



Organisation  
mondiale de la Santé

Côte d'Ivoire



# VISITES DE TERRAIN DU REPRÉSENTANT DE L'OMS DANS LES 10 PÔLES RÉGIONAUX D'EXCELLENCE EN SANTÉ

OCTOBRE 2024 | MARS 2025



VISITES DE TERRAIN DU  
REPRÉSENTANT DE L'OMS  
DANS LES 10 PÔLES RÉGIONAUX  
D'EXCELLENCE EN SANTÉ

OCTOBRE 2024 | MARS 2025

# TABLE DES MATIÈRES

<b>PRINCIPAUX ACRONYMES</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>1. OBJECTIFS</b>	<b>9</b>
<b>2. RESULTATS ATTENDUS</b>	<b>9</b>
<b>3. MÉTHODOLOGIE</b>	<b>9</b>
3.1. Préparation des missions	9
3.2. Déroulement des missions	10
3.3. Élaboration du rapport	11
<b>4. PRINCIPALES OBSERVATIONS DES VISITES DE TERRAIN</b>	<b>14</b>
4.1. Opérationnalisation des PRES	14
4.2. Gouvernance	16
4.3. Disponibilité et accessibilité des services, y compris des médicaments, avec focus sur la maternité	18
4.4. Accessibilité financière des soins et satisfaction des patients dans le cadre de la CMU avec focus sur la mère et l'enfant	23
4.5. Promotion de la santé et participation communautaire	26
<b>5. CONCLUSION</b>	<b>28</b>
<b>6. RECOMMANDATIONS</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>32</b>
Synthèse des notes d'observation	32
A.1. Opérationnalisation des PRES	32
A.2. Gouvernance	36
A.3. Disponibilité et accessibilité des services, y compris des médicaments, avec focus sur la maternité	48
A.4. Accessibilité financière des soins et satisfaction des patients dans le cadre de la CMU avec focus sur la mère et l'enfant	74
A.5. Promotion de la santé et participation communautaire	80



# PRINCIPAUX ACRONYMES



ASC	Agent de santé communautaire
CHR	Centre hospitalier régional
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
COGES	Comité de Gestion
CSR	Centre de santé rural
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CSU	Centre de santé urbain
DD	Direction Départementale
DGS	Direction générale de la Santé
DR	Directeur régional
EPHR	Établissement Public Hospitalier Régional
ESPC	Établissement Sanitaire de Premier Contact
FAR	Femmes en âge de reproduction
HG	Hôpital général
HTA	Hypertension artérielle
MSHPCMU	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
NPSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
PBF	Financement Basé sur la Performance
PF	Planification familiale
PRES	Pôle Régional d'Excellence en Santé
PPI	Produits Pharmaceutiques Inutilisables
SBC	Social Behavior Change
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine



## INTRODUCTION

Le Docteur Lucien Manga a officiellement pris ses fonctions le 2 septembre 2024 en tant que nouveau Représentant de l'OMS en Côte d'Ivoire. Lors de cette prise de fonction, il a rencontré les autorités sanitaires nationales et échangé avec elles sur les opportunités de renforcer la coopération de l'OMS avec le pays à la lumière du 14<sup>ème</sup> Programme général de travail (PGT 14) 2026 – 2028 de l'OMS. Afin de mieux comprendre les défis et les opportunités au niveau opérationnel, le nouveau Représentant de l'OMS a entrepris des missions de terrains dans les 10 Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES), accompagné de ses collaborateurs. Ces missions visaient à reconsidérer les stratégies et les perspectives de l'assistance technique de l'OMS pour adapter l'appui conseil aux décideurs nationaux ainsi qu'aux partenaires au développement à partir de 2025.

## 1. OBJECTIFS

L'objectif général de ces missions était de mieux comprendre les défis et les opportunités pour améliorer l'appui-conseil et les actions de l'OMS. Il s'agissait de :

Spécifiquement, il s'est agi de :

- ✓ Comprendre le fonctionnement du système de santé au niveau décentralisé ;
- ✓ Comprendre la gestion des districts sanitaires ;
- ✓ Identifier les contraintes et les opportunités pour renforcer les districts ;
- ✓ Apprécier l'implication des communautés dans le fonctionnement des districts ;
- ✓ Comprendre les besoins prioritaires des populations en matière de santé et de bien-être ainsi que l'adéquation de la réponse du système de santé.

## 2. RÉSULTATS ATTENDUS

- ✓ L'organisation, le fonctionnement et la gestion des districts sanitaires y compris l'implication des communautés sont appréciés ;
- ✓ La perspective des populations par rapport aux problèmes prioritaires de santé et de bien-être analysée ;
- ✓ Les principaux défis auxquels les autorités sanitaires et politico-administratives font face dans la mise en œuvre du PNDS dans les districts sanitaires sont identifiés ;
- ✓ Les contraintes et les opportunités pour le renforcement des performances sanitaires au niveau des districts sanitaires sont identifiés.

## 3. MÉTHODOLOGIE

### 3.1. Préparation des missions

Lors de sa première rencontre avec Monsieur le Ministre de la Santé, le Représentant de l'OMS l'a informé de son intention de mener des missions dans les 10 Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES), conformément à la réorganisation du système de santé. En effet, les PRES ont été créés par l'arrêté n°00203/MSHPCMU/CAB du 2 mai 2023. Dans le cadre de la réforme hospitalière, les PRES ont pour mission de renforcer l'accessibilité des Ivoiriens à des soins adéquats à moins de 150 km de chez eux partout dans le pays, avec les meilleurs plateaux techniques et des médecins spécialistes. Monsieur le Ministre de la Santé a très favorablement accueilli cette initiative et a demandé à ses collaborateurs de transmettre des directives aux directeurs régionaux pour qu'ils prennent toutes les dispositions dans ce sens.

Le pays compte 113 directions départementales de la Santé, 33 directions régionales, en plus des directions centrales. En 2023, le système sanitaire public ivoirien disposait de 2 760 Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), de 139 hôpitaux généraux au niveau primaire, de 21 CHR au niveau secondaire, de 5 CHU et de 7 établissements spécialisés au niveau tertiaire (données sanitaires 2010-2023, DIS).

Des termes de référence détaillant les objectifs et le calendrier des missions ont été élaborés par le bureau de l'OMS et partagés avec le Cabinet du Ministre de la Santé.

Pour structurer et harmoniser la collecte d'informations, l'équipe de l'OMS a été répartie en cinq sous-groupes thématiques visant à analyser les domaines suivants :

- ✔ Opérationnalisation des PRES ;
- ✔ Gouvernance sanitaire au niveau local, disponibilité et accessibilité des services de santé (notamment la santé maternelle et infantile) ;
- ✔ Accessibilité financière des soins, mise en œuvre de la CMU ;
- ✔ Participation communautaire.

Des guides ont été élaborés pour faciliter les échanges et la collecte d'informations.

Deux principes ont guidé les échanges lors de ces missions.

- ✔ Un changement de paradigme, qui a permis d'analyser ces domaines du point de vue des bénéficiaires afin de déterminer si l'offre de services de santé répondait à leurs besoins.
- ✔ La méthodologie, qui a consisté à observer et à rapporter tel quel, sur la base d'un canevas, les constats qui découlaient soit de l'observation directe des structures, du matériel et des équipements (y compris les outils de gestion), mais aussi des interactions avec les acteurs et les membres des communautés visitées.

Le calendrier des missions a été établi et un courrier d'information des autorités administratives (préfets et maires) transmis aux directeurs régionaux en charge des PRES.

### 3.2. Déroulement des missions

Les missions ont été conduites par le Représentant de l'OMS, accompagné par une dizaine d'experts pour chacune d'elles et ont eu lieu de novembre 2024 à mars 2025, comme indiqué ci-dessous :

Dates de la mission	PRES	Régions sanitaires couvertes	District sanitaire visité	Structures de santé visitées
10 – 15 novembre 2025	Yamoussoukro	Belier, Marahoué, N'zi, Loh-Djiboua et Gôh	Yamoussoukro	CSR de Lobakro, Centre communautaire le Wale, CHR de Yamoussoukro
	Bouaké	Gbèkè, Béré et Hambol	Bouaké Nord-Est	CSU Belleville PMI de Sokoura et CSR de Saminikro
	Korhogo	Tchologo et Poro	Sinématiali	CSU Polouroukaha, CSR Bakalekaha

Dates de la mission	PRES	Régions sanitaires couvertes	District sanitaire visité	Structures de santé visitées
25 – 29 novembre 2024	Daloa	Haut Sassandra et Worodougou	Daloa	CSR Zaliouhan, CSU Garage et CHR Daloa
	San-Pédro	Gboklè, Nawa et San-Pédro	San-Pédro	PMI de San-Pédro, Hôpital Général de San-Pédro, CHR de San-Pédro, CSU San-Pédro, PMI Bardo, CSR Moussadouougou
27 janvier – 2 février 2025	Man	Cavally, Guemon, Tonpki et Bafing	Man	CSU Logoualé CSR Gbatongouin
	Odienné	Bagoué, Folon et Kabadougou	Odienné	CSU de Tiémé CHR d'Odienné CSR Kimbirila-Sud
4 février 2025	Abidjan	Abidjan 1, Abidjan 2, Agnébi-Tiassa, Grands ponts, Mé et Sud-Comoé	Songon Anyama	CSU Songon Kassemblé CSR Songon Agban HG d'Anyama CSU Ancienne Gendarmerie CSR Ahouabo
18 – 23 mars 2025	Abengourou	Indenie Djaublin, Moronou et l'Iffou	Abengourou	CSU Sankadiokro HG d'Abengourou CSR Adoukoffikro
	Bondoukou	Boukani et Gontougou	Bondoukou	CSU Soko CHR de Bondoukou CSR Motiamo

Pour chaque PRES, en collaboration avec le Directeur Régional, le programme des missions a été le suivant :

- ✔ Visite de courtoisie aux autorités administratives ;
- ✔ Rencontre de travail avec le directeur régional du PRES, les directeurs départementaux et les membres des comités de gestion ;
- ✔ Visite de structures de santé : centre de santé urbain et/ou rural, un hôpital général et/ou un centre hospitalier régional ;
- ✔ Rencontre avec une communauté villageoise.

Tableau 2 : Autorités et communautés villageoises rencontrées

PRES	Autorités administratives	Autorités sanitaires	Communautés
<b>Bélier</b>	Préfet de Région, Préfet du département de Yamoussoukro, Maire de Yamoussoukro	DD de Yamoussoukro représentant aussi le DR du Bélier	Lobakro
<b>Bouaké</b>	Préfet de région, Préfet du département de Bouaké, et Maire de Bouaké	DD de Bouaké Nord Est représentant aussi le DR	Saminikro
<b>Poro</b>	Préfet de région, Préfet du département de Korhogo, Maire de Korhogo et de Sinématiali	DR de Poro et les DD de Korhogo 1, Korhogo 2 et Sinématiali	Sinématiali
<b>Haut-Sassandra</b>	Préfet de Région du Haut Sassandra, Préfet du département de Daloa, Maire de la Commune de Daloa	DR de Haut Sassandra, les DD de Daloa, Issia, Vavoua et Zoukougbeu, et le Directeur du CHR	Zaliohouan
<b>San-Pédro</b>	Préfet de région de San-Pédro, Préfet du département de San-Pédro et Maire de la commune de San-Pédro	DR de San-Pédro, Directeur de l'HG et du CHR, DD du district sanitaire de San-Pédro	Moussadougou
<b>Man</b>	Préfet de région, Préfet du département de Man, Maire de Man	DR de Tonpki et de Man	Gbatongouin
<b>Odienné</b>	Préfet de Région du Kabadougou, Préfet du département d'Odienné ; Maire de Kabadougou	DR de Kabadougou et d'Odienné	Kimbirila-Sud Association des maraines d'Odienné (Initiative Loh-Gnouman)
<b>Abidjan</b>	Sous-préfet de Songon	DD de Yopougon-Ouest et d'Anyama	
<b>Abengourou</b>	Préfet de région, Préfet du département d'Abengourou	DR de l'Indénié Djuablin et d'Abengourou	Adoukoffikro
<b>Bondoukou</b>	Préfet de Région du Gontougo, Préfet du département de Bondoukou; Maire de Bondoukou	DR de Gontougo et de Bondoukou	Motiamo

Les visites de courtoisie aux autorités administratives ont permis de renforcer la communication sur la mission de l'OMS au plan local et auprès des États membres.

Les rencontres de travail avec les Directeurs régionaux et départementaux ainsi que leurs équipes ont permis d'aborder en profondeur les sujets essentiels pour les districts sanitaires : capacités des district en termes de planification, de gestion de l'information sanitaire, du fonctionnement des COGES, de gestion des ressources humaines, de la mise en œuvre de la CMU, des performances sanitaires, de la référence recours, de l'adéquation entre l'offre des services et les besoins réels des individus et des communautés.

L'opérationnalisation des PRES a été rajoutée lors des dernières missions. En effet, il était important de recueillir le vécu des responsables sanitaires par rapport aux PRES créés par l'arrêté n° 00203/MSHPCMU/CAB du 2 mai 2023 en vue de « garantir aux populations de leur aire d'influence tous les services de santé, globaux, spécialisés, continus, intégrés et efficaces dans une approche de continuum de soins à travers les différents niveaux de la pyramide sanitaire ». Les échanges avec les DR ont permis d'aborder les défis et les acquis en termes de mutualisation des moyens et des compétences des structures de santé, d'amélioration du système de santé mais aussi de coordination entre les différents acteurs.

Les visites des structures de santé ont été une opportunité d'observer le milieu et les conditions de travail du personnel de santé et d'échanger avec eux. Une attention particulière a été portée aux services de maternité et de santé de la reproduction et de l'enfant, de gestion des médicaments essentiels et de l'information sanitaire.

Les rencontres avec les communautés villageoises ont été une étape importante de ces missions, car elles ont constitué des moments privilégiés d'échanges sur leurs besoins réels en matière de santé et au-delà (développement, bien-être).

Chaque soir, une réunion de debriefing de l'équipe a permis de recueillir les impressions et d'affiner la méthodologie. Après chaque mission, les notes d'observation et de constat étaient compilées pour analyse en vue d'élaborer un rapport général.

### 3.3. Élaboration du rapport

L'ensemble des notes d'observation collectées lors des missions ont été compilées par un groupe restreint en vue de préparer une réunion technique interne qui permettra : i) d'analyser l'ensemble des notes ; ii) d'aboutir à un consensus sur les principales conclusions de ces missions ; iii) d'identifier les actions à entreprendre par le Ministère de la Santé, l'OMS et les PTF.

Le présent rapport fera l'objet d'une restitution au Ministre de la Santé et à son équipe pour validation avant publication.



## 4. PRINCIPALES OBSERVATIONS DES VISITES DE TERRAIN

### 4.1. Opérationnalisation des PRES

#### 4.1.1 Constats

Nous avons observé l'opérationnalisation effective des PRES avec la nomination des Coordonnateurs de PRES et la mise en place d'instance de coordination.

Cependant, nous avons noté l'absence de procédures administratives expliquant le rôle du coordonnateur du PRES et des autres membres. Les coordonnateurs du PRES éprouvent également des difficultés à inviter leurs pairs aux réunions de coordination des activités, par manque de procédures définissant les rôles de chaque partie.

De plus, le rôle des coordonnateurs et des organes des PRES n'est pas encore clairement défini ni compris par les coordonnateurs du PRES et les DRS des régions non chefs-lieux. Cela résulte d'une collaboration encore timide entre les équipes membres de PRES.

Le manque de procédures claires définissant les responsabilités de chaque partie prenante de la coordination engendre une faible coordination entre chaque coordonnateur du chef-lieu de PRES et les DRS membres par manque : il s'agit très souvent de négocier pour trouver des consensus sur la mutualisation des moyens du plateau technique et des ressources humaines disponibles dans l'aire géographique concernée. Toutefois, il n'existe pas de plan d'action des activités spécifiques, ce qui conduit à entreprendre des actions ponctuelles réalisées dans le cadre de la planification d'activités au niveau central.

Les capacités matérielles des plateaux techniques de certaines structures hospitalières ont été renforcées, notamment celles qui sont récentes. À titre d'exemple, on peut citer les équipements de laboratoires, de service d'imagerie médicale, de centres de transfusion sanguine, de chaîne du froid, de stérilisation centrale, d'hémodialyse, d'unités de production d'oxygène, etc. La construction de nouvelles infrastructures hospitalières par PRES permet de réduire les évacuations sanitaires vers Abidjan et de gérer les cas dans chaque zone de PRES (cas des grossesses graves, urgences de chirurgie) : dans les EPHR, les CHR, les HG.

Les capacités des ressources humaines ont été aussi renforcées en mettant à disposition des spécialistes dans certaines structures hospitalières. Cela a facilité un début de mutualisation des expertises par aire géographique : réanimateurs, traumatologues, pédiatres, chirurgiens, service de néphrologie, service de cardiologie.

Aussi la qualité de la prise en charge des malades a été améliorée en réduisant le temps d'attente et de consultations. Dans certains PRES, il existe une plateforme de concertation et de partage d'information facilitant la prise de décision. Enfin, à travers les PRES, il a été observé un début de collaboration avec le secteur privé.

#### 4.1.2 Acquis

Les acquis majeurs des PRES illustrent une avancée significative dans l'amélioration du système de santé régional. Le relèvement du niveau opérationnel des Etablissements Publics Hospitaliers Régionaux (EPHR) a renforcé leur rôle en tant que pôles d'excellence, soutenu par la fourniture progressive d'équipements de pointe pour les examens, les diagnostics et les traitements tels que les scanners, les unités d'hémodialyse, les automates de laboratoire. L'affectation de spécialistes en diverses disciplines médicales, notamment en traumatologie, cardiologie et gynécologie-obstétrique, a enrichi l'offre de soins. Par ailleurs, le renforcement des dépôts régionaux pour les médicaments, les vaccins et les produits sanguins dans les chefs-lieux des PRES, a optimisé l'approvisionnement et la distribution vers les structures périphériques. Les efforts pour assurer la coordination au niveau des PRES sont effectifs à travers des réunions de concertation en vue de booster la mutualisation des ressources. L'organisation et la gestion des enjeux de santé reposent sur un cadre intersectoriel favorisant une approche concertée où le dialogue renforce la synergie des actions opérationnelles.

#### 4.1.3 Défis

Les défis rencontrés dans les PRES nécessitent des actions stratégiques pour renforcer leur efficacité et leur impact sur le système de santé. La mise en place de procédures administratives claires est essentielle pour définir les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes, garantissant ainsi une meilleure coordination et collaboration. Le fonctionnement optimal des PRES doit être renforcé afin de favoriser une synergie entre les acteurs concernés. L'affectation des spécialistes manquants, tels que les médecins

spécialistes en Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), les ophtalmologistes et surtout les Anesthésistes-Réanimateurs, permettra de compléter l'offre de soins et d'améliorer la qualité des services. Par ailleurs, la poursuite du développement des infrastructures et des plateaux techniques dans les établissements de référence reste une priorité pour offrir des soins adaptés aux besoins de chaque aire géographique. L'implication accrue du secteur privé et l'allocation de financements domestiques dédiés à la coordination sont également des leviers indispensables pour assurer le bon fonctionnement des PRES. Enfin, l'application de la carte sanitaire garantira une répartition plus équilibrée des établissements de santé, contribuant ainsi à une meilleure accessibilité et efficacité du système sanitaire régional.

## 4.2 Gouvernance

La pyramide sanitaire ivoirienne repose sur 2 760 Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), 139 hôpitaux généraux au niveau primaire, 21 CHR au niveau secondaire, 5 CHU et 7 établissements spécialisés au niveau tertiaire. Le pays compte 113 directions départementales de la santé, 33 directions régionales, en sus des directions centrales.

La réforme hospitalière a apporté des innovations majeures au système hospitalier, en transformant les établissements sanitaires en Établissements Publics Hospitaliers (EPH) avec une personnalité morale et une autonomie de gestion, afin d'accroître que leurs prestations de qualité répondent aux besoins de santé des populations.

Dans le cadre de cette réforme hospitalière, le gouvernement a décidé de créer dix Pôles régionaux d'excellence santé (PRES) pour renforcer l'accessibilité géographique afin de permettre à chaque habitant, quelle que soit sa localisation, de bénéficier, dans un rayon de 150 km, de soins adéquats avec les meilleurs plateaux techniques et des médecins spécialistes.

Ainsi, chaque PRES doit assurer une prise en charge holistique et de qualité de la population de son aire géographique, sur la base de la mutualisation des ressources de plusieurs structures sanitaires d'une ou de plusieurs régions.

### 4.2.1 Constats

En termes d'organisation, le système de santé repose sur une structure pyramidale comprenant un niveau central, régional et de district, avec le district de santé comme unité opérationnelle de base. Cette organisation courante en Afrique subsaharienne, intègre un secteur public, un secteur privé mieux développé en milieu urbain qu'en zone rurale, ainsi qu'un sous-système communautaire dynamique.

Les ressources humaines sont de qualité au niveau des régions. Hormis les équipes régionales, les hôpitaux disposent de spécialistes dans les domaines de base. Selon les régions, il manque toutefois des spécialistes dans certains domaines, comme la gynéco-obstétrique ou l'anesthésie-réanimation.

La coordination et le partenariat jouent un rôle central dans l'efficacité du système. Les réunions hebdomadaires, mensuelles et trimestrielles permettent une organisation structurée entre les acteurs du niveau régional et de district, selon une approche multisectorielle y compris de OneHealth qui favorise l'intégration des différents secteurs. La planification des activités est dirigée par la Direction Générale de la Santé et relayée aux niveaux régional et départemental. Cependant, l'absence d'un plan pluriannuel de développement sanitaire et la non-appropriation systématique du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) constituent des obstacles à une planification cohérente et efficace. De plus, certaines ONG interviennent dans les districts sans concertation avec les instances locales, ce qui limite la coordination globale.

Enfin, la gestion des données et le suivi-évaluation sont des leviers essentiels pour améliorer la qualité des services. Le système DHIS2 est utilisé pour la collecte des informations, mais des erreurs subsistent à cause de mécanismes de contrôle insuffisants et de traitement manuel des données primaires, impactant sur leur fiabilité. Le manque de rétro-information constitue un frein à l'amélioration continue du système. En matière de suivi et d'évaluation, bien que des réunions périodiques soient organisées, le recours aux enquêtes et études approfondies demeure rare, limitant la capacité à identifier et résoudre les problèmes de santé spécifiques à chaque région.

### 4.2.2 Acquis

Les avancées en matière de gouvernance sanitaire sont notables. On observe des efforts significatifs de leadership et de coordination de l'action sanitaire de la part des Directions Régionales de la Santé (DRS), tant au niveau régional qu'au sein des Pôles Régionaux de Santé (PRES). Les autorités administratives s'impliquent activement dans les questions de santé, ce qui renforce la dynamique locale. Dans certains PRES, un début de mutualisation des ressources est en cours, traduisant une volonté de rationalisation et d'efficacité. Les infrastructures sanitaires sont globalement fonctionnelles, avec un personnel disponible pour assurer les services. Les équipes cadres de district jouent pleinement leur rôle en coordonnant les activités et en élaborant des plans d'action jusqu'au niveau des Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC). La communication entre les différents responsables de la santé au niveau régional est fluide, et le système de transmission des rapports fonctionne correctement. Le niveau central met à disposition des supports d'information tels que les registres et les rapports SIG, facilitant ainsi la collecte et l'analyse des données. Les Chargés de Surveillances Épidémiologiques (CSE) sont opérationnels dans les districts, contribuant à une bonne complétude et promptitude des données. Enfin, la participation communautaire aux activités de santé est jugée satisfaisante.

### 4.2.3 Défis

Malgré les acquis, plusieurs défis subsistent. Le fonctionnement des PRES nécessite encore un encadrement important de la part du niveau central, notamment en matière de directives, de partage d'expériences et de financement. Il est également crucial de renforcer les capacités des PRES dans certaines spécialités médicales essentielles telles que la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie-réanimation. Les membres des comités de gestion des centres de santé manquent parfois de connaissances sur leurs rôles et missions. On note une concentration du personnel, notamment des sage-femmes, dans les établissements urbains comme les CHR et CSU, au détriment des zones rurales. La méthode actuelle de détermination des priorités dans les districts, basée sur des sondages communautaires, mérite d'être revue. Le fonctionnement des Comités de Gestion (COGES) des Centres de santé reste fortement dépendant du Financement Basé sur la Performance (PBF). Par ailleurs, la planification au niveau des districts est souvent menée par les Équipes Cadres de District (ECD) sans réelle implication des autres parties prenantes locales. La population ne comprend pas toujours le fonctionnement des trois niveaux de la pyramide sanitaire, ce qui entraîne des demandes inappropriées et un engorgement des CHR. Certaines ONG interviennent sans coordination avec les districts concernés, et leurs rapports sont rarement transmis. L'appropriation des interventions des ONG par les ECD reste limitée. Le personnel connaît un important taux de rotation, notamment dans la région d'Odienné, malgré un effectif globalement stable. L'accès aux soins reste difficile pour une partie de la population, notamment dans les zones éloignées où plus du tiers des habitants vivent à plus de 5 km d'une structure de soins. Enfin, la fiabilité des données avant leur première agrégation au niveau des centres de santé est perfectible, et leur utilisation par les districts n'est pas encore optimale.

### 4.3 Disponibilité et accessibilité des services, y compris des médicaments, avec focus sur la maternité

Les efforts du gouvernement en matière de couverture des populations en structures des soins sont importants avec plus de 70% de la population situés dans un rayon de moins de 5 km d'un centre de santé. Cette couverture est plus importante en zone urbaine (plus de 80% à Abidjan). Cependant, en milieu rural il a été noté que des proportions importantes de la population sont situées à plus de 5 km des structures des soins (36% à Tonkpi, 44% à San-Pédro). En milieu urbain, il existe une contractualisation des CSU avec des laboratoires d'analyses médicales privés (comme à Abidjan).

#### 4.3.1 Constats

La disponibilité des structures de soins est globalement satisfaisante, à l'image des régions du Bélier (162 ESPC) et du Gontougo (1 ESPC pour 5 000 habitants). Les ESPC sont en général accessibles dans un rayon de 5 km (95%, 65%, et 60% de la population des aires de santé du CSU de Belleville dans le Gbêkè, du CSU de Sankadiokro dans l'Indénié-Djuablin et dans le district de santé de Daloa). On note cependant une mauvaise répartition géographique des centres de santé dans la région de l'Indénié-Djuablin, selon le Directeur régional. Il est prévu comme mesure corrective la livraison à Abengourou de deux ESPC pour combler la difficulté du fonctionnement du CHR, lequel est le principal établissement de premier recours.

Les régions sanitaires sont en grande majorité confrontées au non-respect des niveaux de référence. C'est ainsi que les CHR d'Abengourou, de Yamoussoukro, de Korhogo et de Bondoukou sont sollicités comme établissement de premier recours, avec au moins 50% des consultations auto-référées au CHR Yamoussoukro. La consolidation de l'accessibilité géographique est en cours dans plusieurs régions sanitaires : la région du Gontougo prévoit de construire deux CSR, six maternités améliorées doivent être mises à la disposition de la région du Gbêkè par le MSHPCMU et la mairie de Tiémé (Kabadougou) a construit un nouveau bâtiment pour le CSU.

Le taux d'utilisation des services observé est relative faible : 31% dans le Haut-Sassandra ; 37% dans le Tonkpi, dont 27% pour le district de Danané. Le CSU de Belleville (Gkêkè) a entrepris des initiatives locales pour impliquer la communauté et améliorer l'utilisation des services de soins prénatals.

En matière de qualité de services, les CHR, les CSU et les CSR visités fournissent les services cliniques de médecine et de spécialités généralement requis. À Bondoukou par exemple, 23 des 27 services cliniques du CHR sont fonctionnels. Dans certains cas, des spécialités médicales ou chirurgicales sont nécessaires. Les services de soins maternels et néonataux sont administrés : contraception, soins prénatals, accouchements assistés, soins postnatals, conseils dépistage du VIH des femmes enceintes, dépistage des lésions précancéreuses, soins mère kangourou, réanimation du nouveau-né, etc.

La couverture des soins prénatals est très faible : 36% pour les CPN I au premier trimestre dans le Haut-Sassandra et la fréquentation des CPN précoces est jugée insuffisante au CSU de Sankadiokro (Indénié-Djuablin).

Les centres de santé privés contribuent beaucoup à la fourniture de l'offre de services cliniques (58 à Daloa). Mais ils sont trop peu à participer au système d'information au niveau régional. Par exemple, dans le Bélier, 25 centres sur 69 transmettent leurs rapports d'activité au District.

Au niveau des ressources humaines, la disponibilité en personnel paramédical (infirmiers et sage-femmes) est globalement satisfaisante. On note par exemple des ratios de 1 infirmier pour 3 000 habitants dans le Gbêkè et de 1 infirmier pour 2 042 habitants dans le Gontougo. On observe également 1 sage-femme pour 1 000 femmes en âge de procréer (FAP) dans le Gbêkè, et 1 sage-femme pour 1 400 FAP dans le Gontougo.



Les déficits en ressources humaines concernent surtout les médecins, notamment les médecins de spécialités. Les régions comme le Gbêkè, le Haut-Sassandra et le Gontougo expriment leurs besoins de spécialistes. Dans la région du , il a été observé une répartition inégale des ressources humaines entre les 4 districts sanitaires. En revanche, dans la région du Kabadougou, les ressources humaines en santé sont insuffisantes avec un turn-over très élevé.

Les difficultés d'accès à l'eau potable et de fourniture d'électricité sont les déficits infrastructurels les plus couramment observés lors de la visite des CSU. Elles ont été constatées dans 5 des 10 régions visitées (San-Pédro ; Tonkpi ; Abidjan ; Gkêkè ; Kabadougou).

Certaines régions ont rapporté l'absence d'ambulance dans les CSU visités pour assurer les évacuations sanitaires (Haut-Sassandra ; Indénié-Djuablin). L'exiguïté et l'inadaptation des locaux ont été également rapportées dans ces mêmes régions.

En termes d'équipements médicaux, les trois automates du laboratoire du CHR de Yamoussoukro (région du Bélier) n'étaient pas fonctionnels, et le CSU de Moussadougou (région de San-Pédro) ne disposait pas de couveuse pour nouveau-nés, tandis du matériel nouvellement acquis (lits, pèse-bébé, frigidaire et divers) n'était pas utilisé depuis un an au CSU de Songon (région d'Abidjan).

Par ailleurs, il a été observé l'acquisition de nouveaux équipements et de nouvelles infrastructures a été observée dans plusieurs régions : nouvel automate de biochimie au CHR d'Abengourou (région de l'Indénié-Djuablin), dispositif de production d'oxygène et un bloc opératoire au CHR de Bondoukou, deux dépôts de la nouvel PSP dans les régions du Tonkpi et du Poro ; et des moyens logistiques pour la distribution des médicaments au dernier kilomètre, dans la région du Tonkpi.

Concernant les médicaments et autres produits de santé, les difficultés de distribution au dernier kilomètre et les ruptures de stocks représentent les entraves majeures à la disponibilité des médicaments et des produits de santé. Elles ont été observées dans 6 régions (Poro ; Kabadougou ; Tonkpi ; Haut-Sassandra ; Gkêkè ; Bélier). Les ruptures touchent particulièrement les médicaments essentiels contre le paludisme (sulfadoxine-pyriméthamine), les MILDA et les kits d'accouchements. Elles peuvent s'étendre sur 60 voire

145 jours. Par ailleurs, des faibles taux de satisfaction des commandes, un prix jugé élevé des médicaments (notamment dans la région du Tonkpi) par les communautés et une utilisation insuffisante du logiciel de gestion des médicaments mSupply (Gkèkè, Poro) ont été relevés.

Par rapport aux normes de prestation des services, le respect des normes de conservations de la chaîne de froid et de stockage des médicaments varie selon les régions.

Par exemple, la chaîne de froid pour les vaccins est correctement tenue dans le Poro et le Gbèkè, ce qui n'est pas le cas au CSU de Logoualé (Tonkpi). Les médicaments sont stockés dans des conditions optimales dans le Gkèkè, mais la conservation de certains médicaments utilisés en gynéco-obstétrique, comme l'ocytocine, n'est pas conforme aux normes au CSU de Polouroukaha (Poro).

On observe également un déficit d'application des normes dans le suivi des femmes dans le post-partum immédiat (CSU Zaliouhouan dans le Haut-Sassandra ; Moussadougou, à San-Pédro), concernant la disponibilité de la liste de références des médicaments essentiels (CSU Logoualé dans le Tonkpi), et dans la conformité des locaux qui abritent les laboratoires (comme à l'hôpital général d'Anyama, dans la région d'Abidjan I). La destruction des déchets médicaux et des médicaments périmés est effectuée en dehors des normes requises (fosse à brûlage) dans le Poro, dans les CSU de Songon-Agban (région d'Abidjan) et de Bouaké-Belleville (région du Gbèkè).

Dans le domaine de l'information sanitaire, les outils de collecte des données des activités de santé maternelle et infantile (Registre de CPN) sont généralement disponibles. Ils sont cependant insuffisamment utilisés par les sage-femmes. Elles font plutôt usage de fiches intermédiaires (CSU de Moussadougou ; San-Pédro) et préconisent une numérisation des outils (CSU Garage Daloa, Haut-Sassandra).

Le rapportage des données est réalisé de façon satisfaisante, opéré par chaque responsable d'activité au sein des centres de santé, puis consolidé par un gestionnaire de données dédié. L'utilisation des données est manifeste dans certains centres visités. Elle a servi à l'amélioration des activités de planification familiale au CSU de Sankadiokro (Indénié-Djuablin), à planifier le renforcement des capacités des prestataires (initiative ECHO) au CHR de Bondoukou (région du Gontougo) ou encore à faire le suivi des indicateurs de santé maternelle et infantile au CSU Garage de Daloa (Haut-Sassandra).

La surveillance des décès maternels est réalisée dans toutes les régions visitées. Les sage-femmes participent aux revues des décès qui sont aussi des occasions de renforcement de capacités (comme au CSU Garage de Daloa, Haut-Sassandra). Les décès maternels ont été considérablement réduits dans plusieurs régions : par exemple, de 38% dans le Tonkpi entre 2018 et 2024, ramenés de 31 à 20 cas dans le Kabadougou de 2023 à 2024, 1 seul cas au CSU de Moussadougou (San-Pédro) en 2024 et aucun au CHR de Yamoussoukro (Bélier) de 2022 à 2024.

Ces décès maternels demeurent pourtant une préoccupation majeure pour d'autres régions comme le Haut-Sassandra qui en a déclaré 34 en 2024. Les raisons les plus évoquées sont des évacuations tardives des femmes ayant accouché à domicile ou des parturientes ayant fait l'objet d'un travail prolongé dans des établissements privés clandestins.

L'appui des partenaires aux régions sanitaires a été objectivé dans plusieurs cas. Le CSU de Moussadougou (région de San-Pédro) bénéficie de l'appui de l'ONG Save the Children pour améliorer la couverture en CPN, grâce au rappel par SMS des femmes enceintes et de leurs conjoints. Le projet Passerelle, mis en œuvre dans le même centre avec un appui du Canada, contribue à une meilleure prise en charge des adolescents. L'arrêt du soutien du gouvernement des États-Unis, survenu en février 2025, a eu un effet mesuré sur la continuité des services au profit des PVVIH dans la région de l'Indénié-Djuablin. Les conseillers communautaires et la Direction régionale ont mis à niveau des points focaux pour assurer la continuité des services dans chaque centre de santé.

#### 4.3.2 Acquis

La visite des 10 régions sanitaires de Côte d'Ivoire a permis de noter des acquis notables du système de santé. La disponibilité des infrastructures sanitaires est satisfaisante et respecte les ratios usuels. Les populations se trouvent en majorité dans des aires sanitaires à moins de 5 km. Les capacités d'accueil sont en cours de renforcement : citons la construction de nouveaux établissements de soins ESPC, avec la réhabilitation ainsi que la construction de CHR à Korhogo, Odienné, Abengourou, Man et San-Pédro.

Le taux d'utilisation reste relativement acceptable pour certaines régions sanitaires comme celle du Bélier (50%). Certaines initiatives locales contribuent à faciliter l'accessibilité aux structures de soins. L'initiative Lôh-Gnouman, appuyée par l'OMS dans le Kabadougou, a recours aux matrones pour améliorer les CPN et les accouchements assistés en vue de réduire la mortalité maternelle. Par exemple, le Directeur départemental de Man s'est engagé à assurer l'évacuation gratuite des femmes enceintes référées.

Une offre de service complète est disponible et les lieux ainsi que les conditions d'accueil des patients sont convenables dans la plupart des structures visitées : environnement propre, présence de personnel, documents d'enregistrement des actes disponibles. Les services de soins préventifs aux enfants (vaccination, nutrition) et la plupart des spécialités médicales courantes sont notamment assurés.

La disponibilité des personnels paramédicaux est conforme aux ratios recommandés dans la très grande majorité des régions sanitaires visitées, au-delà de 1 infirmier pour 5 000 habitants, et de 1 sage-femme pour 3 000 FAP (Gbèkè, Poro, Bélier, Gontougo). Ce personnel a démontré son engagement dans la fourniture de la prestation de services.

Les conditions de stockage des médicaments sont globalement satisfaisantes. Les pharmacies sont bien tenues et les conditions de stockage des médicaments correctes, avec des outils de gestion des stocks. L'installation de dépôts régionaux de la nouvelle PSP à Man (Tonkpi), Odienné (Kabadougou), Korhogo (Poro) et Bouaké (Gbèkè) contribue à renforcer la disponibilité des médicaments et des produits de santé. Les kits d'accouchement sont disponibles en quantités suffisantes dans certains établissements (notamment ceux de la région du Gbèkè, qui disposent pour certains de plus de trois mois de stocks). Les personnels des pharmacies sont formés et constituent des atouts pour une gestion adéquate des médicaments.

Les régions ont entrepris certaines initiatives pour améliorer le plateau technique et optimiser l'utilisation des équipements. Celle du Poro est dotée d'un nouvel incinérateur et procède à un entretien correct de la chaîne du froid (vaccins). La région du Tonkpi a déployé un système fonctionnel de mutualisation et de gestion d'un pool d'ambulances pour les évacuations.

La gestion de l'information sanitaire a été consolidée dans certains CHR (Man et San-Pédro notamment) avec un système d'information intégré. De façon générale, les données sont correctement collectées, transmises et utilisées au plan local. Elles ont notamment permis d'améliorer les activités de planification familiale au CSU de Sankadiokro (région de l'Indénié-Djuablin), de renforcer les capacités des prestataires (initiative ECHO) au CHR de Bondoukou (région du Gontougo) et de faire le suivi des indicateurs de santé maternelle et infantile au CSU Garage de Daloa (Haut-Sassandra).

#### 4.3.3 Défis

Les régions sanitaires restent confrontées à de nombreux défis pour le renforcement du système de santé. La couverture des zones d'habitation au-delà de 5 km d'un centre de santé est à améliorer, comme dans l'aire de santé du CSU de Sankadiokro. De même, l'accessibilité géographique dans les grands ensembles urbains doit rester une préoccupation, notamment à Daloa. Ces grands centres urbains font face, pour la plupart, au phénomène très marqué des auto-références. Les CHR constituent les premiers recours aux

soins pour une grande partie des populations des villes de Yamoussoukro, Bondoukou, San-Pédro, Korhogo et Man. Les niveaux de référence n'étant pas respectés, les centres de santé de second recours sont débordés. La charge de travail s'en trouve augmentée pour les prestataires, contribuant à la désorganisation des services.

En parallèle, on relève une faible utilisation des services dans les centres périphériques, comme observé dans les régions du Tonkpi et du Gbêkè. Cette faiblesse concerne particulièrement les services de santé maternelle et infantile. Dans le Haut-Sassandra, il a notamment été relevé un nombre élevé d'accouchements à domicile. Les régions du Gbêkè, du Poro et celle du Haut-Sassandra présentent de faibles couvertures en termes de CPN.

Le déficit en ressources humaines porte principalement sur les médecins, notamment les spécialistes. Entre autres besoins, le Poro est par exemple dans le besoin de spécialistes ORL, ophtalmologues et neurologues. Dans le Goutougo, il y a besoin d'un anesthésiste en urgence, mais aussi de généralistes. Quant au Kabadougou, il est particulièrement confronté à la mobilité excessive des ressources humaines et à leur manque de motivation.

La rupture des médicaments et des produits de santé constitue le plus important défi commun à l'ensemble des régions visitées. Elle concerne l'ensemble des médicaments essentiels et touche davantage les kits d'accouchement, les intrants pour le dépistage du VIH, les produits d'urgence, les produits contraceptifs, les médicaments du paludisme, mais aussi les boîtes d'accouchements. Les délais de rupture peuvent atteindre six mois.

La faiblesse de la distribution au dernier kilomètre constatée dans certaines régions (Poro, Sassandra, Tonkpi) entrave également la disponibilité permanente des médicaments. Les connaissances des gestionnaires sur les fonctions-clés de la gestion des médicaments nécessitent une mise à jour pour certaines régions sanitaires. Le déploiement et l'usage constant du logiciel mSupply doivent être améliorés en vue d'une gestion correcte des stocks. Les conditions de conservation de certains médicaments nécessitant une chaîne du froid contrôlée, en dehors des vaccins, doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Les CHR, comme celui de San-Pédro, sont confrontés à la non-intégration de plusieurs systèmes d'information sanitaire dont leurs prestataires doivent utiliser simultanément. Le système d'information hospitalière, propre aux CHR, le Système d'information et de gestion (SIG), qui relève du Système national de l'information sanitaire (SNIS) et le SIGDEP 3, qui est dédié à la gestion des données du VIH, ne sont pas intégrés et ne présentent pas d'interfaces interopérables.

Les centres de soins privés contribuent à la sous-notification des données sanitaires, malgré leur nombre important : par exemple, seulement 25% des structures privées rapportent dans le Bélier. Les régions ne disposent pas toujours d'indicateurs propres à la santé maternelle et infantile. Les principaux défis liés à la surveillance des décès maternels sont de palier la faible couverture en CPN, l'absence de système de référence fonctionnel entre les ESPC et les hôpitaux de second recours, la sous-notification communautaire des décès maternels et le fonctionnement insatisfaisant des comités de revue des décès maternels.

Les défis infrastructurels et d'équipements sont divers et variables selon les régions. La région du Haut-Sassandra est confrontée au retard de la réhabilitation du CHR, au non-fonctionnement du deuxième bloc opératoire et au défi du transport des échantillons de charge virale et de résultats pour le VIH. Cette région partage les mêmes besoins en ambulances pour les évacuations des urgences de santé avec celle du Poro. Le monitoring quotidien de la chaîne du froid pour la qualité des vaccins n'est pas assuré dans le Bélier, qui était par ailleurs confronté à une panne de trois automates de biochimie lors de la visite.

## 4.4 Accessibilité financière des soins et satisfaction des patients dans le cadre de la CMU avec focus sur la mère et l'enfant

### 4.4.1 Constat

Le déploiement de la CMU est effectif dans tous les PRES. À titre d'exemple, dans la région de Gontougo (Bondoukou), 97% des structures (183/189) sont éligibles à la CMU et 70% de ces établissements (132/189) mènent des services de CMU. Les raisons du non-fonctionnement des 30% restant sont principalement l'absence de lecteurs dans certaines structures de santé, ou d'agents CMU, et un mauvais accès à Internet.

Les structures sanitaires visitées disposent pour la plupart de terminaux de lecture de cartes CMU. Toutefois, dans certaines structures, ces derniers étaient en panne au moment de la visite et leur utilisation est souvent limitée par une connexion Internet instable, particulièrement en zones rurales où la couverture réseau est insuffisante.

Par ailleurs, on peut noter les efforts visant à moderniser les équipements biométriques. Enfin, il a été constaté que les lacunes techniques altèrent l'expérience des bénéficiaires et compliquent la tâche des prestataires.

Un retard considérable, de 1 à 4 mois, voire davantage, dans l'émission des cartes a été constaté dans la quasi-totalité des PRES. Toutefois, depuis 2023, le temps d'attente pour obtenir sa carte a été réduit : il est désormais possible de l'obtenir en 10 minutes.

Les populations ne sont pas toujours bien informées sur l'existence de la CMU. Dans certains PRES, certaines communautés rencontrées ont reconnu méconnaître l'utilité de la carte CMU. De plus, peu de personnes avec des cartes CMU savent qu'elles doivent être maintenues valides à travers des paiements mensuels de 1000 FCFA.

Le taux d'enrôlement à la CMU demeure encore faible dans tous les PRES. Cependant, de nombreux bénéficiaires ne retirent pas leurs cartes à temps, souvent par méconnaissance des procédures ou par manque d'information sur les points de distribution. Lorsque la CMU est déployée et mise en œuvre, elle est confrontée à des défis liés à la mise à jour des cotisations, à l'incapacité financière d'assurer la cotisation mensuelle ou encore à des problèmes techniques imputables à l'instabilité de la connexion Internet.

La majorité des détenteurs de cartes ne sont pas à jour s'agissant de leurs cotisations, principalement en raison d'une méconnaissance des mécanismes de paiement, mais aussi d'une insuffisance d'information sur l'utilisation de la carte. Les fonctionnaires, par exemple, privilégient la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État (MUGEFCA), perçue comme plus avantageuse.

Par ailleurs, les structures sanitaires dénoncent les retards chroniques et le long délai de remboursement des dépenses engagées par les établissements sanitaires par la CNAM. Certaines ont reçu des montants insignifiants (par exemple, 6 300 FCFA sur quatre mois pour l'ESPC de Soko), ne justifiant pas les coûts logistiques engagés.

Les problèmes de remboursement concernent aussi les médicaments : bien que 70 % des coûts soient théoriquement couverts par la CMU, via la NPSP, les délais de traitement entraînent parfois des ruptures de stock. À titre d'exemple, dans le PRES d'Abengourou, on reste en attente du traitement d'arriérés de remboursement au titre des années 2022, 2023 et 2024, avec une retro-information inexistante entre la CNAM et les structures de soins.

La méconnaissance des droits à la CMU est générale, en particulier chez les groupes vulnérables. Au CSR d'Adoukoffikro (Indénié-Djuablin), par exemple, seulement deux patients ont présenté une carte à jour

en six mois, ce qui illustre le manque d'information sur son activation et le renouvellement des cotisations. Les ASC, pourtant identifiés comme des relais essentiels, doivent être plus impliqués dans les campagnes de sensibilisation (avec une communication plus adaptée) ou dans la collecte. Au CSU de Sankadiokro (Indénié-Djuablin), 7 usagers ont bénéficié de prestations CMU en janvier 2025, contre 14 en février 2025 (essentiellement des indigents). Et la pharmacie privée de la localité n'est pas conventionnée car non éligible.

Les structures sanitaires expriment une préférence nette pour le Financement Basé sur la Performance (PBF), dont les retombées financières motivent davantage le personnel grâce à des primes. En revanche, les recettes issues de la CMU sont perçues comme marginales et peu fiables. Cette fragmentation crée des tensions dans la gestion des ressources, notamment pour l'approvisionnement en médicaments, avec des stocks subventionnés par la CMU qui sont souvent épuisés au profit de ceux financés par le PBF.

Dans tous les PRES, la gratuité ciblée en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes est effective, en dépit de son principal défi qu'est la faible dotation des établissements en intrants dédiés, notamment au niveau de la pharmacie. Les acteurs sont en attente d'une amélioration de la situation avec l'ouverture prochaine des dépôts régionaux de médicaments (Bondoukou).



#### 4.4.2 Acquis

Parmi les acquis observés, on note que le personnel de santé a été formé, dans la grande majorité des cas, aux prestations liées à la Couverture Maladie Universelle (CMU). La quasi-totalité des centres visités disposent d'appareils lecteurs de carte CMU, permettant de vérifier la validité des cartes des bénéficiaires. L'accueil des usagers de la CMU s'est nettement amélioré grâce à la mise en place de services spécifiques dans les établissements de santé, incluant des bureaux dédiés, du personnel formé et d'autres dispositifs adaptés. Le délai de production des cartes a également connu une amélioration notable, atteignant désormais environ quinze minutes. Des efforts importants ont été déployés pour accroître l'utilisation des services de la CMU, notamment à travers une communication continue assurée par les structures de santé, les médias nationaux, ainsi que par l'organisation de réunions de sensibilisation avec les chefs de communautés sur divers thèmes tels que le processus d'enrôlement ou les modalités de référence des malades. Le paquet de soins couvert par la CMU a été élargi pour inclure les médicaments destinés au traitement des maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle. Par ailleurs, des pharmacies privées conventionnées participent désormais au dispositif, et la liste des médicaments pris en charge est disponible et effectivement utilisée dans les prestations.

#### 4.4.3 Défis

Les défis à relever dans le cadre de la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) sont nombreux et variés. L'un des principaux enjeux est le faible taux d'utilisation des services de santé, en particulier par les usagers disposant d'une carte CMU à jour. Il est donc essentiel de promouvoir l'utilisation effective de ces cartes, notamment par une sensibilisation accrue des prestataires et des bénéficiaires, incluant le personnel de santé, les services CMU, les Comités de Gestion (COGES) et les communautés. L'amélioration de la disponibilité des médicaments de base dans les officines publiques constitue également une priorité. Cela passe par une meilleure information des bénéficiaires, notamment à travers l'affichage de la liste des pharmacies privées éligibles.

Un autre défi majeur concerne les délais de remboursement des dépenses engagées dans le cadre de la CMU. Ces délais, s'ils ne sont pas réduits, représentent un risque financier important pour la gestion des hôpitaux publics. Il est donc crucial d'opérationnaliser efficacement le mécanisme de remboursement des compensations liées aux prestations CMU dans les établissements publics. Par ailleurs, la disponibilité des médicaments CMU dans les centres de santé doit être renforcée, tout comme le taux d'adhésion, de cotisation et d'utilisation des cartes par les bénéficiaires.

La liste des médicaments pris en charge par la CMU doit être non seulement disponible, mais aussi largement vulgarisée. Il est également nécessaire de réduire le phénomène d'autoréférence en restaurant la confiance des populations envers les formations sanitaires périphériques, ce qui contribuera à leur fidélisation. La planification des actions de santé au niveau des Centres de Santé Urbains (CSU) doit mieux intégrer les besoins réels des communautés, qui sont encore difficiles à capter. La gratuité ciblée n'est pas totalement appliquée, en raison notamment de l'indisponibilité de certains médicaments.

En outre, les communautés estiment que la communication de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) sur l'utilisation de la carte CMU est largement insuffisante. Enfin, la récurrence des problèmes d'accès à Internet constitue un obstacle technique non négligeable à la bonne mise en œuvre du dispositif.

## 4.5 Promotion de la santé et participation communautaire

### 4.5.1 Constats

Les missions dans les PRES ont montré l'existence des COGES dans toutes les formations sanitaires visitées, à l'exception de celles créées récemment (il est possible d'en créer en adoptant des textes réglementaires, comme des arrêtés préfectoraux ou sous-préfectoraux).

En termes de représentativité, les membres des COGES sont composés des membres de la communauté des personnels de santé et, dans certains cas, du sous-préfet. Pour la plupart, ils sont composés d'au minimum 4 membres : 1 président, 1 vice-président/secrétaire, 1 trésorier, 1 représentant des associations des femmes, 1 représentant de l'association des jeunes et/ou toute autre association. Le président du COGES est généralement le chef du village ou le préfet de région et ses membres généralement choisis/élus par consensus.

En termes de fonctionnement, il a été noté que les COGES tiennent des réunions dont la fréquence varie en fonction du PRES (trimestrielles ou mensuelles). Les compte-rendu des réunions sont faits aux communautés lors des réunions communautaires. Ces réunions sont aussi une opportunité que les COGES utilisent pour communiquer sur les besoins, les attentes des communautés et les problèmes rencontrés entre celles-ci et les personnels de santé. Les COGES sont évalués selon des critères propres aux différents PRES.

Les COGES peuvent bénéficier d'un appui financier, matériel ou technique des structures sanitaires en fonction des PRES. Le personnel de santé peut assister aux réunions en tant qu'observateurs, se contentant de prendre des notes. Parfois, les membres du personnel peuvent aider les COGES dans la tenue de réunions et la rédaction des comptes-rendus.

Concernant la gestion des structures sanitaires, les COGES assistent généralement à la conférence budgétaire et à l'exercice budgétaire. Hormis cela, les COGES peuvent aussi être impliqués dans la gestion des structures sanitaires : élaboration des plans d'affaires, des ordres de paiement, recrutement des ASC, planification, etc.

Quant aux autorités sanitaires et/ou administratives (autorités du district et de la région) représentant la gouvernance locale, elles s'impliquent à des degrés divers dans les questions de santé des structures sanitaires, que ce soit dans la gestion des affaires ou la planification.

Les COGES contribuent au renforcement de la participation communautaire à travers la sensibilisation des communautés et sont donc en charge des activités préventives et promotionnelles.

L'accès à certains centres de santé reste un vrai défi. Dans certaines formations sanitaires visitées, la communauté a relevé l'absence d'ambulance pour l'évacuation des cas d'urgence, notamment les femmes enceintes et certains cas compliqués. Au centre de santé urbain du quartier du Garage par exemple (PRES de Daloa), les communautés procèdent aux évacuations vers l'hôpital général avec les moyens de bord (des motos le plus souvent). D'autres centres utilisent quant à elles l'ambulance d'autres formations sanitaires.

La prise en compte des besoins des communautés s'effectue via des mécanismes formels ou informels. Lorsqu'elle est effectuée de manière formelle, c'est sur la base de l'analyse des données sanitaires du centre ou des données SIG. Quand c'est de façon informelle, ce sont les ASC qui s'en chargent.

La mission a permis de relever plusieurs problèmes liés à la gestion de l'environnement immédiat des communautés ayant un impact négatif dans la quasi-totalité des PRES : déchets domestiques et biomédicaux,

eau, électricité, etc. Par exemple, au CSR de Zaliouhouan (PRES de Daloa), la communauté défèque à l'air libre, par manque de latrines dans la plupart des maisons. Autre exemple, avec le CSU Garage qui a relevé une panne de la pompe hydraulique et un éclairage défectueux. Concernant l'accessibilité des soins, les communautés de Zaliouhouan ont fait savoir que le centre de santé ne respecte pas le principe des premiers soins qui voudrait que le malade bénéficie gratuitement d'une prise en charge pendant les trois premiers jours de sa consultation (il a aussi été dénoncé le fait que le paiement des soins soit exigé avant toute activité). À la PMI de San-Pédro, la fédération des associations des femmes a déclaré que le carnet de la mère et de l'enfant et la demande de rendez-vous pour les consultations prénatales sont payants (1000 FCFA). Des déclarations similaires ont aussi été entendues au CSU Garage de Daloa.

### 4.5.2 Acquis

Au sein des Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES), plusieurs acquis significatifs ont été observés. On note d'abord une bonne représentativité des membres des communautés dans les instances de coordination. Les réunions sont régulièrement tenues et font l'objet de procès-verbaux disponibles, témoignant d'une certaine rigueur dans le suivi des activités. La gouvernance locale s'implique activement, ce qui permet d'obtenir des résultats notables en matière d'amélioration de la santé et de la qualité des soins. Cette implication se manifeste à travers la participation des autorités administratives et politiques à la gestion des centres de santé, en collaboration avec les Comités de Gestion (COGES), le paiement de certains Agents de Santé Communautaire (ASC) dans le cadre de projets mis en œuvre par les districts sanitaires avec des ONG comme ASAPSU, ainsi que la prise en compte des questions de santé dans les instances des collectivités territoriales, telles que les municipalités, les conseils régionaux et les districts autonomes. Ces collectivités contribuent également à la mise aux normes des structures sanitaires qu'elles ont construites. Par ailleurs, les COGES ont bien assimilé leur rôle de relais d'information et de médiateur entre les structures sanitaires et les communautés.

En ce qui concerne l'implication des communautés dans le développement de leurs structures sanitaires et l'amélioration de leur environnement, plusieurs acquis sont également à souligner. Les populations, à travers les COGES et les mutuelles, prennent des initiatives pour résoudre les problèmes auxquels elles sont confrontées, en attendant l'appui des autorités sanitaires, administratives et politiques. Elles mobilisent ainsi des ressources financières, humaines et matérielles pour améliorer la prise en charge des malades. Cette appropriation de la participation communautaire se traduit par des actions concrètes telles que la construction ou la rénovation de centres de santé, la réalisation de forages, la construction de toilettes ou encore l'installation de compteurs d'eau. Les communautés participent également activement aux activités de sensibilisation, souvent avec l'appui des Chefs de Services de l'Action Sanitaire (CSAS) et des Coordonnateurs des activités Communautaires (CAC), notamment pour la récupération des perdus de vue ou le soutien aux campagnes de vaccination.

### 4.5.3 Défis

Malgré ces acquis, plusieurs défis subsistent dans les PRES. Il est nécessaire de formaliser la création des COGES dans les dix PRES afin d'assurer une base institutionnelle solide. La participation communautaire dans les processus de planification, que ce soit au niveau du district ou de la région, reste encore limitée et doit être renforcée. L'implication de la gouvernance locale dans l'amélioration du bien-être moral, physique et social des populations doit également être consolidée. De même, les COGES doivent être davantage impliqués dans la gestion des affaires et la mise en œuvre des activités des structures de santé. Enfin, la gestion des déchets domestiques demeure un enjeu important à adresser pour améliorer durablement l'environnement sanitaire.



## 5. CONCLUSION

La Côte d'Ivoire avance bien concernant le développement de son système de santé, avec beaucoup d'investissements qui se traduisent par une plus grande disponibilité des services de santé, notamment sur le plan curatif, une densification intensive du personnel de santé et des instances de gouvernance locale qui fonctionnent. Malgré cela, plusieurs insuffisances sont observées, notamment en ce qui concerne une mise en place des soins de santé primaires basés sur une participation communautaire effective.

L'initiative de la mise en place des PRES peut permettre effectivement de mutualiser les ressources des régions et améliorer la prise en charge des soins secondaires et tertiaires. Mais à ce jour, les progrès dans ce domaine restent timides et devront être accélérées, notamment avec la mise en place de directives pour l'opérationnalisation des PRES.

Enfin, la CMU peut représenter un puissant levier pour l'accès aux soins et services de qualité des populations à condition que ces dernières soient pleinement informées de tous les tenants et aboutissants de la CMU, que les mécanismes individuels et corporatistes devant assurer un paiement régulier des contributions des bénéficiaires soient consolidés, et que les mécanismes de rétrocession des ressources aux formations sanitaires fonctionnent pleinement.

## 6. RECOMMANDATIONS

### 1. Sur les PRES

- ✓ Vulgariser le manuel de procédures des PRES à tous les niveaux pour permettre aux coordonnateurs et membres du ComStrat-PRES de jouer pleinement leur rôle (central et décentralisé) ;
- ✓ Redynamiser l'opérationnalisation des PRES à travers le lancement officiel au niveau de chaque chef-lieu ;
- ✓ Évaluer le fonctionnement des PRES.

### 2. Sur la gouvernance

- ✓ Mettre en place un processus de planification opérationnelle fondé sur des données probantes et prenant en compte toutes les parties prenantes ;
- ✓ Renforcer le processus synchronisé de planification de bas en haut entre aires de santé, districts de santé, régions sanitaires et niveau national ;
- ✓ Renforcer le mécanisme d'amélioration du processus de collecte et de saisie des données ;
- ✓ Renforcer la compréhension et l'exécution des fonctions de l'équipe-cadre de districts.

### 3. Sur la participation communautaire

- ✓ Repenser la gouvernance des comités de gestion : respecter le caractère consensuel des décisions, revoir la composition des COGES en prenant en compte les différents leaders communautaires, assurer l'alternance des mandats, assurer la redevabilité vis-à-vis de la communauté ;
- ✓ Rééquilibrer la répartition géographique des formations sanitaires en se basant sur l'approche district pour prendre en compte les besoins des communautés ;
- ✓ Concevoir et mettre en œuvre des programmes d'éducation pour la santé en direction des communautés, sur des thèmes comme les actions essentielles pour la nutrition (AEN), l'eau, l'hygiène et l'assainissement ainsi que les risques climatiques.

### 4. Sur les ressources humaines pour la santé

- ✓ Réorganiser la répartition géographique des professionnels de santé en fonction des indicateurs programmatiques (gestion axée sur les résultats) ;
- ✓ Affecter le personnel de santé spécialiste (gynécologie, pédiatrie, réanimation, etc.) dans les établissements de deuxième référence (EPHR, EPHD) qui en sont partiellement ou pas du tout pourvus ;
- ✓ Construire des infrastructures de santé avec des équipements requis pour les spécialistes en région/ département ;
- ✓ Mettre en place un système de management (accompagnement, renforcement de capacité, motivation) des professionnels de santé dans les régions sanitaires à forte mobilité ;

- ✔ Impliquer les collectivités territoriales dans les affectations et mutations des professionnels de santé ;
- ✔ Mettre en place un mécanisme de motivation du personnel en région par la reconnaissance des mérites (par les décorations, par les nominations) ;
- ✔ Renforcer la gestion des carrières des professionnels de santé.

#### 5. Sur la Couverture maladie universelle

- ✔ Renforcer l'adhésion et la confiance autour de la CMU par une stratégie nationale de communication de proximité à travers le déploiement d'une campagne nationale de communication ciblée, multicanale et multilingue, impliquant les communautés (ASC, les COGES, les leaders locaux, les praticiens de médecine traditionnelle) et les prestataires de santé, la formation des prestataires de santé à l'accueil, à l'orientation et de la promotion active de la CMU ainsi que la mise en place des points d'information communautaires sur les droits, les prestations couvertes et les structures éligibles ;
- ✔ Renforcer le système de remboursement des prestations CMU afin d'assurer la viabilité financière à travers l'automatisation du processus de remboursement et la mise en place des outils de traçabilité des remboursements au niveau des établissements de santé ;
- ✔ Renforcer la chaîne d'approvisionnement des médicaments par l'amélioration du système de gestion des médicaments et la formation des ressources humaines dédiées à la gestion des médicaments dans les établissements sanitaires ruraux.

#### 6. Sur la santé maternelle et infantile

- ✔ Conduire des études socio-comportementales de grande ampleur pour comprendre l'insuffisance de la fréquentation des formations sanitaires afin de mettre en place des interventions promotionnelles ;
- ✔ Garantir la dispensation du paquet minimum intégré et de qualité pour la mère et l'enfant (nutrition, SR, PF) à chaque niveau de soin de la pyramide sanitaire, y compris les ressources humaines adéquates, l'équipement et les médicaments avec un focus sur les établissements sanitaires de premier contact ;
- ✔ Renforcer l'accès et l'utilisation des consultations prénatales et mettre en place des alternatives adaptées et innovantes ;
- ✔ Renforcer le paquet promotionnel de la santé mentale de la mère et de la sage-femme, en utilisant les leaders communautaires des jeunes, des femmes, y compris les forces vives féminines de la communauté ;
- ✔ Former les sage-femmes, y compris les étudiantes en fin de formation, sur la surveillance de la grossesse, du travail et de l'accouchement, ainsi que la prise en charge des complications obstétricales et néonatales, à travers des méthodes et des approches innovantes.



# ANNEXES

## Synthèse des notes d'observation

### A.I Opérationnalisation des PRES

#### A.I.I Constats/observations

##### ✓ PRES de Yamoussoukro

- Mise en œuvre du PRES, avec notamment la gestion des cas et des données pour les accidents sur la voie publique lors des fêtes de fin d'année et de la Coupe d'Afrique des Nations (CAN), le système de référence et de contre référence des femmes enceintes à l'intérieur du PRES ;
- Activité conjointe avec le secteur privé.

##### ✓ PRES de Man

- Mise en place d'infrastructures, comme la construction du nouveau CHR à Man pour limiter les évacuations hors du PRES ;
- Insuffisance de médecins spécialistes dans tous les autres CHR et HG (un seul réanimateur exerce dans le PRES, par exemple) ;
- Les activités du PRES ne sont pas définies ;
- Faible engagement des autres DR du PRES, par manque de clarté sur les rôles et responsabilités. Par exemple, le DR de Man doit négocier son rôle de coordonnateur du PRES avec les autres DR pour trouver des consensus sur la mutualisation des moyens et ressources disponibles ;
- Difficultés des DR à convoquer leurs pairs pour des réunions de coordination des activités du PRES par manque de procédures définissant les rôles de chaque partie ;
- Faible compréhension du rôle des PRES, qui se limite à la mutualisation du plateau technique, l'amélioration du système de référence-recours et la réduction des évacuations sanitaires ;
- Renforcement en cours des infrastructures et du plateau technique de l'EPHR de Man (spécialistes en traumatologie, équipement du laboratoire, service d'imagerie médicale) ;
- Absence de document sur le rôle du Coordonnateur et des autres membres du PRES ;
- Initiative du Directeur régional de Man consistant à sensibiliser les autres DRS afin d'utiliser les infrastructures (évacuation des malades).

##### ✓ PRES d'Odienné

- Absence de plan spécifique ;
- Faible mutualisation des moyens et des services ;

- Absence de réunion de coordination. Les réunions de coordination régionale sont confondues avec celles du PRES, en raison de problèmes de calendrier et de la vétusté des locaux de la Direction régionale ;
- Absence de procédures définissant les responsabilités du coordonnateur du PRES ;
- Insuffisance de spécialistes dans le PRES (ni médecin réanimateur, ni pédiatre).

##### ✓ PRES de Bondoukou

- Manuel de procédure de PRES validé par le DGS, mais le document ne mentionne pas les attributions hiérarchiques du coordonnateur à l'égard des autres DRS ;
- Absence de document administratif expliquant le rôle du coordonnateur du PRES et des autres membres ;
- Poursuite de la mise en place des infrastructures avec la construction du nouveau EPHR à Bondoukou ;
- Absence de stérilisation centrale, de service de néphrologie, de service de cardiologie, et de restauration dans chaque établissement de santé ;
- Absence de scanner au chef-lieu du PRES à Bondoukou (un seul scanner à Bouna) ;
- Acheminement des malades difficile en raison de l'état de la route ;
- Bon fonctionnement de l'unité de production d'oxygène (livraison effective aux hôpitaux) ;
- Mutualisation de certaines activités dans le PRES ;
- Construction d'une infrastructure pour la formation des ressources humaines ;
- Fonctionnalité de 23 services sur les 27 attendus dans le PRES ;
- Pas de plan spécifique, de budget et de rôle pour les différents membres ;
- Légère réduction du temps de prise en charge par la création du PRES ;
- Implication des autres secteurs dans la coordination du PRES.

##### ✓ PRES d'Abengourou

- Les observations valables pour le PRES de Bondoukou le sont pour le PRES d'Abengourou ;
- Réhabilitation de l'EPHR en cours ;
- Difficulté pour le Directeur régional abritant le PRES d'inviter les autres DR et de connaître la situation des autres régions par manque de documents réglementaires ;
- Manque de spécialistes dans le PRES ;
- Convention d'objectifs annuels nécessitant une réunion en présentiel ;
- Existence d'une plateforme de concertation et de partage d'information facilitant la prise de décision ;
- Absence de définition des rapports hiérarchiques entre DR dans le PRES ;
- Absence de plan d'action propre.

### A.1.2 Acquis

#### ✓ PRES du Bélier

- Le dépôt régional PEV couvre Bélier, Marahoué et le N'Zi ;
- État des lieux en cours avec identification des différents pôles ;
- Participation du secteur privé aux réunions de coordination.

#### ✓ PRES de Man

- Relèvement du niveau de l'EPHR de Man comme pôle d'excellence pilote ;
- Appareils de dernière génération disponibles (scanner, laboratoire type 3, générateur d'hémodialyse) ;
- Disponibilité de médecins spécialistes en traumatologie, pédiatrie et gynécologie ;
- Existence d'un dépôt régional de médicaments à Man approvisionné depuis Bouaké ;
- Disponibilité d'un véhicule pour l'approvisionnement des DS du PRES depuis Man ;
- Existence d'une banque du sang à Man avec un système d'approvisionnement ;
- Existence d'un bloc mère-enfant.

#### ✓ PRES d'Odienné

- Tentative de mutualisation de certains services et moyens du PRES ;
- Début de relèvement du plateau technique du PRES ;
- Amélioration du mécanisme d'approvisionnement en médicaments et en vaccins ;
- Collaboration entre les marraines/matrones et les prestataires de santé dans le cadre d'une initiative communautaire de réduction des accouchements à domicile et des décès maternels (Lôh-Gnouman).

#### ✓ PRES Bondoukou

- Disponibilité de médecins spécialistes en traumatologie, chirurgie et gynécologie ;
- Construction d'un EPHR-U à Bondoukou (AFD) ;
- Construction d'une unité de production d'oxygène à Bondoukou et à Bouna ;
- Mise aux normes de l'EPHD (Sandégué, Koun-Fao, Gouméré) avec la construction d'un bloc opératoire Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) ;
- Projet de réhabilitation-extension de l'EPHR de Tanda et de l'EPHD de Bouna ;
- Construction de l'INFAS de Bondoukou.

#### ✓ PRES Abengourou

- Comité de suivi stratégique du PRES opérationnel ;
- Fonctionnement de l'instance de coordination présidée par le préfet ;

- Existence d'un cadre intersectoriel ;
- Synergie d'action au niveau opérationnel favorisée par les dialogues ;
- La coordination est fonctionnelle et la planification se fait à tous les niveaux ;
- Participation communautaire effective dans tous les établissements de la région.

### A.1.3 Défis

#### ✓ PRES de Yamoussoukro

- Reproduire une organisation comme celle mise en œuvre lors de la CAN ;
- Améliorer la contribution du secteur privé ;
- Création d'un pôle de dispatching (pour les accidents sur la voie publique, les parturientes, entre autres) ;
- Rendre fonctionnel le Comité stratégique du PRES.

#### ✓ PRES de Man

- Affecter des spécialistes pour compléter le plateau technique du PRES (1 seul réanimateur et 1 seul pédiatre) ;
- Rendre fonctionnel le PRES sur la base de procédures claires permettant de renforcer la collaboration et la coordination avec les autres Directions régionales membres ;
- Améliorer la coordination avec le niveau central pour la diffusion de procédures claires permettant d'accélérer l'opérationnalisation du PRES.

#### ✓ PRES d'Odienné

- Rendre la collaboration effective du Coordonnateur avec les autres directeurs régionaux membres du PRES ;
- Responsabilité effective du DRS de Odienné en tant que Coordonnateur du PRES ;
- Affectation de spécialistes pour compléter la fonctionnalité des pôles du PRES ;
- Poursuite du renforcement du plateau technique des structures sanitaires ;
- Mise en place des organes du PRES ;
- Opérationnalisation du PRES ;
- Faire le suivi au niveau de la construction des EPHR de Odienné et Minignan et de l'EPHD de Gbeleban ;
- Réhabiliter les structures sanitaires ;
- Mettre à niveau du plateau technique ;
- Renforcer les ressources humaines ;
- Poursuivre la mise en place de la CMU ;
- Digitalisation du système sanitaire ;

- Construction d'un centre d'hémodialyse ;
- Rendre fonctionnel le service de réanimation du CHR d'Odienné.

#### ✓ PRES de Bondoukou

- Affecter des spécialistes pour compléter le plateau technique du PRES (pas d'ORL, pas d'ophtalmologiste) ;
- Rendre le PRES fonctionnel avec des procédures claires permettant de renforcer la collaboration et la coordination avec les autres Directions régionales ;
- Combler le manque de financement dédié aux PRES ;
- Rendre fonctionnels les services de restauration des malades.

#### ✓ PRES d'Abengourou

- Rendre la collaboration effective entre coordonnateur et les autres directeurs régionaux membres du PRES ;
- Répartition inadéquate des établissements sanitaires à corriger ;
- Affecter des spécialistes pour compléter la fonctionnalité des pôles du PRES ;
- Définir des critères de choix des membres du Comité de suivi stratégique ;
- Améliorer la coordination du PRES en raison de l'absence de rapports hiérarchiques entre le coordonnateur et les autres DR ;
- Remédier au remboursement des prestations des établissements problématiques, concernant la mise en œuvre de la CMU.

## A.2 Gouvernance

### A.2.1 Constats/Observations

#### ✓ PRES de Yamoussoukro

- Les COGES se réunissent une fois par trimestre grâce au « financement basé sur les performances/PBF » et établissent des rapports de réunion. Les relations entre les COGES et les centres de santé sont bien établies ;
- Supervision des ASC par les infirmiers ;
- Motivation des ASC assurée par l'ONG Asapsu ;
- Engagement du préfet sur les questions de santé ;
- Mise en œuvre de la CMU à l'hôpital malgré les longs délais de remboursement (70 % des frais) du Trésor public.
- Grande affluence au niveau du centre communautaire le WALE, qui observe un déficit estimé à 60 000 000 FCFA du fait de son caractère social.

#### ✓ PRES de Gbêké

- Engagement des autorités administratives sur les questions de santé ;
- Le DR affecté au niveau central n'a pas de remplaçant. Le Directeur du district de Bouaké nord-est assure le rôle de Directeur régional du Gbêké
- Utilisation du DHIS 2 par le district : Le responsable de l'établissement de premier contact utilise les registres des consultations pour faire le rapport SIG. Il procède par un comptage manuel. Les données sont agrégées à son niveau (premier niveau d'agrégation des données). Le volume des rapports est important et il y a risque d'erreurs. Le problème de fiabilité des données se pose avant leur agrégation. Le rapport SIG est mensuel. Les rapports de différents ESPC sont élaborés à la fin du mois et transmis au district entre le 1 et le 5 du mois suivant. Les mécanismes de contrôle sont les suivants : l'équipe du centre de santé valide le rapport, puis le CSE valide le rapport du centre de santé avec le responsable du centre de santé.
- Vérifications des équipes de PBF qui découvrent certaines erreurs non corrigées.
- Faible mise en œuvre de la retro-information.
- Fonctionnement de 14 COGES (11 ruraux, 3 urbains).
- Tenue des réunions trimestrielles par les COGES ;
- Non disponibilité du rapport des réunions ;
- Fonctionnement des COGES pour remplir les exigences de PBF : avant le PBF, 80% des COGES ne fonctionnaient pas ;
- Agenda des réunions : discussion des problèmes de l'aire de santé ;
- Non fonctionnement du Groupe d'Action Communautaire dans les aires de santé ;
- Organisation des réunions hebdomadaires, mensuelles, trimestrielles et annuelles par le district ;
- Organisation des réunions hebdomadaires par le DD et ses collaborateurs (ECD). Les réunions mensuelles regroupent l'ECD et les médecins de centres de santé. Des réunions trimestrielles sont tenues pour faire le bilan ;
- Existence d'une liste des partenaires intervenant dans la santé ;
- Invitation des formations sanitaires du privé aux réunions mais ne sont pas toujours représentées ;
- Absence de dialogue avec les communautés pour la résolution des problèmes. Cependant, les centres de santé organisent des réunions avec les communautés. Le district a un point focal des activités communautaires et qui travaillent avec les Agents de Santé Communauté (ASC).
- Absence d'implication du district pour faire les plans ; certaines ONG travaillent dans les districts sur certains sites sans associer le district et l'appropriation par l'ECD de certaines interventions des ONG fait défaut ;
- Rareté des rapports d'ONG fait au district sanitaire ;
- Élaboration d'un plan annuel prenant en compte les activités de tous les programmes, comme prévu par le canevas transmis par la DGS ; le processus de planification commence au mois de décembre et se termine en janvier.

### ✓ PRES de Korhogo

#### o Poro

- Pour informations approfondies sur la région, voir la présentation du DR.
- Surcharge de travail des équipes cadre de district (tâches de gestion quotidienne du district et sollicitation lors des missions du niveau central, des partenaires etc..).

### ✓ PRES de Daloa

#### o Haut-Sassandra

- Existence de ressources humaines suffisantes pour la plupart de catégories professionnelles et ne dispose pas de certaines catégories de médecins spécialistes : pédiatres, neurologues, ophtalmologues, ORL ;
- Délégation des tâches pour combler les carences en certaines catégories professionnelles ;
- Formation des médecins directeurs de district en santé publique et renforcement de leurs capacités ;
- Management des ASC selon les instructions de la Direction communautaire. Leur rémunération est assurée par les ONG ;
- Grande mobilité du personnel et des ASC ;
- Nombre important de sage-femmes (CSU Garage : 27, CHR : 74). Le CHR dispose de 94 infirmiers ;
- Ressources humaines du CHR : 34 médecins dont 11 spécialistes, 3 pharmaciens, 3 chirurgiens-dentistes et 17 médecins généralistes. La pédiatrie est détenue par les médecins généralistes. Les infirmiers spécialistes sont en charge de services (ORL, ophtalmologie, psychiatrie) ;
- Médicalisation des centres de santé ;
- Existence de structures de santé privées et confessionnelles ; Il y a une collaboration avec les privés légalement reconnus, et après une enquête, les structures privées sont peu viables et ne peuvent pas contribuer à résoudre le problème de distance ;
- Quasi-inexistence du secteur privé à but lucratif de manière officielle : tous les établissements de santé privés ont été fermés après des contrôles organisés par la DEPPS ;
- Invitation des DR par la Direction Générale de la Santé des Directeurs régionaux à la planification des activités afin qu'ils instruisent à leur tour les directeurs départementaux. La planification est réalisée dans la région : DRS et DDS ;
- Le CHR a un projet d'établissement qui s'achève en 2025 et l'OMS a promis d'accompagner le CHR pour l'élaboration d'un nouveau plan de développement ;
- Suivi de la gestion du CHR assuré par un conseil d'observance et de surveillance qui fait office de conseil d'administration ;
- Existence deux dénominateurs différents pour le calcul des indicateurs : la DIS venant de l'INS et l'autre par la DCPEV ;
- Existence d'une équipe de gestion des données composée de 3 personnes, (peu de ressources humaines) au CHR qui utilise le personnel infirmier ;
- Gestion manuelle sur papier des dossiers des patient : les services font le rapport SIG et envoient le rapport au service informatique.

### ✓ PRES de San-Pédro

- Le Centre de santé de Moussadougou, situé en milieu rural à une trentaine de Km de San-Pédro, est
- Usage de l'appellation « CSU » de Mossadougou au lieu de CSR de Mossadougou du fait de la présence d'un médecin dans le centre ;
- Bon engagement des communautés dans la gestion du centre de santé ;
- Bonne collaboration entre les autorités administratives, la commune et les responsables sanitaires ;
- La PMI fonctionne comme un centre de santé communautaire (FUS-COM) proposant des soins mère-enfant, dont des accouchements et est adossée au dispensaire urbain ;
- La fusion des deux centres est en attente (en étude au niveau central) ;
- Rétrogradation de l'ancien CHR en Hôpital Général (HG) depuis la construction d'un hôpital bénéficiant du statut CHR ;
- Bonne complémentarité entre CHR et HG en termes de spécialités ;
- Mise en place du dossier patient par l'Hôpital Général dans le cadre de la mise œuvre du SIH et de la numérisation ;
- Bonne concertation entre les responsables de la DRS, du CHR, de l'HG et des DDS pour une organisation de la région et du PRES ;
- Possibilité pour le CHR de devenir un CHU et le centre de référence du PRES ;
- Cooptation de 2 districts sanitaires et 3 hôpitaux de référence par la région de San-Pédro
- Proximité relative : 56% de la population vit à moins de 5 km d'un centre de santé ;
- Collecte difficile des données du secteur privé.

### ✓ PRES de Man

- Bonne entente entre les autorités sanitaires locales et l'administration (Préfet, Secrétaire général de la Préfecture, Directeur du CHR) ;
- Intérêt significatif des autorités administratives pour les questions de santé ;
- Composition des COGES similaires aux autres PRES : les préfets de régions sont les présidents des comités de gestion des établissements de santé (CHR, CSR) ;
- Organisation de réunions régulières avec les directeurs départementaux de la santé et supervision des équipes ;
- Organisation de réunions hebdomadaires des équipes de direction, des réunions mensuelles de l'ECD et des rencontres avec les infirmiers chefs de poste au niveau district ;
- Existence d'un canal de communication important avec la communauté : dialogue entre la Présidente de la fédération des associations de femmes de Man avec les autorités du CHR et le DRS ;
- Formation de 25 médecins par la Direction régionale pour assurer la coordination des activités dans leurs zones de compétence ;
- Réception des rapports d'activité mensuels des aires de santé par les sous-préfets pour faciliter la coordination dans les aires de santé ;

- Réalisation de la planification dans la région : DRS, DDS et ESPC ;
- Insuffisance de personnel et de spécialités à l'hôpital de la région de Tonkpi ;
- Mauvaise répartition du personnel au détriment des CSR (comme dans les autres régions) ;
- Mise en place du système d'information sanitaire du CHR ;
- Contribution satisfaisante à l'alimentation du SNIS en termes d'information.

#### ✓ PRES d'Odienné

- Bonne collaboration entre les autorités administratives et les responsables sanitaires ;
- Inexistence des services requis du CHR, anciennement hôpital général du district d'Odienné pour être le centre de référence du PRES : absence de scanner, de services de réanimation et de service d'hémodialyse, difficultés de maintenance des équipements (exemple d'un automate de virologie VIH non utilisé depuis plus de deux ans parce que le contrat de maintenance a expiré), construction d'un nouveau CHR lancée par le gouvernement (prévu pour 2028) ;
- Bonne concertation entre les responsables de la DRS, du CHR et des DDS ;
- Opérationnalisation relative du PRES ;
- Important « turn over » dans la région ;
- Existence de mécanismes de coordination élémentaires au niveau de la région ;
- Intégration de l'approche OneHealth avec les autres secteurs dans le fonctionnement du Centre Régional des Opérations d'Urgences (CROU) ;
- Prise en charge difficile des participants des autres districts aux réunions de coordination ;
- Planification empirique ne prenant pas en compte les besoins des communautés ;
- Rare recours à la recherche opérationnelle pour comprendre et/ou résoudre les problèmes de santé dans la région ;
- Taux de satisfaction des commandes du CHR en médicaments de seulement 23%.

#### ✓ PRES d'Abidjan

- Coopération accrue de l'équipe de santé avec les associations des femmes et les syndicats au lieu du COGES qui s'est réuni seulement une fois en 2024 ;
- Participation de la Direction à deux réunions de coordination de l'équipe de district en 2025 ;
- Réalisation de deux supervisions de l'équipe de district en 2025 par le centre ;
- Réalisation d'un bilan annuel des activités pour analyser les données et réaliser des activités de sensibilisation foraines ;
- Collaboration difficile avec la communauté en raison de mésententes liées au leadership ;
- Faible nombre de réunions du COGES du CSR Songon-Agban ;
- Niveau de rapportage excellent (100% de promptitude et 100% de complétude) ;
- Centres de santé relativement bien fournis en personnel : 5 médecins généralistes, 3 gynécologues, un pédiatre, 1 pharmacien, 20 infirmiers, 21 sage-femmes dans le CSU et 7 SFE dans le CSR ;

- Manque de personnel pour mettre en marche le service de néonatalogie, qui est équipé et prêt à fonctionner ;
- Élaboration d'un plan d'action annuel par le CSU ;
- Gestion des données ;
- Le CSU et le CSR ont des promptitudes et complétude de 100% en ce qui concerne la transmission de leurs rapports statistiques au district. Les dossiers des patients sont gérés manuellement.

#### o Anyama

- Couverture du district sanitaire : 29 ESPC publics (1 hôpital général, 13 CSU, 1 CSUSAJ, 11 CSR et 3 CDT) et 6 établissements sanitaires privés qui rapportent les données au district sanitaire (HG confessionnel Don Orionne) ;
- Forte concentration de la population avec 595 personnes au km<sup>2</sup> pour 445 855 habitants ;
- 83% de population vit à moins de 5 km d'un centre de santé ;
- Taux d'utilisation des services de 48 % ;
- Contractualisation des CSU avec des laboratoires d'analyse médicale privés ;
- Ressources humaines du bureau du district : 4 médecins, 3 pharmaciens, 8 infirmiers, 2 sage femmes et 5 PGP ;
- Ressources humaines de l'aire de santé du district : 32 médecins, 139 IDE, 166 SF, 16 pharmaciens, 9 médecins gynécologue, 4 pédiatres et 108 ASC ;
- Bon ratio personnel/population, forte présence de sage-femmes à l'hôpital général ;
- Existence d'un plan d'action annuel et d'un plan d'affaire semestriel ;
- Existence d'un cadre de planification avec les ESPC lors de la soutenance budgétaire annuel ;
- Existence de 8 centres de santé prenant en compte la CMU ;
- Fonctionnement relatif des COGES au niveau de tous les ESPC ;
- Management des DD avec les responsables administratifs locaux ;
- Ouverture de nouveaux établissements de santé sous le leadership du DD ;
- Absence de mécanisme formel pour capter les besoins primaires de la communauté ;
- Existence d'un mécanisme de soutenance budgétaire au niveau communautaire ;
- Faible disponibilité des produits de santé (60-65%)

#### ✓ PRES de Bondoukou

##### o CSR de MOTIAMO

- Existence du COGES voulue par les membres de la mutuelle du village ;
- Les membres du COGES ne connaissent pas leurs missions ;
- Installation du COGES depuis février 2025 ;
- Tenue de 2 réunions du COGES sans aucun procès-verbal ;

- Composition du COGES : président, secrétaire, représentante des femmes, représentant de la jeunesse et trésorier ;
- Présidence du COGES assurée par le chef du village qui a désigné un membre de la communauté pour le représenter ;
- Nomination des personnes les plus proches de la communauté comme membres du COGES par le chef du village ;
- Absence d'influence du district sanitaire sur les décisions du COGES ;
- Existence d'un plan d'action au centre de santé auquel le COGES n'est pas associé ;
- Envoi de la liste des membres au Directeur Départemental pour préparer une séance de présentation des membres du COGES à la population.
- o CSU de SOKO
  - Non-participation du COGES aux activités de planification au niveau de la structure sanitaire ;
  - Association du COGES au bilan du centre de santé ;
  - Aucune connaissance du COGES sur les ressources affectées à la structure ;
  - Information du COGES du budget du centre de santé lors de l'exercice budgétaire mais il n'est pas associé à sa gestion ;
  - Composition du COGES : 13 volontaires, dont des représentants de la jeunesse et des femmes ;
  - Absence de siège du COGES ;
  - Répartition du budget : 15% budget de l'État ; 15% pour le Fonds d'action sanitaire ; 15% pour l'intéressement du personnel ; 20% pour les salaires des contractuels ; 30% pour le fonctionnement du centre de santé ; 20% autres.
  - Assistance du COGES aux réunions de bilan ;
  - Présentation du budget primitif au COGES ;
  - Prise de décision conjointe du COGES et de l'administration ;
  - Durée des mandats de trois ans, renouvelables deux fois ;
  - Collaboration du COGES et du district pour trouver des solutions en cas de problème ;
  - Présence des membres du COGES en cas de réception du matériel ;
  - Aucune information du COGES sur la notification du budget du centre et son exécution ;
  - Élection des membres du COGES sur la base du volontariat ;
  - Pas de local de travail.
- ✓ PRES d'Abengourou
  - o CSR d'Adoukoffikro
    - Présidence du COGES assurée par le chef du village qui a nommé un membre de la communauté pour le représenter ;
    - Composition du bureau du COGES : 10 membres qui ne connaissent ni leur mission ni leur rôle ;

- Indisponibilité des textes qui régissent son organisation et son fonctionnement ;
- Absence de formation à la gestion du comité des membres du COGES ;
- Aucune réunion du COGES n'a été tenue en 2024 ; la première a eu lieu fin mars 2025
- Pas de local de travail.
- o CSU de Sankadiokro
  - Tenue de la dernière réunion du COGES en décembre ;
  - Création du COGES par arrêté préfectoral ;
  - Composition du COGES : président, secrétaire, enseignant représentant des populations allogènes, autochtones, association de femmes ;
  - Absence de siège par le COGES ;
  - Réunion du COGES au CSU ou chez le chef du village ;
  - Absence de matériel de travail pour le COGES ;
  - Rédaction des procès-verbaux de réunion par le médecin-chef qui présente ensuite à la sous-préfecture ;
  - Information sur le budget du centre de santé par le COGES lors de la présentation de l'exercice budgétaire mais il n'est pas associé à sa gestion ;
  - Choix des membres du COGES par le chef du village sur la base d'une liste des personnes disponibles ;
  - Absence de subvention pour le fonctionnement du COGES ;
  - Organisation des réunions du COGES en fonction des besoins ;
  - Aucune influence du district sur les décisions du COGES ;
  - Existence d'un plan de travail trimestriel, pas annuel ;
  - Participation du COGES aux réunions de planification.

### A.2.2 Acquis

#### ✓ PRES de Yamoussoukro

##### o Béliér

- Implication notable des autorités administratives dans les questions de santé ;
- Participation de la communauté aux activités de santé ;
- Fonctionnalité des infrastructures sanitaires avec un personnel disponible ;
- Fonctionnalité des équipes d'encadrement dans le district.

#### ✓ PRES de Bouaké

##### o Gbêkè

- Bon fonctionnement du système de transmission des rapports ;
- Mise à disposition des supports d'information (registres, rapports SIG) au niveau central ;

- Existence de CSE pour la saisie des données ;
  - Présence de COGES dans toutes les aires de santé ;
  - Présence de pharmacies dans les formations sanitaires ;
  - Tenue de réunions de l'ECD.
- ✓ **PRES de Korhogo**
    - Poro
      - Bonne implication des communautés dans la gestion des centres de santé.
      - Disponibilité d'un hôpital général (premier niveau de référence) avec bloc opératoire
  - ✓ **PRES de Daloa**
    - Haut-Sassandra
      - Implication des autorités administratives dans les questions de santé ;
      - Participation active de la communauté aux activités de santé ;
      - Fonctionnalité des infrastructures sanitaires avec suffisamment de personnel (médecins généralistes, infirmiers, sage-femmes) ;
      - Fonctionnalité des équipes cadres de district.
  - ✓ **PRES de San-Pédro**
    - Bonne implication des autorités administratives dans les questions de santé ;
    - Bonne participation des communautés aux activités de santé ;
    - Bonne communication entre les différents responsables de la santé au niveau de la région ;
    - Renforcement de l'offre de services avec l'érection d'un CHR ;
    - Bonne complémentarité entre le CHR et l'HG en termes de répartition des spécialités ;
    - Lancement du dossier patient au niveau de l'HG.
  - ✓ **PRES de Man**
    - Bonne implication des autorités administratives ;
    - Fort leadership du DRS avec des solutions innovantes ;
    - Existence d'un nouveau CHR équipé, avec des spécialités lui permettant de jouer son rôle de niveau de référence du PRES.
    - Participation de la communauté aux activités de santé, notamment au niveau du CHR ;
    - Fonctionnalité des infrastructures avec du personnel (infirmiers, sage-femmes, etc.) ;

- Fonctionnalité des équipes cadres de district : les équipes assurent la coordination des activités et élaborent des plans d'action jusqu'au niveau de l'ESPC ;
  - Contribution du CHR de Man à la collecte des données de routine pour le SNIS grâce à la mise en place du SIH.
- ✓ **PRES d'Odienné**
    - Bonne collaboration des autorités administratives et des autorités sanitaires ;
    - Construction d'un nouveau CHR qui sera certainement bien équipé pour jouer son rôle de centre de référence.
  - ✓ **PRES d'Abidjan**
    - Bonne implication des autorités administratives dans les questions de santé ;
    - Fonctionnalité des infrastructures sanitaires.
  - ✓ **PRES de Bondoukou**
    - CSR de MOTIAMO
      - Fonctionnement du COGES sur la base de textes qui le régissent ;
      - Association du COGES dans les prises de décisions pour le bon fonctionnement du centre ;
      - Disponibilité d'un plan auquel le COGES est associé ;
      - Mobilisation du COGES dans la rénovation du centre.
    - CSU de SOKO
      - Création du comité par un arrêté sous-préfectoral ;
      - Présidence du COGES assurée par le sous-préfet qui désigne le chef du village comme représentant ;
      - Tenue d'une réunion du COGES (un procès-verbal est disponible).
  - ✓ **PRES Abengourou**
    - CSU de Sankadiokro
      - Création du comité par arrêté sous-préfectoral ;
      - Fonctionnement du COGES sur la base de textes qui le régissent ;
      - Association du COGES dans les prises de décisions du centre ;
      - Disponibilité de plan trimestriel du centre de santé auquel le COGES est associé ;
      - Mobilisation du COGES dans la rénovation du centre ;
      - Mobilisation de la mutuelle dans le développement du CSU et du village.

### A.2.3 Défis

#### ✓ PRES de Yamoussoukro

##### o Bélier

- Non-respect de l'organisation de la pyramide sanitaire par la population (l'engorgement du CHR par les patients censés être suivis au premier contact du fait de l'auto-référence) ;
- Longs délais de remboursement des dépenses engagées dans le cadre de la CMU ;

#### ✓ PRES de Bouaké

##### o Gbêkê

- Utilisation du registre de consultation pour faire le rapportage : il n'a pas été conçu pour être un support des données en rapport avec le système d'information sanitaire et est utilisé comme source ;
- Fiabilité des données non garantie ;
- Utilisation variable des données par les districts ;
- Appropriation par le district de certaines interventions des partenaires et programmes ;
- Forte dépendance de la présence du PBF pour le fonctionnement des COGES ;
- Planification du district faite par l'ECD sans la participation des autres parties prenantes du système de santé local.

#### ✓ PRES de Khorogo

##### o Poro

- Manque de compréhension du fonctionnement la pyramide sanitaire ;

#### ✓ PRES de Daloa

##### o Haut-Sassandra

- Le CHR a les prérogatives de l'ESPC (1ère et 2ème références) dans le district ;
- Non-respect de l'organisation de la pyramide sanitaire (engorgement du CHR par les patients censés être suivis au premier contact) ;
- Concentration de personnels, en particulier des sage-femmes, dans les établissements de santé urbains (CHR et CSU) ;
- Possibilité de risques d'erreurs et d'incomplétude dans la collecte des données (CHR et secteur privé) ;
- La numérisation des données des dossiers constitue un grand défi.

#### ✓ PRES de San-Pédro

- Complication des activités de supervision, de ravitaillement et autres dans certains départements en raison de l'état des routes ;
- Favoriser la fusion entre la PMI et le centre urbain.

#### ✓ PRES de Man

- Non-respect de l'organisation de la pyramide sanitaire par la population : accueil des patients auto-référés par le CHR.

#### ✓ PRES d'Odienné

- Problème de disponibilité des médicaments dans la pharmacie de l'hôpital ;
- Nécessité de revoir la méthode de détermination des priorités sanitaires dans la région en partant d'un sondage des besoins des communautés.

#### ✓ PRES d'Abidjan

- Le manque de numérisation des données est un danger (erreurs, incomplétudes) ;
- Concentration de personnels, en particulier de sage-femmes, au niveau du CSU ;
- Gestion peu rationnelle du personnel : le service de néonatalogie pouvait bénéficier d'un redéploiement du personnel déjà présent dans le centre.

#### ✓ PRES de Bondoukou

##### o CSR de MOTIAMO

- Amélioration des connaissances des membres de COGES en leur expliquant leurs missions et rôles.
- Lutte contre les maladies suivantes : drépanocytose, ventres ballonnés, contamination de punaises, asthme, hypertension, diabète.
- Réhabilitation et équipement en médicaments de la pharmacie ;
- Amélioration du plateau technique ;
- Règlement des factures de CIE par l'administration ;
- Renforcement des capacités matérielles de la structure (armoire de type bureautique et autres équipements, chaises, bancs pour la vaccination...) ;
- Disponibilité d'une ambulance pour éviter le transport des malades et des femmes enceintes à moto ;
- Création d'une maternité avec des sage-femmes ;
- Gestion des ordures ménagère à l'entrée du village.

##### o CSU de SOKO

- Améliorer les connaissances des sage-femmes sur le guide de travail d'accouchement, le recours à l'antibiothérapie et la prise en charge des femmes enceintes : calcul du nombre de grossesses attendues, tenue de registres ou de document pour assurer le suivi des femmes enceintes, établissement du plan d'accouchement ;

#### ✓ PRES Abengourou

##### o CSU de Sankadiokro

- Amélioration des connaissances des membres de COGES
- Hausse de la disponibilité des médicaments ;
- Disponibilité d'une ambulance ;
- Clôture entourant l'hôpital achevée.

### A.3 Disponibilité et accessibilité des services, y compris des médicaments, avec focus sur la maternité

#### A.3.1 Constats/Observations

##### ✓ PRES de Yamoussoukro

###### o Bélier

- 50% des patients, au lieu de se rendre dans un Centre de santé de premier contact, viennent d'eux-mêmes directement au CHR. Cela est dû à la position du CHR qui se trouve en plein centre-ville. Cette situation augmente la charge de travail des agents de santé.
- Conditions d'accueil des patients correctes ;
- Disponibilité et bonne tenue des registres de consultation ;
- Disponibilité de la gamme des services de soins maternels constituée des soins prénatals, de la surveillance du travail et de l'accouchement, des soins postnatals et de la planification familiale ;
- Nombre d'accouchements estimé à 20 par mois, généralement au CSR ;
- Aucun décès maternel les trois dernières années, même parmi les cas de complications obstétricales évacués au niveau du CHR.
- Faible taux d'utilisation des services de soins prénatals ;
- Existence de 69 formations sanitaires privées dans la région, dont 25 contribuent à l'information régionale ;
- Utilisation du CHR en première intention par les patients (auto-référencement) ;
- Installation d'un poste de vaccination au CHR.
- Existence d'une liste de médicaments traceurs à partir de la liste nationale des médicaments essentiels utilisée au niveau du district non mise à jour et non systématiquement disponible au niveau des ESPC ;
- Suspension temporaire de la distribution des médicaments du district vers les ESPC en raison de la panne du véhicule de livraison ;
- Existence de 38 médecins et 48 sage-femmes au CHR ;
- Mise à disposition d'une ressource humaine formée dédiée à la gestion des médicaments au niveau du CSR Logbakro par la mairie ;
- Non-dispensation des médicaments, dans le cadre de la CMU, au centre de santé de Logbakro
- Faible dispensation dans le cadre de la CMU au CHR de Yamoussoukro ;
- Variation de la tarification des consultations selon la structure (ESPC, CHR, CS communautaire) ;

- Absence de remboursement des factures CMU pour les médicaments ;
- Manque de clarté des procédures de remboursement et de la traçabilité des factures ;
- Existence d'un laboratoire de bactériologie médicale participant à la surveillance des résistance antimicrobienne (RAM) au niveau national ;
- Lors de la visite au CHR, les trois automates ne fonctionnaient pas ;
- L'application mSupply est utilisée uniquement pour la gestion des médicaments liés au VIH.

##### ✓ PRES de Bouaké

###### o Gbêkê

- Expression des préoccupations du représentant du maire de la ville de Bouaké sur la médecine de rue « charlatans » et des médicaments de rue, la qualité des soins au niveau des structures de santé et l'insuffisance de compétences des vendeurs dans les officines privées ;
- Mise à disposition de la RS de Gbêkê de 6 maternités améliorées entièrement équipées avec bloc opératoire et unités de néonatalogie ;
- Existence d'un CHU, 4 hôpitaux généraux, 6 maternités améliorés (avec bloc opératoire), 162 établissements sanitaires de premier contact ;
- Ratio sage-femmes/femmes en âge de procréer de 1 pour 1 000 ;
- Ratio de 1 infirmier pour 3 000 habitants ;
- Insuffisance des médecins, surtout en spécialités : radiologue, gynécologue, etc. ;
- Variation de la densité des lits de maternité par rapport aux femmes enceintes de 229% à Sakassou à et de 26% à Bouake Nord-Ouest ;
- Inexistence de norme nationale relative à la densité des lits de maternité : la norme de l'OMS utilisée par défaut est de 10 lits pour 1 000 femmes enceintes ;
- Lors de la visite de l'une de ces maternités améliorées (CSU de Belleville) et échanges avec le gynécologue, le major, la surveillante générale et la sage-femme majeure de la maternité, il a été fait les constatations suivantes :
  - Accessibilité du CSU avec 95% de la population couverte à moins de 5 km du CSU ;
  - Existence d'un plateau technique comprenant 3 gynécologues et 23 sage-femmes ;
  - 1 seul décès maternel notifié en 2023 et 2024 ;
  - Mise en place d'une stratégie pour le renforcement des compétences des sage-femmes in situ : rotation dans les différentes unités de soins et restitution obligatoire des formations reçues au niveau régional ou au niveau national ;
  - Implication de la communauté par des initiatives locales pour améliorer les services, en particulier les soins prénatals ;
  - Amélioration notable dans la couverture des interventions (accouchements assistés et césariennes) et réduction importante des évacuations vers le CHU de Bouaké ;
  - Faible confiance des sage-femmes pour prendre en charge les nouveau-nés de faible poids évacués systématiquement vers le CHR malgré une unité de soins mère kangourou ;

- Distribution irrégulière des médicaments du district vers les derniers kilomètres, malgré la présence d'une fourgonnette au district sanitaire Bouake Nord-Est.
  - Distribution mensuelle des produits de programme vers les ESPC par les districts sanitaires, mais les produits recouvrables et ceux liés à la CMU suivent un circuit différent ;
  - Stockage des médicaments dans des conditions optimales (locaux aérés, climatisés, étagères bien organisées) ;
  - Contrôle de la chaîne du froid pour les vaccins grâce à des équipements adaptés ;
  - Disponibilité des kits d'accouchement en quantité suffisante ;
  - Utilisation partielle du logiciel msSupply : soit le module de dispensation n'est pas exploité à son plein potentiel par les gestionnaires de produits dans les ESPC, soit les dispensations sont effectuées par lots groupés limitant la traçabilité des patients.
  - Indisponibilité d'environ 70% des produits traceurs du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) au CSU Belle Ville depuis plus de trente jours ;
  - Manque de visibilité sur les stocks de vaccins au niveau des ESPC ;
  - Fréquentes ruptures de médicaments essentiels et faible qualité de leur conservation au dans les structures (un patient a exprimé des doutes quant à l'efficacité des médicaments génériques de la NPSP disponibles au CSU Belle Ville) ;
  - Réorientations fréquentes des prescriptions vers les pharmacies privées (cas la CMU) ;
  - Fréquentes ruptures de stock des médicaments de la CMU.
- ✓ **PRES de Khorogo**
- **Porro**
  - Respect des normes et maintenance préventive régulière des réfrigérateurs destinés à la conservation des vaccins ;
  - Existence d'un nouveau dépôt régional de la Nouvelle PSP à Korhogo avec amélioration de la disponibilité générale des médicaments sur la zone ;
  - Faible taux de satisfaction global des commandes des médicaments par les centres de santé ;
  - Insuffisance de compétences des ressources humaines dédiées à la gestion des médicaments au niveau des ESPC pour assurer une gestion optimale ;
  - Rupture de stock depuis plus de cinq mois dans les établissements de santé visités de la sulfadoxine-pyriméthamine (médicament essentiel pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte) ;
  - Non-conformité des conditions de conservation de l'ocytocine aux normes en vigueur, en raison de l'absence de réfrigérateur dans la pharmacie au CSU de Polouroukaha ;
  - Création d'une liste de médicaments de base adaptée aux pathologies les plus fréquentes dans la communauté ;
  - Non déploiement du logiciel mSupply pour la gestion des stocks de médicaments dans la zone ;
  - Destruction à l'air libre des produits pharmaceutiques périmés (contrairement aux normes) ;

- Stockage d'une quantité importante de boîtes de sécurité pleines dans la salle dédiée à la nutrition, en attente d'être acheminées puis détruites.
  - Insuffisance de ressources humaines pour la gestion des médicaments dans les ESPC ;
  - Mise à disposition des ESPC d'une ambulance ;
  - Renforcement des capacités de la région et des districts dans le processus et l'utilisation des outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux ;
  - Existence d'une gamme assez complète de services maternels et néonataux : contraception, soins prénatals, accouchements assistés, soins postnatals, conseils dépistage du VIH des femmes enceintes, dépistage des lésions précancéreuses, soins mère kangourou, réanimation du nouveau-né, etc.
- ✓ **PRES de Daloa**
- **Haut-Sassandra**
  - Disparité dans la disponibilité des établissements de soins dans la région du Haut-Sassandra ;
  - Accessibilité géographique des établissements de soins : 60% de la population du district de santé de Daloa vit à moins de 5 km d'une structure de santé ;
  - À l'échelle de la commune de Daloa, seulement 35% de la population (122 500 personnes /350 000) vit à moins de 5 km d'un ES.
  - Faible taux d'utilisation des services, estimé à 31% ;
  - La mortalité maternelle constitue un défi pour la région : le nombre de décès maternels s'élève à 34 répartis ;
    - Evolution du nombre de décès maternels Au niveau du district sanitaire de Daloa : le nombre est passé de 42 en 2018 à 10 au M9-2024 ; la cause la plus fréquente est l'hémorragie du post Partum (32%)
    - Nombre élevé d'accouchements à domicile dans le district sanitaire de Daloa, même en ville en raison de pesanteurs socio culturelles : taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans le DS de Daloa estimé à 74% à en septembre 2024, contre une moyenne régionale de 93% ;
    - Audit des décès maternels de 100% ;
    - Existence d'un comité départemental présidé par le préfet se réunissant chaque trimestre pour le suivi des audits de décès maternels ;
    - Nombre élevé de décès maternels à cause des accouchements à domicile et de la fréquentation des structures privées clandestines avec une réorientation tardive en cas de complications ;
    - Très faible couverture des soins prénatals : 36% pour les premières Consultations Prénatales (CPN 1) au premier trimestre (cible : 44%) et 38,8% pour la CPN 4 (objectifs de 61%) ;
    - Nombre de sage-femmes, d'infirmiers et de personnels de santé dans la région « acceptable » selon le DR ;
    - Nécessité de médecins spécialistes : gynécologue, pédiatre, cardiologue, chirurgien, anesthésiste, IDE anesthésiste, urgentiste, neurologue, diabétologue, psychiatre, ophtalmologue, neurochirurgien,
  - Problématique de l'existence de structures privées, dont certaines sont clandestines : sur les 58 ES privés géolocalisés par la Direction des Etablissement Privés et des Professions sanitaires (DEPPS), seul 6 produisent et transmettent leurs rapports au DS, y compris 3 établissements confessionnels ;

- Ruptures de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) (145 jours) et de SP (59 jours) ;
- Sur 45 465 145 FCFA mobilisables du T4-2021 au T1-2024 dans le cadre du PBF, le district de Daloa n'a bénéficié que de 15 000 000 FCFA.
- o **CSR de Zaliouhouan**
  - Existence d'une salle de suites de couches propre avec 3 lits : une parturiente qui a accouché pendant la nuit était présente avec son bébé et son accompagnante (sa mère). Elle allait bien et avait déjà allaité son bébé.
  - Mise en place d'une garde des femmes pendant 48h en post-partum : l'existence d'une feuille de surveillance postnatale n'a pas été observée, et ni la parturiente ni son bébé n'avaient bénéficié d'un examen médical depuis l'accouchement (durant plus de cinq heures)
  - Existence d'une salle d'accouchement exigüe avec 2 tables d'accouchement avec un rideau de séparation, 1 coin bébé avec une lumière chauffante, et 1 maternité en construction.
  - Disponibilité des médicaments d'urgence et essentiels (sulfate de magnésium, ATB, diazépam, perfuseur, solutés de remplissage), kit UBT, aspirateurs, etc. ;
  - Mauvais rangement des médicaments ;
  - Conservation de l'ocytocine à bonne température à la pharmacie.
  - Présence de 2 sage-femmes dont une nouvellement affectée (deux mois) en charge des différents services : salle d'accouchement, soins prénatals et postnatals dont le dépistage du VIH, planification familiale ;
  - Nécessité de renforcer l'effectif pour améliorer l'offre de services ;
  - Nombreuses formations organisées pour les sage-femmes, y compris pour les SONU et la réanimation du nouveau-né ;
  - Existence de locaux propres avec des toilettes séparées pour le personnel et les patientes
  - Affectation d'une aide-soignante par le MSHP CMU et de deux contractuelles
  - Trente accouchements mensuels en moyenne ;
  - Couverture du CSR des autres villages hors de son aire ne disposant pas encore de centre de santé, malgré une population cible de 22 000 habitants ;
  - 2 à 3 évacuations d'urgence obstétricale par mois ;
  - Evacuation des cas sont bien mis en condition, notamment pour les cas d'éclampsie, la dose d'attaque du sulfate de magnésie est administrée avant le transfert de la femme.
  - Affichage des protocoles de prise en charge des principales complications obstétricales dans la salle d'accouchement.
  - Aucune notification de décès maternels ;
  - Mise en place d'une stratégie de pool d'ambulances en raison de l'absence d'ambulance ; Toutefois, dans certains cas urgents, les ambulances des autres structures y compris celle du CHR ne sont pas toujours disponibles, ce qui augmente le délai d'évacuation.
  - Présence de l'affichage des données clés de suivi de performance des prestations ;
  - Communication des cibles des différents indicateurs par le niveau national ;

- Organisation périodique des réunions du personnel par le chef du centre au cours desquelles les performances des différentes unités sont présentées et discutées.
- Non-atteinte de la cible pour 2024 pour la plupart des indicateurs de performance ;
- Organisation des stratégies avancées pour renforcer l'accessibilité des services et améliorer le niveau des indicateurs ;
- Disponibilité des fiches de notification des décès maternels ;
- Faible taux de CPNI/TI et CPN4 ;
- Disponibilité du registre des CPN ;
- Manque de praticité du registre des CPN par les sage femmes : femme réenregistrée à chaque contact et les mêmes données sont retranscrites, perte de temps, pour l'histoire d'une même femme, parcourir plusieurs pages ;
- Bonne tenue des registres (soins prénatals, accouchement, planification familiale) mais leur renseignement ainsi que la collecte des données pour le rapportage leur prennent beaucoup de temps ; les sage-femmes trouvent que certains items demandés dans les registres ne sont pas toujours pertinents et utiles.
- Absence de directives et d'orientation des sage-femmes pour l'utilisation du nouveau guide de surveillance du travail (GGTA) adopté par le pays ;
- Disponibilité du registre d'enregistrement (déclaration) naissance qui est correctement renseigné ;
- Non notification de consultation post-partum tardif (ne figure pas dans le registre)
- Disponibilité et gratuité des kits d'accouchement ;
- Absence de laboratoire nécessitant que le bilan complet biologique prénatal et échographie, demandés à la parturiente, avec un bilan obligatoire requis (glycémie, Tx hémoglobine, Groupe sanguin) que la femme fait ailleurs ; les SF disent qu'environ 50% des demandes pour bilan sont honorés (se fait dans une structure privée ou point le plus proche) ;
- Réalisation des test urinaires faits sur place au CSR
- Rupture de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) depuis au moins trois mois.
- Disponibilité du Gestionnaire de données uniquement pour les données VIH (ONG SEVCI)
- o **CSU du quartier Garage à Daloa**
  - Présence d'1 médecin chef, de 27 Sage femmes ; 15 infirmiers ; 1 pharmacien ; 1 préparateur en pharmacie, 1 gestionnaire de données (ONG SEVCI), 1 assistant gestionnaire de données ; 1 agent d'hygiène, 1 agent de bureau ; 2 aides-soignants et 8 élèves sage-femmes et infirmières.
  - Visite à la maternité et échanges avec les sage-femmes :
  - Existence d'une salle d'accouchement : 1 salle de consultation curative, 2 boxes d'accouchement dont 1 avec 3 lits et un avec 2 lits ; 1 box pour les nouveau-nés.
  - Disponibilité de 2 boxes de CPN.
  - Nombre d'accouchement mensuel : 140 à 150 accouchements/ mois
  - Nombre de décès maternel au mois d'octobre 2024 : 1
  - Efforts dans le respect l'intimité de 3 parturientes en salle d'accouchement au moment de la visite ;

- Présence de 3 nouveau-nés mal enveloppés dans le box pour nouveau-né, sans contact peau à peau avec les mamans et sans lampe chauffante qui est en panne
- Absence de fiche de surveillance post natale
- Référence systématique au CHR des cas de grossesses pathologiques selon les directives nationales y compris tous les cas d'HTA sur Grossesse, gros fœtus, utérus cicatriciel, etc.
- Nombre moyen de CPN par jour : 30 CPN ; il n'y a pas de restriction de nombre et la consultation est ouverte tant que les femmes se présentent, ;
- Disponibilité du registre de CPN- : manque de praticité et demande d'un registre avec une page avec les 8 contacts par femme
- Renseignant des trois registres en CPN jugé excessif par les sage-femmes
- Répartition des sage-femmes par équipe : 4 équipes de 2 SFE pour la salle d'accouchement et chaque équipe est renforcée par une aide-soignante, 3SF par box de CPN, 2 SF en PF, 2 SF en Nut ; 2 SF en CPoN
- Système de rotation de toutes les sage-femmes au niveau des différentes unités de soins leur permettant d'être opérationnelle au niveau de tous les services
- Rupture en SP depuis 3 mois environ : prescription aux femmes enceintes pour achat en officine privée sans pouvoir s'assurer si la femme a effectivement payé (entre 600 et 1000 FCFA) et pris sa dose de TPI ; elles notent quand même dans le carnet que la dose a été prise. Dans les échanges, il a été suggéré de demander aux femmes de venir à la prochaine CPN avec la plaquette vide de SP, par exemple.
- Rupture très fréquente en kits d'accouchements ;
- Dotation de 40 à 50 kits d'accouchements pour une moyenne de 140 à 150 accouchements par mois ; une prescription est faite pour toutes les autres parturientes.
- Kits d'urgence en salle d'accouchement pour les principales causes de décès maternels fournis gratuitement par la pharmacie du CSU avec un système de remplacement bien établi.
- Difficultés d'évacuation des urgences au niveau du CHR en raison de l'absence d'une ambulance ;
- Participation des sage-femmes aux revues des décès maternels organisées au niveau du CHR, qui sont aussi des plateformes de renforcement de capacités.
- Affichage des indicateurs de performances et tenues régulières de réunions de suivi avec l'appui d'un partenaire (Momentum) ; à la question de savoir si ce suivi des indicateurs de performances ainsi que les réunions de suivi se poursuivront au retrait du partenaire, nous n'avons pas eu de réponse.
- Notification de ruptures fréquentes de kits d'accouchement selon les sages femmes,
- Priorisation par le District sur la distance que sur la demande selon le pharmacien du centre (en effet les structures éloignées du bureau du district semblent être prioritaire dans la répartition des intrants) ;
- Disponibilité du gestionnaire de données qui traie uniquement les données VIH pour l'ONG SEVCI, l'assistant GD qui est un infirmier souhaite être formé au DHIS 2 afin de faire la saisie du rapport SIG ;
- Dématérialisation /numérisation des outils de collecte (outils primaires, et rapports SIG) semblerait rencontrer une meilleure adhésion par l'ensemble des sage-femmes présentes.

#### ✓ PRES de San-Pédro

##### o CSU Moussadougou

- Couverture d'une population multiethnique de 27 600 habitants
- Présence de 2 sage-femmes, 4 infirmiers diplômés d'État, 1 médecin, 3 aides-soignantes non-fonctionnaires, 1 PGP, 1 agent de sante communautaire, 1 agent de sécurité ;
- Une ambulance est en service depuis 2013 ;
- Disponibilité de 2 box de CPN, d'une salle de pré-travail avec 1 lit et 1 salle d'accouchement avec 3 lits
- Aucune adduction d'eau courante, ni d'électricité ;
- Fonctionnement du centre à l'énergie solaire avec des salles peu éclairées et la situation est plus difficile en cas de ciel couvert ou de pluie, selon une sage-femme ;
- Les sage-femmes utilisent une torche frontale pour les soins ;
- La source d'eau utilisée par l'établissement se présente sous la forme de « petite citerne » et est disponible en salle accouchement
- 250 à 300 CPN en moyenne par mois ;
- 50 accouchements par mois en moyenne ;
- Il y a des partenaires qui appuient certaines initiatives :
  - rappel des femmes et de leurs conjoints par SMS, appuyée par Save The Children qui permet d'améliorer la couverture en CPN,
  - projet Passerelle appuyé par le Canada permet d'améliorer de manière notable la prise en compte des besoins en SSR des adolescents ;
  - pour chacune des initiatives, des outils (registres et fiches additionnels) doivent être utilisés par les prestataires.
- Rares évacuations vers les CHR selon les sage-femmes : les causes les plus fréquentes sont la multiparité des femmes et les complications de l'hypertension artérielle ;
- Absence de laboratoire, ce qui a pour conséquence un faible taux de réalisation du bilan biologique prescrit aux femmes enceintes ;
- Nombre de décès maternels : 1 décès maternel en 2024 ayant fait l'objet d'une revue et aucun en 2023 ;
- Disponibilité de kits d'accouchement et de SP ;
- Absence de trousse d'urgence en salle d'accouchement ;
- Disponibilité de l'ocytocine en injectable conservée dans un réfrigérateur solaire à l'infirmerie ;
- En PF : 35 femmes sont reçues par mois pour un objectif de 136 femmes ;
- Utilisation de l'implant sous cutanée comme la méthode contraceptive la plus utilisée ;
- Disponibilité des registres de CPN, d'accouchement et de certificats médicaux de naissances (pas de rupture rapporté) qui sont correctement renseignés ;
- Utilisation des fiches intermédiaires hebdomadaire pour faciliter la synthèse et le rapportage des données par les sage-femmes ;
- Aucune réunion de validation et d'utilisation des données.

#### o PMI de Bardo

- Composition : 2 médecins, 1 gynécologue, 6 sage-femmes
- 30 à 50 accouchements moyen par mois pour 0 décès maternel en 2024 ;
- Existence d'une salle d'accouchement avec trois lits qui n sont pas aux normes ;
- Disponibilité de kits d'accouchement ;
- Aucun kit d'urgence en salle d'accouchement ;
- Existence d'un tensiomètre électronique branché à la source d'électricité (non déplaçable en cas d'urgence) ;
- Non-respect de certaines procédures cliniques, comme l'administration systématique d'antibiotiques après un accouchement ;
- Disponibilité des registres de CPN, d'accouchement et de certificat médical de naissances correctement renseignés ;
- Utilisation des fiches intermédiaires hebdomadaire pour faciliter la synthèse et le rapportage des données par les sage-femmes ;
- Aucune réunion de validation et d'utilisation des données ;
- Absence de couveuse pour nouveau-nés ;
- Disponibilité d'une pompe d'aspiration électrique fonctionnelle ;
- Présence de plus de vingt élèves de l'INFAS (sage-femme, infirmier et aide soignants) en stage d'observation : les objectifs de stage ne sont pas bien définis.

#### o PRES de Man

##### o Tonkpi

- Proximité des structures de santé : plus de 60% de la population de la région vit à moins de 5 km d'une structure de santé ;
- Répartition inégale des ressources humaines avec moins de 1 médecin pour 10 000 habitants ; 2 gynécologues, 1 médecin anesthésiste et 1 médecin réanimateur ;
- Le ratio infirmier est de 1,34/5 000 habitants ;
- Ratio de sage-femme de 1,78/3000 FAP dans la région conformément aux normes nationales ;
- On observe le respect de la norme nationale d'1 ESPEC pour 10 000 habitants avec un ratio de 1,05 pour le PRES. Cependant on note une disparité dans la disponibilité des établissements de soins dans la région du Tonkpi (Danané et Man ont moins d'un ESPEC pour 10 000 habitants) ;
- Prévention et traitement du paludisme :
  - La létalité du paludisme dans la région est de 0,4% en 2024 ;
  - La proportion de femmes enceintes ayant reçu une MILDA en consultation prénatale est de 23,74% ;
  - Le taux de femmes enceintes ayant reçu de la sulfadoxine et la pyriméthamine est de 43% ;
  - Parmi les enfants de moins d'1 an, vus en vaccination de routine, 22,87% ont reçu une MILDA ;
  - Le taux d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu une MILDA en consultation curative est de 11%.

- Quant à la lutte contre la tuberculose, le nombre de nouveaux cas a baissé de 767 à 567, le taux de succès thérapeutique a atteint 94% et le taux de décès est de 3,4% en 2024 ;
- Santé de la mère et de l'enfant :
  - Le nombre de décès maternels dans la région du Tonkpi est passé de 35 en 2018 à 11 en 2024, soit une baisse de 68,6%.
  - Fonctionnalité des comités de SDMPR au niveau des districts ;
  - 43,66% des femmes enceintes ont reçu la SP jusqu'à l'accouchement ;
  - Le nombre de Femmes Enceintes/Femmes Allaitantes dépistées VIH+ est passé de 451 à 233 de 2018 à 2024 soit un gain de 48%
  - CPNI/TI est passée de 31,34 à 33,68% de 2023 à 2024 ;
  - CPN4, est passée de 32,52% en 2023 à 32,96% en 2024 ;
  - Le taux d'accouchements assistés a baissé, passant de 71,59% en 2023 à 65,79% en 2024 ;
  - Baisse ou stagnation des couvertures vaccinales des différents antigènes (Penta 1, Penta 3, RRI, ROTA 2, PCV13-3, HPV, PVOI, PVO3) en dehors de VAA et TD2+, comparé à 2023
- Santé des adolescents :
  - Les grossesses en milieu scolaire sont passées de 486 en 2022 à 385 en 2024 soit une baisse de 20,78%.
- Logistique, Organisation, CMU :
  - Existence d'un dépôt régional de la nouvelle pharmacie de santé publique dans la région ;
  - Existence de moyens logistiques pour assurer la distribution des médicaments jusqu'aux ESPEC les plus reculés (au dernier kilomètre) du district sanitaire. Néanmoins, ces véhicules ne sont pas adaptés à la particularité de la région (zone montagneuse) car ils sont bas ;
  - Indisponibilité des médicaments pris en charge par la CMU dans plusieurs établissements ;
  - Le prix des médicaments est élevé pour de nombreux patients ;
  - Ruptures de médicaments fréquentes au niveau de la NPSP, malgré l'existence d'un mécanisme régional pour anticiper les ruptures (redéploiements des stocks) ;
  - Existence d'un système de mutualisation pour l'utilisation et la maintenance des ambulances ;
  - Les chauffeurs des ambulances sont des contractuels ;
  - Mauvaise utilisation des cartes CMU : les usagers ont des cartes CMU qu'ils laissent à la maison ; les cartes présentées aux établissements de santé ne sont pas à jour. Pour 95% d'entre eux, les usagers doivent payer eux-mêmes pour mettre à jour leurs cartes (pas comme pour les fonctionnaires qui sont coupés à la source).
  - Trois raisons majeures évoquées : 1) Difficultés d'utilisation de l'application de paiement ; 2) Mauvaise couverture du réseau GSM ; 3) Inaccessibilité financière pour les grandes familles
  - Quand le personnel de la région est muté ailleurs, il n'est pas toujours remplacé.
  - Implication personnelle du Directeur régional pour l'évacuation des femmes enceintes (il est directement appelé quand il n'y a pas de solution, paie lui-même pour le carburant) ;
  - Absence de mode opératoire clair pour la mise en œuvre du PRES.

#### o CSU de LOGOUALE

- Établissement de santé en réhabilitation ;
- Délocalisation temporaire de plusieurs services ;
- Disponibilité du personnel composé de 5 sage-femmes, 4 infirmiers, 1 médecin, 1 gestionnaire de données VIH ;
- Existence d'une salle dédiée à la vaccination, avec des équipements de la chaîne de froid conformes ;
- Destruction des déchets dans une fosse à brûlage pour les déchets ménagers et biologiques ;
- Absence de disponibilité continue d'eau potable dans le centre de santé ;
- Gestion des médicaments et intrants : rupture de stock de plus de 60 jours de certains intrants spécifiques
- Bonne disponibilité des kits d'accouchement avec 2 mois de stocks ;
- Mécanisme de facturation des bons de la CMU peu défini à la pharmacie (une facturation pour les soins, une pour les médicaments) ;
- Non-respect des normes de rangement des médicaments et des vaccins ;
- Absence de liste de références des médicaments essentiels propres au centre ;
- Inexistence de plan de maintenance des équipements pour la chaîne du froid ;
- Le dispositif de contrôle de la température à distance de la chaîne du froid ne fonctionne pas.

#### o CHR Man

- Le CHR est devenu l'EPHR en février 2023
- Ajout des services : réanimation, cardiologie, néphrologie (9 fauteuils à dialyse fonctionnels), traumatologie, dermatologie, imagerie médicale avec un scanner. Enfin le laboratoire fonctionne 24h/24 ;
- Réception des EPHR recevant les clients référés et les tout-venants ;
- Utilisation de la carte CMU ;
- Matérialisation des différents services pour faciliter la mobilité des usagers ;
- Nombre de décès maternels : 7 décès maternels en 2024 (5 HPP et 2 par éclampsie) ;
- Disponibilité de 22 sage-femmes et de 2 gynécologues avec une moyenne de 295 accouchements par mois, dont 100 par césariennes.

#### o CSR GBATONGOU

- Répartition claire des rôles et responsabilités au sein de la communauté (1 chef central et 1 dans les 4 quartiers ; 1 présidente des femmes ; 1 président des jeunes ; 1 président du COGES).
- Bonne collaboration au sein du COGES, avec un président élu par la communauté ;
- Réunions mensuelles du COGES ;
- Bon maintien de la propreté du CSR grâce à la communauté ;
- Bonne matérialisation des différents services (accueil, pharmacie, soins, mise en observation, salle d'accouchement) ;

- Composition du personnel de santé : 1 infirmier depuis octobre 2024, 1 sage-femme en poste depuis un peu plus de quatre ans, des ASC recrutés par l'ONG Save the Children ;
- Réception d'une contribution mensuelle de 20 000 FCFA par les ASC jugée insuffisante par la communauté ;
- Absence de réseau téléphonique compliquant les prestations liées à la CMU et pour contacter l'ambulance ;
- Des prix élevés pour les médicaments sont signalés par la communauté ;
- Tarification des consultations : 200 FCFA. Gratuité pour les 0-5 ans.
- 176 accouchements en 2024
- Absence de point d'eau au niveau de l'établissement sanitaire
- Les besoins prioritaires de la communauté :
  - Besoin d'une ambulance supplémentaire ;
  - Besoin d'un approvisionnement en eau potable.

#### o PRES Odienné

##### o Kabadougou

- Le PRES d'Odienné englobe les régions du Folon et du Kabadougou ;
- Besoin d'une forte assistance du niveau national et de partenaires pour relever les défis de santé de la région et faire du PRES une réalité ;
- Nécessité d'un leadership pour la coordination des activités et d'un mécanisme d'administration du PRES ;
- Insuffisance et forte mobilité des ressources humaines en santé ;
- Inexistence de mécanisme de screening des besoins réels des populations et de les prendre en compte dans les mécanismes de planification en santé ;
- Offre des activités communautaires à la communauté sur la base des données du système de santé au lieu de provenir d'elle-même ;
- Proportion de CPN1/TI de la grossesse est de 41% sur 53 % attendu et CPN4 est de 20% sur 67% attendu ;
- Nombre total de femmes enceintes/allaitantes séropositives sous traitement ARV : 217 (T1) ; 139 (T2) ; 97 (T3) ;
- Aucun enfant né de mère séropositive n'a été dépisté en 2024 ;
- Le 1er 95 est un véritable défi dans la région ;
- Proportion de femmes enceintes bénéficiant de services de soins prénatals ayant reçu au moins 3 doses de TPI pour le paludisme jusqu'à l'accouchement (SP3) : 45% à T3/2024 (pour une cible de 65%) ;
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans vus dans les services de PEV ayant reçu une Milda en routine : 97% à T3/2024 (pour une cible de 80%) ;
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans vus dans les services de soins curatifs ayant reçu une Milda en routine : 41% pour une cible de 80% ;

- Couvertures vaccinales acceptables pour tous les antigènes (DN Hep ; DTC-Hep-Hib 1 ; DTC-Hep-Hib 3 ; RRI ; HPV 1) ;
- Mise en place de la centrale régionale d'Odienné ;
- Rupture en pyriméthamine + sulfadoxine et artemether/lumefantrine 80/480 PLQ/6 à fin novembre 2024 ;
- L'approvisionnement des districts en médicaments, hors urgences, se fait depuis la centrale de Bouaké ;
- Utilisation de la carte CMU, trop de difficultés administratives demeurent pour en bénéficier.
- **CHR Odienné**
  - Présence d'un nouveau directeur depuis quatre mois ;
  - Problématique de la mise à jour des cotisations pour la CMU ;
  - Nombre élevé d'enfants mort-nés dans la structure ;
  - Nombre de décès maternels : 20 en 2024 ;
  - Pratique de la césarienne : environ 40% césariennes par mois sur 120 accouchements ;
  - Evaluation des ressources : 2 appareils du laboratoire ont besoin d'une maintenance, manque de personnel de santé.
- **CSU de Tiémé**
  - Composition de l'équipe : 1 médecin chef, 1 sage-femme, 2 infirmiers, 1 gestionnaire de la base de données, 1 nouvelle auxiliaire en pharmacie depuis octobre 2024.
  - Renforcement des capacités de la sage-femme pendant deux mois, qui avait déjà travaillé deux mois avec la précédente.
  - Présentation de l'équipe médicale à la communauté.
  - Bonne collaboration avec la communauté :
    - Le CSU travaille avec 34 ASC (30 à Tiémé et 4 dans les villages autour) ;
    - Appui important des ASC pour dénombrer les femmes enceintes dans les villages ainsi que des enfants 0-5 ans dont la liste est partagée hebdomadairement avec la sage-femme et l'infirmier (si les personnes ne se présentent pas en consultation, elles sont recherchées).
  - Disponibilité d'une ambulance fonctionnelle.
  - Fréquentes coupures d'eau ; absence d'eau depuis deux semaines (utilisation de l'eau du puits) ;
  - On note l'existence des services essentiels dans le centre de santé en référence au paquet minimum d'activités
  - Disponibilité des CPN : 80 à 100 par mois et CPNI/TI est à 15 avec environ 20 accouchements par mois ;
  - 20 décès maternels en 2024 ;
  - Vaccination des enfants contre l'hépatite en salle d'accouchement ;
  - Gratuité pour les femmes enceintes et les enfants 0-5ans selon la disponibilité des intrants ;
  - Disponibilité des méthodes contraceptives ;
  - Construction en cours d'un nouveau bâtiment.

#### ✓ PRES Abidjan

##### ○ CSU de SONGON- KASSEMBLE

- Établissement propre avec un médecin chef de grande expérience totalisant vingt-cinq ans de présence dans la structure.
- Ressources humaines : 5 médecins généralistes ; 3 gynécologues ; 1 pédiatre ; 2 IDE ; 21 sage-femmes ; 1 pharmacien ; 2 PGP.
- Utilisation de la carte CMU :
  - Très faible utilisation des services : en janvier 2025 sur 2 602 consultations, seules 18 personnes avaient une carte CMU à jour et ont pu bénéficier des services (soit moins de 1%) ;
  - Utilisation de la carte CMU pour les examens de laboratoire (alors que le laboratoire est privé).
- Défis de communication sur la carte CMU.
- Relation avec la communauté :
  - 13 villages autour figurent dans l'aire de santé.
  - Difficultés de travail avec, pour la moitié d'entre eux, deux chefs ;
  - 20 ASC qui reçoivent 22 000 FCFA par mois de PSI ;
  - Représentation des 13 villages (dont 7 sont à plus de 5 km) dans le COGES, ce qui rend les réunions coûteuses en raison notamment des coûts de transport. En 2024, une seule réunion du COGES a eu lieu ;
  - Tissu associatif : l'association des femmes, l'association communale des jeunes, les syndicats des cités construites à Songon, qui participent à la mobilisation communautaire et à la vie de la structure.
- Relation avec le district :
  - Participation aux réunions mensuelles tournantes d'ECD ;
  - Supervision de la CSU.
- Mère- enfant :
  - Nombre de décès maternel : 1 seul en 2024 du fait d'une embolie amniotique ;
  - 120 accouchements en moyenne par mois ;
  - 248 césariennes de juillet à décembre 2024 et 18 en janvier 2025 ;
  - Disponibilité des kits de césarienne.
- Gratuité ciblée effective en fonction des intrants et produits disponibles ;
- Disponibilité de la Sonuc ;
- Présence de 3 gynécologues mais pas de gardes, ni d'abstinence ;
- Évacuation des femmes le soir.
- **CSU SONGON AGBAN**
  - Établissement de santé non clôturé. Le dispensaire est à 7 minutes de la maternité ;
  - Composition des ressources humaines : 6 IDE et 7 sage-femmes ;
  - Tenue des rapports mensuels par l'infirmière en chef ;

- Disponibilité d'une ambulance pour les évacuations vers l'Hôpital Général de Yopougon-Atté. La gestion de l'ambulance est faite directement par la communauté ;
- Gestion du dispensaire :
  - Couverture de 15 villages ;
  - Travail avec 10 ASC ;
  - Les besoins du dispensaire ne sont pas définis avec la population ;
  - Vaccination et pesée tous les mardis ;
  - Destruction des déchets dans une fosse à brûlage pour les déchets ménagers et biologiques ;
  - Démarrage du fonctionnement de la carte CMU en décembre 2024.
- Gestion de la maternité :
  - Structures : une salle de CPN et de PF, une salle d'accouchement avec deux lits (matériel de la boîte d'accouchement pas bien rangé), un service PTM, une salle de suite de couche avec 4 lits.
  - Du matériel (lits, pèse-bébé, frigidaire et divers) remis depuis un an mais conservé dans les cartons déchirés avec la rouille en train d'apparaître.
  - Vaccination, pesée et conseils nutritionnels avec des démonstrations culinaires à la clé.
  - La maternité fonctionne globalement bien ;
  - Présence de deux dames de la communauté ayant une bonne expérience en matière d'accompagnement de la grossesse ;
  - Bons rapports des sage-femmes avec les « mamans » (comme des marraines) dans la communauté, ce qui améliore la communication.
  - Bonne disponibilité des kits d'accouchement (deux mois de stocks) ;
  - Absence de mécanisme clairement défini à la pharmacie pour facturer les bons CMU (une facturation pour les soins et une pour les médicaments) ;
  - Le rangement des médicaments et des vaccins est peu conforme ;
  - Absence de liste de références des médicaments essentiels propres au centre ;
  - Inexistence de plan de maintenance des équipements pour la chaîne de froid ;
  - Non fonctionnalité du dispositif de contrôle de la température à distance de la chaîne de froid.
- **Hôpital Général Anyama**
  - Présence de deux gynécologues au CHR ;
  - Disponibilité des services spécialisés de dermatologie, urologie cardiologie, réanimation et chirurgie ;
  - Disponibilité des services de laboratoire au niveau des CSU moyen de contrat ;
  - Retrait du centre de l'ONG qui s'assure du suivi des PVVIH ;
  - Présence de 4 blocs et de 13 lits de réanimation ;
  - Existence d'un laboratoire offrant des services (hématologie, parasitologie, biochimie) ;
  - Non-respect des normes en vigueur pour les locaux abritant le laboratoire ;

- Insuffisance de l'équipement et manque d'adaptation du matériel aux besoins (coût des intrants et système de maintenance) ;
- Non effectivité de la PCI au laboratoire ;
- Disponibilité des registres communautaires pour le suivi des patients ;
- Utilisation de mSupply uniquement pour les produits des programmes ;
- Non-respect des conditions de stockage des produits (éclairage, air conditionné) ;
- Électricité défaillante (baisses de tension) ;
- Coupures d'eau fréquentes dans tout le district ;
- Existence unité des urgences groupées avec un service de tri avec en moyenne 14 lits d'hospitalisation ;
- Transformation d'un ancien centre de prise en charge du Covid en salle d'hospitalisation.
- **Visite de la Communauté au CSR AHOUABO**
  - Bon entretien et bonne hygiène du centre ;
  - Existence d'une salle de mise en observation de 4 lits, 1 salle d'accouchement et de mise en observation ;
  - Dénonciation de la lenteur dans la prise en charge par les communautés ;
  - Non fonctionnalité de la CMU ;
  - Absence de clôture autour de l'hôpital ;
  - Coût des prestations abordable ;
  - Faible fréquentation du centre de santé ;
  - Existence d'un comité de gestion ;
  - La CMU ne fonctionne pas (pas d'agent d'accueil CMU) ;
  - Mauvaise compréhension de la gratuité de la prise en charge des soins du paludisme.
- **CSU Belle Ville**
  - Composition de l'équipe : 2 médecins, 6 infirmiers, 7 sage-femmes, 1 pharmacien, 1 PGP ;
  - Disponibilité d'une ambulance ;
  - Forte densité de la population.
  - Bonne collaboration avec le secteur privé pour compléter l'offre de soins (présence d'un service de laboratoire privé) ;
  - Rupture de cotrimoxale et de magnésium ;
  - Non-dispensation des médicaments avec mSupply ;
  - Nombre d'accouchements moyen par mois : 85 en moyenne ;
  - Causes de décès maternels : retard de prise en charge, hémorragie, etc. ;
  - Disponibilité d'aspirateurs et de poires pour aspiration du nouveau-né ;
  - Mise en place récente du COGES ;
  - Problème d'adduction d'eau potable dans la zone ;
  - Existence de 7 lits post-accouchement ;
  - Gestion des déchets de laboratoire.

#### ✓ PRES Boudoukou

- Présence d'un centre de transfusion sanguine et d'un centre antituberculeux dans la région ;
- Existence d'une antenne de l'INHP et un Centre régional des infrastructures, des équipements et de la maintenance (CRIEM) ;
- Planification de la construction de 2 CSR ;
- Existence d'un dispositif de production d'oxygène et d'un bloc opératoire dans la région ;
- Fonctionnement de 23 services cliniques sur les 27 disponibles ;
- Indisponibilité des services de cardiologie, de néphrologie, de restauration hospitalière, de pédiatrie et de stérilisation dans la région ;
- Disponibilité satisfaisante du personnel paramédical avec des ratios de 1 infirmier pour 2 042 habitants et de 1 sage-femme pour 1 400 FAP
- Manque de ressources humaines, avec 1 médecin pour 17 935 habitants ;
- Disponibilité de certains spécialistes : traumatologue ; cardiologue ; réanimateur ; neurologue ;
- Absence d'ORL et d'ophtalmologiste au niveau régional ;
- Vaccination systématique offerte au CSR de Soko chaque vendredi.
- Accessibilité et utilisation des services :
  - Données du CHR pour 2024 :
    - Consultants : 28 272
    - Consultations : 60 172 (moyenne mensuelle de 5 014)
    - Hospitalisations : 11 739 (moyenne mensuelle de 1 067)
    - Taux d'occupation : 82%
    - Nombre de personnes référées reçues : 3 331 (moyenne mensuelle de 276)
    - Nombre moyen mensuel des CPN : 331
    - Nombre moyen mensuel des accouchements : 524
- Utilisation du scanner de Bouna : l'usage de ce scanner est réduit à cause de l'état de la route, ce qui amène à référer les patients vers Abengourou ;
- Mutualisation des services cliniques (blocs opératoires et services de chirurgie) ;
- Gestion des données :
  - Au CHR :
    - Complétude et promptitude : 100%
    - Bonne utilisation des données pour planifier le renforcement des capacités des prestataires (initiative ECHO) et améliorer les pratiques médicales à travers la commission médicale.
- Qualité des services : existence de boîte à suggestion pour la collecte des avis des patients sur la qualité des prestations.

#### ✓ PRES Abengourou

- Disponibilité :
  - Existence de 8 lits de réanimation utilisés de façon irrégulière ;
  - Gestion de l'accueil des patients mutualisée ;
  - Mauvaise répartition géographique des centres de santé selon le Directeur régional ;
  - Perturbation du fonctionnement du CHR par la réhabilitation en cours et l'entrée en service des équipements reste en attente ;
  - Livraison prévue de 2 ESPC à Abengourou pour combler les difficultés de fonctionnement du CHR, qui est le principal établissement de premier recours.
  - L'impact de la pause des financements du PEPFAR :
    - Services toujours disponibles ;
    - Continuité des services assurée par les conseillers communautaires restés ;
    - Aucune rupture de médicaments à déplorer ;
    - Arrêt de l'appui des partenaires aux autres activités ;
    - Mise en place des points focaux pour assurer la continuité dans chaque centre de santé par la Direction régionale.
- Acquisition d'un nouvel équipement de biochimie, mais besoin d'assurer la disponibilité des intrants.
- Accessibilité et utilisation des services :
  - Les activités de prise en charge de la tuberculose ont connu des résultats encourageants, avec des taux de succès de 92%,
  - L'analyse des soins a montré des faiblesses sur les points suivants : accessibilité ; accès au test de dépistage ; dépistage sans traitement ; suivi sous traitement.
- Un plan d'amélioration doit impérativement être élaboré ;
- Gestion des données : rupture des outils pour la collecte des données communautaires.
- CSU de Sankadiokro :
  - Création d'un établissement en 1984 comme CSR, puis transformé en CSU en 2007 ;
  - Couverture de l'aire de santé : 17 234 habitants dont 65% à moins de 5 km ;
  - Composition de l'équipe : 1 médecin-chef assisté de 1 médecin, de 4 sage-femmes, 5 infirmiers, 1 pharmacien, 1 gestionnaire de données, des agents d'hygiène et des ASC ;
  - Absence de salle pour assurer la garde : les soignants estiment que les locaux ne sont pas adaptés (il a été recommandé de réorganiser l'utilisation des salles existantes) ;
  - Gestion des données effectuée par chaque responsable d'activités, qui procède à la compilation des données à partir des registres de consultation ; le gestionnaire des données fait la confrontation et élabore le rapport SIG ;
  - L'amélioration des activités de planification familiale grâce à l'utilisation des données ;
  - Médiocre fréquentation des CPN en particulier le CPN précoce en raison de considérations socio-culturelles ;

- Sensibilisation effectuée par la radio et mobilisation communautaire par l'équipe de soins ;
- Rupture de produits contraceptifs ;
- Absence d'ambulance en état de marche dans l'aire de santé (il a été recommandé de mutualiser les ambulances avec les autres aires) ;
- Besoin d'une moto pour les stratégies avancées exprimées par l'équipe sanitaire ;
- Offre de services pour la prise en charge des PVVIH (file active de 154 personnes sous ARV), de la détection et du suivi des personnes infectées par la tuberculose.
- o **CSR d'Adoukoffikro :**
  - Absence de clôture du centre de santé ;
  - Absence d'ambulance ;
  - Rupture électricité : besoin d'un groupe électrogène ;
  - Rupture d'eau : besoin de construction d'un forage dans le centre de santé ;
  - Latrines externes pour les CRS ;
  - Absence de laboratoire au CSR.

### A.3.2 Acquis

#### ✓ PRES Yamoussoukro

##### o Bélier

- Lieux et conditions d'accueil des patients convenables dans la plupart des structures de santé visitées : environnement propre, présence effective du personnel, documents d'enregistrements des actes ;
- Disponibilité d'un personnel de santé (même si le ratio recommandé n'est pas atteint pour les différentes catégories) ;
- Bonne tenue globale des pharmacies ;
- Respect général des conditions de stockage des médicaments avec des outils de gestion des stocks ;
- Disponibilité des kits d'accouchement avec plus de trois mois de stock disponible et utilisable ;
- L'offre de vaccination est présente avec l'organisation de stratégies avancées ;
- Existence de Comité de gestion dans chaque aire de santé ;
- Disponibilité des infrastructures sanitaires avec un ratio largement au-delà de la norme nationale ;
- Disponibilité du personnel de santé, en particulier celui impliqué dans la santé des mères et des enfants. 1,45 infirmier/5 000 habitants et 1,9 sage-femme/3 000 FAR ;
- Bonne accessibilité, avec 78% de la population vivant à moins de 5 km d'un établissement sanitaire (maternité dans tous les ESPC) ;
- Accessibilité financière : tarifs bas (100 FCFA la consultation), CMU et gratuité des soins maternels et infantiles ;
- Taux d'utilisation des services acceptable parfois au-delà de 50%.

#### ✓ PRES Bouaké

##### o Gbèké

- Engagement fort des autorités locales et implication dans les efforts d'amélioration de la santé des populations et l'assainissement de la ville ;
- Disponibilité du personnel de santé, en particulier celui impliqué dans la santé des mères et des enfants, notamment les infirmiers (1 infirmier/3 031 habitants) et les sage-femmes (1 SFE/951 FAR) ;
- Accessibilité des services de santé en général sauf dans le district sanitaire de Sakassou ou seulement 43% de la population a accès à un établissement à moins de 5 km ;
- La présence de personnel spécifiquement formé à la gestion des médicaments est un atout pour assurer la bonne gestion des stocks et de la distribution ;
- Conditions de stockage des médicaments globalement satisfaisantes ;
- Disponibilité des kits d'accouchement en quantité suffisante pour assurer les soins obstétricaux ;
- Rapportage mensuel régulier des données ;
- Prestation des services de vaccination au quotidien avec organisation de stratégie avancées.

#### ✓ PRES Korhogo

##### o Poro

- Disponibilité du personnel de santé, en particulier des infirmiers et des sage-femmes
  - 0,27 médecin/10 000 habitants
  - 1,45 IDE/5 000 habitants
  - 1,9 SFE/3 000 FAR
- Efforts pour l'amélioration de la couverture des interventions pour la santé mère enfant ;
- Nombreux renforcements de capacités pour les sage-femmes ;
- Motivation et engagement des prestataires en général et des sage-femmes en particulier ;
- Prise en charge des besoins des adolescentes ;
- Implantation d'un dépôt régional avec un impact positif sur l'approvisionnement en médicaments ;
- Construction en cours d'un incinérateur ;
- Bon entretien des équipements de la chaîne de froid pour les vaccins ;
- Respect des conditions de stockage en pharmacie ;
- Disponibilité des services de vaccination dans les ESPC.

#### ✓ PRES San-Pédro

##### o CSU Moussadougou

- Couverture des services d'accouchement 24H/24H, 7J/7J.
- Disponibilité d'un service de nutrition (conseils nutritionnels) ;

- Envoi de messages aux femmes enceintes pour le rappel des CPN (Comcare) ;
- Garde et abstinence avec une rotation entre les deux sage-femmes.
- ☑ **PRES Man**
  - **Tonkpi**
    - Existence d'un système fonctionnel de mutualisation et de gestion des ambulances pour les évacuations ;
    - Fort leadership de la direction régionale ;
    - Absence de COGES dans les 3 nouvelles aires de santé sur les 46 existantes ;
    - Réunions régulières des COGES ;
    - Production des procès-verbaux des COGES ;
    - Bonne organisation des associations de femmes.
  - **CSU de LOGOUALE**
    - Existence d'un système de mutualisation et de gestion des ambulances pour les évacuations.
  - **CHR MAN**
    - Disponibilité d'un minimum de 15 services de médicaux-techniques et d'autres spécialités ;
    - Existence de cabines de mise à jour des cartes CMU sur place au niveau du CHR ;
    - Système d'information hospitalier du CHR intégré depuis deux ans (fonctionnement correct) ;
    - Démarrage de l'audit des décès ;
    - Bonne collaboration avec les associations de femmes, dont la présidente qui a participé aux échanges.
  - **CSR Gbatongui**
    - Bonne entente entre le personnel de santé et la communauté ;
    - Régularité des réunions du COGES et la production des rapports ;
    - Engagement du Directeur Départemental de la santé pour le transport gratuit des femmes qui accouchent et qui sont référées ;
    - Implication du Directeur régional afin que les membres de la communauté puissent aller retirer leurs carte CMU.
- ☑ **PRES Odienné**
  - **Kabadougou**
    - Existence de l'initiative Loh Gnouman pour la réduction de la mortalité maternelle appuyée par l'OMS.
    - Mise en place du PRES.
    - Construction en cours du nouveau CHR.
  - **CHR Odiene**
    - Nouveau DR du CHR expérimenté et visionnaire.

- **CSU Tiémé**
  - Présence d'une nouvelle équipe très motivée ;
  - Disponibilité d'une ambulance ;
  - Existence d'un laboratoire privé sur place.
- ☑ **PRES Boundoukou**
  - Bonne couverture en établissement de soins ;
  - Disponibilité en personnel para médical satisfaisante au CHR ;
  - Fonctionnalité d'une très grande majorité des services disponibles au CHR ;
  - Effectivité de la mutualisation en raison de l'insuffisance de certains services ;
  - Bonnes collecte et transmission des données ;
  - Utilisation locale et satisfaisante des données ;
  - Adoption de la population du programme de vaccination fixé au vendredi pour tous les antigènes de la vaccination systématique au CSR de Soka.
- ☑ **PRES Abengourou**
  - Prise d'initiative du Directeur régional pour anticiper l'impact de la réduction des financements de la part des États-Unis ;
  - L'équipe de soins du CSU de Sankadiokro est motivée ;
  - Prise d'initiative de l'équipe pour améliorer la santé maternelle et infantile ;
  - Bonne gestion des données et de leur utilisation pour l'amélioration des pratiques ;
  - Performances satisfaisantes des activités de prise en charge de la tuberculose ;
  - Offre systématique de la vaccination.

### A.3.3 Défis

- ☑ **PRES Yamoussoukro**
  - **Béliér**
    - Faible dispensation des médicaments avec la carte CMU dans les établissements de santé ;
    - Le remboursement des médicaments n'est pas effectif par la CNAM ;
    - Maintien de la disponibilité continue des kits d'accouchement dans les établissements ;
    - Monitoring quotidien de la chaîne du froid pour s'assurer de la qualité des vaccins ;
    - Rapportage des informations sanitaires des établissements privés : 69 établissements privés dans la région, dont seulement 25% utilisent les outils SNIS ;
    - Rétablissement de la pyramide des soins afin que toutes les structures jouent leur rôle dans le bon fonctionnement du système de santé ;

- Amélioration du plateau technique impérative (les 3 automates n'étaient pas fonctionnels) ;
- Harmonisation et pérennisation de l'implication des ASC prise en charge par le Fonds mondial et dans le cadre du PBF ;
- Disponibilité de la liste des médicaments essentiels par niveau ;
- Les deux grands défis dans la lutte contre les décès maternels et périnatals (selon le DD de Yamoussoukro) sont :
  - Remédier à la faible fonctionnalité des comités de revue des cas de décès maternels ;
  - Remédier à la faible couverture des soins prénatals : 26% pour la CPN I au premier trimestre et 15% seulement pour la couverture en CPN 4
- Fonctionnement du système de référence recours entre les ESBC et les structures de référence ;
- Nécessité d'efforts pour optimiser l'utilisation des services à disposition des populations ;
- Conventionnement des établissements de santé pour la CMU.

#### ✓ PRES Bouaké

##### o Gbêké

- Très faible densité du personnel avec des disparités importantes entre les spécialités ;
- Faible densité des lits de maternité pour les districts urbains, notamment Bouaké Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest et Bouaké Sud où la pression est la plus importante (68% de la population totale de la région).
- Faible utilisation des services ;
- Existence de produits médicaux de qualité inférieurs, falsifiés, etc.
- Insuffisance de soins de qualité : prescriptions non rationnelles, diagnostic erroné, faibles compétences des vendeurs en pharmacies, etc. ;
- Faible couverture des soins prénatals, surtout la CPNI ;
- Renforcement des capacités de supervision formatives de l'équipe de district ;
- Digitalisation de la collecte et du rapportage des données ;
- Accueil des mères pour la vaccination : l'espace d'attente des mères nécessite un meilleur aménagement (paravent contre le soleil et les intempéries, disposition des bancs) ;
- Communication avec les mères sur le calendrier vaccinal ;
- Monitoring régulier de la CDF pour s'assurer de la qualité des vaccins administrés ;
- Mise en place d'un cadre local pour l'estimation des besoins en médicaments afin de satisfaire les demandes des ESPC ;
- Utilisation optimale de mSupply ;
- Visibilité sur les stocks de vaccins au niveau des ESPC.

#### ✓ PRES Korhogo

##### o Poro

- Construction d'établissements sanitaires dans les 5 km d'autres établissements sanitaires augmentant le nombre de structures sanitaires mais sans effet sur le niveau d'accessibilité des services de santé ;
- Renforcement des capacités des structures de santé en ressources humaines surtout en spécialités ;
- Identification et notification des cas de décès maternels survenant dans la communauté ;
- Faible couverture de la CPN I au premier trimestre (29%), de la CPN 4 (37%) et fort taux d'abandon des femmes enceintes (55%) ;
- Absence de cibles au niveau de la région et des districts pour les différents indicateurs de santé mère enfant ;
- Identification des besoins de formation des prestataires et disponibilité d'une base de données pour la formation continue ;
- Prévention des grossesses en milieu scolaire ;
- Rupture des intrants pour le dépistage du VIH ;
- Manque de spécialiste (ORL, neurologues et ophtalmologues, notamment) ;
- Amélioration de la surveillance de la grossesse, du travail et de l'accouchement (disponibilité de trousse d'urgence, d'échographie, de doppler et d'hemoCue en salle d'accouchement) ;
- Mise à jour des connaissances des gestionnaires sur les fonctions-clés de la gestion des médicaments ;
- Manque de moyens logistiques adaptés pour la distribution (véhicules non adaptés à une distribution efficace des médicaments) ;
- Qualité insuffisante des ressources humaines dans les ESPC ;
- Conditions de conservation de certains médicaments nécessitant une chaîne de froid parallèle à celle des vaccins ;
- Déploiement du logiciel mSupply pour améliorer la gestion des stocks ;
- Bonne présence du personnel de façon globale, notamment pour la surveillance épidémiologique ;
- Implication de la communauté dans la surveillance et la motivation des ASC ;
- Fonctionnement des ambulances mises à la disposition des ESPC (chauffeurs, équipements complémentaires).

#### ✓ PRES Daloa

##### o Haut-Sassandra

- Couverture faible de la CPNI/TI et de la CPN4 ;
- Accessibilité géographique des ES dans la commune de Daloa ;
- Accouchements à domicile et dans les structures privées clandestines ;
- Mieux utiliser les ASC pour la recherche des perdues de vues en CPN ;

- Rupture prolongée de six mois des produits contraceptifs et de plus de deux mois pour les vaccins anti HPV ;
- Retardement de la réhabilitation du CHR ;
- Le deuxième bloc opératoire ne fonctionne pas ;
- Besoin d'une ambulance pour les évacuations d'urgence ;
- Transport des échantillons de charge virale & rendu des résultats de Charge Virale ;
- Retard dans le diagnostic et prise en charge de la tuberculose ;
- Améliorer la distribution au dernier kilomètre malgré l'état des routes.

#### ✓ PRES San-Pédro

##### ○ SCU Moussadougou

- Recours uniquement à l'énergie solaire, ce qui représente des défis en termes d'éclairage correct et de conservation des produits.

##### ○ PMI BARDO

- Réalisation de bilan biologique de suivi hors de la structure
- Réalisation échographie
- Sécurité du site.

##### ○ Hôpital Général de San-Pédro

- Equipement en imagerie avec un scanner au CHR ;
- Prochaine ouverture d'un centre autonome d'hémodialyse ;
- Composition de l'équipe : 21 médecins (dont 7 spécialistes), 17 sage-femmes et 50 infirmiers ;
- Réalisation de gardes par l'Hôpital Général et le CHR ;
- Absence de numérisation de l'archivage ;
- Existence de 30 lits en gynécologie avec 15 accouchements en septembre et 33 en octobre 2024 ;
- Complémentarité des services entre le HG et le CHR ;
- Inefficacité du système de référence et contre-référence entre l'HG et le CHR car la population choisit elle-même son centre (l'HG a été fermé un certain temps, le CHR est une structure récente) ;
- Absence de système intégré de gestion des données : la structure utilise le Système d'Information Hospitalière (SIH), le Système d'Information et de Gestion (le SIG/DHIS2), le SIGDEP 3 (dossier électronique des PVVIH).

#### ✓ PRES Man

##### ○ Tonkpi

- Faible utilisation des services de santé, (manque de compréhension des obstacles à l'accès aux services) ;
- Optimisation de la distribution des médicaments au dernier kilomètre ;

- Nombre élevé de grossesses en milieu scolaire ;
- Difficulté de captation des besoins réels des communautés et de leur intégration dans la planification des acteurs de la santé au niveau du district ;
- Incohérence entre les médicaments disponibles, le plateau technique et les pathologies fréquentes ;
- Véhicules peu adaptés à la zone ;
- Insuffisance de la prévention des maladies et inadaptation des approches mises en œuvre.

##### ○ CSU de LOGOUALE

- Disponibilité des produits de planification familiale et des antipaludiques ;
- Finalisation de la réhabilitation du centre.

##### ○ CHR MAN

- Nécessité d'améliorer la communication avec la population, les patients et leurs accompagnateurs pour la prise en charge des malades (y compris les repas jugés chers) et d'améliorer l'entretien du CHR.
- Remboursement/facturation avec la CNAM.
- Fort taux d'autoréférence de la population entraînant une surcharge des médecins du CHR initialement destinés à la gestion des urgences. Médicaments de qualité douteuse provenant de Guinée, selon les communautés ;
- Disponibilité des produits d'urgence pharmaceutique.

##### ○ CSR GBATONGOUI

- Disponibilité des médicaments essentiels pour les pathologies prioritaires des communautés ;
- Priorisation des problèmes de santé de la communauté : hémorroïdes, problèmes de prostate (maladies sérieuses) ;
- Couverture en réseau mobile pour faciliter l'accès aux informations de santé, aux services de soins et faciliter les évacuations ;
- Accès à l'eau potable pour améliorer l'hygiène et prévenir les maladies hydriques ;
- Effectivité du fonctionnement des cartes CMU au CSR ;
- Problématique de la gestion des ASC (rémunération des ASC à revoir, car la charge de travail est large et ils travaillent au moins 8h par jour).

#### ✓ PRES Odienné

##### ○ Kabadougou

- Gestion des préjugés et des approches d'information et de sensibilisation des communautés.
- Insuffisance des spécialistes ;
- Existence d'un plateau technique très faible ;
- Manque de motivation de l'équipe ;
- Affectation de nouveaux agents issus des instituts de formation, accueillis et formés pendant deux mois au district avant de regagner leur lieu d'affectation ;

- Non-satisfaction des commandes en médicaments (23%) ;
- Contrôle de la fiabilité des cartes CMU avec un réseau internet de mauvaise qualité ;
- Manque de sensibilisation de la population au fonctionnement de la CMU.
- CHR Odienné
  - Accumulation d'arriérés de près de 8 millions FCFA au niveau de la NPSP ;
  - Manque de matériel et de produits essentiels, surtout pour la santé de la mère et de l'enfant ;
  - Agrandissement du bureau des entrées et du laboratoire.
- CSU Tiémé
  - Approvisionnement en eau potable.
- ✔ PRES Bondoukou
  - Non-respect des niveaux de référence : le CHR continue de recevoir des consultants en premier recours aux soins ;
  - Non effectivité de la mutualisation du scanner de Bouna ;
  - Absence de certains spécialistes (anesthésiste notamment) ;
  - Existence de certains besoins en ce qui concerne les médecins généralistes.
- ✔ PRES ABENGOUROU
  - Disponibilité irrégulière des produits contraceptifs ;
  - Nécessité de réorganisation de l'espace de travail pour une utilisation optimale des locaux ;
  - Un dispositif efficace et durable doit être mis en place pour organiser la référence médicalisée (notamment les évacuations).
  - Nécessité d'améliorer la couverture des zones au-delà de 5 km.

## A.4 Accessibilité financière des soins et satisfaction des patients dans le cadre de la CMU avec focus sur la mère et l'enfant

### A.4.1 Constats / Observations

- ✔ PRES Yamoussokro
  - Bélier
    - Information de la population sur la CMU ;
    - Retard d'émission des cartes allant de 4 mois à 6 ans ;
    - Population non informée sur l'utilisation de la carte ;
    - Bonne utilisation des cartes par les personnes indigentes ;

- Mauvaise connaissance du fonctionnement des cartes CMU : peu de personnes avec des cartes CMU savent que les cartes doivent être rechargées mensuellement en payant 1000 FCFA ;
- Demande de la gratuité de la CMU pour toutes les personnes ayant des cartes.

#### ✔ PRES Bouaké

##### ○ Gbèké

- Insuffisance de la communication de la CNAM sur l'utilisation de la carte CMU ;
- Retard d'émission des cartes allant de 3 mois à 1 an (carte disponible en 10 minutes depuis 2023) ;
- Existence d'un lecteur de QR code différent pour les 2 types de cartes (problème de réseau constaté pour les bénéficiaires ayant les cartes CMU établie en 10 mn) ;
- Méconnaissance par les bénéficiaires de l'utilité de la carte CMU ;
- Demande de gratuité de la CMU pour les bénéficiaires de la carte.

#### ✔ PRES Man

##### ○ Tonkpi

- Non mise à jour des cartes ;
- Sensibilisation des patients sur le processus de paiement ;
- Retard d'émission des cartes en cours de résolution (délivrance en mois de 10 minutes) ;
- Gratuité ciblée en vigueur et effective pour les enfants et pour les accouchements ;
- Longs délais de remboursement par les établissements sanitaires dans le cadre de la CMU ;
- Réunion de sensibilisation avec les chefs de communautés sur différents thèmes : processus d'enrôlement, références des malades, etc. ;
- Réunions mensuelles du COGES composé de douze membres. Le bureau du COGES est renouvelé tous les deux ans à Gbatongouin.

#### ✔ PRES Odienné

##### ○ Kabadougou

- Insuffisance de la couverture du réseau dans les centres ;
- Insuffisance de sensibilisation de la CNAM ;
- Choix délibéré du parent pour la carte compte tenu de la taille du ménage, difficultés financières ;
- Existence de pharmacies privées conventionnées pour la CMU ;
- Long délai de remboursement des prestations (au moins 45 jours) ;

#### ✓ PRES Abidjan

##### o CSU Songon Kassemblé

- Faible utilisation de la CMU ;
- Disponibilité relative du terminal pour l'utilisation des cartes CMU en raison d'une panne (en sus de problèmes de connexion) ;
- Existence de pharmacies privées conventionnées pour la CMU ;
- Non satisfaction de la liste de médicaments utilisée pour les prestations CMU à la pharmacie des établissements ;
- Lenteur dans le remboursement de la prestation CMU.

##### o CSR Songon Agban

- Recrutement d'un nouvel agent CMU ;
- Faible appropriation des ASC malgré une formation dispensée ;
- Pas d'utilisation de la carte CMU.

#### ✓ PRES Bondoukou et d'Abengourou

- Effectivité du déploiement de la CMU dans les PRES : dans la région de Gontougo (Bondoukou), 97% des structures sont éligibles à la CMU et 70% des établissements mènent des activités de CMU ;
- Disponibilité des terminaux de lecture de cartes CMU, mais leur utilisation est souvent limitée par une connexion internet instable, notamment en zones rurales (des efforts ont été fournis pour moderniser les équipements biométriques) ;
- Enrôlement et accès aux cartes ;
- Faible taux d'enrôlement pour la CMU : seulement 3,8 % des patients sont détenteurs d'une carte en 2024 au DS de Bondoukou, une légère baisse par rapport à 2023 (3,9 %). Parmi eux, 79 % ont effectivement utilisé leurs droits (70 % en 2023) ;
- Retrait tardif de nombreux bénéficiaires enrôlés par méconnaissance des procédures ou par manque d'information sur les points de distribution : à l'EPHR Bondoukou, seuls 1 942 patients sur 60 172 ont bénéficié des prestations CMU en 2024 ;
- Aucune carte à jour au passage de la mission dans le village de Motiamo ;
- En cas de déploiement et de mise en œuvre de la CMU dans le PRES d'Abengourou, les défis sont les suivants :
  - 5% seulement des patients se présentent avec une carte CMU
  - Parmi eux, 80% bénéficient des prestations
  - 18% ne sont pas à jour concernant leurs cotisations
  - 2% subissent des problèmes techniques (connexion Internet)
- Recouvrement des cotisations et remboursements :
  - Une majorité des détenteurs de cartes ne sont pas à jour de leurs cotisations, à cause d'une méconnaissance des mécanismes de paiement ou de l'insuffisance d'information sur les conditions

d'utilisation de la carte. Les fonctionnaires, par exemple, privilégient la Mutuelle de la Fonction Publique (MUGEF-CI), perçue comme plus avantageuse.

- Dénonciation de retards chroniques dans le règlement des factures par la CNAM par les structures sanitaires : certaines ont reçu des montants insignifiants (ex. : 6 300 FCFA sur quatre mois pour l'ESPC Soko) ne justifiant pas les coûts logistiques engagés pour récupérer ces fonds.
- Problèmes de remboursement des médicaments : les délais de traitement entraînent parfois des ruptures de stocks. Dans le PRES d'Abengourou, on reste en attente du traitement d'arriérés de remboursement au titre des années 2022, 2023 et 2024, avec une communication inexistante entre la CNAM et les structures de soins.
- Sensibilisation et engagement communautaire :
  - Généralisation de la méconnaissance des droits CMU, en particulier chez les groupes vulnérables. Au CSR Adoukoffikro, seulement 2 patients ont présenté une carte à jour en six mois. Au CSU de Sankadiokro, sur une population estimée à 17 000 habitants, 7 usagers ont bénéficié de prestations CMU en janvier 2025, contre 14 en février 2025 ;
  - Nécessité d'une meilleure implication des ASC dans les campagnes de sensibilisation (avec une communication plus adaptée) ou la collecte de retours des bénéficiaires ;
  - Absence de convention avec la pharmacie privée de la localité car non éligible, faute de dispositif technique requis.
- Coordination avec les autres programmes :
  - Préférence des structures sanitaires pour le PBF, dont les « subsides » motivent davantage le personnel grâce à des primes de performance ;
  - Méconnaissance sur les recettes issues de la CMU perçues comme marginales et peu fiables.
- La gratuité ciblée :
  - Effectivité de la gratuité ciblée dans les 2 PRES, malgré le principal défi qu'est la faible dotation des établissements en intrants dédiés, notamment à la pharmacie.
  - Prochaine ouverture des dépôts régionaux de médicaments (Bondoukou) pour améliorer la situation.

#### A.4.2 Acquis

##### ✓ PRES Yamoussokro

##### o Bélier

- Formation du personnel à la CMU ;
- Disponibilité d'un appareil lecteur de carte CMU ;
- Efforts en cours pour l'augmentation de l'utilisation des services de la CMU grâce à la communication continue des services de santé et des médias nationaux ;
- Élargissement depuis trois mois du paquet de soins CMU aux médicaments des maladies chroniques (diabète, HTA, etc.) ;
- Utilisation de la carte en officine privée de pharmacie.

#### ✓ PRES Bouaké

##### o Gbêké

- Formation du personnel de santé aux prestations de la CMU ;
- Disponibilité d'un lecteur de cartes CMU pour déterminer leur validité ;
- Amélioration de l'accueil des bénéficiaires de la CMU à travers des services spécifiques dans les services de santé (bureau, personnel) ;
- Amélioration notable du délai de production de la carte (15 minutes).

#### ✓ PRES Man

##### o Tonkpi

- Disponibilité des lecteurs de cartes ;
- Formation du personnel aux usages de la CMU.

#### ✓ PRES Odienné

##### o Kabadougou

- Formation des agents à la CMU ;
- Dotation de terminaux à tous les centres ;
- Disponibilité des lecteurs codes.

#### ✓ PRES Abidjan

##### o CSU de SONGON- KASSEMBLE

- Existence d'une ambulance dont la gestion incombe au COGES ;
- Participation aux réunions des COGES avec la production des PV de ces réunions ;
- Bonne relation avec les associations de femmes et jeunes ainsi que les syndicats ;
- Ressources humaines insuffisantes ;
- Très bonne application des SONUC (Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets) Disponibilité des services essentiels.

##### o CSU SONGON AGBAN

- Fonctionnement de l'ambulance ;
- Disponibilité des kits d'accouchement ;
- Bonne entente entre le personnel de santé et la communauté environnante.

#### A.4.3 Défis

#### ✓ PRES Yamoussoukro

##### o Bélier

- Utilisation effective des cartes CMU grâce à la sensibilisation des prestataires et des bénéficiaires (Personnel de santé, services CMU, COGES, Communautés)
- Disponibilité des médicaments de base en officine publique
- Réduction du risque de financier pour la gestion générale des hôpitaux publics en mettant en place un mécanisme de remboursement des compensation financières des prestations de la CMU
- Disponibilité et vulgarisation de la liste de médicaments de la CMU
- Réduction de l'autoréférence en restaurant la confiance des formations sanitaires périphériques et la fidélisation des communautés

#### ✓ PRES Bouaké

##### o Gbêké

- Utilisation effective des cartes CMU par les bénéficiaires (sensibilisation des prestataires, de la COGES et de la population)
- Disponibilité des médicaments de base en officine publique pour les bénéficiaires CMU (sensibilisation des prestataires, information par l'affichage de la liste des pharmacies privées avec leur code CMU) ;
- Opérationnalisation du mécanisme de remboursement des compensations des prestations CMU des hôpitaux public ;
- Nécessité de rendre disponible la liste de médicaments destinés aux bénéficiaires de la CMU.

#### ✓ PRES Man

##### o Tonkpi

- Augmentation du taux de cotisation des clients ;
- Long délai de remboursement des dépenses engagées dans le cadre de la CMU.

#### ✓ PRES Odienné

##### o Kabadougou

- Augmentation du taux d'adhésion et d'utilisation des cartes ;
- Amélioration de la disponibilité des médicaments CMU au niveau des centres.

#### ✓ PRES Abidjan

##### o CSU de Songon-Kassemble

- Faible taux d'utilisation des services de santé, notamment en ce qui concerne les usagers avec une carte CMU à jour ;

- Difficulté de capter les besoins réels des communautés et de les intégrer à la planification du CSU ;
- Application partielle de la gratuité ciblée en raison de la non-disponibilité de certains médicaments.

#### o CSU Songon Agban

- Disponibilité des produits de la planification familiale et d'antipaludiques ;
- Effectivité du fonctionnement des cartes CMU au CSR.

## A.5 Promotion de la santé et participation communautaire

### A.5.1 Constats/Observations

#### • PRES Yamoussoukro

##### o Bélier

- Existence de 30 COGES sur un financement basé sur la performance régulièrement évalués (5 autres sont récents) ;
- Formalisation des COGES ;
- Composition des COGES : un président élu et un bureau composé de membres de la communauté et de prestataires de la santé ;
- Tenue d'une réunion trimestrielle ;
- Transmission périodique des rapports d'activités au district sanitaire de Yamoussoukro ;
- Présidence exceptionnelle du COGES transmise au CHR par le préfet de Yamoussoukro ;
- Implication des COGES dans la gestion des structures sanitaires ;
- Implication des COGES des structures sous PBF dans l'élaboration et la validation des plans d'affaires, leur mise en œuvre et l'élaboration des ordres de paiement ;
- Supervision des ASC par les infirmiers des ESPC ;
- Information des villageois par les COGES à travers la tenue des réunions via les ASC ;
- Validation préalable des plans d'affaires par le COGES avant leur mise en œuvre ;
- Recrutement des ASC par le COGES.

#### • PRES de Bouaké

##### o Gbêké

##### o COGES de Sokoura et PMI Sokoura

- Existence d'un seul COGES pour deux structures sanitaires ;
- Choix consensuel du président du COGES au lieu d'un vote ;
- Absence de connaissance des textes qui régissent le fonctionnement du COGES par ses membres ;

- Absence d'intervention du COGES dans la gestion financière des deux centres de santé à l'exception de la participation à la conférence budgétaire (une fois par an) ;
- Aucun appui financier pour le COGES ;
- Absence d'implication des prestataires dans la gestion du COGES mais ils participent aux réunions ;
- Sensibilisation régulière de la communauté par le COGES afin qu'elle fréquente davantage le centre de santé.

##### o COGES du CSU de Belleville

- Faible implication des autorités administratives dans la gestion du centre ;
- Absence du préfet, président du COGES aux réunions. : les réunions sont présidées par le médecin chef et les comptes rendus transmis à la préfecture ;
- Compte-rendu des activités du COGES à la communauté ;
- Participation du COGES à l'élaboration du budget du centre ;
- Organisation d'une réunion trimestrielle, avec une réunion extraordinaire lors de la soutenance budgétaire ;
- Réception de 5000 FCFA par réunion par les membres du COGES sur fonds propre du centre de santé ;
- Existence de texte portant organisation et fonctionnement du COGES, mais qui n'est pas appliqué dans son intégralité ;
- Aucune collaboration du COGES avec les autres associations communautaires, selon ses membres ;
- Mobilisation de la communauté pour le nettoyage du centre moyennant une somme forfaitaire ;
- Forte implication du COGES dans la gestion du centre ;
- Existence d'incinérateurs en état de marche ;
- Utilisation des incinérateurs dans tous les centres du district ;
- Forte consommation de carburant par l'incinérateur.

##### o COGES du CSU Saminikro et la communauté

- Représentation de tous les villages dans le COGES (10 membres exécutifs constituent le COGES, y compris une sage-femme et deux infirmiers) ;
- Recours à la sage-femme et à un infirmier comme secrétaires de séance lors des réunions ;
- Choix du président par la communauté ; il en exercice depuis 2006 ;
- Remplacement du président illettré par le vice-président lettré ;
- Formation du président et du trésorier du COGES sur la gestion ;
- Absence de budget, mais un montant est prélevé sur la prestation du centre afin de permettre au COGES de mener ses activités ;
- Aucun intérêt de la communauté vis-à-vis des activités du centre de santé ;
- Absence de vérification de l'ECD des activités du COGES (un compte rendu des réunions est transmis au district) ;
- Aucune aide de la communauté dans le nettoyage du centre par le COGES ;
- Aucune mobilisation de fonds du COGES au niveau de la communauté.

### ✓ PRES Korhogo

#### o Poro

##### o Échanges avec l'ERS et les ECD de Sinématiali

- Fonctionnalité insuffisante des COGES (1 réunion sur 4 est tenue en moyenne)
- Engouement initial peu à peu déçu par le statut bénévole de ses membres ;
- Participation du COGES au recueil des fonds (recettes), mais ses membres ne perçoivent aucune prime en fin d'année, source de démotivation ;
- Primes accordées aux prestataires ;

##### o Échanges avec le CSU de Polouroukaha

- Absence de COGES ;
- Expiration du contrat avec une structure problématique pour la gestion des déchets médicaux.

##### o Échanges avec le COGES du CSR de Bakalekaha

- Existence d'un COGES constitué de 4 membres ;
- Absence de texte portant organisation et fonctionnement du COGES ;
- Élection du président du COGES ;
- Organisation d'une réunion mensuelle du COGES avec les prestataires du centre (infirmier et sage-femme) ;
- Compte-rendu du COGES aux 35 villages de l'aire de santé après chaque réunion.

### ✓ PRES Man

#### o Haut-Sassandra

##### o Échanges au CSR Zaliouhouan

- Signalement d'énormes difficultés pour l'évacuation des cas urgents de malades du CSR vers le CHR de Daloa (les évacuations se font soit par des moyens personnels, soit à travers les ambulances de Gonaté, à 13km, ou de Gadouan, situé à 18 km)
- Dépôts sauvages d'ordures ménagères dans le village ;
- Problèmes d'électricité dans le village, ce qui impacte le centre de santé ;
- Faible desserte en eau du village par la Société de distribution d'eau de la Côte d'Ivoire (SODECI) depuis six mois ;
- Défécation à l'air libre en raison de l'absence de latrines dans la plupart des maisons ;
- Absence d'état civil pour de nombreux enfants ;
- Manque de registre à la sous-préfecture ;
- Incompréhension du COGES face à l'inutilisation de la maternité alors qu'un nouveau bâtiment est mis à disposition depuis plusieurs mois par les prestataires ;
- Clôture incomplète autour du centre de santé ;
- Difficultés d'élimination des déchets biomédicaux signalées par le COGES ;
- Absence d'ambulance pour une évacuation rapide des cas urgents ;

- Surcharge de fréquentation du CSR à cause de l'extension du village selon la communauté (le village compte aujourd'hui plus de 10 000 habitants) ;
- La communauté demande un médecin au CSR car le seul de la zone se trouve à Gadouan ;
- Plaidoyer de la communauté pour que le CSR devienne un CSU ;
- Urgences signalées par la communauté : voirie, électricité et eau courante.

##### o Échanges au CSU Garage

- Absence d'ambulance : la population (dont les sage-femmes) demande avec insistance que le CSU soit doté d'une ambulance médicalisée pour faciliter les évacuations vers le CHR, à plus de 10 km ;
- Absence de salle d'attente pour les malades alors que le centre de santé dispose de beaucoup d'espace pour la construction d'un préau ;
- Le centre de santé n'est pas électrifié ;
- La population ne fréquente pas le centre car les soins y sont trop chers ;
- Panne de la pompe hydraulique qui desservait la communauté et le centre de santé ;
- Signalement de l'éclairage défectueux dans la cour du CSU par la communauté ;
- Accueil des populations de plusieurs quartiers, dont celui d'Abattoir 2 (le plus grand), par le centre devenu trop petit en termes de capacités d'accueil (la population souhaite que de nouveaux bâtiments, étant donné que le centre dispose de place disponible) ;
- Demande de création d'un centre de santé pour le quartier Abattoir ;
- Non-respect du principe des premiers soins qui voudrait que le malade bénéficie gratuitement d'une prise en charge pendant les trois premiers jours de sa consultation signalé (la population dénonce que le paiement des soins soit exigé avant toute activité).
- Gros problème de communication autour de la CMU avec diverses expériences pour les communautés.

### ✓ PRES San-Pédro

#### o Échanges au CSR Moussadougou

- Population de Moussadougou constituée de plusieurs communautés (ivoiriennes ou non) avec une population de 27 600 habitants répartie entre les 84 campements du village ;
- Communauté bien organisée avec un seul chef ;
- Existence d'un président des jeunes et d'une présidente des femmes ;
- Absence de clôture autour du centre de santé ;
- Pas d'eau courante ;
- Absence d'électricité dans le centre de santé, ce qui rend la prise en charge des patients difficile, voire impossible ;
- Exiguïté de la maternité qui empêche d'admettre les accompagnantes des parturientes en salle d'accouchement ;
- Besoin d'une ambulance médicalisée par la communauté ;
- Recherche d'un consensus dans la communauté avant toute décision sur la santé.

#### o Échanges à la PMI de San-Pédro

- Présidence des réunions du COGES assurée par le préfet ;
- Réunion du COGES deux fois par an (lors de la conférence budgétaire et lorsque le plan d'affaire doit être validé dans le cadre du Financement basé sur la performance) ;
- Compte-rendu du district sanitaire à la communauté lors des réunions de coordination ;
- Manque d'implication de la fédération des associations des femmes dans la mise en œuvre des activités de la PMI ;
- Existence de frais de paiement pour le carnet et la demande de rendez-vous pour les consultations prénatales (1000 FCFA) signalé par la Fédération des associations ;
- Très bon accueil effectué par les sage-femmes, selon la population.

#### ✓ PRES Man

##### o Tonpki

- Le coordonnateur des activités communautaires de l'équipe cadre de district est nommé par le Directeur départemental, sous la supervision du médecin chef du service ;
- Le CAC a pour interlocuteurs les leaders religieux, les leaders administratifs et les leaders coutumiers, communautaires, les groupements féminins, les ASC ;
- Identification des problèmes dans les communautés et transmission par l'ASC au CAC ;
- 3 ESPC sur 46 ne disposent pas de COGES car ils sont récents ;
- Redynamisation des COGES grâce au financement basé sur la performance ;
- Elaboration du plan d'action des ESPC en collaboration avec le COGES ;
- Composition des bureaux de COGES au niveau des aires de santé : un président identifié par la communauté, un secrétaire général (l'infirmier ou la sage-femme), et un trésorier général choisi dans la communauté ;
- Divergence dans le choix des membres de COGES, avec un sous-préfet qui le préside ;
- Formation des membres du COGES par l'ECD ;
- Evaluation du fonctionnement et de l'efficacité des COGES à travers la tenue régulière de réunions, la mise en œuvre d'activités, les échanges entre les centres de santé et la communauté et les informations de la communauté captées par le COGES ;
- Disponibilité d'un plan d'action élaboré avec le COGES de chaque aire de santé ;
- Organisation de réunions des COGES une fois par mois ;
- Les COGES n'ont pas de compte bancaire, mais ils sont cosignataires des ESPC qui en disposent ;
- Inexistence de mécanisme ou d'outils d'identification des besoins de la communauté ;
- Captation des besoins de la communauté par les ASC, qui les relaient au niveau des centres de santé, lesquels les transmettent si besoin au district sanitaire ;
- Implication des COGES dans le processus de planification du district et de la région.

#### o CSU Logouale

- Existence de 12 relais communautaires ;
- Catégorisation des ASC en 2 groupes : ceux à moins de 5 km du CSU, qui ne reçoivent pas de prime de motivation, et ceux qui sont à plus de 5 km, pris en charge par l'ONG Save The Children ;
- Existence de 3 groupements féminins recevant des financements de Save the Children ;
- Présidence du COGES par le sous-préfet : il participe à la conférence budgétaire du CSU où il donne son avis sur la pertinence des activités prévues par le centre de santé ;
- Pas d'implication du COGES dans la mise en œuvre et le suivi des activités du centre de santé ;
- Tenue de 2 réunions du COGES en 2024, au lieu de 4, à cause de l'indisponibilité du sous-préfet ;
- Planification des activités du centre effectuée uniquement sur la base de l'analyse des données sanitaires du centre de santé : il n'existe pas de mécanisme recueillant les besoins de la communauté.

#### o CSR de Gbatongouin

- Existence d'un COGES ;
- Présidence du COGES assurée par un ASC ;
- Organisation de 2 réunions mensuelles du COGES dont les rapports sont rédigés ;
- Nomination du président en fonction depuis six ans ;
- Révision des instances du COGES tous les deux ans, selon les textes ;
- Bon rapport entre le COGES et les prestataires de santé qui leur rend compte des activités du centre ;
- Gestion des problèmes de santé par les différentes entités de la communauté (pour les problèmes mineurs, le chef et les notables sont habilités à les résoudre, pour les problèmes de grande envergure, toute la communauté est associée).

#### ✓ PRES Odienné

##### o Kabadougou

- Existence d'ASC au niveau du district, dans les centres de santé.
- Existence d'un chargé des activités communautaires et membre de l'ECD ;
- Recours aux ASC uniquement pour la sensibilisation lors des campagnes de masse (vaccination, nutrition, etc.) ;
- Absence d'outils permettant aux ASC de capter les besoins des communautés ;
- Collaboration suffisante entre le district sanitaire, les centres de santé et la communauté à travers les COGES et les groupements féminins ;
- Détermination des besoins de la communauté et les interventions à mener basée uniquement sur l'utilisation des données du SIG, comme à Man, concourant à un taux de fréquentation moyen (48%) des centres de santé.
- Absence de prévision de la recherche opérationnelle dans le plan de travail du district sanitaire ; cette recherche opérationnelle doit permettre de collecter les informations socio-anthropologiques afin de comprendre des aspects, comme la faible fréquentation des centres de santé.

#### o Échanges avec le président du COGES du CSU de Bromacotè (sous-quartier d'Odienné)

- Composition du COGES : 11 membres ;
- Composition du bureau : 1 président, désigné par le chef de quartier et accepté par tous les autres, la présidente des femmes du quartier, le président des jeunes et le Chef du quartier ;
- Existence du CSU de Bromacotè depuis quatre ans ;
- Aucune connaissance de ses missions par le COGES ;
- Absence de formation des membres du COGES ;
- Absence d'association directe du COGES à la vie du CSU : le COGES est sollicité que pour appuyer les campagnes de vaccination et autres dans le cadre de la sensibilisation.
- Fonctionnement difficile du COGES, car il ne dispose pas de ressources financières et matérielles.

#### o Rencontre avec le personnel de santé et la communauté de l'aire de santé de Kimbirila Sud

- Forte implication du COGES dans la gestion du centre de santé rural (CSR) ;
- Nombre d'accouchements : la maternité pratique en moyenne 50 CPN par mois et entre 10 et 12 accouchements ;
- Existence de 15 ASC, des matrones dont la plupart sont localisées à Gbaga (village de l'aire de santé à 7 km). Les accouchements à domicile sont plus nombreux surtout pendant la saison des pluies où les inondations empêchent l'accessibilité aux soins maternels, ce qui favorise les accouchements effectués par les matrones.
- Organisation des réunions du COGES quatre fois par an ;
- Manque de moyens.

#### ✓ PRES Bondoukou

##### o CSR de Motiamo

- Sujet des réunions du COGES : le fonctionnement et la gestion du centre de santé, mais également sur la gestion des problèmes exprimés par la population notamment les problèmes entre la communauté et le personnel de santé ;
- Prise en compte des besoins exprimés par la communauté.

##### o CSU de Soko

- Réalisation des séances de sensibilisation de la communauté plus d'une fois par mois dans le premier trimestre de l'année 2025 par le COGES : ces séances sont faites lorsque le centre rencontre un problème avec la communauté et se font parfois via l'association des femmes du village dont la présidente ne fait pas partie du COGES ;
- Association du COGES au bilan du centre de santé ;
- Pleine participation du COGES aux activités préventives et promotionnelles du centre de santé ;
- Assistance du COGES aux réunions bilan (activités exécutées) ;
- Récupération d'au moins 80% des perdus de vue à travers l'action des ASC ;
- Prise de décision conjointe du COGES et de l'administration ;

- Intervention du COGES pour faciliter le dialogue communautaire (médiation en cas de conflit entre le personnel de santé et la population) ;
- Collaboration du COGES et du district pour trouver des solutions conjointement en cas de problème ;
- Association du COGES à la séance de remise en cas de réception du matériel.

#### ✓ PRES Abengourou

##### o CSR de Adoukoffikro

- Aucun retour des activités des ASC au COGES, qui sont partagées uniquement avec les prestataires.

##### o CSU de Sankadiokro

- Contribution financière ou matérielle de la population au développement du CSU (comme pour la construction du préau) ;
- Participation du COGES aux cérémonies de remise de dons et matériels en présence du chef de village ;
- Sollicitation du COGES d'autres organisations pour contribuer au développement du CSU ;
- Convocation de réunions avec le personnel de santé et la population en cas de problème avec le COGES ;
- Absence de siège au COGES ;
- Rédaction des procès-verbaux de réunion par le médecin-chef, qui les transmet à la sous-préfecture ;
- Implication de l'association de femmes dans les activités de sensibilisation auprès des femmes et des communautés ;
- Recrutement des personnes pour participer aux activités de vaccination par le COGES ;
- Sensibilisation effectuée par les groupes de femmes, notamment auprès des perdus de vue ;
- Participation de la mutuelle des cadres au développement du village au niveau de la santé et de l'urbanisation ;
- Récupération d'au moins 50 à 60 % des perdus de vue à travers l'action des ASC et de l'association des femmes ;
- Les réunions du COGES portent généralement sur le fonctionnement et la gestion du centre de santé et les problèmes exprimés par la population ;
- Prise en compte des besoins exprimés par la communauté.

## A. 5.2 Acquis

#### ✓ PRES Bouaké

##### o Béliér

- 85,71% des structures sont sur Financement Basé sous la performance ;
- Appui des COGES aux établissements de santé dans la mise en œuvre des activités sur le terrain ;
- Réception de subsides dans le cadre du FBP par les centres de santé ;
- Paiement de certains Agents de Santé Communautaires sur le projet que le district sanitaire met en œuvre avec l'ONG Assapsu ;

- Motivation d'autres ASC par les centres de santé à partir des primes qu'ils reçoivent dans le cadre du FBP ;
  - Prise en compte du volet santé dans les instances de décision des collectivités territoriales ;
  - Sollicitation du district et obtention de la mise aux normes des structures de santé construits par le conseil régional.
- ☑ **PRES Bouaké**
    - Gbêké
      - COGES de Sokoura et PMI de Sokoura
    - Fonctionnalité du COGES : tenue d'une réunion chaque trimestre ;
    - Participation active de la communauté dans le nettoyage des centres ;
    - Compte-rendu des activités du COGES au reste de la communauté.
    - Échange avec le COGES du CSU de Belleville
    - Gestion commune avec les prestataires du centre de santé ;
    - Mobilisation du COGES dans la construction du centre ;
    - Implication du COGES dans la construction du forage du centre ;
    - Prises d'initiatives du COGES, notamment pour la construction de toilettes.
    - Échange avec le COGES du CSU Saminikro et la communauté
    - Existence de texte régissant le fonctionnement du COGES ;
    - Tenue de réunions du COGES une fois par trimestre (le dernier dimanche du trimestre) sauf exception en cas de besoin ;
    - Existence d'une fosse à brulage de huit mètres de profondeur ;
    - Compte-rendu de chaque membre du COGES au chef du village et aux notables après les réunions qui rendent compte à la communauté ; le constat est que la communauté n'est pas informée.
  - ☑ **PRES Korhogo**
    - Poro
      - Echanges avec l'ERS et les ECD de Sinématiali
    - Existence de COGES ;
    - Seuls les COGES des CSU et Hôpitaux de référence fonctionnent par ce qu'ils sont reliés au FBP ;
    - Réalisation d'une étude d'impact environnemental et social avant la réfection de la voie principale de la ville.
    - Echanges avec le CSU de Polouroukaha
    - Installation du COGES en décembre 2024 lors de la conférence budgétaire ;
    - Présidence du COGES assurée par le préfet.

- Echange avec le COGES du CSR de Bakalekaha
  - Réalisation du point mensuel des activités du centre y compris le point financier par l'infirmier.
- ☑ **PRES Man**
    - Haut-Sassandra
      - Échanges au CSR Zalihouan
    - Don de deux surpresseurs d'eau par un fils du village pour rendre l'eau disponible ;
    - Disponibilité d'un hectare de manioc pour la coopérative des femmes ;
    - Disponibilité d'une maternité avec un nouveau bâtiment ouvert prochainement.
    - Échanges au CSU Garage
    - Forte implication de la communauté dans la gestion du centre de santé ;
    - Existence d'un dispositif de remplacement de la pompe à eau ;
    - Bonne organisation de la communauté, avec un président des jeunes et une présidente des femmes.
    - Échanges au CSR Moussadougou
    - Existence de nombreuses infrastructures (1 pharmacie, 4 écoles primaires publiques, 6 écoles primaires privées, 4 écoles confessionnelles, 6 collèges et 1 station-service) ;
    - Présence d'un médecin ;
    - Existence d'une ambulance fonctionnelle octroyé par le conseil café-cacao ;
    - Fonctionnement du centre avec des panneaux solaires (actuellement en panne).
  - ☑ **PRES Man**
    - Tonpki
    - Relai systématique de chaque membre de tous les villages de l'aire de santé des informations par un représentant dans le COGES au sein de sa communauté ;
    - Existence d'un mécanisme de gouvernance locale contrôlé par le système de gestion des organes de santé au niveau du district sanitaire ;
    - Regroupement des responsables de la communauté au sein du COGES pour assister le centre de santé.
  - ☑ **PRES Bondoukou**
    - CSR de Motiamo
    - Fonctionnement du COGES sur la base de textes qui le régissent ;
    - Association du COGES dans les prises de décision pour le bon fonctionnement du centre ;
    - Disponibilité d'un plan auquel le COGES n'est pas associé pour l'élaboration, mais pour la mise en œuvre ;
    - Mobilisation du COGES dans la rénovation du centre.

- o CSU de Soko

- Création du comité par un arrêté sous-préfectoral ;
- Présidence du COGES assurée par le sous-préfet qui désigne le chef du village comme son représentant ;
- Tenue d'une réunion du COGES au minimum avec un procès-verbal disponible.

- ✓ PRES Abengourou

- o CSU de Sankadiokro

- Création du comité par arrêté sous-préfectoral ;
- Fonctionnement du COGES sur la base de textes qui le régissent ;
- Association du COGES dans les prises de décision pour le bon fonctionnement du centre ;
- Disponibilité de plan trimestriel du centre de santé auquel le COGES est associé ;
- Mobilisation du COGES dans la rénovation du centre ;
- Mobilisation de la mutuelle dans le développement du CSU et du village.

### A.5.3 Défis

- ✓ PRES Yamoussoukro

- o Bélier

- Amélioration de la participation communautaire dans les processus de planification au niveau du district ou de la région.

- ✓ PRES Bouaké

- o Gbêké

- o COGES de Sokoura et PMI Sokoura

- Faible implication du COGES dans la gestion financière du centre ;
- Méconnaissance des textes qui régissent le fonctionnement des COGES ;

- o Échange avec le COGES du CSU de Belleville

- Problème de financement du COGES ;
- Absence du préfet, qui est aussi le président aux réunions du COGES ;
- Faible dotation en carburant pour faire fonctionner l'incinérateur et le groupe électrogène.

- o Échange avec le COGES du CSU Saminikro et la communauté

- Manque de moyens financiers pour entretenir le centre ;
- Budget du COGES basé sur le prélèvement des prestations ;
- Manque de motivation financière pour certains membres du bureau exécutif ;
- Transmission effective des informations provenant du COGES à la communauté ;
- Faire en sorte que la communauté préside réellement les réunions du COGES.

- ✓ PRES Korhogo

- o Poro

- o Échanges avec l'ERS et les ECD de Sinématiali

- Les textes régissant le fonctionnement des COGES ne répondent pas aux besoins
- Bitumage de la voie sans que la population ne soit envahie de poussière qui a un impact négatif sur la santé de la population.

- o Échange avec le COGES du CSR de Bakalekaha

- Absence de budget pour le COGES ;
- Problème pour l'obtention des produits d'hygiène ;
- Difficulté pour le paiement mensuel du personnel contractuel du centre de santé.

- ✓ PRES Daloa

- o Haut-Sassandra

- o Échanges au CSR Zaliouhouan

- Difficultés pour la coopérative des femmes d'avoir des terres pour la culture du manioc ;
- Amélioration du bien-être de la population en mettant à leur disposition des latrines ;
- Résolution du problème des dépôts anarchiques des ordures dans le village ;
- Résolution du problème de la gestion des déchets biomédicaux ;
- Régularisation des états civils des enfants en particulier et du reste de la population ;
- Résolution de la question de l'électricité et de la disponibilité de l'eau, surtout au CSR.

- o Échanges au CSU Garage

- Facilitation du transfert des cas urgents de malades vers le CHR de Daloa ;
- L'accessibilité géographique du CSU par les populations des quartiers éloignés

- ✓ PRES San-Pédro

- o Échanges au CSR Moussadougou

- Augmentation des capacités du centre de santé ;
- Disponibilité de l'eau et l'électricité dans le centre de santé

- ✓ PRES Man

- o Tonpki

- Absence de mécanisme d'identification des besoins de la communauté ;
- Faible implication des COGES dans le processus de planification aux niveaux du district et de la région.

#### o CSU Logouale

- Absence d'implication du COGES dans la mise en œuvre et le suivi des activités du centre de santé ;
- Absence de concertation entre les prestataires du centre et la communauté empêchant la prise en compte de leurs ressentis afin d'y apporter des réponses adéquates.

#### • Pres de Bondoukou

##### o CSR de Motiamo

- Hausse des connaissances des membres de COGES en leur expliquant leurs missions ;
- Lutte contre la drépanocytose, les ventres ballonnés, les contaminations de punaises, l'asthme, l'hypertension, le diabète ;
- Réhabilitation et équipement en médicaments de la pharmacie ;
- Amélioration du plateau technique ;
- Règlement des factures d'électricité par l'administration ;
- Renforcement des capacités matérielles de la structure (armoires de type bureautique et autres équipements, chaises, bancs pour la vaccination, etc.) ;
- Disponibilité d'une ambulance pour éviter de transporter les malades et les femmes enceintes à moto ;
- Création d'une maternité avec des sage-femmes ;
- Gestion des ordures ménagères à l'entrée du village.

##### o CSU de Soko

- Améliorer les connaissances des sage-femmes sur le guide de travail d'accouchement, le recours à l'antibiothérapie et la prise en charge des femmes enceintes (calcul du nombre de grossesses attendues, tenue de registres ou de document pour assurer le suivi des femmes enceintes, établissement du plan d'accouchement).

#### • Abengourou

##### o CSU de Sankadiokro

- Amélioration des connaissances des membres de COGES en leur expliquant leur rôles et missions ;
- Amélioration de la disponibilité des médicaments ;
- Disponibilité d'une ambulance ;
- Achever la clôture entourant l'hôpital.

### Liste nominative des staffs ayant participé aux différentes missions

1. Dr Lucien Manga, Représentant résident
2. Dr Fatim Tall, MCAT SRMNIA, Coordinatrice de Programmes
3. Dr Ambroise Ané, Cluster Lead
4. Dr Kofi N'Zué, Chargé de programme PEV
5. Dr Siaka Touré, Chargé de programme, VIH/HP/TB/Palu
6. Dr Abderrahmane Tfeil, MCAT Lutte contre les maladies vectorielles
7. Dr Sosthène Zombre, Cluster Lead RSS
8. Dr Vincent M'Bra, Chargé Logistique des médicaments
9. Dr Lanwis Nahounou, Cluster Lead Promotion de la santé
10. Dr Abdoulaye Yam, Cluster Lead Gestion des Urgences
11. Dr Yves Kouadio Bah, Chargé de programme Urgences
12. Dr André Ndongosieme, MCAT Vih/Sida, Tuberculose
13. Mr Souleymane Koné, Communication & Partenariat
14. Mr Edmond N'Takpé, Media Officer
15. Dr Venance Wognin, Information sanitaire
16. Mr Faye Christophe Laba, Service Delivery system Officer
17. Dr Serge Mayaka, MCAT Financement de la santé
18. Mr Sié Kabran Kouadio, Data Manager
19. Melle Soraya Dieng, Promotion de la santé
20. Emery Kabugi, Cluster lead SMO
21. Mr. Jim Jimija Kabangu, Administrateur
22. Dieudonné Bakala, Consultant Santé Communautaire /AFRO
23. Mme Stéphanie Fall, Assistante du Représentant
24. Mr Seydou Dabiré, Chef de Protocole
25. Mr Makan Konaté, Chauffeur du Représentant
26. Mr Emmanuel Doffou, Chargé de sécurité
27. Mr Samagassi Losseni, Chauffeur
28. Mr Karl Hounhanou, Chauffeur
29. Mr Saraka Honoré, Chauffeur
30. Mr Dosso Valanze, Chauffeur
31. Mr Koffi Mondé Franck, Chauffeur

## CRÉDITS

Production: Julie Pudlowski Consulting

© OMS Côte d'Ivoire 2025

