 est la plus élevée quelque soit l'année, par contre la part de l'objectif 1 a tendance à augmenter au fil des années.

Figure 2 : Répartition du coût global du PNDS par Objectif

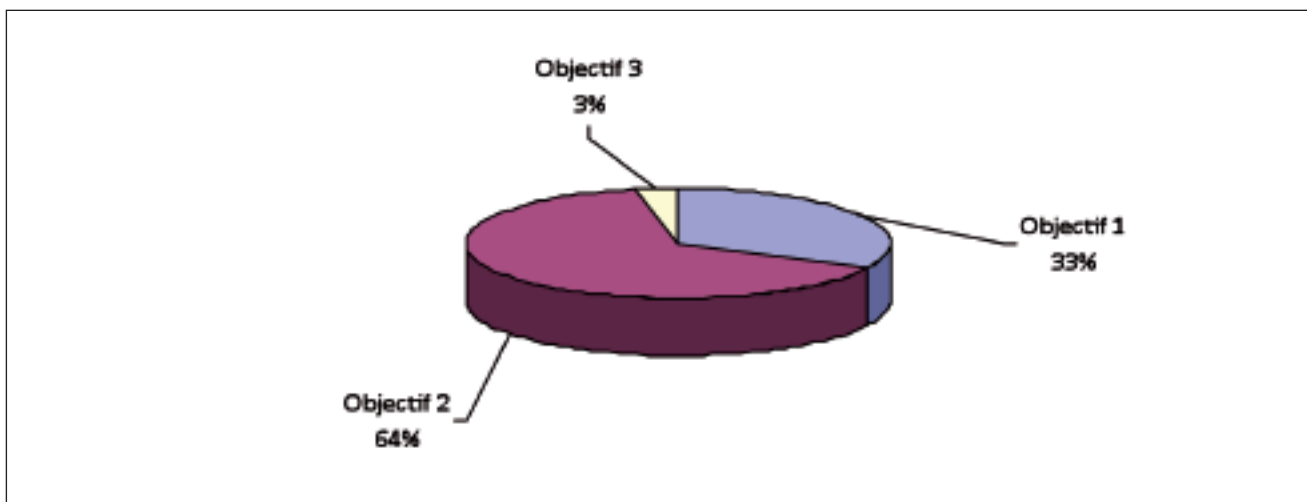
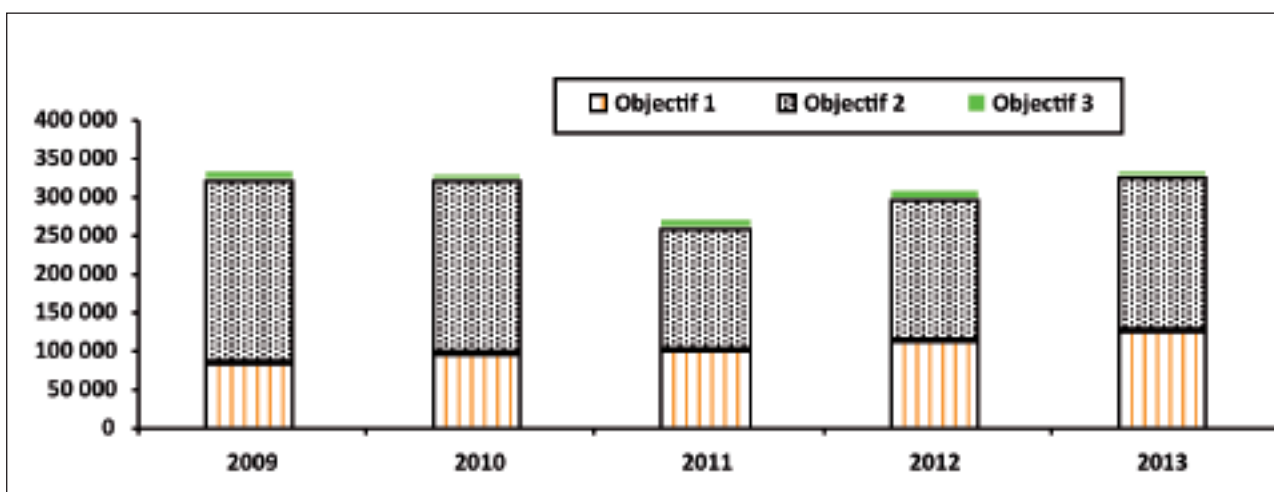


Figure 3 : Répartition du coût global du PNDS par Objectif et par année



2.1.3. Coût du PNDS par stratégie

Tableau n° 4 : Coût du PNDS par stratégie (en millions)

| Stratégies | Coût | Pourcentage |
|---|------------------|-------------|
| 1.1 Renforcement du cadre institutionnel du système de santé | 1 453 | 0,1% |
| 1.2 Renforcement du cadre gestionnaire du système de santé | 512 679 | 32,5% |
| 2.1 Accroissement du financement du secteur de la santé et amélioration de la gestion des ressources financières | 3 369 | 0,2% |
| 2.2 Accroissement de l'offre de services de santé | 456 920 | 28,9% |
| 2.3 Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité | 541 896 | 34,3% |
| 2.4 Amélioration de la qualité des prestations des services de santé et de la sécurité des patients | 6 515 | 0,4% |
| 2.5 Amélioration de l'accessibilité aux soins | 1 659 | 0,1% |
| 2.6. Renforcement des capacités du système de gestion des déchets médicaux et de lutte contre les infections nosocomiales | 1 021 | 0,1% |
| 3.1. Promotion de l'utilisation des services de santé et de l'hygiène publique | 53 151 | 3,37% |
| 3.2. Promotion de l'hygiène individuelle et collective | 455 | 0,03% |
| Total | 1 570 118 | 100% |

Les stratégies ayant les coûts élevés sont :

- (i) la stratégie 1.2 (renforcement du cadre gestionnaire) avec un coût total de 512,679 milliards de F CFA soit 32,5% de coût global du PNDS. Cette stratégie comprend l'ensemble des dépenses liées aux frais des ressources humaines (salaires, indemnités, honoraires)
- (ii) la stratégie 2.2 (accroissement de l'offre de services de santé) avec 456,920 milliards de F CFA, soit 29% du coût total du PNDS. Cette stratégie comprend l'ensemble des investissements en termes de réhabilitation, construction et équipement des établissements sanitaires.
- (iii) la stratégie 2.3 (amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité) avec 541,896 milliards de F CFA, soit 34,3% du coût total du PNDS. Cette stratégie prend en compte les dépenses d'achat et d'approvisionnement en médicament, vaccin et autres intrants stratégiques, y compris leur gestion et leur contrôle de qualité.

Ces trois stratégies représentent environ 96% du coût du PNDS.

2.1.4. Coût du PNDS par principale action

Les principales actions retenues dans le cadre du PNDS ont également été budgétisées.

Tableau n°5 : Coût par principale action du PNDS (en millions)

| Principales actions retenues (Objectif 1) | Coût (millions) | Pourcentage |
|---|-----------------|-------------|
| 1.1.1 Elaborer une politique de santé | 16 | 0,001% |
| 1.1.2 Elaborer et faire adopter une loi d'orientation en santé publique | 405 | 0,026% |
| 1.1.3 Elaborer et faire adopter un code de la santé publique et un code d'hygiène publique | 9 | 0,001% |
| 1.1.4 Elaborer, réviser, actualiser les autres textes législatifs et réglementaires indispensables à l'amélioration du cadre institutionnel et gestionnaire du système de santé | 1 023 | 0,065% |
| 1.2.1 Renforcer le partenariat et les mécanismes de coordination intra et intersectorielles à tous les niveaux | 1 724 | 0,109% |
| 1.2.2 Actualiser et renforcer les outils de planification, gestion, suivi et évaluation du secteur | 44 705 | 2,831% |
| 1.2.3 Renforcer les capacités des gestionnaires et acteurs du système de santé au niveau central et au niveau déconcentré | 463 562 | 29,356% |
| 1.2.4 Prendre des mesures visant à renforcer la gouvernance du secteur | 1 751 | 0,111% |
| 1.2.5 Suivre et évaluer le PNDS | 936 | 0,059% |

| Principales actions retenues (Objectif 2) | Coût (millions) | Pourcentage |
|---|-----------------|-------------|
| 2.1.1 Porter la proportion du budget de l'Etat octroyé au MSHP de 5% en 2008 à 10% en 2013 | 16 | 0,001% |
| 2.1.2 Développer des mécanismes de mobilisation des ressources extérieures | 2 622 | 0,166% |
| 2.1.3 Développer des mécanismes complémentaires de financement du secteur | 92 | 0,006% |
| 2.1.4 Améliorer les mécanismes d'utilisation des ressources financières | 638 | 0,040% |
| 2.2.1 Réhabiliter les infrastructures et les plateaux techniques en zone CNO | 51 920 | 3,288% |
| 2.2.2 Réhabiliter et rééquiper les établissements sanitaires des autres zones | 127 367 | 8,066% |
| 2.2.3 Corriger les disparités régionales et combler les poches de silence sanitaire | 241 787 | 15,312% |
| 2.2.4 Assurer la mise en œuvre effective du PMA aux différents échelons de la pyramide sanitaire | 29 082 | 1,842% |
| 2.2.5 Renforcer la lutte contre les maladies prioritaires, émergentes, réémergentes et négligées | 5 719 | 0,362% |
| 2.2.6 Développer la recherche en santé | 1 045 | 0,066% |
| 2.3.1 Renforcer l'autonomie financière et de gestion de la PSP | 43 | 0,003% |
| 2.3.2 Garantir la disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité au niveau de la PSP | 2 991 | 0,189% |
| 2.3.3 Rendre disponibles les médicaments et autres intrants de qualité au sein de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire | 538 196 | 34,082% |
| 2.3.4 Rendre accessibles financièrement les médicaments et autres intrants stratégiques de qualité au sein de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire | 332 | 0,021% |
| 2.3.5 Assurer l'utilisation rationnelle des médicaments de qualité | 334 | 0,021% |
| 2.4.1 Mettre en œuvre une démarche qualité au sein de tous les établissements de soins | 1 737 | 0,110% |
| 2.4.2 Améliorer l'accueil et la prise en charge des patients | 4 778 | 0,303% |
| 2.5.1 Contribuer à la mise en œuvre des mécanismes de couverture du risque maladie | 1 214 | 0,077% |
| 2.5.2 Développer une politique d'accessibilité financière équitable pour tous. | 445 | 0,028% |
| 2.6.1 Mettre en œuvre le Plan National de Gestion des Déchets Médicaux | 1 008 | 0,064% |
| 2.6.2 Lutter contre les infections nosocomiales | 13 | 0,001% |

| Principales actions retenues (Objectif 3) | Coût (millions) | Pourcentage |
|--|------------------|-------------|
| 3.1.1 Organiser des campagnes de sensibilisation des communautés à l'utilisation des services de santé et à l'Hygiène publique | 7 249 | 0,459% |
| 3.1.2. Renforcer les structures communautaires | 45 902 | 2,907% |
| 3.2.1 Organiser des campagnes de sensibilisation des communautés à l'hygiène individuelle et collective | 41 | 0,003% |
| 3.2.2 Promouvoir des comportements propices à l'hygiène individuelle | - | 0,000% |
| 3.2.3. Développer et renforcer les capacités opérationnelles dans le domaine de l'hygiène publique | 338 | 0,021% |
| 3.2.4. Créer un Programme National Santé Environnement | 76 | 0,005% |
| Total | 1 579 118 | 100% |

Les principales actions ayant des coûts élevés sont :

- (i) la principale action 1.2.2 (Actualiser et renforcer les outils de planification, gestion et suivi évaluation du secteur) avec un coût de 44,705 milliards de F CFA, soit 3% du coût du PNDS ;
- (ii) la principale action 1.2.3 (renforcer les capacités des gestionnaires et acteurs du système de santé au niveau central et au niveau déconcentré) avec un coût de 463,562 milliards de F CFA, soit 29,4% du coût du PNDS ;
- (iii) la principale action 2.2.1 (réhabiliter les infrastructures et les plateaux techniques en zone CNO) avec un coût de 51,920 milliards de F CFA, soit 3,3% du coût total du PNDS ;
- (iv) la principale action 2.2.2 (réhabiliter et rééquiper les établissements sanitaires des autres zones) avec un coût de 127,367 milliards de F CFA, soit 8,1% du coût total du PNDS ;
- (v) la principale action 2.2.3 (corriger les disparités régionales et combler les poches de silence sanitaire) avec un coût de 241,787 milliards de F CFA, soit 15,3% du coût total du PNDS ;
- (vi) la principale action 2.3.3 (rendre disponibles les médicaments et autres intrants de qualité au sein de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire) avec un coût de 538,196 milliards de F CFA, soit 34,1% du coût total du PNDS ;
- (vii) la principale action 3.1.2 (renforcer les structures communautaires) avec un coût de 45,902 milliards de F CFA, soit 2,9% du coût total du PNDS.

2.1.5. Coût du PNDS par nature de dépenses

Tableau n° 6 : Coût du PNDS par nature de dépenses (en millions)

| Poste de dépenses | Total | Pourcentage |
|--|------------------|---------------|
| Infrastructures et Equipements | 418 924 | 26,5% |
| Frais de personnel | 469 110 | 29,7% |
| Formation | 26 249 | 1,7% |
| Médicaments, vaccins et intrants stratégiques | 529 996 | 33,6% |
| Maintenance | 10 950 | 0,7% |
| Autres charges de fonctionnement | 22 435 | 1,4% |
| Suivi et Evaluation | 79 107 | 5,0% |
| Etudes et recherches | 11 222 | 0,7% |
| Assistance technique et contrat de prestation des services | 7 973 | 0,5% |
| Evacuation sanitaire | 2 500 | 0,2% |
| Communication | 652 | 0,0% |
| Total | 1 579 118 | 100,0% |

Le coût du PNDS a été réparti en 11 classes, selon la nature des dépenses. Les postes de dépenses les plus élevés sont les médicaments, vaccins et intrants (33,6%), le frais de personnel (29,7%), les infrastructures et équipements (26,5%) et le suivi et évaluation (5%).

Le coût des médicaments et intrants stratégiques de qualité s'élève à 529,996 milliards de F CFA composé du coût des médicaments essentiels (392 milliards), des vaccins (71 milliards) et des intrants stratégiques et autres produits (67 milliards). Le coût des médicaments prend en compte les médicaments essentiels soumis au recouvrement, les ARV. Les subventions pour la prise en charge des malades du cancer et du diabète, les médicaments achetés directement par les partenaires et mis à la disposition des services.

Tableau n° 7 : Coût des médicaments et vaccins (en millions)

| Catégorie | Sous-catégorie | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|------------------------|----------------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Médicaments et vaccins | Médicament | 36 521 | 51 682 | 73 186 | 99 390 | 131 130 | 391 909 |
| | vaccin | 12 048 | 13 030 | 14 092 | 15 240 | 16 483 | 70 893 |
| | intrans et autres produits | 9 761 | 11 428 | 13 273 | 15 300 | 17 430 | 67 193 |
| | | 58 331 | 76 141 | 100 551 | 129 931 | 165 042 | 529 996 |

Les dépenses relatives aux ressources humaines sont estimées à 469,110 milliards de F CFA composé des salaires des fonctionnaires et agents de l'état (458 milliards), les salaires et honoraires des contractuels et consultants (9,9 milliards), les indemnités des responsables de projets et programmes (1,1 milliards). L'estimation des salaires des fonctionnaires prend en compte les EPN et les perspectives de revalorisation du revenu des agents de santé.

Tableau n° 8 : Frais du personnel (en millions)

| Catégorie | Sous-catégorie | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|--------------------|---|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Frais de personnel | Salaire fonctionnaire | 72 647 | 80 869 | 90 256 | 100 994 | 113 297 | 458 064 |
| | Salaire contractuel | 3 348 | 800 | 952 | 3 765 | 1 038 | 9 903 |
| | Indemnité programme et projets de santé | 207 | 217 | 228 | 240 | 252 | 1 144 |
| | | 76 203 | 81 886 | 91 437 | 104 998 | 114 587 | 469 110 |

Le coût des infrastructures et des équipements s'élève à 418,924 milliard de F CFA composé du coût de réhabilitation (71,7 milliards), de construction (115,124 milliards), des équipements biomédicaux (201,15 milliards), du matériel roulant (23,53 milliards) et des équipements informatiques (7,42 milliards).

Tableau n° 9 : Coût des infrastructures et équipements (en millions)

| Catégorie | Sous-catégorie | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|--------------------------------|------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Infrastructures et Equipements | réhabilitation | 44 939 | 26 763 | - | - | - | 71 703 |
| | construction | 29 550 | 29 768 | 21 995 | 21 474 | 12 337 | 115 124 |
| | Biomédical | 89 252 | 75 102 | 14 972 | 16 103 | 5 725 | 201 153 |
| | Informatique | 3 137 | 4 282 | - | - | - | 7 419 |
| | Matériel roulant | 5 125 | 5 035 | 11 736 | 760 | 869 | 23 526 |
| | | 172 003 | 140 949 | 48 703 | 38 337 | 18 932 | 418 924 |

Le coût du suivi évaluation présenté ici ne prend pas en compte les coûts d'équipements informatiques et de véhicules de supervision (classés dans la rubrique infrastructures et équipements), les ressources humaines (classées dans la rubrique frais du personnel), les formations en suivi et évaluation (classées dans la rubrique Formation), les coûts des études (classés dans la rubrique études et recherche). Les coûts présentés ici correspondent aux coûts de fonctionnement pour la mise en œuvre des activités de suivi et évaluation. Le coût de fonctionnement du suivi et évaluation est estimé à 79,107 milliards de F CFA composé de coût de supervision (64 milliards), du coût des activités de monitoring (4,5 milliards), du coût de conception et production des outils de suivi et évaluation (3,9 milliards), du coût de production et de diffusion de rapport de suivi et évaluation (3,7 milliards), du coût des audits et contrôle (2 milliards) et du coût des évaluations et revues (1 milliards).

Tableau n° 10 : Coût du suivi et évaluation (en millions)

| Catégorie | Sous-catégorie | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|----------------------------|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Suivi et Evaluation | Supervision | 11 673 | 12 165 | 12 746 | 13 356 | 13 996 | 63 935 |
| | audits et contrôle | 359 | 377 | 396 | 416 | 437 | 1 985 |
| | outil de suivi et évaluation (conception + production) | 1 120 | 603 | 693 | 702 | 746 | 3 864 |
| | évaluation et revues | 225 | 196 | 232 | 167 | 253 | 1 073 |
| | Monitoring | 824 | 892 | 891 | 936 | 983 | 4 525 |
| | Production et diffusion de rapport de S&E | 674 | 708 | 743 | 780 | 819 | 3 725 |
| | | 14 875 | 14 941 | 15 702 | 16 356 | 17 233 | 79 107 |

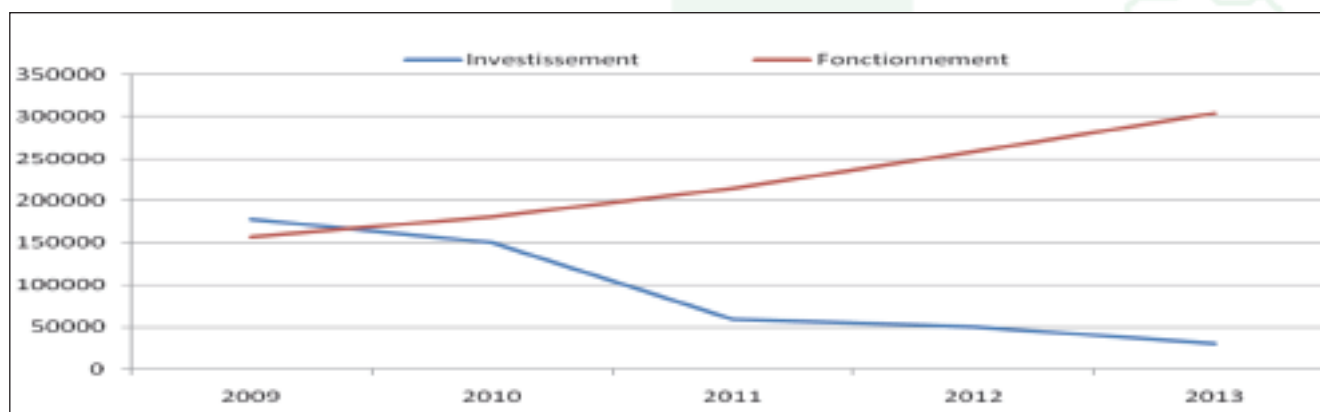
Concernant les dépenses d'investissement et de fonctionnement elles se répartissent comme dans le tableau suivant :

Tableau n° 11 : Répartition entre investissement et fonction (en millions)

| Catégorie | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Investissements | 177 688 | 150 160 | 58 239 | 49 182 | 29 750 | 465 020 |
| Infrastructures et Equipements | 172 003 | 140 949 | 8 703 | 38 337 | 18 932 | 418 924 |
| Formation | 1 842 | 5 350 | 5 667 | 6 829 | 6 560 | 26 249 |
| Etudes et recherches | 2 183 | 2 145 | 2 168 | 2 286 | 2 441 | 11 222 |
| Assistance technique | 1 537 | 1 587 | 1 574 | 1 597 | 1 677 | 7 973 |
| Matériel de communication | 123 | 129 | 127 | 133 | 140 | 652 |
| Fonctionnement | 156 832 | 180 346 | 214 558 | 258 291 | 304 071 | 1 114 098 |
| Frais de personnel | 76 203 | 81 886 | 91 437 | 104 998 | 114 587 | 469 110 |
| Médicaments, vaccins et intrants stratégiques | 58 331 | 76 141 | 100 551 | 129 931 | 165 042 | 529 996 |
| Maintenance | 1 695 | 1 986 | 2 286 | 2 420 | 2 564 | 10 950 |
| Suivi et Evaluation | 14 875 | 14 941 | 15 702 | 16 356 | 17 233 | 79 107 |
| Evacuation sanitaire | 336 | 403 | 484 | 581 | 697 | 2 500 |
| Autres charges de fonctionnement | 5 393 | 4 990 | 4 099 | 4 005 | 3 948 | 22 435 |
| Total | 334 521 | 330 507 | 272 797 | 307 473 | 333 821 | 1 579 118 |

Les dépenses d'investissement sur la période 2009-2013 représentent 465,020 milliards soit 29,4% du coût global du PNDS. Les dépenses de fonctionnement sur la même période représentent 1 114,098 milliards soit 70,6% du coût global du PNDS.

Figure 4 : Courbe d'évolution des dépenses d'investissement et de fonctionnement



Des tableaux détaillés sur ces différentes ventilations figurent à la fin du présent tome en annexe.

Un tome annexe présente l'intégralité des calculs de coûts pour chaque objectif, stratégie et action principale retenue dans ce plan.

2.2. Financement du PNDS 2009-2013

2.2.1. Mécanisme de financement du PNDS 2009-2013

La mise en œuvre des stratégies décrites, au cours des cinq 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 partenaires au développement, les collectivités, les ménages et le secteur privé.

Les dépenses d'investissement et de personnel (salaire, formation continue) seront supportées par l'Etat et les partenaires au développement.

L'Etat fournira des efforts pour allouer les subventions nécessaires à la construction ou réhabilitation des infrastructures, au remplacement des équipements, du matériel technique, des moyens de transports et à l'assistance technique.

L'Etat financera également le PNDS par le recrutement du personnel, l'allocation budgétaire annuelle répartis entre les structures et les divers niveaux du système de santé.

Le fonctionnement non salarial sera supporté par le budget de l'Etat et complété par les recettes générées par le système de recouvrement des coûts. Ces fonds serviront à supporter les charges récurrentes, la maintenance, les pièces de rechanges et les outils de gestion, l'achat de fourniture de bureau, l'achat des médicaments, les frais de supervision (carburant, indemnité et autres) 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 pour les inciter à contribuer au financement du secteur de la santé. La définition d'un cadre de dépenses à moyen terme d'interventions clair et cohérent, permettra une mobilisation plus accrue de ressources financières auprès des partenaires nationaux et extérieurs. Ce cadre servira en même temps pour la coordination des interventions.

Le Gouvernement assurera la qualité des dépenses en veillant au respect strict des priorités et des procédures, de manière à éviter le gaspillage et le retard dans l'exécution des dépenses. Dans ce cadre des contrôles et audits des dépenses seront réalisés chaque année. D'autres mécanismes de contrôle seront développés en accord avec les partenaires du secteur.

Les collectivités participeront au financement du salaire du personnel contractuel, à la construction, l'équipement et de la maintenance des infrastructures.

Les ménages continueront à participer au financement du PNDS par le biais du recouvrement des coûts, des systèmes de prépaiement (assurances-maladies, mutuelles, forfait obstétrical, etc.).

Les partenaires au développement seront encouragés à poursuivre leurs aides sous forme de dons en matériels et équipements, en médicaments, de subventions financières ou

d'appui pour l'accès à divers fonds créés dans le cadre d'initiatives existantes ou nouvelles (Fonds mondial, GAVI, FED, etc.)

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.

2.2.2. Plan de financement

L'élaboration du PNDS donne l'occasion de présenter le secteur de la santé dans le Programme d'Investissements Publics (PIP) et dans les Budgets annuels d'Investissements et d'Equipements (BSIE).

Le plan de financement se basera sur la nomenclature nationale des activités de santé en vigueur dans le SIGFIP, en distinguant les niveaux d'intervention.

Le plan de financement se décomposera en trois périodes, l'année 2009 comme année de référence, la période 2009-2011 correspondant au prochain PIP et la période après 2011.

Le plan de financement prend en compte le montant admissible des investissements sanitaires par rapport au cadre macro-économique et la capacité d'absorption des services du MSHP.

Le document annexe du PNDS présente le plan de financement selon la nomenclature du PIP.

2.2.3. Besoins de financement

A partir du plan de financement élaboré, les besoins de financement pour la période 2009-2013 nécessaires pour la réalisation complète des trois premières années du PNDS sont déterminés.



CHAPITRE III : MISE EN ŒUVRE, GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PNDS

3.1. Cadre de mise en œuvre du PNDS 2009-2013

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 seront élaborés à tous les niveaux du système de santé avec une focalisation des actions au niveau opérationnel. L'idée est d'arriver à des plans opérationnels intégrés qui tiennent compte des réalités locales et qui répondent aux besoins et attentes des populations.

Le PNDS s'étend sur cinq ans et couvre la période 2009-2013. Sa mise en œuvre se fera aux travers des plans triennaux de santé dont le premier est élaboré sur la période 2009-2011. Ce plan triennal prend largement en compte les stratégies et actions retenues dans le Document Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (DSRP) en cours de finalisation.

3.1.1. Rôle du Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du présent PNDS 2009-2013. Cette responsabilité est déléguée aux entités décentralisées existantes dans la mesure où les interventions prévues relèvent des compétences transférées à celles-ci. Le Gouvernement adopte le PNDS en conseil des Ministres et il assure la mise en œuvre du plan à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, assure la maîtrise d'œuvre du PNDS.

Le Gouvernement est ainsi responsable de la mobilisation des financements intérieurs et extérieurs annuels requis pour la mise en œuvre du PNDS 2009-2013. Il assure le plaidoyer auprès des partenaires au développement.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique assure la gestion des ressources mises à sa disposition pour la réalisation des objectifs du plan en liaison avec le Ministère chargé de l'Economie et des Finances, le Ministère chargé du Plan et du Développement et les bureaux locaux des agences d'aide au développement, parties prenantes. Le MSHP par son rôle régalien continue d'affirmer son leadership et coordonne tous les intervenants dans le 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 de la Santé et de l'Hygiène Publique, sur la base du rapport du Comité de Pilotage mis en place à cet effet par arrêté du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

3.1.2. 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 devoirs, tâches, interventions et sollicitations s'inscrivant dans le cadre du PNDS.

Le Niveau central de l'administration sanitaire (cabinet et directions) et les entités déconcentrées que sont les directions régionales et les directions départementales de la santé sont responsables, chacun en ce qui les concernent, de la mise en œuvre et du suivi du PNDS. Ils sont responsables de la coordination de l'élaboration des plans d'actions et de leur évaluation annuelle.

3.1.3. Rôle des partenaires au développement

Les partenaires au développement, au nombre des lesquels figurent les agences de coopération internationale bilatérale et multilatérale, les agences du système des Nations Unies, les organisations non gouvernementales internationales, les représentations des initiatives mondiales visant des objectifs de santé, les personnalités ou agences agissant dans le domaine de la philanthropie ou considérés comme telle, sont partie prenantes de la réalisation des objectifs du PNDS. Leurs interventions s'inscrivent dans le domaine du plaidoyer, de la mobilisation de ressources, du financement, de l'appui technique et dans le domaine de la coordination opérationnelle.

Elles sont sollicitées par le Gouvernement s'il y a lieu, ou interviennent dans l'exécution des différentes phases de la mise en œuvre du PNDS avec l'accord préalable du gouvernement et dans le cadre des objectifs poursuivis. Elles sont représentées par leur tête de file au sein du comité de pilotage et au sein du comité de suivi du PNDS. Elles sont représentées au sein du comité technique de suivi et de revue des programmes du PNDS.

3.2. Organes et structures de mise en œuvre

La mise en œuvre du PNDS est assurée à plusieurs niveaux successifs à travers un comité de pilotage, un comité de suivi, des comités techniques de suivi et de revue des programmes du PNDS, le Cabinet du Ministre de la santé et de l'hygiène publique, les directions générales et centrales du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère chargé du Plan et du Développement, les directions régionales et départementales de la santé.

La composition, les missions, l'organisation et le fonctionnement du comité de pilotage du PNDS et comité technique de suivi et de revue des programmes du PNDS sont précisés par arrêtés du Ministre chargé de la Santé et de l'Hygiène Publique.

3.2.1. Comité de pilotage

Un comité de pilotage avait été créé dans le cadre de l'élaboration du présent plan. Ce comité de pilotage présidé par le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique ou son Représentant, regroupait 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 Résidents des organisations internationales. Ce comité sera reconduit et ses nouvelles attributions dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du PNDS 2009-2013 seront définies par arrêté ministériel.

3.2.2. Comité de suivi

Le comité de suivi aura la responsabilité de la mise en œuvre du PNDS. A cet effet, il aura pour mission (i) de veiller à la mise en œuvre du PNDS, (ii) d'assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans et programmes, (iii) de donner des avis techniques sur les requêtes de financement, (iv) de suivre le débloqué des fonds et la transmission des justificatifs aux différents partenaires, (v) d'organiser les revues annuelles de bilans, (vi) d'assurer le suivi et les évaluations des plans et programmes inscrits au titre du PNDS, (vii) d'élaborer les rapports trimestriels d'exécution du PNDS, et (viii) de préparer l'adoption des différents plans et programmes par le comité de suivi.

3.2.3. Comités techniques de suivi et de revue des programmes

Le comité technique coordonné par la Direction Générale de la Santé et dont la CPS (Cellule de Prospective et de Stratégie) et la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) assurera le secrétariat technique, regroupera les directeurs généraux, les directeurs centraux et les directeurs de coordination des programmes de santé. Cet organe aura pour mission d'appuyer les directions techniques dans l'élaboration des plans d'action annuels, de développer les outils de suivi et de la mise en œuvre du PNDS, de veiller à la mise en œuvre des plans d'actions, d'établir des rapports périodiques à présenter au Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

3.2.4. Cabinet du Ministre de la santé et de l'hygiène publique

Le Cabinet du Ministre de la Santé a la charge d'organiser les revues annuelles du secteur de la santé. Il initie les audits éventuels prévus dans le cadre du plan.

3.2.5. Directions générales de la santé et directions centrales

La DGS et la DGHP suivent l'élaboration des plans d'actions annuels des directions déconcentrées. Elles rendent compte de l'évolution de la mise en œuvre des plans d'actions au comité de pilotage. Elles suivent également la mise en œuvre des orientations arrêtées par le comité de pilotage, l'exécution budgétaire. Elles proposent des solutions à tout problème lié à l'exécution des plans d'action. Enfin elles rendent compte des rapports d'activités au comité de pilotage.

3.2.6. Directions régionales et directions départementales de la santé.

Les directions régionales et les directions départementales élaborent des plans d'action annuels.

Elles mettent en œuvre les dits plans d'action en fonction des orientations arrêtées par le comité de pilotage et également en fonction du budget alloué. Elles élaborent les rapports d'activités annuels.

3.3. Suivi et évaluation du PNDS 2009-2013

Les outils de suivi comprennent (i) les plans d'actions stratégiques annuels du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, (ii) les plans d'actions annuels des directions et services du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique et les rapports d'activités, (iii) les plans d'actions annuels des entités décentralisées et les rapports d'activités, (iv) les documents cadres de coopération technique ou financière en vigueur, (v) les rapports des différents comités (vi) les rapports d'études et enquêtes et (vii) les rapports annuels sur la situation sanitaires (RASS).

3.3.1. Mécanisme de suivi

Les données de routine collectées dans le cadre du SNIS permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système. De même, la surveillance épidémiologique des maladies se fera à travers les programmes prioritaires nationaux de santé.

Pour disposer de données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront menées.

Le système de supervision et de monitoring 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 trimestriellement les activités des régions sanitaires. Les districts sanitaires seront supervisés tous les deux mois par les Régions et assureront mensuellement à leur tour une supervision rapprochée des établissements sanitaires de leurs aires respectives.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en collaboration avec le Ministère du Plan et les partenaires, organisera des revues périodiques tant internes qu'externes.

3.3.2. Indicateurs clés du PNDS

Les indicateurs du PNDS sont de deux natures. Ils comprennent (i) les indicateurs de suivi et (ii) les indicateurs de résultats.

Les indicateurs synthétiques clés du PNDS seront résumés dans le document annexe. Ils seront développés et adoptés de manière consensuelle avec les différentes parties prenantes avant le démarrage de la mise en œuvre du PNDS.

3.3.3. Mécanisme d'évaluation

L'évaluation du PNDS 2009-2013 se fera à travers les évaluations internes et externes, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale.

3.3.3.1. Evaluations internes

La Direction de la Planification, de l'Information et de l'Evaluation (DIPE) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique assure l'évaluation interne du PNDS en liaison avec la Cellule de Propective et de Stratégie (CPS) et les services concernés. Elle établit un tableau de bord reprenant les objectifs du PNDS, les activités envisagées et les différents indicateurs de résultats. Le tableau de bord ainsi établi et renseigné fera l'objet d'une revue annuelle avec les différentes parties prenantes et les acteurs concernés.

Ces évaluations se feront sur la base des rapports d'exécution des plans des directions régionales et des districts sanitaires, des rapports de supervision périodique de chaque niveau de la pyramide sanitaire, des audits des activités sanitaires et des audits financiers et comptables.

3.3.3.2. Evaluations externes

Les évaluations externes indépendantes sont conduites à la demande des agences et des partenaires techniques ou financiers engagés dans la mise en œuvre du PNDS. Leur validation implique les responsables du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère du Plan et du Développement et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

3.3.3.3. Evaluation à mi-parcours du PNDS

Une évaluation à mi-parcours sera entreprise à la fin du premier semestre de 2011. 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 programmes. Cette évaluation sera réalisée à l'initiative du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et sous l'égide des partenaires au développement.

3.3.3.4. Evaluation Finale

Elle 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 programmes mis en œuvre à la fin de la période quinquennale du PNDS.

3.4. Analyse des opportunités, évaluation des risques et menaces

3.4.1. Opportunités

Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire connaît de nombreuses difficultés depuis 1999. La mise en œuvre du PNDS 1996-2005 a été ainsi mise à mal. A présent, la Côte d'Ivoire s'achemine vers une sortie de crise avec pour priorité la reconstruction post-conflit du dispositif de santé. Cette évolution favorable du contexte socio-politique est une opportunité pour le secteur de la santé qui espère ainsi redynamiser son système pour être à même de répondre aux besoins des populations en matière de santé.

Par ailleurs, les conditions de succès de la mise en œuvre du PNDS 2009-2013 sont d'autres ordres : (i) le cadrage budgétaire doit être approprié afin que le budget de la santé permette la mise en œuvre du PNDS, (ii) la bonne gouvernance sous ses aspects administratif, politique et économique qui devra faciliter le cadrage budgétaire, (iii) la ferme volonté politique affichée du gouvernement pour sa mise en œuvre.

L'amélioration des conditions de bonne gouvernance devrait se traduire par une plus grande transparence et par une plus grande équité, toutes choses qui vont contribuer à renforcer la confiance des partenaires et l'adhésion des communautés pour la mise en œuvre du PNDS.

De même, l'accès à des ressources nouvelles telles que les fonds RSS-GAVI, les fonds provenant du PEPFAR, du Xème FED, faciliterait la mise en œuvre du plan.

3.4.2. Evaluation des risques et menaces

La menace la plus importante est celle d'une dégradation durable de la situation sociopolitique avec perturbation de l'activité des services centraux, notamment en matière de suivi des réformes.

Une autre menace pourrait être l'arrêt de la coopération avec les partenaires au développement. Le risque serait lié à une faible mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PNDS. Ce risque est d'autant plus grand que bon nombre de partenaires sont absents du pays. Leur retour dépend de l'évolution de la situation sociopolitique.

Le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales, s'il ne s'accompagne pas d'un renforcement des compétences de ces structures, pourrait constituer un facteur de ralentissement du processus de décentralisation sanitaire en cours.

Un risque est également représenté par l'environnement économique international. En effet la majeure partie des ressources propres de l'Etat provient de l'exportation des matières premières notamment le binôme café-cacao. Une baisse du prix de ces produits sur le marché international aura un impact significatif sur le volume des ressources propres de l'Etat, qui pourrait être amené à diminuer les budgets octroyés à chaque secteur notamment la santé.

Un autre risque mais mineur, a trait à la capacité des équipes à conduire et à mener avec efficacité la mise en œuvre du PNDS.

Enfin, il existe un risque en rapport avec le degré d'engagement du Gouvernement dans la réalisation du PNDS. Confronté à plusieurs défis dans le cadre de la reconstruction post-conflit et engagé essentiellement dans le processus de paix en cours, le gouvernement pourrait reléguer à un autre niveau de priorité le PNDS 2009-2013.



CHAPITRE IV : CADRE LOGIQUE

| Objectif spécifique 1 : Améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Stratégie | Principales actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
| 1.1 Renforcement du cadre institutionnel du système de santé | 1.1.1 Elaborer une politique de santé | Résultat 1.1 La politique nationale sanitaire est élaborée | 1. Existence d'un document de Politique nationale de santé | Document de politique nationale de santé | Instabilité politique |
| | 1.1.2 Elaborer et faire adopter une loi d'orientation en santé publique | Résultat 1.2 La loi d'orientation en santé publique est élaborée et adoptée par l'assemblée nationale | 2. Existence d'une loi d'orientation en santé publique | Texte de loi | |
| | 1.1.3 Elaborer et faire adopter un code de la santé publique y compris un code d'hygiène publique | Résultat 1.3 Le code de la santé publique est élaboré et adopté | 3. Existence d'un Code de la santé publique | Code de la santé publique | |
| | 1.1.4 Elaborer, réviser, actualiser les autres textes législatifs, réglementaires indispensables à l'amélioration du cadre institutionnel et gestionnaire du système de santé | Résultat 1.4 Les autres textes législatifs et réglementaires sont élaborés, révisés ou actualisés. | 4. Existence des autres textes législatifs et réglementaires indispensables | Textes législatifs et réglementaires | |
| 1.2 Renforcement du cadre gestionnaire du système de santé | 1.2.1 Renforcer le partenariat et les mécanismes de coordination intra et intersectorielle à tous les niveaux | Résultat 1.5 Le partenariat et les mécanismes de coordination intra et intersectorielle sont renforcés à tous les niveaux | 5. Nombre de PV de réunions MSH/autres ministères techniques 6. Nombre de PV de réunion MSH/corps constitués et secteur parapublic 7. Nombre de PV de réunion MSH/agences d'aide au développement 8. Nombre de PV de réunions MSH/secteur sanitaire privé 9. Nombre de rapport d'activité produit par les ONG 10. Proportion de COGES réorganisés et fonctionnels 11. Existence des dispositions du décret d'application de la loi portant transfert des compétences aux collectivités territoriales et des textes subséquents 12. Nombre de collectivités disposant de ces textes 13. Existence d'un document de normes sanitaires applicables dans les domaines de responsabilité des collectivités territoriales 14. Nombre d'acteurs des services extérieurs du MSH formés à l'assistance aux collectivités territoriales 15. Existence d'un sous-système d'information sanitaire pour les collectivités territoriales | - PV ou compte- rendus de réunion - Convention et contrats - Rapport d'activité ONG - Rapport d'activité des ECD - Décret d'application et textes subséquents - Rapport d'activité du SASED - Manuels de normes et standards - Rapport d'activité DIPE - Rapport d'activité services extérieurs - SIS | - Instabilité politique - Changement politique - Insuffisance du financement |

| Objectif spécifique 1 : Améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| Stratégie | Actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
| 1.2 Renforcement du cadre gestionnaire du système de santé | 1.2.2 Actualiser et renforcer les outils de planification, gestion, suivi et évaluation du secteur | Résultat 1.6 Le SIS est réformé | 16. Nombre de DR et DD dotés en personnels spécialistes de l'information sanitaire 17. Proportion des structures informatisées et reliées au SIS 18. Disponibilité du RASS 19. Taux de disponibilité des rapports SIG 20. Taux de publication des bulletins d'informations 21. Nombre d'acteurs ayant reçu le RASS/an | - Supports de collectes révisés et conçus - Matériel informatique - Rapport d'activité DIPE/DD/DR - Outils de production et de diffusion de l'information - RASS - Bulletins d'information | - Insuffisance du financement - Réticence des bailleurs de fonds - Informatisation incomplète du secteur - Faiblesse des moyens de communication |
| | | Résultat 1.7 La carte sanitaire est disponible et fonctionnelle | 22. Existence de la carte sanitaire 23. Proportion de structures disposant de la carte sanitaire | - Rapport d'enquête - Carte sanitaire | |
| | 1.2.3 Renforcer les capacités des gestionnaires et acteurs du système de santé au niveau central et au niveau décentralisé | Résultat 1.8 Les districts sanitaires, les directions régionales et les directions de coordination des programmes sont opérationnels | 24. Existence d'une équipe centrale de formateur outillée 25. Existence d'un plan de développement sanitaire local par district 26. Nombre de district doté d'un plan opérationnel annuel par district 27. Nombre de supervision et monitoring par DD et DR/an 28. Nombre d'évaluation effectuée par DD et DR/an 29. Nombre d'inspection effectuée par DD et DR/an | - Outils actualisés et conçus - Rapport d'activité du SASED - Plan de développement sanitaire local - Rapport de supervision - Rapport d'évaluation - Rapport d'inspection - Rapport d'audit - Rapport DIEM/SNIS - Rapport DD/DR/DRH | - Insuffisance du financement - Réticence des bailleurs de fonds - Manque de volonté des acteurs - Insuffisance du financement - Réticence des bailleurs de fonds |

| Objectif spécifique 1 : Améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| Stratégie | Actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
| 1.2 Renforcement du cadre gestionnaire du système de santé | 1.2.4 Prendre des mesures visant à renforcer la Gouvernance globale du secteur | Résultat 1.9 L'utilisation des ressources est rationalisée | <p>30. Existence d'un outil de planification des formations et des effectifs des ressources humaines</p> <p>31. Nombre de personnel recruté par an par catégories</p> <p>Ratio spécialiste/population</p> <p>32. Ration médecin/population</p> <p>33. Ration infirmier/population</p> <p>34. Ratio sage-femme/femme en âge de procréer</p> <p>35. Nombre de DD, DR, et directions centrales dotée du SYGEPAS</p> <p>36. Existence d'un fonds de maintenance</p> <p>37. Nombre de contrôle trimestriel des ressources financières/an</p> <p>38. Nombre d'audit annuel</p> | <p>- SNIS/Rapport d'activité DRH</p> <p>- RASS</p> <p>- Rapport d'activité DIEM</p> <p>- Rapport de contrôle</p> <p>- Rapport d'audit</p> <p>- Texte</p> | <p>- Insuffisance du financement</p> <p>- Informatisation incomplète du secteur</p> <p>- Faiblesse des moyens de communication</p> <p>- Insécurité du pays</p> <p>- Crise socio-économique</p> |
| | 1.2.5 Suivre et évaluer le PNDS | Résultat 1.10 Le PNDS est suivi et évalué | <p>39. Plan de suivi évaluation révisé</p> <p>40. Nombre de revues annuelles effectives</p> <p>Nombre et type d'enquêtes réalisées</p> <p>41. Taux d'exécution du plan</p> <p>42. Niveau de mobilisation des ressources</p> <p>43. Evaluation à mi-parcours et finale réalisée</p> | <p>- Plan de suivi évaluation</p> <p>Rapport de mission</p> <p>- Rapport d'enquête</p> <p>- Rapport d'évaluation</p> <p>- Rapport DIPE</p> <p>- Rapport des différentes réunions des différents comités de mise en œuvre du PNDS</p> <p>- Rapport annuel de mobilisation des ressources</p> | <p>- Insuffisance du financement</p> <p>- Faiblesse des moyens de communication</p> |

Objectif spécifique 2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations de services de santé

| Stratégie | Actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
|--|--|---|--|--|--|
| 2.1 Accroissement du financement du secteur de la santé et amélioration de la gestion des ressources financières | 2.1.1 Accroître la part du budget de l'Etat consacrée au MSHP en moyenne de 5% actuellement à 10% d'ici 2013 | Résultat 2.1 Le budget consacré au MSHP représente 10% du budget de l'Etat en 2013 | 44. Existence du document de plaidoyer envers l'Etat 45. Montant total du budget global du MSHP 46. Pourcentage du BGF consacré à la santé 47. Taux d'accroissement du budget 48. Dépense de santé par habitant 49. Part du budget global de la santé par habitant | - Document de plaidoyer - Loi de finance - Rapport DAF/MSHP | - Insuffisance des ressources de l'Etat - Pas de priorité accordé à la santé |
| | 2.1.2 Développer des mécanismes de mobilisation des ressources extérieures | Résultat 2.2 Des ressources extérieures sont mobilisées | 50. Existence d'un document de plaidoyer à l'endroit des partenaires et opérateurs économiques nationaux et internationaux 51. Pourcentage de ressources mobilisées auprès des agences d'aide au développement 52. Pourcentage de ressources mobilisées auprès des ONG 53. Pourcentage de ressources mobilisées auprès du secteur privé | - Document de plaidoyer pour mobilisation de ressources auprès de partenaires et opérateurs économiques - Projets de mobilisation de ressources additionnelles - Rapport d'activités DAF - Documents de stratégie de coopération avec les agences d'aide au développement | - Réticence des bailleurs de fonds et des partenaires - Instabilité politique - Départ des agences d'aide au développement - Crise socio-économique |
| | 2.1.3 Développer des mécanismes complémentaires de financement du secteur (Couverture du risque maladie) | Résultat 2.3 Toutes les études complémentaires nécessaires à l'opérationnalisation de l'AMU sont réalisées | 54. Résultats des études complémentaires nécessaires à l'opérationnalisation de l'AMU | - Rapports des études sur l'AMU - Rapports d'activités des Comptes nationaux de la santé | - Insuffisance du financement - Conditions de viabilité des mutuelles |
| | 2.1.4 Améliorer les mécanismes d'utilisation des ressources financières | Résultat 2.4 Les mécanismes d'utilisation des ressources financières sont améliorés | 55. Existence des CNS 56. Existence des manuels de procédures de gestion des ressources financières | - Texte de création et rapports d'activités des Comptes nationaux de la santé - Manuels de procédures de gestion des ressources financières - Rapports d'études - DAF/CNS | - Continuité de la crise sociopolitique - Partition du pays - Insuffisance du financement - Refus du recouvrement des coûts par les populations des zones CNO |

Objectif spécifique 2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations de services de santé

| Stratégie | Actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
|---|---|--|--|--|--|
| 2.2 Accroissement de l'offre des services de santé | 2.2.1 Réhabiliter les infrastructures et les plateaux techniques en zone CNO | Résultat 2.5 550 ESPC, 1 CHU, 4 CHR, 15 Hôpitaux Généraux, INFAS de Bouaké et de Korhogo, 4 DR et 24 DD sont réhabilités et rééquipés | 57. Nombre d'ESPC, de CHU, CHR, HG, instituts de formation, Directions Régionales, Districts Sanitaires réhabilités en zone CNO 58. Nombre d'ESPC, de CHU, CHR, HG, instituts de formation, Directions Régionales, Districts Sanitaires rééquipés en zone CNO 59. Proportion de la population vivant à moins de 5km, entre 5 et 15km et à plus de 15km d'un ESPC | - Rapports de mission - Rapport d'activité de la DIEM - Carte sanitaire/ SYGEPAS | - Insuffisance du financement - Réticence des bailleurs de fonds et des partenaires |
| | 2.2.2 Réhabiliter et rééquiper dans les autres zones | Résultat 2.6 Les 3 CHU d'Abidjan, 13 CHR, 39 Hôpitaux Généraux, 47 SSSU, 17 Instituts spécialisés et 1041 ESPC sont réhabilités et rééquipés et 77 SSSU sont construits | 60. Nombre de CHU, CHR, HG et instituts spécialisés réhabilités 61. Nombre de CHU, CHR, HG et instituts spécialisés rééquipés 62. Nombre de SSSU réhabilités 63. Nombre de SSSU construits 64. Nombre d'ESPC réhabilités 65. Nombre d'ESPC rééquipés | - Rapports de mission - Rapport d'activité de la DIEM - Carte sanitaire / SYGEPAS | - Insuffisance du financement - Réticence des bailleurs de fonds et des partenaires |
| | 2.2.3 Corriger les disparités régionales et combler les poches de silence sanitaire | Résultat 2.7 450 ESPC, 11 HG et 4 CHR sont construits, 4 CHR sont transformés en HG, les plateaux techniques de 6 CHR et de 42 HG sont mis aux normes, .20 unités mobiles, 20 ambulances médicalisées et 4 hors-bords médicalisés sont acquis | 66. Nombre de nouveaux ESPC, HG et CHR construits 67. Nombre de CHR existants transformés en HG 68. Nombre de CHR et HG dont les plateaux techniques ont été mis aux normes 69. Ratio ESPC/habitant | - Rapports de mission - Rapport d'activité de la DIEM - Bordereaux de commandes de la DIEM - Carte sanitaire / SYGEPAS | - Insuffisance du financement |
| | 2.2.4 Assurer la mise en œuvre effective du PMA aux différents échelons de la pyramide sanitaire | Résultat 2.8 Le PMA est mis en œuvre aux différents échelons de la pyramide sanitaire | 70. Existence d'un PMA révisé 71. Disponibilité du PMA à tous les échelons de la pyramide sanitaire 72. Proportion d'agents de santé effectivement formés à l'utilisation du PMA 73. Proportion d'acteurs de la mise en œuvre du PMA au niveau régional et départemental effectivement supervisés | - Manuel de directives du PMA révisé - Rapports de formations des agents de santé à l'utilisation du PMA - Rapports de supervision | - Résistance du personnel et des acteurs au changement |

Objectif spécifique 2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations de services de santé

| Stratégie | Actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
|---|--|--|---|--|--|
| 2.2 Accroissement de l'offre des services de santé | 2.2.5 Renforcer la lutte contre les maladies prioritaires, émergentes, réémergentes et négligées | <p>Résultat 2.9 La lutte contre le VIH/Sida est renforcée</p> | <p>74. Taux de prévalence du VIH/Sida 75. Incidence des IST 76. Nombre de PVVIH 77. Nombre d'OEV 78. Nombre de sites de PEC, de PTME et CDV fonctionnels 79. Nombre de PVVIH sous ARV 80. Nombre de structures formées à la sécurité transfusionnelle et la sécurité des injections 81. Séroprévalence du VIH/Sida chez la femme enceinte</p> | <p>- Rapport d'activité DIPE - RASS - Rapport d'activité PNPEC - Rapport ONUSIDA - Autres rapports d'activité secteur VIH</p> | <p>- Coût élevé de la prise en charge thérapeutique - Accroissement des comportements à risque de la population - Pauvreté</p> |
| | | <p>Résultat 2.10 La Santé de la Reproduction et le planning familial sont améliorés</p> | <p>82. Taux de mortalité maternelle 83. Taux de mortalité néonatale 84. Taux de couverture en CP4 85. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié 86. Taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes confondues) 87. Couverture vaccinale en VAT2+ 88. Nombre de service offrant le planning familial 89. Indice synthétique de fécondité 90. Proportion d'accouchements par césarienne 91. Taux de disponibilité en SONUB et SONU 92. Prévalence des mutilations génitales féminines</p> | <p>- RGPH - Enquêtes démographiques - SNIS/ RASS - Rapport d'activité PNSR/PF - Rapports UNFPA - Rapport d'évaluation de la SND/OMD, de la feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles</p> | <p>- Facteurs culturels néfastes - Pauvreté</p> |
| | | <p>Résultat 2.11 La santé infantile est améliorée</p> | <p>93. Taux de mortalité infantile 94. Taux de mortalité infanto-juvénile 95. Nombre de Districts Sanitaires couverts en PCIME 96. Taux d'allaitement maternel 97. Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans 98. Incidence des maladies diarrhéiques 99. Incidence des IRA 100. Nombre de cas de tétanos néonatal 101. Incidence de la rougeole 102. Nombre de cas de poliomyélite</p> | <p>- RGPH - Enquêtes démographiques - SNIS/ RASS - Rapport d'activité PNSI - Rapport d'activité PNN</p> | <p>- Facteurs culturels néfastes - Pauvreté</p> |

| Objectif spécifique 2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations de services de santé | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| Stratégie | Actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
| 2.2 Accroissement de l'offre des services de santé | 2.2.5 Renforcer la lutte contre les maladies prioritaires, émergentes, réémergentes et négligées | Résultat 2.12 La Santé Scolaire et Universitaire est améliorée | 103. Nombre d'élèves et étudiants ayant passé la visite médicale annuelle 104. Proportion d'élèves et étudiants déparasités 2 fois par an | - SNIS/ RASS - Rapport d'activité PNSSU | - Absence de subvention |
| | | Résultat 2.13 La Couverture vaccinale est accrue | 105. Couverture vaccinale en BCG, DTC3, VAR, VAM, Vaccin pentavalent 106. Proportion des enfants complètement vaccinés | - Rapport d'activité DC PEV - Rapport d'activité INHP - RASS | - Facteurs culturels néfastes - Insuffisance du financement |
| | | Résultat 2.14 La lutte contre le paludisme est renforcée | 107. Incidence du paludisme 108. Pourcentage de femmes enceintes et d'enfants dormant sous moustiquaire imprégnée 109. Taux de disponibilité en MII 110. Taux de disponibilité en médicaments anti palustres de qualité et à moindre coût dans les formations sanitaires | - Enquêtes démographiques - SNIS/ RASS - PSP - Rapport activité PNLP - Rapport DIPE | - Manque de sensibilisation - Coût thérapeutique trop élevé |
| | | Résultat 2.15 La Nutrition et la sécurité alimentaire sont améliorées | 111. Prévalence de la malnutrition aigue chez les enfants de moins de 5ans 112. Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans 113. Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 59 mois 114. Taux de carence en vitamine A | - RGPH - Enquêtes démographiques - SNIS/ RASS | - Facteurs culturels néfastes - Insuffisance du financement |
| | | Résultat 2.16 La lutte contre la Tuberculose est renforcée | 115. Incidence de la tuberculose 116. Prévalence de la co-infection VIH/Tuberculose 117. Nombre de patients co-infectés mis sous ARV 118. Couverture en CDT 119. Nombre de malades sous traitements DOTS | - SNIS/ RASS - Rapport d'activité PNLT - UNGASS | - Facteurs culturels néfastes - Rupture en médicaments spécifiques - Augmentation des cas de VIH - pauvreté |

Objetif spécifique 2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations de services de santé

| Stratégie | Actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
|---|--|---|--|---|--|
| 2.2 Accroissement de l'offre des services de santé | 2.2.5 Renforcer la lutte contre les maladies prioritaires, émergentes, réémergentes et négligées | Résultat 2.17 La lutte contre les Maladies non transmissibles est effective | 120. Prévalence du diabète sucré 121. Prévalence de l'HTA 123. Prévalence de l'obésité 124. Incidence du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus chez la femme 125. Incidence du cancer de la prostate, du cancer du foie chez l'homme 126. Nombre de cas de cancer pris en charge | - SNIS/RASS - Rapport d'activité PNLCA | - Facteurs culturels néfastes - Insuffisance du financement - pauvreté - Insuffisance de la sensibilisation |
| | | Résultat 2.18 La lutte contre l'ulcère de Buruli est renforcée | 127. Incidence de l'ulcère de Buruli | - SNIS/RASS - Rapport d'activités du PNLUM | - Facteurs culturels néfastes - Insuffisance du financement |
| | | Résultat 2.19 La trypanosomiase humaine africaine est éliminée d'ici 2013 | 128. Prévalence de la THA | - SNIS/RASS | - Insuffisance en ressources |
| | | Résultat 2.20 La lutte contre le ver de guinée est renforcée | 129. Existence d'un document de plaidoyer en faveur de la disponibilité permanent en eau potable 130. Proportion de ménages ayant accès à l'eau potable 131. Nombre de cas déclarés de ver de Guinée | - Document de plaidoyer - Rapports secteurs connexes | - Insuffisance en ressources |
| | | Résultat 2.21 La lutte contre la cécité est renforcée | 132. Prévalence de la cécité | - RASS | - Facteurs culturels néfastes - Insuffisance du financement |
| | | Résultat 2.22 La lutte contre les maladies émergentes, réémergentes anciennes ou négligées est renforcée | 133. Prévalence de la lèpre 134. Proportion d'enfants d'âge scolaire traités au Praziquantel 135. Prévalence de la filariose lymphatique 136. Prévalence des géo-helminthiases | - RASS | - Facteurs culturels néfastes - Insuffisance du financement |

| Objectif spécifique 2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations de services de santé | | | | | |
|---|--|---|--|--|-----------------------------------|
| Stratégie | Actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
| 2.2 Accroissement de l'offre des services de santé | Renforcer la lutte contre les maladies prioritaires, émergentes, réémergentes et négligées | Résultat 2.23 La lutte contre les maladies buccodentaires est améliorée | 137. Prévalence de la carie dentaire aux tranches d'âge cibles 138. Nombre de cabinets dentaires réhabilités et fonctionnels | - RASS - Rapport d'activité DIEM | - Insuffisance en ressources |
| | | Résultat 2.24 La lutte contre les maladies mentales est renforcée | 139. Nombre de services de prise en charge des maladies mentales fonctionnels dans les régions sanitaires | - Arrêtés / décisions de création - Rapports d'activité | - Insuffisance en ressources |
| | | Résultat 2.25 La médecine traditionnelle est promue | 140. Existence de répertoire des TPS 141. Existence d'un répertoire de pathologie et de plantes médicinales 142. Nombre de personnes formés à la pharmacopée traditionnelle 143. Nombre de supervision annuelle effectuée des activités des TPS | - Répertoire - Rapport d'activité PNPMT | - Insuffisance en ressources |
| | | Résultat 2.26 Le système de surveillance épidémiologique existant est renforcé | 144. Nombre de sous système régionaux de surveillance épidémiologique fonctionnels | - Rapport d'évaluation - Rapport d'activité | - Insuffisance en ressources |
| | | Résultat 2.27 Les capacités des laboratoires de référence sont renforcées | 145. Nombre de laboratoire de référence renforcé en ressources humaines 146. Nombre de laboratoire de référence renforcé en ressources matérielles 147. Nombre de laboratoires fonctionnels existant dans le dispositif de surveillance épidémiologique | - Rapport d'activité | - Insuffisance en ressources |
| | | Résultat 2.28 Un institut de veille fonctionnel est opérationnel | 148. L'institut de veille est doté en ressources matérielles, financières et humaines requises | - Arrêté de création - Rapport d'activité | - Insuffisance en ressources |
| | | Résultat 2.29 La recherche en santé est promue et développée | 149. Nombre et type de protocoles de recherche développés 150. Nombre de résultats de recherche validés 151. Nombre de sessions de formation à la méthodologie de la recherche organisées 152. Proportion du budget des programmes prioritaires alloués à la recherche opérationnelle | - Rapport d'activité de la DFR - Rapports des sessions de formation - Rapports d'activités des programmes prioritaires en recherche opérationnelle | - Insuffisance en ressources |

Objectif spécifique 2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations de services de santé

| Stratégie | Principales actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions | |
|---|--|--|--|---|---|--|
| 2.3 Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité | 2.3.1. Renforcer l'autonomie financière et de gestion de la PSP | Résultat 2.30 La PSP est financièrement autonome | 153. Chiffre d'affaire de la PSP 154. Capacité d'autofinancement de la PSP | - Rapports d'activités de la PSP | - Mauvaise gouvernance | |
| | 2.3.2 Garantir la disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité à la PSP | Résultat 2.31 Les médicaments et autres intrants stratégiques de qualité sont disponibles à la PSP | 155. Taux de recouvrement des coûts de médicaments 156. Nombre de jours de rupture pour les médicaments et intrants stratégiques traceurs de la PSP 157. Nombre de jours de rupture pour les kits PSP 158. Nombre de révision effective de la LNME 159. Part du générique dans les achats de médicaments de la PSP | - Rapports d'activités de la PSP | - Mauvaise gestion | |
| | 2.3.3 Rendre disponibles les médicaments et autres intrants stratégiques de qualité au sein de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire | Résultat 2.32 Les médicaments et autres intrants stratégiques de qualité sont disponibles au sein de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire | 160. Ratio offre/demande pour les médicaments 161. Ratio offre/demande pour les consommables 162. Nombre de supervisons des pharmacies/ district | - Rapports d'activités de la PSP - Rapport de supervision - Bilan d'activité des pharmacies des établissements sanitaires - RASS | - Absence de supervision et de contrôle | |
| | 2.3.4 Rendre accessibles financièrement et autres intrants stratégiques de qualité au sein de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire | Résultat 2.33 Les médicaments et autres intrants stratégiques de qualité sont financièrement accessibles au sein de tous les établissements de soins de la pyramide sanitaire | 163. Nombre de contrôle effectués/an / district 164. Volume global du générique commandé privé et public 165. Valeur du générique commandé public et privé | - Rapport de supervision - Rapport de contrôle - RASS - PSP/DPM | - Manque de volonté des acteurs | |
| | 2.3.5 Assurer l'utilisation rationnelle des médicaments de qualité | Résultat 2.34 L'utilisation rationnelle des médicaments de qualité est assurée | 166. Nombre de prescripteurs formés à l'usage rationnel du médicament | - Rapport de formation/mission - Outils d'aide à l'usage rationnel du médicament révisés | - Insuffisance en ressources | |

| Objectif spécifique 2 : Améliorer l'offre et la qualité des prestations de services de santé | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| Stratégie | Principales actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
| 2.4. Amélioration de la qualité des prestations des services de santé et de la sécurité des patients | 2.4.1 Mettre en œuvre une démarche qualité au sein de tous les établissements de soins | Résultat 2.35 Une démarche qualité est mise en œuvre au sein de tous les établissements de soins | 167. Existence des normes et standards de qualité des prestations 168. Proportion d'établissements de soins appliquant une démarche qualité 169. Nombre de supervision effectuée par l'équipe cadre de district 170. Proportion d'établissement ayant élaboré un projet | <ul style="list-style-type: none"> - Manuels des normes et standards - Rapport d'activité DEPN | <ul style="list-style-type: none"> - Manque de volonté des acteurs - Refus au changement du personnel de santé |
| | 2.4.2 Améliorer l'accueil et la prise en charge des patients | Résultat 2.36 L'accueil et la prise en charge des patients est améliorée | 171. Nombre d'agents formés à la prise en charge correcte des cas et au conseil/ par pathologie 172. Nombre de session de formation à la prise en charge correcte des cas réalisée/district d'établissement 173. Résultats de l'évaluation du système de référence/contre référence 174. Nombre de CREMM et AMD fonctionnels 175. Existence d'un programme de formation continue 176. Proportion de personnel de santé en formation continue au niveau national/ catégorie 177. Taux d'utilisation des services dans les établissements sanitaires 178. Taux de fréquentation des services dans les établissements sanitaires 179. Durée moyenne d'attente des usagers au sein des établissements sanitaires 180. Temps moyen de réception aux urgences 181. Taux d'occupation des lits/ HG, CHR, CHU 182. Durée moyenne de séjour par HG, CHR, CHU | <ul style="list-style-type: none"> - Rapports de supervision - Rapport d'activités des ECD - Rapports de supervision - Projet d'établissement - Rapport d'activités des établissements de soins - Rapport d'activité des programmes - Rapport d'évaluation - Rapport d'activité de la DIEM | <ul style="list-style-type: none"> - Manque de volonté des acteurs - Refus au changement du personnel de santé - Insuffisance du financement |

Objetif spécifique 2 : Amélioration de l'offre de prestations des services de santé

| Stratégie | Principales actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
|---|--|---|--|--|---|
| 2.5 Amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins | 2.5.1 Contribuer à la mise en œuvre des mécanismes de couverture du risque maladie | Résultat 2.37 L'accessibilité financière de la population aux soins est améliorée | 183. Nombre d'indigents pris en charge par établissement sanitaire 184. Proportion de la population couverte par un système de protection sociale (mutuelles, assurance maladie, micro assurance) | - Rapport MSHP - Rapport d'activité COGES - Rapports MFFAS | - Pauvreté - Manque de volonté des acteurs |
| | 2.5.2 Développer une politique d'accessibilité financière équitable pour tous | | | | |
| 2.6. Renforcement des capacités du système de gestion des déchets médicaux et de lutte contre les infections nosocomiales | 2.6.1 Mettre en œuvre le plan national de gestion des déchets médicaux | Résultat 2.38 Le plan national de gestion des déchets est mis en œuvre | 185. Nombre de sessions de formation à la gestion des déchets réalisées 186. Nombre de supervision par an 187. Nombre d'Incinérateurs fonctionnels 188. Nombre d'établissements dotés en véhicule de transport des déchets médicaux | - Rapport d'activité DGHP - Rapport de supervision - Rapport d'activités des hôpitaux - Rapport d'activité de la DIEM | - Manque de volonté des acteurs - Réticence au changement du personnel de santé - Insuffisance du financement |
| | 2.6.2 Lutter contre les infections nosocomiales | Résultat 2.39 La lutte contre les infections nosocomiales est effective | 189. Proportion d'établissements disposant d'un comité d'hygiène 190. Nombre d'établissements sanitaires dotés en équipements de traitement (buanderie) 191. Existence du PRONALIN | - Rapport d'activité DGHP - Rapport d'activités des hôpitaux - Rapport d'activité de la DIEM - Document programme - Rapport d'activité du PRONALIN | - Manque de volonté des acteurs - Réticence au changement du personnel de santé - Insuffisance du financement |

Objectif spécifique 3 : Promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé

| Stratégie | Principales actions | Résultats attendus | Indicateurs | Source de vérification | Hypothèses ou présomptions |
|--|--|---|--|--|--|
| 3.1. Promotion de l'utilisation des services de santé et de l'hygiène publique | 3.1.1 Organiser des campagnes de sensibilisation des communautés à l'utilisation des services de santé et à l'hygiène publique | <p>Résultat 3.1 L'utilisation des services de santé et l'hygiène publique sont promues</p> | <p>192. Nombre de messages diffusés par an 193. Nombre de supports produits par an 194. nombre de spots diffusés à travers les médias 195. Nombre d'émission sur la santé radio et télé par mois 196. Existence d'un arrêté portant statut des ASC signé 197. Nombre d'ASC formé 198. Nombre de supervision des ASC organisé 199. Nombre d'ASC doté de kit 200. Nombre de COGES formés 201. Nombre de supervision trimestrielle des COGES</p> | <p>- Arrêté - Rapport d'activité DGS/DGHP/DSC - Rapport COGES/DD</p> | <p>- Manque de volonté des acteurs - Réticence au changement du personnel de santé - Insuffisance du financement</p> |
| | 3.1.2. Renforcer les structures communautaires | | | | |

| Objectif spécifique 3 : Promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé | | | |
|---|--|---|---|
| Stratégie | Principales actions | Résultats attendus | Indicateurs |
| 3.2. Promotion de l'hygiène individuelle et collective | 3.2.1 Organiser des campagnes de sensibilisation des communautés à l'hygiène individuelle et collective | Résultat 3.2 L'hygiène individuelle et collective est promue | - Rapport COGES/DD |
| | 3.2.2. Promouvoir des comportements propices à l'hygiène individuelle et l'hygiène de vie | | - Rapport COGES/DD/DR/MSHP |
| | 3.2.3. Développer et renforcer les capacités opérationnelles dans le domaine de l'hygiène publique | | - Rapport COGES/DD/DR/MSHP |
| | 3.2.4 Créer un Programme National de Santé Environnementale | | - Texte de création - Rapport d'activité du PNSE |
| | | | 202. Nombre de caravanes organisées par région par an 203. Nombre de messages élaborés par an 204. Nombre de messages diffusés en langues locales/ semaine 205. Nombre de ménages sensibilisés à l'hygiène publique 206. Nombre de supports de sensibilisation produits par an 207. Nombre de diffusion de spots par les médias par semaine 208. Nombre d'émission sur l'hygiène publique radio et télé par mois 209. Nombre de supports de sensibilisation produits par an 210. Nombre de diffusion de spots par les médias par semaine 211. Nombre de module de formation validé 212. Nombre de session de formations organisés 213. Nombre de supervision des comités locaux d'hygiène par an 214. Existence d'un document de politique du programme 215. Matériel et équipement du programme 216. Existence du Programme National de Santé Environnementale |
| | | | - Manque de volonté des acteurs - Refus au changement du personnel de santé - Insuffisance du financement |

CONCLUSION GENERALE

Le présent Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013, élaboré au moment où le pays s'achemine vers une sortie définitive de crise, a pour ambition de recréer les conditions d'un développement harmonieux et cohérent du secteur sanitaire, en raison des conséquences que cette crise a eues sur le système de santé et sur l'état de santé de la population.

Ce nouveau plan est un plan de transition qui s'inscrit donc dans une logique de sortie de crise et qui traduit la volonté du Gouvernement de restaurer non seulement les équilibres rompus, mais aussi de relever tous les nouveaux défis engendrés par cette crise et auxquels le secteur doit faire face.

Il tient compte par ailleurs des besoins liés à la stratégie nationale de réduction de la pauvreté et de ceux en rapport avec la poursuite des objectifs du millénaire pour le développement. Il repose sur des principes comme la responsabilité, l'efficacité, la qualité et l'équité ainsi que sur des valeurs comme la justice sociale et la solidarité.

Aussi, les objectifs du PNDS 2009-2013, traduisent-ils la volonté du Gouvernement de garantir à tous les citoyens et particulièrement aux plus démunis, un niveau de santé leur permettant de contribuer de manière plus efficace à l'œuvre collective de consolidation de la paix et de relance du processus de développement de la nation.

A partir des priorités sanitaires, un certain nombre de stratégies et d'interventions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs ont été identifiées dans la première partie du PNDS 2009-2013. Elles sont basées non seulement sur le renforcement du système de santé mais aussi sur la prise en compte des besoins de la population qui se sont accrus du fait de la crise.

Dans la deuxième partie du PNDS 2009-2013, les stratégies et actions principales ont été largement décrites, à partir d'un processus participatif et consensuel qui a vu l'implication de différents acteurs du secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

Ces principales actions constituent une réponse aux problèmes identifiés à partir du diagnostic établi dans la première partie.

Elles ont trait à toutes les composantes du système de santé, et à toutes les catégories de la population pour lesquelles elles ont été identifiées.

A partir de ces différentes stratégies et actions qui en découlent, ce plan constitue pour les cinq années à venir, une véritable 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.

D'un coût global de **1 579,118 milliards, dont 29% en dépenses d'investissement et 71% en dépenses de fonctionnement**, l'exécution de ce PNDS permettra non seulement de recréer et maintenir les conditions d'un développement harmonieux et cohérent de notre secteur sanitaire, mais aussi de satisfaire les besoins élémentaires et essentiels de la population dont la santé est un élément capital.

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. A cet effet, ce plan fera l'objet d'une large diffusion en vue d'une grande mobilisation des ressources et une sensibilisation des différents acteurs.



BIBLIOGRAPHIE

1. CHU de Treichville, 2004, Registre national du cancer en Côte d'Ivoire, 2004.
2. CHU de Yopougon / Service de réanimation: Rapport d'activités 2006.
3. DCPEV/MSHP, Rapport annuel d'activités 2005.
4. DCPEV/MSHP, Rapport d'activités 2005.
5. DCPNSR/PF/MSHP- 2006, Etude de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgences (SOU) à Abidjan.
6. DGHP/MSHP- 2005, Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires.
7. DGHP/MSHP-2005, Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires.
8. DGS/MSHP- janvier 2007, Rapport sur la situation des déchets toxiques.
9. DIPE/MSHP-2000, Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 1999-2000.
10. DIPE/MSHP-2001-2006, Base de données de l'annuaire statistique.
11. Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE)/ MSHP, Base de données de l'annuaire statistique, 2001-2006.
12. Direction de la Réglementation de l'Hygiène Publique/ MSHP, mai 2007, Rapport d'enquête sur l'hygiène hospitalière au CHU de Yopougon.
13. Direction des Ressources Humaines/ MSHP, liste du personnel, 2007.
14. Doucouré D., Prüss A., Bouvet F. et col. : Gestion des déchets issus des activités de soins en Côte d'Ivoire. Analyse de la situation et Plan d'Action National. Genève : 2000.
15. Institut National de la Statistique (INS), 2005, Enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS).
16. Institut National de la Statistique (INS), 2006 Base de données sur la population, Département de la démographie et des statistiques sociales.
17. Institut National d'Hygiène Publique, 2006, Service de Surveillance Epidémiologique, Rapport 2006.
18. Laboratoire de Bactériologie-Virologie du CHU de Yopougon, étude sur les infections nosocomiales au service de Réanimation, juin 2005.
19. Liste des Chirurgiens-dentistes inscrits pour l'année 2007, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes de Côte d'Ivoire
20. Liste des Médecins Privés de Côte d'Ivoire inscrits en 2007, Ordre National des Médecins de Côte d'Ivoire.

21. Liste des Pharmaciens inscrits pour l'année 2007, Ordre National des Pharmaciens de Côte d'Ivoire.
22. Loi N° 2003-208- du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales
23. Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, 2008, Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 1 Intérimaire (DSRP).
24. Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, République de Côte d'Ivoire, Stratégie Nationale de Développement basée sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement 2008-2015
25. Ministère de l'Intérieur, Direction générale de la Décentralisation et du Développement local, base de données en matière de décentralisation et déconcentration, octobre 2008.
26. Ministère de la Femme et des Affaires sociales, janvier 2007, Analyse des violences basées sur le genre dans le département d'Abidjan : Résultats de l'enquête quantitative.
27. Ministère de la Lutte Contre le Sida, janvier 2008, Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, Rapport national UNGASS 2008.
28. Ministère de la Lutte contre le Sida, juin 2006, Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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
33. 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 2009-2018
34. Ministère de la Santé Publique, CREDES, Revue des dépenses publiques en Côte d'Ivoire 2002.
35. Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005, tome 1 : diagnostic, politique et stratégies, avril 1996.

36. Ministère de la Solidarité et des victimes de Guerre, mars 2008, Reconstruire le capital solidarité pour le développement durable dans une Côte d'Ivoire post-crise.
37. Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés, mars 2004, la couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire.
38. Ministère Délégué auprès du Ministre de la Solidarité chargé de la Santé, novembre 2002, Rapport sur la situation sanitaire des années 1999 et 2000.
39. Ministère Délégué auprès du Premier Ministre chargé de l'Economie, des Finances, du Commerce et du Plan, octobre 1991, Programme de valorisation des ressources humaines-Déclaration de politique de développement des ressources humaines.
40. Ministère du Plan et du Développement, RGPH 1998, projection 2006.
41. Ministère du Plan et du Développement, RGPH 1998, volume 4 : analyse des résultats, tome 5 : mortalité.
42. 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
43. MSHP, BNETD, avril 1996, Budget prévisionnel : organisation de la table ronde des bailleurs de fonds pour le financement du programme national sectoriel de la santé.
44. MSHP, Rapport annuel des activités du VIH secteur santé, 2006.
45. MSHP/UNFPA/Pop Council, Juin 2000, Etude sur l'analyse situationnelle des services de santé de la reproduction dans les départements de Bondoukou et de Bouaflé.
46. MSHP/UNICEF, Enquête nutrition et mortalité en Côte d'Ivoire, 2004
47. PNL/MSHP-2007, Rapport annuel d'activités.
48. Programme National de lutte contre la Cécité, 2006, document de politique.
49. Projet Ivoirien de Promotion des Aliments Fortifiés (PIPAF), évaluation de la carence en vitamine A, fer et acide folique en Côte d'Ivoire 2007.
50. Rapport annuel 2006 des activités du VIH secteur santé.
51. Remed, 1999, Marché pharmaceutique parallèle, ventes illicites et santé publique.
52. 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.

53. République de Côte d'Ivoire/OMS, mars 2008, Stratégie de coopération de l'OMS avec la République de Côte d'Ivoire 2008-2011-Draft 1.
54. République de Côte d'Ivoire/OMS, Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays – République de Côte d'Ivoire 2004-2007.
55. 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.
56. USAID, Evaluation des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire, août 2005







ANNEXES

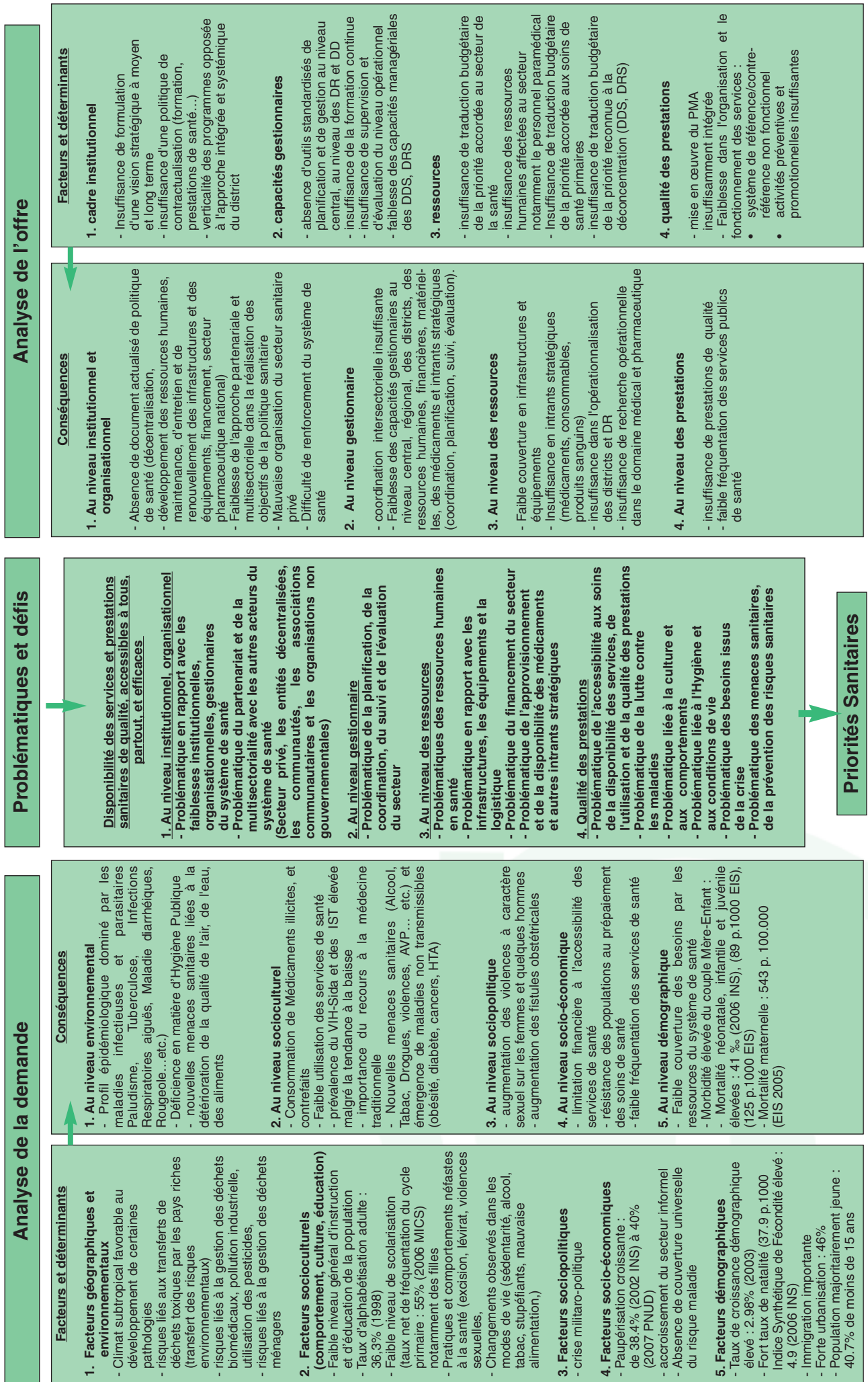


Annexe 1 : Tableau d'évolution du budget du secteur de la santé de 2000 à 2006

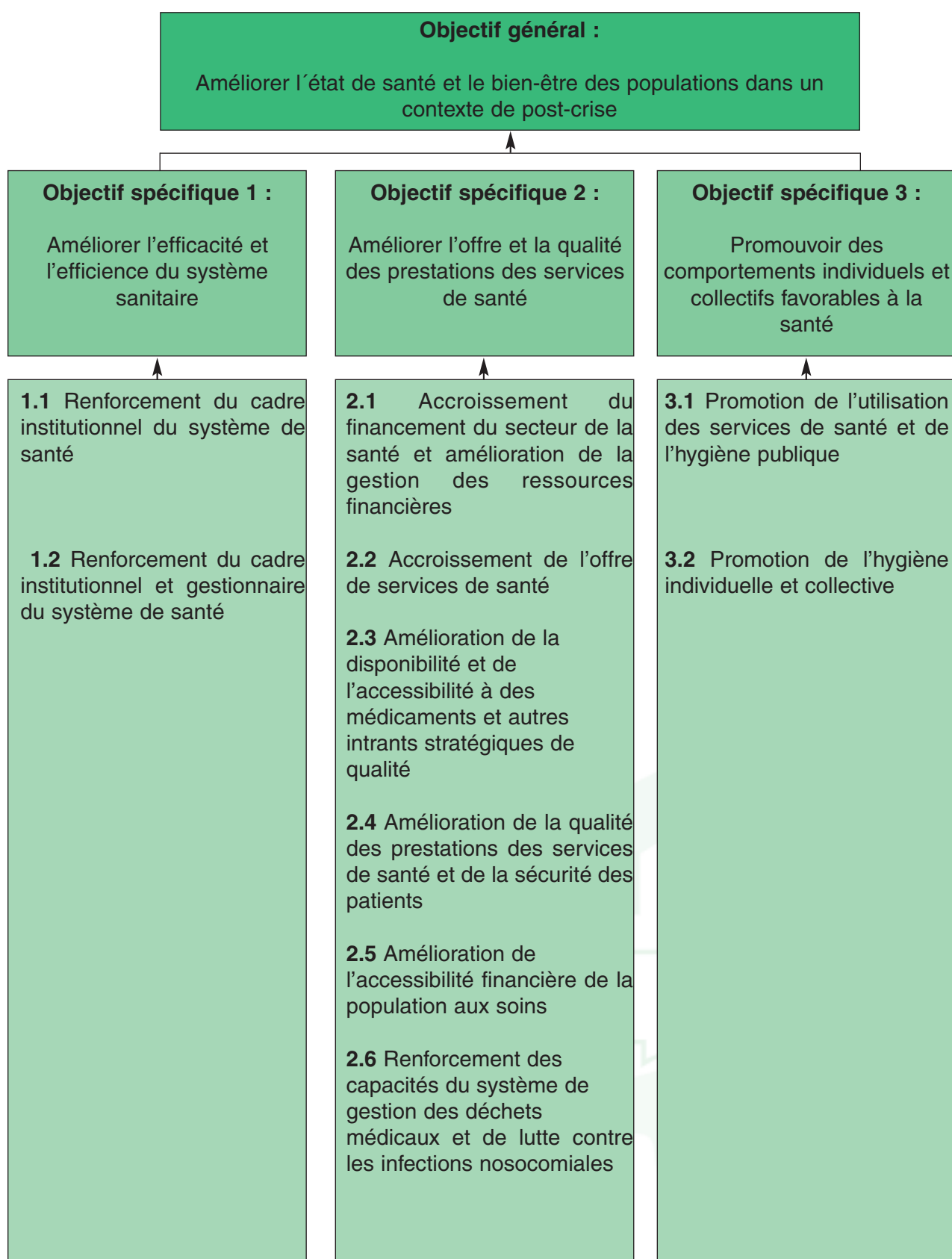
| Libellés des dépenses | Budget 2000 | Budget 2001 | Budget 2002 | Budget 2003 | Budget 2004 | Budget 2005 | Budget 2006 | TOTAL | MOYENNE |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| Administration générale de la santé | 497 400 100 | 603 834 927 | 1 319 776 053 | 616 561 336 | 608 895 828 | 649 476 257 | 937 729 240 | 5 233 673 741 | 747 667 677 |
| Dépenses centralisées | 4 462 965 600 | 4 364 621 499 | 4 302 418 600 | 4 896 493 321 | 608 895 828 | 649 476 257 | 5 313 687 090 | 36 403 067 228 | 5 200 438 175 |
| Formation | 6 629 240 000 | 5 973 755 057 | 5 982 363 273 | 6 134 413 273 | 6 528 900 029 | 7 099 760 386 | 8 596 676 000 | 46 945 108 018 | 6 706 444 003 |
| Transferts | 2 486 263 000 | 2 372 940 130 | 2 580 244 856 | 2 634 437 575 | 2 874 437 575 | 3 020 438 000 | 3 252 362 000 | 19 221 123 136 | 2 745 874 734 |
| Salaire | 23 757 476 805 | 21 559 150 000 | 23 737 737 021 | 24 412 510 803 | 25 749 484 705 | 25 218 126 292 | 26 783 945 508 | 171 218 431 134 | 24 459 775 876 |
| Soins tertiaires | 14 182 143 000 | 13 514 611 246 | 14 419 746 246 | 14 318 466 674 | 14 448 000 000 | 13 817 888 858 | 15 467 500 000 | 100 168 356 024 | 14 309 765 146 |
| Soins secondaires | 1 663 793 750 | 1 398 398 899 | 1 506 480 599 | 1 690 476 280 | 1 764 865 534 | 2 139 988 240 | 2 785 307 680 | 12 949 310 982 | 1 849 901 569 |
| Soins primaires | 5 770 842 956 | 4 425 712 474 | 7 069 791 145 | 4 156 049 441 | 3 786 510 445 | 3 037 143 592 | 3 849 980 320 | 32 096 030 373 | 4 585 147 196 |
| Structures de soins | 21 616 779 706 | 19 338 722 619 | 22 996 017 990 | 20 164 992 395 | 19 999 375 979 | 18 995 020 690 | 22 102 788 000 | 145 213 697 379 | 20 744 813 911 |
| Total général titre II | 59 450 125 211 | 54 213 024 232 | 60 918 557 793 | 58 859 408 703 | 63 234 614 121 | 60 572 182 738 | 66 987 187 838 | 424 235 100 636 | 60 605 014 377 |
| Total général titre III | 39 108 761 862 | 19 830 995 984 | 22 060 738 347 | 17 803 518 746 | 22 448 360 844 | 10 871 118 228 | 12 121 891 586 | 144 245 385 597 | 20 606 483 657 |
| Budget global II et III | 98 558 887 073 | 74 044 020 216 | 82 979 296 140 | 76 662 927 449 | 85 682 974 965 | 71 443 300 966 | 79 109 079 424 | 568 480 486 233 | 81 211 498 033 |

Annexe 2 : Cadre d'analyse

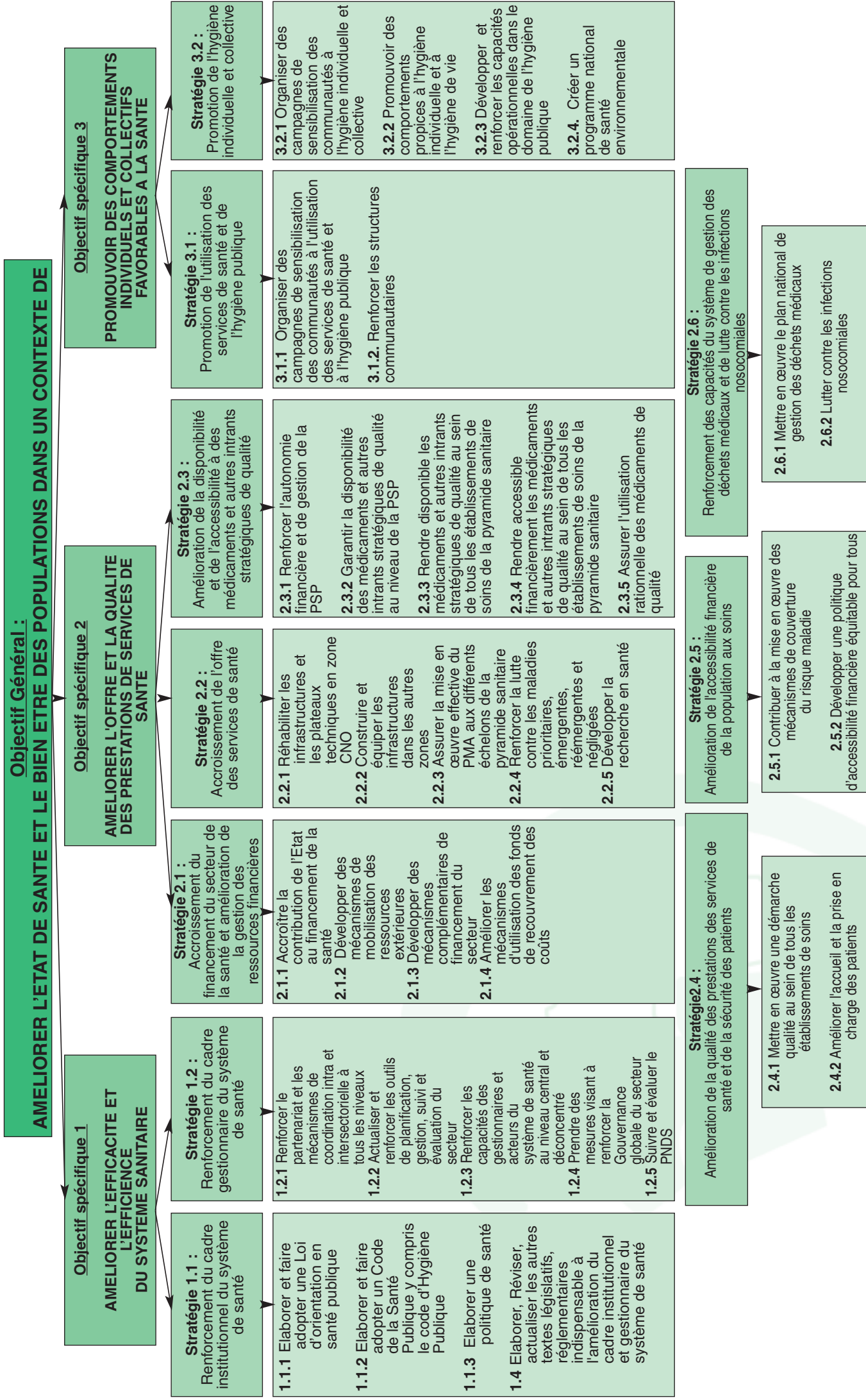
CADRE D'ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN (PNDS 2009-2013)



Annexe 3 : Arbre à objectifs et stratégies



Annexe 4 : Résumé synthétique des stratégies et principales actions



Annexe 5 : Profil épidémiologique

| INDICATEURS | Source de données | 2005 | 2006 | 2007 | |
|---|--|-------|---------------|---------------|-------------|
| 1 Contexte socio-démographique et économique | | | | | |
| 1.1 situation socio-démographique | | | | | |
| 1.1.1 | Population totale (habitants) | INS | 19 096 988 | 19 657 734 | 20 581 770 |
| 1.1.2 | Densité de la population (habitant/km ²) | INS | 59,2 | 61,0 | 62,7 |
| 1.1.3 | Taux d'accroissement moyen annuel (%) | INS | 2,9 | 2,8 | 2,8 |
| 1.1.4 | Espérance de vie à la naissance (ans) | INS | 50,9 | 51,3 | * |
| 1.1.5 | Indice synthétique de la fécondité (ISF) | INS | 4,6 | 4,6 | 4,6 |
| 1.1.7 | Taux brut de scolarisation (%) | INS | 54,3 | 63,2 | * |
| 1.2 situation économique | | | | | |
| 1.2.1 | Taux de Croissance Economique (%) | BCEAO | 1,8 | 1,2 | * |
| 1.2.2 | Produit Intérieur Brut (PIB courant en milliard) | BCEAO | 8 450,7 | 8 835,2 | * |
| 1.2.4 | incidence de la pauvreté | INS | 42,6% | 44% | * |
| 2 Ressources sanitaires et dépenses de santé | | | | | |
| 2.1 Ressources humaines | | | | | |
| 2.1.1 | Nombre d'habitants par médecin | SIG | * | 8 039 | 5 695 |
| 2.1.2 | Nombre d'habitants par infirmier | SIG | * | 3 833 | 2 331 |
| 2.2 Ressources en infrastructures et matérielles | | | | | |
| 2.2.1 | Nombre d'habitants par établissement sanitaire de base | SIG | 12 033 | 12 387 | 12 953 |
| 2.2.2 | Nombre d'habitants par hôpital | SIG | 254 627 | 262 103 | 260 529 |
| 2.2.4 | Nombre d'habitants par bloc chirurgical | SIG | 157 826 | 162 461 | 164 654 |
| 2.2.5 | Nombre d'habitants par laboratoire hospitalier | SIG | 169 000 | 173 962 | 167 331 |
| 2.3 Ressources financières et dépenses de santé | | | | | |
| 2.3.1 | Budget de santé par habitant (FCFA) | DAF | 4 130 | 4 426 | 4 974 |
| 2.3.2 | Poids du budget du MSHP dans le budget de l'Etat (%) | DAF | 4,12% | 4,02% | 4,68% |
| 2.3.3 | Poids du budget du MSHP dans le PIB | DAF | 1,11% | 1,04% | 1,03% |
| 2.3.4 | Montant total du recouvrement des coûts | SACG | 1 067 470 458 | 1 667 350 116 | 908 761 168 |
| 2.3.5 | Recouvrement des coûts par habitant | SACG | 62 | 93 | 49 |
| 2.3.6 | Dépense de santé par habitant (FCFA) | | 3 668 | 3 922 | * |

⁶⁷ (*) Les endroits marqués d'un astérisque sont des chiffres qui n'ont pas encore été déterminés.

| INDICATEURS | | Source de données | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| 2.4 Disponibilité des médicaments génériques | | | | | |
| 2.4.1 | chiffre d'affaire de la PSP | PSP | 14 835 652 081 | 12 649 049 364 | 12 159 462 116 |
| 2.4.2 | Ratio offre/demande pour les médicaments (%) | PSP | 98,5 | 91,4 | 95,1 |
| 2.4.3 | Ratio offre/demande pour les matériels et consommables (%) | PSP | 96,5 | 98,1 | 88,6 |
| 2.4.4 | Taux de recouvrement de la PSP (%) | PSP | 75,72 | 109,62 | 99,50 |
| 2.4.5 | Vente de produits PSP par habitant | PSP | 776,858 | 643,464 | 590,788 |
| 3 Utilisation des services de soins curatifs | | | | | |
| 3.1 Etablissements sanitaires de premier contact | | | | | |
| 3.1.1 | Taux de fréquentation des établissements sanitaires primaires | SIG | 18,67 | 17,48 | * |
| 3.1.2 | Taux d'utilisation des établissements sanitaires primaires % | SIG | 14,58 | 13,53 | * |
| 3.2 Hôpitaux généraux | | | | | |
| 3.2.1 | Taux d'occupation des lits % | SIG | 28,55 | 27,38 | * |
| 3.2.2 | Durée Moyenne de séjour | SIG | 3,30 | 3,42 | * |
| 3.3 Centres Hospitaliers régionaux | | | | | |
| 3.3.1 | Taux d'occupation des lits % | SIG | 40,9 | 26,79 | * |
| 3.3.2 | Durée Moyenne de séjour | SIG | 4,13 | 4,07 | * |
| 3.4 Centres Hospitaliers Universitaires | | | | | |
| 3.4.1 | Taux d'occupation des lits % | CHU | 45,29 | 43,17 | * |
| 3.4.2 | Durée Moyenne de séjour | CHU | 5,62 | 5,46 | * |
| 4 Santé de la mère et de l'Enfant | | | | | |
| 4.1 Soins prénatals et accouchement | | | | | |
| 4.1.1 | % Couverture en CPN3 | SIG | 29,27 | 31,25 | * |
| 4.2 Vaccination des enfants de 0-11 mois | | | | | |
| 4.2.1 | % Couverture par le BCG | PEV | 61 | 78 | 94 |
| 4.2.2 | % couverture par le DTC3 | PEV | 56 | 77 | 76 |
| 4.2.3 | % Couverture par le VAR | PEV | 50 | 73 | 67 |
| 4.2.4 | % Couverture par le VAM | PEV | 51 | 67 | 68 |

| INDICATEURS | | Source de données | 2005 | 2006 | 2007 |
|-------------|--|-------------------|--------|--------|--------|
| 5 | Profil épidémiologique et nutritionnel | | | | |
| | 5.1 Morbidité infanto juvénile | | | | |
| 5.1.1 | Incidence (p1000) du paludisme chez les enfants < 5 ans | SIG | 255,52 | 110,89 | 280,71 |
| 5.1.2 | Incidence (p1000) des diarrhées chez les enfants < 5 ans | SIG | 127,49 | 152,01 | * |
| 5.1.3 | Incidence (p1000) des IRA chez les enfants < 5 ans | SIG | 82,78 | 83,96 | * |
| 5.1.4 | Incidence (p1000) de la rougeole chez les enfants < 5 ans | SIG | 1,10 | 0,10 | * |
| 5.1.5 | Nombre de cas de la coqueluche chez les enfants < 5 ans | SIG | 448 | 340 | * |
| 5.1.6 | nombre de cas de tétanos néonatal | SIG | 31 | 32 | 31 |
| 5.1.7 | Nombre de cas de Poliomyélite confirmés | SIG | 309 | 290 | 0 |
| | 5.2 Etat nutritionnel des enfants < 5 ans | | | | |
| 5.2.1 | Incidence (p1000) Hypotrophie néonatale | SIG | 16,03 | 15,77 | * |
| 5.2.2 | Prévalence (p1000) de la malnutrition aigüe chez les enfants < 5 ans | SIG | NP | 67 | * |
| 5.2.3 | Prévalence (p1000) de la Malnutrition chronique chez les enfants < 5 ans | SIG | NP | 339 | * |
| 5.2.4 | Prévalence (p1000) de l'anémie chez l'enfant | SIG | 27 | 26,57 | * |
| | 5.3 IST/VIH/SIDA | | | | |
| 5.3.1 | Incidence (p1000) des IST chez les adultes (tous sexes confondus) | SIG | 7,66 | 6,95 | * |
| 5.3.4 | Taux de séroprévalence chez les femmes enceintes (%) | RETRO-CI | 6,4 | * | 6,9 |
| 5.3.6 | Taux de prévalence SIDA (%) | ONUSIDA | 4,7 | 4,7 | 4,7 |
| 5.3.7 | Sex-ratio du nombre de cas de SIDA notifiés (nombre de femmes/hommes) | RETRO-CI | * | 2 /1 | 2/1 |
| | 5.4 Maladies endémiques | | | | |
| 5.4.1 | Incidence (p1000) du paludisme dans la population | SIG | 68,12 | 63,25 | 91,47 |
| 5.4.2 | Incidence (p1000) du paludisme chez les femmes enceintes | SIG | 0,67 | 0,57 | 0,33 |
| 5.4.3 | Incidence (p1000) de la tuberculose | DC PNLT | 1,06 | 3,93 | 4,2 |
| 5.4.6 | Incidence (p1000) du pian | SIG | 0,28 | 0,27 | * |
| 5.4.7 | Nombre de cas de la bilharziose urinaire | SIG | 4 284 | 3 858 | * |
| 5.4.8 | Nombre de villages endémiques du Ver de Guinée | DCPNVG/EA | 9 | 2 | 1 |

| INDICATEURS | Source de données | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|-------------------|------|------|------|
| 5.4.11 Nombre de cas d'onchocercose | SIG | 477 | 425 | * |
| 5.5 maladies à caractère épidémique | | | | |
| 5.5.1 Nombre de cas de cholera | INHP | 39 | 415 | 8 |
| 5.5.2 Nombre de cas de méningites purulentes | INHP | 592 | 724 | 779 |
| 5.5.3 Nombre de cas de fièvre jaune confirmés | DC PEV | 2 | 2 | 0 |



Annexe 6 : Tableau des niveaux attendus en 2013 des principaux indicateurs du PNDS 2009-2013

| INDICATEURS | Niveaux actuels | Niveaux 2013 |
|---|-----------------|--------------|
| Couverture des besoins satisfaits en matière de prise en charge des complications obstétricales | 42% | 60% |
| Couverture en CDT | 96 | 117 |
| Couverture en DTC3 | 76% | 90% |
| Couverture en VAR | 67% | 90% |
| Couverture en VAT2+ chez les femmes enceintes | 59,2% | 90% |
| Disponibilité en SONUB | 10,2% | 15% |
| Disponibilité en SONUC | 1,5% | 2,5% |
| Espérance de vie | 51,3 ans | 53 ans |
| Incidence de la tuberculose (pour 100 000) | 393 | 307 |
| Incidence des maladies diarrhéiques | 152,01‰ | 114‰ |
| Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans | 110,89‰ | 60‰ |
| Indice synthétique de fécondité | 4,6 | 4,1 |
| Mortalité infantile (pour mille) | 84‰ | 62‰ |
| Mortalité infanto-juvénile (pour mille) | 125‰ | 88‰ |
| Mortalité néonatale (pour mille) | 41‰ | 31‰ |
| Nombre de cas de poliomyélite | 0 | Eradiqué |
| Nombre de cas de tétanos néonatal | 32 | Éliminé |
| Nombre de cas de ver de guinée | 0 | Eradiqué |
| Population sous ARV | 36 348 | 268 253 |
| Population vivant à moins de 5 km d'un établissement sanitaire | 44% | 80% |
| Population vivant à plus de 15 km d'un établissement sanitaire | 29% | 15% |
| Population vivant entre 5 et 15 km d'un établissement sanitaire | 27% | 10% |
| Pourcentage d'enfants et de femmes enceintes sous MII | 14,8% | 40% |
| Prévalence de la contraception (toute méthode) | 13% | 20% |
| Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans | 33,9% | 25% |
| Proportion d'accouchement par césarienne | 0,78% | 4% |
| Proportion de services CPN offrant la PTME | 26% | 80% |
| Proportion du budget de l'Etat alloué à la santé | 4,68% | 10% |
| Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) | 543 | 345 |
| Ratio ESPC/ habitant | 1/13 831 | 1/10 000 |
| Ratio infirmier/habitant | 1/2 331 | 1/2 000 |
| Ratio médecin/ habitant | 1/5 695 | 1/5 000 |
| Ratio sage femme/ femme en âge de procréer | 1/3 717 | 1/3 000 |
| Séroprévalence du VIH chez la femme enceinte | 8,2% | 4% |
| Séroprévalence du VIH dans la population générale | 4,7% | 2,5% |
| Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié | 56,8% | 80% |
| Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois | 4% | 10% |
| Taux de CPN 4 | 45% | 75% |
| Taux de disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires | 70% | 90% |
| Taux de létalité dû aux complications obstétricales | 2,7% | 1,5% |
| Taux de transmission du VIH mère enfant | 13% | 5% |

Annexe 7 : Coûts par nature de dépense (millions de francs CFA)

Tableau i : Ventilation du budget par niveau de coût

| Catégorie | Sous-catégorie | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|------------------------------|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Infrastructure et Equipement | Réhabilitation construction | 44 939 | 6 763 | - | - | - | 71 703 |
| | Biomédical | 29 550 | 29 768 | 21 995 | 21 474 | 12 337 | 115 124 |
| | Informatique | 89 252 | 75 102 | 14 972 | 16 103 | 5 725 | 201 153 |
| | Matériel roulant | 3 137 | 4 282 | - | - | - | 7 419 |
| | | 5 125 | 5 035 | 11 736 | 760 | 869 | 23 526 |
| | | 172 003 | 140 949 | 48 703 | 38 337 | 18 932 | 418 924 |
| Frais de personnel | Salaires | 72 647 | 80 869 | 90 256 | 100 994 | 113 297 | 458 064 |
| | Contractuel (salaire contractuel, honoraire consultants) | 3 348 | 800 | 952 | 3 765 | 1 038 | 9 903 |
| | Indemnité | 207 | 217 | 228 | 240 | 252 | 1 144 |
| | Formation de base | - | 3 903 | 4 293 | 4 723 | 5 195 | 18 113 |
| | Formation continue CI | 1 492 | 1 015 | 920 | 1 630 | 865 | 5 923 |
| Formation | Formation continue Etranger | 350 | 432 | 454 | 476 | 500 | 2 213 |
| | | 1 842 | 5 350 | 5 667 | 6 829 | 6 560 | 26 249 |
| Médicaments et vaccins | Médicament | 36 521 | 51 682 | 73 186 | 99 390 | 131 130 | 391 909 |
| | Vaccin | 12 048 | 13 030 | 14 092 | 15 240 | 16 483 | 70 893 |
| | Intrant et autres produits | 9 761 | 11 428 | 13 273 | 15 300 | 17 430 | 67 193 |
| | | 58 331 | 76 141 | 100 551 | 129 931 | 165 042 | 529 996 |
| | | 1 296 | 1 436 | 1 508 | 1 584 | 1 663 | 7 487 |
| Maintenance | Informatique | 63 | 180 | 371 | 389 | 409 | 1 412 |
| | Matériel roulant | 336 | 370 | 407 | 447 | 492 | 2 051 |
| | | 1 695 | 1 986 | 2 286 | 2 420 | 2 564 | 10 950 |
| Autres charges | Abonnement, autres | 5 393 | 4 990 | 4 099 | 4 005 | 3 948 | 22 435 |
| | Fournitures de bureau | 5 393 | 4 990 | 4 099 | 4 005 | 3 948 | 22 435 |
| Suivi et Evaluation | Supervision | 11 673 | 12 165 | 12 746 | 13 356 | 13 996 | 63 935 |
| | Audits et contrôle | 359 | 377 | 396 | 416 | 437 | 1 985 |
| | Outil de suivi et évaluation (conception+production) | 1 120 | 603 | 693 | 702 | 746 | 3 864 |
| | Evaluation et revues | 225 | 196 | 232 | 167 | 253 | 1 073 |
| | monitoring | 824 | 892 | 891 | 936 | 983 | 4 525 |
| | 674 | 708 | 743 | 780 | 819 | 3 725 | |
| | 14 875 | 14 941 | 15 702 | 16 356 | 17 233 | 79 107 | |
| Etudes et recherches | Recherche opérationnelle | 1 248 | 1 229 | 1 259 | 1 322 | 1 448 | 6 506 |
| | Etudes de planification | 934 | 915 | 909 | 964 | 993 | 4 716 |
| Assistance technique | | 2 183 | 2 145 | 2 168 | 2 286 | 2 441 | 11 222 |
| | | 1 537 | 1 587 | 1 574 | 1 597 | 1 677 | 7 973 |
| Evacuation sanitaire | | 1 537 | 1 587 | 1 574 | 1 597 | 1 677 | 7 973 |
| | | 336 | 403 | 484 | 581 | 697 | 2 500 |
| Communication | | 336 | 403 | 484 | 581 | 697 | 2 500 |
| | | 122,99 | 129,14 | 126,95 | 133,30 | 139,97 | 652 |
| | 122,99 | 129,14 | 126,95 | 133,30 | 139,97 | 652,34 | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Total | | 334 521 | 330 507 | 272 797 | 307 473 | 333 821 | 1 579 118 |

Tableau ii : Ventilation du budget par catégorie 1 de coût

| Catégorie | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|--|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Infrastructure et Equipement | 172 003 | 140 949 | 48 703 | 38 337 | 18 932 | 418 924 |
| Frais de personnel | 76 203 | 81 886 | 91 437 | 104 998 | 114 587 | 469 110 |
| Formation | 1 842 | 5 350 | 5 667 | 6 829 | 6 560 | 26 249 |
| Médicaments, vaccins et intrants stratégiques | 58 331 | 76 141 | 100 551 | 129 931 | 165 042 | 529 996 |
| Maintenance | 1 695 | 1 986 | 2 286 | 2 420 | 2 564 | 10 950 |
| Autres charges de fonctionnement | 5 393 | 4 990 | 4 099 | 4 005 | 3 948 | 22 435 |
| Suivi et Evaluation | 14 875 | 4 941 | 15 702 | 16 356 | 17 233 | 79 107 |
| Etudes et recherches | 2 183 | 2 145 | 2 168 | 2 286 | 2 441 | 11 222 |
| Assistance technique et contrat de prestation des services | 1 537 | 1 587 | 1 574 | 1 597 | 1 677 | 7 973 |
| Evacuation sanitaire | 336 | 403 | 484 | 581 | 697 | 2 500 |
| Communication | 123 | 129 | 127 | 133 | 140 | 652 |
| Total | 334 521 | 30 507 | 272 797 | 307 473 | 333 821 | 1 579 118 |

Tableau iii : Ventilation des coûts par niveau d'investissement et de fonctionnement

| Catégorie | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Investissement | | | | | | |
| Infrastructure et Equipement | 177 688 | 150 160 | 58 239 | 49 182 | 29 750 | 465 020 |
| Formation | 172 003 | 140 949 | 8 703 | 38 337 | 18 932 | 418 924 |
| Etudes et recherches | 1 842 | 5 350 | 5 667 | 6 829 | 6 560 | 26 249 |
| Assistance technique | 2 183 | 2 145 | 2 168 | 2 286 | 2 441 | 11 222 |
| Matériel de communication | 1 537 | 1 587 | 1 574 | 1 597 | 1 677 | 7 973 |
| | 123 | 129 | 127 | 133 | 140 | 652 |
| Fonctionnement | | | | | | |
| Frais de personnel | 156 832 | 180 346 | 214 558 | 258 291 | 304 071 | 1 114 098 |
| Médicaments, vaccins et intrants stratégiques | 76 203 | 81 886 | 91 437 | 104 998 | 114 587 | 469 110 |
| Maintenance | 58 331 | 76 141 | 100 551 | 129 931 | 165 042 | 529 996 |
| Suivi et Evaluation | 1 695 | 1 986 | 2 286 | 2 420 | 2 564 | 10 950 |
| Evacuation sanitaire | 14 875 | 14 941 | 15 702 | 16 356 | 17 233 | 79 107 |
| Autres charges de fonctionnement | 336 | 403 | 484 | 581 | 697 | 2 500 |
| | 5 393 | 4 990 | 4 099 | 4 005 | 3 948 | 22 435 |
| Total | 334 521 | 330 507 | 272 797 | 307 473 | 333 821 | 1 579 118 |

Annexe 8 : Coût par principale action (PA en millions)

| OBJ | ST | PA | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|-------------------|-------------------|----------------|------------------|-------------------|----------------|-------------------|-------------------|------------------|
| 1 | ST11 | PA111 | 16 | - | - | - | - | 16 |
| | | PA112 | 267 | 138 | - | - | - | 405 |
| | | PA113 | 9 | - | - | - | - | 9 |
| | | PA114 | 241 | 181 | 191 | 200 | 210 | 1 023 |
| | Total ST11 | | 533 | 320 | 191 | 200 | 210 | 1 453 |
| | ST12 | PA121 | 477 | 289 | 304 | 319 | 335 | 1 724 |
| | | PA122 | 10 076 | 11 255 | 7 451 | 7 767 | 8 157 | 44 705 |
| | | PA123 | 73 688 | 81 916 | 91 338 | 102 130 | 114 490 | 463 562 |
| | | PA124 | 376 | 360 | 315 | 331 | 370 | 1 751 |
| | | PA125 | 90 | 95 | 315 | 99 | 338 | 936 |
| Total ST12 | | 84 707 | 93 915 | 99 723 | 110 645 | 123 689 | 512 679 | |
| Total 1 | | 85 239 | 94 234 | 99 914 | 110 845 | 123 899 | 514 132 | |
| 2 | ST21 | PA211 | 8 | 8 | - | - | - | 16 |
| | | PA212 | 475 | 498 | 523 | 549 | 577 | 2 622 |
| | | PA213 | 19 | 17 | 18 | 19 | 20 | 92 |
| | | PA214 | 152 | 117 | 123 | 120 | 126 | 638 |
| | Total ST21 | | 654 | 640 | 664 | 688 | 722 | 3 369 |
| | ST22 | PA221 | 33 734 | 18 186 | - | - | - | 51 920 |
| | | PA222 | 74 537 | 52 830 | - | - | - | 127 367 |
| | | PA223 | 60 126 | 65 460 | 46 049 | 44 559 | 25 592 | 241 787 |
| | | PA224 | 5 475 | 5 386 | 5 655 | 6 331 | 6 235 | 29 082 |
| | | PA225 | 967 | 1 147 | 1 204 | 1 264 | 1 137 | 5 719 |
| | | PA226 | 193 | 198 | 208 | 218 | 229 | 1 045 |
| | Total ST22 | | 175 032 | 143 207 | 53 116 | 52 373 | 33 193 | 456 920 |
| | ST23 | PA231 | - | 43 | - | - | - | 43 |
| | | PA232 | 20 | 2 693 | 88 | 92 | 97 | 2 991 |
| | | PA233 | 59 570 | 78 732 | 101 934 | 131 393 | 166 567 | 538 196 |
| | | PA234 | 60 | 63 | 66 | 69 | 73 | 332 |
| | | PA235 | 103 | 35 | 37 | 119 | 40 | 334 |
| Total ST23 | | 59 753 | 81 566 | 102 125 | 131 674 | 166 778 | 541 896 | |
| ST24 | PA241 | 333 | 326 | 342 | 359 | 377 | 1 737 | |
| | PA242 | 756 | 848 | 935 | 1 050 | 1 189 | 4 778 | |
| Total ST24 | | 1 089 | 1174,1083 | 1277,41774 | 1 409 | 1566,39807 | 6515,45721 | |
| ST25 | PA251 | 249 | 210 | 221 | 232 | 303 | 1 214 | |
| | PA252 | 87 | 108 | 79 | 83 | 87 | 445 | |
| Total ST25 | | 337 | 318,3054 | 299,6595 | 315 | 389,979379 | 1659,09775 | |
| | PA261 | 332 | 89 | 94 | 280 | 213 | 1 008 | |
| | PA262 | 6 | - | - | 7 | - | 13 | |
| Total ST26 | | 338 | 89 | 94 | 287 | 213 | 1 021 | |
| Total 2 | | 237 202 | 226 995 | 157 575 | 186 746 | 202 863 | 1 011 381 | |
| 3 | ST31 | PA311 | 1 312 | 1 377 | 1 446 | 1 519 | 1 595 | 7 249 |
| | | PA312 | 10 611 | 7 833 | 13 791 | 8 281 | 5 387 | 45 902 |
| | Total ST31 | | 11 923 | 9 210 | 15 237 | 9 799 | 6 981 | 53 151 |
| | ST32 | PA321 | 19 | 3 | 3 | 13 | 4 | 41 |
| | | PA322 | - | - | - | - | - | - |
| | | PA323 | 61 | 64 | 67 | 71 | 74 | 338 |
| PA324 | | 76 | - | - | - | - | 76 | |
| Total ST32 | | 156 | 67 | 71 | 83 | 78 | 455 | |
| Total 3 | | 12 079 | 9 278 | 15 308 | 9 883 | 7 059 | 53 606 | |
| Total | | | 334 521 | 330 507 | 272 797 | 307 473 | 333 821 | 1 579 118 |

Annexe 9 : Comité technique de coordination pour l'Elaboration du PNDS 2009-2013

| N° | Nom et prénoms | Structure | Fonction | Contacts |
|----|---------------------------|--------------------------|------------------------|--|
| 1 | Pr SAMBA Mamadou | CPS / MSHP | Chef coordonnateur | 07 074 114 mamadou_samba@hotmail.fr |
| 2 | Dr GUESSAN BI G. Bernard | Inspection générale MSHP | Inspecteur | 05 668 396 bigouzanbernard@yahoo.fr |
| 3 | Dr BISSOUMA- LEDJOU Renée | CPS / MSHP | Chargée d'études | 02 829 611 renee bissoumal@yahoo.fr |
| 4 | DIABAGATE Abdramane | CPS / MSHP | Economiste de la santé | 04 337 585 abdiabagate@yahoo.fr |
| 5 | Dr OHOUE Brou Samuel | CPS / MSHP | Chargé d'études | 01 058 940 obsamuel@yahoo.fr |



**Annexe 10 : Comité des experts nationaux pour l'Elaboration du PNDS
2009-2013**

| N° | Nom et prénoms | Structure | Fonction | Contacts |
|----|---------------------------|--------------------------|---|--|
| 1 | Dr COULIBALY Malick Issa | Cabinet MSHP | Conseiller technique - Président du Comité de Pilotage (PNDS) | 05 752 425 malickcoulibaly@yahoo.fr |
| 2 | Pr LOUKOU Yao Guillaume | Cabinet MSHP | Conseiller technique – Directeur scientifique | 08 092 317 gylouk@africaonline.co.ci |
| 3 | Pr MALAN Kla Anglade | LNSP | Directeur | 07 081 918 anglade@aviso.ci |
| 4 | Pr OULAI Soumahoro | DFR | Directeur | 07 813 510 oulsoum@yahoo.fr |
| 5 | Pr SAMBA Mamadou | CPS | Chef coordonnateur | 07 074 114 mamadou_samba@hotmail.fr |
| 6 | Dr BAUJOT Michel | CPS / MSHP | Assistant technique | baujot@hotmail.com |
| 7 | Dr BISSOUMA- LEDJOU Renée | CPS / MSHP | Chargée d'études | 02 829 611 renee bissoumal@yahoo.fr |
| 8 | Dr DIAWARA Bassalia | SASED / MSHP | Directeur | 08 541 886 dbassalia2@yahoo.fr |
| 9 | Dr GUESSAN BI G. Bernard | Inspection générale MSHP | Inspecteur | 05 668 396 bigouzanbernard@yahoo.fr |
| 10 | Dr KAMELAN Omer | DRHSP | Directeur | 05 553 743 stomer_medic@yahoo.fr |
| 11 | Dr KONAN Claude | Cabinet MSHP | Chargé d'études | 05 624 219 konanefr@yahoo.fr |
| 12 | Dr KONE Mamadou | Cabinet MSHP | Conseiller technique | 07 884 312 konemadu@africaonline.co.ci |
| 13 | Dr NIANGUÉ Joseph | Cabinet MSHP | Conseiller technique | 05 056 855 josephniangue@yahoo.fr |
| 14 | Melle YO Marina | DAF / MSHP | Sous Directeur | 20 229 291 / 08 458 818 yemath@yahoo.fr |
| 15 | Mr BA Ibrahima | Primature | Chef de projet | 07 050 550 ibrahima_nouna@yahoo.fr |
| 16 | Mr DJAHA Kouassi | MSHP | Economiste de la santé | 01 174 132 kouadaj@hotmail.com |
| 17 | Mr SÉKA Monney Firmin | DIPE | Sous-Directeur | 67 308 253 fmseka@yahoo.fr |
| 18 | Mr TAÏ Ehouan | BNETD | Chef d'unité | 07 657 367 etai@bnetd.ci |
| 19 | Mr TRA BI Denis | DIEM | Directeur | 07 852 904 trabid2002@yahoo.fr |

Annexe 11 : Liste des participants à l'élaboration du PNDS 2009-2013

| N° | Nom et prénoms | Structure | Fonction | Contacts |
|----|-----------------------|--------------------------------|---|---|
| 1 | ABOU-KONE Pauline | UNFPA | Expert SONU | abou@unfpa.org |
| 2 | ACHO Yapo Blaise | DRHP | Sous-Directeur | 01 522 332 acho_ybm@yahoo.fr |
| 3 | ADOU Kouakou Menzan | PSP | Chef SACE | 05 603 384 admenzan@yahoo.fr |
| 4 | AKA Kouamé | ICA | Sous-Directeur Maintenance et gestion du Patrimoine | 07 000 722 |
| 5 | AKA Lepri Nicaise | DC - PEV | Chef de service | 02 024 340 |
| 6 | AKA-KONAN Sandrine | PNPEC | Assistant surveillance épidémiologique VIH/SIDA | 07 606 313 sandaka72@yahoo.fr |
| 7 | AKPELE Luc Olivier | DC - PEV | Logisticien | 07 099 698 alucolivier@yahoo.fr |
| 8 | AMANI Kouamé René | UNICEF | Administrateur SMN | ramani@unicef.org |
| 9 | AMARI Antoine Serge | Ordre National des Pharmaciens | Pharmacien juriste | 07 697 279 amarias_03@yahoo.fr |
| 10 | AMIAN Jeanne | LNSP | Responsable maintenance | 02 023 112 jeanne-amian@yahoo.fr |
| 11 | ANOMA Privat | DPM | Sous Directeur | 05 495 925 joanoma@gmail.com |
| 12 | ASSANDE Bernard | DIEM | Sous-Directeur | 07 911 648 diemciv@yahoo.fr |
| 13 | ATTIA Gneville Joseph | SASED | Chef du Bureau de la Décentralisation | 20 212 407 |
| 14 | BADIA Guy-Michel | DSC | Chef de service | 08 584 217 m_badia@yahoo.fr |
| 15 | BAMBA Hamidou | MSHP | Conseiller technique | bambhamidou@yahoo.fr |
| 16 | BEHIBRO K. Rostand | PNPEC | Chargé du PAD à UNITAID | 08 091 239 behibro@yahoo.fr |
| 17 | BENDIB Abdehlak | UNICEF | Responsable Nutrition et santé | abendib@unicef.org |
| 18 | BINI Kobena Kra | DRHP | Médecin | 09 415 072 gbyni@yahoo.fr |
| 19 | BITTY Marie-Joseph | DPHP | Directrice | bittyafila@yahoo.fr |
| 20 | BOKA Ernest | DEPS | Sous-Directeur | 20 328 408 |
| 21 | BROU Yao Léopold | DIEM | Chargé d'études | 06 368 323 leybrou@yahoo.fr |
| 22 | CLAON Stéphane | UFR SPB | Maître Assistant | 05 948 184 |
| 23 | COULIBALY Makan | UNICEF | Administrateur VIH/Santé | macoulibaly@unicef.org |
| 24 | COULIBALY Mamadou | DIEM | Chef de projet | 02 035 287 dr_coulibaly_mamadou@yahoo.fr |
| 25 | DENOMAN Jean | MSHP | Inspecteur | 07 687 505 denomanj@yahoo.fr |

Liste des participants à l'élaboration du PNDS (suite)

| N° | Nom et prénoms | Structure | Fonction | Contacts |
|----|--------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| 26 | DIANGO-NOBOUT Claudine | PNSSU | Directeur coordonnateur | 07 414 711 |
| 27 | DJA-YEBOUE Simone Pierre | DIPE | Chef de service | 07 738 093 spyoboue@yahoo.fr |
| 28 | DOGORE Eliane | UNFPA | Chargé de sécurisation des produits de SRPF | eliane.dogore@unfpa.org |
| 29 | DOUGROU SAWOURE | DR Denguélé-Bafing | Directeur régional | 07 927 612 drdougrou@yahoo.fr |
| 30 | EBAH-AKA Laurence | PNPEC | Responsable Suivi/Evaluation | 05 858 607 gnimel2003@yahoo.fr |
| 31 | ETEKOU Akpa Valentin | DR Montagnes | Directeur Régional | 07 843 360 |
| 32 | EZOUA Joseph | PNUD | Conseiller programme | joseph.ezoua@undp.org |
| 33 | ETTE Jean | OMS – IST/WA | Economiste | ettej@bf.afro.who.int |
| 34 | EDI Adé David | DIEM | Chargé d'études | 01 435 915 davidediad@yahoo.fr |
| 35 | FEBY Angui Come | PNLP | Responsable suivi / évaluation | 05 19 23 19 com_feby@yahoo.fr |
| 36 | GALA Benjamin | District Sanitaire Bouaké Est | Directeur Départemental | 05 400 961 |
| 37 | GNOGBO Sandrine | ASAPSU | Médecin | 01 140 131 dipemshp@yahoo.fr |
| 38 | GOHOU Kouassi Valérie | DIPE | Directeur | 05449403 gnagbosandrine@yahoo.fr |
| 39 | GBELIA Kuyo Abel | DSST/MFPE | Sous-Directeur | 01 154 761 kuyo5@yahoo.fr |
| 40 | KASSI Georges | District Sanitaire Yamoussoukro | Directeur Départemental | 01 012 728 |
| 41 | KOFFI Brindou J- | DDS Port-Boué | Directeur Départemental | 08 424 565 jbrindou01@yahoo.fr |
| 42 | KOFFI Konan Marcel | DRHP | Chef de service | 07 476 418 |
| 43 | KOKO Georges | Ordre National des Médecins | Conseiller S.G | 01203960 myceneko@yahoo.fr |
| 44 | KOKOLA Ayé Jacot | Brigade de sécurité sanitaire | Chef de bureau | 06 993 294 jacotkokola@yahoo.fr |
| 45 | KONAN Kouassi Laurent | DRH | Sous-Directeur | 09 040 258 laurenkonan@yahoo.fr |
| 46 | KONAN Simplicie | DAF / MSHP | Directeur | kosyfr@yahoo.fr |
| 47 | KONATE Bakari | CHU Cocody | DAF | 05 868 206 |
| 48 | KONE Djakaridja | LNSP | Sous-Directeur des Affaires Financières | 21 213 218 |
| 49 | KOUACOU Epa | UNICEF | Santé/PEV | 05 968 033 ekouacou@unicef.org |
| 50 | KOUADIO augustin | District Sanitaire Ferkéssédougou | Directeur Départemental | 01 618 786 |

Liste des participants à l'élaboration du PND (suite)

| N° | Nom et prénoms | Structure | Fonction | Contacts |
|----|------------------------|-----------------|--|--------------------------------------|
| 51 | KOUADIO Léonard | UNICEF | Administrateur santé | 05 963 738 lkouadio@unicef.org |
| 52 | KOUAKOU Jacquemin | PNLT | Directeur coordonnateur | jacquemink@yahoo.fr |
| 53 | KOUAME Hortance | DRH | Sous-Directrice | 07 806 368 hortaffo@yahoo.fr |
| 54 | KOUAME Ignace | DIPE | Sous Directeur | 05 006 526 kougance@yahoo.fr |
| 55 | KOUAME Kouakou | CHU Cocody | Sous-Directeur de la Maintenance | 05 001 234 kouam@chucocody.ci |
| 56 | KOUASSI A. Emilienne | DGA | Chargé d'études | 05 697 257 evbm2002@yahoo.fr |
| 57 | KRAFFA Blaise | DFR | Sous Directeur | 01 258 221 krafblaise@yahoo.fr |
| 58 | LANGUI Kouakou John | INHP | Responsable Hygiène assainissement | 07 529 766 languijohn@yahoo.fr |
| 59 | MALAGUTI Francesca | DCE | Chargé des secteurs sociaux | francesca.malaguti@ec.europa.eu |
| 60 | MENEKOU Zatto Claude | INHP | Technicien supérieur assainissement | 05 795 637 menekou@yahoo.fr |
| 61 | MIEZAN EGNAKOU | DDS Bongouanou | Directeur Départemental | 07 602 321 miezanegnakou@yahoo.fr |
| 62 | N'ZI Kouamé Ferdinand | PNSSU | Responsable suivi/évaluation | 07 983 749 |
| 63 | N'ZORE Kangah Serge E. | DGHP | Chargé d'études | 07 924 374 snzore1@yahoo.fr |
| 64 | NGUESSAN Jean | DEPN | Sous-Directeur | jnguessan@yahoo.fr |
| 65 | NIAMKEY Ezani | CHU Treichville | Directeur | 07 074 207 |
| 66 | ODY Timothée | DPHP | Sous-Directeur | 07 873 614 odytimothee@yahoo.fr |
| 67 | OGA Serge | UFR SPB | Maître Assistant | ass_oga@yahoo.fr |
| 68 | OUATTARA Ali | INHP | Administrateur des Services Financiers | 08 473 699 ouatt69@yahoo.fr |
| 69 | SAKI Geneviève | OMS | Conseiller programme | sakin@ci.afro.who.int |
| 70 | SAN Koffi | PNLP | Directeur coordonnateur | 20 371 737 sankoffi@yahoo.fr |
| 71 | SANZAN Noufé | CHU Yopougon | Responsable service d'hygiène | 05 836 509 |
| 72 | SATOULOU Alexis | OMS/IST | Economiste | satoulou@bf.afro.who.int |
| 73 | SISSOKO Sidi | CNTS | Responsable production | 07 516 382 sisdy2000@yahoo.fr |
| 74 | SOUARE Dossou | PSP | Directrice Générale | 07 799 192 souared2003@yahoo.fr |
| 75 | TIA yao Gboko | MLS | Economiste de la santé | 08 773 770 tiayao@yahoo.fr |

Liste des participants à l'élaboration du PNDS (FIN)

| N° | Nom et prénoms | Structure | Fonction | Contacts |
|----|--------------------|------------------------------------|--|--|
| 76 | TOULI Kipré Claude | MGP Cocody | Sous-Directeur | 05 001 130 |
| 77 | TRAORE Métahan | DIPE | Démographe | metahan74@yahoo.fr |
| 78 | VANIE Irie Bi | DSC | Sous-Directeur Multisectorialité | 07 950 684 iriebivanie@yahoo.fr |
| 79 | WOGNIN Odjé | CHU Treichville | Sous-Directeur | 01 296 778 |
| 80 | YAO Kossia | DC-PEV | Directeur Adjoint | 21 242 529 yaokossia@yahoo.fr |
| 81 | YAO Kouadio Jean | DGS | Chargé d'étude | 07 881 329 |
| 82 | YAO Théodore | OMS | Conseillé programme | yaot@ci.afro.who.int |
| 83 | YAPI Delphine | DIPE | Secrétaire | 05 077 538 kouassidel@yahoo.fr |
| 84 | YAPI Yapi | DGA | Assistant | 05 623 581/01 107 776 brouyapi@yahoo.fr |
| 85 | YEDESS Yei Jeanne | DSC | Sous-Directrice | 05 572 761 dryedess_J@yahoo.fr |
| 86 | YOHOU Narcisse | Ordre des Chirurgiens dentistes | Chirurgien-dentiste, expert légiste | 08 492 071 nayohou@yahoo.fr |
| 87 | ZAHUI K. Honoré | DR Lagunes 1 | Directeur régional | 07 366 448 h.zahui@aviso.ci |
| 88 | ZEREGBE Toh | PNSRPF | Chef de service | 01 166 054 zeregbetoh@yahoo.fr |







**Ce document a été réalisé avec
l'appui financier de l'Union Européenne**