



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020



MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020

TABLE DES MATIERES

.....

Liste des tableaux	7
Liste des graphiques	8
Liste des abréviations	9
Préface	10
Résumé	11
Remerciements	12
INTRODUCTION	14
I. ANALYSE DE LA SITUATION DU NOUVEAU-NÉ	18
I.1. Contexte général de la Côte d'Ivoire	18
I.2. Profil épidémiologique du nouveau-né en Côte d'Ivoire	19
I.2.1. Décès des nouveaux nés et les disparités	19
I.2.2. Causes des décès des nouveau-nés	22
I.2.3. Analyse de l'offre des soins pour le nouveau-né	24
II. IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS A HAUT IMPACT POUR AMELIORER LA SANTE DE CHAQUE NOUVEAU-NÉ	36
III. COMPOSANTES DU PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ	38
III.1. Vision	38
III.2. Principes directeurs	38
III.3. Eléments de la chaîne des résultats	38
III.4. Analyse des goulots d'étranglements pour les interventions spécifiques du nouveau-né	40
III.5. Impacts et coûts	41
IV. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET DE COORDINATION	46
V. BUDGET DU PLAN D'ACTION	48
VI. PLAN DE MISE EN ŒUVRE	56
ANNEXES	63

Liste des tableaux

.....

Tableau 1 : Répartition des établissements sanitaires selon les sources d'eau et installations sanitaires améliorées	27
Tableau 2 : Synthèse de l'analyse des causes et stratégies pour lever les goulots en vue d'atteindre les résultats pour les interventions retenues	41
Tableau 3 : Budget du Plan	49
Tableau 4 : Plan de mise en œuvre	56
Tableau 5 : Cadre logique des résultats des interventions	64
Tableau 6 : Indicateurs et résultats attendus	67
Tableau 7 : Récapitulatif des goulots d'étranglement applicables à toutes les interventions du nouveau-né et solutions	73
Tableau 8 : Pourcentage des établissements offrant les soins obstétricaux et néonataux de base. Enquête SARA 2016. N=963 Offre des services d'accouchement (%)	76
Tableau 9 : Valeurs de base et cibles des interventions (Equist 2017)	78

Liste des graphiques

.....

Graphique 1 : Evolution de la mortalité chez les moins de cinq ans de 1999 à 2016	19
Graphique 2 : Taux de mortalité selon certaines caractéristiques socio-démographiques	12
Graphique 3 : Répartition des causes de la mortalité des nouveau-nés en Côte d'Ivoire (%)	22
Graphique 4 : Mortalité néo-natale par cause et par région	23
Graphique 5 : Disponibilité des directives et liste de contrôle pour l'offre des soins au niveau des services de SONUB (%)	26
Graphique 6 : Pourcentage d'établissements disposant des précautions standards pour la prévention des infections	29
Graphique 7 : Pourcentage d'établissements offrant des soins d'accouchement et des nouveau-nés	32
Graphique 8 : Impact et coûts générés par EQUIST en fonction des stratégies sélectionnées	42
Graphique 9 : Impact des Décès évités en Côte d'Ivoire	43
Graphique 10 : Vies sauvées pour 1 million USD	44
Graphique 11 : Coûts par personne (USD)	44

Liste des abréviations

.....

ARSIP	: Alliance des Religieux contre le VIH/SIDA et les autres pandémies en CIV
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CGRAE	: Caisse Générale de Retraite des Fonctionnaires et Agents de l'Etat
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIV	: Côte d'Ivoire
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNPS	: Caisse Nationale de Prévoyance sociale
DC-PNSME	: Direction de Coordination du PNSME
DHIS2	: District Health Information System 2
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ENAP	: Plan d'Action Chaque Nouveau-né
EPN	: Etablissement Public National
ESPC	: Centre de Santé de Premier Contact
HG	: Hôpital Général
HBB	: Helping Babies Breathe
HMBS	: Helping Mothers and Babies Survive
INS	: Institut National de la Statistique
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey ou Enquête à Indicateurs Multiple
MSHP	: Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique
ODD	: Objectifs de Développement Durables
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONU	: Organisation des Nations Unies
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNSME	: Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant
PSNSMNE	: Plan Stratégique National de la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SARA	: Services Availability and Readiness Assessment
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SONUB	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complet
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Préface

L'état de santé des moins de 5 ans, constitue un intérêt majeur à l'échelon mondial au regard du niveau des indicateurs relevés chaque année. En effet, le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans était de 5,6 millions en 2016, soit 15 000 par jour. Durant cette période environ 7000 nouveau-nés sont décédés, soit 46% des décès d'enfants de moins de 5 ans. L'Afrique subsaharienne demeure la région du monde qui enregistre le taux de mortalité le plus élevé chez les moins de 5 ans : un enfant sur 13 y meurt avant l'âge de 5 ans (OMS, Aide-mémoire N°178, Octobre 2017).

Face à cette situation, tous les états ont pris l'engagement de réduire de façon significative la mortalité des moins de 5 ans à travers les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui accordent une place de choix à cette cible.

Conformément à ces engagements, la Côte d'Ivoire a adopté et met en œuvre plusieurs plans de protection et de promotion de la santé en faveur des enfants de moins de 5 ans notamment le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, la Stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) et le plan stratégique national de la santé de la mère et de l'enfant 2016-2020.

Certes, il ressort une amélioration de l'état de santé des enfants de moins de 5 ans, suite à la mise en œuvre des différentes interventions mais il n'en demeure pas moins, un défi. En effet, la mortalité infanto-juvénile est passée de 108 ‰ en 2012 à 96 ‰. Naissances Vivantes (NV) en 2016 et l'on note 33 décès néonataux pour 1000 NV en 2016 (MICS5) contre 38 ‰ NV en 2012 (EDS3). L'on observe une diminution plus lente de la mortalité néonatale que celle de la mortalité infanto-juvénile.

Dans le souci d'adresser de manière spécifique le cas de ces nouveau-nés, notre pays s'engage à mettre en œuvre un plan d'action spécifique pour l'accélération de la réduction de la mortalité néonatale : **le plan d'Action Chaque Nouveau-né (ENAP)**.

Ce plan est un document consensuel qui offre un cadre propice dans lequel sont inscrites les interventions soutenues par l'ensemble des acteurs (acteurs locaux, ONG, populations, partenaires au développement). Il constitue par conséquent une boussole pour toutes les parties prenantes et est également un outil de plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique exprime toute sa gratitude à l'ensemble des partenaires techniques et financiers qui ont rendu possible l'élaboration de cet important document.

J'exhorte donc tous les acteurs, et les partenaires à se l'approprier et à l'inscrire dans leurs priorités pour pouvoir développer et mettre en œuvre des interventions pertinentes afin qu'en Côte d'Ivoire, tous les enfants de moins de 5 ans, en particulier, les nouveau-nés, bénéficient d'une prise en charge globale de leur état de santé, vivent sainement et grandissent de manière harmonieuse.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique


Dr AKA Aouélé



Résumé

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS), réalisée en 2012 en Côte d'Ivoire, a estimé la mortalité néonatale et infantile respectivement à 38 et 68 pour 1000 naissances vivantes. Bien qu'ayant amorcée une nette réduction, la mortalité des enfants de 0 à 28 jours reste encore élevée soit 33% en 2016. C'est au cours des 28 premiers jours de vie que le risque de décès d'un enfant est le plus élevé. Les enfants qui meurent au cours des premiers 28 jours de vie présentent des affections et des maladies associées le plus souvent à l'absence de soins de qualité à la naissance ou à l'absence de soins ou de traitements dispensés par un personnel qualifié immédiatement après la naissance et dans les premiers jours de vie.

Aussi, selon l'OMS les femmes qui bénéficient de soins offerts par des prestataires qualifiés présentent un risque 16% moindre de perdre leur enfant et 24 % moindre d'accoucher prématurément.

En réponse à cette situation, la Côte d'Ivoire s'est engagée en faveur de la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 en vue de l'atteinte des Objectifs de Développement Durables (ODD) prenant en compte la santé des nouveau-nés, des enfants et des adolescents. Pour y parvenir, elle s'est dotée d'un Plan Stratégique National de la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant (PSNSMNE) 2016-2020. Ce plan stratégique prévoit l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action spécifique pour l'accélération de la réduction de la mortalité néonatale : Plan ENAP 2018 - 2020.

La vision du présent plan d'action pour chaque nouveau-né s'inscrit dans celle du Plan Stratégique National de la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant : « Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement ». Le plan vise à contribuer à l'élimination des décès néonataux évitables de façon à réduire de 33 à 20 décès néonataux pour mille naissances vivantes d'ici à 2020.

Ce plan ENAP opérationnalisera les différentes stratégies dont les Soins Mère Kangourou, l'Initiative Structures de Santé Amis des Bébés, l'intensification de la stratégie de coaching « Helping Babies Breathe » (HBB) où aider les bébés à respirer, les soins essentiels pour tous les bébés notamment les soins du cordon ombilical par l'utilisation de la Chlorhexidine 7,1% gel, le renforcement de la stratégie de la surveillance des décès périnataux et riposte. La mise en œuvre de ces stratégies permettra d'obtenir à l'horizon 2020 :

- plus de 50% des nouveau-nés atteints d'asphyxie, d'infection ou de prématurité ayant bénéficié de soins de qualité selon le niveau de l'établissement sanitaire,
- au moins 80% des mères, des pères et des gardiens d'enfants ont des connaissances sur les soins préventifs et curatifs pour les nouveau-nés et mettent en œuvre les bonnes pratiques (lavage des mains, pratique de soins propres post natals),
- plus de 80% des structures de santé des zones d'intervention offrent des services de soins de réanimation, soins mère Kangourou et prise en charge des septicémies,
- 100% des personnels des structures de santé des zones d'intervention offrant les soins aux nouveau-nés ont les capacités d'offrir des soins de qualité aux nouveau-nés à risque.

Le coût du Plan d'action chaque nouveau-né 2018-2020 est estimé à quinze milliards quatre cent vingt- huit millions six cent cinquante -sept mille sept cent quarante- sept (15 428 657 747 F CFA, soit trente millions huit cent cinquante- sept mille trois cent quinze (30 857 315) USD. La mise en œuvre de ce plan bénéficiera de l'appui de l'Etat et de ses partenaires.

Remerciements

- Au Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) et son Cabinet pour l'appui institutionnel accordé à la réalisation de ce Plan ;
- Aux structures techniques du MSHP pour leur collaboration ;
- Aux participants pour leur assiduité et l'intérêt accordé à ce processus d'élaboration du Plan d'Action Chaque Nouveau-né, leur motivation réelle et soutenue ainsi que leur participation active ;
- Aux Consultants pour la qualité des outils de travail, des directives, de la coordination ;
- A l'OMS pour son implication effective dans le processus d'élaboration du Plan
- A l'UNICEF pour son appui technique et financier ;
- Aux autres partenaires.

Le Directeur Coordonnateur du PNSME



Dr Gnou TANO



INTRODUCTION

PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020

INTRODUCTION

Lors de l'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en fin 2015, il est apparu que la Côte d'Ivoire n'avait pas encore atteint ses objectifs en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS), réalisée en 2012 en Côte d'Ivoire, a estimé la mortalité maternelle à 614 pour 100.000 naissances vivantes. La mortalité néonatale et infantile respectivement à 38 et 68 pour 1000 naissances vivantes. Le taux de la mortalité néonatale représente plus de la moitié (56%) de l'ensemble des décès infantiles enregistrés en Côte d'Ivoire. Bien qu'ayant amorcée une nette réduction, la mortalité des enfants de 0 à 28 jours reste encore élevée soit 33‰ en 2016¹.

En termes de réduction, l'on observe une diminution plus lente de la mortalité néonatale que celle de la mortalité infantile.

L'après OMD a été marqué par l'adoption en septembre 2015, par les États membres de l'ONU, d'un nouveau programme de développement durable. Les Objectifs de Développement Durables (ODD) prennent en compte la santé sexuelle et reproductive et recommandent aux pays en développement d'investir dans la santé de la femme, des enfants et des adolescents.

Par ailleurs, la Côte d'Ivoire s'est engagée en faveur de la stratégie mondiale de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 (stratégie 2.0).

Ainsi, le pays à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a inscrit le cas spécifique du nouveau-né dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020. Dans l'opérationnalisation du PNDS 2016-2020, la Direction de Coordination du Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (DC-PNSME) s'est dotée d'un Plan Stratégique National de la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant (PSNSMNE) 2016-2020. Ce plan stratégique prévoit l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action spécifique pour l'accélération de la réduction de la mortalité néonatale.

La méthodologie qui a été utilisée pour l'élaboration du plan d'action du nouveau-né de Côte d'Ivoire était basée sur une approche participative avec toutes les parties prenantes de la santé de la mère et de l'enfant.

L'élaboration s'est déroulée en trois étapes essentielles lors d'ateliers au niveau national.

Le premier atelier organisé en novembre 2016 a porté sur l'analyse de la situation du nouveau-né en faisant ressortir les actions prioritaires et les activités. Les données issues de cet atelier ont été complétées par une revue documentaire complémentaire et ont permis de produire un premier draft du plan d'action.

Le deuxième atelier tenu en Août 2017 avait pour objectif de valider le draft de l'analyse situationnelle détaillée. Cette phase a abouti à un premier draft de cadre logique avec la chaîne des résultats et le repositionnement des activités devant concourir à l'atteinte des produits.

¹MICS 2016)

Le troisième atelier qui a vu l'appui du Bureau Régional et le Siège de l'Unicef a permis de faire le consensus sur les interventions clés, de procéder à une analyse basée sur l'équité avec l'outil Equist.

Enfin, le produit de ces trois ateliers a permis la finalisation du document du plan d'action ENAP 2018-2020.

Les outils utilisés au cours de cette analyse étaient l'outil Equist basé sur l'équité et les outils de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR).

Le plan ENAP de Côte d'Ivoire s'articule autour de trois grandes parties comprenant l'analyse de la situation de la santé du nouveau-né, l'identification des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité du nouveau-né, le plan d'action proprement dit et enfin le cadre de budgétisation et de suivi des interventions.

Chapitre i :

ANALYSE DE LA SITUATION DU NOUVEAU-NÉ

PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020

I. ANALYSE DE LA SITUATION DU NOUVEAU-NÉ

I.1. Contexte général de la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est située en Afrique occidentale dans la zone sub-équatoriale entre le 10ème degré de latitude Nord, le 4ème et le 8ème degré de longitude Ouest. Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée et s'étend sur une superficie de 322 462 Km².

Depuis 2011, le territoire national est subdivisé en deux (2) Districts Autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), douze (12) Districts et trente et une (31) Régions administratives, cent huit (108) départements, cinq cent dix (510) sous-préfectures et cent quatre-vingt-dix-sept (197) communes². Yamoussoukro, la capitale politique, se trouve au centre du pays, à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

La population de la Côte d'Ivoire est estimée en 2016 à 23 844 228 habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) faite à partir du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2014. Elle se caractérise par un taux de croissance démographique élevé (2,6% par an). Elle est composée de 52% d'hommes et de 48% de femmes (INS 2014).

On dénombre une soixantaine d'ethnies dans la population ivoirienne qui se répartit en quatre grands groupes, à savoir : les GOUR, les KWA les MANDE et les KROU.

L'économie ivoirienne repose principalement sur l'agriculture basée sur le binôme Café-Cacao. L'agriculture contribue à 22 % du PIB et constitue la source de revenus des deux tiers des ménages. Le taux de croissance du PIB négatif en 2011 (- 4,4 %) est passé de 10,7 % en 2012 à 9,2 % en 2013, puis à 8,5 % en 2014 et à 9,5 % en 2015, soit une moyenne de 9,4 % sur la période 2012-2015³. Les conditions de vie des ménages se sont détériorées au cours de la période de 1998 à 2008 passant d'un taux de pauvreté de 33,6% à 48,9% (ENV 1998 et ENV 2008). Cette situation a connu un fléchissement avec 46,03%⁴ en 2015. L'organisation du système sanitaire ivoirien est de type pyramidal avec trois (3) échelons (niveau périphérique, niveau régional et niveau central et deux versants : l'un gestionnaire (20 régions et 83 districts sanitaires) et l'autre prestataire (4 CHU, 17 CHR, 84 HG et 1964 ESPC selon le RASS 2016).

² Loi N° 2014-151 du 05 Août 2014 portant organisation générale de l'administration territoriale

³ PND 2016-2020

⁴ Enquête Niveau de Vie (ENV) 2015

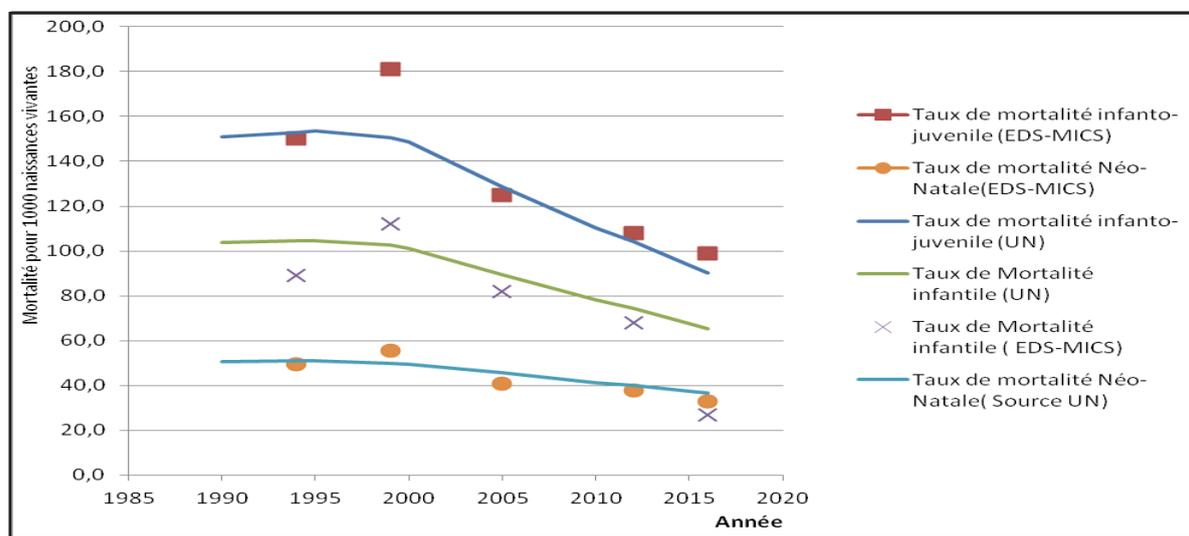
I.2. Profil épidémiologique du nouveau-né en Côte d'Ivoire

I.2.1. Décès des nouveaux nés et les disparités

Chaque année en Afrique, environ un million de nouveau-nés sont mort-nés dont au moins 300 000 au cours du travail. En plus, 1,6 million de nouveau-nés meurent pendant le premier mois de la vie dont la moitié pendant le premier jour. La majorité de ces décès survient à la maison et n'entrera pas dans les statistiques officielles car ces décès passent inaperçus⁵. Dans de nombreuses sociétés africaines, les nouveau-nés doivent avoir six semaines pour que l'on donne un prénom et il faudra attendre encore qu'ils grandissent un peu plus, environ douze semaines pour faire leur entrée dans la société.

En Côte d'Ivoire, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans incluant la mortalité néo-natale bien qu'ayant marqué une baisse de 181 ‰ à 108 ‰ sur la période 1998-2012, n'a pas pu atteindre la cible de 51 ‰ en 2015. Le graphique 1 montre l'évolution des trois composantes de la mortalité des enfants de moins de cinq ans selon les données estimées du système des Nations Unies et celles des enquêtes démographiques et MICS du pays. Ainsi, on note une réduction enregistrée de 22,6 points de la mortalité néo-natale au cours de la dernière décennie. Cette évolution bien que lente, connaît une progression qui pourrait s'expliquer par les différentes initiatives et projets que la Côte d'Ivoire a mis en œuvre au cours de ces dernières années et qui militent en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né (la gratuité ciblée des soins, les initiatives Muskoka, H6, les fonds Bill et Melinda Gates...).

Graphique1 : Evolution de la mortalité chez les moins de cinq ans de 1999 à 2016



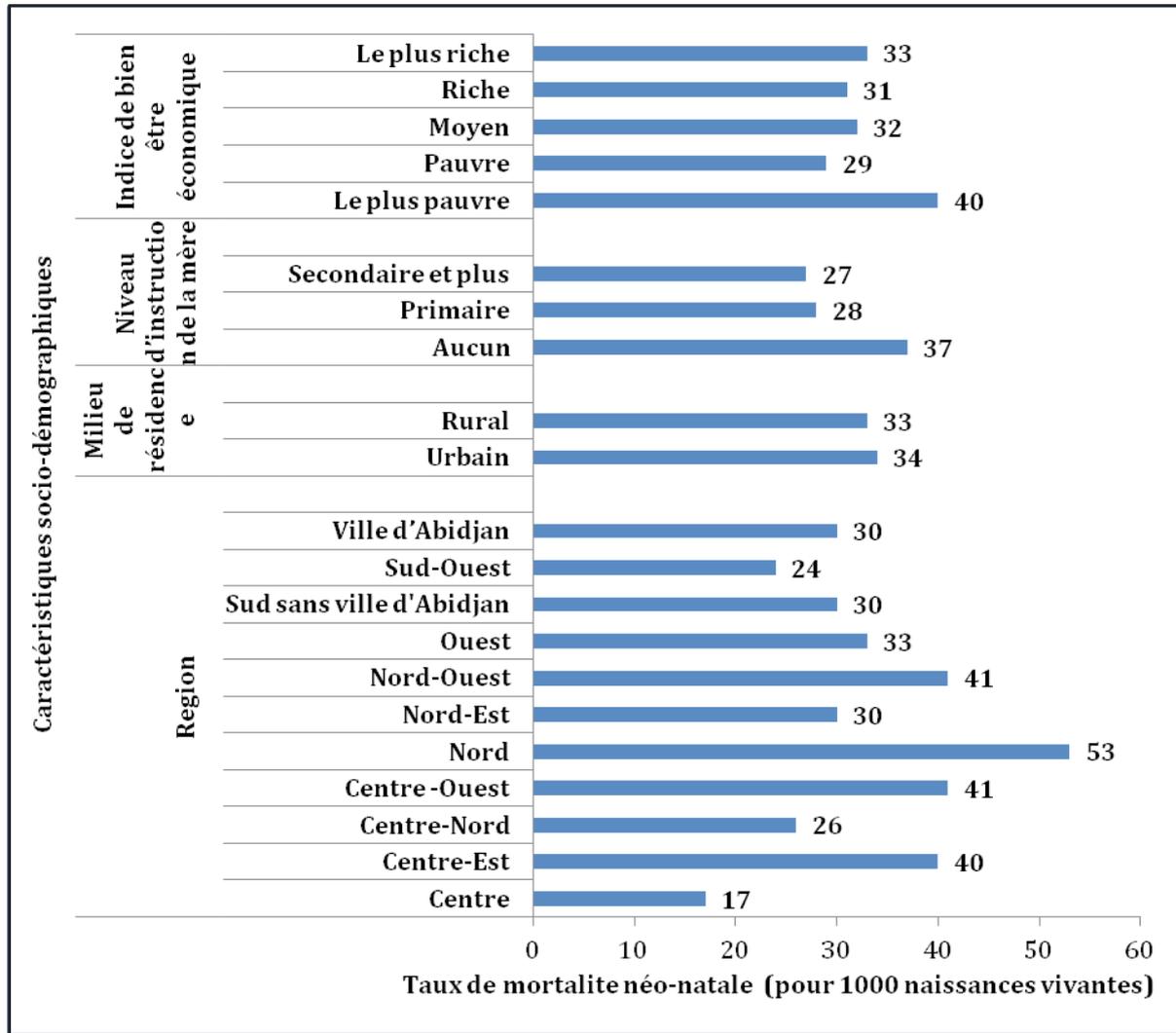
Source : UN-IGME Child Mortality Estimation (CME) data base (<http://www.childmortality.org>), Enquête démographique et de santé (1994, 1999, 2005, 2012), MICS (2016)

⁵ Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique. Soins néonataux en Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques. www.who.int/pmnch/media/publications/opportunitiesfr.pdf

Le taux de mortalité néo-natale varie selon les caractéristiques socio-économiques telles que l'indice de bien-être économique, le niveau d'instruction de la mère et la région. Ces disparités sont présentées dans le graphique 2. Ces taux sont plus élevés dans la région du nord, du centre-Ouest et du Nord-Ouest, chez les mères sans aucun niveau d'instruction, chez les enfants des ménages les plus pauvres. Le niveau de vie des ménages influencerait également le risque de décès des nouveau-nés. En effet, les taux de mortalité sont plus élevés chez les enfants des ménages les plus pauvres (40 pour mille naissances vivantes) que pour les ménages les plus riches (33 pour mille naissances vivantes).



Graphique 2 : Taux de mortalité selon certaines caractéristiques sociodémographiques



Source : Enquête MICS 2016

L'analyse des données de l'enquête MICS 2016 a également révélé que le sexe, l'intervalle inter-général ainsi que le poids de naissance influençaient également la mortalité néonatale. Ainsi, il apparaît que c'est au cours de la première année de vie et spécialement le premier mois que la surmortalité des enfants de sexe masculin est la plus élevée. En 2016 cette mortalité était de 37 pour mille chez les nouveau-nés de sexe masculin contre 29 pour mille chez les filles. Les enfants nés dans un intervalle inter-général inférieur à deux ans courent un risque plus élevé de mourir comme le montre les chiffres. Au fur et à mesure que l'espace inter-général est faible, la proportion des nouveau-nés qui décèdent est plus élevée doublant pratiquement ce taux. Ainsi on note que pour un espace inter-général inférieur à 2 ans, le taux de mortalité néonatale est de 60 pour mille alors qu'il est respectivement de 25 et 26 pour mille si l'intervalle est de 2 ans ou 3 ans⁶.

⁶ Côte d'Ivoire MICS 2016

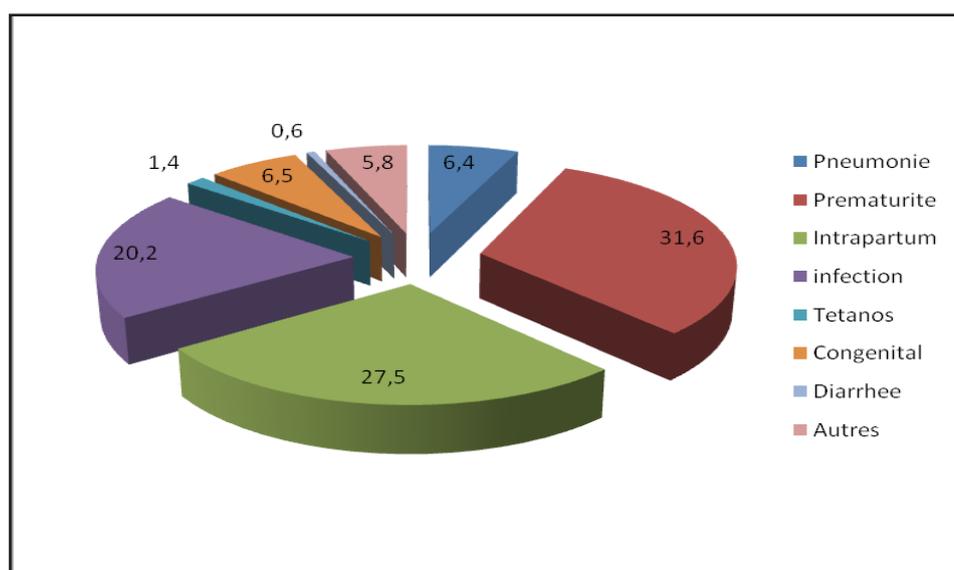
Des études ont montré que les enfants nés avec un faible poids de naissance ou prématurés présentaient un plus grand risque de décès néonatal. Une étude réalisée au CHU de Yopougon à Abidjan a montré également la vulnérabilité des nouveau-nés de sexe masculin ainsi que les faibles poids de naissance⁷.

1.2.2. Les causes des décès des nouveau-nés

Les Nouveau-nés courent un grand risque de décès intra-partum. On constate que les mort-nés (décès intra-partum) dans les régions à ressources limitées ne sont pas souvent enregistrés et sont donc particulièrement difficiles à comptabiliser. Selon le rapport du suivi des indicateurs, la proportion de morts nés pour 1000 accouchements assistés en 2013 était de 42 et de 40 pour mille accouchements assistés au premier semestre de 2014⁸. Par ailleurs compte tenu du plateau technique insuffisant et parfois inaccessible, le diagnostic étiologique de ces décès est limité. Il en résulte donc une limitation dans la collecte des données par rapport aux causes des décès qui pourraient être aussi sous-estimées étant liées au nombre des décès néo-natals.

Le graphique 3 présente la répartition des causes des décès néo-natals. Cette répartition se superpose à celle que l'on retrouve dans la sous-région.

Graphique 3 : Répartition des causes de la mortalité des nouveau-nés en Côte d'Ivoire (%)



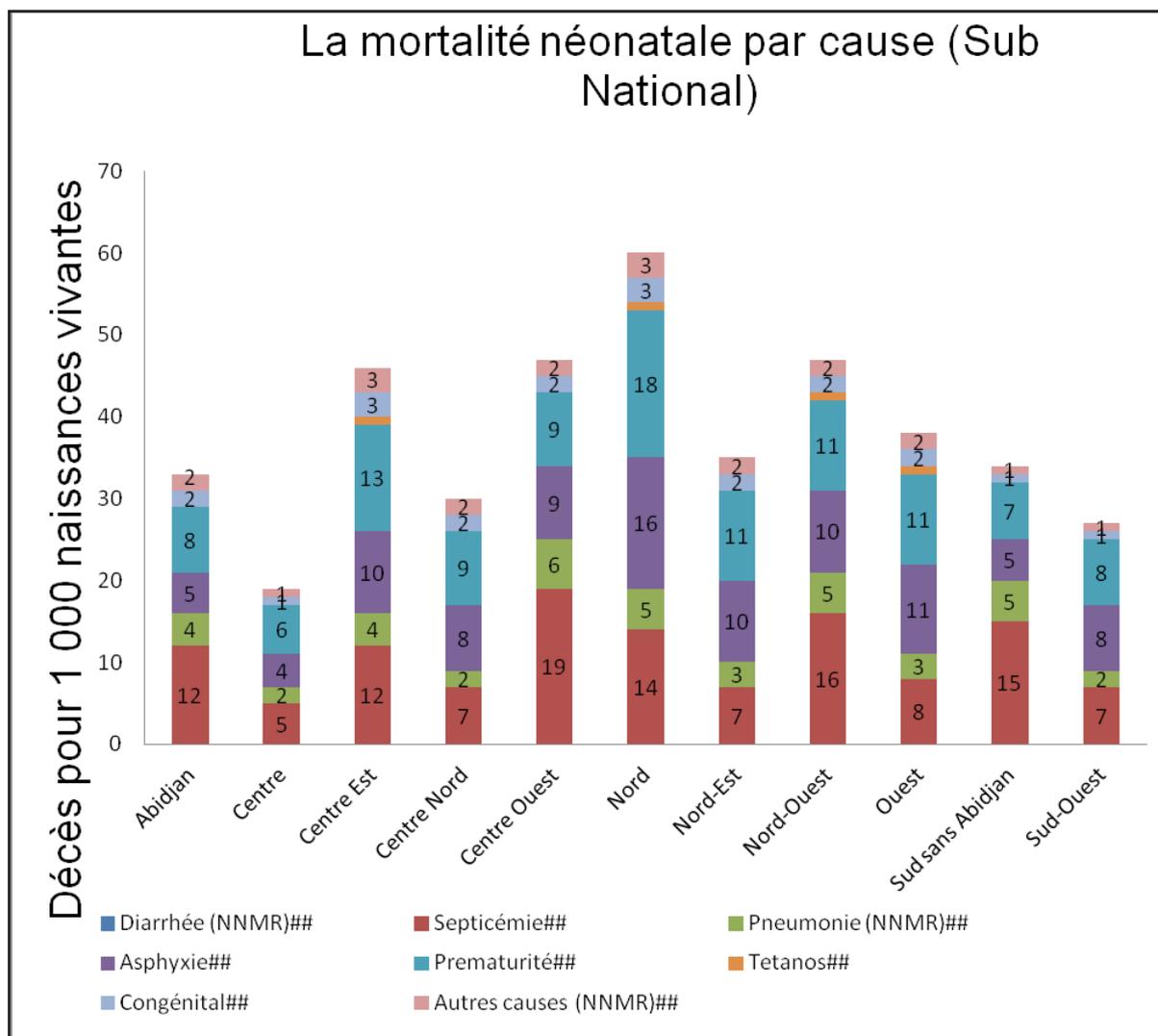
Source : <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality>

La répartition des taux de mortalité néo-natale en fonction des causes et des régions montre des disparités. Ainsi, la région du centre-Ouest, du Nord-Ouest, Nord et Sud sans Abidjan sont les régions les plus touchées par les infections chez les nouveau-nés suivies de la région d'Abidjan. Les décès dus à la prématurité sont plus élevés dans la région nord. L'asphyxie est élevée dans la région du nord et du centre-est.

⁷ Mortalité néonatale et niveaux de diagnostic au Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon (Abidjan)

⁸ Côte d'Ivoire MICS 2016

Graphique 4 : Mortalité néo-natale par cause et par région



Source : Equist CIV- 05-10-17 (Base de données MICS 2016)

La mortalité des nouveau-nés est influencée par des déterminants socio-culturels. En effet, La perception de la maladie par les familles agit sur le devenir du nouveau-né. La définition et les symptômes de la maladie des enfants que donnent les parents conditionnent la rapidité du recours au système de soins et donc la survie de l'enfant. Certaines pratiques courantes dans nos sociétés sont néfastes pour la survie de l'enfant. Des études qualitatives réalisées en Côte d'Ivoire ont révélé que certains soins à domicile tels que les scarifications, les badigeonnages avec certaines décoctions, la prise de certaines préparations à base de plantes mélangées à de l'eau du ménage parfois contaminée ^{9,10}, constituent de véritables risques pour la survie du nouveau-né.

⁹ Enquête CAP (Connaissances Attitudes Pratiques) qualitative relative aux pratiques d'Hygiène, Assainissement et Eau en Côte d'Ivoire. Programme PADEHA. Octobre 2014. PROGRAMME DE COOPERATION COTE D'IVOIRE-UNICEF

¹⁰ Étude qualitative sur l'utilisation des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en Cote d'Ivoire. 2009. Rapport d'étude. PNSR/PF-CRESARC-CI-UNFPA

1.2.3. Analyse de l'offre des soins pour le nouveau-né

L'offre de soins est composée des infrastructures et des installations de santé fixes ou mobiles, relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leur sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités. Par ailleurs cette offre de soins est soutenue par les politiques, stratégies et programmes ainsi que par un système d'information sanitaire qui permettent de promouvoir une santé de qualité pour les nouveau-nés en Côte d'Ivoire.

• Politiques, stratégies et programmes pour promouvoir la santé du nouveau-né

La santé du nouveau-né est régie par les politiques, les stratégies découlant de la politique nationale en matière de santé et spécifiquement de celles du Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) ayant en charge les questions du nouveau-né.

Plusieurs plans au niveau national prennent en compte la problématique du nouveau-né. Il s'agit entre autres du :

- Plan stratégique national de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant 2016-2020 qui prend en compte les priorités du PNDS 2016-2020 (Produit 4.1: La Prise en charge du nouveau-né est renforcée et améliorée dans les établissements sanitaires)¹¹. Ce plan intègre les mesures pour les soins du nouveau-né en situation d'urgence (intensification des activités de SONU, PCIMNE, création de « coins du nouveau-né » dans toutes les structures sanitaires). Il s'est fixé comme cible à atteindre en 2020, un taux de mortalité néonatale de 14 pour 1000 naissances vivantes ;
- Plan national de renforcement des SONU qui intègre les soins de réanimation du nouveau-né ;
- Plan national multisectoriel de nutrition 2016-2020 (nutrition de la mère, allaitement maternel) ;
- Document national de stratégie de la santé communautaire 2017-2021. Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020, les partenaires du secteur de la santé et le Gouvernement ont signé un accord traduit par le « Compact Côte d'Ivoire »

¹¹ PNDS 2016

- Ce plan ENAP opérationnalise les différentes stratégies définies dans les plans élaborés ci-dessus cités.

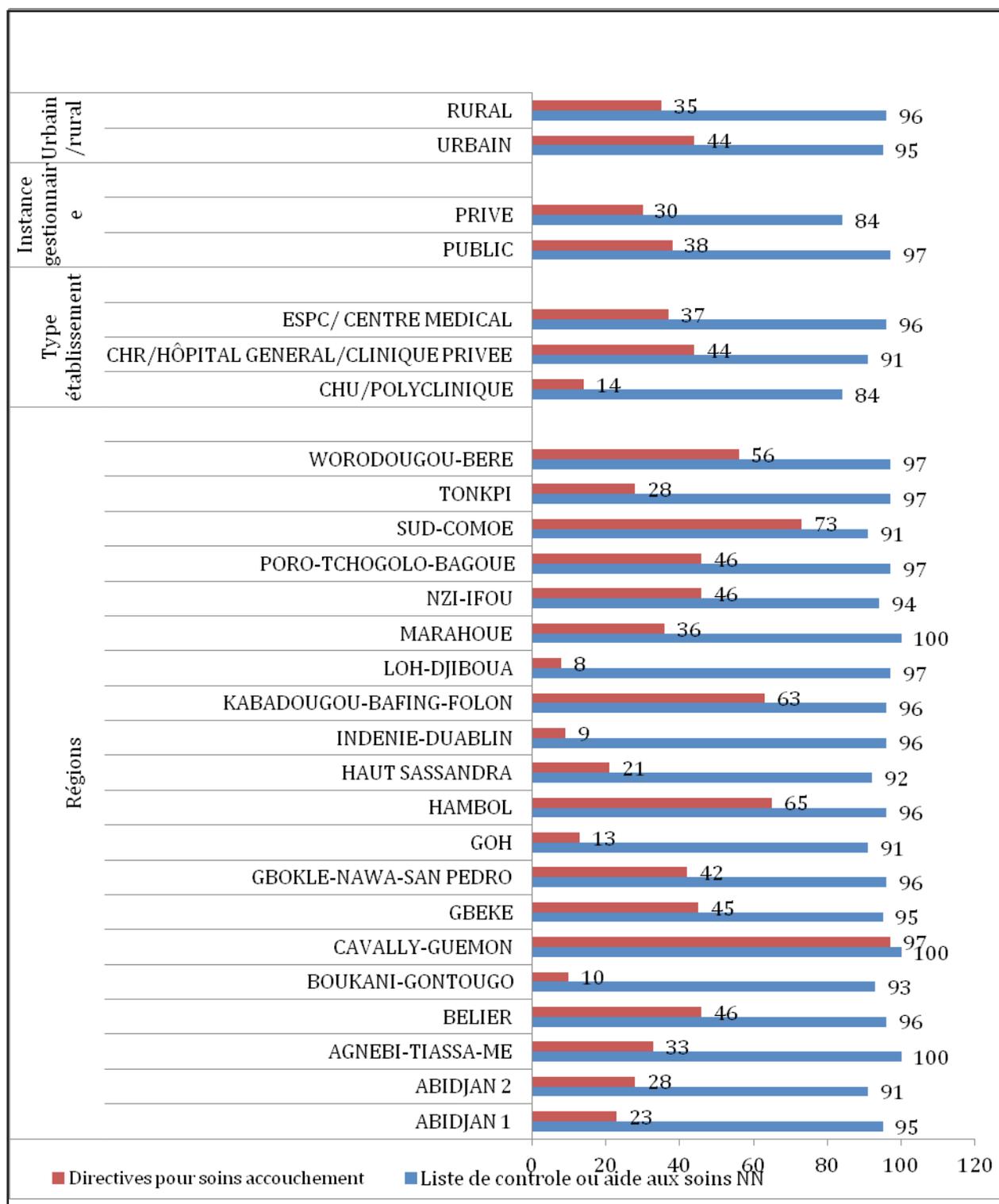
Différents mécanismes de coordination sont mis en place au niveau du secteur de la santé de la mère et de l'enfant tel que le groupe technique de travail Mère et Enfant (chapitre II, article 3 de l'Arrêté de création du Programme National de Santé Mère-Enfant). Mais l'on constate quelques difficultés en matière de gouvernance et dans l'exercice du leadership dans ce secteur, en ce sens que plusieurs Programmes de santé, des directions centrales et des structures déconcentrées au niveau régional et districts adressent les questions de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. L'approche multisectorielle reste insuffisante tant au niveau des comités de coordination existant qu'au niveau du PNSME. Ceci se répercute au niveau déconcentré avec une faible intégration de la composante nouveau-née dans le suivi des activités au niveau des districts sanitaires.

Dans le but de réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans, des initiatives ont été initiées au niveau du pays avec le partage de bonnes pratiques. Les Soins Mère Kangourou (SMK) (3 CHU et 4 HG), l'Initiative Structures de Santé Amis des Bébé (43 ISSAB), l'intensification de la stratégie de coaching « Helping Mothers and Babies Survive » (HMBS) a été réalisée dans 8 districts Muskoka.

Dans le cadre des soins du cordon ombilical, une Circulaire ministérielle N°1260/MSHP/CAB du 20 octobre 2016 a été rédigée pour l'utilisation de la Chlorhexidine 7,1% et ce produit est intégré dans le kit d'accouchement. Concernant la notification des cas de décès, l'Arrêté N° 450/MSLS/CAB du 05 Août 2015 portant obligation de la notification des cas de décès maternel est mis en application mais celui-ci n'inclut pas encore la notification des décès néonataux.

Concernant les directives, le graphique 5 montre que les listes de contrôle/aides aux soins essentiels du nouveau-né sont disponibles à presque tous les niveaux de la pyramide sanitaire tandis que les directives pour les soins d'accouchement sont très peu diffusées.

Graphique 4 : Mortalité néo-natale par cause et par région



Source : Enquête SARA 2016

• Infrastructures , équipements et autres intrants stratégiques

L'hygiène hospitalière constitue un élément important dans l'organisation de l'offre des soins car elle permet non seulement de protéger le nouveau-né contre les infections périnatales mais également le personnel de santé offrant les soins contre les infections microbiennes.

Les moyens pour lutter contre ces infections néo-natales qui représentent une des causes de décès chez le nouveau-né sont basés d'une part sur la disponibilité de source d'eau dans les structures et communautés et d'autre part sur l'utilisation des instruments ou matériels stériles, l'élimination des déchets et sur la pratique du lavage des mains au moment de l'accouchement.

Le tableau 1 présente la situation des établissements sanitaires en matière de disponibilité en eau et en installations améliorées. On note une insuffisance des sources d'eau améliorées (76%) et des installations sanitaires améliorées (77%). Cette faiblesse est plus marquée au niveau des établissements sanitaires de premier contact¹².

Tableau 1 : Répartition des établissements sanitaires en fonction de la disponibilité des sources d'eau et des installations sanitaires améliorées (%)

DÉSIGNATION	SOURCE D'EAU AMÉLIORÉE	INSTALLATIONS SANITAIRES AMÉLIORÉES	NOMBRE TOTAL D'INFRASTRUCTURES SANITAIRES
RÉGIONS			
ABIDJAN 1	83%	81%	70
ABIDJAN 2	90%	96%	97
AGNEBI-TIASSA-ME	90%	65%	48
BELIER	84%	70%	56
BOUKANI-GONTOUGO	58%	85%	45
CAVALLY-GUEMON	75%	75%	46
GBEKE	78%	86%	50
GBOKLE-NAWA-SAN PEDRO	69%	73%	55
GOH	70%	67%	39
HAMBOL	42%	76%	28
HAUT SASSANDRA	75%	76%	49
INDENIE-DUABLIN	81%	79%	40
KABADOUGOU-BAFING-FOLON	82%	73%	36
LOH-DJIBOUA	75%	50%	40
MARAHOUÉ	59%	61%	47
NZI-IFOU	73%	79%	48
PORO-TCHOLOGOLO-BAGOUE	74%	87%	50
SUD-COMOE	75%	74%	44
TONKPI	79%	80%	44
WORODOUGOU-BERE	76%	93%	31

¹² SARA 2016

TYPE ÉTABLISSEMENT			
CHU/POLYCLINIQUE	100%	100%	15
CHR/HÔPITAL GENERAL/CLINIQUE PRIVEE	98%	94%	130
ESPC/ CENTRE MEDICAL/ CABINET MEDICAL ET INFIRMERIE	74%	76%	818
INSTANCE GESTIONNAIRE			
PUBLIC	72%	73%	752
PRIVE	91%	95%	211
Urbain/rural			
URBAIN	90%	89%	472
RURAL	66%	69%	491
TOTAL	76%	77%	963

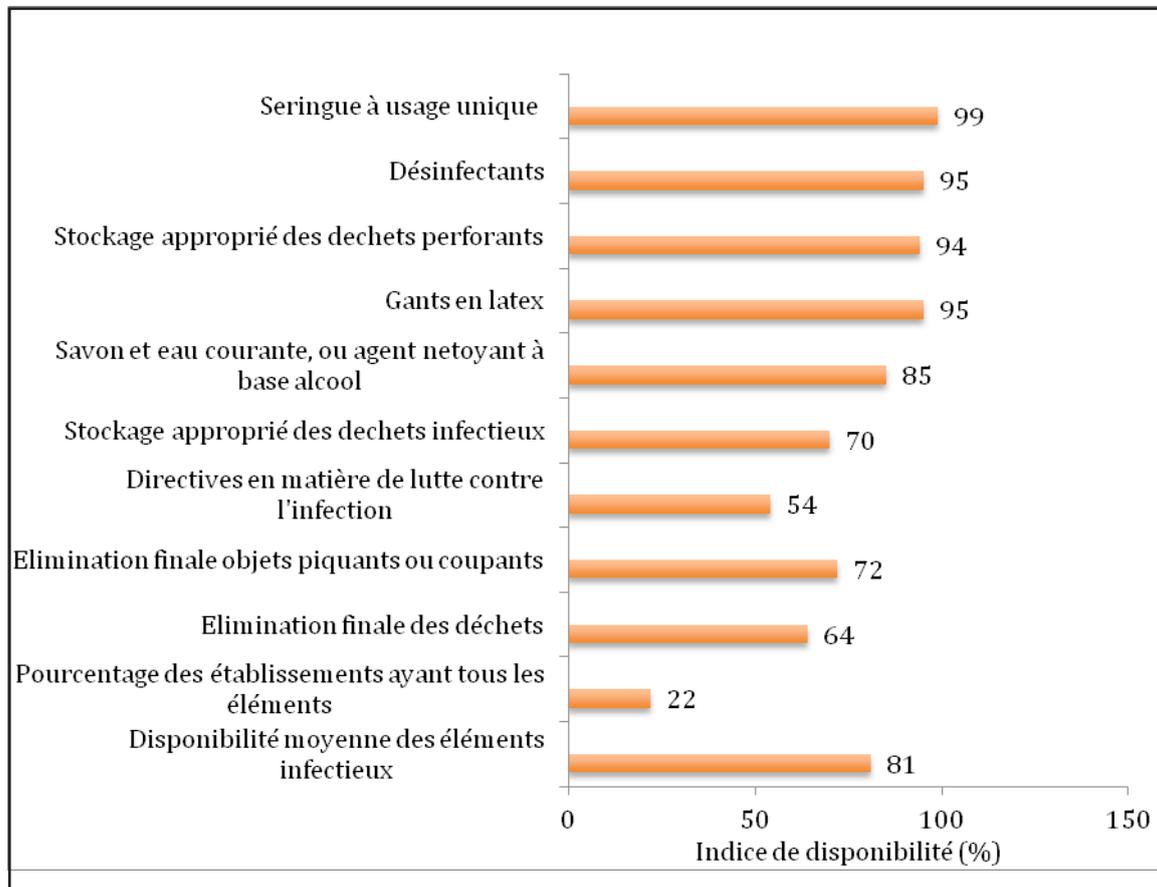
Source : Enquête SARA 2016

Les soins post-natals propres qui se prolongent au niveau de la communauté nécessitent également des sources d'eau disponibles. 80,7% des membres des ménages utilisent des sources améliorées d'eau potable. Parmi celles-ci, 11,2% sont des puits à pompes, forage et 17,9% des puits protégés. En outre, il a été relevé que 78,5% de l'eau de boisson du ménage est contaminée par E. Coli¹³. Cette situation, pourrait exposer également les nouveau-nés aux infections.

En ce qui concerne l'équipement en kit pour la lutte contre l'infection au niveau des structures de santé, l'enquête SARA 2016 a utilisé 9 éléments traceurs pour son évaluation. Le graphique 6 montre que seulement un (1) établissement sur cinq (5) soit 22% possèdent tous les 9 éléments traceurs de prévention des infections. Les éléments traceurs les plus disponibles sont les seringues à usage unique (99%), les désinfectants (95%) et les gants en latex (95%). Le stockage approprié des déchets infectieux varie selon le type d'établissement. Il est de 100% pour les CHU/Polycliniques, de 81% pour les CHR/HG/ Cliniques privées et de 69% pour les ESPC. Dans les mêmes structures, la disponibilité du savon et eau courante, ou agent nettoyant à base d'alcool et des directives en matière de lutte contre les infections est de 85%.

¹³ MICS 2016

Graphique 6 : Pourcentage d'établissements disposant des précautions standards pour la prévention des infections



Source : Enquête SARA 2016

On relève que beaucoup d'infrastructures ne sont pas conformes aux normes réglementaires. Le plan de réhabilitation des infrastructures et de la maintenance des équipements et matériels d'accouchement normal est insuffisamment exécuté. Les « coins nouveau-nés » adaptés (espace réservé aux soins du nouveau-né), les aspirateurs de mucosités du nouveau-né, les lampes chauffantes et les couveuses sont insuffisants. Les structures sont également sous équipées en matériel de réanimation du nouveau-né, et en bloc opératoire. En effet, au premier niveau de contact (ESPC), la disponibilité des ballons et masque facial du nouveau-né est de 5% et celle des aspirateurs manuels est de 15%. Lorsque l'on se situe au niveau rural, les disparités sont très marquées, ainsi la disponibilité des ballons et masque facial du nouveau-né est de 3% en milieu rural contre 36% et de 15% en milieu urbain¹⁴.

Concernant la communauté, on relève que seulement 57,4% des ménages disposent de savon et d'autres produits de nettoyage¹⁵.

¹⁴ Enquête SARA 2016

¹⁵ MICS 2016

• **Système National d'information sanitaire**

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est composé de divers sous-systèmes qui sont logés dans différentes directions et institutions du Ministère en charge de la Santé. Ce système utilise des outils de gestion qui sont actualisés et le logiciel DHIS2 a été déployé dans les 20 régions sanitaires comme support de gestion de l'information sanitaire¹⁶.

Un dictionnaire des indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant existe. Ce dictionnaire prend en compte la majorité des indicateurs retenus pour évaluer la mise en œuvre du plan d'action chaque nouveau-né (ENAP). Cependant, il faut noter quelques insuffisances dans ce système notamment la non intégration des données sanitaires des CHU, des structures sanitaires privées et des EPN hospitaliers. Cette situation engendre une perte de certaines informations relatives aux indicateurs spécifiques concernant les nouveau-nés et une sous-estimation de ces indicateurs. Ainsi la mortalité intra-partum est difficilement appréciable tant au niveau national qu'au niveau déconcentré. Les indicateurs de couverture de certaines interventions en faveur de la survie de l'enfant tels que la réanimation du nouveau-né, la méthode mère kangourou, les soins thermaux, soins du cordon ne sont pas intégrés dans le système.

• **Prestations de services**

C'est dans la période qui entoure la naissance que la plupart des décès de la mère et du nouveau-né survient. Des interventions reconnues efficaces pour prévenir les décès néonataux et les morti-naissances sont connues. Parmi celles-ci figurent : les soins au cours du travail, de l'accouchement et de la première semaine de vie ainsi que les soins pour les petits nouveau-nés malades.



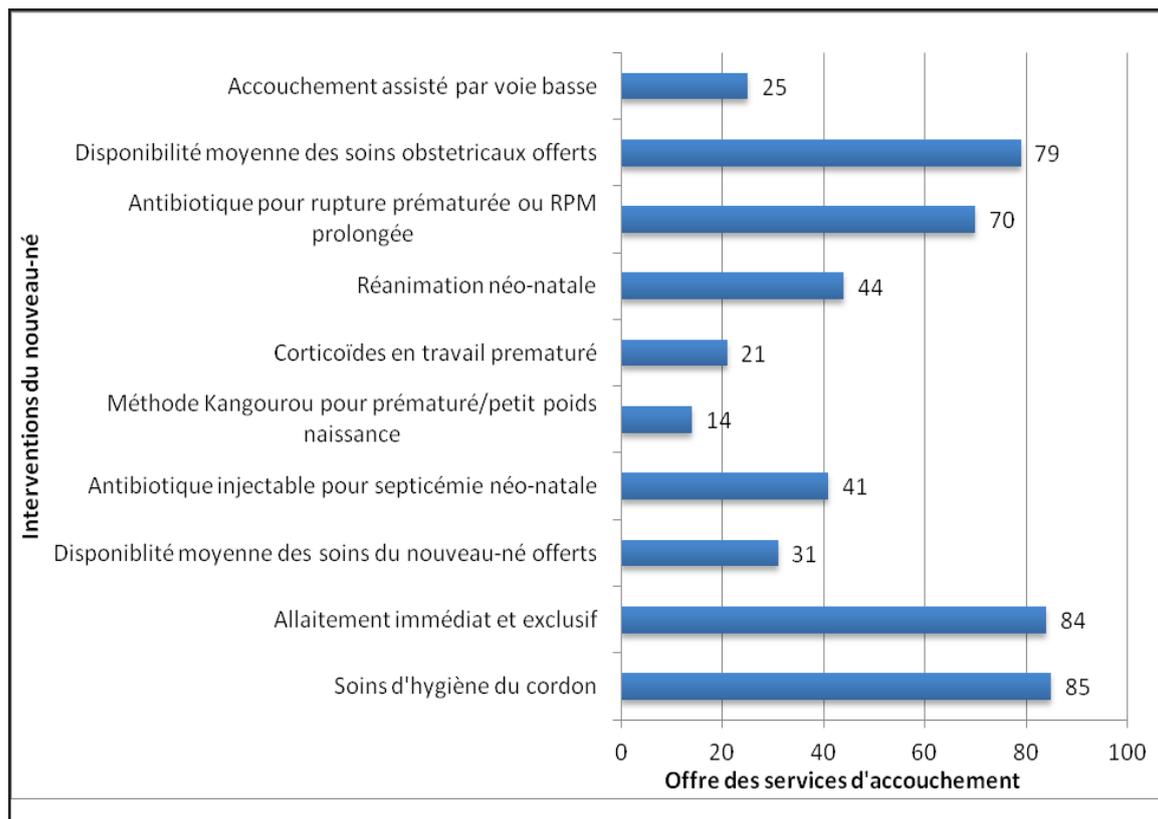
¹⁶ PNDS 2016

Ces interventions bien qu'ayant le plus d'impact, sont parfois celles qui ont le plus faible taux de couverture. Ces prestations sont offertes à trois niveaux : communautaire, ESPC et structures de références (HG, CHR, CHU).

Le graphique 7 montre des taux faibles de couverture au niveau des interventions ayant un impact direct sur les causes qui tuent le plus les enfants en Côte d'Ivoire. La disponibilité moyenne des soins offerts aux nouveau-nés est de 31%. Seulement 14% des structures de santé offrent les soins relatifs à la méthode mère Kangourou pour les prématurés et les très petits poids de naissance ; 44% des structures offrent la réanimation des nouveau-nés pour la prise en charge des cas d'asphyxie et 41% des structures de santé offrent les soins pour septicémie avec les antibiotiques injectables.



Graphique 7 : Pourcentage d'établissements offrant des soins d'accouchement et des soins aux nouveau-nés



On note de grandes variations selon le type d'intervention offert d'une région à une autre ou d'une structure à une autre (tableau ci-dessous). Dans l'ensemble l'allaitement immédiat exclusif et les soins du cordon sont les interventions qui sont les plus présentes à tous les niveaux. Par contre la méthode mère Kangourou est très peu pratiquée ainsi que la réanimation du nouveau-né.

Pour ce qui relève de la communauté, l'appropriation et le partenariat ainsi que certaines initiatives sont en cours. Ainsi, des initiatives prenant en compte les voix des parents telles que l'école des maris et des futurs maris, le réseau de champion parlementaire en Santé et des groupes de soutien à l'allaitement sont mise en œuvre dans certaines localités (44 Groupes de soutien à l'allaitement). Les Campagnes pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) ont été organisées au niveau national et régional. Des leaders religieux sont engagés dans la survie de l'enfant (ARSIP) et mènent des activités de sensibilisation dans la communauté. Il existe un partenariat public-privé (Pédiatre du monde, Fondations Orange, ATEF OMAIS, etc.). Cependant, l'engagement communautaire et le partenariat pour la survie du Nouveau-né et de l'enfant restent encore insuffisants.

• Ressources humaines

Au niveau des ressources humaines de la santé, le PNDS 2016-2020 rapportait des ratios de 1 médecin pour 7 235 habitants, 1 infirmier pour 2 910 habitants et 1 Sage-femme pour 1 990 femmes en âge de procréer pour l'année 2015 basées sur les données administratives de la DRH.

La moyenne nationale des professionnels de santé se situe à 22 professionnels de santé pour 10 000 habitants. Cette moyenne proche de la norme recommandée par l'OMS (23 pour 10 000 habitants) cache une grande disparité régionale avec plus de la moitié des régions sanitaires (11 régions sur 20) en dessous de ce seuil : Bounkani-Gontougo (21,55), Cavally-Guemon (14,72), Gbêkê (19,59), Gbokle-Nawa-San-Pedro (13,35), Haut-Sassandra (17,01), Loh-Djiboua (20,47), Marahoué (18,53), Poro-Tchologo-Bagoue (16,77), Tonkpi (18,66), Worodougou-Béré (17,03). Par ailleurs, le nombre de personnel disponible pour les soins aux nouveau-nés est très faible (36%)¹⁷.

Certaines lacunes ont été relevées au niveau des ressources humaines : (i) les spécialités des médecins dans le statut de la fonction Publique ne sont pas prises en compte jusqu'à ce jour ; (ii) le nombre et la répartition des autres personnels (Aide soignants, ASC) n'est pas connu au niveau national ; (iii) une insuffisance de stratégie de fidélisation des prestataires du secteur public et communautaire ; (iv) une insuffisance de la qualité des supervisions des prestataires, (v) les accouchements et les soins du nouveau-né ne sont pas toujours effectués par du personnel qualifié ; (vi) Le système de réseautage entre les prestataires est insuffisant ; (vii) la mise en œuvre du plan de formation continue du personnel au niveau déconcentré (région, district) n'est pas effectif.

• Ressources financières de la santé

Le financement du système de santé en Côte d'Ivoire est assuré par le secteur public, le secteur privé y compris les ménages et les partenaires au développement.

¹⁷ SARA 2016

En 2015, le budget accordé par l'Etat de Côte d'Ivoire au Ministère de la Santé et de l'hygiène publique représentait 6% du budget général de l'Etat¹⁸. Ce budget se répartit en fonctionnement (76%) et en investissement (24%).

Dans le document de cadrage budgétaire sectoriel de l'Etat sur la période de 2016-2020¹⁹, la proportion du budget consacrée à la santé, VIH/sida et Nutrition se répartit de la façon suivante : (i) 2016 : 5,36% ; (ii) 2017 : 4,92% ; (iii) 2018 : 4,95% et (iv) 2019 : 5,03. La part consacrée à la santé reste en dessous de ce qui est recommandé aux Etats à savoir 15% (Abuja)²⁰.

La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire s'étend sur peu de personnes au sein de la population. On distingue trois types de régimes au niveau du pays à savoir : (i) les régimes obligatoires qui sont la Caisse Nationale de Prévoyance sociale (CNPS), la Caisse Générale de Retraite des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (CGRAE) et des mutuelles des Employés du public qui assurent le risque-maladie ; (ii) les régimes volontaires constitués d'assurances privées et des mutuelles de santé et enfin (iii) la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui est à sa phase de démarrage.

Malgré les efforts consentis par l'Etat, on observe toujours un faible niveau de mutualisation du risque maladie ; la quasi-totalité des dépenses de santé des ménages est effectuée directement au moment de la prestation de service par les ménages.

La Couverture Maladie Universelle instituée par la Loi N°2014-131 du 24 mars 2014 en Côte d'Ivoire, basée sur un mécanisme d'assurance maladie obligatoire n'est pas encore rentrée dans sa phase opératoire proprement dite. En effet, on note une insuffisance de communication autour de cette politique de la CMU.

Comme autre soutien dans la prise en charge des soins, il faut relever qu'entre 2011 et 2012, au sortir de la crise de 2010, le pays a mis en place la gratuité universelle, puis le relai a été fait par la gratuité ciblée depuis février 2012. La gratuité ciblée concerne les femmes enceintes (pour les accouchements et ses complications, la césarienne, la consultation prénatale et le bilan prénatal), les enfants de 0 à 5 ans (prise en charge des affections courantes), la prise en charge du paludisme diagnostiqué (au sein de la population générale) et les urgences médico-chirurgicales sous 48 heures.

Au terme de cette analyse de la situation du nouveau-né, il ressort que la mortalité néonatale reste encore élevée dans notre pays. Les causes de cette forte mortalité sont liées aux maladies évitables au moment de l'accouchement et en post-partum telles que l'asphyxie, la prématurité, l'infection/septicémie. Sur la base des connaissances sur les interventions à haut impact sur la mortalité néo-natale liées à ces causes, on constate que l'offre des soins par rapport à ce paquet d'intervention est faible. En effet, on relève que seulement 14% des structures de santé offrent les soins relatifs à la méthode mère Kangourou, 44% offrent la réanimation des nouveau-nés et 41% offrent les soins pour la septicémie avec les antibiotiques injectables.

¹⁸ RASS 2015

¹⁹ PND 2016-2020

²⁰ Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies Mis à jour Lundi, 12 Décembre 2011 18:56. mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?...chefs-detat...avril-2001-abuja..

Chapitres ii :

IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS A HAUT IMPACT POUR AMELIORER LA SANTE DE CHAQUE NOUVEAU-NÉ

PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020

II. IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS A HAUT IMPACT POUR AMELIORER LA SANTE DE CHAQUE NOUVEAU-NÉ

A l'issue de cette analyse de la situation qui a mis en exergue qu'il était primordial de lutter contre l'infection néo-natale, la prématurité ainsi que l'asphyxie pour réduire le taux de mortalité des nouveau-nés en Côte d'Ivoire, le 02 octobre 2017, sous l'égide du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, avec toutes les parties prenantes un consensus a été fait sur les interventions à retenir dans le cadre de notre plan d'action. Ces interventions devront être mise en œuvre avec celles inscrites dans les autres plans nationaux relatifs aux interventions de la nutrition, de la santé maternelle et de l'Eau-Hygiène-Assainissement (EHA). Ainsi, l'ensemble des interventions mises en œuvre dans ce cadre, devraient concourir à atteindre les objectifs du plan stratégique de la mère et de l'enfant qui a fixé la cible du taux de décès pour 2020 à 14 pour mille naissances vivantes.

Les interventions du présent plan d'action se situent essentiellement au niveau des pratiques familiales essentielles et actions essentielles en nutrition mises en œuvre au sein de la communauté et les soins curatifs au niveau des services de santé (ESPC et hôpitaux de référence)

- **Soins, pratiques familiales essentielles et actions essentielles en nutrition:**

A ce niveau, se situent les interventions de EHA et la pratique des soins post-natals (lavage des mains et pratiques de soins propres) qui interviennent dans la prévention des infections chez le nouveau-né.

- **Services curatifs :**

Au niveau de la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE), l'intervention retenue est la prise en charge de l'infection néo-natale par les antibiotiques.

Concernant les soins d'accouchement assisté par un personnel qualifié, on retient les Soins Mère Kangourou.

Au niveau des soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence (SONU), l'intervention retenue est la prévention de l'accouchement prématuré par l'utilisation anté-natale des corticoïdes et la réanimation du nouveau-né.

Chapitres iii :

COMPOSANTES DU PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ

PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020

III. COMPOSANTE DU PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ

III.1. Vision

La vision du plan ENAP s'inscrit dans celle du Plan National Stratégique de la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant : « *Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement* ».

III.2. Principes directeurs

Les principes directeurs du plan d'action reposent sur les recommandations faites par l'OMS²¹ pour les plans du nouveau-né ainsi que sur les principes du PNSSMNE.

Appropriation nationale

La mise en œuvre du plan d'action nécessite le respect des politiques nationales et des lignes directrices ainsi que l'implication des acteurs clés.

Intégration

Pour que chaque nouveau-né puisse bénéficier des soins de qualité, disponibles sans discrimination, accessibles et acceptables, il faut que les prestations offertes soient intégrées au sein des services. Aussi la coordination et les approches multisectorielles entre les programmes, les acteurs et les différentes initiatives en faveur de l'enfant doivent-elles être effectives.

Équité

Elle suppose une couverture équitable et universelle des interventions très efficaces et une attention prioritaire accordée aux groupes de population exclus, vulnérables et démunis. L'offre de service doit permettre une accessibilité géographique et financière quel que soit le lieu de résidence et une offre de service de qualité visant la gratuité pour certains services.

Responsabilisation

La promotion de la santé du nouveau-né nécessite une responsabilisation des communautés de base dans la recherche des solutions aux problèmes de santé qui affectent leurs enfants. La responsabilisation inclut aussi l'engagement de toutes les parties prenantes (politique, administrative, techniques et partenaires) à travers la mobilisation des ressources, le suivi de la mise en œuvre du plan et l'obligation de rendre compte des résultats.

III.3. Les éléments de la chaîne des résultats

L'objectif général de ce plan est de contribuer à l'élimination des décès néonataux et infantiles évitables et à la réduction des décès maternels d'ici à 2020.

²¹ Chaque nouveau-né résumé d'orientation
https://www.healthynewbornnetwork.org/.../Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTI...

Les résultats de ce plan sont présentés selon les outils de la Gestion axée sur les résultats (GAR).

Résultat d'impact :

D'ici à 2020, la mortalité du nouveau-né est réduite de 33 à 20 pour mille naissances vivantes.

Résultat d'effet : Plus de 50% des nouveau-nés atteints d'asphyxie, d'infection ou de prématurité bénéficient de soins de qualité selon le niveau de l'établissement sanitaire

Le plan d'action a un seul résultat d'effet qui découle de l'objectif du Plan National Stratégique de la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant.

Indicateurs retenus :

- Pourcentage de nouveau-nés présumés atteints d'une septicémie/pneumonie et soignés au moyen d'antibiotiques oraux ;
- Pourcentage de nouveau-nés présumés atteints d'une septicémie/pneumonie et soignés au moyen d'antibiotiques injectables ;
- Pourcentage de nouveau-nés prématurés bénéficiant des Soins Mère Kangourou dans une structure de santé ;
- Pourcentage de nouveau-nés dont le cordon ombilical a été désinfecté à l'aide de chlorhexidine après la naissance ;
- Pourcentage de nouveau-nés souffrant d'asphyxie/de détresse respiratoire, réanimés au cours de la première minute et ayant survécu.

Produits :

Produit 1 : Au moins 80% des mères, des pères et des gardiens d'enfants ont des connaissances sur les soins préventifs et curatifs pour les nouveau-nés et mettent en œuvre les bonnes pratiques (lavage des mains, pratique de soins propres post natals)

Indicateurs :

- Pourcentage de mères se lavant les mains au savon avant de préparer les repas, de nourrir leur nouveau-né et de manger et après être allées à la selle et avoir lavé leur bébé ;
- Pourcentage de nouveau-nés vivant dans un environnement propre, ne subissant aucune pratique néfaste et dont la mère se lave fréquemment les mains ;
- Pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié de pratiques de protection thermique appropriées à domicile et conformes aux recommandations (séchage, enveloppement du nouveau-né, soins mère kangourou et report du bain).

Produit 2 : Plus de 80% des structures de santé offrent des services de soins de réanimation, soins mère Kangourou et prise en charge des septicémies.

Indicateurs :

- Proportion d'établissement sanitaire disposant d'un espace aménagé pour les soins mère Kangourou , d'un coin nouveau-né équipé de matériels de réanimation fonctionnels ;

Proportion d'établissements sanitaires ayant les commodités requises pour lutter contre les infections néo-natales (eau, lave-mains, latrines améliorées) ;

- Proportion de structures disposant de médicaments essentiels et intrants nécessaires à la prise en charge de qualité des nouveau-nés.

Produit 3 : 100% des personnels des structures de santé offrant les soins aux nouveau-nés ont les capacités d'offrir des soins de qualité aux nouveau-nés à risque.

Indicateurs :

- Proportion des personnels des structures de santé ayant la compétence pour donner des soins essentiels aux nouveaux nés ;
- Proportion des personnels des structures de santé ayant bénéficié d'un suivi, coaching pour les soins du nouveau-né.

Pour atteindre ce résultat, l'outil Equist a utilisé les données de base de couverture du pays issues de l'enquête MICS 2016, EDS 2011-2012 et SARA 2016 pour certaines données. Pour les données non disponibles, l'outil a effectué des estimations.

III.4. Analyse des goulots d'étranglements pour les interventions spécifiques du nouveau-né

Une analyse des goulots d'étranglement a été effectuée avec l'outil Equist 2.0 en construisant différents scénarii. Le meilleur scénario pour sauver le maximum de vie retenu a pris en compte un certain nombre d'interventions clés en faveur du nouveau-né par paquet d'interventions.

Il s'agit de :

- L'alimentation et les soins des nouveau-nés et des nourrissons comprenant les soins de protection thermique et les pratiques de soins propres ;
- La prise en charge intégrée des maladies néo-natales et infantiles avec les antibiotiques oraux destinés aux nouveau-nés et les antibiotiques injectables en cas de septicémie néo-natale ;
- L'accouchement assisté par un personnel qualifié comprenant les bonnes pratiques d'hygiène à la naissance, l'examen et stimulation immédiats, les Soins Mère Kangourou et l'utilisation de la Chlorhexidine ;
- Les soins obstétricaux et néo-natals d'urgence, avec l'accès aux établissements offrant des services de soins obstétricaux et néo-natals d'urgence complets, la réanimation néo-natale, la prise en charge des prématurés, l'administration de soins de soutien complets aux prématurés, la prise en charge des cas graves d'infection néo-natale et l'administration de soins de soutien complets en cas de septicémie.

L'analyse des goulots faite sur la base des indicateurs des déterminants de couverture des interventions qui sont : la disponibilité des commodités, la disponibilité des ressources humaines, l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'acceptabilité socio-culturelle, l'utilisation initiale, la couverture adéquate (utilisation continue) et la couverture effective (prenant en compte la qualité du service offert) a été effectuée par l'outil Equist avec l'avis des experts.

Une liste exhaustive de causes a été déroulée par l'outil avec les stratégies potentielles. Sur la base de cette liste et de l'avis des experts, seuls les goulots et causes en rapport avec les interventions retenues de manière consensuelle par toutes les parties prenantes au cours de l'atelier d'octobre 2017 pour ce plan d'action ont été pris en compte et sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Synthèse de l'analyse des causes et stratégies pour lever les goulots en vue d'atteindre les résultats pour les interventions retenues

INTERVENTIONS	SOINS MÈRE KANGOUROU (1)	PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS (3)	RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ (2)
Priorités de Goulots	Disponibilité Accessibilité géographique	Disponibilité Accessibilité géographique Qualité	Disponibilité Accessibilité géographique
Causes	<ul style="list-style-type: none"> Absence de politiques et de normes en matière de SMK Absence de description de tâches concernant les SMK, Absence de formation adéquate des prestataires sur les SMK (projet parcellaire dans certaines zones) Absence de locaux adaptés pour les SMK Insuffisance de fournitures essentielles pour les SMK Absence de suivi des SMK en période post-hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> Faible disponibilité des antibiotiques injectables au niveau des ESPC Politique de restriction de la prescription des antibiotiques injectables par les sages-femmes et les infirmiers Ruptures fréquentes de stocks d'antibiotiques Mauvaise estimation des besoins en antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> Faible disponibilité des soins de réanimation au niveau des structures de santé Insuffisance de matériel de réanimation et de chauffage du nouveau-né. Rupture /inexistence des kits de base de réanimation du nouveau-né Faible capacité des prestataires à faire des soins de réanimation au nouveau-né
Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> Elaboration et diffusion de la politique, des normes et des protocoles sur les SMK Renforcement des capacités des prestataires (agents de santé et ASC) Réaménagement des locaux pour les SMK Approvisionnement en médicaments et fournitures essentielles pour les SMK 	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en antibiotiques injectables pour les infections sévères du nouveau-né Intégration dans les documents nationaux des nouvelles directives de l'OMS pour la prévention et la PEC des infections sévères du nouveau-né 	<ul style="list-style-type: none"> Equiper des structures en matériel de réanimation du nouveau selon le niveau ESPC (pingouin, ambu, stéthoscope médical, source de chaleur), Hôpital de référence (matériel KTVO, aspirateurs, système de ventilation, table chauffante) Renforcement des capacités du personnel

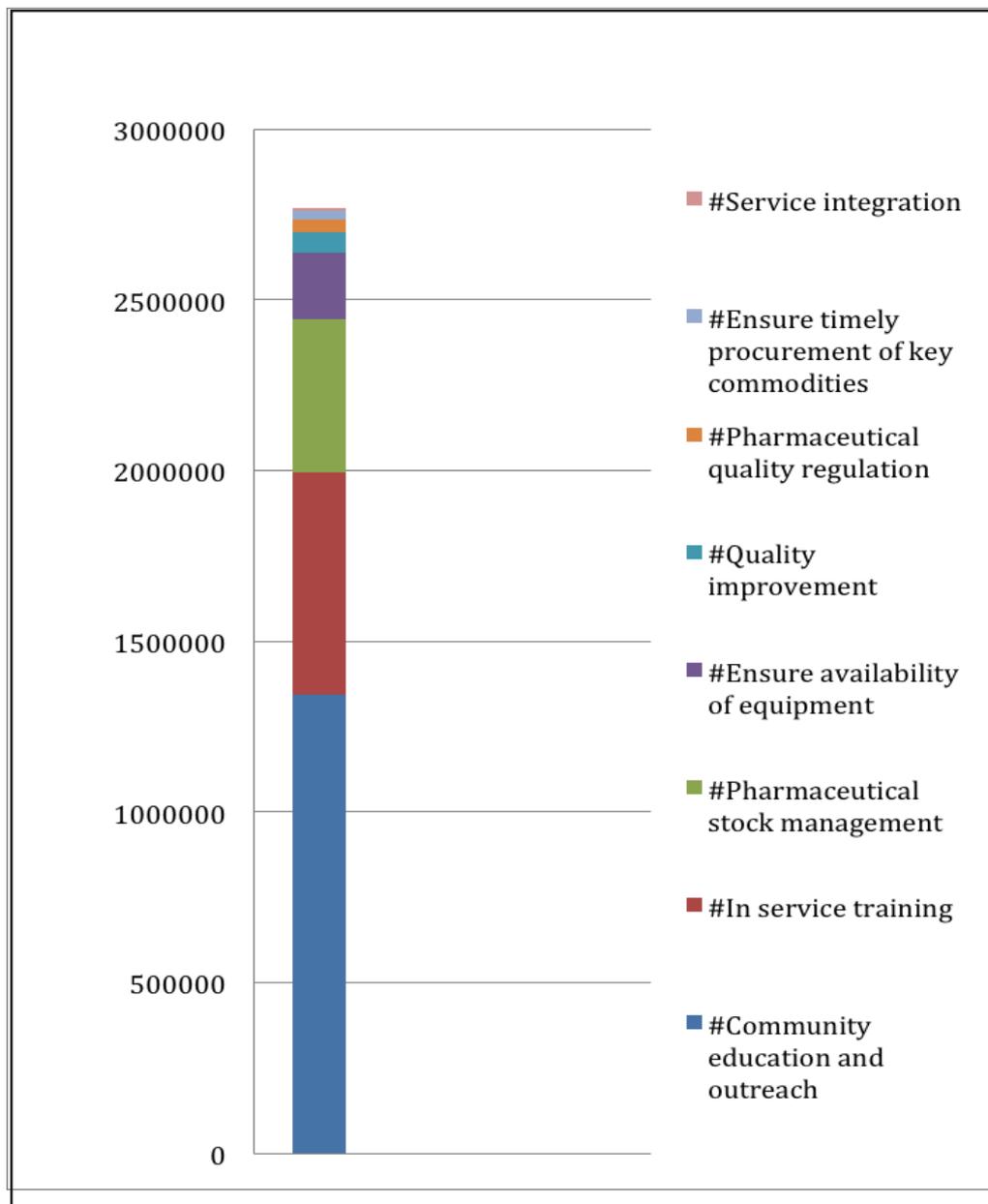
III.5. Impacts et coûts

A partir de l'Outil EQUIST il a été réalisé une estimation de l'impact d'une couverture plus équitable des services de santé essentiels sur les décès évités.

Cette estimation a pris en compte les principales iniquités entre les populations les moins et les plus défavorisées. les stratégies permettant d'adresser les causes des goulots d'étranglements qui entraînent une iniquité entre les différents groupes de population dans le scénario retenu par le pays sont : (i) éducation communautaire et sensibilisation ; (ii) formation continue (sur site) ; (iii) gestion des stocks pharmaceutiques ; (iv) appui à la disponibilité de l'équipement ; (v) amélioration de la qualité ; (vi) réglementation de la qualité pharmaceutique ; (vii) approvisionnement en temps opportun des produits ; (viii) intégration des services.

Le graphique 9 révèle que l'éducation communautaire, la sensibilisation et la formation continue des professionnels de santé représentent presque les deux tiers (2/3) du coût global des stratégies sélectionnées pour adresser les causes des goulots d'étranglements identifiés dans notre scénario.

Graphique 8 : Impact et coûts générés par EQUIST en fonction des stratégies sélectionnées



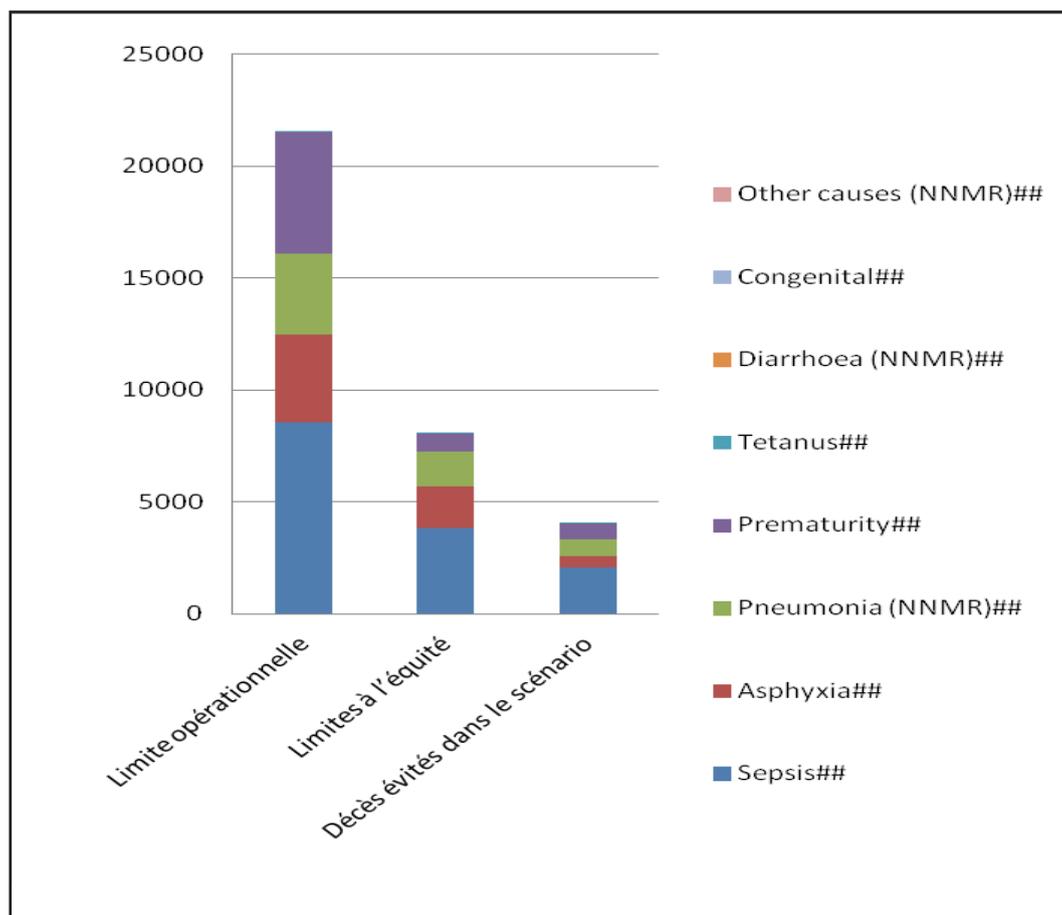
Source : Equist Côte-d'Ivoire, Mai 2018

Impact des décès évités

Sur la base du changement de couverture effective de chaque intervention résultant du scénario construit, EQUIST fonctionne à travers LIST pour estimer les décès qui auraient pu être évités.

Le graphique 10 montre le nombre de décès qui pourraient être évités par cause si les couvertures projetées dans le scénario étaient atteintes. Dans le scénario qui a été retenu, 3358 décès de nouveau-nés pourraient être évités. Si l'on arrive à rendre les couvertures des interventions équitables c'est à dire mettre les couvertures des groupes les plus défavorisés au niveau de celles des moins défavorisées (limite équité), on pourrait doubler le nombre de décès de nouveau-nés évités (7264). Enfin, dans le cas où les couvertures se rapprocheraient de celle des pays les plus performants (Frontière opérationnelle), plus de 20 000 décès seraient évités.

Graphique 9 : Impact des décès évités en Côte d'Ivoire

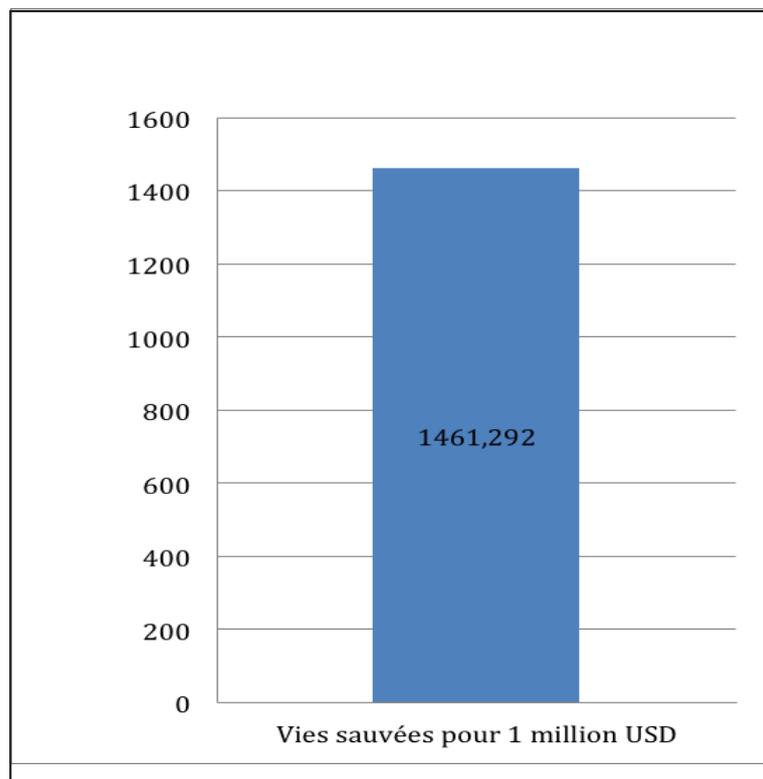


Source : Equist Côte-d'Ivoire, Mai 2018

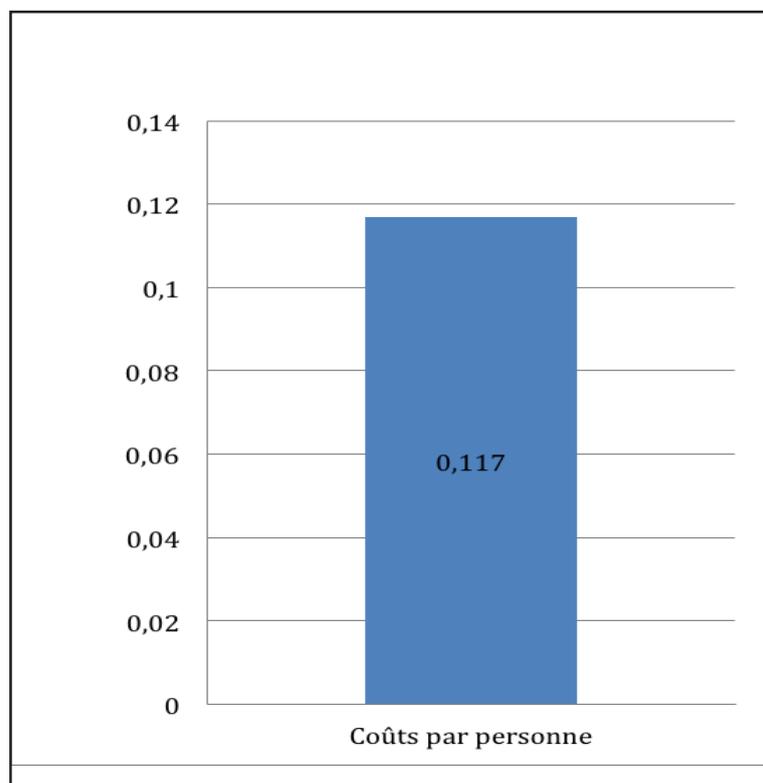
Vies sauvées pour 1 million USD

Les graphiques 11 et 12 présentent la rentabilité de notre scénario, à savoir, pour 1 million de dollars dépensé dans le cadre du scénario retenu, 1461 vies de nouveau-nés sont sauvés et le coût par personne pour les stratégies retenues se chiffre à moins de 1\$ US (0,11) par personne ce qui est très rentable.

Par conséquent, en termes d'impact, notre scénario est équitable et efficient pour sauver des vies.

Graphique 10 : Vies sauvées pour 1 million USD

Source : Equist Côte-d'Ivoire, Mai 2018

Graphique 11 : Coûts par personne (USD)

Source : Equist Côte-d'Ivoire, Mai 2018

Chapitres iv :

CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET DE COORDINATION

PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020

IV. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET DE COORDINATION

Le cadre institutionnel de la mise en œuvre du plan d'action chaque nouveau-né est le Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant qui s'appuiera dans le cadre de la mise en œuvre et de la coordination sur l'existant. Il s'agira notamment des réunions de coordination du groupe mère-enfant, des supervisions intégrées, des réunions de suivi des indicateurs organisées par le PNSME en collaboration avec la Direction chargée de la gestion des données au niveau national.

Pour la réussite du présent Plan d'Action Chaque Nouveau-né (ENAP), d'autres stratégies de suivi et de coordination seront mises en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire tels que l'implication des points focaux de la Santé de la reproduction au niveau des districts et des régions, les points focaux de la médecine traditionnelle, etc.

Ce plan d'action fera l'objet d'une revue à mi-parcours et d'une revue finale.

Chapitres v :

**BUDGET DU PLAN
D'ACTION**

PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020

V. BUDGET DU PLAN D'ACTION

La budgétisation du plan d'action chaque nouveau-né (ENAP) a été faite sur la base des activités identifiées et validées par les parties prenantes au cours des différents ateliers en tenant compte du contexte du pays. Le cadre du budget ci-dessous présenté synthétise le coût du plan d'action chaque nouveau-né.

Le coût du Plan d'action chaque nouveau-né 2018-2020 est estimé à quinze milliards quatre cent vingt- huit millions six cent cinquante -sept mille sept cent quarante- sept (15 428 657 747 F CFA, soit trente millions huit cent cinquante- sept mille trois cent quinze (30 857 315) USD. Ce montant global est décliné selon les différents produits dans le tableau n°3.

Tableau 3 : Budget du Plan

ACTIVITÉS	2018	2019	2020	COÛT TOTAL FCFA	COÛT TOTAL USD
Produit 1 : Au moins 80% des mères, des pères et des gardiens d'enfants ont des connaissances accrues sur les soins préventifs et curatifs pour les nouveau-nés	3 197 420 833	2 370 993 458	732 156 708	6 300 571 000	12 601 142
ACTION 1.1	2 050 302 500	1 532 470 125	510 823 375	4 093 596 000	8 187 192
Mise en œuvre du plan de communication spécifique au NN sur les soins essentiels (Soins du cordon, oculaires, mise au sein précoce, méthode mère KANGOUROU)					
Activité 1.1.1	6 506 000			6 506 000	13 012
Organiser 01 réunion pour développer/renforcer un plan de communication spécifique au nouveau-né /					
Activité 1.1.2	203 000			203 000	406
Disséminer 260 exemplaires du plan de communication spécifique au nouveau-né					
Disséminer au niveau central				-	
Disséminer au niveau DR				20 000	
Disséminer au niveau DD				83 000	
Disséminer aux hôpitaux				100 000	
Activité 1.1.2	90 518 500	67 888 875	22 629 625	181 037 000	
Elaborer/réviser des outils de communication sur les soins essentiels du nouveau-né					
Activité 1.1.4	300 000			300 000	600
Concevoir 01 spot sur les soins essentiels du nouveau-né et diffuser toute l'année le spot					
Activité 1.1.5	93 375 000	70 031 250	23 343 750	186 750 000	373 500
Sensibiliser 5000 acteurs de santé et les intervenants sociaux sur les soins essentiels du nouveau-né					
Activité 1.1.6	59 400 000	44 550 000	14 850 000	118 800 000	237 600
Faire 01 émission TV sur les soins essentiels du nouveau-né par trimestre					
1 émission Radio sur les soins essentiels du nouveau-né par trimestre				10 800 000	21 600
1 émission TV/Radio sur les soins essentiels du nouveau-né par trimestre				108 000 000	216 000
Activité 1.1.7	1 800 000 000	1 350 000 000	450 000 000	3 600 000 000	7 200 000
Diffuser les messages de sensibilisation sur la survie de l'enfant à travers 200 radios (197 radios de proximité et 03 Radio Nationales)					

ACTION 1.2	Renforcement des capacités des relais communautaires (ASC, les groupements et associations communautaires), des praticiens de médecine traditionnelle et des personnels d'appui des structures de santé sur les interventions en faveur de la survie du nouveau-né	1 147 118 333	838 523 333	221 333 333	2 206 975 000	4 413 950
Activité 1.2.1	Intégrer les compétences pour les interventions spécifiques pour le NNE dans les modules de formation des relais communautaires	675 000	450 000		1 125 000	2 250
Activité 1.2.2	Former et équiper en kit 4000 ASC et 500 membres de groupements et associations communautaires en soins essentiels u nouveau-né, en hygiène communautaire et en VAD	607 500 000	405 000 000		1 012 500 000	2 025 000
	Former 4000 ASC et 500 membres de groupements et associations communautaires en soins essentiels u nouveau-né, en hygiène communautaire et en VAD				337 500 000	675 000
	Equiper en kit 4000 ASC et 500 membres de groupements et associations communautaires en soins essentiels u nouveau-né, en hygiène communautaire et en VAD				675 000 000	1 350 000
Activité 1.2.3	Mettre à niveau les compétences de 83 Points focaux, 2175 praticiens de médecine traditionnelle des DS pour l'application des PFE et la référence aux praticiens de médecine traditionnelle	101 610 000	67 740 000		169 350 000	338 700
Activité 1.2.4	Mettre à niveau les compétences de 2 000 personnels d'appui des structures de santé sur les PFE	216 000 000	144 000 000		360 000 000	720 000
Activité 1.2.5	Organiser des supervisions trimestrielles des praticiens de médecine traditionnelle pour l'application des PFE et la référence	221 333 333	221 333 333		664 000 000	1 328 000

Produit 2 : d'ici 2020, au moins 80% des nouveau-nés disposent d'une offre de services adéquats pour la réanimation, la méthode « mère Kangourou », la prévention et le traitement des infections sévères au niveau des structures de santé	2 020 665 075	4 517 681 085	1 422 780 587	7 961 126 747	15 922 253
ACTION 2.1 Mise aux normes des structures sanitaires en termes de plateau technique selon la pyramide sanitaire en vue de l'offre de soins des nouveau-nés ans les ESP et les hôpitaux de référence des zones ciblées	1 542 165 000	4 064 200 000	1 205 750 000	6 812 115 000	13 624 230
Activité 2.1.1 Faire un état des lieux du plateau technique de 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant	35 515 000			35 515 000	71 030
Faire un état des lieux du plateau technique de 4 CHU prenant en charge la mère et l'enfant				100 000	200
Faire un état des lieux du plateau technique de 17 CHR structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant				340 000	680
Faire un état des lieux du plateau technique de 123 HG structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant				2 091 000	4 182
Faire un état des lieux du plateau technique de 2356 ESPC prenant en charge la mère et l'enfant				32 984 000	65 968
Activité 2.1.2 Equiper 2500 structures sanitaires en matériel et autres accessoires requis en fonction de leur positionnement dans la pyramide sanitaire	1 050 900 000	3 152 700 000		4 203 600 000	8 407 200
Equiper 4 CHU et 17 CHR en système de ventilation (CIPAP), matériel d'hygiène (savon, javel, gants, antiseptiques, poubelles et autres accessoires requis :				945 000 000	1 890 000
Equiper 123 HG en matériel KTVO, aspirateurs, et autres accessoires requis et en matériel d'hygiène (savon, javel, gants, antiseptiques, poubelles.				1 845 000 000	3 690 000
Equiper 2356 ESPC en matériel d'aspiration de mucosité (pingouin, aspirateur), mama équipement de chauffage du NINE (table chauffante) et autres accessoires requis				1 413 600 000	2 827 200

Activité 2.1.3	Mettre en œuvre un plan de maintenance du matériel dans les 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant	375 000 000	750 000 000	1 125 000 000	2 250 000 000	4 500 000
Activité 2.1.4	Aménager un centre de référence «mère Kangourou» dans chacune des 19 régions sanitaires (salle hospitalisation mère et bébé, commodités sanitaires, équipement et matériel)	80 750 000	161 500 000	80 750 000	323 000 000	646 000
ACTION 2.2	Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du NNE	2 903 125	2 903 125	1 950 000	7 756 250	15 513
Activité 2.2.1	Organiser une réunion pour établir/actualiser la liste des besoins essentiels en produits de santé et autres intrants nécessaires à la prise en charge des soins du nouveau-né	468 750	468 750		937 500	1 875
Activité 2.2.2	Organiser une réunion pour établir et actualiser chaque année la liste des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du nouveau-né dits «produits traceurs»	484375	484 375		968 750	1 938
Activité 2.2.3	Organiser un atelier de trois jours pour la quantification des produits de santé énumérés sur la liste des «produits traceurs» chaque année	1 950 000	1 950 000	1 950 000	5 850 000	11 700
ACTION 2.3	Améliorer les conditions de stockage des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du NNE	475 596 950	450 577 960	215 080 587	1 141 255 497	2 282 511
Activité 2.3.1	Assurer la disponibilité des antibiotiques et de la Chlorhexidine pour le traitement des infections du nouveau-né et les soins du cordon dans toutes les maternités des structures des zones ciblées	259 596 950	234 577 960	215 080 587	709 255 497	1 418 511
	Assurer la disponibilité des antibiotiques pour le traitement des infections du nouveau-né	127 390 895	100 908 090	79 930 694	308 229 679	616 459
	Assurer la disponibilité de la Chlorhexidine pour les soins du cordon dans toutes les maternités des structures des zones ciblées	132 206 055	133 669 870	135 149 893	401 025 818	802 052
Activité 2.3.2	Approvisionner 04 CHU, 17 CHR et 123 HG en chariot de médicaments d'urgence pour les soins de la mère et de l'enfant	216 000 000	216 000 000		432 000 000	864 000

Produit 3 : d'ici 2020, 100% des personnels des structures de santé offrant les soins aux nouveau-nés ont les capacités nécessaires pour offrir des soins de qualité aux nouveau-nés à risque		306 417 143	508 564 286	351 978 571	1 166 960 000	2 333 920
ACTION 3	Renforcement des capacités (formation et suivi post formation) des acteurs de sante a tous les niveaux sur les soins essentiels des nouveau-nés et sur hygiène hospitalière	193 817 143	285 714 286	71 428 571	550 960 000	1 101 920
Activité 3.1.1	Organiser un atelier de trois jours pour élaborer les protocoles thérapeutiques de la prise en charge des maladies chez le nouveau-né surtout la prématurité, l'infection, l'asphyxie périnatale y compris l'hygiène hospitalière pour la prévention des infections	7 800 000			7 800 000	15 600
Activité 3.1.2	Former un pool de formateur sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)	43 160 000			43 160 000	86 320
Activité 3.1.3	Former 2500 prestataires de soins sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)	71 428 571	142 857 143	35 714 286	250 000 000	500 000
Activité 3.1.4	Former 01 prestataire de 2500 structures sanitaires SME à l'utilisation et l'entretien du matériel en fonction du niveau de la pyramide sanitaire	71 428 571	142 857 143	35 714 286	250 000 000	500 000
ACTION 3.2	Développement d'un système de réseautage entre les prestataires	-	23 350 000	-	23 350 000	46 700
Activité 3.2.1	Organiser 01 atelier de 02 jours pour élaborer un répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des 83 Districts sanitaires		5 850 000		5 850 000	11 700
Activité 3.2.2	Reproduire et diffuser le répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des 2500 structures sanitaires		2 500 000		2 500 000	5 000
Activité 3.2.3	Reproduire et diffuser le registre de référence et contre référence au niveau des 2500 structures sanitaires mère enfant		15 000 000		15 000 000	30 000

ACTION 3.3	Développement des mécanismes pour un suivi régulier des activités SNN prenant en compte secteur public privé, les établissements confessionnels et les armées	112 600 000	199 500 000	280 550 000	592 650 000	1 185 300
Activité 3.3.1	Organiser le coaching et le suivi du personnel soignant des ESP, des maternités des hôpitaux de référence et des CHU pour les soins du nouveau-né	83 000 000	166 000 000	249 000 000	498 000 000	996 000
Activité 3.3.2	Intégrer les indicateurs des interventions du nouveau-né dans le système de collecte d'information national et assurer l'approvisionnement régulier des structures en outils de collecte (réanimation nouveau-né, méthode kangourou, soins du cordon, traitement de la septicémie néo-natale)		3 900 000	1 950 000	5 850 000	11 700
Activité 3.3.3	Organiser 01 réunion trimestrielle d'échange et de partage des données avec les acteurs intervenant dans la santé néonatale (PTF, Société civile, associations professionnelles, le secteur publique)	13 000 000	13 000 000	13 000 000	39 000 000	78 000
Activité 3.3.4	Réaliser la documentation et la dissémination des bonnes pratiques sur la sante du nouveau-né	16 600 000	16 600 000	16 600 000	49 800 000	99 600
TOTAL GENERAL DU PLAN		5 524 503 051	7 397 238 829	2 506 915 866	15 428 657 747	30 857 315

Chapitres vi :

PLAN DE MISE EN OEUVRE

PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020

VI. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Tableau 4 : Plan de mise en œuvre

ACTIVITÉS	RESPONSABLES	ZONES GÉOGRAPHIQUES	2018	2019	2020	INDICATEURS	RÉSULTATS ATTENDUS
Produit 1 : Au moins 80% des mères, des pères et des gardiens d'enfants ont des connaissances accrues sur les soins préventifs et curatifs pour les nouveau-nés							
ACTION 1.1	Mise en œuvre du plan de communication spécifique au NN sur les soins essentiels (Soins du cordon, oculaires, mise au sein précoce, métho de mère KANGOUROU						
Activité 1.1.1	PNSME	Abidjan	X			Nombre de réunions organisées pour développer un plan de communication spécifique au nouveau-né	Le plan de communication spécifique au nouveau-né est disponible
Activité 1.1.2	PNSME	National	X			Nombre d'exemplaire du plan de communication du nouveau-né disséminés	Les 260 exemplaires du plan de communication du nouveau-né sont disséminés à tous les niveaux programmatiques
Activité 1.1.2	PNSME	Agboville	X	X	X	Existence des outils de communication sur les soins essentiels du nouveau-né révisé	Les outils de communication sur les soins essentiels du nouveau-né sont disponibles
Activité 1.1.4	PNSME/DD	Abidjan et districts sanitaires	X			Nombre de spots sur les soins essentiels du nouveau-né conclus et diffusé toute l'année	Les populations sont informées sur les soins essentiels du nouveau-né
Activité 1.1.5	PNSME/DD	Abidjan et districts sanitaires	X	X	X	Nombre d'activités de sensibilisation réalisées auprès des acteurs de santé et les intervenants sociaux sur les soins essentiels du nouveau-né	5000 acteurs de santé et les intervenants sociaux sur les soins essentiels du nouveau-né sont sensibilisés
Activité 1.1.6	PNSME/DD	Abidjan et districts sanitaires	X	X	X	Nombre d'émissions TV sur les soins essentiels du nouveau-né réalisées par trimestre	Une émission TV sur les soins essentiels du nouveau-né réalisée par trimestre

Activité 1.1.7	Diffuser les messages de sensibilisation sur la survie de l'enfant à travers 200 radios (197 radios de proximité et 03 Radio Nationales)	PNSME/DD	Abidjan et districts sanitaires	X	X	X	Nombre d'activités de sensibilisation sur la survie de l'enfant à travers 200 radios (197 radios de proximité et 03 Radios Nationales) réalisées	Les 200 radio (197 radios de proximité et 03 Radio Nationales) ont diffusé les messages de sensibilisation sur la survie de l'enfant
ACTION 1.2	Renforcement des capacités des relais communautaires (ASC, les groupements et associations communautaires), des praticiens de médecine traditionnelle et des personnels d'appui des structures de santé sur les interventions en faveur de la survie du nouveau-né							
Activité 1.2.1	Intégrer les compétences pour les interventions spécifiques pour le NNE dans les modules de formation des relais communautaires	PNSME/DD	Abidjan	X	X		Le niveau d'intégration des compétences pour les interventions spécifiques pour le NNE dans les modules de formation des relais communautaires	Les compétences pour les interventions spécifiques pour le NNE sont Intégrées dans les modules de formation des relais communautaires
Activité 1.2.2	Former et équiper en kit 4000 ASC et 500 membres de groupements et associations communautaires en soins essentiels u nouveau-né, en hygiène communautaire et en VAD	DD	Districts sanitaires	X	X		Nombre d'ASC et de membres de groupements et associations communautaires formés en soins essentiels du nouveau-né, en hygiène communautaire et en VAD et équipés	Les 4000 ASC et les 500 membres de groupements et associations communautaires sont formés et équipés en soins essentiels du nouveau-né, en hygiène communautaire
Activité 1.2.3	Mettre à niveau les compétences de 83 Points focaux, 2175 praticiens de médecine traditionnelle des DS pour l'application des PFE et la référence aux praticiens de médecine traditionnelle	DD/PNPMT	Districts sanitaires	X	X		Nombre de Points focaux et de praticiens de médecine traditionnelle des DS mis à niveau pour l'application des PFE	Les compétences de 83 Points focaux et 2175 praticiens de médecine traditionnelle des DS pour l'application des PFE sont mises à niveau
Activité 1.2.4	Mettre à niveau les compétences de 2 000 personnels d'appui des structures de santé sur les PFE	DD	Districts sanitaires	X	X		Nombre de personnels d'appui des structures de santé mise à niveau sur les PFE	Les compétences de 2 000 personnels d'appui des structures de santé sur les PFE sont mises à niveau
Activité 1.2.5	Organiser des supervisions trimestrielles des praticiens de médecine traditionnelle pour l'application des PFE et la référence	DD/PNPMT	Districts sanitaires	X	X		Nombre de supervisions trimestrielles des praticiens de médecine traditionnelle pour l'application des PFE et la référence organisées	La qualité des prestations des praticiens de médecine traditionnelle pour l'application des PFE et la référence est améliorée

Produit 2 : d'ici 2020, au moins 80% des nouveau-nés disposent d'une offre de services adéquats pour la réanimation, la méthode « mère Kangourou », la prévention et le traitement des infections sévères au niveau des structures de santé						
ACTIONS						
ACTION 2.1	Mise aux normes des structures sanitaires en termes de plateau technique selon la pyramide sanitaire en vue de l'offre de soins des nouveau-nés ans les ESP et les hôpitaux de référence des zones ciblées					
Activité 2.1.1	Faire un état des lieux du plateau technique de 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant	PNSME / DD	Districts sanitaires	X	Districts sanitaires	Proportion des établissements prenant en charge la mère et l'enfant ayant fait l'objet d'un état des lieux du plateau technique
Activité 2.1.2	Equiper 2500 structures sanitaires en matériel et autres accessoires requis en fonction de leur positionnement dans la pyramide sanitaire			X		Nombre de structures sanitaires équipées en matériel et autres accessoires requis en fonction de leur positionnement dans la pyramide sanitaire
Activité 2.1.3	Mettre en œuvre un plan de maintenance du matériel dans les 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant	PNSME / DD	Districts sanitaires	X	Districts sanitaires	2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant
Activité 2.1.4	Aménager un centre de référence «mère Kangourou» dans chacune des 19 régions sanitaires (salle hospitalisation mère et bébé, commodités sanitaires, équipement et matériel)	PNSME / DD	Districts sanitaires	X	Districts sanitaires	2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant disposent toujours du matériel fonctionnel
ACTION 2.2	Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du NNE					
						Les besoins des 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant sont connus
						Les 2500 structures sanitaires sont équipées en matériel et autres accessoires requis en fonction de leur positionnement dans la pyramide sanitaire
						Les 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant disposent toujours du matériel fonctionnel
						Les 19 régions ont un centre de référence «mère Kangourou» aménagé (salle hospitalisation mère et bébé, commodités sanitaires, équipement et matériel)

Activité 2.2.1	Organiser une réunion pour établir/actualiser la liste des besoins essentiels en produits de santé et autres intrants nécessaires à la prise en charge des soins du nouveau-né	PNSME	Abidjan	X	X	Nombre de réunions organisées pour établir ou actualiser la liste des besoins essentiels en produits de santé et autres intrants nécessaires à la prise en charge des soins du nouveau-né	La liste des besoins essentiels en produits de santé et autres intrants nécessaires à la prise en charge des soins du nouveau-né est établie
Activité 2.2.2	Organiser une réunion pour établir et actualiser chaque année la liste des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du nouveau-né dits « produits traceurs»	PNSME	Abidjan	X	X	Nombre de réunions organisées pour établir chaque année la liste des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du nouveau-né dits « produits traceurs»	La liste médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du nouveau-né dits « produits traceurs» est établie
Activité 2.2.3	Organiser un atelier de trois jours pour la quantification des produits de santé énumérés sur la liste des «produits traceurs» chaque année	PNSME	Abidjan	X	X	Nombre d'ateliers de trois jours organisés chaque année pour la quantification des produits de santé énumérés sur la liste des «produits traceurs»	Les besoins annuels et les plans d'approvisionnement des produits de santé énumérés sur la liste des «produits traceurs» sont connus
ACTION 2.3	Améliorer les conditions de stockage des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du NNE						
Activité 2.3.1	Assurer la disponibilité des antibiotiques et de la Chlorhexidine pour le traitement des infections du nouveau-né et les soins du cordon dans toutes les maternités des structures des zones ciblées	PNSME	Districts sanitaires	X	X	Nombre de rupture de stocks des antibiotiques et de la Chlorhexidine pour le traitement des infections du nouveau-né et les soins du cordon dans toutes les maternités des structures des zones ciblées	0% de rupture de stock des antibiotiques et de la Chlorhexidine pour le traitement des infections du nouveau-né et les soins du cordon dans toutes les maternités des structures des zones ciblées

Activité 2.3.2	Approvisionner 04 CHU, 17 CHR et 123 HG en chariot de médicaments d'urgence pour les soins de la mère et de l'enfant	PNSME / DR	Districts Sanitaires	X	X	Nombre de CHU, de CHR et d'HG approvisionnés en chariot de médicaments d'urgence pour les soins de la mère et de l'enfant	Les 4 CHU, 17 CHR et 123 HG sont approvisionnés en chariot de médicaments d'urgence pour les soins de la mère et de l'enfant
Produit 3 : d'ici 2020, 100% des personnels des structures de santé offrant les soins aux nouveau-nés ont les capacités nécessaires pour offrir des soins de qualité aux nouveau-nés à risque							
ACTION 3							
Renforcement des capacités (formation et suivi post formation) des acteurs de santé à tous les niveaux sur les soins essentiels des nouveau-nés et sur l'hygiène hospitalière							
Activité 3.1.1	Organiser un atelier de trois jours pour élaborer les protocoles thérapeutiques de la prise en charge des maladies chez le nouveau-né surtout la prématurité, l'infection, l'asphyxie périnatale y compris l'hygiène hospitalière pour la prévention des infections	PNSME	Districts Sanitaires	X		Nombre d'atelier de trois jours organisés pour élaborer les protocoles thérapeutiques de la prise en charge des maladies chez le nouveau-né surtout la prématurité, l'infection, l'asphyxie périnatale y compris l'hygiène hospitalière pour la prévention des infections	Les protocoles thérapeutiques de prise en charge des maladies chez le nouveau-né surtout la prématurité, l'infection, l'asphyxie périnatale y compris l'hygiène hospitalière pour la prévention des infections sont disponibles
Activité 3.1.2	Former un pool de formateur sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)	PNSME	Abidjan	X		Existence d'un pool de formateurs formés sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)	Former un pool de formateur sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)
Activité 3.1.3	Former 2500 prestataires de soins sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)	PNSME	Abidjan	X	X	Nombre de prestataires Formés sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)	2500 prestataires formés sur le soin essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)

Activité 3.1.4	Former 01 prestataire de 2500 structures sanitaires SME à l'utilisation et l'entretien du matériel en fonction du niveau de la pyramide sanitaire	PNSME	PNSME	X	X	X	01 prestataire de 2500 structures sanitaires SME, formé à l'utilisation et l'entretien du matériel en fonction du niveau de la pyramide sanitaire
ACTION 3.2	Développement d'un système de réseautage entre les prestataires						
Activité 3.2.1	Organiser 01 atelier de 02 jours pour élaborer un répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des 83 Districts sanitaires	PNSME	Abidjan	X			Un répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des 83 est disponible
Activité 3.2.2	Reproduire et diffuser le répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des 2500 structures sanitaires	PNSME	Districts sanitaires	X			Les 2500 structures sanitaires ont reçu le répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des
Activité 3.2.3	Reproduire et diffuser le registre de référence et contre référence au niveau des 2500 structures sanitaires mère enfant	PNSME	Districts sanitaires	X			2500 structures sanitaires ont reçu le registre de référence et contre référence au niveau des mères et enfants
ACTION 3.3	Développement des mécanismes pour un suivi régulier des activités SNN prenant en compte secteur publique privé, les établissements confessionnels et les armées						
Activité 3.3.1	Organiser le coaching et le suivi du personnel soignant des ESP, des maternités des hôpitaux de référence et des CHU pour les soins du nouveau-né	DD	Districts sanitaires	X	X	X	La qualité des soins du nouveau-né s'est améliorée par le biais du le coaching et le suivi du personnel soignant des ESP, des maternités des hôpitaux de référence et des CHU pour les soins du nouveau-né

Activité 3.3.2	Intégrer les indicateurs des interventions du nouveau-né dans le système de collecte d'information national et assurer l'approvisionnement régulière des structures en outils de collecte (réanimation nouveau-né, méthode kangourou, soins du cordon, traitement de la septicémie néo-natale)	PNSME	Abidjan		X	X	Nombre d'indicateurs des interventions du nouveau-né Intégrés dans le système de collecte d'information national et)	Les indicateurs des interventions du nouveau-nés sont intégrés dans le système de collecte d'information national et assurer l'approvisionnement régulière des structures en outils de collecte (réanimation nouveau-né, méthode kangourou, soins du cordon, traitement de la septicémie néo-natale)
Activité 3.3.3	Organiser 01 réunion trimestrielle d'échange et de partage des données avec les acteurs intervenant dans la santé néonatale (PTF, Société civile, associations confessionnelles, le secteur publique)	PNSME, DR, DD	National et Districts sanitaires		X	X	Nombre de réunions trimestrielles d'échange et de partage des données avec les acteurs intervenant dans la santé néonatale (PTF, Société civile, associations confessionnelles, le secteur publique) organisées	1 réunion trimestrielle d'échange et de partage des données avec les acteurs intervenant dans la santé néonatale (PTF, Société civile, associations confessionnelles, le secteur publique) est organisée
Activité 3.3.4	Réaliser la documentation et la dissémination des bonnes pratiques sur la santé du nouveau-né	PNSME / DR / DD	Districts sanitaires				Existence de la documentation et de la dissémination des bonnes pratiques sur la santé du nouveau-né	Les problèmes liés à la mise en œuvre des interventions du nouveau-né sont connus et les solutions sont apportées La documentation et la dissémination des bonnes pratiques sur la santé du nouveau-né sont réalisées

ANNEXES

PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NÉ CÔTE D'IVOIRE

.....
2018 - 2020

ANNEXE 1

Tableau 5 : Cadre logique des résultats des interventions

RESULTATS ESCOMPTES	INDICATEURS		SOURCES DE VERIFICATION		HYPOTHESES	RISQUES
	Base	Cible				
Effet : Plus de 50% des nouveau-nés atteints d'asphyxie, d'infection ou de prématurité bénéficient de soins de qualité selon le niveau de l'établissement sanitaire						
	Pourcentage de nouveau-nés présumés atteints d'une septicémie/pneumonie et soignés au moyen d'antibiotiques oraux.	17	67	Rapport d'activités des structures de santé, RASS, Enquête	La mère accouche dans un centre de santé en présence d'un personnel qualifié	Situation sociopolitique instable
	Pourcentage de nouveau-nés présumés atteints d'une septicémie/pneumonie et soignés au moyen d'antibiotiques injectables	50	81	Rapport d'activités des structures de santé, RASS, Enquête	La mère, le père ou la personne en charge du nouveau-né conduisent les nouveau-nés malades dans les centres de santé	
	Pourcentage de nouveau-nés prématurés bénéficiant de la méthode de la « mère kangourou » dans un structure de santé.	6	21	Rapport d'activités des structures de santé, RASS, Enquête		Absence d'intégration nutrition, Wash, nouveau-né
	Pourcentage de nouveau-nés dont le cordon ombilical a été désinfecté à l'aide de chlorhexidine après la naissance. -	61	81	Rapport d'activités des structures de santé, RASS, Enquête		
	Pourcentage de nouveau-nés souffrant d'asphyxie/de détresse respiratoire, réanimés au cours de la première minute, ayant survécu et ne présentant aucune séquelle sur le plan neurologique	24	56	Rapport d'activités des structures de santé, RASS		

<p>Produit 1</p> <p>Au moins 80% des mères, des pères et des gardiens d'enfants ont des connaissances accrues sur les soins préventifs et curatifs pour les nouveau-nés et mettent en œuvre les bonnes pratiques (lavage des mains, pratique de soins propres post natal)</p>	<p>41</p>	<p>41</p>	<p>Pourcentage de mères se lavant les mains au savon avant de préparer les repas, de nourrir leur bébé et de manger, et après être allées à la selle et avoir lavé leur bébé.</p>	<p>Rapport d'activité des ASC, Enquête nationale (MICS)</p>	<p>Adhésion et implication de l'ensemble des intervenants (décideurs, secteur privé et leaders d'opinion, relais communautaires)</p>	<p>Situation sociopolitique instable</p>
	<p>23</p>	<p>40</p>	<p>Pourcentage de nouveau-nés vivant dans un environnement propre, ne subissant aucune pratique néfaste et dont la mère se lave fréquemment les mains.</p>	<p>Rapport d'activité des ASC, Enquête nationale (MICS)</p>	<p>La communauté comprend la nécessité de mettre en œuvre les bonnes pratiques des soins postnatals appropriés aux nouveau-né</p>	<p>Absence de mise en œuvre du plan WASH, plan de déploiement personnel DRH, Plan de formation sur site</p>
	<p>23</p>	<p>41</p>	<p>Pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié de pratiques de protection thermique à domicile appropriées et conformes aux recommandations : séchage, enveloppement du nouveau-né, méthode de la « mère kangourou » et report du bain.</p>	<p>Rapport d'activité des ASC, Enquête nationale (MICS)</p>		<p>Insuffisance de mobilisation des fonds pour mettre en œuvre le plan Absence d'intégration nutrition, Wash, nouveau-né</p>

Produit 2 Plus de 80% des structures de santé offrent des services de soins de réanimation, mère Kangourou, prise en charge des septicémies	P2.1 : Proportion d'établissements sanitaires disposant d'un coin nouveau-né, d'un espace aménagé pour les soins mère Kangourou et la réanimation du nouveau-né fonctionnels	Réanimation : 21, Mère Kangourou : 41, Traitement Antibiotique injecté : 33	85	Rapport d'activités des structures de santé, RASS	Adhésion et implication des décideurs	Situation sociopolitique stable	
	P2.2 : Ratio des services de soins essentiels disponibles par population	ND		RASS	Mise à niveau des structures sanitaires aux normes (hygiène, équipement, matériel, liste médicaments essentiels)	Adhésion et implication de l'ensemble des intervenants : décideurs, secteur privé, leaders d'opinion, partenaires	
	P1.3 : Proportion d'établissements sanitaires ayant les commodités requises pour lutter contre les infections néo-natales (eau, lave-mains, latrines améliorées).	Eau : 76% ; sanitaire : 77%	85	Rapport d'activités, rapport d'enquête			
	P1.4 : Proportion de structures disposant des médicaments essentiels et intrants nécessaires à la prise en charge de qualité des nouveau-nés	45	85	Rapport d'activités des structures de santé ; rapport d'enquête			
Produit 3 100% des personnels des structures de santé offrant les soins aux nouveau-nés ont les capacités d'offrir des soins de qualité aux nouveau-nés à risque	P3.1 : Proportion des infirmiers/es, sages-femmes, médecins ayant la compétence pour donner des soins essentiels aux nouveau-nés	36	100	Mobilisation des fonds. Mise en œuvre du plan de formation DRH		Situation sociopolitique stable	
	Proportion de professionnels de santé ayant bénéficié d'un suivi, coaching pour les soins du nouveau-né	ND	ND			Greve des personnels de santé	

Tableau 6: Indicateurs et résultats attendus

RESPONSABLES	ZONE GÉOGRAPHIQUE	INDICATEURS	RÉSULTATS ATTENDUS
Mise en œuvre du plan de communication spécifique au NN sur les soins essentiels (Soins du cordon, oculaires, mise au sein précoce, méthode mère KANGOUROU			
Organiser 01 réunion pour développer/renforcer un plan de communication spécifique au nouveau-né	Abidjan	Nombre de réunions organisées pour développer un plan de communication spécifique au nouveau-né	Le plan de communication spécifique au nouveau-né est disponible
Disséminer 260 exemplaires du plan de communication spécifique au nouveau-né	National	Nombre d'exemplaire du plan de communication du nouveau-né disséminés	Les 260 exemplaires du plan de communication du nouveau-né sont disséminés à tous les niveaux programmatiques
Disséminer au niveau central			
Disséminer au niveau DR			
Disséminer au niveau DD			
Disséminer aux hôpitaux			
Elaborer/réviser des outils de communication sur les soins essentiels du nouveau-né	Agboville	Existence des outils de communication sur les soins essentiels du nouveau-né révisé	Les outils de communication sur les soins essentiels du nouveau-né sont disponibles
Concevoir 01 spot sur les soins essentiels du nouveau-né et diffuser toute l'année le spot	Abidjan et districts sanitaires	Nombre de spots sur les soins essentiels du nouveau-né conclus et diffusé toute l'année	Les populations sont informées sur les soins essentiels du nouveau-né
Sensibiliser 5000 acteurs de santé et les intervenants sociaux sur les soins essentiels du nouveau-né	Abidjan et districts sanitaires	Nombre d'activités de sensibilisation réalisées auprès des acteurs de santé et les intervenants sociaux sur les soins essentiels du nouveau-né	5000 acteurs de santé et les intervenants sociaux sur les soins essentiels du nouveau-né sont sensibilisés
Faire 01 émission TV sur les soins essentiels du nouveau-né par trimestre	Abidjan et districts sanitaires	Nombre d'émissions TV sur les soins essentiels du nouveau-né réalisées par trimestre	Une émission TV sur les soins essentiels du nouveau-né réalisée par trimestre

Diffuser les messages de sensibilisation sur la survie de l'enfant à travers 200 radios (197 radios de proximité et 03 Radio Nationales)	PNSME/DD	Abidjan et districts sanitaires	Nombre d'activités de sensibilisation sur la survie de l'enfant à travers 200 radios (197 radios de proximité et 03 Radio Nationales) réalisées	Les 200 radios, 197 radios de proximité et 03 Radio Nationales) ont diffusé les messages de sensibilisation sur la survie de l'enfant
Renforcement des capacités des relais communautaires (ASC, les groupements et associations communautaires), des praticiens de médecine traditionnelle et des personnels d'appui des structures de santé sur les interventions en faveur de la survie du nouveau-né				
Intégrer les compétences pour les interventions spécifiques pour le NNE dans les modules de formation des relais communautaires	PNSME/DD	Abidjan	Le niveau d'intégration des compétences pour les interventions spécifiques pour le NNE dans les modules de formation des relais communautaires	Les compétences pour les interventions spécifiques pour le NNE sont Intégrées dans les modules de formation des relais communautaires
Former et équiper en kit 4000 ASC et 500 membres de groupements et associations communautaires en soins essentiels du nouveau-né, en hygiène communautaire et en VAD	DD	Districts sanitaires	Nombre d'ASC et de membres de groupements et associations communautaires formés en soins essentiels du nouveau-né, en hygiène communautaire et en VAD et équipés	Les 4000 ASC et les 500 membres de groupements et associations communautaires sont formés et équipés en soins essentiels du nouveau-né, en hygiène communautaire
Mettre à niveau les compétences de 83 Points focaux, 2175 praticiens de médecine traditionnelle des DS pour l'application des PFE et la référence aux praticiens de médecine traditionnelle	DD	Districts sanitaires	Nombre de Points focaux et de praticiens de médecine traditionnelle des DS mis à niveau pour l'application des PFE	Les compétences de 83 Points focaux et 2175 praticiens de médecine traditionnelle des DS pour l'application des PFE sont mises à niveau
Mettre à niveau les compétences de 2 000 personnels d'appui des structures de santé sur les PFE	DD	Districts sanitaires	Nombre de personnels d'appui des structures de santé mis en niveau sur les PFE	Les compétences de 2 000 personnels d'appui des structures de santé sur les PFE sont mises à niveau
Organiser des supervisions trimestrielles des praticiens de médecine traditionnelle pour l'application des PFE et la référence	DD/PNPMT	Districts sanitaires	Nombre de supervisions trimestrielles des praticiens de médecine traditionnelle pour l'application des PFE et la référence organisées	La qualité des prestations des praticiens de médecine traditionnelle pour l'application des PFE et la référence est améliorée

Mise aux normes des structures sanitaires en termes de plateau technique selon la pyramide sanitaire en vue de l'offre de soins des nouveau-nés ans les ESP et les hôpitaux de référence des zones ciblées					
Faire un état des lieux du plateau technique de 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant	PNSME / DD	Districts sanitaires	Proportion des établissements prenant en charge la mère et l'enfant ayant fait l'objet d'un état des lieux du plateau technique	Les besoins des 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant sont connus	
Equiper 2500 structures sanitaires en matériel et autres accessoires requis en fonction de leur positionnement dans la pyramide sanitaire			Nombre de structures sanitaires équipées en matériel et autres accessoires requis en fonction de leur positionnement dans la pyramide sanitaire	Les 2500 structures sanitaires sont équipées en matériel et autres accessoires requis en fonction de leur positionnement dans la pyramide sanitaire	
Mettre en œuvre un plan de maintenance du matériel dans les 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant	PNSME / DD	Districts sanitaires	Existence d'un plan maintenance du matériel des 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant	Les 2500 structures sanitaires prenant en charge la mère et l'enfant disposent toujours du matériel fonctionnel	
Aménager un centre de référence «mère Kangourou» dans chacune des 19 régions sanitaires (salle hospitalisation mère et bébé, commodités sanitaires, équipement et matériel)	PNSME / DD	Districts sanitaires	Nombre de régions ayant un centre de référence «mère Kangourou» aménagé (salle hospitalisation mère et bébé, commodités sanitaires, équipement et matériel)	Les 19 régions ont un centre de référence «mère Kangourou» aménagé (salle hospitalisation mère et bébé, commodités sanitaires, équipement et matériel)	
Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du NNE					
Organiser une réunion pour établir/actualiser la liste des besoins essentiels en produits de santé et autres intrants nécessaires à la prise en charge des soins du nouveau-né	PNSME	Abidjan	Nombre de réunions organisées pour établir ou actualiser la liste des besoins essentiels en produits de santé et autres intrants nécessaires à la prise en charge des soins du nouveau-né	La liste des besoins essentiels en produits de santé et autres intrants nécessaires à la prise en charge des soins du nouveau-né est établie	

Organiser une réunion pour établir et actualiser chaque année la liste des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du nouveau-né dits «produits traceurs»	PNSME	Abidjan	Nombre de réunions organisées pour établir chaque année la liste des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du nouveau-né dits «produits traceurs»	La liste médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du nouveau-né dits «produits traceurs» est établie
Organiser un atelier de trois jours pour la quantification des produits de santé énumérés sur la liste des «produits traceurs» chaque année	PNSME	Abidjan	Nombre d'ateliers de trois jours organisés chaque année pour la quantification des produits de santé énumérés sur la liste des «produits traceurs»	Les besoins annuels et les plans d'approvisionnement des produits de santé énumérés sur la liste des «produits traceurs» sont connus
Améliorer les conditions de stockage des médicaments, produits et kits de base de réanimation et soins essentiels du NNE				
Assurer la disponibilité des antibiotiques et de la Chlorhexidine pour le traitement des infections du nouveau-né et les soins du cordon dans toutes les maternités des structures des zones ciblées	PNSME	Districts sanitaires	Nombre de rupture de stocks des antibiotiques et de la Chlorhexidine pour le traitement des infections du nouveau-né et les soins du cordon dans toutes les maternités des structures des zones ciblées	0% de rupture de stock des antibiotiques et de la Chlorhexidine pour le traitement des infections du nouveau-né et les soins du cordon dans toutes les maternités des structures des zones ciblées
Approvisionner 04 CHU, 17 CHR et 123 HG en chariot de médicaments d'urgence pour les soins de la mère et de l'enfant	PNSME / DR	Districts Sanitaires	Nombre de CHU, de CHR et d'HG approvisionnés en chariot de médicaments d'urgence pour les soins de la mère et de l'enfant	Les 4 CHU, 17 CHR et 123 HG sont approvisionnés en chariot de médicaments d'urgence pour les soins de la mère et de l'enfant
Renforcement des capacités (formation et suivi post formation) des acteurs de sante a tous les niveaux sur les soins essentiels des nouveau-nés et sur l'hygiène hospitalière				

<p>Organiser un atelier de trois jours pour élaborer les protocoles thérapeutiques de la prise en charge des maladies chez le nouveau-né surtout la prématurité, l'infection, l'asphyxie périnatale y compris l'hygiène hospitalière pour la prévention des infections</p>	<p>PNSME</p>	<p>Districts Sanitaires</p>	<p>Nombre d'atelier de trois jours organisés pour élaborer les protocoles thérapeutiques de la prise en charge des maladies chez le nouveau-né surtout la prématurité, l'infection, l'asphyxie périnatale y compris l'hygiène hospitalière pour la prévention des infections</p>	<p>Les protocoles thérapeutiques de prise en charge des maladies chez le nouveau-né surtout la prématurité, l'infection, l'asphyxie périnatale y compris l'hygiène hospitalière pour la prévention des infections sont disponibles</p>
<p>Former un pool de formateur sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)</p>	<p>PNSME</p>	<p>Abidjan</p>	<p>Existence d'un pool de formateurs formés sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)</p>	<p>Former un pool de formateur sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)</p>
<p>Former 2500 prestataires de soins sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)</p>	<p>PNSME</p>	<p>Abidjan</p>	<p>Nombre de prestataires Formés sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)</p>	<p>2500 prestataires formés sur les soins essentiels du nouveau-né (prise en charge infection, méthodes mère kangourou, réanimation, hygiène hospitalière)</p>
<p>Former 01 prestataire de 2500 structures sanitaires SME à l'utilisation et l'entretien du matériel en fonction du niveau de la pyramide sanitaire</p>	<p>PNSME Abidjan</p>	<p>PNSME Abidjan</p>	<p>Nombre de prestataire formés à l'utilisation et l'entretien du matériel en fonction du niveau de la pyramide sanitaire</p>	<p>01 prestataire de 2500 structures sanitaires SME, formé à l'utilisation et l'entretien du matériel en fonction du niveau de la pyramide sanitaire</p>
<p>Développement d'un système de réseautage entre les prestataires</p>				
<p>Organiser 01 atelier de 02 jours pour élaborer un répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des 83 Districts sanitaires</p>	<p>PNSME</p>	<p>Abidjan</p>	<p>Nombre d'ateliers de 02 jours organisés pour élaborer un répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des 83 Districts sanitaires</p>	<p>Un répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des 83 est disponible</p>

Reproduire et diffuser le répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des 2500 structures sanitaires	PNSME	Districts sanitaires	Nombre de structures sanitaires ayant reçu le répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés	Les 2500 structures sanitaires ont reçu le répertoire national de réseaux de prise en charge des nouveau-nés au niveau des
Reproduire et diffuser le registre de référence et contre référence au niveau des 2500 structures sanitaires mère enfant	PNSME	Districts sanitaires	Nombre de structures sanitaires ayant reçu le registre de référence et contre référence	2500 structures sanitaires ont reçu le registre de référence et contre référence au niveau des mères et enfants
Développement des mécanismes pour un suivi régulier des activités SNN prenant en compte secteur publique privé, les établissements confessionnels et les armées				
Organiser le coaching et le suivi du personnel soignant des ESP, des maternités des hôpitaux de référence et des CHU pour les soins du nouveau-né	DD	Districts sanitaires	Nombre d'établissements sanitaires ayant reçu un coaching et le suivi du personnel soignant des ESP, des maternités des hôpitaux de référence et des CHU pour les soins du nouveau-né	La qualité des soins du nouveau-né s'est améliorée par le biais du coaching et le suivi du personnel soignant des ESP, des maternités des hôpitaux de référence et des CHU
Intégrer les indicateurs des interventions du nouveau-né dans le système de collecte d'information national et assurer l'approvisionnement régulier des structures en outils de collecte (réanimation nouveau-né, méthode kangourou, soins du cordon, traitement de la septicémie néo-natale)	PNSME	Abidjan	Nombre d'indicateurs des interventions du nouveau-né Intégrés dans le système de collecte d'information national (et)	Les indicateurs des interventions du nouveau-né sont intégrés dans le système de collecte d'information national et assurer l'approvisionnement régulier des structures en outils de collecte (réanimation nouveau-né, méthode kangourou, soins du cordon, traitement de la septicémie néo-natale)
Organiser 01 réunion trimestrielle d'échange et de partage des données avec les acteurs intervenant dans la santé néonatale (PTF, Société civile, associations confessionnelles, le secteur publique)	PNSME, DR, DD	National et Districts sanitaires	Nombre de réunions trimestrielles d'échange et de partage des données avec les acteurs intervenant dans la santé néonatale (PTF, Société civile, associations confessionnelles, le secteur publique) organisées	1 réunion trimestrielle d'échange et de partage des données avec les acteurs intervenant dans la santé néonatale (PTF, Société civile, associations confessionnelles, le secteur publique) est organisée
Réaliser la documentation et la dissémination des bonnes pratiques sur la sante du nouveau-né	PNSME / DR / DD	Districts sanitaires	Existence de la documentation et de la dissémination des bonnes pratiques sur la sante du nouveau-né	Les problèmes liés à la mise en œuvre des interventions du nouveau-né sont connus et les solutions sont apportées
				La documentation et la dissémination des bonnes pratiques sur la sante du nouveau-né sont réalisées

Tableau 7: Récapitulatifs des goulots d'étranglements applicables à toutes les interventions du nouveau-né et solutions

Goulot d'étranglement	Solutions
Leadership et gouvernance	
<ul style="list-style-type: none"> Les documents de politique, normes, directives sur les interventions du nouveau-né ne sont pas mis à jour 	<ul style="list-style-type: none"> Développer et mettre à jour régulièrement les documents de politiques, guide, protocole sur les interventions du nouveau-né.
<ul style="list-style-type: none"> Les directives pour les soins essentiels à l'accouchement et les soins du nouveau-né ne sont pas suffisamment diffusés au niveau des structures de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la distribution effective des documents de politiques, normes, guide au niveau de toutes les structures sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> Les mécanismes de coordination sont peu fonctionnels et l'approche multisectorielle insuffisante 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les comités de coordination existant au niveau du programme de la santé de la mère et de l'enfant
<ul style="list-style-type: none"> Les initiatives en faveur des interventions des nouveau-nés sont peu nombreuses (Méthode mère Kangourou, HMBS) 	<ul style="list-style-type: none"> Développer les initiatives en faveur du nouveau-né
Système d'information	
<ul style="list-style-type: none"> Absence d'intégration des données sanitaires des CHU, structures sanitaires privées et des EPN Certains indicateurs du nouveau-né ne sont pas intégrés dans le système d'information national (logiciel DHIS2) et les outils de collecte ne sont pas disponibles (réanimation nouveau-né, méthode kangourou, soins du cordon, traitement de la septicémie néo-natale) Certains indicateurs ne sont pas désagrégés Il existe une faiblesse au niveau du personnel à exploiter et utiliser les données (interprétation, analyse et planification) 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le SNIS en prenant en compte les CHU, structures sanitaires privées, les armées et les EPN Définir et intégrer les indicateurs des interventions spécifiques de nouveau-né dans le système de collecte d'informations de routine Approvisionner de façon régulière les structures sanitaires en outils de collecte des données Renforcer les capacités des responsables et des gestionnaires de données sur l'analyse et l'interprétation pour la programmation des actions

Goulot d'étranglement	Solutions
Financement de la santé	
<ul style="list-style-type: none"> Faible niveau de mutualisation du risque maladie Insuffisance de communication sur la CMU 	<ul style="list-style-type: none"> Faire le plaidoyer à l'endroit des décideurs pour que la couverture maladie universelle (CMU) entre effectivement en vigueur Sensibiliser la communauté sur la CMU
Prestation de service	
Faible disponibilité des services	
<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de disponibilité des services de soins au nouveau-né tels que : corticoïdes pour travail prématuré (21%), la méthode « mère Kangourou » (14%), réanimation néo-natale (44%), antibiotiques pour septicémie néo-natal (41%). <p>Causes :</p> <ul style="list-style-type: none"> insuffisance d'infrastructures absence de coins nouveau-né, d'espaces aménagés pour la mise en œuvre de la méthode mère Kangourou, non mise en œuvre du plan de réhabilitation des infrastructures et de la maintenance des équipements et matériels, insuffisance source d'eau et installation sanitaires améliorées). Insuffisance de la mise en œuvre des guides, protocole dans les services prenant en charge les nouveau-nés. Insuffisance de répartition des services de soins aux nouveau-nés dans les régions selon le type d'intervention. Certaines régions sont sous-servies. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'approvisionnement en matériel et équipement Mise aux normes des infrastructures, du plateau technique, équipement (bloc opératoire, eau courante, source d'énergie, incinérateur, toilette) Promouvoir les soins à domicile (PFE)

Insuffisance de la qualité des soins qui sont offerts	
<p>Causes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-respect des standards (22% des structures possèdent l'ensemble des éléments traçeurs pour la lutte contre l'infection) • Absence de standard de guide, de description de tâches (Mère Kangourou) • Nombre d'activités de suivi et d'évaluation peu nombreuses ou inexistantes pour certaines (supervision, mentorat) • Insuffisance de mécanisme d'amélioration de la qualité des soins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Former et encourager à l'utilisation des protocoles, des checklists • Créer des centres d'excellence ou référence au niveau des régions pour la mise en œuvre de la méthode « mère Kangourou » • Renforcer la supervision, le mentoring à tous les niveaux du système de santé • Intégrer la revue des décès néo-natals dans la surveillance des décès maternels et passer à échelle la surveillance

Goulot d'étranglement	Solutions
Communauté, appropriation et partenariat	
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans l'engagement communautaire et le partenariat pour la survie du nouveau-né (école des maris, groupe de soutien à l'allaitement, CARMMA, ARSIP...) • Insuffisance de partenariat entre système de santé, communauté et collectivités territoriales et administrative pour enregistrement des naissances et des décès néo-natals 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les initiatives en faveur du nouveau-né déjà en cours • Favoriser les partenariats privés-publics (Pédiatre du monde, fondation orange ...)
Personnel de santé	
<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise répartition du personnel (moitié des régions sanitaires en dessous du seuil norme national) • Insuffisance de connaissances et faible compétence des prestataires offrant les soins aux mères et aux nouveau-nés liés au fait que les accouchements et les soins aux nouveau-nés ne sont pas toujours effectués par du personnel qualifié, le plan de formation continue du personnel au niveau déconcentré n'est pas effectif, le système de réseautage entre les prestataires est inexistant. • Insuffisance au niveau de la motivation du personnel dû à l'absence de rémunération des spécialistes (gynécologues, pédiatres, l'insuffisance de stratégie de fidélisation des prestataires du secteur public et communautaire). 	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser et assurer la mise en œuvre du plan de développement du personnel de façon régulière (DRH) • Développer un curricula de formation sur site intégrant les priorités des interventions offertes à tous les niveaux de soins • Développer les activités de coaching des prestataires et le système de réseautage entre les prestataires • Plaidoyer en faveur de la rémunération pour les spécialités des médecins • Mettre en œuvre une stratégie de fidélisation des prestataires
Technologies et produits médicaux essentiels	
<ul style="list-style-type: none"> • Certains médicaments essentiels des Nouveau-nés ne sont pas enregistrés ou inclus dans la liste des médicaments essentiels du pays • Certains médicaments et/ou intrants ne sont pas disponibles au niveau des structures sanitaires (kit de base de réanimation et soins essentiels du nouveau-né) • Certains produits ne sont pas intégrés au système d'information, de gestion logistique (SIGL) du pays : antibiotiques injectables, cortico stéroïdes prénatals, Chlorhexidine... 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure tous les médicaments essentiels et intrants avec leurs indicateurs appropriés dans la liste des médicaments essentiels et dans le SIGL du pays. • Renforcer la chaîne d'approvisionnement des médicaments, produits et kit indispensables pour les soins du nouveau-né

Goulot d'étranglement	Solutions
Recherche et innovation	
<ul style="list-style-type: none">Insuffisance de collaboration intersectorielle dans le domaine de la recherche en santé néo-natale	<ul style="list-style-type: none">Développement d'une plate-forme collaborative avec tous les acteurs de la recherche (sociologue, anthropologues, praticiens de la médecine traditionnelle et conventionnelle)
<ul style="list-style-type: none">Insuffisance de mobilisation des ressources financières au niveau national et international pour la recherche	<ul style="list-style-type: none">Plaidoyer pour la mobilisation des fonds
<ul style="list-style-type: none">Absence de plan opérationnelle pour les recherches prioritaires en santé maternelle et néo-opérationnelles	<ul style="list-style-type: none">Développer et mettre en œuvre un plan opérationnel de recherche (études qualitatives, opérationnelles autour des thématiques du nouveau-né)
<ul style="list-style-type: none">Insuffisante diffusion des résultats de la recherche	<ul style="list-style-type: none">Améliorer l'accessibilité aux résultats des études de la recherche

Tableau 8: Pourcentage des établissements offrant les soins obstétricaux et néonataux de base.

Enquête SARA 2016. N=963 Offre des services d'accouchement (%)

	Accouchement assisté par voie basse	Disponibilité moyenne des soins obstétricaux offerts	Antibiotiques pour prématurés ou RPM prolongée	Réanimation néonatale	Corticostéroïdes en travail prématuré	Méthode kangourou pour prématurés/nouveaux-nés de très petite taille	Antibiotiques injectables pour la septicémie néonatale	Disponibilité moyenne des soins au nouveau-né offerts	Allaitement immédiat et exclusif	Soin d'hygiène du cordon
REGIONS										
ABIDJAN 1	30	65	62	48	20	20	27	28	75	75
ABIDJAN 2	34	72	66	53	43	35	37	41	76	76
AGNEBI-TIASSA-ME	14	85	72	61	25	16	56	42	88	88
BELIER	16	81	67	55	18	9	41	31	86	87
BOUKANI-GONTOUGO	13	88	79	51	14	15	45	31	93	93
CAVALLY-GUEMON	80	87	87	59	74	18	75	59	90	90
GBEKE	12	76	62	41	11	2	37	22	72	76
GBOKLE-NAWA-SAN PEDRO	24	79	70	35	28	13	29	28	85	84
GOH	22	93	79	55	6	9	49	36	93	96
HAMBOL	52	88	81	84	32	30	64	47	92	92
HAUT SASSANDRA	7	62	47	23	8	16	24	17	67	71
INDENIE-DUABLIN	10	68	61	55	8	13	11	21	76	76
KABADOUYOU-BAFING-FOLON	29	77	72	42	12	23	21	29	84	87
LOH-DJIBOUA	19	86	71	28	5	11	54	28	86	89
MARAHOUÉ	9	71	61	41	6	8	33	21	77	77
NZI-IFOU	28	87	78	42	15	4	74	33	90	90
PORO-TCHOGOLO-BAGOUE	39	83	76	20	8	6	36	22	87	85
SUD-COMOÉ	23	77	74	39	13	5	32	20	91	91

TONKPI	22	79	65	26	42	16	33	28	88	88
WORODOU-GOU-BERE	42	97	90	41	10	27	58	35	100	100
Type d'établissement										
CHU/POLYCLINIQUE	88	100	98	100	95	91	51	86	100	100
CHR/HÔPITAL GENERAL/CLINIQUE PRIVEE	61	90	86	85	68	58	57	67	90	94
ESPC/ CENTRE MEDICAL	22	78	69	40	17	11	40	28	84	84
Instance gestionnaire										
PUBLIC	26	86	76	46	20	14	45	32	91	91
PRIVE	18	48	42	33	21	19	20	23	51	52
Lieu de résidence										
URBAIN	29	63	57	46	30	22	33	33	66	67
RURAL	22	90	79	42	15	9	46	29	96	97
Total	25	79	70	44	21	14	41	31	84	85

Tableau 9: Valeurs de base et cibles des interventions (Esquist 2017)

INTERVENTION	INDICATEUR	REFERENCE POUR LA POPULATION CIBLE	RESULTAT FINAL PROJETE POUR LA POPULATION CIBLE	POPULATION PRIVILEGIEE	SOURCE
Pratiques familiales essentielles (PFE)					
Lavage des mains au savon	Pourcentage de mères se lavant les mains au savon avant de préparer les repas, de nourrir leur bébé et de manger, et après être allées à la selle et avoir lavé leur bébé.	41	41	78	MICS:2016
Allotment maternel exclusif	Allaitement maternel exclusif (0-5 mois)	23	32	23	MICS:2016
Pratiques de soins postnatals propres	Pourcentage de nouveau-nés vivant dans un environnement propre, ne subissant aucune pratique néfaste et dont la mère se lave fréquemment les mains.	23	40	23	Calculé à partir des données nationales
Soins de protection thermique	Pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié de pratiques de protection thermique à domicile appropriées et conformes aux recommandations : séchage, enveloppement du nouveau-né, méthode de la « mère kangourou » et report du bain.	23	41	23	Calculé à partir des données nationales
Services de prévention					
Planification familiale	Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans utilisant actuellement une méthode moderne, quelle qu'elle soit	15		20,4	MICS 2016
Soins prénatals					
Vaccin antitétanique (anatoxine tétanique)	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique	68	0	64	MICS:2016
TPI - femmes enceintes protégées par un traitement préventif intermittent du paludisme ou dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)	Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale et ayant reçu au moins deux doses de TP	47	75	46	MICS:2016

Services curatifs						
Prise en charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE)						
Antibiotiques oraux destine aux nouveau-nés	Pourcentage de nouveau-nés présumés atteints d'une septicémie/pneumonie et soignés au moyen d'antibiotiques oraux.	17	67	28	Calcule à partir des données nationales	
Antibiotiques injectables en cas de septicémie néonatale	Pourcentage de nouveau-nés présumés atteints d'une septicémie/pneumonie et soignés au moyen d'antibiotiques injectables	50	81	28	SARA 2016	
Accouchement assisté par un professionnel qualifié						
Bonnes pratiques d'hygiène à la naissance	Pourcentage d'accouchements s'étant déroulés dans de bonnes conditions hygiéniques : lavage des mains de l'accoucheur, nettoyage périnéal, utilisation d'une surface d'accouchement propre, section et clampage hygiéniques du cordon ombilical	59	85	78	Calcule multipliant les couvertures des indicateurs (accouchement dans un établissement sanitaire par consultation post-natale dans les 2 jours)	
Examen et stimulation immédiate	Défini comme le fait de frictionner et sécher le nouveau-né tout de suite après la naissance.	53	76	71	Calcule à partir des données nationales	
SMK - méthode « Soins Mère Kangourou »	Pourcentage de nouveau-nés prématurés bénéficiant de la méthode de la « mère kangourou » dans un centre de santé. Cette méthode consiste en un contact peau à peau continu entre la mère et son bébé, accompagné d'un allaitement maternel	6	21	84	Calcule à partir des données nationales	
Chlorhexidine	Pourcentage de nouveau-nés dont le cordon ombilical a été désinfecté à l'aide de chlorhexidine après la naissance.	61	81	84	Calcule à partir des données nationales	
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)						
Réanimation néonatale	Pourcentage de nouveau-nés souffrant d'asphyxie/de détresse respiratoire, réanimés au cours de la première minute, ayant survécu et ne présentant aucune séquelle sur le plan neurologique	24	56	39	Calcule à partir des données nationales	

ANNEXES II

-  **Liste des participants** : Atelier d'élaboration de l'ENAP phase I : du 21 au 25 Novembre 2016-Hôtel Prestige Agboville
-  **Liste des participants** : Atelier d'élaboration de l'ENAP phase II : du 28 au 31 Août 2017-Hôtel Prestige Agboville
-  **Liste des participants** : Atelier de finalisation de l'ENAP : du 02 au 06 Octobre 2017-AIBEF Abidjan
-  **Liste des participants** : Mini-atelier de relecture de l'ENAP par le Groupe Technique de Travail (GTT) : le 08 Août 2018-UNICEF Abidjan

Liste des participants : Atelier d'élaboration de l'ENAP phase I
Du 21 au 25 Novembre 2016-Hôtel Prestige Agboville

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	N° Téléphone	Email
1	Dr N'goran-Theckly Patricia	PNSME	Directeur Coordonnateur par intérim	07 79 45 41	patricianty@yahoo.fr
2	Zobobi Ali	District sanitaire Agboville	Directeur départemental de la santé	07 96 24 27	ali_zorobi@yahoo.fr
3	Bechir Aounen	UNICEF	Programme Manager/ Chef section CSD	04 10 82 36	baounen@unicef.org
4	Cisse Lassina	SIP	Pédiatre	05 95 18 90 02 90 13 11	lbacongo@yahoo.fr
5	Seki Evaldie Ghislaine	PNSME	Gynéco- Obstétricien Chargé de suivi- évaluation	08 98 19 67 02 53 38 68	evaseki@yahoo.fr
6	Niamien Guy Richard	PNN	Chargé d'études /DCA		nguyrichard@yahoo.fr
7	Kouadio Yao Alexis	PNSME	Médecin Chargé d'études	07 67 39 45	kouadioyaoalexis@yahoo.fr
8	Diomandé- Bourgoïn Madeleine	PNSME	Médecin Chargé d'études	05 95 45 05	mbourgoin2006@yahoo.fr
9	Cassy Marius	UNICEF	Spécialiste Nutrition	05 01 14 87	mcassy@unicef.org
10	Saki-Nekouressi Genéviève	OMS	NPO/FHP	07 07 97 48	sakin@who.int
11	Abhe Gngangoran L. Eliane	SOGOCI	Gynécologue- Obstétricien	08 10 57 51	elianeabhe@gmail.com
12	Konan Epse Kouakou Amino Virginie	UNICEF	Médecin-Pédiatre Spécialiste santé mère et enfant	07 90 52 33 56 52 84 65	vkonan@unicef.org
13	Agbré Yacé Marie Laurette	CRESARCI	Coordonnatrice	07 08 73 44	agbreyace@yahoo.fr
14	Touré Lancina Dit Tot	PNPMT	Chargé d'études	07 56 80 92 02 36 35 63	touretot@hotmail.com
15	Angaman N'Guetta Simon	DRSHP Agnéby- Tissa-Mé	Infirmier diplômé d'Etat spécialiste/CSE	46 00 75 45 09 67 49 21	angamanguetta@yahoo.fr
16	Adanho Comlan Théophile	DIIS (ex DPPEIS)	Médecin RSE	09 28 74 63	acomthe@yahoo.fr
17	Youzan Bi	PNLS	Chargé PTME	09 77 57 01	youzan.bi@yahoo.fr
18	Coulibaly Counatiro Jules	CSU Akouedo Attié	Gynécologue Obstétricien	07 90 03 77	ccounatirojules@yahoo.fr
19	Kobenon Dombroda Félix	DSIM	Chef de service Communication	07 08 18 78	dombroda@gmail.com
20	BIE Seka Alexis	DMHP	Chef de Service	07 78 42 22	bieseakaalexis@gmail.com
21	Dr Soro née Coulibaly Tenedia	HG Abobo Nord	Pédiatre	05 57 29 57 02 54 78 17	sorotenedia@yahoo.fr
22	Akaffou Victoire	PMI Agboville	Médecin Chef	07 91 66 58	victoire.akaffou@yahoo.fr

Liste des participants : Atelier d'élaboration de l'ENAP phase II
Du 28 au 31 Août 2017-Hôtel Prestige Agboville

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	N° Téléphone	Email
1	Kouadio Yao Alexis	PNSME	Médecin Chargé d'études	07 67 39 45	kouadioyaoalexis@yahoo.fr
2	Yéo Gnenilo Alfred	CHR Korhogo	Médecin gynécologue	08 02 50 60	gnenilo@yahoo.fr
3	Koua née Yao Ahou Rose	PNLS	Assistante PTME	79 66 10 05	ngouanrose@yahoo.fr
4	Edi Adé David	DIEM	Chef de projet	07 87 92 67	adedavedi@gmail.com
5	Diomandé-Bourgoin Madeleine	PNSME	Médecin Chargé d'études	05 95 45 05	mbourgoin2006@yahoo.fr
6	Omono Martin	PNDAP	Médecin	58 17 34 90	mart_omono@yahoo.fr dr.omono.2003@gmail.com
7	Dié Kouassi Paul	DHPSE	Sous-Directeur	59 51 00 25	dkp2004@yahoo.fr
8	Guehi née Kakou Lou Louo	ASAPSU	Sage-femme	05 65 98 39	kakoulou6@gmail.com
9	Touré Lancina Dit Tot	PNPMT	Chargé d'études	07 56 80 92	touretot@hotmail.com
10	Kouakou Kouamé Cyprien	SIP	Médecin-Pédiatre Maître Assistant	07 56 46 90	doccyprien@yahoo.fr
11	Koné Epse Bawa Soungalo	Ordre des Sages-Femmes	Secrétaire générale	07 49 69 67	bawaanne@gmail.com bawakone@yahoo.fr
12	Abhe Gngangoran L. Eliane	SOGOCI	Gynécologue-Obstétricien	08 10 57 51	elianeabhe@gmail.com
13	Legue Kouakou Kouadio Florent	HG Abobo-Est District Abobo EST	Médecin-Pédiatre	07 64 43 20	leguek@yahoo.fr
14	Seki Evaldie Ghislaine	PNSME	Gynéco- obstétricien Chargé de suivi-évaluation	08 98 19 67	evaseki@yahoo.fr
15	Lobognon Barthelemy	IBFANCI	Formateur	07 68 28 30 46 24 09 63	lobobarth04@gmail.com
16	Coulibaly Counatiro Jules	CSU Akouédo-Attié	Médecin-Gynéco-Obstétricien	07 90 03 77	ccounatirojules@yahoo.fr
17	Adou Kobenan Valery	Association des Infirmiers diplômés d'Etat	Infirmier	07 10 97 47	pradou09@an2i-ci.org pradou09@yahoo.fr
18	Gbao Jose Romuald Parfait	DRH/MSHP	Informaticien	57 65 07 78	gbaojose@yahoo.fr
19	Ahi Moro Janus	DCPEV	Chargé de Planification	05 46 36 01	janusmoro2005@yahoo.fr
20	Kouassi Amani Simplicie	DSC	Médecin de Santé Publique	07 79 46 35	drkouassi@yahoo.fr
21	Kouamé Christophe	DPPS	Médecin	58 80 67 97	knchrist@gmail.com
22	Konan Epse Kouakou Amoin Virginie	UNICEF	Médecin-Pédiatre Spécialiste santé mère et enfant	07 90 52 33 56 52 84 65	vkonan@unicef.org
23	Agbré Yacé Marie Laurette	CRESARCI	Consultante UNICEF	07 08 73 44	agbreyace@yahoo.fr
24	Tahou Thierry	DSIM	Médecin	08 40 10 59	thierrytahou@yahoo.fr
25	Cassy Marius	UNICEF	Spécialiste Nutrition	05 01 14 87	mcassy@unicef.org
26	Saki-Nekouressi Genève	OMS	NPO/FHP	07 07 97 48	sakin@who.int
27	Edoukou Aka Guillaume	CHR Bondoukou	Médecin	07 71 52 21 41 52 31 81	edoukouakaguillaume@yahoo.fr
28	Koffi Ahoussi Attouo Josiane	PNN	Médecin	07 39 02 66	ahoussiattouo@yahoo.fr
29	Kouakou Yao Paulin	DMHP	Chef de service PEH	07 98 52 89	paulinyaok@yahoo.fr

Liste des participants : Atelier de finalisation de l'ENAP
Du 02 au 06 Octobre 2017-AIBEF Abidjan

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	N° Téléphone	Email
1	Kouadio Yao Alexis	PNSME	Chargé d'Etudes Santé Mère, Nné et PF	07 67 39 45	kouadiyaoalexis@yahoo.fr
2	Konan Delphine	DSC	Sage-Femme Spécialiste	07 94 33 49	konandel@yahoo.fr
3	Akunin Virginie	DGS	Chargé d'Etudes	07 35 61 26 42 35 20 16	akuninvirginie2017@gmail.com
4	Pongatié Adama Sanogo	DIIS	Directeur	46 00 75 37	pongathie@yahoo.fr
5	Nahoun Zouzoua Boua Anasthasie	DIIS	Médecin	05 10 00 89	anastasiezouzou@gmail.com
6	Alain Prual	UNICEF	Consultant Regional	00221 77 450 58 16	apruai@unicef.org
7	Shabranh Sharif	UNICEF	Hss Consultant		sharif@unicef.org
8	Bosso Patrice	UNICEF	Spécialiste de suivi évaluation	04 03 67 34	pbosso@unicef.org
9	Dr Konan Epse Kouakou Amino Virginie	UNICEF	Spécialiste santé mère et de l'enfant	07 90 52 33 56 52 84 65	vkonan@unicef.org
10	Dr Tahou Thierry	DSIM	Médecin	08 40 10 59	thierrytahou@yahoo.fr
12	Konan Yao Eoulé	IRC	Assistant Manager S.	86 76 09 01	emileskonan@rescue.org
13	Dr Yao Atta Joseph	OMS	Consultant	48 91 14 57	drpejatta2@gmail
14	Seki Evaldie Ghislaine	PNSME	Médecin -gynécologue- Suivi Evaluation	08 98 19 67	evaseki@yahoo.fr
15	Agbré Yacé Marie Laurette	CRESARCI	Consultante UNICEF	07 08 73 44	agbreyace@yahoo.fr
16	Diomandé Bourgoïn Madeleine	PNSME	Chargé d'Etudes	05 95 45 01	mbourgoin2006@yahoo.fr
17	N'guessan Amino	PNN	Médecin	79 82 93 02	anonfranc@gmail.com
18	Dagbo Sylvie Epse Malan	PNLS	Sage-Femme Spécialiste	07 05 84 79	d.sylviemalan@yahoo.fr
19	Kouakou Yao Paulin	DMHP	Chef de service	07 98 52 89	paulinyak@yahoo.fr
20	Gbao José Romuald Parfait	DRH	Informaticien	57 65 07 78	gbajose@yahoo.fr
21	Kakou Lou Louo Epse Guehi	ASAPSU	Sage-Femme	05 65 98 39	Kakoulou6@gamil.com
22	Dr Touré Lancina DIT TOT	PNPMT	Chargé d'étude	07 56 80 92	touretot@hotmail.com
23	Ahi Moro Janus	DCPEV	Chargé de planification	05 46 36 01	janusmoro2005@yahoo.fr
24	Kone Epse Bawa Soungalo	Ordre des Sages-Femmes	Secrétaire générale	07 49 69 67	bawakone@yahoo.fr
25	Georges Vangah Ablegue	DRSHP Abidjan 2	PF VIH	05 63 67 61	ablegv@yahoo.fr
26	Dié Kouassi Paul	DMPSE	Sous-Directeur	59 51 00 25	dkp2004@yahoo.fr
27	Kouadio Ekian Aristide	PNSME	Chargé d'Etude chargé MRPMS	07 89 76 98	equiaris2000@gmail.com
28	Legue Kouakou Kouadio Florent	District Abobo EST	Pédiatre	07 64 4320	leguek@yahoo.fr
29	Loba Alessa Josephine	AIBEF	Chargée de la qualité	08 62 22 41	opploba5@gmail.com
30	Yatté yatté Jean-Jacques	IBFANCI	Assistant social	79 60 04 60 05 21 41 71	baconass@yahoo.fr
31	Adou Kobenan Valery	Association IDE	Infirmier diplômé d'Etat	07 10 97 47	Pradou09@yahoo.fr

Liste des participants : Mini-atelier de relecture de l'ENAP par le Groupe Technique de Travail (GTT)
Le 08 Août 2018-UNICEF Abidjan

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	N° Téléphone	Email
1	Somé Chantière Roseline	SIP/CHU Treichville	Pédiatrie	03 44 12 8 08 13 45 62	somerosely@yahoo.fr
2	Kouadio Yao Alexis	PNSME	Chargé d'Etudes Santé de la Mère, Nouveau-né et Planification Familiale	07 67 39 45	kouadioyaoalexis@yahoo.fr
3	Die Kouassi Paul	DHPSE	Sous-Directeur Réglementation Hygiène Publique	59 51 00 25 02 48 96 29	dkp2004@yahoo.fr
4	Georges Vangah Ablegou	DRSHP Abidjan 2	Pont Focal VIH	05 63 67 61 42 16 42 01	ablegc@yahoo.fr
5	Dr Seki Evaldie Ghislaine	PNSME	Chef de service	08 98 19 67	Evaseki@yahoo.fr
6	Dr Touré Lancina Dit	PNPMT	Chef de service ident. Formation SE	46 39 98 38	touretot@hotmail.com
7	Koné Epse Bawa Soungalo	Ordre des Sages-Femmes	Secrétaire générale	07 49 69 67 44 13 00 18	bawakone@yahoo.fr
8	Charles Gnaki	UNICEF	Administrateur Communication pour le Développement (C4D)	76 04 69 70	cgnaki@unicef.org
9	Ahi Moro Janus	DCPEV	Chargé de la planification	05 46 36 01	Janusmoro2015@yahoo.fr
10	Konan Epse Kouakou Amin Virginie	UNICEF	Spécialiste Santé Mère et Enfant	07 90 52 33 56 52 84 65	vkonan@unicef.org
11	Cassy Marius	UNICEF	Spécialiste Nutrition	05 01 14 87	mcassy@unicef.org
12	Agbré-Yacé Marie- Laurette	CRESARCI	Chercheur coordonnatrice	07 08 73 44	agbreyace@yahoo.fr
13	Abhe Gnanoran Laurence Eliane	SOGOCI	Secrétaire Général	08 10 57 51 40 48 37 32	elianeabhe@gmail.com



PARTENAIRES



**Organisation
mondiale de la Santé**



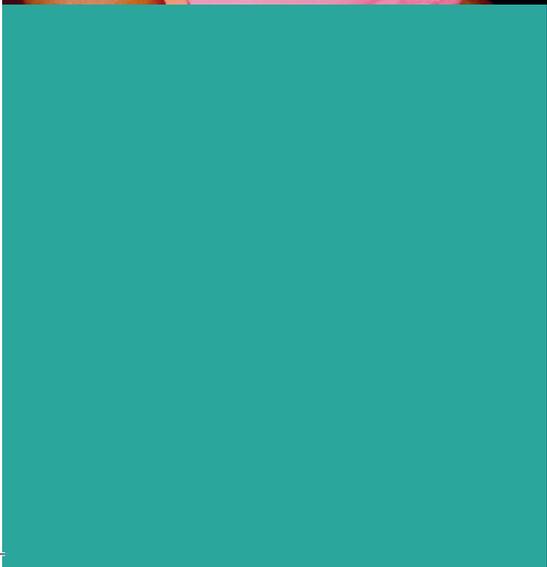
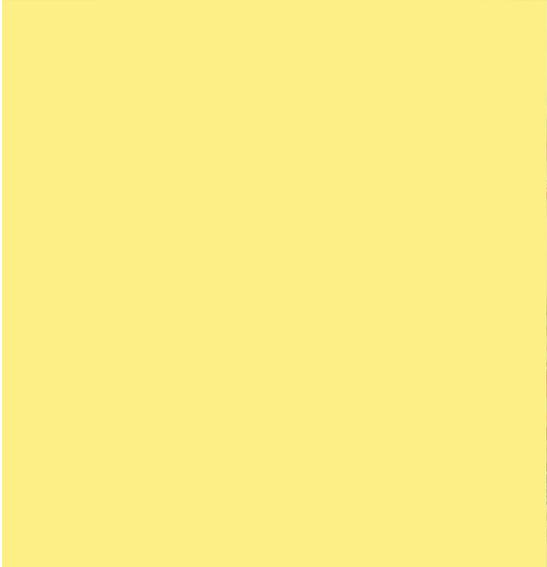
pour chaque enfant



**LE FONDS FRANÇAIS
MUSKOKA**

Réduire la mortalité maternelle,
néonatale et infantile





**PLAN D'ACTION
CHAQUE NOUVEAU-NÉ
CÔTE D'IVOIRE**
.....
2018 - 2020

