**ANNEX 1 : LA STRATEGIE DES RESULTATS**

**SUIVI DU DOSSIER D’INVESTISSEMENT A TRAVERS LA THEORIE DE CHANGEMENT ET LE CADRE DES RESULTATS**

Cette section présente la stratégie des résultats qui inclut : (i) La théorie de changement ; (ii) le cadre des résultats accompagné des informations plus détaillées sur les indicateurs et les cibles qui seront utilisées pour le suivi du Dossier d’Investissement ; (iii) L’organisation institutionnel pour le suivi du Dossier d’Investissement ; ainsi que (iv) la stratégie d’utilisation des données.

Principes importants qui ont guidé le développement collaboratif de la théorie de changement et du cadre des résultats :

* La théorie de changement devrait être composée de résultats clairs et mesurables définis le long de la voie causale (extrant, résultat, impact) et alignés par rapport aux activités financées.
* Le cadre des résultats devrait couvrir la totalité de la théorie du changement, avec non seulement des indicateurs programmatiques couvrant l'offre, la demande, l'utilisation des services SRMNIA-N, et le renforcement du système de santé, mais aussi des indicateurs associés aux réformes de financement de la santé.
* Le cadre de résultats ne doit pas être un exercice théorique et doit uniquement inclure les indicateurs disponibles à travers les systèmes de données nationaux. Avoir des données de routine de qualité peut aussi nécessiter des investissements additionnels pour le renforcement des systèmes d'information, expliquant la nécessité d’élaborer un plan d’investissement pour l’information stratégique, si nécessaire.
* Le cadre de résultats devrait être aligné sur les autres cadres de résultats existants, tel que le cadre de suivi-évaluation (i) du PNDS, (ii) du projet de la Banque Mondiale co-financé par le GFF, (iii) des autres plans programmatiques du pays, (iv) des partenaires techniques et financiers, et des Objectifs de Développement Durable (ODD).
* Le suivi des résultats du DI à travers les indicateurs de performance devrait être fréquent (au moins tous les six mois), permettant de réagir rapidement aux problèmes de mise en œuvre, et de procéder à des corrections de trajectoire rapides si nécessaire. Ainsi, le cadre des résultats devrait inclure des indicateurs de routine qui sont mesurés plus fréquemment, provenant des systèmes nationaux, ainsi que des indicateurs provenant d’enquêtes dont les données sont plus robustes et fiables malgré la longue périodicité.
* Le cadre des résultats devrait permettre une désagrégation au niveau infranational pour permettre d’éliciter les problèmes d’équité, les disparités entre régions et districts sanitaires, et faire le suivi des groupes vulnérables.



1. **Le cadre des résultats**

**Impact**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’indicateur** | **Source** | **Situation de base** | **Cibles** |
| Valeur de base | Source |
| Ratio de mortalité maternelle | EDS/MICS | 614 | EDS 2011-2012 | *417.38 (2023)* |
| Quotient de mortalité néonatale  | EDS/MICS | 33 | MICS 2016 | *20,97 (2023)* |
| Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans | EDS/MICS | 96 | MICS 2016 | *59.02 (2023)* |
| Prévalence du retard de croissance (modéré et grave) | EDS/MICS | 21.6% | MICS 2016 |  |
| Taux de fécondité chez les adolescentes | EDS/MICS | 124 |  MICS 2016 |  |
| L’incidence de la pauvreté (proportion de ménages qui sont devenus pauvres à cause des paiements directs pour les services de santé) | Enquête : Analyse de la protection des ménages contre les risques financiers en santé  | 2.6 (DAF - étude non validée au niveau national) | Enquête : Analyse de la protection des ménages contre les risques financiers en santé (2015) |  |

**Effet 1 : La demande et continuité de l’utilisation des services de santé et de l’adhésion aux pratiques favorables à la santé augmentent**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’indicateur** | **Source** | **Situation de base** | **Cibles** |
|  |  | Valeur de base | Source |  |
| **Indicateurs d’effet** |
| Couverture en CPN 4 | EDS/MICS | 51.3% | MICS 2016 | *80% (2023)* |
| *Proxy de routine :* Couverture en CPN4 dans les établissements de santé | SNIS  | 37.2% | SNIS (T2, 2019) |  |
| Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié | EDS/MICS | 73.6% | MICS 2016 |  |
| *Proxy de routine :* Nombre d'accouchements dans l'établissement de santé | SNIS  | 173 537  | SNIS (T2, 2019) |  |
| Taux de prévalence de la contraception moderne (désagrégé : 15-19 ans et 15-49 ans) | EDS/MICS | 14.3% | MICS 2016 | *38% (2023)* |
| *Proxy de routine* : Couples Année Protection (CAP)  | Collecte de données PNSME  | 1 281 000 | Collecte de données PNSME (2018) |  |
| Pourcentage de consultations postnatales de la mère (dans les 2 jours après l’accouchement) | EDS/MICS | 80.3% | MICS 2016 |  |
| *Proxy de routine :* Proportion de femmes ayant accouché et vues en consultation post natale immédiate (dans les 72 heures suivant l'accouchement) | SNIS | ND  | SNIS |  |
| Pourcentage d’enfants complètement vaccinés | EDS/MICS | 32.5% | MICS 2016 |  |
| *Proxy de routine :* Couverture vaccinale avant 12 mois en DTC-HepB-Hib3 | DVDMT  | 95.3% | DVDMT (T2, 2019) | *98% (2023)* |
| Couverture en ARV | Données logistiques PNLS | 59% | Données logistiques PNLS (T2, 2019) | *92% (2023)* |
| **Indicateurs d’extrant** |
| Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités | EDS/MICS | 23.5% |  MICS 2016 | *80% (2023)* |
| Nombre de ménages ayants adopté au moins 3 pratiques familiales essentielles  | SNIS | 146747 | SNIS (T2, 2019) |  |
| Pourcentage des paiements directs des ménages dans les dépenses totales de santé | Comptes de la santé | 39.43% | Comptes de la santé (2018) |  |
| Nombre d’indigents total enrôlés dans la CMU. | Base de données de la CNAM | 190 522 | Base de données de la CNAM (2019) |  |
| Nombre d’indigents enrôlés dans la CMU qui disposent d’une carte. | Base de données de la CNAM | 72,325 | Base de données de la CNAM (2019) |  |
| Nombre d’indigents qui ont bénéficié de services inclus dans le panier de soins de la CMU. | Base de données de la CNAM | 9 | Base de données de la CNAM (2019) |  |
| Couverture en CPN1 au premier trimestre de la grossesse  | SNIS  | 26.3% | SNIS (T2, 2019) |  |
| Nombre de séances de travail avec la communauté | SNIS | ND | SNIS |  |

**Effet 2 : L’offre de services de santé primaire de qualité dans le secteur public et le secteur privé de la santé augmente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’indicateur** | **Source** | **Situation de base** | **Cibles** |
|  |  | Valeur de base | **Source**  |  |
| **Indicateurs d’effet** |  |  |  |  |
| Pourcentage des établissements sanitaires publics et privés disposant de tout l'équipement essentiel | SARA  | 17% | SARA 2016 |  |
| Disponibilité moyenne des médicaments essentiels dans les établissements sanitaires publics et privés | SARA  | 28% | SARA 2016 |  |
| Densité des prestataires de santé pour 10 000 habitants (désagrégé par catégorie : médecins, infirmiers et sages- femmes) | SARA  | Global : 22 | SARA 2016 | *23 (2023)* |
| Nombre de districts sanitaires qui mènent des activités communautaires (et qui rapportent les données dans le DHIS2) | SNIS | 29 | SNIS (2019) |  |
| Taux de césarienne  | EDS/MICS | 3.3% | MICS 2016 |  |
| *Proxy de routine :* Nombre de césariennes | SNIS  | 32 918  | SNIS (2018) |  |
| Nombre de femmes enceintes qui ont reçu un test VIH | SNIS  | 254 712  | SNIS (T2, 2019) |  |
| Besoins satisfaits en SONU | SNIS | ND  |  |  |
| **Indicateurs d’extrant** |
| Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois avec diarrhée traités avec sels de réhydratation orale (SRO) + Zinc | EDS/MICS | 5,6% | MICS 2016 | *50% (2023)* |
| *Proxy de routine :* Nombre d'enfants avec une prescription de SRO + Zinc | SNIS | 56 478 | SNIS (T2, 2019) |  |
| Pourcentage des enfants de 0-59 mois présentant de la fièvre qui reçoivent la CTA | MICS | 64.1% | MICS 2016 |  |
| Score moyen qualité des ESPC | Portail FBP  |  | Portail FBP  |  |
| Nombre de cas pris en charge par l'ASC *(paludisme, diarrhée, pneumonie)*  | SNIS | 40 172 |  SNIS (T2, 2019) |  |
| Pourcentage des établissements sanitaires recevant une visite de supervision intégrée chaque trimestre | Portail FBP | 99.3% | Portail FBP (T2, 2019) | *99.5% (2023)* |
| Taux de disponibilité des produits traceurs (stockage) | Portail FBP | 83% |  Portail FBP (T2, 2019) | *90% (2023)* |
| Nombre de décès maternels et néonataux notifiés par les prestataires de santé et ASC | SNIS | 98 | SNIS (T2, 2019) |  |
| Pourcentage des établissements sanitaires répondant aux normes en termes de ressources humaines de la santé (désagrégation : Etablissements Publics ; Etablissements Privés) | Carte Sanitaire Dynamique | ND  | Carte Sanitaire Dynamique |  |
| Nombre de prestataires de santé sortis de l’Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) (désagrégé par catégorie : infirmiers et sages-femmes) | Service de Scolarité de l'INFAS  | 1913 | Service de Scolarité de l'INFAS (2019) | *2817 (2023)* |

**Effet 3 : Le système de santé (infrastructures, système d’information sanitaire, chaine d’approvisionnement, et système d’assurance-qualité) dans les secteurs public et privé est renforcé**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’indicateur** | **Source** | **Situation de base** | **Cibles**  |
|  |  | Valeur de base | Source |  |
| **Indicateurs d’effet** |
| Taux de disponibilité des produits traceurs (districts et hôpitaux) | eSIGL | 75.73% | eSIGL (T2, 2019) |  |
| Disponibilité moyenne des infrastructures indispensables dans l'établissement sanitaire | SARA  | 57% | SARA (2016) |  |
| *Proxy de routine :* Disponibilité moyenne des infrastructures indispensables dans l'établissement sanitaire | Carte Sanitaire Dynamique | ND  | Carte Sanitaire Dynamique |  |
| **Indicateurs d’extrant** |
| Nombre d’établissements sanitaires qui utilisent le processus eStock (avec outil électronique) pour la commande et le suivi des intrants | Données administratives du PNDAP | 52 | Données administratives du PNDAP (T2, 2019) | *693 (2020)* |
| Promptitude des rapports d’activités mensuels rapportés dans le DHIS 2 (désagrégé : public, privé) | SNIS  | 91.6% |  SNIS (T2, 2019) |  |
| Utilisation des rapports DHIS2 (Nombre total de vues) | SNIS |  |  SNIS |  |
| Les nouveaux outils intégrés d'assurance qualité sont développés, approuvés, et diffusés |  Données administratives de la DMHP  | Non | Données administratives de la DMHP (2019) | *Oui (2023)* |
| Nombre d'établissements sanitaires privés immatriculés (et qui transmettent les données dans le DHIS2)  | SNIS + base de données DEPS | ND | SNIS + base de données DEPS |  |
| Nombre des principaux sous-systèmes qui sont intégrés dans la Plateforme Décisionnelle ('Business Intelligence') de la DIIS | Données administratives de la DIIS | 0  | Données administratives de la DIIS | *5 (2023)* |
| Nombre d'établissements sanitaires construits ou réhabilités (désagrégé : construits, réhabilité) |  Rapport DIEM  | Réhabilités : 86 ESPC et 8 Hôpitaux (dans le cadre de la CMU) | Rapport DIEM (2019) |  |
| Pourcentage de la population à moins de 60 minutes [à pied/de voyage] d'un ESPC | AccessMod | 85,7 % | AccessMod (2019) |  |

**Effet 4 : La mobilisation, l’allocation, et l’utilisation efficiente des ressources financières sont améliorées**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’indicateur** | **Source** | **Situation de base** | **Cibles** |
| Valeur de base | Source |  |
| **Indicateurs d’effet** |
| Proportion de la population qui subit les dépenses catastrophiques | Analyse de la protection des ménages contre les risques financiers en santé  | *3.03% (étude non validée au niveau national)* |  Périodique Analyse de la protection des ménages contre les risques financiers en santé (2015) |  |
| Pourcentage des dépenses totales de santé financées par les ressources domestiques | Comptes de la santé | 87.7%  | Comptes de la santé (2018) |  |
| **Indicateurs d’extrant** |
| Budget de l’état alloué au Ministère de la Santé | BOOST /Loi des Finances | 382,6 milliards FCFA | Budget voté initial 2019 | *669,2 milliards FCFA (2023)* |
| Part des dépenses du secteur privé (hors ménages) dans les dépenses totales de santé | Comptes de la santé  | 12.4% | Comptes de la santé (2016) |  |
| Pourcentage des dépenses publiques de santé consacrées aux soins de santé primaires | BOOST  | ND |  |  |
| La proportion du budget du MSHP contrôlé par les districts et les ESPC | BOOST | ND |  |  |
| Nombre de districts couverts par le programme FBP | Portail PBF  | 19 | Portail FBP (2019) | *86 (2023)* |
| Dépenses sur le budget engagé pour la prise en charge des indigents. | Base de données de la CNAM | ND | Base de données de la CNAM |  |
| Pourcentage des personnes du secteur informel enrôlées dans la CMU | Base de données de la CNAM | 5.59% | Base de données de la CNAM (2019) |  |
| Pourcentage des personnes du secteur informel enrôlées dans la CMU, qui ont une carte, et sont à jour avec leurs contributions | Base de données de la CNAM | ND | Base de données de la CNAM |  |

*Les valeurs en italiques sont préliminaires – des discussions supplémentaires sont nécessaires pour leur revue, finalisation et validation.*

1. **Les indicateurs du cadre des résultats**

**3.1 Le choix des indicateurs**

La sélection des indicateurs du cadre des résultats a été faite à travers un processus consultatif avec les différentes structures du Ministère de la Santé, la CNAM, l’UCP-Santé Banque Mondial, ainsi que les membres de la Société Civile, du Secteur Privé, et les Partenaires Techniques et Financiers. Le cadre de résultats est aligné avec la théorie du changement pour s’assurer que les indicateurs sont disponibles pour mesurer le changement tout au long de la voie causale. Les activités prévues dans le plan de mise en œuvre du Dossier d’Investissement sont aussi alignées à la théorie de changement. Ainsi, le cadre des résultats inclut non seulement des indicateurs programmatiques couvrant l'offre, la demande, l'utilisation des services SRMNIA-N, et le renforcement du système de santé, mais aussi des indicateurs associés aux réformes de financement de la santé. De plus, les indicateurs retenus sont alignés avec d’autres cadres de résultats pertinents existants tels que celui du PNDS, du Budget Programme, et du projet SPARK de la Banque Mondiale, co-financé par le GFF.

Le cadre de résultats contient au total 52 indicateurs (sans compter les indicateurs de proxy) dont 6 indicateurs d’impact, 17 indicateurs d’effets, et 29 indicateurs d’extrants. Il présente un bon équilibre entre les indicateurs qui proviennent des enquêtes pour lesquels les données sont plus robustes mais moins fréquents et les indicateurs de routine provenant des systèmes d’informations nationaux qui sont collectés plus fréquemment. Cette distribution des indicateurs permet d’une part d’effectuer des revues fréquentes et d’autre part d’utiliser les données robustes et fiables des enquêtes pour confirmer les progrès observés.

Les données des indicateurs d’impact ainsi que autres indicateurs d’enquêtes proviennent de l’EDS/MICS, de l’enquête SARA, et de l’enquête sur le niveau de vie des ménages.

La sélection des indicateurs de routine était fondée sur une analyse technique profonde des différentes sources de données disponibles pour produire un cadre de résultat réaliste qui peut être suivi tout au long de la mise en œuvre du DI. En Côte d’Ivoire, il existe plusieurs systèmes d’informations de routine qui ne sont pas encore intégrés/interreliés au système national d’informations sanitaire (SNIS) qui utilise l’outil DHIS2. Ainsi le suivi du DI s’appuie sur plusieurs sources de données :

* SNIS : source de données pour les indicateurs de routine sur l’utilisation des services de santé ainsi que les activités des agents de santé communautaire rapportés dans le DHIS2
* DVDMT : source de données sur la vaccination provenant du Programme National Elargi de Vaccination (PEV)
* Données logistiques du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) : source de données sur le VIH
* E-SGL et données administratives PNDAP : source de données sur la chaine d’approvisionnement
* Données administratives DMHP : source de données sur le processus de développement des nouveaux outils harmonisés d’assurance qualité.
* Base de données de la CNAM : source de données sur la Couverture Maladie Universelle
* Portail FBP : source de données pour les indicateurs provenant du programme FBP
* Carte Sanitaire dynamique : source de données pour certains indicateurs sur les ressources humaines et la disponibilité des équipements dans les établissements sanitaires. Les données de la CSD seront disponibles à partir de 2020.

Les indicateurs sur le financement de la santé ont été sélectionnés en fonction des sources de données disponibles pour couvrir l’étendu des reformes qui seront mis à l’échelle à travers la mise en œuvre du DI. Les différentes sources de données sont : les comptes de la santé, l’outil BOOST, l’Analyse de la protection des ménages contre les risques financiers en santé, et l’Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages.

* 1. **Valeurs cibles**

Les estimations des valeurs cibles pour les indicateurs d’impact et autres indicateurs programmatiques sur la santé mère-enfant et la nutrition proviennent de la modélisation OneHealth / EQUIST qui a été effectuée lors du développement du DI. Les cibles des autres indicateurs sont basées sur les données obtenues des différents programmes (l’UCP-Santé Banque Mondial, le PNDAP, et la DRH).

1. **Le suivi-évaluation du Dossier d’Investissement**

**4.1 Les organes impliqués dans le suivi-évaluation**

La Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS) a été mise en place pour le suivi des investissements et des résultats qui en découlent, décrits dans le Dossier d’Investissement National.

La PNCFS est composée des organes suivants :

* Le Comité de Pilotage : organe de décision. Les réunions du Comité de Pilotage sont présidées par le représentant du Premier Ministre. Le Comité de Pilotage est composé de membres représentant le Gouvernement, les Organisations de la Société Civile, le Secteur Privé, et les Partenaires au développement.
* Le Secrétariat Technique (ST) : organe d’exécution en charge de la gestion quotidienne des activités de la PNCFS. Il organise les réunions du Comité de Pilotage et est responsable de préparer l’ordre du jour et autres logistiques et documentations des réunions. Le Secrétariat Technique est logé au sein du Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique et est dirigé par le représentant du Ministre de la Santé.
* Les Groupes Techniques de Travail (GTT) : regroupements ad hoc ou fixes chargés de l’étude des questions spécifiques arrêtées par le comité de pilotage, à l’effet de formuler des propositions d’objectifs ou d’avis. Les missions spécifiques des GTT sont déterminées dans des termes de référence approuvés par le comité de pilotage. La PNCFS est composé de 4 GTT : (i) Amélioration de l’efficience des financements et pérennisation des financements internes (face à la transition) ; (ii) Réforme Hospitalière et Décentralisation/ opérationnalisation des Districts ; (iii) CMU et mise à échelle du PBF (Achat stratégique) ; et (iv) Suivi et évaluation.

**4.2 La Stratégie d’utilisation des données**

Le Comité de Pilotage se réunit au moins une fois par trimestre pour faire une revue du décaissement et utilisation des investissements financiers et du progrès sur les résultats attendus. Le Secrétariat Technique soumet l’ordre du jour pour chaque réunion trimestrielle au Comité de Pilotage. Avant chaque réunion trimestrielle, le Secrétariat Technique se réunira au moins une fois pour élaborer les rapports de suivi/évaluation qui vont être revus. Les rapports seront soumis à l’avance au Comité de Pilotage pour approbation. L’ordre du jour de chaque réunion trimestrielle du Comité de Pilotage inclura une revue des données, une discussion sur l’évolution observée, et une prise de décisions pour accélérer le progrès ou effectuer les corrections nécessaires.

Le GTT suivi-évaluation sous la présidence de la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS) sera responsable de mettre à jour les données du cadre des résultats. L’équipe de suivi-évaluation de la DIIS fera une revue des données du système national d’information sanitaire (SNIS), ainsi que des données provenant des différentes structures du Ministère de la Santé, de l’UCP-BM, et de la CNAM, et les présentera à l’aide d’outils de visualisation tel qu’un tableau de bord pour la revue et approbation par le Secrétariat Technique. Toutes les données provenant du SNIS devront être validées par les programmes respectifs avant d’être présentées au Secrétariat Technique.

Le tableau de bord mis à jour chaque trimestre pour les réunions du Comité de Pilotage contiendra un sous-groupe d’indicateurs d’extrants qui ont une fréquence de collecte trimestrielle. En fin d’année, un tableau de bord annuel contenant un nombre additionnel d’indicateurs sera développé. Après chaque réunion trimestrielle de la PNCFS, il sera important de s’assurer que les données et les observations sont partagées et utilisées à titre d’outils de planification et de gestion et cela, avec les instances infranationales pertinentes et avec, au moins, le niveau régional ou le district. Pour cela, en plus du tableau de bord présentant les données au niveau national, un tableau de bord présentant les données par région et par district sera développé pour permettre d’éliciter les problèmes d’équité, les disparités entre régions et districts sanitaires.

Le partage des données au niveau infranational ainsi que l’analyse et l’utilisation de ces données par les régions et districts permettra de prendre les décisions et faire les ajustements nécessaires dans la mise en œuvre du Dossier d’Investissement pour résoudre les goulots d’étranglements qui freinent l’atteinte des résultats attendus.

**Acronymes :**

|  |
| --- |
| ARV : Anti rétroviraux  |
| ASC : Agent de santé communautaire |
| CAP : Couple-année protection |
| CMU : Couverture maladie universelle |
| CNAM : Caisse Nationale de l’Assurance Maladie |
| CPN : Consultation prénatale |
| CSD : Carte sanitaire dynamique |
| CTA : Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine |
| DAF : Direction des Affaires Financières |
| DEPS : Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires |
| DHIS 2 : District Health Information System 2 |
| DIEM : Direction de l’Infrastructure, de l’Equipement, et de la Maintenance |
| DIIS : Direction de l’Informatique et de l’Information Sanitaire |
| DMHP : Direction de la Médicine Hospitalière et de Proximité |
| DTC-HepB-Hib3 : Diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B and Haemophilus influenzae (Hib) type B |
| DVDMT : District Vaccination Data Management Tool |
| EDS : Enquête Démographique et de Santé |
| ESPC : Etablissement Sanitaire de Premier ContactEQUIST : Equitable Impact Sensitive Tool |
| FBP : Financement Basé sur la Performance |
| GFF : Global Financing Facility |
| GTT : Groupe Technique de Travail |
| INFAS : Institut National de la Formation des Agents de Santé |
| MAGPI : *Outil de collecte des données sur la surveillance* |
| MICS : Multiple Indicator Cluster Survey |
| MSHP : Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique  |
| ND : Non Disponible |
| ODD : Objectifs de Développement Durable |
| PEV : Programme Elargie de Vaccination |
| PNCFS : Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé |
| PNDAP : Programme National de Développement de l’Activité Pharmaceutique |
| PNDS : Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLS : Programme National de la Lutte contre le Sida |
| PNSME : Programme National de Santé de la Mère et de l’Enfant |
| SARA : Evaluation de la Disponibilité et de la Capacité opérationnelle des Services de santé |
| SNIS : Système National d’Information Sanitaire |
| SONU : Soins Obstétricaux et Néonatals d’UrgenceSPARK :  |
| SRMNIA-N : Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent - Nutrition |
| SRO : Sels de réhydratation orale  |
| SSP : Soins de Santé Primaire |
| ST : Secrétariat Technique |
| UCP-BM : Unité de Coordination des Programmes de la Banque Mondiale |
| VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine |