REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union- Discipline- Travail

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT

2016-2020

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACCRONYMES 5
PREFACE 7
AVANT- PROPOS 9
RESUME EXECUTIF 10
INTRODUCTION 12
1. DONNEES GENERALES SUR LA CÔTE D'IVOIRE 14
1.1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DE LA COTE D'IVOIRE 14
1.2. CONTEXTE POLITIQUE, ECONOMIQUE ET SOCIAL 14
1.3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN 15
2. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE 16
2.1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE 16
2.1.1. MORTALITE MATERNELLE, NEO-NATALE ET INFANTILE 16
2.1.2. MORBIDITE MATERNELLE, NEO-NATALE ET INFANTILE 17
2.2. INDICATEURS DE COUVERTURE DES INTERVENTIONS CLES DE LA SANTE DE LA MERE DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT 18
2.2.1. PLANIFICATION FAMILIALE 18
2.2.2. SOINS PRENATAUX 19
2.2.3. NAISSANCES ASSISTEES PAR UN PERSONNEL QUALIFIE DANS DES CENTRES DE SANTE 20
2.2.4. SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NE 21
2.2.5. SOINS POST NATALS 21
2.2.6. SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALES D'URGENCE 22
2.2.7. SOINS AUX NOURRISSONS ET ENFANTS 23
2.3. MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES DE SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT 23
2.4. ANALYSE DES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE EN RAPPORT AVEC LA SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT : ATOUTS ET DEFIS 24
2.4.1. LEADERSHIP ET GOUVERNANCE - POLITIQUES, PLANIFICATION ET GESTION 24
2.4.2. POLITIQUES, STRATEGIES ET PLANS STRATEGIQUES DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT 24
2.4.3. REGLEMENTATION DU SECTEUR PRIVE 24
2.4.4. COORDINATION DES PARTENARIATS 25
2.4.5. PLANS D'ACTION CHIFFRES ET PLAN OPERATIONNELS 25
2.4.6. RESSOURCES HUMAINES 25
2.4.7. PRESTATION DE SERVICES 26
2.4.8. MEDICAMENTS ET FOURNITURES 27
2.4.9. SUIVI ET EVALUATION 27
2.4.10. FINANCEMENT DE LA SMN 27
3. VISIONS ET PRINCIPES 28
3.1. VISION 28
3.2. PRINCIPES DIRECTEURS 28
4. ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIQUES 29
4.1. ORIENTATIONS POLITIQUES 29
4.2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES 29
4.3. OBJECTIF GENERAL : 30
4.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES, STRATEGIES ET ACTIONS PRIORITAIRES 30
5. CADRE ET PLAN DE MISE EN OEUVRE 33
5.1. CADRE INSTITUTIONNEL 33
5.1.1. ROLE DU NIVEAU CENTRAL DU SECTEUR DE LA SANTE 33
5.1.2. ROLE DU NIVEAU INTERMEDIAIRE ET PERIPHERIQUE DU SECTEUR DE LA SANTE 33
5.1.3. ROLE DES AUTRES SECTEURS 33
5.1.4. ROLE DE LA COMMUNAUTE 33
5.1.5. ROLE DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT 34
5.2. MECANISMES DE COORDINATION 34
5.3. SUIVI –EVALUATION 34
5.4. PLAN DE MISE EN ŒUVRE 34
6. BUDGET DU PLAN ET MOBILISATION DES RESSOURCES 35
6.1. BUDGET DU PLAN 35

6.2. MOBILISATION DES RESSOURCES 35
ANNEXES 36
ORGANIGRAMME DE LA DC-PNSME 37
ETAPES DE LA REVUE DE PERFORMANCE 38
PLAN DE MISE EN ŒUVRE 39
BUDGET DU PLAN PAR OBJECTIFS ET PAR STRATEGIES 51
BUDGET DU PLAN PAR ACTIONS PRIORITAIRES 53
LISTE DES PARTICIPANTS À L'ATELIER D'ADAPTATION DES OUTILS DE LA REVUE 61
LISTE DES PARTICIPANTS À L'ATELIER DE LA REVUE 63
EQUIPE DE RÉDACTION DU PLAN STRATÉGIQUE 65
LISTE DES PARTICIPANTS À L'ATELIER DE BUDGÉTISATION 66
LISTE DES PARTICIPANTS À L'ATELIER DE VALIDATION TECHNIQUE DU PLAN STRATÉGIQUE DE LA SANTÉ MÈRE-ENFANT 2016-2020 67
BIBLIOGRAPHIE 69

SIGLES ET ACCRONYMES

ARV	Anti Retro Viral
ASC	Agent de Santé Communautaire
CES	Certificat d'Etude Spéciale
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPN	Consultation Prénatale
DC-PNSME	Direction Coordination Programme National Santé Mère Enfant
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DSCMP	Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIS	Enquête sur les Indicateurs du Sida
ENSEA	Ecole Nationale de la Statistique et de l'Economie Appliquée
GTT	Groupe Technique de Travail
HG	Hôpital Général
ICA	Institut de Cardiologie d'Abidjan
IEC	Information Education Communication
INFAS	Institut National de Formation des Agents de la Santé
INHP	Institut National de l'Hygiène Publique
IRA	Infection Respiratoire Aigue
MICS	Enquête à Indicateurs Multiples
MLDA	Méthode de Longue Durée d'Action
NPSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNSME	Programme National Santé Mère Enfant
PNUD	Programme ds Nations Unies pour le Développement
PSME	Programme Santé Mère Enfant
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RMNH	Reproductive Maternal New born Health
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SIP	Société Ivoirienne de Pédiatrie
SME	Santé Mère Enfant
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SMNE	Santé Maternelle, Néonatale et de l'Enfant
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile

SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SOGOCI	Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SR/PF	Santé de la Reproduction/planification Familiale
SRO	Sel de Réhydratation Orale
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
VIH/SIDA	Virus de l'Immuno déficience Humaine/Syndrome de l'Immuno déficience Acquise

PREFACE

Depuis la tenue de La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en septembre 1994, l'attention des Gouvernements est attirée sur les droits des populations en matière de sexualité et de reproduction y comprise l'accès universel aux services de santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Six ans plus tard, le sommet du Millénaire pour le Développement en 2000 en ses objectifs 4, 5 et 6 a accordé une place de choix à la sexualité et la reproduction et à l'accès universel aux soins. En outre, la 57ème assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2004 la première stratégie pour l'accès universel aux soins de santé génésique.

Ces engagements ont été concrétisés au niveau national, par l'adoption et la mise en œuvre de plusieurs documents stratégiques pour améliorer l'état de Santé de maternelle, Néonatale et Infantile (SMNI) y compris la santé sexuelle et reproductive des hommes, des femmes, des adolescents et des jeunes. Il s'agit du plan stratégique de la SR 2010-2014 et celui de la survie de l'enfant 2012-2015 sont arrivés à termes.

Après la fusion en 2015 du programme en charge de la santé sexuelle et reproductive et celui en charge de la santé infantile, le nouveau plan stratégique de la SME se veut un programme d'intégration adressant à la fois des questions de la mère et de l'enfant. Son élaboration a été un produit participatif qui s'est basée sur les résultats de l'évaluation du plan stratégique SR 2010-2014 et de la revue de performance des programmes de Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI). Cette revue de performance a permis une analyse approfondie et participative des progrès enregistrés de manière à identifier les réalisations en termes de résultats de processus et d'impacts, les bonnes pratiques, les éléments critiques, les problèmes, les causes et les actions correctrices. Elle a en outre permis non seulement d'avoir le niveau de performance actuel, mais aussi d'assurer une planification basée sur les besoins reels.

Ce plan ambitieux qui tient compte des orientations stratégiques africaines post 2015 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, est centré sur les interventions à impacts rapides sur la santé de la mère et de l'enfant. Il contribuera à n'en point douter à accélérer l'atteinte des Objectifs de Développement Durables (ODD). Aussi, faut-il le rappeler que la Côte d'Ivoire a accusé un retard important au regard des cibles des OMD 4 et 5. La mortalité des enfants de 0 à 5 ans bien qu'en baise (125 décès 1000 naissances vivantes en 2005 contre 108 en 2012 (EIS 2005, (EDS 2012)) reste élevé. Le ratio de mortalité maternelle reste également élevé (614 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012 selon l'EDS 2012).

Ce plan constitue ainsi la feuille de route que se fixe le MSHP pour concrétiser ses ambitions en matière de santé sexuelle, reproductive et infantile pour les 5 prochaines années et orienter ses ressources vers des objectifs à atteindre, dans une approche globale, multi sectorielle et qualitative.

Je profite de cette occasion pour remercier tous les partenaires, experts et personnes ressources qui ont apporté un appui quelconque, directe ou indirect, à l'obtention de ce document, qui demeure le guide d'orientation globale des actions à mener dans le domaine de la santé sexuelle, reproductive et infantile.

Il nous appartient, individuellement et collectivement, de nous en référer pour pouvoir développer et mettre en œuvre des interventions pertinentes afin de relever les nombreux mais exaltants défis qui nous attendent dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant les cinq ans à venir.

Je demande alors l'engagement ferme à tous les acteurs, populations et partenaires techniques et financiers dans la mise en œuvre de ce Plan Stratégique Mère-Enfant 2016-2020, pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, pour qu'en Cote d'Ivoire aucune femme ne meurt en donnant la vie et que chaque enfant naisse en bonne santé et vive sainement.

Dr Raymonde GOUDOU-COFFIE

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

AVANT- PROPOS

Au regard des niveaux élevées de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile, la santé maternelle et infantile constitue un véritable problème de développement pour la quasi-totalité des pays africains, tant elle touche la tranche d'âge de la population la plus active (15 - 49 ans) et affectent tous les secteurs de l'activité socio-économique.

En effet, le niveau élevé de la mortalité maternelle entrave le capital humain, amenuise le rendement de l'instruction, contrecarre les entreprises, fait obstacle à la croissance économique et entrave le développement. Le nombre de décès ne révèle pas à lui seul l'ampleur des problèmes maternels. Pour chaque femme qui meurt, il y en a une trentaine d'autres qui souffrent généralement en silence de fistules, d'infections, de stérilité.

Ayant constaté que plusieurs pays n'ont pas atteint les cibles des OMD 4 et 5, la communauté internationale s'est mobilisée à travers la mise en place des ODD et des initiatives de mobilisation des ressources pour appuyer les pays à leur atteinte.

C'est dans ce contexte de mobiliser davantage de ressources pour la mise en œuvre des interventions à haut impact que ce présent plan stratégique a été élaboré. Il se concentre à l'atteinte de trois principaux objectifs majeurs qui sont i) accroître le niveau d'utilisation des services de la sante de la mère, du nouveau-né et des enfants, ii) accroitre la couverture et l'accès aux services de planification familiale de qualité pour les femmes en âge de procréer et pour les jeunes et adolescents d'ici à 2020 et iii) améliorer la redevabilité et le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan. Il s'appuie sur la mise en œuvre d'intervention à impact rapide.

Tout en espérant que ce document puisse aider au mieux dans les planifications annuelles ces 5 prochaines années, je voudrais associer ma voix à celles de mes supérieurs hiérarchiques pour remercier sincèrement les différents acteurs qui ont contribué à son élaboration.

Directeur-Coordonnateur Par Intérim du
Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME)

Dr NGORAN Patricia

RESUME EXECUTIF

L'analyse des indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né et de la mère de la Côte d'Ivoire présente un tableau relativement sombre au regard des cibles des OMD. On note cependant des progrès dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 2005 et 2012.

L'analyse des causes et déterminants de ces décès laisse apparaître des insuffisances dans l'utilisation des services de santé et dans la prise en charge de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Ces insuffisances sont relatives à :

- la faible capacité des populations pour promouvoir des comportements favorables au sein de la communauté, offrir des soins à domicile, détecter les complications et recourir à temps à un établissement sanitaire

- l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des soins. La compétence des prestataires, l'insuffisance dans la disponibilité des médicaments, des produits sanguins et des plateaux techniques sont mises en causes. L'insuffisance de la référence et contre référence, de la réalisation des staffs communs pour améliorer la qualité des soins, de la surveillance des décès maternels et riposte ont été pointé du doigt.

En réponse à cette situation, le présent plan se propose de :

- Accroitre le niveau d'utilisation des services de la santé de la mère, du nouveau-né et des enfants d'ici à 2020.
- Accroitre la couverture et l'accès aux services de planification familiale de qualité pour les femmes en âge de procréer et pour les jeunes et adolescents d'ici à 2020.
- Améliorer la rédevabilité et le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan d'ici à 2020.

Les principales stratégies sont :

- Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la SMNE
- Accroissement de la disponibilité du personnel qualifié pour les soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
- Augmentation de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé maternels, néonatals et infantiles au niveau communautaire
- Augmentation de la disponibilité et de la qualité des services de planification familiale
- Amélioration de l'accessibilité des services de santé sexuelle et de la Reproduction pour les adolescents et les jeunes
- Renforcement de la production des données et des informations stratégiques pour la surveillance et la redevabilité
- Renforcement de la qualité de la surveillance des décès maternels et néonataux et la riposte.
- Renforcement de la Coordination et de l'approche multisectorielle

Le cout de mise en œuvre du plan à **142 968 673 253** francs CFA et est reparti par objectif comme suit :

Objectifs	Coût	Pourcentage
Objectif 1 : Accroitre le niveau d'utilisation des services de la santé de la mère, du nouveau-né et des enfants d'ici à 2020	**97 277 703 333**	**68%**
Objectif 2 : Accroitre la couverture et l'accès aux services de planification familiale de qualité pour les femmes en âge de procréer et pour les jeunes et adolescents d'ici à 2020	**39 228 746 420**	**27%**
Objectif 3 : Améliorer la rédevabilité et le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan d'ici à 2020	**6 462 223 500**	**5%**

INTRODUCTION

A l'échéance de la période des OMD, il s'avère important de s'interroger sur le niveau de performance des Programmes de la santé de la mère, du nouveau-né et de enfant. En effet, sur la période 2010-2015, un plan stratégique pour la Santé reproductive et un plan stratégique pour la survie de l'enfant ont été mis en place. Leur mise en œuvre n'a pas été exhaustive pour insuffisance de ressources d'une part et pour les lacunes liées au système de santé d'autre part. Ceci s'est traduit pas une faible couverture des interventions du continuum des soins et des indicateurs de la mortalité et de la morbidité chez les mères et les enfants de moins de 5 ans.

Conscient de cette situation mise en exergue par la revue des programmes de santé de la mère et de l'enfant, il est apparu alors indispensable pour le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, à travers la DC-PNSME, de se doter d'un nouveau Plan Stratégique quinquennal portant sur la période 2016-2020. Ce plan devrait permettre de mieux coordonner les interventions nécessaires à l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la perspective de l'atteinte des Objectifs du Développement durable (ODD). L'objectif 3 des ODD projette d'ici à 2030 de : (i) faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes et, (ii) éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans et faire ramener ainsi la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus

L'élaboration de ce plan stratégique 2016-2020 de la santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant (SMNE) a suivi une méthodologie basée sur une approche participative. Elle a impliqué toutes les parties prenantes intervenant dans le domaine (programmes de santé, directions centrales, régions sanitaires, districts sanitaires, sociétés savantes, ONG, partenaires au développement). Le processus s'est déroulé en quatre étapes essentielles à savoir : la phase préparatoire, la collecte de données, l'atelier de la revue et enfin, la phase post-atelier de la revue.

Au cours de la phase préparatoire, deux consultants ont été recrutés pour appuyer la revue, ceux-ci ont travaillé en étroite collaboration avec le comité mère-enfant existant. Cette étape du processus a consisté à adapter les outils de la revue au contexte national lors d'un atelier avec toutes les parties prenantes de la SMNE.

La phase de collecte des données sur l'état de santé des femmes et des enfants ainsi que sur les couvertures des interventions en faveur de ces cibles a été réalisée sur la base d'une revue documentaire. Celle-ci s'est basée sur les données des enquêtes, les rapports d'activités, d'évaluations et de suivi d'indicateurs. Des entrevues avec des informateurs clés et des visites sur sites (12 structures de santé dans les régions du Bélier, du Lôh-Djiboua, de l'Agneby Tiassa) ont complété cette collecte. Les données ainsi collectées ont été compilées, analysées et synthétisées par les consultants en vue de leur utilisation lors de l'atelier de la revue.

Au cours de la phase de l'atelier de la revue, toutes les parties prenantes, à travers les travaux de groupes et les discussions en plénière, ont fait ressortir les progrès réalisés dans les objectifs fixés et les couvertures des interventions clés pour l'amélioration de l'état de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Puis, les réalisations, les lacunes des programmes SMNE ont été évaluées sur la base des piliers du système de santé. A l'issue de cette analyse, les points forts et faibles dans la mise en œuvre des plans stratégiques ont été relevés. Les

participants ont identifié les priorités puis, proposé des solutions et des recommandations devant permettre d'accélérer la mise en œuvre des interventions clés de la SMNE. Enfin, ces résultats ont servis de base pour l'identification des actions prioritaires répertoriées dans ce présent plan stratégique 2016-2020.

Sur la base des interventions prioritaires identifiées, un plan d'action budgétisé a été produit au cours d'un atelier. La dernière étape du processus d'élaboration du plan stratégique 2016-2020 de la SMNE a consisté à procéder à sa validation technique à travers un atelier avec toutes les parties prenantes.

Le présent document comprend sept chapitres en dehors d'une introduction situant le contexte de son écriture. Le premier chapitre indique les données générales de la Coté d'Ivoire. Le deuxième chapitre décrit la situation de la santé de la mère et d l'enfant. Le chapitre 3 indique les visions et principes. Le chapitre 4 donne les orientations politiques et stratégiques du plan. La chapitre 5 décrit le cadre et le plan de mise en œuvre et le chapitre 6 indique le budget et donne des orientations pour la mobilisation des ressources.

1. DONNEES GENERALES SUR LA CÔTE D'IVOIRE

1.1. Contexte géographique et démographique de la Côte d'Ivoire

Située en Afrique de l'Ouest dans la zone intertropicale, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322.462 km² avec une population estimée, en 2014 à 22,671 331d'habitants, d'après les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2014.
Le pays est limité au Sud par le Golfe de Guinée avec environ 600 km de façade maritime, au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria et à l'Est par le Ghana.

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au Sud et en climat tropical de type soudanais au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C.

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

Sur le plan administratif[1], le pays est divisé en 14 districts dont deux autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 108 départements, 510 sous-préfectures et 197 communes.

Le Taux de croissance démographique annuel est passé de 3,35% en 1998 à 2,6% en 2011. La fécondité est élevée avec un indice de fécondité à 4,8 enfants par femme, un taux brut de natalité 35‰. Le nombre de femme en âge de procréer est estimé à 5 433 314. Il faut noter également que 48,6% de la population vit en zone rurale contre 51,4% en zone urbaine (EDS 2011-2012).

1.2. Contexte politique, économique et social

Après les crises sociopolitiques successives que la Côte d'Ivoire a connues et qui ont miné les bases de son économie et de son tissu social, elle s'est engagée à relever les défis aussi bien au niveau politique, économique que social. Ainsi, l'économie ivoirienne a connu un regain de vitalité avec une croissance du PIB de 8,4% en 2015 (Rapport Banque Mondiale sur la CI, Avril 2016.

La Côte d'Ivoire a une économie qui repose principalement sur l'agriculture basée essentiellement sur le café et le cacao L'agriculture contribue à 22 % du PIB et constitue la source de revenus des deux tiers des ménages. La Côte d'Ivoire est 1er producteur mondial de cacao (41% de la production mondiale) et 3ème producteur mondial de café. Elle produit également du gaz et du pétrole qui contribuent pour 6% au PIB. Le pays est classé171ème sur 187 pays en ce qui concerne l'Indice de Développement Humain du PNUD.[2]

[1] Selon le Décret n°2011-262 du 28 septembre 2011.
[2] EDS 2011-2012

Le taux de pauvreté est de 48,9% en 2008 à 46,3% en 2015 (ENV, 2015)

Les différents documents de politique de la santé de la reproduction, de la santé infantile ainsi que le Plan de Développement sanitaire 2012-2015 visent à créer un système de santé performant, contribuant ainsi, au développement du capital humain Pour l'amélioration de la santé et le bien-être des populations.

Ces différents documents s'inscrivent dans le Plan National de Développement (PND) 2016 – 2020, qui ambitionne une Côte d'Ivoire émergente à l'horizon 2020.

1.3. Organisation du système de santé ivoirien

Le système de santé de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal avec un versant offre de soins et un versent gestionnaire ou administratif.

Le versant administratif comprend 3 niveaux : (i) le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des Directions Générales et Centrales, des directions de coordination des programmes est chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification, de l'élaboration des stratégies d'intervention, de la mobilisation des ressources et de la coordination, de la définition des normes et standards de qualité, du suivi et de l'évaluation, de la formation continue et de base ; (ii) le niveau régional comprend 20 régions sanitaires. Il est chargé de faire appliquer la politique nationale de santé, de coordonner les activités sanitaires des districts et d'assurer l'appui technique et logistique à ces derniers. (iii) le niveau périphérique comprend 82 districts sanitaires qui constituent le niveau opérationnel aussi bien en milieu urbain que rural.

Le versant offre de soins comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et la médecine traditionnelle dont l'organisation se concrétise sous la supervision du programme de médecine traditionnelle. Selon le RASS 2013, le système de santé est constitué par un réseau de 1753 d'établissements sanitaires de premier contact (RASS 2013), 84 Hôpitaux Généraux (HG), 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ainsi que d'autres structures spécialisées telles que l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP). Chaque Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) offre des activités préventives, curatives, et promotionnelles selon le Paquet Minimum d'Activités (PMA) définie pour son niveau. Les HG et les CHR constituent les références immédiates ou le premier recours du niveau primaire.
Au niveau communautaire, des initiatives sont en cours pour permettre aux populations bénéficiaires de se rapprocher davantage de certains soins de base.
L'analyse des politiques et des systèmes de santé sur la base des 6 piliers permet de mettre en exergue les forces et les faiblesses pour la mise en œuvre des interventions de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

2. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE

2.1. Profil épidémiologique

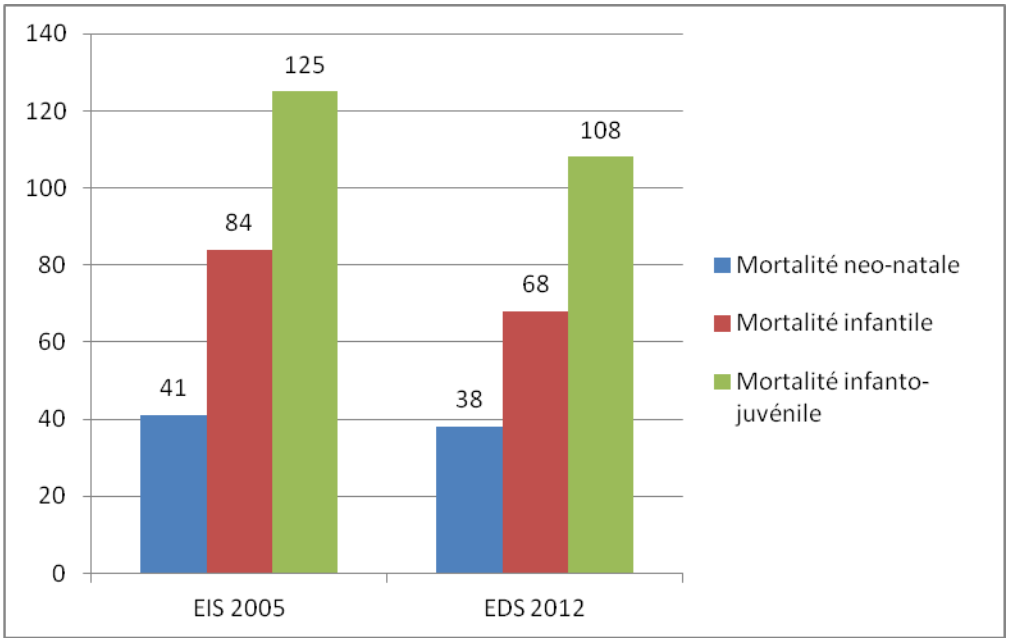
2.1.1. Mortalité maternelle, néo-natale et infantile

L'analyse des indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né et de la mère de la Côte d'Ivoire présente un tableau relativement sombre au regard des objectifs fixés pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015 à savoir 146/100 000 naissances pour les décès maternels, 10,25‰ naissances vivantes pour les nouveau-nés et 28‰ naissances pour la mortalité.[3]

En effet, on constate une mortalité assez élevée, aussi bien chez les mères, les nouveaux nés que chez les enfants de moins de cinq ans, avec respectivement 614 décès pour 100 000 naissances vivantes ; 38 pour mille naissances vivantes et 108 pour 1000 naissances vivantes selon EDS 2011-2012.

Cependant, bien que la Côte d'Ivoire soit encore éloignée des cibles fixées pour les OMD, il convient de noter quelques progrès quant à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 2005 et 2012.

Graphique 2 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour mille naissances) en Côte d'Ivoire selon EIS 2005-EDS 2011-2012



[3] Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile

2.1.2. Morbidité maternelle, néo-natale et infantile

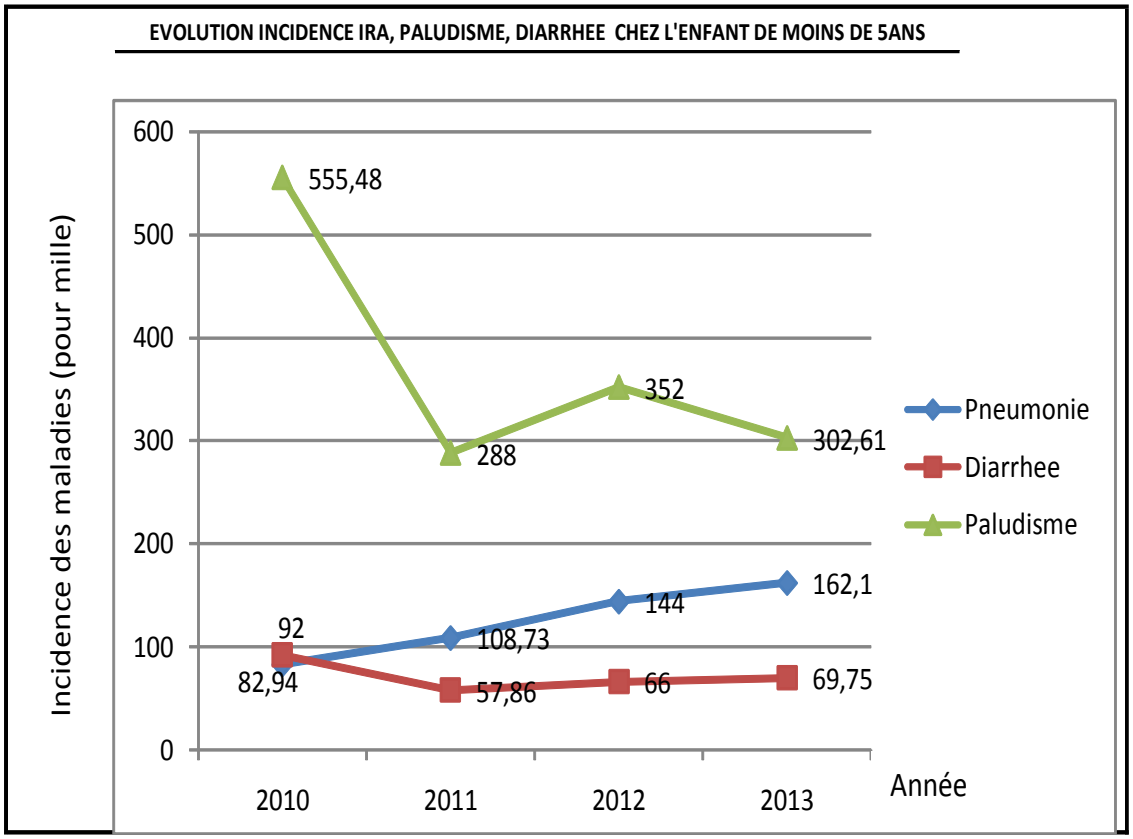
Certaines maladies au cours de la grossesse constituent des facteurs de risques pour la survie de la mère et du nouveau-né. Il s'agit entre autre de l'anémie de la femme enceinte dont le taux est à 54% (EDS 2011-2012), du VIH chez la femme enceinte qui a connu une nette régression passant de 4,3% en (EIS 2005) à 2,7% et de la prévalence du paludisme chez la femme enceinte qui était à 7% en 2012 (EDS 2011-2012).

Concernant la morbidité néo-natale il faut noter que l'on est passé de 09 cas de tétanos néo-natal notifiés en 2012 à 15 cas notifiés en 2013 selon le Rapport Annuel de la Situation Sanitaire (RASSS 2013). Cette augmentation pourrait s'expliquer par une meilleure notification des cas d'une part mais également par la stagnation de la proportion de femmes protégées contre le tétanos néonatal (67,7% MICS 2006 et 67,2% EDS 2012). On note une réduction du faible poids de naissance qui est passé de 16,7% (MICS 2006) à 14% (EDS 2012).

La morbidité chez les enfants de moins de 5 ans se traduit par : (i) la malnutrition qui fait souvent le lit des autres pathologies. Celle-ci a connue globalement une réduction en dehors de la malnutrition aiguë (émaciation) qui marque une légère augmentation pouvant être liée à la période de la collecte des données car reflétant l'état nutritionnel présent. En 2012 ce sont 75% des enfants de moins de 5 ans qui sont anémiés dont 46% de formes modérées, 25% de formes légères et 3% de formes sévères (EDS 2011-2012).

L'incidence des infections respiratoires aigües, du paludisme, de la diarrhée connaissent une évolution en dents de scie. En dehors de la diarrhée qui est nettement en deçà de la cible fixée dans le Plan National de Développement sanitaire (IRA: 45‰, Paludisme : 60‰, diarrhée : 114‰) de nombreux efforts restent à faire pour le paludisme et les IRA.

Graphique 3 : Évolution de l'incidence IRA, paludisme, diarrhée chez l'enfant de moins de 5 ans



2.2. Indicateurs de couverture des interventions clés de la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant

2.2.1. Planification Familiale

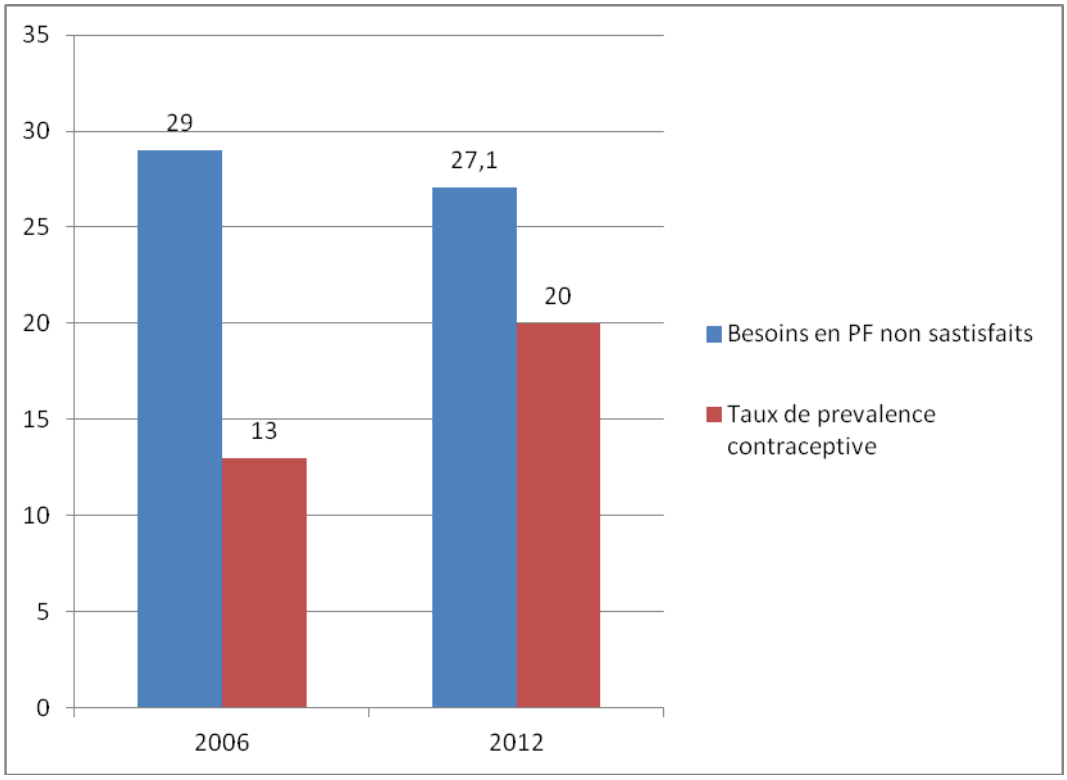
La planification familiale (PF), premier pilier pour une maternité sans risque est satisfaisante. En effet, elle est offerte dans 81% des Etablissements Sanitaires dont 71% offrent au moins trois méthodes modernes (Rapport SR/PF/ENSEA 2014).

Les services de PF bénéficient d'un cadre institutionnel favorable à travers l'existence de différents documents, à savoir : les politiques, les normes et directives, le paquet minimum d'activité (PMA) et la liste des médicaments essentiels y compris les contraceptifs. Ce renforcement du cadre institutionnel a contribué à une augmentation de la prévalence contraceptive de 7% en 1994[4] à 13,9% en 2012[5].

.

[4] EDSII
[5] EDS 2011-2012

Graphique 4 : Evolution en besoins non satisfaits en PF et prévalence contraceptive (%) selon MICS 2006-EDS 2011



Les efforts pour l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité aux services de planification familiale se sont également soldés par une diminution des besoins non satisfait en PF en général de 29% [6]en 2006 à 27% en 2012[7].

Cependant, il faut noter que cette réduction du taux des besoins non satisfaits ne concerne pas le groupe de population de 20 -24 ans chez qui, il est noté une augmentation de 2,3% de ce taux. En effet, les jeunes et les adolescents se heurtent aux difficultés (insuffisance) d'accessibilité liées à l'environnement socio-culturel peu favorable à l'accès aux services de PF, ainsi qu'aux prix des produits contraceptifs qui constituent un frein à leur accès aux services de PF. De ce fait, la prévalence des grossesses chez les adolescentes reste élevée, estimée à 30% selon EDS-MICS 2011-2012..

La progression limitée de la couverture de la planification familiale s'explique par les lacunes dans l'offre de services telles que, l'offre limitée des méthodes contraceptives à longue durée d'action ainsi que la faible distribution à base communautaire des contraceptifs.

2.2.2. Soins Prénataux

Toutes les structures publiques aux différents niveaux de la pyramide sanitaire sont dotées des services pour la consultation prénatale. Les établissements sanitaires privés, dispensant les soins maternels et infantiles offrent également les soins prénatals. Cependant, malgré le caractère universel d'offre des soins prénatals en Côte d'Ivoire, seulement 44% des femmes

[6] MICS 2006
[7] EDS 2011-2012

enceintes ont suivis au moins 4 consultations prénatales pendant la grossesse[8]. On note l'existence des différents documents définissant le cadre institutionnel pour l'offre des services de soins prénatals tels que la politique nationale, les normes et directives, la circulaire sur les CPN et le document de PMA, un facteur favorisant pour la mise en place des consultations prénatales.

Selon l'EDS 2012, 90,6% des femmes enceintes ont eu au moins une consultation prénatale. En dépit de ce taux élevé, on note des lacunes qui limitent l'accessibilité des soins prénatals telles que l'offre de service qui n'est pas effectif en plein temps. Certaines structures dispensent les consultations prénatales seulement dans la matinée. La qualité de service ne répond pas aux normes en vigueur dans la plupart des cas. Par exemple, seulement 36% des femmes ayant reçu des soins prénatals pour la dernière naissance sont informées des signes de complications de la grossesse.

Une autre lacune majeure dans l'utilisation de services des soins prénatals est le retard dans la réalisation de la première CPN (seulement 30% des CPN1 sont réalisées au premier trimestre - EDS 2012). Selon les directives, chaque femme enceinte doit avoir 4 consultations prénatales commençant au premier trimestre. L'utilisation tardive du service prénatal empêche le respect des directives dans le suivi de la grossesse de qualité car au cours de chaque consultation il y a des soins spécifiques à prodiguer aux femmes. Une autre lacune est l'insuffisance d'éducation sanitaire pour promouvoir les soins prénatals, la préparation à l'accouchement et aux complications.

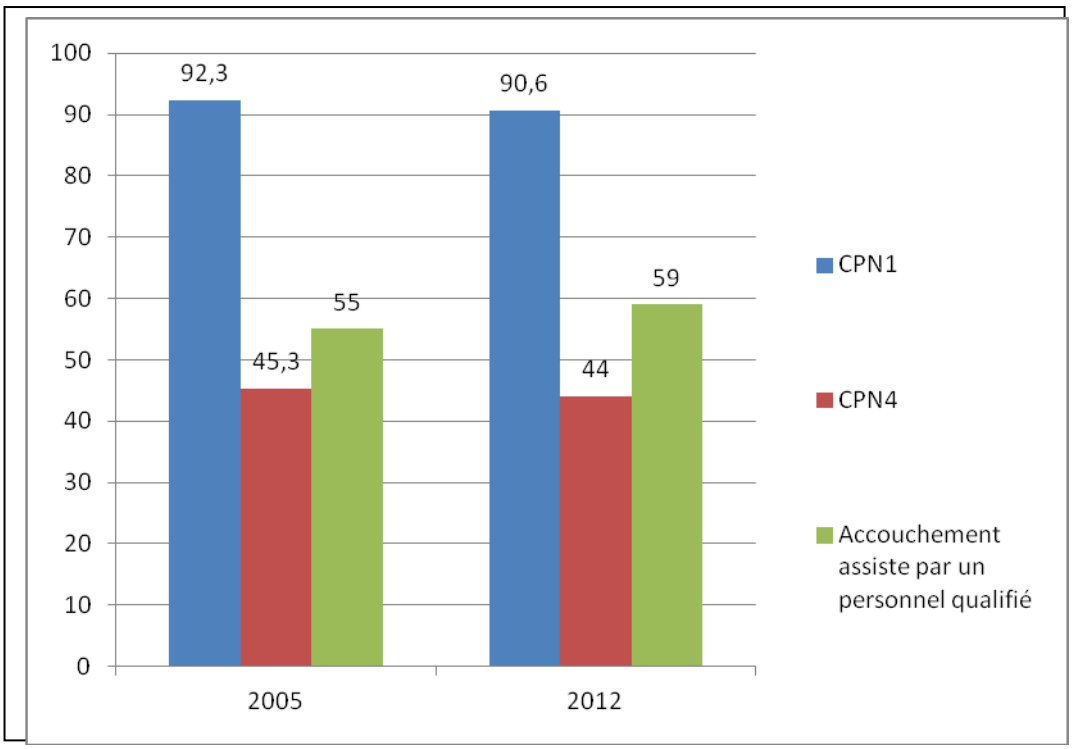
2.2.3. Naissances assistées par un personnel qualifié dans des centres de santé

Malgré une disponibilité satisfaisante en ce qui concerne les sages-femmes à savoir une sage-femme pour 1221 femmes en âge de procréer, le taux d'accouchement assisté reste encore bas malgré une légère augmentation du taux de 4%, passant ainsi à 59 % en 2012. Ceci peut être expliqué par les disparités dans le déploiement des ressources humaines inégalement réparties sur le territoire national. La plupart des sages-femmes exercent dans les zones urbaines de même que les gynécologue-obstétriciens, déjà en nombre insuffisant.

Un autre facteur à relever est la qualité insuffisante dans l'assistance à l'accouchement due aux lacunes liées aux compétences des prestataires (Partogramme pas toujours correctement renseigné), au mauvais accueil et aux attitudes néfastes auxquelles viennent s'ajouter les lacunes au niveau du système de santé telles que l'approvisionnement en médicaments et équipements et le manque de supervision des soins.

[8] EDS 2011-2012

Graphique 5 : Evolution soins prénataux et accouchements assistés (%) selon EIS 2005 et EDS 2012



2.2.4. Soins Essentiels au Nouveau-né

Les Soins Essentiels au Nouveau-né, incluent : la Protection thermique immédiate, Soins hygiénique du cordon et de la peau, l'allaitement précoce, les soins des yeux et l'administration de Vit K1, la réanimation du nouveau-né. Ils sont disponibles au niveau des Etablissement Sanitaires de Premier Contact et des structures sanitaires de référence. Ces soins sont en principe prodigués en salle d'accouchement ou au lieu de l'accouchement.

Avec seulement 56% d'accouchement ayant lieu dans les établissements sanitaires, il laisse supposer qu'un grand nombre de nouveau-nés ne bénéficient pas des soins essentiels. Ceci, malgré l'accessibilité géographique car 65% de la population vit à moins de 5km des établissements sanitaires et l'accessibilité financière aux soins du nouveau-né facilitée par la politique de gratuité ciblée. Selon l'EDS 2012, seulement 30,8% des nouveau-nés ont été mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement.

Les soins aux nouveau-nés souffrent aussi de la qualité due aux ruptures fréquentes des médicaments et à l'insuffisance des équipements (Lampe chauffante, ballons avec embout pour oxygénation etc…).

2.2.5. Soins Post Natals

Les directives pour les soins post-natals, préconisent trois consultations post- natales à J0-J3, J6 et semaine 6. Selon ces directives, la mère et le nouveau-né restent 2 jours dans la structure de santé (maternité) après accouchement. Dans ces conditions, la consultation post

natale J0 - J3 est prévue au sein d'une structure de santé avant ou à la sortie de la mère et du nouveau-né. Les autres consultations peuvent être suivies au centre de santé.
Le taux de couverture de soins post- natals est très bas. Seulement 34% des nouveau-nés ont reçus des soins post natals 2 jours après la naissance dispensés par un agent de santé. Il est à noter que dans la plupart des cas, les femmes accouchées ne restent pas dans les structures de santé pendant les 2 jours règlementaires mais sont sorties 2 heures après l'accouchement si elles ne présentent aucune complication. Pour les soins post- natals dans un délai de 7 jours, seulement 41% des nouveau-nés ont bénéficiés des soins au niveau du centre de santé et au niveau communautaire.

Cette insuffisance dans la prise en charge post- natale s'avère très néfaste car, selon le Rapport sur la surveillance des décès maternelle en Côte d'Ivoire[9], la moitié des décès des mères survient en période de post- partum immédiat. Il en résulte que la nécessité de garder la mère au moins deux jours après l'accouchement sous surveillance s'impose. Le rapport révèle que les causes immédiates les plus fréquentes de ces décès maternels sont les hémorragies (42%), l'anémie (13%) et hypertension artérielle (12%).

2.2.6. Soins Obstétricaux et néonatales d'Urgence

En vue d'assurer une prise en charge adéquate des complications obstétricales et néonatale, le gouvernement a adopté la stratégie des Soins Obstétricaux et néonatals. On distingue les Soins Obstétricaux et néonatals d'urgence de base (SONUB) offerts principalement dans les maternités des structures de santé de premier niveau et les Soins obstétricaux et Néonatals complets (SONUC) offerts dans les structures de santé de référence.

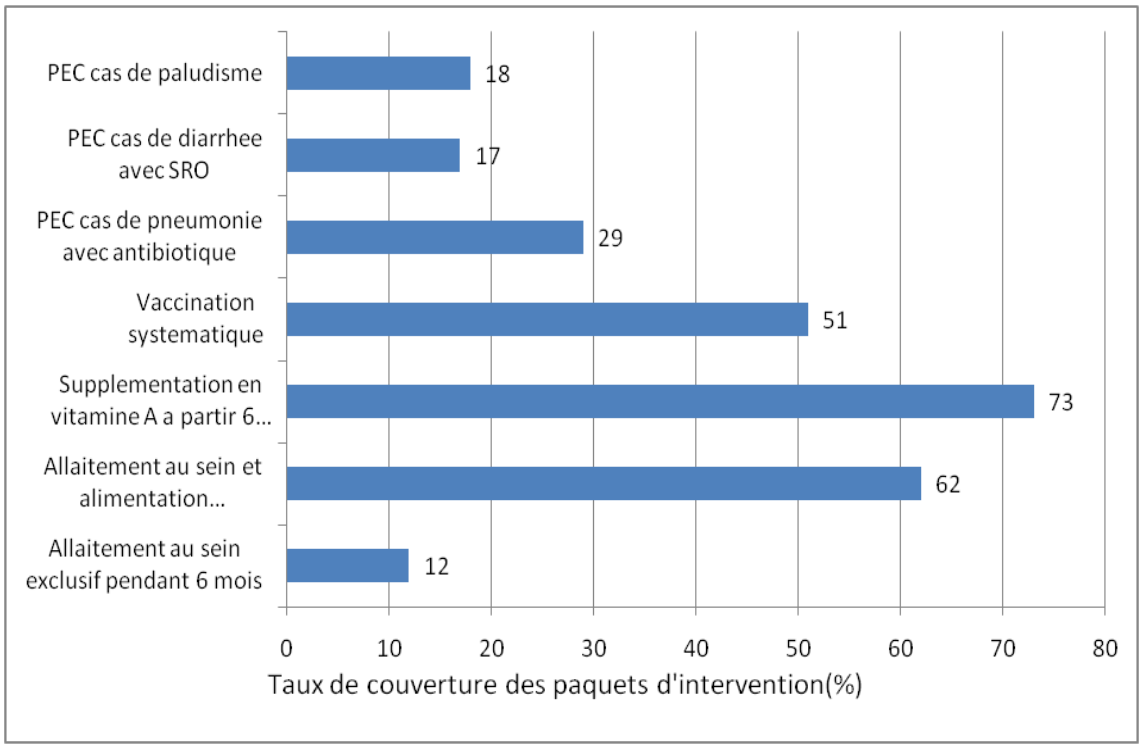
Selon l'enquête SONU 2010[10], dont l'objectif était d'évaluer la disponibilité et la qualité des SONU, on note seulement 1% de maternités offrant les sept fonctions des services SONU de base 24 h par jour; 7 jours par semaine ; 9% de maternités de références offraient les 9 fonctions des services SONU complets. Concernant la qualité des services, le taux de létalité lié aux complications obstétricales a été estimé à 2,7 en 2010 et 2,9% en 2014 (SNIS 2014). Le Taux de césarienne 2,6% (SNIS 2014), une augmentation par rapport au taux de 0,78 enregistré en 2010.

[9] Surveillance, revue et riposte face aux décès maternels en Côte d'Ivoire- Rapport de situation premier semestre 2015
[10] Rapport enquête SONU 2010

2.2.7. Soins aux nourrissons et enfants

La couverture des interventions (promotionnelles, préventives et curatives) concernant les affections courantes des enfants de moins de 5 ans est encore insuffisante. Il faut noter que seulement 29% d'infection respiratoires aiguës (IRA) sont traitées avec les antibiotiques (Amoxicilline) et 17% des diarrhées traités avec la solution de réhydratation (SRO).

Graphique 6 : couverture des paquets d'intervention pour les moins de 5 ans (%) selon EDS 2011-2012



2.3. Mise en œuvre des programmes de santé de la mère et de l'enfant

La mise en œuvre des programmes de la santé de la mère et de l'enfant pour la période 2010-2015 a été largement guidée par le plan Stratégique de la santé de la reproduction et le Plan Stratégique National de la survie de l'enfant.

La revue de la mise en œuvre de ces deux plans a montré des réalisations au niveau de la politique. En effet, des politiques et des documents cadres telles les directives et normes et procédures pour la mise en œuvre des programmes et des interventions clé pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant sont disponibles. Au niveau de la prestation des services, les réalisations notées comprennent: 1) l'amélioration d'accès aux services par : a) la mise en œuvre de stratégies avancées et mobiles pour améliorer l'accès des services de PF b) l'implication des agents de santé communautaires pour la provision des médicaments pour le traitements des cas des diarrhées chez les enfants au niveau communautaires c) l'adoption de la stratégie « la gratuité ciblée » pour lever les barrières financières à l'accès aux services de santé par les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ; 2) l'amélioration de la

qualité de services par le renforcement des compétences par : a) La formation continue des prestataires en PCIMNE, SONU, CPN recentrée et PF ; b) l'introduction de curricula de formation des sages-femmes basée sur les compétences ; c) la dotations des structures de santé en équipements et matériels.

La mise en place du système de surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en cours contribuera aussi à l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes. Une grande réalisation dans la mise en place du système SDMR fut la décision, par décret ministériel, de rendre la notification des décès maternel obligatoire.

L'environnent politique favorable et les réalisations pour l'amélioration de l'accès et la qualité des services n'ont autant pas eu l'impact positif escompté sur l'état de santé de la mère et des enfants, comme en témoigne la stagnation à des niveaux bas des indicateurs de couvertures des interventions. Cette situation est en grande partie due aux lacunes liées aux insuffisances du système de santé.

2.4. Analyse des piliers du système de santé en rapport avec la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : atouts et défis

Un appui adéquat du système de santé est prépondérant pour la bonne performance des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile. Ainsi, les défis qui ont emmaillé la mise en œuvre des interventions clés pour la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile sont enracinés dans les dysfonctionnements du système de santé. Une revue des différents piliers du système de santé en Cote d''ivoire a relevé les points forts qui représentent les atouts du système et les points faibles qui constituent les défis à relever pour accélérer l'atteinte des cibles.

2.4.1. Leadership et gouvernance - Politiques, planification et gestion

La Côte d'Ivoire a fait d'énormes efforts en matière de leadership et de bonne gouvernance dans le cadre de la santé de la mère et de l'enfant.

2.4.2. Politiques, stratégies et plans stratégiques de la santé de la mère et de l'enfant

L'ensemble des documents définissant le cadre de bonne gouvernance et les politiques sont disponibles, mais insuffisamment diffusés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

2.4.3. Réglementation du secteur privé

Malgré l'existence du Décret N° 96 – 878 qui fixe les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professionnels de santé dans le secteur privé complété par l'Arrêté N° 21/MSHP/DGS/DEPS/S-DESPr du 16 juillet 2007 et la circulaire N°0051 MSHP/CAB/DIEM du janvier 2007) qui crée le cadre du partenariat public – privé, plusieurs établissements se sont installés sans autorisation préalable depuis l'arrêt de la délivrance des agréments. En effet, 60% des structures privées sont illégales.

2.4.4. Coordination des partenariats

Le programme s'inscrit dans une stratégie de multi-sectorialité en créant différentes plates formes de partenariat. Cependant on note que les réunions de ces groupes de concertation sont irrégulières, les rendant non fonctionnels tel que le groupe technique de travail Mère et Enfant (chapitre II, article 3 de l'Arrêté de création du Programme National Santé mère - Enfant).

2.4.5. Plans d'action chiffres et plan opérationnels

Ces plans opérationnels intégrant les interventions pour la survie de la mère et de l'enfant souffrent souvent du manque de financement pour leur mise en œuvre.

2.4.6. Ressources humaines

A l'instar de beaucoup de pays subsahariens les ressources humaines constituent un véritable goulot d'étranglement pour l'amélioration de l'offre et des performances en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

En effet Les ratios sont globalement satisfaisants. Ces ratios sont 01 médecin pour 5444 habitants (norme nationale : 1 médecin/5000 habitants-norme OMS : 1 médecin pour 10.000 habitants), 1 infirmier pour 2023 habitants (norme : 1 IDE/2000 habitants), 1sage –femme pour 1221 femmes en âge de procréer (normes nationales : 1 sage-femme pour 3000 femmes en âge de procréer). Cependant on constate que le personnel est inégalement réparti sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, malgré l'importance numérique du personnel de santé en Côte d'Ivoire, au-delà des normes de l'OMS pour certaines catégories, l'offre en la matière demeure insatisfaisante. Il existe notamment des disparités dans la répartition de ce personnel avec une concentration au profit des régions du Sud du pays, notamment à Abidjan et une grande mobilité des sages-femmes faute de mécanismes de maintien et de fidélisation des postes. La formation initiale est plus théorique que pratique sur les sites car les stages sont insuffisants ce qui se traduit sur le terrain par une insuffisance de la qualité des prestations.

Jusqu'à ce jour, tous les recrutements de médecins sont effectués par la fonction publique sous la catégorie de médecins généralistes. En 2015 on dénombre 4273 médecins généralistes (Rapport de la Direction des ressources humaines). 467 gynécologues obstétriciens (SOGOCI 2014), exercent sur le territoire ivoirien. Ces spécialistes sont en nombre insuffisant et mal repartis.

L'utilisation effective des agents de santé communautaire (ASC) dans le cadre des activités à base communautaire en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant reste encore limitée à certains districts ou à certaines aires sanitaires. En effet il n'existe pas de données sur les effectifs des agents communautaires faute d'un répertoire ou d'une cartographie. Par ailleurs l'inexistence de textes réglementaires définissant le statut des ASC, l'insuffisance de motivation et de fidélisation des ASC entraine leur grande mobilité.

Concernant la formation de base et en cours d'emploi, il faut noter que des efforts sont effectués dans ce domaine. L'enseignement de la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des

Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) a été introduit au niveau de l'école de base de l'INFAS et au niveau du CES de Pédiatrie. Les formations en cours d'emploi pour les IDE et SF sont bien structurés (concours et spécialisation) alors qu'au niveau des médecins la spécialisation relève d'un niveau individuel, la fonction publique ne reconnaissant pas encore les spécialités des médecins. Manque d'appui financière et administrative pour une formation de spécialiste pour les médecins constitue une lacune dans le système de santé pour l'offre de services de qualité.

Bien qu'il existe des ordres professionnels (médecins, pharmaciens,…), des sociétés savantes (SOGOCI, SIP), ceux-ci n'exercent pas pleinement leurs missions de réglementation de la profession.

On note par ailleurs, qu'il n'existe pas de système d'accréditation pour les ressources humaines de la santé.

2.4.7. Prestation de services

Les acquis sont nombreux et il faut les préserver. Ce sont entre autres l'existence des documents définissant les modalités pour l'organisation et l'offre des services tels que le paquet minimum d'activités (PMA), la politique de la gratuité ciblée pour la gratuité des soins en faveur des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans, la gratuité des ARV, la Couverture Maladie Universelle (CMU), les documents des normes et protocoles, du monitorage des PFE et PMA, du guide de supervision, la liste de médicaments essentiels.

Cependant des efforts sont encore nécessaires pour améliorer la couverture des interventions. On observe des ruptures fréquentes des médicaments, une insuffisance dans la mise en œuvre de la gratuité (souvent kits pour la prise en charge non disponibles). Les services de SMNI-CPN sont inégalement répartis, seulement 60% des structures disposent d'une maternité et l'offre de service n'est pas effective en plein temps. 35% de la population résident à plus de 5 km d'une formation sanitaire.

La qualité des soins souffre du mauvais accueil, des longues durées d'attente, de l'insuffisance du plateau technique, des ruptures fréquentes des médicaments essentiels et intrants y compris les produits sanguins aux points de prestations. A ceci, il faut ajouter Le système d'assurance qualité qui fait souvent défaut dans nos structures ainsi que le processus d'accréditation des prestataires et des écoles de formation et des établissements sanitaires. Le système de référence et contre référence n'est pas performant. Dans la majorité des structures, il n'existe pas de cahier de charge ni de descriptif de postes et les normes de supervisions ne sont pas respectées dans la plupart des cas.

On note aussi que la demande des services liés à la mobilisation et à la sensibilisation des populations n'est pas suffisante. En effet, les actions de communication et d'éducation en faveur des cibles sont insuffisantes. Par ailleurs, les membres de la communauté ne sont pas suffisamment impliqués dans les programmes de la SMNI.

2.4.8. Médicaments et fournitures

Les médicaments et fournitures font partie intégrante des systèmes de santé. La liste des médicaments essentiels des équipements et fournitures pour les structures de santé sont disponibles au niveau de la NPSP et la DIEM responsables de leur gestion. En ce qui concerne les médicaments, ils sont gérés au niveau central par la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) qui dispose d'un plan d'approvisionnement global, intégrant les produits de la SMNI. Cependant il faut déplorer les ruptures fréquentes de produits essentiels et des produits de transfusion sanguine à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Certains médicaments adoptés par le pays ne sont pas disponibles (chlorexidine,) au niveau de NPSP. Bien que la logistique et les logiciels de gestion soient disponibles, les prestataires n'ont pas les compétences suffisantes en matière de gestion des médicaments et fournitures.

2.4.9. Suivi et évaluation

Les autorités sanitaires du pays devraient résolument s'impliquer dans la gestion de l'information sanitaire. En effet, le Système d'Information et de Gestion (SIG) permet de recueillir la majorité des données au niveau des structures de santé et bientôt au niveau communautaire avec possibilité de les désagréger. Malheureusement certaines données échappent encore au système à savoir les données des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), du privé et des établissements des armées qui ne sont pas reversées dans le système.

La complétude et la promptitude des données restent insuffisantes. Aussi, lorsque ces données sont collectées, elles sont peu exploitées pour la prise de décision aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le renforcement des capacités des responsables de ces systèmes d'information en collecte, analyse et gestion des données, est également à prendre en compte, d'autant plus que leur fiabilité en dépend.

La surveillance des décès maternels et riposte n'est pas effective à tous les niveaux. En effet, la notification des décès maternels ne se fait pas de manière systématique comme le voudrait le décret. Egalement, la revue des décès maternels au niveau des hôpitaux qui devrait se faire systématiquement ne l'est pas toujours. On note aussi que les décès infantiles ne sont pas pris en compte dans la surveillance des décès maternels et périnatals.

Le fonctionnement des services du système de santé doit être amélioré par la recherche, la documentation et le partage des bonnes pratiques, l'évaluation de la qualité des soins; ceux-ci qui constituent à ce jour un point faible dans le suivi et l'évaluation des activités de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

2.4.10. Financement de la SMN

La stratégie du Gouvernement pour l'amélioration de l'accessibilité de la population à un paquet essentiel de santé maternelle et infantile nécessite des investissements. Aussi pour atteindre ces objectifs, un certain nombre de mécanismes sont déjà en place mais beaucoup reste à faire.

Les points forts dans le domaine sont l'existence des comptes nationaux de la santé mère enfant qui renseignent sur les dépenses en SME et l'existence des services de mobilisation des ressources et de partenariat multisectoriels au sein des programmes.
Pour pallier à la contribution des ménages pour les soins de santé qui reste encore élevée le gouvernement a pris un décret portant sur la gratuité ciblée pour les soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans.
Cependant en dehors de ces acquis, il faut déplorer la faible capacité des gestionnaires de programme dans le costing des interventions, la faible allocation budgétaire pour la santé de la mère et de l'enfant, la faible capacité de mobilisation des ressources, l'inexistence de plan de mobilisation des ressources ainsi que les ressources dédiées à la santé de la mère et de l'enfant.

3. VISIONS ET PRINCIPES

3.1. Vision

« Une Côte d'Ivoire ou aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement »

3.2. Principes directeurs

La mise en œuvre du plan stratégique pour la santé de la mère et de l'enfant sera guidé par les principes suivants :

- **Appropriation nationale**: Respect des politiques nationales, des lignes directrices et des structures dans le développement et la mise en œuvre des interventions pour répondre aux domaines prioritaires nationaux définis pour la santé de la mère et de l'enfant.

- **Complémentarité:** Reconnaissant des aspects plus larges de la santé de la mère et de l'enfant, la stratégie nationale de la Santé de la Mère et de l'Enfant sera alignée avec toutes autres stratégies et instruments nationaux pertinents afin d'assurer une approche globale des soins de santé de la mère et de l'enfant.

- **Collaboration et partenariat**: définition claire des rôles et responsabilités de tous les acteurs dans la mise en œuvre, suivi et évaluation des activités identifiées pour une synergie accrue.

- **Redevabilité :** promotion de la transparence dans la gestion et obligation de rendre compte avec un suivi régulier de la mise en œuvre du plan stratégique

4. ORIENTATIONS POLITIQUES ET STRATEGIQUES

4.1. Orientations politiques

Le Gouvernement de Côte d'Ivoire est déterminé à améliorer la santé de la mère et de l'enfant pour réduire de manière significative la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Cet engagement trouve son expression dans le Plan National de Développent (PND)[11] dans son objectif 3 sur la santé Nutrition et VIH/SIDA dont l'impact recherché est : « l'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés, la morbidité et la mortalité au sein de la population sont réduites » et dans le Plan National de Développent Sanitaire (PNDS)[12] dans son objectif spécifique 3 – « améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans.

Autres politiques nationales qui ont un impact sur la santé de la mère et de l'enfant comprennent: la politique nationale de la santé de la reproduction, la Politique national de la Santé des adolescents, la Politique nationale de la lutte contre le VIH et le sida et la Politique nationale de lutte contre le Paludisme ainsi que la politique nationale du PEV. L'opérationnalisation de ces politiques contribuera à l'élimination de la mortalité maternelle et infantile évitable. Les différents programmes travailleront de concert pour une synergie maximale.

Au niveau sous régional, régional et international le Gouvernement de Côte d'Ivoire est signataire de diverses déclarations et conventions régionales et internationales relatives à la santé, tels que la Déclaration sur les Objectifs du Millénaire pour le développement en 2000, le Plan d'Action de Maputo sur la santé sexuelle et reproductive et droit en 2007 Il faut aussi noté l'adhésion de la Côte d'Ivoire aux Objectifs de Développement Durable (ODD) 2016 - 2030 lancé á l'Assemblée Générale de Nations Unis pour poursuivre les OMD qui arrivent à l'échéance fin 2015. Les ODD appellent á la réduction de la mortalité maternelle au dessous de 70 pour 100 000 naissances d'ici 2030.

L'adhésion de la Côte d'Ivoire à ces orientations de politique internationale et régionale s'est concrétisé par l'élaboration et l'adoption d'instruments stratégiques pour guider la mise en œuvre des interventions clés pour la réduction de la mortalité tels que la Feuille de route pour la réalisation des OMD liés à la santé maternelle et néonatale (2006-2015) et le plan national pour le survie de l'enfant (2006-2015).

4.2. Orientations stratégiques

Conformément au PNDS, le plan stratégique de santé de la mère et de l'enfant se concentrera sur l'amélioration de la santé maternelle á travers la maternité sans risque par la mise en œuvre des interventions clé pour : i) rendre disponible les services intégrés de prise en charge de la santé de la mère ii) promouvoir la planification familiale iii) assurer l'assistance qualifiée á tous les accouchement iv) renforcer les capacité du personnel de santé á la prise en charge correcte des parturientes et des mère (SONU) et l'amélioration par les interventions á

[11] PND 2012-2015
[12] PNDS 2013-2015

haut impact pour: i) rendre disponible la prise en charge intégré des enfants malades à tous les niveaux de services de soins de santé et dans la communauté ii) promouvoir les pratiques familiale essentielles et iii) renforcer les capacités du personnel de santé á la prise en charge correcte des pathologies de l'enfant

4.3. Objectif général :

Contribuer à l'élimination des décès maternels, néonatals et infantiles évitables.

4.4. Objectifs spécifiques, stratégies et actions prioritaires

Objectif 1 : **Accroitre le niveau d'utilisation des services de la santé de la mère, du nouveau-né et des enfants d'ici à 2020.**

Stratégie 1 : **Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la SMNE**

Actions prioritaires

- Renforcer le système de référence/contre référence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Assurer le renforcement des mécanismes de protection financière de la population (assurance, gratuité) ;
- Mettre à niveau le plateau technique des établissements sanitaires ;
- Mettre en place ou à niveau des « coins » nouveau-né dans toutes les structures sanitaires (espaces adéquats, équipements et matériels pour soins essentiels du nouveau-né).
- Appuyer la mise en œuvre des interventions pour la prévention et la prise en charge des cas de fistules obstétricales, des VBG, des cancers féminins et du Vih

Stratégie 2 : **Accroissement de la disponibilité du personnel qualifié pour les soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant**

Actions prioritaires

- Etablir la cartographie des prestataires formés en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU y compris la mise en place d'un programme de formation en chirurgie d'urgence pour les médecins généralistes ;
- Faire le plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour une gestion efficiente du personnel (recrutement, déploiement et fidélisation);

Stratégie 3 : **Augmentation de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé maternels, néonatals et infantiles au niveau communautaire**

Actions prioritaires

- Renforcer les capacités des communautés pour les soins maternels, néonatals et infantiles á domicile ;
- Développer et mettre en œuvre des stratégies et outils de communication pour le changement comportemental et social ;
- Appuyer la mise en œuvre de la stratégie communautaire en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile ;
- Développer des partenariats stratégiques pour la promotion de la SMNI ;

Objectif 2 : **Accroitre la couverture et l'accès aux services de planification familiale de qualité pour les femmes en âge de procréer et pour les jeunes et adolescents d'ici a 2020**

Stratégie 1 : **Augmentation de la disponibilité et de la qualité des services de planification familiale**

- Développer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour le repositionnement de la PF ;
- Mettre en œuvre les interventions du Plan National PF 2015-2020 (Cf plan PF 2015-2020) ;
- Elaborer et mettre et un plan national de passage à échelle de la distribution à base communautaire des contraceptifs ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de mise à échelle des méthodes de longue durée d'action (MLDA) ;
- Assurer le Suivi de la mise en œuvre du plan d'action national budgétisé de PF 2015-2020.

Stratégie 2 : **Amélioration de l'accessibilité des services de santé sexuelle et de la Reproduction pour les adolescents et les jeunes**

Actions prioritaires

- Développer et mettre en œuvre un plan de communication adapté aux adolescents et aux jeunes;
- Renforcer l'éducation en SR pour les adolescents et les jeunes à tous les niveaux (individus, la famille, la communauté, les écoles, groupement religieux) ;
- Renforcer les approches multisectorielles pour la programmation, la mise en œuvre, le suivi des interventions de santé des adolescents et des jeunes.
- Appuyer la mise en œuvre du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes

Objectif 3 : **Améliorer la rédevabilité et le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan d'ici à 2020**

Stratégie 1 : **Renforcement de la production des données et des informations stratégiques pour la surveillance et la redevabilité**

Actions prioritaires

- Conduire des revues régulières des programmes, et des enquêtes pour appuyer la planification fondée sur les données factuelles ;
- Appuyer le processus de production du compte national de santé de la reproduction pour suivre et orienter les investissements SMNI ;
- Appuyer le renforcement du système d'information sanitaire pour le traitement et la gestion des données ;
- Assurer la disponibilité des outils de collecte des données mis á jour prenant en compte la désagrégation appropriée ;
- Organiser les journées de bilan et de planification annuelle au niveau district et national ;
- Développer les mécanismes pour un suivi régulier des activités SMNE prenant en compte le secteur privé, les établissements confessionnels et des armées;
- Définir des priorités pour la recherche action en vue de guider la mise en œuvre des interventions.

Stratégie 2 : **Renforcement de la qualité de la surveillance des décès maternels et néonataux et la riposte.**

Actions prioritaires

- Elaborer et mettre en œuvre un plan pour la mise á l'échelle de la surveillance des décès maternels, néonataux et riposte ;
- Contribuer au renforcement des liens entre les structures de santé avec l'état civil et les statistiques d'état civil

Stratégie 3 : **Renforcement de la Coordination et de l'approche multisectorielle**

Actions prioritaires

- Assurer la coordination des partenariats intervenant dans le SMNE, y compris, la participation de la société civile et des associations professionnelles.
- Elaborer une loi sur la Santé de la reproduction
- Veiller à l'opérationnalisation du plan stratégique au niveau district.
- Assurer l'alignement des activités des SMNE des partenaires avec le plan stratégique.
- Développer/mettre á jour et diffuser les documents cadre (Politiques, stratégies, directives etc.) du programme SMNE à tous les niveaux.
- Redynamiser le Groupe Technique de Travail Santé Mère-enfant.
- Réaliser l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale du plan

5. CADRE ET PLAN DE MISE EN OEUVRE

Le cadre de mise en œuvre du plan stratégique se définit comme suit :

5.1. Cadre institutionnel

5.1.1. Rôle du niveau central du secteur de la santé

Le plan stratégique sera piloté par le Ministère en charge de la Santé à travers la Direction de Coordination du Programme Santé Mère–Enfant. La DC-PNSME sera appuyée dans cette tâche par un Groupe Scientifique d'Appui (GSA) et un Groupe Technique de Travail (GTT) Mère et Enfant. Le GTT implique les autres secteurs ministériels et les représentants des partenaires de la société civile, des ONG et des partenaires techniques et financiers engagés dans la santé de la mère et de l'enfant.

Le niveau central assurera la collaboration avec les autres niveaux du système de santé de la mise en œuvre du programme. La redynamisation du GTT et GSA se fera à travers des réunions régulières et le suivi de la mise en œuvre des recommandations.

5.1.2. Rôle du niveau intermédiaire et périphérique du secteur de la santé

Au niveau des régions et des districts, les plans de travail devront prendre en compte les priorités du plan stratégique de la mère et de l'enfant. Des réunions de suivi seront planifiées avec les autres partenaires pour le suivi des indicateurs et la prise de décision pour recadrer les activités en cours de mise en œuvre.

5.1.3. Rôle des autres secteurs

Les autres secteurs, notamment les ministères en charge de la famille, de l'éducation, de la jeunesse, de l'économie et des finances, des affaires sociales, de la formation professionnelle et du plan, en fonction de leurs caractéristiques, devront s'approprier le document du plan stratégique SMNE en vue d'apporter un appui pour la réalisation des priorités identifiées.

5.1.4. Rôle de la communauté

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités à base communautaire, l'intervention des individus, des familles, des communautés et des Agents de santé communautaire (ASC) constitue un élément important.

A cet effet, ils doivent être impliqués davantage dans toutes les activités de la SMNI en vue de jouer pleinement leurs rôles d'agent de Communication pour le changement comportemental et social, et de Prise en Charge des cas à Domicile.

La DC-PNSME travaillera en étroite collaboration avec la Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP) pour assurer la mise en œuvre des interventions communautaires pour l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile.

5.1.5. Rôle des partenaires au développement

Les partenaires clés intervenants dans la santé sexuelle et reproductive sont membres du groupe technique de travail de la santé mère enfant. Ils seront chargés d'apporter un appui technique et financier à la mise en œuvre du plan stratégique SMNE.

5.2. Mécanismes de coordination

La coordination sectorielle et technique du programme est assurée par le PNSME. Au niveau de la région et du district sanitaire, la coordination sera assurée respectivement par le Directeur Régional de la Santé et le médecin chef du district.

Dans le cadre de l'approche multisectorielle, la coordination sera assurée par un comité de pilotage multisectoriel présidé par la Direction Générale de la Santé.

5.3. Suivi –évaluation

La question du suivi évaluation sera abordée au sein d'un cadre multisectoriel. Ainsi le suivi et l'évaluation du plan, prendra en compte toute les parties prenantes majeures provenant des autres secteurs. Cette approche se reflétera au niveau région et district. Ainsi, tous les partenaires techniques seront impliqués dans les activités de suivi à ce niveau.
Un plan de suivi évaluation global du plan sera élaboré et exécuté chaque année.
Le suivi des indicateurs se fera à travers les réunions trimestrielles du comité technique de suivi avec élaboration des rapports périodiques sur les différents indicateurs.
Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du plan seront réalisées pour apprécier les progrès.
La collecte des données pour les indicateurs s'appuiera sur le système national d'information sanitaire à travers des données de routines et des études.
Des mécanismes seront mis en place pour prendre en compte les données des activités communautaires, du privé et celles des ministères et structures partenaires.

5.4. Plan de mise en œuvre

Le plan de mise en œuvre est développé en annexe. Il sera décliné en plan opérationnel annuel.

6. BUDGET DU PLAN ET MOBILISATION DES RESSOURCES

6.1. Budget du plan

Le budget total du plan est estimé à 142 968 673 253 F CFA et est détaillé par objectif, stratégie et action prioritaire (en annexe).

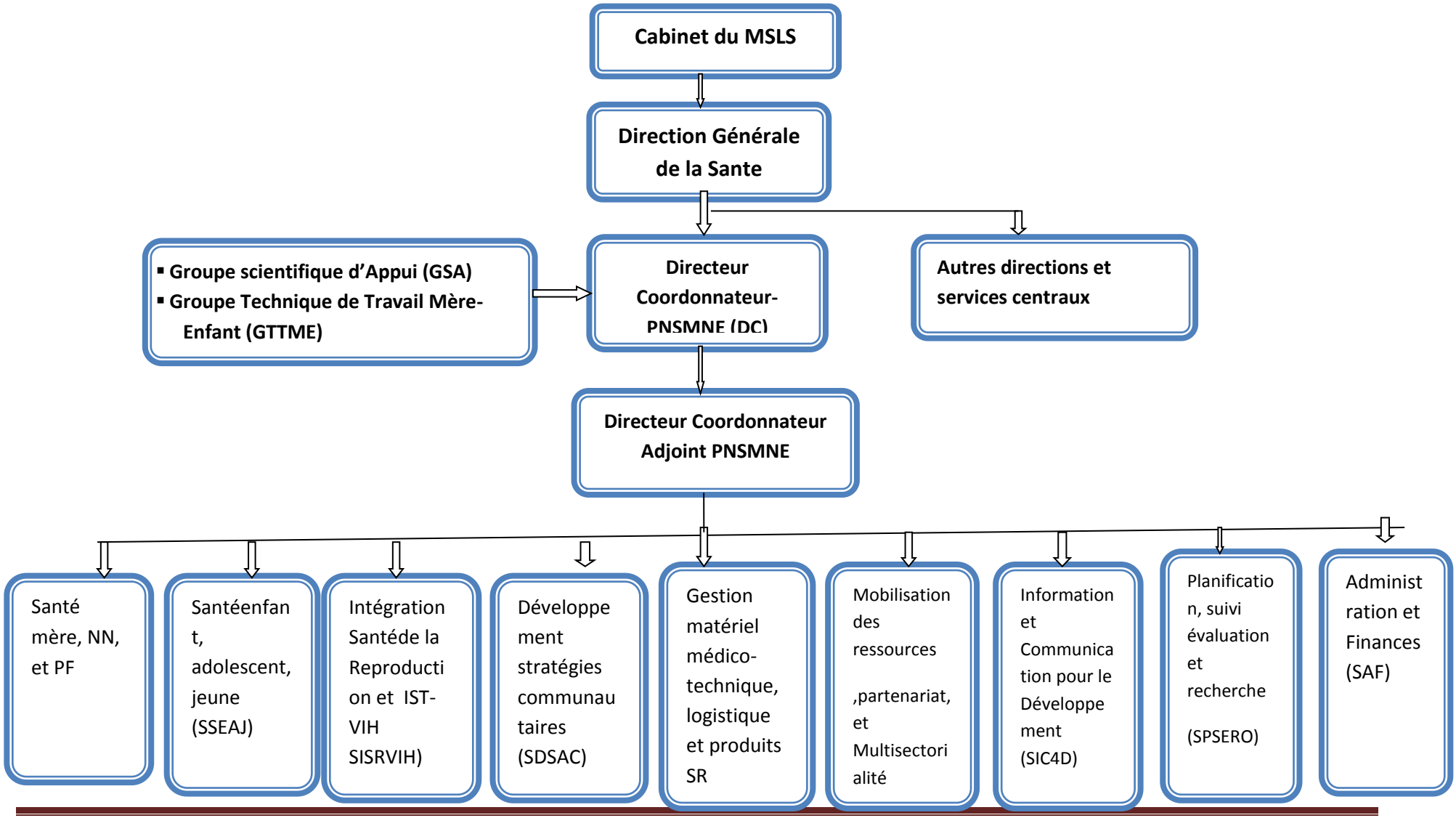
6.2. Mobilisation des ressources

La mobilisation des ressources sera assurée par l'Etat et ses démembrements (région, districts, collectivités décentralisées), les bailleurs de fonds, le secteur privé, les ONG et les populations.

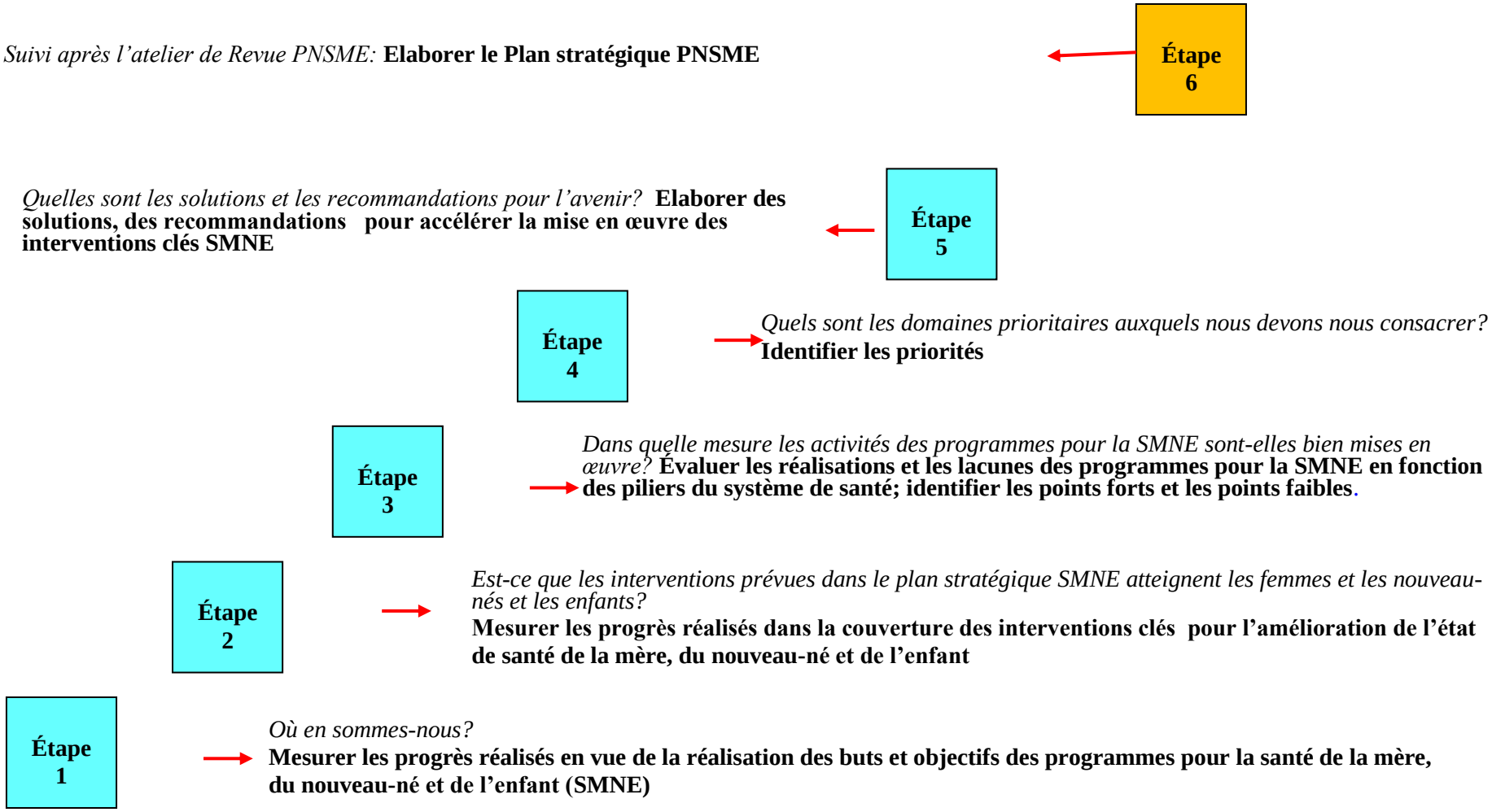
Un plan de financement sera élaboré. Le Ministère en charge de la Santé à travers la DC-PNSME assurera le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan.

Annexes

ORGANIGRAMME DE LA DC-PNSME



ETAPES DE LA REVUE DE PERFORMANCE



PLAN DE MISE EN ŒUVRE

OBJECTIF 1 : Accroitre le niveau d'utilisation des services de la santé de la mère, du nouveau-né et des enfants Stratégie 1 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la SMNE d'ici à 2020

ACTIONS PRIORITAIRES	RESPON-SABLE	ANNEE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		1	2	3	4	5			
Renforcer le système de référence/contre référence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	DC-PNSME, DIEM, DR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de kits référence et contre référence produits Nombre d'établissements de référence (CHU, CHR & HG) ayant intégré la stratégie des staffs communs mensuels entre les structures périphériques et la structure de référence pour l'amélioration des services de la santé de mère et de l'enfant. Nombre d'ambulances fournies aux structures de référence et aux ESPC éloignés	Tous les établissements sanitaires disposent des kits référence et contre référence produits Tous les établissements de référence (CHU, CHR & HG) ont intégré la stratégie des staffs communs mensuels entre les structures périphériques et la structure de référence pour l'amélioration des services de la santé de mère et de l'enfant. Tous établissements de référence et les ESPC éloignés disposent d'ambulances
Assurer le renforcement des mécanismes de protection financière de la population (assurance, gratuité)	DPPEIS	X	X	X	X	X	District	Nombre d'évaluations réalisées sur le système de gratuité ciblée	Les dysfonctionnements du système de gratuité ciblée sont connus
Mettre à niveau le plateau technique des établissements sanitaires	DIEM	X	X	X	X	X	District	Nombre d'établissements sanitaires réhabilités Nombres d'hôpitaux de référence des districts équipés Nombres de nouveaux blocs opératoires construits	60 établissements sanitaires réhabilités 70 hôpitaux de référence des districts sanitaires équipés en matériel additionnel nécessaires aux SONU/SAA/ 20 hôpitaux de référence sont dotés en blocs opératoires.
Etablir une cartographie dynamique des SONU	DC-PNSME	X	X	X	X	X	District	Existence d'une cartographie SONU	Les besoins en SONU sont connus

Mettre en place ou à niveau des « coins » nouveau-né dans toutes les structures sanitaires (espaces adéquats, équipements et matériels pour soins essentiels du nouveau-né)	DIEM	X	X				CHU, CHR, HG	Nombre d'établissements sanitaires disposant d'endroits pour le nouveau-né dans tous les maternités (provision des espace adéquate, équipement et matériel pour soins essentiel du nouveau-né)	50% des établissements sanitaires disposent d'endroits pour le nouveau-né dans tous les maternités (provision des espace adéquate, équipement et matériel pour soins essentiel du nouveau-né)
Appuyer la mise en œuvre des interventions pour la prévention et la prise en charge des cas de fistules obstétricales, des VBG, des cancers féminins et du Vih	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National -	Nombre d'ESPC ayant bénéficié des équipements, matériels, outils et médicaments additionnels nécessaires aux VBG Nombre de prestataires formés à la prévention des fistules obstétricales et des VBG Nombre de kits (opératoires et hygiéniques) fournis aux hôpitaux Nombre d'hôpitaux de référence ayant reçu des équipements et matériels nécessaires pour la PEC des fistules obstétricales Nombre de porteuses de fistules obstétricales prises en charge lors des caravanes opératoires	500 ESPC ont reçu des équipements, matériels, outils et médicaments additionnels nécessaires aux VBG 500 prestataires formés à la prévention des fistules obstétricales et des VBG 1000 Kits (opératoires et hygiéniques) sont fournis aux hôpitaux de référence des pour la PEC de 1000 porteuses de fistules obstétricales 70 hôpitaux de référence ont reçu des équipements et matériel nécessaires pour la PEC des fistules obstétricales 1000 femmes porteuses de fistules obstétricales prises en charge lors des caravanes opératoires

Stratégie 2 : Accroissement de la disponibilité du personnel qualifié pour les soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

ACTIONS PRIORITAIRES	RESPON-SABLE	ANNEE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		1	2	3	4	5			
Etablir la cartographie des prestataires formés en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU	DC-PNSME, DRH	X					Abidjan	Existence d'une cartographie des prestataires formés en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU	La cartographie des prestataires formés en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU est disponible
Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU y compris la mise en place d'un programme de formation en chirurgie d'urgence pour les médecins généralistes	DC-PNSME, DRH	X					Abidjan et Districts	Etat de mise en œuvre du plan de formation en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU y compris la mise en place d'un programme de formation en chirurgie d'urgence pour les médecins généralistes	Le plan de formation en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU y compris la mise en place d'un programme de formation en chirurgie d'urgence pour les médecins généralistes est mis en œuvre
Faire le plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour une gestion efficiente du personnel (recrutement, déploiement et fidélisation)	DC-PNSME, DRH		X	X	X	X	Abidjan	Nombre d'activités de plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour une gestion efficiente du personnel (recrutement, déploiement et fidélisation) réalisées	Des mesures pour une gestion efficiente du personnel sont prises

Stratégie 3 : Augmentation de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé maternels, néonatals et infantiles au niveau communautaire

ACTIONS PRIORITAIRES	RESPON-SABLE	ANNEE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		1	2	3	4	5			
Renforcer les capacités pour les soins maternels et néonatale á domicile	DC-PNSME		X	X	X	X	Aires de santé	Nombre de relais communautaires formés	18000 relais communautaires formés
Développer et mettre en œuvre des stratégies et outils de communication pour le changement comportemental et social	DC-PNSME		X	X	X	X	Aires de santé	Nombre d'outils de sensibilisation et des IEC ciblant les individus, les familles et la communauté pour l'utilisation accrue des services maternelle, néonatale et infantile sont produits Nombre de campagnes de sensibilisation et des IEC ciblant les individus, les familles et la communauté pour l'utilisation accrue des services maternelle, néonatale et infantile réalisées par district	Les districts et les établissements disposent des outils de sensibilisation et des IEC ciblant les individus, les familles et la communauté pour l'utilisation accrue des services maternelle, néonatale et infantile sont produits Chaque districts réalise par trimestre une campagne de sensibilisation et des IEC ciblant les individus, les familles et la communauté pour l'utilisation accrue des services maternelle, néonatale et infantile réalisées par district
Appuyer la mise en œuvre de la stratégie communautaire en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile A42	DC-PNSME		X	X	X	X	Aires de santé	Nombre de relais communautaires ayant leur capacités renforcées pour la distribution á base communautaire des médicaments et contraceptive selon les directives Nombre de relais communautaires ayant leur capacités renforcées en PCIMNE communautaire	18000 relais communautaires ont leur capacités renforcées pour la distribution á base communautaire des médicaments et contraceptive selon les directives 18000 relais communautaires ont leur capacités renforcées en PCIMNE communautaire

Développer des partenariats stratégiques pour la promotion de la SMNI	DC-PNSME	X	X	X	X	X	Abidjan et Districts	Nombre de rencontres de partenariat réalisées	Des partenaires sont impliqués dans la promotion de la santé maternelle et infantile

OBJECTIF 2 : Accroitre la couverture et l'accès aux services de planification familiale de qualité pour les femmes en âge de procréer et pour les jeunes et adolescents d'ici a 2020

Stratégie 1 : Augmentation de la disponibilité et de la qualité des services de planification familiale

ACTIONS PRIORITAIRES	RESPON-SABLE	ANNEE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		1	2	3	4	5			
Développer un plan de plaidoyer pour le repositionnement de la PF	DC-PNSME	X					Abidjan	Existence d'un plan de plaidoyer pour le repositionnement de la PF	Les décideurs et les acteurs sont engagés dans la PF
Mettre en œuvre les interventions du plan National PF 2015-2020 (mettre ici les coûts des interventions du plan PF)	DC-PNSME District	X	X	X	X	X	National	Nombre d'interventions du plan mis en œuvre	Le plan National PF 2015-2020 est exécuté
Elaborer un plan national de passage à échelle de la distribution à base communautaire des contraceptifs	DC-PNSME	X	X	X	X	X	Abidjan	Existence d'un plan national de passage à échelle de la distribution à base communautaire des contraceptifs	Le plan national de passage à échelle de la distribution à base communautaire des contraceptifs est exécuté
Elaborer et mettre en œuvre un plan de mise à échelle des méthodes de longue durée d'action (LMDA)	DC-PNSME District	X					National	Existence d'un plan de mise à échelle des méthodes de longue durée d'action (LMDA)	Le plan de mise à échelle des méthodes de longue durée d'action (LMDA) est exécuté
Assurer le Suivi de la mise en œuvre du plan d'action national budgétisé de PF 2015-2020	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Nombre de réunions de Suivi de la mise en œuvre du plan d'action national budgétisé de PF 2015-2020 organisées	Les problèmes de mise en œuvre du plan sont connus et les solution sont apportées

Stratégie 2 : Amélioration de l'accessibilité des services de santé de la Reproduction pour les adolescents et jeunes

ACTIONS PRIORITAIRES	RESPON-SABLE	ANNEE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		1	2	3	4	5			
Développer et mettre en œuvre un plan de communication adapté aux adolescents et aux jeunes	PNSSU	X	X	X	X	X	Abidjan	Existence d'un plan de communication adapté aux adolescents et aux jeunes	Le plan de communication adapté aux adolescents et aux jeunes est exécuté
Renforcer l'éducation en SR pour les adolescents à tous les niveaux (individus, la famille, la communauté, les écoles, groupement religieux)	PNSSU	X	X	X	X	X	National	Nombre de campagnes de masse à l'intention des jeunes organisées Nombre de club santé d'animation (écoles et formation professionnelle) mis en place	Les jeunes sont sensibilisés aux problèmes de la SR
Renforcer les approches multisectorielles pour la programmation, la mise en œuvre, le suivi des interventions de santé des adolescents	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Nombre de secteurs partenaires impliqués dans la programmation, la mise en œuvre, le suivi des interventions de santé des adolescents	Plusieurs secteurs partenaires sont impliqués dans la programmation, la mise en œuvre, le suivi des interventions de santé des adolescents
Appuyer la mise en œuvre du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Nombre d'action menées dans la mise en œuvre du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes	Les jeunes sont sensibilisés aux problèmes de la SR

OBJECTIF 3 : Améliorer la rédevabilité et le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan d'ici à 2020

Stratégie 1 : Renforcement de la production des données et des informations stratégiques pour la surveillance et la redevabilité

ACTIONS PRIORITAIRES	RESPON-SABLE	ANNEE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		1	2	3	4	5			
Conduire des revues régulières des programmes, et des enquêtes pour appuyer la planification fondée sur les données factuelles	DC-PNSME	X	X				National	Nombre de revues et d'enquêtes réalisés	5 revues et 5 enquêtes sont réalisées
Appuyer le processus de production compte national de santé de la reproduction pour suivre et orienter les investissements RMNH	DC-PNSME	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de compte national de la SR réalisé	Au moins 4 comptes nationaux sont organisés
Appuyer le renforcement du système d'information sanitaire pour le traitement et la gestion des données	DC-PNSME	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre par type de support de collecte de données produits et nombre de prestataires formés	438 acteurs dont formés sur les outils et la gestion des données
Assurer la disponibilité de outils de collecte des donnés mise á jour prenant en compte la désagrégation appropriée	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Nombre de DDS, Hôpitaux généraux, CHR et CHU ayant disposant des outils de collecte	Les outils de collecte de données sont disponibles dans les 82 DDS, 18 CHR, CHU
Organiser les journées de bilan et planification annuel au niveau district et national	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Nombre de journées bilan et de planification organisé	5 ateliers de bilan et de planification sont organisés par DDS et par ERS
Développer les mécanismes pour un suivi régulier des activités SME prenant en compte le secteur privé	DC-PNSME	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de supervision des activités SME organisées et nombre de rapport sur les indicateurs SME produits	4 supervisions annuelles par DDS, 2 supervisions annuelles par ERS, 2 supervisions annuelles par le niveau national sont organisées, 5 rapports annuels sur les indicateurs SME sont disponibles
Définir des priorités pour la recherche action pour guider la mise en œuvre des interventions	DC-PNSME	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de structure dans lesquels une recherche- action est mené	4 structures ont mené une recherche-action

Stratégie 2 : Renforcement de la qualité de la surveillance des décès maternels et néonataux et la riposte

ACTIONS PRIORITAIRES	RESPON-SABLE	ANNEE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		1	2	3	4	5			
Elaborer et mettre en œuvre un plan pour la mise á l'échelle de la surveillance des décès maternels, néonataux et riposte	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Nombre de comités mis en place pour la surveillance des décès maternelle et riposte Nombre de rencontres réalisées par les comités de surveillance des décès maternelle et riposte Nombre de districts notifiant les décès maternels et néonatals Etat de mise en œuvre du plan de mise á l'échelle de la pratique de revue des décès maternelle	Le Comité national et au moins 82 comités régionaux et départementaux sont fonctionnels pour la surveillance des décès maternelle et riposte 82 districts notifient les décès maternels et néonatals Le plan de mise á l'échelle de la pratique de revue des décès maternelle est mis en œuvre
Contribuer au renforcement des liens entre les structures de santé avec l'état civil et les statistiques d'état civil	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Nombre de districts pilotes ayant expérimenté l'enregistrement à l'état civil (naissance et décès) au sein des établissements sanitaires	3 districts pilotes ont expérimenté l'enregistrement à l'état civil (naissance et décès) au sein des établissements sanitaires

Stratégie 3 : Renforcement de la Coordination et de l'approche multisectorielle

ACTIONS PRIORITAIRES	RESPON-SABLE	ANNEE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		1	2	3	4	5			
Assurer la coordination des partenariats intervenant dans le SME, y compris, la participation de la société civile et des associations professionnelles.	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Nombre de réunions semestrielles organisées. Nombre de réunions trimestrielles de coordination des intervenants et des interventions organisées. Nombre de réunions annuelles de bilan organisées avec les DDS et DRS	2 réunions semestrielles organisées.4 réunions trimestrielles de coordination des intervenants et des interventions organisées chaque année. 1 réunion annuelle de bilan des interventions SMNI organisées chaque année avec les DDS et DRS
Elaborer une loi sur la Santé de la reproduction	DC-PNSME	X	X				Abidjan	Existence de la loi sur la Santé de la reproduction	L'environnement juridique de la Santé de la reproduction est favorable
Veiller à l'opérationnalisation du plan stratégique au niveau district	DC-PNSME	X	X				National	Nombre de districts disposant d'un plan de santé mère et enfant conformément au plan stratégique national	82 districts disposent d'un plan de santé mère et enfant conformément au plan stratégique national
Assurer l'alignement des activités des SME des partenaires avec le plan stratégique	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Nombre de partenaires intervenants dans la SME conformément au plan stratégique national	Tous les partenaires interviennent dans la SME conformément au plan stratégique national
Développer/mettre á jour et diffuser les documents cadre (Politiques, stratégies, directives etc) du programme SME à tous les niveaux	DC-PNSME		X				National	Nombre de documents cadre (Politiques, stratégies, directives etc) du programme SME mis à jour et diffusés à tous les niveaux	Le niveau central, les régions et les districts et établissements de référence disposent documents cadre (Politiques, stratégies, directives etc) du programme SME documents cadre (Politiques, stratégies, directives etc) du programme SME, mis à jour
Redynamiser le Groupe Technique de Travail Sante Mère-enfant	DC-PNSME	X	X	X	X	X	National	Existence d'un arrêté ministériel de constitution du Groupe Scientifique d'Appui au PNSME Nombre réunions réalisées par le Groupe Technique de Travail Sante Mère-enfant	Le Groupe Scientifique d'Appui au PNSME est mise en place 3 réunions sont organisées par le Groupe Technique de Travail Sante Mère-enfant par an
Réaliser le suivi, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale du plan- Réaliser l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale du plan	DC-PNSME		X	X		X	Abidjan	Existence d'un plan de suivi et évaluation des interventions de SME Existence de l'évaluation à mi-parcours du plan et de l'évaluation finale Existence du plan stratégique SME 2021-2025	Le plan de suivi et évaluation des interventions de SME est disponible. Les états de mise en œuvre du plan stratégique SME 2016-2020 à mi-parcours et final sont connus. Le plan stratégique SME 2021-2025 est disponible

INDICATEURS DE PERFORMANCE DU PROGRAMME SANTE MERE ET ENFANT

N°	INDCATEURS	SITUATION DE BASE	SOURCE	CIBLES					
				2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Ratio de Mortalité maternelle	614 décès pour 100 000 NV	EDS 2012	614	553	491	430	368	307
2	Taux de Mortalité Néo-natale	38 décès 1000 NV	EDS 2012	38	33	28	24	19	14
3	Taux de Mortalité infanto-juvénile	108 décès 1000 NV	EDS 2012	108	97	86	76	65	54
4	Taux de prévalence contraceptive	20%	EDS 2012	20,0%	23,2%	26,4%	29,6%	32,8%	36,0%
5	Besoins non satisfaits en PF	27%	EDS 2012	27,0%	24,2%	21,4%	18,6%	15,8%	13,0%
6	Taux de grossesse chez les adolescents	30%	EDS 2012	30,0%	27,0%	24,0%	21,0%	18,0%	15,0%
7	Pourcentage des femmes enceintes ayant suivi au moins 4 CPN	44%	EDS 2012	45,0%	54,0%	63,0%	72,0%	81,0%	90,0%
8	Proportion d'accouchement assisté par un personnel qualifié	59%	EDS 2012	59,0%	65,2%	71,4%	77,6%	83,8%	90,0%
9	Disponibilité de la fonction : Administration d'antibiotiques par voie parentérale	93%	Cartographie SONU 2015	93,4%	93,4%	95,6%	97,8%	100,0%	100,0%
10	Disponibilité de la fonction : Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale	66%	Cartographie SONU 2015	66,4%	69,7%	79,8%	89,9%	100,0%	100,0%
11	Disponibilité de la fonction : Administration d'utérotoniques (ocytociques) par voie parentérale	92%	Cartographie SONU 2015	91,9%	92,0%	94,7%	97,3%	100,0%	100,0%

N°	INDCATEURS	SITUATION DE BASE	SOURCE	CIBLES					
				2015	2016	2017	2018	2019	2020
12	Disponibilité de la fonction : Extraction manuelle du placenta	79%	Cartographie SONU 2015	79,4%	83,4%	88,9%	94,5%	100,0%	100,0%
13	Disponibilité de la fonction : Evacuation des produits résiduels ou débris ovulaires	17%	Cartographie SONU 2015	17,0%	17,9%	21,6%	29,0%	29,0%	29,0%
14	Disponibilité de la fonction : Accouchements assistés par voie basse (ventouse ou forceps)	2%	Cartographie SONU 2015	2,1%	2,5%	11,3%	20,1%	29,0%	29,0%
15	Disponibilité de la fonction : Réanimation néonatale avec ballon ou masque	62%	Cartographie SONU 2015	62,1%	65,2%	76,8%	88,4%	100,0%	100,0%
16	Disponibilité de la fonction : Opération césarienne	63%	Cartographie SONU 2015	63,1%	69,4%	64,3%	59,2%	54,1%	60,3%
17	Disponibilité de la fonction : Transfusion sanguine	81%	Cartographie SONU 2015	81,1%	89,2%	92,8%	96,4%	100,0%	100,0%
18	Disponibilité des SONUB (% de ESPC offrant les 7 fonctions)	1%	Cartographie SONU 2015	1,1%	1,2%	10,5%	19,7%	29,0%	29,0%
19	Disponibilité des SONUC (% de ESR offrant les 9 fonctions)	12%	Cartographie SONU 2015	11,7%	12,9%	26,6%	40,3%	54,1%	60,3%
20	Disponibilité des SONUB (Nbre SONUB / 500 000 habitant; Ref=4)	0,4	Cartographie SONU 2015	0,4	1,1	1,9	2,6	3,3	4,0
21	Disponibilité des SONUB (Nbre SONUC / 500 000 habitant; Ref=1)	0,3	Cartographie SONU 2015	0,3	0,4	0,6	0,7	0,9	1,0
22	Besoins satisfaits en SONU	39%	SONU 2010	39,0%	42,9%	48,6%	54,3%	60,0%	65,0%
23	Taux de césarienne	2%	SONU 2010	1,5%	2,1%	2,7%	3,3%	3,9%	4,5%
24	Taux de létalité obstétrical	3%	SONU 2010	3,0%	2,7%	2,4%	2,1%	1,8%	1,5%

N°	INDCATEURS	SITUATION DE BASE	SOURCE	CIBLES					
				2015	2016	2017	2018	2019	2020
25	Prévalence des soins post-natals de la mère dans les 48 heures suivant l'accouchement	70,40%	EDS 2012	70,40%	73,3%	76,2%	79,2%	82,1%	85,0%
26	Prévalence du faible poids à la naissance< 2 500g	14%	EDS 2012	14%	13,2%	12,1%	11,1%	10,0%	9,0%
27	Proportion d'accouchement assisté par un personnel qualifié	59%	EDS 2012	59%	62,5%	65,6%	68,8%	71,9%	75,0%
28	Prévalence des IRA moins de 5ans	3,60%	EDS 2012	3,60%	3,2%	2,9%	2,5%	2,2%	1,8%
29	Prévalence de la diarrhée moins de 5ans	18%	EDS 2012	18%	16,2%	14,4%	12,6%	10,8%	9,0%
30	Prévalence du paludisme moins de 5 ans (test TDR positif)	42%	EDS 2012	42%	39,6%	37,2%	34,8%	32,4%	30,0%
31	Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale chez les enfants atteints de diarrhée	23%	EDS 2012	23%	28,4%	33,8%	39,2%	44,6%	50,0%
32	Traitement aux antibiotiques des enfants suspectes d'IRA	28,90%	EDS 2012	28,90%	33,1%	37,3%	41,6%	45,8%	50,0%

BUDGET DU PLAN PAR OBJECTIFS ET PAR STRATEGIES

OBJECTIFS / STRATEGIES		COUT EN F CFA					
		2016	2017	2018	2019	2020	Total
OBJECTIF 1 : Accroitre le niveau d'utilisation des services de la santé de la mère, du nouveau-né et des enfants d'ici à 2020		**4 964 397 333**	**29 657 625 111**	**27 774 264 000**	**17916486222**	**16 964 930 667**	**97 277 703 333**
	Stratégie 1 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la SMNE	4 930 197 333	6 725 975 111	4 862 864 000	3405 086 222	2 453 530 667	**22 377 653 333**
	Stratégie 2 : Accroissement de la disponibilité du personnel qualifié pour les soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	30 000 000	140 200 000	140 200 000	140 200 000	140 200 000	**590 800 000**
	Stratégie 3 : Augmentation de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé maternels, néonatals et infantiles au niveau communautaire	4 200 000	22 791 450 000	22 771 200 000	14371200000	14 371 200 000	**74 309 250 000**
OBJECTIF 2 : Accroitre la couverture et l'accès aux services de planification familiale de qualité pour les femmes en âge de procréer et pour les jeunes et adolescents d'ici a 2020		**7 867 965 460**	**7 840 195 240**	**7 840 195 240**	**7840 195 240**	**7 840 195 240**	**39 228 746 420**
	Stratégie 1 : Augmentation de la disponibilité et de la qualité des services de planification familiale	342 370 220	314 600 000	314 600 000	314 600 000	314 600 000	**1 600 770 220**
	Stratégie 2 : Amélioration de l'accessibilité des services de santé de la Reproduction pour les adolescents et jeunes	7 525 595 240	7 525 595 240	7 525 595 240	7 525595 240	7 525 595 240	**37 627 976 200**

OBJECTIFS / STRATEGIES	COUT EN F CFA					
	2016	2017	2018	2019	2020	Total
OBJECTIF 3 : Améliorer la rédevabilité et le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan d'ici à 2020	**1 464 665 822**	**1 573 261 544**	**1 159 261 017**	**1103 098 711**	**1 161 936 406**	**6 462 223 500**
Stratégie 1 : Renforcement de la production des données et des informations stratégiques pour la surveillance et la redevabilité	898 651 322	846 326 711	715 779 850	689 617 544	663 455 239	**3 813 830 667**
Stratégie 2 : Renforcement de la qualité de la surveillance des décès maternels et néonataux et la riposte	376 233 333	397 353 333	376 233 333	376 233 333	376 233 333	**1 902 286 667**
Stratégie 3 : Renforcement de la Coordination et de l'approche multisectorielle	189 781 167	329 581 500	67 247 833	37 247 833	122 247 833	**746 106 167**
TOTAL GENERAL	**14 297 028 616**	**39 071 081 896**	**36 773 720 257**	**26859780173**	**25 967 062 312**	**142 968 673 253**

BUDGET DU PLAN PAR ACTIONS PRIORITAIRES

OBJECTIF 1 : Accroitre le niveau d'utilisation des services de la santé de la mère, du nouveau-né et des enfants d'ici à 2020

Stratégie 1 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la SMNE

ACTIONS PRIORITAIRES	COUT EN F CFA					TOTAL
	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	
Renforcer le système de référence/contre référence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	4 340 666 667	3 840 666667	3 340 666667	2 786 000 000	2 286 000 000	16 594 000 000
Assurer le renforcement des mécanismes de protection financière de la population (assurance, gratuité)	27 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	35 000 000
Mettre à niveau le plateau technique des établissements sanitaires	-	2 134 166667	1 280 500000	426 833 333	-	3 841 500 000
Etablir une cartographie dynamique des SONU	50 530 667	43 530 667	43 530 667	43 530 667	43 530 667	224 653 333
Mettre en place ou à niveau des « coins » nouveau-né dans toutes les structures sanitaires (espaces adéquats, équipements et matériels pour soins essentiels du nouveau-né)	390 000 000	390 000 000	-	-	-	780 000 000
Appuyer la mise en œuvre des interventions pour la prévention et la prise en charge des cas de fistules obstétricales, des VBG, des cancers féminins et du Vih	122 000 000	315 611 111	196 166 667	146 722 222	122 000 000	902 500 000
TOTAL	4 930 197 333	6 725975 111	4 862864 000	3 405 086 222	2 453 530 667	22 377 653 333

Stratégie 2 : Accroissement de la disponibilité du personnel qualifié pour les soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

ACTIONS PRIORITAIRES	COUT EN F CFA					TOTAL
	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	
Etablir la cartographie des prestataires formés en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU	10 000 000	-	-	-	-	10 000 000
Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation en soins essentiels au NNE, SONU, et PCIMNE/TETU y compris la mise en place d'un programme de formation en chirurgie d'urgence pour les médecins généralistes	20 000 000	140 000 000	140 000 000	140 000 000	140 000 000	580 000 000
Faire le plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour une gestion efficiente du personnel (recrutement, déploiement et fidélisation)	-	200 000	200 000	200 000	200 000	800 000
TOTAL	30 000 000	140 200 000	140 200 000	140 200 000	140 200 000	590 800 000

Stratégie 3 : Augmentation de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé maternels, néonatals et infantiles au niveau communautaire

ACTIONS PRIORITAIRES	COUT EN F CFA					TOTAL
	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	
Renforcer les capacités pour les soins maternels et néonatale á domicile		7 098 000 000	7 098 000 000	4 128 000 000	4 128 000 000	22 452 000 000
Développer et mettre en œuvre des stratégies et outils de communication pour le changement comportemental et social		635 250 000	615 000 000	615 000 000	615 000 000	2 480 250 000
Appuyer la mise en œuvre de la stratégie communautaire en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile A42		15 054 000 000	15 054 000 000	9 624 000 000	9 624 000 000	49 356 000 000
Développer des partenariats stratégiques pour la promotion de la SMNI	4 200 000	4 200 000	4 200 000	4 200 000	4 200 000	21 000 000
TOTAL	4 200 000	22 791 450 000	22 771 200 000	14 371 200 000	14 371 200 000	74 309 250 000

OBJECTIF 2 : Accroitre la couverture et l'accès aux services de planification familiale de qualité pour les femmes en âge de procréer et pour les jeunes et adolescents d'ici à 2020

Stratégie 1 : Augmentation de la disponibilité et de la qualité des services de planification familiale

ACTIONS PRIORITAIRES	COUT EN F CFA					TOTAL
	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	
Développer un plan de plaidoyer pour le repositionnement de la PF	9 256 740					9 256 740
Mettre en œuvre les interventions du plan National PF 2015-2020 (mettre ici les coûts des interventions du plan PF)						
Elaborer un plan national de passage à échelle de la distribution à base communautaire des contraceptifs	240 256 740	231 000 000	231 000 000	231 000 000	231 000 000	1 164 256 740
Elaborer et mettre en œuvre un plan de mise à échelle des méthodes de longue durée d'action (LMDA)	9 256 740					9 256 740
Assurer le Suivi de la mise en œuvre du plan d'action national budgétisé de PF 2015-2020	83 600 000	83 600 000	83 600 000	83 600 000	83 600 000	418 000 000
TOTAL	342 370 220	314 600 000	314 600 000	314 600 000	314 600 000	1 600 770 220

Stratégie 2 : Amélioration de l'accessibilité des services de santé de la Reproduction pour les adolescents et jeunes

ACTIONS PRIORITAIRES	COUT EN F CFA					TOTAL
	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	
Développer et mettre en œuvre un plan de communication adapté aux adolescents et aux jeunes	661 065 240	661 065 240	661 065 240	661 065 240	661 065 240	3 305 326 200
Renforcer l'éducation en SR pour les adolescents à tous les niveaux (individus, la famille, la communauté, les écoles, groupement religieux)	859 530 000	859 530 000	859 530 000	859 530 000	859 530 000	4 297 650 000
Renforcer les approches multisectorielles pour la programmation, la mise en œuvre, le suivi des interventions de santé des adolescents	6 000 000 000	6 000 000000	6 000 000000	6 000 000 000	6 000 000 000	30 000 000 000
Appuyer la mise en œuvre du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
TOTAL	7 525 595 240	7 525 595240	7 525 595240	7 525 595 240	7 525 595 240	37 627 976 200

OBJECTIF 3 : Améliorer la rédevabilité et le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan d'ici à 2020.

Stratégie 1 : Renforcement de la production des données et des informations stratégiques pour la surveillance et la redevabilité

ACTIONS PRIORITAIRES	COUT EN F CFA					TOTAL
	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	
Conduire des revues régulières des programmes, et des enquêtes pour appuyer la planification fondée sur les données factuelles	78 222 250	78 222 250				156 444 500
Appuyer le processus de production compte national de santé de la reproduction pour suivre et orienter les investissements RMNH	22 754 861	16 253 472	9 752 083	6 501 389	3 250 694	58 512 500
Appuyer le renforcement du système d'information sanitaire pour le traitement et la gestion des données	150 452 296	107 465 926	64 479 556	42 986 370	21 493 185	386 877 333
Assurer la disponibilité de outils de collecte des données mise á jour prenant en compte la désagrégation appropriée	20 400 000	20 400 000	20 400 000	20 400 000	20 400 000	102 000 000
Organiser les journées de bilan et planification annuel au niveau district et national	12 320 000	12 320 000	12 320 000	12 320 000	12 320 000	61 600 000
Développer les mécanismes pour un suivi régulier des activités SME prenant en compte le secteur privé	548 981 667	548 981 667	548 981 667	548 981 667	548 981 667	2 744 908 333
Définir des priorités pour la recherche action pour guider la mise en œuvre des interventions	65 520 248	62 683 396	59 846 544	58 428 119	57 009 693	303 488 000
TOTAL	898 651 322	846 326 711	715 779 850	689 617 544	663 455 239	3 813 830 667

Stratégie 2 : Renforcement de la qualité de la surveillance des décès maternels et néonataux et la riposte

ACTIONS PRIORITAIRES	COUT EN F CFA					TOTAL
	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	
Elaborer et mettre en œuvre un plan pour la mise á l'échelle de la surveillance des décès maternels, néonataux et riposte	359 833 333	380 953 333	359 833 333	359 833 333	359 833 333	1 820 286 667
Contribuer au renforcement des liens entre les structures de santé avec l'état civil et les statistiques d'état civil	16 400 000	16 400 000	16 400 000	16 400 000	16 400 000	82 000 000
TOTAL	376 233 333	397 353 333	376 233 333	376 233 333	376 233 333	1 902 286 667

Stratégie 3 : Renforcement de la Coordination et de l'approche multisectorielle

ACTIONS PRIORITAIRES	COUT EN F CFA					TOTAL
	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	
Assurer la coordination des partenariats intervenant dans le SME, y compris, la participation de la société civile et des associations professionnelles.	36 472 000	36 472 000	36 472 000	36 472 000	36 472 000	182 360 000
Elaborer une loi sur la Santé de la reproduction	43 200 000	28 800 000	-	-	-	72 000 000
Veiller à l'opérationnalisation du plan stratégique au niveau district	109 333 333	218 666 667	-	-	-	328 000 000
Assurer l'alignement des activités des SME des partenaires avec le plan stratégique	-	-	-	-	-	-
Développer/mettre á jour et diffuser les documents cadre (Politiques, stratégies, directives etc) du programme SME à tous les niveaux	-	35 393 333	-	-	-	35 393 333
Redynamiser le Groupe Technique de Travail Sante Mère-enfant	775 833	775 833	775 833	775 833	775 833	3 879 167
Réaliser le suivi, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale du plan- Réaliser l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale du plan	-	9 473 667	30 000 000	-	85 000 000	124 473 667
TOTAL	189 781 167	329 581 500	67 247 833	37 247 833	122 247 833	746 106 167

LISTE DES PARTICIPANTS À L'ATELIER D'ADAPTATION DES OUTILS DE LA REVUE

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACT
1	Dr KOUAKOU –KONAN Virginie	DC PNSME	DCA	07 90 52 33 virginieattidan@yahoo.fr
2	Dr SAKI-NEKOURESSI Geneviève	OMS	NPO/FHP	07 07 97 48 sakin@who.int
3	ANDOH Kouakou Hyacinthe	DC PNSME	DCA	07 67 39 47 k.andoh@yahoo.fr
4	Dr MOTHEBESOANE-ANOH Seipati	OMS / Consultante	Consultante	57 21 13 99 mumyanoh@gmail.com
5	Dr AGBRE –YACE Marie	CRESARCI / Consultante	Consultante	07 08 73 44 agbreyace@yahoo.fr
6	TCHIMOU Guepié Jérémie	CNTS	Médecin	01 05 07 44 / 21 24 33 73 tchimoujeremie@yahoo.fr
7	BONI kouadio Georges	DSIM	Chef de service	07 79 24 74 bonikouadio@yahoo.fr
8	CISSE Lassina	SIP/CHUT	Pédiatre	05 95 18 90 lbacongo@yahoo.fr
9	YAO Aka Joseph	PNSME	Médecin	48 91 14 57 drpejatta@yahoo.fr
10	Christine KOUAKOU	DIEM	Chargé d'études	05 80 74 90 Kalou_christine@yahoo.fr
11	KOFFI Zoua Béatrice épse AGOH	DC PNSME	Assistante de formation	07 76 38 68 kzbeatrice@yahoo.fr
12	Dr SEKI Evaldié Ghislaine	DC PNSME	Chargé de formation SEPF	08 98 19 67 evaseki@yahoo.fr
13	Seidou KONE	DC PNSME	Médecin	05 67 57 48 docteurkone@yahoo.fr
14	YAO Konan Ernest	DC PNSME	Médecin C E	07 69 85 57 konanern@yahoo.fr
15	N'DA Monique Drogon	DC PNSME	Sage Femme	07 65 03 08 Monique_ahou@yahoo.f
16	YAO Eugenie Adjoua	DRSLS d'Abidjan 2	Sage Femme spécialiste	08 28 02 07 eugenieyao@yahoo.fr

17	ADOU Kouablan Arsène	AIBEF	Démographe	01 10 33 17 akouablanarsene@yahoo.fr
18	KOUADIO Ekian Aristide	DC PNSME	Médecin	07 89 76 98 Equiaris2000@gmail.com
19	Eliane M. DOGORE	AgirPF/ EH	Directrice pays	
20	ABOTT épse GNAMESAYOU Irène	DCPEV	Chargée de surveillance	07 35 70 43 abohyoniene@yahoo.fr
21	KAMA KACOU AMANI	PNSME	IDE Spécialiste Sces	Kamso_71@yahoo.fr 40 34 20 89 / 07 92 89 77
22	OBITE Gbekre Guy	PNSME	Statisticien	78 43 83 70 / 02 22 74 25 obitegbakreguy@yahoo.fr
23	Dr MOKET KOUADIO Germaine	AIBEF	Gynécologue obstétricien Responsable service médical	01 08 20 27 / 07 01 90 56 aibef@afnet.net germoket@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS À L'ATELIER DE LA REVUE

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACT
1	CISSE LASSINA	SIP	PEDIATRE	05 95 18 90 lbacongo@yahoo.fr
2	AZAGOH-KOUADIO RICHARD	CHU TREICHVILLE	PEDIATRE	07 83 12 69 azagoh.richard@gmail.com
3	BONI KOUADIO GEORGES	DSIM	CHEF DE SERVICE	07 79 24 74 bonikouadio@yahoo.fr
4	DOSSO FANTA	DSCMP	MEDECIN	05 70 07 30 fantadosso46@yahoo.fr
5	AKELI YOU FELICIENNE	PNSME	MEDECIN	07 53 78 96 akelyfe@yahoo.fr
6	YOUZAN BI BOUEHI EMMANUEL	PNLS/PTME	IDE	09 77 57 01 youzan.bi@yahoo.fr
7	AMA ANGE CARLIN	AIMAS	RESP. RECHERCHE ET S&E	04 00 40 49 ama.carlin@aimas.org
8	AFFI BEDAH C. LAURENT	AIBEF	MEDECIN	01 08 21 42 affibeda@yahoo.fr
9	DR HYDA JULES	CNTS	Coordonnateur des Services de Transfusion Sanguine	01 05 07 37 hyda_j@yahoo.fr
10	KOUADIO KONAN FULGENCE	ASAPSU	Coordonnateur des Projets	07 18 48 23 konanfulgence@gmail.com
11	N'GUESSAN KONAN	PNSSU	SPECIALISTE SANTÉ PUBLIQUE	57 85 42 58 knguessan5@yahoo.fr
12	M'BRA GBANGBO	DSAPA	CSE	07 15 81 22 gbambra_fr@ahoo.fr
13	AGNISSAN KIMOU B.	SOGOCI	MEDECIN GYNECO	07 82 21 72 kimouagnisssan@yahoo.fr
14	SORO RAPHAEL	DPPEIS	MEDECIN	05 64 15 62 sorodou@yahoo.fr
15	DIOMANDE-BOURGOIN MADELEINE	PNSME	CE	05 95 45 05 mbourgoin2006@yahoo.fr
16	DR SAKI NEKOURESSI GENEVIEVE	OMS	Conseiller Programme Mère-Enfant	07 07 97 48 sakin@who.int
17	DR AGBRE-YACE MARIE LAURETTE	CRESARCI	CONSULTANTE (OMS)	07 08 73 44 agbreyace@yahoo.fr
18	DR SEIPATI MOTHEBESOANE-ANOH	OMS	CONSULTANTE	57 21 13 99 mumsyanoh@gmail.com
19	DR KOUADIO YAO ALEXIS	PNSME	CE	07 67 39 45 kouadioyaoalexis@yahoo.fr

20	DR KOUAKOU-KONAN VIRGINIE	DC-PNSME	DIRECTEUR COORDONNATEUR	07 90 52 33 virginieattidan@yahoo.fr
21	DR KOUADIO EKIAN ARISTIDE	PNSME	CE	07 89 76 98 equiaris2000@gmail.com
22	DR YAO KONAN ERNEST	PNSME	CE	07 69 85 57 konanern@yahoo.fr
23	KAMA MARIE GENEVIEVE	PNSME	IDE SPECIALISTE SUS	07 92 89 77 mariegenekama@gmail.com
24	DR ADJOBY ROLAND	CHU COCODY	GYNECO OBST.	07 67 97 73 r.adjoby@yahoo.fr
25	KOUAKOU CHRISTINE	DIEM	CE	05 80 74 90 kalou_christine@yahoo.fr
26	ASSI MOMMAN HYACINTHE	ACPCI	SECRETAIRE GENERAL	48 35 42 40 assimonafr@yahoo.fr
27	N'DA N'GORAN MONIQUE EPSE DROGON	PNSME	SAGE-FEMME	07 65 03 08/40 48 37 51 monique_ahou@yahoo.fr
28	SEKI EVALDIE GHISLAINE	PNSME	MEDECIN GYNECO	08 98 19 67 evaseki@yahoo.fr
29	DR KOFFI ADJOUA SAINTE MARIE CHANTAL	DS YOPOUGON-OUEST-SONGON	DDS	07 86 82 43 stemarieatc@hotmail.com
30	DR KOUADIO BHERAT ARMEL R.	CHU DE YOPOUGON	Assistant Chef de Clinique (PEDIATRE)	07 81 49 11/01 46 81 67 bheratarmel@yahoo.fr
31	DR ABOU-KONE PAULINE	UNFPA	NPO Santé Maternelle	08 08 09 11 abou@unfpa.org
32	DR YAO ATTA JOSEPH	OMS	CONSULTANT	48 91 14 57 drpejatta@yahoo.fr
33	TANO KOFFI GERARD	PNSME	CHAUFFEUR	77 12 94 06
34	MESSOUMA BEATRICE TAÏ	PNSME	SECRETAIRE DE DIRECTION	40 92 96 73 messouma2007@yahoo.fr

EQUIPE DE RÉDACTION DU PLAN STRATÉGIQUE

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACT
1	Dr MOTHEBESOANE-ANOH Seipati	OMS / Consultante	Consultante	57 21 13 99 mumyanoh@gmail.com
2	Dr AGBRE –YACE Marie L.	CRESARCI / Consultante	Consultante	07 08 73 44 agbreyace@yahoo.fr
3	Dr SAKI-NEKOURESSI Geneviève	OMS	NPO/FHP	07 07 97 48 sakin@who.int

LISTE DES PARTICIPANTS À L'ATELIER DE BUDGÉTISATION

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACT
1	ANDOH Kouakou Hyacinthe	DC PNSME	DCA	07 67 39 47 k.andoh@yahoo.fr
2	Dr ZEREGBE TOH	DC PNSME	Chargé d'études	48 75 33 16 zeregbetoh@yahoo.fr
3	YAO Konan Ernest	DC PNSME	Chargé d'études	07 69 85 57 konanern@yahoo.fr
4	Dr KOUADIO YAO ALEXIS	DC PNSME	Chargé d'études	07 67 39 45 kouadioyaoalexis@yahoo.fr
5	M. GUEHI DOUADJE JEAN-JACQUES	DC PNSME	Chargé d'études	03 96 98 35 guehijeanjacques@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS À L'ATELIER DE VALIDATION TECHNIQUE DU PLAN STRATÉGIQUE DE LA SANTÉ MÈRE-ENFANT 2016-2020

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	N° TELEPHONE	Email
1	Seipati MOTHEBESOANE-ANOH	OMS	Consultante OMS	57 21 13 99	mumsyanoh@gmail.com
2	AGBRE –YACE Marie L.	CRESAR-CI	Consultante OMS	07 08 73 44	agbreyace@yahoo.fr
3	SAKI-NEKOURESSI Geneviève	OMS	Conseiller chargé de programmes	22 51 72 00	sakin@who.int
4	KOUAKOU- KONAN Virginie	UNICEF	Spécialiste santé mère-Enfant	56 52 84 65	vkonan@unicef.org
5	YAO Atta Joseph	OMS	Consultante	48 31 14 57	drpejatta@yahoo.fr
6	AMA Ange Carlin	AIMAS	Responsable Recherche et S/E	04 00 40 49 / 22 52 77 90	ama.carlin@aimas.org
7	SEI Corinne	CHU Treichville	Pédiatre	07 16 39 02	corinnesei@yahoo.fr
8	HYDA Jules	CNTS	Coordonnateur des sces de transfusion	01 05 07 37 / 21 35 57 23	hyda_j@yahoo.fr
9	KOUADIO Yao Alexis	PNSME	CE	07 67 39 45	kouadioyaoalexis@yahoo.fr
10	DIOMANDE-BOURGOIN Madeleine	PNSME	CE	05 95 45 05	mbourgoin2006@yahoo.fr
11	KOUADIO Ekian Aristide	PNSME	CE	07 89 76 98	equiaris2000@gmail.com
12	YEBOUA Amoikon	PNSME	CE	07 70 06 26	yeb_am@yahoo.fr
13	YAO Koidjo N.Philemon	DIEM	Statisticien	09 82 41 02	philemonyao1990@gmail.com
14	SYLLA Sada	PNSME	CE	07 58 34 06	syssab@yahoo.fr
15	BONI Kouadio Georges	DSIM	Chef de service	07 79 24 74	bonikouadio@yahoo.fr
16	ZION D. Constant	AIBEF	Chargé de suivi - évaluation	08 98 95 32	constant82zion@gmail.com
17	LATH Claudine	ASAPSU	Responsable de programme	08 82 16 85	info@asapsu-ci.org / dinaclous@yahoo.fr
18	OKA Koffi Jérome	MPFFPE	Chef de service	05 83 52 09	jeromeoka@yahoo.fr

19	KOFFI Adjoua Hortense	AIBEF	Conseillère aux programmes	07 84 31 34 / 01 08 20 08	hortakof@yahoo.fr
20	FOFANA PROKITE	MPFFPE	DPE	09 61 55 74	prokitefofana@yahoo.fr
21	N'GORAN Theckly Patricia	PNSME	DC par intérim	07 79 45 41	patricianty@yahoo.fr
22	BECHIR AOUNEN	UNICEF		04 10 82 36	baounen@unicef.org
23	DJAMILA CABRAL	OMS	Représentant	22 51 72 04	cabrald@who.int
24	M'BENGUE Antoinette	IGS/MSHP	Inspecteur de santé	04 54 88 16	tegnetmb2013@gmail.com
25	ANDOH KOUAKOU Hyacinthe	PNSME	DCA	07 67 39 47	k.andoh@yahoo.fr
26	YOUAN BI T Firmin	DSCMP	Chef de service	08 26 01 10	firminyouan2@yahoo.fr
27	DIA Jean Marc	SOGOCI	Représentant	01 95 77 66	jmlaminedia@yahoo.fr
28	KONI ABOH Benjamin Jacques	ONEG	CE	08 16 77 28	benjamin.konin@yahoo.fr
29	ABOU-KONE Pauline	UNFPA	NPS Santé Maternelle	08 08 09 11	abou@unfpa.org
30	ALLO Richard	AIBEF	Directeur Exécutif	41 83 12 52 / 08 08 00 99	richard.allo@yahoo.fr
31	François KOUASSI	PRIMATURE	Assistant de coordonnateur STP-CNN	78 73 96 14	drtkouassi@yahoo.fr
32	KOFFI Alphonse	SOGOCI	Secrétaire Exécutif	07 85 11 24	sogoci.ci@gmail.com
33	N'DRI Ahoutou Louis	PNN	CE	05 65 48 19	ahoutoulouis@yahoo.fr
34	NIAMIEN Guy Richard	PNN	CE	07 81 95 07	nguyrichard@yahoo.fr
35	ZEREGBE TOH	PNSME	CE	48 75 33 16	zeregbetoh@yahoo.fr
36	SEKI Evaldie Ghislaine	PNSME	Chargé de suivi - évaluation	08 98 19 67	evaseki@yahoo.fr
37	ADOU Attian Joséphine	PNSME	Personnel d'Appui	59 55 42 59	cloco_manu@yahoo.fr

BIBLIOGRAPHIE

1. Document de politique nationale de la santé de la reproduction et planification familiale- 2ème édition- Septembre 2008
2. Politiques, normes et protocoles -PNSR-Draft
3. Analyse des Tendances et Déterminants de la Santé Maternelle en Côte d'Ivoire. EDS 2012
4. Plan opérationnel 2015 DC-PNSR/PF ET DC-PNSI/SE- Décembre 2014
5. Cadre d'Accélération de l'Objectif 5 du Millénaire pour le Développement (OMD 5) : Améliorer la santé maternelle- Côte d'Ivoire- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS)
6. Rapport annuel d'activités-DC-PNSR/PF 2012
7. Rapport annuel d'activités-DC-PNSR/PF 2013
8. Maternal mortality in 1990-2015- Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and the United Nations Population Division. CÔTE D'IVOIRE.
9. Validation des données de routine du 1er semestre 2015 de santé de la reproduction, de la planification familiale et de santé infantile. Yamoussoukro, du 19 au 22 août 2015.
10. Évaluation du plan stratégique du programme national de la santé de la reproduction/planification familiale (PNSR/PF)-2010-2014
11. Plan intégré de communication de la stratégie accélérée pour la survie et le
12. Développement de l'enfant- 2011-2014
13. Rapport technique 2014 du Programme National de santé Infantile et de la survie de l'Enfant (PNSI/SE)
14. Plans d'action 2014. Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant (PNSI/SE)- Janvier 2014
15. Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant - Plan d'actions 2012-janvier 2012
16. Bilan d'activités 2012- Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant- Décembre 2012
17. Plan d'action 2013- Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant-Janvier 2013.
18. Rapport annuel 2013 du Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant-
19. Politique Nationale de Santé Infantile-avril 2012
20. Circulaire relative à la consultation prénatale et post-natale -No0025 MSHP/CAB/DC-PNSR/PF- 04-01-2007.
21. Circulaire relative soins obstétricaux d'urgences -No0525/MSHP/CAB/DC-PNSR/PF- 09-01-2007
22. Directives relatives au renforcement des consultations prénatales et post-natales dans les établissements sanitaires- No0525/MSHP/CAB/DC-PNSR/PF- 09-01-2007
23. Directives relatives aux suites de couches immédiates dans les établissements sanitaires- No1630/2011/ MSHP/CAB du - 18-08-2011.
24. Circulaire relative aux soins obstétricaux d'urgence(SOUB)
25. Documents de politique nationale de santé de la reproduction et planification familiale-2eme édition-septembre 2008.

26. Politiques, normes et protocoles
27. Plan National de Développement 2012-2015. Côte d'Ivoire. Tome III : vision de développement et orientations stratégiques. Mai 2012
28. Plan National de Développement Sanitaire 2013 – 2015- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Mai 2012.
29. Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles- Côte d'Ivoire- 2008-2015. Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique.
30. Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction 2010–2014- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS)- Novembre 2009
31. Plan Stratégique de la Planification Familiale 2012–2016- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS)-juin 2012
32. Plan d'action national budgétisé de planification familiale 2015-2020- juillet 2014
33. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS)
34. Plan Stratégique National de la Survie de l'Enfant-2012-2015
35. Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2009- 2013. Abidjan, septembre 2008
36. Enquête Démographique et de Santé - Côte d'Ivoire-1998-1999- Décembre 2001
37. Enquête sur les Indicateurs du Sida- Côte d'ivoire- 2005- Ministère de la Lutte contre le SIDA- Institut National de la Statistique – RETROCI Abidjan, Côte d'Ivoire- ORC Macro- Calverton, Maryland, U.S.A- Décembre 2006
38. Enquête à indicateurs multiples, Côte d'Ivoire 2006, Rapport final, Abidjan, Côte d'Ivoire : Institut National de la Statistique. Institut National de la Statistique (INS) [Côte d'Ivoire].2007
39. Etude qualitative sur l'utilisation des services de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) en Côte d'Ivoire 2009- Rapport final, Abidjan, Côte d'Ivoire: Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène Publique (DC-PNSR)-CRESAR-CI-UNFPA
40. République de Côte d'Ivoire Santé, Nutrition et Population - Rapport Analytique Santé Pauvreté- Décembre 2010 Le Groupe Banque Mondiale Région Afrique Développement Humain & Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire
41. Enquête sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant-2010, Rapport final, Abidjan, Côte d'Ivoire : Institut National de la Statistique (INS) [Côte d'Ivoire]. 2011.
42. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011- 2012- République de Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) Institut National de la Statistique, Ministère d'État, Ministère du Plan et du Développement (MEMPD) Abidjan, Côte d'Ivoire- MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA Juin 2013-
43. Enquête nationale 2013 sur les services et les produits de la Santé de la Reproduction- Rapport- Abidjan, janvier 2014- ENSEA-
44. Enquête nationale 2014 sur les services et les produits de la Santé de la Reproduction- Rapport- Abidjan, Février 2015- ENSEA
45. Rapport sur les progrès des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) spécifiques à la santé Côte d'Ivoire- Avril 2015- Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida (MSLS).
46. Evaluation du plan stratégique du Programme National de la Santé de la Reproduction/planification familiale (PNSR/PF) 2010-2014.
47. Rapport national 2013 et du premier semestre 2014 de suivi des indicateurs de santé de la reproduction et de la santé infantile
48. Surveillance, Revue et Riposte des Décès Maternels en Côte d'Ivoire. Point au premier semestre 2015- Aout 2015

49. FP2020-Partnership in progress-2013-2014- FP2020- www.familyplanning2020.org
50. Dictionnaire des indicateurs nationaux de santé -Edition 2015- Direction de la Prospective de la planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS)
51. Enquête sur les flux des ressources financières affectées aux activités relatives à la population en 2013-rapport final 2015
52. Comptes de la santé. Exercices 2009, 2010- sous compte VIH/SIDA, santé de la reproduction, santé infantile
53. Normes de fonctionnalité des établissements sanitaires publics
54. Revue du plan stratégique national 2012-2015 de lutte contre l'infection a VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles. Juillet 2015
55. Arrêté n° 133/MSLS/CAB du 20 mars 2015 portant création, organisation, attributions et fonctionnement du Programme National de Santé de la Mère et de I'Enfant en abrégé PNSME
56. Directives relatives au renforcement des consultations prénatales et post-natales dans les établissements sanitaires- No0026/MSHP/CAB - 04-01-2007
57. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale et déterminants sociodémographiques de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes en Côte d'Ivoire - UNFPA
58. Formation des agents de santé en technologie contraceptive. Cahier du participant- PNSR/PF
59. Formation des agents de santé en technologie contraceptive. Guide du Formateur- PNSR/PF
60. Formation des agents de santé en technologie contraceptive. Manuel de référence- révision novembre 2011- PNSR/PF
61. Bilan d'activités 2012 (PNLP)
62. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2012-2015 révisé - période: 2014-2017
63. Directives de prise en charge du paludisme Version révisée, mai 2013 PNLP
64. politique nationale de lutte contre le paludisme, version mai 2013
65. Plan d'action 2014 de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire – janvier 2014
66. Plan d'action 2015 de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire –janvier 2015
67. Plan national de suivi et évaluation de la lutte contre le paludisme 2012-2015 revissé -période : 2014-2017
68. Plan national de suivi et évaluation de la lutte contre le paludisme 2012-2015 décembre 2012
69. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2012 décembre 2012
70. Rapport annuel 2014 PNLP 25 03 2015 draft 1
71. Rapport Atelier bilan 2013 et plan d'action 2014 du programme national de lutte contre le paludisme du 08 au 10 Janvier 2014
72. Rapport annuel des Indicateurs VIH du Secteur Santé et Communautaire en Côte d'Ivoire 2014 - Aout 2015
73. Rapport annuel des Indicateurs VIH du Secteur Santé en Côte d'Ivoire- 2013 - Juin 2014
74. Directives nationales de prise en charge thérapeutique de la Tuberculose-février 2011
75. Plan stratégique national 2012-2016 de lutte contre la Tuberculose

76. Plan stratégique national de lutte contre la Tuberculose 2016-2020 - janvier 2015
77. Rapport annuel du programme national de lutte contre la Tuberculose Année 2012
78. Rapport annuel du programme national de lutte contre la Tuberculose Année 2013
79. Rapport annuel du programme national de lutte contre la tuberculose Année 2014
80. Contribution du PNSSU a la collecte de données dans le cadre de la revue de performance des programmes de SMNI
81. Plan d'action 2015 PNSSU. Stratégie de renforcement des capacités des centres de santé scolaire et de prise en charge des cas dans la lutte contre le VIH/SIDA
82. Plan stratégique national de la santé des adolescents et jeunes (2010 –2014) - janvier 2010
83. Plan stratégique national de la santé des adolescents et des jeunes 2016-2020 - PNSSU, UNICEF, OMS
84. Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes 2016 – 2020