

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union – Discipline - Travail



COMPTES DE LA SANTÉ 2015



Quels engagements pour l'amélioration de la Santé
de la Mère et de l'Enfant ?

NOTE DE POLITIQUE

Juin 2017



TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	3
LISTE DES GRAPHIQUES	3
SIGLES ET ACRONYMES	4
PREFACE	7
INTRODUCTION	8
I VUE SYNOPTIQUE DES COMPTES DE LA SANTE.....	9
II ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	12
II.1 Financement des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU).....	13
II.1.1 Les fonctions essentielles SONU.....	13
II.1.2 Couverture en offre des SONU de base et SONU complets	13
II.1.3 Analyse du financement des SONU	14
II.2 Financement du planning familial	16
II.2.1 Offre de services de Planning Familial.....	16
II.2.2 Besoins en service de Planning Familial.....	16
II.2.3 Analyse du financement des services de Planning Familial	17
II.3 Financement de la santé de l'enfant.....	18
II.3.1 Couverture en offre de soins aux enfants de moins de 5 ans.....	18
II.3.2 Analyse du financement des soins aux enfants de moins de 5 ans	18
II.4 Financement de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) 19	
II.4.1 Couverture en offre des services de soins pour la PTME.....	20
II.4.2 Analyse du financement de la PTME 2014-2015	20
II.4.3 Prise en charge pédiatrique	20
II.4.4 Analyse du financement de la prise en charge pédiatrique.....	21
III CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	23
IV INDICATEURS DES COMPTES DE LA SANTE.....	24
LEXIQUE	25
MEMBRES DE L'EQUIPE TECHNIQUE.....	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Chiffres clés des Comptes de la Santé 2015	10
Tableau 2: Dépenses en produits pharmaceutiques et autres intrants stratégiques par sources pour la santé de la Mère et de l'Enfant.....	11
Tableau 3: Répartition de la DCS pour les soins aux enfants par source (milliards FCFA)....	18
Tableau 4: répartition de la DCS de la PTME par source (en millions de FCFA).....	20

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1. Evolution des Dépenses Totales de Santé rapportées au PIB (%).....	9
Figure 2. Répartition de la dépense totale de santé par sources	10
Figure 3. Répartition de la DTS pour la santé de de la mère et de l'enfant par source.....	11
Figure 4. Répartition des dépenses en SONU par sources	14
Figure 5. Répartition des dépenses de PF par sources	17
figure 6. répartition des dépenses de biens de sante par source de financement en 2015	17

SIGLES ET ACRONYMES

AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérine
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agents de Santé Communautaires
BGE	Budget Général de l'Etat
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CICS	Classification Internationale des Comptes de Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation Post-Natale
CS	Comptes de la Santé
DBS	Dried Blood Spot (Test de VIH sur tache de sang séché)
DCS	Dépense Courante de Santé
DIS	Classification par maladies / affections
DTS	Dépense Totale de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIS	Enquête sur les Indicateurs de Sida
ENSEA	Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée
ENV	Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages
EPN	Etablissement Public National
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FA	Agents de Financement
FBC	Formation Brute de Capital
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Franc de la Communauté financière africaine
FP	Facteurs de Prestations de soins
FS	Revenu des Régimes de Financement
FS.RI	Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement
HAPT	Health Accounts Production Tool

HC	Fonctions de soins
HF	Régimes de Financement
HG	Hôpital Général
HK	Formation de Capital
HP	Prestataires de soins
HS	Hôpital Spécialisé
iCCM	Integrated Community Case Management
ICHA	International Classification for Health Account
IHPC	Indice Harmonisé des Prix à la Consommation
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infections Respiratoires Aigües
ISBLSM	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida
PANB	Plan d'Action National Budgétisé
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCR	Polymerase chain reaction / amplification en chaîne par polymérase ou réaction en chaîne par polymérase
PF	Planification familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNSI/SE	Programme National de la Santé Infantile et de Survie de l'Enfant
PNSME	Programme Nationale de Santé de la Mère et de l'Enfant
PNSR/PF	Programme National de Santé, de la Reproduction / Planning familial
PSSE	Plan Stratégique de la Survie de l'Enfant
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du Vih de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Vih

RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAA	Soins Après Avortement
SCS	Système de Comptes de la Santé
SHA	System of Health Accounts
SI	Santé Infantile
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux Complètes
SR	Santé de la Reproduction
SRO	Solution de Réhydratation par voie Orale
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

La santé de la mère et de l'enfant occupe une place de choix sur l'échelle des priorités des pouvoirs publics en Côte d'Ivoire. Cet intérêt n'a cessé de croître depuis 2012 avec l'avènement de la politique de gratuité sélective ou ciblée sous l'impulsion de son Excellence Monsieur Alassane Ouattara, Président de la République. Ce souci constant de promotion de la santé maternelle et infantile s'inscrit dans un cadre global de politique sociale orientée vers le bien-être du citoyen quelle que soit sa catégorie sociale, son âge et son environnement. Cela traduit la volonté du gouvernement ivoirien de faire de la santé en général, un garant du progrès et de la stabilité du pays.

La volonté de garantir à la mère et à l'enfant un développement physique, mental et social harmonieux a été consolidée par un renforcement du cadre institutionnel et juridique avec la mise en place d'un Programme National de la Santé de la mère et de l'Enfant (PNSME), puis, en 2014, la création d'une Direction des Soins Infirmiers et Maternels (DSIM) en vue de renforcer la qualité des soins en appui aux interventions des programmes.

A ces interventions, s'ajoutent l'amélioration de la disponibilité des services de santé avec la construction d'infrastructures, le renforcement du plateau technique des structures sanitaires et la poursuite de la mesure de gratuite ciblée.

En dépit de ces efforts du gouvernement, la Côte d'Ivoire n'a pu atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement visant la réduction de la mortalité des enfants et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 4 et 5). Tirant les leçons de la décennie précédente, le pays s'est de nouveau engagé dans un processus visant l'atteinte des Objectifs de Développement Durable de réduction du taux de mortalité maternelle et d'élimination de décès évitables de nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans (ODD 3.1 et 3.2).

L'objet de la présente note est de mettre en exergue à la lumière des différents indicateurs, les efforts financiers réalisés en vue d'améliorer la santé de la Mère et de l'enfant et d'apprécier l'ampleur des défis restants.

Cette orientation synthétique des résultats des comptes de la santé 2015 à travers la note de politique « quels engagements pour l'amélioration de la santé de la Mère et de l'enfant » est le premier exercice de ce type dans notre pays.

Commented [BLDTR1]: Qui signe la préface ???

INTRODUCTION

La santé de la mère et de l'enfant constitue un véritable problème de santé publique pour la quasi-totalité des pays en développement (OMS, 2015). En effet, le niveau élevé de la mortalité maternelle et infantile fait obstacle à la croissance économique et entrave le développement.

En 2015, selon l'OMS, le nombre de décès maternels est estimé à 303 000 dans le monde dont le plus grand nombre en Afrique. De même, le risque de décès d'une femme au cours de sa vie suite à une grossesse est de 1 sur 16 en Afrique au sud du Sahara contre 1 sur 2400 dans les pays industrialisés¹.

“Chaque jour, 16 femmes meurent en Côte d'Ivoire suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement.”

(Source : EDS 2011-2012)

En Côte d'Ivoire, selon l'EDS 2011-2012 sur la santé de la mère et de l'enfant, le ratio de mortalité maternelle est passé de 597 en 1999 à 543 en 2005 pour atteindre 614 décès pour 100

000 naissances vivantes en 2012. Ces ratios sont loin de l'objectif fixé en 2015 au niveau national, qui est de 324 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes² et de celui des OMD 5, qui est de 146 pour 100 000 naissances vivantes.

La prévalence contraceptive par les méthodes modernes est passée de 9,8% en 1998 à 13,9% en 2012 (EDS 2012) et 17% en 2015³.

Quant au taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, il a évolué de 150‰ à 181‰ entre 1994 et 1998, puis de 125‰ en 2005 à 108‰ en 2012. Ces taux restent en deçà de 88‰ naissances vivantes en 2015. Malgré quelques progrès quant à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 2005 et 2012, ce niveau de mortalité demeure élevé par rapport aux OMD 4 (51‰).

“Chaque jour, ce sont environ 20 femmes et 85 nouveau-nés qui meurent en raison de problèmes médicaux pouvant être évités ou soignés.”

(Source : EDS 2011-2012)

Au regard de ce qui précède, les autorités sanitaires ivoiriennes s'investissent à développer et à mettre en œuvre des interventions à haut impact qui peuvent améliorer de manière significative le niveau de ces indicateurs. Ainsi, le pays se propose-t-il d'utiliser les comptes de la santé 2015 pour analyser la question du financement de la santé de la mère et de l'enfant.

¹Source : Feuille de Route de la Côte d'Ivoire pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2008 – 2015. MSHP. 2007

²PNDS 2012-2015. MSHP

³ Evaluation et estimation de la prévalence contraceptive. Track 20 Project database. Avenir Health. www.track20.org

I VUE SYNOPTIQUE DES COMPTES DE LA SANTE

Entre 2011 et 2015, la **population** de la Côte d'Ivoire est passée de 21 301 409 d'habitants à 23 250 385 d'habitants soit un taux de croissance de 9,15%⁴.

Malgré une croissance du PIB en terme réel de 2,4% en 2009 à 3,8% en 2010, l'on note une baisse de cet indicateur de 6% en 2011 du fait de la crise sociopolitique qu'a connue le pays. Toutefois, l'amélioration du cadre macroéconomique et l'apaisement du climat social ont permis à la Côte d'Ivoire d'enregistrer un taux de croissance du **PIB réel** de 8,9% en 2015 et une hausse du **budget de l'Etat**, passant de 3 050,7 milliards en 2011 à 5 014,3 milliards en 2015.⁵

Au cours de cette même période, les **dépenses totales de santé** sont passées de 762,6 milliards à 1 140,97 milliards et celles par **tête d'habitant** de 35 800,45 F.CFA à 49 073,49 F.CFA. Exprimée en dollar américain, les dépenses totales de santé per capita en 2015 sont estimées à 81 USD⁶ donc proches des 88 USD recommandée par la Commission HTLF. Ceci traduit les efforts du pays à investir dans le renforcement de son système de santé afin de produire des paquets de services essentiels.

La **dépense totale de santé (DTS)** rapportée au **PIB** a représenté en moyenne 6,12% sur les cinq dernières années entre 2011 et 2015 où cet indicateur est passé de 6,38% à 5,86%.

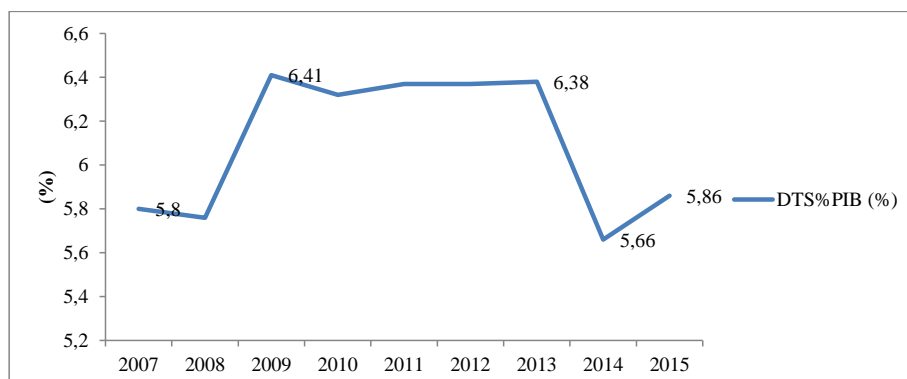


FIGURE 1. EVOLUTION DES DEPENSES TOTALES DE SANTE RAPPORTEES AU PIB (%)

La DTS rapportée au PIB est en légère baisse entre 2013 et 2015. Avec un niveau moyen de 6%, les dépenses du système de santé en Côte d'Ivoire ne reflètent pas le niveau de la croissance économique réalisée ces dernières années. En d'autres termes, la Côte d'Ivoire ne dépense pas une grande part de son PIB pour la santé, à l'instar des pays à faibles revenus.

Selon les Comptes de la Santé, la contribution du secteur public aux dépenses de santé s'est accrue au cours des cinq dernières années. La part du budget de l'Etat alloué à la santé représente 6,63% en 2015. Elle est en deçà de l'engagement d'Abuja (15% du budget de l'Etat) malgré les efforts d'investissement dans le secteur de la santé et comparativement bien

⁴ Institut National de la Statistique.

⁵ Institut National de la Statistique.

⁶ Source : <https://www.bceao.int/-Cours-de-referance-des-principales-.html> au 31 décembre 2015

plus faible que dans plusieurs des pays membres de l'espace CEDEAO : Togo 15,4%, Burkina Faso 13,5%, Mali 12,3%, Ghana 10,5%, Sénégal 7,6% et Nigeria 6,5% en 2013⁷.

On note par ailleurs que, malgré les efforts consentis par l'Etat, les ménages **sont les premiers** contributeurs aux dépenses totales de santé en 2015 avec 38,22% dont 32,55% de paiements directs dans les dépenses totales de santé. Ils sont suivis par les bailleurs dont la part représente 27,06% de la DTS.

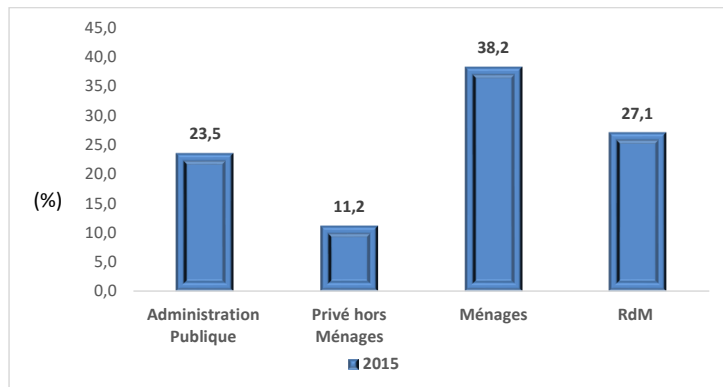


FIGURE 2. REPARTITION DE LA DEPENSE TOTALE DE SANTE PAR SOURCES

TABEAU 1: CHIFFRES CLES DES COMPTES DE LA SANTE 2015

N°	LIBELLE	MONTANT
1	Population Totale en 2015	23 250 385
2	PIB (en milliards FCFA)	19 486,26
3	PIB par habitant (FCFA)	838 104,70
4	Dépenses Totales de Santé (DTS) en milliards FCFA	1 141
5	Dépenses Courantes de Santé (DCS) en milliards FCFA	1 029,7
6	Dépenses d'Investissement en milliards FCFA	111,20
7	DTS par habitant (FCFA)	49 073
8	Dépenses publiques de santé en milliards FCFA	268,45
9	Paiements directs des ménages en santé en milliards FCFA	371,44
10	Dépense Totale en santé de la mère et de l'enfant en milliards FCFA	391,07
11	Dépense Courante de Santé (DCS) pour la santé de la mère et de l'enfant en milliards FCFA	374,05
12	Dépenses d'investissement pour la santé de la mère et de l'enfant en milliards FCFA	17,02
13	Répartition de la DTS pour la santé de de la mère et de l'enfant par source en milliards FCFA	
14	Administration publique	85,61
12	Privé hors ménages	67,30
13	Ménages	131,67
14	Reste du monde	106,49

⁷ Atlas of African Health Statistics 2016

L'analyse du financement de la santé de la mère et de l'enfant indique également que les ménages **sont les plus gros** contributeurs (33,7%) des dépenses de santé en 2015 et cela malgré les politiques actuelles en faveur des ménages.

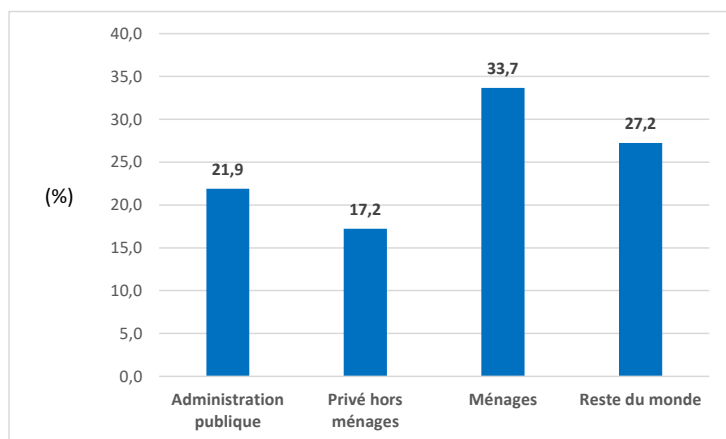


FIGURE 3. REPARTITION DE LA DTS POUR LA SANTE DE DE LA MERE ET DE L'ENFANT PAR SOURCE

La Planification Familiale (PF), les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) et les soins de santé de l'enfant de moins de 5 ans ont absorbé 180,17 milliards en ce qui concerne les dépenses en produits pharmaceutiques et autres intrants stratégiques. Les Ménages et les bailleurs sont les plus importants contributeurs en produits pharmaceutiques et autres intrants stratégiques avec respectivement 43,03% et 37,75% comparativement à l'Etat (5,23%) dont le niveau d'implication doit être renforcé pour améliorer la santé de la Mère et de l'enfant.

TABLEAU 2: DEPENSES EN PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES INTRANTS STRATEGIQUES PAR SOURCES POUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

SOURCES DE FINANCEMENT	PF	SONU	Enfants 0-5 ans	TOTAL
Administration publique	0,29	0,39	8,75	9,43
Privé hors ménage		13,47	11,71	25,18
Ménage	0,76	43,62	33,16	77,53
Reste du monde	0,58	7,34	60,11	68,02
TOTAL (milliards de Francs CFA)	1,63	64,82	113,72	180,18

II ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

La Côte d'Ivoire, soucieuse de la santé des populations, a fait de la santé de la mère et de l'enfant l'une des priorités de sa politique de développement. Dans ce cadre, le pays a adhéré aux stratégies et initiatives lancées en vue d'intensifier et de mieux coordonner les efforts pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Au plan international, il s'agit : (i) de l'adoption des OMD 4 et 5 en 2000 à New York (USA) ; (ii) du lancement en 2013 et de la mise en œuvre de la Campagne Accélérée pour la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) ; (iii) de l'adoption et l'implication dans l'initiative de la « Planification Familiale 2020 (FP2020) » à la conférence de Londres en 2012.

Au plan national, des stratégies ont également été déployées. Il s'agit notamment : (i) de la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2008-2015 ; (ii) du Plan Stratégique de la PCIMNE 2009-2013 ; (iii) du Plan Stratégique de Planification Familiale pour la période 2013-2016 ; (iv) de la Cartographie des Soins Obstétricaux-Néonataux d'Urgence (SONU) et du Planning Familial 2014.

Ces engagements ont été concrétisés au niveau national par la création de deux programmes qui adressent la question de la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit du Programme National de Santé de la Reproduction /Planning Familial en 1996 (PNSR/PF) et du Programme National de la Santé Infantile et de Survie de l'Enfant en 2012 (PNSI/SE). En 2015, ces deux programmes ont été fusionnés au profit du Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME).

Afin de lever les barrières financières à l'accès aux services de santé par les femmes enceintes et les enfants de moins 5 ans, la mesure de la gratuité ciblée a été adoptée en 2012. Par ailleurs, l'arrêté N°450/MLS/CAB du 05 août 2015 portant obligation de notification des cas de décès maternels, institutionnalisation des revues et création du comité national de surveillance des décès maternels et riposte a été pris.

Toutefois ces engagements pris ne se sont pas traduits par l'atteinte des cibles fixées dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5.

II.1 Financement des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)

Le gouvernement ivoirien, en vue d'assurer une prise en charge adéquate des complications obstétricales et néonatales, a adopté la stratégie des Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). On distingue les Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) offerts principalement dans les maternités des établissements de santé de premier contact (ESPC) et les Soins obstétricaux et Néonataux complets (SONUC) offerts dans les établissements de santé de référence (Hôpitaux Généraux, CHR, CHU).

II.1.1 Les fonctions essentielles SONU

Les fonctions essentielles SONU de base (SONUB) qui doivent être fournies dans les établissements de premier contact par les infirmiers, sages-femmes et médecins généralistes sont les suivantes :

1. Administration d'antibiotiques par voie parentérale (perfusion) ;
2. Administration d'utérotoniques (ocytociques) par voie parentérale ;
3. Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale ;
4. Extraction manuelle du placenta ;
5. Accouchements assistés par voie basse (ventouse ou forceps) ;
6. Réanimation néonatale avec ballon ou masque ;
7. Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU).

Les fonctions SONU Complet (SONUC) qui doivent être fournies dans les établissements de référence de premier et deuxième niveau sont la transfusion sanguine et la césarienne en plus des 7 fonctions SONUB, soit un total de 9 fonctions.

“Sur la période 2000-2014 la couverture en SONUB est de 1% et la couverture en SONUC est de 11,7%”

Source : cartographie des SONU et du Planning familial

- ◆ 88,3% des décès maternels surviennent en milieu de soins ;
- ◆ 49,36% des décès des mères surviennent en période de post-partum immédiat (0-72 heures après l'accouchement).
- ◆ 8% de ces décès surviennent au cours de l'évacuation sanitaire d'un centre de santé vers un établissement de référence.
- ◆ 75% des décès surviennent avant l'âge de 35 ans.

Source : rapport de la surveillance des décès maternels 2014-1er semestre 2016

II.1.2 Couverture en offre des SONU de base et SONU complets

La cartographie des SONU et du Planning familial effectuée en 2014-2015 indique une faible disponibilité effective de ces services.

En effet, le nombre de SONUB effectifs est passé de 10 à 19 entre 2000 et 2014 sur les 1727 établissements sanitaires offrant des SONUB potentiels (établissements réalisant des accouchements), soit un taux de couverture des services de 1,1%.

Sur la même période, le nombre d'établissement offrant des SONUC effectifs est passé de 1 à 13 sur les 111 établissements sanitaires de référence qui sont susceptibles de mener des SONU complets, soit 11,7% de couverture de services.

Par ailleurs, la prise en charge des complications du post-partum souffre des ruptures fréquentes des médicaments, de l'insuffisance des équipements (Lampe chauffante, ballons avec embout pour oxygénation etc...) et de la compétence de certains prestataires de soins (Rapport de la surveillance des décès maternels 2014-1er semestre 2016).

II.1.3 Analyse du financement des SONU

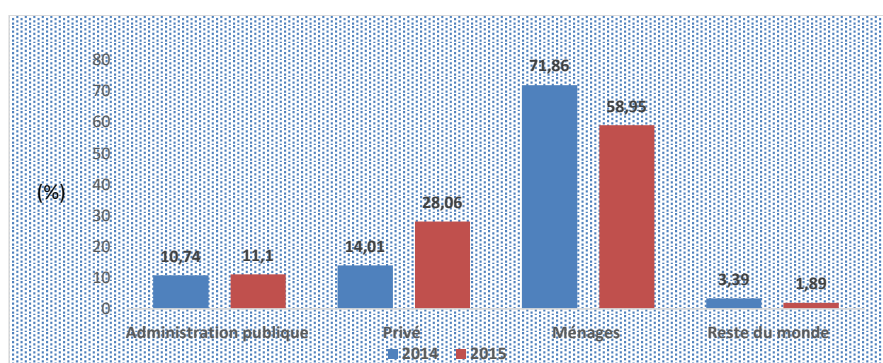


FIGURE 4. REPARTITION DES DEPENSES EN SONU PAR SOURCES

Les dépenses totales de santé pour la prise en charge des SONU en 2015 ont connu une hausse de 14,61 milliards soit 15,09% par rapport à celles de 2014. Cette hausse est en partie due à l'accroissement des dépenses du secteur privé.

L'analyse du financement révèle que les dépenses des SONU reposent essentiellement sur les Ménages avec une contribution de 71,86% en 2014 et 58,95% en 2015. Bien que cette contribution ait connu une baisse de 5,59%, plus de la moitié des dépenses de santé en SONU provient des ménages. Les dépenses de santé de l'Administration publique demeurent faibles par rapport aux autres sources de dépenses.

Le financement des SONU tel que montré par les résultats des Comptes de la Santé ne garantit pas une protection contre le risque financier des ménages. Cette situation pourrait conduire bon nombre des ménages à effectuer des dépenses catastrophiques, pire à basculer dans la pauvreté.

Par ailleurs, la dépense pour la prise en charge des SONU est répartie en dépense courante et dépense d'investissement.

Les dépenses courantes ont concerné majoritairement les facteurs de prestations suivants :

- Equipements et services utilisés : 29,26 milliards de FCFA en 2014 et 58,27 milliards de FCFA 2015 dont 26,64 milliards en produits pharmaceutiques en 2014 et 28,44 milliards en 2015. **L'essentiel des dépenses d'équipements et services utilisés est supporté par les ménages à hauteur de 25,85 milliards en 2014 et 45,87 milliards en 2015.**
- Rémunération des personnels : 1,18 milliards de FCFA en 2014 et 1,58 milliards de FCFA en 2015.

Les investissements au niveau des SONU, au cours de cette période, sont passés de 10,24 milliards à 10,29 milliards de FCFA, soit une augmentation de 0,47%. Les investissements sont surtout orientés vers les acquisitions de machines et équipements et le matériel de transport (ambulance).

En outre, en 2014, l'analyse des résultats de la cartographie des SONU et du PF montrait, au regard des normes existantes que, la Côte d'Ivoire qui comptait 22 671 331 habitants pour 82 districts sanitaires en 2014, devrait disposer d'au moins 223 établissements sanitaires de premier contact offrant les sept fonctions SONU de Base et d'au moins 89 établissements sanitaires de référence offrant les SONU complets. Le rapport de cette cartographie estimait donc le besoin à 204 établissements offrant effectivement des SONUB et 75 pour les SONUC. Ceci devrait permettre d'assurer une couverture totale en SONU effectifs sur l'ensemble du territoire.

Normes OMS

*Etablissements offrant des SONUB : 4 pour
500 000 habitants*

*Etablissements offrant des SONUC : 1 pour
500 000 habitants*

De plus, la Côte d'Ivoire devrait veiller à ce que les établissements offrant des SONU soient équitablement répartis sur l'étendue du territoire national.

De ce fait, le financement dans le domaine des SONU devrait être orienté vers la disponibilité des médicaments pour la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que l'investissement dans les infrastructures et

les équipements pour la mise aux normes des établissements non-fonctionnels en vue d'assurer la couverture sanitaire en SONU. Parallèlement à cela, le contrôle de la mise en œuvre de la gratuité et l'augmentation des dépenses publiques dans ce domaine devrait contribuer à réduire la dépendance du financement des SONU aux paiements directs.

II.2 Financement du planning familial

II.2.1 Offre de services de Planning Familial

Le Planning Familial (PF) constitue le premier pilier pour une maternité sans risque. L'offre des services de PF en Côte d'Ivoire a connu une croissance significative. Au niveau des ESPC, elle est passée de 60% en 2010 à 81% en 2014⁸. La proportion d'établissements offrant au moins trois méthodes modernes de contraception est passée de 36% à 71%.

Le nombre d'établissements de deuxième niveau de référence offrant le PF a augmenté de 75% à 100% sur la même période.

Les méthodes modernes de contraception les plus offertes sont la contraception orale, la contraception injectable et les préservatifs. Le nombre d'utilisateur a évolué de 88% en 2010 à 71,4% en 2014 pour la contraception orale, de 93% à 79,8% pour la contraception injectable et de 51,6% à 46,8% pour les préservatifs.

“Le Planning Familial permet de réduire de 30 à 40% le ratio de mortalité maternelle lorsque la prévalence contraceptive oscille autour de 30%.

La prévalence contraceptive est estimée en 2015 à 17,2%”

Source : Evaluation et estimation de la prévalence contraceptive. Track 20 Project database. Avenir Health.
www.track20.org

II.2.2 Besoins en service de Planning Familial

Il faut noter que les besoins en PF des populations de 20 -24 ans ont augmenté de 2,3%. De ce fait, la prévalence des grossesses chez les adolescentes reste élevée et estimée à 30%⁹.

Les proportions de non-exposition aux messages de PF au cours des derniers mois ayant précédé les enquêtes s'élevaient à 60% chez les femmes et 58% chez les hommes contre 73% chez les femmes et 67% chez les hommes¹⁰.

Par ailleurs, le domaine du PF bénéficie des services des Agents de Santé Communautaires (ASC). Ils se déplacent pour sensibiliser la communauté sur le PF et leur offrir les méthodes de barrière ainsi que le réapprovisionnement en contraceptifs oraux. Les ASC sont, cependant, très peu impliqués dans le PF car l'on estime qu'ils sont généralement moins informés et outillés sur la question¹¹.

Utiliser la PF pour éviter les « 4 Trop »

- ◆ *Grossesses Trop rapprochées ;*
- ◆ *Grossesses Trop précoces ;*
- ◆ *Grossesses Trop multiples ;*
- ◆ *Grossesses Trop tardives.*

⁸ Rapport SR/PF/ENSEA 2014/ enquête SONU 2010

⁹ EDS-MICS 2011-2012

¹⁰ EDS II-EDS III

¹¹ Maiga, M. et M. Kouame. 2015. Repositionnement de la Planification Familiale en Côte d'Ivoire : Analyse Situationnelle. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

II.2.3 Analyse du financement des services de Planning Familial

La dépense totale de santé au niveau du Planning Familial s'élève à 6,05 milliards de F CFA en 2014 et 8,24 milliards de FCFA en 2015. Le financement du PF provient de diverses sources comme l'indique la figure ci-dessous :

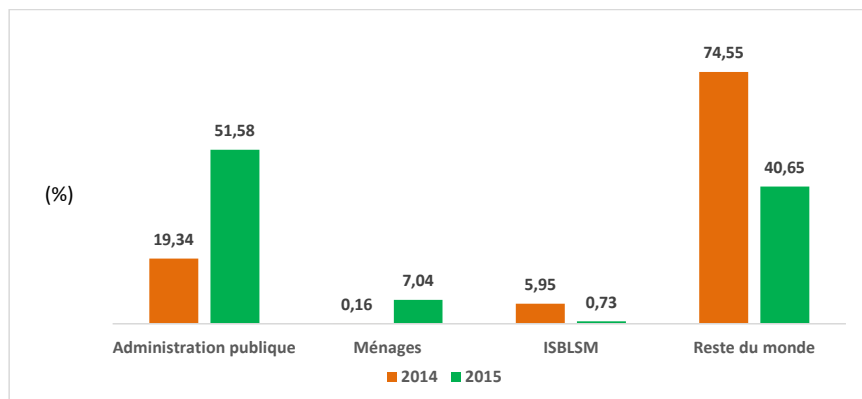


FIGURE 5. REPARTITION DES DEPENSES DE PF PAR SOURCES

La dépense totale de santé relative au PF s'est accrue de 36,20% entre 2014 et 2015. Cette progression est essentiellement imputable à l'Administration Publique qui a quadruplé ses dépenses sur la période, et traduit l'engagement du gouvernement à investir dans cette intervention à haut impact pour la santé reproductive.

Il faut également indiquer une part importante du reste du monde en 2015 même si l'on constate une baisse de ce financement par rapport à 2014.

Le financement du PF a permis la rémunération des personnels et professionnels particuliers (consultants et vacataires) et l'achat des équipements et produits contraceptifs. Les équipements et services utilisés constituent le premier poste de dépenses pour le PF. Ils ont mobilisé respectivement 5,22 milliards de FCFA en 2014 et 6,68 milliards de FCFA en 2015.

Les dépenses d'équipements et services de l'Etat en 2015 représentent 50,09% (3,34 milliards de F CFA) contre 41,28% (2,76 milliards de FCFA) pour le reste du monde.

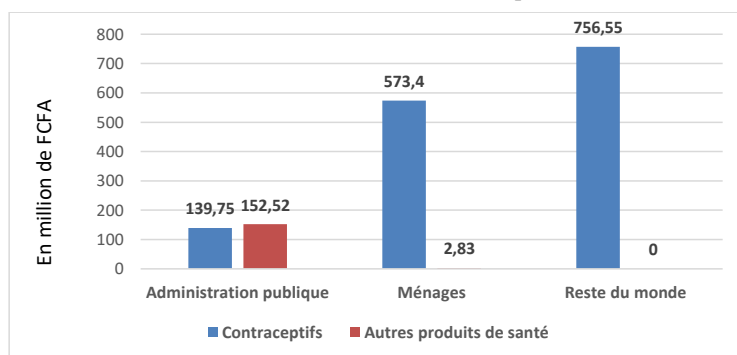


FIGURE 6. REPARTITION DES DEPENSES DE BIENS DE SANTE PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN 2015

La contribution de l'Etat pour les dépenses en produits contraceptifs et autres intrants

stratégiques est de 18% contre 35% pour les ménages et 47% pour le Reste du monde. Le financement des biens de santé repose sur les ménages et surtout le reste du monde. Cela pose la question de la pérennisation de l'achat des produits contraceptifs et autres intrants stratégiques. C'est pourquoi, l'Etat, depuis 2016, a créé une ligne budgétaire afin de renforcer la gestion des produits contraceptifs.

II.3 Financement de la santé de l'enfant

Dans son document de Politique Nationale de Santé de 2011, la Côte d'Ivoire marque sa préoccupation de l'état de santé des enfants de moins de 5 ans. Elle a dans ce sens, à travers son département en charge de la santé, mis en œuvre plusieurs actions en vue d'améliorer les indicateurs clés traduisant l'état de santé de cette tranche d'âge. Ces actions peuvent s'apprécier sur le plan de la couverture de l'offre de soins et du financement des services de santé dédiés aux enfants de moins de 5 ans.

II.3.1 Couverture en offre de soins aux enfants de moins de 5 ans

Selon l'EDS 2012, 34% des nouveau-nés ont reçu des soins post-natals 2 jours après la naissance, 41% ont bénéficié des soins post-natals dans un délai de 7 jours et 30,8% ont été mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement. Dans 29% des cas, les soins postnatals ont été dispensés aux enfants par un personnel de santé et, dans 5% par les accoucheuses traditionnelles.

En 2015, la couverture des interventions (promotionnelles, préventives et curatives) concernant les affections courantes des enfants de moins de 5 ans est moyenne. En effet, la couverture en PCIMNE clinique est de 57,3%, celle au niveau communautaire est de 56 % en terme de districts offrant le service¹². Les incidences des IRA et des maladies diarrhéiques ont connu une augmentation, passant respectivement de 165‰ en 2014 à 202,35‰ en 2015 et 75,77‰ en 2014 à 88,86‰ en 2015. Pour le paludisme et la malnutrition, les résultats s'améliorent avec une baisse des incidences de ces pathologies passant de 445,89‰ à 291,79‰ et 12,97‰ à 10,37‰ sur la même période.

II.3.2 Analyse du financement des soins aux enfants de moins de 5 ans

Selon les Comptes de la Santé, les soins aux enfants de moins de 5 ans ont absorbé globalement 269,53 milliards en 2014 et 256,35 milliards en 2015 de FCFA. Les dépenses courantes de santé engendrées par les maladies les plus fréquentes et responsables de décès (paludisme, infection respiratoire et maladies diarrhéiques) pour cette tranche d'âge représentent 25% en 2014 et 38% en 2015 par rapport à l'ensemble des maladies.

Les dépenses de santé des ménages pour ces trois maladies ont enregistré une baisse de 73% entre 2014 et 2015. Toutefois, les ménages restent toujours les plus grands contributeurs des dépenses de santé infantile. Plus de 2/3 des paiements directs ont été consacrés à l'achat de produits pharmaceutiques soit 12,32 milliards de FCFA. Quant aux dépenses de l'Etat, elles sont plus orientées vers les équipements et services utilisés et la rémunération du personnel.

TABLEAU 3: REPARTITION DE LA DCS POUR LES SOINS AUX ENFANTS PAR SOURCE (MILLIARDS FCFA)

Paludisme	Infect. des voies respiratoires	Maladies diarrhéiques
-----------	---------------------------------	-----------------------

¹² Rapport d'activité PSME 2015

	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Administration publique	4,65	8,47	1,40	1,73	0,84	1,02
Privé (hors ménage)	2,02	1,82				
Ménages	21,65	24,76	18,01	2,09	9,11	1,34
Reste du monde	5,56	56,21				
TOTAL	33,88	91,26	19,41	3,82	9,95	2,36

II.4 Financement de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME)

La Côte d'Ivoire faisait partie des 22 pays prioritaires qui présentent des besoins non couverts très importants en matière de PTME au plan mondial depuis les années 2010. Ainsi, afin de répondre en 2015 à la nouvelle vision globale d'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH (eTME), elle s'est dotée d'un plan eTME (2012-2015) qui s'inscrivait étroitement dans les objectifs et engagements édictés à l'échelle mondiale. Il s'agissait de réduire les nouvelles infections pédiatriques de 90% et la transmission verticale du VIH en dessous de 5%.

Plus spécifiquement, les efforts devraient permettre de :

- (i) réduire de 50% les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer ;
- (ii) couvrir 100% des besoins de Planification Familiale non satisfaits chez les femmes ;
- (iii) réduire la transmission verticale en dessous de 5% ; et
- (iv) réduire de 90% la mortalité maternelle, néonatale et infantile liée au VIH¹³.

Les objectifs actuels de la Côte d'Ivoire en matière de lutte contre le VIH et SIDA consistent à réduire la morbidité et la mortalité liées au SIDA à travers la coordination des appuis et des interventions et la mise en œuvre de politiques et de stratégies appropriées aux besoins et aux initiatives mondiales. Cet engagement s'est matérialisé à travers l'adoption de la stratégie du « Traiter tous » et des cibles 90-90-90 pour l'accélération de la réponse nationale d'ici 2020.

Le VIH est l'une des principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer.

En 2015, chaque jour, 2 nouveaux ont contracté le VIH.

Ces cibles sont :

- à l'horizon 2020, 90% des personnes vivants avec le VIH connaissent leur statut sérologique ;
- à l'horizon 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable ;
- à l'horizon 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

Dans le cadre de la PTME, la stratégie retenue est le démarrage de l'option B+ de la PTME¹⁴. Cette initiative a permis de renforcer la couverture en service de PTME.

¹³ Plan d'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH de la Côte d'Ivoire 2012-2015

II.4.1 Couverture en offre des services de soins pour la PTME

Au terme de l'échéance 2015, la réponse nationale a permis d'enregistrer des résultats remarquables au niveau de la mère et de l'enfant. Depuis 2012, le taux de positivité a diminué de 74% chez les enfants exposés et de 68,5% chez les femmes enceintes, pour atteindre respectivement 5,2% et 1,6% en 2015.

Cependant, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est resté élevé en 2015 (17%, Spectrum) :

21 979 femmes enceintes ont été déclarées séropositives dont 13 291 nouveaux cas et 509 enfants nés de mères vivant avec le VIH ont été dépistés positifs.

Dans le cadre de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), près de 49% des sites de CPN ont offert des services de PTME.

II.4.2 Analyse du financement de la PTME 2014-2015

Les dépenses totales pour la réponse globale au VIH sont passées de 70,51 milliards en 2014 à 113,23 milliards en 2015, soit une augmentation de 60,59 %. Les dépenses réalisées dans le cadre de la PTME révèlent que depuis 2014, les montants absorbés sont passés de 5,13 milliards à 7,37 milliards de FCFA en 2015 soit une évolution de 43,71%.

TABLEAU 4: REPARTITION DE LA DCS DE LA PTME PAR SOURCE (EN MILLIONS DE FCFA)

Sources	DCS 2014	DCS 2015
ETAT	18,76	27,19
PTF	5108,07	7340,58
Total	5126,83	7367,77

Le financement du VIH en Côte d'Ivoire est toujours tributaire des ressources extérieures ; en effet, la part des ressources extérieures dans la dépense courante de santé est restée la même et a représenté 99,6% en 2014 et 2015. La contribution des ménages s'est accrue de 43,7%, tandis que celle du gouvernement s'est accrue de 44,9% sur la période 2014 – 2015.

Si les efforts de financement de la réponse nationale au VIH quelle que soit la source ont contribué à faire baisser la séropositivité chez les femmes enceintes et les enfants, la couverture du pays en offre de service PTME et l'efficacité de l'intervention n'en demeurent pas moins des défis importants qui réduisent la portée de l'action des acteurs.

Pour assurer la pérennité du financement, l'Etat de Côte d'Ivoire doit progressivement augmenter la part des ressources internes en veillant à ne pas introduire de pression additionnelle sur les ménages via des paiements directs.

II.4.3 Prise en charge pédiatrique

Selon les estimations de l'ONUSIDA en 2015, chaque jour en Côte d'Ivoire, près de 10 enfants de moins de 15 ans contractent le VIH, et 29 000 enfants vivaient avec le VIH. La

¹⁴ « Les directives nationales sur la PTME sont issues des recommandations 2013 de l'OMS relatives à l'option B+, à savoir un Traitement ARV à vie pour toute femme enceinte infectée par le VIH, quel que soit le nombre de CD4, qui ont été adaptées. » **Directives 2015 de mise sous antirétroviraux a vie des femmes enceintes infectées par le VIH/sida dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) en Côte d'Ivoire.** MSHP.DGS.PNLS

majorité de ces enfants est infectée avant la naissance, durant la grossesse, au moment de l'accouchement ou lorsqu'ils sont allaités (si leur mère est séropositive au VIH).

La progression du VIH/SIDA est particulièrement fulgurante chez les enfants. Faute de soins et d'un traitement, le virus se multiplie et détruit le système immunitaire de l'enfant, ce qui diminue sa résistance aux infections, notamment la pneumonie et d'autres maladies infantiles communes. Près de la moitié des enfants qui ont été infectés par leur mère meurent avant leur deuxième anniversaire. En 2015, l'ONUSIDA a estimé que 2 200 enfants de moins de 15 ans sont morts de maladies associées au VIH.

En Côte d'Ivoire, les interventions de prise en charge de l'infection à VIH, se sont intensifiées ces dernières années chez les enfants de moins de 15 ans. En 2015, 6 758 garçons et 6 186 filles ont été reçus pour des soins et 3 900 garçons et 3 789 filles étaient sous traitement ARV.

Dans le cadre du programme VIH, la PEC pédiatrique reste le maillon faible de la PEC du VIH/sida avec **moins de 35 % des enfants en besoin de traitement qui y ont accès** (file active de 11 598 enfants pour 33 137 en besoin de traitement).

La revue du plan stratégique 2012-2015 notait un **accroissement encore faible du taux d'intégration (62,56 % en 2012, 63 % en 2013 et 67 % en 2014) des activités de prise en charge pédiatrique dans les ESPC¹⁵** ou dans les structures offrant déjà la PEC adulte.

Le défi majeur dans la PEC pédiatrique demeure à ce jour, l'enrôlement et le maintien des enfants dans les soins. Malgré les stratégies mises en œuvre les enfants représentent 8 % de la file active et 35% des enfants en nécessité de traitement y ont accès (rapport VIH 2014)¹⁶.

Il faut aussi relever que très peu d'enfants, bénéficient de la PCR. La proportion d'enfants exposés ayant bénéficié d'une PCR est de 52% (17 763 femmes enceintes dépistées positives et 9 260 enfants exposés ont bénéficié de PCR selon le rapport VIH 2014). On note très fréquemment un retard dans le rendu du résultat du diagnostic précoce. **Les difficultés observées dans la collecte et l'acheminement des échantillons de sang et des DBS vers les laboratoires de référence, l'insuffisance de prestataires formés, la mobilité du personnel ; insuffisance de maintenance des appareils de laboratoire expliqueraient la faible proportion d'enfants exposés dépistés précocement.**

II.4.4 Analyse du financement de la prise en charge pédiatrique

Les dépenses courantes de santé en 2015 réalisées dans le cadre de la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH s'élèvent à 21,53 milliards FCFA contre 15,34 milliards de FCFA en 2014. Le taux d'accroissement entre 2014 et 2015 est de 40,35%. En 2014, les dépenses en ARV sont à 5,10 milliards contre 20,39 milliards en 2015.

Malgré la montée en puissance du financement de la réponse nationale entre 2014 et 2015, la prise en charge pédiatrique du VIH demeure encore faiblement satisfaisante.

Les données disponibles ne permettent pas d'indiquer la structure des dépenses en matière de prise en charge pédiatrique. Cependant, l'on peut penser que les déterminants de la performance insatisfaisante en matière de prise en charge pédiatrique du VIH incluent une insuffisance et une inadéquation du financement des activités de collecte et d'acheminement des échantillons de sang et des DBS vers les laboratoires de référence, de formation des prestataires, de maintenance des appareils de laboratoire.

¹⁵ Rapport Annuel PNPEC 2013 1,2014,

¹⁶ Rapport ONUSIDA 2014

Aussi, une impulsion vigoureuse doit être apportée à la contribution de l'Etat de manière à réduire la sensibilité du programme aux aléas du financement extérieur.

III CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La santé de la mère et de l'enfant de moins de cinq ans demeure un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. D'importants efforts ont certes été consentis pour l'amélioration des indicateurs clés, cependant, des défis substantiels demeurent. En outre, les financements attribués à ce volet de l'action publique de santé bien qu'étant plus ou moins importants, ne paraissent pas garantir un niveau de résultat satisfaisant. Cette situation contribue à maintenir les indicateurs de décès maternels et ceux des enfants de moins de cinq ans à un niveau encore élevé.

En dépit de la mesure de la gratuité ciblée mise en place par le Gouvernement ivoirien depuis 2012, le financement de la santé de la mère et de l'enfant repose majoritairement sur les Ménages et le Reste du Monde. L'augmentation des ressources de l'Etat et une meilleure allocation de celles-ci pourront contribuer de façon significative à améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Une telle augmentation s'avère urgente au regard des défis auxquels doit faire face le MSHP.

Au-delà de cette augmentation, le passage à l'échelle nationale du Financement Basé sur les Résultats (FBR) est d'une importance capitale pour l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et de l'accessibilité aux soins et services de santé en faveur de la mère et l'enfant. La mise en œuvre effective de la Couverture Maladie Universelle (CMU) est un impératif pour l'accès aux soins et services de santé pour tous et partant, la réalisation d'un pan important de l'ambition du Gouvernement de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent à l'horizon 2020.

Pour faire face à ces défis, il conviendrait de :

- Réaliser l'évaluation de la politique de gratuité ciblée (financement, résultats en santé de la mère et de l'enfant) afin de mieux orienter la mise en œuvre des stratégies développées pour atteindre les ODD ;
- passer à la mise à échelle nationale du projet iCCM (prise en charge communautaire intégrée des maladies diarrhéiques, pneumonie et du paludisme ou PECADOM), volet communautaire de la PCIMNE ;
- renforcer le financement alloué au passage à échelle de la PCIMNE clinique ;
- renforcer la disponibilité effective des SONU par la construction, réhabilitation, équipement, la mise aux normes des plateaux techniques, la mise à disposition des intrants nécessaires et du personnels qualifiés en vue d'assurer leur couverture universelle et la prise en charge adéquate des accouchements au niveau de ces services ;
- renforcer la contribution financière de l'Etat à l'achat des produits contraceptifs et pour le financement de la lutte contre le Sida;
- doter le PNSME de ressources financières suffisantes pour la communication et la promotion en SMNI/PF..
- respecter les engagements pris par l'Etat pour l'amélioration du financement des ARV dans le cadre de la contrepartie afin d'assurer une amélioration de la couverture en ARV et mieux progresser vers la cible définies des 3x90.

IV INDICATEURS DES COMPTES DE LA SANTE

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Indicateurs Socioéconomiques Généraux									
Population Totale (Nombre d'habitants)	20 227 876	20 807 216	21 395 198	21 991 146	21 301 409	21 775 431	22 169 622	22 671 331	23 250 385
PIB en milliards	9 750,2	10 772,0	11 463,5	12 324,7	11 976,0	13 804,0	15 459,0	16 901,3	19 486,3
PIB par habitant	482 009,0	517 704,0	535 798,0	560 440,0	530 078,0	594 966,0	649 001,0	745 492,2	838 104,7
Budget de l'Etat en milliards	1961,3	2129,1	2465,4	2481,6	3050,8	3160,7	3815,2	4248,3	5014,3
Budget de l'Etat alloué à la santé en milliards (Abuja)	96,3	104,6	113,6	131,6	110,4	158,8	210	275,6	332,2
% Budget consacré à la Santé	4,91%	4,91%	4,61%	5,30%	3,62%	5,02%	5,50%	6,49%	6,63%
Dépense publique de santé en milliards de FCFA	91,6	101,9	149,2	160,7	109,1	172,4	213,6	231,1	268,5
% Dépense publique de santé rapportée au PIB	0,94%	0,95%	1,30%	1,30%	0,91%	1,25%	1,38%	1,37%	1,38%
Quelques Indicateurs des Comptes de la Santé (CS)									
Dépenses Totales de Santé en milliards	565,2	620,6	735,2	779,4	762,6	877,5	872,7	957,3	1141
Dépenses Courantes de Santé en milliards	558	613,4	707,6	751,1	724,2	823,3	783,9	880,7	1029,7
Formation Brute de Capital en milliards	7,2	7,2	27,7	28,3	37,7	53,3	85,1	73,7	110,1
Education/Recherche et développement (HKR)					0,7	0,8	3,7	2,9	1,2
% FBC (y compris HKR) dans les DTS	1,30%	1,17%	3,91%	3,77%	5,03%	6,17%	10,18%	8,00%	9,75%
DCS rapportée au PIB	5,72%	5,69%	6,17%	6,09%	6,05%	5,96%	5,73%	5,21%	5,28%
DTS rapportée au PIB	5,80%	5,76%	6,41%	6,32%	6,37%	6,36%	6,38%	5,66%	5,86%
DTS par habitant en FCFA	27 942	29 827	34 363	35 442	35 800	40 298	39 365	42 225	49 073
Sources de Revenu en milliards (FSRI)									
Public	91,6	101,9	132,7	143,1	109,1	172,5	213,6	231,100	268,5
% Public dans la DTS	16,21%	16,42%	18,05%	18,36%	14,31%	19,66%	24,48%	24,14%	23,53%
Privé (hors Ménages)	32,5	32,7	107,3	116,6	115,3	120,4	125,2	132,400	127,7
% Privé (hors Ménages) dans la DTS	5,75%	5,27%	14,59%	14,96%	15,12%	13,72%	14,35%	13,83%	11,19%
Ménages	388,6	406,8	422,2	440,2	439,9	446	446,8	461,600	436,1
% Ménages	68,75%	65,55%	57,43%	56,48%	57,68%	50,83%	51,20%	48,22%	38,22%
RDM	52,5	79,2	73	79,5	98,3	138,6	87,1	132,200	308,7
% RDM dans la DTS	9,29%	12,76%	9,93%	10,20%	12,89%	15,79%	9,98%	13,81%	27,06%
Dépenses des Ménages									
Versements directs des ménages en milliards	388,6	406,8	422,2	440,2	435,9	441,9	445,8	460,6	371,4
Versements directs des ménages rapportés au DTS	70,00%	66,30%	57,43%	56,48%	57,16%	50,37%	51,08%	48,11%	32,55%
Versement direct des ménages par habitant	19 209	19 549	19 735	20 016	20 463	20 294	20 109	20 315	15975,7

LEXIQUE

« *Santé de la mère* » ce concept, dans le cadre de cette étude, a trait à la santé de la reproduction et du planning familiale.

« *Santé de la reproduction* » c'est un état de bien-être général tant physique que mental, social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital ses fonctions son fonctionnement à tous les stades de la vie et non l'absence de maladies ou d'infirmité (OMS).

« *Planning familial* » est l'ensemble des moyens mis à la disposition du couple ou de la personne qui concourent au contrôle des naissances dans le but de choisir la taille de leur famille et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. (OMS)

« *Santé néonatale et infantile* » est un état de complet bien-être physique, mental et social, des enfants de moins de 5 ans et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. (OMS)

« *SONU* » : Ensemble de procédures et services visant à prendre en charge et à traiter des complications durant la grossesse, l'accouchement et dans le post partum au moment où elles se produisent.

« *Fonctions essentielles SONU* »: Ce sont des soins ou interventions clés prodigués à la femme et au nouveau-né présentant des complications pouvant mettre leur vie en danger au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.« *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.

« *Santé de la mère* » : Cette conception de la santé génésique (santé de la reproduction) suppose que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé. Les pathologies pouvant être prises en compte sont :

- les pathologies associées à la grossesse dont le paludisme, l'anémie, la schistosomiase, le VIH
- les infections en rapport avec l'appareil reproducteur;
- rétention du placenta ;
- l'hypertension artérielle ;
- l'éclampsie ;
- l'accouchement dystocique;
- les Soins après avortement (SAA) ;
- les hémorragies.

« *Santé de l'enfant / santé néonatale et infantile* » : Les pathologies liées à la Santé néonatale et infantile sont généralement:

- le paludisme ;
- les infections des voies respiratoires ;
- les maladies diarrhéiques ;
- la malnutrition ;
- la rougeole ;
- le Vih ;
- les affections néo natales.

« *La Prévention de la Transmission du Vih de La Mère à l'Enfant (PTME)* » fait référence à l'ensemble des interventions fournissant des médicaments, des conseils et des soutiens psychologiques aux mères pour les aider à prémunir leurs nourrissons contre le virus, pendant

la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement. La PTME couvre la femme enceinte séropositive et l'enfant exposé jusqu'à 18 mois après la naissance.

« *La prise en charge pédiatrique de l'infection à Vih* » regroupe l'ensemble des traitements, soins et soutiens ciblant les enfants âgés de 0 à 14 ans. Mais dans le cadre de la santé de la mère et de l'enfant, les analyses se limiteront aux enfants de moins de 5 ans.

MEMBRES DE L'EQUIPE TECHNIQUE

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction/Qualification	Email
1	Dr NIANGUE Joseph	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP)	Directeur de Cabinet Adjoint	Josephniangue@yahoo.fr
2	M. TOURE Kaffouba	Direction des Affaires Financières (DAF)/MSHP	Directeur des Affaires Financières	Kaffouba_t@yahoo.fr
3	Dr Tania BISSOUMA-LEDJOU	Organisation Mondiale de la santé (OMS)	NPO/MPN	bissoumaledjout@who.int
4	GBAYORO Christelle Epse KOUAME	Direction des Affaires Financières (DAF)/MSHP	Sous- Directrice des Etudes Economiques (Point Focal des Comptes de la Santé)	gbchristelle1@yahoo.fr
5	M. AGUIA Séka Christophe	Direction des Affaires Financières (DAF)/MSHP	Chargé d'Etudes / Economiste de la Santé	aguiaschrist@gmail.com
6	M. AMANI Kouassi Julien	Direction des Affaires Financières (DAF)/MSHP	Chargé d'Etudes	kamanjulien@yahoo.fr
7	M. OUATTARA Fouyaton S.	Direction des Affaires Financières (DAF)/MSHP	Chargé d'Etudes / Economiste de la Santé	fouyaton@yahoo.fr
8	Dr SEKI Eva	Programme National de la Santé Mère Enfant	Médecin	evaseki@yahoo.fr
9	Dr YEBOUA Amoikon	Programme National de la Santé Mère Enfant	Médecin	yeb_am@yahoo.fr
10	M. KONE Daouda	DPPEIS MSHP	Statisticien	kdaoudnable70@gmail.com
11	M. GBOKOU Konan	Direction de la Planification, de la Prospective et des stratégies (DPPS)/MSHP	Chargé d'Etudes / Economiste de la Santé	konangbokou@gmail.com
12	M. AKRA Kouassi Augustin	Programme National de lutte contre le Vih et Sida (PNLS)	Economiste de la Santé	akra_augustin@yahoo.fr
13	Mme YAPO Julienne Gladys	Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP)	Comptable	jg.yapo@yahoo.fr
14	M. LIGBET Magloire	Institut National de la Statistique (INS)	Chef de Division Comptabilité Nationale / Statisticien Economiste	litagloire@yahoo.fr

15	M. NESSENOU Léonce	Institut National de la Statistique (INS)	Statisticien	leonceness@gmail.com
16	Dr N'GUESSAN Sosthène	Programme National des Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du vih/sida (PNOEV)	Socio-Anthropologue, Economiste de la Santé/ Assistant Suivi Evaluation et Recherche	nguessans@yahoo.fr
17	M. KOUA Ekian Arsène	Direction Générale du Budget et des Finances (DGBF)	Chargé d'Etudes	arsene_koua@yahoo.fr
18	M. GOUANDA Patrice	Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)	Chargé d'Etudes	gouadapatrik_@yahoo.fr
19	Mme DIOMANDE Sadialou Seuyo Madeleine	Sagefemme Suivi et Evaluation	DC-PNSME	madeleinediomande@gmail.com
20	M. AKE M'Bo Rodrigue	Personne-Ressource	Comptable National / Statisticien	akerodrigue@yahoo.fr
21	M. GUEBO Alexandre G.	Abt Associates /HFG	Conseiller Technique senior	alexandre_guebo@abtassoc.com