



Ministère de La Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

--------------

A logo with a black background

Description automatically generated

**DIRECTION DE LA PROSPECTIVE, DE LA PLANIFICATION ET DES STRATEGIES**

**PROJET DE RAPPORT**

**REVUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2021-2025**

**Novembre 2024**

**SOMMAIRE**

[**Note importante** iii](#_Toc190677456)

[**Liste des tableaux** iv](#_Toc190677457)

[**Liste des graphiques** v](#_Toc190677458)

[**Liste des figures** v](#_Toc190677459)

[**Sigles et abréviations** vii](#_Toc190677460)

[**Mot de Monsieur le Ministre** 9](#_Toc190677461)

[**Résumé exécutif** 10](#_Toc190677462)

[**Introduction** 15](#_Toc190677463)

[**Section I : cadre de la revue et limites** 15](#_Toc190677464)

[I.1 Approche méthodologique 15](#_Toc190677465)

[I.2 Limites 18](#_Toc190677466)

[**Section II : Contexte global de mise en œuvre du PNDS 2021-2025** 18](#_Toc190677467)

[II.1. Contexte économique et social de la Côte d’Ivoire 18](#_Toc190677468)

[II.2. Contexte sanitaire en Côte d’Ivoire 19](#_Toc190677469)

[II.3. Agendas globaux en matière de santé 21](#_Toc190677470)

[II.4. Engagements du Gouvernement Ivoirien à travers le PNDS 2021-2025 22](#_Toc190677471)

[**Section III : Principaux résultats de la revue du PNDS 2021-2025** 23](#_Toc190677472)

[III.1. Perception du PNDS 2021-2025 par les différents niveaux de la pyramide sanitaire 23](#_Toc190677473)

[**Perception du PNDS par les structures du MSHPCMU (directions générales, directions centrales, programmes de santé, EPHN, directions régionales et directions départementales)** 24](#_Toc190677474)

[**Perception du PNDS par les Partenaires (PTF, société civile, secteur privé)** 25](#_Toc190677475)

[III.2. Analyse des progrès du PNDS 2021-2025 26](#_Toc190677476)

[Progrès réalisés dans la mise en œuvre de l’ODD 3 26](#_Toc190677477)

[Principales réalisations du PNDS 2021-2025 par axe stratégique 27](#_Toc190677478)

[II.3. Mise en œuvre des réformes clés du secteur de la Santé 78](#_Toc190677479)

[L’achat stratégique en santé incluant le financement basé sur la performance (FBP) 78](#_Toc190677480)

[La Couverture Maladie Universelle (CMU) 79](#_Toc190677481)

[La réforme sur l’intégration et le développement du secteur privé 81](#_Toc190677482)

[La réforme hospitalière 82](#_Toc190677483)

[La réforme sur les Pôles Régionaux d’Excellence de Santé (PRES) 83](#_Toc190677484)

[La réforme sur la digitalisation 84](#_Toc190677485)

[**Section IV : Difficultés, défis, perspectives et recommandations** 85](#_Toc190677486)

[III.1. Difficultés des acteurs du système de santé 85](#_Toc190677487)

[**Difficultés à la mise en œuvre du PNDS au niveau central** 85](#_Toc190677488)

[**Difficultés dans la mise en œuvre du PNDS au niveau déconcentré** 87](#_Toc190677489)

[**Difficultés de financement du PNDS, de l’engagement et de l’exécution des financements selon les PTF** 87](#_Toc190677490)

[III.2. Défis et perspectives du système de santé 88](#_Toc190677491)

[**Défis du système de santé** 88](#_Toc190677492)

[**Perspectives pour 2025** 89](#_Toc190677493)

[III.3. Recommandations pour l’amélioration de la conception, le suivi et la mise en œuvre du PNDS 91](#_Toc190677494)

[**Annexes** 94](#_Toc190677495)

[Annexe 1 : Cas-pratiques : comment résoudre les problèmes de santé persistant ? 94](#_Toc190677496)

[Annexe 2 : Outils méthodologiques pour la revue du PNDS 2021-2025 110](#_Toc190677497)

[Annexe 3 : Participation au processus de revue du PNDS 2021-2025 110](#_Toc190677498)

[Annexe 4 : Evolution des indicateurs du PNDS 2021-2025, au titre de la période 2021-2023 110](#_Toc190677499)

# **Note importante**

*TBI ne fournit pas de conseils juridiques, comptables ou fiscaux. Il appartient au Client d'obtenir un avis indépendant sur ces questions. En outre, TBI ne s'engage pas à mettre à jour ces documents après la date du présent document, même si ces informations peuvent devenir obsolètes ou inexactes.*

*Le contenu de ce document est conçu uniquement pour les objectifs limités décrits dans l'introduction. Le document est strictement confidentiel. Il ne peut être copié ou remis à aucune personne ou entité autre que le Client ("Tiers"). Par conséquent, il est déraisonnable pour un tiers de se fonder sur ces documents à quelque fin que ce soit.*

*Dans toute la mesure permise par la loi (et sauf accord contraire dans un écrit signé par TBI), TBI n'a aucune responsabilité à l'égard d'un tiers, et tout tiers renonce par la présente à tout droit et à toute réclamation qu'il pourrait avoir à tout moment à l'encontre de TBI concernant les services, cette présentation ou d'autres documents, y compris l'exactitude ou l'exhaustivité de ces derniers.*

*Ce document n'est pas destiné à : (i) constituer un conseil financier, ni s'y substituer ; ni (ii) être considéré comme une approbation ou une recommandation formelle d'une ligne de conduite particulière. Il vous est donc conseillé de procéder à votre propre évaluation quant à la ligne de conduite à adopter, en utilisant ce document comme guide.*

# **Liste des tableaux**

[Tableau 1 : Evolution des indicateurs ODD sur la période 2021-2023 23](#_Toc183688749)

[Tableau 2 : Défis opérationnels liés à la mise en œuvre de la réforme sur l'achat stratégique en santé incluant le financement basé sur la performance 71](#_Toc183688750)

[Tableau 3 : Défis opérationnels liés à la mise en œuvre de la réforme sur la Couverture Maladie Universelle (CMU) 73](#_Toc183688751)

[Tableau 4 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme sur l’intégration et le développement du secteur privé 74](#_Toc183688752)

[Tableau 5 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme hospitalière 75](#_Toc183688753)

[Tableau 6 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme sur les Pôles Régionaux d’Excellence en Santé (PRES) 76](#_Toc183688754)

[Tableau 7 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs à la santé de la mère et de l'enfant 91](#_Toc183688755)

[Tableau 8 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs à l’accessibilité 95](#_Toc183688756)

[Tableau 9 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs aux maladies tropicales négligées et aux maladies transmissibles 99](#_Toc183688757)

[Tableau 10 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs aux maladies non-transmissibles 102](#_Toc183688758)

# **Liste des graphiques**

[Graphique 1 : Niveaux de satisfaction de l’élaboration du PNDS, de sa diffusion et son suivi par les structures techniques du niveau central du MSHPCMU 21](#_Toc183688788)

[Graphique 2 : Niveaux de satisfaction de l’élaboration du PNDS et de sa diffusion par le niveau déconcentré de la pyramide sanitaire 22](#_Toc183688789)

[Graphique 3 : Niveaux de satisfaction de l’élaboration, de la diffusion et du suivi du PNDS 2021-2025 par les PTF de la Santé 22](#_Toc183688790)

[Graphique 4 : Taux d'accroissement annuel du budget du Ministère en charge de la santé 27](#_Toc183688791)

[Graphique 5 : Part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé 27](#_Toc183688792)

[Graphique 6 : Score d’utilisation des données sanitaires 28](#_Toc183688793)

[Graphique 7 : Densité des prestataires de soins/habitants 32](#_Toc183688794)

[Graphique 8 : Proportion des établissements de santé accrédités 35](#_Toc183688795)

[Graphique 9 : Taux de disponibilité des produits traceurs dans les établissements de premier contact 36](#_Toc183688796)

[Graphique 10 : Evolution des indicateurs liés à l'accessibilité des produits de santé de qualité et en quantité suffisante 37](#_Toc183688797)

[Graphique 11 : Taux de satisfaction des commandes de produits sanguins 38](#_Toc183688798)

[Graphique 12 : Evolution des indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant 41](#_Toc183688799)

[Graphique 13 : Evolution des indicateurs de la santé des adolescents et des jeunes 43](#_Toc183688800)

[Graphique 14 : Evolution des indicateurs de couverture vaccinale 44](#_Toc183688801)

[Graphique 15 : Couverture en MILDA de routine 46](#_Toc183688802)

[Graphique 16 : Incidence du paludisme chez les moins de 5 ans 46](#_Toc183688803)

[Graphique 17 : Incidence du paludisme dans la population générale 46](#_Toc183688804)

[Graphique 18 : Evolution des indicateurs du VIH 48](#_Toc183688805)

[Graphique 19 : Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes, confirmée bactériologiquement et diagnostiquée cliniquement : patients guéris et traitement terminé 49](#_Toc183688806)

[Graphique 20 : Taux de succès thérapeutique des cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RR-TB) et/ou multirésistante (MDR-TB) confirmée en laboratoire 49](#_Toc183688807)

[Graphique 21 : Evolution de l'incidence de la TB de 2019 à 2022 50](#_Toc183688808)

[Graphique 22 : Prévalence du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire 59](#_Toc183688809)

[Graphique 23: Evolution des indicateurs Prévention et contrôle des infections, accès aux services d’eau, d’hygiène et d’assainissement et gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques 60](#_Toc183688810)

[Graphique 24 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris (MASsc, MASc) guéris 64](#_Toc183688811)

[Graphique 25 : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle 64](#_Toc183688812)

[Graphique 26 : Ratio ASC / populations 68](#_Toc183688813)

[Graphique 27 : Couverture de la CMU dans les établissements sanitaires 72](#_Toc183688814)

[Graphique 28 : Principales difficultés de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 au niveau central 78](#_Toc183688815)

[Graphique 29 : Difficultés de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 au niveau déconcentré 80](#_Toc183688816)

# **Liste des figures**

[Figure 1 : Phases de la revue du PNDS 2021-2025 12](#_Toc183686783)

[Figure 2 : Cadre d’analyse de la revue du PNDS 2021-2025 14](#_Toc183686784)

[Figure 3 : Théorie de changement générale du PNDS 2021-2025 19](#_Toc183686785)

[Figure 4 : Carte des Pôles Régionaux d'Excellence en Santé 75](#_Toc183686786)

[Figure 6 : Causes expliquant la faible couverture en consultation prénatale au 1er trimestre (CPN1) 87](#_Toc183686787)

[Figure 7 : Causes expliquant la faible couverture en CPoN 87](#_Toc183686788)

[Figure 8 : Causes expliquant la faible couverture vaccinale en Penta 3, Tétanos et RR 88](#_Toc183686789)

[Figure 9 : Causes expliquant l'augmentation du nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires 89](#_Toc183686790)

[Figure 10 : Causes expliquant l’insuffisance dans l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives 90](#_Toc183686791)

[Figure 11 : Causes expliquant l’augmentation de l’incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois 90](#_Toc183686792)

[Figure 12 : Causes expliquant la faible couverture en structures sanitaires (ESPC, HR) 93](#_Toc183686793)

[Figure 13 : Causes expliquant l’insuffisance de structures sanitaires aux normes 93](#_Toc183686794)

[Figure 14 : Causes expliquant la difficulté d'accès aux structures sanitaires par les populations 94](#_Toc183686795)

[Figure 15 : Causes expliquant la faible disponibilité des produits de la gratuité ciblée 94](#_Toc183686796)

[Figure 16 : Causes expliquant le non-respect des directives de la gratuité ciblée des soins (GTC) 95](#_Toc183686797)

[Figure 17 : Causes expliquant l’insuffisance de la performance dans l’atteinte des trois 95 96](#_Toc183686798)

[Figure 18 : Causes expliquant l’incidence relativement forte du paludisme 98](#_Toc183686799)

[Figure 19 : Causes expliquant le faible dépistage des cas de tuberculose 98](#_Toc183686800)

[Figure 20 : Causes expliquant l’insuffisance dans la prise en charge des malades multi-résistantes 99](#_Toc183686801)

[Figure 21 : Causes expliquant la faible couverture en Unités de Prise En Charge (UPEC) des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence 100](#_Toc183686802)

[Figure 22 : Causes expliquant la sous-notification des données concernant les maladies métaboliques 101](#_Toc183686803)

[Figure 23 : Causes expliquant le faible dépistage du cancer du col de l’utérus et du sein 101](#_Toc183686804)

# **Sigles et abréviations**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sigles** | **Signification** |
| **ACPCI** | Association des Cliniques Privées de Côte d’Ivoire |
| **ADR** | Agence de Développement Rural |
| **AMIU** | Avortement par aspiration Manuelle Intra-Utérine |
| **ARV** | Anti-Retro-Viraux |
| **ASC** | Agent de Santé Communautaire |
| **CAT** | Centre Antituberculeux |
| **CCDD** | Cadre de Coopération pour le Développement Durable |
| **CDT** | Centre de Dépistage de la Tuberculose |
| **CHR** | Centre Hospitalier Régional |
| **CHU** | Centre Hospitalier Universitaire |
| **CMU** | Couverture Maladie Universelle |
| **CNTSCI** | Centre National de Transfusion Sanguine Côte d’Ivoire |
| **CSU** | Centre de Santé Urbain |
| **CSR** | Centre de Santé Rural |
| **DDS** | Direction Départementale de la Santé |
| **DPI** | Dossier Patient Informatisé |
| **DPPD-PAP** | Document Pluriannuel de Programmation des Dépenses – Projet Annuel de Programmation |
| **DPPS** | Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies |
| **DS** | District Sanitaire |
| **DSCPS** | Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé |
| **ECD** | Equipe Cadre de District |
| **EHP** | Etablissement Hospitalier Privé |
| **EPH** | Etablissement Public Hospitalier |
| **EPHD** | Etablissement Public Hospitalier Départemental |
| **EPHN** | Etablissement Public Hospitalier National |
| **EPHR** | Etablissement Public Hospitalier Régional |
| **ERS** | Equipe Régionale de Santé |
| **ESPC** | Etablissement Sanitaire de Premier Contact |
| **ESPr** | Etablissement Sanitaire Privé |
| **FBP** | Financement Basé sur la Performance |
| **FCFA** | Franc de la Communauté Financière Africaine |
| **FMI** | Fonds Monétaire International |
| **GEU** | Grossesse Extra-Utérine |
| **GSS** | Groupe Sectoriel Santé |
| **HG** | Hôpital Général |
| **HTA** | Hypertension Artérielle |
| **IDE** | Infirmier Diplômé d’Etat |
| **INFAS** | Institut National de Formation des Agents de Santé |
| **INSP** | Institut National de Santé Publique |
| **IPR** | Institut Pierre Richet |
| **IST** | Infection Sexuellement Transmissible |
| **MCSS** | Mécanisme de Coordination du Secteur de la Santé |
| **MILDA** | Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d’Action |
| **MNT** | Maladie Non-Transmissible |
| **MSHPCMU** | Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle |
| **MTN** | Maladie Tropicale Négligée |
| **NPSPCI** | Nouvelle Pharmacie de Santé Publique Côte d’Ivoire |
| **ODD** | Objectif de Développement Durable |
| **OMS** | Organisation Mondiale de la Santé |
| **PCIMNE** | Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l’Enfant |
| **PF** | Planification Familiale |
| **PIB** | Produit Intérieur Brut |
| **PIP** | Projet des Investissements Publics |
| **PMA** | Paquet Minimum d’Activités |
| **PMQIF** | Produits Médicaux de Qualité Inférieure et Falsifiés |
| **PNCFS** | Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé |
| **PND** | Plan National de Développement |
| **PNDS** | Plan National de Développement Sanitaire |
| **PNSLAB** | Plan National Stratégique des Laboratoires de biologie médicale |
| **PPN** | Politique Pharmaceutique Nationale |
| **PRES** | Pôle Régional d’Excellence en Santé |
| **PTA** | Plan de Travail Annuel |
| **PTF** | Partenaire Technique et Financier |
| **PVVIH** | Personne Vivant avec le Virus de l’Immunodéficience Humaine |
| **RAP** | Rapport Annuel de Performance |
| **RASS** | Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire |
| **SFDE** | Sage-Femme Diplômé d’Etat |
| **SIGPS** | Système Intégré de Gestion des Personnels de la Santé |
| **SIH** | Système d’Information Hospitalier |
| **SME** | Santé Mère Enfant |
| **SMNI** | Santé Maternelle, Néonatale et Infantile |
| **SONU** | Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence |
| **SONUB** | Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence de Base |
| **SONUC** | Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence Complets |
| **SRMNIA-N** | Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et Nutrition |
| **SSSU-SAJ** | Service de Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescents et Jeunes |
| **TBI** | Tony Blair Institute |
| **UEMOA** | Union Economique et Monétaire Ouest Africaine |
| **USD** | United States Dollar |
| **VBG** | Violences Basées sur le Genre |
| **VIH** | Virus de l’Immunodéficience Humaine |

# **Mot de Monsieur le Ministre**

La Côte d’Ivoire a renoué avec la croissance fondée sur une solide planification à travers le Plan National de Développement (PND). La santé qui est un secteur clé de développement en soutien à la dynamique d’émergence en cours, contribue au pilier 4 du PND 2021-2025 « Renforcement de l’inclusion, de la solidarité nationale et de l’action sociale ». Dans ce cadre, le Plan National de développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 a été élaboré.

À deux ans de l'échéance de sa mise en œuvre, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle a entrepris une revue du PNDS 2021-2025. Cette revue vise à mettre en lumière les progrès accomplis, les défis persistants et les difficultés inhérentes à la mise en œuvre dudit plan, tout en orientant l'élaboration du prochain plan stratégique pour la période 2026-2030. Des recommandations ont été également formulées afin de renforcer davantage le système de santé et de garantir un accès équitable aux soins pour tous. Ce système de santé devra permettre à la Côte d’Ivoire de contribuer pleinement à l’atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) à l’horizon 2030, notamment l’objectif relatif à la santé, qui consiste à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Nous remercions toutes les parties prenantes, qu'elles soient du secteur public, privé ou associatif, partenaires techniques et financiers, pour leur contribution précieuse à l'édification d'un système de santé résilient et performant.

À l'issu d'un processus à la fois participatif et inclusif, le rapport de la revue du PNDS 2021-2025 est disponible. Nous voulons remercier tout particulièrement les partenaires techniques et financiers, notamment l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale et le Fonds mondial, pour leur contribution significative à l'élaboration de ce document.

Nous espérons que ce rapport servira à orienter les décisions stratégiques, stimuler le dialogue constructif et encourager des actions coordonnées en faveur de l'amélioration continue de notre système de santé. Nous sommes convaincus que, ensemble, nous pourrons œuvrer pour un avenir où la santé est une réalité accessible à tous.

# **Résumé exécutif**

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

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

**Principaux résultats**

*Perception du PNDS*

Les acteurs du niveau central, 52% des acteurs se déclarent satisfaits de la diffusion du PNDS et 57% ont relevé s’être appropriés. La perception des acteurs au niveau déconcentré est globalement insatisfaisante dans les trois domaines abordés (élaboration, diffusion et suivi). De ce fait, la perception des acteurs du MSHPCMU sur le PNDS soulève des questions de la représentativité des participants et de communication interne au sein des structures concernées. Toutefois les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) interviewés, ainsi que la Société civile et le Secteur Privé, disent globalement être satisfaits de leur niveau d’implication dans l’élaboration et la diffusion du PNDS.

*Analyse des progrès du PNDS 2021-2025*

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

* Gouvernance
  + La loi n°2024-240 sur l'exercice de la médecine a été adoptée, avec une meilleure régulation des professions de santé.
  + La Loi sur la Santé de la Reproduction a été examinée en Conseil de Gouvernement en janvier 2024
  + Des partenariats stratégiques avec des acteurs bilatéraux et multilatéraux sont en cours de finalisation, renforçant la coopération technique, notamment avec l’Afrique du Sud et la Chine.
* Financements et mobilisation de ressources
  + Plusieurs outils ont été développés afin d’assurer une meilleure mobilisation et une gestion efficiente des ressources financières (Projets d’Investissement Public, Documents de Programmation Pluriannuel des Dépenses, Projet Annuel de Performance, lettres d’engagements, rapports d’activités semestrielles de performance et Rapports Annuels de Performance).
  + Le budget alloué au secteur de la santé a augmenté de 414 milliards FCFA en 2021 à 691 milliards FCFA en 2023 (+56%), avec une progression notable des investissements dans les infrastructures sanitaires et le personnel. Cela a permis des investissements dans des infrastructures nécessaires pour des événements majeurs comme la Coupe d’Afrique des Nations (CAN) 2023.
* Informations sanitaires
  + Le Ministère a procédé à l’interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels existants (SIGDEP3, Open Elis, Power-bi, mSupply, etc.), à l’intégration des données du secteur privé, des EPN et de toutes les composantes non encore enrôlées (l'armée, l’éducation) dans le SIG (DHIS 2), ainsi qu’au développement d’outils de collectes des données. Ce progrès favorisera une prise de décision basée sur des données actualisées et fiables, couvrant à la fois le secteur public et privé.
  + Des études de référence en santé, telles que IPSS, HHFA, EDS-CI ont été conduites.

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

* Ressources humaines et produits de santé

La densité des prestataires de soins / habitant s’est amélioré passant de 8,57 en 2020 à 11,55 en 2024 pour 10 000 habitants. De même, la disponibilité des produits de santé a été renforcée. Ainsi on observe la hausse du taux de disponibilité des produits traceurs au niveau des sites clients directs de la NPSP (82,9% en 2021 à 84% en 2023) et le taux de disponibilité des produits sanguins labiles s’est amélioré passant de 79,8% en 2020 à 100% en 2023.

* Infrastructures et équipements

D’importants investissements réalisés entre 2021 et 2023 ont permis d'accroître l'accessibilité aux soins et de renforcer le plateau technique des établissements sanitaires. La proportion de la population vivant à moins de 5km d'un centre de santé, passée de 70,7% en 2020 à 80% au premier semestre 2024 avec une offre de service de plus de 1 600 lits supplémentaires. Au titre des équipements, on dénombre 15 scanners installés et 04 en voie de livraison ; 09 IRM dont 06 à l’intérieur du pays, 01 à Abidjan et 02 en voie de livraison.

* Prise en charge des groupes spécifiques et prioritaires
* La prise en charge du couple mère/enfant a connu une nette amélioration. Cela s’est traduit par la réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile de 2012 à 2021 : la mortalité maternelle est passée de 614 pour 100 000 naissances vivantes à 385 ; la mortalité néonatale est passé de 38‰ naissances vivantes à 30‰ et la mortalité infanto-juvénile de 108‰ à 74‰. Cependant, Cependant, le taux de couverture en CPN4 reste faible, s’établissant à 42% en 2023.
* Au titre de la vaccination, de 2020 à 2023, pour un objectif de 95%, les taux de couverture vaccinale sont passés de 90% à 97% en Penta 3 et de 86% à 93% en Rougeole Rubéole 1. La couverture vaccinale pour la deuxième dose de tétanos chez les femmes enceintes est passée de 70% à 72%.
* Les services de santé sexuelle et reproductive sont offerts gratuitement aux adolescents et jeunes dans les Services de Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescents et Jeunes. Ainsi, le nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes a augmenté de 62,96% entre 2021 et 2023, contribuant ainsi à la réduction du nombre de grossesses diagnostiquées chez les adolescentes et jeunes, qui est passé de 6 034 en 2021 à 4 520 en 2023. Cependant, le taux de réalisation de la visite médicale systématique au connu une baisse de 2020 à 2023 passant de 30,23% à 21,65%.
* Lutte contre les maladies transmissibles et tropicales négligées
* Le paludisme demeure un défi majeur de santé publique, avec une augmentation de l’incidence dans la population générale, passant de 173‰ en 2020 à 269‰ en 2023. En revanche, des progrès significatifs ont été réalisés dans la lutte contre le VIH/Sida, avec une baisse de la prévalence de 2,5% en 2018 à 1,82% en 2023. De même, l’incidence de la tuberculose a diminué, passant de 137 cas pour 100 000 habitants en 2020 à 123 cas pour 100 000 habitants en 2023. Malgré ces avancées, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.
* La couverture thérapeutique des Maladies Tropicales Négligés à Chimio-Prophylaxie est passée de 86,82% en 2021 à 94,7% en 2023 pour une cible fixée à 65%. Pour ce qui des Maladies Tropicales Négligées à Prise en charge de Cas, elle est restée stable à 100%.
* Lutte contre les maladies non transmissibles
* En santé mentale, 60 services sont disponibles, répartis sur les 10 PRES, dont 65% au PRES d’Abidjan, 10% à Yamoussoukro et 5% à Bouaké.
* La proportion des régions sanitaires équipées d’unités de prise en charge pour le diabète et l’HTA est passée de 54,5% en 2020 à 66,67% en 2023.
* Entre 2021 et 2023, 138 162 femmes âgées de 25 à 49 ans ont été dépistées pour le cancer du col de l’utérus, et 66,7% des cas positifs ont reçu un traitement. Le taux de survie à 5 ans pour les femmes atteintes de cancer du sein a progressé de 30% en 2017 à 63% en 2023.
* Le taux moyen de contrôle des hypertendus sur six mois a atteint 51%, dépassant la cible de 50%.
* Pour l’insuffisance rénale, trois nouveaux centres ont été ouverts à Aboisso, Adzopé et Man, avec 59 générateurs d’hémodialyse.
* La prévalence du tabagisme en milieu scolaire a chuté de 19,1% en 2020 à 4,7% en 2023.
* Gestion des déchets sanitaires

Les actions menées notamment la contractualisation et la polarisation de la gestion des déchets sanitaires en 2023 ont permis d’améliorer les performances et la généralisation de la pratique de la gestion écologiquement rationnelle des déchets en mutualisant les ressources, faisant passer la proportion de déchet sanitaires détruits de 64% en 2020 à 71% en 2023.

* Nutrition

La disponibilité des services de prise en charge nutritionnelle a s’est améliorée, avec une augmentation du pourcentage d’enfants de moins de cinq ans ayant bénéficié d’une évaluation nutritionnelle, passant de 26% en 2020 à 93% en 2023. Parallèlement, la prévalence de la malnutrition chronique chez cette tranche d’âge a diminué de 5 points, passant de 30% en 2019 à 25% en 2023.

* Gestion des urgences sanitaires :
* Afin d’améliorer la réponse aux épidémies et urgences de santé publique, le pays s’est engagé dans la décentralisation du COUSP au niveau des pôles régionaux d’excellence avec la mise en place des COUSP régionaux. Ainsi, le pays dispose de 06 COUSP régionaux fonctionnels, soit un taux de couverture 46%.
* Pour répondre à l'urgence sanitaire de la COVID-19, des capacités de soins supplémentaires ont été mises en place. La vaccination ayant été adoptée comme une stratégie majeure de lutte contre le virus,13 390 396 personnes ont été complètement vaccinées, représentant 64,3% de cette population cible. La Côte d'Ivoire a été reconnue comme un modèle dans la sous-région pour sa gestion exemplaire de la pandémie à COVID-19.

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

* Santé communautaire

Le ratio ASC par habitant a connu une nette progression, passant de 1 ASC pour 2 034 habitants en 2020 à 1 ASC pour 1 798 habitants en 2023, contribuant ainsi à l’amélioration de la proportion de ménages éligibles adoptant les Pratiques Familiales Essentiels (PFE), qui est passée de 35,10% en 2020 à 70% en 2023.

* Mécanismes et instruments de protection sociale

Relativement à la gratuité ciblée en ciblée, en 2023, 492 071 kits d’accouchement, 53 095 kits de césarienne, 28 867 kits d’épisiotomie, 21 292 kits d’anesthésie générale, 28 087 kits de rachianesthésie, et 1 664 295 produits antipaludiques ont été distribué dans les établissements sanitaires publics. Aussi, 2 746 189 enfants de moins de cinq ans et 334 033 femmes enceintes atteintes de paludisme ont bénéficié gratuitement d’un traitement antipaludique.

En collaboration avec le Ministère en charge de la sécurité sociale, le MSHPCMU a entrepris des initiatives afin d'accélérer la généralisation de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Ces actions visent à simplifier les procédures d'enrôlement, à utiliser les structures de santé comme les centres d'enrôlement et à améliorer l'organisation ainsi que l'effectivité des prestations de la CMU dans la majorité des centres de santé. Au 30 Septembre 2024, environ 15 millions des personnes ont été enrôlées avec 5 millions de cartes produites et 4 082 068 de cartes distribuées avec environ 1,8 million de personnes à jour de leur cotisation.

**Réformes prioritaires**

* L’achat stratégique en santé incluant le financement basé sur la performance (FBP)

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

* La Couverture Maladie Universelle

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

* L’intégration et le développement du secteur privé de la santé

Dans le cadre de la régulation du secteur privé de la santé, 21 décrets et arrêtés sur les 30 prévus, soit 70%, ont été adoptés et diffusés. L’opération « Zéro clinique illégale d’ici 2025 », lancée en octobre 2022 pour assainir le secteur, a permis à 879 établissements d’obtenir leurs arrêtés d’ouverture et d’exploitation à juillet 2024.

* La Réforme Hospitalière

A fin 2023,27 décretsdela loi n°2019-678 du 23 juillet 2019, ont été pris sur un total de 51. Les structures du deuxième et troisième niveau de la pyramide sanitaire ont été érigées en Établissements Publics Hospitalier (EPH), avec une personnalité morale et une autonomie de gestion, afin d’accroitre leurs capacités à dispenser des prestations. De plus, les 134 EPH disposent désormais des comptes à la Banque du Trésor, une avancée en matière de gestion financière des EPH.

* Les Pôles Régionaux d’Excellence Santé (PRES)

La stratégie de mise en place de 10 PRES a été institutionnalisée à travers la prise de l’arrêté n°00203 MSHPCMU/CAB du 2 mai 2023 portant création, attribution, organisation et fonctionnement des PRES.

Afin de rendre disponible les services hospitaliers, disposant de plateaux techniques de qualité dans les différents PRES, plusieurs interventions ont été ont été réalisé dans les régions sanitaires. A ce jour, les PRES d’Abidjan, de Bouaké et San Pedro sont fonctionnels

* La Digitalisation

Le décret n° 2021-763 du 1er décembre 2021 déterminant les modalités de mise en place d’un système d’information hospitalier (SIH) pour les EPH et les Etablissements Hospitaliers Privés (EHP) a été pris afin d’améliorer le système d’information hospitalier par l’informatisation et l’interconnexion (e-santé). En 2023, 202 établissements de santé (5 EPHN, 22 EPHR, 99 EPHD, 76 ESPC) ont été connectés au Système d'Information Hospitalier (SIH)/Dossier patient informatisé (DPI), soit une couverture de 88% des EPHR et EPHD. Le SIH-DPI a permis d’accroître les ressources financières générées de l’ordre de 40% à 135% par rapport à 2021. Également, 39 structures sanitaires sur les 1 114 au total réalisent la télémédecine, renforçant ainsi l'accès aux soins de proximité et réduisant le recours systématique à des références médicales

**Défis et recommandations**

Les efforts réalisés dans les infrastructures, la digitalisation et la réponse aux urgences, notamment en lien avec la CAN et la pandémie de COVID-19, reflètent une modernisation ambitieuse du système de santé ivoirien. Ces réalisations positionnent la Côte d'Ivoire comme un exemple de résilience et d'adaptation face aux défis contemporains. Cependant, des défis restent à relever, notamment la réduction des disparités en matière d’infrastructures et de ressources humaines, l’amélioration des mécanismes de financement pérennes, le renforcement de la chaîne d’approvisionnement ainsi que la disponibilité de données de qualité.

Pour maximiser l’impact du PNDS, il est crucial d’améliorer les mécanismes de suivi-évaluation, d’assurer une meilleure diffusion des plans stratégiques et de combler les lacunes dans les dotations budgétaires. Renforcer la synergie entre les acteurs du système de santé et intégrer de nouvelles priorités comme la santé mentale et le changement climatique s’avère également essentiel. En combinant une méthodologie rigoureuse, une implication inclusive des parties prenantes et une analyse critique des limites, cette revue fournit une base solide pour orienter les efforts à venir, afin de garantir un système de santé performant et résilient.

# **Introduction**

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

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

Conformément au plan de suivi-évaluation du PNDS, une revue a été entreprise. Cette revue, qui couvre la période 2021-2024, vise à évaluer de manière critique le niveau d’atteinte des cibles fixées et l’efficacité des réformes clés. Des mesures structurelles telles que la Couverture Maladie Universelle (CMU) et le financement basé sur la performance (FBP) sont au cœur de cette analyse, qui s'appuie sur une approche participative impliquant les structures sanitaires publiques et privées, les partenaires techniques et financiers (PTF), ainsi que la société civile. Cette démarche inclusive permet de recueillir des perspectives variées et de dresser un tableau objectif des progrès réalisés.

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

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

# **Section I : cadre de la revue et limites**

## I.1 Approche méthodologique

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

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

Figure 1 : Phases de la revue du PNDS 2021-2025

A white rectangular table with black text

Description automatically generated with medium confidence

Source : Equipe projet de la RAMP

1. **Le cadrage** initial a permis de définir les orientations de la mission à travers des réunions de consultation avec les acteurs clés du Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU). Cette étape a permis de cerner les attentes du Ministère, d'affiner la méthodologie et de valider les outils de collecte de données, en garantissant ainsi la pertinence des résultats obtenus. La revue a été conduite par une équipe-projet constituée de l’équipe de Consultants et du personnel de la DPPS. Le suivi de la mission a été effectué par le Comité Technique de Coordination, présidé par le Directeur Général de la Santé.
2. **La collecte des données**, effectuée entre mai et septembre 2024, s'est concentrée sur l’évaluation des indicateurs de santé, le suivi des interventions du PNDS, et le niveau d’appropriation des réformes. Cette collecte s'est déroulée en trois étapes :
   1. ***Revue documentaire*** : Cette première étape a impliqué l’analyse approfondie des rapports bilans des structures techniques, des textes réglementaires, et des rapports internationaux et nationaux pertinents pour le secteur de la santé ivoirien. Cette revue documentaire a permis de collecter des informations de base sur l’état d'avancement des actions et des indicateurs du PNDS.
   2. ***Entretiens et ateliers au niveau central*** : Des entretiens avec 37 structures du MSHPCMU (directions techniques, programmes de santé et Etablissements Publics Hospitaliers Nationaux) et six Partenaires Techniques et Financiers (PTF), ainsi que des représentants de la société civile (01) et du secteur privé (01), ont permis de recueillir des perspectives variées. Un atelier regroupant 54 participants a ensuite consolidé les informations issues des entretiens et permis de peaufiner les résultats.
   3. ***Collecte de données au niveau déconcentré*** : Cette phase, réalisée dans cinq Pôles Régionaux d’Excellence en Santé (Abidjan, Bouaké, Daloa, Yamoussoukro et San-Pedro), a impliqué des entretiens avec 14 Directions Régionales de Santé, 14 Directions Départementales et 14 hôpitaux de référence. La phase a également inclus des ateliers régionaux de restitution impliquant 209 structures pour valider les conclusions.
3. **Le Traitement et l’analyse des Données** : Après la collecte, les données ont été consolidées dans des matrices d'analyse, permettant une comparaison systématique de l'évolution des indicateurs et des résultats obtenus. Les perceptions des acteurs ont été synthétisées dans des matrices spécifiques, regroupant des informations clés par axes d’analyse définis pour évaluer :

- La pertinence et l’alignement du PNDS avec les priorités sanitaires,

- Le niveau de mobilisation et d’utilisation des financements,

- La coordination et l’efficacité du suivi-évaluation,

- L’appropriation des réformes par les acteurs de santé,

- Les défis persistants et les obstacles à surmonter pour une mise en œuvre optimale.

Les données collectées ont été analysées suivant les objectifs de la revue, à savoir l’évaluation **des processus[[1]](#footnote-2)**, des **résultats[[2]](#footnote-3) obtenus à mi-parcours** et des **défis persistants du système de santé**, à travers le cadre ci-après :

Figure 2 : Cadre d’analyse de la revue du PNDS 2021-2025

A screenshot of a video game

Description automatically generated

Sources : Consultants Revue du PNDS 2021-2025

Les résultats consolidés ont permis d’identifier des avancées ainsi que des lacunes nécessitant des ajustements stratégiques pour atteindre les objectifs du PNDS dans sa phase finale. Les recommandations formulées à partir de cette analyse visent à renforcer la gouvernance, à optimiser la coordination intersectorielle et à améliorer la mobilisation des ressources financières.

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

## I.2 Limites

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

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

Par ailleurs, il est important de souligner que :

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

- ***Accès limité à certaines informations*** : La revue a rencontré des difficultés liées aux retards dans la transmission des informations sur les valeurs des indicateurs de santé et sur les activités menées ainsi que l’incomplétude des données fournies. De plus l’analyse de la mobilisation et de l’exécution budgétaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS a été limitée en raison de l’absence de données financières complètes.

- ***Couverture régionale incomplète*** : Lors de la phase de collecte, cinq PRES sur 10 ont été visités, le faible taux de réponse et le caractère incomplet de certaines informations transmises de l’ensemble des 10 PRES n’ont pas permis de capturer les spécificités locales de manière optimale. Ces insuffisances dans le retour d’information limitent la représentation détaillée des contextes régionaux.

# **Section II : Contexte global de mise en œuvre du PNDS 2021-2025**

Cette section vise à présenter le contexte de l’élaboration et de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2021-2025). Elle présente les performances macroéconomiques de la Côte d’Ivoire, les engagements internationaux du pays en matière de santé, précise les enjeux sociaux prévalant dans le pays, présente le contexte sanitaire actuel et décrit les engagements du Gouvernement Ivoirien à travers le PNDS 2021-2025.

## II.1. Contexte économique et social de la Côte d’Ivoire

Depuis 2016, la Côte d'Ivoire se distingue parmi les économies à forte croissance au niveau mondial, avec une croissance moyenne de 5,8% entre 2016 et 2023. Ce dynamisme économique est alimenté par une résilience face aux crises, notamment la récession due à la COVID-19, et par une attractivité croissante pour les investisseurs internationaux. En dépit de la hausse de la dette publique, qui a atteint 58,1% du PIB en 2023, la confiance des marchés demeure solide, comme en témoignent les récentes émissions d'Eurobonds, dont la plus importante en 2024 (2,6 milliards USD).

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

## II.2. Contexte sanitaire en Côte d’Ivoire

**Le système de santé** en Côte d'Ivoire est organisé en une structure pyramidale avec des composants administratifs et de soins. **Le versant administratif est subdivisé en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.** Le niveau central est composé du Cabinet du Ministre, des directions générales, des directions centrales et des programmes de santé responsables de la définition des politiques et de la coordination générale.

Au niveau intermédiaire, on note 33 Directions Régionales, chargées de coordonner les Districts de Santé au nombre de 113, dans la mise en œuvre des politiques de santé.

Au niveau périphérique, 113 Directions Départementales de la Santé (DDS) ou Districts de Santé (DS) coordonnent les actions locales de santé et fournissent un soutien opérationnel et logistique. Chaque district de santé est subdivisé en zones sanitaires qui servent de points de contact principaux pour les services de santé locaux.

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

En plus du secteur public, le secteur privé de la santé joue un rôle significatif, contribuant à environ 40% des services de santé nationaux[[3]](#footnote-4). On note par ailleurs un système de santé communautaire en plein essor, disposant d’un personnel fournissant des services d'éducation et de soins. Ces travailleurs bénévoles, au nombre d'environ 17 308, sont supervisés par le personnel de santé publique des ESPC. La médecine traditionnelle se développe également, régulée par des lois et codes spécifiques, avec 7 020 praticiens enregistrés en 2020.

**Le profil épidémiologique** de la Côte d'Ivoire révèle des défis de santé persistants. Le pays fait face à des taux de morbidité élevés dus aux maladies transmissibles et non-transmissibles, aux maladies tropicales négligées, aux grossesses précoces, aux problèmes de sécurité routière et au vieillissement de la population. Le taux de mortalité général était particulièrement élevé à 9‰ en 2022[[4]](#footnote-5), avec une morbi-mortalité significative parmi les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de cinq ans, les adolescents et jeunes et les personnes âgées.

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

**La santé infantile** est également une préoccupation majeure, avec un taux de mortalité néonatale et une prévalence du retard à la croissance chez les moins de 5 ans élevés. Leurs valeurs respectives sont de 30‰ et 23% en 2021[[5]](#footnote-6). La mortalité infanto-juvénile était 74‰ en 2021 (EDS), une performance positive au regard des prévisions qui étaient de 88,9‰ pour cette même année.

**La santé des adolescents et des jeunes adultes** est marquée par une forte incidence du paludisme, d'infections respiratoires, d'infections sexuellement transmissibles (IST) et d'anémie. A titre d’illustration, l’incidence des IST chez les adolescents et jeunes connait une hausse ces dernières années passant de 1,22 en 2021 à 1,43 en 2023[[6]](#footnote-7). Le nombre de grossesses diagnostiquées chez les adolescentes et jeunes, en baisse depuis 2021, est tout de même de 4 520 en 2023, s’expliquant essentiellement par le faible usage des moyens contraceptifs par les jeunes[[7]](#footnote-8). La prévalence du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire est passée de 13,7% en 2011 à 4,5% en 2023.

**Les personnes âgées** de plus de 60 ans représentent 4% de la population générale[[8]](#footnote-9). Entre 1998 et 2020, le nombre de personnes âgées s’est accru de 2,6% en moyenne chaque année. En projetant cette accélération du rythme du fait de la baisse de la fécondité, il apparait nécessaire de mieux prendre en considération les problèmes sanitaires relatifs au vieillissement actuel de la population de la Côte d’Ivoire de sorte à adopter les mesures idoines.

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

**Concernant les maladies transmissibles,** la prévalence du VIH parmi les adultes était de 1,82% en 2022, avec des taux plus élevés parmi les populations clés telles que les travailleuses du sexe (10,2%), les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (10,7%) et les usagers de drogue (6,6%). L'incidence de la tuberculose était de 123 pour 100 000 habitants en 2022. La co-infection avec le VIH s’élevait à 14% en 2022. L'hépatite B et C restent sous-diagnostiquées et sous-traitées.

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

**Les maladies non-transmissibles** représentent 37% des décès[[9]](#footnote-10), les maladies cardiovasculaires, les accidents et le cancer étant les principales causes. La prévalence des maladies chroniques comme la maladie rénale chronique, le diabète et l'hypertension est significative, avec des facteurs de risque liés au mode de vie tels que le tabagisme et la consommation d'alcool. Les accidents de la route demeurent une préoccupation majeure, avec des taux de mortalité élevés malgré les efforts pour améliorer la sécurité routière.

## II.3. Agendas globaux en matière de santé

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

**Au niveau international**

* **Le Règlement Sanitaire International (RSI-2005)** : induisant la participation du pays aux efforts internationaux pour sécuriser le monde contre les maladies infectieuses.
* **La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005)** : engagement à améliorer l'impact et l'efficacité de l'aide au développement en alignant les priorités nationales et les financements extérieurs.
* **La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (2008)** et **Déclaration d’Astana (2018)** : engagement à renforcer les soins de santé primaire dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).
* **Le Millennium Challenge Corporation (MCC)** **depuis 2015 :** partenariat avec les États-Unis pour renforcer les dépenses de santé, notamment pour la vaccination et la santé infantile.
* **Les Objectifs de Développement Durable (ODD) :** la Côte d’Ivoire y a adhéré en 2015, souscrivant par la même occasion à 17 objectifs pour l’horizon 2030. Ces derniers visent l’éradication de la pauvreté, la lutte contre les inégalités et l’injustice et la réponse aux changements climatiques. Parmi ces objectifs, le troisième concerne la santé et en particulier la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) à laquelle la Côte d’Ivoire s’est engagée. Cette cible engage en effet les Etats à *« faire en sorte que chacun bénéficie d’une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, efficaces, de qualité et d’un coût abordable »*.
* **L’initiative pour le Cofinancement pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (2016)** : La Côte d'Ivoire s'engage, aux côtés de partenaires techniques et financiers, à augmenter sa part de cofinancement de 20% puis progressivement à 40% pour maintenir les acquis de la lutte contre les trois maladies et envisager leur élimination.
* **L’Adhésion au Mécanisme de Financement Mondial (GFF) en 2018** : avec pour objectif d'accélérer les réformes pour mobiliser des fonds en faveur de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents. Le pays s’est engagé à augmenter chaque année le financement de la santé de 15%.
* **La Transition de financement pour la vaccination (2019)** : Engagement à augmenter sa contribution pour atteindre 100% du financement de l’achat des vaccins et du soutien aux services de vaccination d'ici 2025, en partenariat avec GAVI.

**Au niveau continental**

* **La Déclaration d'Abuja (2001)** : engagement à allouer 15% du budget national à la santé.
* **La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (2008) et les systèmes de soins :** Améliorer la santé au cours du nouveau millénaire.
* **L’Agenda 2063 de l’Union Africaine (2013)** : la Côte d'Ivoire s'engage sur les priorités sanitaires, notamment la nutrition, dans le cadre de cet agenda qui ambitionne une *« Afrique intégrée, prospère et en paix, gérée par ses propres citoyens et représentant une force dynamique dans l’arène internationale ».*

**Au niveau sous-régional**

* **La Directive n° 06/2002-CM-UEMOA** : cette directive exempte de TVA une liste commune de médicaments et produits pharmaceutiques dans l'UEMOA.
* **L’Engagement pour le financement des produits contraceptifs (Partenariat de Ouagadougou) et Fonds Incitatif Double** : depuis l'engagement de la Côte d'Ivoire en 2017 à Londres (FP/2020, devenu FP/2030), le pays s'est engagé à augmenter de 10% par an ses contributions nationales pour l'achat de contraceptifs. Le **Fonds Incitatif de Contrepartie Double (FIx2)**, financé par l'UNFPA et la Fondation Bill & Melinda Gates, renforce ce mécanisme en soutenant la sécurisation des contraceptifs.

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

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

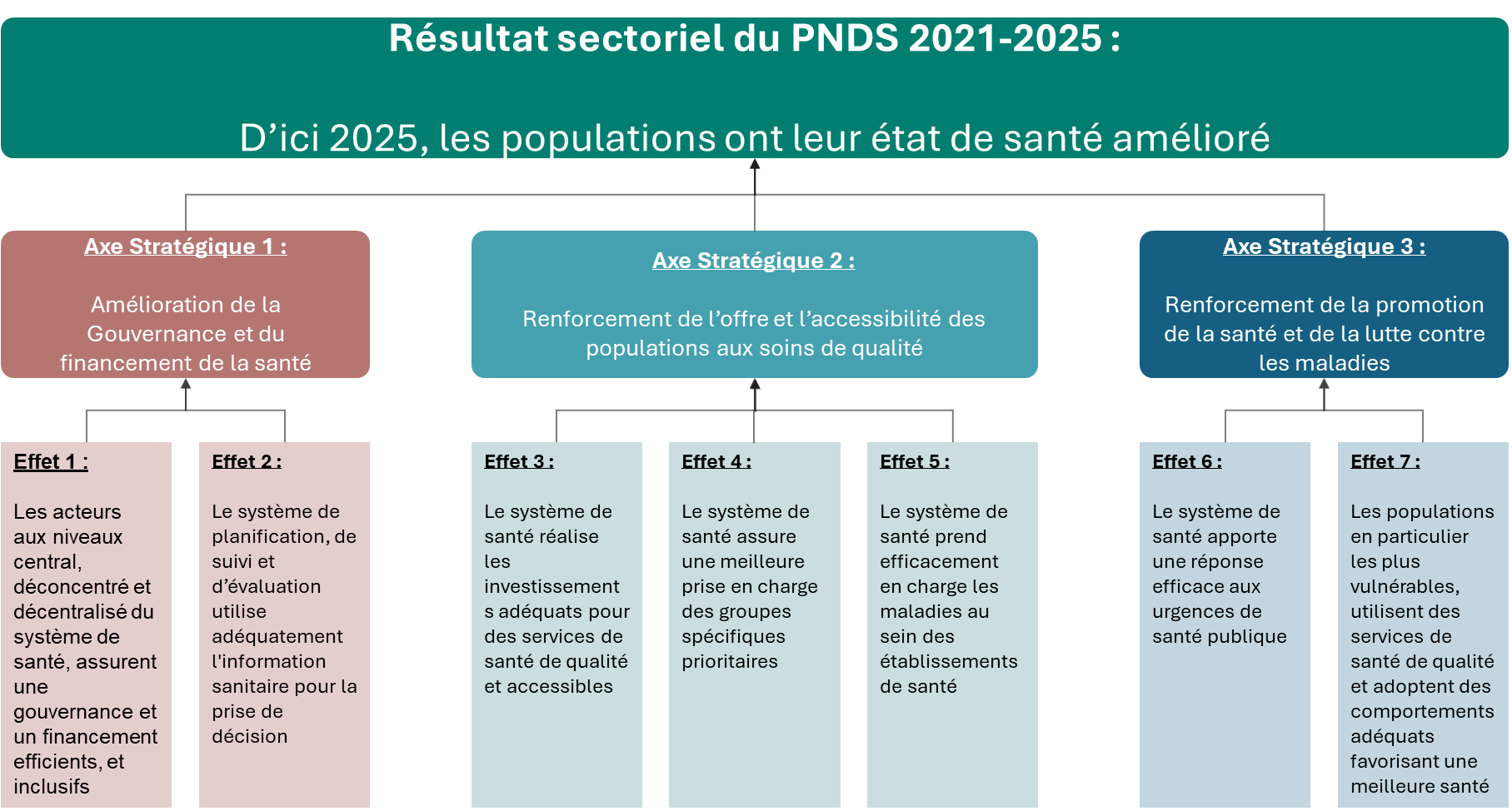
A travers le PNDS 2021-2025, ***la vision du*** ***MSHPCMU est « une Côte d’Ivoire dans laquelle la santé et le bien-être des populations sont les plus élevés possible à travers un système de santé performant, accessible à tous et résilient ».*** Cette vision est alignée sur l’ambition du Gouvernement, déclinée dans trois documents stratégiques : l’étude prospective Côte d’Ivoire 2040, le Plan Stratégique Décennal Côte d’Ivoire 2030 et le Plan National de Développement 2021-2025.

Elle se matérialisera par l’atteinte des résultats suivants :

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

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

Figure 3 : Théorie de changement générale du PNDS 2021-2025



Source : Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025,

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

* **La réforme sur les Pôles Régionaux d’Excellence en Santé :** vise à garantir aux populations d’une aire géographique délimitée tous les services de santé globaux, spécialisés, continus, intégrés et efficaces dans une approche de continuum de soins à travers les différents niveaux de la pyramide sanitaire.
* **La réforme hospitalière :** Vise à satisfaire les besoins des populations en matière d’offre de soins de qualité dans les établissements de santé.
* **La Couverture Maladie Universelle :** vise à garantir à l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire l'accès à des services et à des soins de santé de qualité, à moindre coût.
* **Le financement basé sur la performance :** vise à améliorer la qualité des prestations offertes par les services de santé et à inciter le personnel à produire de meilleurs rendements.
* **L’intégration et le développement du secteur privé :** vise à contribuer au renforcement du système national de santé en Côte d'Ivoire avec la capacité et la pleine participation du secteur privé de la santé pour atteindre la couverture sanitaire universelle.

La section suivante présente les résultats atteints par le MSHPCMU dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025.

# **Section III : Principaux résultats de la revue du PNDS 2021-2025**

Les résultats de la présente revue s’articulent autour de la perception du PNDS 2021-2025 par les acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire et de l’analyse des progrès à mi-parcours de sa mise en œuvre.

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

Dans le cadre de la revue du PNDS, des entretiens ont été menés avec divers acteurs du système de santé.

Les acteurs interrogés ont partagé leur perception sur plusieurs aspects du PNDS, notamment :

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

**Selon plus des deux-tiers** des Directions Centrales et Programmes de Santé du MSHPCMU (69%) qui ont été interrogées, **l'élaboration du PNDS 2021-2025 a bénéficié d'un processus participatif qui a impliqué un grand nombre d'acteurs du secteur de la Santé.** Les résultats de ces entretiens ont été confrontés à d'autres sources d'information notamment les listes de présence des ateliers réalisés lors de l’élaboration du PNDS pour en tirer des enseignements applicables à la future mise en œuvre du PNDS.

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

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

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

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

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

Cependant, 28% trouvent le mécanisme de suivi-évaluation satisfaisant. Bon nombre d'entre eux déclarent ne pas comprendre clairement en quoi consiste ce mécanisme. Cette confusion s’explique principalement par :

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

La perception des acteurs au niveau déconcentré est globalement insatisfaisante dans les trois domaines abordés (élaboration, diffusion et suivi). bien que près de 130 représentants des Directions Régionales, Départementales et Hôpitaux y ont effectivement pris part *(cf. liste de présence annexe PNDS)*.

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

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

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

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

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

Tous les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) interviewés, ainsi que la Société civile et le Secteur Privé, disent globalement être satisfaits de leur niveau d’implication dans l’élaboration et la diffusion du PNDS. Également, ils reconnaissent l’existence d’un mécanisme de coordination des partenaires de la santé dans la mise en œuvre dudit plan. Cependant, ils estiment que des améliorations sont nécessaires concernant le mécanisme de suivi-évaluation.

Graphique 3 : Niveaux de satisfaction de l’élaboration, de la diffusion et du suivi du PNDS 2021-2025 par les PTF de la Santé

Source : Données collectées pour la revue à mi-parcours du PNDS 2021-2025

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

* **Le changement climatique**, dont les impacts sur la santé ne sont pas suffisamment pris en compte dans l’actuel PNDS, notamment en matière de problèmes de santé émergents.
* **Les crises et événements imprévus** pour lesquels des mécanismes de contingence devraient être intégrés pour renforcer la résilience du système de santé face aux crises et événements imprévus.
* **Le financement de la santé** : la mobilisation des ressources est un défi pour les structures en charge de la mise en œuvre du PNDS. Par conséquent, une partie significative des plans d’action n’est pas réalisée faute de ressources financières. Le prochain PNDS devrait inclure un mécanisme coordonné pour la mobilisation des financements nécessaires à la mise en œuvre de ses activités.
* **La lutte contre les maladies cardiovasculaires**, avec un accent particulier sur la prévention, le dépistage, les soins, la formation et la recherche.
* **La santé mentale**, notamment la prise en charge adéquate, étant donné l’émergence des drames sociétaux.
* **La recherche** en santé devrait être davantage développée dans le prochain PNDS.

## III.2. Analyse des progrès du PNDS 2021-2025

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

### Progrès réalisés dans la mise en œuvre de l’ODD 3

Le Gouvernement de la Côte d’Ivoire s'est engagé dans des transformations structurelles et la mise en œuvre des solutions guidées par les ODD, en dépit du contexte mondial de crise (COVID 19) et des défis sociaux. Pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable, la Côte-d’Ivoire a mobilisé efficacement des financements nationaux et internationaux en faveur de programmes capables de relever ces défis.

Toutes les parties prenantes, ont pris des engagements pour faire la promotion des ODD dans les plans de mise en œuvre des politiques, programmes et projets sectoriels et locaux. Dans ce contexte, le MSHPCMU a mené de interventions pour concourir à l’atteinte de l’ODD3.

Le bilan de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 fait ressortir que le pays est sur une trajectoire positive pour l’atteinte des cibles de certains indicateurs de l’ODD 3, comme le démontre le tableau ci-dessous :

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

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

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

### Principales réalisations du PNDS 2021-2025 par axe stratégique

Le Gouvernement ambitionne à travers le PNDS « améliorer l’état de santé des populations d’ici à 2025 » à travers le renforcement de la gouvernance et le financement de la santé, le renforcement de l’offre et de l’accessibilité des populations aux soins de qualité et la promotion de la santé et la lutte contre les maladies.

Le bilan à mi-parcours fait ressortir que 75% des indicateurs d’effets ont vu leurs données régulièrement collectées ce qui dénote une bonne qualité de suivi. Le taux d’atteinte des cibles du PNDS relativement bas (31,8%[[10]](#footnote-11)), bien qu’en progression. Les indicateurs n’ont certes tous pas atteint leurs cibles au cours de la période d’observation, mais ont tout de même enregistré une progression vers ces dernières : **en moyenne, les indicateurs d’effets, tous effets du PNDS confondus, ont enregistré 51% de la progression prévisionnelle vers leurs cibles**, ce qui indique un gap de performance de 49%.

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

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

Pour la période 2021-2025, le MSHPCMU entend améliorer la gouvernance et le financement de la santé, et renforcer la planification, le suivi-évaluation et la gestion de l’information sanitaire pour la prise de décision. Différentes actions ont été entreprises entre 2021 et 2023, dont les principales sont :

##### **Élaboration et mise en œuvre des politiques, normes et règlements**

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

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

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

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

##### **Coordination, régulation aux différents niveaux de la pyramide et collaboration avec les autres secteurs et les partenaires au développement**

En matière de coordination, de régulation et de collaboration au sein des différentes structures sanitaires, les 33 directions régionales de la santé et les 113 directions départementales ont reçu un renforcement de capacité dans la mise en œuvre opérationnelle de la politique sanitaire. Les organes de gouvernance, tels que les Équipes Régionales de Santé (ERS) et les Équipes Cadres de District (ECD), ont été redynamisés.

IIl convient également de souligner l'existence d'une synergie intersectorielle avec le Ministère chargé du Plan et du Développement, dans le suivi de la mise en œuvre du Plan National de Développement, ainsi qu'avec les ministères concernés par le pilier 4 du PND.

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

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

##### **Mobilisation et gestion efficiente des ressources financières**

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

Pour assurer une **meilleure mobilisation et une gestion efficiente des ressources financières** pour la santé, plusieurs réalisations ont été enregistrées sur la période d’observation. Ainsi, des outils ont été développés (Projet d’investissement Public, Document de programmation pluriannuel des dépenses, Projet annuel de performance, lettres d’engagements, rapports d’activités semestrielles de performance, rapports annuels de performance) dans le cadre de la mise en œuvre du budget programme. Pour ce qui est du financement basé sur la performance des contrats de performance, plans d’affaires semestriels, manuels de gestion financière simplifiés, les grilles d’évaluation de la qualité/performance, etc. ont été élaborés.

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

L’analyse du budget 2023 (estimation GTT3 PNCFS) révèle qu'entre 2018 et 2023, la part moyenne du budget national consacrée à la santé s'est établie à 5,95%, atteignant un pic de 7,43% en 2020, en grande partie grâce aux financements supplémentaires liés au plan de riposte contre la pandémie de COVID-19. Ces chiffres illustrent les défis structurels auxquels la Côte d'Ivoire est confrontée pour atteindre l'objectif de 15% fixé par la Déclaration d'Abuja en 2001. Par ailleurs, selon les données du *Millennium Challenge Corporation* (MCC), les dépenses publiques de santé rapportées au PIB représentaient 1,3% en 2020, situant la Côte d'Ivoire en deçà de la médiane africaine, fixée à 2,63%.

Le budget voté alloué au Ministère en charge de la santé est passé de 414 254 898 441 FCFA en 2021 à 691 721 447 907 FCFA en 2023. Ce budget a connu de 2021 à 2022 une hausse de 7% et de 2022 à 2023 une hausse de 56%. Cette progression s’explique principalement par des investissements accrus dans l’offre de soins, avec la construction de plusieurs établissements de santé, dont 226 ESPC. De plus, le recrutement et la prise en charge de nouveaux agents de santé, ainsi que l’application du décret portant sur la revalorisation salariale des fonctionnaires, ont contribué à cette hausse. Les dépenses publiques liées à la lutte contre la COVID-19 ont également joué un rôle dans l’augmentation du budget.

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

Sources : Comptes de la Santé, DAF

Toutefois, le budget du MSHPCMU devrait évoluer de 15% conformément à l’engagement pris par le gouvernement lors de la conférence d’Oslo (2018) mais cet engagement n’a été respecté qu’en 2020 (16%) et 2023 (56%). Par ailleurs, **la part du budget de l'État alloué au secteur de la santé** **reste en deçà des cibles annuelles prévues** (2021 : 6,28% ; 2022 : 5,36% ; 2023 : 6,32% contre une prévision variant de 7,54% à 7,77% sur la période).

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

Sources : Bases budgétaires, DAF

Les efforts entrepris ces dernières années pour améliorer la gestion financière au sein du MSHPCMU ont porté leurs fruits. En effet, la proportion des structures du ministère de la santé en conformité avec les règles de gestion financière a connu une nette augmentation, **passant de 47% en 2021 à 61% en 2023.** Cette progression est le résultat d'une série de mesures mises en œuvre, notamment la réalisation de missions de contrôle pour évaluer l'évolution des recettes des établissements et la mise à échelle de la stratégie du financement basé sur la performance.

**S’agissant du financement du PNDS,** selon lerapport de la Cartographie des Ressources et de Suivi des Dépenses du secteur de la santé les prévisions de financement annoncé pour les cinq années de mise en œuvre du PNDS s’élèvent à 6,7 milliards de dollars (USD), sur un besoin de financement estimé à 10,5 milliards USD. La contribution annoncée de l’Etat s’élève à 4,4 milliards USD (66%), contre 2,3 milliards USD (34%) pour les PTF.

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

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

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

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

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

**S’agissant du renforcement de l’analyse des données sanitaires**, l’on peut enregistrer la production du Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) national 2021, les RASS régionaux 2021 et des rapports spécifiques par pathologie (VIH, tuberculose, paludisme, etc) ou grands problèmes de santé qui sont également produits chaque année. Ces documents permettent d’apprécier les performances atteintes par domaine programmatique et sont destinés à aider à la prise de décision. On enregistre aussi une nette amélioration de la rétro-information du niveau central vers le niveau déconcentré sur la qualité des données dans la base DHIS2.

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

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

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

##### **Planification, suivi et évaluation des interventions sanitaires**

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

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

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

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

**Au titre du renforcement de** **capacités des acteurs en matière de planification et de suivi-évaluation,**des sessions de formations sur le guide de planification ont été réalisées avec les acteurs du niveau déconcentré (33 Directeurs régionaux, 33 chargés de suivi-évaluation régionaux, 113 chargés de suivi-évaluation de districts). Pour le niveau central, les directeurs coordonnateurs de certains programmes de santé, les chargés de planifications des programmes de santé et directions centrales ont également bénéficié de renforcement de capacité. En outre, on note le recrutement des Conseillers Techniques Régionaux (CTR) pour apporter un appui aux régions sanitaires dans les domaines de la planification et du suivi-évaluation des activités. Les acteurs du MSHPCMU ont également bénéficié de renforcement de capacités sur l’élaboration des PIP depuis la conception du projet jusqu’à la maturation.

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

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

##### **Recherche et innovation en santé**

**En matière de recherche et d’innovation, le MSHPCMU s’est engagé** à proposer des interventions et des politiques de santé fondées sur des connaissances et preuves scientifiques ainsi que d’implémenter un ensemble de mesures, dans les dimensions structurelles, organisationnelles et sanitaires, soutenues par les Technologies de l’Information et de la Communication. Ces actions permettraient d’améliorer la santé et le bien-être, et de réduire les inégalités de santé. Les leviers de cet engagement sont : *(i)* l’amélioration des capacités des structures de santé pour la recherche ; *(ii)* le renforcement des mécanismes de gouvernance, de coordination, de collaboration et de suivi et évaluation pour la recherche et l'innovation dans le système de santé ; *(iii)* la promotion et la vulgarisation des acquis de la recherche en santé ; et *(iv)* le développement de technologies innovantes du numérique en soutien au système de santé.

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

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

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

* Évaluation de la capacité du calculateur de fer à estimer les apports alimentaires en fer des enfants de 6 à 36 mois en Côte d’Ivoire ;
* Analyse comparative de la pratique de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les zones à fortes prévalences de la malnutrition versus les zones à faibles prévalences de la malnutrition des enfants de 0-24 mois ;
* Étude de la diversité et de la composition nutritionnelle des ressources locales pour l’alimentation de complément des enfants de 6 à 24 mois dans les zones à forte prévalence de la malnutrition en Côte d’Ivoire ;
* Profil nutritionnel du lait maternel durant la période d'allaitement de 0 à 6 mois ;
* Statut oxydant du nourrisson : Cas des jeunes enfants suivis pour diversification alimentaire au service maternel et infantile de l’INSP à Adjamé, six mois après l’allaitement maternel exclusif ;
* Surveillance passive de la THA en Côte d’Ivoire du Projet « Trypa-NO! » ;
* Trypa-No ! 2 ;
* Controlling and progressively Minimizing the Burden of Animal Trypanosomosis (COMBAT) : Réduire progressivement le fardeau de la trypanosomiase animale ;
* REACT 2 : Améliorer l’accès à la prévention, au diagnostic et aux soins pour les communautés rurales vulnérables ;
* Efficacité des MILDA chlorfenapyr-pyrethrinoïde et MILDA PBO par rapport aux moustiquaires standard pour la lutte contre le Paludisme en Côte d'Ivoire : Un essai contrôlé randomisé ;
* Eave tube 2 : Eave tubes pour la lutte contre les maladies à transmission vectorielles ;
* Enquête sur la transmission vectorielle du paludisme dans douze sites sentinelles de Côte d’Ivoire ;
* *E*valuation de la capture et de la notification des résultats des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme (MaCRA) ;
* *S*urveillance de la résistance aux insecticides des moustiques vecteurs de paludisme dans les sites complémentaires aux sites sentinelles de Côte d’Ivoire ;
* *E*valuation du niveau de connaissances, attitudes et de pratiques en Nutrition & santé et de la protection sociale sensible au VIH Pour une prise en charge efficace des ménages affectés par le VIH en côte d’ivoire ;

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

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

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

##### **Communication**

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

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

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

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

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

#### **Axe 2 : Renforcement de l’offre et l’accessibilité des populations aux soins de qualité**

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

##### **Ressources humaines**

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

Pour l’atteinte de cet objectif, le MSHPCMU a consenti d’importants efforts dans le cadre de la **gouvernance et du financement des ressources humaines** en santé à travers le déploiement du logiciel Système Intégré de Gestion des Personnels de Santé (SIGPS), depuis janvier 2024 à l’ensemble des structures de la pyramide sanitaire en vue de prendre en compte les défis de dimensionnement des RHS. De plus, la réalisation des comptes nationaux des personnels de santé, en cours de finalisation, permettra d’améliorer la qualité des données ainsi qu’un meilleur suivi de l’efficacité des politiques relatives aux ressources humaines pour la santé (RHS).

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

**En ce qui concerne de la formation des RHS,** on note la formation continue de 130 cadres et agents de santé à l’École Nationale d’Administration (ENA) à travers un concours direct, ainsi que celle de 290 cadres et agents de santé de courtes et longues durées à l’international. En outre, 10 professionnels de santé ont été formés aux techniques de biologie, notamment en hématologie, immunologie et sérologie, ainsi que 25 professionnels sur la prise en charge du diabète et ses complications. Également, quatre éditions du cours de paludologie adressées à plus de 100 cadres supérieurs de la santé se sont tenues.

**Relativement au recrutement des RHS,** sur la période 2021 à 2024, 7738 personnels de santé ont été recrutés.

**Concernant la gestion et la fidélisation des RHS,** un cadre stratégique de fidélisation des personnels de santé a été élaboré. Pour la mise en œuvre de cette stratégie, une cartographie des zones critiques est en cours d’élaboration. Par ailleurs, relativement aux mesures d’incitation générale des cadres supérieurs de la santé, le décret n°2024-183 du 04 avril 2024 portant institution d’une indemnité mensuelle spécifique de spécialité médicale a été pris.

**L’accroissement des capacités de production des institutions de formation** des spécialistes de la santé est effectif. Pour ce qui est des cadres supérieurs de la santé, il faut noter la suppression du numerus clausus au niveau des Universités, permettant de faire passer le nombre d’apprenants de 400 à 800 par an. En ce qui concerne les paramédicaux, les capacités de l’INFAS ont été accrues par l’ouverture de nouvelles antennes (une à Aboisso en 2024, deux antennes provisoires à Agboville et Man en 2023), faisant passer le nombre d’antenne de six (06) à huit (08). Aussi, huit (8) salles de simulation ont été construites dans différentes localités du pays (Abidjan, Abengourou, Bouaké, Daloa, Korhogo, Aboisso, Yamoussoukro), afin d'améliorer la formation pratique des étudiants. On note également l’augmentation des effectifs d’étudiants en formation initiale, passant de 13 954 en 2021 à 27 754 en 2023 et l’ouverture de plusieurs options de spécialités Infirmières et Obstétricales (Diabétologie, Stomatologie, Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence, santé de reproduction, Pédopsychiatrie). De même, la capacité des départements spécialisés des UFR en sciences médicales a été renforcée, avec une production accrue de cadres supérieurs spécialistes, qui est passée de 140 à 400 par an.

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

La densité des prestataires de soins / habitant s’est amélioré sur la période de l’observation. Elle est passée de 8,57 en 2020 à 11,55 en 2024 pour 10 000 habitants. Cependant, elle reste en deçà de la recommandation de l’OMS (23 pour 10 000 habitants).

Il existe encore des disparités dans certaines zones du pays. Par exemple, d’importants écarts existent entre les régions d’Abidjan 2 et du Guémon, notamment au niveau du ratio médecin/habitants (Abidjan 2 avec 8 pour 10 000 et Guémon avec 0,41 pour 10 000), du ratio infirmier/habitants (Abidjan 2 avec 7,5 pour 5 000 et Guémon avec 1,08 pour 5 000) et du ratio sage-femmes/FAP (Abidjan 2 avec 8,27 pour 3 000 et Guémon avec 1,47 pour 3 000).

Aussi, la capacité d’accueil de l’INFAS demeure insuffisante, avec une capacité réelle d’accueil des écoles et antennes de 3 584 places contre 27 754 étudiants en formation en 2023. Les enseignants permanents sont en nombre insuffisant avec un ratio évoluant de 1/79 étudiants en 2021 à 1/108 étudiants en 2023 alors que l’OMS recommande un ratio de 1/25 étudiants. Les sites de stages demeurent insuffisants pour accueillir les étudiants de l’INFAS pour la formation pratique.

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

##### **Infrastructures et équipements**

Le MSHPCMU s’est fixé pour objectif de renforcer les infrastructures et équipements sanitaires afin d’améliorer les soins de santé primaire. La proportion de personnes vivant à moins de 5 km d’un établissement de santé devait passer de 70,17% en 2020 à 76% en 2023 et 80% à la fin de mise en œuvre du PNDS. Aussi, il s’agira également de positionner la Côte d’Ivoire comme une destination médicale de premier ordre en Afrique de l’Ouest en offrant des soins de santé dans des secteurs de pointe.

Ainsi, d’importants investissements ont été réalisés entre 2021 et 2023, ce qui a permis d'accroître l'accessibilité aux soins et de renforcer le plateau technique des établissements sanitaires. Ce sont 265 ESPC qui ont été construits et 710 réhabilités et ou équipés entre 2021 et le premier semestre 2024. Ces réalisations ont permis d’améliorer la proportion de la population vivant à moins de 5km d'un centre de santé, passée de 70,7% en 2020 à 80% au premier semestre 2024.

Au titre des établissements sanitaires du deuxième et troisième niveau, au total, ce sont 4 CHU[[11]](#footnote-12), 13 CHR[[12]](#footnote-13) et 28 HG[[13]](#footnote-14) qui ont été réhabilités et équipés. De nouvelles constructions ont également été réalisées, dont 5 CHR[[14]](#footnote-15) et 2 Hôpitaux Généraux[[15]](#footnote-16). Ces investissements ont permis d’améliorer l’offre de service de plus de 1 800 lits supplémentaires. En outre, les travaux de construction de 3 HG[[16]](#footnote-17), 3 CHR[[17]](#footnote-18) et du CHU d’Abobo se poursuivent. Par ailleurs, le projet de construction des 68 maternités sur l’ensemble du territoire a démarré, avec 21 blocs livrés. S’agissant des équipements, en 2024, on dénombre 21 scanners dont 14 installés à l’intérieur du pays et 11 IRM[[18]](#footnote-19) dont 06 à l’intérieur du pays.

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

Afin **de positionner la Côte d’Ivoire comme une destination médicale de premier ordre en Afrique de l’Ouest,** plusieurs interventions ont été menées, notamment la construction de 02 établissements spécialisés dont le Pôle Gynéco-obstétrique et Pédiatrique du CHU Cocody et l’institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA). L’IMENA permettra d’assurer un diagnostic précoce et précis, ainsi qu’un suivi de la qualité des traitements administrés pour des maladies comme la drépanocytose, les pathologies thyroïdiennes, les cancers, les pathologies cardiaques, les pathologies rénales pédiatriques. De plus, l’on note l’acquisition d’équipements de pointe (VMAT, Genexpert, Halcyon-Elite) par le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO). En outre, les travaux de construction et d’équipement du Centre National de Radiothérapie et d’Oncologie Médicale (CNROM) à Grand Bassam sont en cours, enregistrant un taux d’exécution de 25% des gros œuvres, ainsi que l’Institut de Cardiologie de Bouaké (90%).

Ces réalisations ont permis, pour ce qui est du CNRAO, de réaliser 25 800 traitements par chimiothérapie, thérapie ciblée et autres traitements en oncologie médicale. Quant au Pôle Gynéco-obstétrique et Pédiatrique du CHU Cocody, avec une capacité de 225 lits, il permet une prise en charge intégrée de la mère et de l’enfant.

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

La mise en œuvre des projets d’infrastructures et d’équipement sanitaire fait face à certains défis, notamment la livraison dans les délais des infrastructures et équipements sanitaires, ainsi que leur maintenance.

##### **Accréditation/certification des établissement sanitaires publics et privés**

La volonté du Ministère de faire de l’accréditation une priorité s’est manifestée à travers la loi n° 2019- 678 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière, en son article 17 qui prescrit aux établissements hospitaliers de s’engager dans les processus d’accréditation et de certification. A cet effet, l’objectif était d’organiser et de généraliser l’accréditation/certification des établissements sanitaires publics et privés. Cette initiative devait permettre d’augmenter la proportion des établissements de santé accrédités à 20% en 2023, puis à 40% en 2025. Pour y parvenir, il était prévu d’accompagner les établissements sanitaires dans le processus d'accréditation et d’évaluer tous les établissements sanitaires engagés dans le processus d'accréditation.

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

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

Graphique 8 : Proportion de laboratoire de santé accrédités

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

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

En ce qui concerne les produits de santé y compris le sang, l’objectif était de renforcer : *(i)* la régulation du secteur pharmaceutique et de la transfusion sanguine ; *(ii)* les capacités de production locale des produits de santé y compris les médicaments traditionnels homologués et les vaccins ; *(iii)* la disponibilité des produits de santé (produits sanguins, vaccins, médicaments et intrants stratégiques) en quantité suffisante ; et *(iv)* la qualité des produits de santé. Ces initiatives permettraient de faire passer le taux de satisfaction des commandes de produits sanguins de 39,30% en 2020 à 75% en 2023 et 90% à la fin de mise en œuvre du PNDS ; et accroitre le taux de disponibilité des produits traceurs dans les établissements de premier contact de 95% et le maintenir sur toute la période de mise en œuvre du PNDS.

A mi-parcours, pour ce qui est de la **régulation du secteur pharmaceutique**, le Ministère a élaboré la loi sur la biologie médicale qui est en cours d’adoption. La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) qui définit les priorités des interventions a été adoptée. De plus, le Plan National Stratégique de la Chaîne d’Approvisionnement (PNSCA) 2023-2025 ainsi que le Plan National Stratégique des Laboratoires de Biologie Médicale (PNSLAB) 2023 ont été élaboré.

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

En ce qui concerne la **disponibilité des produits de santé**, celle des produits traceurs au niveau des sites clients directs de la NPSP connaît une légère hausse de 1,1 point, passant de 82,9% en 2021 à 84% en 2023. Cette augmentation est due aux différentes actions réalisées, à savoir : *(i)* l’opérationnalisation des 03 dépôts régionaux (Man, Korhogo et Odienné) ayant permis l’augmentation des capacités opérationnelles de stockage (33 058 palettes en 2021 à 35 250 palettes en 2024) ; *(ii)* la mise en œuvre du plan d'optimisation de la distribution des produits de santé au dernier kilomètre, y compris la distribution à base communautaire et *(iii)* la formation des acteurs à l’utilisation du logiciel mSupply.

Graphique 9 : Taux de disponibilité des produits traceurs dans les établissements de premier contact

Source : Rapports d'activités CNTS

Également, la disponibilité et l’accessibilité géographique des médicaments essentiels et intrants stratégiques du niveau central se sont nettement améliorées, permettant d’assurer une bonne réponse aux urgences nationales et aux crises sanitaires. Parmi les progrès, on note une hausse relative du taux de disponibilité des produits traceurs de 3 points, passant de 85% en 2019 à 85,5% en 2021 puis 88% au premier semestre 2024. Cela résulte notamment des actions suivantes : *(i)* l’amélioration des conditions de stockage des produits de santé avec la mise aux normes de plus de 70% des espaces en atmosphère contrôlée ; *(ii)* le renforcement du parc automobile par l’internalisation de la logistique de distribution et l’acquisition de véhicules, engins et équipements de manutention ; *(iii)* le renforcement du système de contrôle qualité des produits par des Laboratoires pré-qualifiés OMS ; *(iv)* le déploiement d’un Progiciel de Gestion Intégrée SAGE X3 ; *(v)* le respect du plan d’approvisionnement avec une bonne gouvernance des achats et une accessibilité financière des produits vitaux ; *(vi)* l’opérationnalisation de l’agence régionale de Bouaké et des différents dépôts régionaux avec pour impact direct la réduction des délais de livraison des commandes clients de 30 à 07 jours à l’intérieur du pays et à 24h à Abidjan et dans les zones d’implantation des dépôts.

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

En ce qui concerne les produits traceurs des cinq programmes nationaux[[19]](#footnote-20) de santé, au niveau central, le taux de disponibilité a progressé de 74,66% à 88,21%. Au niveau périphérique, le taux de disponibilité a également augmenté de 67,86% à 86,06%.

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

Graphique 10 : Evolution des indicateurs liés à l'accessibilité des produits de santé de qualité et en quantité suffisante

Source : Rapports d'activités CNTS

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

De plus, l’évaluation et la sélection des laboratoires répondant au critère de préqualification OMS a été effectuée pour la réalisation du contrôle pour la surveillance du marché. Le taux de conformité aux normes des lots de produits de santé contrôlés en post-marketing est restée stable de 2020 à 2022 (100%).

Toutefois, la dépendance vis à vis du financement des Partenaires Techniques et Financiers reste un défi pour le financement durable de la chaine d’approvisionnement des produits de santé. Le secteur souffre également de l’absence d’une stratégie globale et intégrée pour le développement de l’industrie pharmaceutique. La captation de l’information sur les industries pharmaceutiques, la non-appropriation du logiciel mSupply par certains utilisateurs pour la gestion quotidienne des stocks sur les sites, ainsi que les capacités limitées de stockage des produits constituent des défis majeurs. En matière de qualité, des difficultés subsistent concernant la disponibilité des ressources pour étendre le contrôle à une plus grande variété de produits, l’insuffisance dans l’application des réglementations et le manque de coordination dans la mise en œuvre des activités de contrôle post-commercialisation.

**Au niveau des produits sanguins**, la mise en œuvre des activités sur la période a permis d’améliorer la disponibilité et l’accessibilité des poches de sang.

Dans le cadre de la régulation, l’arrêté N°00025 MSHPCMU/CAB/du 08.03.2022 portant fixation du coût de cession des produits sanguins en Côte d’Ivoire à 3 000 FCFA a été pris.

Il faut noter également le renforcement de capacités matérielles et infrastructurelles du CNTSCI, tant au niveau central que déconcentré. Des projets d’acquisition de matériels et d’équipements ainsi que des travaux de construction et de réhabilitation de centres ont été mis en œuvre sur la période 2021-2023. Il s’agit notamment de :

* L’acquisition des équipements de prélèvement, de laboratoire, de préparation et de stockage du sang en vue de renforcer les capacités du CNTSCI et les structures déconcentrées ;
* L’acquisition de matériel informatique et de mobilier de bureau ;
* L’acquisition d’équipement de stockage et de distribution de sang ;
* L’acquisition de logiciels de recouvrement des recettes ;
* L’acquisition de logiciels de traçabilité du sang *(CNTS Mobile)* et de smartphones, ainsi que son implémentation dans 220 établissements, avec la formation de 440 gestionnaires de dépôt de sang et 1 300 personnels médicaux et paramédicaux à l’utilisation de l’outil et sur les bonnes pratiques transfusionnelles ;
* La construction du Centre Départemental de Transfusion Sanguine (CDTS) de Divo ;
* La réhabilitation et l’extension des CDTS de Bouna, Bondoukou, Daoukro et des Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) de Daloa et d’Abidjan (Treichville) ;
* L’ouverture d’un site de prélèvement (Anyama);
* L’ouverture du Laboratoire du CRTS de San Pédro;
* L’acquisition de véhicules de collecte, de prospection, de direction, de liaison et de transport du matériel et de motos de prospection (39 véhicules et 13 motos) ;
* Le renforcement de la communication et de la sensibilisation sur le don de sang : conception de supports audio-visuels de communication et de sensibilisation, diffusion de spot TV et radio, production d’un journal du CNTSCI intitulé *100% info*, etc.

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

Graphique 11 : Taux de satisfaction des commandes de produits sanguins

Sources : Rapports d'activités CNTS

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

Pour consolider ces acquis, le MSHPCMU devra adresser certains problèmes, en l’occurrence le coût élevé des réclames par les médias d’Etat (radio, télé et presse écrite) pour la sensibilisation sur la transfusion sanguine et pour les activités promotionnelles y afférentes. Aussi, on note un retard dans l’attribution des marchés pour l’achat des intrants, consommables et réactifs, l’insuffisance de financement pour l’achat du matériel pour le déploiement du logiciel de traçabilité des produits sanguins labiles dans toutes les structures sanitaires qui pratiquent les transfusions sanguines ainsi que l’Insuffisance de certaines catégories de personnels (techniciens de laboratoire et ingénieurs biologistes).

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

Pour améliorer la santé de la mère et de l’enfant, le MSHPCMU s’est engagé à mieux outiller le système de santé, à l’effet d’offrir des services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Pour ce faire, *(i)* l'offre de service de santé de la mère ainsi que *(ii)* l'offre de service de santé du nouveau-né et de l'enfant devaient être renforcées. Ces initiatives devaient permettre de faire passer la proportion des besoins satisfaits en SONU de 11,1% en 2020 à 68% en 2025 ; accroitre la proportion d’accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, notamment de 71,6% en 2016 à 81,8% en 2025 ; accroitre le pourcentage des femmes enceintes ayant suivi au moins 4 CPN de 51,3% en 2020 à 63,15% en 2025 et accroître la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer de 21% en 2020 à 40,5% en 2025.

**S'agissant du renforcement de l'offre de service de santé de la mère,** le MSHPCMU a entrepris des projets de construction et d’équipements des établissements de santé, ainsi que le renforcement des capacités des prestataires. Ainsi, on note la mise en place des Pôles et Réseaux Régionaux SONU pour la prise en charge de proximité avec la construction de 48 maternités SONUC, la construction et l’équipement de 26 maternités disposant de blocs opératoires, ainsi que la fourniture d’équipement et de matériel dans 22 structures (21 ESPC et 1 HG). Au titre de la gratuité ciblée, on note la distribution de 419 621 kits d'accouchement et 47 310 kits de césarienne en moyenne par an.

En plus des interventions citées plus haut, le ministère s’est engagé dans un programme de renforcement des capacités des prestataires. Ces actions sont entre autres : (i) le renforcement de la Surveillance des décès Maternels, Périnatals et Riposte *(ii)* la mise en place des pools de formateurs dans les 113 districts sanitaires dans le cadre du réseau SONU ; *(iii)* le renforcement des capacités de 8 025 Sages Femmes Diplômées d’Etat (SFDE), 13 541 Infirmiers Diplômés d’Etat (IDE) en module SONU, en accueil et en soins respectueux en mode e-learning ; *(iv)* la formation de 16 formateurs nationaux sur la surveillance des décès maternels ; *(v)* 128 médecins formés à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge des fistules obstétricales) ; *(vi)* 505prestataires dont 23 médecins généralistes formés en chirurgie essentielle (césarienne, GEU, hernie et appendicite) et 482 infirmiers et sage-femmes en utilisation de kits UBT pour la prise en charge des urgences obstétricales et *(vii)* la révision du curricula de formation des sage-femmes avec intégration des modules sur la fistule obstétricale, les violences basées sur le genre et les soins humanisés. Deplus, on note la mise en place du mentorat clinique des SFDE et maïeuticien dans 04 centres d’excellence (EPHN de Bouaké, EPHR de Guiglo et Bondoukou et EPHD de Port-Bouet)et l’élaboration d’un guide de formation continue pour améliorer la qualité des soins. En outre, 35 formateurs nationaux et 282 sages-femmes et IDE ont été formés sur l’amélioration du continuum des soins de santé maternelle et néonatale et 32 coordonnatrices santé mère-enfant et majors de maternité de 18 structures sanitaires de la région de Gbêkê ont été formées sur l’accueil et les soins humanisés.

Dans le cadre des interventions communautaires, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre, notamment : « Gbêkê là-haut-là », le projet MOMENTUM, le projet TAKEDA (2 heures pour la vie), le projet MUSKOKA et le projet TCI Amplify- PF dans la région de Gbêkê ; l'initiative « Loh-Gnouman » dans le Kabadougou ; ainsi que l'initiative « See Your Baby » déployée dans 10 districts sanitaires[[20]](#footnote-21). Par ailleurs, un plan de connexion et de référence des structures communautaires vers les structures SONU a été établi dans la région de Gbêkê. Il est à noter également l'implication des autorités locales et des médias et le renforcement de la sensibilisation par la production et la diffusion des Prêts à Diffuser (PAD) en langues locales pour améliorer l’utilisation des services. En outre, 225 Agents de Santé Communautaires (ASC) ont été formés sur la reconnaissance des signes de danger et orientation des parturientes vers les centres de santé, sur les Communication pour le Changement de Comportement (CCC) en SONU/PF.

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

**S’agissant de l’offre de planning familial,** elle est intégrée dans tous les services de la mère et de l’enfant des établissements sanitaires (accouchement, post-natal, PMI, vaccination etc.), y compris dans les structures de référence. En outre, la communication interpersonnelle dans les services de PF, la communication dans les radios de proximité pour promouvoir la PF a été améliorée. Aussi, la promotion de la PF a été renforcée à travers les activités de mobilisation communautaire. Par ailleurs, les services de PF, y compris les produits contraceptifs et intrants, sont gratuits si bien que les jeunes, les femmes et les hommes ont désormais accès financièrement aux produits contraceptifs et intrants. On note également l’institution des semaines nationales d’intensification de la Planification familiale.

Ces actions ont contribué à réduire le ratio de mortalité maternelle, qui est passé de 614 à 385 pour 100 000 naissances vivantes de 2012 à 2021 (EDS), dépassant la prévision du PNDS en 2021 (566,6).

Aussi, le taux d’accouchement assisté par un personnel de santé qualifié s’est globalement amélioré, passant de 61,2% en 2011 à 84,1% en 2021

. Dans le même sens, le taux de prévalence contraceptive moderne est passé de 21% en 2020 à 25% au 1er semestre 2024. La proportion des besoins satisfaits en SONU a également connu une hausse, de 11,1% en 2020 à 35% en 2023.

Cependant, le taux de couverture en CPN4 reste faible, s’établissant à 42% en 2023. Il reste inférieur aux prévisions (56%) du PNDS 2021-2025.

**Concernant le renforcement de l'offre de service de santé du nouveau-né et de l'enfant,** l’approche des Soins Mère-Kangourou (SMK) a été adoptée avec *(i)* l’implantation de 15 unités de SMK dans des établissements de santé ; *(ii)* la formation de 96 coordonnatrices SME, 1 138 prestataires de santé de 48 districts sanitaires et 22 encadreurs de l’INFAS d’Abidjan ; *(iii)* la formation de 13 partenaires communautaires pour le suivi des nouveau-nés dans la communauté. Dans le cadre des SONU, les prestataires ont été coachés à l’utilisation de la ventouse, à l’AMIU et à l’Ambu bac. De plus, 2 EPHN, 8 EPHR et 21 EPHD ont été dotés en matériel et équipement d'oxygénation. La mise en œuvre de ces interventions a permis de sauver 3 888 bébés sur 4 278 accueillis, soit un taux de succès de 91%.

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

Ces interventions ont contribué à réduire de 8 points le taux de mortalité néonatale, passant de 38 pour mille naissances vivantes en 2012 à 30‰ en 2021. Cependant, ce taux demeure au-dessus des cibles du PNDS 2021-2025 (30‰ contre 26,7‰). En termes de mortalité infanto-juvénile, le taux s’établit à 74‰, enregistrant une baisse depuis son niveau de 2011 (108‰). La proportion d’enfants de 0-4 ans atteint de diarrhée et traités avec du SRO+ Zinc a baissé, passant de 23% en 2011 à 11% en 2021 selon l’EDS.

Graphique 12 : Evolution des indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Source : EDS 2021 |  |

En termes de défis sont, il est à souligner les problèmes de disponibilité des médicaments et intrants et la rupture fréquente des médicaments et intrants au niveau communautaire. L’audit et revue des décès néonatals dans tous les districts sanitaires reste un défi majeur pour le suivi communautaire des petits poids de naissance (collaboration avec les ASC, meilleure communication avec les familles).

**Encadré : Bonnes pratiques relatives à la santé de la mère et de l’enfant**

|  |
| --- |
| **S’agissant des besoins satisfaits en SONU**, les réalisations telles que : *(i)* la formation des prestataires en SONU ; *(ii)* la mise en place du chariot d'urgence dans les hôpitaux de références sur l'initiative du DRS Cavally ; (iii) la création d'un réseau d'établissement SONU ; *(iv)* la mise en place des initiatives « Gbêkê LA HAUT LA » et « Deux heures pour la vie » pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.  Toutes ces actions ont contribué à l’augmentation de la proportion de besoins satisfaits en SONU entre 2021 et 2023 dans le Cavally (de 96% à 98%) et dans le Gbêkê (de 25% à 42%).  **En matière d’accouchement assisté par un personnel qualifié**, les interventions suivantes ont été menées dans différentes régions sanitaires notamment :   * La sensibilisation des femmes avec l’appui du Ministère de la Femme, de la Famille et de l’Enfant et de Break Through Action ainsi que l’implication des ASC et des groupements féminins sur le bienfondé de l'accouchement dans un centre de santé ; * La remise de présents (serviette, savons, couches, habits) aux femmes ayant accouché dans l'établissement avec l'appui de Break Through Action ; * La mise sous PBF de 33 régions et 113 districts sanitaires ; * L’implication des matrones dans l'accouchement dans les centres de santé ; * La mise en place de plans d'accouchement ; * Le coaching trimestriel sur site des nouvelles Sage-Femmes (SF) par des SF mentor ; * L’affectation de nouveaux gynécologues dans les régions de l’Indénié Djuablin (de 1 à 3), du Bafing (0 à 2) et du Poro (2 à 4) ; * L’intensification des revues des décès avec restitution à toutes les parties prenantes.   Toutes ces actions ont contribué à réduire les accouchements à domicile et augmenter la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes. Ainsi, le taux d’accouchement assisté par un personnel qualifié a augmenté entre 2021 et 2023 dans les régions du N’zi (de 88% à 90%), du Cavally (47% à 91%), de la Mé (88% à 91%), de l’Agneby-Tiassa (90%) et des Grands-Ponts (92,8%). |

##### **Santé des adolescents et jeunes**

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

**Concernant l’accessibilité des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes,** le MSHPCMU a entrepris plusieurs actions. Au nombre de ces actions, on note la construction de trois (03) nouveaux Services de Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescents et Jeunes (SSSU-SAJ) à Doropo, Koun-fao, M’Batto et Kani ; portant la couverture nationale des DDS en SSSU-SAJ à 79,64%. 65 espaces surs communautaires des adolescents et jeunes ont été créés pour rapprocher l’offre de service de communautés. Afin d’améliorer la qualité de l’offre de service aux adolescents et jeunes dans les établissements sanitaires un label qualité SAJ a été créé et les capacités des SSSU-SAJ ont été renforcées pour la fourniture de services conviviaux adaptés aux besoins des jeunes et adolescents.

Concernant les documents normatifs, le plan stratégique de la santé des adolescents et jeunes 2024-2028 a été élaboré et plusieurs guides ont été élaborés notamment *(i)* le guide d’animation des espaces sûrs adolescents et jeunes, *(ii)* le guide de formation des prestataires de santé à l’éducation à la santé et à la vie saine (ESVS) et *(iii)* le guide de Visite Médicale Systématique (VMS).

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

**S’agissant de l’extension de l’offre de service de santé adapté aux adolescents et jeunes,** *l’intégration des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a été* rendu effective. A cet effet, 12 travailleurs sociaux et prestataires de santé ont vu leur capacités renforcées sur les techniques et les modules d'animation de groupes de discussion au sein des espaces sûrs, 300 prestataires de santé pour la prise en charge holistique des adolescents et jeunes ; 24 prestataires de santé sur la santé sexuelle reproductive des adolescents et jeunes ainsi que 270 ASC à la prise en charge holistique des adolescents et jeunes dans les régions sanitaires du Kabadougou, du Bafing et du Folon pour une prise en communautaires des adolescents et jeunes. En outre, un pool national de 25 formateurs nationaux en Prévention Combinée des IST et du VIH des adolescents et jeunes a été mis en place. Afin d’assurer le suivi de l’intégration de ces services au niveau intermédiaire, 260 responsables (DR/DD/CSE/CSR) de 20 districts sanitaires ont vu leurs capacités renforcées. Ces actions ont permis la prise en charge sanitaire de 854 jeunes filles mères ayant abandonnés l’école et la prise en charge sociale de 1 463 jeunes filles mères.

Concernant l’accès aux informations, 6 783 279 adolescents et jeunes ont été touchés par les messages de sensibilisation dont 3 millions par l’initiative U-Test, ce qui a permis d’améliorer l’accès à des informations des services de prévention de qualité contribuant ainsi à la prévention combinée du VIH pour les adolescents et jeunes. De plus, une plateforme digitale *« E-santé Jeunes » de sensibilisation des adolescents et jeunes via le numérique a été élaborée et a permis de toucher* 12 953 adolescents et jeunes.

Les services de santé sexuelle et reproductive sont offerts gratuitement aux adolescents et jeunes dans les SSSU-SAJ. Ainsi, le nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes a évolué de 62,96% de 2021 à 2023 avec respectivement 26 346 et 42 934 adolescentes mises sous méthodes contraceptives ; 756125 préservatifs ont été distribués.

Ces interventions ont contribué à faire baisser le nombre de grossesses diagnostiquées chez les adolescentes et jeunes ; passant de 6 034 en 2021 à 4 520 en 2023. Cependant, le taux de réalisation de la VMS connait une baisse de 2020 à 2023 passant de 30,23% à 21,65%.

Graphique 13 : Evolution des indicateurs de la santé des adolescents et des jeunes

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

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

Des difficultés persistent, notamment : *(i)* un cadre juridique insuffisamment favorable à la promotion de la santé sexuelle et reproductive, *(ii)* la faible utilisation des préservatifs par les jeunes, *(iii)* l’opposition des parents à l’utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes adolescentes ; *(iv)* ) l’insuffisance de coordination intersectorielle notamment dans le cadre de l’offre de la visite médicale systématique ; *(v)* des ruptures récurrentes de stocks des produits contraceptifs et (vi) l’insuffisance de couverture des districts sanitaires en service de santé adaptés aux adolescents et jeunes.

**Vaccination**

Au titre de la vaccination, un cadre de planification a été développé pour guider les efforts de vaccination jusqu'en 2025. Le **plan stratégique national de vaccination 2022-2025** fixe les priorités et les actions nécessaires pour améliorer la couverture vaccinale dans le pays. De 2020 à 2023**, pour un objectif de 95%, les taux de couverture vaccinale sont passés de 90% à 97% en Penta 3 et de 86% à 93% en Rougeole Rubéole 1**. La couverture vaccinale pour la deuxième dose de tétanos chez les femmes enceintes est passée de 70% à 72%.

Source : Programme Elargi de Vaccination

Graphique 14 : Evolution des indicateurs de couverture vaccinale

Ces résultats sont rendus possible grâce au renforcement des équipements de chaîne de froid (3 800 glacières, 6400 porte-vaccins, 237 congélateurs, 2 082 réfrigérateurs électriques, 213 réfrigérateurs solaires, 4 chambres froides et 14 congélateurs ultra froids). Aussi, 15 véhicules frigorifiques de type 4x4 et 1 305 motos ont été mis à la disposition des districts et établissements de santé. En outre, 1 500 moniteurs de température continus et à distance pour les équipements de chaîne de froid ont été installés au niveau central, régional et district. Au titre des infrastructures, de 2021 à 2023, 11 dépôts de vaccins ont été construits.

Ces infrastructures et équipements ont permis d’assurer la conservation des vaccins dans des conditions optimales et faciliter leur transport vers les zones rurales et isolées.

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

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

En ce qui concerne la vaccination contre le HPV, des efforts significatifs de sensibilisation ont été déployés pour informer la population sur l'importance de cette vaccination, essentielle à la prévention du cancer du col de l'utérus. Ces actions ont contribué à réduire progressivement les appréhensions des populations et à susciter un intérêt croissant pour la vaccination. La couverture vaccinale contre le HPV pour les filles à partir de 9 ans est passée de 64% en 2022, à 73% en 2023. Cependant, des ruptures fréquentes de stock de vaccins contre le HPV au niveau international ont freiné l'atteinte des objectifs fixés. A fin octobre 2024, la couverture est de 43% pour un objectif fixé à 70%. Par ailleurs, la disponibilité des données de vaccination, en particulier chez les adolescentes en milieu extra-scolaire, demeure un défi majeur.

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

Dans ce contexte de la sortie de l’éligibilité GAVI du pays, plusieurs actions ont été développées, pour assurer la pérennité du programme : *(i)* l’adhésion du pays à l’initiative d’indépendance vaccinale qui se traduit par la disponibilité d’une attestation du gouvernement pour le paiement anticipé des vaccins et consommables et coût opérationnel pour les périodes de 2016-2020 et 2021-2025 ; *(ii)* le développement en cours d’un plan de viabilité financière de la santé par le Groupe Technique de Travail (GTT) 3 en charge de la pérennité du financement de la santé et devrait prendre en compte le financement de la vaccination ; *(iii)* l’existence d’un compte séquestre dans les comptes de l’Etat pour l’acquisition des vaccins et *(iv)* l’existence d’une Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS) dont l’une des missions est la mobilisation des ressources domestiques et de recueillir les contributions du secteur public ou privé, et de la société civile qui concourent au financement du secteur de la santé, y compris le financement de la vaccination.

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

##### **Maladies transmissibles**

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

**Paludisme**

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

En ce qui concerne le dépistage et la prise en charge, un projet d’appui à la chaine d’approvisionnement au dernier kilomètre a été mis en œuvre avec la dotation des districts en matériels roulants (12 motos, 85 fourgonnettes) et la mise en place d’une cellule de gestion des commandes au niveau de la NPSP. De plus, on note la formation de 150 cadres supérieurs de la santé en paludologie, 150 agents de santé en surveillance suivi-évaluation et tous les 113 ECD sur les nouvelles directives de prise en charge du paludisme. En outre, 20 Conseillers Techniques Régionaux (CTR) ont été recrutés pour apporter un appui aux régions ainsi qu’à 250 cliniques privées pour la réalisation des activités de lutte contre le paludisme avec rapportage des données au district sanitaire concerné.

Relativement à la prévention, des actions ont été menées entre 2021 et 2023 afin de réduire l’incidence du paludisme. 4 946 047 de Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d’Action (MILDA) ont été distribuées en routine et 32 725 934 au cours des campagnes de masse avec le renforcement de la distribution des MILDA dans les établissements préscolaires pour les enfants de moins de 5 ans. En plus de la distribution, la sensibilisation à l’utilisation correcte des MILDA des communautés et des prestataires a été renforcée. On note également la sensibilisation par la participation aux émissions télévisées en milieu scolaire (ex. émission petit à petit) ainsi qu’aux concours de théâtre (festival national de théâtre scolaire). Ainsi, le taux d’utilisation des MILDA est passé de 63,2% en 2019 (Enquête post-campagne 2019) à 68% en 2021 (EDS). Malgré ces efforts, la couverture en MILDA de routine reste insuffisante. Elle est passée de 71% en 2020 à 44% en 2021 puis 60% en 2023. Cette évolution serait liée à l’arrêt de la distribution en routine après la campagne de masse en 2021 et à la rupture en MILDA au niveau central dans les mois d’août et de septembre 2022.

Graphique 15 : Couverture en MILDA de routine

Sources : Rapports d'activités PNLP

La lutte antivectorielle par la démoustication avec l’utilisation de drones et camions fumigateurs a été réalisée dans 06 localités (Abidjan, Agboville, Tiassalé, Touba, Koro et Man) et la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) dans 02 localités (Sakassou et Nassian). Ces opérations ont permis de faire effectivement baisser entre 2022 et 2023 l’incidence du paludisme dans les régions sanitaires d’Abidjan 1 (de 114,3‰ à 105,4‰), du Bounkani (de 444,3‰ à 348,5‰) du Bafing (de 513,3‰ à 462,3‰) et du Tonkpi (de 380,5‰ à 269,5‰). Également, le renforcement du cadre de collaboration intra-sectorielle a permis la mutualisation des ressources techniques (PNLP/INHP) pour la lutte antivectorielle du paludisme et la dengue dans trois (03) régions sanitaires (Abidjan 1, Abidjan 2 et Agnéby-Tiassa).

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

En outre, la vaccination contre le paludisme a été introduite en Côte d’Ivoire en juillet 2024. La première phase concerne 250 000 enfants. Pour une cible attendue de 44 960, 186 615 enfants ont été vaccinés.

Par ailleurs, un repositoire des données liées au paludisme (épidémiologique, environnementale et climatique…) a été mis en place.

Graphique 16 : Incidence du paludisme chez les moins de 5 ans

Sources : Rapports d'activités PNLP

Graphique 17 : Incidence du paludisme dans la population générale

Sources : Rapports d'activités PNLP

Malgré ces efforts, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique. L’incidence du paludisme dans la population générale est passée de 173‰ en 2020 à 269‰ en 2023. L’incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, quant à elle, est passée de 441‰ en 2020 à 992‰ en 2023. De même, le nombre de cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans a augmenté de 58 460 cas en 2021 à 81 865 cas en 2023. Ces hausses peuvent être expliquées par la faible adoption des moustiquaires imprégnées dans certaines communautés et les difficultés logistiques liées à l’approvisionnement en produits antipaludiques.

Ainsi, des défis persistent, à savoir, la disponibilité des médicaments et intrants au dernier kilomètre et le respect des procédures de prise en charge du paludisme.

**VIH/sida**

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

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

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

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

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

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

* Le pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique (**1er 95**)est passé de 84% en 2020 à 80% en 2021 puis à 82% en 2023 contre une cible de 91%. Il existe une inégalité dans l’accès à la connaissance de statut. En 2023, la connaissance de statut était de 55% chez les enfants de 0-14 ans, 75% chez les hommes de 15ans et plus et 88% chez les femmes de 15 ans et plus. Ce faible taux d’enrôlement des enfants PVVIH pourrait s’expliquer par plusieurs occasions manquées d’offre du dépistage notamment la non-intégration du dépistage aux activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV), dans les centres sociaux, unités de pesée pédiatrique, services diététique, dermatologie, urgences médicales pédiatriques, etc.
* Le pourcentage des PVVIH diagnostiquées et mis sous traitement ARV (**2ème 95)** est passé de 78% en 2020 à 95% en 2021 puis à 88% en 2023 (Spectrum). La désagrégation de cet indicateur en 2023 par catégorie est de 55% chez les enfants de 0-14 ans, 88% chez les femmes et 75% chez les hommes. La cible de 88% fixée en 2023 a été atteinte malgré.
* Le pourcentage des PVVIH sous traitement ARV ayant une charge virale durablement supprimée (**3ème 95)** est passé de 82% en 2020, à 84% en 2021 puis à 88% en 2023, contre une cible de 90%. Ce pourcentage est de 79% chez les enfants de 0-14 ans, 88% chez les hommes et les femmes de 15 ans et plus. Cette évolution positive pourrait s’expliquer par l’augmentation du nombre de plateformes de charge virale (CV) sur l’étendue du territoire (passant de 21 en 2021 à 31 en 2023), par la disponibilité des intrants et par le suivi de la charge virale des patients.

Graphique 18 : Evolution des indicateurs du VIH

Source : Rapport d’activité PNLS

* Le taux de transmission du VIH de la mère à l’enfant y compris la période d’allaitement a connu une hausse entre 2020 et 2023. Ce taux est passé de 6,61% en 2020 à 10,61% 2023. Cette évolution pourrait s’expliquer par : *(i)* la baisse de la dispensation d’ARV aux femmes enceintes séropositives au VIH (96% en 2021 à 84% en 2022) ; *(ii)* la baisse de la prophylaxie ARV des enfants exposés dans les 72 heures (72,80% en 2021 à 64% en 2022) lié à l’insuffisance dans la mise en œuvre des directives nationales et les ruptures de médicaments (Névirapine et Zidovudine sirop) ; *(iii)* la baisse du dépistage précoce chez les enfants avant 2 mois (61% en 2021 à 53% en 2022) due à l’absence d’appui pour le prélèvement et le convoyage des DBS et charges virales ; *(iv)* le faible taux de CPN1 au premier trimestre de la grossesse représentant 35%, soit 340 491 des grossesses attendues pour lesquelles les mesures de prévention de la transmission mère-enfant du VIH pourraient être plus efficaces et (v) par l’insuffisance de l’intégration de la PTME dans les structures cliniques privées et centre de santé confessionnels.

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

Cependant, malgré ces nombreuses réalisations, des défis restent à être relevés pour l’atteinte des objectifs fixés en 2025. Pour améliorer le dépistage, il est nécessaire de renforcer la communication à travers les médias d'État via des campagnes autant gratuites qu’à coût réduit pour les acteurs/partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH et la sensibilisation au niveau communautaire. De plus, l’identification et la mobilisation des populations clés (Professionnels de sexe, Hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres Hommes, les transgenres, les Usagers de drogues) restent un défi majeur. En effet, les préjugés sociaux et la stigmatisation du VIH continuent de freiner le dépistage, notamment chez les populations clés et vulnérables (comme les hommes adultes).

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

**Tuberculose**

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

La mise en œuvre dudit plan s’est matérialisée par les réalisations suivantes : *(i)*les capacités des RH impliquées dans la lutte contre la tuberculose ont été renforcées[[21]](#footnote-22) ; 64 773 malades de la tuberculose sensible et Tuberculose Multi Résistante (TBMR) ont été pris en charge gratuitement, grâce à l’achat de médicaments de 1ère et 2ème ligne ; *(iii)* 1308 malades TBMR ont reçu un appui alimentaire et un appui à la réalisation du bilan pré-thérapeutique sur 1456, soit 90%; ; *(iv)* 47 genexpert, 21 TB Lamp disposés dans les CAT et 02 COBAS 6800 dans les CAT des régions d’Abidjan 2 et du Gbéké ont été déployés pour un diagnostic précoce des cas de tuberculose ; *(v)* les communautaires (ASC) ont été impliqués dans la référence des cas présumés de TB et le suivi des malades en traitement (enquêtes d’entourage, visite à domicile …) ; *(vi)* un partenariat avec un prestataire privé pour le convoyage des échantillons de crachat des centres de diagnostic et de traitement vers les centres antituberculeux régionaux a été établi ; *(vii)* un cadre de collaboration PNLS /PNLT avec la tenue de réunions de groupe de travail trimestriel a été mis en place pour assurer la coordination de la lutte conjointe TB/VIH et *(viii)* le nombre de centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose est passé de 360 en 2021 à 368 en 2023.

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

Graphique 19 : Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes, confirmée bactériologiquement et diagnostiquée cliniquement : patients guéris et traitement terminé

Sources : Rapports d'activités PNLT

Graphique 20 : Taux de succès thérapeutique des cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RR-TB) et/ou multirésistante (MDR-TB) confirmée en laboratoire

Sources : Rapports d'activités PNLT

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

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

Graphique 21 : Evolution de l'incidence de la TB de 2019 à 2022

Source : Rapports d'activités PNLT

Par ailleurs, le taux de décès lié à la tuberculose a connu une baisse de 12% à 11% entre 2021 et 2023.

Malgré les avancées réalisées dans la lutte contre la tuberculose, plusieurs défis importants demeurent : *(i)* le garantissement de la disponibilité continue des médicaments de première ligne pour le traitement de la tuberculose, ainsi que pour la gestion des effets indésirables ; *(ii)* la mise aux normes des infrastructures des nouveaux centres antituberculeux pour garantir des services de qualité et conformes aux standards de santé publique ; *(iii)* la prise en charge effective des patients souffrant de tuberculose multirésistante nécessitant une hospitalisation prolongée et des soins spécialisés ; *(iv)* la rétention des techniciens de laboratoire formés pour le diagnostic de la tuberculose et *(v)* la détection des perdus de vue.

**Hépatites virales**

Les hépatites virales B, C et D constituent un problème de santé publique majeur en Côte d'Ivoire, touchant fortement la population. En 2022, la prévalence de l'hépatite virale B (HVB) etait estimée à 13,6%, et celle de l'hépatite virale C (HVC) a atteint 3,3%.

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

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de la triple élimination transversale du VIH, de la syphilis et de l’Hépatite virale B, les Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida (PNLS) et de lutte contre les Hépatites Virales (PNLHV), ont diffusé en Novembre 2024 la note circulaire qui stipule que toute femme enceinte et allaitante devrait subir au moins une fois au cours de sa grossesse le dépistage du VIH, de la syphilis et l’hépatite virale B. L’application rigoureuse de cet algorithme viendra améliorer la prévention mère-enfant de l’hépatite virale B.

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

##### **Maladies Tropicales Négligées (MTN)**

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

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

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

Les traitements de masse conduits de 2021 à ce jour ont obtenu une couverture géographique de 100% et des couvertures thérapeutiques de 2021 à 2023 respectivement : pour le trachome de 84,14% à 92,66% ; pour la filariose lymphatique de 91,60% à 100,46% ; pour la schistosomiase de 84,73% à 91,09%.

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

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

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

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

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

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

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

***Pour ce qui est du renforcement des capacités des acteurs*,** le projet d'intégration des modules MTN dans le curricula de formation de l'INFAS est en cours de mise en œuvre. Ainsi, en collaboration avec l’INFAS, 39 modules de formation sur 12 MTN ont été élaborés en 2023. Aussi, il convient de noter que 50 agents de santé et médecins ont été formés à la télédermatologie dans le cadre du projet pilote dans 5 districts sanitaires de 2022 à 2023 (Bouaflé, Sinfra, Yopougon Ouest, Yopougon Est, Cocody Bingerville). Pour la recherche active des cas des MTN (ulcère de Buruli, trypanosomiase humaine africaine, lèpre, leishmaniose, pian) et des complications de la filariose lymphatique et du trachome dans les districts Co endémiques à ces MTN, 178 IDE/SFDE ont été formés dans 3 districts sanitaires (Gagnoa en 2023, Soubré et Daloa en 2024). De plus, 16 formateurs de l’INFAS et 18 encadreurs de stage pratique des étudiants spécialistes ont vu leur compétence renforcée sur les MTN en 2024.

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

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

##### **Maladies Non-Transmissibles**

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

**Santé Bucco-dentaire :**

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

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

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

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

Ces réalisations ont permis de faire comprendre à la population la nécessité d’avoir une bonne hygiène dentaire et les maladies liées au non-respect des bonnes pratiques. Malgré les progrès accomplis en matière de santé bucco-dentaire, certains défis sont à relever sur la période de la revue notamment : i) la maintenance des services dentaires ; ii) l’accessibilité des patients aux services dentaires.

**Santé oculaire**

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

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

***Pour la prise en charge***, 7 302 personnes ont bénéficié d'une chirurgie gratuite de la cataracte dans les régions sus-évoquées. 2 480 paires de lunettes de correction ont été distribuées dans les régions d’Abidjan 2, du Poro et du Gbêkê. En outre, le CHR de Korhogo et le CHU de Bouaké ont été équipés en plateaux techniques pour la prise en charge des basses visions. Le CHU de Bouaké a également été équipé en champ visuel et en phacoémulsificateur pour la réalisation de la chirurgie de la cataracte. Aussi, 02 ophtalmologistes ont vu leurs capacités renforcées en rétinoscopie et réfraction.

**Santé mentale**

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

**En ce qui concerne la disponibilité des services**, sur 60 services de santé mentale repartis sur l’ensemble des 10 PRES, le PRES d’Abidjan en compte 39 soit 65% suivi du PRES de Yamoussoukro 10% et du PRES de Bouaké 5%. Pour ce qui est des structures non conventionnelles[[22]](#footnote-23), 541 offrent les services de santé mentale en Côte d’Ivoire. Aussi, on dénombre environ 110 spécialistes en santé mentale avec une concentration dans le PRES d’Abidjan (65%). Des actions menées par le programme ont permis d’intégrer la profession d’Orthophoniste à la fonction publique. Au titre de l’année 2023, on dénombre 23 Orthophonistes à avoir intégrer la fonction publique. Toutes ces actions ont permis de renforcer la disponibilté de l’offre aux services de santé mentale.

**Pour ce qui est de la prise en charge,** une intégration des services la santé mentale a été faite dans 16 districts sanitaires par la formation de Médecins généralistes, Infirmiers et Sage-femmes et des agents de santé communautaires (ASC). Ainsi, 03 Unités de développement de la petite enfance ont été mis en place dans 03 districts sanitaires afin de rapprocher les soins du développement du jeune enfant (0-5ans) de la communauté. Ces actions ont permis à environ 28 753 personnes de bénéficier d’une prise en charge (6 270 personnes de dépression, 8 240 personnes de Psychose, 6 117 personnes de Schizophrénie, 4 897 personnes d’Epilepsie et 3 229 enfants d’Autisme). De plus, dans le cadre du retour des migrants en Côte d’Ivoire, environ 700 migrants ont bénéficié d’une prise en charge psychologique d’urgence et des activités de développement du jeune enfant ont permis la prise en charge 313 enfants dépistés à risques de Troubles du Neuro développement (TND).En 2023, le taux de disponibilité des psychotropes (médicaments essentiels) a été de 22%, au-dessus de la cible (10%).

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

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

La participation aux programmes de loisirs rassemblant un nombre important de jeunes a permis la sensibilisation de 1 000 adolescents et jeunes ainsi que 1825 jeunes enfantssur des thématiques telles que : l’hygiène santé mentale, la gestion du stress lié à la compétition lors des jeux de la CAN 2023, les troubles de l’autisme, les addictions et prévention du suicide, la santé mentale, réalités des jeunes et communautés virtuelles chez les enfants.

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

**Maladies métaboliques**

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

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

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

Au titre des 3 premières années de mise en œuvre du PNDS 2021-2025, les efforts de dépistage du diabète se sont globalement intensifiés. On note ainsi dans la région du N’zi le passage du nombre de patients dépistés de 326 en 2021 à 366 en 2023 et de de 83 en 2021 à 518 en 2023 dans la Marahoue. Cette performance a été atteinte grâce à l'appui de l'ONG LUDITA et ASAPSU par la sensibilisation et le dépistage gratuit.

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

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

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

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

**Lutte contre le cancer**

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

A l’effet d’atteindre ces objectifs, un p**lan stratégique national de lutte contre le cancer 2022-2025** a été élaboré, établissant une feuille de route pour coordonner et intensifier les efforts de lutte contre le cancer au niveau national. Un document de directives pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus a été élaboré et mis à disposition pour guider les professionnels de santé dans le traitement de cette maladie. De plus, le plan stratégique national d’accélération de l’élimination du cancer du col de l’utérus 2025-2030 a été élaboré en 2024. A cela s’ajoute la signature de deux conventions de partenariat public-privé avec la Banque Atlantique Côte d'Ivoire (BACI) et la Conférence des Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI), renforçant ainsi la collaboration entre les secteurs public et privé dans la lutte contre le cancer. L’Etat de Côte d’Ivoire a également signé une convention avec ROCHE.

**En matière de sensibilisation**, six campagnes de sensibilisation des cancers dont trois dédiées principalement à la lutte contre le cancer du sein, baptisées "Octobre Rose", ont été organisées et trois campagnes dédiées aux autres types de cancers, notamment le cancer du col de l'utérus, de la prostate et du côlon-rectum. Ces initiatives ont permis de mobiliser les communautés et d'encourager les consultations médicales précoces. En outre, plusieurs leaders communautaires et religieux ont été formés pour promouvoir une meilleure utilisation des services de prévention secondaire, comme le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, au sein de leurs communautés respectives. Ce sont au total, 16 290 919 personnes qui ont été touchées par la sensibilisation, à travers la communication digitale, la presse audiovisuelle, l’envoi massif de SMS invitant à l’adoption de comportements de santé et à la détection précoce et les différents lancements de campagne en 2022, et 17 370 077 en 2023, dans toutes les régions du pays.

**S’agissant du dépistage, de la détection précoce et de la prise en charge**, une approche innovante a été introduite avec le **dépistage par test HPV** (Virus du papillome humain) et le **traitement par thermoablation**, à travers les projets SUCCESS et CCU. Quarante-trois sites de dépistage ont été approvisionnés en kits de prélèvement et/ou détection HPV, et d'appareils de thermoablation dans trois régions (7 dans le Haut-Sassandra, 11 dans le Gbêkê, et 25 à Abidjan 1 et Abidjan 2). Quatre structures sanitaires supplémentaires ont été dotées d’appareils de résection à l’anse diathermique, une technologie permettant de traiter les lésions précancéreuses étendues et non éligible à la thermoablation. Ce sont près de 44 000 femmes dépistées dans 43 structures sanitaires, soit dans 14 districts sanitaires. La forte acceptabilité de ces nouvelles approches (plus de 90%) et le taux élevé de traitement (94%) ont motivé la mise à jour des directives de nationales de 2013 en les y intégrant formellement. Toutefois, l’accroissement attendu des centres de dépistage quel que soit la méthode (IVA ou test HPV) n’a pas été atteint (moins de 10% des établissements sanitaires couverts par le dépistage du cancer du col de l’utérus).

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

Le dépistage du cancer du col de l’utérus s’est intensifié au niveau national. Dans les régions du Poro et du Tchologo, le nombre de femmes dépistées pour le cancer du col de l’utérus par l’IVA est passé respectivement de 1 708 en 2021 à 2 224 en 2023 et de 451 en 2021 à 460 en 2023. Cela est dû au renforcement des capacités des SFDE sur les sites de la ville de Korhogo, M'bengue.

On note également une amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels pour la chimiothérapie et la gratuité pour certains médicaments de gratuité ciblée. A cet effet, 684 patientes atteintes de cancer du sein ont bénéficié gratuitement de thérapie ciblée et de chirurgie mammaire en 2023.

De 2017 au 30 juin 2024, le CNRAO qui est le premier centre public uniquement destiné à la prise en charge du cancer a enregistré 12 160 nouveaux patients dont certains provenant des pays de la sous-région, 63 873 consultations réalisées, 3 204 traitements par radiothérapie, 29 461 cures de chimiothérapie et traitements assimilés, 162 581 analyses biologiques réalisées, ainsi que 7876 participations aux différentes activités d’accompagnement. Ces interventions ont permis d’accroitre le d’améliorer la survie des patients, plus particulièrement le taux de survie après cinq ans pour les femmes touchées par le cancer du sein qui est passé de 30% en 2017 à 63% en 2023. Il atteint 85% lorsque la maladie est dépistée tôt et correctement prise en charge. Il est à noter également l’ouverture en 2022 d’une unité d’oncologie médicale au CHU de Bouaké, augmentant les capacités de traitement du cancer dans le pays et réduisant les évacuations sanitaires dans le grand Abidjan

Pour ce qui est de la formation, un total de 195 prestataires de soins ont été formés pour renforcer la capacité de détection et de traitement des cancers. Parmi eux, 85 ont été formés au dépistage précoce du cancer du sein, 60 pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, et 50 pour le cancer colorectal. Aussi, plusieurs prestataires ont été formés via le Projet ECHO Cancer, un programme qui utilise des technologies innovantes pour offrir des formations continues et partager des expériences de pratique aux professionnels de santé dans la gestion du cancer. En parallèle, 154 Agents de Santé Communautaires (ASC) et Educateurs Pairs des 05 districts de la région du Poro ont été formés pour sensibiliser la population et orienter les personnes vers les services de dépistage et de soins. Aussi, 10 Points Focaux Médecine Traditionnelle de districts sanitaires et 79 Praticiens de Médecine Traditionnelle ont été formés sur la détection précoce et la référence des cas suspects des cancers du sein, du col de l’utérus et de l’enfant dans 03 Régions (Abidjan 1, Abidjan 2 et Gbêkê) en 2023. Ces réalisations ont permis l’implication des Praticiens de Médecine Traditionnelle dans la lutte contre les cancers du sein, du col de l’utérus et de l’enfant.

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

**Maladies cardiovasculaires**

Dans l’ordre d’occurrence, les maladies cardiovasculaires les plus diagnostiquées en 2020 sont l’HTA, les cardiopathies congénitales, la cardiomyopathie dilatée représentant respectivement 56%, 6% et 6% d’un total de 2242 cas. Dans le souci de réduire les taux de ces maladies, le MSHPCMU a entrepris plusieurs actions.

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

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

***Relativement à la prise en charge,*** le Ministère a entrepris de rapprocher les spécialistes des populations, surtout celles de l’intérieur du pays à travers *(i)* l’affectation de 18 cardiologues dans 15 CHR et dans 3 HG du pays en 2019 et *(ii)* la formation des médecins généralistes à la prise en charge des HTA non compliquées en périphérie. En marge, des démarches institutionnelles ont été entreprises en 2021 pour le référencement des produits de cardiologie dans les structures d’exercice des cardiologues à l’intérieur du pays. En matière de prise en charge de l’HTA, le taux moyen mensuel d’hypertendus contrôlés sur 6 mois (<140/90 mmHg) est de 51% contre une cible de 50%.

Pour ce qui est des cardiopathies congénitales et des valvulopathies, leur prise en charge a nécessité le plus souvent une chirurgie à cœur ouvert. A cet effet, des partenariats ont été noués avec des équipes étrangères notamment Française, Coréenne et Israéliennes. Cela a contribué à porter le taux de nouveaux cas diagnostiqués avec indication opératoire ou interventionnel effectivement traités[[23]](#footnote-24) à 67,77% en 2023, au-dessus de la cible de 50%.

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

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

**Affections rénales**

L’insuffisance rénale constitue un problème de santé publique pour la plupart des pays. Conscient de l’impact négatif que cette maladie a sur l’individu, la famille et généralement la communauté, la Côte d’Ivoire dispose d’une structure chargée d’élaborer et de mettre en route une politique nationale de prévention et de prise en charge, dénommé Centre National de Prévention et de Traitement de l’Insuffisance Rénale (CNPTIR).

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

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

***Dans le cadre de la prise en charge****,* entre 2022 et 2024, 10 antennes CNPTIR ont été ouvert (CHR d’Aboisso, CHR d’Adzopé, Man, Daloa, Abengourou, San Pedro, extension de Yamoussoukro, Yopougon, Marcory et CHR de Bouake). Une convention a été signée en 2023 entre le Fond de Prévoyance Militaire et le CNPTIR pour la mise à disposition du centre d’hémodialyse d’Attoban. L’ouverture de ces antennes a permis la mise à disposition de 59 générateurs en 2023 et 120 générateurs ou machines de dialyse en 2024. Cela permettra à terme le recrutement de mille quatre-vingt (1080) nouveaux patients ; réduisant ainsi plus des 2/3 le nombre des personnes sur la liste d’attente.

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

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

Dans le cadre de la lutte contre le tabac et les addictions, l’objectif était de faire baisser la prévalence du tabagisme en milieu scolaire et la prévalence de l’alcoolisme chez les hommes de 15 à 49 ans respectivement de 19,10% et 33,2% en 2020 à 10% et 28,4% en 2023. Pour ce faire, le Ministère a mis en place plusieurs initiatives visant à renforcer les capacités des professionnels de santé, à améliorer la prise en charge des addictions et à encadrer la commercialisation du tabac.

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

***S’agissant de la prévention****,* 06 campagnes médiatiques dont trois sur les dangers de la consommation de l’alcool au volant et 03 sur les méfaits du tabagisme ont été réalisées à travers divers supports de communication atteignant près de 11 140 000 personnes. Des campagnes de proximité ont été menées dans les 33 régions pour sensibiliser les populations aux dangers du tabagisme et aux dispositions légales en vigueur. De plus, l’organisation de campagnes de sensibilisation sur les dangers de l’alcoolisme en milieu scolaire ont été réalisées dans 30 établissements du secondaire.

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

***Dans le cadre de la prise en charge****,* au total 120 agents de santé des ESPC des régions de Abidjan1, Abidjan 2, Gbêkê et Bélier ont vu leurs compétences renforcées dans la prise en charge du sevrage tabagique. Quarante médecins des HG des régions sanitaire d’Abidjan 1 et Abidjan 2 ont été formés à la prise en charge de la dépendance à l'alcool. Vingt-cinq médecins issus des structures spécialisées[[24]](#footnote-25) dans la gestion des addictions ont été formés pour prescrire la Thérapie de Substitution aux Opiacés (TSO) à base de méthadone, utilisée pour traiter la dépendance. De plus, les capacités techniques et matérielles des hôpitaux psychiatriques de Bouaké et de Bingerville, ainsi que du centre d’accueil de la Croix Bleue, de l’hôpital psychiatrique Saint Vincent de Paul de Yamoussoukro et du CASA de San Pedro ont été renforcées, notamment pour la dispensation de la méthadone, améliorant ainsi la disponibilité des infrastructures pour traiter les addictions.

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

Graphique 22 : Prévalence du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire

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

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

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

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

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

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

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

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, un ensemble d’actions ont été menés dont *(i)* la célébration de la Journée Mondiale du Lavage des Mains avec du savon (JMLM) dans les régions de Abidjan2 en 2021, Agneby Tiassa en 2022 et Sud-Comoé en 2023 ; *(ii)* le renforcement des capacités de 200 agents des ESPC en charge des séances d’Information, Education, Communication (IEC) dans 8 régions[[25]](#footnote-26) ; *(iii)* la formation de 190 leaders communautaires et 108 ASC sur les bonnes pratiques WASH dans les départements de Ferkessédougou, Biankouma et Sipilou.

***Pour ce qui est de l’accès à l’eau potable à domicile,*** plusieurs actions ont été menées dans le cadre du projet TED, notamment la mise en place d’un GTT interministériel pour la délivrance d’autorisation de commercialisation d’un produit de traitement de l’eau à domicile (Sur’Eau), suivi de la réalisation d’une mission d’exploration conjointe de promotion de ce produit dans les régions de la Nawa et San Pedro.

Les interventions dans le domaine de l’eau de l’hygiène et de l’assainissement ont permis de faire passer la proportion de ménages utilisant des toilettes améliorées de 31,5% en 2016 à 59% en 2021 dépassant largement l’objectif fixé qui était de 40%. Aussi, la proportion d’établissements disposant de toilette fonctionnelle s’est améliorée, passant de 89,9% en 2021 à 96% en 2023 (rapports annuels de suivi et évaluation). Le taux de défécation à l’air libre quant à lui a augmenté, passant de 21,10% en 2016 à 37% en 2021 selon l’EDS 2021 malgré les différentes actions entreprises dans ce sens. Le graphique ci-dessous montre respectivement les évolutions des ménages utilisant des toilettes améliorées ainsi que le taux de défécation à l’air libre sur la période 2021-2023.

Graphique 23: Evolution des indicateurs Prévention et contrôle des infections, accès aux services d’eau, d’hygiène et d’assainissement et gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques

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

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

Ainsi, le plan national de gestion des déchets sanitaires 2021-2025 a été élaboré et mise en œuvre en offrant un cadre de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques plus sécurisée et respectueuse de l'environnement. A cet effet, au nombre des activités réalisées, on note *(i)* dans le cadre de la contractualisation, un soutien à la collecte, au transport et à l’élimination des déchets sanitaires a été apporté dans 11 régions ayant permis la destruction de 2000 tonnes de PPI et *(ii)* la supervision et le coaching effectués dans 28 établissements sanitaires (4 CHR et 24 HG).

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

* La réalisation de missions d’évaluation des activités d’accompagnement des 113 districts sanitaires avec comme phase pilote 21 districts sanitaires, en matière de polarisation et de contractualisation de la gestion des déchets sanitaires ;
* Le recrutement de trois prestataires privés pour la collecte, le transport et l’élimination des déchets sanitaires dans 22 régions subdivisées en 3 zones ;
* L’acquisition de matériel de collecte des déchets sanitaires pour les CHR et HG des trente-trois (33) régions, les CHU de Bouaké et de Cocody, l’IPCI et l’INHP ;
* La collecte, le transport et l’élimination des déchets COVID 19 et de vaccination dans les régions de Abidjan 1, Abidjan 2, Sud Comoé, Agnéby-Tiassa, Mé, Grands-Ponts, Bélier, Gbèkè, Poro, Tchologo et Bagoué ;
* La formation de 50 personnels des prestataires privés à la gestion des déchets sanitaires.

Les actions menées notamment la contractualisation et la polarisation de la gestion des déchets sanitaires en 2023 ont permis d’améliorer les performances et la généralisation de la pratique de la gestion écologiquement rationnelle des déchets en mutualisant les ressources, faisant passer la proportion de déchet sanitaires détruits de 64% en 2020 à 71% en 2023 (Rapport d’activités 2023).

##### **Gestion et fourniture de soins de qualité**

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

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

De plus, 35 formateurs nationaux et 282 prestataires (Sage-femmes et Infirmiers) ont été formés sur le modèle de continuum des soins de santé maternelle et néonatale. Parallèlement, 10 784 IDE et SFDE ont vu leurs capacités renforcées sur le module SONU, accueil et soins respectueux.

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

##### **Nutrition**

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

Entre 2021 et 2023, plusieurs interventions ont été mises en œuvre pour répondre aux enjeux nutritionnels, en particulier chez les groupes vulnérables comme les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les populations rurales. Les actions ont porté sur : *(i)* la lutte contre la malnutrition infantile, avec un accent sur la prévention et le traitement des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) ; *(ii)*l’extension de l’offre de soins de nutrition, en intégrant la supplémentation en micronutriments (vitamine A, fer, etc.) pour les enfants et les femmes enceintes ; *(iii)* la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles.

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

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

***En ce qui concerne de Développement de la Petite Enfance (DPE),*** les interventions ont concerné le district de Lakota, touchant 94 711 habitants en 2022, dont 37 188 enfants de moins de 5 ans, issus de 28 955 ménages. Au cours de ce projet, 33 campagnes de sensibilisation au changement de comportement en rapport avec les actions essentielles en nutrition et en hygiène et les soins parentaux pour le développement de l’enfant ont été organisées dans tout le district, réunissant ainsi 3 306 personnes.

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

Le Ministère a poursuivi l’extension des structures prenant en charge les patients souffrant de malnutrition au niveau des ESPC et des hôpitaux de référence. Le nombre d’Unités Nutritionnelles Thérapeutiques (UNT), Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Ambulatoires (UNTA) et Unités Nutritionnelles de Supplémentation (UNS) fonctionnelles est passé de 1 733 en 2020 à 2 244 en 2023. Ainsi, 95% des ESPC prennent en charge les cas de Malnutrition Aigues Sévères (MAS) sans complication dans les UNTA et à 100% des hôpitaux de référence prennent en charge les cas de MAS avec complication dans les UNT. Près de 80 000 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère ont été pris en charge dans les structures sanitaires à travers le pays. Il est à noter également le renforcement des compétences de 2223 prestataires dont 1 999 prestataires issus des ESPC et 224 des hôpitaux gestionnaires de données) sur le paquet intégré de nutrition, l’équipement en matériel anthropométrique, de démonstration diététique, en outils de gestion et de support de communication dans les 113 districts, ainsi que l’approvisionnement en intrants nutritionnels. De plus, 1 865 villages disposent de Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition en Communauté (FRANC) fonctionnels en 2023, soit une hausse par rapport à 2022 où seulement 1 578 villages étaient dotés de FRANC.

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

Ces interventions ont contribué à augmenter le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle de 26% en 2020 à 93% en 2023. La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans a été réduite de 5 points, passant de 30% en 2019 à 25% en 2023. La proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris (MASsc, MASc) guéris s’est améliorée passant de 86% en 2020 à 88% en 2023. Aussi, la proportion de nourrissons de moins de six mois exclusivement allaités est passée de 23,5% en 2016 à 34% en 2023. Ces progrès sont le résultat d'une combinaison d'interventions variées, telles que des séances de causeries sur l'allaitement, le suivi de la croissance et la promotion de l'alimentation complémentaire.

Malgré ces efforts, l’incidence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans est en hausse. Elle est passée de 14,53% à 22, 59% entre 2021 et 2022.

En dépit de ces résultats, certains défis doivent être adressés notamment : *(i)* le renforcement de la coordination entre les différents acteurs impliqués dans la lutte contre la malnutrition ; *(ii)* l'expansion des services dans les zones les plus vulnérables ; *(iii)* la réduction du taux d’anémie chez les enfants de moins de 05 ans et chez les femmes en âge de procréer ; *(iv)* le renforcement de la collaboration entre les centres de santé et les FRANC ; *(v)* le renforcement de la participation communautaire par les ASC et les FRANC ; *(vi)* le développement du BP-famille afin de renforcer la prévention et *(vii)* l’utilisation des technologies tels que les applications mobiles pour le dépistage et le suivi des enfants malnutris.

Graphique 24 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris (MASsc, MASc) guéris

Sources : Rapports d’activités PNN

Graphique 25 : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle

Sources : Rapports d’activités PNN

**Encadré : Actions probantes améliorant la situation de la malnutrition des enfants dans les régions**

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

##### **Urgences de santé publique**

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

L’OMS a défini 4 mécanismes de Suivi Evaluation du RSI dont l’Evaluation Externe Conjointe (EEC) qui a été réalisée en Décembre 2023 après celle de Décembre 2017. Cette évaluation a permis d’actualiser les scores des 19 domaines techniques du RSI à partir de l’outil JEE version 3. Concernant le domaine de la gestion des urgences sanitaires, les scores des 6 indicateurs varient de 1 à 3 et les principales recommandations portent sur la mise à jour de la cartographie des risques, l’élaboration des plans de contingence et des procédures, le renforcement des ressources humaines des COU régionaux et le cadre règlementaire pour le déploiement des équipes médicales d’urgence.

Dans le cadre de la réponse aux épidémies et urgences de santé publique, la Côte d’Ivoire s’est dotée d’un Centre des Opérations d’Urgence de Santé Publique (COUSP). De 2021 à 2023 le COUSP a élaboré des documents normatifs : le **Concept des Opérations (CONOPS), les Procédures opérationnelles Standard (POS) de déploiement des Equipes d’intervention rapide et les POS de la logistique d’urgence**. Concernant les principales activités de riposte, le COUSP a été activé en mode réponse niveau 1 pour la gestion de la dengue et la gestion des conséquences sanitaires des inondations.

Afin d’améliorer la réponse au niveau tactique, le pays s’est engagé dans la décentralisation du COUSP au niveau des pôles régionaux d’excellence avec la mise en place des COUSP régionaux. Ainsi, le pays dispose de 06 COUSP régionaux fonctionnels sur 13 COUSP régionaux planifiés, soit un taux de couverture 46%. **Les régions disposant de COU sont le Sud Comoé, le Tonpki, le Kabadougou, le Cavally, le Gbèke et San Pedro.** Un processus de réhabilitation et d’équipements des COU régionaux est en cours.

Concernant la prévention des urgences sanitaires, la formation à la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte (SIMR) constitue une stratégie essentielle dont la mise en œuvre est en progression. **Les régions sanitaires formées sont : le Gbèkè (6), le Sud Comoé (4), le Tonpki (4), l’Agnéby Tiassa (3), de la Mé (4), de l’Indénié Djaublin (3), du Boukani (4), du Gontougo (5), du Tchologo (3) et du Poro (4).** soit 10/33 régions sanitaires formées ou (40/113) districts sanitaires formés. Ainsi, le taux de couverture des Districts Sanitaires formés est passé de 11% en 2022 à 35,4% en 2023 avec 1250 prestataires formés dans 40 districts sanitaires.

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

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

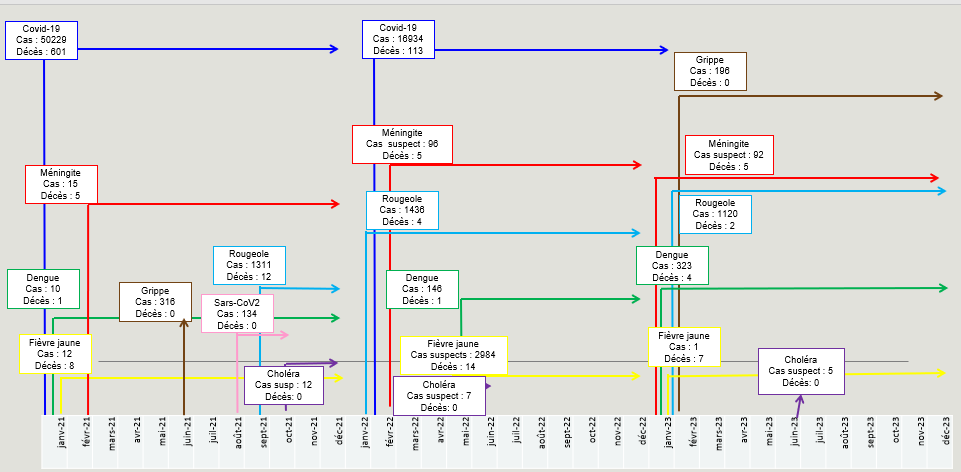


Figure : calendrier des maladies à potentiel épidémiques survenue dans le pays de 2021 à 2023

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

En dépit de ces acquis importants, à l’issue de l’évaluation des capacités du RSI, des recommandations ont été faites au pays relativement à la gestion des urgences. Il s’agit essentiellement de (i) la mise à jour de la cartographie des risques aux niveaux national et régional en tenant compte de la multisectorialité, (ii) du renforcement du COUSP national et des COUSPs régionaux en ressources humaines et matérielles, (iii) de la création du cadre réglementaire de la mise en place de l’équipe médicale d’urgence (EMU) en Côte d’Ivoire, (iv) de l’élaboration d’un plan directeur de la recherche et du développement incluant la réglementation en matière de préparation et de riposte aux situations d’urgence et de (v) l’élaboration des plans et procédures du COUSP (manuel, procédures…). En ce qui concerne la coordination du Point focal RSI, il est demandé aux pays de (i) doter le point focal national (PFN) RSI de ressources humaines, matérielles et financières propres, (ii) d’élaborer des procédures opérationnelles standard (POS) de notification/communication entre le PFN et les différents secteurs, (iii) d’élaborer un plan de contingence multirisque et multisectoriel et d’élaborer un Plan d’action national de la sécurité sanitaire (PANSS) après la publication du rapport d’EEC. De même la mise en place de fonds d’urgence avec des procédures simplifiées de décaissement demeure un défi majeur pour la réponse prompte aux urgences.

En outre, le pays a fait face à des urgences de santé publique, à savoir la pandémie à covid-19 et l’épidémie de la dengue. Concernant la dengue, le pays a enregistré 341 cas positifs en 2023. Dans le cadre de la riposte contre cette épidémie, la recherche active des cas, la prise en charge des cas confirmés dans les structures sanitaires, la conduite des opérations de lutte antivectorielle dans les foyers épidémiques et l’organisation de sensibilisation de masse dans les zones en épidémies ont été réalisées.

**Encadré : Gestion de la COVID-19 par le Système de Santé**

|  |
| --- |
| À fin décembre 2019, les autorités de santé publique de la Chine ont signalé plusieurs cas de syndrome respiratoire aigu dans la ville de Wuhan. Il s'agissait d'une nouvelle souche de coronavirus qui n'a pas été identifiée auparavant chez l'homme. Le virus responsable est appelé coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SARS-CoV-2) et la maladie est dénommée coronavirus 2019 (COVID-19). En réponse, l'OMS a émis une alerte mondiale, demandant à tous les pays d'activer leurs centres des opérations d'urgence en santé publique. Ainsi, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et la Couverture Maladie Universelle a activé son COUSP le 31 décembre 2019.  Le mercredi 11 mars 2020, la Côte d'Ivoire a enregistré son premier cas de COVID-19, pris en charge par le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT). Dès le début de la crise sanitaire, plusieurs actions ont été entreprises par le gouvernement : *(i)* création d'un comité de crise ; *(ii)* sensibilisation de la population aux mesures préventives ; *(iii)*élaboration d'un plan d'urgence de riposte ; *(iv)* dépistage systématique des voyageurs venant de pays affectés ; *(v)* mise en place de mesures de quarantaine et de confinement et *(vi)* prise en charge des cas confirmés.  Pour répondre à l'urgence sanitaire, des capacités de soins supplémentaires ont été mises en place, notamment des sites de dépistage volontaire, des centres de traitement pour les malades, ainsi que des sites de quarantaine. De plus, la capacité d'accueil de ces structures a été renforcée avec la construction de préfabriqués et la mise à disposition de moyens logistiques pour faciliter le transport des patients entre les structures de soins. prélèvements nasopharyngés effectués chez les cas suspects par l'Institut National d'Hygiène Publique étaient envoyés à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), laboratoire de référence. Pour renforcer les capacités des acteurs régionaux, 210 membres des COUSP ont été formés.  En plus de ces mesures, la vaccination a été adoptée comme une stratégie majeure de lutte contre le virus. Le 1er mars 2021, la Côte d'Ivoire a lancé sa campagne de vaccination grâce au mécanisme COVAX. La vaccination, basée sur le volontariat, a ciblé en priorité les professionnels de la santé, les forces de défense et de sécurité, les enseignants, ainsi que les personnes âgées de plus de cinquante ans, les patients atteints de pathologies chroniques, les voyageurs, la population carcérale et les personnes âgées de 18 à 49 ans.  Au 7 mars 2023, Le pays a recensé 88 185 cas confirmés de COVID-19, dont 87 307 guéris et 834 décès, soit un taux de létalité de 0,94%.Pour la vaccination, sur une population cible de 20 834 178 personnes âgées de 12 ans et plus, 14 891 733 individus ont reçu une dose, soit un taux de couverture de 71%, et 13 390 396 personnes sont complètement vaccinées, représentant 64,3% de cette population cible. Parmi les groupes prioritaires, la couverture vaccinale est de 54% pour le personnel de santé, 24% pour les personnes atteintes de maladies chroniques et 18% des enseignants.  Le 12 avril 2023, le Conseil National de Sécurité, présidé par le Président de la République Alassane Ouattara, a décidé de lever l'état d'urgence sanitaire, saluant les excellents résultats obtenus dans la lutte contre la COVID-19 depuis 2020. En effet, la Côte d'Ivoire a été reconnue comme un modèle dans la sous-région pour sa gestion exemplaire de la pandémie.  En somme, la Côte d'Ivoire a réussi à gérer efficacement la pandémie de COVID-19 malgré des défis logistiques. La campagne de vaccination, bien qu'ayant rencontré des obstacles, a contribué à freiner la propagation du virus. Toutefois, la gestion postpandémie nécessitera une attention continue pour consolider les acquis et se préparer à d’éventuelles urgences sanitaires à venir. |

**En dépit de ces efforts,** plusieurs défis restent à relever pour atteindre les objectifs en 2025 à savoir : *(i)* dresser un inventaire et une cartographie des instruments juridiques et réglementaires liés aux exigences du RSI (2005), ainsi qu’une cartographie des ressources pour la prise en charge de cas au titre des conditions d’urgence prioritaires ; *(ii)* mettre en place une stratégie de développement des ressources humaines prenant en compte l’équité et l’égalité entre les genres en contexte d’urgence sanitaire ; *(iii)* mettre en place une stratégie de développement des ressources humaines prenant en compte l’équité et l’égalité entre les genres en contexte d’urgence sanitaire ; *(iv)* prévenir et répondre efficacement aux catastrophes et urgences de santé publique liées aux réchauffements climatiques ; *(v)* l’opérationnaliser les COUSP au niveau de chaque région ; *(vi)* renforcer les capacités de toutes les Equipes Cadre de District (ECD) sur la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR).

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

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

##### **Demande de services de santé de qualité et prévention des maladies**

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

***En matière de gouvernance,*** pour l’atteinte de ces objectifs, le MSHPCMU s’est doté d’un document de politique nationale de la santé communautaire en 2021 et d’un plan stratégique de la santé communautaire 2022-2025. En outre un référentiel de mise en œuvre des interventions de la santé communautaire a été élaboré. En parallèle, un cadre de concertation permanent des intervenants en santé communautaire a été établi dès 2021, ainsi qu'une plateforme multisectorielle dédiée à la promotion de la santé. On note également l’élaboration d’un guide national de distribution et approvisionnement des médicaments au niveau communautaire en 2022, ainsi qu’un document opérationnel d’intégration des interventions de santé communautaire dans la coordination et le suivi et évaluation à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Au titre des actions de promotion de la santé, le nombre total de ménages suivis par les ASC était de 7 816 875 en 2023. Parmi ces ménages, 65,53 % ont accès à un point d’eau potable et 48 % d’entre eux disposent de latrines. Pour ce qui est du renforcement de la promotion des PFE et des mesures préventives, en 2023, les ASC ont réalisé 3 473 963 visites à domicile pour sensibiliser les ménages sur les pratiques familiales essentielles. S’agissant de la promotion de la santé en vue de prévenir les maladies transmissibles, ce sont 22 345 femmes enceintes perdues de vue de la communauté retrouvées par les ASC, référées et ayant reçu le TPI à la SP3. Les ASC ont retrouvé et ramené dans les soins 38 437 enfants déclarés perdus de vue pour la série vaccinale.

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

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

Graphique 26 : Ratio ASC / populations

Sources : Rapports de la Direction de la Santé Communautaire

Ces efforts ont permis d’augmenter le ratio ASC par habitant, avec une nette progression de 1 ASC pour 2 034 habitants en 2020 à 1 ASC pour 1 798 habitants en 2023, contribuant ainsi à l’amélioration de la proportion de ménages éligibles ayant adopté l’ensemble des Pratiques Familiales Essentiels (PFE) pour lesquels ils sont éligibles qui est passée de 35,10% en 2020 à 70% en 2023 contre une cible de 65%.

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

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

Pour faire face au risque de maladie et renforcer l’accès des populations à des soins de qualité, le MSHPCMU a mis en place deux mécanismes et instruments de protection sociale, en l’occurrence la gratuité ciblée et la couverture maladie universelle.

Le programme de **gratuité ciblée** vise à offrir gratuitement certaines prestations, services et actes médicaux aux femmes enceintes dans le cadre des consultations prénatales et postnatales, des accouchements et leurs complications, de la prise en charge du paludisme grave, de même qu’aux enfants de 0 à 5 ans y compris l’anémie, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques.  Relativement à la gratuité ciblée en 2023, le Ministère a distribué dans les établissements sanitaires publics 492 071 kits d’accouchement ,53 095 kits de césarienne, 28 867 kits d’épisiotomie, 21 292 kits d’anesthésie générale, 28 087 kits de rachianesthésie, et 1 664 295 produits antipaludiques. Ces actions ont contribué à la réalisation de 44 655 césariennes et 722 999 accouchements . En outre, 2 746 189 enfants de moins de cinq ans et 334 033 femmes enceintes atteintes de paludisme ont bénéficié gratuitement d’un traitement antipaludique en 2023.

Le niveau élevé du financement des dépenses courantes de santé par les ménages dans notre pays et à hauteur 39,43%[[26]](#footnote-27) expose les populations à des risques élevés de paupérisation et à une utilisation minimaliste des services de santé. **La Couverture Maladie Universelle (CMU)** en place depuis de nombreuses années est une réponse à cette situation mais son déploiement a connu de nombreuses difficultés. Son utilisation effective reste encore très faible. Pour y remédier, des initiatives ont été mises en place afin d'accélérer la généralisation de la CMU, en collaboration avec le Ministère en charge de la sécurité sociale. Ces actions visent à simplifier les procédures d'enrôlement, à utiliser les structures de santé comme les centres d'enrôlement et à améliorer l'organisation ainsi que l'effectivité des prestations de la CMU dans la majorité des centres de santé. Au 30 Septembre 2024, environ 15 millions des personnes ont été enrôlées avec 5 millions de cartes produites et 4 082 068 de cartes distribuées avec environ 1,8 million de personnes à jour de leur cotisation.

#### Evènements marquants sur la période 2021-2023

**Encadré : Réponse du système de santé aux exigences d’organisation de la 34ème édition de la Coupe d’Afrique des Nations (CAN 2023)**

|  |
| --- |
| La Côte d’Ivoire a pris les dispositions idoines pour répondre aux exigences et recommandations de la Confédération Africaine de Football (CAF) relativement aux structures sanitaires d’accueil dans le cadre de l’organisation de la 34 édition de la Coupe d’Afrique des Nations de Football. Ainsi le pays à travers le Ministère en charge de la santé a mis à disposition au moins un établissement sanitaire répondant aux exigences de la CAF (établissement sanitaire/hôpital de référence ou accrédité) dans chaque ville hôte tout en s’assurant que d’autres structures sanitaires dans chacune des villes hôtes pouvaient servir d’appui à l'établissement sanitaire de référence ou accrédité pour les délégations de la CAF. A cet effet, le plateau technique de ces établissements de référence dans les villes CAN a été renforcé.  Afin de garantir la capacité du système de santé à gérer des urgences de santé, des dispositions ont été prises pour faire face aux éventuelles bousculades dans les stades. Aussi, des mesures de contingences ont été mises en place pour prendre en charge d’éventuels importants flots de blessés causés par les accidents en lien avec les déplacements des supporters et des délégations. Ces dispositifs ont concerné à la fois les villes dites CAN et non-CAN, ainsi que l’ensemble des principaux corridors de transport terrestre. La mise en place d’un Comité Opérationnel de Gestion des Urgences de Santé et des Contingences (COGU Santé-CAN2023) a permis à travers ses réunions journalières d’organiser et de suivre l’ensemble des mesures de prévention et de prise en charge des blessés sur l’ensemble du territoire national au quotidien.  Les équipes médicales et paramédicales ont été renforcées par 15 traumatologues, orthopédistes et anesthésistes ainsi que par 10 internes assistés de médecins seniors pour assurer une prise en charge rapide et efficace des cas d'urgence. Les intrants stratégiques tels que kit AVP, médicaments, poches de sang ont été déployés. Du début de la CAN le 11 janvier au 3 février 2024, on a dénombré 3 665 blessés dont 2 116 par accidents de la voie publique (AVP). Au total, 3 451 blessés ont été pris en charge dans les structures sanitaires sur place et 189 blessés ont été évacués vers d’autres structures sanitaires pour prise en charge. Il est à déplorer 41 cas de décès. |

**Encadré : Leadership de la Côte d'Ivoire à la 12e Réunion Annuelle du Partenariat de Ouagadougou (RAPO 2023)**

|  |
| --- |
| La 12e Réunion Annuelle du Partenariat de Ouagadougou (RAPO), tenue à Abidjan, Côte d’Ivoire, du 11 au 13 décembre 2023, a rassemblé environ 500 participants en présentiel et plus de 2000 participants virtuels de plus de 30 pays sur le thème : **"Genre et Santé Reproductive : Stratégies pour un Changement Social et Comportemental en Faveur de la Jeunesse".**  Cet événement a permis de souligner les engagements nationaux en faveur de la santé sexuelle et reproductive (SSR) et de la planification familiale (PF), en mettant particulièrement l’accent sur le rôle central de la Côte d’Ivoire dans la région​.  **Engagements de la Côte d’Ivoire**   * **Leadership national :** Le gouvernement ivoirien a renforcé son engagement envers la PF en augmentant sa contribution financière annuelle de 400 millions à 2,5 milliards FCFA. Cette augmentation vise à étendre la gratuité des contraceptifs aux jeunes et adolescents dans tous les établissements publics et communautaires, un engagement clé dans la lutte contre les grossesses précoces​. * **Priorisation de la jeunesse :** Sous l’impulsion du Président Alassane Ouattara, 2023 a été déclarée "Année de la jeunesse", reflétant une politique nationale axée sur l’avenir des jeunes, leur éducation et leur accès à des services de santé reproductive adaptés​. * **Progrès en chiffres :** la Côte d’Ivoire a enregistré le plus grand nombre d’utilisatrices additionnelles (121 000) entre 2021 et 2022. Elle occupe le deuxième rang en matière de prévalence contraceptive (25,5%) après le Burkina Faso (28,3%) parmi les neuf pays[[27]](#footnote-28) du Partenariat de Ouagadougou.   Des discussions ont porté sur des sujets tels que la santé mentale des jeunes et l'intégration de la PF dans les programmes VIH et de couverture sanitaire universelle (CSU). Ces initiatives visent à améliorer l'accès aux services de santé reproductive et à autonomiser les jeunes femmes et hommes, **La Côte d’Ivoire a été saluée pour avoir favorisé des synergies entre les secteurs public, privé et la société civile, un modèle à suivre pour d'autres pays membres​**  Grâce à son engagement exemplaire, la Côte d’Ivoire s’affirme comme un acteur clé dans la transformation régionale en faveur de la SSR et de la PF, illustrant que des politiques ambitieuses peuvent produire des impacts mesurables et inspirer d'autres pays de la région. |

## II.3. Mise en œuvre des réformes clés du secteur de la Santé

L’objectif de ce chapitre du rapport est de dresser l’état de mise en œuvre des réformes clés du secteur de la santé. Il présente à cet effet l’effectivité de la mise en œuvre de ces réformes et les défis à leur opérationnalisation.

A travers le PNDS 2021-2025, le MSHPCMU a effectué des réalisations en lien avec les réformes clés suivantes :

* l’achat stratégique ;
* la Couverture Maladie Universelle (CMU) ;
* la réforme hospitalière ;
* l’intégration et le développement du secteur privé de la santé ;
* la mise en place des Pôles Régionaux d’Excellence Santé (PRES) ;
* la digitalisation du système de soins (e-santé et Télémédecine).

### L’achat stratégique en santé incluant le financement basé sur la performance (FBP)

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

L’expansion du FBP a favorisé des évolutions significatives dans la gouvernance et le leadership dans le secteur de la santé, renforçant l’autonomisation des établissements, les compétences en planification et l’implication des communautés dans la gestion des structures sanitaires. Par ailleurs, cette réforme a permis une gestion optimisée des ressources humaines, notamment par la réduction de l’absentéisme, l’amélioration de la communication inter-service et la motivation du personnel par le biais d'incitations financières. Entre 2021 et le premier semestre 2024, la qualité des services fournis par les hôpitaux et les régulateurs a nettement progressé, comme en témoignent les scores moyens de qualité. Dans les ESPC, ce score a évolué de 40,5% à 65%, tandis que pour les EPH, il est passé de 38,0% à 55,8%. S’agissant des DRS et DDS, ce score est passé respectivement de 24,8% à 44,4% et de 34,1% à 54,4%.

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

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

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

Tableau 2 : Défis opérationnels liés à la mise en œuvre de la réforme sur l'achat stratégique en santé incluant le financement basé sur la performance

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

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

### La Couverture Maladie Universelle (CMU)

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

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

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

Graphique 27 : Couverture de la CMU dans les établissements sanitaires

Sources : DGCMU

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

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

Tableau 3 : Défis opérationnels liés à la mise en œuvre de la réforme sur la Couverture Maladie Universelle (CMU)

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

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

### La réforme sur l’intégration et le développement du secteur privé

Dans le cadre du développement et de l’intégration du secteur privé**,** la politique nationale d'intégration et de développement du secteur privé de la santé, ainsi que le Plan stratégique national 2021-2025 pour le développement de ce secteur ont été élaborés. Depuis 2021, 21 sur 30 prévus (soit 70%) des décrets et/ou arrêtés portant régulation du secteur privé de la santé ont été pris et diffusés. Aussi, on note la redynamisation de la commission paritaire des établissements et des professions, ayant permis de réunir les acteurs du MSHPCMU et le secteur privé pour la définition et la priorisation des textes de régulation.

Lacartographie de 3 187 ESPr selon la nature et le niveau d’intervention dans l’aire communale des 113 Districts Sanitaires a été réalisée en 2022 (enquête IQVIA)

Le MSHPCMU a lancé en octobre 2022de l’opération **‘*’Zéro clinique illégale d’ici à 2025*’’** pour assainir le secteur privé**.** A cet effet, 879 établissements ont acquis leurs arrêtés d’ouverture et d’exploitation à juillet 2024. Il faut noter également la création du guichet des agréments des entreprises sanitaires privées, le développement d’une plateforme digitale e-depps[[28]](#footnote-29), la mise en place d’un observatoire digitalet d’une application « *mydepps* ».

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Défis** | **Recommandations des acteurs** |
| **Dénombrement incomplet :** La cartographie des établissements privés est souvent incomplète, ce qui empêche une vision globale du secteur | Mettre à disposition des directions régionales les moyens nécessaires pour réaliser la cartographie des établissements privés |
| **Insuffisance de transfert de compétence aux directions régionales dans le processus de régulation et de contrôle :** Les directions régionales ne sont pas suffisamment impliquées dans les activités d'identification et de contrôle des établissements privés, ce qui crée une insuffisance de coordination | **Décentraliser le suivi et la coordination des structures privées** au niveau régional pour faciliter les procédures de régularisation et associer formellement les directions régionales au processus de conformité des établissements sanitaires privés |

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

### La réforme hospitalière

La loi n°2019-678 portant réforme hospitalière fixe le cadre d’organisation des soins dans les établissements de santé publics et privés. A fin 2023,27 décretsdela loi n°2019-678 du 23 juillet 2019, qui porte sur la réforme hospitalière,ont été pris sur un total de 51 à fin 2023. Les structures du troisième niveau de la pyramide sanitaire ont été érigées en Établissements Publics Hospitaliers Nationaux (EPHN) et celles du deuxième niveau en Établissements Publics Hospitaliers Régionaux (EPHR) pour les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et en Établissements Publics Hospitaliers Départementaux (EPHD) pour les Hôpitaux Généraux (HG), avec une personnalité morale et une autonomie de gestion, afin d’accroitre leurs capacités à dispenser des prestations de qualité répondant aux besoins de santé des populations. A cet effet, 15 Directeurs Généraux des EPHN ont été recrutés en 2024 et assujettis à des contrats de performance signés. Des Conseils d’Orientation et de Surveillance (COS), comprenant des représentants des usagers ont été mis en place avec des feuilles de route afin de guider, contrôler et superviser la politique générale de l’EPH. Un mécanisme de gestion de plaintes a également été mis en place pour adresser les importantes questions liées à l’accueil des patients, à l’hygiène, à la lutte contre la corruption et le racket, ainsi que l’absentéisme dans les différents établissements. De plus, 134 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) ont désormais des comptes à la Banque du Trésor ce qui est une avancée en matière de gestion financière des EPH.

Par ailleurs, en matière de télémédecine, le plan national de télémédecine 2021-2025 a été élaboré dans le cadre de la modernisation des soins de santé en Côte d'Ivoire. Quatre (04) arrêtés d’application du décret n°2018-361 du 29 mars 2018 portant règlementation de la télémédecine ont été pris en 2021. A fin 2023, 39 structures sanitaires sur les 1 114 au total réalisent la télémédecine.

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

Tableau 5 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme hospitalière

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

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

### La réforme sur les Pôles Régionaux d’Excellence de Santé (PRES)

Le Pôle Régional d’Excellence de Santé (PRES) en Côte d’Ivoire est un mode d’organisation permettant une prise en charge holistique et de qualité de la population basée sur un réseau d’établissements sanitaires situés dans une zone géographique définie. Les PRES permettront d’assurer la mutualisation des ressources humaines, techniques permettant à chaque habitant quel que soit sa localisation de bénéficier dans un rayon de 150 kilomètres, des soins adéquats avec des meilleurs plateaux techniques et des médecins spécialistes . Cette mutualisation contribuera dans une grande mesure à améliorer la disponibilité de l’offre de service de santé de qualité sur toute l’étendue du territoire et à réduire les évacuations et les décès évitables.

La Côte d’Ivoire est répartie en 10 pôles régionaux d’excellence de santé sur toute l’étendue du territoire (San Pedro, Man, Odienné, Korhogo, Daloa, Bouaké, Yamoussoukro, Abidjan, Abengourou et Bondoukou)

Figure 4 : Carte des Pôles Régionaux d'Excellence en Santé



Source : Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025

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

Afin de rendre disponible les services hospitaliers, disposant de plateaux techniques de qualité dans les différents PRES, plusieurs interventions ont été ont été réalisé dans les régions sanitaires. A ce jour, les PRES d’Abidjan, de Bouaké et San Pedro sont fonctionnels. La mise à niveau des 7 autres se poursuit pour les rendre fonctionnels.

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

Tableau 6 : Défis opérationnels liés à l'opérationnalisation de la réforme sur les Pôles Régionaux d’Excellence en Santé (PRES)

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

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

### La réforme sur la digitalisation

Le MSHPCMU s’est fixé pour objectif de digitalisation le système de soins afin d’accroitre l’efficacité, la qualité dans la délivrance des services de santé ainsi que la redevabilité et la transparence dans l’utilisation des ressources financières et humaines. L’objectif étant d’implémenter un ensemble de mesures, dans les dimensions structurelle, organisationnelle et sanitaire, soutenu par les Technologies de Communication et Information (TCI), à travers la mise en place d'un Système d’Information Hospitalière (SIH) dans les établissements de santé.

A cet effet, le décret n° 2021-763 du 1er décembre 2021 déterminant les modalités de mise en place d’un système d’information hospitalier (SIH) pour les EPH et les Etablissements Hospitaliers Privés (EHP) a été pris afin d’améliorer le système d’information hospitalier par l’informatisation et l’interconnexion (e-santé).

Depuis 2021 le processus de digitalisation du secteur de la santé a démarré, avec la mise à disposition du matériel informatique dans les structures sanitaires et la formation des prestataires à l’utilisation de ces outils. Ainsi plus de **202 établissements de santé (5 EPHN, 22 EPHR, 99 EPHD, 76 ESPC**) ont été connectés au Système d'Information Hospitalier (SIH)/Dossier patient informatisé (DPI), soit une couverture de 88% des EPHR et EPHD. Cette réforme a permis d'améliorer la transparence financière, d'augmenter les ressources générées par les hôpitaux et d’assurer le suivi et l’amélioration de la qualité des soins. Le SIH-DPI a permis **d’accroître les ressources financières générées de l’ordre de 40% à 135% par rapport à 2021**. Concernant le traçage des actes de gratuités ciblées le taux de réalisation est passé de 40% en 2022 à 57,5% en 2023.

En vue d’établir un réseau de soins de proximité, entre les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) et les Etablissements Public Hospitaliers (EPH), dans le cadre de la modernisation des soins de santé en Côte d'Ivoire, la télémédecine a été adoptée. Le plan national de télémédecine 2021-2025 a été élaboré et quatre (04) arrêtés d’application du décret n°2018-361 du 29 mars 2018 portant règlementation de la télémédecine ont été pris en 2021. A fin 2023, **39 structures sanitaires[[29]](#footnote-30)**, sur les 1 114 au total réalisent la télémedecine, renforçant ainsi l'accès aux soins de proximité et réduisant le recours systématique à des références médicales. Ainsi, des projets de télé-cardiologie, de santé mère-enfant et de médecine générale ont été mis en œuvre.

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

# **Section IV : Difficultés, défis, perspectives et recommandations**

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

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

## III.1. Difficultés des acteurs du système de santé

Le système de santé présente des difficultés d’ordres structurel, fonctionnel, organisationnel et opérationnel. Ces défis, auxquels font face les acteurs du système de santé, ont été recueillis à l’occasion de cette revue. Cette partie du rapport documente ces difficultés rencontrées par les structures du MSHPCMU, tant au niveau central que déconcentré, dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025.

### **Difficultés à la mise en œuvre du PNDS au niveau central**

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

Graphique 28 : Principales difficultés de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 au niveau central

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

#### Au titre des difficultés liées aux ressources humaines

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

**En effet, plusieurs structures expriment le besoin de renforcer les compétences de leur personnel en matière de planification stratégique et de gestion de projet** **en particulier** afin de mieux s'approprier le PNDS et de l'intégrer dans leurs plans d'action respectifs.

#### Au titre des difficultés liées aux infrastructures, matériels et équipements

Des difficultés liées aux infrastructures, aux matériels et aux équipements ont été soulevées par 49% des structures interrogées au niveau central. En particulier, l’insuffisance de bâtiments, de laboratoires et de centres de Santé limite les capacités des structures à fournir des services de qualité. Le problème des infrastructures se traduit différemment aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau central, la mise aux normes des infrastructures représente le principal défi. Au niveau régional, il s’agit essentiellement de la disponibilité des magasins de stockage des produits de santé et des laboratoires d'analyses biologiques.

#### Au titre des difficultés liées au financement

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

* **Insuffisance des ressources financières (budget de l'État, fonds des partenaires) pour la mise en œuvre des activités des plans d'actions :** Le budget alloué par l'État est souvent limité au fonctionnement, ce qui ne permet pas de financer les investissements et les activités programmées. Le manque de mécanismes adéquats pour la mobilisation des ressources internes limite la diversification des sources de financement. Par ailleurs, la faible priorisation de la Santé dans les allocations budgétaires globales affecte la disponibilité des ressources pour le secteur. De même, en interne, le secteur n'effectue pas de priorisation rigoureuse des enjeux, ce qui ne permet pas une mobilisation ciblée des financements.
* **Forte dépendance des financements extérieurs (partenaires) :** Par ailleurs, avec la possibilité du retrait progressif des bailleurs du système de Santé Ivoirien, il se pose la question de la durabilité du financement de la Santé.
* **Décaissement tardif des fonds :** Les procédures de décaissement des fonds des partenaires peuvent être longues et complexes, retardant la mise en œuvre des activités. En outre, on note le manque de coordination entre les différents acteurs impliqués, pour la mutualisation des ressources, dans le processus de décaissement des fonds entraîne des retards.

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

Selon 30% des acteurs centraux, il existe un manque de coordination dans le secteur de la Santé. Ce manque de coordination se traduit aux différents niveaux de la pyramide sanitaire :

* **Au niveau des partenaires :** on note une insuffisancedans l'harmonisation des interventions des différents partenaires.

### **Difficultés dans la mise en œuvre du PNDS au niveau déconcentré**

Le niveau déconcentré rencontre un certain nombre de difficultés dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025. Ces difficultés s’articulent principalement autour du financement, de la coordination, des infrastructures physiques et des ressources humaines. En particulier, les défis ci-dessous ont été évoqués :

* **Financement insuffisant :** Budgets insuffisants, retards de versement, dépendance vis-à-vis des bailleurs. Cela limite la mise en œuvre des activités et l'atteinte des objectifs.
* **Coordination défaillante :** Chevauchement des activités (conflits d’agenda). Cela entraîne une inefficacité et une fragmentation des efforts.
* **Infrastructures inadéquates :** Matériel obsolète, locaux inadaptés. Cela compromet la qualité des soins et la sécurité des patients.
* **Ressources humaines insuffisantes :** Manque de personnel qualifié, notamment dans les zones rurales, ce qui limite l'accès aux soins et la qualité des services offerts.
* **Facteurs socioculturels :** Croyances et pratiques traditionnelles qui entravent l'accès aux soins.

Graphique 29 : Difficultés de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 au niveau déconcentré

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

### **Difficultés de financement du PNDS, de l’engagement et de l’exécution des financements selon les PTF**

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

* Concernant la coordination des financements extérieurs, les PTF ont souligné une insuffisance dans la coordination entre les bailleurs de fonds pour la santé. En effet, après l'élaboration du PNDS 2021-2025, aucun cadre formel, tel qu'une table ronde, n'a été établi pour recueillir de manière organisée les promesses de contribution des bailleurs.
* Sur le plan de la mobilisation des ressources domestiques pour le financement du PNDS, il est important de signaler que les ressources propres de l'État sont limitées, ce qui entrave le financement efficace de certaines activités, notamment celles liées aux effets 3, 5 et 7. Ces effets concernent le renforcement de la prise en charge efficace des maladies, l'amélioration de l'utilisation des services de santé de qualité et l'optimisation de la qualité des services de santé.
* En ce qui concerne l'engagement des financements disponibles, les PTF ont noté des difficultés liées à la maîtrise des procédures de décaissement par les structures bénéficiaires. De plus, des retards significatifs ont été observés dans l'exécution des financements alloués à ces structures, créant des blocages dans les décaissements ultérieurs pour d'autres activités des partenaires. Ces problématiques mettent en évidence les défis associés à la mise en œuvre effective de la Déclaration de Paris sur l'aide publique au développement.

## III.2. Défis et perspectives du système de santé

### **Défis du système de santé**

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

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

### **Perspectives pour 2025**

Les perspectives 2025 portent sur les engagements du ministère en charge de la santé dans le cadre du programme gouvernemental de 2025. Elles concernent la gouvernance, le financement, les ressources humaines, les prestations de services, les médicaments et l’information sanitaire.

* **Gouvernance :** La finalisation de la réforme hospitalière demeure une priorité. Pour garantir l’opérationnalisation complète de cette réforme, il est impératif d’accélérer l’adoption des textes réglementaires manquants et de mettre en place rapidement les organes de gestion prévus, en les dotant de ressources nécessaires à leur fonctionnement. En parallèle, des efforts seront poursuivis pour réguler et assainir le secteur privé.
* **Ressources humaines :** Le Ministère prévoit une augmentation des effectifs en personnel de santé qualifié, particulièrement dans les zones rurales et difficiles d’accès, afin de réduire les disparités. Par ailleurs, des mécanismes innovants de fidélisation seront développés pour stabiliser et motiver le personnel de santé.
* **Prestations de service et accessibilité :** Le développement des Pôles Régionaux d’Excellence Santé (PRES) se poursuivra pour améliorer l'accès aux soins spécialisés et rapprocher les services des populations. A cet effet, des efforts seront intensifiés pour la mise à niveau des infrastructures sanitaires, incluant leur construction, leur équipement et leur entretien afin d’assurer leur durabilité. La prévention et la lutte contre les maladies resteront au centre des priorités, avec un accent particulier sur l’intégration de la prise en charge des handicaps dans le système de santé. Parallèlement, des campagnes de communication ciblées seront menées pour sensibiliser les populations sur les services disponibles, notamment ceux offerts dans le cadre de la CMU.
* **Produits de santé :** Pour assurer un accès équitable aux médicaments et autres intrants stratégiques (vaccins, produits sanguins, etc.), des initiatives seront mises en œuvre pour renforcer la chaîne d’approvisionnement et promouvoir la production locale. Ces mesures permettront non seulement de réduire la dépendance aux importations mais aussi d’améliorer la résilience et la souveraineté sanitaire du pays. Par ailleurs, l’utilisation de systèmes de gestion des stocks sera renforcée pour une distribution plus efficace et une réduction des ruptures d’approvisionnement.
* **Digitalisation et information sanitaire :** La digitalisation du secteur de la santé sera poursuivie à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir une gestion plus efficace des données et des processus. Cette transformation numérique vise à améliorer la transparence et la qualité des services. Une attention particulière sera portée à l’amélioration de la qualité des données sanitaires et de leur disponibilité dans les délais requis pour une planification et une prise de décision éclairées.

## III.3. Recommandations pour l’amélioration de la conception, le suivi et la mise en œuvre du PNDS

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

**Recommandations à l’endroit du niveau central du MSHPCMU (Cabinet du Ministre, Directions Générales, DPPS, autres directions centrales et programmes de santé)**

* Gouvernance et vision du secteur
  + Développer une vision à long terme du secteur de la santé à partir d’une analyse prospective en référence avec les cadres stratégiques nationaux (Vision 2030, Cote d’Ivoire 2040)
  + Améliorer la gouvernance et la coordination du PNDS par l’institutionnalisation et l’opérationnalisation du cadre de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PNDS
* Planification et suivi interne
  + Etablir un cadre de résultat, contenant un nombre réduit d’indicateurs mesurables par le système d’information sanitaire ;
  + Procéder à la priorisation de l’ensemble des interventions au titre du PNDS, afin d’obtenir un portefeuille de projets prioritaires, et procéder à un séquençage de leur mise en œuvre dans le temps ;
  + Prévoir l’organisation des revues globales et thématiques du PNDS, incluant la revue de la performance des projets, la revue de l’exécution du budget ainsi que le dialogue avec les partenaires au développement qui seront programmées et organisées semestriellement
  + Renforcer la gestion de la performance du PNDS par la mise en place de mécanismes et outils pertinents : tableau de bord digital.
* Coordination et alignement
  + Assurer la diffusion du PNDS aux autorités régionales et prévoir des tables rondes de la santé en vue de sa vulgarisation
  + Conduire des ateliers de diffusion du PNDS à l’ensemble du personnel de la santé
* Optimisation des ressources et suivi financier
  + Assurer une meilleure budgétisation des interventions dans le PNDS
  + Renforcer le suivi des taux d’exécution financière, notamment pour les projets bailleurs, par l’instauration de points de suivi budgétaires réguliers
  + Articuler les axes d’intervention du PNDS aux programmes budgétaires définis dans le cadre du budget-programme (Budget de l’Etat)
  + Adopter un plan de mobilisation des ressources pour le financement du PNDS incluant l’ensemble des partenaires de la santé (PTF, ONG, Secteur privé, acteurs communautaires), avec un mécanisme dédié de suivi
    - Organiser une table-ronde d’engagement avec les partenaires, y compris le secteur privé pour solliciter leurs apports au financement du plan.
    - Inviter le secteur privé à participer activement à la planification et à la mise en œuvre des politiques de santé, en promouvant les partenariats public-privé dès le début des projets.
    - Créer des cadres incitatifs pour encourager les investissements privés dans le secteur de la santé, en particulier dans les domaines de l'innovation, des infrastructures et des services spécialisés.

**Recommandations à l’endroit des PTF**

* Coordination entre PTF
  + Organiser régulièrement des tables rondes ou des plateformes de coordination pour faciliter l’échange d’informations entre les différents PTF et assurer une meilleure synergie des financements. Ce cadre permettrait également de clarifier les priorités et d'aligner les contributions sur les besoins nationaux.
  + Encourager l’harmonisation des aides pour éviter les doublons, identifier les lacunes et coordonner les financements en fonction des domaines du PNDS.
* Amélioration de la gestion et l’utilisation des financements
  + Soutenir la formation et le renforcement des capacités des structures dans la gestion des procédures de décaissement et la mise en œuvre des projets, pour éviter les retards et améliorer l'absorption des financements.
* Alignement des stratégies des PTF sur les priorités nationales
  + Travailler à aligner les programmes et les projets sur les priorités du PNDS, en s'assurant que les interventions répondent aux objectifs à long terme définis par le gouvernement.
  + Promouvoir une approche flexible permettant aux bénéficiaires (structures techniques du MSHPCMU) d’ajuster les engagements en fonction des nouveaux besoins et priorités identifiés lors de la revue, notamment en réponse à des crises sanitaires émergentes.

**Pour la poursuite de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025**, il est essentiel de capitaliser sur les leçons apprises et d'ajuster les stratégies pour garantir une mise en œuvre réussie d'ici 2025. Compte tenu des impératifs liés au temps restant de mise en œuvre relativement court (01 an), à l'élaboration imminente du prochain PNDS, aux contraintes budgétaires et aux défis du système de santé identifies dans le présent rapport, les présentes recommandations sont formulées :

* Renforcement de la coordination et du leadership national
  + Mettre en place un comité de suivi post-revue, composé du Ministère, des PTF, et des acteurs du secteur privé pour assurer une meilleure coordination des interventions de santé.
  + Encourager un rôle plus actif de l'État dans la coordination des financements et des projets de santé, en renforçant les capacités institutionnelles à tous les niveaux pour piloter la mise en œuvre des réformes.
* Priorisation des actions et ajustements stratégiques
  + Revoir les priorités du PNDS à la lumière des résultats de la revue pour mieux concentrer les efforts sur les domaines ayant montré des lacunes ;
  + Élaborer un plan d'action révisé qui fixe des objectifs clairs pour le reste de la mise en œuvre du PNDS, avec des indicateurs mesurables et des échéances spécifiques pour suivre les progrès.
* Mobilisation accrue des ressources domestiques
  + Recommander au gouvernement d’augmenter progressivement le budget de la santé pour atteindre l'objectif de 15% du budget national, conformément aux engagements internationaux.
  + Encourager la mobilisation de ressources additionnelles à travers la taxation innovante (comme les taxes sur le tabac ou l’alcool), ainsi que des partenariats public-privé pour financer les infrastructures et les services de santé.
* Renforcement des capacités et de la gestion des financements
  + Renforcer les capacités des structures dans la gestion des financements, en particulier concernant les procédures de décaissement, pour éviter les retards et améliorer l'absorption des fonds.
  + Introduire des outils digitaux et des systèmes de gestion de projet intégrés pour suivre en temps réel l'exécution des financements et prévenir les blocages.
* Suivi-évaluation et transparence
  + Développer un système de suivi-évaluation renforcé pour mesurer les progrès réalisés sur les indicateurs-clés du PNDS, avec des rapports périodiques pour identifier rapidement les défis et ajuster les interventions.
  + Instaurer des mécanismes de transparence pour permettre une meilleure traçabilité des financements et une redevabilité des acteurs, impliquant la société civile et les communautés locales.

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

# **Annexes**

## Annexe 1 : Cas-pratiques : comment résoudre les problèmes de santé persistant ?

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

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

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

**Problèmes de santé relatifs à la santé de la mère et de l’enfant**

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

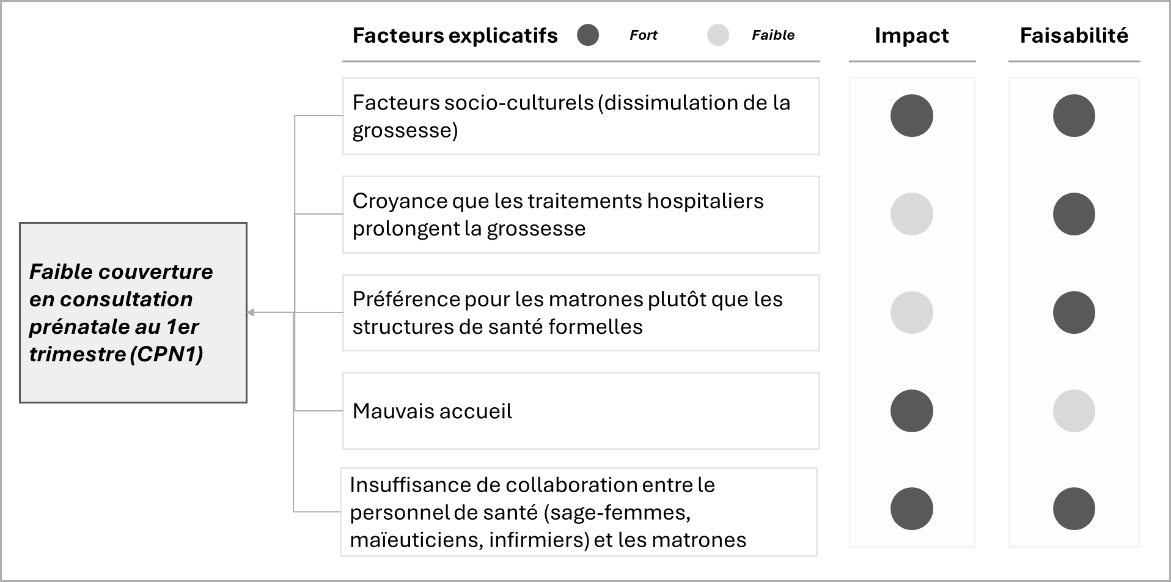
1. *La faible couverture en consultation prénatale au 1er trimestre (CPN1) ;*
2. *La faible couverture en Consultation Post-Natale (CPoN) ;*
3. *La faible couverture vaccinale en Penta 3, Tétanos et RR ;*
4. *L’augmentation du nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires ;*
5. *L’insuffisance dans l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives ;*
6. *L’augmentation de l’incidence de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 0 à 59 mois.*

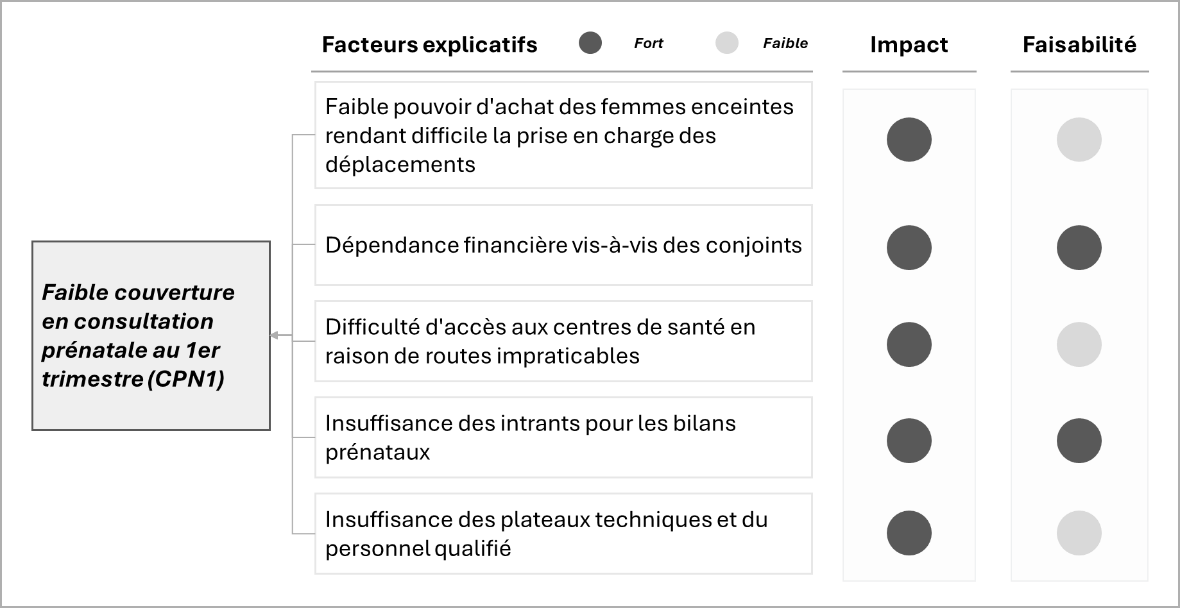
***Comment atteindre une couverture en Consultation Prénatale au 1er trimestre (CPN1) de 46% d’ici à fin 2025 ?***

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

* *Dissimulation de la grossesse : les femmes enceintes dissimulent culturellement le plus longtemps possible leur grossesse, ce qui les emmènent à ne pas se rendre dans les structures sanitaires au vu et au su de leur entourage ;*
* *Croyances sociales : il est répandu dans la croyance populaire que les traitements hospitaliers prolongent la grossesse ;*
* *Fréquentation des matrones : Préférence des femmes enceintes pour les matrones plutôt que les structures de Santé formelles ;*
* *Qualité de l’hospitalité au sein des structures sanitaires : Mauvais accueil des femmes enceintes au sein des structures sanitaires ;*
* *Faible intégration des matrones : Insuffisance de collaboration entre le personnel de Santé (sage-femmes, maïeuticiens, infirmiers) et les matrones ;*
* *Faible pouvoir d'achat des femmes enceintes rendant difficile la prise en charge des déplacements ;*
* *Forte dépendance financière des femmes vis-à-vis des conjoints ;*
* *Accessibilité aux structures sanitaires : Difficulté d'accès aux centres de Santé en raison de routes impraticables ;*
* *Insuffisance des intrants pour les bilans prénataux ;*
* *Insuffisance des plateaux techniques et du personnel qualifié.*

Figure 6 : Causes expliquant la faible couverture en consultation prénatale au 1er trimestre (CPN1)





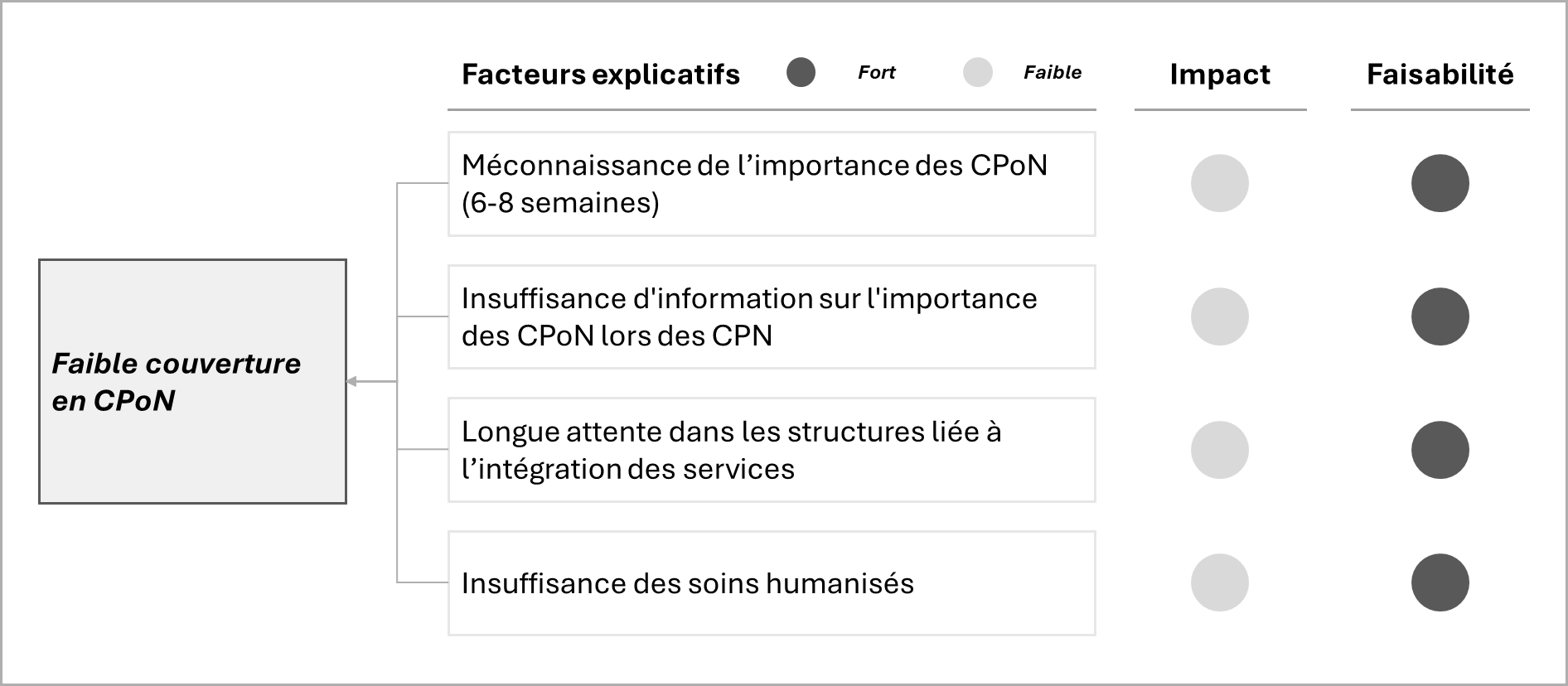
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

***Comment atteindre une couverture en CPoN de 89,1% d’ici à fin 2025 ?***

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

* *Méconnaissance des femmes de l’importance des CPoN (6-8 semaines) ;*
* *Faible sensibilisation des femmes enceintes lors des CPN : Insuffisance d'information sur l'importance des CPoN lors des CPN ;*
* *Pénibilité des consultations : Longues attentes des mères dans les structures sanitaires, liée à l’intégration des services ;*
* *Hospitalité au sein des structures sanitaires : Insuffisance des soins humanisés au sein des structures sanitaires.*

Figure 7 : Causes expliquant la faible couverture en CPoN



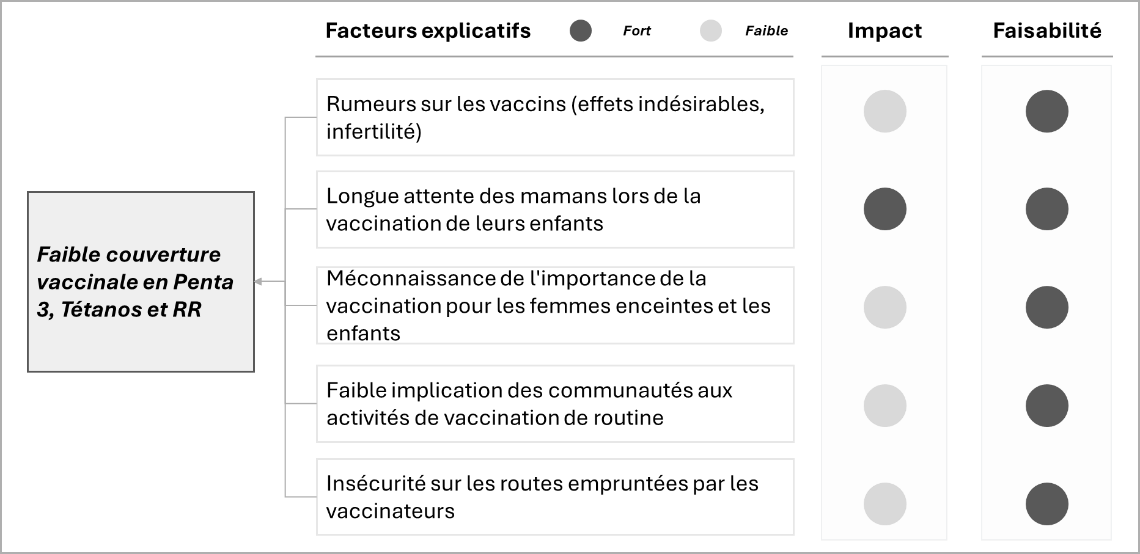
Source : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

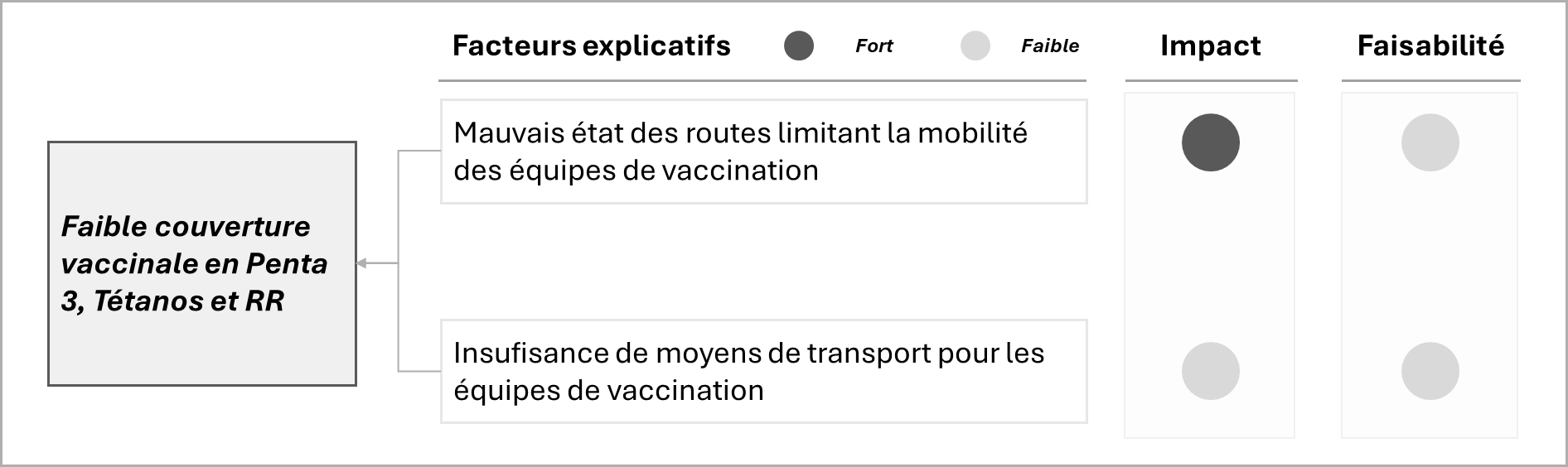
***Comment atteindre la couverture vaccinale en (Penta 3, Tétanos et RR) de 95% d’ici fin 2025 ?***

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

* *Croyances sociales : rumeurs persistantes au sein de populations sur les vaccins et leurs conséquences, notamment l’infertilité des femmes ;*
* *Pénibilité des séances de vaccination pour les femmes : longues attentes des mères lors de la vaccination de leurs enfants ;*
* *Méconnaissance de l'importance de la vaccination pour les femmes enceintes et les enfants ;*
* *Faible implication des communautés aux activités de vaccination de routine ;*
* *Insécurité sur les routes empruntées par les vaccinateurs.*

Figure 8 : Causes expliquant la faible couverture vaccinale en Penta 3, Tétanos et RR





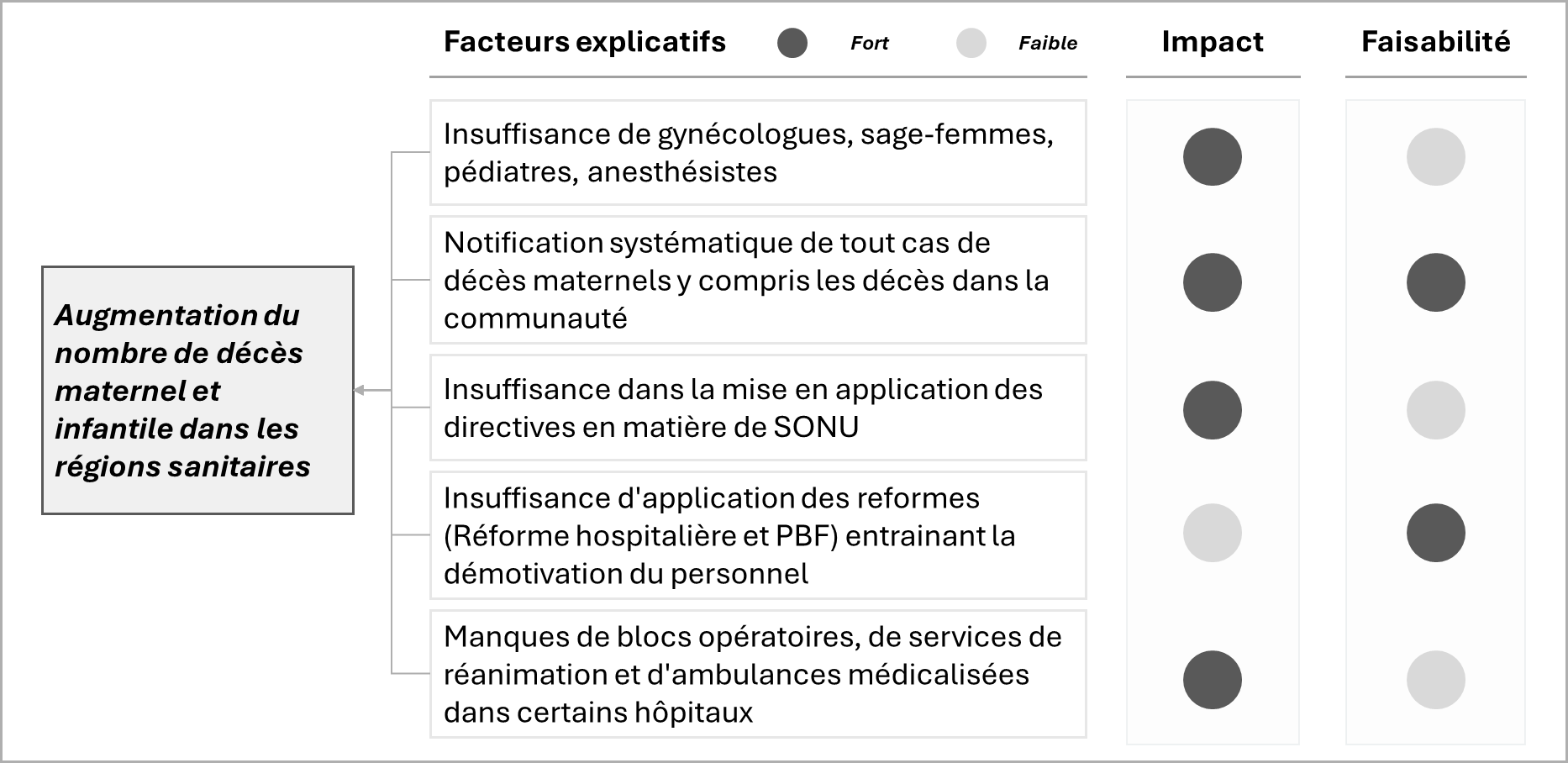
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

***Comment réduire le nombre de décès maternel, néonatale et infantile dans les régions sanitaires d’ici à fin 2025 ?***

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

* *Insuffisance de gynécologues, sage-femmes, pédiatres, anesthésistes dans certaines structures sanitaires ;*
* *Notification systématique de tout cas de décès maternels y compris les décès dans la communauté ;*
* *Insuffisance d'application des réformes, notamment de la réforme hospitalière et du PBF entraînant la démotivation du personnel ;*
* *Manques de blocs opératoires, de services de réanimation et d'ambulances médicalisées dans certains hôpitaux ;*
* *Mauvais état des routes affectant les évacuations d'urgence ;*
* *Faible dotation en carburant pour les évacuations et supervisions ;*
* *Insuffisance des subventions pour l'entretien des ambulances.*

Figure 9 : Causes expliquant l'augmentation du nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires





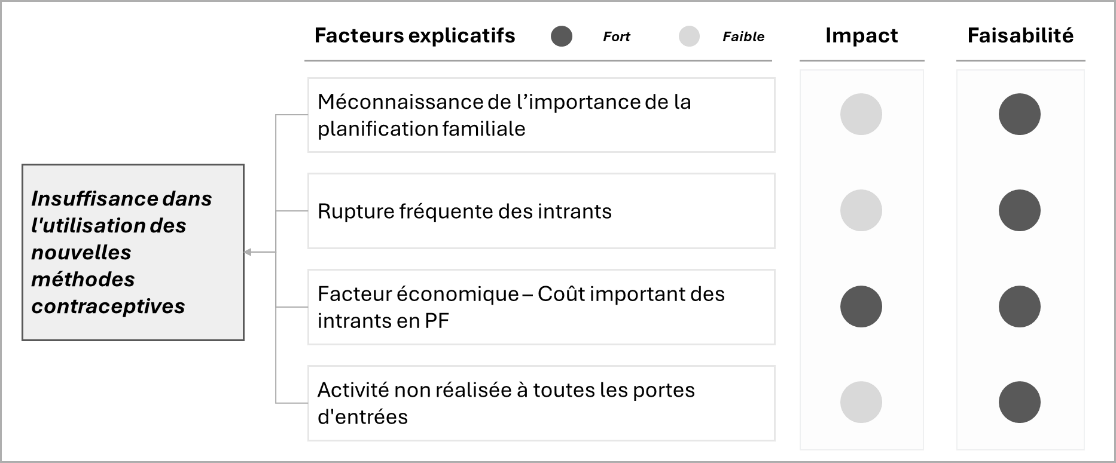
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

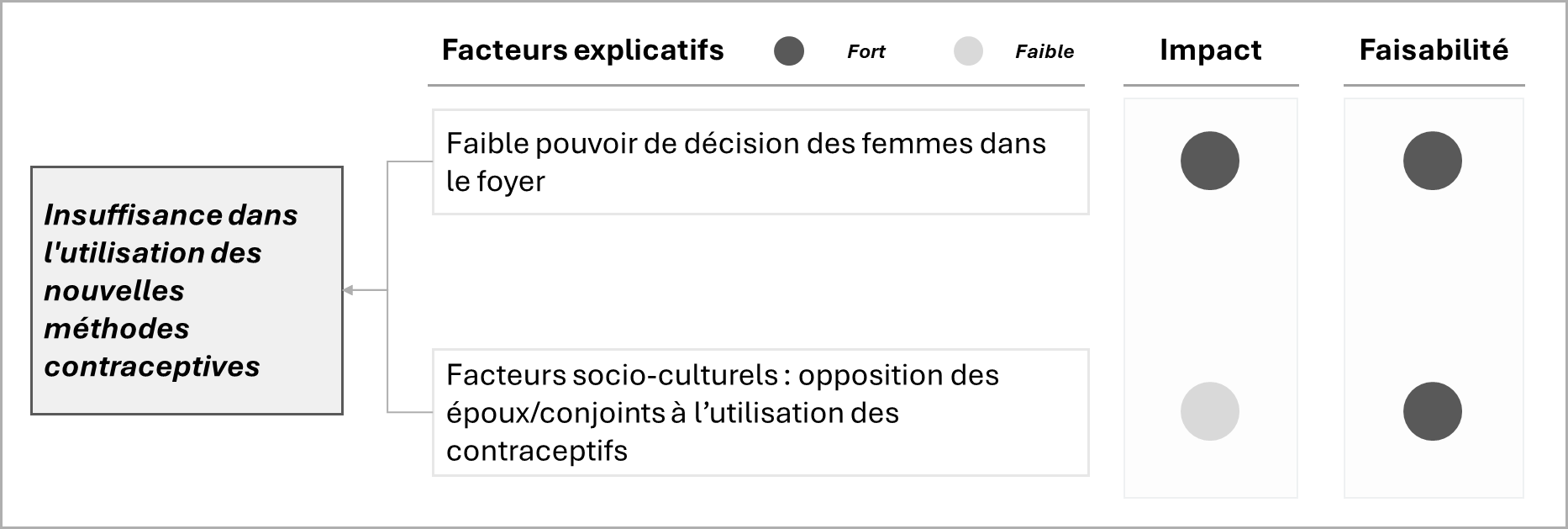
***Comment améliorer l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives d’ici à fin 2025 ?***

La réponse à la problématique de l’insuffisance dans l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives résiderait dans l’apport de solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Méconnaissance de l’importance de la planification familiale ;*
* *Rupture fréquente des intrants de planification familiale ;*
* *Coût important des intrants de planification familiale ;*

Figure 10 : Causes expliquant l’insuffisance dans l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives





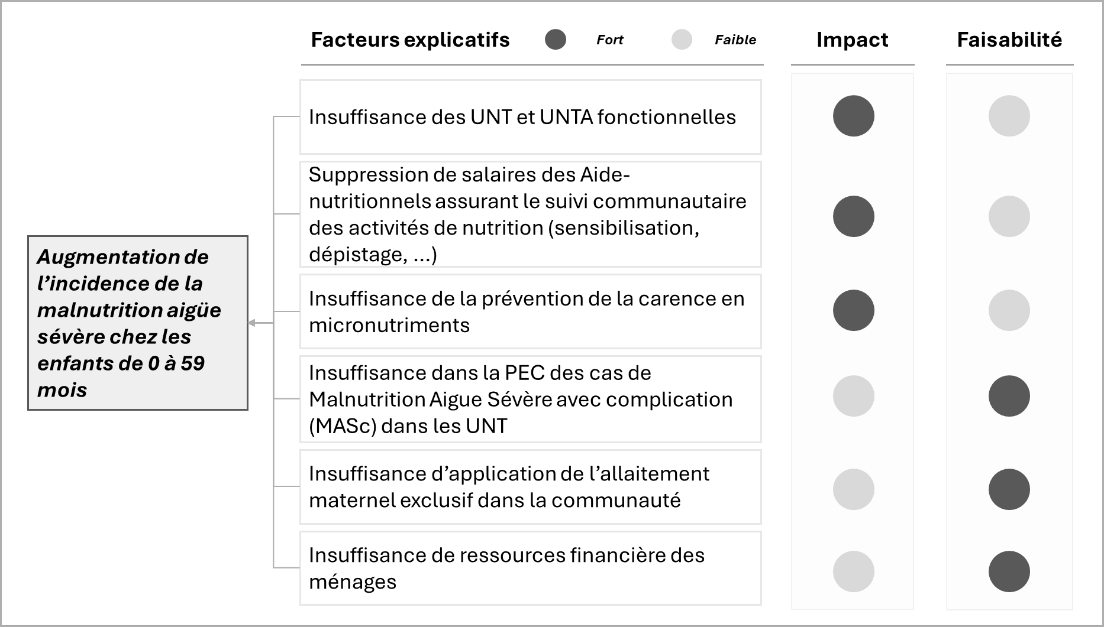
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

***Comment réduire l’incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois à 4,85‰ d’ici à fin 2025 ?***

Afin de résoudre la problématique de l’incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois, il faudrait apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Insuffisance des UNT et UNTA fonctionnelles ;*
* *Insuffisance de la prévention de la carence en micronutriments ;*
* *Insuffisance dans la PEC des cas de Malnutrition Aigüe Sévère avec complication (MASc) dans les UNT ;*
* *Insuffisance d’application de l’allaitement maternel exclusif dans la communauté ;*
* *Insuffisance de ressources financière des ménages.*

Figure 11 : Causes expliquant l’augmentation de l’incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois



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

Le tableau ci-après résume les causes profondes des problèmes de santé relatifs à la santé de la mère et de l’enfant, telles qu’identifiées par les acteurs des niveaux déconcentrés de la pyramide sanitaire et hiérarchisés selon les priorités et la facilité de résolution.

Tableau 7 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs à la santé de la mère et de l'enfant

| **Problèmes de Santé** | **Tiers 1[[30]](#footnote-31)**  *Facteurs à résoudre à court terme* | **Tiers 2[[31]](#footnote-32)**  *Facteurs à résoudre à moyen terme* | **Tiers 3[[32]](#footnote-33)**  *Facteurs à résoudre à long terme* |
| --- | --- | --- | --- |
| Comment atteindre une couverture en Consultation Prénatale au 1er trimestre (CPN1) de 46% d’ici à fin 2025 ? | * Facteurs socio-culturels (dissimulation de la grossesse) * Insuffisance de collaboration entre le personnel de Santé et les matrones * Dépendance financière vis à vis des conjoints | * Croyance que les traitements hospitaliers prolongent la grossesse * Préférence pour les matrones plutôt que les structures de sante formelles * Insuffisance des plateaux techniques et du personnel qualifié | * Mauvais accueil * Faible pouvoir d’achat des femmes enceintes rendant difficile la prise en charge des déplacements * Difficulté d’accès aux centres de Santé en raison de routes impraticables |
| Comment atteindre une couverture en CPoN de 89,1% d’ici à fin 2025 ? |  | * Méconnaissance de l’importance des CPoN(6-8 semaines) * Insuffisance d’information sur l’importance des CPoN des CPN * Longue attente dans les structures liée à l’intégration des services * Insuffisance des soins humanisés |  |
| Comment atteindre la couverture vaccinale en (Penta 3, Tétanos et RR) de 95% d’ici fin 2025 ? | * Longue attente des mamans lors de la vaccination de leurs enfants | * Rumeurs sur les vaccins (effets indésirables infertilité) * Méconnaissance de l’importance de la vaccination pour les femmes enceintes et les enfants * Faible implication des communautés aux activités de vaccination de routine * Insécurité sur les routes empruntes par les vaccinateurs | * Mauvais état des routes limitant la mobilité des équipes de vaccination |
| Comment réduire le nombre de décès maternel et infantile dans les régions sanitaires d’ici à fin 2025 ? | * Manques de blocs opératoires de services de réanimation et d’ambulances médicalisées dans certains hôpitaux | * Faible dotation en carburant pour les évacuations et supervisions * Insuffisance de gynécologues, sage femmes, pédiatres, anesthésistes | * Mauvais état des routes affectant les évacuations d’urgence |
| Comment améliorer l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives d’ici à fin 2025 ? | * Facteurs économique-cout important des intrants en PF * Faible pouvoir de décision des femmes dans le foyer | * Méconnaissance de l’importance de la planification familiale * Rupture fréquente des intrants * Activité non réalisée à toutes les portes d’entrées * Facteurs socio-culturels : opposition des époux/conjoints a l’utilisation des contraceptifs |  |
| Comment réduire l’incidence de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 0 à 59 mois à 3,13‰ d’ici à fin 2025 ? |  | * Insuffisance d’application de l’allaitement maternel exclusif dans la communauté * Insuffisance dans la PEC des cas de Malnutrition Aigüe Sévère avec complication (MASc) dans les UNT * Insuffisance de ressources financières des ménages | * Insuffisance des UNT et UNTA fonctionnelles * Suppression de salaires des Aides-nutritionnels assurant le suivi communautaire des activités de nutrition (sensibilisation, dépistages…) |

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

**Problèmes de santé relatifs à l’accessibilité**

Sur la thématique de l’accessibilité, les problèmes de Santé ci-après ont été recensés au niveau des régions sanitaires, malgré la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 :

1. *La faible couverture en structures sanitaires (ESPC, HG, CHR) ;*
2. *La non conformité de certaines structures sanitaires;*
3. *La difficulté d'accès aux structures sanitaires ;*
4. *La faible disponibilité des produits de la gratuité ciblée ;*
5. *Le non-respect des directives de la gratuité ciblée des soins (GTC).*

***Comment augmenter la couverture en structures sanitaires (ESPC, HG, CHR)***

Résoudre la problématique de la faible couverture en structures sanitaires (ESPC, HG et CHR) reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Inexistence de structures sanitaires dans certains zones ;*
* *Répartition inéquitable des structures sanitaires.*

Figure 12 : Causes expliquant la faible couverture en structures sanitaires (ESPC, HR)



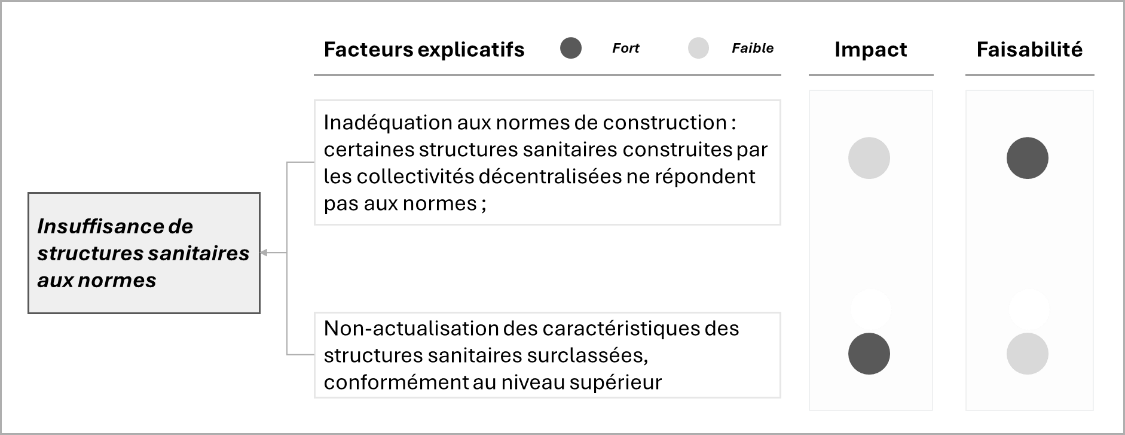
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

***Comment améliorer le pourcentage de structures sanitaires aux normes d’ici à fin 2025 ?***

Résoudre la problématique de l’insuffisance de structures sanitaires aux normes reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Inadéquation aux normes de construction : certaines structures sanitaires construites par les collectivités décentralisées ne répondent pas aux normes ;*
* *Insuffisance dans la mise à niveau de certaines structures sanitaires, conformément à leur niveau dans la pyramide sanitaire .*

Figure 13 : Causes expliquant l’insuffisance de structures sanitaires aux normes



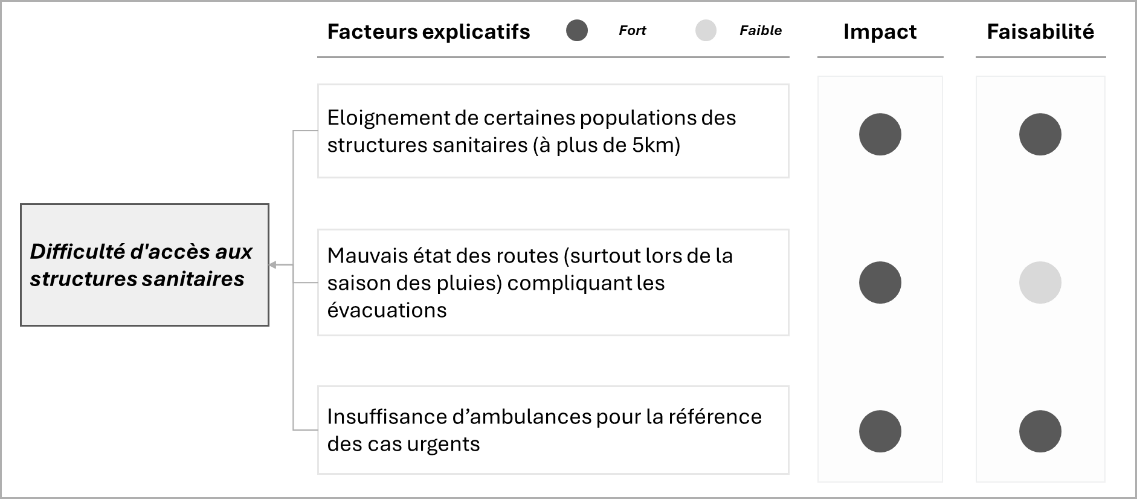
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

***Comment améliorer l’accessibilité géographique aux soins des populations ?***

Résoudre la problématique de la difficulté d'accès aux structures sanitaires par les populations reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Eloignement de certaines populations des structures sanitaires (à plus de 5km) ;*
* *Mauvais état des routes (surtout lors de la saison des pluies) compliquant les évacuations ;*

Figure 14 : Causes expliquant la difficulté d'accès aux structures sanitaires par les populations



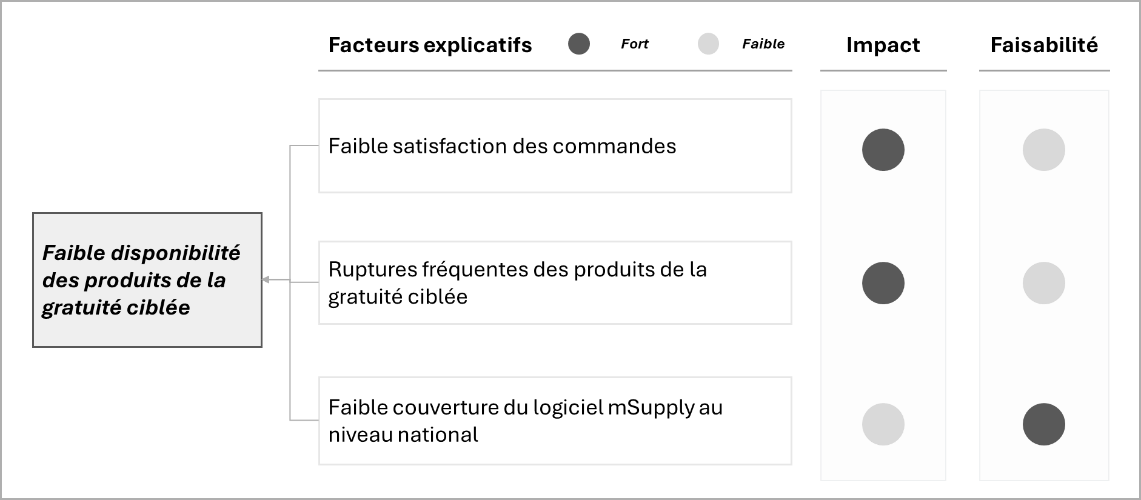
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

***Comment améliorer la disponibilité des médicaments de la gratuité ciblée ?***

Résoudre la problématique de la faible disponibilité des produits de la gratuité ciblée reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Faible satisfaction des commandes en produits de la gratuité ciblée ;*
* *Ruptures fréquentes des produits de la gratuité ciblée ;*
* *Insuffisance de contrôle de l’application des directives de la gratuité des soins ;*
* *Faible couverture du logiciel mSupply au niveau national.*

Figure 15 : Causes expliquant la faible disponibilité des produits de la gratuité ciblée



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

Le tableau ci-après résume les causes profondes des problèmes de santé relatifs à l’accessibilité, telles qu’identifiées par les acteurs des niveaux déconcentrés de la pyramide sanitaire et hiérarchisés selon les priorités et la facilité de résolution.

Tableau 8 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs à l’accessibilité

| **Problèmes de Santé** | **Tiers 1[[33]](#footnote-34)**  *Facteurs à résoudre à court terme* | **Tiers 2[[34]](#footnote-35)**  *Facteurs à résoudre à moyen terme* | **Tiers 3[[35]](#footnote-36)**  *Facteurs à résoudre à long terme* |
| --- | --- | --- | --- |
| Comment augmenter la couverture en structures sanitaires (ESPC, HG, CHR) à 76% d’ici à fin 2025 ? |  |  | * Inexistence de structures sanitaires dans certains zones * Répartition inéquitable des structures sanitaires |
| Comment améliorer le pourcentage de structures sanitaires aux normes d’ici à fin 2025 ? |  | * Inadéquation aux normes de construction : certaines structures sanitaires construites par les collectivités décentralisées ne répondent pas aux normes | * Insuffisance dans la mise à niveau de certaines structures sanitaires, conformément à leur niveau dans la pyramide sanitaire |
| Comment améliorer l’accessibilité géographique aux soins des populations ? | * Eloignement de certaines populations des structures sanitaires (a plus de 5km) |  | * Mauvais état des routes (surtout lors de la saison des pluies) compliquant les évacuations |
| Comment *améliorer la disponibilité des médicaments* de la gratuité ciblée ? |  | * Faible couverture du logiciel mSupply au niveau national * Faible satisfaction des commandes * Ruptures fréquentes des produits de la gratuite ciblée * Insuffisance de contrôle de l’application des directives de la gratuité des soins | * Faible satisfaction des commandes * Ruptures fréquentes des produits de la gratuite ciblée |

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

**Problèmes de santé relatifs aux maladies tropicales négligées et aux maladies transmissibles**

S’agissant de la thématique maladies tropicales négligées ~~et~~ des maladies transmissibles, les problèmes de santé ci-après ont été recensés au niveau des régions sanitaires, malgré la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 :

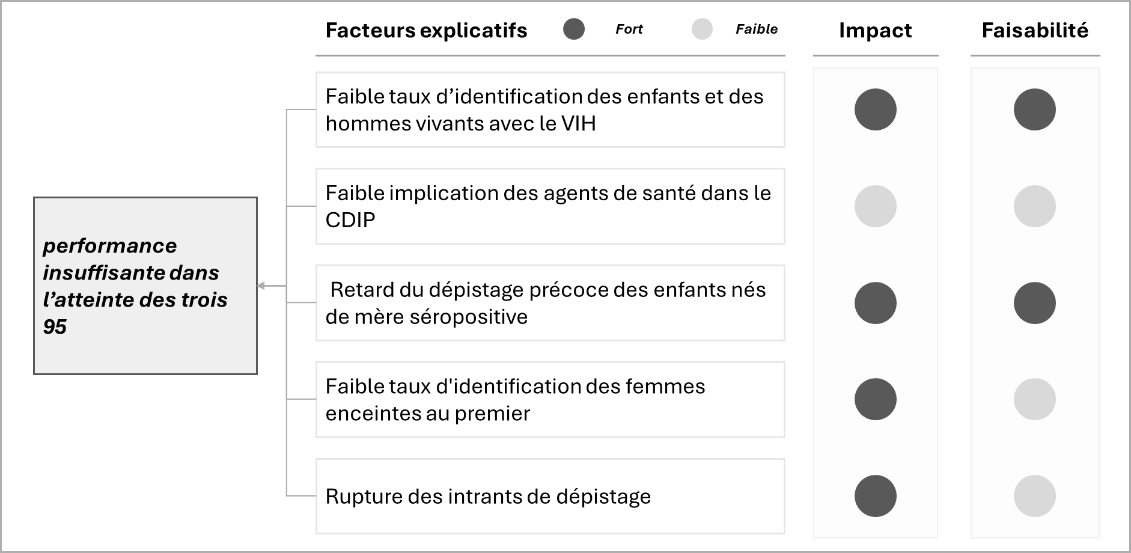
1. *Performance insuffisante dans l’atteinte des trois 95 ;*
2. *Incidence relativement forte du paludisme ;*
3. *Faible dépistage des cas de tuberculose ;*
4. *Insuffisance dans la prise en charge des malades multi résistants.*

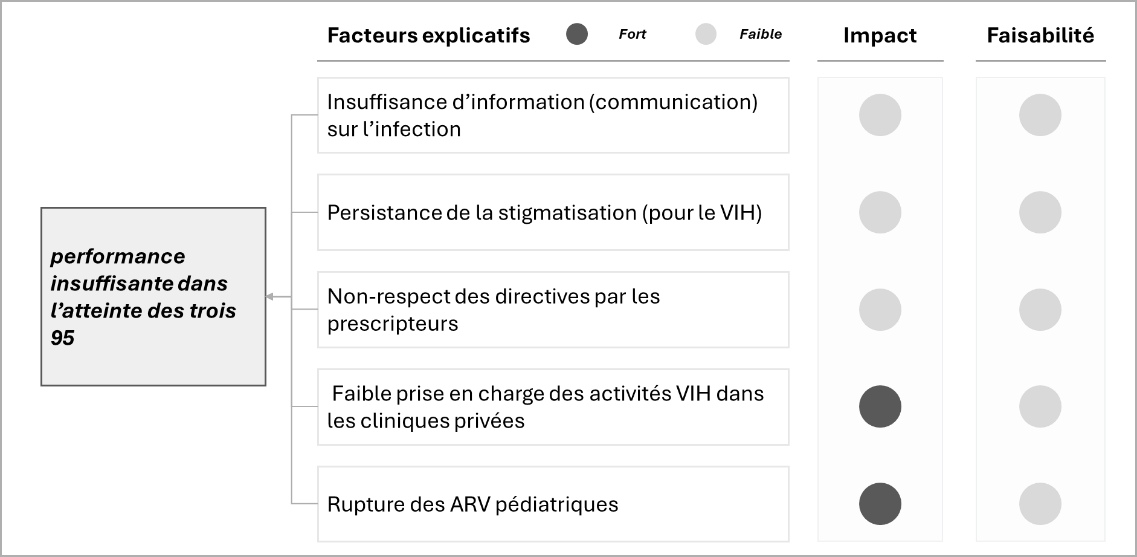
***Comment améliorer les performances dans la lutte contre le VIH afin d’atteindre les cibles des trois 95 du niveau national dans toutes les régions d’ici à fin 2025 ?***

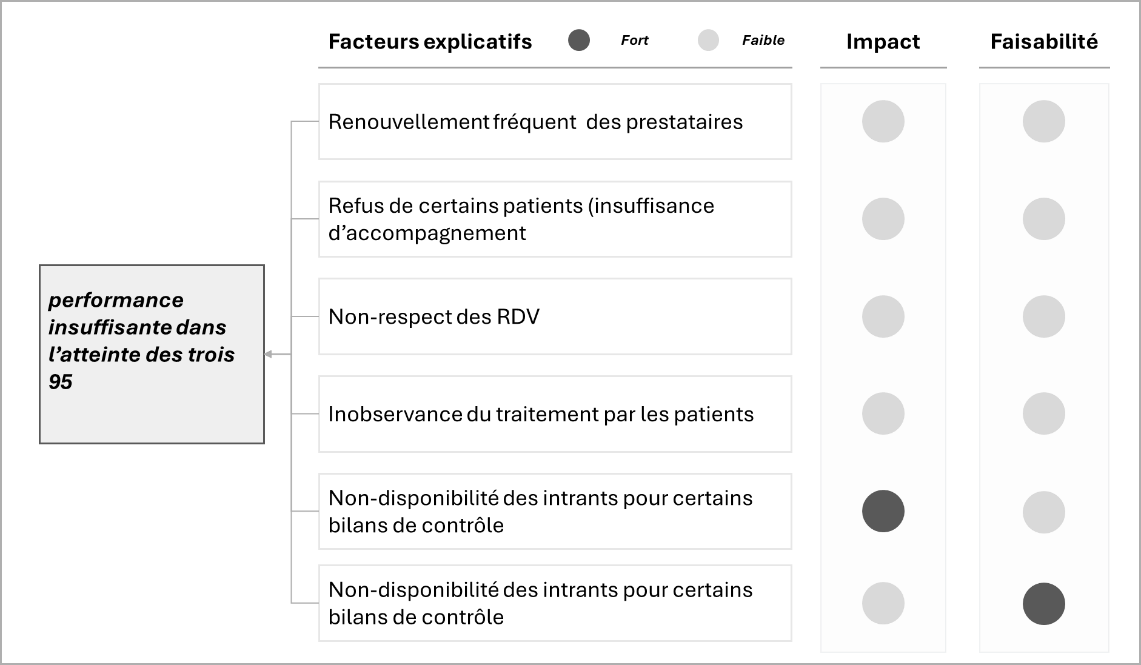
Résoudre la problématique de l’insuffisance de la performance dans l’atteinte des trois 95 reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Faible taux d’identification des enfants et des hommes vivants avec le VIH ;*
* *Faible implication des agents de Santé dans le CDIP ;*
* *Retard du dépistage précoce des enfants nés de mère séropositive ;*
* *Faible taux d'identification des femmes enceintes au premier trimestre ;*
* *Rupture des intrants de dépistage ;*
* *Insuffisance d’information (communication) sur l’infection ;*
* *Persistance de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH ;*
* *Faible prise en charge des activités VIH dans les cliniques privées ;*
* *Rupture des ARV pédiatriques.*

Figure 17 : Causes expliquant l’insuffisance de la performance dans l’atteinte des trois 95







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

***Comment réduire l’incidence du paludisme dans la population générale à 141‰ d’ici à fin 2025 ?***

Résoudre la problématique de l’incidence relativement forte du paludisme reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* Faible distribution des MILDA en routine ;
* Faible utilisation des MILDA ;
* Persistance de poches d’insalubrité dans les régions.

Figure 18 : Causes expliquant l’incidence relativement forte du paludisme

A black screen with white text

Description automatically generated

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

***Comment renforcer le dépistage des cas de tuberculose ?***

Résoudre la problématique du faible dépistage des cas de tuberculose reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Insuffisance dans la recherche active des cas présumés de TB dans la communauté ;*
* *Méconnaissance des signes d’imprégnation de la tuberculose (Ignorance des populations, retard dans le référencement des prestataires cliniques vers les CDT, non-référencement par les tradipraticiens / camps de prières vers les CDT).*

Figure 19 : Causes expliquant le faible dépistage des cas de tuberculose



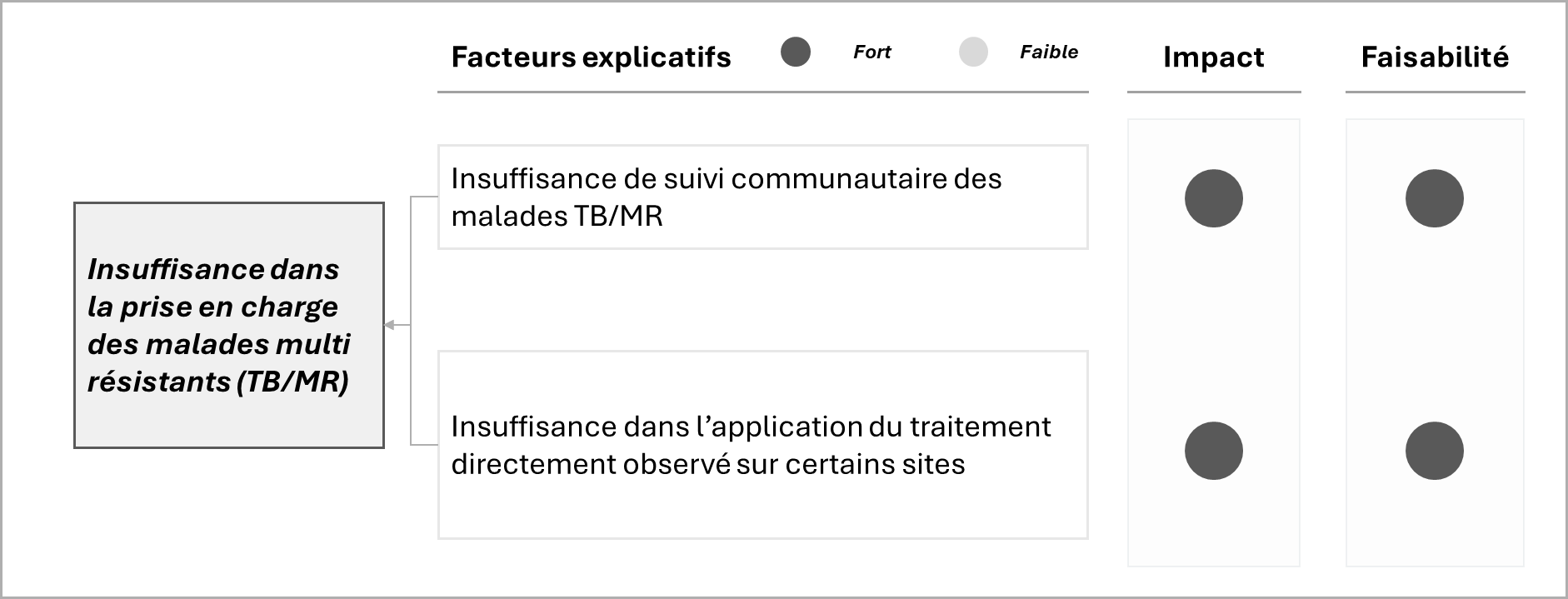
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

***Comment renforcer la prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante (TBMR)?***

Résoudre la problématique de l’insuffisance dans la prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Insuffisance de suivi communautaire des malades TBMR ;*
* *Insuffisance dans l’application du traitement directement observé sur certains sites.*

Figure 20 : Causes expliquant l’insuffisance dans la prise en charge des malades multi-résistantes



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

Le tableau ci-après résume les causes profondes des problèmes de santé relatifs aux maladies tropicales négligées et aux maladies transmissibles, telles qu’identifiées par les acteurs des niveaux déconcentrés de la pyramide sanitaire et hiérarchisés selon les priorités et la facilité de résolution.

Tableau 9 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs aux maladies tropicales négligées et aux maladies transmissibles

| **Problèmes de santé** | **Tiers 1[[36]](#footnote-37)**  *Facteurs à résoudre à court terme* | **Tiers 2[[37]](#footnote-38)**  *Facteurs à résoudre à moyen terme* | **Tiers 3[[38]](#footnote-39)**  *Facteurs à résoudre à long terme* |
| --- | --- | --- | --- |
| Comment améliorer les performances dans la lutte contre le VIH afin d’atteindre la cible des trois 95 du niveau national dans toutes les régions d’ici à fin 2025 ? | * Faible taux d’identification des enfants et des hommes vivants avec le VIH * Retard du dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives | * Non-disponibilité des intrants pour certains bilans de contrôle * Rupture des intrants de dépistage | * Faible taux d’identification des femmes enceintes au premier * Faible prise en charge des activités VIH dans les cliniques * Rupture des ARV pédiatriques |
| Comment améliorer les performances dans la lutte contre le paludisme afin de réduire l’incidence à 141‰ d’ici à fin 2025 ? | * Faible utilisation des MILDA |  | * Insuffisance de dotation en MILDA * Persistance de poches d’insalubrité dans les régions |
| Comment renforcer le dépistage des cas de tuberculose ? | * Insuffisance dans la recherche active des cas présumés de TB dans la communauté * Méconnaissance des signes d’imprégnation de la tuberculose (ignorance des populations, retard dans le référencement des prestataires cliniques vers les CDT, non-référencement par les tradipraticiens/ camps de prières vers les CDT) |  |  |
| Comment renforcer la prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante ? | * Insuffisance de suivi communautaires des maladies * Insuffisance dans l’application du traitement directement observé sur certains sites |  |  |

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

**Problèmes de santé relatifs aux maladies non-transmissibles**

En ce qui concerne la thématique maladies non-transmissibles, les problèmes de santé ci-après ont été recensés au niveau des régions sanitaires, malgré la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 :

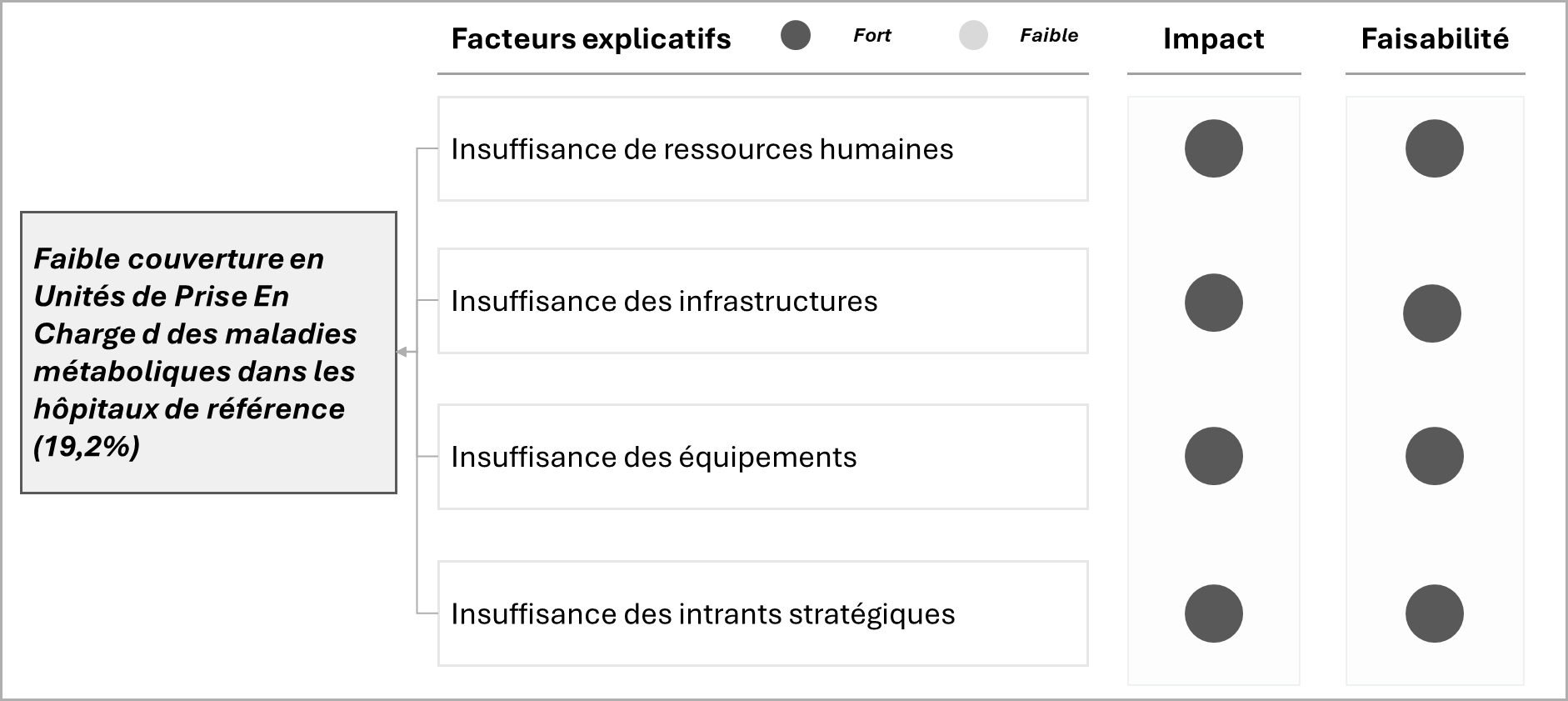
1. *Faible couverture en Unités de Prise En Charge des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence (19,2%) ;*
2. *Sous notification des données ;*
3. *Faible dépistage du cancer du col de l’utérus.*

***Comment augmenter la couverture en Unités de Prise En Charge des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence à 80% d’ici à fin 2025 ?***

Résoudre la problématique de la faible couverture en Unités de Prise En Charge (UPEC) des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Insuffisance de ressources humaines spécialisées ;*
* *Insuffisance des infrastructures ;*
* *Insuffisance des équipements ;*
* *Insuffisance des intrants stratégiques.*

Figure 21 : Causes expliquant la faible couverture en Unités de Prise En Charge (UPEC) des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence



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

***Comment accroitre la disponibilité des données des MNT à 2025 ?***

Résoudre la problématique de la sous-notification des données concernant les maladies métaboliques reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Insuffisance d’intégration des items relatifs aux MNT dans les outils primaires de collecte de données (registre, rapport) ;*
* *Non-intégration des données UPEC dans le DHIS2 ;*
* *Absence de données du secteur privé.*

Figure 22 : Causes expliquant la sous-notification des données concernant les maladies métaboliques

A screenshot of a computer

Description automatically generated

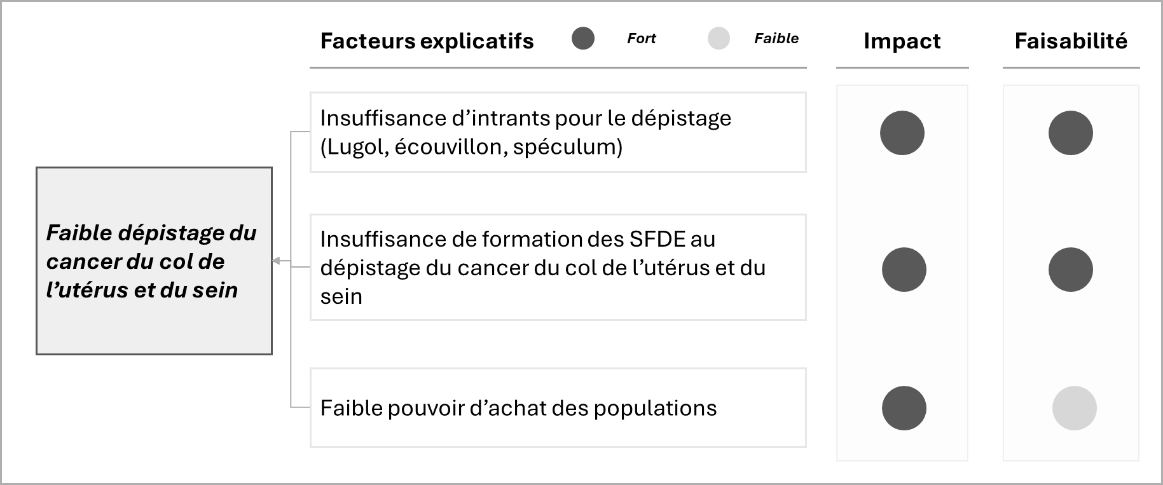
Sources : Données collectées pour la revue du PNDS 2021-2025

***Comment accroitre la proportion de structures sanitaires offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus à 32% d’ici à fin 2025 ?***

Résoudre la problématique du faible dépistage du cancer du col de l’utérus et du sein reviendrait à apporter une solution aux causes suivantes identifiées par les acteurs du niveau déconcentré eux-mêmes :

* *Insuffisance d’intrants pour le dépistage (Lugol, écouvillon, spéculum) ;*
* *Insuffisance de formation des SFDE au dépistage du cancer du col de l’utérus ;*
* *Faible pouvoir d’achat des populations.*

Figure 23 : Causes expliquant le faible dépistage du cancer du col de l’utérus et du sein



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

Le tableau ci-après résume les causes profondes des problèmes de santé relatifs aux maladies non-transmissibles, telles qu’identifiées par les acteurs des niveaux déconcentrés de la pyramide sanitaire et hiérarchisés selon les priorités et la facilité de résolution.

Tableau 10 : Recommandations pour la résolution des problèmes de santé relatifs aux maladies non-transmissibles

| **Problèmes de Santé** | **Tiers 1[[39]](#footnote-40)**  *Facteurs à résoudre à court terme* | **Tiers 2[[40]](#footnote-41)**  *Facteurs à résoudre à moyen terme* | **Tiers 3[[41]](#footnote-42)**  *Facteurs à résoudre à long terme* |
| --- | --- | --- | --- |
| Comment augmenter la couverture en Unités de Prise En Charge des maladies métaboliques dans les hôpitaux de référence à 80% d’ici à fin 2025 ? | * Insuffisance de ressources humaines * Insuffisance des infrastructures * Insuffisance des équipements * Insuffisance des intrants stratégiques |  |  |
| Comment accroitre la disponibilité des données sur les MNT? | * Non prise en compte de certains besoins d’informations(données) dans les outils primaires de collecte de données (registre, rapport) * Non intégration des données UPEC dans le DHIS2 | * Absence de données du secteur privé |  |
| Comment accroitre la proportion de structures sanitaires offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus à 32% d’ici à fin 2025 ? | * Insuffisance d’intrants pour le dépistage (Lugol, écouvillon, speculum) * Insuffisance de formation des SFDE au dépistage du cancer du col de l’utérus |  | * Faible pouvoir d’achat des populations |

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

## Annexe 2 : Outils méthodologiques pour la revue du PNDS 2021-2025

## Annexe 3 : Participation au processus de revue du PNDS 2021-2025

## Annexe 4 : Evolution des indicateurs du PNDS 2021-2025, au titre de la période 2021-2023

1. Comment le PNDS a-t-il été élaboré, diffusé et mis en œuvre ? [↑](#footnote-ref-2)
2. Comment les indicateurs du PNDS ont-ils progressé vers leurs cibles, en conséquence des réalisations du MSHPCMU sur la période de la revue ? [↑](#footnote-ref-3)
3. RASS 2021 [↑](#footnote-ref-4)
4. [Données Banque Mondiale](https://uk01.z.antigena.com/l/_ltCzbnQ_ppJR41fIaTYXARe3r2pSdU2lpZOxaWtZhahsnThe2I8YKYeoyPTxBt8ocd7ab~1k_YWMK_GVsmYB9Br93rwS-56phqKZZnOSXJ1n8eb96GwgZM0bXqbDbKXwxF9Ubx3LQDgs5R2mm0z9tLoNfbMVSJSLENt6o04NN8iut3VufchBhtXrUt5CVHKt8QIPKFmpm) [↑](#footnote-ref-5)
5. EDS 2021 [↑](#footnote-ref-6)
6. Rapports d'activités PNSSU-SAJ [↑](#footnote-ref-7)
7. Rapports d'activités PNSSU-SAJ [↑](#footnote-ref-8)
8. Institut National de la Statistique [↑](#footnote-ref-9)
9. PNDS 2021-2025 [↑](#footnote-ref-10)
10. Les indicateurs pour lesquels les données sont disponibles sur la période d’observation [↑](#footnote-ref-11)
11. Yopougon, Treichville, Cocody et Bouaké [↑](#footnote-ref-12)
12. Abobo, Agboville, Abengourou, Daloa, Yamoussoukro, Korhogo, Guiglo, Bondoukou, Gagnoa, Bouaflé, Dimbokro, Man, Séguéla [↑](#footnote-ref-13)
13. Bingerville, Port Bouet, Didiévi, Guitry, Anyama, Sassandra, Dabou, Soubré, Bonoua, Ferkessédougou, Tiébissou, Bocanda, Katiola, Issia, Bouna, Daoukro, Toumodi, Adjamé, Grand Bassam, Prikro, Arrah, Vavoua, Jacqueville, Alépé, Niakaramadougou, Duékoué, Yopougon-Attié,Abobo-Nord [↑](#footnote-ref-14)
14. Aboisso, Adzopé, Bouaké, Man et San Pedro [↑](#footnote-ref-15)
15. Méagui, Danané [↑](#footnote-ref-16)
16. Kouto, Ouangolo et Kong [↑](#footnote-ref-17)
17. Minignan, Katiola, Boundiali [↑](#footnote-ref-18)
18. CHU de Treichville ; CHR de Bouaké, Korhogo, San Pedro, Yamoussoukro, Daloa ; Institut de Cardiologie de Bouaké [↑](#footnote-ref-19)
19. PNLT, PNLP, PNLS, PNSME, PEV [↑](#footnote-ref-20)
20. Bondoukou, M'Bahiakro, Dimbokro, Korhogo 1, Méagui, Gagnoa 1, Odienné, Sinfra, Aboisso et Tanda). [↑](#footnote-ref-21)
21. Prise en charge de la tuberculose, diagnostics des laboratoires et radiologies des centres de diagnostic et traitement de la tuberculose, appui des communautaires (ASC) [↑](#footnote-ref-22)
22. Centre de guérison traditionnelle, Camp de prière, Centre Roqya, Centre de Phytothérapie [↑](#footnote-ref-23)
23. Ce taux concerne les maladies coronaires, les troubles du rythme et de la conduction, les cardiopathies congénitales et les valvulopathies [↑](#footnote-ref-24)
24. L'INSP, le Centre d’Accompagnement et de Soins en Addiction (CASA), la Croix Bleue, le Centre Régional de Formation à la Lutte contre la Drogue (CRFLD), les hôpitaux psychiatriques de Bingerville et Bouaké et l’hôpital psychiatrique Saint Vincent de Paul de Yamoussoukro [↑](#footnote-ref-25)
25. Agnéby-Tiassa, Béré, Bounkani, Folon, Gontougo, Kabadougou, Sud-Comoé et Poro [↑](#footnote-ref-26)
26. Les niveaux de contributions des ménages dans les dépenses de santé étaient de 37.61% au Ghana et de 55.8% au Sénégal en 2018. La moyenne dans les pays africains est de 38%. [↑](#footnote-ref-27)
27. Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo [↑](#footnote-ref-28)
28. [www.depps.sante.gouv.ci](http://www.depps.sante.gouv.ci) [↑](#footnote-ref-29)
29. Téléconsultations [↑](#footnote-ref-30)
30. Faisabilité élevée – Fort Impact [↑](#footnote-ref-31)
31. Faisabilité élevée – Impact Faible [↑](#footnote-ref-32)
32. Faisabilité faible – Fort Impact [↑](#footnote-ref-33)
33. Faisabilité élevée – Fort Impact [↑](#footnote-ref-34)
34. Faisabilité élevée – Impact Faible [↑](#footnote-ref-35)
35. Faisabilité faible – Fort Impact [↑](#footnote-ref-36)
36. Faisabilité élevée – Fort Impact [↑](#footnote-ref-37)
37. Faisabilité élevée – Impact Faible [↑](#footnote-ref-38)
38. Faisabilité faible – Fort Impact [↑](#footnote-ref-39)
39. Faisabilité élevée – Fort Impact [↑](#footnote-ref-40)
40. Faisabilité élevée – Impact Faible [↑](#footnote-ref-41)
41. Faisabilité faible – Fort Impact [↑](#footnote-ref-42)