

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline – Travail



MINISTRE DE
LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Décembre 2011

LISTE DES ABREVIATIONS	3
REMERCIEMENTS.....	4
PREFACE.....	5
INTRODUCTION	6
1. CONTEXTE GENERAL.....	7
2. ANALYSE DE LA SITUATION.....	10
3. PROBLEMES PRIORITAIRES	18
4. VISION ET PRINCIPES	19
5. OBJECTIFS	20
6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	21
7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	23
8. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION	25
CONCLUSION	26

LISTE DES ABREVIATIONS

AMD	: Atelier de Maintenance de District
ARV	: Antirétroviraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
COGES	: Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires
CPN	: Consultation Périnatale
CREMM	: Centre Régional d'Équipement, de Matériel et de Maintenance
CSR	: Centre de Santé Rural
CSU	: Centre de Santé Urbain
CSUS	: Centre de Santé Urbain Spécialisé
ENMCI	: Enquête Nutrition Mortalité Côte d'Ivoire
EPN	: Etablissement Public National
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine
HG	: Hôpital Général
HTA	: Hypertension Artérielle
IEC	: Information-Education-Communication
IHP+	: International Health Partnership + (Partenariat International pour la Santé)
INFAS	: Institut National de Formation des Agents de Santé
INS	: Institut National de la Statistique
LNME	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MUGEFCI	: Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PBF	: Performance-Based Financing (Financement Basé sur la Performance)
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PPTÉ	: Pays Pauvre Très Endetté
PSDRHS	: Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines de la Santé
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	: Ressources Humaines de la Santé
SIG	: Système d'Information et de Gestion
SISR	: Système d'Information Sanitaire de Routine
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SSP	: Soins de Santé Primaires
VIH/Sida	: Virus de l'Immunodéficience Humaine Acquise/Syndrome d'Immunodéficience Humaine Acquise
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
UNFPA	: United Nations Fund for Population (Fonds des Nations-Unies pour la Population)

REMERCIEMENTS

Le processus de formulation de la Politique Nationale de Santé, cadre de développement du secteur de la santé, traduit la parfaite collaboration entre le Ministère en charge de la Santé et ses partenaires techniques et financiers.

En effet, cet exercice de formulation n'a pas été l'exclusivité du Ministère seul, puisqu'il a réuni l'ensemble des acteurs qui œuvrent pour la promotion de la santé dans notre pays.

Aussi, le Gouvernement à travers le Ministère en charge de la Santé voudrait-il sincèrement remercier l'ensemble des Experts nationaux et ceux des agences de coopération internationale en matière de santé qui ont hautement contribué à la réalisation de ce document de politique.

Ces remerciements s'adressent :

- aux différents Experts Nationaux du Ministère en charge de la Santé, pour leur entière disponibilité et les efforts consentis pour l'élaboration de ce document,
- aux Experts des autres Ministères techniques pour leurs contributions très appréciées, notamment le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, le Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Solidarité, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative,
- aux Ordres, Syndicats et Associations des professionnels du secteur de la santé,
- aux Experts du secteur privé sanitaire,
- aux Partenaires associatifs du secteur de la santé,
- à l'ensemble de nos Partenaires techniques et financiers de la coopération multilatérale, bilatérale et des Organisations Non Gouvernementales internationales (OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, ONUSIDA, Banque Mondiale, Union Européenne, PEPFAR, Abt Associates, EGPAF, HKI, etc.) pour leur grande mobilisation, leur participation pleine et active tout au long du processus de formulation de la PNS.

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida a la ferme conviction que nous poursuivrons ensemble nos efforts pour la mise en œuvre de la PNS à travers le Plan National de Développement Sanitaire.

PREFACE

La Côte d'Ivoire a perçu, depuis de nombreuses décennies, l'importance de la santé dans le développement harmonieux et durable d'un pays. Aussi, le Gouvernement a-t-il intégré, dans les plans de développement, les recommandations de la conférence d'Alma Ata en 1978 sur les Soins de Santé Primaires.

La réforme du système sanitaire ivoirien a commencé en 1985, par la création des Directions Régionales, et en 1992, par la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, avec la pratique du recouvrement des coûts des actes de soins au sein des établissements publics et l'adoption de la politique du District Sanitaire en 1994.

Le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005 a été le premier plan sectoriel adopté par le Gouvernement. Il ambitionnait d'améliorer l'accessibilité aux services sanitaires et de promouvoir les Soins de Santé Primaires par la définition et la mise en œuvre d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) au niveau des différents échelons de la pyramide sanitaire. Les événements socio-politiques de 1999 ont entraîné l'arrêt de la coopération technique et financière avec plusieurs partenaires, constituant ainsi un handicap majeur pour la mise en œuvre de ce plan.

Un processus d'élaboration d'un second plan a abouti en 2009 à la validation du PNDS 2009-2013 qui a tenu compte des besoins liés à la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté et de l'engagement dans la poursuite des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ce PNDS était un plan de transition avant la stabilisation durable du pays. La mise en œuvre de ce plan de transition a souffert de l'instabilité institutionnelle et organisationnelle au niveau de l'Etat et du Ministère en charge de la Santé. Cette situation a été exacerbée par les troubles post-électorales de Novembre 2010.

Le retour à un ordre constitutionnel normal depuis mai 2011, a permis au Gouvernement d'engager la réflexion relative à l'élaboration de ce Document de Politique Nationale de Santé avec l'ensemble des parties prenantes intervenant dans le secteur de la santé. Cette politique sanitaire tient compte du nouvel environnement socio-économique du pays et des nouvelles orientations politiques du secteur de la santé. Elle vise donc à définir les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques du Gouvernement en matière de santé.

Dans cet optique, le Gouvernement de Côte d'Ivoire a d'ores et déjà pris des dispositions majeures que sont la décision de gratuité des actes de santé pour certaines cibles de la population et l'adhésion à l'initiative « International Health Partnership + » (IHP+) (Partenariat International pour la Santé). Ces actes traduisent l'engagement des autorités à redonner à la santé son rôle de moteur du développement durable.

Le Ministère en charge de la santé assumera son leadership dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé sous l'autorité du Gouvernement à travers le Plan National de Développement Sanitaire qui en découle et qui constituera le référentiel pour l'ensemble des interventions dans le domaine de la santé.

Professeur Thérèse A. N'DRI-YOMAN
Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida

INTRODUCTION

L'absence d'une politique nationale de santé malgré la succession de deux Plans Nationaux de Développement Sanitaire (1996 – 2005 et 2009 – 2013), a rendu difficile le pilotage global du secteur et la coordination des interventions en santé.

Pour pallier à cette faiblesse du système de santé, le Gouvernement a fait de l'élaboration d'un document de Politique Nationale de Santé, une priorité. Par ailleurs, en adhérant au Partenariat International pour la Santé (IHP+), la Côte d'Ivoire réaffirme sa détermination à disposer d'une politique de santé.

Le partenariat international pour la santé vise à l'amélioration des résultats de santé à travers une mobilisation des pays donateurs, des partenaires au développement et des agences internationales de santé autour d'une seule stratégie nationale de santé. Cette stratégie est guidée par le principe de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et a pour but la réalisation des OMD en matière de santé.

Cette politique sanitaire constitue un ensemble d'orientations fondé sur des valeurs et des principes de base, visant à influencer les décisions et les actions à long terme pour l'amélioration de la santé et le bien-être des populations. A ce titre, elle définit les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques du Gouvernement en matière de santé.

Le présent document de politique sanitaire est le résultat d'une analyse situationnelle approfondie partant du niveau périphérique vers le niveau central et de larges concertations entre les principaux acteurs du système sanitaire. Il prévoit la création d'un cadre propice de référence dans lequel la réponse nationale aux problèmes de santé et à ceux liés à la santé doit être cohérente, efficace et rationnelle.

1. CONTEXTE GENERAL

1.1. Contexte géographique

Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre le 10^{ème} degré de latitude Nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.

Le climat est de type tropical humide et réparti en climat équatorial humide au sud et climat tropical de type soudanais au nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au nord, avec des températures élevées dont la moyenne est de 30°C.

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

Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

1.2. Contexte démographique

La population de la Côte d'Ivoire était estimée, en 2011, à 22 594 238¹ habitants, dont 48% vivait en zone urbaine en 2006².

Cette population se caractérise par un taux d'accroissement élevé (2,8% par an) et par sa jeunesse (43% de la population totale ont moins de 15 ans). En outre, 49% sont des femmes dont 51% sont en âge de reproduction. La fécondité est élevée et elle se traduit en 2006³ par un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme.

Carrefour d'échanges économiques et culturels, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration.

1.3. Contexte administratif

Selon l'ordonnance n°2011-262 du 28 septembre 2011, le territoire national est organisé au niveau déconcentré en deux (2) Districts Autonomes (Yamoussoukro et Abidjan), douze (12) Districts et trente (30) Régions administratives. Yamoussoukro et Abidjan sont respectivement les capitales politique et économique.

1.4. Contexte socioculturel

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque).

La langue officielle est le Français.

Selon l'ENV 2008, le niveau d'alphabétisation est relativement faible (55,8 % chez les 15-24 ans). Le taux de scolarisation dans le primaire était de 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. En milieu rural, il est de 49,8% et 68,2% en milieu urbain.

¹ Estimation 2010 de l'INS basée sur le RGPH 1998.

² Rapport national sur l'Etat et le devenir de la Population de la Côte d'Ivoire 2006

³ MICS 2006

1.7.1. Facteurs socioculturels

Le faible niveau général d'instruction, d'éducation de la population notamment au niveau des filles et les pesanteurs socioculturelles accroissent les pratiques néfastes à la santé (mauvaise alimentation, lévirat, mariage précoce, excision). Ces facteurs entraînent ainsi des changements significatifs dans les modes de vie des populations Ceci explique en partie l'émergence de certaines affections telles que le diabète, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle (HTA), le cancer, l'obésité et les cardiopathies⁴.

1.7.2. Facteurs environnementaux

Le manque d'hygiène, la méconnaissance des normes nationales d'hygiène alimentaire, la mauvaise gestion des déchets (ménagers, industriels, biomédicaux), les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance d'assainissement constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations. Tous ces facteurs d'exposition accroissent les risques sanitaires et expliquent en partie la fréquence élevée des maladies infectieuses et parasitaires et les nombreuses pollutions observées dans l'environnement.

1.7.3. Facteurs socio-économiques

Le faible niveau de revenu d'une frange importante de la population et la paupérisation croissante, notamment en milieu rural, constituent des facteurs majeurs d'inaccessibilité aux soins et autres services sociaux de base en Côte d'Ivoire.

1.7.4. Facteurs liés au système de santé et équité

L'absence d'un mécanisme de couverture universelle ou de protection contre le risque financier lié à la maladie, l'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires influencent l'état de santé des populations.

En effet, selon la MICS 2006, il existe des disparités importantes du fait du statut socioéconomique des populations et de leur situation géographique. D'une part les enfants des ménages appartenant au quintile des plus pauvres ont deux fois moins de chance de recevoir des soins en cas de maladies, et d'autre part les femmes accouchant dans les régions de l'ouest et du nord-est ont trois fois moins de chance de recevoir une assistance par du personnel de santé qualifié que celles de la ville d'Abidjan.

1.8. Organisation du système de santé ivoirien

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal comprenant trois (03) niveaux et deux (02) versants. Un versant gestionnaire ou administratif et un versant prestataire ou offre de soins.

Le versant prestataire ou offre de soins comprend (i) le niveau primaire représenté par les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), premier échelon du district, dont 1237 Centres de Santé Ruraux (CSR), 514 Centres de Santé Urbains (CSU), 127 Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS) et 32 Formations Sanitaires Urbaines (FSU)⁵, (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, deuxième échelon du district avec 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 66 Hôpitaux Généraux (HG) et (iii) le niveau tertiaire composé

⁴ Rapport santé dans le monde 2010, OMS

⁵ Données administratives DIEM 2011

des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence dont (4) Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) et les instituts spécialisés.

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Défense, Economie et Finances, Fonction Publique, Emploi, Solidarité et Affaires sociales, Education Nationale, Intérieur).

Le versant gestionnaire ou administratif est constitué du (i) niveau central avec le Cabinet du Ministre, les directions et services centraux, les programmes de santé chargés de la définition de la politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé, du (ii) niveau intermédiaire composé de 20⁶ Directions Régionales qui ont une mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire et du (iii) niveau périphérique composé de 79⁷ Directions Départementales de la santé ou Districts sanitaires à ce jour, qui coordonnent l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et fournissent un support opérationnel et logistique aux services de santé.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé. Il est subdivisé en aires sanitaires ou bassins de desserte des ESPC.

L'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé. L'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon. Un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre les deux échelons. Les paquets d'activités des deux échelons sont complémentaires et ne se chevauchent pas.

Chaque ESPC offre des activités curatives, préventives et promotionnelles conformément au PMA défini pour son niveau. En milieu urbain, certains ESPC (FSU) offrent selon le plateau technique des prestations supplémentaires spécialisées.

Au niveau communautaire, des initiatives sont en cours pour prolonger l'action sanitaire au sein des populations bénéficiaires et rapprocher d'elles certains soins de base.

Il existe plusieurs programmes de santé. Ces programmes ciblent certaines pathologies prioritaires (VIH/Sida, paludisme, tuberculose, cancers, les maladies évitables par l'immunisation) et certains groupes de population tels que les femmes, les enfants de moins de cinq ans, les élèves (santé de la reproduction, santé infantile, santé scolaire).

Le secteur sanitaire privé lucratif s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes catégories et comptabilise en 2011, 2036 établissements de santé privés.

Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

A côté de ces deux secteurs, la médecine traditionnelle, en pleine réorganisation, occupe une place relativement importante.

Concernant les ressources humaines, le pays dispose d'un potentiel en ressources humaines de santé de diverses compétences. En 2010, l'effectif du secteur public s'élève à 21 254 agents dont 85% sont des prestataires de soins avec 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2553 sages femmes.

Les effectifs en 2007 dans le secteur privé étaient de 790 médecins, 1173 infirmiers et 184 sages-femmes.

⁶ Arrêté n°09/MSLS du 02 février 2012 portant liste des DRSLs

⁷ Arrêté n°08/MSLS du 02 février 2012 portant liste des DDSLS

2. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. Situation épidémiologique

2.1.1. Mortalité générale

La mortalité générale avait baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. Le taux brut de mortalité est passé de 12,3‰⁸ en 1988 à 14‰ en 2006⁹. L'espérance de vie à la naissance était de 51,3 ans en 2006¹⁰.

Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. On relève, entre autres, la dégradation continue des conditions de vie des populations, la persistance des maladies endémo-épidémiques, le VIH/Sida, une alimentation quantitativement et qualitativement insuffisante, les pratiques en matière d'alimentation et les causes liées aux modes de vie moderne.

2.1.2. La mortalité maternelle

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont les principales causes de mortalité maternelle. Principalement due à l'hémorragie (36%), aux dystocies (20%), à l'éclampsie (18%) et aux avortements compliqués (15%)¹¹, cette mortalité s'élève à 543¹² décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005.

Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux et en soins nutritionnels, une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au décours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

2.1.3. La mortalité des moins de cinq ans

Les causes néonatales, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le Sida et la rougeole sont les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Et la malnutrition constitue la toile de fond de toutes ces causes.

Selon l'EIS 2005, la mortalité néonatale est de 41 pour mille naissances vivantes et est attribuée à la prématurité (29%), aux infections sévères (23%), à l'asphyxie (19%) et au tétanos néonatal (12%). La mortalité infanto-juvénile est de 125 pour mille naissances vivantes et est attribuée quant à elle aux causes néonatales (35%), au paludisme (21%), à la pneumonie (20%), à la diarrhée (15%), au Sida (6%), à la rougeole (3%). La malnutrition contribue globalement à la mortalité infanto-juvénile à plus d'un tiers, avec 16,5 % des enfants qui naissent avec un petit poids de naissance et qui sont susceptibles de mourir durant le premier mois de vie.

En 2008, l'incidence de ces pathologies était très élevée avec 217,31‰ pour le paludisme, 82,53‰ pour les infections respiratoires aiguës, 41,07‰ pour les maladies diarrhéiques et 374 cas suspects de rougeole. En 2011, les prévalences de la malnutrition chronique, de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition aiguë étaient respectivement de 27,3%, 15,7% et 5,4%.

2.1.4. Le VIH/Sida et les IST

⁸ RGPH 1998, volume 4 : analyse des résultats, tome 5 : mortalité

⁹ Base de données de l'annuaire statistique, DIPE/MSHP 2001-2006

¹⁰ RGPH 1998, projection 2006

¹¹ EIS 2005

¹² EIS 2005

Selon le rapport 2010 de l'ONUSIDA, la prévalence estimée du VIH/Sida en 2009 était de 3,4% avec une prévalence plus élevée chez les femmes (6,4%) que chez les hommes (2,9%). L'enquête de sérosurveillance sentinelle en 2008 indiquait un taux de séropositivité de 4,5% chez les femmes enceintes. Les régions les plus touchées étaient le Centre-Est (5,8%), le Sud (5,5%) et la ville d'Abidjan (6,1%). La prévalence était plus élevée en milieu urbain (5,4%) qu'en milieu rural (4,1%). Le VIH/Sida touche en majorité la tranche d'âge des 15-49 ans avec un pic pour les 30-34 ans. Par ailleurs, l'épidémie en Côte d'Ivoire est caractérisée par la présence des deux virus : VIH 1 et VIH 2.

Le nombre de personnes sous ARV est passé de 2473 en 2003 à 72 011 à fin 2009¹³. Dans le cadre de la PTME, 43% des sites de CPN offrent des services, 42% des femmes enceintes dépistées, infectées et éligibles au traitement ont reçu des ARV au cours de l'année 2009. Depuis 2008, les ARV sont distribués gratuitement aux malades éligibles au traitement.

2.1.5. Le paludisme

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. En effet, ce fléau représente la première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. En 2008, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 84,16‰. De 2006 à 2008, l'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) a connu une progression significative de 3% à 14,8%¹⁴.

En 2006, seulement 26%¹⁵ des enfants de moins de cinq ans avaient reçu un traitement approprié. Depuis 2010 les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT) sont distribuées gratuitement.

2.1.6. La tuberculose

En 2009, le taux de mortalité lié à la tuberculose était estimé à 85 cas pour 100 000 habitants. L'incidence des cas déclarés toutes formes confondues pour l'année 2010 était de 106 cas pour 100 000 habitants.

La co-infection tuberculose - VIH/Sida pose problème. En 2007¹⁶, cette co-infection était d'environ 39% et l'incidence de la tuberculose multi-résistante était estimée à 2,5%. En outre, sur 11 085 patients tuberculeux testés, 4311 étaient positifs pour le VIH et 1129 avaient reçu un traitement contre la tuberculose et le VIH soit 26% des patients co-infectés. La proposition de test VIH chez les patients tuberculeux initiée depuis 1998 a été portée à échelle à partir de 2004.

2.1.7. Les autres maladies transmissibles

Une résurgence de certaines maladies évitables par la vaccination notamment la rougeole avec 1059 cas suspects dont 349 cas confirmés, le tétanos néonatal avec 3 cas confirmés dans 3 districts sanitaires et la fièvre jaune avec 511 cas suspects et 11 cas confirmés a été observée.

Concernant la poliomyélite, 36 cas de poliovirus sauvage ont été confirmés en 2011 sur 511 cas de paralysies flasques aiguës notifiées, alors que la Côte d'Ivoire était en voie de certification en 2001.

¹³ Rapport national de la lutte contre le sida, 2009

¹⁴ Rapport National OMD Août 2010

¹⁵ MICS 2006

¹⁶ Rapport annuel PNLT 2007

De janvier à décembre 2011¹⁷, 146 cas de méningites purulentes dont 26 décès ont été enregistrés.

Les fréquentes pénuries d'eau dans certaines localités tant urbaines que rurales et les difficultés de gestion de l'hygiène environnementale et alimentaire y compris l'insuffisance de lavage des mains constituent les facteurs de risques¹⁸.

Enfin, l'ulcère de Buruli est à l'origine de nombreux cas d'infirmité permanente enregistrés notamment chez des enfants d'âge scolaire. Le nombre de cas cumulé est passé de 500 en 1994 à 25 000 en 2006¹⁹.

2.1.8. Les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles sont pour une grande part liées aux pratiques nutritionnelles et aux habitudes de vie.

Elles sont dominées par les maladies chroniques telles que le diabète sucré avec une prévalence de 5,7% de la population adulte, l'hypertension Artérielle (HTA) actuellement en nette progression avec une prévalence de 21,7%²⁰ sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, et les cancers avec 15 000²¹ nouveaux cas attendus par an.

D'autres maladies non transmissibles telles que les toxicomanies, l'insuffisance rénale, les maladies odonto-stomatologiques, les affections ophtalmologiques et les maladies mentales sont également en progression.

En 2005²², la prévalence du tabagisme quotidien était de 9,5% et la prévalence du tabagisme non quotidien de 4,1% dans la population âgée de 15 à 64 ans.

2.1.9. Situation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)

Selon le rapport 2010²³ sur les OMD, si les efforts du Gouvernement et de ses partenaires ne sont pas intensifiés pour leur accélération, aucun OMD lié à la santé ne pourra être atteint en 2015.

Au sujet de l'OMD 1C, la tendance de l'insuffisance pondérale bien qu'étant à la baisse reste préoccupante (20,2% en 2006²⁴).

Concernant l'OMD 4, la mortalité infanto-juvénile a connu une hausse entre 1990 et 1998 en passant de 151‰ à 174‰. Cette tendance s'est inversée pour atteindre 125‰ en 2005²⁵. Le taux de mortalité des moins de 5 ans n'a décru que de 1% en moyenne depuis 1990, alors que pour atteindre les objectifs de 2015, il aurait dû diminuer d'au moins 15% par an. Ce niveau élevé de mortalité s'explique par la faible couverture des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité des moins de 5 ans avec 33% d'utilisation des SRO, 26% de prise en charge du paludisme et 19% d'utilisation d'antibiotique pour les IRA.

¹⁷ Rapport d'activités, INHP 2011

¹⁸ Rapport 2011 Service de surveillance épidémiologique, INHP

¹⁹ REPCI 2006

²⁰ Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005 – Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles

²¹ Registre national du cancer en Côte d'Ivoire - CHU de Treichville, 2004

²² Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005

²³ Rapport national 2010 sur l'avancée vers les OMD

²⁴ MICS 2006

²⁵ EIS 2005

Pour l'OMD 5, les données révèlent une lente amélioration des indicateurs de santé maternelle (de 597²⁶ en 1994 à 543²⁷ pour 100 000 naissances vivantes en 2005). Cette amélioration se justifie par une réorientation des interventions sanitaires à l'endroit des femmes centrées spécifiquement sur la santé de la reproduction. Toutefois de nombreux efforts sont indispensables pour augmenter les couvertures des interventions en faveur de la mère qui restent faibles (23,14% de taux de CPN3, 63,74% de taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié).

La lutte contre les pathologies inscrites dans l'OMD 6 constitue un défi majeur pour le système de santé ivoirien. La prévalence estimée du VIH/Sida dans la population générale est passée de 6,9% en 2000 à 4,7% en 2005, puis 3,7% en 2008 et 3,4% en 2009²⁸. L'incidence du paludisme a augmenté de 2000 à 2008, passant de 80 à 84,16 pour mille. Depuis 2000, l'incidence de la tuberculose augmente chaque année en moyenne de 5% du fait de la co-infection avec le VIH.

2.2. Diagnostic du système de santé

Le diagnostic du système de santé s'est basé sur les 6 piliers du système de santé à savoir la gouvernance, les ressources humaines en santé, les médicaments et infrastructures sanitaires, le financement de la santé, les prestations de services et enfin l'information sanitaire.

2.2.1. Leadership et Gouvernance

On observe au niveau du leadership, une faiblesse caractérisée par l'absence d'un cadre unique d'intervention de tous les acteurs du système de santé. Cela se traduit par l'insuffisance de coordination des interventions de ces acteurs.

Concernant la gouvernance du système de santé, l'analyse met en évidence de nombreux dysfonctionnements.

(i) L'échelon central est à la fois éclaté et très puissant, avec une politique de décentralisation insuffisante et inachevée, une insuffisance en supervisions et contrôles des activités de santé et une faible stratégie de planification ascendante et participative.

(ii) Le niveau intermédiaire est marqué par des pouvoirs dévolus importants, des ressources insuffisantes pour leur mise en œuvre et une absence de plans régionaux de développement sanitaire.

(iii) Le niveau opérationnel est caractérisé par de très fortes sollicitations, une coordination insuffisante des interventions, un système de référence-contre référence non fonctionnel, une insuffisance de supervision et des équipes-cadres de districts peu opérationnelles, une insuffisance de monitoring des activités des ESPC et des pratiques familiales essentielles liées en grande partie au manque de ressources humaines qualifiées, ainsi qu'à l'insuffisance des moyens logistiques et financiers.

Au niveau institutionnel, le secteur de la santé est caractérisé par l'existence de nombreux textes législatifs et réglementaires qui sont pour la plupart, insuffisamment diffusés, mal ou pas du tout appliqués. On note aussi une non-actualisation et l'inexistence de certains textes face aux évolutions observées dans le secteur.

En outre, la Côte d'Ivoire n'est pas parvenue à mettre en œuvre une participation communautaire satisfaisante. Les COGES des établissements restent assez peu représentatifs et participent très peu à la gestion des établissements sanitaires ainsi qu'à la prise de décision.

²⁶ EDS 1994

²⁷ EIS 2005

²⁸ Rapport ONUSIDA 2010

L'expansion du secteur sanitaire privé s'est effectuée dans des conditions anarchiques, ne respectant pas toujours les normes en vigueur. En 2009, on comptabilisait 1482 établissements tout type confondu non autorisés par le ministère de la santé sur les 2036 établissements répertoriés.

2.2.2. Médicaments, vaccins intrants stratégiques et infrastructures sanitaires

La PSP, centrale d'achat ivoirienne des médicaments pour le secteur public est handicapée par une dette à l'égard de ses fournisseurs, consécutifs aux difficultés du Trésor public à liquéfier ses avoirs.

En 2011, la PSP a couvert à peine 30% des besoins en médicaments et autres intrants stratégiques. Ceci est dû d'une part à des ruptures quasi constantes, aussi bien en périphérie qu'au niveau central et d'autre part à l'absence de déconcentration de son activité d'approvisionnement des structures sanitaires périphériques en médicaments et autres intrants stratégiques (4 livraisons par mois à Abidjan et 1 livraison par mois à l'intérieur du pays).

Au niveau périphérique, les districts sanitaires souffrent d'une insuffisance de moyens logistiques pour assurer l'approvisionnement en médicaments de leurs centres de santé. On note également, le non-respect des prix homologués des médicaments par les formations sanitaires.

Au niveau du secteur privé, trois grossistes-répartiteurs assurent l'approvisionnement d'un réseau de plus de 700 officines installées principalement en milieu urbain. Les produits pharmaceutiques commercialisés sont globalement inaccessibles à une bonne partie de la population.

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

L'utilisation rationnelle des médicaments, connaît quant à elle d'importants problèmes au niveau de la prescription, de la dispensation et de l'observance des traitements.

Parallèlement à ces deux secteurs réglementés, le marché illicite et le phénomène de la contrefaçon des médicaments ont pris de l'ampleur depuis plusieurs années et sont à l'origine de nombreuses conséquences économiques et sanitaires, en raison d'une insuffisance du contrôle de la qualité des médicaments, et d'une insuffisance de réglementation dans le secteur.

Concernant les vaccins, les dotations budgétaires de l'état ces dernières années ne sont pas exécutées. Ce qui entraîne une dépendance vis-à-vis des partenaires qui assurent la totalité de l'achat.

Pour les produits sanguins, leur production est faible et occasionne des ruptures au niveau périphérique.

Concernant les infrastructures et les équipements sanitaires, ils sont en nombre insuffisant et inégalement répartis sur le territoire national. En 2007, seulement 44% de la population vivait à moins de 5 km d'un établissement sanitaire.

Il existe une grande disparité entre les plateaux techniques des établissements de santé de même niveau dans la pyramide sanitaire. Ces plateaux techniques sont vétustes et parfois non conformes aux normes. Souvent, la construction de ces établissements ne tient compte ni des normes ni de la carte sanitaire. Ces infrastructures ainsi que leurs équipements souffrent d'une insuffisance de maintenance préventive et curative du fait de la faible répartition des unités déconcentrées de maintenance qui ne disposent pas de moyens financiers, matériels, logistiques et humains adéquats. On comptabilise seulement six Centres Régionaux du Matériel, de l'Équipement et de la Maintenance (CREMM), trois

Ateliers de Maintenance de District (AMD) et des services techniques dans les EPN, dans certains CHR et HG sur l'ensemble du territoire.

La non-standardisation des équipements et matériels des services médicaux techniques rend difficile la commande des intrants au niveau de la centrale d'achat.

En outre, l'accès aux établissements de santé est parfois difficile en milieu rural à cause du mauvais état des routes. Par ailleurs, la prise en charge des patients est rendue plus difficile encore par l'absence de raccordement de certains centres de santé au réseau électrique et à une source d'eau potable.

2.2.3. Financement du système

En 2008²⁹, le financement du système de santé en Côte d'Ivoire est assuré majoritairement par les ménages à travers le paiement direct et les assurances privées à 70%, à 17% par l'Etat, et à 13% par les partenaires au développement. Il faut préciser que les dépenses des ménages vont en grande partie (75%) dans l'achat de médicaments dans les officines privées.

La part annuelle du budget de l'Etat alloué au ministère de la santé reste très faible. Elle était de 4% en moyenne de 2006 à 2010, ce qui reste nettement en deçà des engagements pris par les Chefs d'Etat africains au sommet d'Abuja en 2001 (15%). De plus les ressources ne sont pas réparties en fonction des priorités du secteur (soins de santé primaires et OMD y compris l'équilibre des ressources octroyées aux investissements et au fonctionnement).

Par ailleurs, on note l'absence d'un système de protection universelle du risque maladie. Et seulement 4% de la population bénéficie effectivement d'une couverture maladie à travers les assurances privées et la MUGEFICI.

2.2.4. Ressources Humaines en santé

Malgré l'importance numérique du personnel de santé en Côte d'Ivoire (avec des ratios de 1 médecin/5695 habitants, 1 infirmier/2331 habitants, 1 sage-femme/3717 femmes en âge de procréer), l'offre en la matière demeure insatisfaisante. Elle est caractérisée par une pénurie du personnel paramédical dont la part dans l'effectif global est en baisse et une forte disparité dans la répartition du personnel de santé avec une concentration au profit des régions du Sud du pays, notamment à Abidjan.

La formation du personnel de santé est caractérisée par une faible capacité de production du personnel paramédical (infirmiers et sages-femmes) au niveau initial et par une multiplicité d'intervenants (ordres professionnels, Ministères, Institutions de formation, syndicats professionnels, partenaires au développement) au niveau continu, ce qui pose un problème de coordination et d'utilisation du personnel formé.

Par ailleurs, on note l'absence d'un système de motivation du personnel basée sur la performance, d'une fonction publique hospitalière et une insuffisance en information et gestion des ressources humaines en santé.

²⁹ Comptes Nationaux de Santé 2007-2008

2.2.5. Prestation de services

L'offre des prestations de service de santé est caractérisée par l'insuffisance de la délivrance du PMA aux différents niveaux de la pyramide sanitaire du fait de la vétusté et de l'inadéquation des plateaux techniques, de l'inaccessibilité géographique et financière, des faibles appropriation et participation des communautés bénéficiaires et de l'insuffisance de collaboration avec le secteur privé.

Par ailleurs, l'absence de démarcation franche entre l'offre du PMA des ESPC et celle des hôpitaux de référence ne favorise pas l'opérationnalité du système de référence/contre-référence. On constate également une faible disponibilité des services de santé fixes, une insuffisance des stratégies avancées pour les activités programmables (vaccination, CPN, déparasitage, supplémentation en vitamine A), l'insuffisance voire l'absence d'application des directives, normes et standards (PMA), et l'insuffisance de sensibilisation des populations sur l'offre de soins, la nutrition et l'hygiène.

Concernant la demande de soins, les insuffisances de l'offre et la qualité très moyenne des services réduisent en partie l'utilisation des services notamment pour les soins curatifs. Les taux d'utilisation et de fréquentation des établissements sanitaires étaient respectivement de 17,9% et de 20.6% en 2008.

Les nombreux programmes de santé verticaux sont confrontés parfois à des chevauchements dans leurs missions, aux mêmes populations cibles et à l'insuffisance d'intégration de leurs activités au niveau du district.

Au niveau communautaire, l'absence de cadre réglementaire, l'insuffisance de mise en œuvre du paquet d'interventions défini en faveur des relais communautaires et le manque de motivation des Agents de Santé Communautaires (ASC) constituent les principales difficultés à la mise en œuvre des activités communautaires.

La promotion de la santé qui fait toutefois partie du PMA n'est pas mise en œuvre de manière systématique. Cela, malgré qu'il soit reconnu mondialement que l'adoption de pratiques positives de santé et de nutrition (allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, lavage des mains, utilisation de la MILDA et de la SRO+zinc ...) contribue fortement à la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile.

Le Gouvernement a instauré une collaboration des services publics de santé avec les tradipraticiens à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. Cette médecine est confrontée à plusieurs faiblesses dans sa structuration notamment l'insuffisance d'orientations, l'absence de loi fondamentale et de décret d'application spécifique à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles, etc.

Enfin, la participation communautaire est caractérisée, par l'absence d'une stratégie nationale de mobilisation sociale et l'insuffisance de collaboration multisectorielle. La participation communautaire reste également très limitée dans la prise en charge des maladies dans les endroits non couverts par les structures de santé.

2.2.6. Système National d'Information Sanitaire

Le Système National d'Information Sanitaire est marqué par de nombreuses faiblesses.

Au plan organisationnel, on note des insuffisances au niveau du cadre réglementaire du SIG concernant le domaine de la surveillance épidémiologique, de la collecte des données d'enquêtes et études et de l'intégration du niveau tertiaire public, des secteurs parapublics (autres ministères), privés et communautaires dans le SIG. On observe aussi la complexité remplissage du SIG et la grande

quantité d'information pas toujours pertinente à fournir, des retards dans la mise à disponibilité de l'information sanitaire due à une insuffisance des ressources humaines qualifiées et financières dédiées à la gestion de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la non-intégration du suivi évaluation dans les curricula de formation (initiale ou continue) des agents de santé.

Au plan technique les équipements informatiques et les moyens de communication sont insuffisants, inadaptés et souffrent de l'absence de maintenance.

En outre, on note un manque d'intérêt des acteurs de santé pour la production de l'information, une utilisation limitée de l'information produite pour la prise de décision et une faiblesse de la rétro-information.

3. PROBLEMES PRIORITAIRES

3.1. La gouvernance et le leadership au niveau du secteur de la santé sont insuffisants.

Au niveau institutionnel de nombreux textes légaux et réglementaires sont absents. La plupart des textes normatifs et des directives du système de santé ne sont pas appliqués. Les districts sanitaires sont peu opérationnels. L'absence d'un cadre unique pour harmoniser les interventions des partenaires sur les priorités exprimées par le Ministère de la Santé. La rigueur dans la gestion et la culture des résultats ne sont pas toujours effectifs chez les acteurs du système de santé.

3.2. Le financement de la santé est insuffisant et peu efficient.

La part des dépenses de santé dans les dépenses totales du gouvernement reste très faible et les capacités du secteur à mobiliser les ressources extérieures sont insuffisantes. Par ailleurs l'utilisation des ressources actuelles n'est pas toujours efficiente (la répartition du budget de la Santé est orientée prioritairement vers les EPN et l'administration centrale et non vers les structures en charges des soins de santé primaires).

3.3. L'approvisionnement et la distribution des médicaments, des vaccins et autres intrants stratégiques ne sont pas performants.

Le manque d'autonomie dans la gestion financière de la centrale d'achat publique constitue un véritable goulot d'étranglement dans la disponibilité des médicaments. A cela, il faut associer l'indisponibilité et l'inaccessibilité financière de médicaments au niveau périphérique, et également le phénomène du marché illicite des médicaments et de la contrefaçon, lié à l'insuffisance de régulation du secteur et de contrôle qualité. Il faut noter la non-effectivité de la contribution de l'Etat dans l'achat de vaccins traditionnels et le faible engagement à atteindre l'indépendance vaccinale.

3.4. L'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé de base de qualité est limitée.

La couverture en infrastructures et équipements sanitaires est insuffisante et déséquilibrée sur le territoire national. Les stratégies avancées et les interventions communautaires sont insuffisantes. Il n'existe pas de couverture généralisée contre le risque-maladie.

3.5. Les ressources humaines en santé sont insuffisantes, inégalement réparties et peu motivées.

Les ressources humaines sont marquées par une forte disparité dans leur répartition, une insuffisance en personnel paramédical et un manque de motivation du personnel de santé.

3.6. Les informations sanitaires de qualité sont peu disponibles.

L'information sanitaire connaît des difficultés principalement dans sa production, sa transmission et son utilisation.

3.7. La progression vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé reste faible.

Tous les efforts consentis par le Gouvernement et les partenaires pour l'atteinte de l'ensemble des OMD liées à la santé risquent d'être amenuisées si les stratégies d'accélération ne sont pas urgemment mises en œuvre.

4. VISION ET PRINCIPES

4.1. Vision

La vision du secteur est celle d'**un système de santé performant à même de garantir à tous les citoyens particulièrement les populations les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.**

4.2. Valeurs et principes

Cette vision est soutenue par les valeurs d'**équité**, de **justice sociale**, d'**éthique**, de **solidarité nationale**, de **rigueur** et de **transparence**.

Cette vision est guidée par un certain nombre de principes:

- **un leadership fort ;**
- **une meilleure gouvernance du secteur ;**
- **un système de santé basé sur les Soins de Santé Primaires ;**
- **des prestations de santé de qualité optimale, intégrées, continues et rationnelles ; le respect des engagements internationaux notamment les OMD ;**
- **la participation communautaire ;**
- **et la décentralisation.**

5. OBJECTIFS

Pour réaliser cette vision du secteur, le Ministère en charge de la santé s'est fixé des objectifs.

5.1. Objectif Général

Améliorer l'Etat de santé et le bien-être des populations.

5.2. Objectifs spécifiques

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

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

Objectif 3 : Renforcer la lutte contre la maladie.

6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

6.1. Renforcement de la gouvernance et du leadership au niveau du secteur santé

- Renforcer le niveau institutionnel du secteur,
- Renforcer l'opérationnalisation des districts sanitaires,
- Améliorer la coordination des interventions de tous les acteurs du système de santé,
- Renforcer les capacités gestionnaires des acteurs du système de santé en planification, contrôle, inspection, suivi et évaluation,
- Renforcer la participation communautaire,
- Actualiser et renforcer les outils de gestion du secteur,
- Appliquer la gestion axée sur les résultats à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

6.2. Amélioration du niveau et de l'efficacité du financement de la santé

- Accroître le financement de la santé par la mobilisation des ressources internes et externes,
- Renforcer l'intégration du financement de la santé,
- Améliorer l'allocation des ressources en donnant la priorité aux soins de santé primaires,
- Contrôler l'utilisation des ressources financières.

6.3. Amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des services de santé

- Accroître la disponibilité et l'accessibilité en infrastructures et équipements conformément à la carte sanitaire,
- Définir un cadre réglementaire et normatif des investissements en infrastructures et équipements,
- Assurer la disponibilité effective du PMA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en mettant l'accent sur l'offre intégrée de soins de santé,
- Renforcer la prise en charge correcte des cas de maladies, par la formation du personnel et l'application des protocoles et normes en vigueur,
- Renforcer les stratégies mobiles et avancées,
- Renforcer les stratégies de prévention de la santé (soutien, sensibilisation, promotion et éducation de la santé),
- Renforcer les interventions du niveau communautaire (PFE, PCIMNE).

6.4. Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments, vaccins et autres intrants stratégiques de qualité

- Engager la réforme sur la PSP,
- Renforcer la gestion du secteur pharmaceutique,
- Garantir la disponibilité des médicaments et intrants stratégiques de qualité aussi bien au niveau de la PSP qu'au niveau périphérique,
- Garantir l'accessibilité financière des médicaments vaccins, et autres intrants stratégiques de qualité aux populations,
- Renforcer la lutte contre les marchés illicites et la contrefaçon des médicaments,

- Promouvoir l'usage rationnel des médicaments.

6.5. Amélioration de la disponibilité et de la performance des ressources humaines en santé

- Engager les réformes nécessaires de mise en place d'un cadre institutionnel adéquat pour une gestion efficiente des RHS,
- Assurer l'adéquation quantitative et qualitative entre la production des RHS et les besoins du système sanitaire,
- Assurer une répartition adéquate et équitable des RHS sur l'ensemble du territoire,
- Renforcer les capacités infrastructurelles, matérielles et humaines des structures en charge de la gestion des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- Renforcer les capacités des RHS (formation, conditions de travail),
- Redynamiser le système d'information et de gestion des RHS (SIG-RHS) au niveau central et déconcentré par la formation des acteurs, l'extension du logiciel à toutes les structures et le suivi-évaluation,
- Mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance (PBF) pour assurer une meilleure fidélisation et motivation du personnel.

6.6. Amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé

- Développer un mécanisme de protection des populations contre le risque financier lié à la maladie,
- Renforcer la surveillance des tarifs homologués et lutter contre la fraude,
- Instaurer une mesure de gratuité de certains actes de santé, ciblée sur le couple mère-enfant.

6.7. Amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire

- Renforcer l'intégration des sources de production de données,
- Améliorer le circuit et la transmission des données,
- Renforcer les ressources humaines, matérielles et financières du SNIS,
- Renforcer la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision.

6.8. Accélération du progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé

- Renforcer l'efficacité de la réponse nationale au VIH/Sida,
- Renforcer la lutte contre le paludisme,
- Renforcer la lutte contre la tuberculose,
- Améliorer la santé maternelle,
- Améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans,
- Renforcer les activités de soutien, de sensibilisation et de promotion de la santé.

7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de la Politique Nationale Santé de Côte d'Ivoire se fera à travers un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour les quatre prochaines années sous la conduite du Ministère en charge de la Santé et sous l'autorité du Gouvernement, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation des autres ministères techniques concernés et l'appui des partenaires au développement. Le PNDS sera à son tour décliné en plan triennal d'opérationnalisation afin de cadrer avec le cycle budgétaire.

7.1. Rôle du niveau central du secteur de la santé

Le Ministère en charge de la Santé devra assurer la coordination générale de la mise œuvre de la présente politique. Il devra en outre faire une communication en conseil des Ministres pour informer le Gouvernement de l'existence d'un document de Politique Nationale de Santé. Il devra également susciter et organiser la mobilisation des ressources, l'exécution, le suivi et l'évaluation de la PNS.

La Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies, et la Direction Générale de la Santé assureront la coordination nationale de l'élaboration et de l'exécution des plans de mise en œuvre de la présente politique nationale de santé (PNDS et plans triennaux d'opérationnalisation) pour les prochaines années.

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

Les Directions Régionales de la Santé, seront chargées de répercuter la vision stratégique du Gouvernement en matière de santé et d'assurer la coordination de l'exécution de la PNS.

Les Directions Départementales de la Santé seront chargées de mettre en œuvre la PNS pour les prochaines années à travers l'élaboration de plans d'actions annuels, la mise en œuvre, le suivi (supervision, monitoring), et l'évaluation.

7.3. Rôle de la communauté

Les communautés sont considérées comme les partenaires privilégiés en tant que premiers bénéficiaires du développement sanitaire. A cet effet, elles s'impliqueront davantage dans la mobilisation sociale à travers les leaders communautaires. Enfin, elles contribueront au processus de planification, de mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des actions de santé au niveau de leurs localités à travers les COGES.

7.4. Rôle des partenaires au développement

Les interventions des partenaires dans le secteur de la santé s'inscriront dans un cadre de concertation bien défini par le Ministère en charge de la santé.

Tout en réaffirmant son leadership dans le secteur, le Ministère guidera tous les partenaires bilatéraux, multilatéraux, les ONG et les associations professionnelles et caritatives à l'assister dans la mise en œuvre de sa Politique Nationale de Santé à travers la réalisation des activités du PNDS. Ce partenariat se réalisera dans un esprit de redevabilité réciproque, d'alignement sur les priorités

nationales, de rationalisation et d'harmonisation des procédures afin de rendre l'aide au développement la plus efficace possible.

Le rôle des partenaires au développement s'inscrira dans le domaine du plaidoyer, de la mobilisation des ressources, du financement des activités inscrites dans le PNDS et de l'appui technique.

8. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION

L'évaluation et le suivi de la politique se fera à travers le PNDS. Pour se faire, des organes de coordination et de suivi devront être prévus par le PNDS tels que le Comité de Pilotage et le Comité technique de suivi.

Un plan unique de suivi évaluation sera élaboré pour suivre et évaluer toutes les actions prévues dans le cadre du PNDS.

8.1. Mécanismes de suivi

Les données de routine seront collectées au niveau de toutes les sources de production.

Une liste restreinte d'indicateurs sera développée et adoptée de manière consensuelle avec toutes les différentes parties prenantes.

8.2. Mécanismes d'évaluation

L'évaluation de la Politique Nationale de Santé se fera à travers les évaluations à mi-parcours et finale du PNDS. Les caractéristiques de ces évaluations seront décrites dans le PNDS.

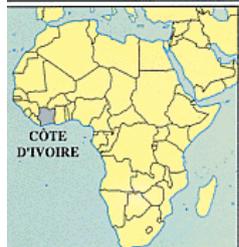
CONCLUSION

Le présent document de Politique Nationale de Santé constitue un ensemble d'orientations fondé sur des valeurs et des principes de base, visant à influencer les décisions et les actions à long terme pour l'amélioration de la santé et le bien-être des populations.

En définissant les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques du Gouvernement en matière de santé, la Politique Nationale de Santé constitue le cadre de référence pour le développement du secteur de la santé et la réponse nationale aux problèmes de santé et à ceux liés à la santé.

En outre, la Politique Nationale de Santé permettra un pilotage global du secteur et une meilleure coordination des interventions en santé.

Le Ministère en charge de la Santé assumera son leadership dans la mise en œuvre de cette Politique Nationale de Santé sous l'autorité du Gouvernement. Cependant, le caractère multisectoriel des problèmes de santé interpellera l'ensemble des secteurs de développement, la société civile, les partenaires techniques et financiers du système de santé ainsi que les communautés, à participer activement à la mise en œuvre de cette Politique Nationale de Santé à travers le Plan National de Développement Sanitaire qui en découlera.



<ul style="list-style-type: none"> ■ Capitale d'État (plus de 100 000 hab.) □ Capitale administrative (plus de 2 500 000 hab.) ● Plus de 300 000 hab. ● Plus de 100 000 hab. ● Plus de 50 000 hab. ● Plus de 10 000 hab. ● Autre ville ou localité 	<ul style="list-style-type: none"> — Limite de région — Limite de département Daloa Capitale de région Touba Chef-lieu et nom de département BAKOUÉ Groupe ethnique ✈️ Aéroport, aérodrome 	<ul style="list-style-type: none"> — Autoroute — Route principale — Autre route - - - Piste — Voie ferrée — Barrage, chute ▨ Parc national ou réserve
---	---	--

