



République de Côte d'Ivoire



Union - Discipline - Travail

RAPPORT

REVUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2021-2025



RAPPORT
REVUE DU PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE
2021-2025

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	4
Liste des encadrés	5
Liste des graphiques	6
Liste des figures	7
Sigles et abréviations	8
Mot de Monsieur le Ministre	12
Résumé exécutif	13
Introduction	21
Section I : Contexte global de mise en œuvre du PNDS 2021-2025	22
I.1.Contexte économique et social de la Côte d'Ivoire	23
I.2.Contexte sanitaire en Côte d'Ivoire	24
I.3.Agendas globaux en matière de santé	25
I.4.Engagements du Gouvernement Ivoirien à travers le PNDS 2021-2025	27
Section II : Cadre de la revue et limites	30
II.1.Approche méthodologique	31
II.2.Limites	33
Section III : Principaux résultats de la revue globale du PNDS 2021-2025	34
III.1.Perception du PNDS 2021-2025 par les différents niveaux de la pyramide sanitaire	35
• Perception du PNDS par les structures du MSHPCMU (directions générales, directions centrales, programmes de santé, hôpitaux de référence, EPHN, directions régionales et directions départementales)	36
• Perception du PNDS par les Partenaires (PTF, société civile, secteur privé)	37
III.2.Analyse des progrès réalisés dans la mise en œuvre du PNDS 2021-2025	37
• Progrès réalisés vers l'atteinte de l'ODD3	37
• Principales réalisations du PNDS 2021-2025 par axe stratégique	38
Section IV : Difficultés, défis, perspectives et recommandations	108
IV.1.Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du PNDS	109
• Difficultés dans la mise en œuvre du PNDS au niveau central	109
• Difficultés dans la mise en œuvre du PNDS au niveau déconcentré	110
• Difficultés dans la mise en œuvre selon les PTF	111
IV.2.Défis et perspectives du système de santé	112
• Défis du système de santé	112
• Perspectives	113
IV.3.Recommandations pour l'amélioration de la conception, le suivi et la mise en œuvre du PNDS	114
Annexes	118
Annexe 1 : Comment résoudre les problèmes de santé persistants ?	119
Annexe 2 : Liste des membres de l'équipe technique de rédaction	138
Annexe 3 : Liste des participants	139
Annexe 4 : Liste des partenaires	153

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution des indicateurs ODD sur la période 2021-2023	38
Tableau 2 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme hospitalière	40
Tableau 3 : Défis opérationnels liés à la mise en œuvre de la réforme sur l'achat stratégique en santé incluant le financement basé sur la performance	41
Tableau 4 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme sur l'intégration et le développement du secteur privé	42
Tableau 5 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme sur les Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES)	44
Tableau 6 : Défis opérationnels liés à la mise en œuvre de la réforme sur la Couverture Maladie Universelle (CMU)	104
Tableau 7 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs à la santé de la mère et de l'enfant	126
Tableau 8 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs à l'accessibilité	129
Tableau 9 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs aux maladies tropicales négligées et aux maladies transmissibles	134
Tableau 10 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs aux maladies non-transmissibles	137

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Bonnes pratiques relatives à la santé de la mère et de l'enfant	66
Encadré 2 : Actions probantes ayant amélioré la situation de la malnutrition des enfants dans les régions	96
Encadré 3 : Gestion de la COVID-19 par le Système de Santé	98
Encadré 4 : Réponse du système de santé aux exigences d'organisation de la 34 ^{ème} édition de la Coupe d'Afrique des Nations (CAN 2023)	105

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Niveau de satisfaction de l'élaboration du PNDS, de sa diffusion et son suivi par les structures techniques du niveau central du MSHPCMU	35
Graphique 2 : Niveau de satisfaction de l'élaboration du PNDS et de sa diffusion par le niveau déconcentré de la pyramide sanitaire	36
Graphique 3 : Niveau de satisfaction de l'élaboration, de la diffusion et du suivi du PNDS 2021-2025 par les partenaires	36
Graphique 4 : Evolution du taux d'accroissement annuel du budget du Ministère en charge de la santé	46
Graphique 5 : Evolution de la part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	47
Graphique 6 : Evolution de la densité des prestataires de soins/habitants	54
Graphique 7 : Evolution de la proportion de laboratoires de santé accrédités	56
Graphique 8 : Evolution du taux de disponibilité des produits traceurs dans les établissements de premier contact	58
Graphique 9 : Evolution des indicateurs liés à l'accessibilité des produits de santé	59
Graphique 10 : Evolution du taux de satisfaction des commandes de produits sanguins	60
Graphique 11 : Evolution du taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	63
Graphique 12 : Evolution du taux de couverture de la CPN4	64
Graphique 13 : Evolution de la proportion des Besoins satisfaits en SONU	64
Graphique 14 : Evolution des indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	66
Graphique 15 : Evolution des indicateurs de couverture vaccinale	67
Graphique 16 : Evolution des indicateurs de la santé des adolescents et des jeunes	71
Graphique 17 : Evolution du taux de couverture en visite médicale systématique	71
Graphique 18 : Evolution de la couverture en MILDA de routine	73
Graphique 19 : Evolution de l'incidence du paludisme chez les moins de 5 ans	74
Graphique 20 : Evolution de l'incidence du paludisme dans la population générale	74
Graphique 21 : Evolution des indicateurs du VIH	76
Graphique 22 : Evolution du taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes, confirmée bactériologiquement et diagnostiquée cliniquement : patients guéris et traitement terminé	78
Graphique 23 : Evolution du taux de succès thérapeutique des cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RR-TB) et/ou multirésistante (MDR-TB) confirmée en laboratoire	78
Graphique 24 : Evolution de l'incidence de la TB de 2019 à 2022	79
Graphique 25 : Evolution de la prévalence du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire	85
Graphique 26 : Evolution des accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement	92
Graphique 27 : Evolution de la proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris (MASsc, MASc) guéris	95
Graphique 28 : Evolution du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle	95
Graphique 29 : Evolution du ratio ASC / population	101
Graphique 30 : Evolution de la couverture de la CMU dans les établissements sanitaires	102
Graphique 31 : Principales difficultés de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 au niveau central	109
Graphique 32 : Evolution des difficultés de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 au niveau déconcentré	111

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Théorie du changement général du PNDS 2021-2025	27
Figure 2 : Phases de la revue du PNDS 2021-2025	31
Figure 3 : Cadre d'analyse de la revue du PNDS 2021-2025	32
Figure 4 : Carte sanitaire des PRES	43
Figure 5 : Calendrier des maladies à potentiel épidémiques survenue dans le pays de 2021 à 2023	97
Figure 6 : Perspectives 2025 du secteur de la santé	113
Figure 7 : Causes expliquant la faible couverture en consultation prénatale au 1 ^{er} trimestre (CPN1)	120
Figure 8 : Causes expliquant la faible couverture en CPoN	121
Figure 9 : Causes expliquant la faible couverture vaccinale en Penta 3, Tétanos et RR	122
Figure 10 : Causes expliquant l'augmentation du nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires	123
Figure 11 : Causes expliquant l'insuffisance dans l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives	124
Figure 12 : Causes expliquant l'augmentation de l'incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois	125
Figure 13 : Causes expliquant la faible couverture en structures sanitaires (ESPC, HG, CHR)	127
Figure 14 : Causes expliquant l'insuffisance de structures sanitaires aux normes	128
Figure 15 : Causes expliquant la difficulté d'accès aux structures sanitaires par les populations	129
Figure 16 : Causes expliquant la faible disponibilité des produits de la gratuité ciblée	129
Figure 17 : Causes expliquant l'insuffisance de la performance dans l'atteinte des trois 95	131
Figure 18 : Causes expliquant l'incidence relativement forte du paludisme	132
Figure 19 : Causes expliquant le faible dépistage des cas de tuberculose	133
Figure 20 : Causes expliquant l'insuffisance dans la prise en charge des malades multi-résistants	133
Figure 21 : Causes expliquant la faible couverture en Unités de Prise En Charge (UPEC) des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence	135
Figure 22 : Causes expliquant la sous-notification des données concernant les maladies métaboliques	136
Figure 23 : Causes expliquant le faible dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein	136

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

SIGLES	SIGNIFICATIONS
ACPCI	Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire
ADR	Agence de Développement Rural
AMIU	Avortement par aspiration Manuelle Intra-Utérine
ARV	Anti-Retro-Viraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
CAT	Centre Antituberculeux
CCDD	Cadre de Coopération pour le Développement Durable
CDT	Centre de Dépistage de la Tuberculose
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNTSCI	Centre National de Transfusion Sanguine Côte d'Ivoire
CSU	Centre de Santé Urbain
CSR	Centre de Santé Rural
DDS	Direction Départementale de la Santé
DPI	Dossier Patient Informatisé
DPPD-PAP	Document Pluriannuel de Programmation des Dépenses – Projet Annuel de Programmation
DPPS	Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies
DS	District Sanitaire
DSCPS	Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé
ECD	Equipe Cadre de District
EHP	Etablissement Hospitalier Privé
EPH	Etablissement Public Hospitalier
EPHD	Etablissement Public Hospitalier Départemental
EPHN	Etablissement Public Hospitalier National

EPHR	Etablissement Public Hospitalier Régional
ERS	Equipe Régionale de Santé
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
ESPr	Etablissement Sanitaire Privé
FBP	Financement Basé sur la Performance
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FMI	Fonds Monétaire International
GEU	Grossesse Extra-Utérine
GSS	Groupe Sectoriel Santé
HG	Hôpital Général
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé
INSP	Institut National de Santé Publique
IPR	Institut Pierre Richet
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MCSS	Mécanisme de Coordination du Secteur de la Santé
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MNT	Maladie Non-Transmissible
MSHPCMU	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
MTN	Maladie Tropicale Négligée
NPSPCI	Nouvelle Pharmacie de Santé Publique Côte d'Ivoire
ODD	Objectif de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PIP	Projet des Investissements Publics

PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMQIF	Produits Médicaux de Qualité Inférieure et Falsifiés
PNCFS	Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNSLAB	Plan National Stratégique des Laboratoires de biologie médicale
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PRES	Pôle Régional d'Excellence en Santé
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RAP	Rapport Annuel de Performance
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
SFDE	Sage-Femme Diplômé d'Etat
SIGPS	Système Intégré de Gestion des Personnels de la Santé
SIH	Système d'Information Hospitalier
SME	Santé Mère Enfant
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SRMNIA-N	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et Nutrition
SSSU-SAJ	Service de Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescents et Jeunes
TBI	Tony Blair Institute
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
USD	United States Dollar
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
CENTRE HOSPITALIER ET
UNIVERSITAIRE DE COCODY
**LA SANTE COMMENCE
PAR LA PROPRETE**

La Côte d'Ivoire s'est engagée résolument sur la voie d'une croissance soutenue, impulsée par une planification stratégique rigoureuse à travers la mise en œuvre du Plan National de Développement (PND). Dans cette dynamique, le secteur de la santé, en tant que levier essentiel de développement humain, contribue de manière significative à l'atteinte des objectifs du pilier 4 du PND 2021-2025 à savoir « Renforcement de l'inclusion, de la solidarité nationale et de l'action sociale ». C'est dans ce cadre que s'est inscrit l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025.

À l'approche de l'échéance de sa mise en œuvre, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle a engagé une revue du PNDS 2021-2025. Cette revue vise à dresser un bilan des avancées réalisées, à identifier les défis structurels persistants ainsi que les difficultés rencontrées, et à jeter les bases de la formulation du prochain plan stratégique sanitaire pour la période 2026-2030.

Les conclusions issues de cette revue ont permis de formuler des recommandations en vue de consolider les acquis, d'améliorer l'efficacité de nos interventions et de garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité pour toutes les populations. À terme, notre ambition reste de doter la Côte d'Ivoire d'un système de santé performant, équitable et résilient, pleinement aligné sur les Objectifs de Développement Durable (ODD), notamment l'ODD 3 : « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* ».

À l'issue d'un processus participatif et inclusif, le rapport de revue du PNDS 2021-2025 est disponible.



Je tiens donc à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble des parties prenantes, qu'il s'agisse des acteurs du secteur public, du secteur privé, de la société civile, ou de nos partenaires techniques et financiers, pour leur engagement constant en faveur du renforcement de notre système de santé.

Je voudrais tout particulièrement remercier nos partenaires techniques et financiers, notamment l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, le Fonds mondial et le PEPFAR, pour leur contribution significative à l'élaboration de ce document.

Ce rapport constitue un outil d'aide à la décision et un cadre de référence qui servira à alimenter les réflexions stratégiques, renforcer la coordination multisectorielle et orienter les actions futures en faveur de l'amélioration continue de notre système de santé.

Chers acteurs, chers partenaires, Je demeure convaincu qu'ensemble, dans une démarche de coopération renforcée et de responsabilité partagée, nous parviendrons à faire de la santé une réalité accessible et équitable pour toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire.

Monsieur Pierre N'gou DIMBA

Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique
et de la Couverture Maladie Universelle

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La vision du PNDS repose sur trois axes stratégiques : améliorer la gouvernance et le financement, renforcer l'offre de soins et leur accessibilité, et promouvoir la santé tout en luttant contre les maladies. Malgré un contexte mondial marqué par des crises sanitaires et économiques, des avancées notables ont été enregistrées. La revue s'est appuyée sur une approche participative impliquant tous les niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que le secteur privé, la société civile et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Malgré sa rigueur, la revue a été confrontée à plusieurs limites. Les retards dans la transmission des informations, l'incomplétude des données transmises par certaines structures et le faible retour des régions ont entravé l'analyse détaillée. Ces limites soulignent la nécessité d'améliorer la collecte et le suivi des données dans les futures évaluations.

Principaux résultats

Perception du PNDS

Au niveau central, plus de deux tiers (69 %) des structures techniques interviewées ont déclaré que l'élaboration du PNDS a suivi un processus participatif impliquant un grand nombre d'acteurs. Par ailleurs, la majorité (72 %) considère le mécanisme de suivi-évaluation du PNDS comme un enjeu majeur. Au niveau déconcentré, 42,9 % des structures interviewées ont indiqué avoir reçu le document final du PNDS 2021-2025, tandis que sa diffusion au sein de ces structures demeure un défi significatif. En définitive, la perception des acteurs du MSHPCMU à l'égard du PNDS soulève des

questions relatives à la représentativité des participants ainsi qu'à l'efficacité de la communication interne au sein des structures concernées. Relativement aux partenaires (PTF, Société civile et Secteur Privé), 100% des partenaires interviewés sont satisfaits de leur niveau d'implication dans l'élaboration et la diffusion du PNDS. Ils indiquent la nécessité d'améliorer le mécanisme de suivi-évaluation du PNDS 2021-2025.

Progrès vers l'atteinte de l'ODD3

Le bilan de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 fait ressortir que le pays est sur une trajectoire positive pour l'atteinte des cibles de certains indicateurs de l'ODD 3. En grande majorité (12 sur 16), les indicateurs de mesure de l'ODD 3 ont connu une évolution favorable par rapport aux valeurs prévisionnelles du PNDS tandis que 4 indicateurs ont connu une évolution défavorable entre 2021 et 2023.

Analyse des progrès du PNDS 2021-2025

Axe 1 : Amélioration de la gouvernance et du financement de la santé



Gouvernance

Élaboration et mise en œuvre des politiques, normes et règlements

- Trois (3) lois ont été adoptées pour contribuer au renforcement de l'éthique et du professionnalisme au niveau du personnel de santé.
- La loi sur la santé de la reproduction a été examinée en Conseil de Gouvernement en janvier 2024.

Réformes du secteur de la santé

► La Réforme Hospitalière

À fin 2023, 27 décrets d'application de la loi n°2019-678 du 23 juillet 2019 ont été pris. Les structures du deuxième et troisième niveau de la pyramide sanitaire ont été érigées en Établissements Publics Hospitalier (EPH), avec une personnalité morale et une autonomie de gestion, afin d'accroître leurs capacités à dispenser des prestations. De plus, des Conseils d'Orientation et de Surveillance (COS) comprenant des représentants des usagers ont été mis en place afin superviser la politique générale de l'EPH. En outre, les 134 EPH disposent désormais de comptes à la Banque du Trésor Public, une avancée en matière de gestion financière des EPH.

► L'intégration et le développement du secteur privé de la santé

Dans le cadre de la régulation du secteur privé de la santé, 30 sur 33 prévus (soit 90%) des décrets et/ou arrêtés portant régulation du secteur privé de la santé ont été pris et diffusés entre 2021 et 2024. L'opération « Zéro clinique illégale d'ici 2025 », lancée en octobre 2022 pour assainir le secteur a permis à 1024 établissements d'obtenir leurs arrêtés d'ouverture et d'exploitation à fin décembre 2024.

► Les Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES)

La stratégie de mise en place des 10 PRES a été institutionnalisée à travers la prise de l'arrêté n°00203 MSHPCMU/CAB du 2 mai 2023 portant création, attribution, organisation et fonctionnement des PRES. Afin de rendre disponible les services hospitaliers disposant de plateaux techniques de qualité dans les différents PRES, plusieurs interven-

tions ont été réalisées dans les régions sanitaires. À ce jour, les PRES d'Abidjan, de Bouaké et San Pedro sont fonctionnels.

► La Digitalisation

Le décret n° 2021-763 du 1^{er} décembre 2021 déterminant les modalités de mise en place d'un système d'information hospitalier (SIH) pour les EPH et les Établissements Hospitaliers Privés (EHP) a été pris afin d'améliorer le système d'information hospitalier par l'informatisation et l'interconnexion (e-santé). En 2023, 202 établissements de santé (5 EPHN, 22 EPHR, 99 EPHD, 76 ESPC) ont été connectés au Système d'Information Hospitalier (SIH) /Dossier patient informatisé (DPI), soit une couverture de 88% des EPHR et EPHD. Également, 39 structures sanitaires réalisent la télé-médecine, renforçant ainsi l'accès aux soins de proximité et réduisant le recours systématique à des références médicales.

► L'achat stratégique en santé incluant le Financement Basé sur la Performance (FBP)

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) a favorisé l'autonomisation des établissements, les compétences en planification et l'implication des communautés dans la gestion des structures sanitaires. La qualité des services fournis par les hôpitaux et les régulateurs a nettement progressé, comme en témoignent les scores moyens de qualité. Dans les ESPC, ce score a évolué de 40,5% à 65%, tandis que pour les EPH, il est passé de 38,0% à 55,8% entre 2021 et 2023. S'agissant des DRS et DDS, ce score est passé respectivement de 24,8% à 44,4% et de 34,1% à 54,4%.

► L'opérationnalisation des districts et régions sanitaires

Le processus d'opérationnalisation des districts sanitaires s'est poursuivi avec le renforcement des capacités matérielles, humaines et logistiques. Ainsi, la proportion de districts et de régions sanitaires ayant tous les services fonctionnels est de 82% en 2023 et la proportion de régions et districts sanitaires dotés d'organes de gouvernance fonctionnels (ERS, ECD) a connu une hausse, passant de 93 % en 2022 à 100 % en 2023.

► La mise en place de l'Observatoire des Ressources Humaines de la Santé

Cet observatoire des ressources humaines en santé est un cadre collaboratif qui permettra de faire la comptabilité des personnels de santé en vue de la maîtrise de la dynamique du marché du travail en santé. Bien que sa mise en place reste une priorité, il demeure encore à l'état de projet.

Coordination intra sectorielle et collaboration avec les autres secteurs et les partenaires au développement

Les organes de gouvernance notamment les Équipes Régionales de Santé (ERS) et Équipes Cadres de District (ECD) ont été redynamisés ainsi que le Mécanisme de Coordination du Secteur de la Santé (MCSS).



Financement

Le budget du MSHPCMU devrait évoluer de 15% conformément à l'engagement pris par le gouvernement lors de la conférence

d'Oslo (2018) mais cet engagement n'a été respecté qu'en 2020 (16%) et 2023 (56%). Le budget voté alloué au Ministère en charge de la santé est passé de 414 254 898 441 FCFA en 2021 à 691 721 447 907 FCFA en 2023. Ce budget a connu de 2021 à 2022 une hausse de 7% et de 2022 à 2023 une hausse de 56%.

En ce qui concerne la part du budget de l'État alloué au secteur de la santé, elle reste en deçà des cibles annuelles prévues (2021 : 6,28% ; 2022 : 5,36% ; 2023 : 6,32% contre une prévision variant de 7,54% à 7,77% sur la période).



Informations sanitaires

Le Ministère a procédé à l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels existants (SIGDEP3, Open Elis, Power-bi, mSupply, etc.), à l'intégration des données du secteur privé, des EPN et de toutes les composantes non encore enrôlées (l'armée, l'éducation) dans le SIG (DHIS 2), ainsi qu'au développement d'outils de collectes des données.

Les études de référence en santé sont réalisées à des intervalles trop espacés, rendant difficile la disponibilité de données factuelles pour identifier rapidement les tendances et ajuster les politiques (EDS 2012 - EDS 2021 ; PRISM 2018 ; SARA 2016 - HHFA 2024)



Recherche et innovation

Un centre e-santé avec des plateformes et dispositif de formation et d'information connecté aux 113 districts et 33 régions a été créé.

Axe 2 : Renforcement de l'offre et de l'accessibilité des soins de qualité

Ressources humaines

La densité des prestataires de soins/habitant s'est amélioré passant de 8,57 en 2020 à 11,55 en 2024 pour 10 000 habitants, au-dessus de la prévision (11,42).

Cependant, elle reste en dessous de la recommandation de l'OMS (23 pour 10 000 habitants).

Produits de santé

La disponibilité des produits de santé a été renforcée. Ainsi, on observe la hausse du taux de disponibilité des produits traceurs au niveau des sites clients directs de la NPSPCI de 82,9% en 2021 à 84% en 2023, contre une prévision de 95%. De même, le taux de disponibilité des produits sanguins labiles s'est amélioré passant de 79,8% en 2020 à 100% en 2023 comme prévu.

Infrastructures et équipements

D'importants investissements réalisés ont permis d'accroître l'accessibilité aux soins et de renforcer le plateau technique des établissements sanitaires. La proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé a progressé, passant de 70,7% en 2020 à 80% au premier semestre 2024 (au-dessus de la prévision de 78%) avec une offre de service de plus de 1 600 lits supplémentaires.

Afin d'améliorer cet indicateur et réduire les disparités, il importe d'accentuer les efforts dans certaines régions (Boukani 51% ; Worodougou 57% ; San Pedro 58% ; Béré et Tchologo : 62%).

Au titre des équipements, en 2024, on dénombre 21 scanners dont 14 installés à l'intérieur du pays et 11 IRM dont 06 à l'intérieur du pays.

Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

La prise en charge du couple mère/enfant a connu une nette amélioration. Cela s'est traduit par la réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile de 2012 à 2021. L'Enquête Démographique de Santé (EDS) réalisé en 2021 a révélé la mortalité maternelle a connu une baisse, passant de 614 décès en 2011 à 385 décès pour 100 000 naissances en 2021, largement en dessous de la cible (566,6). La mortalité néonatale a également régressé passant de 38 en 2011 à 30 décès pour 1000 naissances vivantes en 2021, proche de la cible (30,9 ‰). De même, la mortalité infantile a été réduite significativement, chutant de 108 en 2011 à 74 décès pour 1000 naissances vivantes en 2021, bien en dessous de la prévision (88,9%). Aussi, le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié s'est amélioré, passant de 61,2% en 2011 à 84,1% en 2021 (contre 75,2 prévus).

- Dans cette dynamique, les actions entreprises ont contribué à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi, la proportion des besoins satisfaits en SONU a également connu une hausse de 11,1% en 2020 à 35% en 2023, mais reste inférieure à la prévision (45,2%). La proportion d'accouchements réalisés par un personnel qualifié dans un établissement sanitaire s'est également améliorée, passant de 92,8% en 2022 à 93,2% en 2024. Le taux de prévalence contraceptive moderne est passé de 21% en 2020 à 24% en 2023, en dessous de la cible fixée à 32,7%

La proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de la diarrhée ayant reçu une prescription de SRO et de zinc, est estimée à 59,7 % en 2023, dépassant largement l'objectif fixé à 42,7 %. De même, la proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de pneumonie et ayant reçu une prescription d'antibiotiques s'élève à 80,7 %, dépassant de manière notable la prévision établie à 42,7 %.

- Au titre de la vaccination, de 2020 à 2023, pour un objectif de 95%, les taux de couverture vaccinale sont passés de 90% à 97% en Penta 3 et de 86% à 93% en Rougeole Rubéole 1. La couverture vaccinale pour la deuxième dose de tétanos chez les femmes enceintes est passée de 70% à 72%.



Santé des adolescents et jeunes

Les services de santé sexuelle et reproductive sont offerts gratuitement aux adolescents et jeunes dans les Services de Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescents et Jeunes. Ainsi, le nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes a augmenté de 62,96% entre 2021 et 2023, contribuant ainsi à la réduction du nombre de grossesses diagnostiquées chez les adolescentes et jeunes, qui est passé de 6 034 en 2021 à 4 520 en 2023. Cependant, le taux de réalisation de visite médicale systématique a connu une baisse de 2020 à 2023 passant de 30,23% à 21,65% pour une cible fixée à 50%.



Lutte contre les maladies transmissibles et tropicales négligées

- L'incidence du paludisme dans la population générale a augmenté, passant de 230 ‰ en 2021 à 269 ‰ en 2023, au-dessus de la cible (157 ‰).

- Des progrès significatifs ont été réalisés dans la lutte contre le VIH/Sida, avec une baisse de la prévalence de 2,5% en 2018 à 1,82% en 2023. Le pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique (1^{er} 95) est passé de 84% en 2020 à 82% en 2023 contre une cible de 91%. Le pourcentage des PVVIH diagnostiquées et mises sous traitement ARV (2^{ème} 95) est passé de 78% en 2020 à 88% en 2023 (comme prévu). Le pourcentage des PVVIH sous traitement ARV ayant une charge virale durablement supprimée (3^{ème} 95) est passé de 82% en 2020 à 88% en 2023, contre une prévision de 90%.

- L'incidence de la tuberculose a diminué, passant de 137 cas pour 100 000 habitants en 2020 à 123 cas pour 100 000 habitants en 2023, mais reste en dessus de la cible (113). Le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et rechutes de tuberculose, toutes formes confirmées bactériologiquement et diagnostiquées cliniquement a connu une augmentation de 3 points de 2019 à 2023, passant de 84% à 87% contre une cible attendue de 90%.

- Face à la problématique des hépatites virales, l'approche de la triple élimination transversale du VIH, de la syphilis et de l'Hépatite virale B a été adoptée. Dans ce cadre, la note circulaire qui stipule que toute femme enceinte et allaitante devrait subir au moins une fois au cours de sa grossesse le dépistage du VIH, de la syphilis et l'hépatite virale B a été diffusée en 2024.

- La couverture thérapeutique des Maladies Tropicales Négligées à Chimio-Prophylaxie (MTN-CP) est passée de 86,82% en 2021 à 94,7% en 2023 pour une cible fixée à 65%. Pour les Maladies Tropicales Négligées à Prise en Charge de Cas (MTN-PCC), elle est restée stable à 100% comme prévu.

Lutte contre les maladies non transmissibles

- La proportion des régions sanitaires équipées d'unités de prise en charge pour le diabète et l'HTA est passée de 54,5% en 2020 à 66,67% en 2023.
- Le taux moyen de contrôle des hypertendus sur six mois a atteint 51%, dépassant la cible de 50%. Cette amélioration témoigne d'un suivi renforcé des patients et d'une meilleure accessibilité aux soins adaptés.
- Pour la prise en charge des malades d'insuffisance rénale, 10 nouvelles antennes ont été ouvertes avec l'acquisition de 59 générateurs d'hémodialyse.
- La prévalence du tabagisme en milieu scolaire a chuté de 19,1% en 2020 à 4,7% en 2023.
- Entre 2021 et 2023, 138 162 femmes âgées de 25 à 49 ans ont été dépistées pour le cancer du col de l'utérus. Parmi celles-ci, 66,7% dépistées positives de lésions précancéreuses, au-dessus de la cible (60%), ont bénéficié d'un traitement. Le taux de survie à 5 ans pour les femmes atteintes de cancer du sein a progressé de 30% en 2017 à 63% en 2023.
- En santé mentale, 60 services sont disponibles, répartis sur les 10 PRES, dont 65% dans le PRES d'Abidjan, 10% à Yamoussoukro et 5% à Bouaké.

Prévention et contrôle des infections, accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques

Les actions menées notamment la contractualisation et la polarisation de la gestion des déchets sanitaires en 2023 ont permis d'améliorer les performances et la généra-

lisation de la pratique de la gestion écologiquement rationnelle des déchets en mutualisant les ressources, faisant passer la proportion de déchets sanitaires détruits de 64% en 2020 à 71% en 2023, contre une prévision de 88%.

Nutrition

La disponibilité des services de prise en charge nutritionnelle s'est améliorée, se traduisant par une augmentation du pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle, passant de 26% en 2020 à 93% en 2023, largement au-dessus de la cible (47%).

Parallèlement, la proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris (MASsc, MASc) guéris s'est améliorée passant de 77% en 2021 à 89% en 2023 (contre 91% attendus).

Urgences de santé publique

- Afin d'améliorer la réponse aux épidémies et urgences de santé publique, le pays s'est engagé dans la décentralisation du COUSP au niveau des pôles régionaux d'excellence avec la mise en place des COUSP régionaux. Ainsi, le pays dispose de 06 COUSP régionaux fonctionnels, soit un taux de couverture de 46%.
- Pour répondre à l'urgence sanitaire de la COVID-19, le plan national de riposte contre la Covid 19 a été mis en œuvre. Le pays a recensé au 07 mars 2023, 88 185 cas confirmés de COVID-19, dont 87 307 guéris et 834 décès, soit un taux de létalité de 0,94%. La vaccination ayant été adoptée comme une stratégie majeure de lutte contre le virus, 64,3% de la population cible a été vaccinée. La Côte d'Ivoire a été reconnue comme un modèle dans la sous-région pour sa gestion exemplaire de la pandémie à COVID-19.

Axe 3: Promotion de la santé et lutte contre les maladies

Santé communautaire

Le ratio ASC par habitant a connu une nette progression, passant de 1 ASC pour 2 034 habitants en 2020 à 1 ASC pour 1 798 habitants en 2023, mais reste en dessous de la cible fixée à 1 pour 1470.

L'amélioration de la disponibilité des ASC a contribué à la hausse de la proportion de ménages éligibles adoptant les Pratiques Familiales Essentiels (PFE), qui est passée de 35,10% en 2020 à 70% en 2023, au-dessus de la prévision (40%).

Mécanismes et instruments de protection sociale

- Relativement à la gratuité ciblée, en 2023, 492 071 kits d'accouchement, 53 095 kits de césarienne, 28 867 kits d'épisiotomie, 21 292 kits d'anesthésie générale, 28 087 kits de rachianesthésie, et 1 664 295 produits antipaludiques ont été distribués dans les établissements sanitaires publics.

Ces actions ont contribué à la réalisation de 44 655 césariennes et 722 999 accouchements. En outre, 2 746 189 enfants de moins de cinq ans et 334 033 femmes enceintes atteintes de paludisme ont bénéficié gratuitement d'un traitement antipaludique en 2023.

- Dans l'optique d'accélérer la généralisation de la Couverture Maladie Universelle (CMU), le MSHPCMU a entrepris des initiatives, en collaboration avec le Ministère en charge de la protection sociale. Ainsi, au 30 Septembre 2024, environ 15 millions des personnes ont été enrôlées avec 5 millions de cartes produites et 4 082 068 de cartes distribuées avec environ 1,8 million de personnes à jour de leur cotisation.

Au titre des prestations de services, la couverture de la CMU au sein des établissements de santé a connu une progression significative depuis 2020. En effet, 1 976 établissements de santé publics sont conventionnés, soit 60% en 2023 contre 30% en 2020. Le taux d'utilisation de la carte CMU se situe à près de 10% des actes médicaux et 84% des usagers à jour de leur cotisation ont bénéficié de l'offre de service CMU. De plus, 170 pathologies y compris l'HTA et le diabète non compliqué sont prises en charge.

DÉFIS ET RECOMMANDATIONS

Les efforts réalisés dans les infrastructures, la digitalisation et la réponse aux urgences, notamment en lien avec la CAN et la pandémie de COVID-19, reflètent une modernisation ambitieuse du système de santé ivoirien. Ces réalisations positionnent la Côte d'Ivoire comme un exemple de résilience et d'adaptation face aux défis contemporains.

Cependant, des défis restent à relever, notamment le renforcement de la mise en œuvre de la réforme hospitalière, l'amélioration des mécanismes de financement pérennes, la réduction des disparités en matière d'infrastructures et de ressources humaines, l'opérationnalisation de la CMU, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement ainsi que la disponibilité de données de qualité.

Afin de maximiser l'impact du PNDS, il est primordial de renforcer sa diffusion et sa dissémination en interne afin de garantir une appropriation effective par l'ensemble des acteurs.

Il convient également d'améliorer les mécanismes de suivi et d'évaluation. En outre, il est crucial d'améliorer les mécanismes de

mobilisation des ressources pour le financement du PNDS et d'assurer un alignement des partenaires technique et financiers sur les priorités nationales.

Par ailleurs, l'intégration de nouvelles thématiques, telles que la prise en charge des personnes en situation de handicap, ainsi que les enjeux liés au changement climati-

que et aux catastrophes naturelles, dont les répercussions influent directement sur la santé, s'avère essentielle.

Il est également primordial de renforcer la collaboration intersectorielle, conformément à l'approche de la « santé dans toutes les politiques », afin de garantir une réponse coordonnée et efficace aux défis sanitaires.



INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire s'est engagée dans une dynamique de développement sanitaire visant à améliorer la santé et le bien-être de sa population. Cet engagement se concrétise à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025, élaboré par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU). Alors qu'il reste une année pour atteindre les objectifs ambitieux de ce plan, l'urgence est de faire un bilan clair des avancées et des défis restants pour guider les derniers efforts nécessaires à sa pleine réalisation.

Le PNDS 2021-2025 représente l'engagement résolu du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) à construire un système de santé performant, accessible à tous, et résilient face aux crises. En alignement avec l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD 3), ce plan stratégique a été conçu pour garantir à chaque citoyen un accès équitable à des soins de qualité. Ses trois axes majeurs – l'amélioration de la gouvernance et du financement de la santé, le renforcement de l'accessibilité et de la qualité des soins, et la promotion de la santé et la lutte contre les maladies – tracent la voie vers un système de santé plus inclusif et durable.

Conformément au plan de suivi-évaluation du PNDS, une revue globale a été entreprise. Cette revue, qui couvre la période 2021-2024, vise à évaluer de manière critique le niveau d'atteinte des cibles fixées et l'efficacité des réformes clés.

Des mesures structurelles telles que la Couverture Maladie Universelle (CMU) et le financement basé sur la performance (FBP) sont au cœur de cette analyse, qui s'appuie sur une approche participative impliquant les structures sanitaires publiques et privées, les partenaires techniques et financiers (PTF), ainsi que la société civile. Cette démarche inclusive permet de recueillir des perspectives variées et de dresser un tableau objectif des progrès réalisés.

Les enseignements tirés de cette analyse sont déterminants pour la dernière phase d'exécution du PNDS. Ils guideront les priorités du MSHPCMU et des partenaires dans l'optimisation des interventions pour consolider les acquis et atteindre les objectifs fixés. Dans ce contexte, la Côte d'Ivoire réaffirme sa volonté de progresser vers la couverture sanitaire universelle et de garantir un système de santé accessible et durable, permettant ainsi d'améliorer le bien-être de toute sa population, quel que soit son statut ou sa localisation.

Le présent rapport, structuré en quatre sections, aborde d'abord le contexte global de la mise en œuvre du PNDS, ensuite le cadre de la revue en n'oubliant pas les limites, puis les principaux résultats de la revue par axe du plan et enfin les perspectives pour l'élaboration du PNDS 2026-2030 sous forme de recommandations. Ces éléments guideront les ajustements nécessaires pour optimiser la performance du PNDS durant sa dernière année et au-delà.



SECTION I

CONTEXTE GLOBAL DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2021-2025

Cette section vise à présenter le contexte de l'élaboration et de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2021-2025). Elle présente les performances macroéconomiques de la Côte d'Ivoire, les engagements

internationaux du pays en matière de santé, précise les enjeux sociaux prévalant dans le pays, présente le contexte sanitaire actuel et décrit les engagements du Gouvernement Ivoirien à travers le PNDS 2021-2025.

I.1. Contexte économique et social de la Côte d'Ivoire

Depuis 2016, la Côte d'Ivoire se distingue parmi les économies à forte croissance au niveau mondial, avec une croissance moyenne de 5,8% entre 2016 et 2023. Ce dynamisme économique est alimenté par une résilience face aux crises, notamment la récession due à la COVID-19, et par une attractivité croissante pour les investisseurs internationaux.

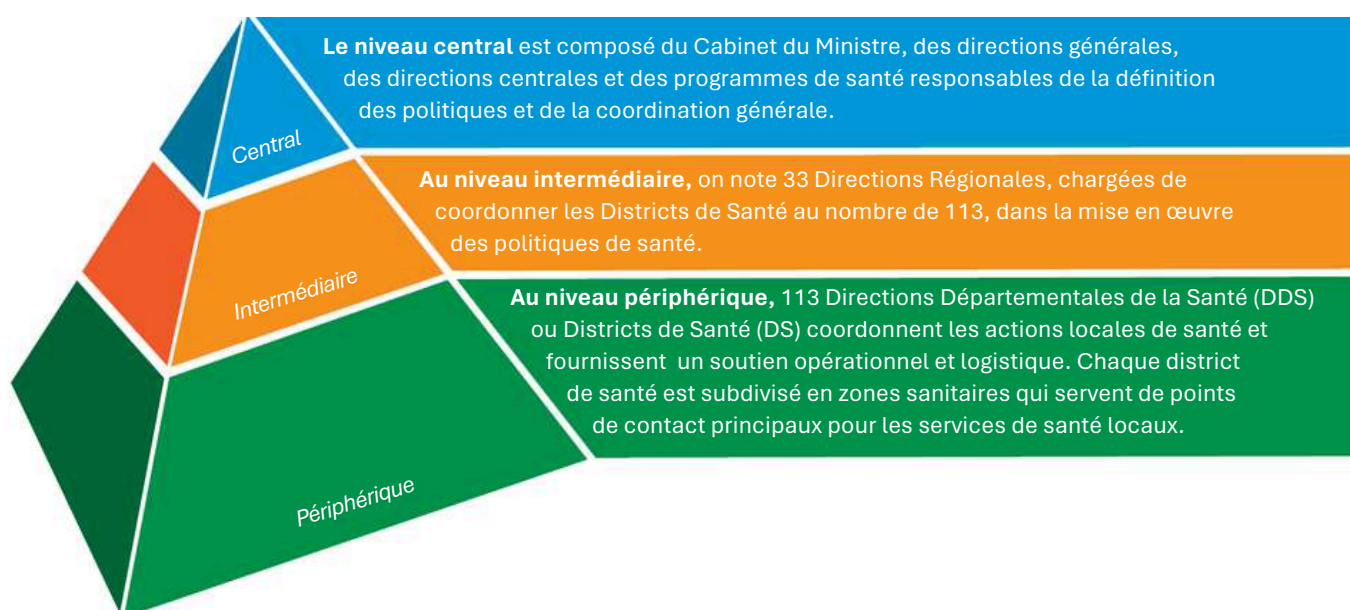
En dépit de la hausse de la dette publique, qui a atteint 58,1% du PIB en 2023, la confiance des marchés demeure solide, comme en témoignent les récentes émissions d'Eurobonds, dont la plus importante en 2024 (2,6 milliards USD).

Cependant, cette croissance s'accompagne de défis sociaux persistants. Le taux de pauvreté, bien qu'en baisse, reste à 37,5% en 2021. Le gouvernement a investi dans des programmes sociaux, triplant les dépenses pro-pauvres entre 2012 et 2023, mais l'accès aux services de base, notamment l'éducation et la santé, demeure insuffisant. Le taux d'analphabétisme, qui était de 47% en 2021, limite l'accès aux informations essentielles, notamment dans le domaine des soins de santé. Les défis structurels liés à la pauvreté, à l'accès aux services de santé et à la qualité des infrastructures restent centraux pour les objectifs de développement de la Côte d'Ivoire à moyen terme.

I.2. Contexte sanitaire en Côte d'Ivoire

► **Le système de santé en Côte d'Ivoire** est organisé en une structure pyramidale avec des composants administratifs et de soins.

Le versant administratif est subdivisé en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.



► **Le réseau de prestation de services de santé** est également structuré en trois niveaux : primaire, secondaire, tertiaire. *Le niveau primaire*, composé de 3 437 Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), inclut des établissements publics et privés offrant des services de soins curatifs, préventifs, éducatifs et de promotion de la santé de base. *Le niveau secondaire* comprend 132 hôpitaux de référence, dont 20 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 2 Hôpitaux Spécialisés (hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké). *Le niveau tertiaire* se compose de 5 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et de 9 instituts nationaux spécialisés qui s'occupent des diagnostics avancés, du traitement, de la formation et de la recherche.

En plus du secteur public, le secteur privé de la santé joue un rôle significatif, contribuant à environ 40% des services de santé nationaux¹. On note par ailleurs un système de santé communautaire en plein essor, disposant d'un personnel fournissant des services d'éducation et de soins. Ces travailleurs bénévoles, au nombre d'environ 17 308, sont supervisés par le personnel de santé publique des ESPC. La médecine traditionnelle se développe également, régulée par des lois et codes spécifiques, avec 7 020 praticiens enregistrés en 2020.

► **Le profil épidémiologique** de la Côte d'Ivoire révèle des défis de santé persistants. Le pays fait face à des taux de morbidité élevés dus aux maladies transmissibles et non-transmissibles, aux maladies tropicales négligées, aux grossesses précoces, aux problèmes de sécurité. Le taux de mortalité

général était particulièrement élevé à 9‰ en 2022², avec une morbi-mortalité significative parmi les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de cinq ans, les adolescents et jeunes et les personnes âgées.

► **La santé maternelle** demeure une priorité, avec un taux de mortalité maternelle élevé de 385 pour 100 000 naissances vivantes en 2021 (EDS), principalement en raison des hémorragies (51% des décès en 2023) et de l'hypertension (13%).

► **La santé néonatale et infantile** est également une préoccupation majeure, avec un taux de mortalité néonatale et une prévalence du retard à la croissance chez les moins de 5 ans élevés. Leurs valeurs respectives sont de 30 ‰ et 23% en 2021³. De même, la mortalité infanto-juvénile était de 74‰ en 2021 (EDS).

► **La santé des adolescents et des jeunes adultes** est marquée par une forte incidence du paludisme, d'infections respiratoires, d'infections sexuellement transmissibles (IST) et d'anémie. A titre d'illustration, l'incidence des IST chez les adolescents et jeunes connaît une hausse ces dernières années passant de 1,22% en 2021 à 1,43% en 2023⁴. Le nombre de grossesses diagnostiquées chez les adolescentes et jeunes, en baisse depuis 2021, est tout de même de 4 520 en 2023, s'expliquant essentiellement par le faible usage des moyens contraceptifs par les jeunes⁵. La prévalence du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire est passée de 13,7% en 2011 à 4,5% en 2023.

¹ RASS 2021

² Données Banque Mondiale

³ EDS 2021

⁴ Rapports d'activités PNSSU-SAJ

⁵ Rapports d'activités PNSSU-SAJ

► **Les personnes âgées de plus de 60 ans** représentent 4% de la population générale⁶. Entre 1998 et 2020, le nombre de personnes âgées s'est accru de 2,6% en moyenne chaque année. En projetant cette accélération du rythme du fait de la baisse de la fécondité, il apparaît nécessaire de mieux prendre en considération les problèmes sanitaires relatifs au vieillissement actuel de la population de la Côte d'Ivoire de sorte à adopter les mesures idoines.

► **Les problèmes nutritionnels** incluent à la fois la sous-nutrition, les carences en vitamines et micronutriments et la surnutrition. La situation nationale en ce qui concerne la nutrition est décrite par l'EDS 2021. Il en ressort que 23% des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance ou sont atteints de malnutrition chronique et 8% ont un retard de croissance sévère, sont émaciés ou souffrent de malnutrition aiguë et 2% présentent une forme sévère. Par ailleurs, 3% des enfants sont en surcharge pondérale.

► **Concernant les maladies transmissibles**, la prévalence du VIH parmi les adultes était de 1,82% en 2022, avec des taux plus élevés parmi les populations clés

telles que les travailleuses du sexe (10,2%), les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (10,7%) et les usagers de drogue (6,6%).

L'incidence de la tuberculose était de 123 pour 100 000 habitants en 2022. La coinfection avec le VIH s'élevait à 14% en 2022. Les hépatites B et C restent sous-diagnostiquées et sous-traitées.

► **Les maladies épidémiques et les urgences de santé publique** sont étroitement surveillées, avec des cas récents comprenant la fièvre épidémique Ebola, la dengue, la variole du singe, la rougeole, la méningite, la fièvre jaune et la COVID-19.

► **Les maladies non-transmissibles** représentent 37% des décès⁷, les maladies cardio-vasculaires, les accidents et le cancer étant les principales causes. La prévalence des maladies chroniques comme la maladie rénale chronique, le diabète et l'hypertension est significative, avec des facteurs de risque liés au mode de vie tels que le tabagisme et la consommation d'alcool. Les accidents de la route demeurent une préoccupation majeure, avec des taux de mortalité élevés malgré les efforts pour améliorer la sécurité routière.

I.3. Agendas globaux en matière de santé

La Côte d'Ivoire, à l'instar des autres pays, a pris différents engagements sous-régionaux, régionaux et internationaux en matière de santé.

Au niveau international

• **Le Règlement Sanitaire International (RSI-2005)** : induisant la participation du

pays aux efforts internationaux pour sécuriser le monde contre les maladies infectieuses.

• **La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005)** : engagement à améliorer l'impact et l'efficacité de l'aide au développement en alignant les priorités nationales et les financements extérieurs.

⁶ Institut National de la Statistique (INS)
⁷ PND 2021-2025

- **La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (2008) et Déclaration d'Astana (2018)** : engagement à renforcer les soins de santé primaire dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

- **Le Millennium Challenge Corporation (MCC) depuis 2015** : partenariat avec les États-Unis pour renforcer les dépenses de santé, notamment pour la vaccination et la santé infantile.

- **Les Objectifs de Développement Durable (ODD)** : la Côte d'Ivoire y a adhéré en 2015, souscrivant par la même occasion à 17 objectifs pour l'horizon 2030. Ces derniers visent l'éradication de la pauvreté, la lutte contre les inégalités et l'injustice et la réponse aux changements climatiques. Parmi ces objectifs, le troisième concerne la santé et en particulier la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) à laquelle la Côte d'Ivoire s'est engagée. Cette cible engage en effet les États à « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ».

- **L'initiative pour le Cofinancement pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (2016)** : la Côte d'Ivoire s'engage, aux côtés de partenaires techniques et financiers, à augmenter sa part de cofinancement de 20% puis progressivement à 40% pour maintenir les acquis de la lutte contre les trois maladies et envisager leur élimination.

- **L'Adhésion au Mécanisme de Financement Mondial (GFF) en 2018** : avec pour objectif d'accélérer les réformes pour mobiliser des fonds en faveur de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents. Le pays s'est engagé à augmenter chaque année le financement de la santé de 15%.

- **La Transition de financement pour la vaccination (2019)** : engagement à augmenter sa contribution pour atteindre 100% du financement de l'achat des vaccins et du soutien aux services de vaccination d'ici 2025, en partenariat avec GAVI.

Au niveau continental

- **La Déclaration d'Abuja (2001)** : engagement à allouer 15% du budget national à la santé.

- **La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (2008) et les systèmes de soins** : améliorer la santé au cours du nouveau millénaire.

- **L'Agenda 2063 de l'Union Africaine (2013)** : la Côte d'Ivoire s'engage sur les priorités sanitaires, notamment la nutrition, dans le cadre de cet agenda qui ambitionne une « Afrique intégrée, prospère et en paix, gérée par ses propres citoyens et représentant une force dynamique dans l'arène internationale ».

Au niveau sous-régional

- **La Directive n°06/2002-CM-UEMOA** : cette directive exempte de TVA une liste commune de médicaments et produits pharmaceutiques dans l'UEMOA.

- **L'Engagement pour le financement des produits contraceptifs (Partenariat de Ouagadougou) et Fonds Incitatif Double** : depuis l'engagement de la Côte d'Ivoire en 2017 à Londres (FP/2020, devenu FP/2030), le pays s'est engagé à augmenter de 10% par an ses contributions nationales pour l'achat de contraceptifs. Le Fonds Incitatif de Contrepartie Double (FIx2), financé par l'UNFPA et la Fondation Bill & Melinda Gates, renforce ce mécanisme en soutenant la sécurisation des contraceptifs.

Les orientations et axes stratégiques de l'actuel PNDS s'alignent sur les engagements sus-mentionnés, assurant une cohérence globale avec les stratégies globales de la santé.

I.4. Engagements du Gouvernement Ivoirien à travers le PNDS 2021-2025

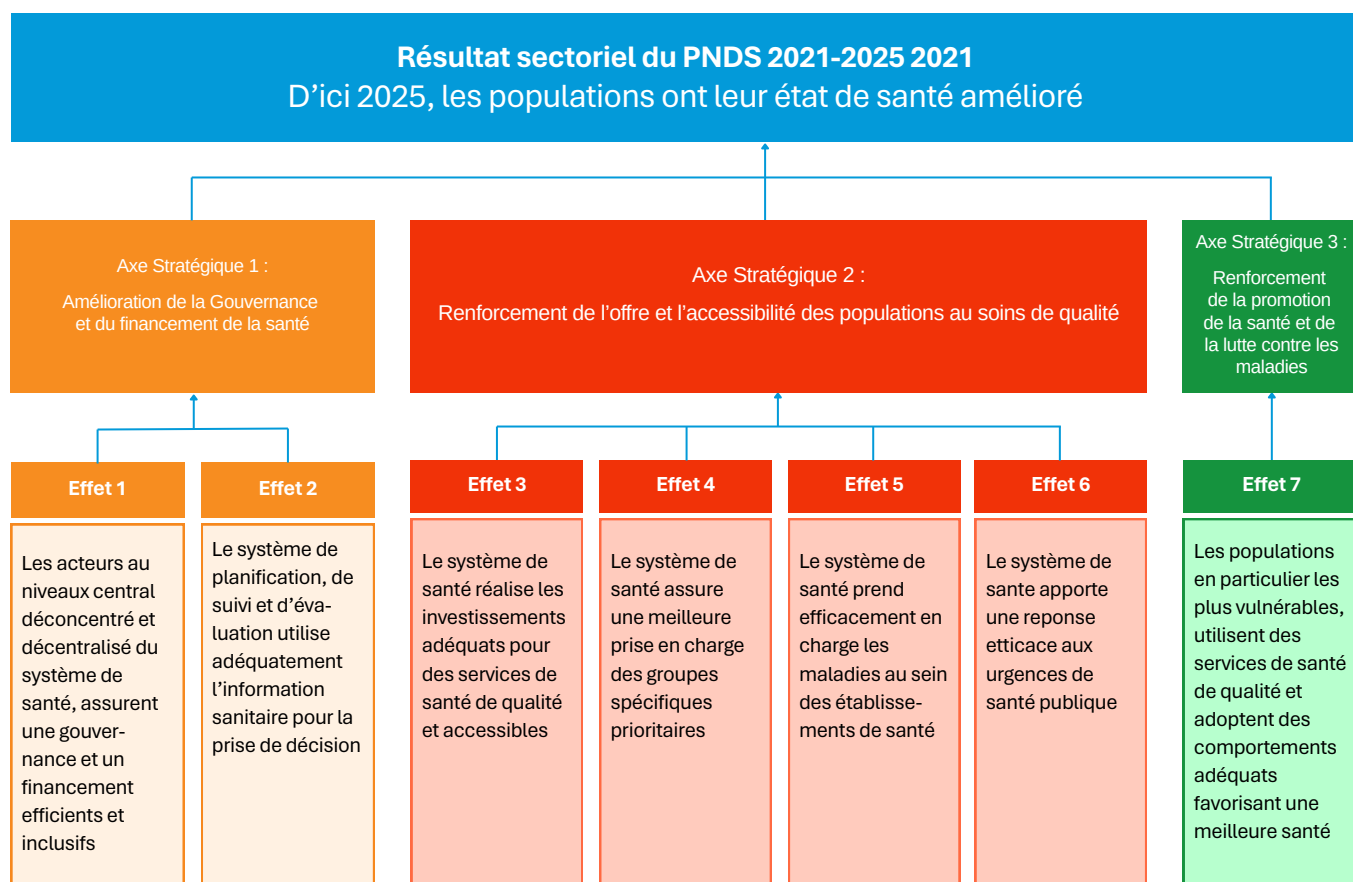
À travers le PNDS 2021-2025, la vision du MSHPCMU est « une Côte d'Ivoire dans laquelle la santé et le bien-être des populations sont les plus élevés possible à travers un système de santé performant, accessible à tous et résilient ».

Cette vision est alignée sur l'ambition du Gouvernement, déclinée dans trois documents stratégiques : L'étude prospective Côte d'Ivoire 2040, le Plan Stratégique Décennal Côte d'Ivoire 2030 et le Plan National de Développement 2021-2025. Elle se matérialisera par l'atteinte des résultats suivants :

1. Augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 57 ans en 2020 à 60 ans en 2025 ;
2. Réduction de la mortalité maternelle de 614 pour 100 000 naissances vivantes en 2020 à 377 pour 100 000 naissances vivantes en 2025 ;
3. Réduction de la mortalité infanto-juvénile de 96‰ en 2020 à 60,5‰ en 2025 ;
4. Réduction de la mortalité néonatale de 33‰ en 2020 à 22,5‰ en 2025.

Le MSHPCMU entend atteindre ces résultats à travers la mise en œuvre du PNDS 2021-2025, par la réalisation de sept (7) effets.

Figure 1 : Théorie du changement générale du PNDS 2021-2025



Source : Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025

Également, le PNDS prévoit la mise en œuvre de plusieurs réformes majeures suivantes.

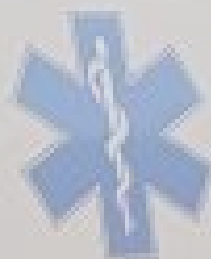
- **Les Pôles Régionaux d'Excellence en Santé** : visent à garantir aux populations d'une aire géographique délimitée tous les services de santé globaux, spécialisés, continus, intégrés et efficaces dans une approche de continuum de soins à travers les différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- **La réforme hospitalière** : vise à satisfaire les besoins des populations en matière d'offre de soins de qualité dans les établissements de santé.
- **La Couverture Maladie Universelle** : vise à garantir à l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire l'accès à des services et à des soins de santé de qualité, à moindre coût.
- **Le financement basé sur la performance** : vise à améliorer la qualité des prestations offertes par les services de santé et à inciter le personnel à produire de meilleurs rendements.

- **L'intégration et le développement du secteur privé** : vise à contribuer au renforcement du système national de santé en Côte d'Ivoire avec la capacité et la pleine participation du secteur privé de la santé pour atteindre la couverture sanitaire universelle.

- **L'opérationnalisation des districts et régions sanitaires** : vise le renforcement des capacités matérielles, humaines, financières et logistiques ainsi que la formation des équipes managériales de toutes les régions et districts sanitaires pour l'optimisation de leur fonctionnement afin d'assurer le pilotage et le suivi efficace de l'action de santé.

- **La mise en place de l'Observatoire des Ressources Humaines de la Santé** : vise à faire la comptabilité des personnels de santé en vue de la maîtrise de la dynamique du marché du travail en santé.

La section suivante présente le cadre méthodologique ayant encadré la revue globale du PNDS 2021-2025.



AMBULANCE
CENTRE DE SANTE URBAIN DE
DISTRICT SANITAIRE DE



SECTION II

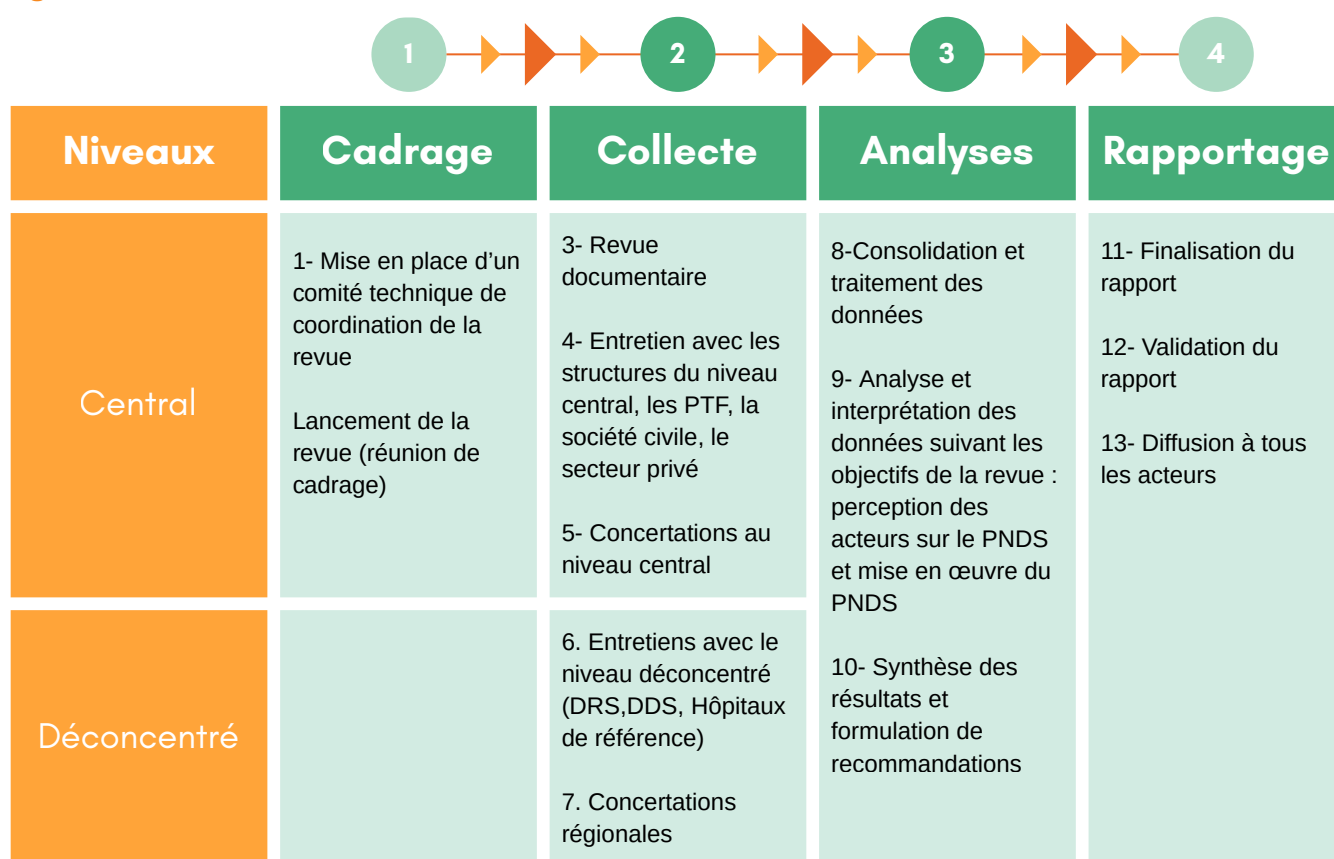
CADRE DE LA REVUE ET LIMITES

II.1. Approche méthodologique

La revue du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 a été menée selon une méthodologie rigoureuse, participative et inclusive, impliquant l'ensemble des parties prenantes à chaque étape. Cette approche visait à obtenir le bilan de la mise en œuvre du plan, en accordant une importance particulière à la perception des

acteurs de terrain, ainsi qu'à l'efficacité des interventions et réformes structurelles. Le processus de revue s'est déroulé en quatre phases principales, sous la coordination technique de la Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS) et avec l'appui de l'Institut Tony Blair (TBI) en tant qu'assistant technique.

Figure 2 : Phases de la revue du PNDS 2021-2025



Source : Équipe Projet de la revue

1. Le cadrage initial a permis de définir les orientations de la mission à travers des réunions de consultation avec les acteurs clés du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU). Cette étape a permis de cerner les attentes du Ministère, d'affiner la méthodologie et de valider les outils de col-

lecte de données, en garantissant ainsi la pertinence des résultats obtenus. La revue a été conduite par une équipe-projet constituée de l'équipe de consultants et du personnel de la DPPS. Le suivi de la mission a été effectué par le Comité Technique de Coordination, présidé par le Directeur Général de la Santé.

2. La collecte des données, effectuée entre mai et septembre 2024, s'est concentrée sur l'évaluation des indicateurs de santé, le suivi des interventions du PNDS et le niveau d'appropriation des réformes. Cette collecte s'est déroulée en trois étapes :

a. Revue documentaire : Cette première étape a impliqué l'analyse approfondie des rapports bilans des structures techniques, des textes réglementaires, et des rapports internationaux et nationaux pertinents pour le secteur de la santé ivoirien. Cette revue documentaire a permis de collecter des informations de base sur l'état d'avancement des actions et des indicateurs du PNDS.

b. Entretiens et ateliers au niveau central: Des entretiens avec 37 structures du MSHPCMU (directions techniques, programmes de santé et Etablissements Publics Hospitaliers Nationaux) et six Partenaires Techniques et Financiers (PTF), ainsi que des représentants de la société civile (01) et du secteur privé (01), ont permis de recueillir des perspectives variées. Un atelier regroupant 54 participants a ensuite consolidé les informations issues des entretiens et permis de peaufiner les résultats.

c. Collecte de données au niveau décentralisé : Cette phase, réalisée dans cinq Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (Abidjan, Bouaké, Daloa, Yamoussoukro et San-Pedro), a impliqué des entretiens avec 14

Directions Régionales de Santé, 14 Directions Départementales et 14 hôpitaux de référence. La phase a également inclus des ateliers régionaux de restitution impliquant 209 structures pour valider les conclusions.

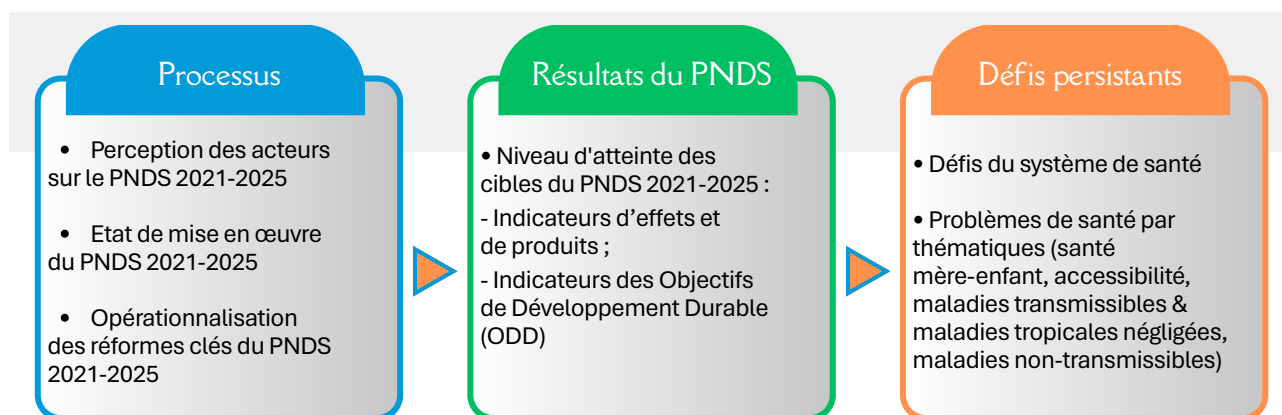
3. Le Traitement et l'analyse des Données :

Après la collecte, les données ont été consolidées dans des matrices d'analyse, permettant une comparaison systématique de l'évolution des indicateurs et des résultats obtenus. Les perceptions des acteurs ont été synthétisées dans des matrices spécifiques, regroupant des informations clés par axes d'analyse définis pour évaluer :

- La pertinence et l'alignement du PNDS avec les priorités sanitaires,
- Le niveau de mobilisation et d'utilisation des financements,
- La coordination et l'efficacité du suivi-évaluation,
- L'appropriation des réformes par les acteurs de santé,
- Les défis persistants et les obstacles à surmonter pour une mise en œuvre optimale.

Les données collectées ont été analysées suivant les objectifs de la revue, à savoir l'évaluation des processus⁶, des résultats⁷ obtenus et des défis persistants du système de santé, à travers le cadre ci-après :

Figure 3 : Cadre d'analyse de la revue du PNDS 2021-2025



Sources : Consultants Revue du PNDS 2021-2025

⁶ Comment le PNDS a-t-il été élaboré, diffusé et mis en œuvre ?

⁷ Comment les indicateurs du PNDS ont-ils progressé vers leurs cibles, en conséquence des réalisations du MSHPCMU sur la période de la revue ?

Les résultats consolidés ont permis d'identifier des avancées ainsi que des lacunes nécessitant des ajustements stratégiques pour atteindre les objectifs du PNDS dans sa phase finale. Les recommandations formulées à partir de cette analyse visent à renforcer la gouvernance, à optimiser la coordi-

nation intersectorielle et à améliorer la mobilisation des ressources financières.

4. L'élaboration du rapport de la revue s'est faite par compilation des résultats des différentes analyses effectuées et des recommandations formulées.

II.2. Limites

La rédaction de ce rapport s'appuie sur une approche participative, avec une implication étendue des parties prenantes. Toutefois, plusieurs facteurs ont imposé certaines limites aux analyses présentées.

Tout d'abord, les résultats reposent sur l'analyse des informations disponibles au moment de la revue. Ces informations, issues des documents de référence du secteur de la santé et des entretiens menés sur le terrain, ont été croisées pour assurer une cohérence et une représentativité maximale. Cependant, les données recueillies au cours des entretiens ont été obtenues sur une base déclarative et volontaire. Par ailleurs, il est important de souligner que :

- **Portée de la revue** : cette revue ne vise pas à être exhaustive. Elle se concentre principalement sur les points les plus significatifs définis dans les termes de référence, et certaines problématiques secondaires peuvent ne pas être couvertes en détail.

- **Accès limité à certaines informations** : la revue a rencontré des difficultés liées aux retards dans la transmission des informations sur les valeurs des indicateurs de santé et sur les activités menées dans le cadre du PNDS 2021-2025. De plus, des données sur l'exécution budgétaire des activités du PNDS n'ont pas été entièrement fournies, limitant l'évaluation des aspects financiers.



SECTION III

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA REVUE DU PNDS 2021-2025

Les résultats de la présente revue s'articulent autour de la perception du PNDS 2021-2025 par les acteurs des différents

niveaux de la pyramide sanitaire et de l'analyse des progrès de sa mise en œuvre.

III.1. Perception du PNDS 2021-2025 par les différents niveaux de la pyramide sanitaire

Dans le cadre de la revue du PNDS, des entretiens ont été menés avec divers acteurs du système de santé. Les acteurs interrogés ont partagé leur perception sur plusieurs aspects du PNDS, notamment :

- L'inclusivité de son élaboration ;
- L'efficacité de sa diffusion ;
- Le niveau d'appropriation par l'ensemble des acteurs ;
- L'efficacité du mécanisme de suivi-évaluation.

Selon plus des deux-tiers des Directions Centrales et Programmes de Santé du MSHPCMU (69%) qui ont été interrogés, **l'élaboration du PNDS 2021-2025 a bénéficié d'un processus participatif qui a impliqué un grand nombre d'acteurs du secteur de la santé.**

Les résultats de ces entretiens ont été confrontés à d'autres sources d'information

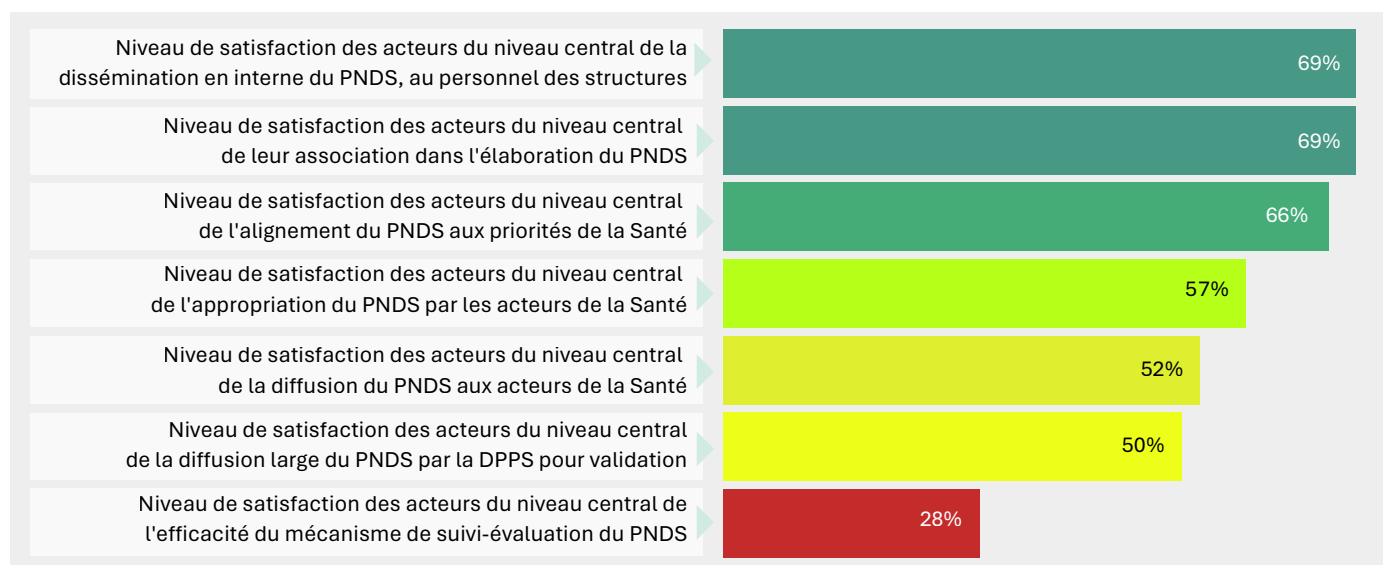
notamment les listes de présence des ateliers réalisés lors de l'élaboration du PNDS pour en tirer des enseignements applicables à la future mise en œuvre du PNDS.

Perception du PNDS par les structures du MSHPCMU (directions générales, directions centrales, programmes de santé, hôpitaux de référence, EPHN, directions régionales et directions départementales)

Les structures du MSHPCMU ont exprimé des niveaux de satisfaction variables sur l'élaboration, la diffusion et le suivi du PNDS.

Selon les données recueillies, 52% des acteurs se déclarent satisfaits de la diffusion du PNDS et 57% ont révélé s'en être appropriés. Pour 66% d'entre eux, le PNDS intègre les priorités de la santé en Côte d'Ivoire.

Graphique 1: Niveau de satisfaction de l'élaboration du PNDS, de sa diffusion et son suivi par les structures techniques du niveau central du MSHPCMU



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

Cependant, seulement 28% trouvent le mécanisme de suivi-évaluation satisfaisant. Bon nombre d'entre eux déclarent ne pas com-

prendre clairement en quoi consiste ce mécanisme. Cette confusion s'explique principalement par :

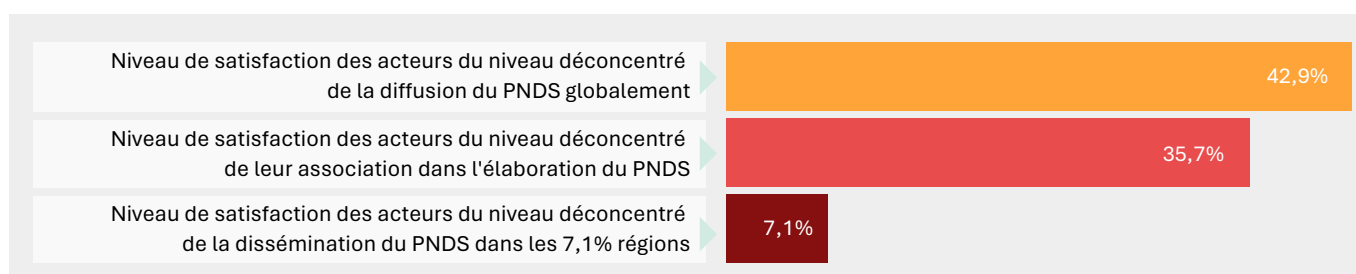
- Un manque de clarté et de compréhension du PNDS par certains acteurs ;
- La multiplicité des outils et matrices de suivi.

La perception des acteurs au niveau déconcentré est globalement insatisfaisante dans les trois domaines abordés (élaboration, diffusion et suivi), bien que près de 130 représentants des Directions Régionales, Départe-

mentales et Hôpitaux y ont effectivement pris part (cf. liste de présence annexe PNDS).

Concernant la diffusion du PNDS, 42,9% des acteurs du niveau déconcentré ont confirmé avoir reçu une version numérique du document. Cependant, certaines structures de prise en charge ont déclaré que le document ne leur est pas diffusé.

Graphique 2 : Niveau de satisfaction de l'élaboration du PNDS et de sa diffusion par le niveau déconcentré de la pyramide sanitaire



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

En résumé, cette perception des acteurs du MSHPCMU soulève des questions sur la représentativité des participants et sur la communication interne au sein des structures concernées. Pour garantir une meilleure appropriation, il est recommandé que des efforts soient faits pour sensibiliser davantage les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Perception du PNDS par les Partenaires (PTF, société civile, secteur privé)

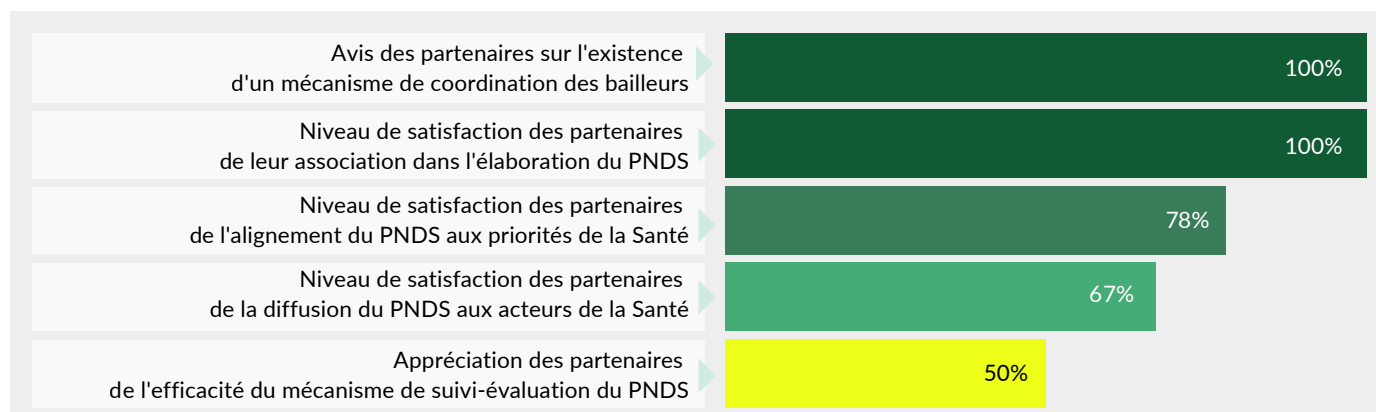
Tous les Partenaires Techniques et Financiers

(PTF) interviewés, ainsi que la Société civile et le Secteur Privé, disent globalement être satisfaits de leur niveau d'implication dans l'élaboration et la diffusion du PNDS.

Également, ils reconnaissent l'existence d'un mécanisme de coordination des partenaires de la santé dans la mise en œuvre dudit plan.

Cependant, ils estiment que des améliorations sont nécessaires concernant le mécanisme de suivi-évaluation.

Graphique 3: Niveau de satisfaction de l'élaboration, de la diffusion et du suivi du PNDS 2021-2025 par les partenaires de la Santé



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

Par ailleurs, les acteurs interviewés ont admis que certaines thématiques doivent être renforcées ou abordées dans le prochain PNDS, ainsi que des risques qui doivent être pris en compte :

- **Le changement climatique**, dont les impacts sur la santé ne sont pas suffisamment pris en compte dans l'actuel PNDS, notamment en matière de problèmes de santé émergents.
- **Les crises et événements imprévus** pour lesquels des mécanismes de contingence devraient être intégrés pour renforcer la résilience du système de santé face aux crises et événements imprévus.
- **Le financement de la santé** : la mobilisation des ressources est un défi pour les struc-

ture en charge de la mise en œuvre du PNDS. Par conséquent, une partie significative des plans d'actions n'est pas réalisée faute de ressources financières. Le prochain PNDS devrait inclure un mécanisme coordonné pour la mobilisation des financements nécessaires à la mise en œuvre de ses activités.

- **La lutte contre les maladies cardiovasculaires**, avec un accent particulier sur la prévention, le dépistage, les soins, la formation et la recherche.
- **La santé mentale**, notamment la prise en charge adéquate, étant donné l'émergence des drames sociétaux.
- **La recherche en santé** devrait être davantage développée dans le prochain PNDS.

III.2. Analyse des progrès réalisés dans la mise en œuvre DU PNDS 2021-2025

Ce chapitre présente l'analyse des progrès de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025, en abordant l'état d'avancement de la Côte d'Ivoire vers les cibles des Objectifs du Développement Durable (ODD), le niveau global d'atteinte des cibles des indicateurs d'effets et de produits par axe du PNDS et le niveau d'opérationnalisation des réformes.

Progrès réalisés vers l'atteinte de l'ODD 3

Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire s'est engagé dans des transformations structurelles et la mise en œuvre des solutions guidées par les ODD, en dépit du contexte mondial de crise (COVID19) et des défis sociaux. Pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable, la Côte d'Ivoire a mobilisé efficace-

ment des financements nationaux et internationaux en faveur de programmes capables de relever ces défis. Toutes les parties prenantes ont pris des engagements pour faire la promotion des ODD dans les plans de mise en œuvre des politiques, programmes et projets sectoriels et locaux. Dans ce contexte, le MSHPCMU a mené de interventions pour concourir à l'atteinte de l'ODD3.

Le bilan de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 fait ressortir que le pays est sur une trajectoire positive pour l'atteinte des cibles de certains indicateurs de l'ODD 3. En grande majorité (12 sur 16), les indicateurs de mesure de l'ODD 3 ont connu une évolution favorable par rapport aux valeurs prévisionnelles du PNDS tandis que 04 indicateurs ont connu une évolution défavorable entre 2021 et 2023, comme le démontre le tableau ci-après.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs ODD sur la période 2021-2023

N°	Indicateurs	Références	Valeurs prévisionnels			Valeurs observées			Evolution
			2021	2022	2023	2021	2022	2023	
1	Ratio de Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	614 (2012)	566,5	519,2	471,8	385	385	385	
2	Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	96 (2016)	88,9	81,8	74,7	74	74	74	
3	Taux de mortalité néonatale (moins d'un mois) ‰	33 (2020)	30,9	28,8	26,7	30	30	30	
4	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	137 (2020)	126	120	113	128	-	123	
5	Taux d'incidence du paludisme (pour 1000 habitants)	137 (2020)	173	165	157	268	269	269	
6	Nombre de nouvelles infections par VIH	10 631 (2020)	9 166	7 670	6 174	9 865	8 978	10 591	
7	Prévalence de l'alcoolisme chez les adultes de 15 à 49 ans - Hommes	33,20% (2016)	33,20%	30,70%	28,40%	34%	34%	34%	
8	Prévalence de l'alcoolisme chez les adultes de 15 à 49 ans - Femmes	12,50 (2016)	12,50%	11,50%	10,70%	12%	12%	12%	
9	Taux de fécondité des adolescentes	124 (2016)	124	118	117	96	96	96	
10	Prévalence du tabagisme chez les adultes de 15 à 49 ans - Hommes	17,10% (2016)	17,10%	15,90%	14,90%	12%	12%	12%	
11	Prévalence du tabagisme chez les adultes de 15 à 49 ans - Femmes	0,60% (2016)	0,60%	0,57%	0,54%	2%	2%	2%	
12	Nombre de personnes pour lesquelles les interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires	21 966 154 (2020)	-	-	-	19 558 880		20 734 455	
13	Proportion de personnes vivants à moins de 5 km d'un centre de santé	70,17 (2020)	72%	74%	76%	70%	71%	80%	
14	Taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	73,6% (2020)	75,2%	76,9%	78,5%	84,1%	-	-	
15	Taux d'utilisation des services de santé	-	-	-	-	49,94%	48%	-	
16	Taux de prévalence contraceptive moderne	21 (2020)	24,9	28,8	32,7	18	23,3	24,1	

Evolution défavorable

Evolution favorable - Cible non atteinte

Evolution favorable - Cible atteinte

Source : Données collectées auprès des structures dans le cadre de la revue du PNDS 2021-2025 et analysées par les consultants

Principales réalisations du PNDS 2021-2025 par axe stratégique

Le Gouvernement ambitionne à travers le PNDS « d'améliorer l'état de santé des populations d'ici à 2025 » à travers le renforcement de la gouvernance et le financement de la santé, le renforcement de l'offre et de

l'accessibilité des populations aux soins de qualité et la promotion de la santé et la lutte contre les maladies.

Le bilan fait ressortir un taux d'atteinte des cibles du PNDS relativement bas (31,8%)⁸, bien qu'en progression. Les indicateurs n'ont certes tous pas atteint leurs cibles au cours

⁸ Les indicateurs pour lesquels les données sont disponibles sur la période d'observation

de la période d'observation, toutefois ils ont tout de même enregistré des progressions vers ces dernières : en moyenne, les indicateurs d'effets, tous effets du PNDS confondus, ont enregistré 51% de la progression prévisionnelle vers leurs cibles, ce qui indique un gap de performance de 49%.

Pour l'axe 1, un indicateur sur trois a atteint sa cible, à savoir le taux d'accroissement annuel du budget du Ministère en charge de la santé passé de -16% en 2018, à -7% en 2021 puis à 56% en 2023. Le même constat se fait sur l'axe 2, où les cibles ont été atteintes pour dix indicateurs d'effet sur trente et un. Quant à l'axe 3, trois indicateurs sur dix ont atteint leur cible. Dans le détail, les progrès notables ci-dessous sont à noter.

Axe 1 : Amélioration de la gouvernance et du financement de la Santé

Pour la période 2021-2025, le MSHPCMU entendait améliorer la gouvernance et le financement de la santé, renforcer la planification, le suivi-évaluation et la gestion de l'information sanitaire pour la prise de décision. Différentes actions ont été entreprises entre 2021 et 2024, dont les principales sont :

Élaboration et mise en œuvre des politiques, normes et règlements

À ce titre, le MSHPCMU s'est engagé à renforcer les capacités du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et règlements. Cela via : (i) le renforcement du cadre législatif, réglementaire, institutionnel et organisationnel du secteur de la santé et (ii) le renforcement des mécanismes de diffusion et d'archivage des textes réglementaires et normatifs du secteur de la santé.

Plusieurs dispositions légales et réglementaires ont été adoptées pour contribuer à renforcer l'éthique et le professionnalisme au niveau du personnel de santé : (i) la loi n°2024-240 du 24 avril 2024 portant exercice de la médecine; (ii) la loi n°2024-241 du 24 avril 2024 portant organisation et fonctionnement de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes de Côte d'Ivoire ainsi que les projets de loi portant code de déontologie ; (iii) la loi 2022-794 du 13 Octobre 2022 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'ordre national des infirmiers et infirmières de Côte d'Ivoire et (iv) les codes portant déontologie et exercice des différentes professions. C'est une première et une avancée majeure pour les corps des infirmiers et sage-femmes qui représentent plus de 54% du personnel de santé.

Dans le cadre du renforcement de l'application des mesures de radioprotection, le MSHPCMU a pris trois arrêtés : (i) l'arrêté n°00035 MSHPCMU du 07/03/2023 fixant les modalités d'inspection et de contrôle en matière de radioprotection, de sûreté et sécurité nucléaires ; (ii) l'arrêté n°00036 MSHPCMU/CAB/ARSN du 07/03/2023 portant fixation des critères de désignation de la Personne Compétente en Radio-protection (PCR) et désignation de ses missions ; et (iii) l'arrêté n°00037 MSHPCMU/CAB/ARSN du 07/03/2023 déterminant le profil, les critères de désignation et les rôles du physicien médical.

En matière de santé sexuelle et reproductive, la loi sur la Santé de la Reproduction (SR) a été examinée en Conseil de Gouvernement en janvier 2024. Ce projet de loi s'inscrit dans le cadre des engagements nationaux et internationaux pour promouvoir le bien-être des populations, réduire la mortalité maternelle et infantile, et assurer l'accès équitable aux services de santé sexuelle et reproductive.

Réformes du secteur de la santé

► La réforme hospitalière

La loi n°2019-678 portant réforme hospitalière fixe le cadre d'organisation des soins dans les établissements de santé publics et privés. À fin 2023, 27 décrets d'application de la loi n°2019-678 du 23 juillet 2019 qui porte sur la réforme hospitalière, ont été pris sur un total de 51 à fin 2023.

Les structures du troisième niveau de la pyramide sanitaire ont été érigées en Établissements Publics Hospitaliers Nationaux (EPHN) et celles du deuxième niveau en Établissements Publics Hospitaliers Régionaux (EPHR) pour les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et en Établissements Publics Hospitaliers Départementaux (EPHD) pour les Hôpitaux Généraux (HG), avec une personnalité morale et une autonomie de gestion, afin d'accroître leurs capacités à dispenser des prestations de qualité répondant aux besoins de santé des populations. À cet effet, 15 Directeurs Généraux des EPHN ont été recrutés en 2024 et soumis à des contrats de performance signés. Des Conseils d'Orientation et de Surveillance (COS), comprenant des représentants des usagers ont été mis en place avec des feuilles de route afin de guider, contrôler et superviser

la politique générale de l'EPH. Un mécanisme de gestion de plaintes a également été mis en place pour adresser les importantes questions liées à l'accueil des patients, à l'hygiène, à la lutte contre la corruption et le racket, ainsi que l'absentéisme dans les différents établissements. De plus, 134 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) ont désormais des comptes à la Banque du Trésor Public, ce qui est une avancée en matière de gestion financière des EPH.

Par ailleurs, en matière de télémedecine, le Plan National de Télémedecine 2021-2025 a été élaboré dans le cadre de la modernisation des soins de santé en Côte d'Ivoire. Quatre (04) arrêtés d'application du décret n°2018-361 du 29 mars 2018 portant réglementation de la télémedecine ont été pris en 2021. À fin 2023, 39 structures sanitaires réalisent la télémedecine.

De même, en dépit de l'existence d'un système de management de la qualité et d'un programme de construction, de réhabilitation et d'équipement des établissements sanitaires, à peine 2% des établissements hospitaliers répondent aux normes de fonctionnalité. Cela pourrait s'expliquer par l'absence de plan de maintenance préventive des établissements de santé.

Tableau 2 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme hospitalière

Défis	Recommandations des acteurs
Lenteur dans la mise en place des organes de gestion (COS) : les structures chargées de piloter la réforme peinent à se mettre en place et à fonctionner de manière optimale.	• Mettre en place de façon diligente les organes de gestion prévus par la réforme et les doter des moyens nécessaires à leur fonctionnement. • Former les membres de ces organes aux nouvelles missions et responsabilités.
Cadre réglementaire incomplet : l'absence de certains textes d'application ralentit la mise en œuvre de la réforme.	Accélérer l'adoption des textes d'application manquants pour assurer un cadre juridique solide.
Communication insuffisante : les acteurs du niveau opérationnel ne sont pas suffisamment informés sur les enjeux et les modalités de mise en œuvre de la réforme.	Mieux communiquer sur la réforme auprès de tous les acteurs concernés en organisant des sessions d'orientation.

Sources : Données collectées pour la revue du PND 2021-2025

► L'achat stratégique en santé incluant le financement basé sur la performance (FBP)

La Côte d'Ivoire a adopté la stratégie du Financement Basé sur la Performance (FBP). À ce titre, les contrats de performance, les plans d'affaires semestriels, les manuels de gestion financière simplifiés, les grilles d'évaluation de la qualité/performance, etc. ont été instaurés. Après une phase pilote de plus de trois ans réussie, le passage à échelle de la stratégie de financement basé sur la performance a été effectif à partir de 2022 sur l'ensemble du territoire. Cette extension s'est focalisée sur l'aspect géographique, couvrant ainsi tous les établissements publics de santé, directions départementales et régionales de santé. En fin 2023, ce sont ainsi 2 318 ESPC, 117 EPH, 113 DDS et 33 DRS qui ont été intégrés dans le programme.

Dans les ESPC, ce score a évolué de 40,5% à 65%, tandis que pour les EPH, il est passé de 38,0% à 55,8% entre 2021 et 2023. S'agissant des DRS et DDS, ce score est passé respectivement de 24,8% à 44,4% et de 34,1% à 54,4%.

Le FBP a permis aux prestataires de recevoir des ressources supplémentaires en fonction des résultats, renforçant ainsi la qualité des services offerts. Entre 2021 et 2023, ce sont plus de 25,391 milliards FCFA de subsides qui ont été reversés aux structures sous performance.

Cependant, des ajustements restent nécessaires, notamment en ce qui concerne les paiements, la réglementation et les procédures. On note des lourdeurs administratives liées à la mise à disposition des subsides, des fonds de démarrage, à l'ouverture des comptes, à l'accréditation des régisseurs des structures sanitaires dans le cadre de cette réforme.

En termes de défis stratégiques, il s'agit de : (i) mettre sous contrat de performance toutes les directions centrales et les programmes de santé, les structures de santé du niveau tertiaire ainsi que celles du secteur privé ; (ii) assurer la pérennisation de la stratégie FBP à travers le financement des subsides par l'Etat ; (iii) aligner la stratégie FBP à l'ensemble des réformes en cours.

Tableau 3 : Défis opérationnels liés à la mise en œuvre de la réforme sur l'achat stratégique en santé incluant le Financement Basé sur la Performance

Défis	Recommandations des acteurs
Finances et paiements	
Faible maîtrise des procédures de gestion financière par les acteurs : les procédures de demande et d'obtention des fonds sont jugées trop complexes et longues, générant de longs délais et des frustrations.	Renforcer le coaching des gestionnaires et des régisseurs sur les procédures de gestion financière.
Retard de paiement des subsides dans le cadre du FBP : les structures sanitaires rencontrent régulièrement des retards dans le versement des fonds qui leur sont alloués, ce qui compromet leur fonctionnement et leur capacité à améliorer la qualité des soins.	• Sensibiliser les régisseurs au respect des procédures de gestion financière. • Rendre les subsides disponibles en temps requis.
Retard de mise à disposition de fonds de démarrage : certaines structures ne disposent pas à temps des fonds nécessaires pour démarrer leurs activités.	• Rendre les fonds de démarrage disponibles en temps requis.
Non-accréditation des régisseurs : l'absence d'accréditation de certains régisseurs empêche les engagements de dépenses, paralysant ainsi l'activité de certaines structures. Le processus d'accréditation des régisseurs est jugé trop long, retardant la mise en œuvre des projets.	• Faire un plaidoyer auprès du Ministère en charge des finances pour accélérer le processus d'accréditation des régisseurs.
Procédures et réglementation	
Exigences contraignantes : Certaines exigences, comme l'obligation de travailler avec des fournisseurs locaux, peuvent limiter les choix et augmenter les coûts.	Favoriser l'autonomie des structures dans le choix de leurs fournisseurs tout en gardant un système de contrôle rigoureux.

Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

► L'intégration et le développement du secteur privé

Dans le cadre du développement et de l'intégration du secteur privé, la politique nationale d'intégration et de développement du secteur privé de la santé, ainsi que le Plan Stratégique National 2021-2025 pour le développement de ce secteur ont été élaborés. Entre 2021 et 2024, 30 sur 33 prévus (soit 90%) des décrets et/ou arrêtés portant régulation du secteur privé de la santé ont été pris et diffusés. Aussi, on note la redynamisation de la commission paritaire des établissements et des professions, ayant permis de réunir les acteurs du MSHPCMU et le secteur privé pour la définition et la priorisation des textes de régulation.

La cartographie de 3 187 ESPr selon la nature et le niveau d'intervention dans l'aire communale des 113 districts sanitaires a été réalisée en 2022 (enquête IQVIA).

Le MSHPCMU a lancé en octobre 2022 l'opération "Zéro clinique illégale d'ici à 2025" pour assainir le secteur privé.

À cet effet, 3 104 ESPr ont été contrôlés dont 1 571 immédiatement fermés (soit 51%) à l'issue des missions de contrôle de la régulation administrative des établissements sanitaires privés dans les 10 PRES. Ce sont, 1024 établissements qui ont acquis leurs arrêtés d'ouverture et d'exploitation à fin décembre 2024. Il faut noter également, la création du guichet des agréments des entreprises sanitaires privées, le développement d'une plateforme digitale e-depps⁹, la mise en place d'un observatoire digital et d'une application « mydepps ».

Par ailleurs, chaque année est organisée une opération d'identification des professionnels de santé non organisés en Ordre, en application de dispositions réglementaires en vue d'élaborer le registre des professionnels de santé. Ainsi, 1183 professionnels ont été enregistrés dans 30 registres de mise en œuvre jusqu'en 2024.

Le défi stratégique lié à l'intégration et le développement du secteur privé est l'intégration des données du secteur privé dans le système national d'information sanitaire.

Tableau 4 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme sur l'intégration et le développement du secteur privé

Défis	Recommandations des acteurs
Dénombrement incomplet : la cartographie des établissements privés est souvent incomplète, ce qui empêche une vision globale du secteur.	Mettre à disposition des directions régionales la cartographie compilée des établissements sanitaires privés.
Insuffisance de transfert de compétence aux directions régionales dans le processus de régulation et de contrôle : les directions régionales ne sont pas suffisamment impliquées dans les activités d'identification et de contrôle des établissements privés, ce qui crée une insuffisance de coordination.	Décentraliser le suivi et la coordination des structures privées au niveau régional pour faciliter les procédures de régularisation et associer formellement les directions régionales au processus de conformité des établissements sanitaires privés.
Développement de la qualité dans les établissements sanitaires privés.	Procéder à l'harmonisation des outils et méthodes d'évaluation de la qualité y compris ceux appliqués au secteur privé de la santé.

Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

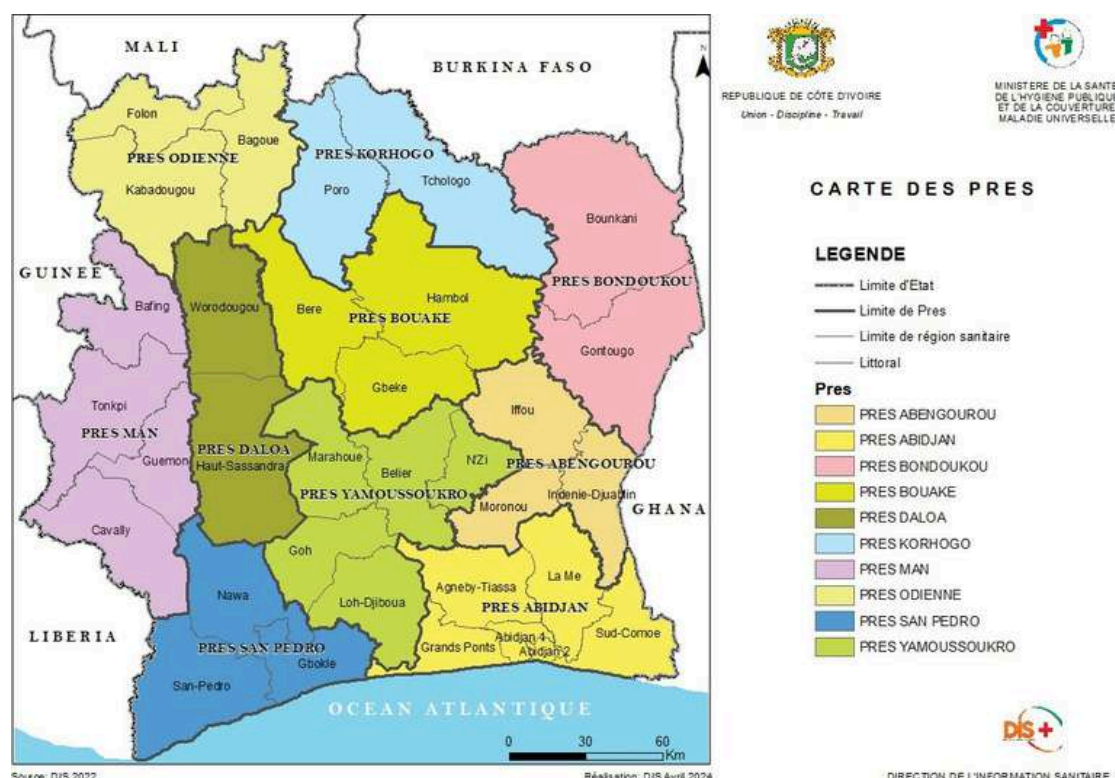
⁹ www.depps.sante.gouv.ci

► La réforme sur les Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES)

Le Pôle Régional d'Excellence en Santé (PRES) en Côte d'Ivoire est un mode d'organisation permettant une prise en charge holistique et de qualité de la population basée sur un réseau d'établissements sanitaires situés dans une zone géographique définie. Les PRES permettront d'assurer la mutualisation des ressources humaines,

techniques permettant à chaque habitant, quel que soit sa localisation, de bénéficier dans un rayon de 150 kilomètres, des soins adéquats avec des meilleurs plateaux techniques et des médecins spécialistes. Cette mutualisation contribuera dans une grande mesure à améliorer la disponibilité de l'offre de services de santé de qualité sur toute l'étendue du territoire, à réduire les évacuations et les décès.

Figure 4 : Carte sanitaire des PRES



La stratégie de mise en place de 10 PRES a été institutionnalisée à travers la prise de l'arrêté n°00203 MSHPCMU/CAB du 2 mai 2023 portant création, attribution, organisation et fonctionnement des PRES. En outre, le manuel de procédure des PRES a été élaboré et un état des lieux pour la mise aux normes des établissements sanitaires a été réalisé.

Afin de rendre disponible les services hospitaliers disposant de plateaux techniques de qualité dans les différents PRES, plusieurs

interventions ont été réalisées dans les régions sanitaires. À ce jour, les PRES d'Abidjan, de Bouaké et San Pedro sont fonctionnels.

La mise à niveau des 07 autres se poursuit pour les rendre fonctionnels. La mise en place des Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES) fait face à plusieurs défis, notamment la mise en place des organes de gouvernance, la mutualisation des ressources et la disponibilité du financement pour la mise aux normes des infrastructures sanitaires et des équipements.

Tableau 5 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme sur les Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES)

Défis	Recommandations des acteurs
Organisation et coordination	
Non-alignement des découpages : le découpage des PRES ne correspond pas toujours aux divisions administratives, ce qui complique la coordination avec les autorités locales.	Aligner les PRES sur le découpage administratif.
Faible appropriation de la réforme liée à une insuffisance de communication : les acteurs de terrain ne sont pas toujours impliqués et engagés dans la mise en œuvre des PRES car la communication autour de la réforme est insuffisante.	Renforcer les capacités des acteurs sur les textes réglementaires et documents normatifs relatifs aux PRES. Organiser des sessions de diffusion pour expliquer le contenu et les implications de la réforme.

Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

► La digitalisation

Le MSHPCMU s’est fixé pour objectif de digitaliser le système de soins afin d’accroître l’efficacité, la qualité dans la délivrance des services de santé ainsi que la redevabilité et la transparence dans l’utilisation des ressources financières et humaines. L’objectif étant d’implémenter un ensemble de mesures dans les dimensions structurelle, organisationnelle et sanitaire, soutenu par les Technologies de l’Information et de la Communication (TIC), à travers la mise en place d’un Système d’Information Hospitalier (SIH) dans les établissements de santé. À cet effet, le décret n°2021-763 du 1^{er} décembre 2021 déterminant les modalités de mise en place d’un système d’information hospitalier (SIH) pour les EPH et les Etablissements Hospitaliers Privés (EHP) a été pris afin d’améliorer le système d’information hospitalier par l’informatisation et l’interconnexion (e-santé).

Depuis 2021, le processus de digitalisation du secteur de la santé a démarré avec la mise à disposition du matériel informatique dans les structures sanitaires et la formation des prestataires à l’utilisation de ces outils.

Ainsi 202 établissements de santé (5 EPHN, 22 EPHR, 99 EPHD, 76 ESPC) ont été connectés au Système d’Information Hospitalier (SIH)/Dossier Patient Informatisé (DPI), soit une couverture de 88% des EPHR et EPHD. Cette réforme a permis d’améliorer la transparence financière, d’augmenter les ressources générées par les hôpitaux et d’assurer le suivi et l’amélioration de la qualité des soins. Le SIH-DPI a permis d’accroître les ressources financières générées de l’ordre de 40% à 135% par rapport à 2021. Concernant le traçage des actes de gratuités ciblées, le taux de réalisation est passé de 40% en 2022 à 57,5% en 2023.

En vue d’établir un réseau de soins de proximité entre les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) et les Etablissements Public Hospitaliers (EPH), dans le cadre de la modernisation des soins de santé en Côte d’Ivoire, la télémédecine a été adoptée. Le Plan National de Télémédecine 2021-2025 a été élaboré et quatre (04) arrêtés d’application du décret n°2018-361 du 29 mars 2018 portant réglementation de la télémédecine ont été pris en 2021. En fin 2023, 39 structures sanitaires¹⁰ réalisent la télémédecine, renforçant ainsi l’accès aux

¹⁰ Téléconsultations

soins de proximité et réduisant le recours systématique à des références médicales. Ainsi, des projets de télé-cardiologie, de santé mère-enfant et de médecine générale ont été mis en œuvre.

En outre, un data center du MSHPCMU a été acquis et est en cours d'installation.

► **Opérationnalisation des districts et régions sanitaires**

La Côte d'Ivoire, à l'instar de nombreux pays africains, a basé sa politique de santé sur les soins de santé primaire avec comme stratégie de mise en œuvre de la politique de district sanitaire. Le processus d'opérationnalisation des régions et districts sanitaires s'est poursuivi avec le renforcement des capacités matérielles, humaines et logistiques. Ainsi en 2023, la proportion de districts et de régions sanitaires ayant tous les services fonctionnels est de 82%. Par ailleurs, des formations ont été dispensées aux équipes managériales des 33 directions régionales et des 113 directions départementales afin d'optimiser leur fonctionnement et d'assurer le pilotage et le suivi efficace de l'action de santé. Cette initiative a contribué à la redynamisation des organes de gouvernance, se traduisant par une hausse de la proportion de régions et districts sanitaires dotés d'organes de gouvernance fonctionnels (ERS, ECD) de 93% en 2022 à 100 % en 2023.

► **Mise en place de l'Observatoire des Ressources Humaines de la Santé**

Cet observatoire des ressources humaines en santé est un cadre collaboratif permettant de faire la comptabilité des personnels de santé en vue de la maîtrise de la dynamique du marché du travail en santé. Bien que sa mise en place reste une priorité, il demeure encore à l'état de projet.

Collaboration avec les autres secteurs et les partenaires au développement

Il existe une synergie intersectorielle avec le Ministère chargé du Plan et du Développement, en particulier dans le suivi de la mise en œuvre du Plan National de Développement, ainsi qu'avec les autres ministères concernés par le pilier 4 du PND.

En matière de collaboration, le secteur de la santé a bénéficié de nombreux appuis extérieurs notamment les partenaires multilatéraux (SNU, UE, BM, UA), les partenaires bilatéraux, les initiatives mondiales pour la santé (FM, GAVI, GFF, PEPFAR, AFD...) et les ONG internationales. Pour assurer la coordination de tous ces intervenants et un dialogue politique et stratégique constructif afin d'obtenir plus d'efficacité et d'efficience dans la mise en œuvre des programmes de santé, divers organes de coordination existants avaient été redynamisés notamment le mécanisme de coordination du secteur de la santé. Entre 2021 et 2024, deux réunions du MCSS ont eu lieu sous la présidence du Ministre de la Santé. Ces rencontres ont permis de suivre les interventions sanitaires et de coordonner les actions pour relever les défis sanitaires. Par ailleurs, le MSHPCMU, en tant que membre du Groupe de Résultat Quatre (GR4) du Cadre de Coopération pour le Développement Durable du Système des Nations Unies (SNU), a pris une part active aux processus de revue et d'évaluation du Cadre de Coopération pour le Développement Durable 2021-2025.

Dans le cadre de la coopération internationale, en particulier les projets d'accord de coopération bilatérale, on note la finalisation d'un projet d'accord avec l'Afrique du Sud. Également, des négociations sont en cours avec la Chine pour renouveler la phase d'assistance technique à l'Hôpital Général de Gagnoa.

L'ensemble de ces actions a contribué à i) une amélioration de la coordination et de la gouvernance sanitaire, ii) une meilleure synergie intersectorielle et avec les partenaires de santé, iii) des avancées en matière de coopération bilatérale et internationale.

Mobilisation et gestion efficace des ressources financières

S'agissant du financement de la santé, le Gouvernement s'est engagé à augmenter annuellement la contribution de l'Etat de 15%. Par ailleurs, la part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé devrait passer de 7,43% en 2020 à 7,77% en 2023, puis à 8% à la fin de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025.

Pour assurer une meilleure mobilisation et une gestion efficiente des ressources financières pour la santé, plusieurs réalisations ont été enregistrées sur la période d'observation. Ainsi, des outils ont été développés (Projet d'Investissement Public, Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses, Projet Annuel de Performance, lettres d'engagements, Rapports d'Activités Semestrielles de Performance, Rapports Annuels de Performance) dans le cadre de la mise en œuvre du budget programme. Pour ce qui est du Financement Basé sur la Performance des contrats de performance, plans d'affaires semestriels, manuels de ges-

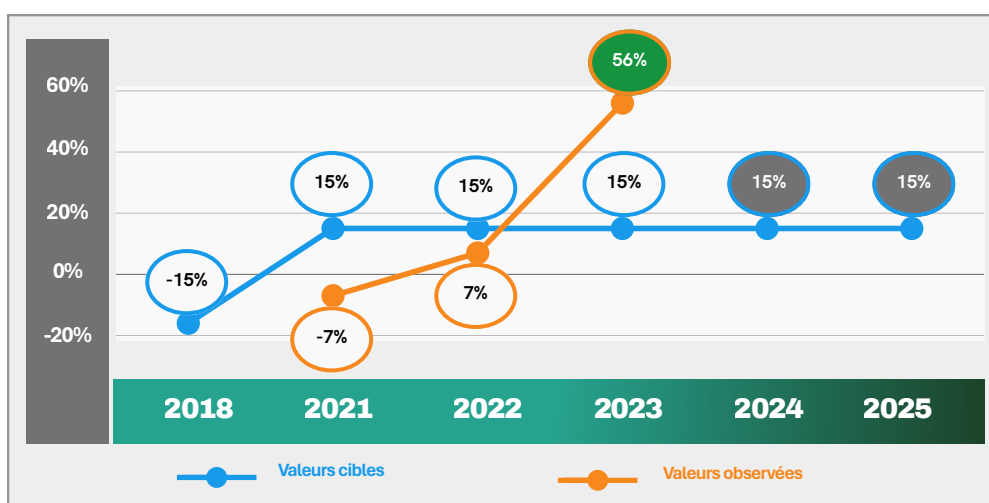
tion financière simplifiés, les grilles d'évaluation de la qualité/performance, etc. ont été élaborés.

En termes d'impact de ces réalisations, malgré la dynamique de croissance économique, la proportion des dépenses publiques allouées au secteur de la santé en Côte d'Ivoire demeure limitée. Selon les Comptes de la Santé de 2020, la contribution des ménages aux dépenses courantes de santé (DCS) est, pour la première fois, passée en dessous de celle du gouvernement, passant de 37% en 2019 à 31,99% en 2020, tandis que la part de l'État s'élevait à 36,76%.

L'analyse du budget 2023 (estimation GTT3 PNCFS) révèle qu'entre 2018 et 2023, la part moyenne du budget national consacrée à la santé s'est établie à 5,95%, atteignant un pic de 7,43% en 2020, en grande partie grâce aux financements supplémentaires liés au plan de riposte contre la pandémie de COVID-19. Ces chiffres illustrent les défis structurels auxquels la Côte d'Ivoire est confrontée pour atteindre l'objectif de 15% fixé par la Déclaration d'Abuja en 2001.

Par ailleurs, selon les données du Millenium Challenge Corporation (MCC), les dépenses publiques de santé rapportées au PIB représentaient 1,3% en 2020, situant la Côte d'Ivoire en deçà de la médiane africaine, fixée à 2,63%.

Graphique 4: Evolution du taux d'accroissement annuel du budget du Ministère en charge de la santé



Sources: Comptes de la Santé, DAF

Le budget du MSHPCMU devrait évoluer de 15% conformément à l'engagement pris par le gouvernement lors de la conférence d'Oslo (2018), mais cet engagement n'a été respecté qu'en 2020 (16%) et 2023 (56%).

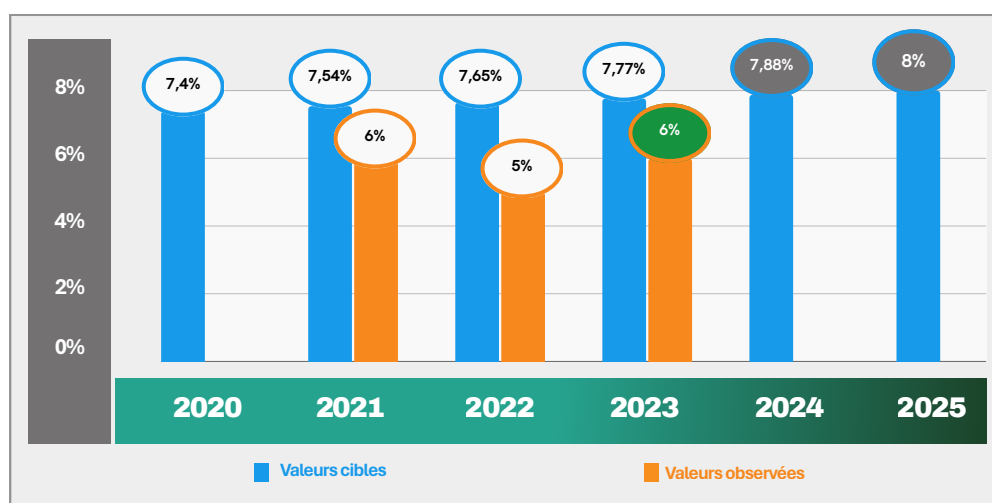
Le budget voté au Ministère en charge de la santé est passé de 414 254 898 441 FCFA en 2021 à 691 721 447 907 FCFA en 2023. Ce budget a connu de 2021 à 2022 une hausse de 7% et de 2022 à 2023 une hausse de 56%.

Cette progression s'explique principalement par des investissements accrus dans l'offre de soins, avec la construction de plusieurs

établissements de santé, dont 226 ESPC. De plus, le recrutement et la prise en charge de nouveaux agents de santé, ainsi que l'application du décret portant sur la revalorisation salariale des fonctionnaires, ont contribué à cette hausse. Les dépenses publiques liées à la lutte contre la COVID-19 ont également joué un rôle dans l'augmentation du budget.

Par ailleurs, la part du budget de l'État alloué au secteur de la santé reste en deçà des cibles annuelles prévues (2021 : 6,28% ; 2022 : 5,36% ; 2023 : 6,32% contre une prévision variant de 7,54% à 7,77% sur la période).

Graphique 5: Evolution de la part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé



Sources : Bases budgétaires, DAF

Les efforts entrepris ces dernières années pour améliorer la gestion financière au sein du MSHPCMU ont porté leurs fruits. En effet, la proportion des structures du ministère de la santé en conformité avec les règles de gestion financière a connu une nette augmentation, passant de 47% en 2021 à 61% en 2023.

Cette progression est le résultat d'une série de mesures mises en œuvre, notamment la réalisation de missions de contrôle pour évaluer l'évolution des recettes des établissements et la mise à échelle de la stratégie du Financement Basé sur la Performance.

S'agissant du financement du PNDS, selon le rapport de la Cartographie des Ressources et de Suivi des Dépenses du secteur de la santé, les prévisions de financement annoncé pour les cinq années de mise en œuvre du PNDS s'élèvent à 6,7 milliards de dollars (USD), sur un besoin de financement estimé à 10,5 milliards USD. La contribution annoncée de l'Etat s'élève à 4,4 milliards USD (66%). Quant aux PTF, leur contribution est estimée à 2,3 milliards USD (soit 34%), ce qui traduit une dépendance aux financements extérieurs créant une vulnérabilité en cas de retrait progressif des bailleurs.

En ce qui concerne l'exécution des financements, le taux d'exécution des dépenses en 2021 est de 83% soit 1,072 milliards USD engagés sur un budget de 1,289 milliards USD.

En dépit de ces résultats, certains défis persistent dans le financement de la santé en Côte d'Ivoire. Ces défis sont en lien avec : (i) la dotation de toutes les structures sanitaires en budget adapté à leur fonctionnement ; (ii) la généralisation de la CMU ; (iii) l'opérationnalisation du budget-programme ; (iv) le contrôle de gestion à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Production, analyse et transformation des données de qualité en information utilisable pour la prise de décision

En matière de production, d'analyse et de traitement des données, les objectifs pour le PNDS étaient de : (i) renforcer la disponibilité des données sanitaires à travers la production annuelle de RASS nationaux et régionaux dans les délais ; (ii) renforcer l'analyse des données sanitaires ; et (iii) développer le mécanisme d'assurance qualité des données sanitaires.

Concernant le renforcement de la disponibilité des données sanitaires, le Ministère a procédé à l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels existants (SIGDEP3, Open Elis, Power-bi, mSupply, etc.), à l'intégration des données du secteur privé, des EPN et de toutes les composantes non encore enrôlées (l'armée, l'éducation) dans le SIG (DHIS 2), ainsi qu'au développement d'outils de collecte des données. De plus des études de référence en santé, telles que IPSS, HHFA, EDS-CI ont été conduites. Ainsi, l'enquête HHFA a permis de collecter des informations sur la disponibilité des services, la capacité opérationnelle des établis-

sements sanitaires à fournir ces services, la qualité des soins, la gestion administrative et financière des établissements sanitaires.

S'agissant de l'analyse des données sanitaires, il convient de noter que le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) national ainsi que les Rapports Annuels Régionaux sur la Situation Sanitaire (RARSS) ont été produits en 2021, bien que l'objectif initial ait été de les rendre disponibles dès le premier trimestre de l'année suivante. Cependant, des rapports spécifiques par pathologie (VIH, tuberculose, paludisme, etc.) ou grands problèmes de santé sont produits chaque année. Ces documents permettent d'apprécier les performances atteintes par domaine programmatique et sont destinés à aider à la prise de décision. On enregistre aussi une nette amélioration de la rétro-information du niveau central vers le niveau déconcentré sur la qualité des données dans la base DHIS2.

En ce qui concerne les enquêtes de santé, elles sont réalisées à des intervalles trop espacés, rendant difficile la disponibilité de données factuelles pour identifier rapidement les tendances et ajuster les politiques (EDS 2012 - EDS 2021 ; PRISM 2018 ; SARA 2016 - HHFA 2024).

Au titre du développement de mécanismes d'assurance qualité des données sanitaires, l'on note : (i) la production et la diffusion d'algorithme de procédure, de traitement et de contrôle de cohérence des indicateurs au niveau des établissements de soins (cliniques, logistiques, communautaires) ; (ii) la production et la diffusion de Rapport Annuel sur la Performance.

En dépit des actions menées, on enregistre au niveau national une baisse de la complétude et de la promptitude des formulaires des rapports SIG de 2020 à 2023, respectivement de 100% à 99,89% et de 89,23% à 82,35%.

Certains défis persistent notamment : (i) la disponibilité du financement pour la production du RASS dans les délais; (ii) la réalisation de l'évaluation de la performance du système d'information sanitaire à travers l'outil PRISM et (iii) la production des rapports analytiques par les acteurs du niveau déconcentré et (iv) la poursuite de l'intégration des données sanitaires des autres secteurs (EPHN, EHP, Etablissements sanitaires parapublics, etc.).

Planification, suivi et évaluation des interventions sanitaires

En matière de planification et de suivi-évaluation, le MSHPCMU s'est engagé à renforcer : (i) le cadre de planification et de budgétisation; (ii) le cadre de suivi-évaluation; (iii) les capacités des acteurs en matière de planification et de suivi-évaluation.

S'agissant du renforcement du cadre de planification et de budgétisation, plusieurs activités ont été entreprises notamment l'élaboration : (i) d'un guide national de planification et de budgétisation des interventions sanitaires décrivant les processus de planification stratégique et opérationnel, (ii) des plans opérationnels (Plan de Travail Annuel du PND, Plan de Travail Triennal du PNDS) avec tous les acteurs du MSHPCMU assurant ainsi, un parfait alignement des processus de planification, (iii) des Documents de Programmation Pluriannuelle des Dépenses et Projet Annuel de Performance (DPPD-PAP), des Projets d'Investissement Public (PIP) et de la feuille de route du MSHPCMU ainsi que (iv) le guide national d'élaboration des projets d'établissements hospitaliers. Il est à noter également, l'élaboration de plusieurs plans stratégiques pour la lutte contre les problèmes de santé.

Conformément aux dispositions du Décret n°2021-762 du 1^{er} décembre 2021, fixant les modalités de validation et de signature des Projets d'Etablissement Hospitalier (PEH), l'article 7 stipule que l'allocation des ressources aux hôpitaux s'effectue sur la base du Budget Programme, en référence au PEH validé par le Ministre en charge de la Santé. Dans ce cadre, un document de planification stratégique, à savoir le guide national d'élaboration des Projets d'Etablissement Hospitalier a été élaboré, et un pool de formateurs nationaux a été constitué afin d'apporter un appui aux hôpitaux dans l'élaboration de leur PEH.

En matière de renforcement du cadre de suivi et évaluation, des groupes thématiques ont été mis en place afin de faire le suivi de la mise en œuvre du PNDS. À cela s'ajoute le suivi de la mise en œuvre du PND au niveau sectoriel à travers des matrices de suivi notamment la Matrice de Suivi des Indicateurs de Résultats (MASIR) et la Matrice de Suivi de Mise en Œuvre (MASMO). Également, le suivi régulier des DPPD-PAP, PIP et feuille de route est réalisé selon des chronogrammes bien établis permettant d'apprécier la mise en œuvre des interventions de santé. L'on peut également enregistrer la participation du MSHPCMU à la mise en œuvre du Cadre de Coopération pour le Développement Durable (CCDD) entre l'Etat Ivoirien et le système des Nations Unies, participation qui permet de faire le suivi de l'action sanitaire inscrite dans les plans du système des Nations Unies.

Au titre du renforcement de capacités des acteurs en matière de planification et de suivi-évaluation, des sessions de formation sur le guide de planification ont été réalisées avec les acteurs du niveau déconcentré (33 directeurs régionaux, 33 chargés de surveil-

lance de l'action sanitaire / chargés de suivi-évaluation régionaux, 113 chargés de surveillance de l'action sanitaire/ chargés de suivi-évaluation de districts). Pour le niveau central, les directeurs coordonnateurs de certains programmes de santé, les chargés de planification des programmes de santé et directions centrales ont également bénéficié de renforcement de capacités. En outre, on note le recrutement des Conseillers Techniques Régionaux (CTR) pour apporter un appui aux régions sanitaires dans les domaines de la planification et du suivi-évaluation des activités. Les acteurs du MSHPCMU ont également bénéficié de renforcement des capacités sur l'élaboration des PIP depuis la conception du projet jusqu'à la maturation.

Grâce à ces réalisations, le MSHPCMU a réussi à garantir la disponibilité d'un plan de travail en adéquation avec les objectifs nationaux de développement sanitaire dans 100% des structures sanitaires.

Cependant, des efforts doivent être consentis, notamment sur (i) le financement des plans d'action des structures sanitaires ; (ii) l'alignement des dotations budgétaires aux plans d'action des structures sanitaires et (iii) la coordination efficace.

Recherche et innovation en santé

En matière de recherche et d'innovation, le MSHPCMU s'est engagé à proposer des interventions et des politiques de santé fondées sur des connaissances et preuves scientifiques ainsi que d'implémenter un ensemble de mesures, dans les dimensions structurelles, organisationnelles et sanitaires, soutenues par les Technologies de l'Information et de la communication. Ces actions permettraient d'améliorer la santé et le bien-être des populations, et de réduire les inégalités de santé. Les leviers de cet engagement sont : (i) l'amélioration des

capacités des structures de santé pour la recherche ; (ii) le renforcement des mécanismes de gouvernance, de coordination, de collaboration et de suivi et évaluation pour la recherche et l'innovation dans le système de santé ; (iii) la promotion et la vulgarisation des acquis de la recherche en santé ; et (iv) le développement de technologies innovantes du numérique en soutien au système de santé.

Au titre de l'amélioration des capacités des structures de santé pour la recherche, les centres et laboratoires de recherche de l'INSP (Abidjan, Bouaké, Daloa) ont été renforcés en matériels biomédical, informatique et de bureau. Le manuel des normes, procédures et standards de la recherche en santé a également été développé.

S'agissant du renforcement des mécanismes de gouvernance, de coordination, de collaboration et de suivi et évaluation pour la recherche et l'innovation dans le système de santé, des réalisations ont été enregistrées, en particulier la prise des arrêtés suivants : Arrêté N°00040/MSHPCMU/CAB du 07/03/2023 portant création, organisation et fonctionnement des organes de gouvernance de la recherche en santé en Côte d'Ivoire ; Arrêté N°00041/MSHPCMU/CAB du 07/03/2023 portant procédure d'autorisation administrative des projets de recherche en santé.

Le renforcement des mécanismes de gouvernance a contribué à la mise en œuvre des projets de recherche suivants :

- Évaluation de la capacité du calculateur de fer à estimer les apports alimentaires en fer des enfants de 6 à 36 mois en Côte d'Ivoire;
- Analyse comparative de la pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les zones à fortes prévalences de la malnutrition versus les zones à faibles prévalences de la malnutrition des enfants de 0-24 mois;

- Étude de la diversité et de la composition nutritionnelle des ressources locales pour l'alimentation de complément des enfants de 6 à 24 mois dans les zones à forte prévalence de la malnutrition en Côte d'Ivoire;
- Profil nutritionnel du lait maternel durant la période d'allaitement de 0 à 6 mois;
- Statut oxydant du nourrisson : Cas des jeunes enfants suivis pour diversification alimentaire au service maternel et infantile de l'INSP à Adjamé, six mois après l'allaitement maternel exclusif;
- Surveillance passive de la THA en Côte d'Ivoire du Projet « Trypa-NO! » ;
- Trypa-NO! 2;
- Controlling and progressively Minimizing the Burden of Animal Trypanosomosis (COMBAT) : Réduire progressivement le fardeau de la trypanosomiase animale ;
- REACT 2 : Améliorer l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins pour les communautés rurales vulnérables;
- Efficacité des MILDA chlorfenapyr-pyrethrinolide et MILDAPBO par rapport aux moustiquaires standard pour la lutte contre le Paludisme en Côte d'Ivoire : Un essai contrôlé randomisé;
- Eave tube 2 : Eave tubes pour la lutte contre les maladies à transmission vectorielles ;
- Enquête sur la transmission vectorielle du paludisme dans douze sites sentinelles de Côte d'Ivoire;
- Evaluation de la capture et de la notification des résultats des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme (MaCRA);
- Surveillance de la résistance aux insecticides des moustiques vecteurs de paludisme dans les sites complémentaires aux sites sentinelles de Côte d'Ivoire;
- Evaluation du niveau de connaissances, attitudes et de pratiques en Nutrition & Santé et de la protection sociale sensible au VIH pour une prise en charge efficace des ménages affectés par le VIH en Côte d'Ivoire;

Concernant la promotion et la vulgarisation des acquis de la recherche en santé, on enregistre l'organisation des activités de promotion des résultats de la recherche à travers les congrès de santé publique, les jeudis de la recherche organisés trimestriellement par le Ministère et la publication de 03 bulletins de santé publique.

Des efforts restent néanmoins à être consentis, relativement à la vulgarisation des résultats de la recherche, en particulier sur le mécanisme de diffusion et la coordination de la recherche en santé. Par ailleurs, les efforts devront se poursuivre pour adresser les défis en lien avec le financement de la recherche en santé et le renforcement de la formation des acteurs sur la recherche en santé.

Au sujet du développement de technologies innovantes du numérique en soutien au système de santé, on note (i) la création d'un centre e-santé avec des plateformes et dispositifs de formation et d'information connecté aux 113 districts et 33 régions ; (ii) la création d'une plateforme d'apprentissage numérique en santé mentale ; (iii) la digitalisation du secteur de la santé à travers la création de la Direction de l'Informatique Sanitaire et de la Digitalisation et l'acquisition d'un data center du MSHPCMU; (iv) la création de modules de formation en ligne sur la gestion des urgences de santé publique et l'élaboration d'un manuel de gestion des connaissances sur les urgences de santé publique. Pour l'opérationnalisation effective de la télémédecine, le mécanisme de financement devra être renforcé.

Communication

Afin de renforcer la visibilité des actions menées en faveur du bien-être des populations et de promouvoir la santé publique en Côte d'Ivoire, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre.

Le renforcement de la Communication des Risques et de l'Engagement Communautaire (CREC) a permis d'obtenir des résultats significatifs. Grâce au Centre d'Appels 143 et à un dispositif efficace de gestion des rumeurs, la sensibilisation ainsi que l'implication des communautés dans la prévention des risques sanitaires ont été améliorées. Cette dynamique a été récompensée lors de l'évaluation externe conjointe de décembre 2023, où la CREC a obtenu la meilleure note nationale dans le domaine de la communication communautaire.

Parallèlement, **un Plan de Communication Mutualisé (PCM)** a été mis en place afin d'optimiser la diffusion des informations sur les actions des structures sous tutelle du Ministère. Pour ce faire, des partenariats ont été établis avec plusieurs médias, notamment NCI, KOACI.COM et Veilleur de Médias. Ainsi, 675 reportages télévisés, 567 émissions radio, 2 609 articles de presse écrite et 856 publications en ligne ont permis de relayer les avancées du secteur de la santé.

Dans une logique d'amélioration continue, le MSHPCMU a également mis l'accent sur le renforcement des capacités en communication des structures décentralisées. Au total, ce sont 286 communicateurs qui ont été déployés dans les 33 régions sanitaires du pays, incluant des techniciens, administrateurs et attachés en communication, mais aussi du personnel soignant formé aux enjeux de la communication institutionnelle. Grâce à cette approche, chaque structure dispose désormais d'une existence numérique, facilitant la circulation de l'information et la collaboration avec les autorités locales, les médias régionaux et les communautés. Par ailleurs, 120 communicateurs ont été formés en leadership et communication stratégique, et 10 autres en Fact-Checking et journalisme mobile afin de garantir une information fiable et pertinente.

Ce rayonnement sur le plan digital et médiatique a valu à la Direction de la Communication du Ministère de la Santé une distinction honorifique en 2024, accordée par la Primature, en tant que « **Meilleur Service Gouvernemental de Communication** », témoignant ainsi de son dynamisme et de son engagement.

Axe 2 : Renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité

Relativement à l'axe 2, le MSHPCMU s'est fixé pour objectif de renforcer l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité. Cela, par : (i) l'accroissement des investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessibles ; (ii) l'amélioration de la prise en charge des groupes spécifiques prioritaires ; (iii) la prise en charge efficace des maladies (prévention et prise en charge au sein des établissements sanitaires) et (iv) la gestion efficace des urgences de santé publique.

Ressources humaines

S'agissant des ressources humaines, il était prévu de renforcer leur gestion et leur production afin d'assurer une offre de soins de qualité. La densité des prestataires de soins/habitants devait passer de 8,57 pour 10 000 habitants en 2020 à 10,9 en 2023 et 11,91 à la fin de mise en œuvre du PNDS.

Pour l'atteinte de cet objectif, le MSHPCMU a consenti d'importants efforts dans le cadre de **la gouvernance et du financement des ressources humaines en santé** à travers le déploiement du logiciel Système Intégré de Gestion des Personnels de Santé (SIGPS), depuis janvier 2024 à l'ensemble des structures de la pyramide sanitaire en vue de prendre en compte les défis de dimensionnement des RHS. De plus, la réalisation des comptes nationaux des personnels de santé

en cours de finalisation, permettra d'améliorer la qualité des données ainsi qu'un meilleur suivi de l'efficacité des politiques relatives aux ressources humaines pour la santé (RHS).

On enregistre aussi la certification des filières des infirmiers et sage-femmes par une reconnaissance officielle de l'organisme international RHEA-AFRIQUE en 2021, marquant une avancée dans la qualité des programmes éducatifs. De plus, l'opérationnalisation de la politique nationale de délégation des tâches a été mise en œuvre dans 23 districts, à travers le sous projet « Appui à la disponibilité des Ressources Humaines pour l'offre de soins Obstétricaux Néonataux d'Urgences Complets (SONUC) » pour résoudre le déficit de médecins gynécologues par le processus de validation des acquis professionnels et de formations complémentaires.

En ce qui concerne la formation des RHS, on note la formation continue de 130 cadres et agents de santé à l'École Nationale d'Administration (ENA) à travers un concours direct, ainsi que celle de 290 cadres et agents de santé de courte et longue durée à l'international.

En outre, 10 professionnels de santé ont été formés aux techniques de biologie, notamment en hématologie immunologie et sérologie, ainsi que 25 professionnels sur la prise en charge du diabète et ses complications. Également, quatre éditions du cours de paludologie destinées à plus de 100 cadres supérieurs de la santé se sont tenues.

Relativement au recrutement des RHS, 7 738 personnels de santé ont été recrutés sur la période 2021 à 2024.

Concernant la gestion et la fidélisation des RHS, un cadre stratégique de fidélisation des personnels de santé a été élaboré.

Pour la mise en œuvre de cette stratégie, une cartographie des zones critiques est en cours d'élaboration. Par ailleurs, relativement aux mesures d'incitation générale des cadres supérieurs de la santé, le décret n°2024-183 du 04 avril 2024 portant institution d'une indemnité mensuelle spécifique de spécialité médicale a été pris.

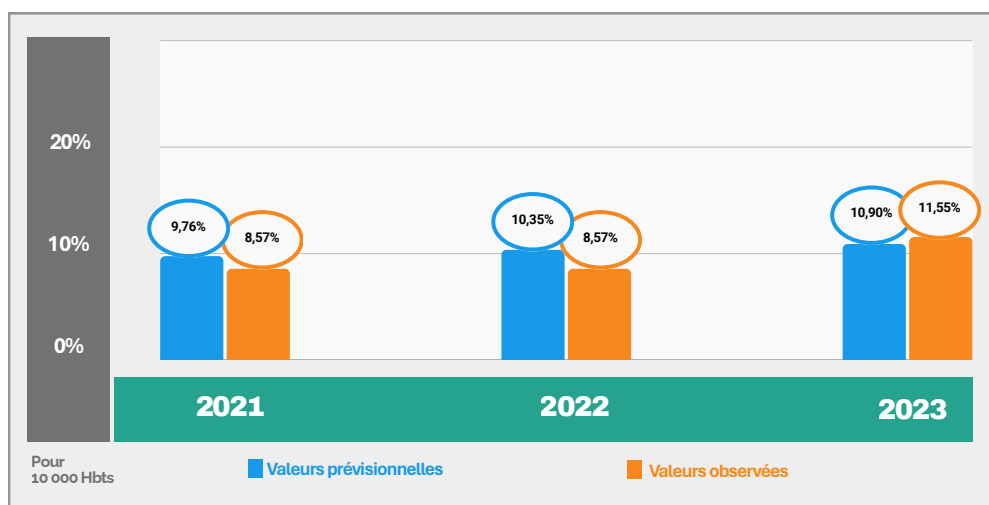
L'accroissement des capacités de production des institutions de formation des spécialistes de la santé est effectif.

Pour ce qui est des cadres supérieurs de la santé, il faut noter la suppression du numerus clausus au niveau des Universités, permettant de faire passer le nombre d'apprenants de 400 à 800 par an.

En ce qui concerne les paramédicaux, les capacités de l'INFAS ont été accrues par l'ouverture de nouvelles antennes (une à Aboisso en 2024, deux antennes provisoires à Agboville et Man en 2023), faisant passer le nombre d'antennes de six (06) à neuf (09). Aussi, huit (8) salles de simulation ont été construites dans différentes localités du pays (Abidjan, Abengourou, Bouaké, Daloa, Korhogo, Aboisso, Yamoussoukro), afin d'améliorer la formation pratique des étudiants. On note également l'augmentation des effectifs d'étudiants en formation initiale, passant de 13 954 en 2021 à 27 754 en 2023 et l'ouverture de plusieurs options de spécialités Infirmières et Obstétricales (Diabétologie, Stomatologie, Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence, santé de reproduction, Pédiopsychiatrie).

De même, la capacité des départements spécialisés des UFR en sciences médicales a été renforcée, avec une production accrue de cadres supérieurs spécialistes, qui est passée de 140 à 400 par an.

Graphique 6 : Evolution de la densité des prestataires de soins/habitants



Sources : Rapport Direction des ressources humaines

Ces réalisations ont permis d'améliorer le ratio prestataires de soins par habitant sur la période d'observation. Ainsi, le ratio médecins pour 10 000 habitants est passé de 1,4 en 2020 à 1,95 en 2024, le ratio infirmiers pour 5 000 habitants de 2,36 en 2020 à 3,13 en 2024 et le ratio sage-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer de 3,05 en 2020 à 4,12 en 2024.

La densité des prestataires de soins / habitant s'est améliorée sur la période de l'observation. Elle est passée de 8,57 en 2020 à 11,55 en 2024 pour 10 000 habitants.

Cependant, elle reste en deçà de la recommandation de l'OMS (23 pour 10 000 habitants). Il existe encore des disparités dans certaines zones du pays. Par exemple, d'importants écarts existent entre les régions d'Abidjan 2 et du Guémon, notamment au niveau du ratio médecins/habitants (Abidjan 2 avec 8 pour 10 000 et Guémon avec 0,41 pour 10 000), du ratio infirmiers/habitants (Abidjan 2 avec 7,5 pour 5 000 et Guémon avec 1,08 pour 5 000) et du ratio sage-femmes/FAP (Abidjan 2 avec 8,27 pour 3 000 et Guémon avec 1,47 pour 3 000).

Aussi, la capacité d'accueil de l'INFAS demeure insuffisante, avec une capacité réelle d'accueil des écoles et antennes de 3 584 places contre 27 754 étudiants en formation en 2023. Les enseignants permanents sont en

nombre insuffisant avec un ratio évoluant de 1/79 étudiants en 2021 à 1/108 étudiants en 2023 alors que l'OMS recommande un ratio de 1/25 étudiants. Les sites de stages demeurent insuffisants pour accueillir les étudiants de l'INFAS pour la formation pratique.

Des défis persistent malgré les acquis enregistrés. Il s'agit essentiellement de l'absence de textes et décrets à effet financier de la Réforme Hospitalière et de l'insuffisance de certaines compétences pour assurer les services médico-techniques-spécialisés (Gynécologie, Chirurgie, Cardiologie, Pédiatrie, Anesthésie, Réanimation et Radiologie).

Infrastructures et équipements

Le MSHPCMU s'est fixé pour objectif de renforcer les infrastructures et équipements sanitaires afin d'améliorer les soins de santé primaire. La proportion de personnes vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé devait passer de 70,17% en 2020 à 76% en 2023 et 80% à la fin de la mise en œuvre du PNDS.

Il s'agira également de positionner la Côte d'Ivoire comme une destination médicale de premier ordre en Afrique de l'Ouest en offrant des soins de santé dans des secteurs de pointe.

Ainsi, d'importants investissements ont été réalisés entre 2021 et 2023, ce qui a permis d'accroître l'accessibilité aux soins et de renforcer le plateau technique des établissements sanitaires. Ce sont 265 ESPC qui ont été construits et 710 réhabilités et/ou équipés entre 2021 et le premier semestre 2024. Ces réalisations ont permis d'améliorer la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé, passée de 70,7% en 2020 à 82% au premier semestre 2024. Afin d'améliorer cet indicateur et réduire les disparités, il importe d'accentuer les efforts dans certaines régions (Boukani 51% ; Worodougou 57% ; San Pedro 58% ; Bere et Tchologo : 62%).

Au titre des établissements sanitaires du deuxième et troisième niveau, au total, ce sont 4 CHU¹¹, 13 CHR¹² et 28 HG¹³ qui ont été réhabilités et équipés. De nouvelles constructions ont également été réalisées, dont 5 CHR¹⁴ et 2 Hôpitaux Généraux¹⁵. Ces investissements ont permis d'améliorer l'offre de service de plus de 1 800 lits supplémentaires. En outre, les travaux de construction de 3 HG¹⁶, 3 CHR¹⁷ et du CHU d'Abobo se poursuivent. Par ailleurs, le projet de construction des 68 maternités sur l'ensemble du territoire a démarré avec 21 blocs livrés. S'agissant des équipements, on dénombre 21 scanners dont 14 à l'intérieur du pays ; 11 IRM¹⁸ dont 06 à l'intérieur du pays.

Pour ce qui est de la maintenance des infrastructures et équipements, on dénombre 08 Centres Régionaux des Infrastructures, Equipements et Maintenance (CRIEM), dont 07 fonctionnels. La proportion de CRIEM fonctionnels est de 87,5% en 2024 contre 18% en 2020.

Afin de positionner la Côte d'Ivoire comme une destination médicale de premier ordre en Afrique de l'Ouest, plusieurs interventions ont été menées, notamment la construction de 02 établissements spécialisés dont l'institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA) et le Pôle Gynéco-obstétrique et Pédiatrique du CHU Cocody. Également, l'on note l'acquisition d'équipements de pointe (VMAT, Genex-pert, Halcyon-Elite) par le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO). En outre, les travaux de construction et d'équipement du Centre National de Radiothérapie et d'Oncologie Médicale (CNROM) à Grand Bassam sont en cours, enregistrant un taux d'exécution de 25% des gros œuvres, ainsi que l'Institut de Cardiologie de Bouaké (90%).

Les activités de l'IMENA ont permis la réalisation de plus de 1 710 examens, répartis comme suit : 69% en scintigraphies osseuses, principalement en lien avec des pathologies cancéreuses, 15% en scintigraphies rénales, 15 % en endocrinologie, et 1% en cardiologie et pneumologie. Par ailleurs, il est à noter que près de 76% des prescripteurs de scintigraphies proviennent du secteur public national, 23% des demandes émanent de centres privés, majoritairement situés à Abidjan, et un peu plus de 1 % proviennent des pays francophones d'Afrique subsaharienne.

Les prestations fournies par l'IMENA ont contribué à améliorer significativement la prise en charge de 86 % des cas de cancers du sein et de la prostate, cancers ayant les plus fortes prévalences en Côte d'Ivoire. De même, elles ont joué un rôle crucial dans le diagnostic et le traitement des pathologies rénales, thyroïdiennes et parathyroïdiennes.

¹¹Yopougon, Treichville, Cocody et Bouaké

¹²Abobo, Agboville, Abengourou, Daloa, Yamoussoukro, Korhogo, Guiglo, Bondoukou, Gagnoa, Bouaflé, Dimbokro, Man, Séguéla

¹³Bingerville, Port Bouet, Didiévi, Guirry, Anyama, Sassandra, Dabou, Soubre, Bonoua, Ferkessedougou, Tiébissou, Bocanda, Katiola, Issia, Bouna, Daoukro, Toumodi,

Adjamé, Grand Bassam, Priko, Arrah, Vavoua, Jacqueville, Alépé, Niakaramadougou, Duékoué, Yopougon-Attie, Abobo-Nord

¹⁴Aboisso, Adzopé, Bouaké, Man et San Pedro

¹⁵Méagui, Danané

¹⁶Kouto, Ouangolo et Kong

¹⁷Minignan, Katiola, Boundiali

¹⁸CHU de Treichville ; CHR de Bouaké, Korhogo, San Pedro, Yamoussoukro, Daloa ; Institut de Cardiologie de Bouaké

Parmi les 222 scintigraphies rénales réalisées, plus de 78 % des reins affectés ont pu être traités et guéris.

En ce qui concerne le CNRAO, les activités ont permis d'assurer plus de 25 800 traitements, incluant des chimiothérapies, des thérapies ciblées ainsi que d'autres interventions en oncologie médicale. Quant au Pôle Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique du CHU de Cocody, doté d'une capacité d'accueil de 225 lits, il offre une prise en charge intégrée et complète de la mère et de l'enfant.

Dans le cadre de l'approche de pôle de continuum de soins pour le renforcement de l'équité à l'accès aux soins, on note la création en 2023 des PRES par la prise de l'arrêté N°00203 MSHPCMU/CAB du 2 mai 2023 portant création, attribution, organisation et fonctionnement des PRES. Ainsi, 10 PRES (San-Pedro, Man, Odienné, Korhogo, Daloa, Yamoussoukro, Bouaké, Abidjan, Abengourou et Bondoukou) regroupant les services hospitaliers, avec les plateaux techniques adéquats sont en cours de mise en place.

La mise en œuvre des projets d'infrastructures et d'équipements sanitaires fait face à certains défis, notamment la livraison dans

les délais des infrastructures et équipements, ainsi que leur maintenance.

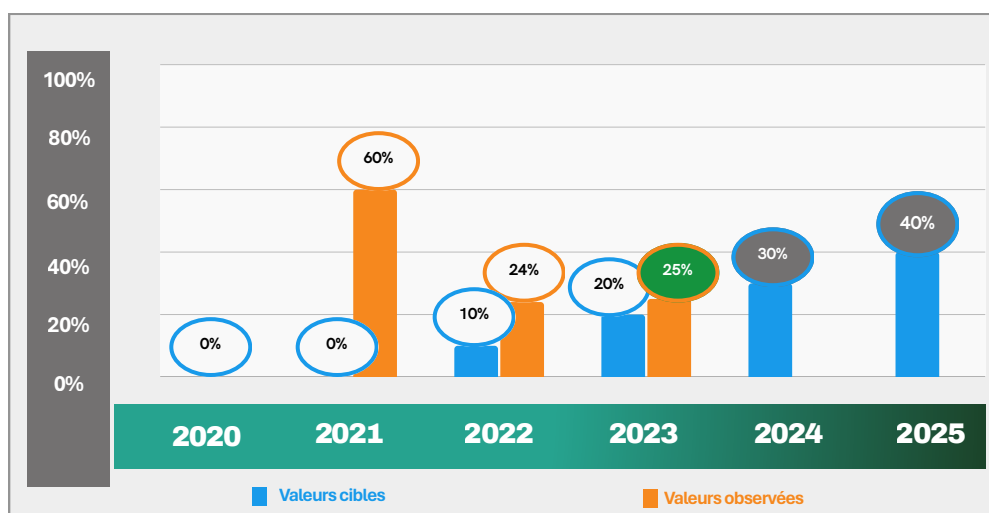
Accréditation / certification des établissements sanitaires publics et privés

La volonté du Ministère de faire de l'accréditation une priorité s'est manifestée à travers la loi n° 2019-678 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière, en son article 17 qui prescrit aux établissements hospitaliers de s'engager dans les processus d'accréditation et de certification.

A cet effet, l'objectif était d'organiser et de généraliser l'accréditation/certification des établissements sanitaires publics et privés. Cette initiative devait permettre d'augmenter la proportion des établissements de santé accrédités à 20% en 2023, puis à 40% en 2025. Pour y parvenir, il était prévu d'accompagner les établissements sanitaires dans le processus d'accréditation et d'évaluer tous les établissements sanitaires engagés dans le processus d'accréditation.

En matière d'accompagnement des établissements sanitaires, le MSHPCMU a initié en 2024 un projet d'accréditation selon la norme ISO 15189 de 5 laboratoires de biologie moléculaire engagés dans une démarche qualité depuis 2022.

Graphique 7 : Evolution de la proportion de laboratoire de santé accrédités



Sources : Liste des établissements accréditeurs : CRESAC & SOAC, DMHP

Huit laboratoires sont accrédités à ce jour, le processus ayant démarré depuis 2010. La proportion des laboratoires de santé accrédités s'établit à 25% en 2023, au-dessus de la cible de 20% pour la même année. Cela grâce à la mise en place des programmes d'évaluation de la qualité et de coaching des hôpitaux, basés sur l'outil national de mesure de la qualité des soins et services. Il faut souligner l'insuffisance d'infrastructures adéquates et d'équipements médicaux modernes au niveau de certains EPH, ce qui limite leur capacité à offrir des services de qualité et migrer vers l'accréditation de leurs laboratoires. Le coût élevé de la démarche qualité est aussi un obstacle majeur à l'engagement des établissements dans le processus d'accréditation. Par ailleurs, les établissements sanitaires rencontrent parfois des difficultés au niveau du financement de la formation de leur personnel.

Accessibilité à des produits de santé de qualité et en quantité suffisante

En ce qui concerne les produits de santé y compris le sang, l'objectif était de renforcer (i) la régulation du secteur pharmaceutique et de la transfusion sanguine ; (ii) les capacités de production locale des produits de santé y compris les médicaments traditionnels homologués et les vaccins; (iii) la disponibilité des produits de santé (produits sanguins, vaccins, médicaments et intrants stratégiques) en quantité suffisante ; et (iv) la qualité des produits de santé. Ces initiatives

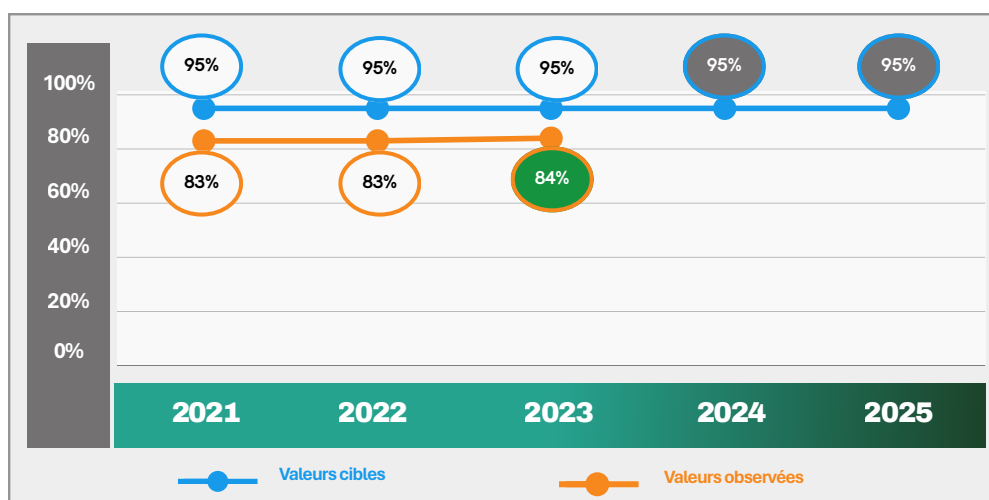
permettraient de faire passer le taux de satisfaction des commandes de produits sanguins de 39,30% en 2020 à 75% en 2023 et 90% à la fin de mise en œuvre du PNDS ; et accroître le taux de disponibilité des produits traceurs dans les établissements de premier contact de 95% et le maintenir sur toute la période de mise en œuvre du PNDS.

Pour ce qui est de la régulation du secteur pharmaceutique, le Ministère a élaboré la loi sur la biologie médicale qui est en cours d'adoption. La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) qui définit les priorités des interventions a été adoptée.

De plus, le Plan National Stratégique de la Chaîne d'Approvisionnement (PNSCA) 2023-2025 ainsi que le Plan National Stratégique des Laboratoires de Biologie Médicale (PNSLAB) 2023 ont été élaborés.

La mise en œuvre de ces plans a permis : (i) la révision de la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) en 2023 pour une période de 3 ans ; (ii) la réalisation de la cartographie des appuis et du financement du secteur pharmaceutique (2019-2022); (iii) l'élaboration et la mise en œuvre du plan de distribution des produits de santé par l'élaboration de circuit optimisé pour les PRES de Man, de Daloa, et de Korhogo ; (iv) le déploiement du logiciel mSupply dans 61 districts sanitaires avec un taux d'utilisation de 71,06% ; (v) la formation habilitante de 314 pharmaciens et PGP nouvellement affectés et (vi) la réalisation de neuf (09) exercices de quantification, ainsi que la tenue de réunions de suivi de stock.

Graphique 8: Evolution du taux de disponibilité des produits traceurs dans les établissements de premier contact



Sources : Rapports d'activité DAP

En ce qui concerne la disponibilité des produits de santé, celle des produits traceurs au niveau des sites clients directs de la NPSP connaît une légère hausse de 1,1 point, passant de 82,9% en 2021 à 84% en 2023. Cette augmentation est due aux différentes actions réalisées, à savoir : (i) l'opérationnalisation des 08 dépôts régionaux (Man, Korhogo, Odienné, San Pedro, Daloa, Abengourou, Adzopé et Agboville) ayant permis l'augmentation des capacités opérationnelles de stockage (33 058 palettes en 2021 à 35 250 palettes en 2024) ; (ii) la mise en œuvre du plan d'optimisation de la distribution des produits base communautaire et (iii) la formation des acteurs à l'utilisation du logiciel mSupply.

Également, la disponibilité et l'accessibilité géographique des médicaments essentiels et intrants stratégiques du niveau central se sont nettement améliorées, permettant d'assurer une bonne réponse aux urgences nationales et aux crises sanitaires. Parmi les progrès, on note une hausse relative du taux de disponibilité des produits traceurs de 3 points, passant de 85% en 2019 à 85,5% en 2021 puis 88% au premier semestre 2024.

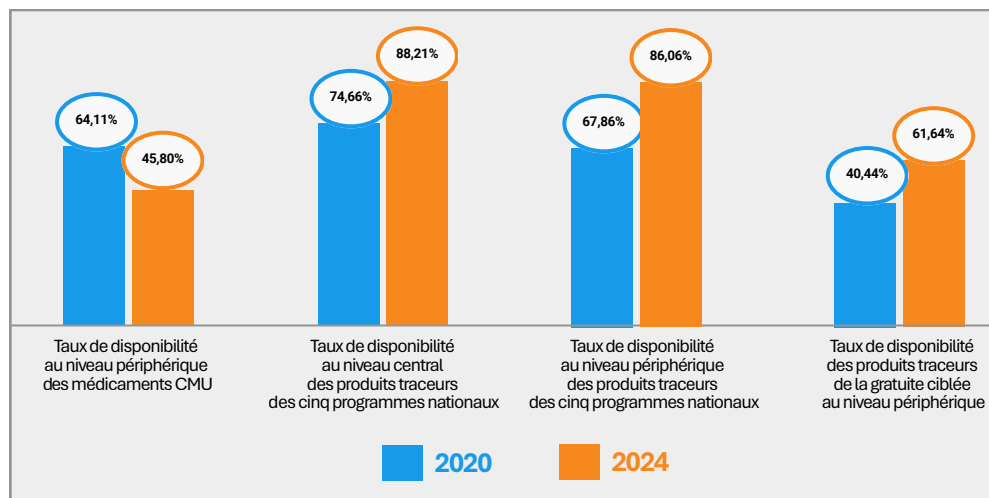
Cela résulte de plusieurs actions notamment: (i) l'amélioration des conditions de contrôle et de supervision ; (ii) le renforcement du parc automobile pour la distribution au dernier kilomètre, incluant la mise aux normes de plus de 70 % des espaces de stockage en atmosphère contrôlée ; (iii) le renforcement du système de contrôle qualité des produits par des Laboratoires préqualifiés OMS ; (iv) le déploiement d'un Progiciel de Gestion Intégrée SAGE X3 ; (v) le respect du plan d'approvisionnement avec une bonne gouvernance des achats et une accessibilité financière des produits vitaux ; (vi) l'opérationnalisation de l'agence régionale de Bouaké et des différents dépôts régionaux avec pour impact direct la réduction des délais de livraison des commandes clients de 30 à 07 jours à l'intérieur du pays et à 24h à Abidjan et dans les zones d'implantation des dépôts.

En lien avec la disponibilité des produits traceurs, le taux de disponibilité au niveau périphérique des médicaments CMU a chuté de 64,11% en 2020 à 45,80% en septembre 2024.

En ce qui concerne les produits traceurs des cinq programmes nationaux de santé¹⁹, au niveau central, le taux de disponibilité a progressé de 74,66% à 88,21%. Au niveau périphérique, le taux de disponibilité a également augmenté de 67,86% à 86,06%.

Quant aux produits traceurs de la gratuité ciblée au niveau périphérique, le taux de disponibilité a considérablement augmenté de 40,44% en 2020 à 61,64% en septembre 2024.

Graphique 9: Evolution des indicateurs liés à l'accessibilité des produits de santé



Sources : Rapports d'activité DAP

Pour assurer la qualité des produits de santé, le Ministère a procédé à : (i) l'élaboration d'un Plan Stratégique de lutte contre les Produits Médicaux de Qualité Inférieure et Falsifiés (PMQIF) ; (ii) la réalisation effective des réunions de coordination des parties-prenantes de lutte contre les PMQIF (Gendarmerie, Police, Douanes Ivoiriennes, Justice, etc.) ; (iii) l'accroissement du contrôle menant à des saisies des PMQIFS (676 tonnes de PMQIF saisies); (iv) le renforcement du processus d'homologation des produits pharmaceutiques ; (v) la mise en place de comités techniques d'experts pour l'évaluation technique des dossiers de demande d'homologation, ainsi que de la commission nationale du médicament et des autres produits pharmaceutiques ; (vi) le traitement de 8 021 dossiers de demande d'autorisation de mise sur le marché/autorisation de commercialisation ; (vii) la réalisation des inspections et des visites de conformité dans 440 établissements pharmaceutiques

et (viii) la mise en place de comité d'experts des vigilances. De plus, l'évaluation et la sélection des laboratoires répondant aux critères de préqualification OMS a été effectuée pour la réalisation du contrôle pour la surveillance du marché. Le taux de conformité aux normes des lots de produits de santé contrôlés en post-marketing est resté stable de 2020 à 2022 (100%).

Toutefois, la dépendance vis à vis du financement des Partenaires Techniques et Financiers reste un défi pour le financement durable de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé. Le secteur souffre également de l'absence d'une stratégie globale et intégrée pour le développement de l'industrie pharmaceutique. La captation de l'information sur les industries pharmaceutiques, la non-appropriation du logiciel mSupply par certains utilisateurs pour la gestion quotidienne des stocks sur les sites, ainsi que les capacités limitées de stockage des produits constituent des défis majeurs.

¹⁹ PNLT, PNLP, PNLS, PNSME, PEV

Au niveau des produits sanguins, la mise en œuvre des activités sur la période a permis d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des poches de sang. Dans le cadre de la régulation, l'arrêté N°00025 MSHPCMU/CAB du 08/03/2022 portant fixation du coût de cession des produits sanguins en Côte d'Ivoire à 3 000 FCFA a été pris.

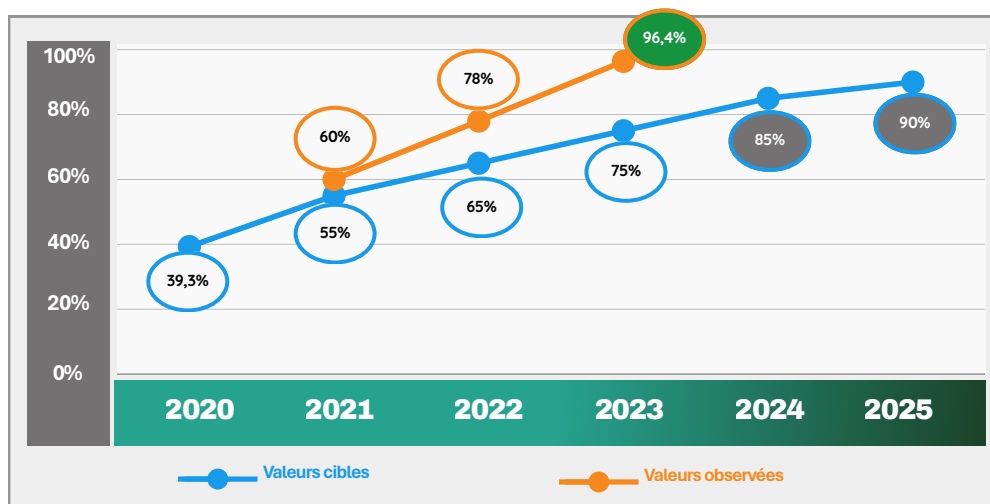


Il faut noter également le renforcement de capacités matérielles et infrastructurelles du CNTSCI, tant au niveau central que déconcentré.

Des projets d'acquisition de matériels et d'équipements ainsi que des travaux de construction et de réhabilitation de centres ont été mis en œuvre sur la période 2021-2023. Il s'agit notamment de :

- L'acquisition des équipements de prélèvement, de laboratoire, de préparation et de stockage du sang en vue de renforcer les capacités du CNTSCI et les structures déconcentrées ;
- L'acquisition de matériels informatiques et de mobiliers de bureau ;
- L'acquisition d'équipements de stockage et de distribution de sang ;
- L'acquisition de logiciels de recouvrement des recettes ;
- L'acquisition de logiciels de traçabilité du sang (CNTS Mobile) et de smartphones, ainsi que son implémentation dans 220 établissements, avec la formation de 440 gestionnaires de dépôt de sang et 1 300 personnels médicaux et paramédicaux à l'utilisation de l'outil et sur les bonnes pratiques transfusionnelles ;
- La construction du Centre Départemental de Transfusion Sanguine (CDTS) de Divo ;
- La réhabilitation et l'extension des CDTS de Bouna, Bondoukou, Daoukro et des Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) de Daloa et d'Abidjan (Treichville) ;
- L'ouverture d'un site de prélèvement (Anyama) ;
- L'ouverture du Laboratoire du CRTS de San Pédro ;
- L'acquisition de véhicules de collecte, de prospection, de direction, de liaison et de transport du matériel et de motos de prospection (39 véhicules et 13 motos).

Graphique 10: Evolution du taux de satisfaction des commandes de produits sanguins



Sources : Rapports d'activité CNTS

Ces actions ont permis de faire passer le taux de disponibilité des produits sanguins labiles de 79,8% en 2020 à 100% en 2023. Il en est de même pour le taux de satisfaction des commandes des produits sanguins qui a augmenté, passant de 39,3% en 2020 à 96% en 2023.

De plus, la disponibilité des médicaments au dernier kilomètre s'est vue améliorée avec le projet zipline, par l'utilisation de drones. Cela fait de la Côte d'Ivoire le premier pays francophone d'Afrique à utiliser cette technologie révolutionnaire pour la distribution des produits sanguins et médicaux (kits d'accouchement, médicaments, produits sanguins et vaccins) au dernier kilomètre depuis le 2 mars 2023. Les activités de Zipline ont été réalisées en premier lieu dans le Hub de Daloa, couvrant les DRS de la Nawa, du Hautassandra, du Guemon, de la Marahoué et du Goh et 224 ESPC. Les résultats de cette approche révolutionnaire sont probants : au 8 novembre 2023, ce sont au total, 3 111 produits sanguins, 11 366 kits d'accouchement et de médicaments et 29 205 doses de vaccins qui ont été délivrés au dernier kilomètre. Ces livraisons de poches de sang et de produits médicaux, dont 50% ont été faites en urgence, ont permis de sauver la vie de nombreuses femmes en accouchement et d'au moins de 50 enfants de moins de deux ans.

Pour consolider ces acquis, le MSHPCMU devra adresser certains problèmes, en l'occurrence le coût élevé des réclames par les médias d'Etat (radio, télé et presse écrite) pour la sensibilisation sur la transfusion sanguine et pour les activités promotionnelles y afférentes. Aussi, on note un retard dans l'attribution des marchés pour l'achat des intrants, consommables et réactifs, l'insuffisance de financement pour l'achat du matériel pour le déploiement du logiciel de traçabilité des produits sanguins

labiles dans toutes les structures sanitaires qui pratiquent les transfusions sanguines ainsi que l'insuffisance de certaines catégories de personnels (techniciens de laboratoire et ingénieurs biologistes).

Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant, le MSHPCMU s'est engagé à mieux outiller le système de santé, à l'effet d'offrir des services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Pour ce faire, (i) l'offre de service de santé de la mère ainsi que (ii) l'offre de service de santé du nouveau-né et de l'enfant devaient être renforcées.

Ces initiatives devaient permettre de faire passer la proportion des besoins satisfaits en SONU de 11,1% en 2020 à 68% en 2025 ; accroître la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, notamment de 71,6% en 2016 à 81,8% en 2025 ; accroître le pourcentage des femmes enceintes ayant suivi au moins 4 CPN de 51,3% en 2020 à 63,15% en 2025 et accroître la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer de 21% en 2020 à 40,5% en 2025.

L'enquête Démographique de Santé (EDS) réalisée en 2021 a révélé que la mortalité maternelle a connu une baisse, passant de 614 décès en 2011 à 385 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2021 (EDS 2011), largement en dessous de la cible (566,6). La mortalité néonatale a également régressé passant de 38 en 2011 à 30 décès pour 1000 naissances vivantes en 2021, proche de la cible (30,9). De même, la mortalité infantile a été réduite significativement, chutant de 108 en 2011 à 74 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2021, bien en dessous de la prévision (88,9%). Aussi, le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié s'est amélioré, passant de 61,2% en

2011 à 84,1% en 2021 (contre 75,2% prévus). Dans cette dynamique, plusieurs interventions ont été réalisées pour renforcer l'offre de services de santé en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

S'agissant du renforcement de l'offre de service de santé de la mère, le MSHPCMU a entrepris des projets de construction et d'équipements des établissements de santé, ainsi que le renforcement des capacités des prestataires. Ainsi, on note la mise en place des Pôles et Réseaux Régionaux SONU pour la prise en charge de proximité avec la construction de 49 maternités SONUC, ainsi que la fourniture d'équipements et de matériels dans 22 structures (21 ESPC et 1 HG).

Au titre de la gratuité ciblée, on note la distribution de 419 621 kits d'accouchement et 47 310 kits de césarienne en moyenne par an.

En plus des interventions citées plus haut, le ministère s'est engagé dans un programme de renforcement des capacités des prestataires. Ces actions sont entre autres (i) la mise en place des pools de formateurs dans les 113 districts sanitaires dans le cadre du réseau SONU; (ii) le renforcement des capacités de 8 025 Sage-Femmes Diplômées d'Etat (SFDE), 13 541 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) en module SONU, en accueil et en soins respectueux en mode e-learning ; (iii) la formation de 16 formateurs nationaux sur la surveillance des décès maternels ; (iv) 128 médecins formés à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge des fistules obstétricales ; (v) 505 prestataires dont 23 médecins généralistes formés en chirurgie essentielle (césarienne, GEU, hernie et appendicite) et 482 infirmiers et sage-femmes en utilisation de kits UBT pour la prise en charge des urgences obstétricales et (vi) la révision du curricula de formation des sage-

femmes avec intégration des modules sur la fistule obstétricale, les violences basées sur le genre et les soins humanisés. De plus, on note la mise en place du mentorat clinique des SFDE et maïeuticiens dans 04 centres d'excellence (EPHN de Bouaké, EPHR de Guiglo et Bondoukou et EPHD de Port-Bouet) et l'élaboration d'un guide de formation continue pour améliorer la qualité des soins. En outre, 35 formateurs nationaux et 282 sage-femmes et IDE ont été formés sur l'amélioration du continuum des soins de santé maternelle et néonatale, et 32 coordonnatrices santé mère-enfant et majors de maternité de 18 structures sanitaires de la région de Gbêkê ont été formées sur l'accueil et les soins humanisés.

Dans le cadre des interventions communautaires, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre, notamment : « Gbêkê là-haut-là », le projet MOMENTUM, le projet TAKEDA (2 heures pour la vie), le projet MUSKOKA et le projet TCI Amplify-PF dans la région de Gbêkê ; l'initiative « Loh-Gnouman » dans le Kabadougou ; ainsi que l'initiative « See Your Baby » déployée dans 10 districts sanitaires²⁰. Par ailleurs, un plan de connexion et de référence des structures communautaires vers les structures SONU a été établi dans la région de Gbêkê.

Il est à noter également l'implication des autorités locales et des médias et le renforcement de la sensibilisation par la production et la diffusion des Prêts à Diffuser (PAD) en langues locales pour améliorer l'utilisation des services. En outre, 225 Agents de Santé Communautaires (ASC) ont été formés sur la reconnaissance des signes de danger et orientation des parturientes vers les centres de santé, sur les Communication pour le Changement de Comportement (CCC) en SONU/PF.

²⁰ Bondoukou, M'Bahiakro, Dimbokro, Korhogo 1, Méagui, Gagnoa 1, Odienné, Sinfra, Aboisso et Tanda

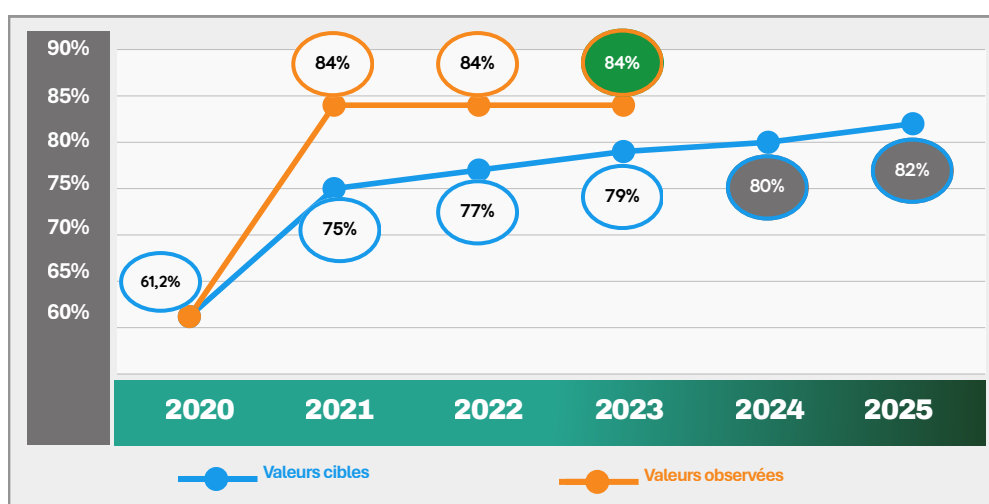
Pour ce qui est de la prise en charge des fistules obstétricales, les activités menées ont permis d'assurer : (i) l'opération gratuite de 463 femmes atteintes de fistule obstétricale ; (ii) la réception de kits par 251 femmes opérées et guéries de la fistule obstétricale en vue de développer des activités génératrices de revenus ; (iii) et l'appui psycho-social et religieux à 568 femmes vivant avec la fistule obstétricale. Par ailleurs, 216 agents de santé ont été formés à la prévention et au diagnostic précoce des cas de fistule obstétricale dans le post-partum immédiat.

S'agissant de l'offre de planning familial, elle est intégrée dans tous les services de la mère et de l'enfant des établissements sanitaires (accouchement, post-natal, PMI, vaccination etc.), y compris dans les structures de référence. En outre, la communication interpersonnelle dans les services de PF et la communication dans les radios de proximité pour promouvoir la PF ont été améliorées. Aussi, la promotion de la PF a

été renforcée à travers les activités de mobilisation communautaire. Par ailleurs, les services de planification familiale, y compris la fourniture des produits contraceptifs et des intrants nécessaires, sont entièrement gratuits. Cette gratuité permet désormais aux jeunes, aux femmes et aux hommes d'accéder sans contrainte financière aux méthodes contraceptives et aux intrants associés. On note également l'institution des semaines nationales d'intensification de la Planification familiale.



Graphique 11: Evolution du taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié

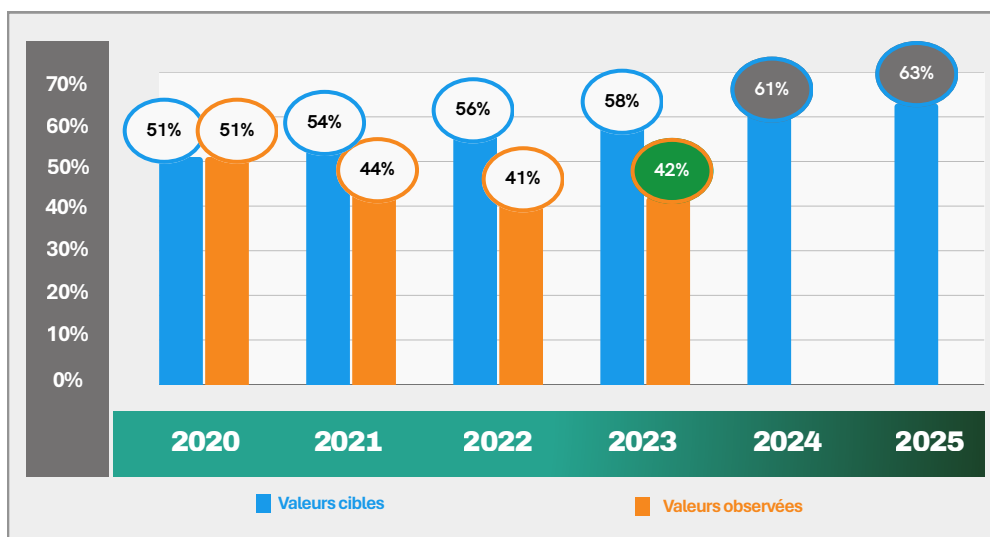


Sources : Rapports d'activité PNSME

L'ensemble de ces interventions a contribué à l'amélioration du taux de prévalence contraceptive moderne, qui est passé de 21% en 2020 à 25% en 2024, bien qu'il demeure en deçà de la cible fixée à 36,6%. Par ailleurs, la proportion des besoins satisfaits en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) a également progressé, passant de 11,1% en 2020 à 35% en 2023, tout en restant inférieure

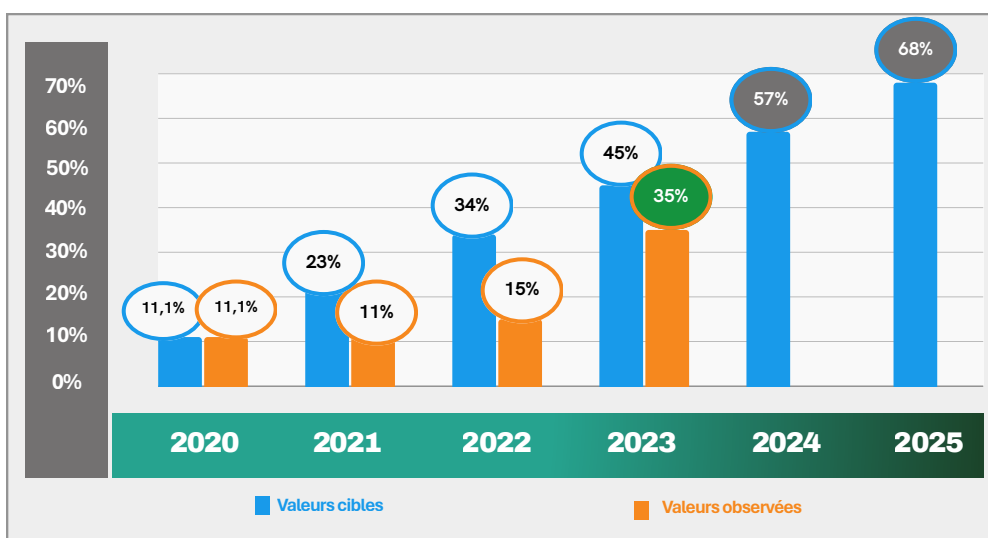
aux prévisions du PNDS 2021-2025, estimées à 45,2%. De plus, la proportion des accouchements réalisés par un personnel qualifié dans un établissement de santé a connu une légère augmentation, passant de 92,8% en 2022 à 93,2% en 2024. Cependant, le taux de couverture en CPN4 reste faible, s'établissant à 42% en 2023. Il est inférieur aux prévisions (56%) du PNDS 2021-2025.

Graphique 12: Evolution du taux de couverture de la CPN4



Sources : Rapports d'activité PNSME

Graphique 13: Evolution de la proportion des besoins satisfaits en SONU



Sources : Rapports d'activité PNSME

Concernant le renforcement de l'offre de service de santé du nouveau-né et de l'enfant, l'approche des Soins Mère-Kangourou (SMK) a été adoptée afin d'améliorer la survie ainsi que le bien-être des nouveau-nés présentant un faible poids à la naissance. A cet effet, 19 unités de SMK ont été implantées dans des établissements de santé ainsi qu'un centre de référence national.

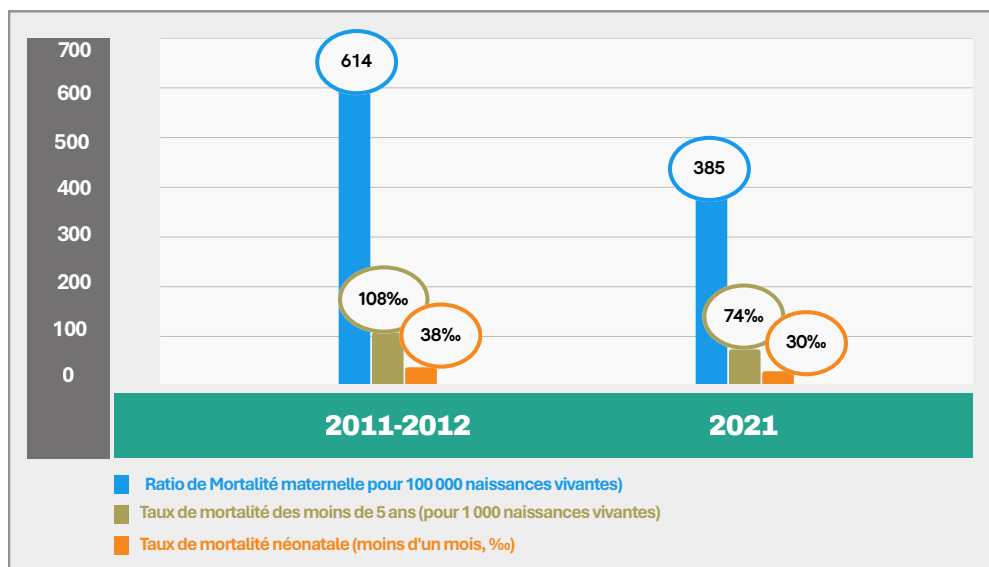
Pour ce qui est du renforcement des capacités des prestataires : i) 96 coordonnatrices SME, 1138 prestataires de santé de 48 districts sanitaires et 22 encadreurs de l'INFAS d'Abidjan ont été formés et ii) 13 partenaires communautaires pour le suivi des nouveau-nés dans la communauté. Dans le cadre des SONU, les prestataires ont été coachés à l'utilisation de la ventouse, à l'AMIU et à l'Ambubac. De plus, 2 EPHN, 8 EPHR et 21 EPHD ont été dotés en matériel et équipement d'oxygénation. La mise en œuvre de ces interventions a permis de sauver 3 888 bébés sur 4 278 accueillis, soit un taux de succès de 91%.

De plus, on compte à l'actif des actions pour le renforcement de la santé infantile : (i) la révision de l'algorithme de prise en charge des maladies du nouveau-né et de l'enfant (livret de tableau PCIMNE) ; (ii) le renforcement de la capacité des agents de santé à la PCIMNE clinique avec l'outil ICATT ; (iii) le suivi régulier des interventions de Santé Maternelle Néo-natale et Infantile (SMNI) au niveau communautaire.

Ces initiatives ont significativement contribué à l'amélioration de la prise en charge des nouveau-nés et des jeunes enfants. Cette avancée se reflète notamment dans la proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de la diarrhée ayant reçu d'une prescription de SRO et de zinc, estimée à 59,7 % en 2023, dépassant largement l'objectif fixé à 42,7 %. De même, la proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de pneumonie et ayant reçu une prescription d'antibiotiques s'élève à 80,7%, dépassant de manière notable la prévision établie à 42,7%.



Graphique 14: Evolution des indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant



Sources : Rapports d'activité PNSME

En termes de défis, il est à souligner les problèmes de disponibilité des médicaments et intrants et la rupture fréquente des médicaments et intrants au niveau communautaire. L'audit et revue des décès néonataux

dans tous les districts sanitaires reste un défi majeur pour le suivi communautaire des petits poids de naissance (collaboration avec les ASC, meilleure communication avec les familles).

ENCADRÉ 1 : BONNES PRATIQUES RELATIVES À LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

S'agissant des besoins satisfaits en SONU, les réalisations telles que : (i) la formation des prestataires en SONU ; (ii) la mise en place du chariot d'urgence dans les hôpitaux de références sur l'initiative du DRS Cavally ; (iii) la création d'un réseau d'établissement SONU ; (iv) la mise en place des initiatives « Gbêkê Là Haut Là » et « Deux heures pour la vie » pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

Toutes ces actions ont contribué à l'augmentation de la proportion de besoins satisfaits en SONU entre 2021 et 2023 dans le Cavally (de 96% à 98%) et dans le Gbêkê (de 25% à 42%).

En matière d'accouchement assisté par un personnel qualifié, les interventions suivantes ont été menées dans différentes régions sanitaires notamment :

- La sensibilisation des femmes avec l'appui du Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant et de BreakThrough Action ainsi que l'implication des ASC et des groupements féminins sur le bien-fondé de l'accouchement dans un centre de santé ;
- La remise de présents (serviette, savons, couches, habits) aux femmes ayant accouché dans l'établissement avec l'appui de BreakThrough Action ;
- La mise sous PBF de 33 régions et 113 districts sanitaires ;
- L'implication des matrones dans l'accouchement dans les centres de santé ;
- La mise en place de plans d'accouchement ;

- Le coaching trimestriel sur site des nouvelles Sage-Femmes (SF) par des SF mentor ;
- L'affectation de nouveaux gynécologues dans les régions de l'Indénie Djuablin (de 1 à 3), du Bafing (0 à 2) et du Poro (2 à 4) ;
- L'intensification des revues des décès avec restitution à toutes les parties prenantes.

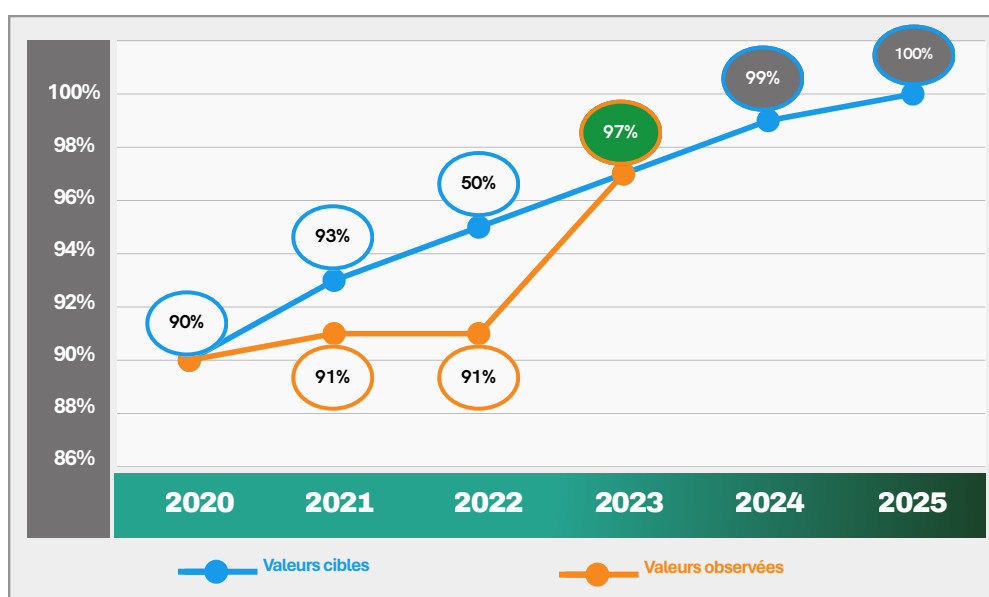
Toutes ces actions ont contribué à réduire les accouchements à domicile et augmenter la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes. Ainsi, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié a augmenté entre 2021 et 2023 dans les régions du N'zi (de 88% à 90%), du Cavally (47% à 91%), de la Mé (88% à 91%), de l'Agneby-Tiassa (90%) et des Grands-Ponts (92,8%).

Vaccination

Au titre de la vaccination, un cadre de planification a été développé pour guider les efforts de vaccination jusqu'en 2025. Le Plan Stratégique National de Vaccination 2022-2025 définit les priorités et les actions nécessaires pour améliorer la couverture vaccinale.

Grâce à sa mise en œuvre, les taux de couverture sont passés de 90 % à 97 % pour le vaccin Penta 3 et de 86 % à 93 % pour le vaccin Rougeole-Rubéole 1. La couverture vaccinale pour la deuxième dose de tétanos chez les femmes enceintes est passée de 70% à 72%.

Graphique 15 : Evolution des indicateurs de couverture vaccinale



Sources : Programme Élargi de Vaccination

Ces résultats sont rendus possible grâce au renforcement des équipements de chaîne de froid (3 800 glacières, 6400 porte-vaccins, 237 congélateurs, 2 082 réfrigérateurs électriques, 213 réfrigérateurs solaires, 4 chambres froides et 14 congélateurs ultra froids). Aussi, 15 véhicules frigorifiques de type 4x4

et 1 305 motos ont été mis à la disposition des districts et établissements de santé.

En outre, 1 500 moniteurs de température continus et à distance pour les équipements de chaîne de froid ont été installés au niveau central, régional et district.

Au titre des infrastructures, de 2021 à 2023, 11 dépôts de vaccins ont été construits. Ces infrastructures et équipements ont permis d'assurer la conservation des vaccins dans des conditions optimales et faciliter leur transport vers les zones rurales et isolées.

En outre, des dialogues communautaires ont été organisés afin de sensibiliser les populations locales sur l'importance de la vaccination, d'écouter leurs préoccupations et de promouvoir l'adhésion aux programmes de vaccination. La communication autour de la vaccination a été intensifiée à travers la production et la diffusion de supports audio, de communiqués, ainsi que des PAD en français et en langues locales, pour atteindre les communautés les plus éloignées et les sensibiliser à l'importance de la vaccination.

Une attention particulière a été portée à la recherche active des enfants "zéro dose", c'est-à-dire ceux qui n'ont reçu aucun vaccin, ainsi que des enfants dont le calendrier vaccinal est incomplet, afin de rattraper leur vaccination et prévenir les maladies évitables. A cet effet, des stratégies avancées et mobiles ont été mises en place, y compris l'installation de postes avancés dans les districts sanitaires pour étendre l'accès à la vaccination dans les zones les plus reculées et difficiles d'accès. De même, une stratégie dénommée « le grand rattrapage » a été instaurée.

En ce qui concerne la vaccination contre le HPV, des efforts significatifs de sensibilisation ont été déployés pour informer la population sur l'importance de cette vaccination, essentielle à la prévention du cancer du col de l'utérus. Ces actions ont contribué à réduire progressivement les appréhensions

des populations et à susciter un intérêt croissant pour la vaccination. La couverture vaccinale contre le HPV pour les filles à partir de 9 ans est passée de 64% en 2022, à 73% en 2023. Cependant, des ruptures fréquentes de stock de vaccins contre le HPV au niveau international ont freiné l'atteinte des objectifs fixés. À fin octobre 2024, la couverture est de 43% pour un objectif fixé à 70%. Par ailleurs, la disponibilité des données de vaccination, en particulier chez les adolescentes en milieu extra-scolaire, demeure un défi majeur.

Ces réalisations témoignent des efforts continus pour renforcer le système de vaccination et augmenter la couverture vaccinale à travers des actions de proximité, un soutien logistique accru et une mobilisation communautaire active. Cependant, le maintien des couvertures vaccinales face au retrait progressif du financement de partenaires comme GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination) constitue un défi majeur. Ce retrait met en lumière plusieurs enjeux pour garantir la pérennité des programmes de vaccination.

Dans ce contexte de la sortie de l'éligibilité GAVI du pays, plusieurs actions ont été développées pour assurer la pérennité du programme : (i) l'adhésion du pays à l'initiative d'indépendance vaccinale qui se traduit par la disponibilité d'une attestation du gouvernement pour le paiement anticipé des vaccins et consommables et coût opérationnel pour les périodes de 2016-2020 et 2021-2025; (ii) le développement en cours d'un plan de viabilité financière de la santé par le Groupe Technique de Travail (GTT) 3 en charge de la pérennité du financement de la santé et devrait prendre en compte le finan-

cement de la vaccination; (iii) l'existence d'un compte séquestre dans les comptes de l'Etat pour l'acquisition des vaccins et (iv) l'existence d'une Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS) dont l'une des missions est la mobilisation des ressources domestiques et de recueillir les contributions du secteur public ou privé, et de la société civile qui concourent au financement du secteur de la santé, y compris le financement de la vaccination.

De plus, le Gouvernement devra encourager la production locale de vaccins et d'intrants. Cela réduirait la dépendance aux fournisseurs étrangers, assurerait une autonomie sanitaire, et potentiellement permettrait au pays d'exporter des vaccins vers d'autres pays de la sous-région. Des partenariats public-privé ainsi que des investissements dans l'industrie pharmaceutique locale pourraient soutenir cette transition vers la production locale.



Santé adolescents et jeunes

En matière de santé adolescents et jeunes, l'objectif était de (i) rendre accessible les services santé adaptés aux adolescents et jeunes y compris la visite médicale systématique, et la SSR/PF, VIH-IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et (ii) étendre l'offre de service santé adaptés aux adolescents et jeunes y compris la visite médicale systématique et la SSR/PF, VIH-IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces actions devaient permettre de faire passer la proportion d'enfants, d'adolescents et jeunes scolarisés ayant bénéficié de la Visite Médicale Systématique (VMS) de 30,23% en 2020 à 70% en 2025.

Concernant l'accessibilité des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes, le MSHPCMU a entrepris plusieurs actions. Au nombre de ces actions, on note la construction de trois (03) nouveaux Services de Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescents et Jeunes (SSSU-SAJ) à Doropo, Koun-fao, M'Batto et Kani ; portant la couverture nationale des DDS en SSSU-SAJ à 79,64%.

De plus, 65 espaces sûrs communautaires des adolescents et jeunes ont été créés pour rapprocher l'offre de service de communautés. Afin d'améliorer la qualité de l'offre de service aux adolescents et jeunes dans les établissements sanitaires, un label qualité SAJ a été créé et les capacités des SSSU-SAJ ont été renforcées pour la fourniture de services conviviaux adaptés aux besoins des jeunes et adolescents.

Concernant les documents normatifs, le plan stratégique de la santé des adolescents et jeunes 2024-2028 a été élaboré et plusieurs guides ont été élaborés notamment

(i) le guide d'animation des espaces sûrs adolescents et jeunes, (ii) le guide de formation des prestataires de santé à l'éducation à la santé et à la vie saine (ESVS) et (iii) le guide de Visite Médicale Systématique (VMS).

Pour renforcer l'adoption de comportement responsables, l'Education à la Santé et à la Vie Saine a été adoptée. ; il s'agit d'une stratégie d'éducation à la santé permettant aux adolescents et jeunes d'acquérir des compétences de vie et de renforcer le dialogue parents-enfants. Ainsi, 111 prestataires de santé et 28 Agents de Santé Communautaire (ASC) ; et autres encadreurs scolaires, leaders communautaires ont vus leurs capacités renforcées en ESVS.

S'agissant de l'extension de l'offre de service de santé adapté aux adolescents et jeunes, l'intégration des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a été rendu effective.

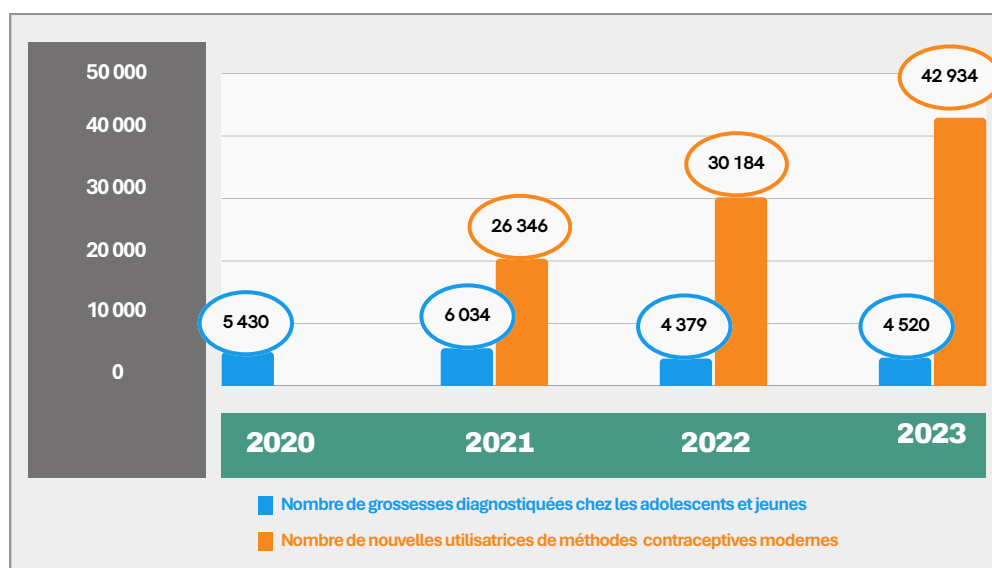
À cet effet, 12 travailleurs sociaux et prestataires de santé ont vu leur capacités renforcées sur les techniques et les modules d'animation de groupes de discussion au sein des espaces sûrs, 300 prestataires de santé pour la prise en charge holistique des adolescents et jeunes ; 24 prestataires de santé sur la santé sexuelle reproductive des adolescents et jeunes ainsi que 270 ASC à la prise en charge holistique des adolescents et jeunes dans les régions sanitaires du Kabadougou, du Bafing et du Folon pour une prise en communautaires des adolescents et jeunes.

En outre, un pool national de 25 formateurs nationaux en Prévention Combinée des IST et du VIH des adolescents et jeunes a été mis en place.

Afin d'assurer le suivi de l'intégration de ces services au niveau intermédiaire, 260 responsables (DR/DD/CSE/CSR) de 20 districts sanitaires ont vu leurs capacités renforcées. Ces actions ont permis la prise en charge sanitaire de 854 jeunes filles mères ayant abandonné l'école et la prise en charge sociale de 1 463 jeunes filles mères.

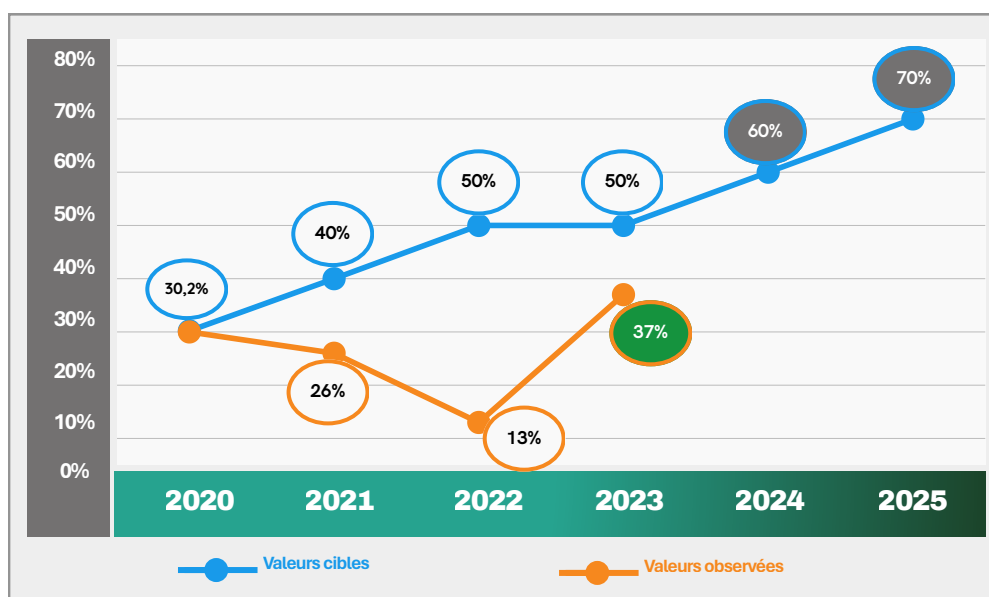
Concernant l'accès aux informations, 6 783 279 adolescents et jeunes ont été touchés par les messages de sensibilisation dont 3 millions par l'initiative U-Test, ce qui a permis d'améliorer l'accès à des informations des services de prévention de qualité contribuant ainsi à la prévention combinée du VIH pour les adolescents et jeunes. De plus, une plateforme digitale « E-santé Jeunes » de sensibilisation des adolescents et jeunes via le numérique a été élaborée et a permis de toucher 12 953 adolescents et jeunes. Les services de santé sexuelle et reproductive sont offerts gratuitement aux adolescents et jeunes dans les SSSU-SAJ. Ainsi, le nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes a évolué de 62,96% de 2021 à 2023 avec respectivement 26 346 et 42 934 adolescentes mises sous méthodes contraceptives ; 756 125 préservatifs ont été distribués. Ces interventions ont contribué à faire baisser le nombre de grossesses diagnostiquées chez les adolescentes et jeunes ; passant de 6 034 en 2021 à 4 520 en 2023. Cependant, le taux de réalisation de la VMS connaît une baisse de 2020 à 2023 passant de 30,23% à 21,65%.

Graphique 16 : Evolution des indicateurs de la santé des adolescents et des jeunes



Sources : Rapports d'activité PNSSU-SAJ

Graphique 17 : Evolution du taux de couverture en visite médicale systématique



Source : Données collectées auprès des structures dans le cadre de la revue du PNDS 2021-2025

Des difficultés persistent, notamment : (i) un cadre juridique insuffisamment favorable à la promotion de la santé sexuelle et reproductive, (ii) la faible utilisation des préservatifs par les jeunes, (iii) l'opposition des parents à l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes adolescentes;

(iv) l'insuffisance de coordination intersectorielle notamment dans le cadre de l'offre de la visite médicale systématique ; (v) des ruptures récurrentes de stocks des produits contraceptifs et (vi) l'insuffisance de couverture des districts sanitaires en service de santé adaptés aux adolescents et jeunes.

Maladies transmissibles

Au titre de la lutte contre les maladies transmissibles, les jalons majeurs prévus dans le PNDS 2021-2025 étaient de réduire l'incidence du paludisme de 173 pour mille en 2020 à 157 pour mille en 2023 puis à 141 pour mille en 2025 ; de réduire la prévalence du VIH/sida et de faire passer les niveaux d'atteinte des trois 95 respectivement de 84%, 78% et 82% en 2020 à 95%, 95%, 95% en 2025 ; de faire baisser le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant y compris la période de l'allaitement de 7,06% en 2020 à 2% en 2025 ; de réduire l'incidence de la tuberculose de 137 pour 100 000 habitants en 2020 à 113 pour 100 000 habitants en 2023 et à 96 pour 100 000 habitants d'ici 2025 en faisant progresser le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes confirmées bactériologiquement et diagnostiquées cliniquement de 84% en 2020 à 90% en 2025 et les cas de résistance à la rifampicine (RR-TB) et/ou multirésistante (MDR-TB) confirmés en laboratoire de 74% en 2019 à 84% en 2023 puis à 85% en 2025.

Paludisme

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le MSHPCMU s'est doté d'un plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2021-2025 qui donne les grandes orientations.

En ce qui concerne le dépistage et la prise en charge, un projet d'appui à la chaîne d'approvisionnement au dernier kilomètre a été mis en œuvre avec la dotation des districts en matériels roulants (12 motos, 85 fourgonnettes) et la mise en place d'une cellule de gestion des commandes au niveau de la NPSP. De plus, on note la formation de

150 cadres supérieurs de la santé en paludologie, 150 agents de santé en surveillance suivi-évaluation et tous les 113 ECD sur les nouvelles directives de prise en charge du paludisme. En outre, 20 Conseillers Techniques Régionaux (CTR) ont été recrutés pour apporter un appui aux régions ainsi qu'à 250 cliniques privées pour la réalisation des activités de lutte contre le paludisme avec rapportage des données au district sanitaire concerné.

Relativement à la prévention, des actions ont été menées entre 2021 et 2023 afin de réduire l'incidence du paludisme. 4 946 047 de Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) ont été distribuées en routine et 32 725 934 au cours des campagnes de masse avec le renforcement de la distribution des MILDA dans les établissements préscolaires pour les enfants de moins de 5 ans. En plus de la distribution, la sensibilisation à l'utilisation correcte des MILDA des communautés et des prestataires a été renforcée. On note également la sensibilisation par la participation aux émissions télévisées en milieu scolaire (ex. émission petit à petit) ainsi qu'aux concours de théâtre (festival national de théâtre scolaire). Ainsi, le taux d'utilisation des MILDA est passé de 63,2% en 2019 (Enquête post-campagne 2019) à 68% en 2021 (EDS).

Malgré ces efforts, la couverture en MILDA de routine reste insuffisante. Elle est passée de 71% en 2020 à 44% en 2021 puis 60% en 2023. Cette évolution serait liée à l'arrêt de la distribution en routine après la campagne de masse en 2021 et à la rupture en MILDA au niveau central dans les mois d'août et de septembre 2022.

La lutte antivectorielle par la démoustication avec l'utilisation de drones et camions fumigateurs a été réalisée dans 06 localités (Abidjan, Agboville, Tiassalé, Touba, Koro et Man) et la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) dans 02 localités (Sakassou et Nassian).

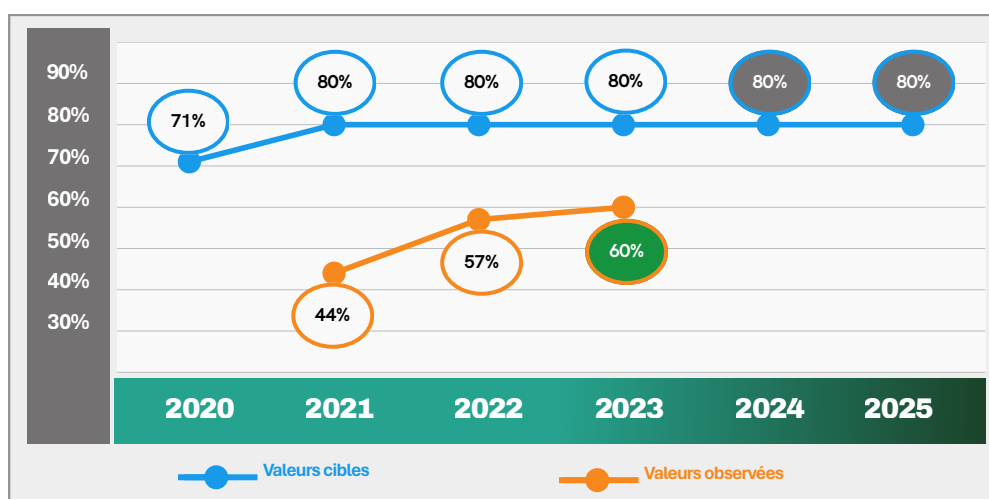
Ces opérations ont permis de faire effectivement baisser entre 2022 et 2023 l'incidence du paludisme dans les régions sanitaires d'Abidjan 1 (de 114,3 à 105,4 ‰),

du Bounkani (de 444,3 ‰ à 348,5 ‰) du Bafing (de 513,3 ‰ à 462,3 ‰) et du Tonkpi (de 380,5 ‰ à 269,5 ‰).

Également, **le renforcement du cadre de collaboration intra-sectorielle** a permis la mutualisation des ressources techniques (PNLP/INHP) pour la lutte antivectorielle du paludisme et la dengue dans trois (03) régions sanitaires (Abidjan 1, Abidjan 2 et Agnėby-Tiassa).



Graphique 18 : Evolution de la couverture en MILDA de routine

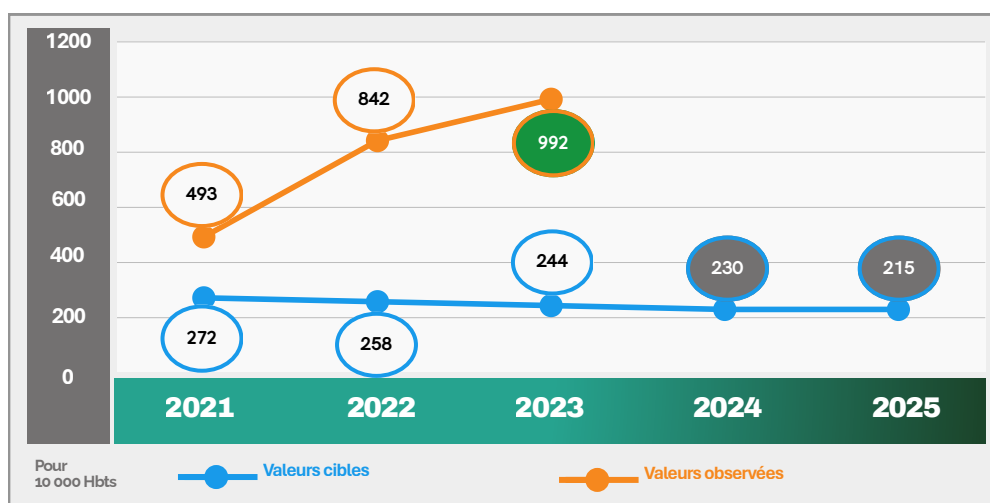


Sources : Rapports d'activité PNL

Pour ce qui est du traitement préventif intermittent par la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP), 1 335 852 doses ont été distribuées aux femmes enceintes. Le taux de couverture en SP3 a connu une augmentation de 2020 à 2023 passant de 47% à 51%, restant toutefois en deçà de la cible de 65%.

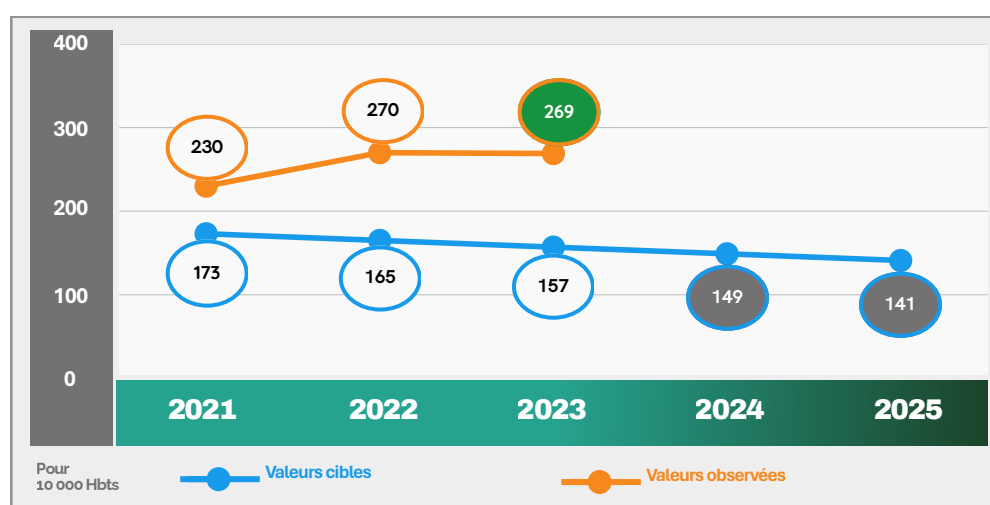
En outre, la vaccination contre le paludisme a été introduite en Côte d'Ivoire en juillet 2024. La première phase concerne 250 000 enfants. Pour une cible attendue de 44 960, 186 615 enfants ont été vaccinés. Par ailleurs, un repository des données liées au paludisme (épidémiologique, environnementale et climatique...) a été mis en place.

Graphique 19 : Evolution de l'incidence du paludisme chez les moins de 5 ans



Sources : Rapports d'activité PNLP

Graphique 20 : Evolution de l'incidence du paludisme dans la population générale



Sources : Rapports d'activité PNLP

Malgré ces efforts, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique. L'incidence du paludisme dans la population générale a augmenté passant de 230 ‰ en 2021 à 269 ‰ en 2023, au-dessus de la cible

(157 ‰). De même, l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a connu une hausse, passant de 493 ‰ en 2021 à 992 ‰ en 2023 pour un objectif fixé à 244‰.

De même, le nombre de cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans a augmenté de 58 460 cas en 2021 à 81 865 cas en 2023. Ces hausses peuvent être expliquées par la faible adoption des moustiquaires imprégnées dans certaines communautés et les difficultés logistiques liées à l'approvisionnement en produits antipaludiques. Ainsi, des défis persistent, à savoir, la disponibilité des médicaments et intrants au dernier kilomètre et le respect des procédures de prise en charge du paludisme.

VIH-Sida

Concernant la lutte contre le VIH/sida, le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida (PSN) 2021-2025, qui définit les grandes orientations, a été élaboré.

À l'effet de réduire l'incidence du VIH/sida, **des activités de sensibilisation** ont été réalisées, à savoir la promotion et la distribution des intrants (préservatif masculin, féminin, gel lubrifiant) au sein de la population générale, des populations clés et celles en situation de vulnérabilité à travers l'approche district. Aussi, la Prophylaxie pré-Exposition (PrEP) a été mise en œuvre sur tout le territoire national.

Relativement à la prise en charge, on note l'augmentation du nombre de centres de santé offrant la prise en charge du VIH qui est passé de 2 473 en 2021 à 2 595 en 2023. Aussi, la contribution du financement de l'Etat pour l'achat des ARV a nettement progressé (35% en 2024 contre 28% en 2023).

S'agissant du dépistage : (i) le nombre de structures de santé offrant le dépistage du VIH s'est accru, passant de 2 744 en 2021 à 2 945 en 2023 ; (ii) la stratégie de l'index testing a été mise en œuvre dans 79 districts sanitaires et (iii) l'offre du dépistage a été

démédicalisée et l'autotest a été mise en œuvre dans tous les établissements sanitaires et dans la communauté.

Par ailleurs, l'accès à l'offre de service des populations clés (utilisation des plateformes U-Report, Ngouan et E-santé adolescents et jeunes) a été digitalisé et des autotests ont été mis à disposition des nouvelles populations vulnérables à prévalences élevées (pêcheurs 3,40%, personnes en situation de handicap 2,91% et Hommes en uniformes 3%), non ou insuffisamment adressées par les stratégies de dépistage actuelles.

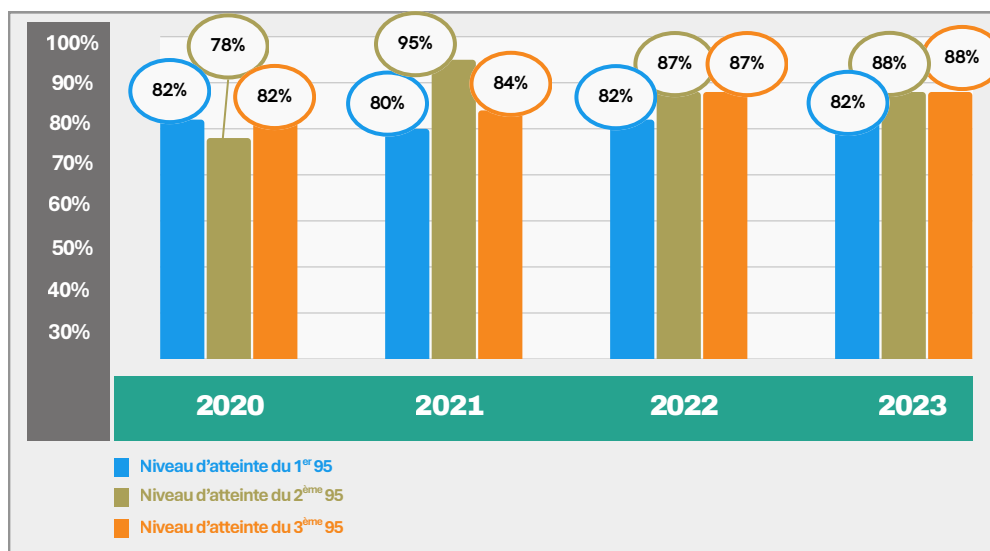
La réalisation de toutes ces interventions a permis l'atteinte des résultats clés suivants :

- Le pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique (1^{er} 95) est passé de 84% en 2020 à 80% en 2021 puis à 82% en 2023 contre une cible de 91%. Il existe une inégalité dans l'accès à la connaissance de statut. En 2023, la connaissance de statut était de 55% chez les enfants de 0-14 ans, 75% chez les hommes de 15 ans et plus et 88% chez les femmes de 15 ans et plus. Ce faible taux d'enrôlement des enfants PVVIH pourrait s'expliquer par plusieurs occasions manquées d'offre du dépistage notamment la non-intégration du dépistage aux activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV), dans les centres sociaux, unités de pesée pédiatrique, services diététique, dermatologie, urgences médicales pédiatriques, etc.
- Le pourcentage des PVVIH diagnostiquées et mis sous traitement ARV (2^{ème} 95) est passé de 78% en 2020 à 95% en 2021 puis à 88% en 2023 (Spectrum). La désagrégation de cet indicateur en 2023 par catégorie est de 55% chez les enfants de 0-14 ans, 88% chez les femmes et 75% chez les hommes. La cible de 88% fixée en 2023 a été atteinte malgré.

- Le pourcentage des PVVIH sous traitement ARV ayant une charge virale durablement supprimée (3^{ème} 95) est passé de 82% en 2020, à 84% en 2021 puis à 88% en 2023, contre une cible de 90%. Ce pourcentage est de 79% chez les enfants de 0-14 ans, 88% chez les hommes et les femmes de 15 ans et

Cette évolution positive pourrait s'expliquer par l'augmentation du nombre de plateformes de charge virale (CV) sur l'étendue du territoire (passant de 21 en 2021 à 31 en 2023), par la disponibilité des intrants et par le suivi de la charge virale des patients.

Graphique 21 : Evolution des indicateurs du VIH



Sources : Rapports d'activité PNLS

- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant y compris la période d'allaitement a connu une hausse entre 2020 et 2023. Ce taux est passé de 6,61% en 2020 à 10,61% 2023. Cette évolution pourrait s'expliquer par : (i) la baisse de la dispensation d'ARV aux femmes enceintes séropositives au VIH (96% en 2021 à 84% en 2022) ; (ii) la baisse de la prophylaxie ARV des enfants exposés dans les 72 heures (72,80% en 2021 à 64% en 2022) lié à l'insuffisance dans la mise en œuvre des directives nationales et les ruptures de médicaments (Névirapine et Zidovudine sirop) ; (iii) la baisse du dépistage précoce chez les enfants avant 2 mois (61% en 2021 à 53% en 2022) due à l'absence d'appui pour le prélèvement et le convoyage

des DBS et charges virales ; (iv) le faible taux de CPN1 au premier trimestre de la grossesse représentant 35%, soit 340 491 des grossesses attendues pour lesquelles les mesures de prévention de la transmission mère-enfant du VIH pourraient être plus efficaces et (v) par l'insuffisance de l'intégration de la PTME dans les structures cliniques privées et centre de santé confessionnels.

L'ensemble de ces actions a permis de réduire la prévalence du VIH/sida de 2,5% en 2018 à 1,82% en 2023.

Cependant, malgré ces nombreuses réalisations, des défis restent à être relevés pour l'atteinte des objectifs fixés en 2025.

Pour améliorer le dépistage, il est nécessaire de renforcer la communication à travers les médias d'État via des campagnes autant gratuites qu'à coût réduit pour les acteurs/partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH et la sensibilisation au niveau communautaire. De plus, l'identification et la mobilisation des populations clés (Professionnels de sexe, Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes, les transgenres, les Usagers de drogues) restent un défi majeur. En effet, les préjugés sociaux et la stigmatisation du VIH continuent de freiner le dépistage, notamment chez les populations clés et vulnérables (comme les hommes adultes).

Pour améliorer les performances des soins et traitements, il est nécessaire de : (i) renforcer la coordination avec les acteurs du secteur privé, afin d'intégrer les traitements antirétroviraux (ARV) et le suivi clinique dans les structures de santé privées, qu'elles soient lucratives ou non ; (ii) renforcer l'implication des prestataires pour assurer un traitement adéquat, en particulier la gestion des comorbidités.

Tuberculose

Dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, plusieurs stratégies ont été adoptées notamment la stratégie OMS « Mettre fin à la tuberculose d'ici 2035 ». Pour ce faire, le MSHPCMU s'est doté d'un plan stratégique national de lutte contre la tuberculose qui donne les grandes orientations.

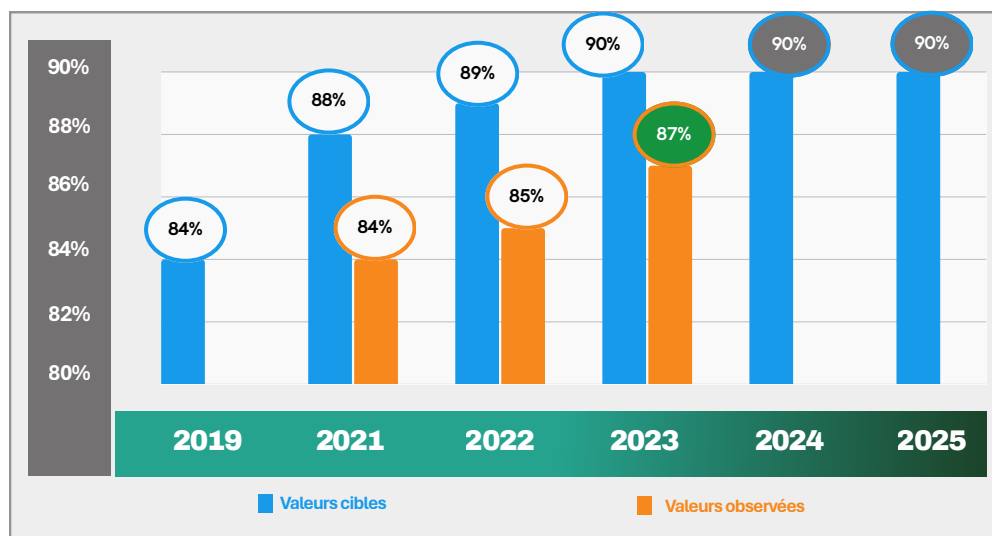
La mise en œuvre dudit plan s'est matérialisée par les réalisations suivantes : (i) les capacités des RH impliquées dans la lutte contre la tuberculose ont été renforcées²¹ ; 64 773 malades de la tuberculose sensible et Tuberculose Multi Résistante (TBMR) ont été pris en charge gratuitement, grâce à l'achat

de médicaments de 1^{ère} et 2^{ème} ligne ; (iii) 1308 malades TBMR ont reçu un appui alimentaire et un appui à la réalisation du bilan pré-thérapeutique sur 1456, soit 90% ; (iv) 47 genexpert, 21 TB Lamp disposés dans les CAT et 02 COBAS 6800 dans les CAT des régions d'Abidjan 2 et du Gbéké ont été déployés pour un diagnostic précoce des cas de tuberculose ; (v) les communautaires (ASC) ont été impliqués dans la référence des cas présumés de TB et le suivi des malades en traitement (enquêtes d'entourage, visite à domicile ...) ; (vi) un partenariat avec un prestataire privé pour le convoyage des échantillons de crachat des centres de diagnostic et de traitement vers les centres antituberculeux régionaux a été établi ; (vii) un cadre de collaboration PNLS/PNLT avec la tenue de réunions de groupe de travail trimestriel a été mis en place pour assurer la coordination de la lutte conjointe TB/VIH et (viii) le nombre de centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose est passé de 360 en 2021 à 368 en 2023.

Ces interventions ont entraîné une augmentation de 3 points de 2019 à 2023 du taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et rechutes de tuberculose, toutes formes confirmées bactériologiquement et diagnostiquées cliniquement, passant de 84% à 87% contre une cible attendue de 90%. Le taux de succès thérapeutique des cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RR-TB) et/ou multirésistante (MDR-TB), confirmés en laboratoire, est quant à lui passé de 74% en 2019 à 78% en 2021 puis à 75% en 2023 contre une cible de 84%. Cette baisse après 2021 s'explique par un taux de perdus de vue en hausse passant de 6% en 2021 à 11% en 2023.

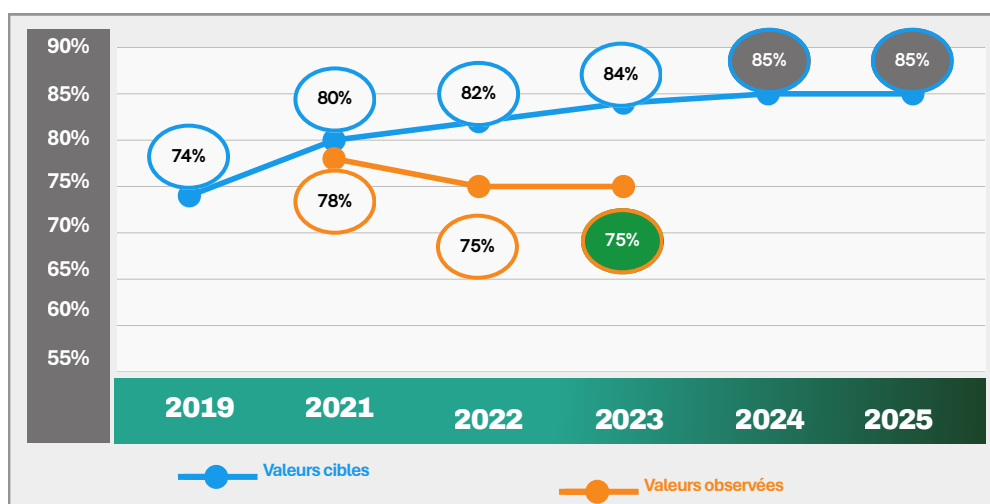
²¹ Prise en charge de la tuberculose, diagnostics des laboratoires et radiologies des centres de diagnostic et traitement de la tuberculose, appui des communautaires (ASC)

Graphique 22 : Evolution du taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes, confirmée bactériologiquement et diagnostiquée cliniquement : Patients guéris et traitement terminé



Sources : Rapports d'activité PNLT

Graphique 23 : Evolution du taux de succès thérapeutique des cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RT-TB) et/ou multirésistante (MDR-TB) confirmée en laboratoire



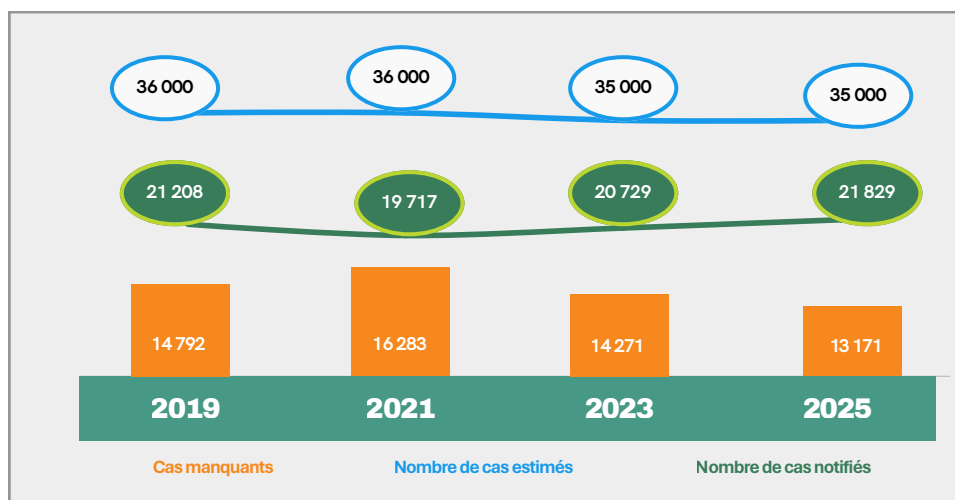
Sources : Rapports d'activité PNLT

L'incidence de la tuberculose a diminué, passant de 137 cas pour 100 000 habitants en 2020 à 123 cas pour 100 000 habitants en 2023, mais reste au-dessus de la cible (113). En effet, le taux de détection des cas de TB est largement en deçà de valeurs estimées. Le nombre de cas non-détectés est estimé à 14 792 en 2019 et 13 171 en 2022.

Concernant la confection, la proportion de nouveaux cas et rechutes de tuberculose

séro-positifs au VIH enregistrés bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale pendant le traitement antituberculeux est constante à 96% de 2021 à 2023. Les directives de prise en charge de la tuberculose recommandent la mise sous ARV systématique des patients coinfectés. Ces directives sont appliquées dans toutes les structures de diagnostic et de traitement de la TB.

Graphique 24 : Evolution de l'incidence de la TB de 2019 à 2022



Sources : Rapports d'activité PNL

Par ailleurs, le taux de décès lié à la tuberculose a connu une baisse de 12% à 11% entre 2021 et 2023. Malgré les avancées réalisées dans la lutte contre la tuberculose, plusieurs défis importants demeurent : (i) le garantissement de la disponibilité continue des médicaments de première ligne pour le traitement de la tuberculose, ainsi que pour la gestion des effets indésirables ; (ii) la mise aux normes des infrastructures des nouveaux centres anti-tuberculeux pour garantir des services de qualité et conformes aux standards de santé publique ; (iii) la prise en charge effective des patients souffrant de tuberculose multi-résistante nécessitant une hospitalisation prolongée et des soins spécialisés ; (iv) la rétention des techniciens de laboratoire formés pour le diagnostic de la tuberculose et (v) la détection des perdus de vue.

Hépatites virales

Les hépatites virales B, C et D constituent un problème de santé publique majeur en Côte d'Ivoire, touchant fortement la population. En 2022, la prévalence de l'hépatite virale B

(HVB) était estimée à 13,6%, et celle de l'hépatite virale C (HVC) a atteint 3,3%.

Face à cette problématique, le MSHPCMU a mis en place diverses actions, incluant des campagnes de dépistage, des programmes de prise en charge des patients, et des sessions de formation pour les professionnels de santé. Ainsi, en 2022, 1500 prestataires de soins ont vu leurs capacités renforcées en matière de prise en charge des hépatites virales. Ces actions ont permis de dépister 7000 personnes en 2023 et 200 patients éligibles ont bénéficié d'une prise en charge gratuite avec des traitements à base d'interféron.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de la triple élimination transversale du VIH, de la syphilis et de l'Hépatite virale B, la note circulaire qui stipule que toute femme enceinte et allaitante devrait subir au moins une fois au cours de sa grossesse le dépistage du VIH, de la syphilis et l'hépatite virale B a été diffusée en 2024. L'application rigoureuse de cet algorithme viendra améliorer la prévention mère-enfant de l'hépatite virale B.

Plusieurs défis demeurent notamment (i) l'accessibilité au traitement ; (ii) la formation du personnel médical pour améliorer la détection précoce et la gestion efficace des cas d'hépatite ; (iii) la sensibilisation et la prévention et (iv) l'amélioration des infrastructures sanitaires pour accueillir un plus grand nombre de patients et assurer un suivi optimal des personnes infectées.

Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Les Maladies Tropicales Négligées sont réparties en deux grandes catégories à savoir : (i) les Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive (MTNCP): Trachome, Onchocercose, Filariose lymphatique, Géohelminthiases et Schistosomiase et (ii) les Maladies Tropicales Négligées à prise en charge des cas (MTN-PCC) : Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), Lèpre, Ulcère de Buruli, Dracunculose (Ver de Guinée) et Pian.

Au titre de la lutte contre les MTN, l'objectif était de prendre en charge chaque année 100% des patients atteints de Maladies Tropicales Négligées à Prise en charge de Cas (MTN-PCC) et 65% de ceux atteints des Maladies Tropicales Négligées à Chimio-Propylaxie (MTN-CP).

Pour ce qui concerne les MTN-CP, les évaluations d'impact dans les 40 districts endémiques au trachome ont mis en évidence une prévalence inférieure à 5%, entraînant l'arrêt du traitement de masse dans tous ces districts. Relativement à la filariose lymphatique, tous les 99 districts endémiques ont réussi l'évaluation pour l'arrêt de traitement avec une prévalence finale inférieure à 2%. Ces arrêts de traitement indiquent une bonne avancée dans la lutte contre ces maladies.

Pour la prise en charge des morbidités et la prévention des incapacités liées aux MTN-CP, le Ministère a réalisé la chirurgie de 217 cas d'hydrocèle, le renforcement des capacités des blocs opératoires de 7 hôpitaux généraux en 2022 couplé à la formation de 7 chirurgiens à la stratégie de l'OMS.

Les traitements de masse conduits de 2021 à ce jour ont obtenu une couverture géographique de 100% et des couvertures thérapeutiques de 2021 à 2023 respectivement : pour le trachome de 84,14% à 92,66% ; pour la filariose lymphatique de 91,60% à 100,46% ; pour la schistosomiase de 84,73% à 91,09%. En somme, la couverture thérapeutique des MTN-CP a évolué de 2021 à 2023 en moyenne de 86,8% à 94,7% pour une cible fixée à au moins 65% .

Quant au MTN-PCC, le bilan du dépistage des cas de lèpre au niveau national sur la période 2021-2023 s'établit comme suit : 1 480 cas de lèpre dépistés contenant 332 (22,43%) avec infirmité de degré 2 et 122 (8,24%) enfants de 0 à 14 ans. Pour l'ulcère de Buruli, 717 cas ont été dépistés et 279 cas du pian de la période allant de 2021 à 2023.

La couverture thérapeutique pour la lèpre et le pian est restée constante à 100% de 2020 à 2023. Le taux de guérison des cas de lèpre est supérieur à 90%. Cependant, la couverture thérapeutique de l'ulcère de Buruli a évolué en dents de scie entre 2021 (100%) et 2023 (100%) avec une baisse en 2022 (93,73%). Cette baisse s'explique par une rupture en rifampicine en 2022.

Ces résultats sont possibles grâce à la réalisation d'interventions dans plusieurs domaines.

Pour la coordination de la lutte contre les MTN, des documents normatifs sous-sectoriels santé ont été élaborés. Il s'agit entre autres de la feuille de route 2021-2030 de lutte contre la lèpre, du plan directeur 2021-2025 de lutte contre les MTN, du plan de travail pluriannuel 2023-2025 de lutte contre les MTN-MC, du plan stratégique 2021-2023 de prise en charge des morbidités et de prévention des incapacités liées aux MTNCP et du plan de durabilité 2021-2023.

Sur la question de la construction et réhabilitation de structures spécialisées dans la prise en charge des MTN, l'on note i) la construction et l'équipement des centres d'orientation et de référence (COR) au sein de l'Hôpital Général de Zouan-Hounien et du pavillon de prise en charge des MTN à San Pedro ; ii) la réhabilitation et l'équipement d'un bâtiment de l'IRFCI (antenne Manikro) et iii) la construction d'un château d'eau et de latrines à Ottewa (DS Gagnoa).

En ce qui concerne l'approvisionnement, 89 districts sanitaires ont été dotés en Poly-Chimio-Thérapie (PCT) pour la prise en charge de tous les nouveaux cas dépistés (1 480), et cinq (05) centres de référence en médicaments non spécifiques.

Pour ce qui est du renforcement des capacités des acteurs, le projet d'intégration des modules MTN dans le curricula de formation de l'INFAS est en cours de mise en œuvre. Ainsi, en collaboration avec l'INFAS, 39 modules de formation sur 12 MTN ont été élaborés en 2023. Aussi, il convient de noter que 50 agents de santé et médecins ont été formés à la télédermatologie dans le cadre du projet pilote dans 5 districts sanitaires de 2022 à 2023 (Bouaflé, Sinfra, Yopougon Ouest, Yopougon Est, Cocody Bingerville). Pour la recherche active des cas des MTN (ulcère de Buruli, trypanosomiase humaine africaine, lèpre, leish-

maniose, pian) et des complications de la filariose lymphatique et du trachome dans les districts Co endémiques à ces MTN, 178 IDE/SFDE ont été formés dans 3 districts sanitaires (Gagnoa en 2023, Soubré et Daloa en 2024). De plus, 16 formateurs de l'INFAS et 18 encadreurs de stage pratique des étudiants spécialistes ont vu leur compétence renforcée sur les MTN en 2024.

Dans le cadre de l'Initiation du traitement préventif des sujets contacts des cas de lèpre multi bacillaire, la Dose Unique de Rifampicine (DUR) a été administrée à 4 534 sujets contact de 57 cas index à Gagnoa (2023-2024).

Bien que des progrès importants aient été réalisés, des défis restent à surmonter pour atteindre les objectifs fixés d'ici 2025. Ce sont entre autres : (i) la mise en place d'un système routinier de collecte de données pour les Maladies Tropicales Négligées (MTN), ainsi que pour les dossiers d'élimination de la filariose lymphatique et du trachome ; (ii) la pérennisation des acquis des programmes en cours ; (iii) l'obtention d'une ligne budgétaire dédiée à l'acheminement des médicaments et (iv) la disponibilité des intrants médicaux nécessaires à la lutte contre les MTN, notamment la rifampicine et la clarithromycine.

Maladies Non-Transmissibles

Dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT), plusieurs actions stratégiques ont été prévues dans le PNDS 2021-2025 à l'effet d'améliorer les indicateurs de santé à l'échelle nationale notamment pour la santé mentale, la santé bucco-dentaire, la santé oculaire, la lutte contre les maladies métaboliques, le tabagisme et les autres addictions, les affections rénales, les maladies cardiovasculaires et le cancer.

Maladies métaboliques

Concernant les maladies métaboliques, l'objectif était de faire passer les prévalences de l'HTA et du diabète respectivement de 39,92% et 6,20% en 2020 à 35% et 5,60% en 2023. Pour ce faire, plusieurs initiatives ont été réalisées dans le but de renforcer la promotion et la sensibilisation sur les facteurs de risque du diabète et de l'hypertension artérielle.

Sur le plan de la gouvernance, en vue d'aligner la lutte contre les MNT aux orientations du plan d'action mondial et d'adresser de manière efficiente les indicateurs sur lesquels le pays sera également évalué, un plan stratégique intégré national pour les MNT 2022-2025 a été élaboré en 2022. Les directives nationales de prise en charge du diabète et de l'HTA ont également été révisées en 2023, avec une mise à jour des recommandations sur la pratique régulière de l'activité physique pour la santé. En outre, le plan national de développement de la réadaptation et des technologies d'assistance 2022-2025 a été élaboré dès 2021, avec une évaluation systématique de la situation de la réadaptation (STARS) réalisée en Côte d'Ivoire.

Concernant la prévention et la prise en charge, à travers l'initiative Villes-Santé, six plateformes multipartites ont été créées en 2022 dans les communes de Boundiali, Odienné, Abengourou, Bondoukou, et Maféré, favorisant une approche collaborative pour la lutte contre les MNT à l'échelle locale. Aussi, les campagnes de sensibilisation ont permis à 72 101 personnes de bénéficier de sensibilisation et de dépistage de 2021 à 2023 dans 9 PRES (Yamousoukro, Korhogo, Daloa, Abidjan, Odienné, Bouaké, Man, San Pedro, Abengourou).

Au titre des 3 premières années de mise en œuvre du PNDS 2021-2025, les efforts de

dépistage du diabète se sont globalement intensifiés. On note ainsi dans la région du N'zi le passage du nombre de patients dépistés de 326 en 2021 à 366 en 2023 et de 83 en 2021 à 518 en 2023 dans la Marahoué. Cette performance a été atteinte grâce à l'appui de l'ONG LUDITA et ASAPSU par la sensibilisation et le dépistage gratuit.

En 2023, les capacités de 100 ASC ont été renforcées dans la prise en charge communautaire et la sensibilisation sur les facteurs de risque du diabète et de l'HTA dans les régions à forte prévalence et concernant cette activité, le défi majeur reste la mise à disposition des intrants de dépistage. De plus, 4 nouvelles Unités de Prise En Charge (UPEC) du diabète et de l'HTA ont été installées et équipées dans les districts sanitaires (DS) de Yopougon-Est, Marcory-Treichville, Dabou et Adiaké, renforçant ainsi l'accès aux soins spécialisés. Enfin, les médicaments pour la prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle non compliqués ont été intégrés dans le panier de soins de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Ces réalisations ont permis de (i) faire passer la proportion de régions sanitaires disposant d'une Unité de Prise En Charge (UPEC) du diabète et de l'HTA de 54,5% en 2020 à 66,67% en 2023 ; (ii) réduire les coûts des médicaments anti diabétiques et antihypertenseurs pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins.

Outre les activités concernant le diabète et l'HTA, un plan national stratégique de lutte contre la drépanocytose (PNS Drepa 2023-2025) a été élaboré en 2023.

Malgré les progrès accomplis en matière de lutte contre les maladies métaboliques, le défi majeur concerne la disponibilité des évidences pour les maladies métaboliques.

Maladies cardiovasculaires

Dans l'ordre d'occurrence, les maladies cardiovasculaires les plus diagnostiquées en 2020 sont l'HTA, les cardiopathies congénitales, la cardiomyopathie dilatée représentant respectivement 56%, 6% et 6% d'un total de 2242 cas.

Dans le souci de réduire les taux de ces maladies, le MSHPCMU a entrepris plusieurs actions.

S'agissant d'éducation sanitaire et de médecine préventive, 13 campagnes de prévention ont été réalisées à Koumassi, Treichville, Yopougon, INSP d'Adjamé, Port-Bouet, San Pedro, Adzopé et Korhogo. Ces activités ont permis d'enregistrer 7 965 personnes sensibilisées et dépistées puis référées en consultation médicale pour une meilleure prise en charge.

Pour ce qui est de l'enseignement et de la recherche, l'ICA est le centre de référence sous régional en matière de formation de spécialistes en cardiologie. De 2021 à 2023, 58 médecins cardiologues de 10 nationalités différentes, dont 39 ivoiriens ont été formés. Par ailleurs, l'ICA contribue à la recherche scientifique sur les maladies cardiovasculaires par la production d'un rapport scientifique chaque année et ces rapports sont disponibles.

Relativement à la prise en charge, le Ministère a entrepris de rapprocher les spécialistes des populations, surtout celles de l'intérieur du pays à travers : (i) l'affectation de 18 cardiologues dans 15 CHR et dans 3 HG du pays en 2019 et (ii) la formation des médecins généralistes à la prise en charge des HTA non compliquées en périphérie. En marge, des démarches institutionnelles ont été entreprises en 2021 pour le référencement des produits de cardiologie dans les

structures d'exercice des cardiologues à l'intérieur du pays. En matière de prise en charge de l'HTA, le taux moyen mensuel d'hypertendus contrôlés sur 6 mois (<140/90 mmHg) est de 51% contre une cible de 50%. Pour ce qui est des cardiopathies congénitales et des valvulopathies, leur prise en charge a nécessité le plus souvent une chirurgie à cœur ouvert. A cet effet, des partenariats ont été noués avec des équipes étrangères notamment Française, Coréenne et Israéliennes. Cela a contribué à porter le taux de nouveaux cas diagnostiqués avec indication opératoire ou interventionnel effectivement traités²² à 67,77% en 2023, au-dessus de la cible de 50%.

Concernant les cardiomyopathies dilatées, les nouvelles activités développées qui sont la réadaptation cardiovasculaire et l'éducation thérapeutique ont permis de réduire le nombre de re-hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Pour un objectif triennal de 780 malades, au total 1 159 sont inscrits à ce programme.

Au rang des défis majeurs pour améliorer l'offre et l'accessibilité aux soins figure le développement des prestations nouvelles telles que la cardiologie interventionnelle pédiatrique, la radiologie interventionnelle vasculaires périphérique, la polygraphie ventilatoire, la vidéo-chirurgie thoracique et la télémedecine. La programmation de ces activités nécessite surtout de disposer de ressources humaines suffisantes notamment des anesthésistes-réanimateurs, et de renforcer les compétences du personnel par catégorie d'emploi.

Affections rénales

L'insuffisance rénale constitue un problème de santé publique pour la plupart des pays.

²² Ce taux concerne les maladies coronaires, les troubles du rythme et de la conduction, les cardiopathies congénitales et les valvulopathies

Conscient de l'impact négatif que cette maladie a sur l'individu, la famille et généralement la communauté, la Côte d'Ivoire dispose d'une structure chargée d'élaborer et de mettre en route une politique nationale de prévention et de prise en charge dénommée Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale (CNPTIR).

Ainsi pour accroître l'offre de soins, en vue de permettre l'accessibilité de tous les patients insuffisants rénaux aux soins de qualité et à moindre coût, un plan d'action a été élaboré.

S'agissant de la prévention, des campagnes : (i) de dépistage sont effectuées chaque année au cours de la journée mondiale du rein et (ii) de proximité ont été menées dans les régions du Haut-Sassandra et du Gbêkê pour sensibiliser les populations aux dangers de l'insuffisance rénale. En outre, des formations ont été données à 238 agents de santé.

Dans le cadre de la prise en charge, l'ouverture de 03 nouveaux centres a été effective au sein des CHR d'Aboisso et d'Adzopé en 2022 et de Man en 2023. Une convention a été signée en 2023 entre le Fonds de Prévoyance Militaire et le CNPTIR pour la mise à disposition du centre d'hémodialyse d'Attoban. Également, 59 générateurs ont été acquis en 2023.

Les défis sont relatifs à (i) l'augmentation des capacités pour pourvoir recruter tous les patients en insuffisance rénale chronique terminale dans le programme de dialyse (ii) s'assurer qu'un donneur familial soit disponible pour chaque patient en dialyse en vue d'une greffe et (iii) la promotion du dépistage systématique afin que chaque personne procède à un dépistage annuel de la maladie rénale chronique.

Lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie et les autres addictions

Dans le cadre de la lutte contre le tabac et les addictions, l'objectif était de faire baisser la prévalence du tabagisme en milieu scolaire et la prévalence de l'alcoolisme chez les hommes de 15 à 49 ans respectivement de 19,10% et 33,2% en 2020 à 10% et 28,4% en 2023.

Pour ce faire, le Ministère a mis en place plusieurs initiatives visant à renforcer les capacités des professionnels de santé, à améliorer la prise en charge des addictions et à encadrer la commercialisation du tabac.

Concernant le cadre institutionnel, un guide national de réduction des risques chez les usagers de drogues a été élaboré, offrant un cadre de référence pour les actions visant à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues. De plus, le décret n°2022-75 du 26 janvier 2022 portant modalités d'application des mises en garde sanitaires, du conditionnement, de l'étiquetage et de la commercialisation du tabac et de ses produits ainsi que le décret n°2022-76 du 26 janvier 2022 instituant un système de suivi, de traçabilité et de vérification fiscale des produits du tabac sont désormais disponibles. Ces décrets constituent une avancée importante pour encadrer la consommation du tabac et protéger la population des dangers associés.

S'agissant de la prévention, 06 campagnes médiatiques dont trois sur les dangers de la consommation de l'alcool au volant et 03 sur les méfaits du tabagisme ont été réalisées à travers divers supports de communication atteignant près de 11 140 000 personnes.

Des campagnes de proximité ont été menées dans les 33 régions pour sensibiliser les populations aux dangers du tabagisme et aux dispositions légales en vigueur. De plus, l'organisation de campagnes de sensibilisation sur les dangers de l'alcoolisme en milieu scolaire ont été réalisées dans 30 établissements du secondaire.

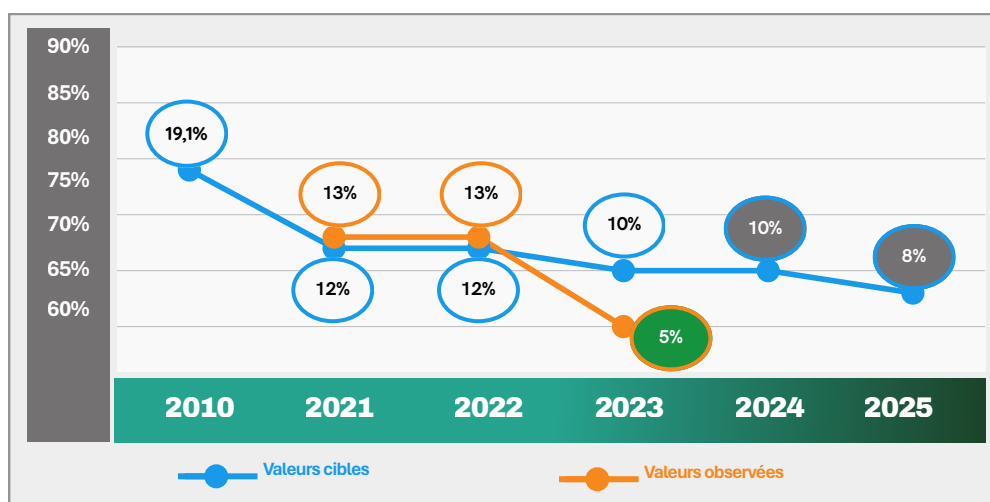
Parallèlement, un pool de 33 formateurs issus de la brigade de stupéfiants de la gendarmerie, de la police de la direction générale des douanes et des polices municipales du Grand Abidjan a été mis en place pour assurer une meilleure application de la loi n 2019-667 du 23 juillet 2019 relative à la lutte antitabac. Des missions régulières de contrôle ont également été organisées sur l'ensemble du territoire national pour vérifier le respect de cette loi.

Dans le cadre de la prise en charge, au total 120 agents de santé des ESPC des

régions de Abidjan 1, Abidjan 2, Gbêkê et Béliér ont vu leurs compétences renforcées dans la prise en charge du sevrage tabagique. 40 médecins des HG des régions sanitaires d'Abidjan 1 et Abidjan 2 ont été formés à la prise en charge de la dépendance à l'alcool. 25 médecins issus des structures spécialisées²³ dans la gestion des addictions ont été formés pour prescrire la Thérapie de Substitution aux Opiacés (TSO) à base de méthadone, utilisée pour traiter la dépendance.

De plus, les capacités techniques et matérielles des hôpitaux psychiatriques de Bouaké et de Bingerville, ainsi que du centre d'accueil de la Croix Bleue, de l'hôpital psychiatrique Saint Vincent de Paul de Yamoussoukro et du CASA de San Pedro ont été renforcées, notamment pour la dispensation de la méthadone, améliorant ainsi la disponibilité des infrastructures pour traiter les addictions.

Graphique 25 : Evolution de la prévalence du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire



Sources : Enquête 2023 mondiale sur le tabagisme chez les jeunes scolarisés

²³ L'INSP, le Centre d'Accompagnement et de Soins en Addiction (CASA), la Croix Bleue, le Centre Régional de Formation à la Lutte contre la Drogue (CRFLD), les hôpitaux psychiatriques de Bingerville et Bouaké et l'hôpital psychiatrique Saint Vincent de Paul de Yamoussoukro

Ces actions combinent des mesures curatives, préventives et définissent un cadre réglementaire pour limiter les risques liés au tabagisme et aux addictions. Cela a permis de faire passer la prévalence du tabagisme en milieu scolaire de 19,1% en 2020 à 4,7% en 2023 dépassant largement l'objectif de 10% prévu. La dispensation de la méthadone a permis à 17 usagers de drogues de bénéficier de soins spécifiques pour leur dépendance et de mieux gérer leur addiction, favorisant ainsi leur réinsertion sociale.

Des défis sont à relever en matière de lutte contre le tabagisme et les autres addictions notamment (i) la baisse de la prévalence de l'alcoolisme chez les hommes de 15 à 49 ans qui est de 34% (EDS,2021) ; (ii) la réglementation visant l'interférence de l'industrie du tabac, dans les politiques de lutte antitabac ; (iii) la mise à l'échelle de la dispensation de méthadone, avec l'inclusion d'un plus grand nombre d'usagers de drogues dans les soins.

Lutte contre le cancer

Dans le cadre de la lutte contre les cancers, en particulier le cancer du col de l'utérus, l'objectif était de faire passer la proportion de structures sanitaires offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus de 7% en 2020 à 22% en 2023, et à 32% en fin de mise en œuvre du PNDS. Aussi, la proportion de femmes dépistées positives à l'IVA ayant bénéficié d'un traitement devait passer de 13% en 2020, à 59,70% en 2023 puis à 70% en 2025.

À l'effet d'atteindre ces objectifs, un plan stratégique national de lutte contre le cancer 2022-2025 a été élaboré, établissant une feuille de route pour coordonner et intensifier les efforts de lutte contre le cancer au niveau national. Un document de directives

pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus a été élaboré et mis à disposition pour guider les professionnels de santé dans le traitement de cette maladie. De plus, le plan stratégique national d'accélération de l'élimination du cancer du col de l'utérus 2025-2030 a été élaboré en 2024. A cela s'ajoute la signature de deux conventions de partenariat public-privé avec la Banque Atlantique Côte d'Ivoire (BACI) et la Conférence des Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI), renforçant ainsi la collaboration entre les secteurs public et privé dans la lutte contre le cancer. L'Etat de Côte d'Ivoire a également signé une convention avec ROCHE. L'accessibilité financière aux traitements a été considérablement améliorée grâce cette convention avec ROCHE permettant ainsi à un plus grand nombre de patients de bénéficier d'une prise en charge adaptée.

En matière de sensibilisation, six campagnes de sensibilisation des cancers dont trois dédiées principalement à la lutte contre le cancer du sein, baptisées "Octobre Rose", ont été organisées et trois campagnes dédiées aux autres types de cancers, notamment le cancer du col de l'utérus, de la prostate et du côlon-rectum. Ces initiatives ont permis de mobiliser les communautés et d'encourager les consultations médicales précoces. Ce sont au total, 16 290 919 personnes qui ont été touchées par la sensibilisation, à travers la communication digitale, la presse audiovisuelle, l'envoi massif de SMS invitant à l'adoption de comportements de santé et à la détection précoce et les différentsancements de campagne en 2022, et 17 370 077 en 2023, dans toutes les régions du pays.

S'agissant du dépistage, de la détection précoce et de la prise en charge, une approche innovante a été introduite avec le dépistage par test HPV (Virus du papillome

humain) et le traitement par thermoablation, à travers les projets SUCCESS et CCU. 43 sites de dépistage ont été approvisionnés en kits de prélèvement et/ou détection HPV, et d'appareils de thermo-ablation dans trois régions (7 dans le Haut-Sassandra, 11 dans le Gbêkê, et 25 à Abidjan 1 et Abidjan 2). 04 structures sanitaires supplémentaires ont été dotées d'appareils de résection à l'anse diathermique, une technologie permettant de traiter les lésions précancéreuses étendues et non éligibles à la thermoablation. Ce sont près de 44 000 femmes dépistées dans 43 structures sanitaires, soit dans 14 districts sanitaires. La forte acceptabilité de ces nouvelles approches (plus de 90%) et le taux élevé de traitement (94%) ont motivé la mise à jour des directives nationales de 2013 en les y intégrant formellement. Dans les régions du Poro et du Tchologo, le nombre de femmes dépistées pour le cancer du col de l'utérus par l'IVA est passé respectivement de 1 708 en 2021 à 2 224 en 2023 et de 451 en 2021 à 460 en 2023. Cela est dû au renforcement des capacités des SFDE sur les sites de la ville de Korhogo, M'bengue.

Aussi, **un processus de renforcement des structures de détection précoce et de prise en charge des cancers** a été initié. A cet effet, 09 structures sanitaires (les CHU de Cocody et d'Angré, les HG d'Anyama et d'Abobo, l'INSP, les CHR de Yamoussoukro, d'Aboisso, d'Adzopé et de San Pedro) ont été équipées en mammographes, facilitant ainsi le dépistage et/ou la détection précoce des cancers du sein et permettant un référencement plus rapide en vue d'une initiation précoce de la prise en charge des patientes. En outre, le laboratoire d'anatomopathologie du CHU de Cocody a été équipé d'un appareil et fourni en réactifs d'immunohistochimie, d'un apport important dans la précision diagnostique et la décision théra-

peutique chez les patients atteints de cancer du sein et d'autres cancers. Les laboratoires de biochimie et d'immunologie du CHU de Bouaké et du CNRAO ont été équipés en appareils et réactifs d'immunologie. Il est à noter également l'ouverture en 2022 d'une unité d'oncologie médicale au CHU de Bouaké, augmentant les capacités de traitement du cancer dans le pays et réduisant les évacuations sanitaires dans le grand Abidjan.

Pour ce qui est de la formation, un total de 195 prestataires de soins ont été formés pour renforcer la capacité de détection et de traitement des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal. Aussi, plusieurs prestataires ont été formés via le Projet ECHO Cancer, un programme qui utilise des technologies innovantes pour offrir des formations continues et partager des expériences de pratique aux professionnels de santé dans la gestion du cancer. En parallèle, 154 Agents de Santé Communautaires (ASC) et Educateurs Pairs des 05 districts de la région du Poro ont été formés pour sensibiliser la population et orienter les personnes vers les services de dépistage et de soins. Aussi, 10 Points Focaux Médecine Traditionnelle de districts sanitaires et 79 Praticiens de Médecine Traditionnelle ont été formés sur la détection précoce et la référence des cas suspects des cancers du sein, du col de l'utérus et de l'enfant dans 03 Régions (Abidjan 1, Abidjan 2 et Gbêkê) en 2023. Ces réalisations ont permis l'implication des Praticiens de Médecine Traditionnelle dans la lutte contre les cancers du sein, du col de l'utérus et de l'enfant.

De 2017 au 30 juin 2024, le CNRAO qui est le premier centre public uniquement destiné à la prise en charge du cancer a enregistré

12 160 nouveaux patients dont certains provenant des pays de la sous-région, 63 873 consultations réalisées, 3 204 traitements par radiothérapie, 29 461 cures de chimiothérapie et traitements assimilés, 162 581 analyses biologiques réalisées, ainsi que 7876 participations aux différentes activités d'accompagnement. De plus, des équipements de pointe, notamment la technologie VMAT et le système Halcyon-Elite, ont été acquis par le CNRAO, permettant une amélioration significative des traitements. Par ailleurs, de nouvelles unités de soins d'accompagnement ont été ouvertes, intégrant des services de psychologie, de socio-esthétique, de nutrition et de kinésithérapie, afin d'assurer une prise en charge holistique des patients. Ces interventions ont permis d'accroître et d'améliorer la survie des patients, plus particulièrement le taux de survie après cinq ans pour les femmes touchées par le cancer du sein qui est passé de 30% en 2017 à 63% en 2023. Il atteint 85% lorsque la maladie est dépistée tôt et correctement prise en charge.

Ces initiatives témoignent de la volonté de la Côte d'Ivoire d'améliorer la lutte contre le cancer. Dans ce sens, le nombre de structures sanitaires offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus est passée de 186 à 242 entre 2021 et 2023 avec 65 centres offrant le traitement des lésions précancéreuses par cryothérapie ou résection à l'anse diathermique (RAD). De 2021 à 2023, 138 162 femmes âgées de 25 à 49 ans ont été dépistées du cancer du col de l'utérus par IVA. Parmi elles, la proportion de femmes dépistées positives à l'IVA ayant bénéficié d'un traitement est de 66,7%. Toutefois, l'accroissement attendu de la proportion de structures sanitaires offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus n'a pas été atteint (8% en 2023 contre 22% attendus).

Santé mentale

En matière de gouvernance, le ministère en charge de la santé s'est doté d'un plan national stratégique pour la santé mentale 2023-2025, marquant un engagement renforcé envers la gestion des troubles mentaux dans le pays. Également, des directives spécifiques ont été élaborées pour la prise en charge de la santé mentale au travail, ainsi que pour l'autisme et les troubles neurodéveloppementaux.

En ce qui concerne la disponibilité des services, sur 60 services de santé mentale repartis sur l'ensemble des 10 PRES, le PRES d'Abidjan en compte 39 soit 65% suivi du PRES de Yamoussoukro 10% et du PRES de Bouaké 5%. Pour ce qui est des structures non conventionnelles²⁴, 541 offrent les services de santé mentale en Côte d'Ivoire. Aussi, on dénombre environ 110 spécialistes en santé mentale avec une concentration dans le PRES d'Abidjan (65%). Des actions du Programme National de Santé Mentale (PNSM) ont permis d'intégrer la profession d'orthophoniste à la fonction publique. Au titre de l'année 2023, on dénombre 23 orthophonistes à avoir intégré la fonction publique. Toutes ces actions ont permis de renforcer la disponibilité de l'offre aux services de santé mentale.

Pour ce qui est de la prise en charge, une intégration des services la santé mentale a été faite dans 16 districts sanitaires par la formation de Médecins généralistes, Infirmiers et Sage-femmes et des agents de santé communautaires (ASC). Ainsi, 03 Unités de développement de la petite enfance ont été mis en place dans 03 districts sanitaires afin de rapprocher les soins du développement du jeune enfant (0-5ans) de la communauté.

²⁴ Centre de guérison traditionnelle, Camp de prière, Centre Roqya, Centre de Phytothérapie

Ces actions ont permis à environ 28 753 personnes de bénéficier d'une prise en charge (6 270 personnes de dépression, 8 240 personnes de Psychose, 6 117 personnes de Schizophrénie, 4 897 personnes d'Epilepsie et 3 229 enfants d'Autisme). De plus, dans le cadre du retour des migrants en Côte d'Ivoire, environ 700 migrants ont bénéficié d'une prise en charge psychologique d'urgence et des activités de développement du jeune enfant ont permis la prise en charge 313 enfants dépistés à risques de Troubles du Neurodéveloppement (TND). En 2023, le taux de disponibilité des psychotropes (médicaments essentiels) était de 22%, au-dessus de la cible (10%). Dans l'optique d'améliorer la qualité des services de

santé mentale, 500 acteurs (médecins, infirmiers, sage-femmes, agents de santé communautaire, travailleurs sociaux et psychologues) ont bénéficié de renforcement de capacités sur la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire et les autres ministères. De plus, des plateformes de formations en ligne ont été créées en occurrence la plateforme « ECHO Autisme » sur le projet « ECHO » de l'INSP et la plateforme de formation certifiante « e-santé sur la santé mentale ». Cette plateforme, a pour objectif de former 1 000 travailleurs sociaux sur la santé et le soutien psychologique de base.



En termes de Promotion, prévention et communication en santé mentale, des Journées commémoratives ont été réalisées notamment la Journée Mondiale de sensibilisation et de dépistage précoce de l'autisme dénommée « avril bleu » et la Journée Mondiale de la santé mentale dénommée « Forum National de la Santé Mentale ». Ces activités ont permis la sensibilisation d'environ 32 000 ménages sur les troubles du neurodéveloppement dans 03 districts sanitaires (Bouaké Nord-ouest, Korhogo 1 et Agboville) et d'environ 40 000 personnes (étudiants, travailleurs, OSC, ONG, institutions, entreprises, etc.) sur l'importance de l'intégration de la santé mentale dans la couverture sanitaire universelle pour l'atteinte des Objectifs du Développement Durable en

Côte d'Ivoire. La participation aux programmes de loisirs rassemblant un nombre important de jeunes a permis la sensibilisation de 1 000 adolescents et jeunes ainsi que 1 825 jeunes enfants sur des thématiques telles que : l'hygiène santé mentale, la gestion du stress lié à la compétition lors des jeux de la CAN 2023, les troubles de l'autisme, les addictions et prévention du suicide, la santé mentale, réalités des jeunes et communautés virtuelles chez les enfants.

La prise en charge des troubles mentaux reste un défi majeur, entravée par la stigmatisation, les mythes, les tabous et une couverture médicale insuffisante, ce qui réduit l'accès aux soins.

Santé Bucco-dentaire

S'agissant de la santé bucco-dentaire, l'objectif national était de réduire l'impact des affections bucco-dentaires sur la santé de la population à la fin de la période de mise en œuvre du PNDS. Ces changements majeurs passeraient par les actions : i) de sensibilisation à la bonne pratique de l'hygiène bucco-dentaire ; ii) de prise en charge des patients ; iii) de distribution de kits dentaires et iv) de pose de prothèses dentaires.

A cet effet, un plan national stratégique de la santé bucco-dentaire 2023-2025 a été élaboré, ouvrant la voie à une série d'initiatives visant à sensibiliser les populations, notamment les plus jeunes, à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire.

En matière de prévention, 15 300 enfants âgés de 6 à 9 ans ont été sensibilisés en milieu scolaire, via des campagnes de communication comprenant la distribution de flyers, de T-shirts et d'affiches. Par ailleurs, 1 009 adolescents et jeunes ont également été sensibilisés, et au total 17 000 kits de brossage ont été distribués dans le cadre de ces campagnes. En parallèle, trois campagnes intégrées de sensibilisation et de prise en charge des affections cardio-métaboliques et bucco-dentaires ont été organisées.

Afin de lutter contre le Noma, une maladie sévère affectant la cavité buccale, 542 Agents de Santé Communautaires (ASC), 50 points focaux constitués d'IDE et de SFDE, ainsi que 13 pools de formateurs ont été formés dans les régions du Sud-Comoé, Haut-Sassandra et Loh-Djiboua.

Ces réalisations ont permis de faire comprendre à la population la nécessité d'avoir une bonne hygiène dentaire et les maladies liées au non-respect des bonnes pratiques.



Malgré les progrès accomplis en matière de santé bucco-dentaire, certains défis sont à relever sur la période de la revue notamment i) la maintenance des services dentaires ; ii) l'accessibilité des patients aux services dentaires.

Santé Oculaire

S'agissant de la santé oculaire, un Plan Stratégique Santé Oculaire 2021-2025 a été rendu disponible, fournissant une feuille de route pour la prise en charge des affections visuelles à travers le pays.

Ainsi, **pour le dépistage oculaire**, à ce jour, 70 agents de santé et 90 volontaires communautaires ont été formés pour le dépistage des affections oculaires et l'orientation des patients vers des services de pédiatrie spécialisés. Ces services, situés à Bouaké et à Korhogo, ont été construits dans le cadre du projet Child Eye Care lancé en 2019, visant à améliorer les soins oculaires des enfants dans les régions du Poro et du Gbêkê. Cela a permis à 334 275 personnes, dont 27 707 adultes et 277 750 enfants de 0 à 18 ans, de bénéficier d'un dépistage oculaire. Parmi eux, 28 818 enfants d'âge scolaire ont bénéficié de ces dépistages dans 7 régions.

Pour la prise en charge, 7 302 personnes ont bénéficié d'une chirurgie gratuite de la cataracte dans les régions sus-évoquées.

2 480 paires de lunettes de correction ont été distribuées dans les régions d'Abidjan 2, du Poro et du Gbêkê. En outre, le CHR de Korhogo et le CHU de Bouaké ont été équipés en plateaux techniques pour la prise en charge des basses visions. Le CHU de Bouaké a également été équipé en champ visuel et en phacoémulsificateur pour la réalisation de la chirurgie de la cataracte. Aussi, 02 ophtalmologistes ont vu leurs capacités renforcées en rétinoscopie et réfraction.

Prévention et contrôle des infections, accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques

En matière d'hygiène hospitalière et de prévention et contrôle des infections (PCI), des grilles d'évaluation d'hygiène hospitalière ont été élaborées et validées. Trois documents d'hygiène ont été produits et diffusés. Il s'agit : (i) du document de Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière ; (ii) de Boîte à outils d'Hygiène Hospitalière et (iii) du Guide national de Lutte contre les Infections Nosocomiales. De même, le Plan Stratégique National PCI 2023-2027 a été élaboré.

Également, les capacités de 265 gestionnaires et agents des établissements hospitaliers ont été renforcées en hygiène hospitalière et lutte contre les infections nosocomiales. Il est à noter la création 31 comités de PCI dans les EPH, ainsi que la redynamisation des comités dans 20 EPH. Par ailleurs, 3 000 personnels de santé ont été formés en PCI.

S'agissant de l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement, l'objectif était de faire passer le taux de défécation à l'air libre de 21,10% en 2016 à 15% en 2023 puis à 11% à la fin de la mise en œuvre du PNDS.

Des actions ont été entreprises pour améliorer l'hygiène dans les établissements de soins et en milieu communautaire. Un plan stratégique de promotion de l'hygiène 2021-2025 visant à donner des orientations a été élaboré à cet effet. Aussi, le MSHPCMU a participé à l'élaboration de la loi n°2023-899 du 23 novembre 2023 portant code de l'hygiène et de la salubrité qui a été promulguée par le Président de la République.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, un ensemble d'actions ont été menés dont (i) la célébration de la Journée Mondiale du Lavage des Mains avec du savon (JMLM) dans les régions de Abidjan 2 en 2021, Agnèby Tiassa en 2022 et Sud-Comoé en 2023 ; (ii) le renforcement des capacités de 200 agents des ESPC en charge des séances d'Information, Education, Communication (IEC) dans 8 régions²⁵ ; (iii) la formation de 190 leaders communautaires et 108 ASC sur les bonnes pratiques WASH dans les départements de Ferkessé-dougou, Biankouma et Sipilou.

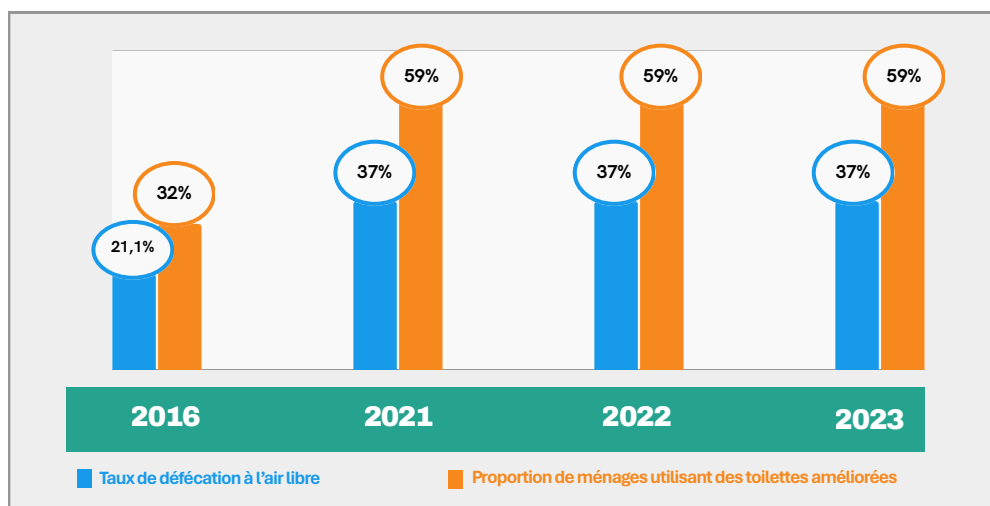
Pour ce qui est de l'accès à l'eau potable à domicile, plusieurs actions ont été menées dans le cadre du projet TED, notamment la mise en place d'un GTT interministériel pour la délivrance d'autorisation de commercialisation d'un produit de traitement de l'eau à domicile (Sur'Eau), suivi de la réalisation d'une mission d'exploration conjointe de promotion de ce produit dans les régions de la Nawa et San Pedro. Les interventions dans le domaine de l'eau de l'hygiène et de l'assainissement ont permis de faire passer la proportion de ménages utilisant des toilettes améliorées de 31,5% en 2016 à 59% en 2021 dépassant largement l'objectif fixé qui était de 40%. Aussi, la proportion d'établissements disposant de toilette fonctionnelle s'est améliorée, passant de 89,9% en 2021 à 96% en 2023 (rapports annuels de suivi et évaluation).

²⁵ Agnèby-Tiassa, Béré, Bounkani, Folon, Gontougo, Kabadougou, Sud-Comoé et Poro

Le taux de défécation à l'air libre quant à lui a augmenté, passant de 21,10% en 2016 à 37% en 2021 selon l'EDS 2021 malgré les différentes actions entreprises dans ce sens.

Le graphique ci-dessous montre respectivement les évolutions des ménages utilisant des toilettes améliorées ainsi que le taux de défécation à l'air libre sur la période 2021-2023.

Graphique 26 : Evolution des accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement



Sources : Rapports d'activité DHPSE

Concernant la gestion des déchets sanitaires, l'objectif était de faire passer la proportion de déchets sanitaires détruits de 64% en 2020 à 88% en 2023 puis à 100% à la fin de la mise en œuvre du PNDS.

Ainsi, le plan national de gestion des déchets sanitaires 2021-2025 a été élaboré et mise en œuvre en offrant un cadre de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques plus sécurisée et respectueuse de l'environnement. A cet effet, au nombre des activités réalisées, on note (i) dans le cadre de la contractualisation, un soutien à la collecte, au transport et à l'élimination des déchets sanitaires a été apporté dans 11 régions ayant permis la destruction de 2 000 tonnes de PPI et (ii) la supervision et le coaching effectués dans 28 établissements sanitaires (4 CHR et 24 HG).

Pour renforcer les capacités des districts dans la vision globale de la mise en place des PRES au niveau national, plusieurs actions de gestion moderne des déchets ont été entreprises :

- La réalisation de missions d'évaluation des

activités d'accompagnement des 113 districts sanitaires, en matière de polarisation et de contractualisation de la gestion des déchets sanitaires ;

- Le recrutement de trois prestataires privés pour la collecte, le transport et l'élimination des déchets sanitaires dans 22 régions subdivisées en 3 zones ;
- L'acquisition de matériel de collecte des déchets sanitaires pour les CHR et HG des trente-trois (33) régions, les CHU de Bouaké et de Cocody, l'IPCI et l'INHP ;
- La collecte, le transport et l'élimination des déchets COVID 19 et de vaccination dans les régions de Abidjan 1, Abidjan 2, Sud Comoé, Agnèby-Tiassa, Mé, Grands-Ponts, Bélier, Gbèkè, Poro, Tchologo et Bagoué ;
- La formation de 50 personnels des prestataires privés à la gestion des déchets sanitaires.

Les actions menées notamment la contractualisation et la polarisation de la gestion des déchets sanitaires en 2023 ont permis d'améliorer les performances et la généralisation de la pratique de la gestion écologi-

quement rationnelle des déchets en mutualisant les ressources, faisant passer la proportion de déchets sanitaires détruits de 64% en 2020 à 71% en 2023 (Rapport d'activités 2023).

Gestion et fourniture de soins de qualité

En vue de l'application effective des normes, directives et procédures en matière de qualité des services dans les établissements de santé, un document de politique, un document de stratégie nationale d'amélioration de la qualité, hygiène et sécurité et ainsi qu'un guide de formation des prestataires sur le modèle du continuum des soins de santé maternelle et néonatale ont été élaborés et validés. Ces documents ont permis de créer le cadre pour la mise en œuvre de la démarche qualité dans les établissements de santé.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins, plusieurs initiatives ont été mises en place à savoir : (i) la formation des prestataires en auto-évaluation de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile (SRMNI) dans 18 structures sanitaires issues des 06 districts sanitaires de la région du Gbêkê, à travers l'outil intégré de l'OMS d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période post natale ; (ii) le processus d'attribution de label de qualité des soins SRMNI (structure de santé 5 étoiles) à 18 structures sanitaires dans les districts de Ferké, Odienné, Botro et Tanda ; (iii) l'équipement des Hôpitaux de référence et des ESPC pour offrir les SONU ; (iv) la révision de documents de politique, de protocoles, normes et outils de référence SR/PF ainsi que (v) l'introduction du module des soins humanisés dans le curricula de formation à l'INFAS.

De plus, 35 formateurs nationaux et 282 prestataires (Sage-femmes et Infirmiers) ont été formés sur le modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale.

Parallèlement, 10 784 IDE et SFDE ont vu leurs capacités renforcées sur le module SONU, accueil et soins respectueux.

Malgré ces réalisations, deux défis restent à être adressés, à savoir le respect des normes et procédures en matière de qualité des services (accueil, communication, temps d'attente, orientation) et la disponibilité des ressources financières pour l'extension des bonnes pratiques du mentorat.

Nutrition

Les objectifs en matière de nutrition du PNDS étaient de (i) renforcer les interventions de promotion des bonnes pratiques nutritionnelles et de prévention de la malnutrition et (ii) étendre l'offre de service de dépistage et de prise en charge de la malnutrition. La mise en œuvre de ces actions devait permettre de réduire la malnutrition chronique et aiguë. Ainsi, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle devait progresser de 26% en 2020 à 70% en 2025 et la proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris (MASsc, MASc) guéris devait passer de 86% en 2020 à 91,2% en 2023 puis 95% en 2025.

Entre 2021 et 2023, plusieurs interventions ont été mises en œuvre pour répondre aux enjeux nutritionnels, en particulier chez les groupes vulnérables comme les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les populations rurales. Les actions ont porté sur : (i) la lutte contre la malnutrition infantile, avec un accent sur la prévention et le traitement des cas de malnutrition aiguë

sévère (MAS) ; (ii) l'extension de l'offre de soins de nutrition, en intégrant la supplémentation en micronutriments (vitamine A, fer, etc.) pour les enfants et les femmes enceintes ; (iii) la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles.

En matière de gouvernance, trois arrêtés interministériels d'application du décret n°2013-416 du 06 juin 2013 portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel dans le cadre de l'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel ont été pris en 2021, à savoir: (i) l'arrêté fixant réglementation de la promotion ou de la publicité des substituts du lait maternel ; (ii) l'arrêté fixant les conditions d'autorisation de commercialisation des substituts du lait maternel ; (iii) l'arrêté portant création, composition, attribution et fonctionnement de la commission d'autorisation de commercialisation des substituts du lait maternel.

Pour la supplémentation en vitamine A, 40 DDS mettent en œuvre la stratégie de distribution de la vitamine A en campagne, et 73 DDS distribuent la vitamine A en routine dans les établissements de santé. Au total, 6 046 188 enfants de 6 à 59 mois ont reçu une dose de vitamine A au cours de l'année 2021 sur 7 153 688 soit une couverture nationale de 85%. En 2023, ce sont 4 358 800 d'enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu une dose de vitamine A sur 4 522 655 soit une couverture nationale de 95%.

En ce qui concerne de Développement de la Petite Enfance (DPE), les interventions ont concerné le district de Lakota, touchant 94 711 habitants en 2022, dont 37 188 enfants de moins de 5 ans, issus de 28 955 ménages. Au cours de ce projet, 33 campagnes de sensibilisation au changement de

comportement en rapport avec les actions essentielles en nutrition et en hygiène et les soins parentaux pour le développement de l'enfant ont été organisées dans tout le district, réunissant ainsi 3 306 personnes.

S'agissant de l'offre de service de nutrition chez les PVVIH, 2 126 484 évaluations ont été réalisées en 2022. Au cours de ces évaluations, 24 775 personnes, dont 531 femmes enceintes et femmes allaitantes, ont été dépistées malnutries. Tous ces patients ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle basée sur les conseils alimentaires. Cependant un traitement nutritionnel a été apporté à 6 010 cas, soit 57,4% des personnes VIH malnutries.

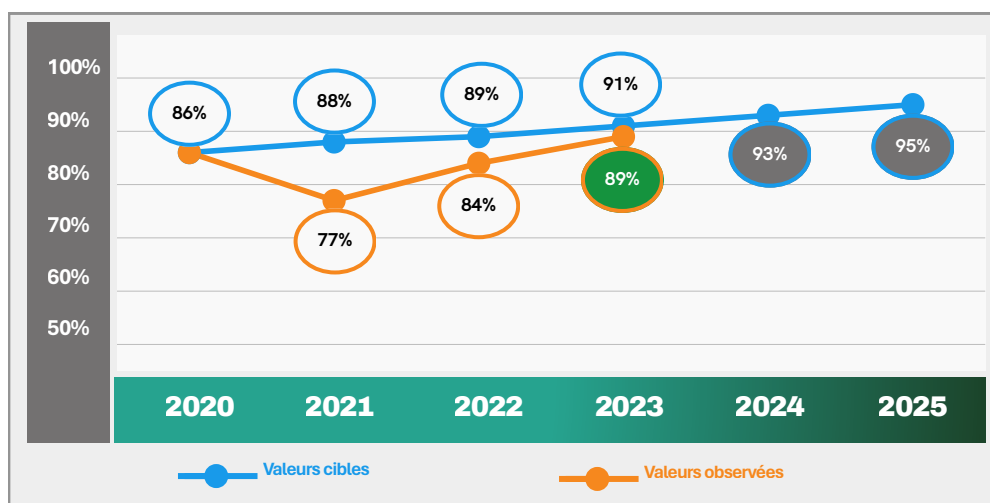
Le Ministère a poursuivi l'extension des structures prenant en charge les patients souffrant de malnutrition au niveau des ESPC et des hôpitaux de référence. Le nombre d'Unités Nutritionnelles Thérapeutiques (UNT), et d'Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Ambulatoires (UNTA) fonctionnelles a augmenté, de 1 733 en 2020 à 2 548 (2 427 UNTA et 121 UNT) en 2023.

Ainsi, 95% des ESPC prennent en charge les cas de Malnutrition Aigues Sévères (MAS) sans complication dans les UNTA et 100% des hôpitaux de référence prennent en charge les cas de MAS avec complication dans les UNT. Près de 80 000 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère ont été pris en charge dans les structures sanitaires à travers le pays. Il est à noter également le renforcement des compétences de 2 223 prestataires dont 1 999 prestataires issus des ESPC et 224 des hôpitaux gestionnaires de données) sur le paquet intégré de nutrition, l'équipement en matériel anthropométrique, de démonstration diététique, en outils de gestion et de support de communication dans les 113 districts, ainsi que

l'approvisionnement en intrants nutritionnels. De plus, 1 865 villages disposent de Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition en Communauté (FRANC) fonctionnels en 2023, soit une hausse par rapport à 2022 où seulement 1 578 villages étaient dotés de FRANC.

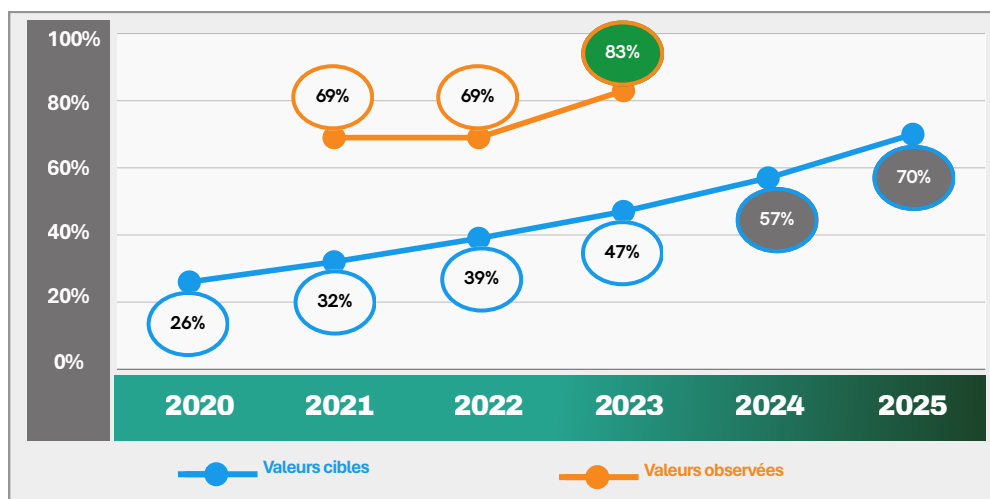
Dans le cadre de l'Initiative « Structure Sanitaire Amie des Bébé » (ISSAB), 2 915 prestataires issus de 616 établissements sanitaires de 58 districts sanitaires ont été formés sur l'Alimentation de la mère, du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE+) en 2022.

Graphique 27 : Evolution de la proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris (MASsc, MASc) guéris



Sources : Rapports d'activité PNN

Graphique 28: Evolution du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle



Sources : Rapports d'activité PNN

En dépit de ces résultats, certains défis doivent être adressés notamment: (i) le renforcement de la coordination entre les différents acteurs impliqués dans la lutte contre la malnutrition ; (ii) l'expansion des services dans les zones les plus vulnérables ; (iii) la réduction du taux d'anémie chez les enfants de moins de 05 ans et chez les femmes en

âge de procréer ; (iv) le renforcement de la collaboration entre les centres de santé et les FRANC ; (v) le renforcement de la participation communautaire par les ASC et les FRANC ; (vi) le développement du BP-famille afin de renforcer la prévention et (vii) l'utilisation des technologies telles que les applications mobiles pour le dépistage et le suivi des enfants malnutris.

ENCADRÉ 2 : ACTIONS PROBANTES AYANT AMÉLIORÉ LA SITUATION DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS DANS LES RÉGIONS

Pour ce qui est de la prise en charge des enfants malnutris, différentes interventions ont été menées à savoir :

- La mise à disposition de local dédié aux activités de nutrition et de vaccination sous l'exigence du PBF ;
- L'équipement des centres de santé en matériels anthropométriques et en intrants de prise en charge ;
- La mise en place des Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition en Communautés (FRANC).
- Toutes ces actions ont permis l'augmentation de la proportion d'enfants malnutris aigu sévère de 0 à 59 mois dépistés et pris en charge dans les régions du Cavally (de 59% en 2021 à 100% en 2023), d'Abidjan 2 (72,4% à 77%), du Gbêkê (47% à 42%), de l'Agneby-Tiassa (43,6% à 59,8%), du Hambol (73,8% à 92,8%), de la Mé (51,7% à 61,9%) et du Sud-Comoé (20,5% à 29,2%).

Urgences de santé publique

Le Règlement sanitaire international (RSI, 2005), entré en vigueur le 15 juin 2007, est un instrument juridique international contraignant. Son objectif principal est de prévenir la propagation internationale des maladies, de les détecter, de s'en protéger et d'y réagir par des mesures de santé publique appropriées, tout en évitant de créer des obstacles inutiles au trafic et au commerce internationaux.

L'OMS a défini 4 mécanismes de Suivi Evaluation du RSI dont l'Evaluation Externe Conjointe (EEC) qui a été réalisée en décembre

2023 après celle de Décembre 2017. Cette évaluation a permis d'actualiser les scores des 19 domaines techniques du RSI à partir de l'outil JEE version 3.

Concernant le domaine de la gestion des urgences sanitaires, les scores des 6 indicateurs varient de 1 à 3 et les principales recommandations portent sur la mise à jour de la cartographie des risques, l'élaboration des plans de contingence et des procédures, le renforcement des ressources humaines des COU régionaux et le cadre réglementaire pour le déploiement des équipes médicales d'urgence.

Dans le cadre de la réponse aux épidémies et urgences de santé publique, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP). De 2021 à 2023 le COUSP a élaboré des documents normatifs : le Concept des Opérations (CONOPS), les Procédures opérationnelles Standard (POS) de déploiement des Equipes d'intervention rapide et les POS de la logistique d'urgence.

Concernant les principales activités de riposte, le COUSP a été activé en mode réponse niveau 1 pour la gestion de la dengue et la gestion des conséquences sanitaires des inondations. Afin d'améliorer la réponse au niveau tactique, le pays s'est engagé dans la décentralisation du COUSP au niveau des pôles régionaux d'excellence avec la mise en place des COUSP régionaux. Ainsi, le pays dispose de 06 COUSP régionaux fonctionnels sur 13 COUSP régionaux planifiés, soit un taux de couverture 46%.

Les régions disposant de COUSP sont le Sud Comoé, le Tonpki, le Kabadougou, le Cavally, le Gbèke et San Pedro. Un processus de réhabilitation et d'équipements des COUSP régionaux est en cours.

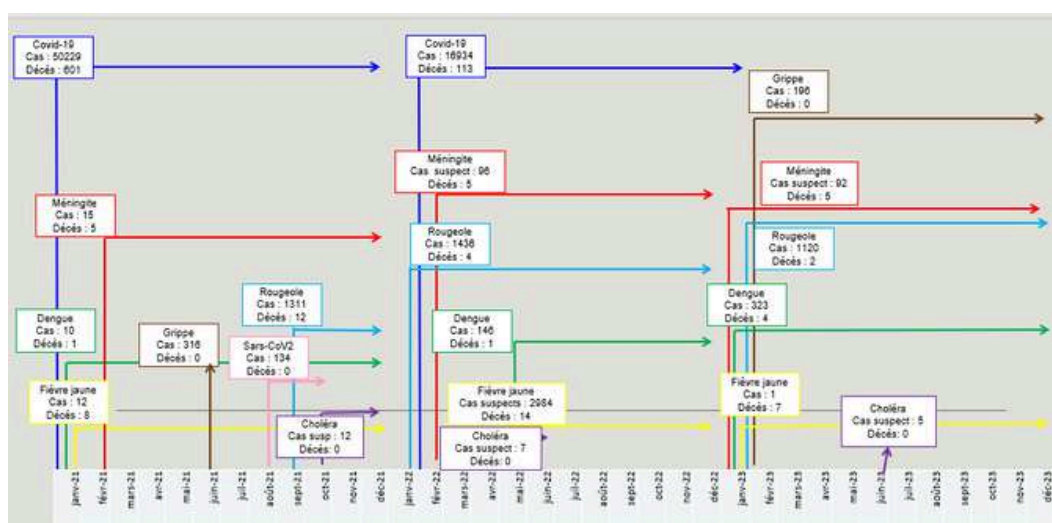
Concernant la prévention des urgences sanitaires, la formation à la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte (SIMR) constitue une stratégie essentielle dont la mise en œuvre est en progression.

Les régions sanitaires formées sont : le Gbèkè (6), le Sud Comoé (4), le Tonpki (4), l'Agnéby Tiassa (3), de la Mé (4), de l'Indénie Djaublin (3), du Boukani (4), du Gontougo (5), du Tchologo (3) et du Poro (4). soit 10/33 régions sanitaires formées ou (40/113) districts sanitaires formés. Ainsi, le taux de couverture des Districts Sanitaires formés est passé de 11% en 2022 à 35,4% en 2023 avec 1250 prestataires formés dans 40 districts sanitaires.

Par ailleurs le Programme de Formation en Epidémiologie de Terrain (FETP) réalisé pour le niveau Frontline sur la période 2016- 2020, a redémarré en 2021 avec le niveau Frontline dont la durée de formation est de 3 mois et le volet intermédiaire avec une durée de 9 mois. Jusqu'en 2023, le pays compte 481 certifiés FETP Frontline et 29 FETP Intermédiaires. Ces FETP certifiés sont issus des secteurs de la santé humaine, animale et environnementale et sont répartis dans l'ensemble des districts sanitaires. Ils jouent un rôle essentiel dans l'investigation des risques et des alertes, la gestion des données de surveillance épidémiologique et dans les activités de riposte.

Par ailleurs, sur la période, le pays a fait face à plusieurs urgences de santé publique dont la covid-19, les épidémies de dengue, de rougeole, les épisodes de toxi infections alimentaires et les conséquences sanitaires des inondations.

**Figure 5 :
Calendrier des
maladies à poten-
tiel épidémiques
survenue dans le
pays de 2021 à 2023**



Il faut noter que certaines avancées favorisent la gestion multisectorielle des urgences notamment la mise en place de la Plateforme « Une seule santé », l'élaboration de la cartographie des ressources humaines selon l'approche « Une seule santé », l'élaboration du plan stratégique national de prévention et contrôle de l'infection (2023-2027), et les plans de communication des risques intégrant les populations marginalisées et vulnérables.

En dépit de ces acquis importants, à l'issue de l'évaluation des capacités du RSI, des recommandations ont été faites au pays relativement à la gestion des urgences. Il s'agit essentiellement de (i) la mise à jour de la cartographie des risques aux niveaux national et régional en tenant compte de la multisectorialité, (ii) du renforcement du COUSP national et des COUSPs régionaux en ressources humaines et matérielles, (iii) de la création du cadre réglementaire de la mise en place de l'équipe médicale d'urgence (EMU) en Côte d'Ivoire, (iv) de l'élaboration d'un plan directeur de la recherche et du développement incluant la réglementation en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence et de (v) l'élaboration des plans et procédures du COUSP (manuel, procédures...).

En ce qui concerne la coordination du Point focal RSI, il est demandé aux pays de (i) doter le point focal national (PFN) RSI de ressources humaines, matérielles et financières propres, (ii) d'élaborer des procédures opérationnelles standard (POS) de notification/communication entre le PFN et les différents secteurs, (iii) d'élaborer un plan de contingence multirisque et multisectoriel et d'élaborer un Plan d'Action National de la Sécurité Sanitaire (PANSS) après la publication du rapport d'EEC. De même la mise en place de fonds d'urgence avec des procédures simplifiées de décaissement demeure un défi majeur pour la réponse prompt aux urgences.

En outre, le pays a fait face à des urgences de santé publique, à savoir la pandémie à covid-19 et l'épidémie de la dengue.

Concernant la dengue, le pays a enregistré 341 cas positifs en 2023. Dans le cadre de la riposte contre cette épidémie, la recherche active des cas, la prise en charge des cas confirmés dans les structures sanitaires, la conduite des opérations de lutte antivectorielle dans les foyers épidémiques et l'organisation de sensibilisation de masse dans les zones en épidémies ont été réalisées.

ENCADRÉ 3 : GESTION DE LA COVID-19 PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ

À fin décembre 2019, les autorités de santé publique de la Chine ont signalé plusieurs cas de syndrome respiratoire aigu dans la ville de Wuhan. Il s'agissait d'une nouvelle souche de coronavirus qui n'a pas été identifiée auparavant chez l'homme. Le virus responsable est appelé coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SARS-CoV-2) et la maladie est dénommée Coronavirus 2019 (COVID-19). En réponse, l'OMS a émis une alerte mondiale, demandant à tous les pays d'activer leurs centres des opérations d'urgence en santé publique. Ainsi, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et la Couverture Maladie Universelle a activé son COUSP le 31 décembre 2019.

Le mercredi 11 mars 2020, la Côte d'Ivoire a enregistré son premier cas de COVID-19, pris en charge par le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT). Dès le début de la crise sanitaire, plusieurs actions ont été entreprises par le gouvernement : (i) création d'un comité de crise ; (ii) sensibilisation de la population aux mesures préventives ; (iii) élaboration d'un plan d'urgence de riposte ; (iv) dépistage systématique des voyageurs venant de pays affectés ; (v) mise en place de mesures de quarantaine et de confinement et (vi) prise en charge des cas confirmés.

Pour répondre à l'urgence sanitaire, des capacités de soins supplémentaires ont été mises en place, notamment des sites de dépistage volontaire, des centres de traitement pour les malades, ainsi que des sites de quarantaine. De plus, la capacité d'accueil de ces structures a été renforcée avec la construction de préfabriqués et la mise à disposition de moyens logistiques pour faciliter le transport des patients entre les structures de soins. Les prélèvements nasopharyngés effectués chez les cas suspects par l'Institut National d'Hygiène Publique étaient envoyés à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), laboratoire de référence. Pour renforcer les capacités des acteurs régionaux, 210 membres des COUSP ont été formés.

En plus de ces mesures, la vaccination a été adoptée comme une stratégie majeure de lutte contre le virus. Le 1er mars 2021, la Côte d'Ivoire a lancé sa campagne de vaccination grâce au mécanisme COVAX. La vaccination, basée sur le volontariat, a ciblé en priorité les professionnels de la santé, les forces de défense et de sécurité, les enseignants, ainsi que les personnes âgées de plus de cinquante ans, les patients atteints de pathologies chroniques, les voyageurs, la population carcérale et les personnes âgées de 18 à 49 ans.

Au 7 mars 2023, le pays a recensé 88 185 guéris cas confirmés de COVID-19, dont 80 758 guérisons et 834 décès, soit un taux de létalité de 0,94%. Pour la vaccination, sur une population cible de 20 834 178 personnes âgées de 12 ans et plus, 14 891 733 individus ont reçu une dose, soit un taux de couverture de 71% et 13 390 396 personnes sont complètement vaccinées, représentant 64,3% de cette population cible. Parmi les groupes prioritaires, la couverture vaccinale est de 54% pour le personnel de santé, 24% pour les personnes atteintes de maladies chroniques et 18% des enseignants.

Le 12 avril 2023, le Conseil National de Sécurité, présidé par le Président de la République Son Excellence Monsieur Alassane OUATTARA, a décidé de lever l'état d'urgence sanitaire, saluant les excellents résultats obtenus dans la lutte contre la COVID-19 depuis 2020. En effet, la Côte d'Ivoire a été reconnue comme un modèle dans la sous-région pour sa gestion exemplaire de la pandémie.

En somme, la Côte d'Ivoire a réussi à gérer efficacement la pandémie de COVID-19 malgré des défis logistiques. La campagne de vaccination, bien qu'ayant rencontré des obstacles, a contribué à freiner la propagation du virus. Toutefois, la gestion postpandémie nécessitera une attention continue pour consolider les acquis et se préparer à d'éventuelles urgences sanitaires à venir.

Axe 3 : Renforcement de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies

Pour cet axe, le MSHPCMU vise à s'assurer que les populations, en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé. Ce résultat se décline en plusieurs thématiques, pour lesquelles des interventions ont été enregistrées sur les trois premières années de mise en œuvre du PNDS 2021-2025.

Demande de services de santé de qualité et prévention des maladies

Au titre de la demande et de l'utilisation des services de santé, pour son volet communautaire, l'objectif était de : (i) faire en sorte qu'en 2023 la proportion de ménages ayant acquis les connaissances sur les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) soit de 40% et de 60% en 2025 ; (ii) faire passer le ratio ASC/population de 1 ASC pour 2 034 habitants en 2020 à 1 ASC pour 1 470 habitants en 2023 et 1 ASC pour 1 400 habitants en 2025.

En matière de gouvernance, pour l'atteinte de ces objectifs, le MSHPCMU s'est doté d'un document de politique nationale de la santé communautaire en 2021 et d'un plan stratégique de la santé communautaire 2022-2025. En outre un référentiel de mise en œuvre des interventions de la santé communautaire a été élaboré.

En parallèle, un cadre de concertation permanent des intervenants en santé communautaire a été établi dès 2021, ainsi qu'une plateforme multisectorielle dédiée à la promotion de la santé. On note également l'élaboration d'un guide national de distribution et d'approvisionnement des médicaments au niveau communautaire en 2022,

ainsi qu'un document opérationnel d'intégration des interventions de santé communautaire dans la coordination, le suivi et l'évaluation à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Au titre des actions de promotion de la santé, le nombre total de ménages suivis par les ASC était de 7 816 875 en 2023. Parmi ces ménages, 65,53 % ont accès à un point d'eau potable et 48 % d'entre eux disposent de latrines. Pour ce qui est du renforcement de la promotion des PFE et des mesures préventives, en 2023, les ASC ont réalisé 3 473 963 visites à domicile pour sensibiliser les ménages sur les pratiques familiales essentielles.

S'agissant de la promotion de la santé en vue de prévenir les maladies transmissibles, ce sont 22 345 femmes enceintes de la communauté perdues de vue retrouvées par les ASC, référées et ayant reçu le TPI à la SP3. Les ASC ont retrouvé et ramené dans les soins 38 437 enfants déclarés perdus de vue pour la série vaccinale.

Dans le cadre de la prise en charge des cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée, en 2023, les ASC ont notifié dans la communauté (i) 1 111 041 cas de paludisme simple confirmés par un TDR positif chez les enfants de moins de cinq ans. Parmi ces cas, 1 097 557 ont été pris en charge, soit un taux de traitement de 98,79 %, supérieur à la norme nationale de 95 % ; (ii) 48 753 cas de pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans. Parmi eux, 22 946 ont été pris en charge, ce qui correspond à un taux de traitement de 47 %, nettement inférieur à la norme nationale de 95% et (iii) 71 698 cas de diarrhée ont été enregistrés chez les enfants de moins de cinq ans. Parmi ces cas, 36 120 ont été pris en charge, soit un taux de traitement de 50,42 %, également en deçà de la norme nationale de 95 %.

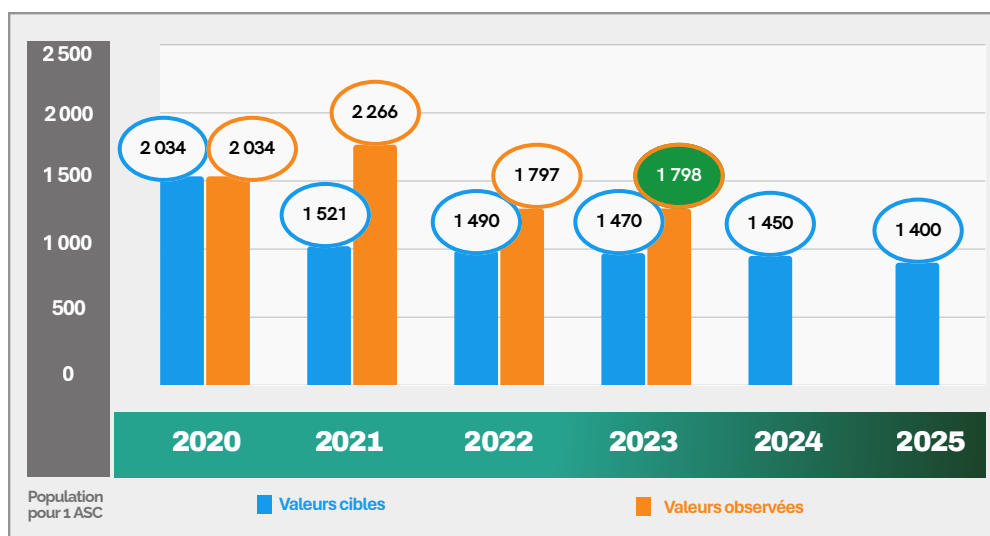
Dans le cadre du renforcement des capacités, 4 342 ASC supplémentaires ont été recrutés et formés entre 2021 et 2023 au PMA communautaire dans 53 districts sanitaires, portant à 17 308 le nombre d'ASC formés et équipés au niveau national en 2023. De plus, 146 Coordonnateurs d'Activités Communautaires (CAC) ont été formés et affectés au niveau des 33 régions et 113 districts sanitaires afin de renforcer la supervision des IDE/SFDE des ESPC et des ASC.

Ces efforts ont permis d'augmenter le ratio ASC par habitant, avec une nette progression de 1 ASC pour 2 034 habitants en 2020 à

1 ASC pour 1 798 habitants en 2023, mais ce ratio reste en dessous de la cible fixée à 1 pour 1470. L'amélioration de la disponibilité des ASC a contribué à augmenter la proportion de ménages éligibles adoptant les Pratiques Familiales Essentielles (PFE), qui est passée de 35,10% en 2020 à 70% en 2023 au-dessus de la prévision (40%).

Malgré ces réalisations, des défis sont à relever, à savoir le renforcement du financement de la santé communautaire par des ressources domestiques pour maintenir les ASC et l'institutionnalisation du statut des ASC.

Graphique 29: Evolution du ratio ASC / Populations



Source : Rapports de la Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé

Mécanismes et instruments de protection sociale pour faire face au risque de maladie et accéder à des soins de qualité

Pour faire face au risque de maladie et renforcer l'accès des populations à des soins de qualité, le MSHPCMU a mis en place deux mécanismes et instruments de protection sociale, en l'occurrence la gratuité ciblée et la Couverture Maladie Universelle. Le programme de gratuité ciblée vise à

offrir gratuitement certaines prestations, services et actes médicaux aux femmes enceintes dans le cadre des consultations prénatales et post-natales, des accouchements et leurs complications, de la prise en charge du paludisme grave, de même qu'aux enfants de 0 à 5 ans y compris l'anémie, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. Relativement à la gratuité ciblée en 2023, le Ministère a distribué dans les établissements sanitaires

publics 492 071 kits d'accouchement, 53 095 kits de césarienne, 28 867 kits d'épisiotomie, 21 292 kits d'anesthésie générale, 28 087 kits de kits d'anesthésie générale, 28 087 kits de rachia-nesthésie, et 1 664 295 produits anti-paludiques.

Ces actions ont contribué à la réalisation de 44 655 césariennes et 722 999 accouchements. En outre, 2 746 189 enfants de moins de 5 cinq ans et 334 033 femmes enceintes atteints de paludisme ont bénéficié gratuitement d'un traitement anti-paludique en 2023.

La Couverture Maladie Universelle (CMU)

La Couverture Maladie Universelle (CMU) se définit comme un système obligatoire de couverture du risque maladie au profit de toutes les personnes résidant sur un territoire. Instituée par la loi N°2014-131 du 24 mars 2014, l'objectif de la CMU est d'offrir des soins de santé de qualité dans des conditions financières soutenables, à toute personne résidente en Côte d'Ivoire.

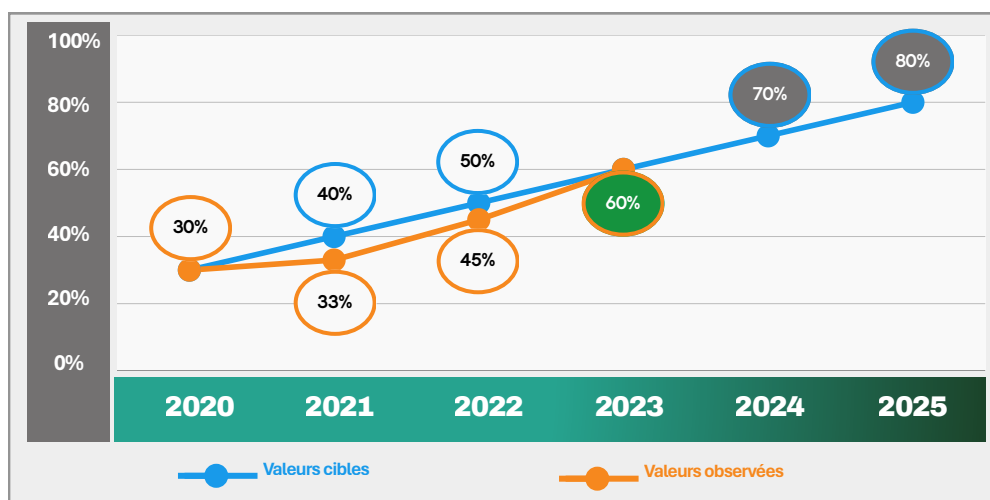
Cependant, bien que mise en place depuis de nombreuses années, son déploiement a connu de nombreuses difficultés et son utilisation effective reste encore très faible.

Pour y remédier, des initiatives ont été mises en place afin d'accélérer la généralisation de la CMU, en collaboration avec le Ministère en charge de la protection sociale. Ces actions visent à simplifier les procédures d'enrôlement, à utiliser les structures de santé comme les centres d'enrôlement et à améliorer l'organisation ainsi que l'effectivité des prestations de la CMU dans la majorité des centres de santé.

Au 30 Septembre 2024, environ 15 millions des personnes ont été enrôlées avec 5 millions de cartes produites et 4 082 068 de cartes distribuées avec environ 1,8 million de personnes à jour de leur cotisation.

En outre, la création de la Direction Générale de la CMU a été officialisée par le Décret n°2021-465 du 08 septembre 2021 portant réorganisation du MSHPCMU.

Graphique 30 : Evolution de la couverture de la CMU dans les établissements sanitaires



Sources : DGCMU

Au titre de la prestation de service, la couverture de la CMU au sein des établissements de santé a connu une progression significative depuis 2020. En effet, 1 976 établissements de santé publics (soit environ 60% en 2023 contre 30% en 2020), dont l'ensemble des EPHN, EPHR et EPHD, ont été conventionnés et mettent en œuvre la CMU. Aussi, une convention cadre a été signée avec le réseau de l'Union Nationale des Pharmaciens Privés de Côte d'Ivoire (UNPPCI) regroupant 1 200 officines privées de pharmacies. En particulier, 458 de ces officines (38,16%) ont été conventionnées individuellement. De plus, 200 établissements de santé ont été équipés en kits d'enrôlement et 3 168 acteurs ont été formés dont 1 475 prestataires. Le panier de soins de la CMU a été élargi au diabète et HTA non compliqués par décret n° 2023-169 du 22 mars 2023 fixant les spécialités médicales, de biologie et les classes thérapeutiques des produits pharmaceutiques garantis par la CMU. Par ailleurs, une quantification répondant aux besoins en médicaments des pharmacies publiques a été réalisée afin de permettre une amélioration de la disponibilité des médicaments.

La mise en œuvre de la politique de généralisation de la CMU, couplée à des actions concrètes sur le terrain, a permis d'améliorer l'accès aux soins pour une part croissante de la population.

À ce jour, le taux d'utilisation de la carte CMU se situe à près de 10% des actes médicaux et 84% des usagers à jour de leur cotisation ont bénéficié de l'offre de service CMU. Ce qui représente environ 400 000 personnes en 2024. Le nombre cumulé de consultations dans le cadre de la CMU depuis 2019 s'élève à 1 211 880 dont 49 193 en août 2024. De plus, 170 pathologies y compris l'HTA et le diabète sont prises en charge.

Cependant, certains défis stratégiques sont à signaler afin d'atteindre l'opérationnalisation complète de la CMU, à savoir : (i) l'élargissement du panier de soins de la CMU ; (ii) l'intégration du secteur privé en particulier le privé socio-sanitaire dans les prestataires de soins de la CMU ; (iii) la couverture effective de l'ensemble des populations en matière d'enrôlement et d'obtention de la carte CMU; (iv) et le recouvrement effectif des cotisations des usagers.



Tableau 6 : Défis opérationnels liés à la mise en œuvre de la réforme sur la Couverture Maladie Universelle (CMU)

Défis	Recommandations des acteurs
Techniques et logistiques	
Eloignement des sites d'enrôlement : difficulté d'accès pour certaines populations	Rapprocher les sites d'enrôlement de la population
Ressources Humaines	
Insuffisance d'agents d'accueil de la CMU	Recruter et former les agents d'accueil sur la CMU
Rotation importante des agents d'accueil CMU	Instaurer un mécanisme de fidélisation des agents Régulariser les traitements salariaux des agents
Procédures et réglementation	
Faible sensibilisation : méconnaissance des avantages de la CMU, difficultés à comprendre les mécanismes	Intensifier les campagnes de communication pour informer les populations sur les avantages de la CMU et les modalités de prise en charge
Difficultés financières : cotisations jugées trop élevées pour les ménages nombreux	Mettre en place des forfaits familiaux
Organisation et coordination	
Délais administratifs : retard dans la délivrance des cartes	Mettre en place des services de délivrance instantanée
Complexité des procédures de prise en charge	Simplifier les procédures de prise en charge
Tarification des prestations	
Tarifs jugés trop bas : les tarifs remboursés par la CNAM sont considérés comme insuffisants par les prestataires.	Réviser les tarifs remboursés pour assurer la pérennité du système.
Gouvernance et financement	
Lenteur dans les paiements : les fonds ne sont pas régulièrement versés aux structures.	Réduire les délais de remboursement des prestations aux prestataires.

Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

EVÈNEMENTS MARQUANTS SUR LA PÉRIODE 2021-2023

ENCADRÉ 4 : RÉPONSE DU SYSTÈME DE SANTÉ AUX EXIGENCES D'ORGANISATION DE LA 34^{ÈME} ÉDITION DE LA COUPE D'AFRIQUE DES NATIONS (CAN 2023)

Afin de garantir la capacité du système de santé à gérer des urgences de santé, des dispositions ont été prises pour faire face aux éventuelles bousculades dans les stades. Aussi, des mesures de contingence ont été mises en place pour prendre en charge d'éventuels importants flots de blessés causés par les accidents en lien avec les déplacements des supporters et des délégations. Ces dispositifs ont concerné à la fois les villes dites CAN et non-CAN, ainsi que l'ensemble des principaux corridors de transport terrestre. La mise en place d'un Comité Opérationnel de Gestion des Urgences de Santé et des Contingences (COGU Santé-CAN2023) a permis à travers ses réunions journalières d'organiser et de suivre l'ensemble des mesures de prévention et de prise en charge des blessés sur l'ensemble du territoire national au quotidien.

Les équipes médicales et paramédicales ont été renforcées par 15 traumatologues, orthopédistes et anesthésistes ainsi que par 10 internes assistés de médecins seniors pour assurer une prise en charge rapide et efficace des cas d'urgence. Les intrants stratégiques tels que kit AVP, médicaments, poches de sang ont été déployés. Du début de la CAN le 11 janvier au 3 février 2024, on a dénombré 3 665 blessés dont 2 116 par accidents de la voie publique (AVP). Au total, 3 451 blessés ont été pris en charge dans les structures sanitaires sur place et 189 blessés ont été évacués vers d'autres structures sanitaires pour prise en charge. Il est à déplorer 41 cas de décès.



ENCADRÉ : LEADERSHIP DE LA CÔTE D'IVOIRE À LA 12^E RÉUNION ANNUELLE DU PARTENARIAT DE OUAGADOUGOU (RAPO 2023)

La 12^{ème} Réunion Annuelle du Partenariat de Ouagadougou (RAPO), tenue à Abidjan, Côte d'Ivoire, du 11 au 13 décembre 2023, a rassemblé environ 500 participants en présentiel et plus de 2000 participants virtuels de plus de 30 pays sur le thème : "Genre et Santé Reproductive : Stratégies pour un Changement Social et Comportemental en Faveur de la Jeunesse".

Cet événement a permis de souligner les engagements nationaux en faveur de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et de la Planification Familiale (PF), en mettant particulièrement l'accent sur le rôle central de la Côte d'Ivoire dans la région.

Engagements de la Côte d'Ivoire

- **Leadership national** : Le gouvernement ivoirien a renforcé son engagement envers la PF en augmentant sa contribution financière annuelle de 400 millions à 2,5 milliards FCFA. Cette augmentation vise à étendre la gratuité des contraceptifs aux jeunes et adolescents dans tous les établissements publics et communautaires, un engagement clé dans la lutte contre les grossesses précoces.
- **Priorisation de la jeunesse** : Sous l'impulsion du Président Alassane Ouattara, 2023 a été déclarée "Année de la jeunesse", reflétant une politique nationale axée sur l'avenir des jeunes, leur éducation et leur accès à des services de santé reproductive adaptés.
- **Progrès en chiffres** : la Côte d'Ivoire a enregistré le plus grand nombre d'utilisatrices additionnelles (121 000) entre 2021 et 2022. Elle occupe le deuxième rang en matière de prévalence contraceptive (25,5%) après le Burkina Faso (28,3%) parmi les neuf pays du Partenariat de Ouagadougou.

Des discussions ont porté sur des sujets tels que la santé mentale des jeunes et l'intégration de la PF dans les programmes VIH et de Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Ces initiatives visent à améliorer l'accès aux services de santé reproductive et à autonomiser les jeunes femmes et hommes. La Côte d'Ivoire a été saluée pour avoir favorisé des synergies entre les secteurs public, privé et la société civile, un modèle à suivre pour d'autres pays membres.

Grâce à son engagement exemplaire, la Côte d'Ivoire s'affirme comme un acteur clé dans la transformation régionale en faveur de la SSR et de la PF, illustrant que des politiques ambitieuses peuvent produire des impacts mesurables et inspirer d'autres pays de la région.



SERVICE DE RADIOLOGIE
CONSEIL REGIONAL DU GBÔKLÈ

BLOC
OPERATOIRE

TEKSAN



SECTION IV

DIFFICULTÉS, DÉFIS, PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

Cette section du rapport présente les difficultés et défis du MSHPCMU, pour lesquels des actions devront être entreprises dans la perspective de l'élaboration du PNDS 2026-2030. Aussi, des recommandations y sont formulées à l'endroit de l'ensemble des acteurs du système de santé pour une meilleure planification, une meilleure coordination et une meilleure appropriation du PNDS par ces derniers.

Par ailleurs, un exercice d'analyse des problèmes de santé pour différentes thématiques clés a été conduit. Cet exercice a révélé la persistance de différents problèmes de santé et leur facteurs explicatifs (cf. annexe 1), malgré la mise en œuvre en cours du PNDS 2021-2025. Les résultats de cet exercice pourraient servir de pré-diagnostic pour l'élaboration du prochain PNDS.

IV.1. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du PNDS

Le système de santé présente des difficultés d'ordres structurel, fonctionnel, organisationnel et opérationnel.

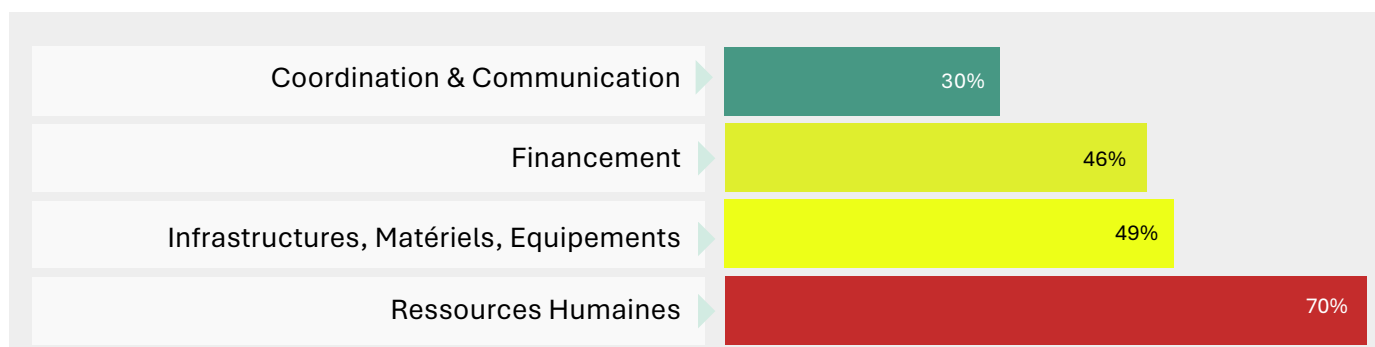
Ces défis, auxquels font face les acteurs du système de santé, ont été recueillis à l'occasion de cette revue.

Cette partie du rapport documente ces difficultés rencontrées par les structures du MSHPCMU, tant au niveau central que déconcentré, dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025.

Difficultés dans la mise en œuvre du PNDS au niveau central

Les structures interviewées au niveau central déclarent être confrontées dans la mise en œuvre du PNDS à différents défis, dont les plus récurrents tournent successivement autour des ressources humaines (70%), des infrastructures (49%), du financement (46%) et de la coordination (30%). Autrement dit, 70% des structures interrogées au niveau central ont évoqué la question des ressources humaines comme un défi majeur dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025.

Graphique 31 : Principales difficultés de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 au niveau central



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

Au titre des difficultés liées aux ressources humaines

Environ 70% des structures au niveau central présentent le recrutement et la rétention du personnel comme un défi pour la mise en œuvre de leurs activités dans le cadre du PNDS 2021-2025. Pour plus du tiers d'entre elles (36%), la faible adéquation des profils aux besoins soulève des besoins en formation continue et en renforcement de capacités du personnel.

En effet, plusieurs structures expriment le besoin de renforcer les compétences de leur

personnel en matière de planification stratégique et de gestion de projet en particulier afin de mieux s'approprier le PNDS et de l'intégrer dans leurs plans d'action respectifs.

Au titre des difficultés liées aux infrastructures, matériels et équipements

Des difficultés liées aux infrastructures, aux matériels et aux équipements ont été soulevées par 49% des structures interrogées au niveau central. En particulier, l'insuffisance de bâtiments, de laboratoires et de centres de Santé limite les capacités des structures à fournir des services de qualité.

Le problème des infrastructures se traduit différemment aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau central, la mise aux normes des infrastructures représente le principal défi. Au niveau régional, il s'agit essentiellement de la disponibilité des magasins de stockage des produits de santé et des laboratoires d'analyses biologiques.

Au titre des difficultés liées au financement

Les budgets mis à disposition des structures centrales par l'Etat pour la mise en œuvre des actions du PNDS sont insuffisants. C'est ce qu'ont évoqué 46% des structures interviewées. Cette insuffisance crée une situation de dépendance vis-à-vis des financements des partenaires. Cela a été décrié par 35% des acteurs du niveau central. Par ailleurs, des retards dans la mise à disposition des fonds ont été signalés par 30% de ces derniers.

- **Insuffisance des ressources financières (budget de l'Etat, fonds des partenaires)** pour la mise en œuvre des activités des plans d'actions : Le budget alloué par l'Etat est souvent limité au fonctionnement, ce qui ne permet pas de financer les investissements et les activités programmées. Le manque de mécanismes adéquats pour la mobilisation des ressources internes limite la diversification des sources de financement. Par ailleurs, la faible priorisation de la Santé dans les allocations budgétaires globales affecte la disponibilité des ressources pour le secteur. De même, en interne, le secteur n'effectue pas de priorisation rigoureuse des enjeux, ce qui ne permet pas une mobilisation ciblée des financements.

- **Forte dépendance des financements extérieurs (partenaires)** : Par ailleurs, avec la possibilité du retrait progressif des bailleurs du système de Santé Ivoirien, il se pose la

question de la durabilité du financement de la Santé.

- **Décaissement tardif des fonds** : Les procédures de décaissement des fonds des partenaires peuvent être longues et complexes, retardant la mise en œuvre des activités.

En outre, on note le manque de coordination entre les différents acteurs impliqués, pour la mutualisation des ressources dans le processus de décaissement des fonds. Ce qui entraîne des retards.

Au titre des difficultés liées à la coordination et à la communication

Selon 30% des acteurs centraux, il existe un manque de coordination dans le secteur de la Santé. Ce manque de coordination se traduit aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau des partenaires : on note une insuffisance dans l'harmonisation des interventions des différents partenaires.

Difficultés dans la mise en œuvre du PNDS au niveau déconcentré

Le niveau déconcentré rencontre un certain nombre de difficultés dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025. Ces difficultés s'articulent principalement autour du financement, de la coordination, des infrastructures physiques et des ressources humaines.

En particulier, les défis ci-dessous ont été évoqués :

- **Financement insuffisant** : Budgets insuffisants, retards de versement, dépendance vis-à-vis des bailleurs. Cela limite la mise en œuvre des activités et l'atteinte des objectifs.

- **Coordination défailante** : Chevauchement des activités (conflits d'agenda). Cela entraîne une inefficacité et une fragmentation des efforts.

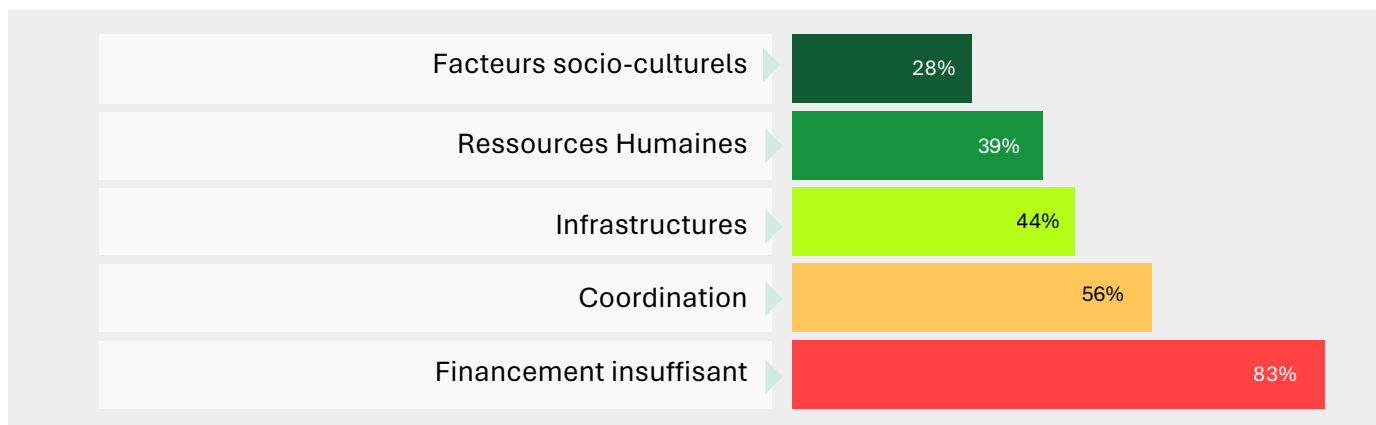
- **Infrastructures inadéquates** : Matériel obsolète, locaux inadaptés. Cela compromet la qualité des soins et la sécurité des patients.

- **Ressources humaines insuffisantes** : Manque de personnel qualifié, notamment dans

les zones rurales, ce qui limite l'accès aux soins et la qualité des services offerts.

- **Facteurs socioculturels** : Croyances et pratiques traditionnelles qui entravent l'accès aux soins.

Graphique 32 : Evolution des difficultés de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 au niveau déconcentré



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

Difficultés dans la mise en œuvre selon les PTF

Trois défis majeurs ont été identifiés à partir des consultations menées auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dans le cadre de la revue globale du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 : (i) la coordination des financements extérieurs ; (ii) la mobilisation des ressources domestiques pour le financement du PNDS et (iii) l'engagement des financements disponibles.

- **Concernant la coordination des financements extérieurs**, les PTF ont souligné une insuffisance dans la coordination entre les bailleurs de fonds pour la santé. En effet, après l'élaboration du PNDS 2021-2025, aucun cadre formel, tel qu'une table ronde, n'a été établi pour recueillir de manière organisée les promesses de contribution des bailleurs.

- **Sur le plan de la mobilisation des ressources domestiques** pour le financement du

PNDS, il est important de signaler que les ressources propres de l'État sont limitées, ce qui entrave le financement efficace de certaines activités, notamment celles liées aux effets 3, 5 et 7. Ces effets concernent le renforcement de la prise en charge efficace des maladies, l'amélioration de l'utilisation des services de santé de qualité et l'optimisation de la qualité des services de santé.

- **En ce qui concerne l'engagement des financements disponibles**, les PTF ont noté des difficultés liées à la maîtrise des procédures de décaissement par les structures bénéficiaires. De plus, des retards significatifs ont été observés dans l'exécution des financements alloués à ces structures, créant des blocages dans les décaissements ultérieurs pour d'autres activités des partenaires. Ces problématiques mettent en évidence les défis associés à la mise en œuvre effective de la Déclaration de Paris sur l'aide publique au développement.

IV.2. Défis et perspectives du système de santé

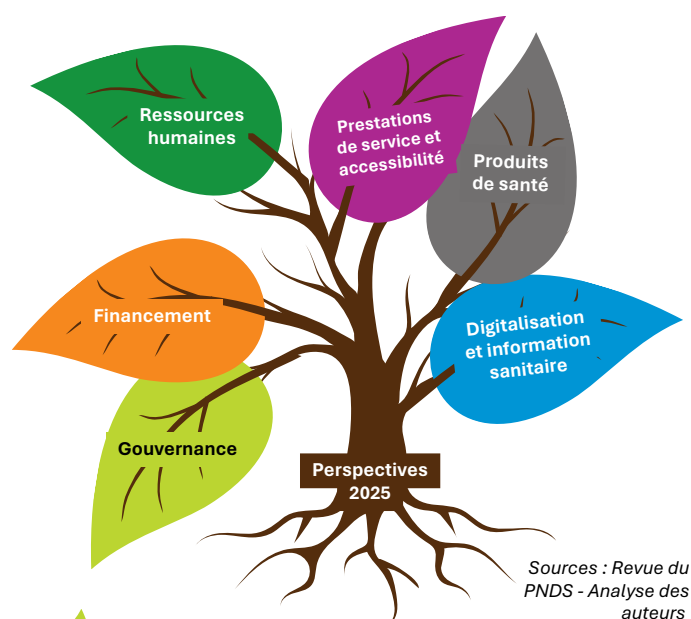
Défis du système de santé

Les points ci-dessous détaillent les défis majeurs du système de santé :

Gouvernance 	La gouvernance du système de santé est un défi clé, notamment en ce qui concerne la finalisation de la réforme hospitalière. Celle-ci implique l'harmonisation des processus de gestion, la modernisation des structures organisationnelles et l'établissement d'un cadre réglementaire solide. Il est impératif de renforcer le contrôle, la redevabilité vis-à-vis des bénéficiaires et le suivi des mesures garantissant la qualité des prestations de santé.
Financement de la santé 	Le financement reste un défi central pour garantir la durabilité et l'efficacité du système de santé. Cela implique une mobilisation accrue des ressources financières, avec une exploration de nouvelles sources et une optimisation des fonds existants.
Ressources Humaines 	Le déficit en personnel de santé qualifié, particulièrement dans les zones rurales et sous-desservies, constitue un défi. Ce problème est aggravé par la difficulté à fidéliser les professionnels de santé, qui nécessite des mesures incitatives telles que l'amélioration des conditions de travail, la sécurisation des carrières et la valorisation des métiers de la santé.
Accessibilité aux soins 	Les disparités géographiques dans l'accès aux soins subsistent. Cela requiert des investissements pour améliorer l'accessibilité des populations aux établissements de santé et la mise aux normes des infrastructures sanitaires, tout en assurant leur maintenance régulière, avec une attention particulière à l'intégration des soins pour les personnes en situation de handicap à tous les niveaux. Parallèlement, la généralisation de la Couverture Maladie Universelle (CMU) est également essentielle.
Produits de santé 	L'approvisionnement en médicaments essentiels, vaccins et autres intrants stratégiques est insuffisant, ce qui entrave l'accès équitable aux soins. Par ailleurs, le développement d'une industrie pharmaceutique locale est stratégique pour réduire la dépendance aux importations et renforcer la résilience du système.
Digitalisation et informations sanitaires 	La digitalisation du système de santé reste incomplète, limitant l'efficacité et la transparence des services. La finalisation de cette transformation numérique est essentielle pour garantir une gestion optimale des données sanitaires et une prise de décision éclairée. De plus, la mise en place d'un mécanisme durable pour la réalisation régulière d'enquêtes sanitaires est nécessaire pour un suivi précis des indicateurs de performance et des besoins de santé.

Perspectives

Figure 6 : Perspectives 2025 du secteur de la santé



Gouvernance

La finalisation de la réforme hospitalière demeure une priorité. Pour garantir l'opérationnalisation complète de cette réforme, il est impératif d'accélérer l'adoption des textes réglementaires manquants et de mettre en place rapidement les organes de gestion prévus, en les dotant de ressources nécessaires à leur fonctionnement. En parallèle, des efforts seront poursuivis pour réguler et assainir le secteur privé.

Financement

Il est essentiel d'accroître la mobilisation des ressources domestiques pour la santé en adoptant une approche globale, combinant réforme fiscale et amélioration de la gouvernance des finances publiques. Les mécanismes de budgétisation équitable et d'allocation efficace des ressources financières seront également renforcés.

Ressources humaines

Le Ministère prévoit une augmentation des effectifs en personnel de santé qualifié, particulièrement dans les zones rurales et difficiles d'accès, afin de réduire les disparités. Par ailleurs, des mécanismes innovants de fidélisation seront développés pour stabiliser et motiver le personnel de santé.

Prestations de service et accessibilité

Le développement des Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES) se poursuivra pour améliorer l'accès aux soins spécialisés et rapprocher les services des populations. À cet effet, des efforts seront intensifiés pour la mise à niveau des infrastructures sanitaires, incluant leur construction, leur équipement et leur entretien afin d'assurer leur durabilité. La prévention et la lutte contre les maladies resteront au centre des priorités, avec un accent particulier sur l'intégration de la prise en charge des handicaps dans le système de santé. Parallèlement, des campagnes de communication ciblées seront menées pour sensibiliser les populations sur les services disponibles, notamment ceux offerts dans le cadre de la CMU.

Produits de santé

Pour assurer un accès équitable aux médicaments et autres intrants stratégiques (vaccins, produits sanguins, etc.), des initiatives seront mises en œuvre pour renforcer la chaîne d'approvisionnement et promouvoir la production locale. Ces mesures permettront non seulement de réduire la dépendance aux importations mais aussi d'améliorer la résilience et la souveraineté sanitaire du pays. Par ailleurs, l'utilisation de systèmes de gestion des stocks sera renforcée pour une distribution plus efficace et une réduction des ruptures d'approvisionnement.

Digitalisation et information sanitaire

La digitalisation du secteur de la santé sera poursuivie à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir une gestion plus efficace des données et des processus. Cette transformation numérique vise à améliorer la transparence et la qualité des services. Une attention particulière sera portée à l'amélioration de la qualité des données sanitaires et de leur disponibilité dans les délais requis pour une planification et une prise de décision éclairées.

IV.3. Recommandations pour l'amélioration de la conception, le suivi et la mise en œuvre du PNDS

A l'issue de la revue et sur la base des constats et observations, des recommandations visant à améliorer la conception, le suivi et la mise en œuvre du PNDS sont formulées. Ces recommandations sont adressées respectivement au Cabinet MSHPCMU, aux structures du niveau central, aux structures décentralisées et aux PTF. Des recommandations pour la poursuite de la mise en œuvre de l'actuel PNDS sont également déclinées.

Recommandations à l'endroit du MSHPCMU (niveau central et décentralisé)

• Gouvernance et vision du secteur

- Développer une vision à long terme du secteur de la santé à partir d'une analyse prospective en référence avec les cadres stratégiques nationaux (Vision 2030, Cote d'Ivoire 2040) ;
- Améliorer la gouvernance et la coordination du PNDS par l'institutionnalisation et l'opérationnalisation du cadre de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PNDS.

• Planification et suivi interne

- Etablir un cadre de résultat, contenant un nombre réduit d'indicateurs mesurables par le système d'information sanitaire ;
- Procéder à la priorisation de l'ensemble des interventions au titre du PNDS, afin d'obtenir un portefeuille de projets prioritaires, et procéder à un séquençage de leur mise en œuvre dans le temps ;
- Prévoir l'organisation des revues globales et thématiques du PNDS, incluant la revue de la performance des projets, la revue de

l'exécution du budget ainsi que le dialogue avec les partenaires au développement qui seront programmées et organisées semestriellement ;

- Renforcer la gestion de la performance du PNDS par la mise en place de mécanismes et outils pertinents : tableau de bord digital.

• Coordination et alignement

- Assurer la diffusion du PNDS aux autorités régionales et prévoir des tables rondes de la santé en vue de sa vulgarisation ;
- Conduire des ateliers de diffusion du PNDS à l'ensemble du personnel de la santé.

• Optimisation des ressources et suivi financier

- Assurer une meilleure budgétisation des interventions dans le PNDS ;
- Renforcer le suivi des taux d'exécution financière, notamment pour les projets bailleurs, par l'instauration de points de suivi budgétaires réguliers ;
- Articuler les axes d'intervention du PNDS aux programmes budgétaires définis dans le cadre du budget-programme (Budget de l'Etat) ;
- Adopter un plan de mobilisation des ressources pour le financement du PNDS incluant l'ensemble des partenaires de la santé (PTF, ONG, Secteur privé, acteurs communautaires), avec un mécanisme dédié au suivi ;
- Organiser une table-ronde d'engagement avec les partenaires, y compris le secteur privé pour solliciter leurs apports au financement du plan.

- Inviter le secteur privé à participer activement à la planification et à la mise en œuvre des politiques de santé, en promouvant les partenariats public-privé dès le début des projets.

- Créer des cadres incitatifs pour encourager les investissements privés dans le secteur de la santé, en particulier dans les domaines de l'innovation, des infrastructures et des services spécialisés.

Recommandations à l'endroit des PTF

• Coordination entre PTF

- Organiser régulièrement des tables rondes ou des plateformes de coordination pour faciliter l'échange d'informations entre les différents PTF et assurer une meilleure synergie des financements. Ce cadre permettrait également de clarifier les priorités et d'aligner les contributions sur les besoins nationaux.

- Encourager l'harmonisation des aides pour éviter les doublons, identifier les lacunes et coordonner les financements en fonction des domaines du PNDS.

• Alignement des stratégies des PTF sur les priorités nationales

- Travailler à aligner les programmes et les projets sur les priorités du PNDS, en s'assurant que les interventions répondent aux objectifs à long terme définis par le gouvernement.

- Promouvoir une approche flexible permettant aux bénéficiaires (structures techniques du MSHPCMU) d'ajuster les engagements en fonction des nouveaux besoins et priorités identifiés lors de la revue globale, notamment en réponse à des crises sanitaires émergentes.

Pour la poursuite de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025

Il est essentiel de capitaliser sur les leçons apprises et d'ajuster les stratégies pour garantir une mise en œuvre réussie d'ici 2025. Compte tenu de l'élaboration imminente du prochain PNDS et des défis du système de santé identifiés dans le présent rapport, les présentes recommandations sont formulées :

• Renforcement de la coordination et du leadership national

- Mettre en place un comité de suivi post-revue globale, composé du Ministère, des PTF, et des acteurs du secteur privé pour assurer une meilleure coordination des interventions de santé.

- Encourager un rôle plus actif de l'État dans la coordination des financements et des projets de santé, en renforçant les capacités institutionnelles à tous les niveaux pour piloter la mise en œuvre des réformes.

• Priorisation des actions et ajustements stratégiques

- Revoir les priorités du PNDS à la lumière des résultats de la revue globale pour mieux concentrer les efforts sur les domaines ayant montré des lacunes ;

- Élaborer un plan d'action révisé qui fixe des objectifs clairs pour le reste de la mise en œuvre du PNDS, avec des indicateurs mesurables et des échéances spécifiques pour suivre les progrès.

• Mobilisation accrue des ressources financières

- Recommander au gouvernement d'augmenter progressivement le budget de la santé pour atteindre l'objectif de 15% du budget national, conformément aux engagements internationaux.

- Encourager la mobilisation de ressources additionnelles à travers la taxation innovante (comme les taxes sur le tabac ou l'alcool), ainsi que des partenariats public-privé pour financer les infrastructures et les services de santé.

- **Renforcement des capacités et de la gestion des financements**

- Renforcer les capacités des structures dans la gestion des financements, en particulier concernant les procédures de décaissement, pour éviter les retards et améliorer l'absorption des fonds.

- Introduire des outils digitaux et des systèmes de gestion de projet intégrés pour suivre en temps réel l'exécution des financements et prévenir les blocages.

- **Suivi-évaluation et transparence**

- Développer un système de suivi-évaluation renforcé pour mesurer les progrès réalisés sur les indicateurs clés du PNDS, avec des rapports périodiques pour identifier rapidement les défis et ajuster les interventions.

- Instaurer des mécanismes de transparence pour permettre une meilleure traçabilité des financements et une redevabilité des acteurs, impliquant la société civile et les communautés locales.

En appliquant ces recommandations, les travaux post-revue globale permettront de renforcer les bases déjà posées, d'améliorer l'efficacité des interventions et de maximiser les résultats attendus du PNDS d'ici 2025.





INITIATIVE SANTÉ MENTALE ADO JEUNES



JEUNES AMBASSADEURS DE LA
SANTÉ MENTALE, JE M'ENGAGE

+225 05 76 29 05 87 / 07 07 94 92

facebook.com/pnas-m-cl

www.pnas-m-cl.org



ANNEXES

Annexe 1 : Comment résoudre les problèmes de santé persistants ?

Cette partie du rapport anticipe sur l'élaboration du prochain PNDS, en identifiant les causes profondes des problèmes de santé persistant en Côte d'Ivoire. Pour ces causes, le prochain PNDS devrait apporter des réponses en vue de leur résolution.

Malgré le PNDS 2021-2025, plusieurs problèmes de santé persistent. Dans le cadre de cette revue, ces problèmes ont été identifiés pour chacune des thématiques clés du PNDS, à savoir la santé de la mère et de l'enfant, l'accessibilité (géographique et financière), les maladies tropicales négligées et les maladies transmissibles et les maladies non-transmissibles, au titre des axes 2 et 3.

Pour chacun des problèmes identifiés, une analyse des causes profondes a été réalisée, avec pour résultat la hiérarchisation de ces causes selon leur degré d'impact et la faisabilité de leur résolution. Cette analyse a été faite avec les acteurs du niveau déconcentré.

Problèmes de santé relatifs à la santé de la mère et de l'enfant

Sur la thématique de la santé de la mère et de l'enfant, les problèmes de santé ci-après ont été recensés au niveau des régions sanitaires, malgré la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 :

1. La faible couverture en consultation prénatale au 1^{er} trimestre (CPN1) ;
2. La faible couverture en Consultation Post-Natale (CPoN) ;
3. La faible couverture vaccinale en Penta 3, Tétanos et RR ;
4. L'augmentation du nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires ;

5. L'insuffisance dans l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives ;

6. L'augmentation de l'incidence de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 0 à 59 mois.

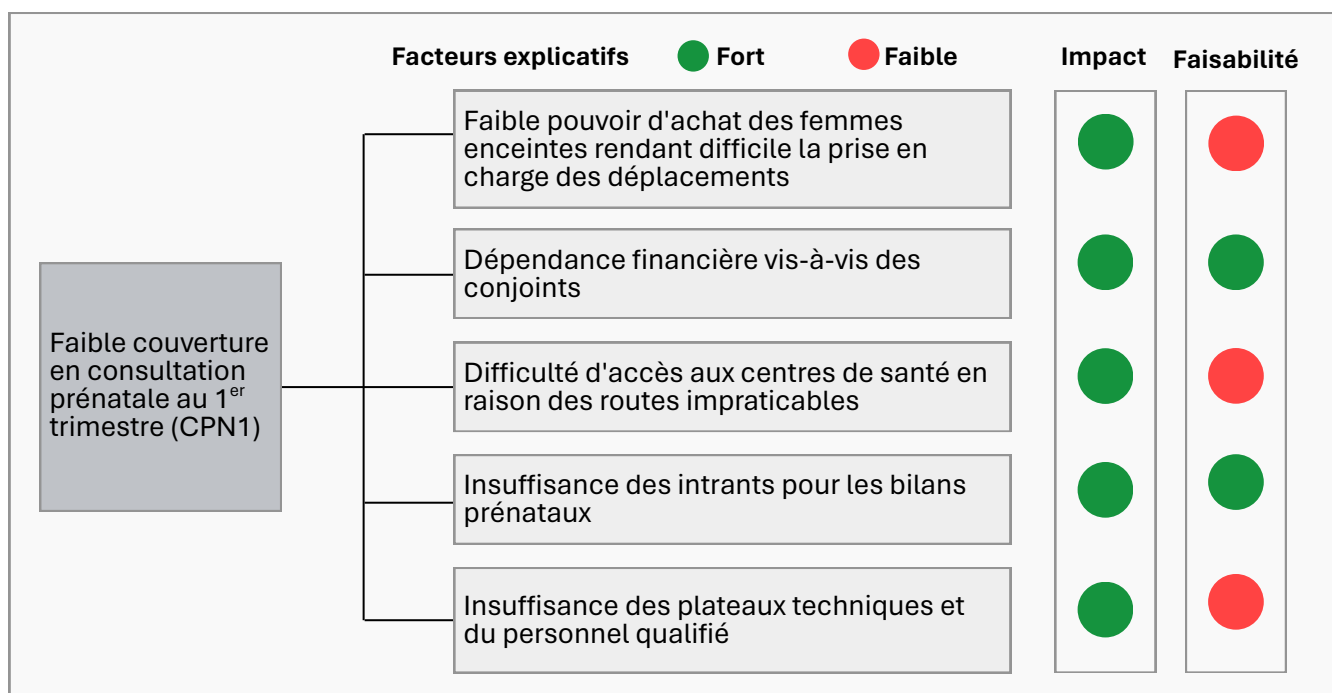
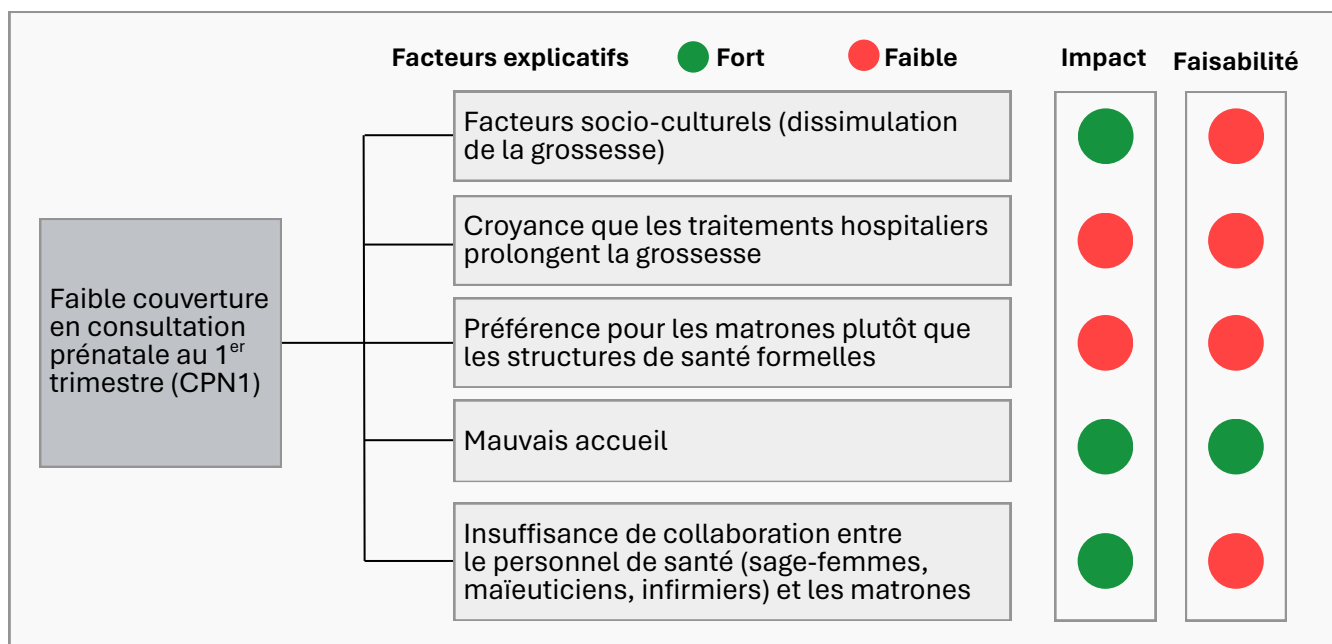
Comment atteindre une couverture en Consultation Prénatale au 1^{er} trimestre (CPN1) de 46% d'ici fin 2025 ?

Pour résoudre la problématique de la faible couverture en consultation prénatale au 1^{er} trimestre de la grossesse, il faudrait apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Dissimulation de la grossesse : les femmes enceintes dissimulent culturellement le plus longtemps possible leur grossesse, ce qui les emmène à ne pas se rendre dans les structures sanitaires au vu et au su de leur entourage ;
- Croyances sociales: il est répandu dans la croyance populaire que les traitements hospitaliers prolongent la grossesse ;
- Fréquentation des matrones : Préférence des femmes enceintes pour les matrones plutôt que les structures de santé formelles ;
- Qualité de l'hospitalité au sein des structures sanitaires: Mauvais accueil des femmes enceintes au sein des structures sanitaires ;
- Faible intégration des matrones : Insuffisance de collaboration entre le personnel de santé (sage-femmes, maïeuticiens, infirmiers) et les matrones ;
- Faible pouvoir d'achat des femmes enceintes rendant difficile la prise en charge des déplacements ;

- Forte dépendance financière des femmes vis-à-vis des conjoints ;
- Accessibilité aux structures sanitaires : Difficulté d'accès à certains centres de santé en milieu rural en raison de routes impraticables;
- Insuffisance des intrants pour les bilans prénataux ;
- Insuffisance des plateaux techniques et du personnel qualifié.

Figure 7 : Causes expliquant la faible couverture en consultation prénatale au 1er trimestre (CPN1)



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

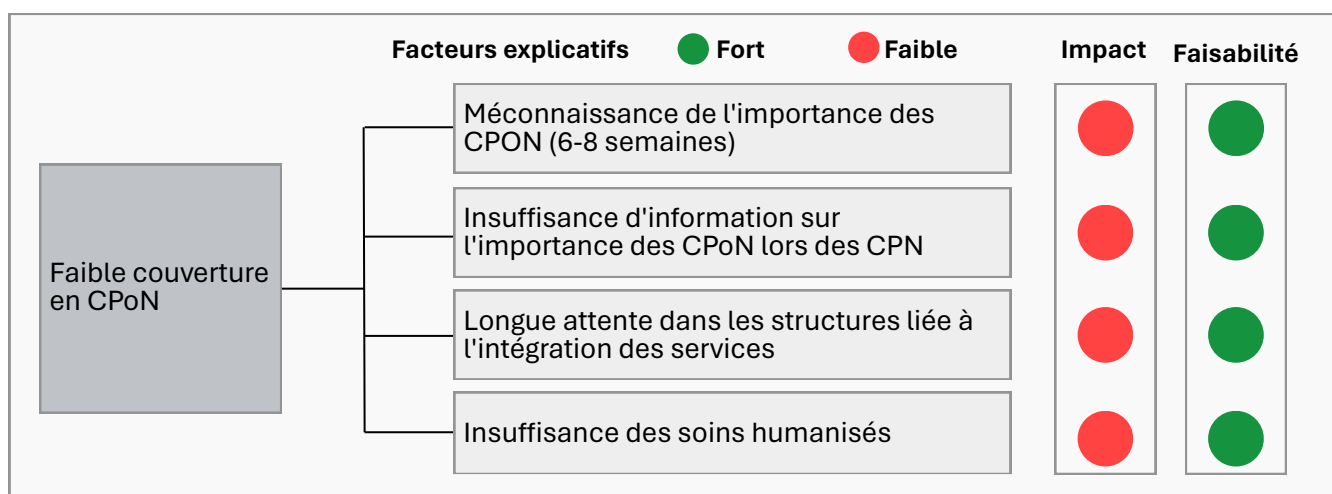
Comment atteindre une couverture en CPoN de 89,1% ?

La résolution de la problématique de la faible couverture en Consultation Post-Natale (CPoN) passerait par apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Méconnaissance des femmes de l'importance des CPoN (6-8 semaines) ;

- Faible sensibilisation des femmes enceintes lors des CPN : insuffisance d'information sur l'importance des CPoN lors des CPN ;
- Pénibilité des consultations : longue attente des mères dans les structures sanitaires, liée à l'intégration des services ;
- Hospitalité au sein des structures sanitaires : insuffisance des soins humanisés au sein des structures sanitaires.

Figure 8 : Causes expliquant la faible couverture en CPoN



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025



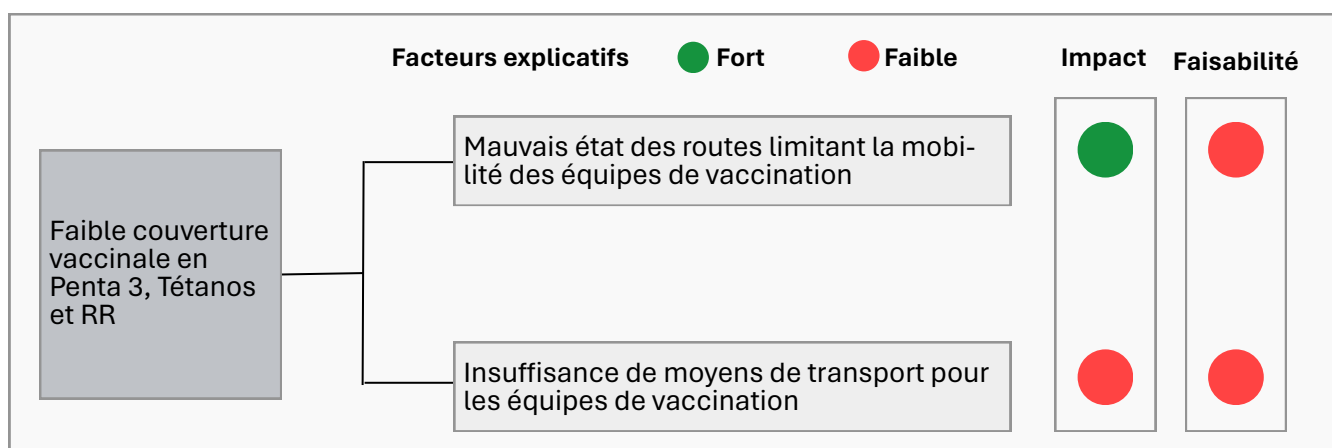
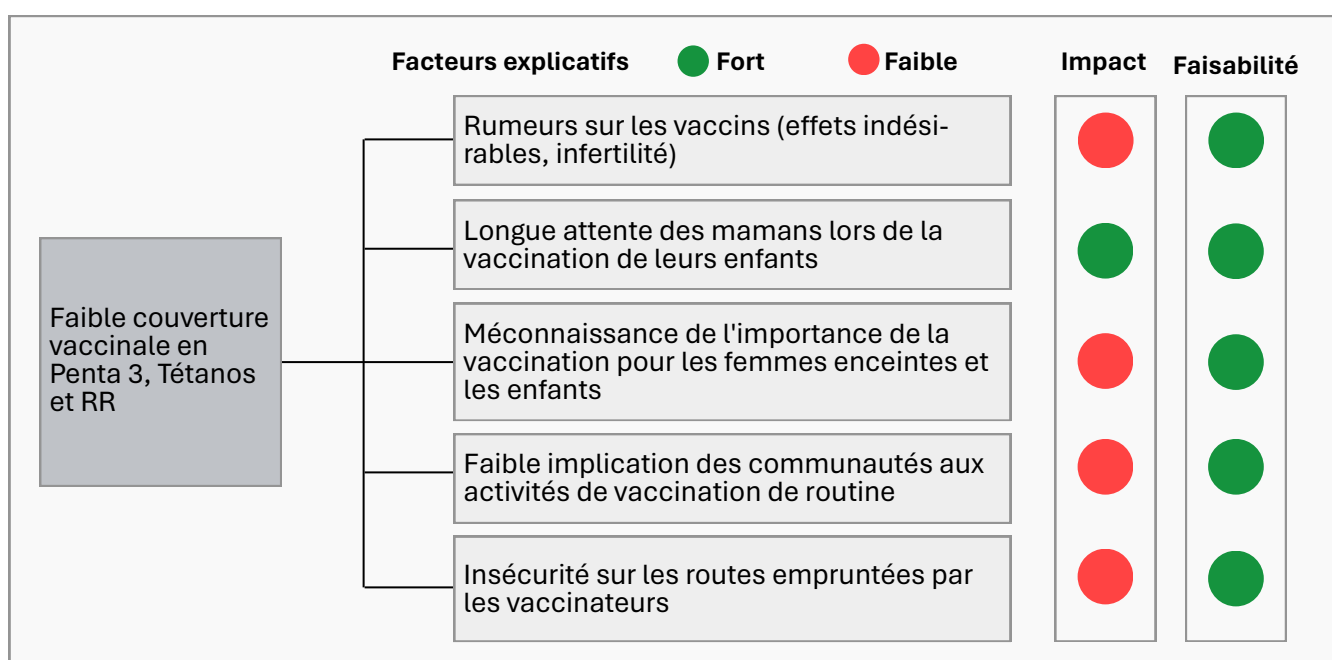
Comment atteindre la couverture vaccinale en (Penta 3, Tétanos et RR) de 95% d'ici fin 2025 ?

Afin de résoudre la problématique de la faible couverture vaccinale en Penta 3, Tétanos et RR, il faudrait apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Croyances sociales : rumeurs persistantes au sein de populations sur les vaccins et leurs conséquences, notamment l'infertilité des femmes ;

- Pénibilité des séances de vaccination pour les femmes : longues attentes des mères lors de la vaccination de leurs enfants ;
- Méconnaissance de l'importance de la vaccination pour les femmes enceintes et les enfants ;
- Faible implication des communautés aux activités de vaccination de routine ;
- Insécurité sur les routes empruntées par les vaccinateurs.

Figure 9 : Causes expliquant la faible couverture vaccinale en Penta 3, Tétanos et RR



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

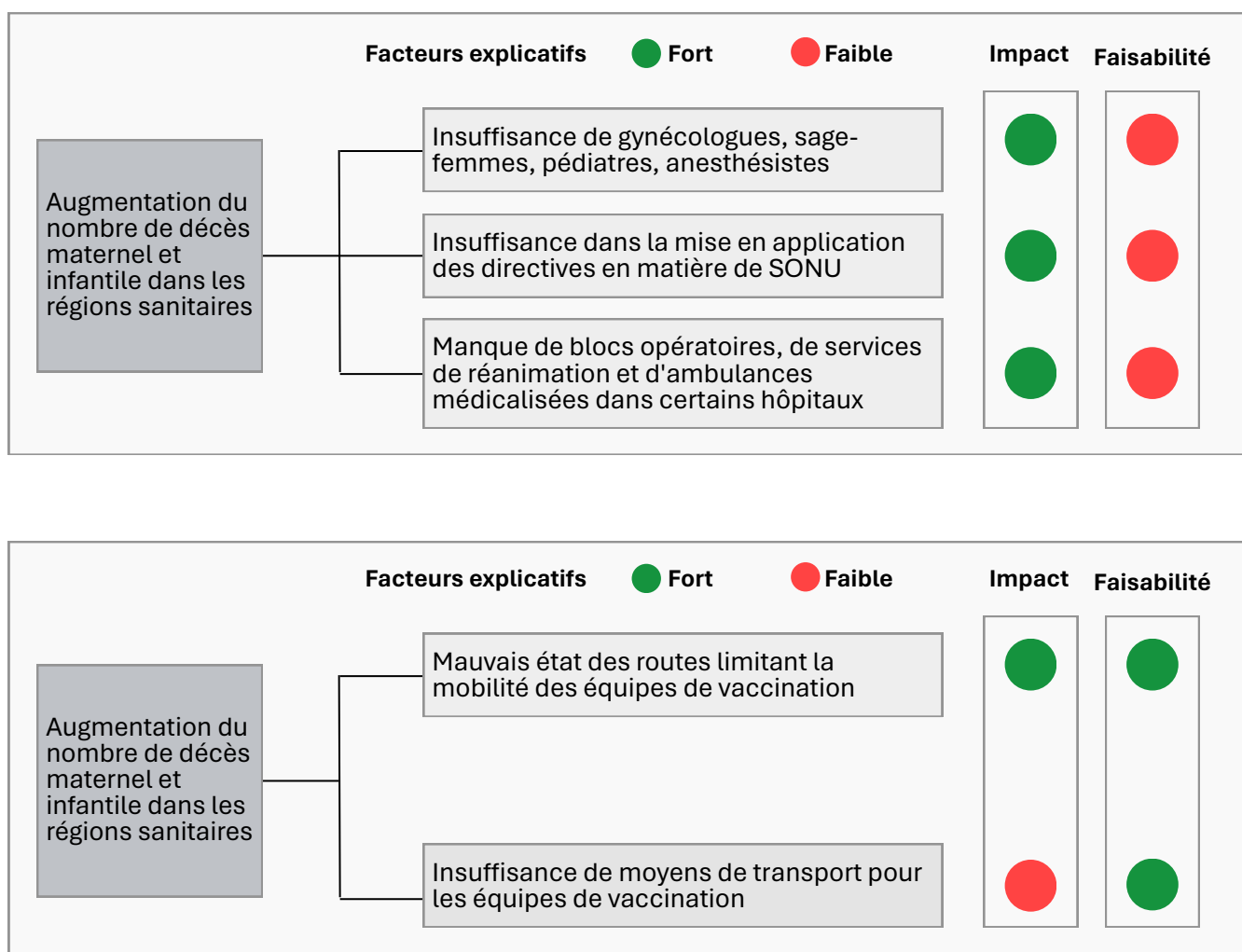
Comment réduire le nombre de décès maternel, néonatale et infantile d'ici fin 2025 ?

Résoudre la problématique de l'augmentation du nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Insuffisance de gynécologues, sage-femmes, pédiatres, anesthésistes dans certaines structures sanitaires ;

- Manques de blocs opératoires, de services de réanimation et d'ambulances médicalisées dans certains hôpitaux ;
- Mauvais état des routes affectant les évacuations d'urgence ;
- Faible dotation en carburant pour les évacuations et supervisions ;
- Insuffisance des subventions pour l'entretien des ambulances.

Figure 10 : Causes expliquant l'augmentation du nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

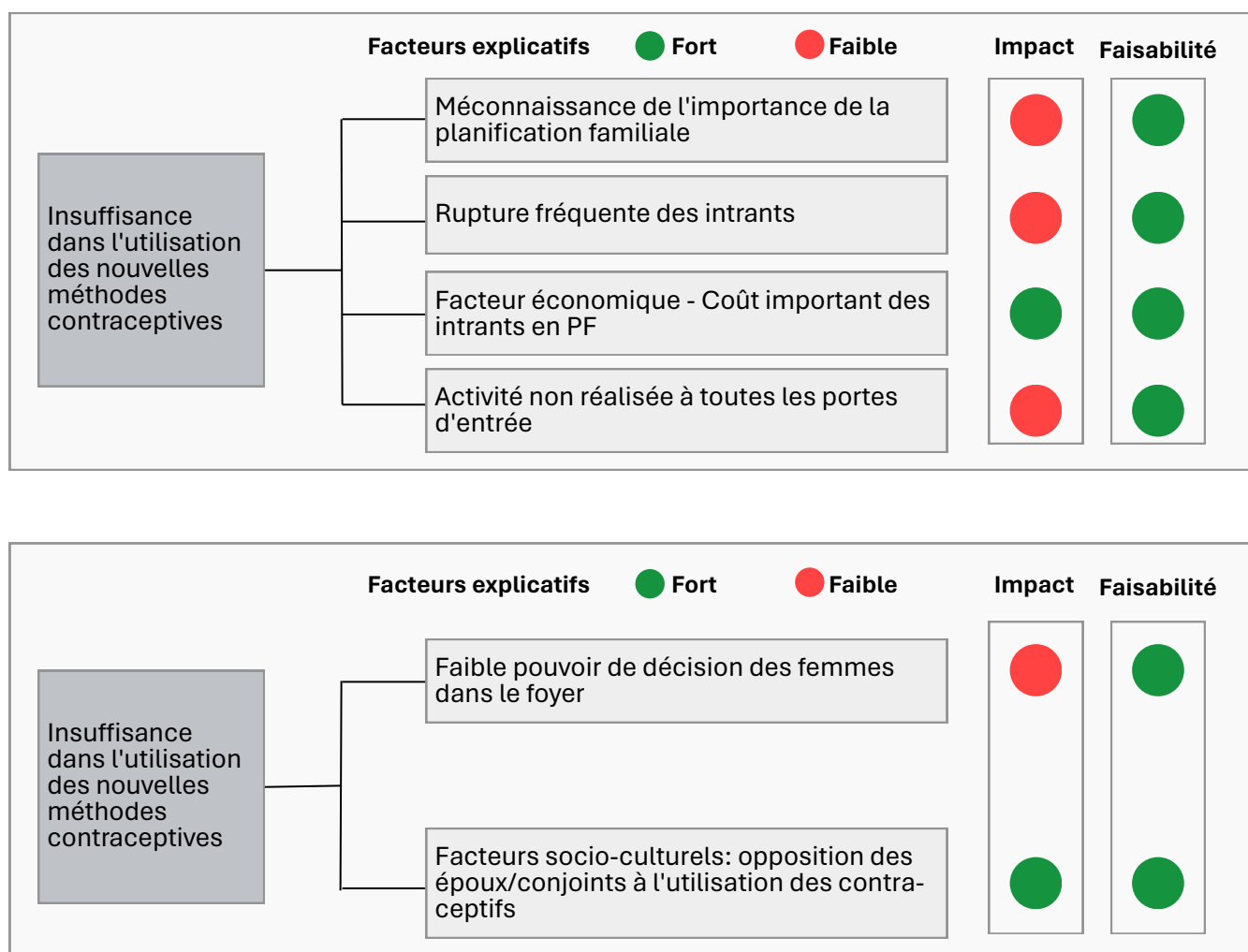
Comment améliorer l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives d'ici fin 2025 ?

La réponse à la problématique de l'insuffisance dans l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives résiderait dans l'apport de solution aux causes suivantes identifiées par

les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Méconnaissance de l'importance de la planification familiale ;
- Rupture fréquente des intrants de planification familiale ;
- Coût important des intrants de planification familiale.

Figure 11 : Causes expliquant l'insuffisance dans l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives



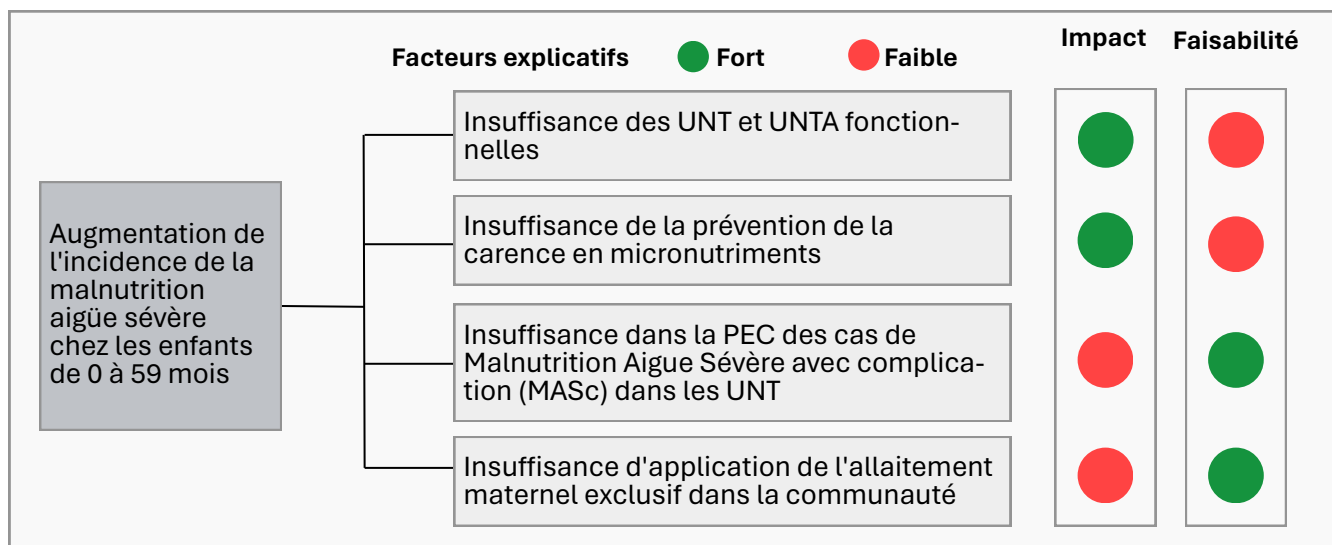
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

Comment réduire l'incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois à 4,85‰ d'ici fin 2025 ?

Afin de résoudre la problématique de l'incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois, il faudrait apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Insuffisance des UNT et UNTA fonctionnelles ;
- Insuffisance de la prévention de la carence en micronutriments ;
- Insuffisance dans la PEC des cas de Malnutrition Aigüe Sévère avec complication (MASc) dans les UNT ;
- Insuffisance d'application de l'allaitement maternel exclusif dans la communauté ;
- Insuffisance de ressources financières des ménages.

Figure 12 : Causes expliquant l'augmentation de l'incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois



Sources : Données collectées pour la revue globale du PNDS 2021-2025

Le tableau ci-après résume les causes profondes des problèmes de santé relatifs à la santé de la mère et de l'enfant, telles qu'identifiées par les acteurs des niveaux déconcentrés de la pyramide sanitaire et hiérarchisées selon les priorités et la facilité de résolution.



Tableau 7 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs à la santé de la mère et de l'enfant

Problèmes de Santé	Tiers 1²⁶ Facteurs à résoudre à court terme	Tiers 2²⁷ Facteurs à résoudre à moyen terme	Tiers 3²⁸ Facteurs à résoudre à long terme
Comment atteindre une couverture en Consultation Prénatale au 1er trimestre (CPN1) de 46% d'ici à fin 2025 ?	• Facteurs socio-culturels (dissimulation de la grossesse) • Insuffisance de collaboration entre le personnel de Santé et les matrones • Dépendance financière vis à vis des conjoints	• Croyance que les traitements hospitaliers prolongent la grossesse • Préférence pour les matrones plutôt que les structures de sante formelles • Insuffisance des plateaux techniques et du personnel qualifié	• Mauvais accueil • Faible pouvoir d'achat des femmes enceintes rendant difficile la prise en charge des déplacements • Difficulté d'accès aux centres de santé en raison de routes impraticables
Comment atteindre une couverture en CPoN de 89,1% d'ici à fin 2025 ?		• Méconnaissance de l'importance des CPoN (6-8 semaines) • Insuffisance d'information sur l'importance des CPoN des CPN • Longue attente dans les structures liée à l'intégration des services • Insuffisance des soins humanisés	
Comment atteindre la couverture vaccinale en (Penta 3, Tétanos et RR) de 95% d'ici fin 2025 ?	• Longue attente des mamans lors de la vaccination de leurs enfants	• Rumeurs sur les vaccins (effets indésirables infertilité) • Méconnaissance de l'importance de la vaccination pour les femmes enceintes et les enfants • Faible implication des communautés aux activités de vaccination de routine • Insécurité sur les routes empruntées par les vaccinateurs	• Mauvais état des routes limitant la mobilité des équipes de vaccination
Comment réduire le nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires d'ici à fin 2025 ?	• Manque de blocs opératoires de services de réanimation et d'ambulances médicalisées dans certains hôpitaux	• Faible dotation en carburant pour les évacuations et supervisions • Insuffisance de gynécologues, sage-femmes, pédiatres, anesthésistes	• Mauvais état des routes affectant les évacuations d'urgence
Comment réduire le nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires d'ici à fin 2025 ?	• Facteurs économiques • Coût important des intrants en PF • Faible pouvoir de décision des femmes dans le foyer	• Méconnaissance de l'importance de la planification familiale • Rupture fréquente des intrants • Activité non réalisée à toutes les portes d'entrée • Facteurs socio-culturels : opposition des époux/conjoints à l'utilisation des contraceptifs	• Mauvais état des routes affectant les évacuations d'urgence
Comment réduire l'incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois à 3,13% d'ici à fin 2025 ?		• Insuffisance d'application de l'allaitement maternel exclusif dans la communauté • Insuffisance dans la PEC des cas de Malnutrition Aigüe Sévère avec complication (MASc) dans les UNT • Insuffisance de ressources financières des ménages	• Insuffisance des UNT et UNTA fonctionnelles

Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

²⁶ Faisabilité élevée – Fort Impact
²⁷ Faisabilité élevée – Impact Faible
²⁸ Faisabilité Faible – Fort Impact

Problèmes de santé relatifs à l'accessibilité

Sur la thématique de l'accessibilité, les problèmes de santé ci-après ont été recensés au niveau des régions sanitaires, malgré la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 :

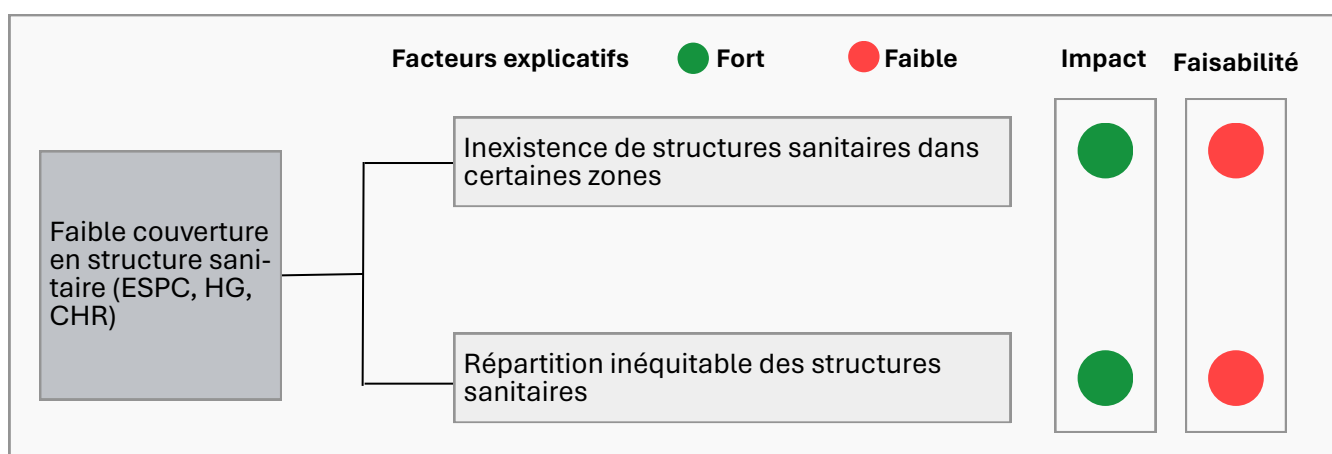
1. La faible couverture en structures sanitaires dans certaines zones (ESPC, HG, CHR) ;
2. La non-conformité de certaines structures sanitaires ;
3. La difficulté d'accès aux structures sanitaires ;
4. La faible disponibilité des produits de la gratuité ciblée ;

Comment augmenter la couverture en structures sanitaires (ESPC, HG, CHR) ?

Résoudre la problématique de la faible couverture en structures sanitaires (ESPC, HG et CHR) reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Inexistence de structures sanitaires dans certaines zones ;
- Répartition inéquitable des structures sanitaires.

Figure 13 : Causes expliquant la faible couverture en structures sanitaires (ESPC, HG, CHR)



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

Comment améliorer le pourcentage de structures sanitaires aux normes d'ici 2025 ?

Résoudre la problématique de l'insuffisance de structures sanitaires aux normes reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Inadéquation aux normes de construction : certaines structures sanitaires construites par les collectivités décentralisées ne répondent pas aux normes ;
- Insuffisance dans la mise à niveau de certaines structures sanitaires, conformément à leur niveau dans la pyramide sanitaire.

Figure 14 : Causes expliquant l'insuffisance de structures sanitaires aux normes



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

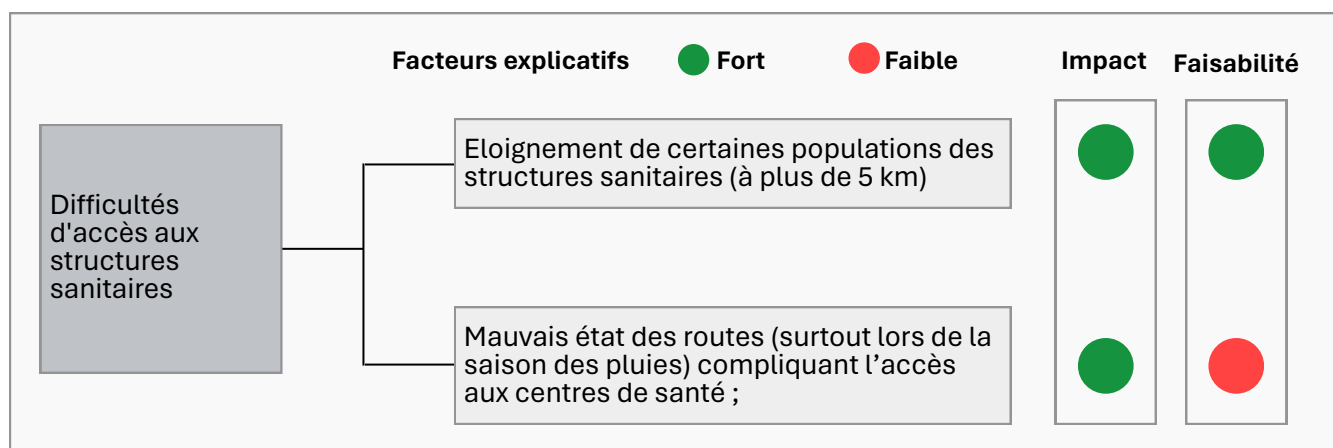
Comment améliorer l'accessibilité géographique aux soins des populations ?

Résoudre la problématique de la difficulté d'accès aux structures sanitaires par les populations reviendrait à apporter une solution

aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Eloignement de certaines populations des structures sanitaires (à plus de 5 km) ;
- Mauvais état des routes (surtout lors de la saison des pluies) compliquant l'accès aux centres de santé ;

Figure 15 : Causes expliquant la difficulté d'accès aux structures sanitaires par les populations



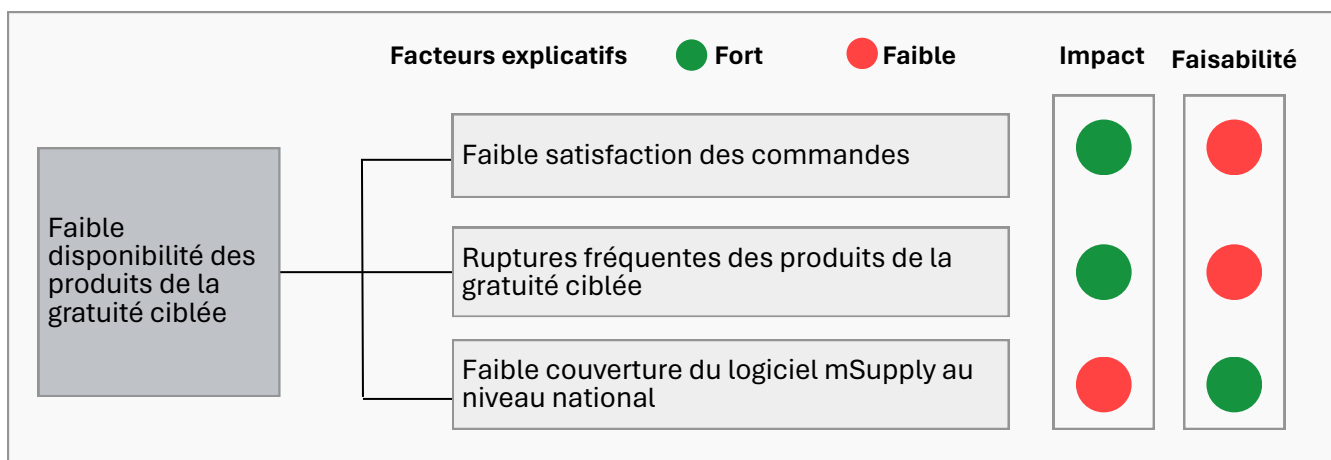
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

Comment améliorer la disponibilité des médicaments de la gratuité ciblée ?

Résoudre la problématique de la faible disponibilité des produits de la gratuité ciblée reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Faible satisfaction des commandes en produits de la gratuité ciblée ;
- Ruptures fréquentes des produits de la gratuité ciblée ;
- Faible couverture du logiciel mSupply au niveau national ;
- Insuffisance de contrôle de l'application des directives de la gratuité des soins.

Figure 16 : Causes expliquant la faible disponibilité des produits de la gratuité ciblée



Sources : Données collectées pour la revue du PND 2021-2025

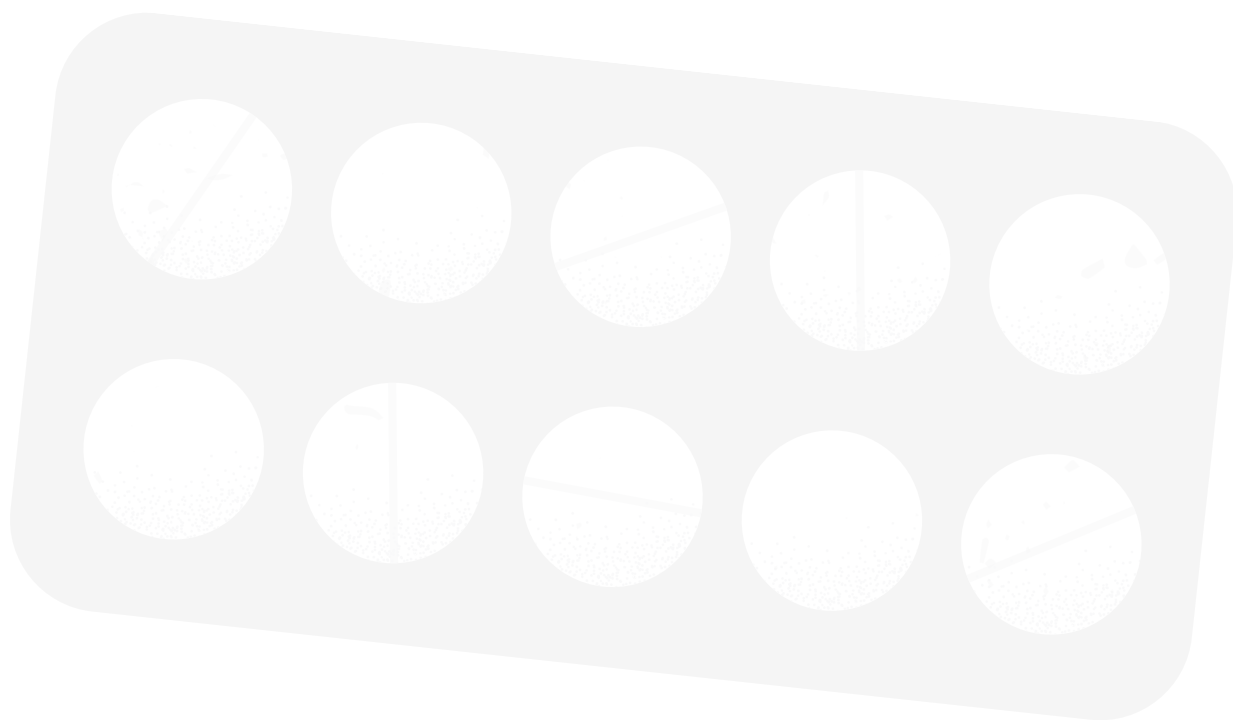
Le tableau ci-après résume les causes profondes des problèmes de santé relatifs à l'accessibilité, telles qu'identifiées par les acteurs des niveaux déconcentrés de la pyramide sanitaire et hiérarchisées selon les priorités et la facilité de résolution.

Tableau 8 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs à l'accessibilité

Problèmes de Santé	Tiers 1 ²⁹ Facteurs à résoudre à court terme	Tiers 2 ³⁰ Facteurs à résoudre à moyen terme	Tiers 3 ³¹ Facteurs à résoudre à long terme
Comment améliorer le pourcentage de structures sanitaires aux normes d'ici à fin 2025 ?		Inadéquation aux normes de construction : certaines structures sanitaires construites par les collectivités décentralisées ne répondent pas aux normes	Insuffisance dans la mise à niveau de certaines structures sanitaires, conformément à leur niveau dans la pyramide sanitaire
Comment améliorer l'accessibilité géographique aux soins des populations ?		Inexistence de structures sanitaires dans certaines zones : éloignement de certaines populations des structures sanitaires (à plus de 5 km)	- Mauvais état des routes (surtout lors de la saison des pluies) compliquant l'accès aux centres de santé - Répartition inéquitable des structures sanitaires
Comment améliorer la disponibilité des médicaments de la gratuité ciblée ?		- Faible couverture du logiciel mSupply au niveau national - Faible satisfaction des commandes - Ruptures fréquentes des produits de la gratuité ciblée - Absence de contrôle de l'application des directives de la gratuité des soins	

Sources : Données collectées pour la revue du PND 2021-2025

²⁹ Faisabilité élevée – Fort Impact
³⁰ Faisabilité élevée – Impact Faible
³¹ Faisabilité Faible – Fort Impact



Problèmes de santé relatifs aux maladies tropicales négligées et aux maladies transmissibles

S'agissant de la thématique maladies tropicales négligées et des maladies transmissibles, les problèmes de santé ci-après ont été recensés au niveau des régions sanitaires, malgré la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 :

1. Performance insuffisante dans l'atteinte des trois 95 ;
2. Incidence relativement forte du paludisme ;
3. Faible dépistage des cas de tuberculose ;
4. Insuffisance dans la prise en charge des malades multi-résistants.

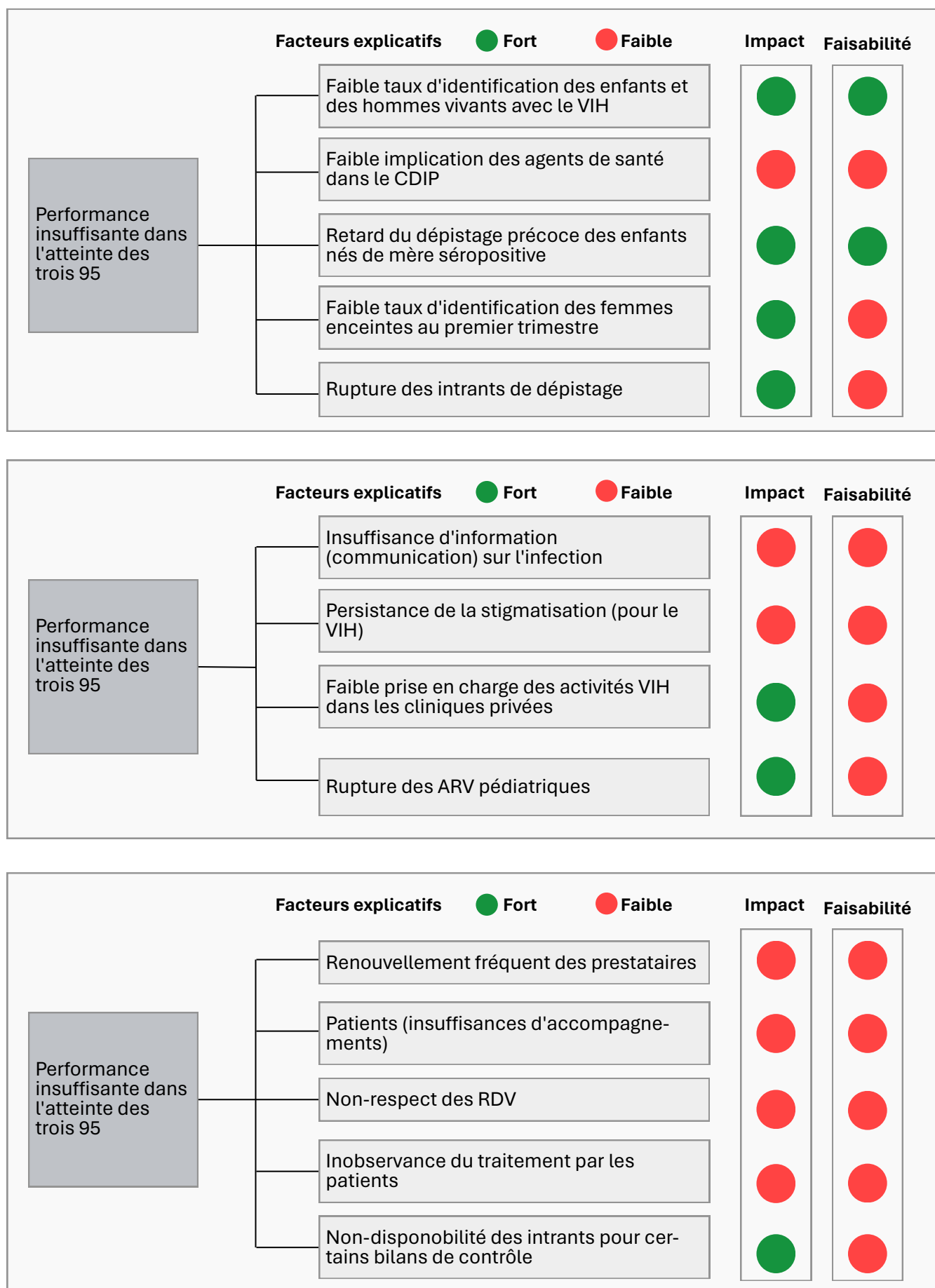
Comment améliorer les performances dans la lutte contre le VIH afin d'atteindre les cibles des trois 95 du niveau national dans toutes les régions d'ici à fin 2025 ?

Résoudre la problématique de l'insuffisance de la performance dans l'atteinte des trois 95

reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Faible taux d'identification des enfants et des hommes vivants avec le VIH ;
- Faible implication des agents de santé dans le CDIP ;
- Retard du dépistage précoce des enfants nés de mère séropositive ;
- Faible taux d'identification des femmes enceintes au premier trimestre ;
- Rupture des intrants de dépistage ;
- Insuffisance d'information (communication) sur l'infection ;
- Persistance de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH ;
- Faible prise en charge des activités VIH dans les cliniques privées ;
- Rupture des ARV pédiatriques.

Figure 17 : Causes expliquant l'insuffisance de la performance dans l'atteinte des trois 95



Sources : Données collectées pour la revue du PND 2021-2025

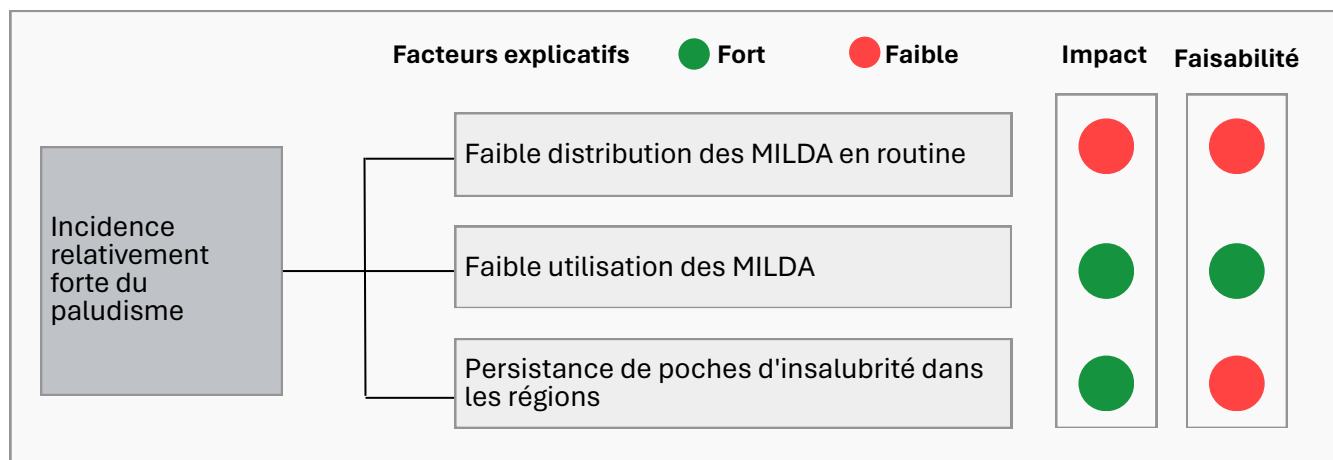
Comment réduire l'incidence du paludisme dans la population générale à 141‰ d'ici à fin 2025 ?

Résoudre la problématique de l'incidence relativement forte du paludisme reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes

identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Faible distribution des MILDA en routine ;
- Faible utilisation des MILDA ;
- Persistance de poches d'insalubrité dans les régions.

Figure 18 : Causes expliquant l'incidence relativement forte du paludisme



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

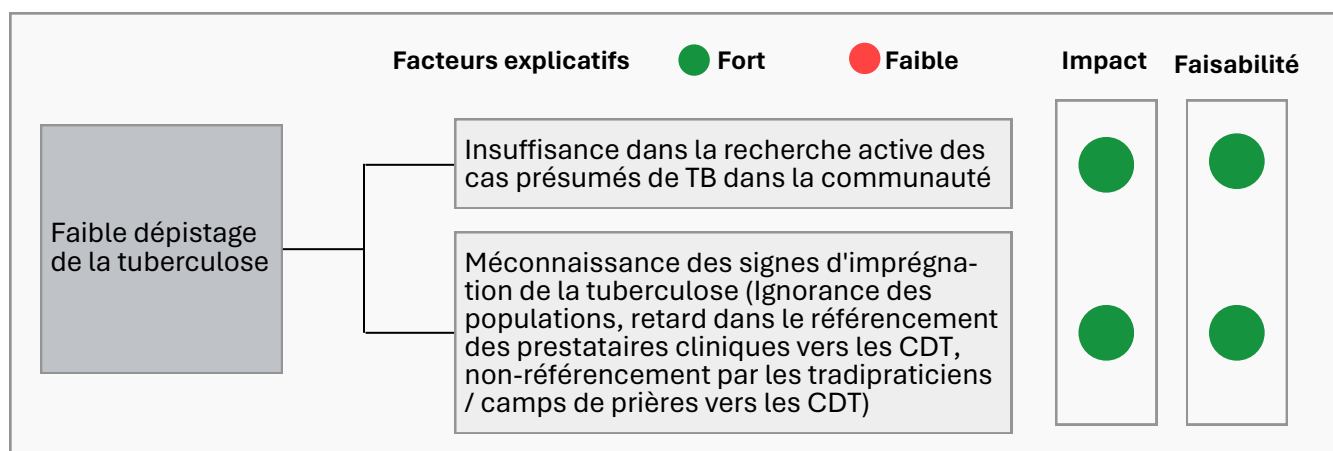


Comment renforcer le dépistage des cas de tuberculose ?

Résoudre la problématique du faible dépistage des cas de tuberculose reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Insuffisance dans la recherche active des cas présumés de TB dans la communauté ;
- Méconnaissance des signes d'imprégnation de la tuberculose (Ignorance des populations, retard dans le référencement des prestataires cliniques vers les CDT, non-référencement par les tradipraticiens / camps de prières vers les CDT).

Figure 19 : Causes expliquant le faible dépistage des cas de tuberculose



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

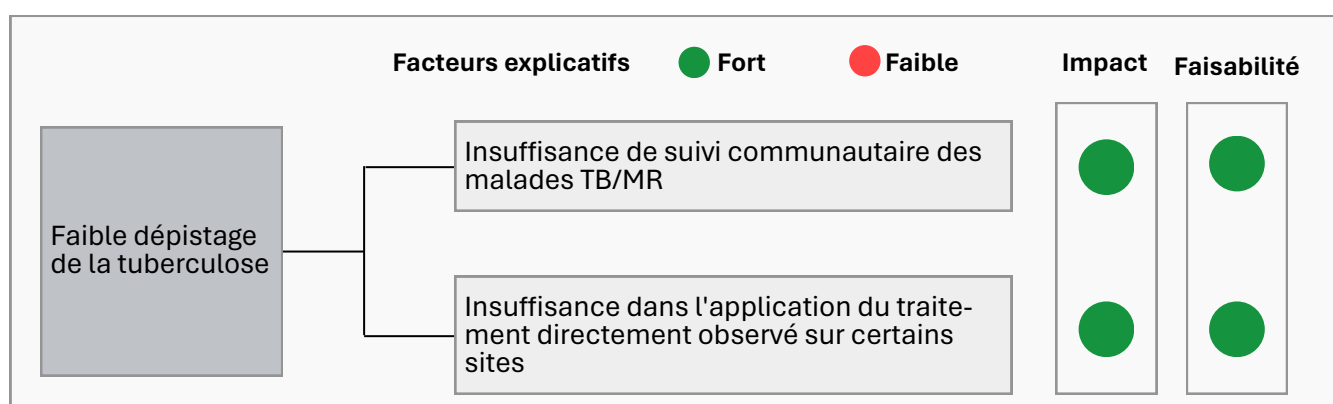
Comment renforcer la prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante (TBMR) ?

Résoudre la problématique de l'insuffisance dans la prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante reviendrait à apporter

une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Insuffisance de suivi communautaire des malades TBMR ;
- Insuffisance dans l'application du traitement directement observé sur certains sites.

Figure 20 : Causes expliquant l'insuffisance dans la prise en charge des malades multi-résistants



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

Tableau 9 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs aux maladies tropicales négligées et aux maladies transmissibles

Problèmes de Santé	Tiers 1³² Facteurs à résoudre à court terme	Tiers 2³³ Facteurs à résoudre à moyen terme	Tiers 3³⁴ Facteurs à résoudre à long terme
Comment améliorer les performances dans la lutte contre le VIH afin d'atteindre la cible des trois 95 du niveau national dans toutes les régions d'ici à fin 2025 ?	• Faible taux d'identification des enfants et des hommes vivants avec le VIH • Retard du dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives	• Non-disponibilité des intrants pour certains bilans de contrôle • Rupture des intrants de dépistage	• Faible taux d'identification des femmes enceintes au premier trimestre • Faible prise en charge des activités VIH dans les cliniques • Rupture des ARV pédiatriques
Comment améliorer les performances dans la lutte contre le paludisme afin de réduire l'incidence à 141‰ d'ici à fin 2025 ?	• Faible utilisation des MILDA		• Persistance de poches d'insalubrité dans les régions
Comment renforcer le dépistage des cas de tuberculose ?	• Insuffisance dans la recherche active des cas présumés de TB dans la communauté • Méconnaissance des signes d'imprégnation de la tuberculose (ignorance des populations, retard dans le référencement des prestataires cliniques vers les CDT, non-référencement par les tradipraticiens/camps de prières vers les CDT)		
Comment renforcer la prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante ?	• Insuffisance de suivi communautaires des malades • Insuffisance dans l'application du traitement directement observé sur certains sites		

Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

³² Faisabilité élevée – Fort Impact
³³ Faisabilité élevée – Impact Faible
³⁴ Faisabilité Faible – Fort Impact

Problèmes de santé relatifs aux maladies non-transmissibles

En ce qui concerne la thématique maladies non-transmissibles, les problèmes de santé ci-après ont été recensés au niveau des régions sanitaires, malgré la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 :

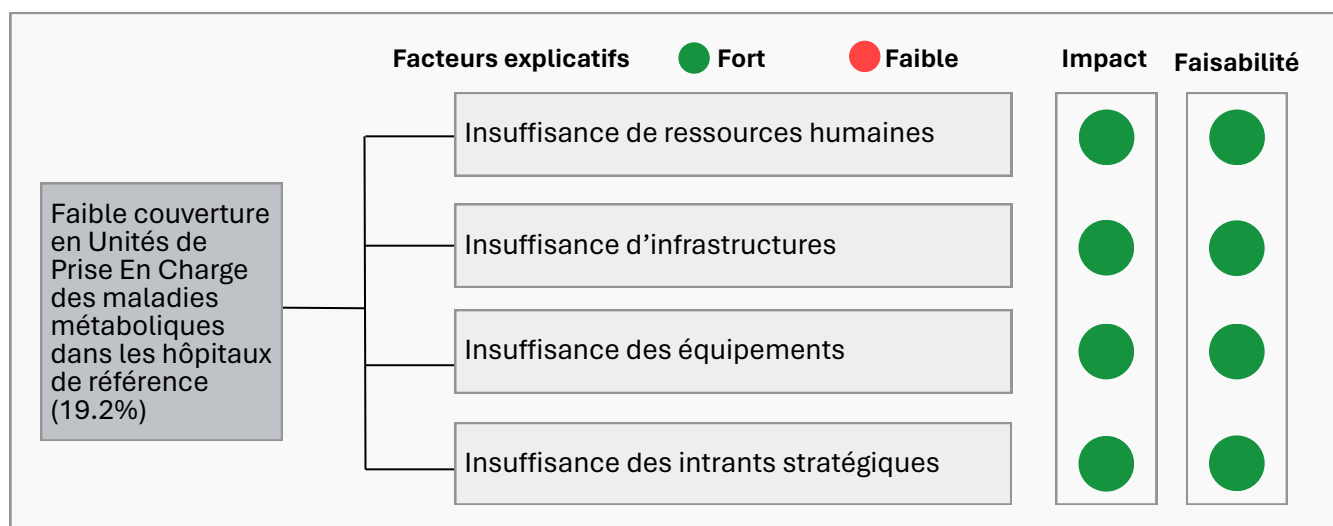
1. Faible couverture en Unités de Prise En Charge des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence (19,2%) ;
2. Sous notification des données ;
3. Faible couverture des unités de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Comment augmenter la couverture en Unités de Prise En Charge des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence à 80% d'ici à fin 2025

Résoudre la problématique de la faible couverture en Unités de Prise En Charge (UPEC) des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Insuffisance de ressources humaines spécialisées ;
- Insuffisance des infrastructures ;
- Insuffisance des équipements ;
- Insuffisance des intrants stratégiques.

Figure 21 : Causes expliquant la faible couverture en Unités de Prise En Charge (UPEC) des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

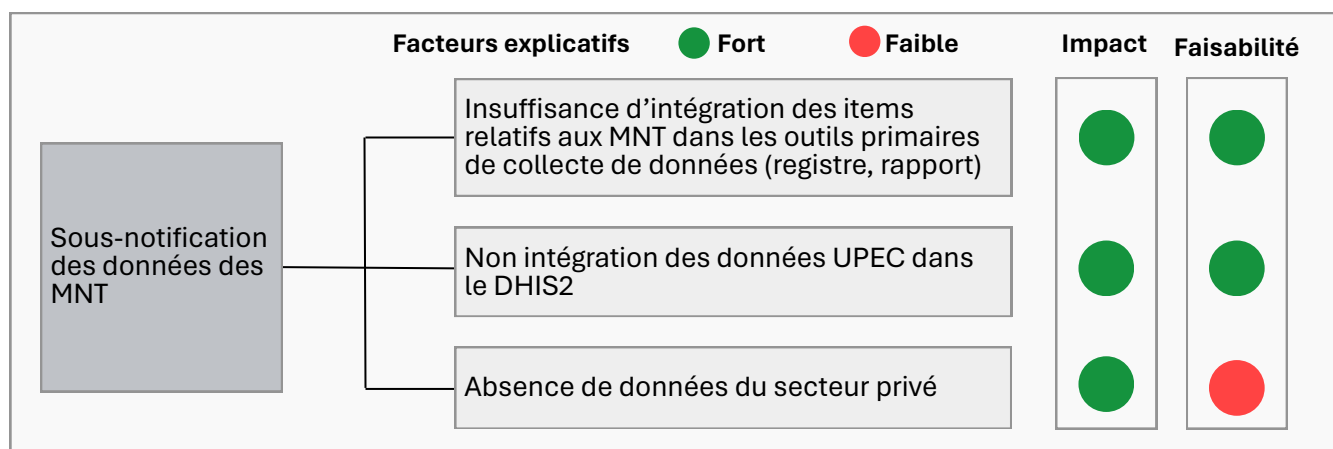


Comment accroître la disponibilité des données des MNT à 2025 ?

Résoudre la problématique de la sous-notification des données concernant les maladies métaboliques reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Insuffisance d'intégration des items relatifs aux MNT dans les outils primaires de collecte de données (registre, rapport) ;
- Non-intégration des données UPEC dans le DHIS2 ;
- Absence de données du secteur privé.

Figure 22 : Causes expliquant la sous-notification des données concernant les maladies métaboliques



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

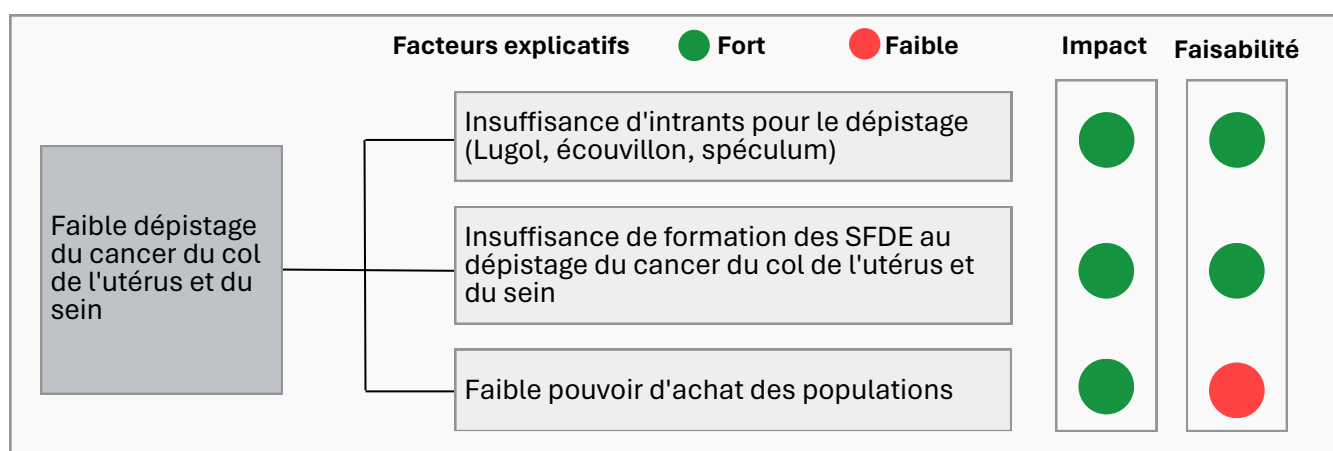
Comment accroître la proportion de structures sanitaires offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus à 32% d'ici fin 2025 ?

Résoudre la problématique du faible dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein reviendrait à apporter une solution aux causes

suyantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

- Insuffisance d'intrants pour le dépistage (Lugol, écouvillon, spéculum) ;
- Insuffisance de formation des SFDE au dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Faible pouvoir d'achat des populations.

Figure 23 : Causes expliquant le faible dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein



Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

Tableau 10 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs aux maladies non-transmissibles

Problèmes de Santé	Tiers 1³⁵ Facteurs à résoudre à court terme	Tiers 2³⁶ Facteurs à résoudre à moyen terme	Tiers 3³⁷ Facteurs à résoudre à long terme
Comment augmenter la couverture en Unités de Prise En Charge des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence à 80% d'ici à fin 2025 ?	• Insuffisance de ressources humaines • Insuffisance des infrastructures • Insuffisance des équipements • Insuffisance des intrants stratégiques		
Comment accroître la disponibilité des données sur les MNT ?	• Insuffisance d'intégration des items relatifs aux MNT dans les outils primaires de collecte de données (registre, rapport) ; • Non intégration des données UPEC dans le DHIS2	• Absence de données du secteur privé	
Comment accroître la proportion de structures sanitaires offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus à 32% d'ici à fin 2025 ?	• Insuffisance d'intrants pour le dépistage (Lugol, écouvillon, speculum) • Insuffisance de formation des SFDE au dépistage du cancer du col de l'utérus		• Faible pouvoir d'achat des populations

Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

³⁵ Faisabilité élevée – Fort Impact
³⁶ Faisabilité élevée – Impact Faible
³⁷ Faisabilité Faible – Fort Impact

Annexe 2 : Liste des membres de l'équipe technique de rédaction

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
1	TONDOH HAYHA ISABELLE ÉPSE KOUÏ	DPPS	Directrice	i.koui@dppsci-sante.com
2	DJE SIEHE ENGUERRAN	DPPS	Sous-Directeur	e.dje@dppsci-sante.com
3	YAO KOUAKOU FRANCK	DPPS	Sous-Directeur	f.kouakou@dppsci-sante.com
4	ALLOUKOU AKADJE RICHARD	DPPS	Sous-Directeur	r.allokou@dppsci-sante.com
5	KOSSONOU KOUADIO MEZAN MARIUS	DPPS	Économiste de la santé	m.kossonou@dppsci-sante.com
6	DIABATÉ TIAYOU	DPPS	Économiste de la santé	t.diabate@dppsci-sante.com
7	BEDA AGHUIA MARIE ANICETTE EPSE BONI	DPPS	Chargée de suivi-évaluation	a.beda@dppsci-sante.com
8	KONATÉ N'GADIA	DPPS	Chargé d'études	n.konate@dppsci-sante.com
9	KOUADJANI KOUASSI JEAN HUGUES	DPPS	Chargé d'études	h.kouadjani@dppsci-sante.com
10	YEO TIELOUGO CHANTAL	DDPS	Chargé d'études	c.yeo@dppsci-sante.com
11	AGUIA SEKA CHRISTOPHE	DAF	Sous-directeur	aguiaschrist@gmail.com
12	KOUASSI PONOU ARMAND NOEL	DGCMU	Expert Santé Publique	ponouarmand@gmail.com
13	KOUADIO MELAINE AYMAR	DRS Sud Comoé	Conseiller Technique Régional	melenaymar@gmail.com
14	KAMBIRE SOULEYMANE	DGS	Médecin	keryabi@gmail.com

Annexe 3 : Liste des Participants

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
1	ABE RODRIGUE	CHR Daloa	Directeur	aberodrigue19@gmail
2	ACHI HOBOUEU VINCENT	CHU Bouaké	DMS	achvnt@yahoo.fr
3	ACHY ACHY MATHURIN	DDS Béoumi	Directeur Départemental	achymathurin2008@yahoo.fr
4	ADAHOURMAN AMAN PAUL	DDS Toumodi	Directeur Départemental	adahourmand@yahoo.fr
5	ADIA AKA PHILLIPE	Conseil Régional de San Pédro	Directeur Planificateur	akaadia3@gmail.com
6	ADIKO HERVE	DDS Daloa	Chargé de suivi-évaluation	herve.aduc@yahoo.fr
7	ADJE ALLOUA GENEVIEVE	DPPS	Informaticienne	g.adje@dppsci-sante.com
8	ADOU ABO DOMINIQUE	EPHD Sassandra	Directeur	adoukrahare@gmail.com
9	ADOU MAXIME	CHR Gagnoa	Directeur	adoumax2002@yahoo.fr
10	AGNEROH NOMEL ANGE	PNLMM/PMNT	Médecin	a.nomelow@gmail.com
11	AGOSSOU IGNACE RODRIGUE	DS Gueyo	Directeur Départemental	agossou6@gamil.com
12	AGUIA SEKA CHRISTOPHE	DAF	Sous-Directeur	aguiaschrist@gmail.com
13	AKA DICKET APOLLINAIRE	DDS Anyama	Directeur Départemental	aadicket@yahoo.fr
14	AKE AKOTE FLORENTIN	DRS Agneby-Tiassa	Chargé de suivi-évaluation	akfelo33@gmail.com
15	AKOAHIN ADJOUMANI HERVE	UCP-FM	Chargé de programme	adjoumani.akoahin@ucp-fm.ci
16	AKPA JEAN PAUL	CNPTIR	Chargé d'études	akpaabelcnptir@gmail.com
17	AKPAFI EMIEN FLAVIEN	DDS Alépé	Représentant DD	akpafiflavien225@gmail.com
18	AKPESSÉ ESSO	HG Yopougon	Directeur	akpesse2004@yahoo.fr
19	AKUI OKAMOU	DRS Sud-Comoé	Directeur Régional	drs_akui@yahoo.fr
20	ALIZATA KABORE	EPHD Mankono	Directrice	annamarguerite1963@gmail.com
21	ALLOUKOU AKADIE RICHARD	DPPS	Sous-Directeur	r.alloukou@dppsci-sante.com
22	AMANGOYA YAPO EMILE	DDS Katiola	Chargé de suivi-évaluation	emileyapo2015@yahoo.fr
23	AMARA ADJOUMANI AMANDOU	EPHD Djekanou	Directeur	adjoumaniamara2@gmail.com
24	AMIAN AYA YVETTE EPSE KOUASSI	DRS Marahoué	Chargé de suivi-évaluation	amian.58yvette@gmail.com
25	AMIDJO AWA SERAPHIN	PNSSU-SAJ	Assistant suivi-évaluation	seraphinalla5@gmail.com
26	ANE KOUA VENCESLAS	DRS béré	Pharmacien	anekouavnceslas@gmail.com

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 1)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
27	ANE MISSA CLAUDE FABRICE	DAP	Economiste de la santé	anemissaclaudefabrice@yahoo.fr
28	ANGAMAN EKPONON DOMINIQUE	DRS San-Pédro	Directeur Régional	dangaman@live.fr
29	ANGUI MAXIMILIEN	TBI	Manager	m.angui@institute.global
30	ANINA AKESSE ANTOINE	DDS Agboville	CSAS	anianakess.tonyaey@gmail.com
31	ANOH BLEDOU LAMBERT	HG Tafiré	Directeur	anohblambert@yahoo.fr
32	ANOUAN GUESSAN JEAN	DGS	DGASS	jeananouan2002@yahoo.fr
33	ANOUBLE BOKO	DS Dabou	Chargé de suivi-évaluation	jbdko1979@gmail.com
34	ANZAN KOIME ARON	DDS Daloa	Pharmacien	anzankoime@gmail.com
35	ARRIKO JAN MARCEL	HG Koumassi	Directeur	arrikoj@yahoo.fr
36	ASSEKA MONIQUE EPSE LATTAH	DIS	Sous-Directrice	lattahasseke@yahoo.fr
37	ASSEKE BEDA BONAVENTURE	DDS Sinfra	Médecin	assekebonaventure14@gmail.com
38	ASSIE ALEX YANNICK	DRS Woro	Gestionnaire financier	yannick-alex3@hotmail.fr
39	ASSOHOUB EBAMM MURIELLE	DRS Grands ponts	Pharmacienne	asshouelmm@gmail.com
40	ATTE FLORA CARINE	DDS Jacquerville	Directeur départemental	atte.flora1@gmail.com
41	ATTIA ROSELINE EPSE N'GUESSAN	DRS Haut Sassandra	CSAS	dr.attiajpelle@yahoo.fr
42	ATTIEY ARNAUD-BROW	DDS Fresco	Directeur départemental	browattiey@yahoo.fr
43	AWOTWI JEAN FERNAND	CHR Bouaké	Responsable médical	awo1sons@gmail.com
44	AYE AYA LEONIE EPSE SEKA	DDS Adiaké	Directeur départemental	leonieasseka@gmail.com
45	AYEOURA VICTOIRE	DAJC	Directeur	victoireayeoura@yahoo.fr
46	BABA HALLASSANE	HG Tafiré	Directeur	halassanecoulibaly@gmail.com
47	BAH MEA ZANA SYLVIE	Préfecture Grand-Bassam	Sécretaire générale 2	prefecturegrandbassam@yahoo.com
48	BAKARY SEIDOU TOURE	HG Boniere	Directeur	toureseidou07@gmail.com
49	BAMBA FATOUMATA TOURE	DRSHPCMU Béré	Directeur Régional	bambaffert@yahoo.fr
50	BENIE BI TRA BOUE MATHIAS	HG Guitry	Directeur	math.benie@gmail.com
51	BEDA MARIE ANICETTE EPSE BONI	DPPS	Chargé de suivi-évaluation	a.beda@dppsci-sante.com

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 2)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
52	BEDA BERTIN	DDS Bocanda	Directeur départemental	bedabertin2@gmail.com
53	BEDA N'GUESSAN JOEL	HG Guibéroua	Médecin-chef	bnguessanjoel@yahoo.fr
54	BEDOU SYLVESTRE KOSSI	Cabinet MSHPCMU	Conseiller Technique	sbedou@yahoo.fr
55	BEHI STEPHANE	UCPS-BM	Chargé de suivi-évaluation	stefanebehi18@gmail.com
56	BEUGRE KEKE PARFAIT	DRS Bélier	CSAS	kekebeugre@gmail.com
57	BIEU MEHO FABRICE	CHR Katiola	Directeur	bieumehofabrice@gmail.com
58	BILE CUIRAMBOIS NADIA	DIEMP	Chef de service	ncuirambois@yahoo.com
59	BLE BORIS GUYEMANE KEVIN	PNPMT	Gestionnaire de données	borisgyemane@gmail.com
60	BOGBE LUDOVIC	EPHD Gueyo	DH	ludocivgogbe@gmail.com
61	BOGUI OUPEUHRIC	DDS Kouassi- kouassikro	Directeur départemental	docerbogui@gmail.com
62	BOKA N'GUETTA COLETTE	EPHD Soubré	Directrice	coletteboka@gmail.com
63	BOLLY BOLLOU LANDRY	MEPD	Expert Planification	landrybolly@yahoo.fr
64	BONI SIMON PIERRE	PNLCA	Chef de service	simonpierre.bony1@gmail.com
65	BOSSON JEAN JAURES	DPPS	Economiste de la santé	a.bosson@dppsci-sante.com
66	BOUA KOUAO HERMANN	DDS Aboisso	Directeur départemental	bouak@yahoo.fr
67	BOUH FLAN CHRISTIAN	DES	Chargé d'études	bouhchristain@gmail.com
68	BOUKALO BAH ANSELME	HG Kouassi- kouassikro	Médecin-chef	boukalo99@gmail.com
69	BOUKEI GEORGE HENRI	DRS Woro	Chargé de suivi-évaluation	bandounn@yahoo.fr
70	BOZOU AHOUSI	Police Sanitaire	Directeur	bozoumermoz@yahoo.fr
71	BREIGNON GERMAINE	HG Taabo	Directeur	germainebregnon@gmail.com
72	BRIDJI ALAIN PRIVAT	LNSP	Chef de service Qualité	doudoubridji@gmail.com
73	BROU NANOEL MICKAEL	CHR Aboisso	Directeur	bnanoel@yahoo.fr
74	BROU SONAN EMILE	EPHD Didievi	Directeur	emilebrou9@gmail.com
75	CAMARA KIFFON SONIA EPSE ZOROGORE	DRS Loh-Djiboua	Chargé de suivi-évaluation	mireille2camara16@gmail.com
76	CISSE ABOU DANRE	EPHD Port-Bouet	Directeur	cissabond@yahoo.fr

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 3)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
77	COULIBALY ABOUBAKARY	DRSHPCMU Dabakala	Directeur départemental	atcooll@yahoo.fr
78	COULIBALY G. MADJARA	DRS Abidjan 2	Responsable RH	madjaracoulibaly1952@gmail.com
79	COULIBALY MIGNAN EPSE DJALEGA	DRS Abidjan 2	Chargé de suivi-évaluation	coulibalymignan@gmail.com
80	COWPPLI-BONY LAURENT	CHR Adzopé	Médecin-chef	cowpplibonylaurent@yahoo.fr
81	DAGNOGO ABDOULAYE	EPHD Méagui	Directeur	abolagnon@yahoo.fr
82	DAGNOGO FATOUMATA	DDS Katiola	Economiste de la santé	dagfat08@gamil.com
83	DAGNOGO RAMATOU	PNLT	Médecin	dagnogoramatou@yahoo.fr
84	DAKOURY ARMAND	ACPCI	Directeur Exécutif	dacouriarmand70@gmail.com
85	DANAUD OLIVIER DESIRE	EPHD Sikensi	Directeur	danaudolivier@yahoo.fr
86	DAPPA KOFFI DJEKARI	PNN	Chargé de suivi-évaluation	ddappa@pnn.ci
87	DATTE KOFFI LUCIEN	DDS Tiapoum	Directeur départemental	atalucin@yahoo.fr
88	DIABAGATE ALMATOU	DRS Haut Sassandra	Chargé de suivi-évaluation	madjen76@gmail.com
89	YAO KOUAKOU FRANCK	DPPS	Sous-Directeur	f.kouakou@dppsci-sante.com
90	DIABATE TIAVOU	DPPS	Economiste de la santé	t.diabat@dppsci-sante.com
91	DIABY BEMA	HG Zuénoula	Directeur	bema_ayd@yahoo.com
92	DIBO DEASSIO ARTHUR ISMAEL	DRSHPCMU Gbôklé	Pharmacien Report CSE	deassioismal@gmail.com
93	DIOMANDE GONDO	DRS Béré	CSAS	drgondo77@yahoo.com
94	DIOMANDE MABANA	DRS Woro	Gestionnaire financier	laviediemanoledr@gmail.com
95	DIOMANDE MONKEH ELVIS	PNLMM/PMNT	Chargé de suivi-évaluation	diomandeelvis@gmail.com
96	DIZOE AGUI SYLVESTRE	PNEL	Directur Coordonnateur	draguidizoe@gmail.com
97	DJADJE DAVIN MARCEL	DDS Yopougou Est	CSR	daviddjedje01@gmail.com
98	DJAHIA TANE JULIEN	SSSU-SAJ	Médecin-chef	tandjolieende@gmail.com
99	DJE BI TA LUDOVIC	EPHD Fresco	Directeur	djeludovik@gmail.com
100	DJE KOFFI HYACINTE	DRSHPCMU Agneby-Tiassa	Directeur Régional	djhyancite@yahoo.fr

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 4)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
101	DJE SIEHE ENGUERRAN	DPPS	Sous-Directeur	e.dje@dppsci-sante.com
102	DJOBO ADJE WILFRIED	DRS Grands ponts	Pharmacien	djawilfried@gmail.com
103	DOHO LOU SANIA EPSE KOUAKOU	PNLCA	Ingénieure sanitaire	sianadolou@gmail.com
104	DOU BI BANOU DAVID HERBERT	DRS Katiola	CSAS	davidbidanne@gmail.com
105	DOUMBIA ISSOUMAILE	DDS APA	Directeur	soumde@gmail.com
106	DOUMBIA SIRA	HG Adjamé	Directrice	doumbia.sira@yahoo.fr
107	EHUI EBOI	PNLS	Directeur Coordonnateur	ehui.eboi@pnls-ci.com
108	EKANZA GILBERT	DIEMP	Chargé de suivi-évaluation	egg_ekanza@yahoo.fr
109	ETTE AGNIZAN MARIE OLGA	PNSME	Assistant suivi-évaluation	mocette-972@gmail.com
110	ETTIEN YAO TOUSSAINT	EPHD Gagnoa	Médecin-chef	etienyaoa@yahoo.fr
111	ETTY ELIANE RITA	Conseil Régional Sud-Comoé	Représentant	ettyeliane@yahoo.fr
112	FIENI JEANNE DANIELLE	DRS Béré	Coordonnatrice Adjointe SME	f.kossia94@gmail.com
113	FONGNIGUE TUO	DDS Dianra	Directeur Départemental	tuobare976@gamil.com
114	FREJUS LINGUE	TBI	Directeur Pays	f.lingue@institute.global
115	GALLA KOFFI JULES	DDS Dimbokro	Directeur Départemental	gallajules@yahoo.fr
116	GAOUSSOU SAVANE	HG Niakara	Directeur	gouvani83@gmai.com
117	GBA ANGE VITAL	CHR Abobo	Informaticien	angebavital01@gmail.com
118	GBALE YAVO JOEL BLANCHARD	DDS Tiassalé	Directeur Départemental	gbajoel15@gamil.com
119	GBLA EPSE AKPA CYNTHIA	DRS Abidjan 2	Représentant	cynthiagbla@gmail.com
120	GNAKO DANIELLE EPSE COULIBALY	DIEMP	Assistante Passation Marchés	gnakoedwige@gmail.com
121	GNANGUI DIAN VINCENT	DSCPS	Sous-Directeur	gnangui.vincent@dsccom-ci.org
122	GOGBE AIME	DAP	Logisticien	gogbeaime@gmail.com
123	GOUANTOUHEU EPSE GNAN LUCETTE	DEPPS	Chargé de suivi-évaluation	gnanlucette@yahoo.fr
124	GOUEM ABDOUL CHAAFIU	TBI	Analyste	a.gouem@institute.global

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 5)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
125	GUEDE AUDREY	DRS Abidjan 1	CSAS	sasdrabidjan1@gmail.com
126	GUIRI EPSE BAH	DRS Abidjan 2	CSGAF	dchrissonia@gmail.com
127	GUSTAVE KOFFI BROU	EPHD Toumodi	Directeur	gkoffibrou@gmail.com
128	HIEN SOLANGE	DRSHPCMU Hambol	Directeur Régional	hiensolange@yahoo.fr
129	HOUFFOUET DANNIS HERMANN	DDS Cocody Bingerville	Médecin-chef	houffoceta@yahoo.fr
130	IRIE BI VANIE	DDS Bouaké Nord Est	Directeur Départemental	iriebivanie@gmail.com
131	ISSOUF KONE	HG Mankono	Infirmier	issoufkone@gmail.com
132	KABLAN BILE BLAISE	DRS Grands ponts	Chargé de suivi-évaluation	hablanbileblaise@gmail.com
133	KABORE SAYDOU	CNTSCI	DMS	saydoukabore@yahoo.fr
134	KADIO MARIE CONSTANCE EPSE TIEMELE	HG Adiaké	Directrice	marieconstancekadio188@gmail.com
135	KADIO AKA	PNLS	Chargé de suivi-évaluation	kadio.aka@pnls-ci.com
136	KADJA ERICKSON	EPHD Oumé	Directeur	jerickadja@gmail.com
137	KADJO-KOUADIO FLORENCE	INHP	Médecin	judyflo5@yahoo.fr
138	KALBO KAMBIRE	DDS Bouaké Sud	Sage-femme	kalbokambir@yahoo.fr
139	KAMBIRE SOULEYMANE	DGS	Médecin	keryabi@gmail.com
140	KANGA CHARLES VALERY	DDS Abobo Est	Directeur Départemental	drkangacharles@gmail.com
141	KANGO REBECCA PATRICIA EPSE ANIBE	DRS Mé	Chargé de suivi-évaluation	kangereb@gmail.com
142	KARAMOKO FOFANA	DRSHPCMU Haut Sassandra	Directeur Régional	iffkara@yahoo.fr
143	KARAMOKO INZA	CHR Dimbokro	Directeur	kara_inza@yahoo.fr
144	KARAMOKO JEAN-CLAUDE	DDS Yamoussoukro	Directeur Départemental	karamokojean@gmail.com
145	KASSI KAH GEOGRE	DRSHPCMU Loh Djiboua	Directeur Régional	georgekassi@yahoo.fr
146	KASSIA GUEDE B.	HG Dabakala	Directeur	guedek21@gmail.com

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 6)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
147	KISSIEDOU N'GUESSAN	CHR San Pédro	Directeur Président REDHOPCI	manoukalex1@gmail.com
148	KASSIEU TAHI B.	DRS béré	CSME	kassieubivenue@gmail.com
149	KOBENAN FIENY AMBROISE	Cabinet MSHPCMU	Officier de liaison GFF	fienykob@yahoo.fr
150	KODJI EKRIBO FLORENT	DRSHPCMU Mé	Directeur Régional	kodjiekriboflorent@gmail.com
151	KOFFI AKA JACQUES	HG Adzopé	Représentant Directeur	koffiakajacques@yahoo.fr
152	KOFFI AMANI ROGER	DDS Daloa	Chargé de communication	koffiamanibolleroger@gmail.com
153	KOFFI GOLI CHRISTOPHE	EPHD Botro	Directeur	golicristophe@yahoo.fr
154	KOFFI GUY ROLAND ARNAUD	INSP	Médecin	kguyrolandarnaud@gmail.com
155	KOFFI KAN SAMUEL KOKO	DRS San Pédro	Chargé de suivi-évaluation	kokosamuel@hotmail.fr
156	KOFFI KOIDIO MARCEL VENANCE	DRS Béré	Chargé de suivi-évaluation	venancek53@gmail.com
157	KOFFI KOUASSI PAUL PHILIPPE	Conseil Régional Grands ponts	Représentant Directeur	koffipaulp@gmail.com
158	KOFFI MOUROUFIE ALBERT	HG Treichville	Directeur	mouroufieka@gmail.com
159	KOFFI N'DRI AYA SANDRINE	DRS Abidjan 2	Attachée de communication	koffi.sabine@gmail.com
160	KOFFI OURA AFFI YAO OLIVIER	DDS Agboville	Directeur Départemental	koffioura80@yahoo.fr
161	KOFFI TCHATCHA DIDIER	EPHD Jacqueville	Directeur	proftchatcha@gmail.com
162	KOHO BILE SYLVAIN	DRS Bélier	Chargé de suivi-évaluation	kohobs@yahoo.fr
163	KOLOUBLA NIAYORO ANTOINE	DDSHPCMU Méagui	Directeur Départemental	draukol7@gmail.com
164	KOMENAN EPSE SIE THIA SYLVIA	DDS Treichville Marcory	CSAS	drsieslviak@gmail.com
165	KONAN ALLONGBO SIMONE	DPPS	Sécretaire	s.konan@dppsci-sante.com
166	KONAN AMENAN JEANNE EPSE DEDI	DDS Guitry	CSAS	jeanneamenan4@gmail.com
167	KONAN BLANDINE	HG Bingerville	Attachée des finances	blandinek.konan@gmail.com
168	KONAN JEAN MARIE	CHR Abobo	Médecin	konanperel@gmail.com
169	KONAN KOUAKOU LEON	HG Grand Lahou	Directeur	konanteondr@gmail.com
170	KONAN KOUASSI LAURENT	DDS Didiévi	Directeur Départemental	kokoualaur@gmail.com

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 7)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
171	KONAN YAO AIME	DC-PEV	Chargé de planification	kyaime40@gmail.com
172	KONANDI YAO BONAVENTURE	DDS Yakassé Attobrou	Directeur Départemental	konyabon@yahoo.fr
173	KONATE GADIA	DPPS	Chargé d'études	n.konate@dppsci-sante.com
174	KONATE PELAVA MOUSSA	CHR Séguela	Directeur	saintpelayakonate@yahoo.fr
175	KONE FAMYSI	CHR Séguela	Médecin	famysikra67@gail.com
176	KONE FANA	DSIMI	Chargé de suivi-évaluation	konefana2@gmail.com
177	KONE IBRAHIMA	CHR Bouaflé	Directeur	konezie@hotmail.fr
178	KONE JEAN CLAUDE	DDS Sassandra	Directeur Départemental	jc.kone@yahoo.fr
179	KONE KANE ZIEPE	DDS Katiola	Pharmacien	koukouz@gmail.com
180	KONE LOSSENI	DDS Akoupé	Directeur Départemental	kone.losseni@yahoo.fr
181	KONE MAMOUNA	DDS Daloa	Sage-femme CSME	konemamounanogo@gmail.com
182	KONE SEYDOU	DRS Sud Comoé	Chargé de suivi-évaluation	konyakiss@yahoo.fr
183	KOBI NRANDJO ADJESSI	Conseil Régional Mé	Directeur Général	kobiadjessidesire92@gmail.com
184	KOSSONOU KOUADIO MEZAN MARIUS	DPPS	Economiste de la santé	m.kossonou@dppsci-sante@com
185	KOUA ASSEMAN MEDARD	PNSM	Directeur Coordonnateur	koua_asseman01@yahoo.fr
186	KOUA KONAN HENRI	DIS	Assistant suivi-évaluation	hkkoua@gmail.com
187	KOUADIA N'ZI ALPHONSE	DDS Dabou	Directeur Départemental	nzikouadia@yahoo.fr
188	KOUADIO AFFOUEUET RACHEL	DDS Bouaké Nord Ouest	Coordonnatrice SME	affooutrachelk1@gmail.com
189	KOUADIO GISELE	DRS Abidjan 3	Secrétaire	giselekouadio50@gmail.com
190	KOUADIO NINA PRISCA	DAJC	Chef de service	kossianina1981@gmail.com
191	KOUADIO KOUAME ROMEO	DDS Botro	Directeur Départemental	kouadiokouameromeo@yahoo.fr
192	KOUADIO KANGA PASCAL	DRS Nawa	Chargé de suivi-évaluation	kkangapascal@gmail.com
193	KOUADIO MELAINE AYMAR	DRS Sud Comoé	Conseiller Technique Régional	melenaymar@gmail.com
194	KOUADIO N'GUESSAN CHRISTIAN	EPHD Tabou	Directeur	knc03@hotmail.com

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 8)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
195	KOUAKOU AYA BEATRICE EPSE KOUADIO	Préfecture Yamoussoukro	Secrétaire Général 1	kouadioayabe@gmail.com
196	KOUAKOU AYA ESTHER CHANTAL	DS Sikensi	CSAS	thenayak@gmail.com
197	KOUAKOU ELISABETH	IGS	Inspecteur Technique	kouaelise@yahoo.fr
198	KOUAKOU KOFFI ALAIN	DISD	Ingénieur informaticien	al.kouakou@sante.gouv.ci
199	KOUAKOU KONAN ANGE MEDARD	DMHP	Economiste de la santé	medardange@gmail.com
200	KOUAKOU KOUAME NORBERT	HG Ayamé	Directeur	k3norbert@gmail.com
201	KOUAKOU KOUASSI HUGUES- ARSENE	DDSHPCMU San Pédro	Directeur Départemental	hugues-arsene@yahoo.fr
202	KOUAME DIE JEAN-JACQUES	PNLTA	Chargé d'études	diejjkouame@yahoo.fr
203	KOUAME JEAN-BAPTISTE	DDS Mankono	Directeur Départemental	jb_kwam@yahoo.fr
204	KOUAME K. MARCELLIN	HG Tiapoum	Directeur	kouamemarcelinb@gmail.com
205	KOUAME KOUAKOU BAUDELAIRE	PNSM	Chargé de suivi-évaluation	baudelaire892@gmail.com
206	KOUAME KOUAKOU YAO LAMBERT	ICA	Chargé de suivi-évaluation	kouamlambo@gmail.com
207	KOUAME KOUASSI BENJAMIN	DDS Bouaflé	CSAS	kouameben225@gmail.com
208	KOUARA KOUASSI BEO	Conseil Régional N'zi	1 ^{er} vice-président	adaouscou@gmail.com
209	KOUASSI BROU MAURINE	TBI	Analyste	m.kouassi@institute.global
210	KOUASSI KOUADIO	DHPSE	Chef de service	kouassiben@gmail.com
211	KOUASSI KOUAKOU CHARLEMAGNE	PNPSBD	Chef de service	etranemenzula@gmail.com
212	KOUASSI PIERRE ROMEO	INHP	Chef de service Planification	romeokouassi16@gmail.com
213	KOUASSI GUESSAN EMMANUEL	DDS Koumassi	Directeur Départemental	kenlaseven@gmail.com
214	KOUASSI PONOU ARMAND NOEL	CTC	Expert santé publique	ponouarmand@gmail.com
215	KOUASSI SEKA	DRS Gôh	CSAS	ckseka01@gmail.com
216	KOUASSI TOKA LAETITIA EPSE ALLE	DDS Cocody Bingerville	Chargé de suivi-évaluation	laeticorine@gmail.com
217	KOUASSI WA N'GUESSAN JEROME	HG Sakassou	Directeur	drkouassijerome@gmail.com

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 9)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
218	KOUTOUAN DOGBO LUDOVIC	CRG Sassandra	Sous-Directeur des sports	koutouandogboludovic@gmail.com
219	KOUASSY REMI	DDS Grand Lahou	Directeur Départemental	lcovay.remi@gmail.com
220	KOULOU EDMOND	DRSHPCMU Abidjan 1	Directeur Régional	koulou_edmond@yahoo.fr
221	KPAHO BERNARD	IGS	Inspecteur Général	bkpaho@gmail.com
222	KRA KOFFI LAZARE	DRSHPCMU N'zi	Directeur Régional	kkoffilazare@gmail.com
223	KRA LOHORE HERMAN	CSU Worofla	Médecin	lohorekpah@gmail.com
224	KRAMOH KOUADIO EULOGE	ICA	Directeur Général	krakoueul@yahoo.fr
225	KRA EMILE KOUACOU	DEPPS	Médecin	emilekre2017@gmail.com
226	LATT MELEDJE JACQUES	DDS Cocody Bingerville		
227	LASME DANIEL	HG Alepé	Médecin-chef	lasmedoul224@gmail.com
228	KOUADJANI KOUASSI JEAN-HUGUES	DPPS	Economiste de la santé	h.kouadjani@dppsci-sante.com
229	MAIGA FATOUMA	DPPS	SAF	f.maiga@dppsci-sante.com
230	MAMA DIIMA ADAM	PNLMTN	Chargé de suivi-évaluation	docmda@yahoo.fr
231	MAMBO KONAN SATURNIN DENIS	DRH	Chargé d'études	konanetienne@yahoo.fr
232	MANKOUA KOKO DESIRE	EPHD Béoumi	Directeur	mankoudesire@yahoo.fr
233	MANOUAN BILE	DDS Daloa	Directeur Départemental	ddshpdaloa2020@yahoo.fr
234	MAYAKA MANITU SERGE	OMS AFRO	MCAT/HF	mayaka@who.int
235	MEHO JOEL SOKI	CHR Séguéla	Gestionnaire	jolinaintmeho@hmail.com
236	MIA HELOISE KOUADIO	DRS Gbêkê	Pharmacien	heloisemia564@gmail.com
237	MIAN BOUA MOISE	DDS Tabou	Directeur Départemental	bouamoise@yahoo.fr
238	MIEZAN EGNAKOU	DRSHPCMU Bélier	Directeur Régional	miezanegnakou@yahoo.fr
239	MOMINE ALI	EPHD Sinfra	Directeur	ali_momine2@yahoo.com
240	MOMINE ROGER	CHR Divo	Directeur	momineroger@yahoo.fr
241	MOSIS KENUS SYLVIE CLEMENCE	DDS Dabou	CSAS	mosisclemence@yahoo.fr
242	MOUSSA MEITE	DS Katiola	Directeur Départemental	docmemous68@yahoo.fr

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 10)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
243	MOUSSO MELISSA LAURA	DRS Grands Ponts	CSME	moussom1606@gmail.com
244	N'CHO KOUAO GISELE	DRS ABidjan 2	Secrétaire	ngiselekouao98@gmail.com
245	N'DA ALLECHI PROSPER	DRSHPCMU Gbôklé	Directeur Régional	prosperallechinda@yahoo.fr
246	N'DA CHRISTINE EPSE EMIEN	DPPS	Economiste de la santé	c.emien@dppsci-sante.com
247	N'DA EHUI EMMANUEL	ONG ADAF	Membre	ehuimanu@yahoo.fr
248	N'DA TCHIMOU ROMAIN	DDS Tiébissou	Directeur Départemental	djoniromain@gmail.com
249	N'DRI KOFFI RAPHAEL	DRS Worodougou	Chargé de suivi-évaluation	fanedara@gmail.com
250	N'DRI KOUAKOU JEAN CLAUDE	DRS Worodougou	Conseiller Technique Régional	ndrikouakoujeanclaude@yahoo.fr
251	N'DRI ROGER	DRSHPCMU Nawa	Directeur Régional	ndri-roger@yahoo.fr
252	N'GBESSO TANO GERARD	DDS Buyo	Directeur Départemental	ngbessotgerard@gmail.com
253	N'GORAN BROU KOUADIO	DDS Hambol	Chargé de suivi-évaluation	namakaoli@yahoo.fr
254	N'GOTTA BEUGRE BELON AUGUSTA	DDS Oumé	Directeur Départemental	beugreaugusta01@gmail.com
255	N'GUESSAN BALLE BRICE STEPHANE	EPHD San Pedro	Directeur par intérim	nguessballet@gmail.com
256	N'GUESSAN N'DA PASCALINE	EPHD Yakassé Attobrou	Représentant Directeur	pascalanguessan@gmail.com
257	N'TAMON FLORENTIN	INFAS	Chargé de planification	ntamonflorentin@gmail.com
258	N'WOWO ANDREA	UCP-FM	Assistante RH/TSC	andre.nwowo@ucp-fm.ci
259	NAHOUNOU NOEL	OMS AFRO	Consultant	nahounouz@who.int
260	NAMOU JEAN LUC	DFRS	Chargé de planification	jeanlucnamou@gmail.com
261	N'DA AMOIKON JULIEN	PNSO	Chargé d'études	ndajulien81@gmail.com
262	N'DRI N'GUESSAN	EPHD Buyo	Directeur	ndribob@gmail.com
263	NENUN HELENE NATHALIE	IGS	Inspecteur	nnemilin@yahoo.fr
264	NIAMIEN GNANGON DENIS	DRS Gagnoa	Directeur Départemental	niamienden@gmail.com
265	NOGBOU IGNACE	DDS Daloa	Chargé de suivi-évaluation	ignacenogbou8@gmail.com
266	OGOULOKPO INNOCENT	Conseil Régional Gbêkê	Directeur Développement	imogou@gmail.com

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 11)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
267	OHOUEO JEAN DIDIER	DDS Cocody Bingerville		jeandidierohoue@gmail.com
268	OHOUSSAN YAPI GLADYS	PNLUB-MCVUE	ITS-Santé publique	ohoussangladys3@gmail.com
269	OKAINGNI JOIMAR FERNANDES	DRS SUD Comoé	Représentant	okaingni18@gmail.com
270	OMBRETTA PASSOTI	Hôpital MOSACTI	Directeur Général	ombretta.passoti@opbg.net
271	ORSOT ALAIN CLAUDE	HG Dabou	Directeur	clauder2007@yahoo.fr
272	OTCHRO JEAN	EPHD Tiébissou	Directeur	jeanotchro@gmail.com
273	OUATTARA POGA DIODORY	CHU Bouaké	Chef de service (SIM)	pogaouest79@gmail.com
274	OUATTARA SEKOU	DRS Gbéké	Conseiller Technique Régional	sekououattara@gmail.com
275	OUATTARA SEYDOU	PNSSU-SAJ	Directeur Coordonnateur	seydouxfr@yahoo.fr
276	OULAI YAGNAN PELAGIE	FENOSCI	Directrice Exécutive	oulaiplagie@gmail.com
277	OUMAH ANGE RICHARD	CRM	Président Commission	deouilah@gmail.com
278	OURA AHOUE CHRISTINE EPSE YAO	DDS Aboisso	Directeur Départemental	ourachristine@yahoo.fr
279	OWOYOKOU PIERRE JEAN YVES	DRS Béré	SAF	owoyokou@gmail.com
280	PANH LEO SERGE	HG Grand Bassam	Responsable de Patrimoine	panhleoserge@gmail.com
281	PEH BLEGBE PATERNE	DDS Bouaké Nord Ouest	Pharmacien	pehpaterne86@gmail.com
282	PEHE HENRI	DDS Katiola	CPEV	henripehe@gmail.com
283	PONTY CHRIS TOMME	HG Bonoua	Directeur	yramponty@yahoo.fr
284	RAUX-YAO PATRICE NESTOR	DRSHPCMU Marahoué	Directeur Régional	serjraux@gmail.com
285	ROUGOUE LUCIEN	DDS Lakota	Directeur Départemental	decrougue@yahoo.fr
286	SAMBA MAMADOU	DGSHPCMU	Directeur Général	m.samba@sante.gouv.ci
287	SANIE ESSOH CLAVER	HG Agboville	Directeur	claverfabius@gmail.com
288	SANOGO MARIAME	HG Mankono	Médecin	sagnol.maria.93@gmail.com
289	SANOGO OUSMANE	DDS adzopé	Directeur Départemental	dr_sanogo@yahoo.fr
290	SANOGO YAYA	DRS N'zi	Chargé de suivi-évaluation	yaya_sanogo@yahoo.com
291	SAPOHI PAUL ALEXIS	DDS Zuénoula	Directeur Départemental	saphia@yahoo.com

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 12)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
292	SEKA JOSEPH DIDIER	PNLP	Chargé de suivi-évaluation	sekadidier@gmail.com
293	SILUE NONTHE AGATHE	DPPS	Ingénieur des techniques sanitaires	a.silue@dppsci-sante.com
294	SIDIBE ADAMA	HG Kounahri	Directeur	sidamaziz@gmail.com
295	SILUE NAGNON	DDS Grand Bassam	Directeur Départemental	nagnonsilue@yahoo.fr
296	SOBRO LAURA CATIA	DDS Sakassou	CSAS	catia-sobro@gmail.com
297	SORO MIEYEPECROUGOU	HG Anyama	SUS	akimaziz3sa@gmail.com
298	YEO EPSE SORO N'OUMAN SITA	CHR Séguéla	SUS	soroyeosita@gmail.com
299	SORO SEGUELO SIELE	HG Akoupé	Directeur	ssegueloside@gmail.com
300	SORO SOULEYMANE KOULOIALEMA	CSU Massala	Médecin-chef	koulgoro@gmail.com
301	SOULEYMANE BAMBA	DRSHPCMU Béré	Directeur Régional	bambasouleymane@yahoo.fr
302	SOUMAHORO AGBO MAN- KOUNBA	IPCI	Responsable de département	mksoumahoro@pasteur.ci
303	SOUNGARI FATOUMATA	CHR Abobo	Surveillante Générale	fcoulibaly28@gmail.com
304	SOUOLY KOUAKOU	DDS Bouaké Nord Ouest	Directeur Départemental	ksouholy@gmail.com
305	TANOH AMAN CATHERINE	DDS Séguéla	Chargé de suivi-évaluation	tanabomo@yahoo.fr
306	TAPE GOSSE APPOLINAIRE	HG Bonon	Directeur	gossetapappo@yahoo.com
307	TATA GNANE THESSALONMONDE TANOH	DR Abidjan 1	CPEV-SE	tanohyei@gmail.com
308	TCHINY N'DRI KOUDIA	HG Marcory	Point focal PBF	tchinykoutoua@yahoo.fr
309	TIERA HAROUNA	EPHD Mankono	Gestionnaire de données	tierahrouna1@gmail.com
310	TIMITE AHMED GAOUSSOU	HG Dianra	Directeur	docteur.ahmed85@gmail.com
311	TONDOH HAYHA ISSABELLE EPSE KOU	DPPS	Directrice	i.koui@dppsci-sante.com
312	TOUHAOU DEZAI	CHR Daloa	Inspecteur de soins	touhaou.dezai@gmail.com
313	TOUKOUA MARABA PACOME	DDS Divo	Directeur Départemental	ffoukona@yahoo.fr
314	TOURE BADIAN BABA	DDS Niakara	Directeur Départemental	tourebadian@gmail.com
315	TOURE FAGANFOSSE	HG Mankono	Médecin	faganfoss@gmail.com

Annexe 3 : Liste des Participants (suite 13)

n°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
316	TRAORE DJENEBOU	DDS Séguéla	CSAS	touredjenebou729@gmail.com
317	TUO SOMONGO LACINA	DGCMU	Economiste de la santé	tuosl22@gmail.com
318	VANIE JEAN FRANCOIS	Préfecture Bouaké	Secrétaire Général	jfvanie@yahoo.fr
319	VE BLE GEROME	DDS Séguéla	Directeur Départemental	veblegeromee@gmail.com
320	VLEHI N'ZI ANNICK	UCP-FM	Responsable suivi-évaluation	annick.vlehi@ucp-fm.ci
321	VONAN LUCIE NADEGE	EPHR Yamoussoukro	Gestionnaire de données	nadege.vonan@gmail.com
322	VOUO DIGBO	DRS Worodougou	Gestionnaire Patrimoine	digbobadebelove@gmail.com
323	WOGNIN AKA AUGUSTIN	DDS Port-Bouet	Directeur Départemental	wakaaugustin@gmail.com
324	YA ANTOINE KEVIN	DDS Bouaké Nord Est	CSAS	yakevinantoine@yahoo.fr
325	YAO SYLVERE DIE	INHP	Chef de service	sylveredie@yahoo.fr
326	YAO PATRICE	CNTSCI	Sous-Directeur	docyaop@outlook.com
327	YEO FATOUMATA EPSE YEO	DRS Gbêkê	Chargé de suivi-évaluation	kadofann@yahoo.fr
328	YEO GNINNEHOUAKATAN	PNLCA	Chargé de suivi-évaluation	gninnehouakoutanyeo@gmail.com
329	YEO TIELOUGO CHANTAL	DPPS	Chargé d'études	c.yeo@dppsci-sante.com
330	YEO YENEDJOMANNAN	DDS Daloa	Chargé de suivi-évaluation	yenedj@gmail.com
331	YOBOUA NANGO BILE	NPSP-CI	Conseiller Technique	p.yoboua@npsp.ci
332	YOBOUA KOFFI MARSHALL	HG Lakota	Directeur	diryobouemarshal2022@gmail.com
333	YOBOUET SERAPHIN	HG Tiassalé	Représentant	ceraphinyobouet@yahoo.fr
334	YOFFO JEROME	PNSSU-SAJ	Sous-Directeur	dryoffo@yahoo.fr
335	YOROBA GUEBO DEBORA	STASS	Responsable Programme	deboraguebo@gmail.com
336	ZAHIBO PHILOMENE	CHR Daloa	Inspectrice de soins	kouepzahibo@gmail.com
337	ZAHIRI MARIE HELENE	PNEL	Chargé de suivi-évaluation	emhzahiri@gmail.com
338	ZONI KOUAKEU PATRICE	DDS Soubré	Directeur Départemental	kouakeu2014@gmail.com
339	ZOURE CHRISTOPHE	DRS Worodougou	Chargé de suivi-évaluation	xtophzck@gmail.com

Annexe 4 : Liste des partenaires



RAPPORT

REVUE DU PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE
2021-2025

