**RAPPORT FINAL DE L’EVALUATION EXTERNE DU PNDS 2016-2020**

# *Liste des tableaux*

[Tableau 1 : Profil démographique de la Cote d’ivoire 11](#_Toc65446223)

[Tableau 2: Fiche signalétique de la Côte d’Ivoire. 12](#_Toc65446224)

[Tableau 3 : Besoin des utilisateurs du PNDS 20](#_Toc65446225)

[Tableau 4: Critères d’évaluation 22](#_Toc65446226)

[Tableau 5 :Critères CAD 23](#_Toc65446227)

[Tableau 6: Critère de sélection des établissements de santé pour la collecte de données 26](#_Toc65446228)

[Tableau 7 : Phases et méthodes de traitement des données 28](#_Toc65446229)

[Tableau 8: Récapitulatif des activités d’évaluation du Plan Triennal 79](#_Toc65446230)

[Tableau 9 : Niveau actuel des indicateurs du PNDS 2016-2020 80](#_Toc65446231)

# *Liste des graphiques*

[Graphique 1: Taux de couverture VAT2+ 62](#_Toc65445970)

[Graphique 3: Consultation prénatale et postnatale 67](#_Toc65445971)

[Graphique 4 : Evolution des indicateurs de la mortalité des enfants de 1999 à 2019 (en ‰) 70](#_Toc65445972)

[Graphique 5: Evolution de la dépense courante de santé par source de financement 2014-2018 77](#_Toc65445973)

Liste des annexes

[Annexe 1 : Structures visitées dans le cadre des entrevues 92](#_Toc68540922)

[Annexe 2 : Axe stratégique du PNDS 2016-2020 95](#_Toc68540923)

[Annexe 3 : Liste des documents consultés 100](#_Toc68540924)

# *Liste des abréviations et acronymes.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACPCI | : | Association des Cliniques Privées de Côte d’Ivoire |
| AFD | : | Agence Française de Développement |
| AIBEF | : | Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial |
| AIMAS | : | Agence Ivoirienne de Marketing Social |
| AIRP | : | Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique |
| ARV | : | Antirétroviral |
| ASC | : | Agent de Santé Communautaire |
| ATS | : | Antenne de Transfusion Sanguine |
| AVC | : | Accident Vasculaire Cérébral |
| BCG | : | Bacille de Calmette et Guérin |
| CAD |  | Comité d’Aide au Développement |
| CAP | : | Couple Année Protection |
| CAT | : | Centre Antituberculeux |
| CATSIS | : | Cellule d’Appui Technique au Système d’Information Sanitaire |
| CD | : | Conseil et Dépistage |
| CDT | : | Centre de Diagnostic et Traitement |
| CHR | : | Centre Hospitalier Régional |
| CHS | : | Centre Hospitalier Spécialisé |
| CHU | : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CI | : | Côte d’Ivoire |
| CNAM | : | Caisse Nationale d’Assurance Maladie |
| CNTS | : | Centre National de Transfusion Sanguine |
| CO | : | Contrat Opérationnel |
| COGES | : | Comité de Gestion de la pandémie |
| COUSP | : | Centre des Opérations d’Urgence de Santé Publique |
| CP | : | Contrat de Performance |
| CPEV | : | Coordonnateur de Programme Elargi de Vaccination |
| CPN | : | Consultation prénatale |
| CPN1 | : | 1ère consultation prénatale |
| CPN4 | : | 4ème consultation prénatale |
| CPN4 et plus | : | 4ème consultation prénatale et plus |
| CPoN | : | Consultation Postnatale |
| CRS/PNDS | : | Comité technique Régional de suivi |
| CSE | : | Chargé de la Surveillance Epidémiologique |
| CSR | : | Centre de Santé Rural |
| CSU | : | Centre de Santé Urbain |
| CSU | : | Couverture Sanitaire Universelle |
| CSUS | : | Centre de Santé Urbain Spécialisé |
| CTS | : | Centre de Transfusion Sanguine |
| CTX | : | Cotrimoxazole |
| DAF | : | Direction des Affaires Financières |
| DCPEV | : | Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination |
| DD | : | Direction Départementale |
| DDSHP | : | Direction Départementale de la Santé et de l’Hygiène Publique |
| DEPS | : | Direction des Etablissements et Professions Sanitaires |
| DFR | : | Direction de la Formation et de la Recherche |
| DGS | : | Direction Générale de la Santé |
| DHIS2 | : | District Health Information Software 2 |
| DIIS | : | Direction de l’Informatique et de l’Information Sanitaire |
| DIPE | : | Direction de l’Information de la Planification et de l’Evaluation |
| DMHP | : | Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité |
| DMS | : | Durée Moyenne de Séjour |
| DPPEIS | : | Direction de la Prospective de la Planification de l’évaluation et l’Information Sanitaire |
| DPPS |  | Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies |
| DR |  | Direction Régionale |
| DRH | : | Direction des Ressources Humaines |
| DRSHP | : | Direction Régionale de la Santé et de l’Hygiène Publique |
| DSASA | : | Direction de la Santé et de l’Action Sociale des Armées |
| DSC | : | Direction de la Santé Communautaire |
| DTC1 | : | Diphtérie-Tétanos-Coqueluche de rang 1 |
| DTC2 | : | Diphtérie-Tétanos-Coqueluche de rang 2 |
| DTC3 | : | Diphtérie-Tétanos-Coqueluche de rang 3 |
| DTC-HepB-Hib | : | Diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, Haemophilus influenzae b |
| ECD | : | Equipe Cadre du District |
| EDS-MICS | : | Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples |
| ENV | : | Enquête sur le Niveau de Vie |
| EPN | : | Etablissement Public National |
| ERS | : | Equipe Régionale de Santé |
| ESPC | : | Etablissements Sanitaires de Premier Contact |
| FAP | : | Femmes en âge de procréer |
| FBP | : | Financement Basé sur la Performance |
| FS | : | Formation Sanitaire |
| FSU | : | Formation Sanitaire Urbaine |
| GAVI | : | Global Alliance for Vaccines and Immunization |
| GTT | : | Groupe Technique de Travail |
| GTTR | : | Groupe Technique de Travail Restreint |
| HG | : | Hôpital Général |
| ICA | : | Institut de Cardiologie d’Abidjan |
| ICH | : | Indice de Capital Humain |
| IDE | : | Infirmier Diplômé d'Etat |
| IDH | : | Indice de Développement humain |
| IGS | : | Inspection Générale de Santé |
| INFAS | : | Institut National de Formation des Agents de Santé |
| INHP | : | Institut National d’Hygiène Publique |
| INS | : | Institut National de la Statistique |
| INSP | : | Institut National de la Santé Publique |
| IPCI | : | Institut Pasteur de Côte d'Ivoire |
| IRA | : | Infection Respiratoire Aigüe |
| IRFCI | : | Institut Raoul Follereau de Côte d’Ivoire |
| IST | : | Infection sexuellement transmissible |
| MAMA | : | Méthode d'Allaitement Maternel et de l’Aménorrhée |
| MICS | : | Enquête à Indicateurs Multiples |
| MILDA | : | Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d’Action |
| MSHP | : | Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique |
| MTN | : | Maladies Tropicales Négligées |
| NPSP-CI | : | Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire |
| OCDE |  | Organisation de Coopération et de Développement Economique |
| ODD | : | Objectifs de Développement Durable |
| OMD | : | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | : | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : | Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | : | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| ORL | : | Oto-rhino-laryngologie |
| PAM | : | Programme des Actions Majeures |
| PANB-PF | : | Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale |
| PANSS | : | Plan Annuel National de Sécurité Sanitaire |
| PBF | : | Financement Basé sur la Performance |
| PDRHS | : | Plan de Développement des Ressources Humaines pour la Santé |
| PDSR | : | Plan de Développement Sanitaire Régional |
| PCV13 | : | Vaccin conjugué antipneumococcique |
| PCV13-3 | : | Vaccin conjugué antipneumococcique de rang 3 |
| PEC | : | Prise en Charge |
| PEPFAR | : | Plan d’urgence du Président Américain pour la lutte contre le SIDA |
| PEV | : | Programme Elargi de Vaccination |
| PF | : | Planification Familiale |
| PFA | : | Paralysie flasque aigüe |
| PIB | : | Produit Intérieur Brut |
| PMA | : | Paquet Minimum d'Activités |
| PND | : | Plan National de Développement |
| PNDS | : | Plan National de Développement Sanitaire |
| PNEL | : | Programme National d’Eradication de la Lèpre |
| PNEVG/EA : | : | Programme National d’Eradication du Ver de Guinée |
| PNI | : | Plan National d’investissement |
| PNLP | : | Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PNLS | : | Programme National de Lutte contre le Sida |
| PNLT | : | Programme National de Lutte contre la Tuberculose |
| PNLUB | : | Programme National de Lutte contre l’Ulcère de Buruli |
| PNN | : | Programme Nationale de Nutrition |
| PNS | : | Politique Nationale de Santé |
| PNSME | : | Programme National de la Santé de la Mère et de l’Enfant |
| PNUD | : | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| 0020 | : | Poliomyélite |
| POP | : | Population |
| PPH | : | Pneumologie et Phtisiologie |
| PRISM | : | Projet de Renforcement Intégré de Surveillance des Maladies |
| PRSSE | : | Projet de Renforcement des Systèmes de Santé et de la Réponse aux Urgences Epidémiques |
| PRDS | : | Plans Régionaux de Développement Sanitaire |
| PSGouv | : | Programme Social du Gouvernement |
| PSN | : | Plan Stratégique National |
| PTME | : | Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PVS | : | Polio Virus Sauvage |
| PVVIH | : | Personnes vivant avec le VIH |
| RAM | : | Régime d’Assistance Médicale |
| RASS | : | Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire |
| RGB | : | Régime Général de Base |
| RGPH | : | Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| SAMU | : | Service d’Aide Médicale d’Urgence |
| SFDE | : | Sage-Femme Diplômée d’Etat |
| Sida | : | Syndrome d’Immuno-Déficience Acquise |
| SGIS | : | Service de Gestion de l'Information Sanitaire |
| SIG | : | Système d'Information et de Gestion |
| SIGFAE | : | Système Intégré de Gestion des Fonctionnaires et Agents de l’Etat |
| SIS | : | Service des Informations sanitaires |
| SNIS | : | Système National d’Information Sanitaire |
| SP | : | Sulfadoxine Pyriméthamine |
| SP1 | : | 1ère dose de Sulfadoxine pyriméthamine au cours de la grossesse (traitement préventif) |
| SP2 | : | 2ème dose de Sulfadoxine pyriméthamine au cours de la grossesse (traitement préventif) |
| SP3 | : | 3ème dose de Sulfadoxine pyriméthamine au cours de la grossesse (traitement préventif) |
| TB | : | Tuberculose |
| TNN | : | Tétanos Néonatal |
| T.O | : | Taux d'Occupation |
| UA | : | Union Africaine |
| UEMOA | : | Union Economique Monétaire Ouest Africaine |
| UNFPA | : | Fonds des Nations Unies Pour la Population |
| UNICEF | : | Fonds des Nations Unies pour l’Enfance |
| USAID | : | United States Agency for International Development |
| VAA | : | Vaccin Anti Amaril |
| VAR | : | Vaccin Anti Rougeoleux |
| VAT 2 + | : | Vaccin Antitétanique au cours de la grossesse, 2ème dose et plus |
| VIH | : | Virus de l’Immunodéficience Humaine |
| VPI | : | Vaccin antipoliomyélitique inactivé |
| VPO3 | : | Vaccin Poliomyélitique Oral 3ème dose |

# *Remerciements*

Le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique, à travers la Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies   exprime ses remerciements à l’ensemble des cadres du Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique, de ceux des autres ministères, des partenaires au développement ainsi que toutes les personnes ressources qui ont contribué à l’évaluation du PNDS 2016-2020 en vue de l’élaboration du PNDS 2021-2025.

Nos remerciements s’adressent particulièrement :

* aux agences du Système des Nations Unies ;
* à la Banque Mondiale
* aux personnes ressources des autres ministères techniques pour leur disponibilité et leurs contributions remarquables
* aux différentes personnes ressources (facilitateurs, membres du groupe technique de travail et agents du Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique) pour leur engagement et efforts fournis ;

Le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique compte sur l’engagement de tous, pour traduire les résultats de cette évaluation en orientations stratégiques pour le nouveau PNDS.

# 

# *Carte de la Côte d’ivoire*

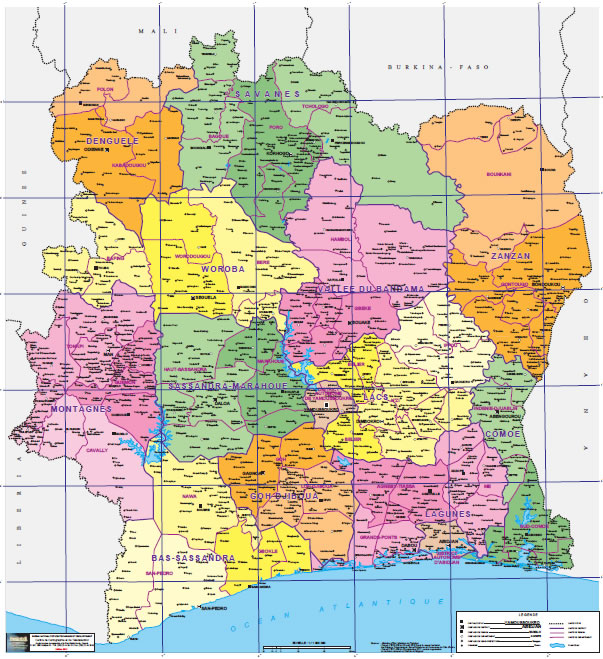


Tableau I : Profil démographique de la Cote d’ivoire

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Population RGPH 2014 | | Population en 2020 |
|  | Effectif | Pourcentage (%) | Effectif |
| Population totale | 22 671 331 | 100 | 26 446 072 |
| Population féminine | 10 950 253 | 48,3 | 12 773 453 |
| Population active (15-64 ans) | 12 695 945 | 56,0 | 14 809 801 |
| Population urbaine | 11 267 652 | 49,7 | 13 143 698 |
| Population étrangère | 5 486 462 | 24,2 | 6 399 950 |
| Population moins de 15 ans | 9 408 602 | 41,5 | 10 975 120 |
| Indice synthétique de fécondité | 5 |  | 4,6 |
| Taux de dépendance | 78,6 |  | 78,6 |
| Source INS Mai 2014 |  |  |  |

Tableau II : Fiche signalétique de la Côte d’Ivoire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Informations générales | Contexte économique | |
| **Langues officielles** : Français | PIB : 43,007 milliards $USD (2018) | Consommation de l’électricité par habitant : 66,99 millions de Kwh |
| **Religion :** 42 %, christianisme : 34 %, animisme : 4 %, sans religion : 19 %, autres religions | PIB par habitant : 2281,4 USD[[1]](#footnote-1) | APD par habitant (BM, 2018) |
| **Capitale :** Yamoussoukro depuis 21 mars 1983 | PIB croissance annuelle en % : 7,40 % / an (2018) | Répartition sectorielle du PIB en 2018 (CNUCED) :  -Agriculture : 22%  -Industrie : 28%  -Services :50% |
| **Superficie** : 322 462 km2 | Monnaie: FCFA | Taux de croissance économique : 7% en 2020 (Banque Mondiale) |
| **Densité** : 82,16 habitants / km² | Inflation : 2,4% | Part des personnes en situation d’emploi vulnérable en 2018 : 73,3% |
| **IDH** 2018[[2]](#footnote-2) : 0,516/1  165/189 | Classement Transparency International 2019 : 110/190 | Classement Mo Ibrahim 2018 : 22/54 |
| **Taux d’alphabétisation des adultes (BM, 2018) :** 47, 2% | Dette publique (en % du PIB) (FMI, Oct. 2020) : 50,4% | Ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national (% de la population en 2018) : 46.3 |
| **Espérance de vie à la naissance ONU, 2015-2020)** : 57,2 ans | Dette extérieure publique (en % du PIB 2020) : 23,4% | : |
| **Population générale :** 22 671 331 selon le 4ème RGPH 2014  Selon les projections de ONU 2020, 26 400 000 | Classement Doing Business 2020 : 110/190 |  |
|  |  |  |

# *Situation des ODD en Côte d’ivoire*

La Communauté Internationale a adopté en septembre 2015, le Programme de développement de l’après 2015, marquant ainsi le passage des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 2000-2015) aux Objectifs de Développement Durable (ODD 2015-2030). La Côte d’Ivoire, qui n’est pas restée en marge de ce processus, a pris une part active lors de l’adoption de l’agenda post 2015, en organisant plusieurs consultations nationale et régionale. Grâce aux leçons tirées dans la mise en œuvre des OMD, le Gouvernement a suffisamment pris en compte les ODD dans les cinq (5) axes stratégiques du Plan National de Développement (PND 2016-2020), cadre de référence des interventions de développement.

En Côte d’Ivoire, la situation globale des indicateurs des OMD montre qu’au cours des quinze (15) dernières années, des progrès significatifs ont été enregistrés en matière de parité dans l’éducation primaire, de lutte contre le VIH/SIDA et d’accès à l’eau potable. Des avancées lentes ont été notées dans l’autonomisation des femmes, la santé infantile et la lutte contre les autres pandémies[[3]](#footnote-3)

Les ODD prennent le relai des Objectifs Millénaire de Développement (OMD, 2000-2015) qui ont su apporter de réels progrès en matière de lutte contre les maux sévissant dans les régions les moins privilégiées.

En ce qui concerne ODD 3 l’objectif est de : « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge »*

Cet objectif vise à assurer la santé et le bien-être des populations à travers notamment : (i) l’amélioration de la santé procréatrice, maternelle, néo-natale et infantile ; (ii) l’éradication des épidémies des principales maladies transmissibles ; (iii) la réduction des maladies non transmissibles et environnementales ; (iv) la mise en place d’une assurance santé universelle ; et (v) la garantie de l’accès pour tous à des médicaments, des vaccins sûrs, abordables et efficaces.

Au niveau national les actions du Gouvernement pour l’atteinte de cet ODD sont traduites dans le cadre global des PND (2012-2015, 2016-2020), du Plan Social du Gouvernement (2019-2020) et plus spécifiquement dans les documents de politique sectoriel que sont :

* Plan National de Développement Sanitaire PNDS ;
* Programme Multisectoriel de la Nutrition ;
* Plan stratégique de la santé communautaire 2017-2020 ;
* Politique nationale de lutte contre le VIH/Sida en milieu du travail ;
* Plan opérationnel de rattrapage de lutte contre le VIH/Sida pour l’atteinte des cibles 90-90-90 ;
* Plan stratégique de surveillance et de revue des décès maternels et néonatals ;
* Plan stratégique national 2016-2020 de lutte contre le SIDA ;
* Plan de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PDRHS) 2018-2022.

Afin de permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge, les défis à relever portent sur : (i) l’effectivité d’une Couverture sanitaire Universelle ; (ii) le renforcement du Programme National de Santé Infantile et du Programme National de Nutrition orienté vers les besoins des enfants ; (iii) le renforcement du Programme Elargi de Vaccination ; (iv) l’amélioration de la couverture et de la qualité des services de santé notamment dans les zones rurales ; (v) le renforcement de l'efficacité du système de santé et accroissement de la fréquentation des centres de santé dans les zones déshéritées, rurales, périurbaines et affectées par les crises ; (vi) l’amélioration du ratio médecin par habitant, sage-femme par femme en âge de procréer, infirmier par habitant, agent de santé communautaire par village ; (vii) l’accélération de la réponse nationale au VIH et au Sida aussi bien dans le domaine du traitement que celui de la prévention et l’élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant ; et (viii) la réduction des grossesses en milieu scolaire.[[4]](#footnote-4)

# *RÉSUMÉ EXECUTIF*

* *Contexte*

**Contexte et justification de la mission :** Le processus d’évaluation du PNDS2016-2020 est intervenu au cours de l’année 2020 qui se situe à une période charnière de transition aussi bien au plan politique que sectoriel accentué par des contingences imprévues sanitaires, la Covid 19. En effet 2020, a été une année de tenue des élections présidentielles. Cette évaluation se tient aussi à la fin du premier quinquennat des ODD, les résultats des OMD n’ayant pas été déjà très concluants.

Ce processus d’évaluation du PNDS 2016-2020 en dépit des difficultés qu’il a connu aura le mérite de faire un bilan final de la mise en œuvre du PNDS mais également de jeter les bases d’un système sanitaire résilient capable de relever les nouveaux défis auxquels il est confronté.

L’objectif général est d'évaluer, à travers une analyse en profondeur la réalisation des objectifs du PNDS 2016-2020, de dégager les forces, les faiblesses, les leçons apprises de la mise en œuvre sur la période et de proposer des orientations pour l’élaboration du prochain PNDS 2021-2025. De façon spécifique, l’évaluation devrait s’appesantir sur les résultats enregistrés par rapport aux objectifs et cibles fixés et les écarts observés, la mise en œuvre des réformes, les leçons apprises ainsi que les recommandations.

En terme de redevabilité l’évaluation permettra de rendre compte des résultats atteints et en terme d’apprentissage organisationnel, la présente évaluation vise à documenter les bonnes pratiques et les leçons apprises de la mise en œuvre.

* *Méthodologie*

L’ensemble de ce processus d’évaluation s’est inscrit dans un esprit de renforcement des capacités institutionnelles des acteurs du Ministère de la Santé et de l’Hygiène publique et s’est déroulé en six grandes étapes.

Le processus d’évaluation a pris appui sur les GTT. Il a démarré par une réunion d’information et de mobilisation des acteurs du système de santé organisée par la Direction de la Prospective, de la Planification et des stratégies (DPPS) dans le cadre de l’instance du Mécanisme de Coordination des partenaires du Secteur de la Santé (MCSS). La collecte des données a suivi avec la revue documentaire et les entretiens structurés ou non avec les principaux acteurs du secteur de la santé.

Elle a permis de réaliser l’analyse de la performance du secteur et de procéder à l’élaboration et à la validation du rapport.

La dernière phase a été consacrée à la restitution des résultats à l’ensemble des acteurs au cours de la même instance de coordination au lancement du processus.

* *Principales conclusions d’évaluation*

Aux termes de l’évaluation, plusieurs constats sont faits aussi bien sur les acquis que sur les aspects qui nécessitent une attention particulière. De manière générale, on peut dire que les performances sont moyennes en ce qui concerne des extrants directement imputables aux prestations offertes par les services de santé. Il s’agit par exemple du taux de succès thérapeutique pour la tuberculose (85%), la prévalence du VIH chez les femmes enceintes (2,39%). Néanmoins, certains de ces indicateurs d’extrants restent problématiques. C’est le cas de la disponibilité des SONUB (% d’ESPC offrant les 7 fonctions) (moins de 4,4 %) et la CPN4 (51,4%) ainsi que la prévalence contraceptive 22,6%. Ainsi à l’évaluation finale le déficit reste encore significatif au niveau de certains indicateurs d’extrants essentiels ce qui entre autres explique aussi une faiblesse en matière d’inversion des tendances négatives au niveau des indicateurs d’impact. Malgré les efforts déployés le taux de césarienne reste faible 3,3 % en 2018 et se trouve en adéquation avec le niveau élevé de la mortalité maternelle et celle néonatale.

L’évaluation note qu’un certain nombre d’indicateurs traceurs n’ont pas été renseignés par manque de données. Il s’agit généralement d’indicateurs qui n’étaient pas non plus suffisamment documentés dans le plan de suivi et évaluation.

Au-delà de ces indicateurs quantitatifs, la phase 2016-2020 du PNDS renseigne que de nombreuses initiatives porteuses d’effets significatifs ont été mises en œuvre et pourront donc être capitalisées (*l’appui à la Couverture Maladie Universelle, la stratégie du financement basé sur la performance,* l’accroissement ses dernières années de la volonté politique de légiférer en matière de santé*)*

Les défis majeurs qui apparaissent pour cette évaluation sont entre autres : 1) la mobilisation des ressources pour le financement du secteur et l’amélioration des procédures et l’allocation équitable des ressources. La part du financement de l’Etat est faible. Elle est presqu’exclusivement consacrée aux salaires mettant ainsi à mal le financement des gratuités.

On note la dépendance excessive vis-à-vis des financements des bailleurs de fonds 2) le développement des ressources humaines essentielles en santé 3) le renforcement du plateau technique pour une offre de soins de qualité (les infrastructures, les équipements et la maintenance) 4) la coordination aussi bien interne qu’externe des interventions dans le secteur ou ayant un impact sur le secteur de la santé. La non création de certains organes de pilotage, la modification récurrente des institutions de gouvernance et le changement de leurs responsables et enfin 5) la capitalisation d’un certain nombre d’initiatives novatrices et prometteuses en cours dans le secteur

* *Recommandations*

**Perspectives en termes d’orientations du PNDS 2021-2025 :** Tenant compte des constats et des défis relevés, un certain nombre de perspectives sont suggérées pour contribuer aux orientations du prochain PNDS : (i) une analyse systémique du dispositif de coordination actuel en lien avec la mise en œuvre du nouveau PNDS. Une analyse rapide de situation peut être envisagée avec l’appui d’une personne ressource afin d’identifier les différents points d’ancrage possibles aussi bien au niveau central, régional (ii) donner une priorité à la capitalisation des principales initiatives en cours afin de prendre des décisions sur les aspects consensuels. Ce processus de capitalisation peut s’opérationnaliser à travers des cadres de réflexions animés par les porteurs de différentes expériences (iii) une stratégie cohérente de prise en compte des dimensions essentielles de l’accès universel aux soins et services essentiels de santé pour tous avec la promotion de la demande à travers la Couverture Maladie Universelle, le positionnement du FBP et l’harmonisation des différentes initiatives d’exemption de soins (iv) au regard du déficit notable en ressources humaines en santé, il est indiqué d’apporter une attention particulière à la mise en œuvre du plan stratégique en cours d’exécution et de décliner les actions prioritaires relatives au renforcement de la production et à la systématisation des recrutements etc. (v) au niveau de la décentralisation et de la déconcentration il faudra envisager un bilan et passer à l’échelle un certain nombre d’initiatives réussies.

Dans la perspective pour le prochain PNDS, la Covid-19 a montré à suffisance que toutes les dimensions concourent au bien-être sanitaire et un accent pourrait être mis sur les questions transversales, la question genre, la question environnementale avec les défis liés à l’urbanisation, la dynamique démographique et au changement climatique. Il en est de même pour la question des inégalités aussi bien dans les dotations des ressources que dans la mise en œuvre des interventions au niveau des différents régions et districts.

# *Table des matières*

[*Liste des tableaux* 2](#_Toc68514997)

[*Liste des graphiques* 2](#_Toc68514998)

[*Liste des abréviations et acronymes.* 3](#_Toc68514999)

[*Remerciements* 9](#_Toc68515000)

[*Carte de la Côte d’ivoire* 10](#_Toc68515001)

[*Situation des ODD en Côte d’ivoire* 13](#_Toc68515002)

[*RÉSUMÉ EXECUTIF* 14](#_Toc68515003)

[ *Contexte* 14](#_Toc68515004)

[ *Méthodologie* 14](#_Toc68515005)

[ *Principales conclusions d’évaluation* 15](#_Toc68515006)

[ *Recommandations* 15](#_Toc68515007)

[*Table des matières* 17](#_Toc68515008)

[1. INTRODUTION : 20](#_Toc68515009)

[1.1. Contexte et justification 20](#_Toc68515010)

[1.2. Buts et Objectifs de l’évaluation 21](#_Toc68515011)

[1.2.1. But 21](#_Toc68515012)

[1.2.2. Objectifs de l’évaluation 22](#_Toc68515013)

[1.2.2.1. Objectif général 22](#_Toc68515014)

[1.2.2.2. Objectifs spécifiques 22](#_Toc68515015)

[1.3. Portée de l’évaluation 22](#_Toc68515016)

[1.4. Critères et question de l’évaluation 23](#_Toc68515017)

[1.4.1. Critères d’évaluation 23](#_Toc68515018)

[1.4.2. Questions d’évaluation 24](#_Toc68515019)

[2. Méthodologie et processus 27](#_Toc68515020)

[2.1 Echantillonnage : 27](#_Toc68515021)

[2.2 Outils de collecte de données 28](#_Toc68515022)

[2.3 Méthodes d’analyse des données 29](#_Toc68515023)

[2.3.1 Méthodes de collecte des données 29](#_Toc68515024)

[2.3.2 Traitement des données 29](#_Toc68515025)

[2.3.3 Traitement des données par analyse de la matrice 30](#_Toc68515026)

[2.4 Contrôle de qualité 30](#_Toc68515027)

[2.5 Limites 31](#_Toc68515028)

[2.5.1 Du cadre temporel de l’évaluation 31](#_Toc68515029)

[2.5.2 Du système d’information sanitaire 31](#_Toc68515030)

[2.5.3 De l’échantillonnage 32](#_Toc68515031)

[2.5.4 De la situation sanitaire et sécuritaire 32](#_Toc68515032)

[2.6 Rôles et responsabilités 32](#_Toc68515033)

[2.6.1 Consultant principal 33](#_Toc68515034)

[2.6.2 Consultant national 33](#_Toc68515035)

[2.6.3 Groupe Technique de Travail restreint : GTTR 33](#_Toc68515036)

[3 CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE ET ECONOMIQUE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2016-2020 33](#_Toc68515037)

[3.1 Socio démographique 33](#_Toc68515038)

[3.2 Economique 34](#_Toc68515039)

[3.3 Politique 35](#_Toc68515040)

[4 CONSTAT DE L’EVALUATION 36](#_Toc68515041)

[4.1 Généralités sur le PNDS 36](#_Toc68515042)

[4.2 Système de Santé 36](#_Toc68515043)

[4.2.1 Gouvernance et leadership 36](#_Toc68515044)

[4.2.1.1 Pilotage du système 37](#_Toc68515045)

[4.2.1.2 Décentralisation et déconcentration 37](#_Toc68515046)

[4.2.1.3 Système d’information sanitaire 40](#_Toc68515047)

[4.2.2 Financement de la santé 44](#_Toc68515048)

[4.2.2.1 Financement du PNDS 44](#_Toc68515049)

[4.2.2.2 Gestion des ressources financières 45](#_Toc68515050)

[4.2.2.3 Accessibilité financière des populations aux soins 45](#_Toc68515051)

[4.2.3 Offre et utilisation des services de santé 47](#_Toc68515052)

[4.2.3.1 Ressources humaines 47](#_Toc68515053)

[4.2.3.2 Infrastructures et équipements 50](#_Toc68515054)

[4.2.3.3 Produits pharmaceutiques, Produits sanguins et vaccins 53](#_Toc68515055)

[4.2.3.4 Qualité des prestations 58](#_Toc68515056)

[4.2.3.5 Résilience face aux catastrophes 58](#_Toc68515057)

[4.2.4 Lutte contre la maladie 59](#_Toc68515058)

[4.2.4.1 Paludisme 59](#_Toc68515059)

[4.2.4.2 VIH/sida 60](#_Toc68515060)

[4.2.4.3 Malnutrition 61](#_Toc68515061)

[4.2.4.4 Vaccination 62](#_Toc68515062)

[4.2.4.5 Maladies à potentiel épidémique 64](#_Toc68515063)

[4.2.4.6 Tuberculose 64](#_Toc68515064)

[4.2.4.7 Maladies non transmissibles 65](#_Toc68515065)

[4.2.4.8 Maladies tropicales négligées 66](#_Toc68515066)

[4.2.5 Santé de la mère, du nouveau ne, de l’enfant, de l’adolescent et des jeunes 67](#_Toc68515067)

[4.2.5.1 Mortalité maternelle 67](#_Toc68515068)

[4.2.5.2 Santé sexuelle et reproductive des adolescents jeunes et des femmes 69](#_Toc68515069)

[4.2.5.3 Contraception 70](#_Toc68515070)

[4.2.5.4 Mortalité des nouveaux nés 71](#_Toc68515071)

[4.2.6 Prévention et promotion de la santé de l’hygiène publique 72](#_Toc68515072)

[4.3 Approche communautaire et situation d’urgence 72](#_Toc68515073)

[5 PRINCIPAUX RESULTATS DE L’EVALUATION (PAR CRITERES) 72](#_Toc68515074)

[5.1 Pertinence et cohérence 72](#_Toc68515075)

[5.2 Efficacité 81](#_Toc68515076)

[5.3 Efficience 89](#_Toc68515077)

[5.4 Durabilité 90](#_Toc68515078)

[5.5 Coordination 90](#_Toc68515079)

[5.6 Equité, genre et droits humains 90](#_Toc68515080)

[5.7 Santé et environnement 91](#_Toc68515081)

[6 PRINCIPAUX DEFIS DU SECTEUR 91](#_Toc68515082)

[7 CONCLUSION 91](#_Toc68515083)

[8 BONNES PRATIQUES ET LECONS APPRISES 92](#_Toc68515084)

[9 RECOMMANDATIONS ET PLAN DE MISE EN ŒUVRE 93](#_Toc68515085)

[10 ANNEXES 93](#_Toc68515086)

1. **INTRODUTION :**
   1. **Contexte et justification**

En 2016, la Cote d’Ivoire a élaboré son 4ème Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2016-2020 en collaboration avec l’ensemble des partenaires du secteur, comme une réponse du secteur face aux multiples défis en matière de santé auxquels le pays est confronté.

Un PNDS est pour le principe est un document national d’opérationnalisation de la politique publique de santé qui définit sur une période les axes stratégiques prioritaires du système de santé. En côte d’ivoire, Il se fonde sur les orientations stratégiques en matière de santé du Plan National de Développement (PND) 2016-2020 et vise à améliorer l’état de santé de la population à travers une offre de services de santé de qualité dans toutes les régions pour une prise en charge adéquate et optimale des populations.

Pour atteindre cet objectif national de santé ,six (06) résultats stratégiques destinés à porter les interventions du secteur de la santé ont été définis : (i) La gouvernance et le leadership du secteur de la santé sont renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (ii) Le financement interne et externe du système de santé est amélioré ; (iii) L'offre de service de qualité est disponible et l'utilisation est augmentée ; (iv) La morbidité et la mortalité liées aux principales maladies sont réduites ; (v) La santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant, des adolescents et des jeunes est améliorée ; (vi) La prévention et la promotion de la santé sont renforcées.

Il faut rappeler que les plans antérieurs malgré leurs plans de suivi évaluation qui adressait la question de l’évaluation finale n’ont jamais été évalués. Dans le cadre du suivi et de l’évaluation du PNDS 2016-2020 et pour rendre compte de l’évolution vers l’atteinte des résultats, des revues annuelles, une revue à moyen terme et une évaluation finale ont été planifiées afin d’analyser les progrès et les performances du secteur sur la période couverte par la mise en œuvre du plan.

La revue à mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 a montré des points satisfaisants mais également des insuffisances constatées tout au long des processus d’élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d’évaluation. La prise en compte des recommandations issues de cette revue et de la présente évaluation finale permettra d'ajuster les incohérences constatées dans les processus de planification et de suivi-évaluation et d'améliorer le niveau de performance du système de santé.

Par ailleurs la dernière année de mise en œuvre du PNDS 2016-2020 est marquée par la survenue de la pandémie à Corona virus 2019 (COVID-19) dont il sera pertinent d’apprécier les effets sur le système de santé en Côte d’Ivoire.

La prise en compte des recommandations issues de la revue à mi-parcours et de la présente évaluation finale permettra d'ajuster les incohérences constatées dans les processus de planification et de suivi-évaluation et d'améliorer le niveau de performance du système de santé pour répondre à l’exigence de la redevabilité gage d’une bonne gouvernance. En effet, cela permettra au Ministère de la santé et de l’hygiène publique et ses partenaires de faire le point sur les progrès et insuffisances constatés dans la mise en œuvre des actions planifiées et d’analyser les performances par rapport aux cibles définies en tenant compte des engagements du pays vis-à-vis des orientations internationales dans le secteur de la santé.

Par ailleurs, le précédent plan (PNDS 2016-2020) arrive à expiration d’ici la fin de l’année 2020. Il est donc important et judicieux de proposer de nouvelles orientations de la politique sanitaire de Côte d’ivoire pour les cinq prochaines années en tenant comptes des enseignements et tirés de la mise en œuvre du précédent plan et des nouveaux enjeux en matière de santé d’où l’importance de ce nouveau plan dont la Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS) souhaite vivement qu’il soit un processus d’élaboration inclusif et participatif afin de disposer d’un PNDS 2021-2025 qui répond aux problématiques sanitaires actuelles et mobilise les différentes parties prenantes pour une appropriation collective afin d’assurer une réussite de sa mise en œuvre.

* 1. **Buts et Objectifs de l’évaluation**
     1. **But**

L’évaluation du PNDS entend rendre effectifs la **redevabilité et l’apprentissage organisationnel** dans le domaine de la mise en œuvre de la politique publique de santé.

* **En termes de redevabilité**, l’évaluation permettra de rendre compte des résultats atteints en matière de gouvernance, de leadership, de financement interne et externe du système de santé, de protection des groupes vulnérables (la gratuité ciblée et l’appui à la Couverture Maladie Universelle), de la stratégie de la santé communautaire et de la stratégie du financement basé sur la performance. Elle analysera également les capacités institutionnelles pour le pilotage et le suivi et évaluation du PNDS (mobilisation des acteurs et des ressources, coordination, responsabilisation et décentralisation).
* **En termes d’apprentissage organisationnel**, la présente évaluation vise à documenter les bonnes pratiques et les leçons apprises de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020, dans les domaines susmentionnés, et proposer des orientations pour le PNDS 2021-2025 en vue d’une mise en œuvre efficace.

En somme, l’évaluation répondra aux besoins d’information de ses utilisateurs envisagés comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau III : Besoin des utilisateurs du PNDS

|  |  |
| --- | --- |
| **Utilisateurs** | **Utilisation** |
| Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies | Développer le PNDS 2021-2025. |
| MSHP (Directions, Programmes centraux et régionaux) | Répliquer les bonnes pratiques et capitaliser les leçons apprises pour améliorer les performances des interventions futures du prochain PNDS. |
| Les partenaires du système de santé (Collectivités territoriales, organisations de la société civile, partenaires au développement) | Capitaliser les données factuelles générées par l’évaluation pour améliorer leur appropriation y compris l’allocation des ressources humaines, matérielles et financières pour les prochains PNDS. |

* + 1. **Objectifs de l’évaluation**
       1. **Objectif général**

L'objectif général de l'évaluation finale est d'évaluer la réalisation des objectifs du PNDS 2016-2020, de dégager les forces, les faiblesses, les leçons apprises de la mise en œuvre sur la période et de proposer des orientations pour l’élaboration du prochain PNDS 2021-2025.

* + - 1. **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques de l’évaluation finale du PNDS 2016-20 sont :

1. Evaluer le cadre de mise en œuvre, et de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020 ;
2. Evaluer et décrire le niveau de mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ;
3. Evaluer et décrire de manière cohérente les résultats enregistrés par rapport aux objectifs et cibles fixés et les écarts observés ;
4. Evaluer et décrire le niveau de financement global, le niveau de financement par axe stratégique et par sources (gouvernement, partenaires au développement, ménages), l’adéquation entre l’allocation des ressources et les résultats ainsi que la pertinence et l’efficience dans l’utilisation des ressources pour les années 2016-2020 ;
5. Evaluer et décrire la mise en œuvre des reformes-tel que le financement basé sur les performances-et leur impact sur l’organisation et l’offre des services de santé au niveau des districts de santé
6. Identifier et analyser les goulots d’étranglements aux progrès ;
7. Documenter les leçons apprises, les bonnes pratiques, les difficultés, les défis et les contraintes rencontrées tant sur le plan technique que financier dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ;
8. Proposer des recommandations pertinentes pour améliorer l’élaboration et la mise en œuvre du PNDS 2021-2025.
   1. **Portée de l’évaluation**

L’évaluation finale du PNDS a couvert trois principaux champs ; la thématique, l’espace et le temps.

En ce qui concerne la **portée thématique** : L’évaluation s’est focalisée sur les changements majeurs enregistrés et les défis en matière de gouvernance, de leadership, de financement interne et externe du système de santé d’offre et d’utilisation des services de santé, de lutte contre les maladies et de promotion de la santé de l’hygiène publique. Elle a analysé, en rapport avec ces aspects, les réformes et innovations inscrites dans le plan notamment la gratuité ciblée et l’appui à la Couverture Maladie Universelle, stratégie de la santé communautaire et la stratégie du financement basé sur la performance. En outre, l’influence de la COVID-19 sur la fourniture des services essentiels et les capacités institutionnelles pour le pilotage et le suivi du PNDS ont également analysés. En effet, l’objectif du PNDS était de renforcer le système de santé. La pandémie à coronavirus est donc un test grandeur nature pour évaluer la résilience des changements de ce plan.

**Au niveau géographique**, il s’est agi d’évaluer le transfert, la répartition des compétences de l’Etat aux collectivités territoriales pour satisfaire aux besoins d’un système de santé plus adapté. Elle a ainsi permis d’analyser l’opérationnalisation des districts sanitaires ainsi que toutes les fonctions qui devraient être transférées aux territoriales décentralisées.

Cependant, pour le niveau local, seul un échantillon de régions sanitaires (environ 1/3) sera inclus dans l’évaluation en raison de leur appartenance aux zones les plus affectés par la COVID 19 et de mise en œuvre des stratégies à évaluer.

Enfin, la portée temporelle de l’évaluation couvrira la période allant de juin 2016 à juin 2020. Néanmoins, une analyse longitudinale pourrait être faite– au-delà ce laps de temps – si besoin y est, d’appréhender les différents impacts de l’exécution du PNDS.

* 1. **Critères et question de l’évaluation**
     1. **Critères d’évaluation**

L’évaluation finale du 4ème PNDS de la Côte d’Ivoire portera sur deux principaux niveaux d’analyse : (i) la redevabilité et (ii) l’apprentissage organisationnel.

Pour chaque niveau, des critères d’évaluation sont définis afin d’orienter l’analyse. L’évaluation a été guidée par 6 critères : 4 énoncés dans les TDR (pertinence, efficacité, efficience, durabilité) et deux critères supplémentaires sur la coordination et l’équité, genre et les droits humains.

Les critères « Coordination et l’équité, genre et les droits humains » n’étaient pas pris en compte dans les TDR mais ceux-ci l’ont été lors de la réunion de démarrage de la mission et accepté par les parties prenantes.

Ces critères ont été proposés et acceptés afin de prendre en compte de la question de la vulnérabilité d’une part et de la coordination, responsabilisation et décentralisation d’autre part.

Tableau IV: Critères d’évaluation[[5]](#footnote-5)

| Critères | Définitions |
| --- | --- |
| Pertinence et cohérence | permet d’apprécier la justesse du PNDS par rapport au diagnostic, ou encore à la problématique dégagée par rapport aux priorités en matière de développement économique local, ainsi que l’engagement des actions, voire la stratégie menée en tenant compte des objectifs et du contexte. Elle appréciera aussi la prise en compte des besoins réels et les priorités des groupes cibles et bénéficiaires : |
| Efficacité | établit une comparaison entre les objectifs fixés au départ et les résultats atteints. L’intérêt étant de mesurer les écarts et de pouvoir les analyser. Elle permet aussi d’analyser dans quelle mesure les activités du projet ont permis d’atteindre les résultats escomptés ; |
| Efficience | mesure selon laquelle les ressources/intrants (fonds, expertise, temps, équipements, etc.) sont convertis en résultats de façon optimale. |
| Durabilité | La durabilité peut être définie comme la capacité des principales parties prenantes à faire durer les bénéfices résultant de l’intervention – après l’arrêt du financement par les donateurs – en s’efforçant d’utiliser des ressources disponibles à l’échelle locale. L’évaluation estimera dans quelle mesure le PNDS 2016-2020 a été appropriée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et quelles sont les capacités de ceux-ci à continuer le processus dans le futur, sans stimulus extérieurs. |
| Coordination | La nécessité pour les différentes parties prenantes d’une intervention de coordonner leur action ; l’intervention d’une seule organisation ne peut être évaluée indépendamment, notamment parce que les mesures qui peuvent paraître appropriées du point de vue d’un acteur ne le seront pas forcément du point de vue du système dans son ensemble |
| Genre, droits  Humains et équité | Dans la conception et la mise en œuvre du PNDS seront analysés d’une façon transversale et systématique, dès la phase de planification. Il s’agira de comprendre comment les prestations de services annoncées par le PNDS ont pu contourner les contraintes particulières pour atteindre les groupes les plus défavorisés, prenant ainsi en compte la dimension équité dans la planification et la mise en œuvre du programme. Pour évaluer cette dimension, il s’agira de définir ces groupes défavorisés, d’évaluer la prise en compte de leur ciblage dans la formulation initiale du programme et d’examiner le niveau d’utilisation des principaux services par ces groupes défavorisés en comparaison avec les autres et/ou avec la moyenne de la population générale. |

* + 1. **Questions d’évaluation**

La nécessité d’adopter les critères CAD, impose d’appréhender l’évaluation du PNDS à la rigueur desdits critères.

Tableau V : Critères CAD

|  |
| --- |
| **Pertinence : Quelle était la qualité de la conception et du contenu de l’intervention ?** |
| * *Dans quelle mesure la gratuité ciblée et l’appui à la Couverture Maladie Universelle, stratégie de la santé communautaire et la stratégie du financement basé sur la performance répondent-ils aux besoins des populations ?* |
| * *Dans quelle mesure les mécanismes de gouvernance, de leadership, de financement interne et externe du système de santé sont-ils en adéquation avec les changements attendus de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ?* |
| * *Comment la mise en œuvre des stratégies communautaire a-t-elle impacté le système de santé ?* |
| * *Dans quel mesure la décentralisation et l’opérationnalisation des districts sanitaires a-t-elle été bénéfique pour les Districts Sanitaires* |
| * *Les objectifs et la conception de l’intervention étaient-ils adaptés au contexte et aux besoins des bénéficiaires ?* |
| * *Dans quelle mesure l’intervention a-t-elle comporté des activités et des processus/mécanismes visant à favoriser l’efficacité de la conception et de la mise en œuvre du programme et à connaître les réactions des intéressés ?* |
| **Efficacité : Le PNDS a-t-il atteint les objectifs visés ?** |
| * *Le PNDS 2016 2020 a-t-il été mis en œuvre comme prévu initialement ? Dans la négative, pour quelle raison ? Quelles mesures ont été prises pour y remédier ?* |
| * *Dans quelle mesure la mise en œuvre de la gratuité ciblée et l’appui à la Couverture Maladie Universelle, stratégie de la santé communautaire et la stratégie du financement basé sur la performance ont-ils permis d’atteindre les résultats escomptés ?* |
| * *Pourquoi les changements prévus initialement dans le PNDS 2016-2020 n’ont-ils pas été atteints ?* |
| * *Un appui supplémentaire pour aider à surmonter les difficultés de mise en œuvre a-t-il été mis en évidence ou reçu ? Quelle forme ce soutien a-t-il pris, qui l’a fourni et quels en ont été les résultats ? Quels risques étaient associés à la réalisation des objectifs de l’intervention ? Ces risques ont-ils été correctement gérés* |
| * *Quels ont été les principaux atouts de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ?* |
| * *Quelles ont été les principales contraintes dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 notamment au niveau de la gouvernance, du leadership, du financement interne et externe du système de santé ?* |
| * *Quels sont les résultats inattendus de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ?* |
| **Efficience : Avec quels moyens mobilisés a-t-on atteint ces résultats ?** |
| * *En quoi les mécanismes de gouvernance, du leadership, du financement interne et externe du système de santé ont-ils permis de garantir l’utilisation optimale des ressources ?* |
| * *Quels sont les principaux facteurs ayant influencé le rapport coût/efficacité de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ?* |
| * *Quelles ont été les stratégies les plus porteuses en termes de rapport coûts/efficacité pour la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ?* |
| * *L’intervention disposait-elle de suffisamment de personnel ? Celui-ci était-il compétent ? Lors de la mise en œuvre de l’intervention, les ressources et le temps ont-ils été utilisés de manière efficace pour atteindre les résultats ?* |
| * *L’intervention a-t-elle été conçue et/ou modifiée au cours de la mise en œuvre afin d’optimiser les ressources financières ?* |
| **Durabilité : Les résultats ont-ils été obtenus de manière durable ?** |
| * *Dans quelle mesure les acteurs de mise en œuvre au niveau central (Directions et programme de santé) et du niveau périphérique se sont appropriés les stratégies et les acquis du PNDS 2016-2020 ?* |
| * *Quels sont les principaux facteurs ayant influencé l’adhésion de ces acteurs au PNDS ?* |
| * *Quels sont les mécanismes mis en place au niveau des acteurs clés et des partenaires techniques et financiers pour la pérennisation des acquis du PNDS ?* |
| * *Quel a été le degré d’implication des acteurs clés et des PTF dans le processus d’élaboration du PNDS ?* |
| * *Quels ont été leurs rôles et leurs missions dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ?* |
| * *Dans quelle mesure le renforcement des capacités des partenaires de mise en œuvre pourrait-il assurer une perspective de pérennité ?* |
| * *Certains domaines d’intervention sont-ils à l’évidence non durable ? Quels enseignements peut-on en tirer ?* |
| **Coordination : La coordination du PNDS a-t-elle été axée sur les résultats ?** |
| * *Dans quelle mesure les mécanismes de suivi et de coordination ont-ils, d’une part, été focalisés sur les résultats ?* |
| * *Dans quelle mesure la mobilisation des acteurs et des ressources, coordination, responsabilisation et décentralisation a été réalisé ?* |
| **Genre, droits humains et équité : Les questions d'accès équitable par toutes les couches sociales au système de santé ont-elles été prises en compte ?** |
| * *Dans quelle mesure le genre et les droits humains ont été pris en compte lors de la formulation, mise en œuvre et suivi du PNDS ?* |
| * *Dans quelle mesure le PNDS a fait face aux causes qui empêchent l’accès des plus vulnérables aux services qui sont mis à leur disposition ?* |
| * *Dans quelle mesure les objectifs et processus liés à l’équité, à l’égalité entre les sexes et à l’approche de la programmation fondée sur les droits de l’homme étaient-ils intégrés à la planification de l’intervention ?* |
| * *L’intervention a-t-elle favorisé l’égalité d’accès des hommes et des femmes, des garçons et des filles aux bénéfices résultant de l’activité, et plus généralement aux ressources, aux services de santé de base ?* |

1. **Méthodologie et processus**
   1. **Echantillonnage :**

Tous les programmes de santé prioritaires énoncés dans le PNDS et les directions centrales de santé clés ont été enquêtés. Les partenaires clés du niveau central ont été également retenus pour les interviews ainsi que toutes les parties prenantes (Cabinet, DGS, DAAF, IGS, Directions centrales, directions de programme, direction régionales, districts sanitaires, collectivités et autres partenaires du ministère).

Vu le nombre important d’établissement de santé et de Districts Sanitaires, un échantillon représentatif des districts a été constitué par des méthodes combinées d’échantillonnage pro baliste et non pro baliste. Les facteurs ayant impacté le système de santé au cours de la période du PNDS 2016 2020 sont la Covid-19 qui a ébranlé tout le dispositif sanitaire sur toute l’étendue du territoire avec des degrés différents et la mise en œuvre de la stratégie de PBF dans 21 districts catégorisés en urbain (6), semi urbain (10) et rural (5).

Pour prendre en compte ses interventions majeures du ministère de la santé, deux strates ont été constituées avec pour critère la couverture ou non par la stratégie PBF. Ensuite, à l’intérieur de chaque strate les tirages de 6 districts soit 12 districts au total (11%) ont été retenus pour être visitées pendant la phase terrain. Ces districts ont été choisis en fonction de la catégorisation du milieu retenu par le programme PBF en rural, semi rural et urbain et le niveau d’impact de la Covid-19. Par ailleurs, l’équipe des évaluateurs a procédé avec le ministère de la santé à une catégorisation des districts en fonction de l’impact de la Covid-19 relativement élevé et faible. Les choix des districts des zones PBF ont été raisonnés, en considérant le critère économique, géographique et la gravité de la Covid-19.

Aussi pour le choix des districts non PBF, un appariement de chaque districts PBF a été effectué pour aboutir au total à 12 districts dont 4 urbains, 4 ruraux, et 4 semi urbains. Ainsi, dans chaque strate, on trouve 2 districts urbains, 2 districts semi urbains et 2 districts ruraux. Ainsi à l’intérieur des Districts ont été choisis l’hôpital de référence et 2 ESPC.

Tableau VI: Critère de sélection des établissements de santé pour la collecte de données[[6]](#footnote-6)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TYPE DE DISTRICT | | COVID-19- | | TOTAL |
| Fort Impact | Faible Impact |
| PBF | Urbain | 1 | 1 | 2 |
| Semi Urbain | 1 | 1 | 2 |
| Ruraux | 1 | 1 | 2 |
| **S/T** | **3** | **3** | **6** |
| NON PBF | Urbain | 1 | 1 | 2 |
| Semi Urbain | 1 | 1 | 2 |
| Ruraux | 1 | 1 | 2 |
| **S/T** | **3** | **3** | **6** |
| TOTAL | | 6 | 6 | 12 |

Dans chaque district sanitaire, un hôpital de référence et un ESPC ont été visités.

Ce choix a été revu pour une meilleure représentativité en accord avec le GTT restreint en prenant en compte les contraintes de temps, de ressources, et de la situation sanitaire due au COVID-19-

Les participants des focus groups ont été sélectionnés par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) partenaires de mise en œuvre et les Agents de santé communautaires.

Ainsi, tous les établissements dans les districts de santé retenus ont fait l’objet de visites de terrain et de collecte de données. En définitif, 2 districts sont retenus pour chaque catégorie PBF (urbain, semi urbain et ruraux) dont un à faible impact Covid-19 et l’autre à fort impact Covid 19.

* 1. **Outils de collecte de données**

Trois groupes d’instruments ont été utilisés pour la collecte des données. Il s’agit de guides d’entretiens et de questionnaire pour les entretiens individuels.

D’abord, la logique d’intervention[[7]](#footnote-7) du plan et une liste des activités a été reconstituée comme élément de base du modèle d’analyse de l’évaluation.

Ensuite, des guides d’entretien[[8]](#footnote-8) sont établis pour structurer les discussions de groupes et les rencontres plus ouvertes.

Un guide d’entretien est appliqué lors des discussions avec les bénéficiaires en vue de capter leur perception de la pertinence, de la disponibilité, de l’accessibilité et de la qualité des services offerts, et leurs attentes actuelles et futures ; il aborde aussi les questions relatives à l’appropriation, et à l’équité.

D’autres guides d’entretien ont permis d’orienter les discussions avec les informateurs clés au niveau central qu’ils soient gouvernementaux, PTF ou de la société civile.

Enfin des **questionnaires** ont été élaborés pour les entretiens individuels, ciblant en particuliers les responsables à différents niveaux et le personnel en charge des prestations[[9]](#footnote-9)

Les questionnaires adressés aux personnels responsables des structures[[10]](#footnote-10) de santé, ont pour but d'investiguer (i) leur connaissance du PNDS et leur appropriation de ses actions, (ii) les forces, faiblesses, opportunités et menaces dans la mise en œuvre et le suivi du PNDS, (iii) les aspects relatifs au ciblage des groupes à risque d’exclusion et (iv) les questions d’intégration, de gestion des ressources.

Le « questionnaire personnel soignant[[11]](#footnote-11) » a été appliqué aux médecins, infirmiers(es), sages-femmes et autres personnels soignants. Les questions ont pour but d’échanger autour (i) des responsabilités et de l’appropriation des processus de planification et de mise en œuvre, (ii) des formations complémentaires ou recyclages et autres perspectives de motivation, (iii) de la gestion des services et des principales forces et faiblesses, (iv) du système de suivi et (v) de la perspective pour améliorer la qualité des prestations.

* 1. **Méthodes d’analyse des données**
     1. **Méthodes de collecte des données**

Le tableau VII ci-dessous nous résume les différentes méthodes utilisées pour la collecte des données. Cependant, nous présentons les différentes techniques de collecte utilisées sur le terrain :

* ***Revue documentaire***

La documentation a été dépouillée pour prendre connaissance des travaux effectués jusque-là (PNDS 2012-2015, revue PNDS, bilans des programmes de santé, le plan de suivi évaluation du PNDS, etc.) et donc pour profiter des expériences, des constatations et des erreurs de prédécesseurs ayant fait des recherches analogues ou connexes. Cet exercice est fait au début de l’étude d’évaluation.

* ***Observations directes***

L’observation directe a été faite pour obtenir des renseignements de première main sur le sujet de l'évaluation Les résultats de ces observations sont en photos ou vidéos et vise ainsi à déterminer les écarts ou gaps entre ce que prévoit le PNDS et ce qui a réellement été réalisé sur le terrain.

* ***Entretiens***

Les personnes clés ou acteurs majeurs de l’élaboration ainsi que de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ont été interviewés grâce au guide d’entrevue semi-structurée avec les parties prenantes pour le niveau central (PTF, directions centrales nationales) et le guide d’entrevue semi-structurée avec les parties prenantes au niveau décentralisé (prestataires).

* ***Focus group***

Aussi appelé “groupe de discussion”, le *focus group* (qu’il soit homogène ou hétérogène) permet de faire interagir plusieurs personnes, afin de collecter des informations en faisant émerger diverses opinions grâce aux débats. Nous avons utilisé cette technique afin d’appréhender les perceptions différentes ou convergentes des différentes parties-prenantes du PNDS.

* + 1. **Traitement des données**

Le tableau ci-après nous indique les différentes phases et méthodes de traitement des données quantitatives et qualitatives.

Tableau VII : Phases et méthodes de traitement des données

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de données | Phase 1 | Phase 2 | Phase 3 |
| ***Collecte de données*** | ***Traitement de l’information*** | ***Analyse de l’information*** |
| Le processus de l’étude qualitative a été décliné en trois phases… | | | |
| Qualitatives | * **Revue documentaire** * **Observations** * **Entretiens** * **Focus-groups** | * **Retranscription** * **Synthèse** * **Tableau récapitulation** | * **Analyse des données statistiques** * **Conclusion** |
| … de même que les données quantitatives | | | |
| Quantitatives |  | Lors de cette étape, les informations récoltées ont été traitées et mises en forme pour l'analyse. | A partir des informations récoltées et recoupées sous forme de tableaux statistiques ou de graphiques, ces résultats ont été analysés et les conclusions rédigées sous forme de texte. |
| * **Données secondaires** * **Données primaires** (questionnaires) | * **Tableaux statistiques** * **Graphiques** | * **Analyse des données statistiques** * **Conclusion** |

* + 1. **Traitement des données par analyse de la matrice**

Une fois les données collectées, nous avons procédé à leurs analyses. La matrice d’analyse d’évaluation a permis de :

* Vérifier les hypothèses à évaluer et leurs indicateurs correspondants ;
* Mettre en exergue des régularités apparentes lors de la mise œuvre du PNDS ;
* Étudier différentes dimensions du PNDS à explorer ;
* Evaluer le niveau de performance (efficacité, efficience, pertinence et durabilité) de l’exécution du PNDS ;
* Apporter une nouvelle réflexion ;
* Dégager les leçons apprises

Les données récoltées par entretien ont fait l’objet de transcription avant l’analyse proprement dite. Quant aux données quantitatives, elles ont été traitées pour en tirer des graphiques et des tableaux statistiques.

La triangulation des différentes données provenant de sources et d’acteurs divers a permis de mieux appréhender les effets du plan sur le système de santé et de tirer des conclusions et recommandations de politiques sanitaires.

* 1. **Contrôle de qualité**

L’équipe d’évaluateurs a développé un système de contrôle de qualité pour s’assurer de la fiabilité des conclusions. Les sources des données, la base d’évidence, la chaîne logique des conclusions et recommandations ont été vérifiées par des systèmes de contrôle systématiques et objectifs.

En particulier, les techniques qualitatives exigent une méthodologie solide pour assurer la validité des résultats. L’observation participative et non-participative, les entretiens individuels ainsi que les groupes de discussion ont des guides standards et des mécanismes de consolidation des éléments collectés pour assurer la fiabilité des résultats qu’ils produisent. La triangulation a été aussi utilisée pour assurer la cohérence des informations en tenant compte de la variété des sources

* 1. **Limites**

Les limites à prendre en compte pour une meilleure efficacité de cet exercice d’évaluation et pour une analyse plus objective de ses résultats étaient de plusieurs ordres.

* + 1. **Du cadre temporel de l’évaluation**

Il faut souligner que le cadre temporel de la présente évaluation prend en compte la mise en œuvre du plan pendant la période de juin 2016 à juin 2020. L’élaboration du plan a été suivie par l’élaboration du plan de suivi évaluation et de la budgétisation. Cependant nulle part, il n’est mentionné la date de finalisation des différents documents. Comme l’évaluation se déroule à partir de juin 2016, il est proposé de prendre des données à partir de juin 2017. En effet, nous pourrons procéder à une extrapolation en prenant les données de 2016 et celle du début de 2020 pour l’évaluation du PNDS. Cette méthode a pour avantage de simplifier la collecte de données d’autant plus qu’il serait difficile de trouver les données relatives à l’intervalle juin 2016-juin 2020. Cependant, elle a pour difficulté les différentes imputations des actions de l’année 2016 au PNDS 2016-2020.

Afin de garantir la cohérence entre les analyses quantitatives et les résultats de l’observation, l’équipe de consultants a veillé à l’obtention des informations et des données actualisées ; dans certains cas, des informations parfois non encore officielles ont utilisé pour mesurer les résultats de 2020.

* + 1. **Du système d’information sanitaire**

Il faut noter des points positifs relatifs au SNIS en Côte d’Ivoire, à savoir l’actualisation des outils de gestion, le déploiement du logiciel DHIS2 dans les 33 régions sanitaires comme support de gestion de l’information sanitaire et la production régulière de Rapports Annuels sur la Situation Sanitaire (RASS). Cependant, ces résultats ne peuvent occulter le défi toujours croissant d’une information sanitaire de qualité, disponible à temps, prenant en compte aussi bien tout le secteur public que privé et communautaire, pour la prise de décision. En effet, le système ne garantit pas encore l’accès à des informations fiables, désagrégées, pertinentes par rapport aux priorités du PNDS et comparables dans le temps. Aussi, faut-il noter qu’il existe une véritable difficulté dans l’inter connectivité des systèmes (SIGFAE, DHIS2, etc.). Des intervenants du secteur de la santé détiennent certaines données que même les services du MSHP ne disposent pas. Ceci rend difficile la collecte des données et la triangulation.

Les consultants conscients de cette limite ont pris des mesures nécessaires pour trouver des sources alternatives d’information et valider celles qui sont déjà disponibles. Parmi ces mesures on peut citer (i) la vérification des sources en utilisant, lorsque cela est possible, d’autres sources d’information, (ii) l’accès aux sources primaires au niveau local pour vérifier leur qualité et leur utilisation au niveau régional et central, (iii) les entretiens avec des personnes clés pour apprécier la fiabilité des données disponibles et adapter les conclusions, (iv) l’utilisation de techniques d’évaluation - telles que l’observation, les interviews et les questionnaires pour construire une nécessaire base d’évidences qui viendra appuyer les conclusions, et (v) la technique de “Triangulation” entre différentes sources des données obtenues pour assurer la cohérence et la véracité des conclusions.

* + 1. **De l’échantillonnage**

Nous avons procédé à la méthode d’échantillonnage aléatoire par strates. L’échantillonnage stratifié, tient compte des renseignements qu'on pourrait déjà posséder sur la population et repose en effet sur une division de la population en groupes relativement homogènes, appelés strates, puis sur la sélection d'un échantillon dans chaque strate. C'est une méthode qui permet d'obtenir un échantillon représentatif, c'est-à-dire un échantillon qui possède les mêmes caractéristiques que la population dont il a été extrait.

Compte tenu de la nature de notre évaluation, et pour évaluer l’effet de la COVID 19, de même la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance, la représentativité de cet échantillonnage a été validée par le Groupe Technique de Travail Restreint du GTT.

* + 1. De la situation sanitaire et sécuritaire

*La situation sanitaire*

A la fin de décembre 2019, le premier cas de la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19) a été signalé et notifié dans la province de Hubei (en Chine centrale), et plus précisément dans la ville de Wuhan. Cette maladie infectieuse émergente provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2 s’est par la suite propagée dans le monde entier au point où le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a retenu le caractère d’Urgence de Portée Internationale de Santé Publique de l’épidémie. A ce jour, la pandémie touche 200 pays et territoires et évidemment le continent africain n’est pas épargné. Compte tenu de ce contexte, il a été décidé que le consultant international travaille à distance en tandem avec le consultant national. Mais cela comporte des difficultés car selon certaines circonstances, la nécessité de se parler de visu l’emporte. Il faut aussi signaler les difficultés de connexion dans l’organisation de réunions virtuelles, vu que des moyens supplémentaires et complémentaires n’ont pas été apportés.

Sur le terrain, la pandémie rend la collecte de données encore plus difficile car elle a désorganisé le système sanitaire. Les personnes ressources sont très occupées à la riposte et participent à plusieurs réunions du comité de gestion de la pandémie (COGES). De même, le plan de travail annuel pour l’année 2020 du PNDS a été perturbé par l’avènement de la COVID-19.

*La situation sécuritaire*

Notre mission intervient dans un contexte de l’élection présidentielle qui n’a pas occasionné des violences et des conflits communautaires d’envergure dans les régions. La planification de la phase de terrain qui coïncide avec la période de campagne électorale a pu se dérouler sans crainte.

* 1. **Rôles et responsabilités**

Une équipe mixte de consultants international et national spécialisés en évaluation ayant une bonne connaissance du contexte national et des plans stratégiques a été a été constituée pour développer et mettre en œuvre une méthodologie et une démarche appropriées pour l’atteinte des résultats attendus de l’évaluation. Compte tenu du contexte de la maladie à Corona virus, le consultant international a travaillé en tandem avec le consultant national. Cependant, l’équipe a travaillé en étroite collaboration pour la coproduction du rapport d’évaluation et des différents produits attendus.

* + 1. **Consultant principal**

Il est chargé de la coordination de l’équipe d’évaluation et a veillé au design de l’évaluation, au pilotage du processus évaluatif, de l’assurance qualité et de la délivrance des produits attendus en étroite collaboration avec le consultant national.

* + 1. **Consultant national**

Il a participé à toutes les étapes du processus évaluatif et s’est principalement chargé de la collecte et de l’analyse des données qui sert au jugement évaluatif.

Il a contribué également à l’analyse du contexte national et du pilotage du système de santé pour contextualiser les résultats de l’évaluation. Il s’est agi aussi bien de l’analyse secondaire des données que des entretiens qualitatifs qui ont été menées auprès des acteurs clés de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020.

* + 1. **Groupe Technique de Travail restreint : GTTR**

Le GTTR a animé tout le processus de l’évaluation ; il a examiné et approuvé l’approche méthodologique qui a été proposée par l’équipe de consultants ». Le Comité a organisé les ateliers et réunions aux étapes clés de décision y compris pour enrichir la collecte (lors du débriefing) et l’analyse (lors de la restitution du rapport préliminaire). Il a rendu systématiquement compte au GTT.

Afin d’assurer l’efficacité du processus, deux personnes (une personne de la DPPS et une autre de l’OMS) ont été désignées par le GTT pour le suivi quotidien de l’évaluation. Elles ont régulièrement communiqué avec l’équipe d’évaluateurs et coordonné avec le GTT.

1. **CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE ET ECONOMIQUE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2016-2020**
   1. **Socio démographique[[12]](#footnote-12)**

*Au plan démographique*

Bien que le taux d’accroissement démographique ait reculé de 3,8 % entre 1975 et 1988 à 2,6 % entre 1998 et 2014, la population ivoirienne a continué de croître à un rythme rapide. Selon les dernières données du Recensement Général de la Population et de l’Habitat (RGPH) réalisé en 2014.

Cette dynamique démographique est due, pour l’essentiel, au niveau encore élevé du taux de fécondité. En effet, il apparaît que les effets des autres moteurs de la croissance démographique que sont la réduction de la mortalité néonatale et le solde migratoire ont tendance à se neutraliser sur le long terme. Du fait du niveau actuel du taux de fécondité, les projections de l’Institut national de la statistique (INS) indiquent que, dans les années à venir, la population devrait continuer de croître (+24,8 % entre 2020 et 2030) et l’explosion démographique des jeunes devrait se poursuivre à un rythme soutenu : le nombre des moins de 20 ans devrait augmenter de 18 % pour atteindre 16,15 millions en 2030 contre 13,65 en 2020.

De manière générale, la Côte d’Ivoire connait des changements démographiques rapides avec une population en majorité jeune dont 63,1% ont au plus 35 ans. La population en âge de travailler en Côte d’ivoire s’élève à 62% de la population totale en 2015. C’est donc un pays qui présente une main d’œuvre relativement importante d’environ 8 040 947 personnes avec 60,1% d’hommes et 39,9% de femmes. La pyramide des âges a comme conséquence une forte entrée des jeunes, estimée entre 350.000 et 400.000 par an, sur le marché du travail. Cette jeunesse constitue un atout pour bénéficier du dividende démographique ; elle peut aussi constituer un risque si la forte croissance économique actuellement enregistrée ne débouche pas sur la création d’opportunités d’emplois.

*Au plan social*

Il faut noter que même si la récente croissance économique est solide, elle ne profite toutefois pas à tous. La pauvreté est omniprésente en Côte d’Ivoire : près de 46 % de la population ivoirienne vit en dessous du seuil national de pauvreté et une proportion encore plus importante (57 %) de la population pauvre habite en zone rurale (Banque mondiale, 2016). Le taux d’alphabétisation des adultes est estimé à 45 %, marqué par une forte disparité entre les hommes et les femmes : 53 % des hommes sont capables de lire et d’écrire contre 36 % de femmes[[13]](#footnote-13).

Le principal enjeu social sera de maintenir l’économie ivoirienne sur une trajectoire de croissance forte afin d’éradiquer la pauvreté et de réduire significativement les inégalités.

* 1. Economique

Depuis 2012, l’économie ivoirienne est une des plus dynamiques du continent africain, avec des taux de croissance du PIB supérieurs à 7 %. Dans les années à venir, la croissance économique devrait se poursuivre, tirée par l’industrie et le secteur des services (communications, transports, finances), dont la contribution au PIB se situe respectivement autour de 25 % et 31 %16.[[14]](#footnote-14) Toutefois, certains risques socio-économiques susceptibles d’affecter le bien-être et le développement demeurent.

Le premier est lié à la place qu’occupe la production agricole, en particulier la culture du cacao dans l’économie et aux fragilités structurelles de ce secteur. Bien que sa contribution à la croissance du PIB soit tendanciellement en recul (19,8 % en 2018), le secteur primaire fournit encore près d’un emploi sur deux et est la première source de devises du pays (60 % des exportations en 2018, dont 40 % pour le seul cacao). Or la production agricole reste exposée aux fluctuations des cours sur les marchés internationaux ainsi qu’aux aléas climatiques, ce qui rend les ménages, notamment ceux vivant dans les zones rurales, particulièrement vulnérables aux chocs.

De plus, en dépit d’une demande mondiale dynamique, les exportations de cacao ivoirien pourraient être affectées par :la stagnation de la production consécutive au manque de terres disponibles, au vieillissement des plantations, à la réduction de la main-d’œuvre agricole du fait de l’exode rural et à l’impact du changement climatique qui assèche les terres cacaoyères et réduit leur fertilité, l’apparition de nouveaux concurrents sur le marché mondial ; et des pressions exercées par les États-Unis et l’Union européenne pour que les produits agricoles ivoiriens, en particulier le cacao, soient certifiés de façon à garantir qu’ils n’ont pas été obtenus en ayant recours au travail forcé, au travail des enfants, à la déforestation.

Le second risque est lié au fait que la croissance reste insuffisamment inclusive, ce qui, dans le contexte des élections présidentielles de 2020, pourrait exacerber les tensions. Selon le FMI, le PIB par habitant s’élevait en 2019 à 1 720 USD, plaçant la Côte d’Ivoire dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Toutefois, la Côte d’Ivoire ne se situe qu’au 165e rang sur 189 de l’Indice de Développement Humain (IDH) et au 149e rang sur 157 de l’indice de capital humain (ICH), et une très grande partie de la population continue de vivre dans la grande pauvreté : en 2015, 46,3 % de la population vivait ainsi en dessous du seuil national de pauvreté, dont 56,8 % de la population rurale, 44 % de la population urbaine hors Abidjan et 22,7 % de la population d’Abidjan. Face à cette situation, le gouvernement a lancé un programme social (PSGouv) pour les années 2019-2020 qui vise à renforcer le volet social du PND et le caractère inclusif de la croissance au moyen de douze mesures phares en faveur des secteurs sociaux clé.

* 1. **Politique[[15]](#footnote-15)**

Depuis 2012, la situation sécuritaire s’est améliorée sur l’ensemble du territoire ivoirien. Toutefois, la cohésion sociale de la Côte d’Ivoire reste fragile en raison de la persistance d’un niveau élevé de pauvreté et d’inégalités, des limites du processus de réconciliation nationale et des tensions intercommunautaires existant dans de nombreux points du pays, en particulier dans les régions de l’ouest, du nord et du centre.

Les tensions intercommunautaires se nourrissent des rivalités grandissantes pour l’utilisation des terres et l’accès aux ressources naturelles comme l’eau, les forêts, les minerais. Ces tensions sont aggravées par : (i) *le désordre régnant au niveau des droits fonciers que ni la loi coutumière ni la loi moderne ne parviennent à réguler ; (ii) le développement de l’orpaillage clandestin pratiqué par des migrants allochtones ou étrangers ; (iii) le sentiment qu’ont des communautés autochtones d’être spoliées de leurs terres ou de ne pas bénéficier des mêmes opportunités socio-économiques que les allochtones ou les étrangers au motif que les chefs coutumiers auraient été corrompus par ces derniers et que le pouvoir central favoriserait délibérément les gens du nord ou de l’est ;(iv) la forte présence de populations étrangères sur le territoire et la régulation insuffisante des flux migratoires ;(v) la présence d’un grand nombre de jeunes désœuvrés et défiants à l’égard de toute forme d’autorité ; et (vi) la lutte acharnée pour le contrôle du pouvoir local, dans un contexte d’affaiblissement des chefferies traditionnelles*

Un autre facteur de fragilité susceptible de déboucher sur des situations d’urgences humanitaires est lié au contexte régional, marqué par la montée en puissance des mouvements djihadistes au Mali et au Burkina Faso, deux pays avec lesquels la Côte d’Ivoire partage plus de 1 100 km de frontières et dont de nombreux ressortissants vivent sur le territoire ivoirien. Bien que la Côte d’Ivoire ait jusqu’ici été relativement épargnée par les attaques terroristes et que le nord du pays ait connu au cours des dernières années un rattrapage important sur le plan économique et social, il est à craindre que les similarités socio-économiques observées dans d’autres pays de la région et la déstabilisation du Mali et du Burkina Faso ne favorisent les infiltrations des organisations terroristes sur le territoire ivoirien et ne débouchent sur des attaques entraînant des déplacements importants de populations et un durcissement durable des rapports interconfessionnels, voire des violences à caractère ethno religieux.

1. **CONSTAT DE L’EVALUATION**
   1. **Généralités sur le PNDS**

Le PNDS 2016\_2020 prend source de la vision soutenue par les valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique, de solidarité nationale, de rigueur et de transparence qui est stipulée comme suit :

<<Un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les

Populations vivant en Côte d’Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l’émergence en 2020>>.

Le PNDS 2016-2020 avait pour Objectif Général d’améliorer l’état de santé de la population à travers une offre de services de santé de qualité dans toutes les régions pour une prise en charge adéquate et optimale des populations.

Pour ce faire, le PNDS 2016-2020 a été articulé autour de six axes stratégiques portés par 6 résultats d’effets, 26 résultats d’effets intermédiaires et 83 extrants déclinés en stratégies d’interventions. Les différents axes stratégiques sont évalués dans les lignes qui suivent.

Le PNDS 2016-2020 a été budgétisé à partir de l’outil « OneHealth », il a aussi bénéficié d’un plan de suivi évaluation et d’un COMPACT qui devait accompagner la mobilisation des ressources.

* 1. **Système de Santé**

**Gouvernance et leadership**

L’axe gouvernance est porté par l’Effet 1 : la Gouvernance et le leadership du secteur de la santé sont renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec trois effets intermédiaires qui couvrent les domaines d’actions prioritaires suivants : le pilotage du système, la décentralisation et la déconcentration du système de santé et le système d’information sanitaire.

L’évaluation de cet axe révèle que :

La gouvernance de la santé renvoie à l’idée que le système de santé met en œuvre des politiques, des lois, des règles, des règlements ou des décisions, qu’il dispose d’orientations stratégiques et d’objectifs communs, et recueille et déploie des ressources pour atteindre les objectifs stratégiques et enfin, supervise et fournit les assurances que les objectifs stratégiques sont atteints.

La gouvernance s’appuie sur une infrastructure de comités divers au niveau national, intermédiaire et local qui veillent à spécifier les missions des instances de direction en élaborant, en surveillant et en appliquant des lignes directrices spécifiques en matière de

performance de qualité, de performance financière, de planification du rendement, de performance de gestion, d’efficacité, de relations communautaires et de plaidoyer.

#### 4.2.1.1 Pilotage du système

Mise en œuvre de politiques, lois et règlements

Durant les cinq dernières années, le Ministère en charge de la santé a développé et mis-en œuvre une série de mesures juridiques et institutionnelles pour encadrer et impulser les

politiques sectorielles.

L’organisation des soins a connu des développements majeurs avec la rédaction de deux

textes importants : la loi portant Orientation de la Politique de Santé Publique en Côte d’Ivoire et la loi portant Code de santé publique. Ces textes généraux viennent clarifier la doctrine gouvernementale sur l’organisation de la santé dans le pays. La loi d’orientation a été promulguée tandis que la loi portant Code de la santé publique est pendante devant l’Assemblée nationale.

Sous le couvert de ces textes généraux, plusieurs textes d’organisation ont été pris : i) la loi

portant réforme hospitalière a été adoptée et promulguée. Elle vient fixer un nouveau cadre

d’organisation des soins dans les établissements de santé publics et privés ; ii) la loi créant

L’autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) prise pour mettre le pays en

conformité avec les directives internationales et régionales, de l’OMS, de l’UA et de l’UEMOA, permettra de redynamiser l’homologation, l’inspection, la surveillance du marché et l’assurance de la qualité des produits pharmaceutiques; iii) la loi antitabac a été adoptée en matière de politique publique de santé.

En outre, l’organisation des soins a été renforcée par la prise de plusieurs décrets en matière

de règlementation de la publicité des médicaments, de couverture maladie universelle, de

règlement sanitaire universel, de vaccination, de régulation pharmaceutique et de ressources

humaines.

Il est à noter qu’un décret portant code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles, a permis notamment de clarifier les devoirs des praticiens de médecine traditionnelle et l'utilisation des médicaments traditionnels y compris l'interdiction de la publicité

1 Loi n°2019-677 du 23 Juillet 2019

2 Loi n°2019-678 du 23 Juillet 2019 portant Réforme Hospitalière

3 Loi n°2017-541 du 5 octobre 2017.

4 Loi n°2019-676 du 23 Juillet 2019 relative à la lutte antitabac en Côte d’Ivoire.

5 Le décret n°2016-1141 du 21 décembre 2016 modifiant et complétant l'annexe au

décret n° 2015-432 du 10 juin 2015, portant classification des grades et emplois dans

l'Administration de l'Etat et dans les Etablissements Publics Nationaux. Il a permis de

reconnaître les spécialités en médecine et de créer de nouveaux emplois dans le

domaine paramédical.

6 Décret n° 2016-24 du 27 janvier 2016 portant code d'éthique et de déontologie des

praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles.

#### 4.2.1.2 Décentralisation et déconcentration

La décentralisation sanitaire s’est poursuivie, avec notamment en 2016, l’exercice

d’élaboration des Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) pour les 20 régions

sanitaires d’alors avec la participation des acteurs des collectivités bien que le document de

politique de décentralisation en matière de santé au niveau local n’ait pu être élaboré. Un

cadre de collaboration non formalisé a été créé entre le Ministère chargé de la Santé, le

Ministère de l’Intérieur et les faitières des collectivités territoriales.

En matière de déconcentration, le MSHP a mené des actions sur la période 2016-2018 dans le

cadre du processus d’opérationnalisation des Directions régionales et Départementales. Il

s’agit notamment de : i) l’élaboration «d’une feuille de route » pour les Directeurs Régionaux (DR) et Directeurs Départementaux (DD) afin d’orienter leur action et impulser la « performance » au niveau des administrations locales; ii) la conduite d’une étude visant à définir les normes de fonctionnalité des régions et districts sanitaires en Côte d’Ivoire et iii) la coordination des activités du PEV au niveau opérationnel.

Malgré les actions entreprises pour rendre effectives la décentralisation et la déconcentration

du système sanitaire en Côte d’Ivoire, le document de politique de décentralisation en matière

de santé n’a pas été élaboré, la loi portant transfert de compétences de l’Etat aux collectivités

territoriales n’a pas été révisée et les textes subséquents n’ont pas été pris. De plus, certaines

insuffisances demeurent pour l’opérationnalisation effective des Régions et Districts

sanitaires, notamment. i) l’insuffisance dans les dispositions institutionnelles pour la

fonctionnalité des DR et DD.; ii) l’insuffisance de leadership au niveau des structures

déconcentrées.

En matière de développement de normes, la période 2016-2017 a été marquée par la prise de

mesures importantes en faveur de la qualité des soins: deux documents de politiques

un plan stratégique qualité, un document de directives et un guide de surveillance des infections nosocomiales ont été adoptés.

Malgré les efforts accomplis pour la mise en œuvre des politiques, il faut noter que les

processus d’inscription sur l’agenda, de formulation, de développement et mise en vigueur de

ces mesures restent cependant encore insuffisamment formalisés.

Développement d’orientations stratégiques et d’objectifs communs

En Côte d’Ivoire, depuis 1996, le secteur de la santé s’est doté à échéance périodique, des

plans nationaux de développement sanitaires exposant les orientations et objectifs stratégiques

sectoriels. Ainsi, le Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005 puis, le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013, et le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015, enfin le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 ont été élaborés et mis en œuvre.

Il sert de boussole aux programmes verticaux du secteur qui élaborent et développent également des plans stratégiques et, pour certains, des plans opérationnels annuels.

Les établissements de santé et leurs structures d’encadrement (Directions départementales et

Directions régionales) ont l’obligation d’établir des plans d’action.

Le texte d’organisation des établissements de santé non-établissements publics nationaux

prévoit que les Centres Hospitaliers Régionaux, les Hôpitaux Généraux et les Centres de

Santé Urbains élaborent des projets d’établissement, des plans directeurs et des plans d’action

annuels. Le texte instituant le paquet minimum d’activités prévoit que les formations sanitaires du niveau primaire élaborent un plan d’action annuel.

Les textes d’organisation des attributions des Directions Régionales (DR) et Directions Départementales (DD) prévoient que ces instances élaborent des plans d’action annuels budgétisés. En outre, la DR doit apporter un appui à la Région (collectivité décentralisée) pour l’élaboration du Plan de Développement Sanitaire Régional (PDSR) quand la DD, elle doit « apporter un appui aux ESPC pour l’élaboration des micro plans » et « à l’hôpital de référence pour l’élaboration de son projet d’établissement et son projet de budget annuel ».

Ces documents ne précisaient pas le format et la procédure d’élaboration des plans d’actions.

Le manuel des directives du paquet minimum d’activités des établissements sanitaires de

premier contact propose une démarche d’élaboration des micros plans prévus en précisant

qu’ils sont des plans d’action élaborés à la suite du monitorage des activités. De même, le

manuel des directives du paquet minimum d’activités de l’hôpital de référence du district

sanitaire propose un format et une démarche d’élaboration du projet d’établissement et du

plan d’action annuel pour ce type d’établissement.

Cependant, on ne trouvait dans la documentation administrative, aucune description d’un

cycle de planification opérationnelle mettant en rapport les objectifs stratégiques nationaux et

les plans des établissements. En outre, et rien ne semblait indiquer que les plans des

Directions départementales sont obtenus par agrégation des plans des établissements de leur

circonscription. De même, il n’était pas clair que les plans d’action annuels des Directions

régionales sont l’agrégation des plans des Directions départementales.

En plus de même, le lien entre les orientations et objectifs stratégiques propres des programmes verticaux n’était pas formellement établi avec le PNDS.

Enfin outre, les PNDS eux-mêmes n’étaient pas formellement articulés avec le Plan National de Développement (PND) cadre global de planification du développement national.

C’est dans ce contexte qu’intervient en 2019, la prise d’une loi qui dispose que «la

politique nationale de santé est mise en œuvre à travers un Plan National de Développement

Sanitaire, en abrégé PNDS, pour une période de cinq ans, dans le strict respect des principes

de gestion rationnelle.»

La loi prévoit également que « l’Etat met en place une organisation opérationnelle permanente

et unique de planification permettant à tous les acteurs publics ou privés, partenaires techniques et financiers, société civile, d’aligner leurs interventions. Ce plan opérationnel national est élaboré pour la mise en œuvre du PNDS. Il est décliné au niveau de chaque région en Plan Régional de Développement Sanitaire, élaboré en collaboration avec les collectivités territoriales et directions régionales de planification.»

Ce texte fondateur apporte ainsi une assise juridique et institutionnelle claire au PNDS tout en

instituant une amorce de spécification des modalités de traduction des objectifs stratégiques

en interventions opérationnelles.

La clarification initiée par les acteurs sectoriels est renforcée par la mise en place du budget-

programme conduite dans le cadre de la réforme budgétaire.

Dans le but de remédier notamment au non-alignement du Budget sur les priorités sectorielles, la réforme budgétaire institue une responsabilité de définition d’objectifs sectoriels à la charge du ministre de la santé justifiant l’octroi de crédits

Sur le même modèle, une chaine de responsabilités allant du Ministre aux responsables des unités opérationnelles (hôpitaux, centres de santé, programmes de santé, directions administratives et techniques) en passant par des Responsables de programmes et des Responsables de budgets opérationnels de programmes a l’obligation de décliner ces objectifs en actions et activités justifiant des crédits.

Chaque niveau de la chaine est responsable des ressources et de la production des résultats par

cercles concentriques. Ainsi, le Ministre est responsable de la réalisation de l’ensemble des

actions programmées et de l’utilisation de l’entièreté du budget devant la représentation

nationale. Les responsables de programme sont, sous son autorité, responsables de sections

d’actions et des ressources correspondantes. Ils fixent des objectifs et octroient des ressources

à des Responsables de budget Opérationnel de Programmes qui à leur tour, coordonnent la

réalisation effective d’activités et l’atteinte de résultats en regard de ressources des Responsables d’unités opérationnelles. Pour ce faire, des contrats de performance (CP) pour les responsables de programmes et des contrats opérationnels (CO) pour les Responsables de Budgets Opérationnels de Programmes et les Responsables d’Unités Opérationnelles sont institués.

Ces nouveaux développements constituent un vaste champ d’action et une opportunité d’amélioration de la fixation d’objectifs partagés au sein du secteur santé.

Suivi de la performance et supervision

Le suivi de la mise en œuvre des politiques et des performances du système de santé doit être

assuré selon le Plan de Suivi et d’Evaluation du PNDS 2016-2020 par un dispositif

comprenant des mécanismes nationaux et régionaux.

Au niveau national, le suivi devait être assuré au plan stratégique par un Comité interministériel de pilotage chapeautant un Comité Technique de suivi et revues et d’un Secrétariat Technique.

Au niveau régional le suivi de la mise en œuvre du PNDS devait être assuré par un comité

technique régional de suivi (CRS/PNDS) placé sous la présidence du Préfet de région avec un

secrétariat assuré par le Directeur régional de la santé assisté des Directeurs départementaux

de la santé. Il devait être créé dans chaque région administrative un comité de suivi par

arrêté préfectoral.

En pratique, les mesures de mise en place de ces comités n’ont pu être prises. Ainsi, le suivi

régulier n’a pas été déployé.

La réforme budgétaire ayant généralisé le budget-programme en 2020, a introduit une obligation de production de rapports et la mise en place de dispositifs de mesure de la

performance. Il est ainsi prévu que les unités du Ministère préparent des rapports trimestriels

et annuels d’activités remontant par les Responsables de Budget Opérationnels vers les Responsables de Programmes budgétaires pour la préparation du Rapport Annuel de Performance.

La mise en œuvre de ce dispositif doit concilier la nécessité de la justification de l’utilisation

des crédits et les besoins de pilotage des unités vers l’atteinte des résultats escomptés du

système.

#### 4.2.1.3 Système d’information sanitaire

La complétude des données est l’indicateur de performance du système d’information sanitaire, identifié dans le plan de Suivi et évaluation du PNDS 2016-2020. Si cette complétude est très satisfaisante au niveau des données du public (99% en 2018) sur la période, au niveau de la prise en compte de toutes les sources de données, il demeure des insuffisances.

En matière de disponibilité et d’utilisation des outils de gestion de l'information

sanitaire, le MSHP a développé des outils papiers et des outils électroniques pour le rapportage régulier des données. Il s’agit notamment pour les outils électroniques du DHIS 2, du DVD-MT, du MAGPI, de l’E-SIGL, du OPENELIS, du SIGDEP 2, du DPI et de Situation Room, lancé officiellement en 2017.

Malgré ces efforts, des insuffisances subsistent. Ce sont: i), l’insuffisance en matériels

informatiques, d’informaticiens et le non-renforcement de leurs capacités à tous les niveaux

de la pyramide sanitaire, ii) le risque de non-pérennisation du processus de dématérialisation

des outils papiers par le renouvellement et la maintenance du patrimoine informatique (iii)

l’inadéquation entre les logiciels utilisés par la majorité des établissements privés lucratif et

les besoins en collecte du SNIS.

Concernant l’intégration des données des EPN hospitaliers, des établissements de santé

privés libéraux et associatifs et de l’armée, afin de disposer de toutes les données sanitaires dans le SNIS, des processus d’intégration des données ont été initiés pour les CHU et les structures parapubliques, le secteur privé lucratif, le secteur communautaire et Instituts hospitaliers.

Le processus d’intégration des données des EPN hospitaliers, de l’armée et des

établissements de santé privé dans le SIG a démarré en 2018. Il a permis

l’immatriculation de 2500 Etablissements Sanitaires en 2019 afin de faciliter l’intégration de

leurs données au SNIS. Ainsi, pour les données des CHU, des établissements de l’armée, des

établissements des mutuelles de la Police, de la Douane et du Trésor, la phase pilote s’est

achevée en 2019, et les outils consensuels finalisés seront paramétrés dans la base DHIS 2.

Par ailleurs pour le secteur privé, la phase pilote d’intégration a démarré dans onze (11)

établissements sanitaires. En outre, en dehors des données du VIH et du Paludisme qui

existaient dans la base, des formulaires spécifiques à certains programmes ont été paramétrés

dans le DHIS2. Aussi pour l’intégration des données communautaires, le processus en

cours a démarré en mai 2018 par un consensus de toutes les parties prenantes sur les indicateurs et sur les outils de collecte du secteur communautaire. Il a permis : i)l’intégration des nouvelles informations dans les outils, ii) l’élaboration d’outils communautaires, iii) le paramétrage des rapports communautaires dans la base DHIS2 et le rapportage des données de 50% des districts sanitaires dans la base DHIS2 au troisième trimestre 2019.

Plusieurs insuffisances sont tout de même relevées, notamment : i) la faible adhésion des

ressources humaines du privé, majoritairement vacataires et des responsables des cliniques

privées au processus d’intégration, ii) l’absence de mécanismes opérationnels pour disposer

des données sanitaires des EPN hospitaliers, de l’armée et des établissements de santé privé.

S’agissant de l’élaboration et la diffusion des documents produits par le MSHP pour la

prise de décision, il faut relever la disponibilité des Rapports Annuels 2016, 2017 et 2018 sur la Situation Sanitaire (RASS). Ces rapports présentent l’évolution de certains indicateurs clés du système de santé. Par ailleurs, des rapports spécifiques par pathologie ou grands problèmes de santé tels que le rapport VIH (rapport VIH 2016-2017-2018) 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 note également la production d’une carte sanitaire exhaustive en 2017 et l’élaboration d’une plateforme web pour la réalisation de la carte sanitaire dynamique qui est en phase pilote.

L’on observe également une amélioration de la rétro-information (i) sur la chaine d’approvisionnement (bulletin hebdomadaire de rétro-information et bulletins trimestriels de rétro-information), (ii) du niveau central vers le niveau déconcentré sur la qualité des données dans la base DHIS 2 (Rapport PRISM). De même, une autre avancée positive concerne l’existence du site internet de la DIIS (www.dipe.info) et la mise en place d’une plateforme d’échange de mise à disposition et de diffusion des documents au grand public.

Malgré les progrès accomplis, certaines insuffisances ont été constatées sur la période 2016-

2020.Il s’agit de : (i) le retard dans la production et la non diffusion à temps des données sanitaires et leur faible utilisation à tous les niveaux de la pyramide, (ii) l’archivage et la diffusion insuffisante des documents produits par le MSHP, (iii) l’insuffisance de rétro-information entre les régions et les districts, entre les districts et les établissements de santé et au sein des établissements de santé, (rapport PRISM) (iv) l’insuffisance de ressources humaines dédiées à la gestion des données.

Concernant le renforcement de capacité des structures en infrastructures et

équipements pour la gestion des données et le renforcement des capacités des

gestionnaires de données et des décideurs sur l’utilisation des outils de collecte et traitement des données, plusieurs activités ont été réalisées pour améliorer les infrastructures informatiques des structures sanitaires notamment, l’acquisition de deux serveurs pour l’hébergement des données du SNIS (DHIS 2) et la dotation des structures en ordinateurs portables et kits de connexion internet.

De plus, des formations ont été réalisées sur la période pour renforcer les compétences des

gestionnaires de données et des décideurs.

Toutefois, certaines insuffisances demeurent. Elles sont relatives à (i) l’absence de la prise de textes portant création et organisation d'un service de gestion de l'information sanitaire (SGIS) au niveau des établissements sanitaires et celui portant création et organisation d'un corps de métier de gestionnaires de données de santé.

Concernant la qualité et l’utilisation des données pour la prise de décision, la complétude des rapports des districts au niveau régional générée à partir du DHIS2 indique un niveau très appréciable allant de 84% à 100%. (PRISM 2018). Les niveaux de promptitude à partir du DHIS2 sont également appréciable 78 % (rapport RDQA 2019).

Toutefois des faiblesses relatives à l’exactitude et l’utilisation des données demeurent. En

effet, le niveau d’exactitude du niveau district est supérieur à celui des établissements (pour

tous les indicateurs évalués), l’utilisation des données est faible au niveau établissement et

moyenne aux niveaux district et région). En général, les responsables utilisent peu leurs

données pour la planification car les plans élaborés découlent des directives et cibles fixés au

niveau central par les programmes de santé. (Rapport PRISM 2018)

Défis liés à l’information sanitaire

Le système national d’information sanitaire ivoirien (SIG…) devra être intégré, fiable et

dynamique pour alimenter une carte sanitaire comportant tous les indicateurs (épidémiologie,

gestion des ressources) sur la situation sanitaire exploitables pour la planification et la prise de

décision. Les défis en matière d’information sanitaire sont :

¬ Etendre le DHIS2 à tous les ESPC, les EPN, les établissements sanitaires privés, les

établissements communautaires et les établissements sanitaires des autres ministères

¬ Rendre interopérables les différents logiciels de gestion des données sanitaires ;

¬ Produire dans les délais, les RASS (nationaux et régionaux) et de la

carte sanitaire ;

¬ Disposer d’infrastructures adéquates pour la sécurisation des équipements de stockage

et de gestion des données sanitaires;

¬ Disposer de ressources pour finaliser le processus de dématérialisation des outils de

collecte et pérenniser les acquis;

-- Améliorer l’exactitude des données ;

-- Promouvoir l’utilisation des données ;

RECHERCHE ET INNOVATION

La recherche et l’innovation en santé, est une préoccupation tant pour le Gouvernement que

pour la communauté des scientifiques. Cette préoccupation est traduite par la création d’une

Direction de la Formation et de la Recherche (DFR) au sein du Ministère de la Santé et de

l’Hygiène Publique dont l’une des missions essentielles est l’impulsion et la coordination de

la recherche en santé.

Outre la DFR, il existe des structures publiques nationales de recherche en santé notamment :

(i) des centres et instituts de recherche des universités, des UFR des universités, et (ii) de

certains Etablissements Publics Nationaux de santé notamment, l’Institut National de Santé

Publique, Institut National d’Hygiène Publique, Institut Pasteur de Côte d’Ivoire, le Laboratoire National de la Santé Publique, l’Institut National de Formation des Agents de

Santé, l’Institut Raoul Follereau, et le Centre National de Transfusion Sanguine. A côté de

ces structures publiques, il existe une société d’économie mixte qui est le Centre National de

Recherche Agronomique (CNRA).

Quant aux structures internationales de recherche, elles concernent : (i) l’Institut Français

de Recherche Scientifique pour le Développement en coopération (IRD), (vii) le Centre

Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS), (viii) le Projet RETROCI, le Programme d’Actions Coordonnées en Côte d’Ivoire (PACCI).

Initiatives en matière de recherche et innovation sur la période 2016-2020 (revue PNDS

– Rapport DFR)

Cependant, il est à noter une faiblesse dans la gouvernance des structures ainsi que des

programmes et projets de recherche. A titre d’exemple, il est relevé malheureusement sur le

terrain une insuffisance voire une quasi-absence des relations institutionnelles permettant une

évolution en symbiose de l’activité nationale de recherche en santé. Cette situation est le fait

d’une faiblesse du leadership en matière de recherche en santé ; ce qui a pour conséquence

l’inadéquation entre les thèmes abordés et les priorités sanitaires du pays. En effet, le manque

de coordination caractérise les structures de recherche dont le fonctionnement est très variable

d’une structure à l’autre. La conséquence est la dispersion des moyens et le cloisonnement des

activités nationales de recherche. Ce manque d’interconnexion se traduit également par la non

disponibilité des données de la recherche d’une part et l’indisponibilité de données du système

d’information sanitaire dont la recherche a besoin d’autre part.

En ce qui concerne les ressources humaines bien qu’elles soient en nombre important et

hautement qualifiées, elles sont insuffisamment utilisées à cause du manque de moyens financiers et du cloisonnement des programmes et structures de recherche. Par ailleurs, bien qu’ayant connu une amélioration relative ces dernières années, le statut des chercheurs reste toujours peu attrayant au regard des qualifications exigées dans leur carrière. L’appareil national de recherche (locaux et équipements techniques des centres et laboratoires, matériels roulants, etc.) est vétuste et obsolète. Il ne permet plus aux structures d’être opérationnelles, compétitives et de s’autofinancer.

En matière de financement, trois principales sources alimentent le budget de la recherche :

(i) les subventions de l’Etat, (ii) l’autofinancement (ressources propres générées par les structures) et (iii) les ressources extérieures (coopérations bilatérales ou multilatérales ou

organismes spécialisés).

Toutefois, la Recherche en santé reste limitée par l’insuffisance de moyens financiers. En

effet, le budget alloué à la recherche dans le pays est inférieur à 1 % du PIB

De plus, les fonds alloués par les partenaires au développement sont relativement insuffisants.

Ces financements sont souvent attribués aux programmes nationaux de santé qui, en principe,

ne doivent pas mener eux-mêmes des activités de recherche mais les promouvoir. Il faut noter

également que l’appui financier du secteur privé à la résolution des questions de santé est

encore à l’état embryonnaire et se fait généralement de manière ponctuelle.

En somme, le défi de la recherche et l’innovation en matière de santé pour les prochaines

années sera de réaliser des études et enquêtes axées sur les problèmes prioritaires de santé afin

d’identifier les interventions cout-efficacité, utiles et bénéfiques pour les acteurs et le système de santé. Pour relever ce défi, l’accent doit être mis sur: (i) le renforcement du cadre juridique et institutionnel spécifique de la recherche en santé en Côte d’Ivoire ; (ii) l’amélioration du cadre organisationnel de la recherche en santé ; (iii) le développement des ressources de la recherche en santé et de l’innovation ; (iv) la promotion, la valorisation et la vulgarisation des acquis de la recherche ; (v) le développement de partenariats, les systèmes de financement de la recherche. Ces efforts contribueront à accroître les connaissances scientifiques et à partager les bases factuelles afin d’éclairer les politiques et pratiques visant à produire un impact positif sur la santé des populations.

Financement de la santé

L’axe financement se traduit par l’effet 2, le financement interne et externe du système de santé est amélioré avec trois effets intermédiaires qui couvrent les domaines d’actions prioritaires suivants, le Financement du PNDS, la gestion des ressources financières et l’accessibilité financière des populations aux soins.

#### 4.2.2.1 Financement du PNDS

Génération de revenus et mobilisation des ressources

Le financement public est fortement prédictible, maintenu constant de l'ordre de 5% du

budget de l'Etat sur la dernière décennie. En effet, sur la période 2012-2018, la part de budget

du secteur de la santé par rapport au budget national augmente légèrement, passant de 5, 56%

en 2012 à 6% en 2018. Cependant, elle demeure loin des objectifs de 15% fixés par les chefs

d’États africains en 2001 à Abuja. Ce financement reste fortement insatisfaisant : le niveau de

performance de l’indicateur «dépenses publiques de santé» par rapport au PIB, est passé de

1,94 en 2014 à 1,27 en 2020, restant toujours en dessous de la médiane des pays soumis à

notation dans le cadre du MCC qui est passée de 2,50 en 2014 à 2,47 en 2020. Cet indicateur

traduit les dépenses courantes de santé au cours d’une année (à l’exclusion des dépenses

d'investissement telles que les transferts en capital). Les principales causes de cette faiblesse

sont:

* le non-respect de l’engagement d’Abuja;
* le financement partiel du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et ;
* l’insuffisance du financement pour les Soins de Santé Primaires ;
* la faiblesse du plaidoyer pour faire de la santé une priorité absolue ;
* la faible exploration de toutes les possibilités de financement de la santé.

Selon les comptes de la santé 2018, l’analyse par sources de financement montre qu’en

Côte d’ivoire, les principales sources sont : les ménages (39,43%), le secteur public (28,81%),

le secteur privé (19,44%), et le reste du monde (12,32%)

Les dépenses de santé par habitant représentent 45 540 F CFA en 2018 (standard OMS de 112 dollars USD soit 60 704 FCFA).

La stratégie nationale de collecte des revenus pour la santé repose faiblement sur le financement public. Les ménages demeurent la principale source de financement de la santé, bien que leurs paiements aient diminué au cours des dernières années. Malgré la gratuité des soins de santé pour les enfants, les femmes enceintes et les urgences, les paiements directs par les patients restent élevés. Ces patients continuent à payer pour des services non couverts par les mesures gouvernementales.

C’est pourquoi, une cotisation obligatoire à l'assurance maladie nationale a été instituée en

2014. Elle prévoit deux régimes: Le Régime Général de Base (RGB) qui est un régime

contributif soumis aux ayants droits, et le Régime d’Assistance Médicale (RAM) qui est non

contributif, mais payé par l’Etat de Côte d’Ivoire. La CNAM est l’Institution de Prévoyance

Sociale (IPS) en charge de la gestion et de la régulation de la CMU. Elle est chargée de

mobiliser les ressources financières auprès des ménages, de l’Etat et de tout autre organisme

pour l’achat des soins et services de santé de qualité. En l’état actuel, quatre organismes

gestionnaires délégués ont la charge de la collecte des ressources financières.

- CNPS pour les travailleurs du Privé en activité et à la retraite ;

- CGRAE pour les retraités du secteur public;

- la solde civile et la solde militaire pour les fonctionnaires et agents de l’Etat en activité

et les militaires.

Au total, 862 établissements de santé sont pourvus d’outils de gestion de la CMU et 733

Pharmacies privées sont conventionnées. En ce qui concerne l’enrôlement, 2 800 000 personnes sont enrôlées et 585 616 indigents sont identifiés dans 2427 localités enquêtées

avec 192 000 cartes produites au niveau des indigents. Cette opération s’étendra à

l’ensemble du territoire.

En Côte d'Ivoire, les ressources fiscales sont généralement progressives, mais les paiements

effectués par les ménages dans le cadre du recouvrement des coûts sont basés sur des tarifs

indifférents à la capacité de payer et la cotisation obligatoire à l'assurance maladie nationale

n'est pas progressive.

Toujours dans le cadre de la mobilisation des ressources et pour améliorer l’accès et

la demande des services, des réformes financières sont mises en œuvre : une expérience de

financement basé sur la performance en cours montre des liens entre cette approche de

financement, et la qualité et la coordination des soins dans les zones de mise en œuvre. Au

regard des résultats encourageant du projet pilote, en vue d’améliorer l’utilisation efficiente

des ressources allouées aux Etablissements de Santé de Premier Contact, il est envisagé une

extension à 72 districts sanitaires en 2021 et une couverture nationale en 2022. A terme, cette

démarche devrait permettre le couplage du FBP avec les autres initiatives en cours notamment

la Couverture Maladie Universelle et la gratuité des soins ainsi que le renforcement de

l’approche multisectorielle des questions de santé.

Les principales priorités en matière de collecte des recettes sont d'accroître la part du financement public dans la dépense totale de santé et de réviser les modalités des cotisations obligatoires à l'assurance maladie nationale pour instituer un prélèvement progressif. Une révision des tarifs basée sur une évaluation des coûts de production des prestations doit également être conduite. Aussi, faudrait-il mettre en œuvre des stratégies de financements innovants.

#### 4.2.2.2 Gestion des ressources financières

Mise en commun et gestion des ressources

Globalement, les financements sont très largement fragmentés: le pays compte 19 régimes

financiers (Financement budgétaire, Paiement direct, régimes de Gratuités, Sécurité sociale,

Mutuelles des agents de l'Etat, mutuelles de santé, Prise en charge des indigents, Fonds

d'évacuation sanitaire, Financement basé sur les résultats...). Les sources de financement ne

sont pas toujours organisées de manière complémentaire. Dans bien des cas, ces régimes se

croisent et ne sont pas mis en cohérence. Le financement externe est fragmenté entre des

fonds intégrés dans le budget de l'Etat et des fonds exécutés par des partenaires de mise en

œuvre, ONG, programmes verticaux et autres unités opérationnelles du Ministère de la

santé.

Le pays n'a pas encore expérimenté de mesures visant à contrecarrer la fragmentation de

l'architecture du financement de la santé.

Dans la conduite de la politique de financement de la santé, il doit être tenu compte la mise en

œuvre de politiques d’achats stratégiques pour le regroupement des régimes de financement.

#### 4.2.2.3 Accessibilité financière des populations aux soins

De façon générale, les allocations budgétaires ne sont pas corrélées avec les

besoins de santé de la population et les paiements des prestataires ne sont pas véritablement

mis en cohérence entre régimes, sources et secteurs (public et privé). Les paiements des

prestataires sont financés de manière éparse : les salaires pour les agents exerçant dans le

secteur public sont versés par la Direction de la solde suivant le grade administratif, les

dépenses courantes sont financées par des autorisations d'engagement sur le Budget de l'Etat,

la coordination et l'encadrement des établissements sont assurés par les bureaux des Districts

sanitaires sur des budgets distincts.

Dans le secteur public sanitaire, les paiements des prestataires ne couvrent pas l'entièreté des

besoins exprimés par les établissements de santé. De même, en matière de pouvoirs de

gestion, les prestataires publics ne jouissent pas d'une autonomie financière. Seuls les 5 CHU,

et les 11 autres Instituts nationaux en bénéficient pour un ensemble de plus de 2500 établissements sanitaires publics. Par contre, les paiements des prestataires privés sont mal connus.

L’encadrement des achats et paiement des prestataires est peu coordonné : les formulaires de

consultation patient ne sont pas normalisés à l'échelle du système de santé malgré un projet de

normalisation développé dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU ; des mesures tarifaires

et un dispositif d'approvisionnement centralisé en médicaments essentiels et génériques mis

en place ne suffisent pas à assurer la protection financière des patients ; il n'existe pas de

système d'accréditation des prestataires de services.

Le système d'achat et de paiement des prestataires reste fortement rigide, peu incitatif à la

performance et peu protecteur des usagers.

Les méthodes de paiement des prestataires et les achats en général favorisent peu la qualité

des soins et la coordination des soins entre les spécialités et les différents niveaux de soins.

Les méthodes de paiement des prestataires sont fragmentées, non mises en cohérence et ne

favorisent pas globalement l'efficacité de l'allocation des ressources.

En matière de Gestion des Finances publiques pour la santé, une étude de l’OMS de 2018

établit que le score d’efficience de la dépense publique de santé en Côte d’Ivoire est de l’ordre

de 0,49 soit 49 % (sur la période 1993-2015).

La gestion financière dans le secteur de la santé est marquée par des goulots d’étranglement

en matière d’allocation et d’exécution des dépenses.

En effet, en matière d’allocation, la DAF met en œuvre depuis 2014, une méthodologie

d’allocation budgétaire qui doit assurer la répartition des crédits communiqués par le ministère chargé du budget sur la base de modèles et de critères connus d’avance. Cet outil n’assure cependant pas, une répartition selon les données de population et n’intègre pas les besoins des établissements de santé. De surcroit, il n’est adossé à aucun cadre de planification établissant une déclinaison directe des objectifs sectoriels.

Les résultats de l’allocation ne sont pas satisfaisants : Les dépenses publiques de santé ne sont

pas orientées vers la qualité, ne sont pas en lien avec le profil épidémiologique et le fardeau

de la maladie et axées sur les soins tertiaires (19 % vont au primaire).

Ces faiblesses sont accentuées par la faible organisation de la fonction de gestion financière à

tous les étages de la pyramide sanitaire. Le MSHP ne bénéficie pas d’un réseau de relais vers

les structures et établissements de soins permettant d’assurer le suivi de l’utilisation des

ressources financières et l’encadrement efficace de leur gestion.

Ces difficultés sont aggravées par les défis des réformes en cours : mise en œuvre du plan de

réforme de la gestion des Finances Publiques, extension du Financement basé sur la performance dans le cadre de la promotion de l’achat stratégique, mise en œuvre de la CMU, réforme hospitalière.

**Offre et utilisation des services de santé**

L’axe sur offre et utilisation des services est traduite par l’effet 3, l'offre de service de qualité est disponible et l'utilisation est augmentée avec cinq effets intermédiaires qui couvrent les domaines d’actions prioritaires suivants, les ressources humaines, les infrastructures et équipements, les produits pharmaceutiques, les produits sanguins et vaccins, la qualité des prestations, la résilience face aux catastrophes.

4.2.3.**1 Ressources humaines**

1. Politique et réglementation

Des efforts importants en termes de réforme administratives dans le domaine de la santé ont été réalisés. En témoignent les textes règlementaires et juridiques suivants :

* Le décret n°2016-1141 du 21 décembre 2016 modifiant et complétant l'annexe au décret n° 2015-432 du 10 juin 2015 portant classification des grades et emplois dans l'Administration de l'Etat et dans les Etablissements Publics Nationaux a défini un profil de carrière des professionnels de santé. Ce texte a permis de créer de nouveaux emplois dans le domaine paramédical (Auxiliaire de santé, Ingénieur des Services de Santé Option Economie de la Santé, Inspecteur de Soins) et de reconnaitre les spécialités médicales dans la nomenclature des emplois de la Fonction Publique ;
* La loi n°2019-677 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière définit le cadre général d’établissement de mesures incitatives des personnels de santé. Elle instaure la prime et indemnité destinées aux personnels de santé en général et aux responsables des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) en particulier dans l’exercice de leur fonction. En effet, la performance individuelle des personnels de santé est rémunérée à travers la réalisation du Contrat d’Objectifs et de Moyens de l’établissement. En outre l’EPH a la possibilité de recruter du personnel aussi bien soignant que non soignant en cas de besoin. Il assure le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la formation initiale et le développement professionnel continu du personnel médical et paramédical ainsi que la recherche dans leur domaine de compétence. Aussi, la loi autorise l’intervention des professionnels de santé publics dans le secteur privé conformément à un cadre de contractualisation entre les responsables des établissements concernés.

Cependant, les différentes analyses situationnelles relatives aux ressources humaines en santé (RHS) ont mis en exergue l’inéquitable répartition des personnels de santé, le manque de fidélisation dans les zones rurales et éloignées du pays et la non maitrise des effectifs des RHS du secteur privé. Elles ont aussi mis en relief les faiblesses du cadre organisationnel du travail qui a un impact négatif sur la santé et la sécurité au travail des professionnels de santé dans les établissements sanitaires.

Pour pallier cet état de fait, il convient de renforcer le cadre réglementaire par la prise de textes :

* Encadrant la mobilité du personnel de santé sur l’ensemble du territoire ;
* Définissant des mesures incitatives valorisant les postes de santé des zones déshéritées ;
* Encadrant le partenariat secteur public et privé dans le cadre de l’utilisation des RHS pour les besoins des services d’utilité publique ;
* Renforçant le cadre organisationnel du travail en vue de garantir la santé et la sécurité au travail des personnels de santé au sein des établissements.

Il s’agira plus spécifiquement en ce qui concerne l’organisation du travail de : (i) reconnaître la pénibilité de la permanence des soins, (ii)améliorer la prise en compte du travail de nuit et garantir les temps de repos, (iii)mettre en place des mesures plus protectrices pour la santé au travail des RHS fragiles, (iv)mettre en place un système de suivi et de gestion des risques professionnels au sein des établissements.

1. Normes et standards

En ce qui concerne les normes et standards des RHS, les recrutements effectués ces dernières années ont permis une nette amélioration des ratios des Médecins, Infirmiers Diplômés d’Etat (IDE) et Sages-Femmes Diplômées d’Etat (SFDE). Le ratio agent de santé/population est désormais supérieur à la norme OMS.

Au plan national, en 2017 et 2018, le ratio médecin-population est de 1,4 médecin pour 10 000 habitants pour les deux années. 43% des districts sanitaires ont atteint la norme OMS en 2018 contre 42,2% en 2017. Le ratio infirmier-population est de 2,3 infirmiers pour 5 000 habitants en 2018 contre 2,1 en 2017 au plan national. Au niveau des districts sanitaires 93% en 2018 contre 90,4% en 2017 ont atteint la norme OMS. Concernant le Ratio sage-femme/femme en âge de procréer au plan national, il est de 2,7 sages-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer soit une sage-femme pour 1 104 FAP contre 2,3 en 2017.Au niveau des districts sanitaires 97,7% en 2018 contre 97,6% en 2017 ont atteint la norme OMS.

Malgré ces efforts, on note des faiblesses au niveau de la densité des prestataires de soins pour 1000 habitants, elle est au niveau national de 0,78 personnel de santé ; ceci est largement inférieur au seuil minimum de 2,3 pour 1 000 habitants recommandé par l’OMS.

Ce niveau de densité dénote des disparités enregistrées entre les différentes régions et districts sanitaires.

Au regard de ces disparités, il convient de disposer d’un outil de dimensionnement qui tienne compte des spécificités de chaque région sanitaire et du plan de développement sanitaire régional.

1. Planification

En matière de planification des RHS, il a été élaboré le PDRHS 2018-2022. Conjointement à ce plan, un Plan National d’Investissement dans les Ressources Humaines en Santé a été élaboré. Ces plans ont un faible taux de réalisation dû à une insuffisance de financements.

Différentes études sont constamment réalisées pour comprendre la dynamique du domaine des ressources humaines en santé et disposer de données factuelles pour la prise de décision. A cet effet, une étude analytique sur les ressources humaines en santé a été effectuée au cours de la période 2019-2020. Elle a été assortie de plusieurs rapports et d’une feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations portant sur les principaux défis du système de santé (Organisation des soins, compétences des RHS, pilotage, dimensionnement des RHS etc.).

En vue de s’assurer de l’effectivité des actions, un cadre de dialogue permanent permettant d’adresser les problématiques des RHS et le suivi des données RHS s’avère nécessaire. Il s’agit de l’Observatoire Ivoirien des Ressources Humaines en Santé dont l’une des principales activités sera de conduire la réalisation des comptes nationaux des personnels de santé. Ce cadre permettra de disposer de données probantes pour la définition de politiques et stratégies appropriées à la problématique des ressources humaines en santé en Côte d’Ivoire.

1. Production

Au titre de la formation initiale des agents de santé, il a été procédé à l’harmonisation des horaires et des modules du programme actuel de formation en vue de satisfaire aux critères et exigences du système LMD. Cela a consisté en particulier au niveau de l’INFAS à : (i) renforcer les capacités des 300 encadreurs en technique d’encadrement clinique en médecine, chirurgie, pédiatrie, santé publique et en SONUC, (ii)renforcer l’encadrement de l’effectif des étudiants dans les écoles de formation de base, (iii) mettre en place un Master en Sciences Infirmières et Obstétricales (SIO).

Le volet de la formation et du développement de compétences dans le domaine de la pharmacie et de l’industrie pharmaceutique est en cours d’analyse pour la création de master spécifique aux métiers de la chaîne d’approvisionnement. Outre le volet capital humain, il faut noter également la réhabilitation de l’Ecole de formation initiale d’Abidjan, des antennes de l’INFAS de Bouaké et de Korhogo qui contribuent à renforcer la capacité de production de l’institut.

En ce qui concerne la formation continue, le programme de renforcement des capacités a permis de perfectionner et de mettre au service du système de santé 1121 cadres et agents de santé formés.

En dépit de ces acquis, des défis doivent être relevés. Il s’agit de : (i) l’insuffisance de la mise en œuvre de la politique nationale de formation continue et de la recherche, (ii) l’insuffisance du financement par l’État pour la formation continue, (iii) des capacités d’accueil des établissements de formation du personnel paramédical, (iv) des sites de stage pour la formation, (v) du matériel didactique.

1. Recrutement et déploiement

Un cadre consensuel de projection de recrutement des personnels de santé sur la période 2014-2022 a été établi entre les ministères en charge de la santé, de la fonction publique et du budget. Ce cadre vise une gestion efficiente des Ressources Humaines de Santé au regard de la contrainte budgétaire de l’Etat. Il a permis, par les efforts soutenus de l’Etat, de recruter 16 481 professionnels de santé sur la période 2016-2020 dont 2953 en 2016, 2892 en 2017, 3301 en 2018, 3357 en 2019 et 3978 en 2020.

Depuis 2014, la stratégie de la régionalisation des postes des professionnels de santé est employée pour assurer le déploiement des personnels de santé. Elle est efficace en termes d’attractivité pour l’emploi en santé mais reste très limitée pour ce qui est de la fidélisation et de la rétention des personnels de santé dans les zones dites reculées ou mal desservies.

Des mesures tant coercitives qu’incitatives doivent accompagner la régionalisation et permettre de mettre en œuvre le projet régional de développement sanitaire. Il s’agira entre autres d’élaborer un guide de mobilité définissant les différentes trajectoires et les avantages associés en vue de susciter des vocations. A ce titre la codification et la pesée des postes sont nécessaires pour la valorisation de chaque trajectoire.

1. Gestion

La problématique majeure en matière de RHS est la répartition équitable des personnels sur l’étendue du territoire. A cet effet, le Ministère de la Fonction Publique a mis à la disposition de l’ensemble des administrations publiques un logiciel de gestion appelé Système Intégré de Gestion des Fonctionnaires et Agents de l’Etat (SIGFAE). Cette application, utile pour la gestion administrative du personnel, présente des limites au regard des champs d’intervention et de la spécificité du Ministère en charge de la santé.

Ainsi l’absence d’outil de dimensionnement approprié des RHS engendre une insuffisance d’information sur la situation des personnels de santé, notamment la cartographie des différentes catégories professionnelles.

Aussi s’avère-t-il nécessaire de :

* Etablir un système de gestion pour optimiser et sécuriser les processus-clés de gestion des RHS (recruter et affecter les talents, gérer les emplois et les compétences, gérer le contrat, piloter les effectifs et former les RHS) ;
* Effectuer la digitalisation des processus RH par l’intégration du logiciel iHRIS interopérabilité avec les logiciels (SIGFAE et DHIS2).

4.2.3.2 **Infrastructures et équipements**

1. Politique et réglementation

En vue de rattraper le retard de sous-investissement dans le secteur de la santé, le Gouvernement Ivoirien a créé un programme hospitalier 2018-2020. Ceci a permis d’actualiser l’arrêté n°0087-MSHP-CAB-du 08 mai 2019 portant composition des régions sanitaires. Au total, le programme concerne : pour les constructions neuves : 1 CHU, 9 CHR, 6 HG, 1 hôpital psychiatrique, 6 noyaux chauds et pôles spécialisés dans 6 hôpitaux existants, 1 centre de radiothérapie et d’oncologie, 3 hôpitaux militaires et 200 ESPC ; pour les réhabilitations : 2 CHU, 4 CHR, 13 HG et 400 à 800 ESPC. Ce programme est financé aussi bien dans le cadre du Contrat Désendettement Développement (C2D), l’Agence Française de Développement (AFD), des prêts concessionnels privés et des Partenariats Public-Privés (PPP).

Aussi, il existe un Programme des Actions Majeurs (PAM) 2021-2025 qui prévoit la construction, la réhabilitation et l’équipement des établissements sanitaires.

Pour améliorer l’opérationnalisation des districts, le MSHP a signé un arrêté n°0087 /MSHP/CAB du 19 mai 2019 portant organisation et composition des régions sanitaires. Ainsi, le nombre de districts sanitaires passe de 86 à 113 districts. Ce nouveau découpage a entrainé la désignation de nouveaux directeurs départementaux et régionaux qui pour assurer leur mission (supervision, coordination …) ont besoin de renforcement de capacités.

Pour rendre le secteur plus efficace et efficient, une amélioration du taux d’accessibilité géographique et de l'accroissement de l'offre de services de santé s’avère nécessaire.

Malgré tous ces efforts consentis par le gouvernement, des besoins restent encore à combler.

Le défi majeur qui s’impose est la mise en œuvre du PAM 2021 -2025.

1. Normes et standards

Le Ministère de la Sant dispose de deux (2) documents normatifs en matière d’infrastructure sanitaire. Il s’agit entre autres de :

* Plan National d’investissement (PNI 1505) : ESPC Exigences techniques des infrastructures
* Plan National d’investissement (PNI 1506) : Etablissements Sanitaires Publics de référence (HG & CHR)

Le plan type des ESPC est jusqu’à présent le modèle en Côte d’ivoire. Au sujet des HG et CHR, le plan s’adapte aux exigences de l’environnement et de leurs spécificités. Les nouvelles technologies et les nouveaux matériaux influent sur les constructions et réhabilitations exposant de nouvelles exigences. De ce fait, une actualisation des normes et standards s’impose.

Les problèmes majeurs rencontrés dans la réhabilitation et la construction des établissements sanitaires publics sont :

* Non-respect des normes d’implantation des établissements sanitaires publics dû à une multiplicité des interventions dans le domaine des infrastructures ;
* Non adaptation des normes aux réalités actuelles
* L’érection des centres de santé du niveau inférieur en centres de santé du niveau supérieur sans suivi normatif.

L’amélioration de la qualité de l’offre de soins se fera à travers de :

* L’actualisation des textes règlementaires prenant en compte les plans type de construction de réhabilitation et du plateau technique des établissements sanitaires
* Réviser le plan directeur des infrastructures
* Réviser le plan directeur de l'équipement
* Réviser les normes en infrastructures
* Réviser les normes en équipement.

1. Planification

Le Gouvernement et ses partenaires sont engagés dans un vaste programme de réhabilitation par l’élaboration d’un plan global et d’investissement pour le domaine des infrastructures sanitaires pour le pays.

Au niveau des infrastructures, au cours de la période 2012-2019, 10 hôpitaux généraux ont été construits et 22 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ont été réhabilités ainsi que 78 hôpitaux Généraux et 233 centres de santé urbains et ruraux. Le nombre total d’ESPC est passé de 2 023 en 2016 à 2 252 en 2017 et 2705 en 2019, dont 73,03 % en milieu rural et 26,92 % en milieu urbain. Le ratio ESPC -Population est passé de 0,9 ESPC pour 10 000 habitants en 2017 à 1,05 ESPC pour 10000 Habitants en 2019.

De plus, la Côte d’Ivoire a été doté de Centres Spécialisés offrant des plateaux techniques uniques dans la sous-région. Il s’agit, notamment, du Centre National de Radiothérapie, pour le traitement des cancers et de l’Hôpital Mère-Enfant de Bingerville et de l’hôpital psychiatrique de Bingerville. Le système sanitaire dispose en 2019 de 152 blocs opératoires dans les établissements publics dont 43 non fonctionnels, 260 laboratoires publics de biologie médicale dont 7 non fonctionnels, 91 services de radiologie dont 13 non fonctionnels, et 623 ambulances dans le secteur public.

Le taux d'accès aux services de santé est ainsi passé de 44 % en 2012 à 69 % en 2018. Quant au taux d’utilisation des services de santé au niveau des ESPC, bien qu’en hausse au niveau national 49,7 en 2019 contre 38,4% (2018), 37,8 % (2017) et 34,6 % (2016) reste faible dans certaines régions telles que Danané (29,1 %) et Séguéla (33,5 %). La fréquentation des centres de santé a baissé de 13% avec l’avènement de la maladie à corona virus.

Le système de santé est dominé par le secteur public, mais le secteur privé des soins de santé, qui inclut des prestataires de services à but lucratif et non lucratif (confessionnels et associations), ainsi que la médecine traditionnelle et des cliniques sur le lieu de travail est en croissance rapide. Le secteur privé de la santé contribue à environ 40 % des services de santé en Côte d’Ivoire et près de 60 % des dépenses de santé sont privées – dans le haut du classement des pays africains. La majorité des établissements privés sont situés dans des zones urbaines à Abidjan ou aux alentours. On compte près de 2000 établissements privés de santé en Côte d’Ivoire, dont la grande majorité (près de 93 %) met l’accent sur les soins primaires et les consultations. On ne compte que 13 polycliniques, qui offrent des services multiples.

Une faiblesse des plateaux techniques des structures de référence La maintenance des infrastructures et équipements et la gestion du patrimoine connaissent d’énormes difficultés avec de graves conséquences sur l’offre des services de santé

Bien qu’une amélioration de la disponibilité soit constatée sur la période, ces résultats restent en deçà des besoins prioritaires en infrastructure et en équipement au regard de la demande sans cesse croissante. L’accessibilité forme un obstacle majeur à l’utilisation des services : un tiers (33 %) de la population vit à plus de 5 kilomètres d’un établissement de santé publique ou plus de 30mn de marche d’un ESPC. De plus, on constate qu’il n’existe pas de commission d’agrément de construction et de réhabilitation.

En matière de disponibilité de moyens logistiques au niveau des établissements de santé pour la mise en œuvre des interventions, il convient de noter le renforcement du stockage des médicaments, vaccins et autres intrants par (i) la dotation des districts et régions sanitaires d’entrepôts et de chambres froides, (iii) le renforcement du parc auto-moto des structures de santé.

Pour répondre aux besoins, il faudrait :

* Réduire les zones de silences sanitaires ;
* Créer et mettre en œuvre une commission d’agrément de construction, d’équipement et de réhabilitation des ESP ;
* Poursuivre la mise en œuvre du PAM 2021 -2025
* Construire et équiper le Centre National de Radiothérapie et d’Oncologie Médicale de Grand-Bassam (CNROM)
* Créer une unité d’Oncologie Médicale dans 10 Régions
* Réhabiliter et équiper 10 ESPC dans les régions du LohDjiboua et du Haut Sassandra
* Réhabiliter et équiper 40 ESPC par an
* Réhabiliter le CHR de Daloa
* Réhabiliter les 4 HG (Adjamé, Bassam,Port-Bouët et Yopougon Attié)
* Acquérir des équipements biomédicaux pour l’Hôpital Militaire d’Abidjan, l’IC et le CHU de Bouaké
* Acquérir du matériel roulant et de chaîne du froid pour les districts sanitaires
* Développer un plan national de remise à niveau du réseau de soins primaires
* Construire une école de santé publique en Côte d'Ivoire
* Construire et équiper un laboratoire d'hygiène à Bingerville
* Créer un pôle régional d'excellence à Abidjan dans 3 spécialités ciblées : gynécologie, pédiatrie, cardiologie.

1. Maintenance

Aujourd’hui, tous les acteurs des structures sanitaires sont unanimes de l’importance des appareils dans le système sanitaire. De ce fait, plusieurs structures interviennent dans la gestion et la maintenance des infrastructures, des équipements et des installations techniques. Ce sont :

* 6 Centres Régionaux de l'Equipement, du Matériel et de la Maintenance (CREMM)
* 3 Ateliers de Maintenance des Districts (AMD)
* 3 nouveaux CREMM (Abidjan, Bouaké et Korhogo)

Il existe également un guide pour les services de laboratoire qui décrit les procédures par contre les autres services (radiologie, cabinet dentaire, urgences…) sont encore en cours d’élaboration.

Par ailleurs, il n’existe pas de ligne budgétaire pour la gestion de la maintenance des infrastructures et équipements vétustes et une insuffisance de ressources humaines au niveau de la DIEM et des CRIEM. De plus, la DIEM ne dispose d’aucun outil pour gérer le patrimoine des infrastructures et des équipements en temps réel sur toute l’étendue du territoire.

Pour répondre à toutes ces exigences, des défis majeurs doivent être relevés à savoir :

* La poursuite de plan PAM,
* Mettre en place un plan de remise en œuvre des CRIEM
* La construction et équipement de 2 CRIEM,
* La réhabilitation et/ou rééquipement des CREMM, AMD, ATS ET CTS
* L’inventaire du patrimoine du MSHP
* Elaborer la carte sanitaire du patrimoine des infrastructures et des équipements
* Mettre en place un outil de gestion du patrimoine des infrastructures et des équipements en temps réel
* Faire un plan d’amortissement des équipements
* Renforcer les capacités de la DIEM et des CRIEM

La mobilisation des ressources pour le développement de la maintenance préventive et curative

* Elaborer des guides de maintenance des équipements

4.2.3.3 **Produits pharmaceutiques, Produits sanguins et vaccins**

**Politique et réglementation**

La réforme du secteur pharmaceutique du MSHP débuté depuis 2012 a conduit à la création plusieurs entités à savoir :

La Nouvelle PSP, association sans but lucratif est chargée de l’approvisionnement et à la distribution de médicaments essentiels et intrants stratégiques de laboratoire (décret n°2013-792 de la 20/11/13 portante approbation de la convention entre l’Etat et la Nouvelle PSP de CI relative à l’approvisionnement et à la distribution de médicaments essentiels et intrants stratégiques de laboratoire).

L’Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP)qui une autorité administrative indépendante. Elle a pour mission de contribuer à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale, de contrôler le secteur pharmaceutique et de veiller au respect des lois et règlements dans les domaines de sa compétence pharmaceutique (décret 2018-926 du 12/12/2018 portant organisation et fonctionnement de l’AIRP)

La Direction de l’Activité Pharmaceutique (DAP) pour contribuer à l’amélioration de l’état sanitaire de la population vivant en Côte d’Ivoire par l’animation de l’activité pharmaceutique telle que décrite dans la politique sanitaire nationale (PPN) (arrêté n°0220/MSHP/CAB du 15/10/2020 portant organisation et fonctionnement de l’AIRP

Signature de la convention medicrime qui s’est traduit par un procès-verbal de la part de la république de Côte d’Ivoire, de la Convention du conseil de l’Europe sur la contrefaçon des produits médicaux et des infractions similaires menaçant la santé publique le 03/07/2019 au siège du conseil de l’Europe à Strasbourg-France.

Par ailleurs, on note qu’au niveau régional, le service de pharmacies ne fait pas partir dans l’organigramme de la région. De plus, LNSP ne dispose pas d’équipements nécessaires pour répondre aux besoins en matière de contrôle qualité.

Au vu de toutes ces réformes et de ces difficultés, pour assurer une disponibilité de produits de santé en quantité et en qualité, il faudrait une réforme du LNSP chargée de l’amélioration des performances de contrôle qualité des produits de santé (pré qualification OMS) en une autorité administrative indépendante et une actualisation des documents de politique pour une intégration des services de pharmacies au niveau des directions régionales sanitaires.

**Normes et standards**

Pour une meilleure gestion des produits de santé, plusieurs documents normatifs ont été produits et validés.

* En 2015, on note la mise en place d’un organe de coordination des approvisionnements dénommé Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements en Médicaments essentiels et produits de santé stratégiques en Côte d'ivoire (CNCAM CI) cf. Arrêté n" 134/MSLS/CAB du 20 mars 2015.
* Adoption en 2020 par le ministère en charge de la santé de la liste nationale des médicaments essentiels et matériel biomédical.
* Un arrêté ministériel portant instauration d’un code national produit pour les médicaments homologués en Côte d’Ivoire a été signé permettant la création d’une base de données centralisée (AMM et Code National Produit).
* Elaboration d’un document de standards d’organisation et de fonctionnement des pharmacies des établissements sanitaires publics élaboré depuis 2012 qui nécessite une révision tenant compte des besoins actuels
* Elaboration du recueil des protocoles thérapeutiques nationaux des pathologies en 2019
* Elaboration du manuel de procédures du Système Intégré de Gestion Logistique (SIGL) des produits de santé en CI en 2017.

En matière d’assurance qualité certaines structures du MSHP (la NPSP, le CNTS et la DC-PEV …) ont été certifiés ISO 9001 version 2015.Quant au contrôle qualité, le LNSP est accrédité à la norme ISO 17025 version 2017 et il est en cours de processus de requalification OMS.

S’agissant du Programme de Gratuité Ciblée, au niveau réglementaire, un arrêté a été pris pour faciliter la prise en charge pendant les 48 premières heures des malades admis en urgences.

En Janvier à Juin 2016, deux Arrêtés concernant la conservation du sang et la création des dépôts de sang ont été signés : Arrêté n°: 195 MSLS / CAB du 20 Octobre Janvier à Juin 2016 fixant les normes de qualité et de conservation du sang humain à usage thérapeutique et Arrêté n°: 196 MSLS / CAB du 20 Octobre Janvier à Juin 2016 portant création de dépôts de sang dans les structures sanitaires publiques et privées et fixant les modalités de cession des produits sanguins labiles humains à usage thérapeutique.

Malgré toutes ces avancées notables, il faudrait accentuer la communication auprès des professionnels de santé pour une meilleure application de ses mesures et actualiser certains documents normatifs (standards d’organisation et de fonctionnement des services de pharmacies des établissements sanitaires…).

**Planification**

En matière de planification, plusieurs plans ont été élaborés dont la mise en œuvre a permis d’améliorer le secteur pharmaceutique à savoir :

1. Le Plan Directeur Pharmaceutique National 2016-2020 (PDPN) arrimé sur la Politique Pharmaceutique National 2015 ;
2. Le plan quinquennal stratégique national de la chaine d’approvisionnement des produits de santé 2015 avec pour objectif d’améliorer la disponibilité et l’accessibilité financière des médicaments, vaccins et autres intrants stratégiques de qualité pour l'ensemble des clients des établissements sanitaires publics au coût le plus optimisé possible ;
3. La politique nationale et le plan stratégique national de promotion de la médecine traditionnelle ont permis d’améliorer la qualité des médicaments traditionnels mis sur le marché et de réaliser la première édition de la pharmacopée ivoirienne à base de 52 plantes médicinales.

L’année 2020 marquant la fin de leur mise en œuvre, une révision s’impose pour l’intégration des priorités du moment.

**Production**

La production locale de produits pharmaceutiques a connu des avancées notables du fait de la d’une volonté politique manifestée par: (i) la résolution prise lors du Conseil Présidentiel santé tenu le 9 août 2017 pour le renforcement des capacités industrielles pour la production pharmaceutique, devant passer progressivement de 6 à 12% de couverture des besoins nationaux en médicaments, (ii) la Communication en Conseil des Ministres de la Déclaration d’Abidjan pour l’industrialisation pharmaceutique de l’Afrique de l’Ouest.

Par ailleurs ont été réalisées notamment (i) la construction d'une unité de production de médicaments génériques à la nouvelle zone industrielle à Attinguié, (ii) la pose de la première pierre du laboratoire pharmaceutique **SAIF**, (iii) la construction d’un laboratoire pharmaceutique COOPER PHARMA, (iv) la construction du laboratoire Africure Pharmaceuticals (Grand-Bassam VITIB), et (v) l’inauguration du laboratoire Pharmanova (Grand-Bassam VITIB).

La production locale de médicaments traditionnels améliorés a été encadrée à travers (i) la sensibilisation les praticiens de médecine traditionnelle à la déclaration de leur unité de production artisanale et des médicaments traditionnels améliorés à la DPML, (ii) la réalisation des études pharmacologiques sur les médicaments traditionnels améliorés jugées efficaces, (iii) la sensibilisation des praticiens de médecine traditionnelle à la protection de leurs savoirs à l'OAPI.

Malgré ces efforts, la production locale des produits de santé reste encore faible (6%).

Pour favoriser une production locale industrielle, un plan national d’industrialisation locale doit être élaborée mise en œuvre d’un commun accord avec le ministère de l’industrie.

**La gestion des produits de santé**

En matière de gestion des produits de santé, nous nous intéresserons à la quantification, l’approvisionnement, au stockage, à la distribution et à la gestion des produits de santé proprement dite.

1. Quantification et suivi des plans d’approvisionnement

Avec la CNCAM-CI, la Coordination des approvisionnements est réalisée à travers la quantification des besoins et le suivi des plans d’approvisionnements. Cette quantification se fonde sur différentes données que sont les prestations des services et les consommations réelles ainsi que les changements des directives des programmes et les plans d’approvisionnement.

Bien que l’investissement dans le développement et le renforcement SIGL dans ces dernières années soient importants, les données de quantification sont encore de qualité peu fiable et de disponibilité limitée ou insuffisante pour prévoir les besoins en produits de santé. Par conséquent, de nombreuses prévisions sont effectuées sur des hypothèses.

Les directives de traitement évoluent, aussi, doivent être souvent révisées, adaptées et largement diffusées aux prestataires de santé. Leur utilisation cohérente n’est pas suffisamment renforcée. Par conséquent, les résultats de la quantification sont mitigés dans la méthode d’estimation par la morbidité.

Pour faire face à ces problèmes, il faudrait :

* Organiser la consolidation des données au niveau régional avant transmission au niveau central
* Renforcer le service suivi et évaluation pour la remontée des liées aux produits de santé ;
* Vulgariser les directives de prise en charge des pathologies pour une meilleure prise en charge des patients.
* Approvisionnement

La Disponibilité globale des produits essentiels de santé au niveau central était de 84% à fin 2019 pour une cible de 80%(source Nouvelle PSP). Les produits des programmes nationaux prioritaires de santé présentent une disponibilité variable relativement moyenne en raison du non-respect du plan d’approvisionnement par les partenaires.

Concernant la prise en charge de la pandémie à CoViD-19, sur 248.850.000 commandés, tous types de masques confondus, 223.670.698 ont été réceptionnés et 136.700.507 distribués aux cibles définies au 31 octobre 2020.

Quant à la disponibilité des produits de la Couverture Maladie Universelle (CMU), elle est passée de 85% en fin 2019 à 93% en juin 2020 % (source Nouvelle PSP).

Des défis sont à relever sur les prescriptions des produits de santé CMU car les consommations restent faibles par rapport aux prévisions.

Quant au taux de disponibilité au niveau périphérique, elle est passée de 56,39% à 71,44% de 2017 à 2019. Cette évolution se justifie par le renforcement de la coordination de la chaine d’approvisionnements au niveau périphérique.

Cependant, cette disponibilité est relativement faible au niveau des établissements sanitaires de premier contact. Ce faible taux est dû entre autres à une insuffisance de ressource humaine dédiée à la gestion des produits de santé au niveau ESPC surtout au niveau des centres de santé ruraux.

Pour améliorer les données à ce niveau, il faut :

* Renforcer les capacités des ressources humaines dédiées à la gestion des produits de santé
* Stockage

Concernant l’approvisionnement en médicaments et en intrants stratégiques, la réforme de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) a permis d’améliorer les indicateurs en matière de stock disponible. Au niveau central, on note une augmentation globale des capacités de stockage à la Nouvelle PSP. Cette augmentation se traduit par le doublement des espaces de stockage et une hausse du nombre de palettes et la création de l’agence de Bouaké financé par l’AFD sur C2D et le Fonds Mondial. Au niveau du PEV on a eu un accroissement de l’espace de stockage. Il s’agit de la construction de :

* 1 magasin sec et 2 mezzanines à Abidjan,
* 07 magasins secs en régions (Soubré, Divo, Man, Abengourou, Bouaké, Korhogo et Daloa.

Pour ce qui concerne la mise aux normes des pharmacies de District, on observe une augmentation des espaces de stockage et équipements. De même, 21 pharmacies de district ont été réhabilitées sur les 30 planifiées de 2018 à 2019**.** Malgré ces acquis, des besoins de réhabilitation pour certaines pharmacies des établissements sanitaires publics et la construction de locaux pour les nouveaux districts restent à combler.

Outre ces réalisations, des défis qui se présentent sont :

* La poursuite de la mise aux normes les espaces de stockage de pharmacies des établissements sanitaires conformément aux standards d’organisation et de fonctionnement.
* La construction d’autres agences de la NPSP afin de permettre l’accessibilité des produits de santé.
* Distribution

Des efforts fournis pour le respect du plan d’approvisionnement avec une bonne gouvernance des achats et une accessibilité financière des produits vitaux ont permis d’améliorer le taux de satisfaction des livraisons conformes aux commandes clients. Le renforcement des capacités de distribution par la stratégie de contractualisation du transport et l’acquisition de véhicules et engins de manutention a permis de faciliter les traitements de commandes et d’améliorer les délais de livraison.

Au niveau périphérique, le renforcement du processus de distribution des produits de santé jusqu’au dernier kilomètre à travers le projet pilote de distribution a entrainé une augmentation de la proportion d’ESPC livrés par les Districts. A ce jour 79% des ESPC sont livrés par les districts contre 58% en 2018 (rapport d’activités 2019 PNDAP).

Ainsi, les capacités de distribution des produits de santé jusqu'au dernier km ont été renforcées par : (i) la mise en œuvre d’un plan de renouvellement des moyens logistiques (roulants) permettant la distribution des produits de santé, et (ii)l’opérationnalisation d’un projet pilote de distribution au dernier km (approches publiques et Partenariat Public Privé (PPP)) par la validation des procédures opérationnelles standards de distribution des produits de santé y compris la SR/PF jusqu'au dernier kilomètre et l’acquisition de matériel roulant.

Malgré ces acquis, des difficultés demeurent. Ce sont : i) l’Insuffisance de moyens de fonctionnement (carburant, maintenance…) des véhicules; ii) l’absence de moyens roulants pour les nouveaux districts ; iii) l’impraticabilité de certaines voies surtout selon les saisons ; les moyens de locomotion pas toujours adaptés à la distribution des produits de santé pour certains sites.

Pour pallier à toutes les difficultés, il faudrait :

* Elaborer et mettre en œuvre un plan de maintenance et d’entretien en continu des moyens de locomotion pour la distribution ;
* Améliorer les moyens de fonctionnement pour la distribution des produits de santé (carburant, communication…) ;
* Evaluer les besoins en moyens de fonctionnement pour la distribution des produits de santé en se basant sur les réalités du terrain ;
* Renforcer certains districts en moyens de distribution adaptés.
* Gestion des stocks et système IT (outils et système IT)

En matière de disponibilité des outils de gestion pour la collecte et le rapportage des données pharmaceutiques au niveau des établissements de santé, il a été entrepris pour pallier aux ruptures de stock et faciliter le rapportage des données : (i) le renforcement des capacités des gestionnaires de pharmacie en gestion logistique par la mise en œuvre de la formation par e-learning et visioconférence débuté en juillet 2020; (ii) la mise en place d'un Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) national automatisé et intégré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec l’existence du manuel de procédures, (iii) un logiciel de gestion au quotidien des consommations et des stocks (m Supply) en cours de déploiement, depuis octobre 2020, avec un taux de couverture national de 12% et un taux d’utilisation de 85%.

Aussi, le Programme Alimentaire Mondiale (PAM)appuie la CNCAM pour l’analyse et l’exploitation des données issues des outils de gestion mais limité au niveau central et non déployé au niveau régional.

Dans le but d’améliorer la santé de la population au niveau communautaire, il a été entrepris de nombreuses initiatives, pour ce qui est de la gestion des produits de santé au niveau communautaire on observe, une visibilité limitée des produits de santé gérés par les agents de santé communautaire.

Pour ce qui est de la gestion des produits sanguins, une plateforme de gestion des produits de sang dénommée e-Bank de sang qui est encore en phase pilote et reste à être déployé.

Pour améliorer la gestion des produits de santé, des défis demeurent :

1. Garantir la connectivité internet en continu ;
2. Améliorer l’utilisation du logiciel de gestion de stock des produits de santé (m-supply) par la signature d’un arrêté ;
3. Etendre l’outil d’analyse et d’exploitation des données conçu par le PAM au niveau régional pour une prise de décision éclairée ;
4. Mettre en place des procédures de gestion des produits de santé au niveau communautaire.

Utilisation rationnelle

Dans le cadre de l’usage rationnel des antimicrobiens, le gouvernement ivoirien a adopté le programme de la 68eassemblée mondiale de la santé de Mai 2015 qui a exhorté les Etats Membres à élaborer un plan d'action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Dans ce cadre, un plan d'action de lutte contre la Resistance Anti Microbiens (RAM) impliquant la médecine humaine et vétérinaire, l'environnement et le secteur agro-alimentaire a été rédigé et validé au cours de divers ateliers avec la participation des différents secteurs susmentionnés.

La résistance aux antimicrobiens résulte du mauvais comportement des prescripteurs ainsi que des consommateurs. Ce qui devrait entrainer la mise en place d’un système de vigilance efficace.

Pour répondre à ces facteurs, il faudrait mettre en œuvre le plan d’action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et développer un système de vigilance efficace par la création d’un centre national de pharmacovigilance.

4.2.3.4 Qualité des prestations

La qualité des prestations des soins et services de santé aux populations est devenue une exigence et pour l’assumer le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique a adopté le document de Politique Nationale d’Amélioration de la Qualité des Soins et des Services (PNAQS). Elle définit le cadre de développement de la qualité dans le secteur de la santé qui s’articule autour de la promotion d’une carte sanitaire équilibrée en termes d’offre de soins, l’extension et le renforcement de la gratuité des soins, l’amélioration de la fréquentation des soins.

#### 4.2.3.5 Résilience face aux catastrophes

Sécurité sanitaire

La Côte d’Ivoire dispose d’une plateforme pour la réduction de risque de catastrophe (décret n°2012-988 du 10 octobre 2012 portant création, attributions, organisation de la plateforme nationale de réduction des risques et de gestion des catastrophes) et d’un plan d’action national de lutte contre les menaces Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques 2015-2017 (NRBC). Et mieux d’un plan annuel national de sécurité sanitaire (PANSS) qui comporte 03 axes d’intervention, 13 capacités et 19 domaines d’intervention. Ce plan est évalué annuellement à l’aide de l’outil SPAR.A l’issue de l’évaluation du 04 décembre 2020, les résultats obtenus sont variables selon les domaines cf. évaluation du PANSS, décembre 2020).

Concernant la surveillance épidémiologique, la préparation et la riposte aux épidémies et évènements de santé publique (portée nationale ou internationale), est régie par deux documents de l’OMS/AFRO que sont : le guide de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte 3è édition (SIMR) et le Règlement Sanitaire International (RSI 2005). La Côte d’Ivoire a adapté et validé la SIMR au contexte sanitaire ivoirien (Novembre 2019) et adopté le RSI 2005, entré en vigueur le 15 juin 2007.

Afin de renforcer le cadre réglementaire, des décrets suivants ont été pris :

1. Décret n° 2019-292 du 3 avril 2019 portant création, attributions, organisation, fonctionnement du Centre des Opérations d’Urgence de Santé Publique (COUSP)
2. Décret n°2019-293 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de la plateforme nationale « UNE SEULE SANTE » du 3 avril 2019.
3. Décret n° 2020-498 du 10 juin 2020, portant création, attribution, organisation et fonctionnement des points d’entrée terrestres, maritimes, aéroportuaires, fluviaux-lagunaires et ferroviaires.

Au regard de ces résultats, certains domaines ont encore besoin d’être renforcés :

1. Absence de plans d’urgence de santé publique au niveau des frontières terrestres et dans les ports d’Abidjan et de San Pédro ;
2. Absence de la cartographie des risques et les ressources de santé publique prioritaires au niveau départemental et régional,
3. Existence d’une multiplicité de systèmes de notification électronique des maladies et évènements de santé publique à l’interface homme/animale/environnement ;
4. Insuffisance de surveillance en laboratoire des agents antimicrobiens ;
5. Insuffisance des capacités (humaines, matérielles, logistiques) à mettre en œuvre la surveillance base sur les événements
6. Faible taux de couverture de la formation et d’appropriation du guide de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR 3e édition)
7. Absence d’intégration des modules SIMR dans les curricula de formation dans les écoles de formations de base de l’UFR des Sciences médicales, de l’INFAS, des écoles d’agriculture et vétérinaire
8. Insuffisance de COUSP dans les régions sanitaires (04 sur 33 régions)
9. Insuffisance des capacités (ambulances, personnel qualifié pour le contrôle sanitaire, matériel de travail, cellule d’isolement etc.) aux points d’entrée (PoE) (05 points d’entrée sur 42),
10. Insuffisance de capacités (humaines, matérielles) en matière de gestion des menaces nucléaires et radiologiques

Pour mieux répondre aux urgences sanitaires, il faudrait :

1. Assurer la gestion efficace des menaces chimiques, radiologiques et nucléaire
2. Améliorer la gestion des infections liées aux soins
3. Mobiliser rapide des ressources matérielles et financière des urgences de santé
4. Construire et équiper un laboratoire d'hygiène à Bingerville

Lutte contre la maladie

Le quatrième axe sur la lutte contre la maladie, est couvert par l’Effet 4, la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies sont réduites d'ici 2020 de 50% avec huit Effets intermédiaires qui couvrent les domaines d’actions prioritaires suivant, le paludisme, le VIH/sida, la malnutrition, la vaccination, les maladies à potentiel épidémique, la tuberculose, les maladies non transmissibles, les maladies tropicales négligées.

4.2.4.1 Paludisme

Selon le RASS 2018, l’incidence du paludisme est de 189,86 pour mille dans la population générale. Le taux d’incidence national du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est en hausse, elle est passée de 281,8 pour mille en 2017 à 492,9 pour mille en 2018, soit une hausse de 74,9%.

Pour la lutte contre le Paludisme, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), a distribué15 875 381 moustiquaires imprégnées à longue durée d’action (MILDA) durant la campagne de masse 2017-2018. Le taux d’utilisation des MILDA est passé de 50% à 63.2% de 2016 à 2019, la couverture des femmes enceintes en troisième dose de Sulfadoxine - pyriméthamine (SP3) est passée de 23% en 2016 à 53% en 2019. Le taux de confirmation (TDR / Goutte épaisse) est passé de 73% en 2016 à 88% en 2019. Chez les enfants de moins de cinq ans, 93% des cas de paludisme confirmé ont été traité par CTA dans le secteur public, 89% dans le secteur privé et 97% au niveau communautaire.

Cette augmentation de l’incidence pourrait s’expliquer par un mauvais diagnostic, le paludisme étant devenu le diagnostic par défaut. En outre, la mise à échelle des interventions au niveau communautaire et dans le secteur privé a entrainé un fort recrutement des cas.

De même, l’analyse des données du DHIS2 et les missions de contrôle de la qualité des données dans les 12 districts sentinelles faite par le PNLP en collaboration avec la DIIS et MEASURE EVALUATION a montré que les cas présumés sont comptabilisés dans les cas confirmés de paludisme simple (rapport PNLP 2017, 2018).

En dépit de ces résultats encourageants, la lutte anti vectorielle intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et de la communauté reste une priorité. Le développement d’une approche multisectorielle effective permettra de (i) réduire les taux de mortalité lié au paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015 ; (ii) réduire l'incidence des cas de paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015 et (iii) renforcer et maintenir les capacités de gestion, de coordination et de partenariat du programme pour atteindre les performances à tous les niveaux.

4.2.4.2 VIH/sida

Selon l’enquête de l’étude CIPHIA 2017, la prévalence observée était de 2,5% (3,6% chez les femmes et 1,4% chez les hommes). Selon l’analyse SPECTRUM 2020, la prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans est estimée à 2,39%.

L’épidémie de VIH reste généralisée avec 80 des 86 districts sanitaires du pays qui ont une prévalence supérieure à 1% et concentrée avec une prévalence supérieure à 5% chez les populations clés (11,4% chez les TS[[16]](#footnote-16), 11,57% chez les HSH[[17]](#footnote-17), 9,5% chez les UD[[18]](#footnote-18) et 7,9% chez les populations carcérales)[[19]](#footnote-19).

Les adolescentes et jeunes femmes sont exposées de façon très disproportionnée par rapport aux hommes (taux d’incidence moyen du VIH le plus élevé : 1,24 pour 1000). Des progrès encourageants ont été enregistrés ces dernières années, notamment en termes de réduction des nouvelles infections à VIH (- 54% entre 2010 et 2019), des décès dus au sida (- 52% entre 2010 et 2019) et dans l’atteinte des 90-90-90 : (1er 90 : 79%, 2ème 90 : 63%, 3ème 90 : 45%) ainsi que le taux de Transmission Mère Enfant (TME) du VIH sur la période d’allaitement qui est passé de 26,3% en 2010 à 10,9% en 2019.

Pour adresser de façon spécifique la question de la santé des adolescents et jeunes, la Côte d’Ivoire opté pour la création du Programme National de Santé Scolaire Universitaire Santé Adolescent et Jeunes (PNSSSU-SAJ) par arrêté N°888/MSHP/CAB du 22 Mars 2017.

Le nombre de SSSU-SAJ ont vu leur nombre augmenté de 20,54% de 2016 à 2020 avec un taux de couverture géographique des districts sanitaires de 77,87%.

Le taux de la réalisation de la Visite Médicale Systématique (VMS) en vue de la prévention et du diagnostic précoce des pathologies handicapantes des adolescents et jeunes scolarisés est passée de 6,52% en 2016 à 30% en 2020.

La disponibilité et la gratuité de l’offre de Service de Santé Reproductive / Planification Familiale (SSR/PF) au niveau des SSSU-SAJ est passée de 67,12% en 2016 à 100% en 2019 avec une augmentation du nombre des utilisatrices de méthodes contraception

De plus, la fourniture gratuite de kits d’IST dans les SSSU-SAJ a contribué à la prise en charge des cas d’IST (Rapports Bilan 2018-2019, PNSSU-SAJ). L’intensification de la sensibilisation des adolescents et jeunes sur la thématique des grossesses en milieu scolaire à travers entre autres la plateforme digitale « e-santé jeune » à contribuer à réduire l’incidence des grossesses en milieu scolaire passant de 5076 en 2014 à 3562 en 2019 soit une réduction de 29,83% et de toucher de 2 093 878 en 2020

De 2016 à 2019, les capacités de 703 prestataires santé soit 3,41% des prestataires issus de 23,52% des CHR, 5,67% HG et 3,27 % ESPC dont les SSSU-SAJ ont été renforcées à l’offre des services adaptés et un continuum de soins aux adolescents et jeunes

Malgré ces efforts, le VIH demeure toujours un enjeu majeur de santé publique en Côte d’Ivoire.

La régression de l’utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels payants (76,2% dans l’étude Impact 2017, contre 81,8% dans l’IBBS 2014) soulève un problème de qualité des interventions de CCC (insuffisance de formation et turn-over élevé des pair éducatrices, suivi insuffisant de la qualité des services par les organisations communautaires elles-mêmes et par les districts sanitaires, inadaptation des canaux de communication utilisés).

Les principaux défis du PSN 21-25 se fera par (i) un ciblage et une couverture des populations clés difficilement atteignable ;(ii) la promotion de l’index testing dans les conditions d’encadrement strict et de respect des droits des personnes concernées et la promotion des avantages de la CPN au premier trimestre de la grossesse et du dépistage du VIH, la syphilis et de l’hépatite.

S’inscrivant dans la logique des 3-95, des efforts particuliers seront investis dans l’élimination de la TME, la prévention des nouvelles infections à VIH chez les jeunes filles et femmes, ainsi que la couverture des services en dépistage et de prise en charge du VIH pour réduire les nouvelles infections, notamment au sein des couples stables, et les décès liés au VIH.

4.2.4.3 Malnutrition

La malnutrition en Côte d’Ivoire, en particulier chez les enfants et les femmes en âge de

procréer demeure un problème majeur de santé publique. Il est de plus en plus reconnu que la

malnutrition maternelle, infantile et le développement inadéquat du jeune enfant sont des

obstacles majeurs au développement économique et social. En effet, la Côte d’ivoire est

confrontée au triple fardeau de la malnutrition marquée à la fois par la persistance de (i) la

sous-nutrition, (ii) des carences en vitamines et micronutriments et (iii) l’accentuation de (iii)

la surnutrition.

Concernant la sous-nutrition elle se manifeste sous différentes formes. i) la malnutrition

chronique (retard de croissance) représente la forme la plus répandue avec une prévalence de

21,6% chez les enfants de moins de 5 ans. Cet indicateur demeure très élevé dans les

ménages les plus pauvres (30,1%), et dans le Nord (29,6%) et est associé à un mauvais

développement cognitif de l’enfant et à des performances scolaires insatisfaisantes; ii) la

malnutrition aigüe (émaciation) dont la prévalence est de 6% et touche davantage les

garçons (6,6%) que les filles (5,5%); iii) l’insuffisance pondérale dont la prévalence est

16,7% avec un risque de naitre avec un faible poids plus élevé dans les ménages les plus

pauvres (19,0%) et ceux du Sud-Ouest (21,7%).

La sous nutrition maternelle est marqué par une proportion de 7,8% des femmes âgées de 15-

49 ans et 14,7% des adolescentes (15-19 ans) ayant un indice de masse corporelle (IMC)

inférieur à 18,5 kg/m, caractérisant la maigreur. La proportion de femmes en âge de procréer

souffrant de maigreur demeure plus élevée en milieu rural (9,6%) et dans les ménages les plus

pauvres (11,1%).

La prévalence de la malnutrition au sein des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVIH) est

élevée. En 2009, 28,7% des adultes PVVIH dont 10,1% étaient en insécurité alimentaire.

33,1% des enfants Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) du fait du VIH de 6 à 59 mois

étaient malnutris.

S’agissant de la surnutrition surpoids et obésité: i) la proportion des femmes de 15-49 ans

en surpoids (IMC > 25 kg/m), est de 19,4% et celles souffrant d’obésité (IMC > 30 kg/m)

est de 10,1%. Le risque de surpoids ou d’obésité est en augmentation pour les femmes quelque que soit leur milieu social mais il est particulièrement élevé parmi les femmes des ménages les plus riches (44,1%) et celles vivant à Abidjan (43,0%) ou en milieu urbain (38,9%).

L’obésité infantile a reculé de 3,0% à 1,5% entre 2012 et 2016. Compte tenu de l’urbanisation

croissante et de la transition nutritionnelle en cours, les cas de surpoids et d’obésité risquent

toutefois de se multiplier chez les enfants et les adolescents dans les années à venir.

En ce qui concerne les carences en micronutriments 66,4% des femmes de 15-49 ans

souffraient d’anémie, dont 72,9% en milieu rural, la proportion d’enfants de moins de 5 ans

souffrant d’anémie (hémoglobine < à 8,0 g/dl) était de 16,4% mais atteignait 28,4% pour les

enfants âgés de 12 à 17 mois et 26,3% pour ceux de 18 à 24 mois. Bien qu’il n’y ait pas eu

d’études récentes sur le sujet, il est probable que des carences en vitamine A et en iode

continuent d’affecter un nombre important de femmes en âge de procréer, d’enfants et des

adolescents.

Les problèmes centraux de la lutte contre la malnutrition dans le système de santé sont:

1) la faible utilisation des services de santé pour la prévention et le traitement des

différentes formes de malnutrition. Cette situation s’explique par: i) les barrières

communes à l’utilisation des services de santé en général; ii) la faiblesse des activités promotionnelles et préventives menées par le système de santé; iii) le manque de formation du personnel de santé à la détection et à la fourniture de conseils nutritionnels; iv) le manque d’équipements essentiels pour la surveillance de la croissance et du poids et de

directives en matière de nutrition dans de nombreux établissements sanitaires; v) le faible

taux de fréquentation des établissements sanitaires par les enfants âgés de plus d’un an, ce qui

réduit l’impact de la mise en œuvre de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage en routine.

Au niveau institutionnel les principales contraintes sont liées à i) un déficit de financement

des interventions de nutrition dans le système de santé; ii) une faible intégration du caractère

multisectoriel de la nutrition dans les politiques sectorielles;

2) la pratique de soins et d’une alimentation inadéquates qui se traduit par i) une forte

proportion d’enfants de 6-23 mois qui ne bénéficient pas d’un régime alimentaire minimum

acceptable (87,5%); une faible proportion d’enfants de moins de 6 mois qui bénéficient d’un

allaitement exclusif (23,5%); iii) une faible proportion d’enfants de 6-23 mois qui sont

allaités et bénéficient d’une alimentation de complément. Cette situation est liée à: i) un

manque de connaissances et de conseils en matière de nutrition et d’alimentation; ii) au peu

de temps que les mères consacrent à leurs enfants; iii) au faible taux d’achèvement des CPN

par les femmes enceintes /mères; iv) à l’absence d’un programme d’éducation parentale en

matière de développement intégré de la petite enfance.

Les défis de la lutte contre la malnutrition dans le système de santé restent: i) la promotion

des bonnes pratiques nutritionnelles et des mesures préventives à travers la

communication pour l'adoption des comportements et des normes sociales favorables à la

nutrition ;ii) le renforcement de la prise en charge de la malnutrition,à travers la création

et la redynamisation des unités nutritionnelles (UNTA et UNT) et la mise à disposition des

intrants nutritionnels; iii) le renforcement des ressources humaines qualifiés en matière

de prise en charge des problèmes de nutrition

4.2.4.4 Vaccination

Selon la MICS-5, le taux de couverture en VAT2+ (au moins deux doses de vaccin antitétanique) qui immunise la femme enceinte et protège l’enfant à naître contre le tétanos néonatal a reculé de 67,2 % en 2012 à 65,7 % en 2016, avec un niveau de couverture en forte baisse dans le Nord (47,7 % en 2016 contre 66,9 % en 2012) et toujours faible dans le Nord-Ouest (54,5 %), le Sud-ouest (50,6 %) et parmi les femmes des ménages les plus pauvres (54,6 %).

Toutefois, selon le RASS 2017, le taux de couverture en VAT2+ a progressé entre 2016 et 2017 pour atteindre 84,5 %, 15 districts sanitaires sur 83 ayant un taux de couverture supérieur à la cible PEV pour 2017 de 92 %.

Graphique 1: Taux de couverture VAT2+

Une étude sur les raisons de la non-vaccination ou de la vaccination incomplète des mères d’enfants de 0-11 mois, citée par le Plan pluriannuel complet du PEV 2016-2020 (PPAC-PEV 2016-2020), montre que les principaux goulots d’étranglement dans ce domaine sont : (i) le manque d’information dans 39,1 % des cas, 22,7 % des femmes enceintes ne connaissant pas le calendrier vaccinal du VAT et 11,9 % d’entre elles ignorant la nécessité même de la vaccination ; (ii) le manque de motivation des mères dans 35,8 % des cas, les mères se montrant souvent négligentes ;et (iii) des obstacles liés à l’offre, à la qualité des services et au coût de la vaccination dans 20 % des cas.

Selon l’étude sur l’équité dans l’accès aux soins de santé, 36 % des femmes enceintes interrogées ont dû payer pour une activité de vaccination pendant leur grossesse, pour un coût variant de 100 à 5 300 FCFA.

Selon le Plan pluriannuel complet du Programme élargi de vaccinations (PPAC-PEV) 2016-2020, même si le nombre de jours de rupture en dessous du stock de réserve au niveau central était nul en 2015, les services de vaccination connaissent régulièrement des ruptures de vaccins et de consommables sur le terrain pour des raisons diverses (mauvaises planifications, retard dans le dédouanement). Cette situation est confirmée par l’enquête SARA (2016) qui montre que si 83 % des établissements offrant des soins prénatals disposent du

VAT, cinq régions sanitaires ont des taux de disponibilité inférieurs à 75 %, parmi lesquelles Indénié-Djuablin (54 %), Hambol (60 %), Haut-Sassandra (63 %), Abidjan 1 (64 %) et Abidjan 2 (73 %).

Les facteurs contribuant à la persistance d’un taux de décès élevé du fait des IRA sont multiples et difficiles à déterminer avec précision. Les enfants dont le système immunitaire est affaibli par des infections comme le VIH ou la rougeole, par la malnutrition, notamment les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas exclusivement allaités, et ceux qui vivent dans un environnement où l’air est pollué par l’utilisation de combustibles solides comme le bois et le charbon de bois pour cuisiner courent un risque important de contracter des IRA.

S’agissant de la prévention des IRA, la MICS-5 montre que le taux de couverture en DTC-HepB-Hib3 ou Penta 3 des enfants de 12-23 mois a peu progressé entre 2012 (63,8 %) et 2016 (67,9 %) et que seuls 48,8 % des enfants de 12-23 mois ont reçu les trois doses de PCV-13 introduit en 2014 dans le calendrier de routine afin de renforcer l’immunisation contre les infections à pneumocoque. Pour les deux vaccins, les taux de couverture sont les plus bas lorsque l’enfant est issu des ménages les plus pauvres (Penta 3 : 55,6% ; PCV-13-3 : 42 %), sa mère n’a pas reçu d’instruction (Penta 3 :60,2% ; PCV-13-3 : 41,7 %) ou lorsqu’il réside dans les régions du Nord (Penta 3 : 51,7% ; PCV-13-3 : 28,4 %), du Nord-Ouest (Penta 3 : 52,1% ; PCV-13-3 : 34,7 %) ou de l’Ouest (Penta 3 : 60,2% ; PCV-13-3 : 38,1 %).

L’enquête sur l’équité dans l’accès aux soins de santé montre que les principales raisons de la non-vaccination ou d’un taux d’abandon important se situent du côté de la demande et tiennent à la négligence des parents (42 %), à leur ignorance du calendrier vaccinal (19 %), à l’absence de temps pour venir jusqu’au centre en raison des occupations de la mère (13 %) et aux effets secondaires (réels ou allégués) des vaccins comme la fièvre ou les éruptions cutanées (5 %)

4.2.4.5 **Maladies à potentiel épidémique**

Les maladies à potentiel épidémique font l’objet d’une surveillance régulière permettant une alerte précoce, l’investigation des cas et la prise en charge.

En 2018, la Rougeole, la Méningite, la fièvre jaune, la grippe, le choléra, ont enregistré respectivement 2 446 cas suspects dont 252 cas confirmés, 271 dont 33 cas confirmés, 1 541 cas suspects dont 09 cas confirmés, 2 840 cas suspects avec 212 cas confirmés, 10 cas suspectés dont 0 cas confirmé.

Au nombre de ces maladies à potentiel épidémique, on compte la Maladie à Virus Ebola (MVE), zika, Lassa et la Covid 19 qui appellent au renforcement du dispositif de surveillance et de rapportage, de compétence des prestataires pour l'investigation des cas, du réseau de laboratoire national, du dispositif de riposte/réponse et de la lutte anti-vectorielle.

4.2.4.6 Tuberculose

Selon le RASS 2018, le taux de notification de la tuberculose est de 85 cas pour 100 mille habitants. Il est en baisse par rapport en 2017 qui avait 87 cas pour 100 mille habitants. Sur 21031 cas de tuberculose, 4090 ont été déclarés positifs au VIH, soit 19,6% de co-infection TB/VIH. La prévalence de la tuberculose chez les usages de drogues est de 9,8% selon le rapport d’étude réalisée en 2016-2017 par le PNLP.

Le taux de perdus de vue au cours du traitement est passé de 7% à 4% et le taux de décès est resté constant à 7% (Rapport PNLT 2015 à 2017).

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre la Tuberculose, la Côte d’Ivoire a impliqué 339 structures en 2019 faisant passer le nombre de cas de tuberculose de 22 879 en 2015 à 21 498 en 2019. Le renforcement du réseau de laboratoire avec l’acquisition d’outils diagnostic performant (le nombre de machines GeneXpert est passé de 11 en 2016 à 30 en 2019) a permis l’amélioration du taux de succès thérapeutique qui est passé de 81% en 2016 à 85% en 2019.

La prise en charge des patients atteints de tuberculose résistante s’est améliorée avec l’acquisition d'appareils ECG et les audiogrammes. Les interventions communautaires sont renforcées par la détection des cas présumés dans la communauté et leur référence par les ASC. En 2019, 99% des patients tuberculeux ont bénéficié du test de dépistage pour le VIH et 97% des patients coinfectés ont bénéficié d’une thérapie ARV. Les structures de prise en charge du VIH ont intégré la lutte contre la tuberculose à travers la recherche active des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Le taux de recherche active de la tuberculose est en nette progression de 34% en 2015 à 75% en 2019.

Nonobstant, les actions menées (i) la persistance de cas manquants non diagnostiqués et pris en charge dans la communauté malgré l’amélioration de la notification ; (ii) la sous-notification et le sous-diagnostic de la tuberculose de l'enfant, (iii) la mortalité élevée chez les malades tuberculeux, (iv) l’insuffisance du Plateau technique de diagnostic et des ressources humaines, (v) le retard dans l’acquisition des médicaments antituberculeux de première ligne restent des problèmes pour l’éradication de la Tuberculose en Côte d’Ivoire.

La mise en place d’une stratégie différenciée de dépistage et de diagnostic entre Abidjan et les villes de l’intérieur permettra l’amélioration du diagnostic bactériologique de la tuberculose par l’utilisation des techniques moléculaires (Xpert, LAMP TB) en diagnostic initial ainsi que la thérapie préventive chez tous les sujets contacts domiciliaires des patients tuberculeux.

4.2.4.7 Maladies non transmissibles

Les principales maladies non transmissibles enregistrées sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et celles liées à la santé mentale.

Les décès causés par les maladies non transmissibles représentent 31% de l’ensemble des décès enregistrés. Par ordre d’importance décroissante des décès dus aux maladies non transmissibles, l’on retrouve les affections cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète.

Pour une meilleure prise en charge des MNT, la CI, a procédé à la décentralisation de la prise en charge de ces maladies. Cela s’est fait par deux approches : le renforcement des capacités des prestataires de soins sur le dépistage (490 Médecin Généraliste, 588 Infirmier, 323 Sage-femme et 96 AS) et la prise en charge adéquat des cas (449 Médecin Généraliste, 325 Infirmier, 107 Sage-femme et 215 AS). On note également la création de 11 unités de prise en charge intégrée du diabète et de l’hypertension dans les CHR et la construction d’un centre de radiothérapie. En plus de la décentralisation des capacités de prise en charge, l’Etat de CI, a réduit les coûts d’accès aux soins pour les cancers du sein et le diabète par la subvention des prix des médicaments.

Par ailleurs, les cadres institutionnels de la lutte contre ces maladies ont été renforcés par la prise de décret régulant la consommation du tabac dans les lieux publics.

Malgré les acquis, la lutte contre les maladies non transmissibles reste encore très faible au niveau périphérique (premier échelon du système de santé). Les activités de prévention primaires et secondaires de ces maladies sont insuffisantes.

La prévalence du diabète et celle de l’HTA reste importante avec des taux respectifs de 6.2% et de 39.92% selon l’enquête PREVADIA réalisée en 2017.

La santé mentale occupant une place de choix dans les interventions essentielles pour l’atteinte de l’ODD 3.4. Les maladies mentales en CI reste difficile à mesurer par insuffisance de données sur leurs prévalences et leurs distributions au niveau National.

Cependant le pays a mené des actions de lutte contre ces maladies notamment par la décentralisation de leur prise en charge et le renforcement des capacités de détection et de prise en charge du stress en milieu professionnel, débutant avec 50 entreprises à Abidjan.

4.2.4.8 Maladies tropicales négligées

La Côte d'Ivoire subit le lourd fardeau des maladies tropicales négligées endémiques qui constituent l'un des obstacles majeurs à l'atteinte des ODD. Ces maladies ont une évolution pernicieuse au sein des populations les plus vulnérables, entraînant des souffrances chroniques, des incapacités graves et mettant en jeu le pronostic vital. Elles peuvent se classer en deux (2) groupes. Celle à chimiothérapie préventive avec des taux d’endémicité allant de 88,33% pour la Filariose lymphatique, de 85,71% pour l’Onchocercose, de 100% pour la Schistosomiase et les Géohelminthiases et de 69,64% pour le trachome. Et, les MTN à Prise en Charge par Cas dont la Trypanosomiase humaine africaine, l’Ulcère de Buruli, la Lèpre (0,92 cas pour 10 000 hbts).

Dans le cas de la lutte contre les MTN -CP, des traitements de masses gratuits sont conduits sur le territoire national. Dans ce cadre, des distributions de masse suivies de l’évaluation d’impactont été réalisé dans 80 districts sanitaires. Ces distributions de masse portaient sur l’Ivermectine couplée à l’albendazole contre la Filariose lymphatique, les Géohelminthiases et l’Onchocercose.La couverture thérapeutique des MTN-CP était de 73,73% en 2019 (rapport PMTN-CP).

Pour les MTN à prise en charge par cas, la Côte d’Ivoire a atteint le seuil de l’élimination de la lèpre(0,92 malade pour 10 000hbt) en 2001.Le nombre de cas dépistés a continué à baisser jusqu’ à atteindre 567[[20]](#footnote-20) cas en 2019*.* Aucun cas de ver de guinée n’a été confirmé sur toute l’étendue du territoire de 2016 à 2018. Le statut de pays certifié libre de transmission du ver de guinée a donc été maintenu.

Pour les autres MTN à manifestation cutanée (le pian et la dracunculose), la CI a initié un dépistage actif de ces cas dans les districts sanitaires les plus endémiques. De 2016 à 2019, le nombre de cas de dracunculose est passé de 772 à 471 maintenant ainsi la prévalence inférieure à 1 cas pour 10 000 habitants (rapport annuel PNEL 2019). Le pays maintient ainsi son statut de pays certifié d’éradication de la dracunculose.

Cependant, l’un des problèmes auxquels le pays fait face est la méconnaissance de la situation de base de Pian dans le pays et le risque de ré infestation de la dracunculose par un pays voisin endémique (Mali)

La lutte contre les MTN a été limitée par l’insuffisance des ressources allouées, l’insuffisance dans la notification des cas et l’insuffisance des services proposant la prise en charge des morbidités liées aux MTN.

Malgré les efforts entrepris en matière de lutte contre les MTN, le défi majeur demeure la réduction de l’incidence des MTN jusqu'à leur contrôle par la mise à l’échelle de la stratégie de dépistage et traitement précoce des cas des MTN, la prise en charge des cas, le renforcement de la surveillance épidémiologique, l’adoption par les populations des comportements sains et l’amélioration de l’accès des communautés à l’eau potable et à l’assainissement.

Santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant, de l’adolescent et des jeunes

L’axe santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant, des adolescents et des jeunes est traduit par l’Effet 5, la santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant, des adolescents et des jeunes est améliorée de 50 % d'ici 2020 avec quatre effets intermédiaires qui couvrent les domaines de la mortalité maternelle, la santé sexuelle et reproductive des adolescents, jeunes et des femmes, la contraception, la mortalité des nouveaux nés.

#### 4.2.5.1 Mortalité maternelle

**La santé de la mère,** du nouveau-né et de l’enfant demeure l’une des priorités du gouvernement ivoirien. En dépit des efforts consentis par l’Etat et les partenaires, le taux de mortalité maternelle reste élevé et se situe à 614 pour 100 000 naissances vivantes et reste parmi les plus élevés au monde.[[21]](#footnote-21) Cette mortalité était estimée en 2015 à 645 pour 100 000 naissances vivantes par le Groupe inter-agence pour l’estimation de la mortalité maternelle).

Graphique 2 : Evolution du taux de mortalité maternelle en Côte d’Ivoire de 1994 à 2018 (pour 100 000 naissances vivantes)

(**Source** : EDS 1994, EIS 2005, EDS 2011-2012 et estimations PNUD 2018)

**Les causes directes de la mortalité maternelle** sont les hémorragies ante et post-partum (25%), les complications liées à l’hypertension artérielle (16%), les infections (10%) et les complications liées aux avortements (10%). (OMS 2014)

**Concernant les Ressources Humaines**, 99% des structures sanitaires disposent d’au moins d’une sage-femme, 97% d’au moins un infirmier diplômé d’Etat et 96% d’un médecin généraliste. Par contre seulement 13% des établissements sanitaires disposent d’un chirurgien ou d’un pédiatre et 22% d’un gynécologue. Par ailleurs, l’utilisation des ASC dans le cadre des activités à base communautaire reste encore limitée à certains ou certaines aires sanitaires. Un document de politique nationale de délégation des taches en santé de la reproduction/planification familiale est disponible depuis Mars 2019.[[22]](#footnote-22)

Des consultations prénatales (CPN) précoces et régulières sont importantes pour assurer un bon suivi de la grossesse et de la santé de la mère, prévenir la transmission des infections à l’enfant et préparer l’accouchement. Une des lacunes majeures dans l’utilisation de services des soins prénatals est le retard dans la réalisation de la première CPN. En effet, 33,5% des CPN1 ont été effectuées au cours du premier trimestre de la grossesse (RASS 2019). En outre, le taux de couverture en CPN4 est passé de 38,2% en 2015 à 40,9% en 2019. Le taux d’abandon de la 1ère CPN à la 4ème CPN reste élevé passant de 59,23% en 2015 à 48,52% en 2016 et 57,7% en 2019 avec une disparité entre les régions (Abidjan 40,9% ; HAMBOL 70,5% ; Kabadougou, Folon, Bafing 71,7% et Worodougou Béré 77,4%).

**La couverture en consultation postnatale** est passée de 17,61% en 2015 à 39% en 2019 (RASS). Malgré ces progrès cette couverture varie d’une région à une autre (Abidjan 2 14% ; Abidjan 1, Grand Ponts et Worodougou Béré 18% ; Tonkpi 66,3% ; Marahoué 71%.

**La proportion des femmes ayant accouché dans un centre de santé avec l’assistance d’un personnel qualifié** est passée de 59,4% en 2012 à 64,1 % en 2018 (RASS), toutefois, l’on note une disparité régionale. En effet, 92,2% des femmes ont accouché avec un personnel qualifié dans les régions urbaines contre 61,3% dans les régions rurales. La ville d’Abidjan a enregistré la plus forte proportion d’accouchements avec un personnel qualifié (94,4%) comparativement à la région de l’Ouest (59,4%). Les femmes ayant de faibles revenus sont les moins nombreuses à accoucher avec l’assistance d’un personnel qualifié (48,8 %).

Une autre lacune est l’insuffisance d’éducation sanitaire pour promouvoir les soins prénatals, la préparation à l’accouchement et aux complications.

En 2019, l’on note une faible notification (20%) de décès maternels due à une faible implication communautaire dans la surveillance des décès maternels. On note également la non fonctionnalité du comité national et des comités déconcentrés de surveillance, de revue et riposte des décès maternels créés par arrêté N°0062/MSHP/CAB/du 08 Mai 2019.

Les causes sous-jacentes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et de leurs mères sont clairement identifiées. Elles ont trait : (i) au nombre élevé de grossesses précoces ; (ii) à l’utilisation insuffisante des services de planification familiale, de soins prénatals et de soins postnatals de qualité ; (iii) au manque d’efficacité dans le référencement et la gestion des complications obstétricales ; (iv) à l’accès insuffisant aux services de prévention et de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l’enfant (PCIMNE) et du VIH pédiatrique ; (v) au manque d’accès à une nutrition de qualité ; et (vi) à l’accès insuffisant des services d’eau, d’assainissement et d’hygiène gérés en toute sécurité.

**Graphique 3: Consultation prénatale et postnatale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Les principaux défis** à relever en matière de santé maternelle, néonatale et infantile sont de : (i) Rendre disponible la Loi en matière de Santé Sexuelle et reproductive. (ii) Renforcer les capacités des prestataires pour la prise en charge des SONU, Planification Familiale, Fistule et la prise en charge du nouveau-né ; (iii) Opérationnaliser la politique nationale de délégation des tâches aux ASC pour l’offre des services de PF et de santé mère-enfant ; (iv) mettre en œuvre le Dossier d’Investissement (DI) 2020-2023 ; (v) redynamiser les comités de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile ; (vi) accroitre les interventions d’offre de service de qualité dans les centres de santé ; (vii) accélérer la mise à l’échelle des SONU de base en les déclarant « Priorité nationale ».

#### 4.2.5.2 Santé sexuelle et reproductive des adolescents jeunes et des femmes

La Côte d’Ivoire compte plus de 5,5 millions d’adolescents, parmi lesquels 3,1 millions âgés de 10 à 14 ans et 2,6 millions âgés de 15 à 19 ans (RGPH 2014 projections 2034), soit plus de 20% de la population totale.

Les principales causes de la morbidité des adolescents sont le paludisme(43%), les infections respiratoires aiguës (14%), les cas de diarrhées (3%), les affections buccodentaires(3%), les IST (2,5%) et l’anémie(2,4%).[[23]](#footnote-23)

Le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les 10 à 19 ans recule mais se situait encore en 2018 à 0,61% dont 1,07% chez les adolescentes contre 0,16% chez les adolescents. En 2018, 25 000 adolescents de 10 à 19 ans vivaient avec le VIH (dont 56% de filles) et 1 500 nouvelles infections ont été constatées chez les 15 à 19 ans (dont 75% des cas chez les filles). En 2017, la proportion des adolescents de 15 à 19 ans déclarés séropositifs bénéficiant d’un traitement ARV n’était encore que de 37%.

Le nombre d’IST diagnostiquées dans les services de santé scolaire et universitaire a connu une augmentation de 50% entre 2014-2015 et 2018-2019[[24]](#footnote-24).Selon le rapport Bilan 2018-2019, PNSSU-SAJ, le nombre d’IST chez les adolescents et jeunes est passé de 6538 cas en 2015 à 9 767 cas en 2019 soit une hausse de 33,06%.

En outre, 12% des décès maternels concernent des adolescentes (0,5% pour les moins de 14 ans et 11,4% pour celles âgées de 15 à 19 ans)[[25]](#footnote-25). Cette proportion de décès élevée pourrait s’expliquer par le taux de fécondité élevé chez les adolescentes et le recours à des avortements clandestins réalisés dans des conditions dangereuses pour leur survie.[[26]](#footnote-26)

En effet, le taux de fécondité chez les adolescentes était de 124‰ en 2016 (MICS 2016). Cette fécondité est plus élevée en milieu rural (192%) qu’en milieu urbain (76%). Le taux de fécondité est plus élevé chez les adolescentes qui ne sont pas allées à l’école (175%) que chez celles de niveau primaire (152%) et secondaire (57%).

Le niveau de fécondité des adolescentes montre qu’elles commencent précocement leur vie sexuelle. En effet, 26,1%des 15 à 19 ans ont commencé précocement leur vie reproductive, et25,4%des 20 à 24 ans ont eu une naissance vivante avant 18 ans (MICS 2016).

La consommation grandissante d’alcool et de drogues constituent des risques sanitaires supplémentaires pour les adolescents. Selon la MICS-5, 11,3% des adolescentes et 20,1% des adolescents âgés de 15 à 19 ans ont bu de l’alcool avant l’âge de 15 ans, et 7,6% des filles et 19,1% des garçons du même âge ont consommé une boisson alcoolisée au cours du mois précédant l’enquête. Les données de la MICS-5 concernant les 15 à 19 ans n’ont pas été ventilés en fonction du lieu de résidence mais du milieu socio-économique. Il est toutefois probable que de grandes disparités existent en ce qui concerne l’âge de la première consommation, la fréquence de la consommation et la quantité d’alcool consommée.

La Côte d’Ivoire a opté pour les Services de Santé Scolaire Universitaire Santé Adolescent et Jeunes (SSSU-SAJ) à travers la création d’un Programme National de Santé Scolaire Universitaire Santé Adolescent et Jeunes (PNSSSU-SAJ) par arrêté N°888/MSHP/CAB du 22 Mars 2017 pour l’amélioration de la santé des adolescents et des jeunes. La disponibilité de l’offre de Service de Santé Reproductive / Planification Familiale (SSR/PF) au niveau des SSSU-SAJ est passée de 67,12% en 2016 à 100% en 2019.

De plus, la fourniture gratuite de kits d’IST dans les SSSU-SAJ a contribué à la prise en charge des cas d’IST (Rapports Bilan 2018-2019, PNSSU-SAJ). L’intensification de la sensibilisation des adolescents et jeunes sur la thématique des grossesses en milieu scolaire à travers entre autres la plateforme digitale « e-santé jeune » à contribuer à réduire l’incidence des grossesses en milieu scolaire passant de 5076 en 2014 à 3562 en 2019 soit une réduction de 29,83%.

Malgré les actions menées, plusieurs barrières restent à surmonter, parmi lesquelles : (i) le nombre encore insuffisant de centres de santé primaires offrant un continuum de services adaptés aux adolescents et aux jeunes ; (ii) la réticence des adolescents à se rendre dans des structures sanitaires fréquentées par les adultes de peur d’y être mal accueillis et jugés par le personnel de santé et les autres patients; (iii) la mauvaise intégration des services offrant des tests et des conseils VIH et IST dans les consultations médicales classiques ; (iv) le manque d’information des adolescents sur le VIH, les IST, les VBG et les grossesses précoces ; (v) la faiblesse de la coordination intersectorielle et (vi) l’absence d’outils de collecte harmonisés des données et de système d’information multisectoriel intégré.[[27]](#footnote-27)

Des défis restent toutefois à relever pour améliorer sensiblement l’état de santé des adolescents et jeunes en Côte d’Ivoire. Les défis sont(i) d’accroître la couverture en infrastructures spécialisées, (ii) de mettre en place des réseaux de soins dédiés aux adolescents, (iii) d’améliorer la qualité des prestations de services offertes et(iv) de renforcer les compétences du personnel de santé en poste, de former et de recruter de nouveaux agents spécialisés en santé des adolescents.[[28]](#footnote-28)

#### 4.2.5.3 Contraception

**Selon la MICS-5, l’indice synthétique de fécondité (ISF)** a diminué, au niveau national, de 5 en 2012 à 4,6 en 2016. Il reste cependant très supérieur à la moyenne en milieu rural (6), chez les mères les plus pauvres (6,7), dans les régions de l’Ouest (6,2) et du Centre-Ouest (5,8). Cette fécondité est en partie liée à une faible utilisation des méthodes contraceptives. En effet, la prévalence contraceptive est estimée à 22,5% en 2020. Cette prévalence est en deçà de l’objectif de la période 2015-2020 qui était de 36%. (Rapport FP2020, PMA2020).

**Les besoins non satisfaits** en planification familiale restent importants. En 2018, 32,6 % des femmes de 15-49 ans ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. **(Source Rapport FP2020, PMA2020)**. **Les besoins non satisfaits pour l’espacement des naissances** sont plus élevés chez les jeunes femmes de 15-29 ans (20,8 à 26,5%), suivies des femmes âgées de 35-39 ans (14,9%) et de celles âgées de 40-49 ans (10,3 %). Par ailleurs, le besoin pour l’espacement des naissances est légèrement plus élevé en milieu rural (25,8 %) qu'en milieu urbain (17,7 %). Les régions du centre-est (35,5%), centre (34,8%), nord-est (33,6), centre-ouest (32,9%), centre-nord (32,6%) et l’ouest (31,3%), ont les besoins non satisfaits supérieurs à la moyenne nationale (INS, 2016). Ces besoins non satisfaits sont supérieurs à 30% chez les femmes sans instruction (30,9%) et celles de niveau primaire (32,6%).

**Quant aux besoins pour la limitation des naissance**s, ils augmentent avec l’âge des femmes, de 1 à 1,9 % parmi les femmes de 15-24 ans, 14,9 % parmi les femmes de 40-44 ans. (Rapport FP2020, PMA2020). La progression limitée de la couverture de la planification familiale s’explique par les lacunes dans l’offre de services telles que, l’offre limitée des méthodes contraceptives à longue durée d’action ainsi que la faible distribution à base communautaire des contraceptifs. En effet, selon l’enquête SARA, les contraceptifs oraux sont disponibles dans 65% des cas et 89% des cas pour les contraceptifs injectables.

#### 4.2.5.4 Mortalité des nouveaux nés

**Quant à la santé néonatale et infanto-juvénile,** elle est marquée par une mortalité infanto-juvénile, infantile et néonatale élevée malgré les progrès.

En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 108 pour mille en 2012 à 96 pour mille en 2016 (MICS 5) et estimé à 79 pour mille en 2019.[[29]](#footnote-29) Ce taux se situe au-dessus de la moyenne en Afrique sub-saharienne (78 ‰) et à plus de 20 points au-dessus de la cible du PNDS 2016-20 pour 2020 (66‰). La mortalité infantile est passée de 68‰ en 2012 à 60‰ en 2016 et estimé à 53‰ en 2019[[30]](#footnote-30). Quant à la mortalité néonatale est passée de 38‰ en 2012 (EDS 2012) à 33‰ en 2016 (MICS 2016) et estimée à 30‰ en 2019.[[31]](#footnote-31)La mortalité néonatale représente la moitié de la mortalité infantile, et le tiers de celle des enfants de moins de cinq ans. (Graphique 2).

Graphique 4 : Evolution des indicateurs de la mortalité des enfants de 1999 à 2019 (en ‰)

**Sources** : Données des enquêtes démographiques réalisées en Côte d’Ivoire

Les causes directes de la mortalité infanto-juvénile sont la malnutrition (45%), les infections respiratoires aigües (17% en 2016, 14,4 % en 2017), la diarrhée (9% en 2016, 9,9 % en 2017). Quant à la mortalité néonatale, les principales causes sont la prématurité (30,1%), l’asphyxie et le traumatisme néonatal (27,6%), la septicémie (20%), la pneumonie (6,7%), les anomalies congénitales (6,5%) (SITAN 2019).

Les capacités de gestion des complications obstétricales restent limitées. En 2017, le taux de satisfaction des besoins en SONU était estimé à 6,9 %. Seulement 4,4% des établissements offraient entièrement les sept fonctions des SONU B et 9% des établissements sanitaires offraient les neuf fonctions des SONU C. Par ailleurs, 66% des structures de références disposent d’un bloc opératoire. (Évaluation rapide des SONU 2017).

Par ailleurs, les soins aux nouveau-nés souffrent aussi de la qualité due aux ruptures fréquentes des médicaments et à l’insuffisance des équipements. La réanimation du nouveau-né est pratiquée dans 39% des établissements. Selon le MICS 2016, 83% des nouveaux nés ont bénéficié d’examens postnatals. Aussi, seulement 29% d’infection respiratoires aigués (IRA) sont traitées avec les antibiotiques (Amoxicilline) et 17% des diarrhées traités avec la solution de réhydratation (SRO).

**Prévention et promotion de la santé de l’hygiène publique**

La prévention et la promotion de la santé visent les comportements et pratiques favorables de la population en matière de santé. Dans ce cadre, les acquis peuvent se résumer à l’élaboration et à la mise en œuvre de divers documents de politiques et de stratégies.

Il importe cependant de renforcer le dispositif de prévention primaire, secondaire, tertiaire, afin d’empêcher l’apparition de maladie, de la retarder ou de réduire le risque de rechute à travers hygiène publique, hospitalière, environnementale.

* 1. **Approche communautaire et situation d’urgence**

C’est un ensemble de stratégies utilisé pour identifier les problèmes, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé avec la participation active des populations constituées d’acteurs tels que les habitants, les professionnels des secteurs, les institutions. Cette approche qui consiste à inclure les personnes affectées par la situation d’urgence en tant que partenaires clés a été expérimentée en situation de la Covid 19.

1. **PRINCIPAUX RESULTATS DE L’EVALUATION (PAR CRITERES)**
   1. Pertinence et cohérence

*QE 1.a : Dans quelle mesure la gratuité ciblée et l’appui à la Couverture Maladie Universelle, stratégie de la santé communautaire et la stratégie du financement basé sur la performance répondent-ils aux besoins des populations ?*

*QE 1.b : Dans quelle mesure les mécanismes de gouvernance, de leadership, de financement interne et externe du système de santé sont-ils en adéquation avec les changements attendus de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ?*

*QE 1.c Dans quelle mesure la chaîne des résultats de chaque composant du PNDS répond-elle à une logique d’intervention cohérente permettant de contribuer aux objectifs stratégiques définis*

***Question 1.a : Dans quelle mesure la gratuité ciblée et l’appui à la Couverture Maladie***

***Universelle, stratégie de la santé communautaire et la stratégie du financement basé sur la performance répondent-ils aux besoins des populations ?***

* ***La Couverture Maladie Universelle (CMU)***

La question relative à la mise en place et à la fonctionnalité de la CMU est prise en compte dans l’effet intermédiaire 2.3 traitant de la réduction de l’inaccessibilité financière des populations aux soins de santé. Suivant le Plan National de Développement (PND) 2016-2020 et les recommandations de ses partenaires au développement, le Gouvernement ivoirien a fait de la protection sociale de ses habitants, une priorité. L’accès aux soins de santé de qualité s’inscrit dans ce cadre. Le Gouvernement ivoirien a ainsi institué par la loi n° 2014-131 du 24 mars 2014, un système obligatoire de couverture du risque maladie, au profit de ses populations dénommé Couverture Maladie Universelle (CMU). Il comprend : *(i) un régime contributif, dit régime général de base ; et (ii) un régime non contributif, dit régime d'assistance médicale, qui vise les personnes économiquement faibles ou démunies.* La Couverture Maladie Universelle est fondée sur les principes de solidarité nationale, d'équité et de mutualisation des risques. En clair cette réforme majeure à la fois et sociale et sanitaire initiée depuis 2014 constituait une réponse pertinente pour adresser au plan mondial ODD 3/cible 8 qui devait faire en sorte que chacun bénéficie d’une couverture sanitaire universelle comprenant la protection contre les risques financiers.

En principe, la mise en place de la couverture maladie universelle va donc permettre aux plus défavorisés de se soigner à moindre coût dans les différentes structures sanitaires du pays.

Cependant il faut constater une lenteur dans la mise en œuvre de cette réforme. En effet depuis 2014, la couverture n’est pas encore totale. En effet l’enrôlement qui a débuté en janvier 2015 et ne connait pas un grand engouement. A cela il faut ajouter les problèmes relatifs à la disponibilité des cartes des bénéficiaires.

***«****Monsieur moi je me suis fait assurer depuis 6 mois, avec ma famille, jusque-là on n’a pas nos cartes, vous croyez que ca c’est bien » Nous, on pense que c’est une technique pour bouffer notre argent sinon l’idée est bonne, très souvent on vous dit ‘y a pas réseau pour tirer le bon, la plupart des médicaments ne sont pas disponibles à pharmacie, finalement souvent il vous faut 4 heures entre votre consultation et vos médicaments »*

Focus group, CSU de Belleville (DS de Bouaké Nord-Est

Pour que ce noble projet soit couronné de succès, un certain nombre de défis doivent être relevés.

L’impact budgétaire de cette réforme pourrait être considérable à moyen terme. Les coûts de lancement du système sont estimés à environ 15 milliards de francs CFA en 2014. Les contributions mensuelles (1.000 francs CFA par mois et par personne assurée) constitueraient la principale ressource du système. Cette contribution, bien qu’élevée pour les plus démunis, demeure faible et pourrait entraver la pérennité de ce système. De plus, étant donné qu’une part élevée de la population n’aura pas les moyens de s’offrir cette assurance, l’Etat subventionnera partiellement les ménages les plus pauvres, avec un coût annuel estimé à 0,2% du PIB, selon la couverture. Autrement dit, ce système va reposer en grande partie sur le budget de l’Etat. Cela creusera certainement le déficit budgétaire avec le risque d’une hausse de l’endettement et la mise à mal de la stabilité macroéconomique.[[32]](#footnote-32)

**Cette volonté politique d’assurer les soins aux plus démunis risque de se heurter à l’insuffisance de l’offre tant quantitativement que qualitativement.** Un autre défi important à relever est l’insuffisance des infrastructures sanitaires qui est aggravée par le vieillissement du plateau technique, bien que le gouvernement ait investi d’importantes sommes pour réhabiliter certains centres de santé, rééquiper d’autres et en construire de nouveaux. La mise en place de la CMU va accroître la demande de soins de santé La mise en place de l’assurance maladie universelle est essentielle pour la couverture sanitaire universelle (CSU) qui requiert aussi l’amélioration de l’accès géographique aux services de santé donc l’amélioration de l’offre des soins. Par ailleurs, selon les statistiques de la Banque Mondiale, la Côte d’Ivoire dispose d’un médecin pour 10 000 habitants contre 3,2 médecins pour 1 000 habitants dans les pays de l’OCDE. Les statistiques indiquent aussi que la Côte d’Ivoire dispose de moins d’un lit pour 1 000 habitants, soit quatre lits pour 10 000 habitants. En conséquence, cette volonté politique d’assurer les soins aux plus démunis risque de se heurter à l’insuffisance de l’offre tant quantitativement que qualitativement.

La gestion rigoureuse et efficace de la CMU demeure certainement l’un des défis majeurs à relever. La bonne gestion des cotisations est indispensable pour la viabilité et son efficacité. Les problèmes de gouvernance dans l’administration ivoirienne peuvent constituer un frein à la réussite de la CMU. En 2013, la Côte d’Ivoire occupait le 137ème rang sur 177 pays classés selon le classement de Transparency International sur la perception de la corruption. La non-maîtrise du problème de corruption et l’utilisation des ressources issues des cotisations pour financer des dépenses publiques qui n’ont aucun lien avec les problématiques de protection sociale pourraient entraver la bonne marche de ce système. La compétence et l’intégrité des personnes en charge de la CMU seront des variables très importantes pour atteindre l’efficacité.

En définitive, la mise en œuvre de la CMU vise à permettre à une grande partie de la population d’accéder aux soins de santé. Mais le meilleur moyen de démocratiser l’accès aux soins de santé est de promouvoir une concurrence saine dans le secteur. Le gouvernement ivoirien doit donc promouvoir le développement d’une offre privée compétitive et mettre en place un cadre propice à l’investissement privé et à la concurrence saine, qui permettront, à terme, aux populations ivoiriennes, d’accéder sans encombre aux soins de santé.

* ***La gratuité ciblée (GCS)***

En avril 2011, à la faveur de la crise post électorale, le gouvernement dans le souci de soulager physiquement et financièrement les populations affaiblies, et de rendre équitable l'accès aux soins de santé dans les structures publiques du pays a lancé un ambitieux programme d'exemption de paiement à titre exceptionnel de soins pour tous : la gratuité de soins universelle. Cette politique, bien qu'elle ait suscité l'espoir des populations n'a duré qu'un mois et demi avant de se muer en une forme ciblée neuf mois plus tard c'est-à-dire le 16 Février 2012. Cette volonté politique en vue de favoriser l’accès de tous aux soins de base de façon exceptionnelle mais limitée dans le temps et ensuite ciblée a eu un fondement juridique et institutionnel. Notamment par Arrêtés interministériels n° 0001 /MSHP/MEF/CAB du 16/04/2011, n°0038 /MSLS/MEF/CAB du 01 Aout 2011, n° 0001 /MSHP/MEF/CAB du 20/02/2012. Les cibles concernées par les mesures d'exemption sélectives de paiement sont : Les consultations des femmes enceintes et des enfants âgés de 0 à 5 ans. Si le principe social et politique de cette politique de gratuité ciblée en cours depuis 2012 est fondée, elle n’a néanmoins pas fait l’objet d’une analyse rationnelle nationale et objective de la ????? pour en déterminer l’impact socio-économique. Il faut donc noter que des difficultés dans la mise en œuvre de la mesure de GCS qu’étaient les ruptures de médicaments et de consommables médicaux. Certains usagers ont un mauvais ressenti de la GCS, en effet selon eux la gratuité n’est pas totale il y’a trop de frais annexes.

« Je suis venu avec ma fille la dernière fois, malgré la gratuité, j’ai dû payer 15000fcfa pour des examens » « de toutes façons il n’y a jamais de médicaments que vous voulez, vous allez a la pharmacie dehors »

Focus Group, HG de Jacqueville

* ***La Stratégie de financement basée sur la Performance***

Le financement basé sur la performance se définit comme une approche du système de santé, axée sur les résultats et définie comme la quantité et la qualité des services produits et qui sont (financièrement) accessibles. Cela implique que les structures sont considérées comme des organisations autonomes qui réalisent un bénéfice au profit des objectifs de santé publique et de leur personnel.

Une analyse approfondie du système de santé ivoirien a mis en évidence une faible amélioration des indicateurs de performance. Cette faiblesse est liée en grande partie (i) à des problèmes de disponibilité en médicaments essentiels et intrants, (ii) à une insuffisance des infrastructures et des équipements de qualité, (iii) à une insuffisance en qualité et en quantité ainsi qu’une répartition inégale des ressources humaines et à un sous financement du secteur.[[33]](#footnote-33)

A la recherche de solutions idoines, le PBF a été identifié comme une stratégie de renforcement dans la perspective de l’accélération de l’atteinte des OMD. Ainsi, l’achat des prestations de services par le développement d’un projet de FBP apparait comme une innovation majeure et pourrait contribuer à améliorer les indicateurs de santé. Au plan administratif, une cellule technique a été mise en place par Arrêté n° 605/MSLS/CAB du 11 novembre 2015. La stratégie du PBF est financée à travers le projet PRSSE et aujourd’hui le Spark Santé qui sont des projets eux même financés par la Banque Mondiale.

Au vu des résultats du pilote de FBP, le ministère de la Santé et de l’Hygiène publique (MSHP) a adopté et décidé d’étendre cette approche contractuelle L’extension se fera en plusieurs phases pour une couverture de tout le territoire d’ici fin 2022.

A l’analyse on pourrait dire que le PBF répond aux besoins de la population, car elle permet l’amélioration de la qualité de l’offre de soins. C’est une reforme appréciée des prestataires en ce sens qu’elle a augmenté l’attractivité de leur centre, mais il se pose le défi du paiement des primes de motivations des prestataires qui accuse un retard. Cependant, il faut noter que cette réforme majeure avant son passage à échelle n’a pas bénéficié d’une évaluation à l’effet de tirer les leçons et autres bonnes pratiques. Mise en place après le PNDS 2012-2015, la stratégie du PBF ne figurait pas clairement dans le PNDS 2016-2020 comme cela a été pour la CMU.

* ***La stratégie de la santé communautaire***

La santé communautaire est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l’amélioration de sa santé par la réflexion sur les besoins et les priorités, la mise en place, la gestion et l’évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d’une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités[[34]](#footnote-34)

Cette approche de résolution des problèmes de santé basée sur l’offre de services promotionnels, préventifs, curatifs aux communautés qui s’approprient toutes ces actions pour améliorer leur état de santé avec l’encadrement du personnel de santé dans un esprit de partenariat. A travers cette approche les individus agissent collectivement pour obtenir plus d’influence et maitriser les déterminants de la santé et améliorer la qualité de la vie de leur communauté.

Les interventions de santé communautaire visent à rapprocher les services de santé des communautés bénéficiaires mais surtout les impliquer à la gestion de leurs problèmes de santé. Il s’agit d’une décentralisation des services de santé. Elles permettent d’assurer la continuité des soins de santé fournies dans les formations sanitaires au sein des communautés, tout en privilégiant l’environnement socioculturel.

Le PSNSC 2017-2021 est mis en œuvre dans un contexte sanitaire où 69% de la population est à moins de 5 km des Centres de Santé, mais le taux d’utilisation des services de santé au niveau national est de 47,5% et 38,4% pour les ESPC[[35]](#footnote-35)

Le PSNSC 2017-2021 pourrait jouer un rôle essentiel pour améliorer l’accessibilité de la partie de la population au-delà des 5 km et augmenter le taux d’utilisation pour la population à proximité des Centres de Santé. L’insuffisance de la qualité des services et du continuum de soins dans la communauté pourrait favoriser l’apparition d’état morbide.

Au regard et à l’analyse de ce qui précède la stratégie de santé communautaire en Côte d’Ivoire est en lien avec les besoins des populations d’une part en rapprochant les soins de santé de la population mais aussi l’approche participative à la prise de décision un des principes de la santé communautaire. Cependant La santé communautaire en Côte d’Ivoire est confrontée à plusieurs défis :

1. *Equité dans l’accès aux interventions de santé communautaire* : Elle induit d’une part l’accès équitable à tous quels que soient le lieu, l’ethnie, le genre ou l’âge et d’autre part que les personnes dotées de caractéristiques différentes soient traitées différemment en vue de la prise en compte de leurs besoins spécifiques pour l’atteinte des résultats pour la santé[[36]](#footnote-36)
2. *Intégration effective de la santé communautaire dans le système de santé publique* : Force est de constater qu’il n’y a pas eu de réforme du niveau institutionnel qui formalise les interventions des agents de santé communautaires
3. *Harmonisation des paquets de services et de formation des acteurs de la santé communautaire***:** Les paquets d’intervention des ASC varient selon le partenaire technique et financier intervenant selon son mandat et ses prérogatives
4. *Motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire :* La motivation financière ou non financière des acteurs communautaires de santé demeure limitée et non harmonisée, ce qui entrave la pérennisation des activités et la fidélisation des ressources humaines.
5. *Synergie des interventions communautaires des services sociaux de base au niveau local****:*** Les interventions communautaires ne sont pas suffisamment prises en compte dans les plans et cadres d’action des services sociaux de base (éducation, protection, santé, eau, hygiène et assainissement).
6. *Approvisionnement des ASC en médicaments et produits essentiels :* Le renforcement de la chaine d’approvisionnement et l’adoption d’un cadre réglementaire s’avèrent nécessaire pour formaliser la dispensation des médicaments et produits essentiels par les ASC en vue d’assurer la pérennisation des efforts.
7. *Renforcement du management au niveau de la santé communautaire***:** L’analyse situationnelle de la santé communautaire révèle la persistance de « *problèmes organisationnels et managériaux*
8. *Implication des collectivités locales* : il convient de renforcer et d’accompagner les collectivités locales pour qu’elles jouent leur rôle dans la coordination, le financement et le suivi de la santé communautaire.
9. *Mobilisation, participation et engagement communautaire* : Elle met l’accent sur la participation des populations elles-mêmes à la définition et à la satisfaction de leurs besoins.

***QE 1.b : Dans quelle mesure les mécanismes de gouvernance et de leadership, de financement interne et externe du système de santé sont-ils en adéquation avec les changements attendus de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 ?***

* Adéquation de la gouvernance et du Leadership avec les changements attendus de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020.

La gouvernance et leadership constituent des éléments transversaux essentiels et incontournables dans la mise en œuvre des programmes. En Côte d’Ivoire dans le secteur de la santé plusieurs analyses de la situation et revues ont pointé les faiblesses de cette thématique, avec une répercussion sur l’ensemble des autres axes stratégiques. Au nombre de ces insuffisances au peut noter[[37]](#footnote-37) :

-l’insuffisance de coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;

- l’utilisation irrationnelle et peu transparente des ressources et une insuffisance de mécanismes de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

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

Ainsi pour pallier ces insuffisances, dans le cadre du PNDS 2016-2020, 3 résultats intermédiaires ont été définis, à savoir : (i) *Le pilotage du système de santé est renforcé et effectif pour une meilleure coordination des interventions du secteur de la santé, (ii) La décentralisation sanitaire et la déconcentration du système de santé sont effectives pour une meilleure disponibilité de l’offre des services de santé de qualité et enfin (iii) Le système national d’information sanitaire est amélioré et est utilisé pour la prise de décisions à tous les niveaux.*

La revue qui été réalisée a permis de noter que[[38]](#footnote-38) :

Le pilotage du système de santé est renforcé et effectif pour une meilleure coordination des interventions du secteur de la santé :

*En ce qui concerne l’opérationnalisation et de la disponibilité du cadre organisationnel et institutionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,* l’on peut noter de nombreuses réalisations notamment la loi portant Orientation de la Politique de Santé Publique en Côte d’Ivoire et la loi portant code de santé publique, la loi portant réforme hospitalière, création de AIRP, la loi antitabac, création de la CMU. Si la volonté politique de légiférer s’est accrue ses dernières années, il faut noter encore des insuffisances car une chose est de légiférer une autre est d’assurer la mise en œuvre.

Relativement *au du renforcement et de l’opérationnalisation du cadre gestionnaire du secteur santé à tous les niveaux de la pyramide*,

* Adéquation du financement interne et externe en adéquation avec les changements attendus

D’après les modalités définies dans le PNDS, le financement interne et externe du système de santé devait être amélioré notamment par (i) la mobilisation, la disponibilité et l’utilisation des ressources pour la mise en œuvre des interventions ; (ii) la gestion efficiente de ces ressources à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et (iii) l’amélioration de l’accessibilité financière des populations aux soins.

Le coût estimatif de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 s’élève à 2 391,6 milliards de FCFA avec un besoin de financement de 1 390, 6 milliards de FCFA pour la période 2016-2018.

Lorsque les Etats membres se sont réunis à Abuja au Nigéria en 2001, ils se sont engagés à allouer à allouer 15% de leur budget gouvernemental à la santé. Cet engagement était nécessaire car il fallait davantage de ressources pour faire faire face aux nombreux défis en matière de santé, notamment pour la lutte contre la VIH/sida, la Tuberculose et le paludisme.

*Au niveau financement interne*

Pour assurer une meilleure mobilisation et la disponibilité des ressources financières, trois (3) résultats à atteindre ont été identifiés. En ce qui concerne ces résultats, 2 sont relatifs au financement interne à savoir que la contribution de l'Etat pour le financement du PNDS 2016-2020 qui devait représenter 60 % des besoins à la fin de la mise en œuvre du PNDS; et que la contribution du secteur privé et des collectivités locales pour le financement du PNDS représenteraient 15 % des besoins.

Selon le rapport des comptes nationaux de la santé de 2016 à 2018, le budget alloué à la santé est passé de 350,7 milliards de FCFA en 2016 à 360,6 milliards de FCFA en 2018 et représente en moyenne 5,84% du budget de l’Etat.

Ce qui est en deçà des 15% fixés par la Déclaration d’Abuja 2001 sur le financement de la santé. Les dépenses en biens et services dont les salaires des agents de santé et aux autres coûts administratifs représentent 67,2% de ce budget contre 32,8% pour les investissements en 2018. Rapportée à la dépense totale de santé qui est de 1 147,4 milliards de FCFA en 2018, la part des ressources supportée par le gouvernement est seulement de 26,8%, contre 41,3% de contribution totale des ménages dont 34,4% pour les paiements directs. La contribution du secteur privé hors ménages est de 12%. A l’analyse de ces chiffres, on note que l’objectif des 60% de financement de la part de l’état n’a pas été atteint et que la charge des ménages est par conséquent toujours élevée . Ceci pourrait s’expliquer par l’effet de « fragmentation », en effet près de 70 % du budget national de santé est consacré aux salaires du personnel de santé et à l’administration et le peu qui reste du budget sert à contribuer au fonctionnement des centres de santé, à l’achat de médicaments, à la gestion des chaînes d’approvisionnement et de l’infrastructure. Ces montants sont insuffisants pour couvrir les coûts et cela entraîne d’importantes perturbations des services. Les mécanismes de financement de la santé utilisés, tels que la gratuité des services de soins, perdent en efficacité en raison d’interruptions des financements, ce qui aboutit fréquemment à des ruptures de stock de médicaments et au dysfonctionnement des chaînes d’approvisionnement[[39]](#footnote-39).

L’on pourrait aussi noter un défi important. Les comptes nationaux de santé qui devaient élaborés chaque année ne sont pas à jour. Ce qui a pour corolaire le manque de visibilité sur le profil annuel à jour du financement de la santé en Côte d’ivoire.

*Au niveau du financement externe*

Graphique 5: Evolution de la dépense courante de santé par source de financement 2014-2018

La dépendance excessive vis-à-vis des financements des bailleurs de fonds pour la mise en œuvre d’interventions portant sur des maladies spécifiques menace de manière significative la viabilité du financement de la santé sur le long terme.

A cela il faut ajouter que dans le cadre de la mobilisation des ressources et de l’engagement des partenaires techniques et financiers le Compact a été élaboré mais malheureusement il n’a pas été endossé par l’ensemble des partenaires le rendant donc inopérationnel.

***QE 1.c : Dans quelle mesure la chaîne des résultats de chaque composant du PNDS répond-elle à une logique d’intervention cohérente permettant de contribuer aux objectifs stratégiques définis : Cadre de coordination et de mise en œuvre***

* Cadre de coordination de mise en œuvre et de suivi évaluation du PNDS

*Cadre de coordination et de mise en œuvre*

Le 4ème PNDS devrait servir d’unique boussole pour toutes les interventions dans le secteur de la santé sur la période, quel que soit le lieu de l’intervention et la source de financement. Il sera adopté en conseil de ministre et sa mise en œuvre sera coordonnée par le Ministère en charge de la santé. Pour atteindre cet objectif un certain nombre structures de coordination devraient être mise en place :

- Le Comité interministériel de pilotage

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

-Les Comités régionaux de suivi de la mise en œuvre

-La Direction chargée de la planification stratégique

La mise en place en place de ces structures devrait permettre l’opérationnalisation du PNDS. Malheureusement à part la direction chargée de la planification qui est place, aucune entité dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS n’a pu l’être. Cela dénote encore du problème de la gouvernance. Toujours en ce qui concerne la gouvernance en moins d’une dizaine d’année la direction en charge de la planification a autant changé de dénomination (DIPE, DPPEIS, DPPS et DISS) que de responsables.

*Cadre de planification*

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, un dispositif de planification devrait être élaboré en vue d’amener tous les acteurs publics ou privés, partenaires techniques et financiers, société civile à aligner leurs interventions sur ledit plan. L'objectif du dispositif est de mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification. A cet effet, un guide de planification sera élaboré et diffusé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

A l’issue de ce processus, la planification opérationnelle devrait être inscrite et collectivement reconnue comme une priorité au niveau régional

-Les Plans Opérationnels Nationaux

- Les Plans Opérationnels Régionaux

Au cours donc des 5 années d’existence du PNDS aucun plan opérationnel national et régional n’a été élaboré, contredisant le fait que le PNDS soit la boussole et le cadre unique de toutes les interventions du Ministère de la santé.

*Cadre de suivi-évaluation*

Tableau VIII: Récapitulatif des activités d’évaluation du Plan Triennal

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Types d’activités** | **Période** | **Responsables** |
| Revues | Revue annuelle | secrétariat technique |
| Revue à moyen terme. | secrétariat technique |
| Finale | secrétariat technique |
| Etudes et enquête | EDS-MICS CI IV (5ans) |  |
| EIS (5ans) |  |
| Enquête de couverture vaccinale (PEV) |  |
| Enquête sur les populations-clés VIH (2 ans) |  |
| Enquête SARA |  |

En Côte d’Ivoire les enquêtes et les revues sont presqu’exclusivement financées par les partenaires techniques et financiers. En ce qui concerne les revues, aucune revue annuelle n’a été réalisée. La revue à moyen terme a été réalisée un an avant la fin du plan et financée par UCP Banque mondiale, et enfin l’évaluation finale financée mais « gênée » par la revue a mi- parcours dont les recommandations devraient servir pour améliorer les stratégies qui devraient être évaluées après.

Au niveau du suivi, sept principaux (7) outils de suivi devraient être élaborés et le SNIS renforcé pour le suivi de la mise en œuvre du PNDS. Ce sont :

1- les fiches de suivi des interventions/mesures majeures inscrites dans le PNDS ;

2- le tableau de bord des indicateurs ;

3- les rapports d’étapes de mise en œuvre du PNDS ;

4- les rapports annuels de performance des administrations publiques ;

5- les rapports trimestriels et semestriels de suivi de la mise en œuvre du PNDS ;

6- les rapports de mise en œuvre des plans d’actions connexes du secteur ;

7- les rapports des revues annuelles conjointes du secteur de la santé.

Cependant, force est de constater qu’aucun de ces outils n’a été élaboré.

Il faut noter que le PNDS n’a pas connu une opérationnalisation et que la plupart des activités qui ont été mis en œuvre l’ont été hors planification.

« *Comment on peut avoir son propre fétiche et ne pas l’adorer, comment on peut avoir une torche et ne pas l’allumer et marcher dans le noir*

Responsable de structure niveau central

* 1. Efficacité

Au terme de l’évaluation, un tableau récapitulatif donne le niveau des indicateurs que les données ont permis de renseigner.

Un certain nombre d’indicateurs traceurs n’ont pas été renseignés par manque de données. Il s’agit généralement d’indicateurs qui n’étaient pas non plus suffisamment documentés dans le plan de suivi évaluation.

Toutefois, disposer des données pour 2020 dernière année du PNDS fini, relevait d’un défi. La dernière enquête valable sur la période du PNDS correspond au MICS5 2016. Ses données ont été abondamment utilisées suivies de celles des RASS et des rapports de programmes

De manière générale, on peut dire que les performances sont moyennes en ce qui concerne des extrants directement imputables au secteur de la santé.

**Tableau 9 : Niveau actuel des indicateurs du PNDS 2016-2020**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Libellé** | **Année de base** | **Valeur de base** | **Autre Année** | **Valeur Autre Année** | **Année 2020** | **Valeur en 2020** | **Valeur attendue en 2020** |
| Esperance de vie à la naissance en années | 2016 | 57 |  |  | 2020 | 56,8 |  |
| Ratio de Mortalité Maternelle (RMM) pour 100 000 naissances vivantes | 2016 | 543 | 2018 | 645 |  |  |  |
| Taux de mortalité néonatale (moins d'un mois) ‰ | 2016 | 33 | 2019 | 30 |  |  |  |
| Taux de mortalité infantile ‰ | 2016 | 60 | 2019 | 53 |  |  |  |
| Taux de mortalité infanto juvénile ‰ | 2016 | 9600% | 2019 | 79 |  |  |  |
| Nombre de nouvelles infections à VIH | 2016 |  |  |  | 2020 | 10631 |  |
| Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants | 2016 |  |  |  | 2020 | 130 |  |
| Taux de succès thérapeutique | 2016 |  | 2019 | 85% |  |  |  |
| Nombre de décès liés au VIH/sida | 2016 |  |  |  |  |  |  |
| Prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans | 2016 |  |  |  |  |  |  |
| Taux de Transmission Mère Enfant (TME) du VIH sur la période d’allaitement | 2016 |  | 2019 | 10,90% |  |  |  |
| Incidence annuelle du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (‰) | 2016 | 286,87‰ | 2018 | 492,9‰ |  |  |  |
| Prévalence du retard croissance chez les enfants de moins de 5 ans | 2016 | 0,216 |  |  |  |  |  |
| Prévalence des IRA des enfants de moins de 5 ans | 2016 |  | 2018 | 3,60% |  |  |  |
| Prévalence de l'émaciation chez enfants de moins de 5 ans (%) | 2016 | 6% | 2018 | 14,00% |  |  |  |
| Proportion du budget de l'état alloué au secteur de la santé | 2016 | 6% | 2018 | 5,43% |  |  |  |
| Contribution du secteur privé dans le financement de la santé | 2018 |  | 2018 | 11,98% |  |  |  |
| Densité et distribution du personnel de santé(Medecins, infirmiers, sages femmes) pour 1 000 habitants | 2016 | 0,76‰ | 2018 | 0,75‰ |  |  |  |
| Part du budget de la santé dans le budget de l'état (effet)(%) | 2016 |  | 2018 | 5,43% |  |  |  |
| Proportion de la dépense publique de santé par rapport au PIB | 2016 |  | 2018 | 1,28% |  |  |  |
| Proportion d’installation de 03 dépôts régionaux planifiés pour l’accessibilité géographique des médicaments | 2016 |  |  |  | 2020 | 02-mai |  |
| Taux d'utilisation des services de santé (TUSS) (%) | 2016 | 45,26% | 2018 | 47,50% |  |  |  |
| Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié (TAPQ) (%) | 2016 | 73,60% | 2018 | 64,10% |  |  | 80% |
| Taux de prévalence contraceptive moderne (%) | 2016 | 15,50% | 2018 | 22,60% |  |  | 36% |
| Niveau d’atteinte des 95 95 95 pour le VIH | 2016 |  | 2019 | 1er 95: 79% 2eme 95: 63%; 3eme 95: 45% |  |  |  |
| Taux de couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois pour la troisième dose du vaccin pentavalent (TCV) (%) | 2016 | 65,90% | 2019 | 94% |  |  |  |
| Taux de couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois pour le vaccin anti rougeoleux VAR/RR1 (TCV) (%) | 2016 | 51,80% | 2019 | 92% |  |  |  |
| Proportion des populations vivant à moins de 5km d'un établissement sanitaire | 2016 | 67% | 2018 | 69% |  |  |  |
| Nombre de grossesses en milieu scolaire | 2016 |  | 2019 | 5140 |  |  |  |
| Niveau de service-client (capacité de répondre aux commandes des clients) | 2016 |  |  |  | 2020 (1er semestre) | 67,50% |  |
| Taux de disponibilité des produits Vitaux /Autres réréfrences | 2016 |  |  |  | 2020 (1er semestre) | 74/61 |  |
| Disponibilité des SONUB (% de ESPC offrant les 7 fonctions) | 2016 |  |  |  |  |  |  |
| Disponibilité des SONUC (% de ESR offrant les 9 fonctions) | 2016 |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A | 2016 |  | 2019 | 98% |  |  |  |
| Disponibilité de la fonction : Réanimation néonatale avec ballon ou masque | 2016 |  |  |  |  |  |  |
| Proportion de districts sanitaires bénéficiant de la stratégie du PBF | 2016 |  |  |  | 2020 | 21 |  |
| Proportion de nouveaux cas et rechutes de tuberculose pulmonaire traités avec succès (%) | 2016 |  | 2018 | 85% |  |  |  |
| Taux de structures sanitaires offrant les services de nutrition | 2016 |  |  |  | 2020 | 46,45% |  |
| Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique à la fin de la période de rapportage | 2016 |  |  |  | 2020 | 80,00% |  |
| Pourcentage de personnes sous TARV parmi toutes les personnes vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage | 2016 |  |  |  | 2020 | 67,60% |  |
| Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont une charge virale indétectable | 2016 |  |  |  | 2020 | 74,67% |  |
| Nombre de MILDA distribuées en routine aux FE en CPN | 2016 |  | 2018 | 53,30% |  |  |  |
| Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme : taux pour 100 000 habitants par an | 2016 | 11/100000 |  |  |  |  |  |
| Nombre de MILDA distribuées en routine aux enfants de moins de 1 an en PEV | 2016 |  | 2018 | 56,20% |  |  |  |
| Taux de fécondité des adolescentes | 2016 |  |  |  |  |  |  |
| Taux de couverture en CPN4 | 2016 | 51,30% | 2018 | 30,40% |  |  | 90% |
| Taux de disponibilité des produits traceurs au niveau périphérique | 2016 |  |  |  | 2020 | 74.50% |  |
| Nombre d'agrément obtenu pour la mise en place d'une industrie pharmaceutique | 2016 |  |  |  | 2020 | 7 |  |
| *quantité de MQIF saisis* | 2016 |  |  |  | 2020 | 250 TONNES |  |
| Pourcentage d’ASC qui offrent le paquet minimum d’activités communautaires | 2019 |  | 2019 | 90% |  |  |  |
| Nombre de séances de causeries de groupe sur la Vaccination | 2019 |  | 2019 | 185235 |  |  |  |
| Pourcentage de villages disposants de FRANC | 2020 |  |  |  | 2020 | 17% |  |
| Proportion de ménages utilisant une source améliorée d’eau potable pour la consommation | 2016 | 80,70% |  |  |  |  |  |
| Pourcentage de membres des ménages au foyer utilisant de l’eau non améliorée mais employant une méthode appropriée de traitement de l’eau | 2016 | 8,90% |  |  |  |  |  |
| Proportion de ménages utilisant des toilettes améliorées | 2016 | 31,50% |  |  |  |  |  |
| Proportion de ménages disposant d’eau et de savon à l’endroit indiqué pour se laver les mains | 2016 | 41,00% |  |  |  |  |  |
| Nombre de personnes sensibilisées sur les hépatites virales | 2016 - 2019 |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de campagne de sensibilisation réalisé | 2020 |  |  |  | 2020 | 10000 |  |
| Nombre de campagne de dépistage réalisé | 2020 |  |  |  | 2020 | 2000 |  |
| Nombre de spots réalisés | 2020 |  |  |  | 2020 | 3 |  |
| Existence d'un rapport d'enquête | 2005 | 1 |  |  |  |  |  |
| Nombre de moustiquaires imprégnées d’insecticide de longue durée distribuées de manière continue aux groupes à risque cibles | 2019 |  | 2019 | 3155600 |  |  |  |
| Nombre de femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme | 2019 |  | 2019 | 404292 |  |  |  |
| Proportion de la population à risque des zones ciblées ayant été protégée par des pulvérisations intra domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois | 2020 |  |  |  | 2020 | 96,90% |  |
| Taux de césarienne | 2016 | 3,30% | 2018 | 3,70% |  |  | 5,00% |
| Couverture en SP3 | 2016 | 31,94% | 2018 | 39,90% |  |  | 80,00% |
| Proportion d'enfants avec hypotrophie néonatale | 2016 | 16,70% | 2018 | 10,80% |  |  | <10% |
| Incidence de la malnutrition chez les enfants de 5 ans | 2016 | 12,39‰ | 2018 | 10,3‰ |  |  |  |
| Pourcentage des enfants de 0 à cinq dormant sous moustiquaires imprégnées | 2016 | 59,20% |  |  |  |  |  |

* 1. Efficience

Le système de santé est soumis généralement à des contraintes financières, ce qui d‘ailleurs conforte la nécessité de veiller à l’efficience. En effet, on constate que quel que soit le niveau auquel peut être fixé le montant des dépenses de santé, des besoins insatisfaits subsistent et rendent nécessaires de dépenser mieux quand surtout on ne peut pas dépenser plus. C’est pour cette raison que les leçons apprises enseignent de privilégier les dépenses de prévention et de promotion plutôt que les dépenses de soins curatifs par exemple, les dépenses dans certaines interventions reconnues efficaces et productrices de plus d’impact en matière de vies sauvées. L’efficience voudrait désigner l’optimalité de la production des soins au sens de l’obtention maximale des résultats pour un montant donné de ressources sans perdre de vue trois dimensions, la qualité de soins, l’accessibilité et la capacité à innover.

Partant du principe que le montant initial destiné à réaliser le PNDS n’a pu être obtenu et que les contraintes de parcours et surtout de fin de période dues à la pandémie Covid-19 se sont ajoutées, il est possible d’aligner l’efficience de réalisation à la moyenne.

Les acteurs du système dans les interviews et entrevues réalisées ont dans la majorité reconnus l’impact de la gestion de la Covid-19 en termes de remobilisation et de réorientation des ressources de toute nature pour la riposte.

* 1. Durabilité

La question centrale qui se pose au secteur de la santé est celui du financement des interventions essentiellement assuré par les partenaires techniques et financiers. Les avancées obtenues en matière d’innovations comme PBF restent tributaires aux financements de PTF et les comptes nationaux de la santé indiquent une contribution encore importante des ménages dans les dépenses totales de santé.

Au-delà de la question du financement, la question des ressources humaines constitue également un facteur de risque de fragilisation des acquis. Cette question se pose aussi bien en termes de satisfaction des besoins nationaux qu’en termes de gestion équitable de ce personnel au profit de l’ensemble des régions du pays.

Le plan de développement des ressources humaines arrive à échéance en 2022.

La disponibilité en ressources humaines qualifiées renforcée peut constituer une base première de durabilité.

La mise en place systématique des outils de management technique, la conception des dispositifs de la promotion de qualité de même que l’initiation des processus de planification appropriés, peuvent constituer des éléments fondateurs de durabilité des performances du système.

* 1. Coordination

Bien que les instances devant contribuer à une coordination du PNDS axée sur les résultats n’aient pas été toutes mises en place, il n’en demeure pas moins que le PNDS 2016-2020 a fait l’objet d’une évaluation à mi-parcours et de l’évaluation finale. Par rapport au PNDS 2012-2015, il s’agit d’une avancée notable qui conforte dans la perspective d’une amélioration constante de la coordination.

La mobilisation des acteurs et des ressources n’a pas été à la hauteur des atteintes aussi du fait de la faible opérationnalisation du PNDS et de la faible adhésion de toutes les parties prenantes au Compact réalisé.

Mais la question de coordination reste constante plus en terme de mise en œuvre qu’en terme de conception.

* 1. Equité, genre et droits humains

Les questions d’égalité en droits et opportunités fondent le traitement différencié à réaliser pour éviter que certains soient laissés de côté. La veille est nécessaire donc pour les couches vulnérables, les enfants, les femmes, les déshéritées, les régions, les districts, les zones rurales et péri urbaines.

Les avancées en termes de ciblage des personnes vulnérables en général devraient se poursuivre en plus du renforcement des mesures d’exemption de paiement.

* 1. **Santé et environnement**

Quant à la santé environnement, il faut une réactivité du système face au changement climatique et à l’émergence de maladies épidémiques notamment virales.

Cette réactivité devra être renforcée. De même la dynamique de l’urbanisation galopante doit être intégrée aux choix stratégiques de développement sanitaire.

1. **PRINCIPAUX DEFIS DU SECTEUR**

Le gouvernement a fait de l’accès des populations aux soins de santé, une priorité mais force est de constater la persistance de certains défis majeurs qui, de manière générale sont des goulots d’étranglement pour l’atteinte des performances du système de santé :

1. l’inversion des tendances de mortalité maternelle et infanto juvénile. Elle passera entre autres par :

* la qualité des prestations de soins ;
* la disponibilité du personnel essentiel pour la prise en charge efficace des SONU notamment dans les régions ;
* la sensibilisation des femmes, leur suivi efficace et leur orientation pour la première CPN et les trois autres en vue d’un accouchement sécurisé ;
* la promotion de l’utilisation de certaines prestations offertes telles que les méthodes contraceptives et la vaccination complète chez les enfants ;

1. le financement du secteur de la santé ainsi que la répartition équitable par rapport aux niveaux du système de santé;
2. la gestion efficace des effectifs et des compétences en termes de ressources humaines ;
3. le renforcement des infrastructures, des équipements et de leur maintenance;
4. la coordination aussi bien interne qu’externe des interventions dans le secteur;
5. l’extension ou capitalisation de certaines initiatives novatrices et prometteuses. Parmi celles-ci, on peut noter :
   1. la mise en œuvre du PBF avec une perspective de pérennisation. Cela peut avoir un impact sur la qualité des soins et sur la motivation du personnel.
   2. les mécanismes d’identification des indigents permettant de renforcer l’équité d’accès aux soins;
   3. les initiatives novatrices au niveau des régions et districts.
6. **CONCLUSION**

L’évaluation a été conduite dans un esprit de renforcement des capacités institutionnelles des acteurs du Ministère de la Santé. Elle a pour objectif général d’apprécier l’état de mise en œuvre du PNDS 2016-2020. De façon spécifique, il s’est agi d’analyser les principales interventions, d’identifier les principales difficultés et de faire des suggestions dans la perspective du nouveau PNDS.

Un processus d’auto-évaluation impliquant les principaux acteurs concernés par le développement sanitaire a fait l’objet de consolidation et de validation avec l’appui de consultants national et international.

Au terme de ce processus plusieurs constats sont faits aussi bien sur les acquis que sur les aspects qui nécessitent une attention particulière. D’une manière générale, les performances sont moyennes en ce qui concerne des extrants directement imputables aux prestations offertes par les services de santé.

Mais à l’évaluation finale, le déficit reste encore significatif au niveau de certains indicateurs d’extrants essentiels ce qui entre autres explique aussi une faiblesse en matière d’inversion des tendances négatives au niveau des indicateurs d’impact. Malgré les efforts déployés le taux de césarienne reste faible 3,3 % en 2018 et se trouve en adéquation avec le niveau élevé de la mortalité maternelle et celle néonatale.

Au-delà de ces indicateurs quantitatifs, la phase 2016-2020 du PNDS renseigne que de nombreuses initiatives porteuses d’effets significatifs ont été mises en œuvre et pourront donc être capitalisées Les défis majeurs qui apparaissent pour cette évaluation sont entre autres : 1) la mobilisation des ressources pour le financement du secteur 2) le développement des ressources humaines essentielles en santé 3) le renforcement du plateau technique pour une offre de soins de qualité (les infrastructures, les équipements et la maintenance) 4) la coordination aussi bien interne qu’externe des interventions dans le secteur ou ayant un impact sur le secteur de la santé 5) la capitalisation d’un certain nombre d’initiatives novatrices et prometteuses en cours dans le secteur

1. **BONNES PRATIQUES ET LECONS APPRISES**

A la suite de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020, un certain nombre de bonnes pratiques et leçons apprises ont été relevées. Il s’agit de :

En matière de bonnes pratiques :

L’appropriation du processus de planification à tous les niveaux du système de santé avec le besoin ressenti de disposer de directives permettant une opérationnalisation aisée du PNDS

L’autoévaluation conduite par les acteurs eux-mêmes qui a eu pour aboutissement ce travail

La mise en œuvre d’initiatives porteuses d’équité et d’égalité qu’il faudra pérenniser ou rendre durable

L’implication des autorités au niveau décentralisé

La valorisation des ressources humaines

En matière de leçons apprises

La communication entre acteurs

La coordination caractérisée par la bonne collaboration

Le leadership pour la conduite du processus d’évaluation

1. **RECOMMANDATIONS ET PLAN DE MISE EN ŒUVRE**

**Perspectives en termes d’orientations du PNDS 2021-2025:** Tenant compte des constats et des défis relevés, un certain nombre de perspectives sont suggérées pour contribuer aux orientations du prochain PNDS:

(i) une analyse systémique du dispositif de coordination actuel en lien avec la mise en œuvre du nouveau PNDS.

(ii) donner une priorité à l’extension ou capitalisation des principales initiatives

(iii) une stratégie cohérente de prise en compte des dimensions essentielles de l’accès universel aux soins et services essentiels de santé pour tous à travers la Couverture Maladie Universelle, le positionnement du FBP et des initiatives d’exemption de soins

(iv) au regard du déficit notable en ressources humaines en santé, il est indiqué un renforcement de la production et à la systématisation des recrutements

(v) au niveau de la décentralisation et de la déconcentration, il faudra envisager un bilan et passer à l’échelle un certain nombre d’initiatives réussies.

Dans la perspective du prochain PNDS, la Covid-19 a montré à suffisance que toutes les dimensions concourent au bien-être sanitaire et un accent pourrait être mis sur les questions transversales, la question genre, la question environnementale avec les défis liés à l’urbanisation, la dynamique démographique et au changement climatique.

1. **ANNEXES**

Annexe 1 : Structures visitées dans le cadre des entrevues

Niveau central

|  |
| --- |
| Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) |
| Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) |
| Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) |
| Programme National de Santé de la Mère et de l’Enfant (PNSME) |
| NPSP |
| Direction de la santé Communautaire (DSC) |
| Direction de la Planification, de la Prospective et de la Stratégie (DPPS) |
| Direction de l’informatique et de l’Information Sanitaire (DIIS) |
| Secrétariat Technique du Financement basé sur la Performance (STFBP) |
| UCP Fonds Mondial |
| UCP Santé Banque Mondiale |
| Institut National d’Hygiène Publique (INHP) |
| Caisse Nationale Assurance Maladie (CNAM) |
| Organisation Mondiale de la Santé (OMS) |
| Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF) |
| Organisations des Nations Unies contre le Sida (ONUSIDA) |
| FENOCS-CI |
| Plateforme des faitières et ONG de lutte contre le VIH, Paludisme et la tuberculose |
| CDC/PEPFAR |
| USAID |
| Coalition des Entreprises Privées de Côte d’ivoire ( |
| Polycyclique Hôtel DIEU |
| Clinique du grand centre : |
| Polyclinique centrale d'abobo: |
| polyclinique farah |
| Association des Cliniques Privées de Côte d’ivoire (ACPCI) |
| UCP SANTE C2D |
| CT FINANCEMENT MINISTERE DE LA SANTE |
|

Niveau District

|  |
| --- |
| DDSHP\_GRAND\_BASSAM |
| DDSHP JACQUEVILLE |
| DDSHP\_COCODY BINGERVILLE |
| DDSHP de BOUAKE NORD EST |
| DDSHP\_ANYAMA |
| DDSHP\_Treichville Marcory |
| DDSHP\_Abobo Est |
| DDSHP\_Aboisso |
| DDSHP\_OUME |
| DDSHP\_SINFRA |
| DDSHP\_BOUNA |
| DDSHP\_ISSIA |

Niveau Structures de santé

|  |
| --- |
| HG GD-BASSAM |
| HG BONOUA |
| CSU BONGO |
| HG DE JACQUEVILLE |
| CSU DE IROBO |
| HG public de Bingerville |
| FSU communautaire de cocodyblockauss |
| CSU- communautaire de Cocody-palmeraie |
| CSU DE BELLEVILLE |
| CSU DE BROBO |
| CSU DE KOTTIAKOFFIKRO |
| Hg de Anyama |
| CSU- de Akoupe-Anyama |
| HG Marcory |
| HG de Treichville |
| FSU COM ANOUMABO |
| HOPITAL GENERAL D’ABOBO NORD |
| FSU COMMUNAUTAIRE ABOBO AKEIKOI |
| CSU COMMUNAUTAIRE ABOBOTE |
| CHR D’Aboisso |
| CSU de KRINDJABO |
| CSU de BIANOUAN |
| Hôpital General de Oumé |
| CSU DE DIOGONEFLA |
| CSU de TONLA |
| HG PUBLIC de SINFRA |
| CSU-DM PUBLIC de KONONFLA |
| CSU-DM PUBLIC de KOUETINFLA |
| HG PUBLIC de BOUNA |
| CSU-DM PUBLIC de DOROPO |
| CSU-DM PUBLIC de TEHINI |
| HG PUBLIC de ISSIA |
| CSU-DM PUBLIC de SAIOUA |
| CSU-D PUBLIC de BOGUEDIA |

Annexe 2 : Axe stratégique du PNDS 2016-2020

|  |  |
| --- | --- |
| Effets | Extrants |
| **AXE 1: GOUVERNANCE ET LEADERSPHIP** | |
| EFFET 1: LA GOUVERNANCE ET LE LEADERSHIP DU SECTEUR DE LA SANTE SONT RENFORCES A TOUS LES NIVEAUX DE LA PYRAMIDE SANITAIRE |  |
| Effet intermédiaire 1.1 : Le pilotage du système de santé est renforcé et effectif pour une meilleure coordination des interventions du secteur de la santé | Un cadre organisationnel et institutionnel est opérationnel et disponible à tous les niveaux |
| 100 % des organes de gestion des établissements sanitaires et des ECD et ECR (intermédiaire, périphérique) sont fonctionnelles |
| La coordination et la collaboration des acteurs et des interventions de santé (collectivités, PTF, secteur privé, ONG, PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2016 - 2020 Page 50 Praticiens) est renforcée à tous les niveaux |
| L'implication communautaire dans les activités de santé est renforcée et effective |
|  |  |
| Effet intermédiaire 1.2 : La décentralisation sanitaire et la déconcentration du système de santé sont effectives pour une meilleure disponibilité de l’offre des services de santé de qualité | La loi n° 2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition des compétences de l’Etat aux collectivités territoriales au nouveau découpage territorial et aux besoins du système de santé est adaptée et appliquée |
| La déconcentration des Directions régionales et districts sanitaires est opérationnalisée |
| L’opérationnalisation des districts sanitaires est complète et effective |
|  |  |
| Effet intermédiaire 1.3 : Le système national d’information sanitaire est amélioré et est utilisé pour la prise de décisions à tous les niveaux | Les outils de gestion de l'information sanitaire sont disponibles et utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire |
| Les données sanitaires des EPN hospitaliers, des structures privées lucratives et non lucratives et de l'armée y compris les programmes de santé sontintégrées dans la base de données nationales d'ici 2020 |
| Les données et informations du système communautaire sont intégrées dans le SNIS d'ici 2020 |
| La retro information est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise de décision |
| Les établissements sanitaires disposent de personnel pour la gestion des données |
| **AXE 2: FINANCEMENT DE LA SANTE** | |
| EFFET 2: LE FINANCEMENT INTERNE ET EXTERNE DU SYSTEME DE SANTE EST AMELIORE |  |
| Effet intermédiaire 2.1 : Les besoins pour le financement du PNDS 2016-2020 sont mobilisés, disponibles et sont utilisés pour la mise en œuvre des interventions | La contribution de l'Etat pour le financement du PNDS 2016-2020 représente 60 % des besoins |
| La contribution du secteur privé et des collectivités locales pour le financement du PNDS représente 15 % des besoins |
| La contribution des partenaires au développement pour le financement de la santé est mobilisée et disponible |
|  |  |
| Effet intermédiaire 2.2: La gestion des ressources mobilisées et disponibles pour le financement du PNDS 2016-2020 est efficiente à tous les niveaux | La planification budgétaire est renforcée au niveau central |
| La gestion financière et le suivi de l’exécution budgétaire au niveau déconcentré est renforcée |
| La traçabilité de l’information financière (rapportage, comptabilité générale, comptabilité matière et comptabilité analytique) est formalisée et assurée à tous les niveaux |
| L'allocation des ressources par rapport aux priorités programmatiques et besoins nationaux est effective |
|  |  |
| Effet intermédiaire 2.3 : L'inaccessibilité financière des populations aux soins est réduite | La couverture maladie universelle est mise en place et fonctionnelle. |
| **AXE 3: OFFRE ET UTILISATION DES SERVICE DE SANTE** | |
| EFFET 3 : L'OFFRE DE SERVICE DE QUALITE EST DISPONIBLE ET L'UTILISATION EST AUGMENTEE |  |
| Effet intermédiaire 3.1 : Les structures sanitaires disposent de ressources humaines qualifiées, adéquates et adaptées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise en charge des populations | Les besoins en RH de qualité du MSHP sont disponibles d'ici 2020 |
| Les RH santé sont reparties équitablement sur l'ensemble du territoire national |
| Les RHS spécialisées sont reconnues et prises en compte par l'Etat |
| La fidélisation des RHS aux postes d'affectation est renforcée |
|  |  |
| Effet intermédiaire 3.2 : Les structures sanitaires disposent d'équipements adéquats, adaptés et fonctionnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise en charge des populations | La disponibilité des infrastructures et équipements sanitaires fonctionnels et adaptés est renforcée |
| La gestion du patrimoine de la santé et de la maintenance des infrastructures et des équipements est renforcée |
| Les établissements de santé disposent de moyens logistiques pour la mise en œuvre des interventions |
|  |  |
| Effet intermédiaire 3.3 : Les produits pharmaceutiques, les produits sanguins, les vaccins et autres intrants stratégiques de qualité sont disponibles dans toutes les structures sanitaires | Les commandes des établissements sanitaires sont satisfaites d'ici 2020 |
| Les établissements de santé enregistrent 0% de ruptures de stocks en outils de gestion pour la collecte et de rapportage des données pharmaceutiques |
| Les capacités de stockage des pharmacies des établissements de santé sont renforcées à tous les niveaux de la pyramide |
| Les capacités de distribution de la NPSP des produits de santé jusqu'au dernier km sont renforcées |
| Le contrôle qualité des médicaments et intrants stratégiques est renforcé et effectif |
| La production locale de produits pharmaceutiques est de 15% d'ici l'an 2020 |
| Les événements indésirables enregistrés sont notifiés |
| Le cadre institutionnel et juridique du secteur pharmaceutique est adapté au contexte et aux objectifs gouvernementaux pour l’amélioration de la santé de la population |
|  |  |
| Effet intermédiaire 3.4 : La qualité des prestations est renforcée dans toutes les structures sanitaires | L'engorgement des services de santé est réduit en particulier les services d’urgence d'ici 2020 |
| Les normes, directives et les procédures en matière de qualité des services (accueil, communication, temps d'attente, orientation...) sont appliquées dans 100% des établissements de santé |
| L'hygiène hospitalière est renforcée et améliorée dans 100% des établissements sanitaires |
| Effet intermédiaire 3.5 : La résilience du pays face aux catastrophes et urgences sanitaires est renforcée. |  |
|  |  |
| **AXE 4 : LUTTE CONTRE LA MALADIE** | |
| EFFET 4: LA MORBIDITE ET LA MORTALITE LIEES AUX PRINCIPALES MALADIES SONT REDUITES D'ICI 2020 DE 50% |  |
| Effet intermédiaire 4.1 : La mortalité liée au paludisme est réduite de 50% d'ici 2020 | L'incidence du paludisme est réduite |
| L'assainissement et l'hygiène de l'environnement sont renforcés |
| Les populations utilisent les MILDA |
| Tous les cas de paludisme sont traités selon les directives nationales |
| La gestion des médicaments et intrants sont renforcés dans tous les établissements sanitaires |
|  |  |
| Effet intermédiaire 4.2 : La mortalité liée au VIH/sida est réduite de 75% d'ici 2020 | Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2020 |
| Les PVVIH adultes et enfants diagnostiquées sont enrôlés dans les soins et traités |
|  |  |
| Effet intermédiaire 4.3 : La proportion de la population présentant une malnutrition est réduite de 25% | La sous nutrition est réduit de 20% chez les enfants |
| La surnutrition est réduite de 30% au niveau de la population générale |
|  |  |
| Effet intermédiaire 4.4 : La couverture vaccinale pour tous les antigènes pour les populations cibles a augmenté | Toutes les structures de vaccination enregistrent 0% de rupture de stock en antigène |
| La promotion de la vaccination auprès des populations est renforcée |
| La contribution de l'Etat pour le financement du PEV a augmenté |
| La qualité des données de vaccination (discordance et incohérence des données, sur-rapportage des données) est renforcée |
|  |  |
| Effet intermédiaire 4.5 : La lutte contre les maladies à potentiel épidémique est renforcée | Le dispositif de surveillance et de rapportage des maladies à potentiel épidémique est renforcé |
| Le dispositif de riposte/réponse face aux maladies à potentiel épidémique et autres urgences sanitaires est renforcé |
| La lutte anti vectorielle est renforcée |
|  |  |
| Effet intermédiaire 4.6 : La mortalité liée à la tuberculose est réduite de 20 % d'ici 2020 | L'incidence de la tuberculose sensible et de la co-infection TB/VIH sont réduites de X % d'ici 2020 |
| La prise en charge de la TB sensible et de la co-infection TB/VIH est renforcée |
| La prise en charge de la tuberculose multi-résistante et ultrarésistante est renforcée |
|  |  |
| Effet intermédiaire 4.7 : La mortalité liée aux maladies non transmissibles est réduite d'ici 2020 | La lutte contre les maladies non transmissibles est renforcée |
| La prise en charge des MNT est renforcée dans les structures sanitaires |
|  |  |
| Effet intermédiaire 4.8 : La mortalité liée aux maladies tropicales négligées est réduite d'ici 2020 | L'incidence des maladies transmissibles négligées (FL, onchocercose, schistosomiase, géo helminthe, trachome, lèpre) est réduite |
| La prise en charge des maladies tropicales négligées est renforcée dans les structures de soins |
|  |  |
| **AXE 5 : LA SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L’ENFANT, DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES** | |
| EFFET 6 : LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE SONT RENFORCEES |  |
| Effet intermédiaire 5.1 : La mortalité maternelle est réduite de 30% d'ici 2020 | Le taux de couverture en CPN4 est de X % d'ici 2020 |
| Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est de 80 % d'ici 2020 |
| La notification et la réalisation de revue et riposte des décès maternels est renforcée et effective |
| La prévention et la prise en charge des fistules génitales (vésico-vagino-rectale) chez la femme sont renforcées |
|  |  |
| Effet intermédiaire 5.2 : La santé sexuelle et reproductive des adolescents, des jeunes et des femmes est renforcée | 50 % des établissements de santé offrent les Services de Santé Sexuelles des jeunes d'ici 2020 |
| Le nombre de grossesses précoces en milieu scolaire est réduit de 50 % d'ici 2020 |
| La proportion de Violences sexuelles contre les adolescents et jeunes est réduite de 50 % d'ici 2020 |
| Les nouvelles infections à VIH chez les jeunes sont réduites de 50 % |
|  |  |
| Effet intermédiaire 5.3 : L’utilisation des méthodes modernes de contraception est améliorée d’ici 2020 | Les services de planification familiale enregistrent 0% de rupture de stocks en produit contraceptive |
| L'environnement socio-culturel pour la pratique de la planification familiale est amélioré |
| Les populations en besoins ont recours aux services de planning familial |
|  |  |
| Effet intermédiaire 5.4 : La mortalité du nouveau-né et de l'enfant sont réduites | La PEC du nouveau-né est renforcée et améliorée dans les établissements sanitaires |
| La PEC de l'enfant de 0-5 ans est renforcée et améliorée d'ici 2020 |
|  |  |
| AXE 6 : PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE DE L’HYGIENE PUBLIQUE | |
| EFFET 6 : LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE SONT RENFORCEES |  |
| Effet intermédiaire 6.1 : L'hygiène publique est renforcée et appliquée à tous les niveaux | Le cadre institutionnel, législatif et règlementaire sont renforcés |
| L'offre des services d'hygiène au niveau communautaire est renforcée, améliorée et disponible |
|  |  |
| Effet intermédiaire 6.2 : L'hygiène hospitalière est renforcée dans tous les établissements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Les mesures de prévention contre les infections nosocomiales sont renforcées au sein des établissements de santé |
| Tous les établissements sanitaires disposent de dispositifs pour la gestion des déchets solides et liquides |
|  |  |
| Effet intermédiaire 6.3 : La santé environnementale est renforcée et améliorée | Les maladies liées aux facteurs environnementaux sont réduites |
| Le nombre de cas de traumatismes et de décès liés aux accidents de la voie publique est réduit |
| L'exposition des populations aux nuisances sonores est réduite |
|  |  |
| Effet intermédiaire 6.4 : La promotion de la santé est renforcée dans tous les secteurs | L'utilisation des services de santé est accrue |
| L’adoption de comportements et modes de vie favorables à la santé est renforcé |

Annexe 3 : Liste des documents consultés

* Rapport Annuel Sur La Situation Sanitaire (RASS) 2018 Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP)
* La situation des femmes et des enfants en côte d’ivoire enquête à indicateurs multiples 2016 - 5 MICS
* Analyse de la Situation des Enfants et des femmes en Côte d’Ivoire Sitan 2019

Plan stratégique national de la surveillance du VIH et des IST 2020-2024 Septembre 2019

* Plan stratégique de la sante communautaire 2017-2021 Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP)
* Appui à élaboration du plan national de Renforcement du système d’information
* Sanitaire 2017-2020 en côte d’Ivoire
* Plan national de développement sanitaire 2016-2020 Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP)
* Cadre de coopération des nations unies pour le développement durable Côte d’ivoire 2021-2025
* Plan de suivi et d’évaluation du PNDS 2016-2020 Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP)
* Plaidoyer pour la réalisation des ODD en Cote d’Ivoire, cote d’ivoire : groupe consultatif, PND 2016-2020, cap sur l’émergence
* Cartographie du PBF, Stratégie nationale de financement basé sur la performance (Districts Sanitaires du projet FBP) : Définition des Districts Sanitaires : Urbain, Semi-Urbain, rural, Analyse des cas de COVID 19 du 19 au 26 octobre 2020
* Rapport de Revue du PNDS 2016-2020
* Rapport de la revue a mi parcours du PSNSC 2017-2021
* Financement de la santé, Dossier d’investissement 2020-2023
* Normes de fonctionnalité des régions et districts sanitaires en Côte d’Ivoire, Document d’orientation
* Situation du financement des soins de santé primaire en Côte d’ivoire : comment aller plus loin ?
* Stratégie nationale de financement base sur la performance, MSHP
* Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS), Ministère de la santé et de l’action sociale, République du Sénégal
* Rapport de l’Évaluation du Plan Triennal pour le Renforcement du SIS de la Côte d’Ivoire 2014‐2016
* Health systems assessment for côte d'ivoire accelerating reforms toward universal health coverage, Discussion Paper, World Bank, May 2020
* Ministère de la santé et de l’hygiène Publique, république de Cote d’voire, COMPACT
* Plan Opération 2020, DIIS
* Plan National Stratégique de la santé Communautaire 2017-2021
* Plan Triennal pour le renforcement du Système d’Information Sanitaire Côte d’Ivoire 2017-2021

1. (FMI, Oct. 2020) [↑](#footnote-ref-1)
2. https://www.populationdata.net/palmares/idh/#C%C3%B4te+d%27Ivoire [↑](#footnote-ref-2)
3. PLAIDOYER POUR LA REALISATION DES ODD EN COTE D’IVOIRE, Cote d’ivoire : GROUPE CONSULTATIF, PND 2016-2020, CAP SUR L’EMERGENCE [↑](#footnote-ref-3)
4. République de côte d’ivoire, MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT : RAPPORT VOLONTAIRE D’EXAMEN NATIONAL DE LA MISE EN ŒUVRE DES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE EN CÔTE D’IVOIRE, Juin 2019 [↑](#footnote-ref-4)
5. Ces critères d’évaluation sont inspirés des critères du Comité d’aide au développement (CAD) de l’Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) présentés pour la première fois pour l’évaluation de l’aide au développement (1991). Ces critères ont été mis à jour en 2019 pour les adapter au nouveau paysage du développement et à l’Agenda 2030. [↑](#footnote-ref-5)
6. * Cartographie du PBF, Stratégie nationale de financement basé sur la performance (Districts Sanitaires du projet FBP) : Définition des Districts Sanitaires : Urbain, Semi-Urbain, rural, Analyse des cas de COVID 19 du 19 au 26 octobre 2020
     + Fort impact : [41-51+[ cas
     + Faible impact [1-11] cas

   [↑](#footnote-ref-6)
7. Questionnaire 6 [↑](#footnote-ref-7)
8. Questionnaire 4 [↑](#footnote-ref-8)
9. Questionnaire 3 [↑](#footnote-ref-9)
10. Questionnaire 1 [↑](#footnote-ref-10)
11. Questionnaire 2 [↑](#footnote-ref-11)
12. RGPH 2014 [↑](#footnote-ref-12)
13. Financement de la santé/Dossier d’investissent 2020-2023 [↑](#footnote-ref-13)
14. Cote d’ivoire : l’avancée des reformes/ vers l’émergence en 2020/ Rapport d’avancement de mi-parcours (N°4) [↑](#footnote-ref-14)
15. Ministère du Plan et du Développement/UNICEF : Analyse de la situation de la situation de la femme et des enfants en Cote d’ivoire/SITAN 2019 [↑](#footnote-ref-15)
16. *Etude biologique et comportementale des IST/VIH SIDA chez les professionnels de sexe et examen des interventions en direction des populations clés en Côte d’Ivoire, novembre 2014, page 100* [↑](#footnote-ref-16)
17. *Rapport de la revue sur les populations hautement vulnérables en Côte d’Ivoire, 2015* [↑](#footnote-ref-17)
18. *Kouassi Aguie B. Comportements à risque et séroprévalence du VIH/Sida chez les personnes nouvellement incarcérées à la Maison d’Arrêt et de Correction d’Abidjan. Thèse médecine Université Felix Houphouët Boigny, 2015. 130p.* [↑](#footnote-ref-18)
19. [↑](#footnote-ref-19)
20. *Relevé épidémiologique hebdomadaire 4 Septembre 2020, 95e année ; Situation de la lèpre (maladie de Hansen) dans le monde, 2019: le moment est venu d’intensifier les initiatives de prévention* [↑](#footnote-ref-20)
21. *EDS MICS 2011-2012* [↑](#footnote-ref-21)
22. *http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/11320-11581\_CDITaskSharingPolicy.pdf* [↑](#footnote-ref-22)
23. *Analyse de la situation de la femme SITAN 2019* [↑](#footnote-ref-23)
24. *Rapport SITAN 2019* [↑](#footnote-ref-24)
25. *Rapport national sur la surveillance des décès maternels 2017* [↑](#footnote-ref-25)
26. *Performance Monitoring and Accountability 2020 (2018), Enquête PMA2020 sur l’avortement en Côte d’Ivoire, Résultats clés, Juillet–Août 2018.* [↑](#footnote-ref-26)
27. *Rapports Bilan 2018-2019, PNSSU-SAJ* [↑](#footnote-ref-27)
28. *SITAN 2019* [↑](#footnote-ref-28)
29. *United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), ‘Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation’, United Nations Children’s Fund, New York, 2020.* [↑](#footnote-ref-29)
30. *United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), ‘Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation’, United Nations Children’s Fund, New York, 2020.* [↑](#footnote-ref-30)
31. *United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), ‘Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation’, United Nations Children’s Fund, New York, 2020.* [↑](#footnote-ref-31)
32. https://www.afrik.com/couverture-maladie-universelle-en-cote-d-ivoire-les-enjeux-et-les-defis [↑](#footnote-ref-32)
33. Stratégie nationale du Financement basé sur la performance/ Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique. [↑](#footnote-ref-33)
34. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 [↑](#footnote-ref-34)
35. RASS 2018 [↑](#footnote-ref-35)
36. Rapport étude sur l’équité dans l’accès aux soins de santé, obstacles à la couverture vaccinale universelle des enfants de moins de 5 ans [↑](#footnote-ref-36)
37. PNDS 2016-2020 [↑](#footnote-ref-37)
38. Revue du PNDS 2016-2020 [↑](#footnote-ref-38)
39. Ministère de la santé et de l’Hygiène Publique/Financement de la Santé ; Dossier d’investissement 2021-2023 [↑](#footnote-ref-39)