

Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé

Rapport de Pays République de Côte d'Ivoire

Octobre 2012

Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

KRI International Corp.

TAC International Inc.

HM
JR
12-116

Enquête sur la collecte des données
dans le secteur de la santé

Rapport de Pays
République de Côte d'Ivoire

Octobre 2012

Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

KRI International Corp.

TAC International Inc.

Le taux de change

1 dollar US = 79,45 yen

1 FCFA = 0,153 yen

(Le taux de change de la JICA en Juillet 2012)

Ce rapport a été préparé pour soutenir le fonctionnement de la JICA dans les pays, en matière de santé par la programmation stratégique. Le contenu, cependant, pourrait avoir besoin d'être complété avec des informations plus récentes et plus détaillées de la part des lecteurs, étant donné que ce rapport est principalement basé sur une étude documentaire et non sur une étude de terrain, à l'exception de certains pays.

Préface

Contexte

La situation actuelle autour du secteur de la santé dans les pays en développement a évolué surtout après l'entrée dans le 21^{ème} siècle. Sur la base des recommandations du concept de "Macroéconomie et Santé"¹, l'aide au développement pour la santé a considérablement augmenté afin accélérer les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015. L'aide au développement pour la santé a fortement augmenté, passant de 10,9 à 21,8 milliards de dollars américains en 2007². En outre l'aide au développement a été harmonisée par le cadre commun élaboré au cours des trois forums de haut niveau qui se sont déroulés consécutivement à Rome (2003), à Paris (2005) et à Accra (2008).

Indépendamment de ces changements d'environnement, favorables pour le secteur de la santé dans les pays en développement, les résultats ne semblent toujours pas atteindre le niveau escompté dans bon nombre d'entre eux. De nombreux pays en développement en particulier les pays de l'Afrique sub-saharienne ne pourront pas réaliser certains de leurs OMD 4 (Réduire la mortalité infantile), 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH / sida, le paludisme et d'autres maladies) d'ici à 2015. Par conséquent, quand bien même que mobiliser d'avantage d'argent pour la santé est cruciale pour les pays à faible revenu qui cherchent à se rapprocher de la couverture universelle³; de «Plus d' Argent pour la Santé⁴», il est tout aussi important d'obtenir des gains substantiels pour la santé à partir des ressources disponibles; de «Plus d' Argent pour la Santé⁵». L'efficacité est une mesure de la qualité et/ou de la quantité de la production des services pour un niveau donné d'intrants, et améliorer l'efficacité doit également être considéré comme un moyen d'étendre la couverture pour le même coût et l'amélioration des résultats de santé.

Considérant cette situation autour du secteur de la santé dans les pays en développement, la JICA dans un mouvement récent de changement de ses activités relatives à son aide au développement, travaille depuis sur la base des travaux d'analyse situationnels des pays. Cela consiste à une étude analytique au niveau global et à l'ensemble des secteurs visant à clarifier l'orientation de l'aide de la JICA dans chaque pays par la recherche portant sur les domaines de préoccupation prioritaires et sur la cartographie de l'aide. Le but de l'Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé est de contribuer aux efforts des travaux d'analyse de la JICA. Dans le passé, les efforts d'analyses de la JICA étaient concentrés sur l'objectif de planification des projets, avec comme conséquence, les informations recueillies dans ce genre de travaux d'analyse étaient naturellement limitées qu'à ces projets particuliers. Par conséquent, il apparaît donc important pour la JICA de procéder à un examen critique de base du secteur de la santé des pays dans le but de recueillir des renseignements complets et d'analyser le secteur de la santé dans son ensemble afin de mieux comprendre la situation sanitaire du pays et identifier les problèmes et questions prioritaires du système de santé à aborder.

Les objectifs de l'étude

La clé d'une formulation d'un bon projet est d'avoir effectué des examens critiques approfondis du secteur. De bons examens critiques du secteur et des analyses de qualités nous aident à comprendre la situation sanitaire et ses déterminants ainsi que la capacité d'exécution des projets de santé dans les pays. Ils nous aident aussi à contribuer aux pays en identifiant les projets réalisables dans le contexte des priorités et en élaborant des

¹ L'OMS annonçait "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development" en Décembre, 2000. Ceci considère la santé comme étant un droit humain intrinsèque ainsi qu'un point de départ centrale pour la réduction de la pauvreté et pour le développement socio-économique, et le processus contribue à placer la santé au centre du plus vaste agenda de développement des pays.

² Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J.R., et. al; June 2009; Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007; the Lancet 373:2113-2132.

³ Selon l'OMS, la couverture universelle se définit comme veiller à ce que toutes les personnes aient accès aux services nécessaires de promotion de la santé, de santé préventives, curatives et de réadaptation, de qualité suffisante pour être efficace, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières. (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html)

⁴ Dans le Rapport sur la Santé Mondiale 2010 (OMS), le rapport la préconise avec les trois suggestions concrètes suivantes comme exigences: 1) Accroître l'efficacité du recouvrement des recettes, 2) Revoir les priorités des budgets publics, et 3) Avoir les financements innovants. Comme quatrième suggestion, il préconise d'accroître l'aide au développement et la faire fonctionner au mieux pour la santé.

⁵ Le Rapport sur la Santé Mondiale 2010 suggère aussi que les besoins d'amélioration de l'efficacité dans les systèmes de santé et l'élimination de l'inefficacité / déchets va permettre aux pays pauvres d'améliorer la disponibilité et la qualité des services.

politiques nécessaires et la planification stratégique pour les prestations de services de santé. Il est également nécessaire de mener ces genres d'études portant sur l'examen critique du secteur de la santé de manière régulière afin de développer et mettre en œuvre des projets de santé efficaces et efficaces. Sur la base de cette pensée, la JICA a décidé de mener des études d'examens critiques sectoriels de 23 pays sélectionnés. Les objectifs des examens critiques sectoriels sont de donner des recommandations à la JICA sur l'orientation de son aide pour le secteur de la santé dans chaque pays et d'améliorer les approches stratégiques et l'efficacité de la coopération de l'aide.

La structure du rapport

Le rapport de l'enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé est composé de 7 chapitres. Le chapitre 1 est le résumé de la situation socio-économique de chaque pays. Le chapitre 2 est une analyse de la politique nationale de santé, les approches stratégiques et les plans. Le chapitre 3 décrit la situation sanitaire de chaque pays pour montrer les problèmes de santé prioritaires en utilisant des informations sanitaires et les données. Le chapitre 4 est une analyse de la fonction de prestation de services de santé de chaque pays et le chapitre 5 est une analyse d'autres fonctions du système de santé du pays à savoir: les ressources humaines pour la santé, les systèmes d'information sanitaires, les produits médicaux essentiels et les technologies, y compris les établissements de santé, le financement de la santé, le leadership et la gouvernance. Le chapitre 6 est une analyse de l'assistance et de la coopération des partenaires au développement. Basé sur les analyses ci-dessus, le chapitre 7 porte sur les recommandations à la JICA sur les domaines stratégiques de coopération et de ses approches.



Source: <http://www.freemap.jp/blankmap/> (1^{er} Mars 2012)

Carte de la République de Côte d'Ivoire

Sigles, Acronymes et Abréviations

AMD	Atelier de Maintenance de District
ARV	Antirétroviral
C2D	Contrats de Désendettement et de Développement
CAT	Centre Anti-Tuberculose
CCM	Instances de Coordination Nationale
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation Périnatale
CREMM	Centre Régional d'Équipement et de Maintenance du Matériel
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DCPEV	Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation
DOTS	Stratégie du traitement directement observé de courte durée
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EGPAF	Elisabeth Glaser Pediatrics Aids Foundation
EIS	Enquête sur les Indicateurs du Sida
EPN	Établissement Public National
ESPC	Établissement Sanitaire de Premier Contact
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FED	Fonds Européen de Développement
FMI	Fonds Monétaire International
FNUP	Fonds des Nation Unies pour la Population
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
HG	Hôpital Général
IADM	Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale
IHP+	Partenariat International pour la Santé
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
IRA	Infections Respiratoires Aigües
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PARSSI	Projet d'Appui à la Redynamisation du Secteur de la Santé Ivoirien
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PEPFAR	Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la Lutte contre le Sida
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNN	Programme National de Nutrition
PPP	Partenariat Public-Privé
PPTTE	Pays Pauvres Très Endettés
PPU	Programme Présidentiel d'Urgence
PSP	Pharmacie de Santé Publique
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RHS	Ressources Humaines de la Santé
RNB	Revenu National Brut
RSS	Renforcement du Système de Santé
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIG	Système d'Information de Gestion
SIGVISION	(un logiciel)
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UE	Union Européenne
UFR-SMA	Unités de Formation et de Recherche des Sciences Médicale d'Abidjan
UFR-SMB	Unités de Formation et de Recherche des Sciences Médicale de Bouaké
UNICEF	Fonds des Nation Unies pour l'Enfance
VIH	Virus d'Immuno-déficience Humaine

Résumé

1. La République de Côte d'Ivoire connaît depuis le coup d'état de 1999 une situation socio-politique instable. Depuis le début des troubles que le pays a traversés, en particulier à la suite des élections présidentielles de 2010, la situation économique et sociale a subi des revers importants. Cette dégradation a été spécialement ressentie dans les zones Centre, Nord, et Ouest. Le secteur de la santé également est confronté à différents problèmes, notamment le déploiement du personnel de la santé, la fermeture des établissements médicaux, les ruptures de stock y compris des médicaments essentiels, et l'augmentation de l'incidence de maladies infectieuses telles que le choléra. Actuellement, le gouvernement œuvre, entre autre, pour la réconciliation et la reconstruction nationales, le renforcement des liens avec les organismes internationaux, et la restructuration du secteur agricole.
2. Le Plan National de Développement (PND) (2012-2015) établi sur la base du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), dont l'objectif est la réduction à grande échelle du taux élevé de pauvreté, met en exergue l'élévation de la situation de la santé et de l'aide sociale de la population ivoirienne ainsi que la réduction d'affection et des décès, en tant qu'impacts devant être atteints. Dans ce but il vise à l'amélioration du système et des services de la santé ainsi qu'au renforcement des mesures pour une résolution des problèmes les plus pressants. Afin d'atteindre les objectifs du PND, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) a formulé la Politique Nationale de Santé en décembre 2011 avec comme objectif le renforcement de la gouvernance et du leadership, les prestations et l'usage améliorés de services de qualité, l'amélioration de la situation de la santé maternelle et infantile (des enfants de moins de 5 ans), le renforcement des mesures contre les maladies et les infections nosocomiales, ainsi que le renforcement de la prévention des maladies et la promotion de la santé dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) (2012-2015). Parmi ces objectifs, l'amélioration des services et les mesures contre les maladies se voient attribuer une part importante du budget.
3. Les maladies infectieuses et les conditions pathologiques qui se déclarent pendant la grossesse / la période périnatale ainsi que les conditions nutritionnelles sont à l'origine de 60% des décès, et les approches visant la réalisation soutenue des OMD occupent une place importante. Bien que le taux de mortalité maternelle et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans connaissent des améliorations, il est estimé que la réalisation des objectifs se trouve dans une situation extrêmement préoccupante. La prévalence du VIH y est le plus élevée parmi les pays d'Afrique de l'Ouest. Ce sont les femmes qui sont les plus touchées par la pandémie, et la prévalence est en augmentation dans les zones littorales par comparaison aux autres régions. La propagation de l'infection à VIH a également tendance à tirer vers la hausse de l'incidence de la tuberculose. En ce qui concerne le paludisme, il est reconnu que toute la population vit dans une région hautement exposée à ce fléau. Toutefois, l'incidence est particulièrement élevée chez les enfants de moins de 5 ans, ce qui représente un facteur majeur de l'augmentation du taux de mortalité de ces enfants. Avec le désordre sur le paysage social qui menaçait la sécurité alimentaire, les conditions nutritionnelles sont particulièrement extrêmement graves dans la région du Nord.

4. Dans les prestations des services de la santé, l'approche des soins de santé primaires est appliquée et un paquet minimum d'activités est défini, mais en raison de la déficience des moyens de communication physique et de transport, le système de référence ne fonctionne pas correctement. La prévalence de la contraception, qui peut être considérée comme étant l'une des raisons derrière le taux élevé de la mortalité maternelle, est dans l'ensemble assez faible, et ces méthodes ne sont pas répandues dans les régions rurales ou dans les couches sociales sans éducation formelle. En ce qui concerne les consultations prénatales, moins de 50% des femmes bénéficient d'au moins 4 consultations. Le taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié et le taux d'accouchements dans des établissements sanitaires varient considérablement suivant les régions, et la qualité du personnel de santé représente également un problème. Par ailleurs, pour ce qui est des services des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, parmi les institutions qui étaient initialement en mesure de fournir ces services seul un petit nombre exerce encore actuellement. Le taux de couverture du Programme élargi de vaccination (PEV) a diminué en 2011 notamment en raison du manque de matériel et de l'incertitude politique dans le pays. Au niveau des mesures de lutte contre le VIH, les sites pour le conseil et dépistage, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), les traitements antirétroviraux sont tous en hausse, et le nombre de patients sous traitement est en augmentation. Toutefois, les examens de dépistage touchent moins de 10% de la population générale. Pour ce qui est du paludisme, le taux de couverture de la prévention et du traitement est faible, et le taux de diagnostic confirmé est également bas. Les mesures contre la tuberculose sont mises en œuvre par le biais de l'aide du Fonds mondial, et le taux de détection et de réussite du traitement de la tuberculose se situe autour de 80%. Malgré l'importance des mesures nutritionnelles, étant donné qu'un budget adéquat n'est pas assuré, les ressources humaines nécessaires quantitativement et qualitativement ne sont pas affectées, et le système de prestation de services n'est pas approprié.
5. En ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, les normes des effectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2,3 personnes, pour une population de 1.000 personnes) ne sont pas satisfaites, et l'inégalité de la distribution géographique est très marquée. Il existe un système de formation de médecins et autres professionnels de la santé dans le pays, mais l'amélioration des conditions pour la formation et l'établissement organisés et stratégiques des ressources humaines à l'avenir représente un défi. Le budget du MSLS par rapport au budget national représente moins de 30% du niveau de la Déclaration d'Abuja (15%), et la prise en charge par les usagers est près du double de la moyenne dans les pays à faibles ou moyens revenus dans la région Afrique subsaharienne. La gratuité des soins a été mise en œuvre en 2011, mais l'épuisement des médicaments, le chaos du système de référence ont eu pour effet d'annuler cette initiative, et la gratuité ou la réduction du fardeau financier a été maintenue uniquement pour des problèmes prioritaires tels que la santé maternelle et les services de forte urgence. Le flux d'information est défini dans le système d'information sanitaire, mais il y a de nombreuses questions, telles que les chevauchements avec les systèmes de collecte d'information par programme, la maintenance de l'équipement, et la coordination avec les organisations concernées. Les lacunes en matière d'infrastructures de base telles que l'électricité et l'eau, le bas niveau des compétences de maintenance et de gestion concernant les établissements sanitaires, ainsi que leur vieillissement, leur nombre insuffisant en général, et l'inégalité de leur répartition sur le territoire représentent tous des problèmes graves. Dans ces circonstances, les réparations des installations et équipements existants et la construction de nouveaux établissements médicaux primaires sont jugées urgentes. En raison de graves

difficultés financières, les médicaments sont en rupture de stocks, et même l'accès aux médicaments essentiels pose de nombreux problèmes. La décentralisation est sur le point d'être appliquée dans l'administration de la santé, mais avec le chaos qui règne en Côte d'Ivoire, de nombreux districts sanitaires ne fonctionnent pas. Par ailleurs, il existe de nombreux problèmes. À titre d'exemple, les documents juridiques ne sont pas révisés en fonction de la situation, il y a des chevauchements au niveau des rôles et tâches au sein du ministère, et les services fournis par le secteur privé ne sont ni contrôlés, ni surveillés.

6. Le MSLS considère que la coordination avec ses partenaires est importante, et depuis le mois de février 2012, outre l'organisation de réunions de coordination mensuelles, diverses activités, telles qu'une réunion entre partenaires présidées par l'OMS, l'organisation d'un comité par problème, etc. sont mises en œuvre. En ce qui concerne les secteurs des activités des principaux donateurs, les mesures contre les maladies infectieuses prédominaient, mais les initiatives intégrant dans l'aide le renforcement du système de la santé sont également lancées. Depuis le coup d'état de 1999, le Japon a continué de fournir une aide restrictive notamment en contribuant aux mesures de lutte contre les maladies infectieuses et en acceptant des stagiaires dans le cadre de la coopération financière non remboursable principalement par le biais d'organisations internationales. Cependant, avec l'inauguration du nouveau cabinet par le président élu Alassane Dramane Ouattara et l'amélioration de la situation de la sécurité, le Japon a décidé en novembre 2011 de reprendre la coopération bilatérale avec la Côte d'Ivoire. À l'heure actuelle, les préparatifs en vue de la reprise concrète de la coopération avancent.
7. À l'avenir, l'aménagement d'un système de prestation des services s'appliquant à corriger les disparités régionales sur la base des tendances des autres donateurs et en harmonie avec eux, la mise en place d'aides visant la mise en œuvre de mesures pour les directions régionales et districts sanitaires, en tant qu'aide à la promotion de la décentralisation, ainsi que le renforcement des capacités pour la prestations des services pourront être considérés tout en confirmant les besoins et les défis prioritaires du gouvernement ivoirien à la lumière des circonstances décrites ci-dessus.

Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé

Rapport de Pays République de Côte d'Ivoire

Table des matières

Préface

Carte de la République de Côte d'Ivoire

Sigles, Acronymes et Abréviations

Résumé

_Toc338597292

Chapitre 1	Contexte général	1-1
Chapitre 2	Politique de développement.....	2-1
2.1	Politique national de développement.....	2-1
2.2	Plan national de développement dans le secteur de la santé.....	2-2
Chapitre 3	L'état de santé de la population.....	3-1
3.1	Profil épidémiologique	3-1
3.2	Situation de la santé de la mère et de l'enfant.....	3-1
3.2.1	Santé maternelle.....	3-1
3.2.2	Santé de l'enfant	3-2
3.3	Maladies transmissibles	3-3
3.3.1	VIH/Sida.....	3-3
3.3.2	Tuberculose.....	3-4
3.3.3	Paludisme.....	3-4
3.3.4	Autres maladies transmissibles	3-5
3.4	État nutritionnel	3-6
3.5	Maladies non transmissibles	3-7
Chapitre 4	Prestation des services	4-1
4.1	Organisation du système de santé.....	4-1
4.2	Services de la santé de la mère et de l'enfant	4-1
4.2.1	Politique et stratégies	4-1
4.2.2	Situation des services de la santé de la mère et l'enfant	4-1
4.2.3	Services de la santé de la mère	4-2
4.2.4	Services de la santé de l'enfant.....	4-4
4.3	La lutte contre les maladies transmissibles	4-6
4.3.1	La lutte contre le VIH/Sida.....	4-6
4.3.2	La lutte contre la Tuberculose.....	4-7
4.3.3	La lutte contre le Paludisme.....	4-8
4.4	La lutte contre la malnutrition	4-10

Chapitre 5	Le système de santé	5-1
5.1	Ressources humaines pour la santé.....	5-1
5.1.1	Situation des ressources humaines pour la santé	5-1
5.1.2	Politique et stratégies	5-2
5.1.3	Formation.....	5-3
5.1.4	Recrutement • Déploiement • Rétention	5-4
5.2	Financement de la santé.....	5-4
5.2.1	Situation du financement de la santé	5-4
5.2.2	La gratuité des soins	5-5
5.3	Système d'information sanitaire	5-6
5.3.1	Situation de système d'information sanitaire.....	5-6
5.3.2	Collecte de données	5-7
5.3.3	Analyse, utilisation et diffusion de données	5-8
5.4	Infrastructure, équipements et médicaments.....	5-8
5.4.1	Infrastructure et équipements.....	5-8
5.4.2	Médicaments	5-10
5.5	Leadership et gouvernance	5-10
5.5.1	L'organisation administrative du système de santé	5-10
5.5.2	Situation de Leadership et Gouvernance	5-11
5.5.3	Objectifs du PNDS.....	5-12
Chapitre 6	Situation du soutien des partenaires.....	6-1
6.1	Coordination des donateurs dans le secteur de la santé	6-1
6.2	Contribution des partenaires dans le secteur de la santé.....	6-1
6.2.1	Aperçu.....	6-1
6.2.2	Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	6-1
6.2.3	Fonds des Nation Unies pour l'Enfance (UNICEF)	6-2
6.2.4	Fonds des Nation Unies pour la Population (FNUP).....	6-2
6.2.5	L'Union Européenne (UE).....	6-2
6.2.6	Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial).....	6-2
6.2.7	Les États-Unis.....	6-3
6.3	Assistance du Japon dans le secteur de la santé de la Côte d'Ivoire	6-3
6.3.1	Politique de coopération de la JICA en Côte d'Ivoire	6-3
6.3.2	La coopération Japonaise dans le secteur de la santé.....	6-3
Chapitre 7	Enjeux prioritaires dans le secteur de la santé	7-1
7.1	Contexte et enjeux prioritaires dans le secteur de la santé.....	7-1
7.1.1	Problèmes de santé.....	7-1
7.1.2	Facteurs influant sur les enjeux prioritaires	7-1
7.1.3	La réponse du gouvernement et des partenaires aux enjeux prioritaires et défis à relever	7-2
7.2	Besoins en coopération dans le secteur de la santé.....	7-3

Annexes

Annexe 1 : Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé

Annexe 2 : Références bibliographiques

Liste des Tableaux et Figures

Figure 3-1	Mortalité Proportionnelle (tous âges).....	3-1
Figure 3-2	Ratio de mortalité maternelle	3-2
Figure 3-3	Évolution du taux de mortalité des enfants	3-3
Figure 3-4	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par région (2005).....	3-3
Figure 3-5	Évolution du taux de prévalence du VIH	3-3
Figure 3-6	Taux de prévalence du VIH par région (2005).....	3-3
Figure 3-7	Évolution de l'incidence de la tuberculose.....	3-4
Figure 3-8	Distribution des cas de paludisme confirmés (pour 1000 habitants).....	3-5
Figure 3-9	Évolution de l'incidence du paludisme	3-5
Figure 3-10	Prevalence de la malnutrition chronique	3-6
Figure 3-11	Evolution de la malnutrition dans le Nord de la Côte d'Ivoire	3-6
Figure 3-12	Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A (2011).....	3-7
Figure 4-1	Couverture dans la continuité des soins	4-2
Figure 4-2	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	4-4
Figure 4-3	Pourcentage d'accouchements effectués dans un centre de santé par région.....	4-4
Figure 4-4	Pourcentage des établissements sanitaires offrant des services PCIMNE par région	4-5
Figure 5-1	Répartition de la disponibilité des médecins par région sanitaire	5-2
Figure 5-2	Répartition de la disponibilité des infirmiers et sages-femmes par région sanitaire	5-2
Figure 5-3	Circuit de l'information sanitaire	5-7
Figure 5-4	Organigramme du Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida	5-11
Figure 7-1	Enjeux prioritaires et facteurs contextuels du secteur de la santé en Côte d'Ivoire.....	7-1
Tableau 1-1	Principaux indicateurs socio-démographiques.....	1-2
Tableau 2-1	Coût total du PNDS par effet.....	2-3
Tableau 2-2	Indicateurs et cibles du PNDS.....	2-3
Tableau 3-1	Principales causes de décès (tous âges).....	3-1
Tableau 4-1	Organisation du système de santé.....	4-1
Tableau 4-2	Évolution des indicateurs de VIH/Sida	4-7
Tableau 4-3	Évolution des indicateurs du paludisme	4-9
Tableau 4-4	Proportion de cas de paludisme confirmés par le laboratoire (en %).....	4-9
Tableau 5-1	Répartition des effectifs par catégories en 2007 et en 2010 (secteur public)	5-1
Tableau 5-2	Ratio personnel de santé par population.....	5-1
Tableau 5-3	Formation initiale des ressources humaines pour la santé.....	5-3
Tableau 5-4	Évolution de la part du budget du Ministère de la Santé par rapport au budget de l'État (millions FCFA).....	5-5
Tableau 5-5	Indicateurs principaux des dépenses de santé	5-5
Tableau 5-6	Synthèse des structures sanitaires publiques	5-8
Tableau 5-7	Couverture Sanitaire Publique par Habitant.....	5-9

Tableau 6-1	Principaux partenaires et leur domaines d'intervention	6-1
Tableau 6-2	Investissements actifs du Fonds mondial (million Euro)	6-2
Tableau 6-3	Les contributions du gouvernement japonais depuis 2005.....	6-4
Tableau 6-4	Les contributions du gouvernement japonais depuis 2005.....	6-4

Chapitre 1 Contexte général

Située en Afrique de l'Ouest, la République de Côte d'Ivoire est limitée au Sud par le Golfe de Guinée, à l'Est par le Ghana, au Nord par le Burkina Faso et le Mali et à l'Ouest par la Guinée et le Liberia. La Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 km² (0,9 fois la taille du Japon). La population totale était estimée à 19 737 800 en 2010 dont 50% vit en zone urbaine [1].

La Côte d'Ivoire connaît une instabilité socio-politique depuis le coup d'État de 1999. Le pays traverse actuellement une situation économique difficile et la plupart des indicateurs socio-économiques se sont fortement dégradés au cours de ces dernières années. La proclamation des résultats du second tour de l'élection présidentielle de novembre 2010 a particulièrement plongé le pays dans une grave crise post-électorale avec des conséquences néfastes sur le plan politique, économique et sociale du pays. La crise post-électorale a bouleversé le système de santé plus marqué dans les zones Centre, Nord et Ouest (CNO). Environ 50% du personnel médical a quitté leur lieu d'affectation. Ce chiffre s'élève à 75% à l'Ouest du pays avec pour conséquence la fermeture de plusieurs centres de santé. En raison de l'embargo sur les ports, le matériel médical y compris les médicaments essentiels, les médicaments antirétroviraux et les vaccins se sont trouvés en rupture de stock. En plus de cela, le système de surveillance médical et de surveillance épidémiologique ne sont plus fonctionnelles dans certaines régions du pays. C'est ainsi qu'on assiste à la réapparition d'épidémies telles que la rougeole dans le Sud-Comoé, la fièvre jaune en zone CNO et le choléra à Abidjan [2].

Le Gouvernement du Président Alassane Dramane Ouattara est déterminé à consolider la paix, à renforcer la coopération avec la communauté internationale et à redynamiser l'économie ivoirienne à travers le Programme Présidentiel d'Urgence (PPU) qui porte sur les secteurs prioritaires que sont l'eau potable, la santé, l'éducation, l'électricité et la salubrité urbaine [3].

La Côte d'Ivoire a atteint le point d'achèvement de l'initiative pays pauvres très endettés (PPTE) en juin 2012. Le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale ont approuvé un allègement de 3,1 milliards de dollars de la dette de la Côte d'Ivoire au titre de l'initiative PPTE plus un allègement de 1,3 milliards de dollars au titre de l'initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) [4].

La Côte d'Ivoire compte 19 régions et 80 départements. Le tableau 1-1 présente les principaux indicateurs socio-démographiques de la Côte d'Ivoire.

Tableau 1-1 Principaux indicateurs socio-démographiques

Indicateurs	Valeurs	Année
Population totale	19 737 800	2010
Taux annuel d'accroissement démographique (%)	1,98	2010
Espérance de vie à la naissance (années)	54,06	2009
Taux brut de natalité	34,37	2009
Taux brut de mortalité	12,45	2009
Revenu national brut (RNB) par habitant (\$ US)	1 160	2010
Croissance du RNB (% annuel)	3,4	2010
Total des inscriptions à l'école, primaire (% net)	88	2011
Indice de développement humain* (Rang sur 187 pays)	170	2011
Pourcentage de la population vivant avec moins de 1,25 dollar par jour (%)	81,3	2009

Source : Les Indicateurs du développement dans le monde (Mars 2012) (La Banque Mondiale) [1]; *: UNDP (2011) Human Development Report [5]

Chapitre 2 Politique de développement

2.1 Politique nationale de développement

La lutte contre la pauvreté a toujours été au centre des politiques de développement économique, social et culturel du gouvernement. En effet, le taux de pauvreté est passé de 10% en 1985 à 48,9% en 2008. Le principal objectif visé par le gouvernement qui a été traduit dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2009, est de ramener le taux d'incidence de la pauvreté de 48,9% en 2008 à 16% en 2015. Le DSRP a défini les quatre impacts majeurs comme suit:

- L'impact 1 « rétablissement et raffermissement des fondements de la République »
- L'impact 2 « transformation de la Côte d'Ivoire en un pays émergent »
- L'impact 3 « un bien-être social pour tous »
- L'impact 4 « la Côte d'Ivoire, un acteur dynamique de la scène régionale et mondiale »

Le secteur de la santé est lié à l'impact 3. L'objectif visé est d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations afin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015.

Prenant en compte le DSRP, le Programme Présidentiel, le Programme Économique et Financier, et les OMD, le Plan National de Développement (PND) (2012-2015) a été élaboré. Le PND a pour objectif principal de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent à l'horizon 2020. Les cinq résultats stratégiques majeurs ont été définis comme suivant:

1. Les populations vivent en harmonie dans une société sécurisée dans laquelle la bonne gouvernance est assurée;
2. La création de richesses nationales est accrue, soutenue et les fruits répartis dans l'équité;
3. Les populations, en particulier les femmes, les enfants et autres groupes vulnérables ont accès aux services sociaux de qualité en toute équité;
4. Les populations vivent dans un environnement sain et un cadre de vie adéquat;
5. Le repositionnement de la Côte d'Ivoire sur la scène régionale et internationale est effectif.

Le PND a défini l'impact et trois effets du secteur de la santé, de la nutrition et du VIH/Sida comme suit :

- Impact : l'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés; la morbidité et la mortalité au sein de la population sont réduites.
- Effet 1: l'efficacité et l'efficacité du système de santé sont améliorées;
- Effet 2: l'offre et la qualité des prestations des services de santé sont améliorées;
- Effet 3: la lutte contre le VIH/Sida et les autres problèmes prioritaires de santé est renforcée.

2.2 Plan national de développement dans le secteur de la santé

Le Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (MSLS) a élaboré la Politique Nationale de Santé (PNS) en décembre 2011. La PNS constitue le cadre de référence pour le développement du secteur de la santé et la réponse nationale aux problèmes de santé et à ceux liés à la santé. La vision du secteur de la santé dans la PNS est celle d'un système de santé performant à même de garantir à tous les citoyens particulièrement les populations les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays. Pour réaliser cette vision, le MSLS s'est fixé des objectifs à savoir :

Objectif Général : Améliorer l'état de santé et le bien-être des populations
Objectif 1: Améliorer l'efficacité et l'efficience du système sanitaire
Objectif 2: Améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé
Objectif 3: Renforcer la lutte contre la maladie

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 se fonde sur les orientations stratégiques de la PNS. Le PNDS vise à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations. A cet effet, cinq objectifs spécifiques ont été définis et devront être atteints :

Objectif général : Améliorer l'état de santé et le bien-être des populations
Objectif spécifique 1 : Renforcer la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du MSLS
Objectif spécifique 2 : Améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité
Objectif spécifique 3 : Améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans
Objectif spécifique 4 : Renforcer la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales
Objectif spécifique 5 : Renforcer la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité

Le PNDS est guidé par un certain nombre de principes comme un leadership fort du MSLS, une meilleure gouvernance du secteur, un système de santé basé sur les soins de santé primaires, des prestations de santé de qualité optimale, le respect des engagements internationaux notamment l'atteinte des OMD, la participation communautaire et la décentralisation.

Le coût total requis pour la mise en œuvre du PNDS est estimé à environ 1 616 878 945 milliards de FCFA⁶ pour les quatre années. Selon les répartitions par effet mentionnées dans le tableau 2-1, les dépenses consacrées au renforcement de l'offre de soins occuperont la plus grande proportion du coût total du PNDS. Ainsi donc, le poste de dépense que constitue l'effet 2 représentera 53% du coût total.

⁶ 1Euro = 655,957 FCFA

Tableau 2-1 Coût total du PNDS par effet

Effet		Milliards de FCFA	
Effet 1	La gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la Santé sont renforcés	73 654 501	5%
Effet 2	L'offre et l'utilisation des services de santé de qualité sont améliorées	863 169 576	53%
Effet 3	La santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans sont améliorées	134 311 565	8%
Effet 4	La lutte contre la maladie et les infections nosocomiales est renforcée	524 596 066	32%
Effet 5	La prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité sont renforcées	21 147 237	1%
Total		1 616 878 945	100%

Source : Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [6]

Les cibles visées à travers le PNDS sont classées selon la logique de la chaîne de résultats et sont contenues dans le tableau ci-après.

Tableau 2-2 Indicateurs et cibles du PNDS

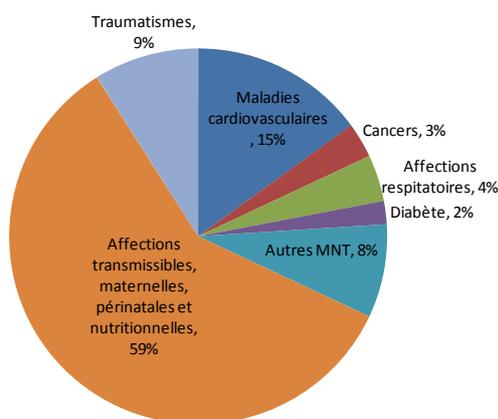
Indicateurs	Niveau de référence	Cible 2015
Impact L'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés		
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	125‰	88‰
Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes)	543	324
Prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans	3,4%	1,8%
Incidence du paludisme	80‰	50‰
Incidence de la tuberculose	1,70 ‰	0,6‰
Effet 1 La gouvernance du secteur de la santé est améliorée et le leadership du MSLS est renforcé		
Proportion du budget de l'état alloué à la santé	4,36%	10%
Effet 2 L'offre et l'utilisation des services de santé de qualité sont améliorées		
Proportion de la population habitant à moins de 5 km d'un centre de santé	44%	55%
Nombre d'unité de poches collecté pour 1000 habitants par an	4,9	10
Effet 3 La santé maternelle et des enfants de moins de 5 ans sont améliorées		
Prévalence contraceptive	9,5%	30%
Taux de consultation prénatale (CPN) 4	45%	70%
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	69,22%	80%
Couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois pour la 3 ^{ème} dose du vaccin pentavalent	62%	95%
Proportion d'Infection Respiratoires Aigüe (IRA) chez les enfants de moins de 5 ans traités aux antibiotiques	19%	50%
Effet 4 La lutte contre la maladie et les infections nosocomiales est renforcée		
Proportion de personne vivant avec le VIH (PVVIH) hommes et femmes en besoin de traitement qui bénéficie de traitement antirétroviral selon le protocole	45%	80%
Proportion de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de transmission mère-enfant	47,3%	80%
Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)	15%	80%
Effet 5 La prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité sont renforcées		
Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois	4%	50%
Taux d'utilisation des services de santé	18%	30%

Source : Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [6]

Chapitre 3 L'état de santé de la population

3.1 Profil épidémiologique

Sur l'ensemble des décès enregistrés en Côte d'Ivoire, 59% sont dus aux maladies infectieuses, aux causes maternelles, périnatales et nutritionnelles, 32% aux maladies non transmissibles, et 9% aux traumatismes (Figure 3-1) [7]. En outre, à la lecture du tableau 3-1 ci-dessous, on peut effectivement observer que près de 60% des décès sont liés à des maladies infectieuses (VIH, paludisme, tuberculose), diarrhées, et causes périnatales. Les OMD, qui correspondent aux principales causes de mortalité dans le pays, demeurent toujours pertinents.



Source: WHO (2011) NCD Country Profiles [8]

Figure 3-1 Mortalité Proportionnelle (tous âges)

Tableau 3-1 Principales causes de décès (tous âges)

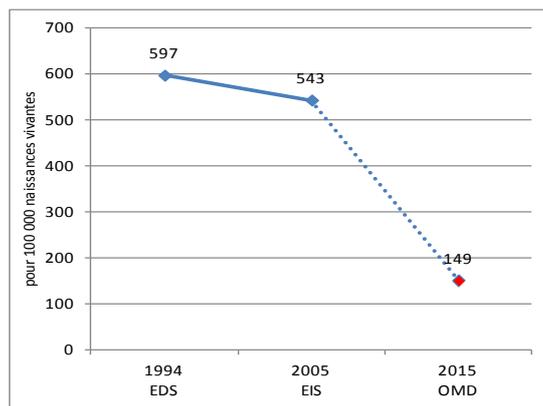
Rang	Causes des décès	%
1	VIH/Sida	19
2	Paludisme	10
3	Infections respiratoires basses	8
4	Diarrhées	7
5	Causes périnatales	6
6	Tuberculose	5
7	Rougeole	4
8	Maladies vasculaires cérébrales	4
9	Cardiopathies ischémiques	4
10	Accidents de la circulation routière	2

Source : WHO (2006) Mortality Fact Sheet 2006 [9]

3.2 Situation de la santé de la mère et de l'enfant

3.2.1 Santé maternelle

Comme l'illustre la figure 3-2 ci-dessous, le ratio de mortalité maternelle est passé de 597 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1994 à 543 décès en 2005. De plus, selon l'estimation du groupe inter-agence des Nations Unies le ratio est passé de 710 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 400 décès en 2010 [10]. Cependant, la mortalité maternelle reste encore assez élevée, et avec ce rythme, la Côte d'Ivoire ne pourrait pas atteindre la cible de l'OMD en 2015.



Source : Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc. (1995) Enquête Démographique et de Santé (EDS) en Côte d'Ivoire 1994 [11]; INS, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS) Côte d'Ivoire 2005 [12]

Figure 3-2 Ratio de mortalité maternelle

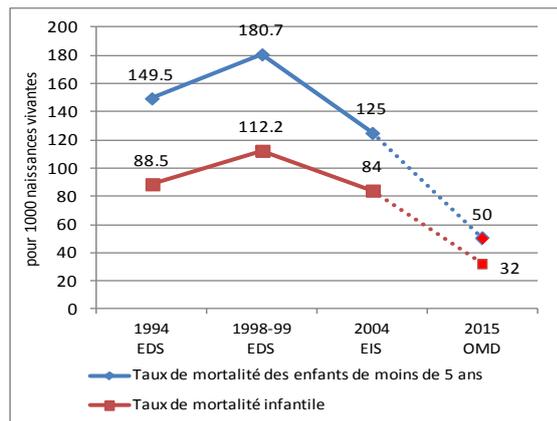
La mortalité maternelle est essentiellement due aux hémorragies (36%), aux dystocies (20%), à l'éclampsie (18%), aux complications des avortements (15%), ainsi qu'aux infections post-partum (4,8%). Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux, une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au décours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum [6].

3.2.2 Santé de l'enfant

De 1994 à 2004, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a connu une régression, passant de 149,5 à 125 pour 1000 naissances vivantes. Sur la même période, le taux de mortalité infantile a également baissé de 88,5 à 84 pour 1000 naissances vivantes. Les taux se sont améliorés par rapport à 1994, mais les cibles de l'ODM restent encore loin d'être atteintes.

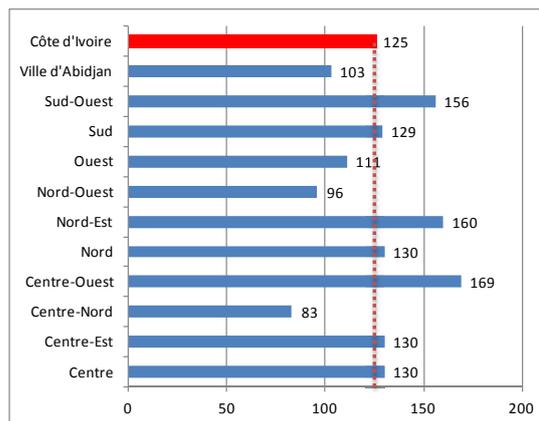
En effet, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 123 pour 1000 naissances vivantes selon les estimations du groupe inter-agence des Nations Unies. Ce taux est au-dessus de la moyenne de 121 estimée pour l'Afrique subsaharienne et place la Côte d'Ivoire au 18^{ème} rang sur les 193 pays [13].

D'après l'enquête de 2005, c'est dans la région du Centre-Ouest que le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est le plus élevé (169 ‰). Par contre, c'est dans la région du Centre-Nord (83 ‰) que le taux de mortalité infanto juvénile est le plus faible (Figure 3-4). Le quotient de mortalité infanto-juvénile est estimé à 105 ‰ en urbain contre 142 ‰ en rural [12].



Source: INS et Macro International Inc. (1995) EDS Côte d'Ivoire 1994 [11]; INS et ORC Macro (2001) EDS Côte d'Ivoire 1998-1999 [14]; Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) EIS Côte d'Ivoire 2005 [12]

Figure 3-3 Évolution du taux de mortalité des enfants



Source : INS, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) EIS Côte d'Ivoire 2005 [12]

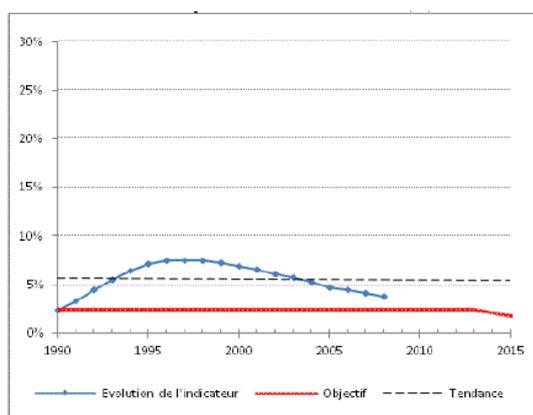
Figure 3-4 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par région (2005)

Les principales causes de la mortalité infanto-juvénile sont les causes néonatales (34%), le paludisme (25%), la pneumonie (10%), la diarrhée (8%), le VIH/Sida (3%). Les causes de mortalité néonatale sont dominées par la prématurité (11%), l'asphyxie (9%), les infections sévères (5%), et la pneumonie (5%). Plus d'un tiers de tous les décès d'enfants sont attribuables à la malnutrition [15].

3.3 Maladies transmissibles

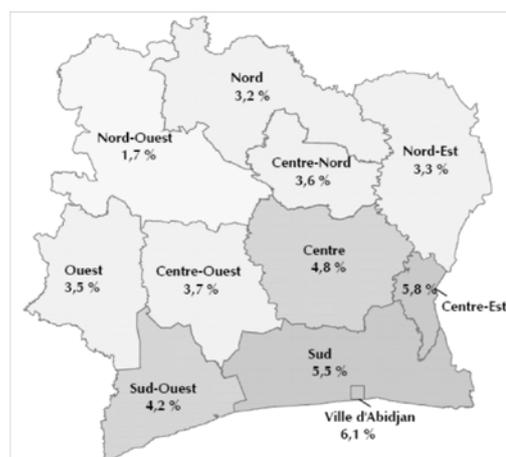
3.3.1 VIH/Sida

La prévalence estimative du VIH chez l'adulte (15 à 49 ans) était de 3,4% en 2009. La Côte d'Ivoire demeure un des pays les plus touchés dans la sous-région d'Afrique occidentale et centrale⁷ [16]. La figure 3-5 montre l'évolution de la prévalence du VIH. La prévalence du VIH estimée dans la population est passée de 6,9% en 2000 à 3,7% en 2008, à 3,4% en 2009 [17] [16].



Source : République de Côte d'Ivoire (2010) Rapport National sur Les Objectifs du Millénaire pour le Développement [18]

Figure 3-5 Évolution du taux de prévalence du VIH



Source : INS, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) EIS Côte d'Ivoire 2005 [12]

Figure 3-6 Taux de prévalence du VIH par région (2005)

⁷ En 2009, la prévalence du VIH était estimée à 2% ou moins dans 12 pays d'Afrique occidentale et central.

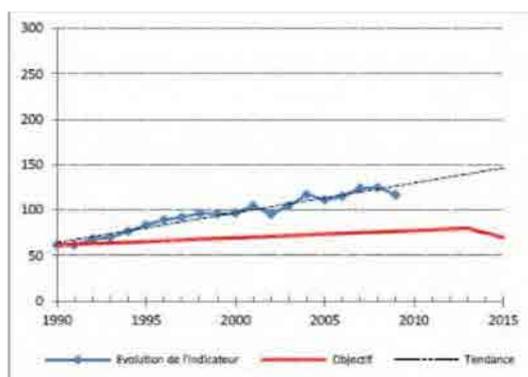
Selon l'Enquête sur les indicateurs du Sida (EIS) en 2005, la prévalence du VIH dans la population générale de 15-49 ans est de 4,7%. La prévalence chez les femmes (6,4%) est nettement supérieure au taux observé chez les hommes (2,9%). Dans la population générale, la ville d'Abidjan (6,1 %), les régions du Centre-Est (5,8 %), du Sud (5,5 %) et du Centre (4,8 %) ont une prévalence du VIH supérieure à la prévalence nationale (4,7 %) (Figure 3-6).

D'après le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), la prévalence du VIH dans les groupes à risque est plus élevée avec 33,4% chez les professionnelles du sexe et 24,5% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes [19].

En 2009, on estimait à 450 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Côte d'Ivoire dont 220 000 femmes âgées de 15 ans et plus et 63 000 enfants âgés de 0 à 14 ans. Le nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral (ARV) était de 89 410 en 2011 [20].

3.3.2 Tuberculose

Depuis 2000, l'incidence de la tuberculose augmente chaque année en moyenne de 5% aussi bien pour les frottis positifs que pour toutes les formes confondues (Figure 3-7). L'incidence des cas déclarés de tuberculose pour 100 000 habitants est passée de 97 cas pour toutes les formes en 2000 à 117 cas en 2009 [18]. En 2010, l'incidence des cas déclarés toutes formes confondues était de 106 cas pour 100 000 habitants [6].



Source : République de Côte d'Ivoire (2010) Rapport National sur Les Objectifs du Millénaire pour le Développement [18]

Figure 3-7 Évolution de l'incidence de la tuberculose

La pandémie du VIH demeure le facteur le plus propice au développement de la tuberculose. Entre 36 à 41% des cas de tuberculose sont attribuables au VIH et la prévalence du VIH chez les tuberculeux est de 24% en 2010 [6].

3.3.3 Paludisme

La Côte d'Ivoire se situe dans une zone de transmission permanente du paludisme. 100% de la population est ainsi exposée au risque de transmission. La principale espèce parasitaire reste le *Plasmodium falciparum* présent dans la plupart des cas [21].

Le paludisme constitue le premier motif de consultation dans les formations sanitaires du pays et représente la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. En 2006, il a représenté 57% des états morbides enregistrés, avec respectivement 62% et 36% des causes d'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes [22].

L'incidence du paludisme demeure importante sur la période 2000 à 2008. Elle oscille autour de 80 pour 1000 habitants (Figure 3-8) [23]. En 2010, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 94,55 pour 1000 habitants alors que cette incidence était 555,48 chez les enfants de moins de 5 ans [24].

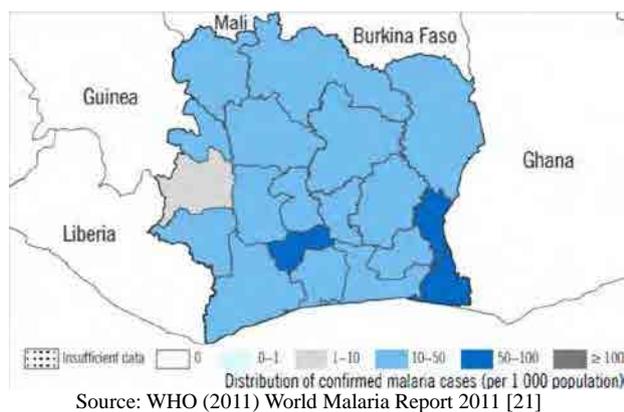


Figure 3-8 Distribution des cas de paludisme confirmés (pour 1000 habitants)

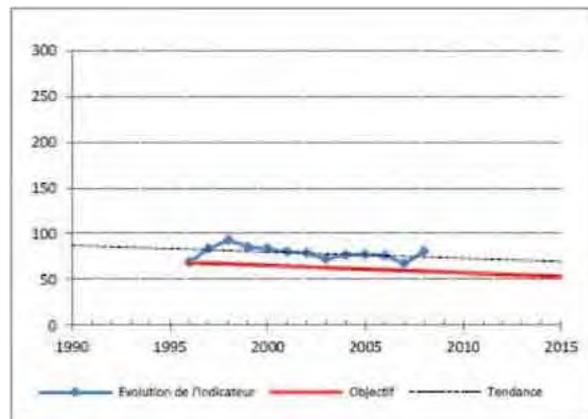


Figure 3-9 Évolution de l'incidence du paludisme

3.3.4 Autres maladies transmissibles

En 2011, une résurgence de certaines maladies évitables par la vaccination a été observée. Il s'agit notamment, de la rougeole avec 1059 cas suspects dont 349 cas confirmés, du tétanos néonatal avec 3 cas confirmés dans 3 districts sanitaires, et de la fièvre jaune avec 511 cas suspects et 11 cas confirmés. Concernant la poliomyélite, 36 cas de poliovirus sauvage dans 22 districts sanitaires ont été confirmés en 2011 [6].

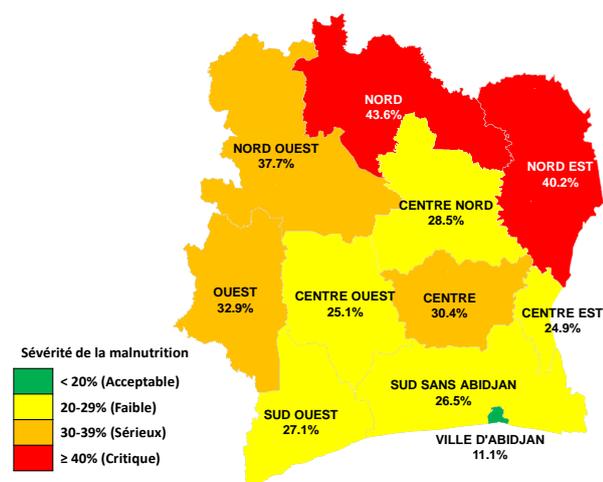
Les maladies tropicales négligées comme l'ulcère de Buruli dont 2.533 cas ont été rapportés en 2010, l'onchocercose, et la trypanosomiase humaine africaine représentent un risque sérieux pour la santé publique [25].

3.4 État nutritionnel

De faibles apports alimentaires (en qualité et/ou en quantité) ainsi que la maladie sont les causes directes de la malnutrition. Au-delà de cela, l'insécurité alimentaire, les mauvaises pratiques de soins et d'hygiène et le manque d'accès aux services de santé sont des causes sous-jacentes. La crise sociopolitique qu'a traversée la Côte d'Ivoire a fragilisé une situation nutritionnelle déjà précaire. Les combats armés et les déplacements de populations ont conduit à une perturbation du calendrier agricole, la dégradation des infrastructures et la fuite du personnel de santé. Tous ces facteurs contribuent à la dégradation de l'état nutritionnel des populations particulièrement vulnérables, c'est-à-dire les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes [26].

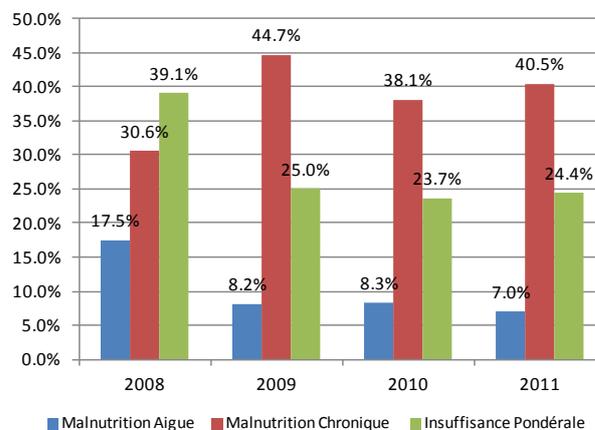
Selon l'enquête nutritionnelle SMART de 2011, les prévalences de la malnutrition chronique⁸, de l'insuffisance pondérale⁹ et de la malnutrition aigüe¹⁰ chez l'enfant de 6 à 59 mois sont respectivement de 27,3%, 15,7% et 5,4%.

En ce qui concerne la malnutrition chronique, la prévalence varie fortement de 43,6% dans le Nord du pays à 11,1% à Abidjan (Figure 3-10). Selon les données de la figure 3-11, on constate que les taux de malnutrition aigüe et insuffisance pondérale diminuent, mais la malnutrition chronique reste encore élevée dans le Nord.



Source: Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida, Enquête nutritionnelle nationale basée sur la méthodologie SMART 2011 [27]

Figure 3-10 Prévalence de la malnutrition chronique



Source : DCPNN

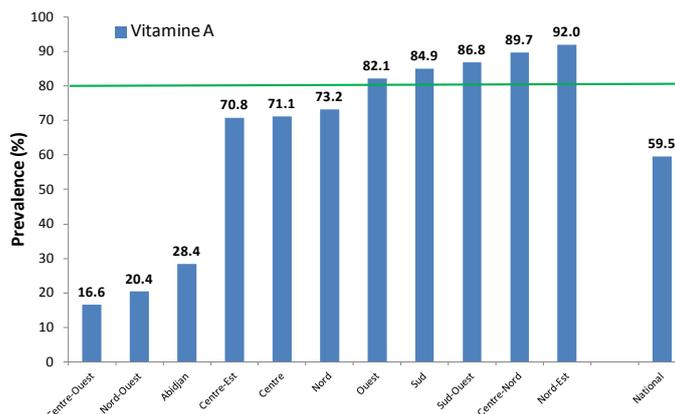
Figure 3-11 Evolution de la malnutrition dans le Nord de la Côte d'Ivoire

Selon l'enquête nutritionnelle SMART de 2011, le pourcentage d'enfants ayant reçu une dose de vitamine A est de 59.9%. Des taux de supplémentation en vitamine A très faibles sont observés pour les pôles d'Abidjan (24,8%), Nord-Ouest (20,4%) et Ouest (16,6%) (Figure 3-12).

⁸ Retard de croissance (OMS) - Modéré et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts types à la taille pour l'âge médiane telle qu'elle est définie dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

⁹ Insuffisance pondérale (OMS) - Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant

¹⁰ Émaciation (OMS) - Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types au poids pour la taille médian tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.



Source : Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida, Enquête nutritionnelle nationale basée sur la méthodologie SMART 2011 [27]

Figure 3-12 Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A (2011)

Concernant l'état nutritionnel des femmes, 55% des femmes enceintes étaient anémiées [28]. L'état nutritionnel des femmes est un des déterminants de la mortalité maternelle. Il influence aussi le faible poids à la naissance. Selon l'enquête à indicateurs multiples (MICS) 2006, la prévalence du faible poids à la naissance (moins de 2500 grammes) était de 16,7%.

Avec une prévalence de 4% jusqu'à 6 mois l'allaitement exclusif est faiblement pratiqué en Côte d'Ivoire en comparaison avec d'autres pays de la sous-région (33%) [29]. Cette prévalence varie d'un maximum de 16,6 % dans la région de l'Ouest à un minimum de 0 % dans la région du Sud (sans Abidjan) [30].

3.5 Maladies non transmissibles

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 32% des décès en Côte d'Ivoire sont liés à des maladies non transmissibles (Figure 3-1). Les maladies non transmissibles sont dominées par les maladies chroniques. En premier lieu viennent les maladies métaboliques telles que le diabète sucré avec une prévalence de 5,7% dans la population adulte, ensuite les maladies cardio-vasculaires et les cancers. L'hypertension artérielle est actuellement en nette progression. L'enquête STEPS réalisée en 2005 a révélé sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, une prévalence de l'hypertension artérielle de 21,7%. Sa proportion augmente avec l'âge pour atteindre 58,4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans. En 2008, selon les estimations de l'OMS pour la Côte d'Ivoire, la prévalence de l'hypertension artérielle chez les 25 ans et plus était de 33,4% [6].

Concernant le cancer, 15 000 nouveaux cas sont attendus par an. Parmi eux, les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux. L'incidence était de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 avec 25,2% de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus. Chez l'homme, l'incidence est légèrement inférieure (82 pour 100 000). Malgré l'évolution croissante des cancers en Côte d'Ivoire, il n'existe pas à ce jour de centre spécialisé dans le traitement des malades atteints du cancer [6]. Les résultats de l'étude en 2009-10 montrent que le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal est pratiqué dans 5% des structures sanitaires [31]. D'autres maladies non transmissibles telles que l'insuffisance rénale, les maladies bucco-dentaires et les affections ophtalmologiques sont également en progression. Il faut noter que les

centres d'hémodialyse même s'ils existent sont insuffisants face à la demande qui croît depuis quelques années [6].

Chapitre 4 Prestation des services

4.1 Organisation du système de santé

L'offre publique de soins est organisée selon une pyramide sanitaire à trois niveaux (Tableau 4-1). Le système sanitaire a adopté la stratégie des soins de santé primaires. Pour assurer les soins à la population dans ce cadre, les districts sanitaires ont été créés en 1994 et un Paquet Minimum d'Activités (PMA)¹¹ a été défini pour les différents niveaux et échelons de la pyramide sanitaire en 1996 [6].

Tableau 4-1 Organisation du système de santé

Niveau	Offre des soins	Administratif ¹²
Niveau tertiaire	Établissements Publics Nationaux (ex. CHU: Centre Hospitalier Universitaire) (15)	Ministre, Cabinet, Directions Générales, Directions Centrales, Services rattachés
Niveau secondaire	Centres Hospitaliers Régionaux, Centres Hospitaliers Spécialisés, Hôpitaux Généraux etc. (101)	Directions Régionales (20)
Niveau primaire	Établissements Sanitaires de Premier Contact (2091)	Districts Sanitaires (82)

Source : Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [6]; Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (2012) Répertoire des Structures Sanitaires Publiques et Privées de Côte d'Ivoire Année 2011 [32]

Le système de référence et contre référence se déploie en trois niveaux. Dans les faits, le fonctionnement de ce système n'est pas optimal, en raison de l'absence d'un système de communication, tels que le développement d'un réseau radiophonique entre ces structures et la mise à disposition d'une ambulance à certaines d'entre elles. De plus, le bas niveau de qualité des soins aux deux premiers niveaux de la pyramide sanitaire conduit les patients qui en ont les moyens à s'adresser directement aux hôpitaux de référence. [33]

4.2 Services de la santé de la mère et de l'enfant

4.2.1 Politique et stratégies

La vision du gouvernement en matière de santé de la reproduction est la suivante : Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines. Concernant la santé de la mère et de l'enfant, et la santé reproductive, le MSLS a élaboré les documents suivants: la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction (2011), la Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Morbidité et de la Mortalité Maternelles, Néonatales et Infantiles (2008-2015), et le Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction (2010-2014).

4.2.2 Situation des services de la santé de la mère et l'enfant

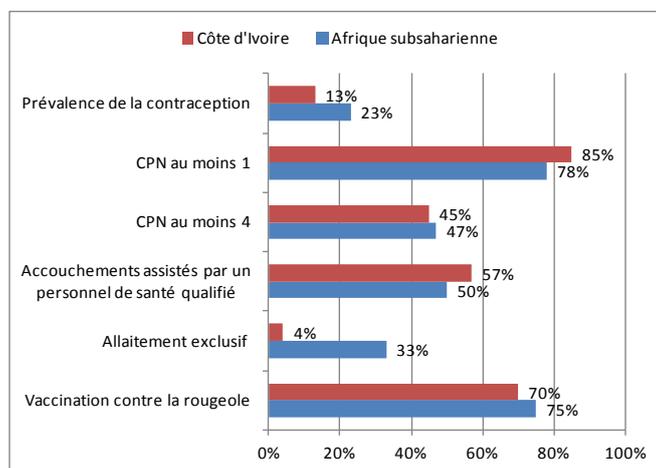
La figure 4-1 présente la couverture en pourcentage des interventions essentielles tout au long de la continuité des soins de santé de la mère et l'enfant.

Les proportions de femmes ayant fait au moins une consultation prénatale (85%) et d'accouchement assisté par un personnel qualifié (57%) se situent sur les moyennes observées pour l'Afrique subsaharienne. Par contre, les taux de la contraception et de l'allaitement exclusif sont très faibles [13].

¹¹ PMA comprend les soins maternels, l'accouchement, soins post-natals; soins aux nourrissons, y compris la vaccination, la planification familiale, les soins curatifs (le paludisme, les MST, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée); soins chroniques (tuberculose, lèpre, la dracunculose, le pian) et les services de promotion (la nutrition, l'approvisionnement d'eau et assainissement).

¹² Arrêté N0009 MSLS du 02 Fév. 2012 portant liste des Directions Régionales de la Santé et de la Lutte contre le Sida et Arrêté N0008 MSLS du 02 Fév. 2012 portant liste des Directions Départementales de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

Selon l'étude menée en 2009-2010, les services de santé maternelle et infantile les plus offerts dans les structures sanitaires visitées sont entre autres les services de soins prénatals (96.5%), de vaccination (93%), de supplémentation en vitamine A (86.8%), des soins néonataux (80.4%), des soins post-natals (81.8%) et du suivi de la croissance (72.4%). Au bas de l'échelle, l'on enregistre les services de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) (64.1%) et de la planification familiale (60.4%) [31].



Source: UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [13]

Figure 4-1 Couverture dans la continuité des soins

4.2.3 Services de la santé de la mère

(1) Planification Familiale

Le taux d'utilisation de la contraception qui n'est que de 13%, représente un des taux les plus faibles de la sous-région (23%). Quant au pourcentage d'utilisation des moyens modernes de contraception, il n'est que de 8%. La prévalence contraceptive moderne diffère selon le milieu de résidence: elle est de 12,9% en milieu urbain contre seulement 4,6% en milieu rural. On retrouve des écarts importants en ce qui concerne les méthodes modernes, avec la prévalence variant de 1,7% dans la région du Nord-Ouest du pays à 13,4% à Abidjan. En outre, elle est fortement influencée par le niveau d'instruction de la femme: 5,3% des femmes sans instruction utilisent la contraception contre 20% pour les femmes de niveau secondaire ou plus [23] [30] [34].

Cette faible prévalence contraceptive s'explique par l'intégration insuffisante dans le PMA¹³, la faible sécurisation des produits contraceptifs et la faible implication de la communauté [23] [35].

(2) Consultations prénatales (CPN)

La politique nationale recommande la réalisation d'au moins quatre consultations prénatales (CPN) avant terme. Si 85% des femmes enceintes ont réalisé la CPN 1, l'on constate que seulement 45% font la CPN 4 ou plus.

¹³ Selon l'étude de 2009-2010, un peu plus de la moitié des structures sanitaires visitées (soit 60%) offre des services de planification familiale. Si dans la plupart des régions sanitaires, la disponibilité de services de planification familiale se concentre entre 50% et 84% (Lacs), trois régions se distinguent particulièrement par de faibles niveaux. Il s'agit des régions du Worodougou (11%), des Montagnes (38%) et des Savanes (48%) [31].

Concernant les connaissances des prestataires, les résultats de l'étude de 2009-2010 indiquent que 15% des prestataires connaissent les huit aspects primordiaux de la CPN¹⁴. Selon les catégories professionnelles, ces huit aspects ont été cités par 8% de Gynéco obstétriciens(nes), 33% de médecins généralistes, 16% de sages-femmes et 14% des infirmiers(ères) diplômés d'État. En outre, les neuf facteurs de risques¹⁵ motivant une surveillance particulière de la grossesse ont été cités par seulement 11% des prestataires [31].

(3) Accouchements

La proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié est de 57% (MICS 2006). La figure 4-2 montre que la proportion a progressé mais reste faible. Les disparités régionales pour l'accouchement assisté par un personnel qualifié sont très importantes passant de 88,5% à Abidjan à 25,3% dans la zone Ouest du pays. Dans cette zone (ouest), 57,6% des accouchements ont été assistés par les accoucheuses traditionnelles ou par les parents [12].

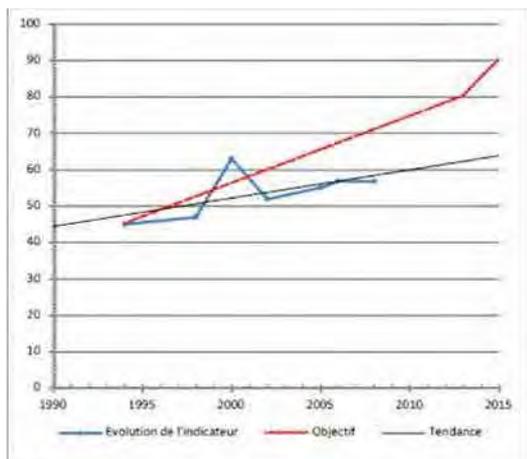
En ce qui concerne le lieu d'accouchement, plus de la moitié (55,5%) des naissances ont eu lieu dans un établissement sanitaire. C'est dans la région de l'Ouest (25,2%) que le taux d'accouchement dans un établissement sanitaire est le plus faible. Plus le niveau d'instruction des mères est élevé, plus l'accouchement dans un établissement sanitaire est élevée (aucun : 48%; primaire : 62,1%; secondaire ou plus : 82,4%). De plus, ce taux diffère selon le niveau de bien-être économique (le plus pauvre : 27,2%; le plus riche : 88,9%) [12].

Les résultats de l'étude de 2009-2010 indiquent que 44,7% des aides soignantes ont fait toutes seules les accouchements [31]. L'impact sur la qualité des soins pendant l'accouchement demeure une préoccupation.

La proportion de naissances par césarienne dans les structures offrant des services de la mère et de l'enfant est de 1,9%. Cette proportion est inférieure à 5% dans toutes les régions sanitaires à l'exception de la région des Lagunes 2 [31].

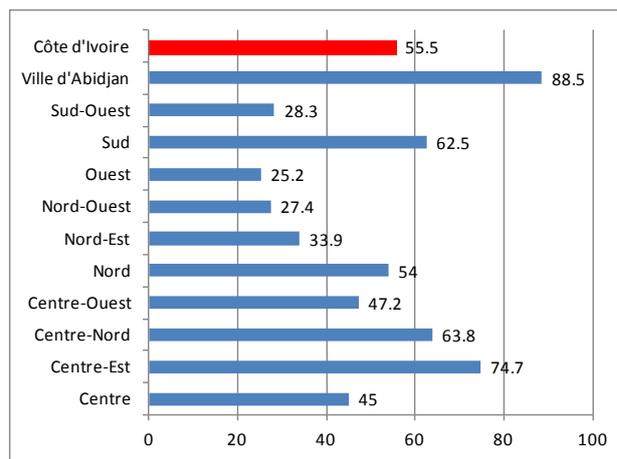
¹⁴ Les huit aspects primordiaux de la CPN recentrée sont : (i) Un minimum de 4 consultations, (ii) s'assurer que la femme a un plan d'accouchement; (iii) prévenir les maladies et promouvoir la santé, (iv) dépister les maladies et gérer les complications; (v) enseigner les signes de danger; (vi) encourager l'allaitement maternel, (vii) conseils en alimentation de la femme enceinte et (viii) déparasitage.

¹⁵ Les neuf facteurs de risques motivant une surveillance particulière de la grossesse sont: (i) Antécédent de césarienne; (ii) cinq accouchements ou plus ; (iii) intervalle de moins de deux ans ou de plus de cinq ans entre les grossesses; (iv) antécédent d'enfant mort-né ; (v) antécédent de décès néonatal ; (vi) Antécédent d'accouchement assisté; (vii) antécédent de complications obstétricales graves; (viii) Antécédent de correction de fistules vésico-vaginales/recto-vaginales; (ix) antécédent de complications d'avortement.



Source: République de Côte d'Ivoire (2010) Rapport National sur Les Objectifs du Millénaire pour le Développement [18]

Figure 4-2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié



Source : INS, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS) Côte d'Ivoire 2005 [12]

Figure 4-3 Pourcentage d'accouchements effectués dans un centre de santé par région

Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)

Concernant la disponibilité des SONU, seulement 17 sur 1199 structures potentiellement de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) (soit 1,4%) offrent entièrement les sept fonctions SONUB recommandées¹⁶, et seulement 11 structures sur 122 du niveau de référence (soit 9%) offrent les neuf fonctions des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet (SONUC)¹⁷ [31].

En général, le niveau minimum acceptable est de cinq formations sanitaires SONU par 500.000 habitants, soit une formation sanitaire SONUC et quatre formations sanitaires SONUB. Sur cette base, la Côte d'Ivoire doit disposer 50 structures offrant SONUC et de 248 établissements sanitaires offrant SONUB. Le nombre de formations sanitaires SONU est insuffisant avec un gap de 231 structures SONUB et un gap de 39 SONUC [31]. En outre, sous l'hypothèse que 15% des naissances attendus donnent lieu à des complications obstétricales, on estime que moins de la moitié des complications attendues (39%) ont été pris en charge dans les établissements sanitaires en 2010. Les besoins satisfaits en SONU sont faible [31].

4.2.4 Services de la santé de l'enfant

Vaccination

En Côte d'Ivoire, dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV), l'enfant de 0-11 mois doit avoir reçu le BCG, le vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib), le vaccin contre la poliomyélite, le tétanos, la rougeole et la fièvre jaune. Le MSLS compte introduire le vaccin contre le pneumocoque et le rota virus en 2013 et 2015 respectivement afin de réduire la mortalité et la morbidité dues aux infections invasives causées par le streptocoque pneumonie et les diarrhées causées par le rota virus¹⁸.

¹⁶ Les tâches des services des SONUB sont : 1) l'administration d'antibiotique par voie parentérale; 2) l'administration d'anticonvulsivants par voie parentérale; 3) l'administration d'utérotoniques par voie parentérale ; 4) la délivrance manuelle du placenta; 5) l'évacuation des produits résiduels ou débris ovulaires, 6) l'accouchement par voie basse assisté par ventouse ou forceps, et 7) la réanimation du nouveau-né avec le ballon et masque.

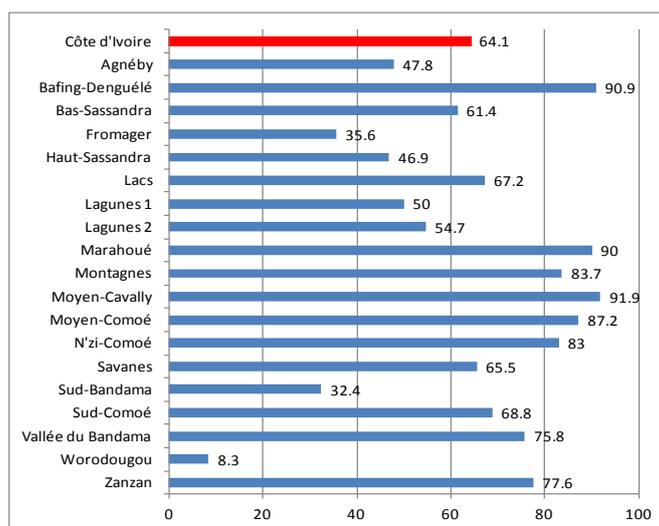
¹⁷ Les tâches des services de SONUC sont aussi les fonctions des SONUB auxquelles s'ajoutent : l'opération césarienne et la transfusion sanguine.

¹⁸ La Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination (DCPEV) (juin 2012)

Les niveaux de couverture vaccinale des maladies cibles du PEV étaient moyens dans l'ensemble jusqu'à l'année 2010. Les couvertures vaccinales ont commencé à baisser en 2011. On notait respectivement 90% et 74% pour le BCG, 84% et 62% pour le Penta 3 (DTC-HepB), 69,5% et 49% pour le VAR, 68,7%, et 80,6% et 58% pour le VPO3. Cette baisse s'explique par la faiblesse des activités du PEV de routine due à l'insuffisance de la chaîne de froid et des équipements logistiques, situation accentuée par la crise socio-politique ayant entraîné l'arrêt des stratégies avancées et mobiles [6].

(2) Prise en charge des maladies de l'enfant

Selon l'étude en 2009-2010, au niveau national, 64,1% des structures sanitaires visitées offrent les services de PCIMNE. Cette proportion varie de 8% à 91%. Dans cinq régions sanitaires, moins de 50% des structures offrent ce type de service. Ce sont: le Worodougou (8%), le Sud-Bandama (32%), le Fromager (36%), le Haut-Sassandra (47%) et l'Agnéby (48%). Par contre, trois régions, à savoir le Moyen-Cavally (92%), le Bafing-Denguélé (91%) et la Marahoué (90%), se caractérisent par une disponibilité plus élevée des services de PCIMNE. Le renforcement de la PCIMNE dans les établissements sanitaires et au niveau communautaire est un des objectifs du PNDS.



Source: Institut National de la Statistique (INS) (2011) Enquête sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – 2010, Rapport Final [31]

Figure 4-4 Pourcentage des établissements sanitaires offrant des services PCIMNE par région

D'après l'enquête MICS 2006, parmi enfants âgés de moins de cinq ans qui ont souffert des infections respiratoires aiguës (IRA), 35% seulement ont été consultés par un prestataire de soins de santé approprié et 19% ont été traités aux antibiotiques. Ces taux sont en dessous des valeurs de l'Afrique sub-saharienne qui sont respectivement de 46% et 23%. Concernant la prise en charge de la diarrhée, le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois ayant eu la diarrhée et qui ont reçu une thérapie de réhydratation par voie orale était de 32,6%.

4.3 La lutte contre les maladies transmissibles

4.3.1 La lutte contre le VIH/Sida

(1) Politique et stratégies

Le Plan Stratégique National de Lutte contre l'Infection à VIH, le Sida et les IST 2012-2016 a défini les quatre axes stratégiques que sont la prévention; la prise en charge; la réduction de l'impact socio-économique et la gouvernance de la réponse nationale à l'infection à VIH. Les résultats impacts des quatre axes stratégiques sont comme suit :

- 1) Prévention : La proportion des nouvelles infections à VIH et l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) sont réduites de 30% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires d'ici 2015
- 2) Prise en charge : La qualité de vie des adultes et des enfants vivant avec le VIH est améliorée d'ici 2015
- 3) Réduction de l'impact socio-économique : Le bien être économique et social des PVVIH et des orphelins et enfants vulnérables (OEV) sont améliorés d'ici 2015
- 4) Gouvernance de la réponse nationale : La gouvernance de la réponse nationale à l'infection à VIH, le sida et les IST est plus performante.

La Direction Générale de la Lutte contre le Sida du MSLS est chargée de la riposte au VIH dans le secteur de la santé. Le Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la Lutte contre le Sida (PEPFAR), le Fonds Mondial et d'autres partenaires contribuent à la lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire.

(2) Progrès dans la lutte contre le VIH/Sida

Les nombres des sites de conseil et dépistage VIH, prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), et traitement ARV ont augmenté comme le montre le tableau 4-2. Par conséquent, grâce à l'accroissement de l'offre de services de prévention et de prise en charge, le nombre de personne sous ARV est en augmentation constante.

Dans le cadre de PTME, environ 49% des sites de CPN offrent des services de PTME. Depuis août 2008, les ARV sont distribués gratuitement aux malades éligibles au traitement. Le nombre de personnes sous ARV est passé de 2.473 en 2003 à 89.410 en 2011. Malgré l'augmentation de la couverture des districts sanitaires en services de conseil et dépistage et l'instauration de la gratuité des ARV depuis 2008, le taux de dépistage dans la population générale n'est que de 6% [6].

Tableau 4-2 Évolution des indicateurs de VIH/Sida

Indicateur	2008	2009	2010
Sites de conseils et dépistages VIH	378	554	703
Nombre clients conseillés et dépistés	197 428	433 467	662 628
Sites PTME	378	554	652
Sites de soins et traitements ARV	359	404	477
Nombre total de nouveaux patients ayant commencé le traitement au cours de l'année	22 247	29 002	30 174
Nombre total de patients actifs sous ARV à la fin de l'année	51 820	72 011	82 721

Source : Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2011) Rapport Annuel des Indicateurs VIH du Secteur Santé en Côte d'Ivoire 2010 [36]

4.3.2 La lutte contre la Tuberculose

(1) Politique et stratégies

Le gouvernement a mis en place depuis 2001, un Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) pour renforcer la lutte contre la tuberculose. Conformément aux OMD, la Côte d'Ivoire s'est fixée pour objectif de dépister le maximum de cas (70%) et de guérir au moins 85% des patients mis en traitement afin de parvenir à réduire de moitié en 2015 les cas de tuberculose par rapport à 1990 [18]. La Côte d'Ivoire bénéficie de plusieurs financements, essentiellement issus des différents Rounds du Fonds Mondial.

La tuberculose est l'une des maladies prioritaires dans le PNDS. Le PNLT vise à renforcer la lutte à travers l'amélioration du dépistage, du traitement et de la qualité de la prise en charge thérapeutique par la stratégie DOTS adoptée en 1995. A cet effet, les actions retenues sont:

- (i) rendre disponibles les médicaments antituberculeux, les réactifs et consommables au niveau des centres de prise en charge,
- (ii) renforcer les capacités des centres de prise en charge de la tuberculose,
- (iii) étendre le réseau de centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) et centres anti-tuberculose (CAT),
- (iv) assurer la prise en charge de la tuberculose multirésistante et lutter contre la transmission nosocomiale de la tuberculose,
- (v) renforcer la lutte conjointe TB/VIH,
- (vi) renforcer les capacités des agents de santé et des acteurs communautaires,
- (vii) renforcer la mobilisation sociale et
- (viii) renforcer la surveillance du niveau de résistance aux antituberculeux.

(2) Progrès dans la lutte contre la tuberculose

L'engagement de l'État a permis d'augmenter (i) le taux de couverture DOTS passé de 20% en 2001 à 100% depuis 2006, (ii) le taux de succès du traitement passé de 56% en 2001 à 76% en 2008 et (iii) la prise en charge effective des cas de tuberculose des personnes vivants avec le VIH dans 94% des structures opérationnelles de traitement de la tuberculose en 2009 [18].

Ces résultats ont pu être obtenus notamment grâce à (i) l'augmentation du nombre de centres régionaux de référence de la tuberculose (CAT) qui est passé de 8 en 2006 à 16 en 2009 et des centres de diagnostic et de

traitement de la tuberculose qui sont passés de 63 CDT en 2000 à 120 en 2009, (ii) la réhabilitation de 24 CDT et 8 CAT, et (iii) au renforcement des capacités de 1.098 personnels de santé (médecins et infirmiers) à l'identification des cas suspects, à la prise en charge et au suivi des patients sous traitement antituberculeux [18].

Selon l'OMS, le taux de détection des cas de tuberculose est de 83% en 2010 et le taux de succès du traitement de la tuberculose (nouveaux cas à frottis positif) est de 79% en 2009 [37].

4.3.3 La lutte contre le Paludisme

(1) Politique et stratégies

Le PNDS a fixé les objectifs 1) réduire l'incidence du paludisme à 50 pour 1000 habitants d'ici 2015, 2) augmenter la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) à 80%. Le PNLT vise la couverture universelle des MII (une MII doit être utilisée par 2 personnes). Les actions retenues dans le PNDS sont:

- (i) rendre disponibles les moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) et les autres moyens de lutte anti vectorielle,
- (ii) renforcer la communication et la mobilisation sociale,
- (iii) rendre disponible la Sulfadoxine + Pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent,
- (iv) rendre disponible les autres médicaments antipaludiques (combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA), Quinine...) et les intrants pour le diagnostic biologique du paludisme (tests de diagnostic rapide (TDR), réactifs et consommables) pour la prise en charge correcte des cas,
- (v) renforcer l'utilisation des TDR pour le diagnostic biologique du paludisme,
- (vi) renforcer les capacités des acteurs (personnel de santé et relais communautaires) à la prise en charge correcte des cas.

(2) Progrès dans la lutte contre le paludisme

Le tableau 4-3 présente l'évolution des principaux indicateurs du programme paludisme. Le taux de disponibilité et le taux d'utilisation de MII sont au-dessus de la moyenne de l'Afrique subsaharienne.

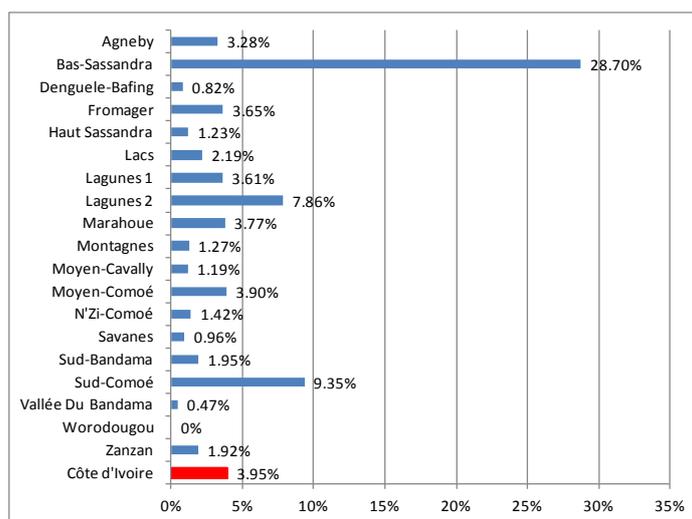
Concernant le traitement, 36% des enfants de moins de 5 ans présentant un état fébrile ont bénéficié d'un traitement antipaludéen. L'administration de CTA était encore faible (3%) [38]. Le traitement de l'accès palustre simple par CTA a été introduit en 2003 [39]. Depuis 2010, le CTA est dispensée gratuitement [6].

Tableau 4-3 Évolution des indicateurs du paludisme

Indicateur	2000 MICS	2006 MICS	2008 ¹⁹	Afrique subsaharienne
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée à l'insecticide (MII)	-	10,3%	-	44%
Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire imprégnée	11,7%	3,0%	4,7%	34%
Pourcentage de femmes enceintes qui ont passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire imprégnée	-	-	4,8%	-
Pourcentage de femmes enceintes prenant au moins deux doses de SP pour le Traitement Préventif Intermittent (TPI)	-	8,3%	26,6%	-
Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête, et qui ont reçu des médicaments antipaludéens	-	36,0%	-	39%

Source: Programme National de Lutte contre le Paludisme (2008) Évaluation des Besoins (Draft 1) [40], UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [13]

Concernant le diagnostic, la figure 4-5 montre que la proportion des cas confirmés par le laboratoire est seulement de 3,95%. Par conséquent, on peut estimer que des maladies autres que le paludisme sont traitées par des médicaments antipaludiques. Le renforcement de diagnostic par des TDR ainsi que la microscopie est très important.



Source : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (2011) Annuaire des Statistiques Sanitaires de la Côte d'Ivoire 2010 [24]

Figure 4-5 Proportion de cas de paludisme confirmés par le laboratoire (en %)

¹⁹ Les indicateurs ont été renseignés lors d'une enquête de base (6^{ème} Round du Fonds Mondial) en 2008 [40]

4.4 La lutte contre la malnutrition

Le Programme National de Nutrition (PNN) est chargé d'une réponse du système sanitaire aux problèmes nutritionnels. L'objectif général du PNN est de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux problèmes nutritionnels de la population ivoirienne et en particulier des groupes les plus vulnérables que sont les enfants et les femmes en âge de reproduction. La lutte contre la malnutrition a toujours fait partie des missions des services de santé (primaire, secondaire et tertiaire) à travers les activités suivantes [41]:

- Les interventions de nutrition à base communautaire
- L'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (promotion de l'allaitement maternel)
- Le suivi et promotion de la croissance des enfants et le suivi du gain pondéral des femmes enceintes
- La supplémentation en vitamine A et en Fer.
- La fortification des aliments en micronutriments
- La prise en charge des cas de malnutrition
- Les activités de nutrition scolaire
- Nutrition et VIH/Sida.

Le PNN a élaboré la Politique National de Nutrition (2010). La vision de la politique est suivante : *« Améliorer l'état nutritionnel de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables notamment les enfants, les femmes en âge de reproduction, les PVVIH, les OEV et ceux issus des situations de crise, d'urgence et des catastrophes naturelles. »*

En outre, le MSLS a élaboré le Plan d'Action National de Sécurité Sanitaire des Aliment (2010) pour prendre des mesures contre la recrudescence de cas de toxi infections alimentaires et d'autres types d'affections telles que la fièvre typhoïde et d'autres troubles digestifs diarrhées d'origine alimentaire.

Alors que la lutte contre la malnutrition est très importante, le budget du PNN n'est pas suffisant. Par exemple, les formations existantes ne sont pas suivies par manque de financement. Le PNN a formé 40 aides nutritionnistes mais ils ne sont pas supervisés. De plus, la plupart des professionnels de santé ne comprennent pas l'importance de la nutrition, les besoins de formation en nutrition.

Chapitre 5 Le système de santé

5.1 Ressources humaines pour la santé

5.1.1 Situation des ressources humaines pour la santé

Le tableau 5-1 présente les données au niveau des ressources humaines dans le secteur public. L'effectif du MSLS constitue à peu près 1/7^{ième} de l'ensemble des effectifs de la Fonction Publique. Depuis la survenue de la crise sociopolitique en 2010, il n'a pas eu de nouveaux recrutements en personnels de santé. En 2012, l'état a autorisé un nouveau recrutement qui est en cours et qui porte sur 4406 agents professionnel de santé. Le MSLS a estimé un total de 15 163 personnels à recruter sur la période 2012-2015 pour combler le gap existant.

Tableau 5-1 Répartition des effectifs par catégories en 2007 et en 2010 (secteur public)

Catégories professionnelles	2007	2010
Médecins	2 746	3 220
Chirurgiens-dentistes	274	310
Pharmaciens	413	570
Infirmiers Diplômés d'État	6 973	7 361
Sage Femmes Diplômés d'État	2 258	2 553
Techniciens Supérieurs de la Santé	1 419	1 547
Aide Soignant(e)	568	710
Personnel Administratif et Social	2 561	2 611
Personnel Journalier	2 572	2 372
Total	19 784	21 254

Source : la Direction des Ressources Humaines

Le tableau 5-2 présente le ratio personnel de santé-population. Selon les recommandations de l'OMS, pour permettre l'atteinte des OMD en 2015, il faut 2,3 agents de santé (médecins, infirmier et sage femmes) pour 1000 habitants. Cependant, en Côte d'Ivoire l'effectif actuel des personnels de santé rapporté à la population totale donne un ratio de 1,3 agents de santé pour 1000 habitants [6].

Tableau 5-2 Ratio personnel de santé par population

Catégories professionnelles	1998	2007
Médecins	11 450	5 695
Infirmiers Diplômés d'État	3 646	2 331
Sage Femmes Diplômés d'État ²⁰	1 802	3 717

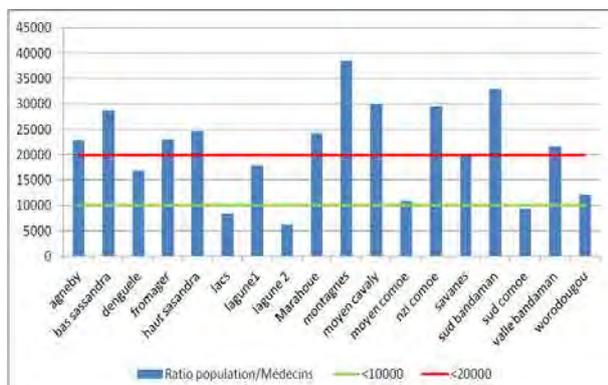
Source : Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [6]

La distribution géographique des ressources humaines est inéquitable avec une concentration accrue du personnel dans la région des Lagunes (Abidjan) et ses environs [42].

Les figures 5-1 et 5-2 montrent la répartition de la disponibilité des médecins, infirmiers et sage femmes par région sanitaire. Cette inégale répartition mise en évidence sur la figure 5-1 montre que les régions sanitaires les plus dépourvues en médecins sont les régions des Montagnes, du Sud-Bandama, du Nzi-Comoé, du Moyen-Cavally et de Bas-Sassandra. Concernant les infirmiers, les régions ayant le plus grand besoin à couvrir sont les régions des Montagnes, du Denguélé, du Bas-Sassandra et du Moyen-Cavally. Quant aux

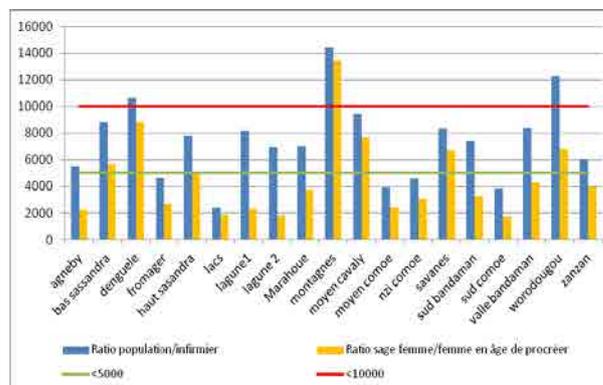
²⁰ Ratio sage femmes/femmes en âge de procréer

sages-femmes, elles sont en nombre insuffisant dans les régions des Montagnes, du Denguélé, du Moyen-Cavally, du Worodougou et des Savanes (Figure 5-2).



Source: Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [6]

Figure 5-1 Répartition de la disponibilité des médecins par région sanitaire



Source : Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [6]

Figure 5-2 Répartition de la disponibilité des infirmiers et sages-femmes par région sanitaire

Les raisons de la répartition inégale incluent le mouvement des agents de santé entraîné par la crise socio-politique, la distribution inégale des établissements sanitaires. Quelques explications sont comme suit²¹ :

- Avec la crise sociopolitique en septembre 2002, 69% des agents de santé du secteur public des zones CNO se sont déplacés vers la zone sud.
- L'inégale répartition des structures sanitaires qui elle-même est fonction de l'inégale densité de la population. 68% des établissements sanitaires publics sont situés au sud du pays. La seule région des Lagunes abrite 14% des structures sanitaires publiques dont 11 des 13 Établissements Publics Nationaux (EPN) de santé. Un EPN comme le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody a, à lui tout seul, un effectif de plus de 1000 agents.

5.1.2 Politique et stratégies

Le MSLS a élaboré le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur de la Santé 2009-2013²². L'analyse de la situation a été effectuée afin d'établir le plan. Les principaux problèmes mis en relief par l'analyse de la situation portent sur :

- une faible capacité institutionnelle pour la gestion des ressources humaines de la santé (RHS) au niveau central et au niveau déconcentré ;
- une capacité insuffisante de production de RHS diplômées par les institutions de formation initiale en relation avec les besoins;
- une coordination insuffisante des activités de planification, de programmation pour la formation et la gestion des ressources humaines;
- des disparités importantes dans la répartition spatiale et la répartition des compétences des RHS;
- une insuffisance de valorisation des RHS;

²¹ La Direction des Ressources Humaines, juin 2012

²² Le plan sera mis à jour sur la base des PNDS (2012-2015) (la Direction des Ressources Humaines, juin 2012)

- (vi) des allocations budgétaires insuffisantes; et
- (vii) un système d'information stratégique des RHS embryonnaire avec l'absence d'un cadre de suivi et d'évaluation des RHS.

Six (6) objectifs spécifiques ont été définis à savoir :

- 1) Renforcer le cadre de planification et d'information stratégique des RHS;
- 2) Assurer l'adéquation quantitative et qualitative entre la formation des RHS et les besoins du système sanitaire;
- 3) Renforcer les capacités des RHS en cours d'activité;
- 4) Renforcer le système de gestion des RHS;
- 5) Améliorer l'utilisation des RHS; et
- 6) Améliorer la valorisation des RHS.

5.1.3 Formation

Le tableau 5-3 présente le résumé de formation initiale selon la catégorie. La formation initiale des personnels médicaux est assurée au niveau des Unités de Formation et de Recherche des Sciences Médicales d'Abidjan (UFR-SMA) et de Bouaké (UFR-SMB), de l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan (UFR-SPB) et de l'UFR d'Odontostomatologie (UFR-OS) d'Abidjan. La formation des personnels paramédicaux (infirmiers, sages-femmes, infirmiers spécialisés et techniciens supérieurs de santé) est assurée par l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) et ses antennes (Bouaké, Korhogo et Aboisso). La nouvelle antenne sera construite à Daloa en 2012 et 3 autres antennes seront construites plus tard.

Tableau 5-3 Formation initiale des ressources humaines pour la santé

Catégories professionnelles	Établissements de formation	Durée	Capacité de formation par an
Médecins	UFR/SMA UFR/SMB	8 ans	322
Chirurgiens-dentistes	UFR/SMA	7 ans	22
Pharmaciens	UFR/SMA	7 ans	100
Infirmiers Diplômes d'État	INFAS	3 ans	800
Sage Femmes Diplômes d'État	INFAS	3 ans	400
Techniciens supérieurs de santé (laboratoire médicale, imagerie médicale, préparateurs et gestionnaires en pharmacie, et technicien d'assainissement)	INFAS	3 ans	300-500

Source : la Direction des Ressources Humaines et l'INFAS

L'INFAS assure non seulement la formation initiale des infirmiers et sages-femmes diplômés d'état et techniciens supérieurs de santé, mais aussi celle des infirmiers spécialistes (santé publique, anesthésie etc.) et ingénieurs des techniques sanitaires en 2 ans. L'INFAS est confrontées aux problèmes de locaux (Amphithéâtres, salles de cours), d'insuffisance des équipements pédagogiques, de formation continue pour les formateurs et ainsi de suite.

La Direction de la Formation et la Recherche du MSLS est chargée de la formation continue. L'insuffisance de planification et de coordination des formations continues des RHS a fait que ces formations se sont

multipliées sans contrôle adéquat et sans réel respect des besoins prioritaires avec pour conséquence immédiate la non affectation des différents agents professionnels formés à un poste correspondant à leur nouvelle compétence.

5.1.4 Recrutement, déploiement et rétention

Le Ministère de la Fonction Publique recrute les personnels de santé, à savoir les médecins et pharmaciens généralistes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et sages-femmes diplômés d'État. La gestion du personnel est assurée par la Direction des Ressources Humaines.

Les stratégies clés de fidélisation/rétention du personnel de santé sont les suivantes :

1) Revalorisation ou instauration de primes

Depuis 2008, l'État a procédé à une revalorisation des primes existantes. On note également l'apparition de nouvelles primes telle que la prime de risque. Par ailleurs, suite au déclenchement de la crise en 2002 des primes spécifiques avaient été institués pour faciliter le redéploiement du personnel déplacé dans les zones CNO. Il s'agit de prime d'installation et d'incitation²³.

2) Projet de motivation basé sur la performance

Toujours au titre des stratégies de fidélisation, on note la mise en œuvre d'un projet pilote basé sur la performance dans un District du nord du pays (Ferkessédougou). Ce projet vise à motiver et à maintenir le personnel dans un département déshérité. Cette opération pourra être dupliquée dans d'autres districts si après sa mise en œuvre, l'évaluation du projet conclu à l'existence de bonne pratique à promouvoir.

3) Déconcentration de la formation et régionalisation du recrutement

Pour faciliter une bonne couverture géographique du territoire par le personnel de santé, le pays s'est aussi engagé dans la déconcentration des institutions de formation, avec la création de nouvelles antennes de l'INFAS. En outre, une voie qui est envisagée en lien avec la décentralisation est la régionalisation du recrutement du personnel.

5.2 Financement de la santé

5.2.1 Situation du financement de la santé

L'État assure le financement de la santé à travers le Budget Général mis en œuvre par le dispositif de gestion des Finances Publiques. La part annuelle du budget de l'État alloué au Ministère de la Santé reste très faible. Elle était de 4% en moyenne de 2006 à 2010 comme l'indique le tableau 5-4. La contribution de l'État reste insuffisante sur cette période par rapport aux recommandations du sommet d'Abuja en 2001 qui est de consacrer 15% du budget de l'État à la Santé. Donc le MSLS a fixé l'objectif dans le PNDS d'augmenter le budget de l'État alloué à la santé pour atteindre 10%.

²³ Ces primes sont fonction de la catégorie et du grade. La prime d'installation est perçue une seule fois. La prime d'incitation est mensuelle et dure une année (12 mois)

Tableau 5-4 Évolution de la part du budget du Ministère de la Santé par rapport au budget de l'État (millions FCFA)

Libellé	2006	2007	2008	2009	2010
Budget de l'État exécuté	1 875 019,69	1 910 080,70	2 193 149,51	2 428 720,00	2 526 202,18
Budget exécuté MSLS	77 354,77	84 296,35	94 587,37	107 676,65	109 293,64
Poids du budget MSLS exécuté dans le budget de l'État exécuté	4,13%	4,41%	4,31%	4,43%	4,33%

Source : Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [6]

La Côte d'Ivoire a consacré 5,3% de son produit intérieur brut (PIB) aux dépenses de santé en 2010. 10% des dépenses du secteur de la santé sont financé par le soutien des bailleurs de fonds. Les dépenses totales consacrées à la santé par habitant est de 60 dollars US dont la dépense financée par les ménages 77% (46 dollars US), par l'État 22% et par d'autres sources 1% [43]. La contribution des ménages au financement de la santé est de 46 dollars US, alors que le coût moyen en Afrique subsaharienne est de 33 dollars US. [44]

Tableau 5-5 Indicateurs principaux des dépenses de santé

Indicateur	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total des dépenses de santé en % du PIB	4,3	4,7	5,8	5,9	5,2	5,3
Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	80,2	80,8	77,7	76,3	79,1	78,4
Ressources extérieures pour la santé en % du total des dépenses de santé	5,3	4,9	3,8	5,4	10,5	9,8
Paiements directs en % des dépenses privées de santé	98,0	98,2	91,3	91,0	98,8	98,8
Total des dépenses de santé par habitant (\$US)	39	44	61	72	61	60
Dépenses publique de santé par habitant (\$US)	8	9	14	17	13	13

Source: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_2_WHS

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) ont été effectués pour l'année fiscal 2007-2008, mais ils n'ont pas été effectués après, en raison d'un manque de financement.

5.2.2 La gratuité des soins

Au sortir de la crise post-électorale, le gouvernement a décidé d'apporter un soulagement aux populations en instaurant le 16 avril 2011, pour une période de 10 mois, la gratuité des soins dans tous les établissements sanitaires publics. Si cette mesure a contribué à l'augmentation de la fréquentation des services de santé, elle a cependant occasionné une surexploitation du personnel et du plateau technique, un épuisement rapide des stocks de consommables et un non-respect du système de référence et contre-référence. Le Gouvernement est passé par la suite à la gratuité ciblée principalement en faveur des femmes enceintes et des enfants de 0-5 ans depuis le 20 février 2012. D'après le Gouvernement, ce dispositif constitue une étape de transition vers la Couverture Maladie Universelle. Les paquets d'intervention ou de services offerts sont comme suit [6] [17] :

- 1) Pour la femme enceinte
 - CPN et des examens complémentaires (examens d'échographie et de laboratoire)
 - l'accouchement normal et les complications liées à l'accouchement (épisiotomie, réparation de déchirures du périnée, hémorragie etc.)

- la césarienne
- 2) Pour l'enfant (0-5 ans)
 - La prise en charge des maladies les plus fréquentes (les infections bactériennes néonatales, la pneumonie, les maladies diarrhéiques etc.)
 - 3) Pour la population générale
La gratuité concerne :
 - Les 48 premières heures des urgences médico-chirurgicales,
 - Le traitement du paludisme après la confirmation du diagnostic,
 - En outre, un abattement de 30% sur le coût de tous les actes supérieurs à 1000 FCFA.

La gratuité des soins a commencé sans assurer assez de budget et la phase de préparation. En particulier, il y a un manque de médicaments au niveau des centres de santé à cause du dysfonctionnement de la Pharmacie de Santé Publique (PSP). Les patients se trouvent donc obligés d'aller acheter les médicaments à la pharmacie car le centre manque de médicaments.

5.3 Système d'information sanitaire

5.3.1 Situation de système d'information sanitaire

La Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE) sous la Direction Générale de la Santé assure la gestion du Système d'Information de Gestion (SIG), la carte sanitaire, la surveillance épidémiologique et l'évaluation de l'action sanitaire.

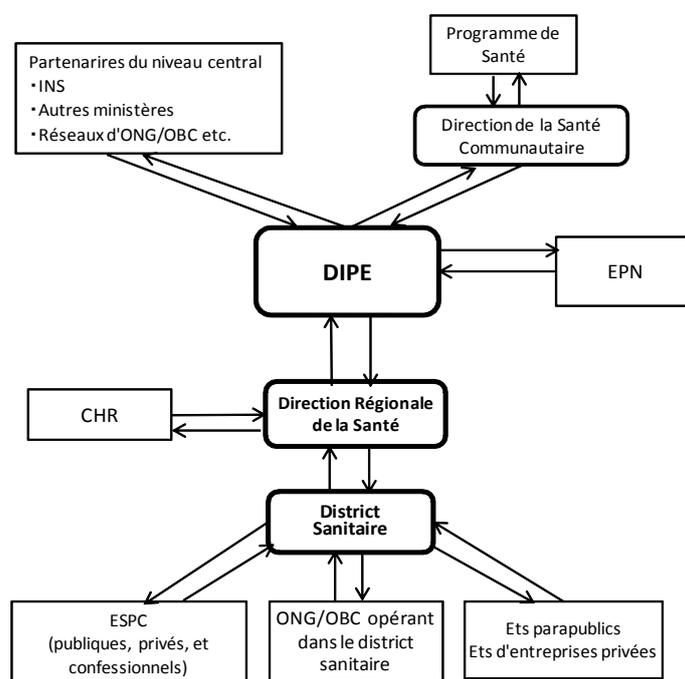
La DIPE a élaboré le Plan Stratégique de l'Information Sanitaire (2010-2014). Les quatre axes stratégiques retenus dans le cadre de ce Plan stratégique sont :

- 1) Production d'informations sanitaires
A travers cet axe, il sera mis en place un mécanisme permanent de collecte, de traitement, d'analyse, d'utilisation, d'archivage de données routinières et non routinières à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Par la suite, les informations sur la situation du système de santé devront être disponibles et diffusées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- 2) Planification
Cet axe vise deux objectifs. Le premier consiste à mettre en place et à rendre fonctionnel un mécanisme permanent d'amélioration de la planification. Le second est relatif à la disponibilité et à la diffusion des informations sur l'adéquation quantitative et qualitative entre la couverture de soins de santé pour tous et les ressources disponibles pour orienter la planification dans le système sanitaire.
- 3) Surveillance Épidémiologique
Il est envisagé à travers cet axe que le cadre de coordination de la mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies et de la réponse soit renforcé et fonctionnel. Aussi, les informations issues de la surveillance épidémiologique devront-elles être diffusées et utilisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- 4) Suivi-Évaluation et Orientation de la Recherche Opérationnelle

Défis majeurs de Système d'Information Sanitaire (SIS) sont entre autres: (i) l'insuffisance de culture de l'information (partage, transmission, utilisation); (ii) la grande mobilité du personnel en charge du SIS; (iii) la couverture insuffisante des districts et directions régionales en gestionnaires de données; (iv) l'insuffisance de financement et (v) l'insuffisance de l'intégration de toutes les sources d'informations sanitaires (prive, communautaire, public tertiaire etc.) [45].

5.3.2 Collecte de données

Depuis 1995, la décentralisation du système s'est opérée avec la mise en place d'un nouveau système appelé Système d'Information de Gestion (SIG). En 2009, grâce à l'appui technique et financier des partenaires au développement notamment PEPFAR, EGPAF, Alliance GAVI et UNICEF tous les districts disposent d'une base de données informatisée (SIGVISION) [46].



Source : Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [6]

Figure 5-3 Circuit de l'information sanitaire

Concernant la circulation de l'information de la santé comme le montre la figure 5-3, les données sont collectées sur support papier à partir de ces établissements, transmises mensuellement au district sanitaire qui en fait la saisie et la compilation. Elles sont ensuite transmises à chaque direction régionale sur support informatique qui a son tour les compile et les achemine à la DIPE. Essentiellement les données sont transférées par e-mail comme décrit ci-dessus au niveau District Sanitaire. Toutefois, l'internet ne fonctionne que dans une Direction Régionale sur les 20 existants et dans un District Sanitaire sur les 82 existants. En outre, 2 Directions Régionales et 15 Districts Sanitaires n'ont pas d'ordinateurs ou ont un ordinateur qui ne fonctionne pas²⁴. Par conséquent, cela empêche la collecte, la transmission, et l'analyse de données.

²⁴ DIPE (juin 2012)

L'information sanitaire se limite seulement aux indicateurs de santé du secteur public et ne prend pas en compte les données sanitaires du secteur privé. Les données sanitaires des Établissements Publics Nationaux (EPN) tels que les CHU, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), et les établissements sanitaires des autres ministères tels que ceux de la Défense sont les plus concernées [46]. Il existe des systèmes parallèles de collecte de données, à savoir le programme national de lutte contre la tuberculose, PEV etc. [47].

L'Enquête Démographie et de Santé (EDS) 1994 et 1998-1999, l'Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS) 2005, et l'Enquête à indicateurs multiples (MICS) 2000 et 2006 ont été effectuées en Côte d'Ivoire. L'EDS 2011-2012 est en cours.

Concernant la surveillance épidémiologique, la situation des maladies à caractère épidémique telles que le choléra, la poliomyélite et la rougeole est rapportée chaque semaine.

5.3.3 Analyse, utilisation et diffusion de données

La DIPE produit plusieurs documents tels que les annuaires des statistiques sanitaires, la carte sanitaire, et Répertoire des Structures Sanitaires Publiques et Privées. Cependant, l'analyse, l'utilisation et la diffusion des données sont insuffisantes et ont été déterminées comme des interventions prioritaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le Plan Stratégique de l'Information Sanitaire.

5.4 Infrastructure, équipements et médicaments

5.4.1 Infrastructure et équipements

Le système de soins en Côte d'Ivoire comporte plusieurs secteurs: public, privé lucratif, privé à but non lucratif et privé confessionnel. Le tableau 5-6 présente le résumé des établissements sanitaires publics. En 2011, le pays comptait 2036 établissements sanitaires privés dont 1482 (soit 73%) non autorisés par le MSLS [32].

Tableau 5-6 Synthèse des structures sanitaires publiques

Niveau	Établissements publics	2010	2011
Niveau tertiaire	EPN (CHU, INHP, CNTS etc.)	14	15
Niveau secondaire	CHS	3	3
	CHR	17	17
	HG	71	81
Niveau primaire	ESPC	1 781	2 091
Total		1 886	2 207

Source: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (2012) Répertoire des Structures Sanitaires Publiques et Privées de Côte d'Ivoire Année 2011 [32]

Les infrastructures sanitaires sont en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national. Elles sont vétustes et insuffisamment entretenues. On note une grande disparité entre les plateaux techniques des établissements de santé de même niveau dans la pyramide sanitaire. Les plateaux techniques de certains établissements sanitaires sont inadaptés à leur niveau dans la pyramide sanitaire.

L'insuffisance de l'offre de services s'est aggravée à la suite des différentes crises socio-politiques survenues depuis 2000. Plusieurs centres de santé ruraux ne sont pas raccordés au réseau électrique ou à d'autres

sources d'énergie et n'ont pas accès à une source d'eau potable. De nombreux établissements de santé souffrent d'interruptions fréquentes de fourniture en eau et/ou électricité. Parmi eux, certains ne disposent pas d'autres alternatives secours d'alimentation en eau potable et/ou en électricité. Les équipements techniques (incinérateurs, groupes électrogènes) et matériel roulant (ambulance, véhicule, moto) sont insuffisants et vétustes pour la plupart [6].

La couverture de la population par les établissements de soins s'est détériorée (Tableau 3-3). La densité nationale en établissements de soins est faible en plus de son inégale répartition selon les régions. Les ratios population/établissements peuvent varier, allant de un (1) établissement pour 5000 habitants (Région du Denguelé) à 35 000 habitants (Région du Bas Sassandra) [47].

Tableau 5-7 Couverture Sanitaire Publique par Habitant

	2000	2009
Couverture en Établissements Sanitaires Primaires : nombre d'habitants pour 1 ESPC	12 257	13 195
Couverture Hospitalière : nombre d'habitants pour 1 hôpital public	230 983	308 752

Source : Le Groupe Banque Mondiale, Région Afrique Développement Humain & Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire (2010) République de Côte d'Ivoire, Santé, Nutrition et Population, Rapport Analytique Santé Pauvreté [47].

Concernant la distance aux établissements sanitaires, en 2007, seulement 44% de la population vivait à moins de 5 km d'un établissement sanitaire de premier contact, 27% entre 5 et 15 km, et 29 % étaient dans l'obligation de parcourir plus de 15 km pour avoir accès à un établissement de santé [6]. Avoir 55% de la population habitant à moins de 5 Km d'un centre de santé d'ici 2015 est un objectif inclus dans le PNDS.

Les besoins sont énormes en construction et en équipement ou réhabilitation et rééquipement des structures sanitaires. Si certaines structures sanitaires ont été réhabilitées, c'est qu'elles l'ont été partiellement (salle d'accouchement, bloc opératoire, ou laboratoire) dans la plupart des cas. Donc les structures dans leur ensemble restent encore être réhabilitées. Par exemple la réhabilitation et le rééquipement sont nécessaires pour les 600 Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), les 4 CHU, les 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) etc. Afin de corriger les disparités régionales et de combler les poches de silence sanitaire, la réalisation d'au moins 450 ESPC supplémentaires s'avère nécessaire. Une attention particulière sera accordée aux grands centres urbains comme Abidjan et Bouaké, aux zones périurbaines défavorisées et aux régions de l'Ouest et du Centre-Est où l'on observe un déficit important en établissements sanitaires de premier contact [6].

Pour assurer la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires, le MSLS dispose de 6 Centres Régionaux de l'Équipement, du Matériel, et de la Maintenance (CREMM), 3 Ateliers de Maintenance de District (AMD) et des services techniques dans certains EPN, CHR et HG. Les CREMM et AMD sont en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national. De nouveaux 10 AMD et 4 CREMM sont prévus d'être construit [6], alors que les CREMM et AMD existants sont sous-équipés et vétustes. Les agents ne disposent pas de véhicule et de carburant pour assurer leurs déplacements professionnels

journaliers. Les compétences techniques de ces agents ne sont pas démontrées et évaluées régulièrement d'où l'existence d'un besoin de renforcer leurs capacités [6]²⁵.

5.4.2 Médicaments

(1) Politique et système de réglementation

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) est chargée de la réglementation en matière d'enregistrement des médicaments. Elle rencontre des difficultés dans la mise en œuvre de ses missions. En effet, l'insuffisance de sa dotation budgétaire limite ses activités de régulation, d'inspection pharmaceutique, de pharmacovigilance et de contrôle post-marketing de la qualité des médicaments. Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) est chargé du contrôle de la qualité des médicaments entrants et circulants en Côte d'Ivoire.

La Politique Pharmaceutique Nationale a été élaboré en 2009. La Liste Nationale des Médicaments Essentiels est révisée tous les deux ans depuis 1989. La dernière édition a été effectuée en 2010.

(2) Situation des médicaments

L'accès aux médicaments est très difficile dans le pays. Par exemple, le taux de moyen de rupture des produits traceurs dans les structures sanitaires était de 36% en 2009 avec moins de 20% des enfants avec IRA ayant pu bénéficier d'une antibiothérapie.

Ces difficultés sont largement liées à la grande faiblesse de la Pharmacie de Santé Publique (PSP)²⁶ et de la centrale d'achat. En août 2011, le taux de rupture de stocks en médicaments essentiels était estimé à 77% [6]. En revanche, le secteur privé ne souffre pas de ses difficultés, mais présente des prix deux (2) à quatre (4) fois supérieurs aux prix PSP et demeure inaccessible à une bonne partie de la population.

La PSP éprouve donc des difficultés à payer ses fournisseurs, avec pour conséquence, la réticence de ceux-ci à répondre aux appels d'offres. Cette situation a entraîné une augmentation des prix à l'achat (en moyenne 1,7% par an) et des ruptures de stocks de médicaments au niveau central et périphérique.

La disfonctionnement de la PSP représente un problème majeur et sa réforme organisationnelle est actuellement en cours. Pour améliorer la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et intrants, 5 antennes régionales de la PSP devraient être construites à Abengourou, Korhogo, Man, San-Pédro et Yamoussoukro.

5.5 Leadership et gouvernance

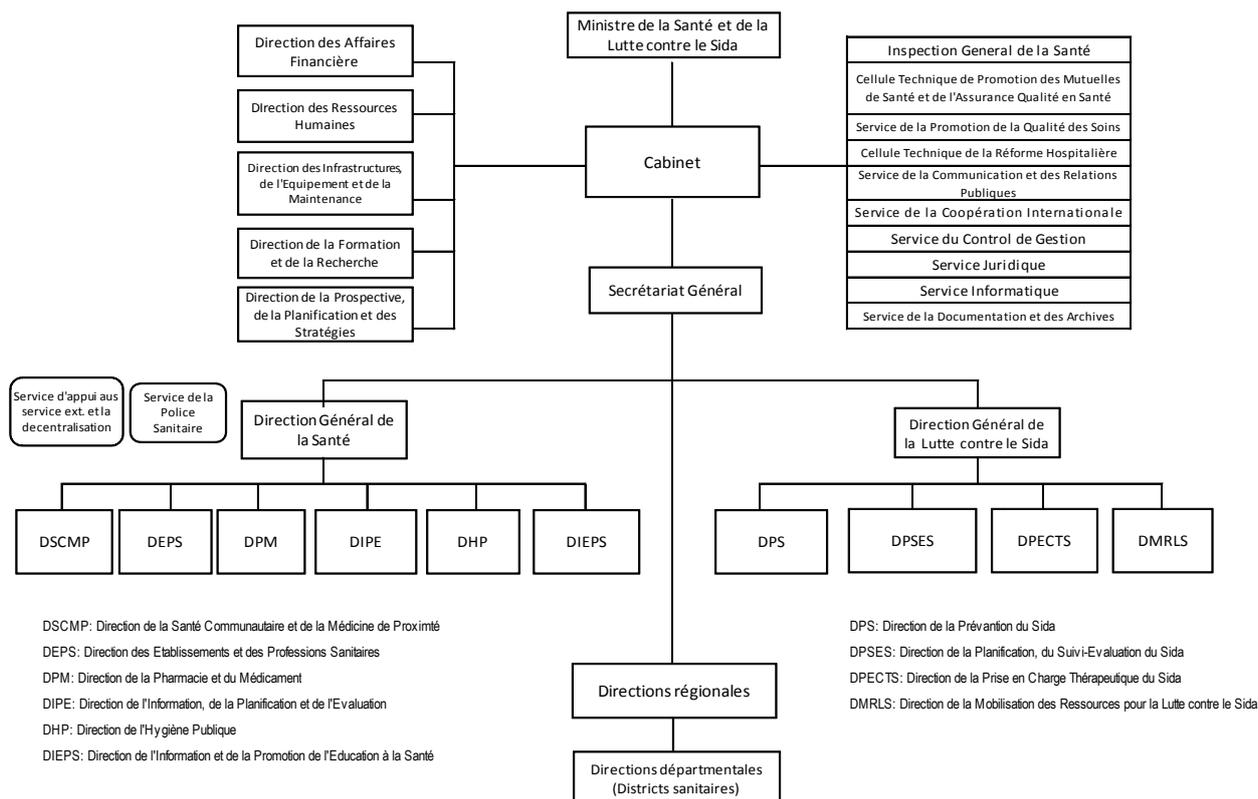
5.5.1 L'organisation administrative du système de santé

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. La figure 5-4 présente l'organigramme du MSLS. Les services extérieurs sont composés de 20 Directions Régionales et de 82 Districts sanitaires en 2012.

²⁵ La Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) (juin 2012)

²⁶ EPIC: Établissement public à caractère industriel et commercial

La Direction Régionale est garante de la mise en œuvre de la politique nationale de santé au niveau régional, de la coordination des activités à mener dans les districts sanitaires, ainsi que de l'encadrement technique, administratif et logistique des districts. Le District sanitaire est responsable de la prise en charge de l'ensemble des problèmes de santé d'une population bien définie, et de la planification, coordination et exécution des activités de santé de son aire géographique. Avec la crise politico-militaire, la situation actuelle est celle d'un pays où un grand nombre de districts ne sont pas opérationnels. La décentralisation du système sanitaire reste ainsi largement inachevée [47].



Source : Décret n 2011-426 du 30 novembre 2011 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA

Figure 5-4 Organigramme du Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida

5.5.2 Situation de Leadership et Gouvernance

Le PNDS a défini le renforcement de la gouvernance du secteur et le leadership du MSLS comme l'un des objectifs spécifiques. Les problèmes liés à la gouvernance du secteur et le leadership du ministère sont les suivantes [6].

(1) Problèmes au niveau institutionnel

De nombreux textes législatifs et réglementaires existent pour la régulation du secteur, toutefois, un certain nombre de textes sont insuffisamment appliqués en pratique. D'autres sont insuffisamment vulgarisés, suivis ou ne sont plus d'actualité face aux évolutions constatées dans le secteur et doivent donc être révisés. Un document de Politique Nationale Sanitaire et un de Code d'Hygiène Publique existent. Cependant ils n'ont

pas encore disponibles force de loi. En ce qui concerne la décentralisation, les textes d'application de la loi sur la décentralisation en matière de santé publique ne sont pas encore disponibles.

(2) Problèmes au niveau organisationnel et gestionnaire

On observe un chevauchement dans les attributions de certaines directions et certains services centraux, de sorte qu'il se pose une difficulté de coordination des activités au niveau central. La planification et la coordination des actions de santé restent insuffisantes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire limitant ainsi la performance globale du système de santé.

L'intégration et la prise en compte du secteur privé et confessionnel demeure peu satisfaisante. En outre, l'absence de mécanisme opérationnel de contrôle et de suivi des activités médicales dans ce secteur, a donné lieu à un boom de création d'établissements sanitaires dans des conditions anarchiques, dont certains ne respectent pas toujours les normes en vigueur. De plus, certains médecins et infirmiers du secteur public exercent de manière illégale dans le secteur privé. L'on note également une faible collaboration entre le secteur privé et le secteur public. L'Inspection Générale du MSLS dispose de peu de ressources pour mener à bien des missions d'inspection et de contrôle tant au niveau du secteur public que du secteur privé.

5.5.3 Objectifs du PNDS

Le PNDS vise à améliorer la gouvernance et le leadership comme suit [6] :

(1) Renforcement du cadre institutionnel du système de santé

Le renforcement du cadre institutionnel du système de santé consistera à (i) élaborer et adopter un projet de loi d'orientation en santé publique et un projet de loi portant Code de la Santé Publique, (ii) élaborer d'autres textes législatifs et réglementaires indispensables au renforcement du cadre institutionnel du système de santé, (iii) réviser certains textes et renforcer l'application des textes normatifs et des directives du système de santé déjà existants, (iv) développer le Partenariat Public-Privé (PPP) et (v) suivre et évaluer le PNDS.

(2) Amélioration du cadre gestionnaire du système de santé

L'amélioration du cadre gestionnaire du système de santé se fera à travers un certain nombre d'actions. Il faudra (i) renforcer les mécanismes de coordination intra et intersectoriels des interventions de tous les acteurs du système de santé à travers la signature du compact national d'IHP+, (ii) actualiser les outils de gestion du secteur avec notamment la mise en place d'un cadre unique de planification et de suivi-évaluation, (iii) renforcer la déconcentration du système de santé en ressources humaines, matérielles et financières pour rendre opérationnels les Directions Régionales de la Santé et les Districts Sanitaires, (iv) renforcer les capacités gestionnaires des acteurs du système de santé en matière de planification, de supervision, de monitoring, de contrôle, de suivi et évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et (v) améliorer la gouvernance globale du secteur par une utilisation rationnelle et transparente des ressources à tous les niveaux de la pyramide sanitaire; ceci implique l'élaboration périodique et la mise à jour des Comptes Nationaux de la Santé, de la Revue des Dépenses Publiques, du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Chapitre 6 Situation du soutien des partenaires

6.1 Coordination des donateurs dans le secteur de la santé

La coordination des donateurs est l'un des domaines prioritaires de MSLS. Le ministre tient une réunion mensuelle de coordination du secteur de la santé depuis Février 2012. Cette réunion est présidée par le ministre de la santé et l'OMS en assure le secrétariat. Les partenaires participants à cette réunion comprennent les agences des Nations Unies, l'Union Européenne, les États-Unis, la France, les Organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales et le ministère des Finances. En outre, des réunions entre les partenaires de la santé ont lieu au préalable avant les réunions mensuelles de coordination du secteur de la santé²⁷.

D'autres mécanismes de coordination ont été mise en place pour divers domaines tel que : le Comité de Coordination Inter Agences pour le suivi des activités du PEV, et l'Instances de coordination nationale (CCM) du Fonds Mondial [22].

La Côte d'Ivoire a indiqué son souhait de rejoindre le Partenariat international pour la santé (IHP+) en 2011. Le pays a signé le Pacte mondial en mai 2012. Un Pacte national est actuellement en préparation.

6.2 Contribution des partenaires dans le secteur de la santé

6.2.1 Aperçu

Les contributions des principaux partenaires en Côte d'Ivoire sont résumées dans le tableau ci-après. Leurs appuis sont principalement concentrés sur la lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose et s'orientent de plus en plus vers un appui intégré au renforcement du système de santé [6].

Tableau 6-1 Principaux partenaires et leur domaines d'intervention

Partenaires	Période de programme	Principaux domaines d'intervention						
		Santé de l'enfant	Santé de la mère	Nutrition	VIH/Sida	Paludisme	Tuberculose	RSS ²⁸
OMS	2009-2013	○	○		○	○	○	○
UNICEF	2009-2013	○	○	○	○			
FNUP	2009-2013		○		○			○
UE	2008-2013							○
États Unis	-				○			○
Fonds mondiale	-				○	○	○	

Source : élaboré par l'équipe de la JICA

6.2.2 Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS fournit un appui technique au MSLS tels que l'élaboration des politiques. Les axes stratégiques du programme 2009-2013 de l'OMS sont : 1) Accélération de la lutte contre la maladie; 2) Accès universel à la santé sexuelle et génésique; et santé de l'enfant et des autres groupes vulnérables; 3) Création d'un environnement favorable à la santé; 4) Renforcement du système de santé et amélioration de la qualité et de

²⁷ OMS (juin 2012)

²⁸ Renforcement du système de santé

l'utilisation des médicaments; 5) Préparation et réponse aux urgences sanitaires et situations humanitaires [25].

6.2.3 Fonds des Nation Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Le programme 2009-2013 s'articule en cinq composantes principales :

- 1) Survie de l'Enfant : les soins intégrés et continus pour la mère, les nouveau-nés et les enfants; la prise en charge de la malnutrition, des SONU et du VIH; de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement.
- 2) VIH/Sida et adolescents : la prise en charge des OEV; la prévention du VIH chez les adolescents et jeunes les plus vulnérables; et le plaidoyer, la coordination et l'assistance technique pour la mobilisation des ressources nécessaires au financement des activités de lutte contre le VIH.
- 3) Éducation de Base et Égalité de Genre
- 4) Protection de l'Enfant; et
- 5) Politiques sociales, Suivi et Évaluation.

L'engagement financier total de l'UNICEF et de 141.140.000 dollars US [48].

6.2.4 Fonds des Nation Unies pour la Population (FNUP)

Les trois objectifs majeurs du 6^{ème} Programme de Coopération 2009- 2013 sont les suivants : 1) l'utilisation accrue des services intégrés de Santé de la Reproduction de qualité; 2) le renforcement des capacités nationales pour l'opérationnalisation des politiques et programmes de population; 3) la réduction des inégalités entre les sexes [49]. Le FNUP apporte son soutien pour renforcer les services de santé de la reproduction et SONU, réhabiliter les formations sanitaires, et améliorer la prestation de services dans les centres de santé.

6.2.5 Union Européenne (UE)

Le Projet d'Appui à la Redynamisation du Secteur de la Santé Ivoirien (PARSSI) (15 million d'euro) est en cours dans le cadre du 10^{ème} Fonds Européen de Développement (FED) (2008-2011). Le PARSSI contribue 1) au renforcement des capacités de MSLS, Directions Régionales et Districts Sanitaires, 2) à l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments et 3) au renforcement des centres de santé communautaires (par le biais d'ONG). En outre, dans le cadre du support humanitaire, l'UE supporte les centres de santé à Yopugon, Abobo, Koumassi et Port-Bouët.

6.2.6 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial)

La Côte d'Ivoire bénéficie des subventions du Fonds Mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les investissements actifs de Round 6-9 sont résumés dans le tableau 6-2.

Tableau 6-2 Investissements actifs du Fonds mondial (million Euro)

Round 6-9	VIH/Sida	Paludisme	Tuberculose	Total
Engagements pris	37,5	105,5	8,7	148,7
Encaissements	4,4	62,8	2,8	70,1
%	12%	60%	32%	47%

Source : CCM

6.2.7 États-Unis

La Côte d'Ivoire est l'un des pays cibles du Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la Lutte contre le Sida (PEPFAR). La Côte d'Ivoire a reçu 558 millions de dollars pour les programmes de prévention, traitement et de soins de 2004 à 2010.

Les résultats du PEPFAR sont comme suit: 836.670 personnes testées et conseillées, 10.993 femmes enceintes séropositives et sous prophylaxie ARV, 61.203 personnes sous traitement antirétroviral, 110.095 orphelins et enfants vulnérables recevant des soins et de soutien. En plus, le PEPFAR contribue depuis à renforcer le système de santé dans des domaines tels que la gestion la chaîne d'approvisionnement et de laboratoire²⁹.

6.3 Assistance du Japon dans le secteur de la santé de la Côte d'Ivoire

6.3.1 Politique de coopération de la JICA en Côte d'Ivoire

Depuis 1980, la JICA a renforcé son assistance à la Côte d'Ivoire. Toutefois, lors de la crise socio-politique, le personnel japonais de la JICA a été évacué de la Côte d'Ivoire en 2004 et le bureau de la JICA a changé son statut de Bureau à Branche. Depuis ce temps, la branche avait été gérée par le personnel local. La JICA a continué de fournir un soutien limité tels que des formations au Japon. Toutefois, de 2010 à 2011 la nouvelle coopération bilatérale a été arrêtée en raison de la crise politique qui a suivi l'élection présidentielle. En Novembre 2011, la coopération bilatérale a été reprise après la formation du nouveau gouvernement du président Alassane Dramane Ouattara et vue l'amélioration de la situation sécuritaire.

En mai 2011, la JICA a déployé deux membres du personnel japonais au Bénin pour la préparation au retour en Côte d'Ivoire. Et en novembre 2011, les deux membres du personnel japonais se sont installés à Abidjan. La JICA a relevé son niveau du statut de Branche en Côte d'Ivoire en statut de Bureau et se prépare maintenant à redémarrer sa coopération régulière avec la Côte d'Ivoire.

6.3.2 La coopération Japonaise dans le secteur de la santé

La coopération du Japon dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire depuis 2005 est présentée dans les tableaux ci-dessous. Le Japon a fourni un soutien financier pour l'approvisionnement en vaccins contre la polio, en moustiquaires imprégnées contre le paludisme, et dans bien d'autres domaines de la santé. Aussi le Japon fournit un soutien par le biais de la subvention d'assistance pour les projets locaux en sécurité humaine. Parmi de nombreux soutiens relatifs à ces projets on note l'approvisionnement des centres de santé en équipements médicaux, en plus des formations des agents professionnels de santé Ivoiriens au Japon.

²⁹ PEPFAR in Côte d'Ivoire, juin 2012

**Tableau 6-3 Les contributions du gouvernement japonais depuis 2005
(Aide financière non remboursable)**

Année fiscale	Titre	Budget maximum
2005	Prévention des maladies infectieuses	406 millions de yens
2006	Prévention des maladies infectieuses Phase II	419 millions de yens
2007	Prévention des maladies infectieuses Phase III	193 millions de yens
2008	Prévention des maladies infectieuses Phase IV	298 millions de yens
2009	Prévention des maladies infectieuses	183 millions de yens

Source : Ministère des Affaires étrangères (2011) ODA Country Data Book [50];
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/gaiyou/odaproject/africa/cote_d/contents_01.html#m011901

**Tableau 6-4 Les contributions du gouvernement japonais depuis 2005
(Aide non remboursable pour des projets locaux en sécurité humaine)**

Année fiscale	Titre	Budget (yen)
2005	Projet d'amélioration du centre de santé de Yopougon-Kouté, à Abidjan	2 251 072
	Projet d'extension du centre de fabrication d'appareils orthopédiques: Le Centre « Vivre debout »	8 905 280
2006	Projet d'amélioration du matériel d'inspection pour les victimes des déchets toxiques	6 582 808
2007	Projet pour l'amélioration des appareils à rayons X pour les patients atteints du VIH / Sida	9 075 486
2008	Projet de construction d'une salle de réhabilitation pour les patients de l'ulcère de Buruli à l'hôpital général de Djékanou	9 654 516
2010	Projet d'amélioration du matériel médical utilisé dans le Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, à Abidjan	9 941 192
	Projet d'équipement du centre de santé, du quartier Kennedy Clouetcha dans la commune d'Abobo, à Abidjan	9 882 232
2011	Projet de rénovation des bâtiments des services de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital général de Yopougon-Attié, à Abidjan	7 216 800
	Projet d'équipement des centres de santé dans le département d'Aboisso	9 102 240
	Projet d'équipement du centre de santé de Bacon	4 949 880

Source: Ministère des Affaires étrangères (2011) ODA Country Data Book [50];
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/region/africa/cote_d/exchange.html

Chapitre 7 Enjeux prioritaires dans le secteur de la santé

7.1 Contexte et enjeux prioritaires dans le secteur de la santé

7.1.1 Problèmes de santé

Les principaux problèmes de santé en Côte d'Ivoire comprennent les taux élevés de mortalité maternelle, des enfants de moins de 5 ans, ainsi que la prévalence élevée des maladies infectieuses. En ce qui concerne les maladies infectieuses, bien que la prévalence du VIH ait diminué, la Côte d'Ivoire possède le taux de prévalence le plus élevé, parmi les pays de la région West Africaine. Le nombre de personnes sous ARV a augmenté. Par conséquent, la prévention de nouvelles infections, les traitements et le soutien aux personnes vivant avec le VIH deviennent de plus en plus importants. Le paludisme demeure la principale maladie et l'une de causes majeures de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Toutefois, l'incidence du paludisme reste stationnaire, nécessitant des efforts supplémentaires en vue de la couverture préventive universelle, du diagnostic et du traitement tels que l'amélioration de l'utilisation des MII, l'achèvement du traitement préventif intermittent (TPI), le diagnostic avant la prescription des CTA. En ce qui concerne la tuberculose, son incidence est en augmentation et devenant un des défis pour l'atteinte de l'OMD 6. Les activités du PEV ne sont pas suffisamment réalisées, ce qui provoque des flambées récurrentes de maladies évitables par la vaccination. En ce qui concerne la malnutrition, la prévalence élevée de la malnutrition chronique qui prévaut contribue à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans.

7.1.2 Facteurs influant sur les enjeux prioritaires

Figure 7-1 présente la relation entre les problèmes de santé et leurs facteurs de base en Côte d'Ivoire décrites dans les chapitres 1 à 6.

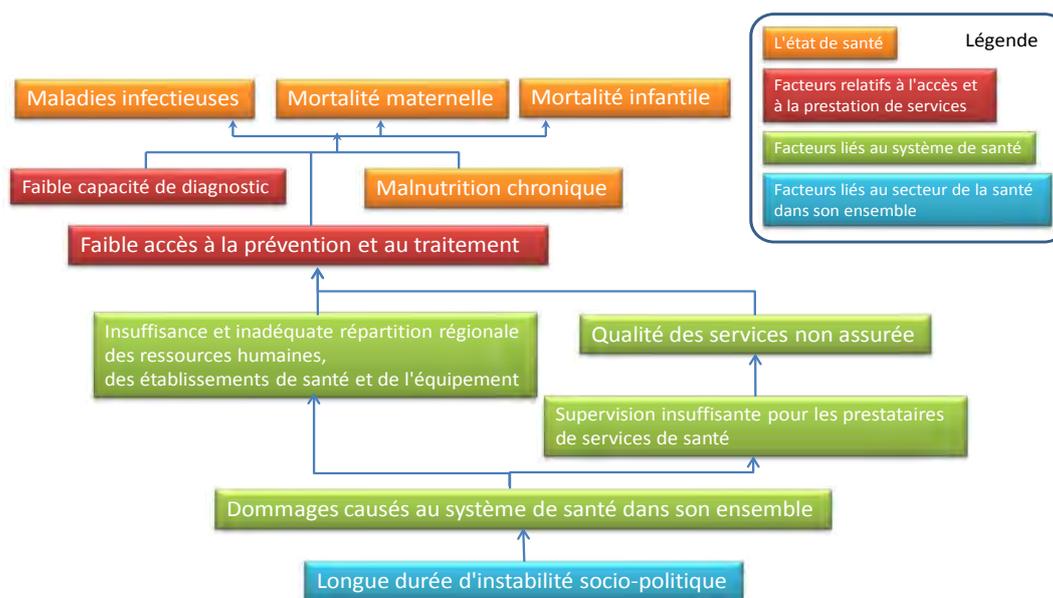


Figure 7-1 Enjeux prioritaires et facteurs contextuels du secteur de la santé en Côte d'Ivoire

Chaque composant du système de santé (les ressources humaines, les infrastructures, les médicaments et l'équipement, système d'information de santé, la prestation de services et de la gouvernance et le leadership) est confrontée à de nombreux défis en raison principalement de plus de 10 ans d'instabilité politique. En conséquence, l'amélioration des indicateurs de santé stagnent depuis.

Les établissements de santé et de l'équipement sont obsolètes. Les installations ne sont pas suffisamment équipées et ne sont pas en mesure de d'atteindre les standards du niveau de soins de santé. Par exemple, un hôpital de deuxième niveau ne dispose pas d'un bloc opératoire standard et ne peut même pas pratiquer une césarienne. En outre, la PSP qui est sensée s'approvisionner et livrer régulièrement des médicaments dans le secteur public est fragile, ce qui provoque des ruptures de stock en médicaments de manière régulière et répétitive. On note une grande disparité régionale entre les établissements de santé et les ressources humaines. Par conséquent, il existe une disparité régionale concernant l'accès aux structures de santé et la provision des services de santé mettant ainsi en évidence des problèmes d'équité.

En raison de la faiblesse de la gouvernance et du leadership du MSLS, on note des insuffisances dans la réglementation et l'assurance de la qualité des services de santé. En conséquence, il existe de nombreux établissements de santé qui fonctionnent sans autorisation ainsi que des agents de la santé non autorisés dans le secteur privé. En ce qui concerne les questions de qualité, on peut supposer l'existence de nombreux défis relatifs aux connaissances et les compétences insuffisantes des agents de santé puisque la formation continue et la supervision ne sont pas suffisamment menées.

7.1.3 La réponse du gouvernement et des partenaires aux enjeux prioritaires et défis à relever

Le gouvernement de la Côte d'Ivoire et les partenaires au développement se sont engagés à améliorer la santé maternelle et infantile et à renforcer les réponses aux maladies infectieuses telles que le VIH et le paludisme. En ce qui concerne le VIH, avec le soutien considérable du PEPFAR, le gouvernement a fait preuve d'un engagement fort à la réponse. Le soutien des donateurs est concentré dans la lutte contre les maladies telles que le VIH et le paludisme dans le passé, mais le soutien pour le renforcement du système de santé est en augmentation.

Le gouvernement a initié la gratuité des soins en vue de faciliter l'accès et d'améliorer l'utilisation des services de soins de santé. Elle concernait toute la population pour la période allant d'Avril 2011 à Février 2012. Depuis Février 2012, la population cible a été portée sur les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Toutefois, la gratuité des soins fait face à des défis tels que l'insuffisance du budget gouvernemental et l'approvisionnement irrégulier en médicaments. Les conditions pour que l'initiative soit durable inclurait la stabilité de l'approvisionnement en médicaments basée sur la réforme de la PSP et l'augmentation du budget du gouvernement pour la santé.

PNDS a défini les valeurs cibles de la création et de la réhabilitation des établissements de santé et de l'emploi des ressources humaines. Avec le soutien des bailleurs de fonds, le gouvernement pourra construire et réhabiliter les installations de santé et d'employer plus de ressources humaines. Dans le même temps, l'assurance de la qualité des services de santé apparaît comme un défi majeur. En d'autres termes,

l'établissement du cadre de l'assurance qualité, de la formation continue, du suivi et de la supervision seront des questions importantes. Par conséquent, les défis à venir seront l'amélioration du système de prestation de services en collaboration avec l'assurance de la qualité des services.

7.2 Besoins en coopération dans le secteur de la santé

Il considère que le besoin en soutien pour le renforcement du système de santé est plus élevé que celui de la lutte contre les maladies infectieuses spécifiques car le contrôle en Côte d'Ivoire est soutenue depuis par les Etats-Unis, le Fonds Mondial et autres. Le renforcement du système de santé contribuera à soutenir l'impact de la lutte contre les maladies infectieuses.

Bien que le système de santé en Côte d'Ivoire doit relever des défis dans toutes ses composantes, en vue de son d'amélioration, (1) La construction et / ou la réhabilitation des établissements de santé ainsi que la fourniture et l'entretien de l'équipement représentent une priorité beaucoup plus élevée. Dans le même temps, (2) l'assurance qualité à travers le renforcement des services de santé régional, et (3) l'appui au MSLS pour le renforcement du système de santé dans son ensemble sont d'une importante nécessité.

Les besoins en coopération pourraient être changés par les tendances en matière de coordination des bailleurs de fonds comme le Pacte mondial IHP + et le soutien de la France par C2D (Contrats de Désendettement et de Développement). Sur la base des résultats de l'enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé, les besoins de la coopération dans ce secteur sont les suivants:

(1) Construction et la réhabilitation des établissements de santé ainsi que la provision et l'entretien du matériel (y compris la correction des disparités régionales)

- Création / réhabilitation des établissements de santé et la fourniture de matériel

La Création et / ou la réhabilitation des établissements de santé contribuent à accroître l'accès aux soins de santé en augmentant le nombre d'établissements de santé fonctionnels. En outre, si les établissements de santé ont des installations et des équipements adéquats répondant aux normes standards, un système de référence peut alors être établi.

- Amélioration de la maintenance des installations et équipements

En plus de la fourniture d'équipements aux établissements de santé, le système de maintenance devront être renforcées. Le soutien aux CREMM et AMD (Le développement des capacités des ressources humaines, la fourniture d'équipements, etc.) existants et la création de nouveaux CREMM et AMD seront nécessaires.

(2) Amélioration de la prestation de services par le renforcement des Direction Régionales et des Districts sanitaires

Afin d'améliorer les services de soins de santé dans les centres de santé nouvellement créés et / ou réhabilités, il y' a un besoin d'assistance technique aux Directions régionales et aux districts sanitaires qui supervisent ces structures de santé. Par exemple, l'assistance aux districts sanitaires comprend l'amélioration du système d'information sanitaire, la gestion des médicaments, le

suivi et la supervision afin d'améliorer la qualité des services de santé au niveau des structures. La collaboration avec le FNUAP, qui a déjà une expérience dans le domaine sera l'une des options à encourager.

(3) Coopération au MSLS

- Ressources humaines pour la santé

Afin de résoudre les défis quantitatifs et qualitatifs concernant les ressources humaines, il y a un besoin important de coopération à l'INFAS (par exemple: la réhabilitation des installations, la fourniture d'équipements, etc.), et l'assistance à la Direction des Ressources Humaines pour renforcer la gestion des ressources humaines (par exemple, le suivi des formations et stages au Japon, etc.)

- Un autre besoin en coopération également comprend un appui à la réalisation des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). Comme décrit précédemment, les CNS n'ont pas été menées depuis les années d'exercices 2007 et 2008. Par conséquent, dans le cadre du renforcement des capacités en gestion du financement de la santé, il y a un besoin de soutien des enquêtes des CNS.

ANNEXES

Annexe 1: Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé

Annexe 2: Références bibliographiques

Annexe 1: Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé (République de Côte d'Ivoire)

République de Côte d'Ivoire			OMD	Sources	1990	2000	données les plus récentes	dernière année	dernières données de la région	(dernière année)	Région		
0 Informations générales	0.1 Démographie	0.1.01	Population, total		WDI	12,517,730	16,581,653	19,738,000	2010	853,434,000	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.02	Croissance démographique (croissance annuelle en%)		WDI	3.4	2.1	2.0	2010	2.5	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.03	Espérance de vie à la naissance, total (années)		WDI	52.6	50.2	54.7	2010	54.3	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.04	Taux de natalité brut (par 1000 habitants)		WDI	41.3	37.2	34.0	2010	37.4	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.05	Taux de mortalité brut (par 1000 habitants)		WDI	13.4	14.5	12.1	2010	12.6	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.1.06	Population urbaine (% du total)		WDI	39.7	43.5	50.1	2010	37.4	(2010)	Afrique subsaharienne	
	0.2 Développement	0.2.01	RNB par habitant, méthode Atlas (en \$ US courants)		WDI	740	650	1,160	2010	1,188.5	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.2.02	Croissance du RNB (% annuel)		WDI	-0.5	-3.8	2.6	2010	4.1	(2010)	Afrique subsaharienne	
		0.2.03	Inscriptions à l'école, primaire (% brut)	2.1	WDI		56.8	61.5	2009	76.3	(2009)	Afrique subsaharienne	
		0.2.04	Ratio filles/garçons des inscriptions au primaire (%)	3.1	WDI	71.3	74.8	83.3	2011	91.6	(2009)	Afrique subsaharienne	
		0.2.05	Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus)		WDI		48.7	55.3	2009	62.3	(2009)	Afrique subsaharienne	
		0.2.06	Indice du développement humain		HDR	0.29	0.43	0.40	2011	0.46	(2011)	Afrique subsaharienne	
		0.2.07	Indice du développement humain (rang)		HDR	123 / 160	156 / 173	170 / 187	2011				
		0.2.08	Pauvreté à \$ 1,25 par jour (PPA) (%)		WDI			7.5	2008	20.6	(2008)	Afrique subsaharienne	
0.3 Eau et assainissement	0.3.01	Sources d'eau potable améliorées (% de la population ayant accès)	7.8	HNP Stats	76	77	80	2010	61.1	(2010)	Afrique subsaharienne		
	0.3.02	Installations d'assainissement améliorées (% de la population ayant accès)	7.9	HNP Stats	20	22	24	2010	30.6	(2010)	Afrique subsaharienne		
1 L'état de santé de la population	1.1 La mortalité et la morbidité	1.1.01	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par cause (pour 100.000 habitants) - Transmissibles		GHO			904	2008	798	(2008)	Afrique	
		1.1.02	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par cause (pour 100.000 habitants) - Transmissibles		GHO			942	2008	779	(2008)	Afrique	
		1.1.03	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par cause (pour 100.000 habitants) - Blessures		GHO			172	2008	107	(2008)	Afrique	
		1.1.04	Cause de décès, par les maladies transmissibles, cinditions et maternelles, pé rinatales et nutritionnelles (% du total)		HNP Stats			57.9	2008	64.6	(2008)	Afrique subsaharienne	
		1.1.05	Causes de décès, par les maladies non transmissibles (% du total)		HNP Stats			32.8	2008	28.3	(2008)	Afrique subsaharienne	
		1.1.06	Causes de décès, par les blessures (% du total)		HNP Stats			9.4	2008	7.1	(2008)	Afrique subsaharienne	
		1.1.07	Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) - transmissibles		GHO			71	2008	78	(2008)	Afrique	
		1.1.08	Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) -Non transmissibles		GHO			19	2008	15	(2008)	Afrique	
		1.1.09	Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) - Blessures		GHO			11	2009	17	(2008)	Afrique	
	1.2 Santé maternelle et infantile	1.2.01	Ratio de décès maternel (estimation par modèle, pour 100 000 naissances vivantes)	5.1	MDGs	690	580	470	2008	650	(2008)	Afrique subsaharienne	
		1.2.02	Taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance par 1 000 femmes à gées de 15 à 19 ans)	5.4	MDGs		135.5	115.2	2010	107.6	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.2.03	Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000)	4.1	MDGs	151.4	147.7	123.0	2010	121.2	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.2.04	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	4.2	MDGs	104.6	100.2	85.9	2010	76.4	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.2.05	Nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale (% de naissances)		HNP Stats		16.9	16.7	2006	13.3	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.2.06	Taux de fertilité, total (naissances par femme)		HNP Stats	6.3	5.2	4.4	2010	4.9	(2010)	Afrique subsaharienne	
	1.3 Maladies infectieuses	1.3.01	Prévalence du VIH, hommes (% des hommes âgés de 15 à 24 ans)	6.1	MDGs			0.7	2009	1.5	(2009)	Afrique subsaharienne	
			Prévalence du VIH, femmes (% des femmes âgées de 15 à 24 ans)	6.1	MDGs			1.5	2009	3.8	(2009)	Afrique subsaharienne	
		1.3.02	Cas déclarés de paludisme (pour 100 000 habitants)	6.6	MDGs Database			36,482	2008				
		1.3.03	a) Taux de mortalité due au paludisme, pour 100,000 habitants, tout âge	6.6	MDGs Database			88	2008	96	(2009)	Afrique subsaharienne	
			b) Taux de mortalité due au paludisme, pour 100,000 habitants, 0-4 ans	6.6	MDGs Database			81	2008	519	(2009)	Afrique subsaharienne	
		1.3.04	Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100,000 habitants	6.9	MDGs Database	244	245	156	2010	479	(2009)	Afrique subsaharienne	
		1.3.05	Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes)	6.9	MDGs	150	198	139	2010	271	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.3.06	Taux de mortalité due à la tuberculose (pour 100 000 personnes)	6.9	MDGs	26	24	11	2010	28	(2010)	Afrique subsaharienne	
		1.3.07	Prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15 à 49 ans)		HNP Stats	2.4	6.9	3.4	2009	5.5	(2009)	Afrique subsaharienne	
		1.3.08	Décès dus au SIDA (estimations de l'ONUSIDA)		HNP Stats	3,900	48,000	36,000	2009				
	1.3.09	Incidence du VIH, 15-49 ans, le pourcentage (revue à mi-parcours)		MDGs Database	1.03	0.45	0.11	2009					
	1.3.10	Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (VIH)		GF			9	2012					
		Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (Paludisme)		GF			9	2012					
		Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (Tuberculose)		GF			9	2012					
	1.4 Nutrition	1.4.01	Prévalence de l'emaciation (% des enfants de moins de 5)		HNP Stats			14.0	2007				
	2 Prestation des services	2.1 Santé maternelle et infantile	2.1.01	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (% du total)	5.2	MDGs Database		62.8	56.8	2006	46.0	(2009)	Afrique subsaharienne
			2.1.02	Naissances par césarienne (%)		GHO			6.4	2005	3.5	(2011)	Afrique
			2.1.03	Prévalence de la contraception (% des femmes âgées de 15 à 49 ans)	5.3	MDGs			12.9	2006	21.7	(2010)	Afrique subsaharienne
2.1.04			Femmes enceintes recevant des soins prénataux (%)	5.5	HNP Stats		87.6	84.8	2006	73.5	(2010)	Afrique subsaharienne	
2.1.05			Femmes enceintes recevant des soins prénataux a au moins quatre visites (% des femmes enceintes)	5.5	HNP Stats		35.6	45.3	2005	45.6	(2010)	Afrique subsaharienne	
2.1.06			Besoins de planification familiale non couverts, total, pourcentage	5.6	MDGs Database			27.7	1999	24.8	(2008)	Afrique subsaharienne	
2.1.07			Enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole	4.3	Childinfo	56	68	70	2010	75	(2010)	Afrique subsaharienne	
2.1.08			Enfants d'1 an vaccinés contre la tuberculose		Childinfo	62	80	91	2010	84	(2010)	Afrique subsaharienne	
2.1.09			a) Enfants d'1 an vaccinés contre: DTC (pourcentage de nourrissons qui ont reç u leur première dose de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos)		Childinfo	77	85	95	2010	85	(2010)	Afrique subsaharienne	
			a) Enfants d'1 an vaccinés contre: DTC (pourcentage de nourrissons qui ont reç u 3 doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos)		Childinfo	54	65	85	2010	77	(2010)	Afrique subsaharienne	
2.1.10			Enfants d'1 an vaccinés contre la Polio		Childinfo	56	66	81	2010	79	(2010)	Afrique subsaharienne	
2.1.11		Pourcentage de nourrissons qui ont reçu trois doses de vaccin antihépatite B		Childinfo			85	2010	74	(2010)	Afrique subsaharienne		
2.2 Maladies infectieuses		2.2.01	L'utilisation du préservatif avec un partenaire non régulier, adultes% (15-49), Homme	6.2	MDGs								
		2.2.02	L'utilisation du préservatif avec un partenaire non régulier, adultes% (15-49), Femme	6.2	MDGs								
	2.2.03	Hommes âgés de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida, pourcentage	6.3	MDGs Database			27.6	2005	33	(2005-2010)	Afrique subsaharienne		
	2.2.04	Femmes âgées de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida, pourcentage	6.3	MDGs Database		16.3	18	2005	26	(2005-2010)	Afrique subsaharienne		

Annexe 1: Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé (République de Côte d'Ivoire)

République de Côte d'Ivoire			OMD	Sources	1990	2000	données les plus récentes	dernière année	dernières données de la région	(dernière année)	Région		
		2.2.05	Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	6.4	MDGs Database		0.83	0.83	2006	0.92	(2005-2010)	Afrique subsaharienne	
		2.2.06	Utilisation de moustiquaires de lits avec insecticide (% de la population de moins de 5 ans)	6.7	HNP Stats		1.1	3.0	2006	34.0	(2010)	Afrique subsaharienne	
		2.2.07	Enfants fiévreux recevant des médicaments contre le paludisme (% d'enfants fiévreux de moins de 5 ans)	6.8	MDGs Database		57.5	36	2006	36	(2008-2010)	Afrique subsaharienne	
		2.2.08	Cas de tuberculose soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation, pourcentage	6.10	MDGs Database		57	76	2008	80	(2008)	Afrique subsaharienne	
		2.2.09	Couverture de la thérapie antirétrovirale (% de personnes atteintes d'une infection avancée par le VIH)	6.5	MDGs			28.0	2009				
		2.2.10	Personnes âgées de 15 ans et plus qui ont fait le test de dépistage du VIH et reçu des conseils, nombre estimatif pour 1000 la population adulte		GHO			84.6	2010				
		2.2.11	Services de dépistage et de conseils, nombre estimatif par 100,000 de population adulte		GHO			6.8	2010				
		2.2.12	Les femmes enceintes testées pour le VIH, couverture estimée (%)		GHO			59	2010				
		2.2.13	Pourcentage de femmes séropositives enceintes qui ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH (revue à mi-parcours)	6.5	MDGs Database			54	2009				
		2.2.14	Taux de détection des cas de tuberculose (% , toutes les formes)		HNP Stats	42.0	46.0	83.0	2010	60	(2010)	Afrique subsaharienne	
		2.2.15	Taux de succès du traitement de la tuberculose (% des cas enregistrés)	6.10	MDGs		28.0	79.0	2009	79	(2009)	Afrique subsaharienne	
		2.3 Nutrition	2.3.01	Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (% des enfants de 6 à 59 mois)		HNP Stats			99.6	2010	85.8	(2010)	Afrique subsaharienne
			2.3.02	Consommation de sel iodé (% des ménages)		HNP Stats		31	84.4	2004	49.8	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.4 La qualité et la couverture	2.4.01	Estimation de la couverture officielle de la santé		ILO			5		46.7		Pays de forte vulnérabilité
			2.4.02	Population non couverte (%) en raison du déficit en ressources financières		ILO			93.9		61.1		Pays de forte vulnérabilité
	2.4.03	Population non couverte (%) en raison du déficit en personnel professionnel de la santé		ILO			83.8		43.2		Pays de forte vulnérabilité		
3 Le système de santé	3.1 Ressources humaines	3.1.01	Médecins (pour 100 personnes)		HNP Stats	0.09		0.144	2008	0.2	(2010)	Afrique subsaharienne	
		3.1.02	Sages-femmes (pour 1 000 personnes)		HNP Stats								
		3.1.03	Infirmières (pour 1 000 personnes)		HNP Stats			0.5	2004				
		3.1.04	Personnel de dentisterie (pour 10 000 habitants)		GHO			0.14	2008	0	(2007)	Afrique	
		3.1.05	Personnel de pharmacie (pour 10 000 habitants)		GHO			0.22	2008	1.0	(2007)	Afrique	
	3.2 Financement de la santé	3.2.01	Dépenses en santé, total (% du PIB)		HNP Stats		5.0	5.3	2010	6.5	(2010)	Afrique subsaharienne	
		3.2.02	Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé)		HNP Stats		26.3	21.6	2010	45.1	(2010)	Afrique subsaharienne	
		3.2.03	Dépenses en santé, privées (% du total des dépenses en santé)		HNP Stats		73.7	78.4	2010	54.9	(2010)	Afrique subsaharienne	
		3.2.04	Versements directs en santé (% des dépenses du secteur privé en santé)		HNP Stats		98.1	98.8	2010	64.7	(2010)	Afrique subsaharienne	
		3.2.05	Dépenses en santé, publiques (% des dépenses du gouvernement)		HNP Stats		7.2	5.1	2010	10.0	(2005)		
		3.2.06	Ressources extérieures pour la santé (% des dépenses totales en santé)		HNP Stats		5.4	9.8	2010	10.5	(2010)	Afrique subsaharienne	
		3.2.07	Dépenses de la sécurité sociale pour la santé en tant que pourcentage des dépenses des administrations publiques en santé		GHO			0.0	2009	7	(2009)	Afrique	
		3.2.08	a) Dépenses en santé par habitant (\$ US courants)		HNP Stats		30.5	59.7	2010	84.3	(2010)	Afrique subsaharienne	
			Dépenses totales en santé par habitant (PPA \$ int.)		GHO		76	88	2009	157	(2009)	Afrique	
		3.2.09	Dépenses des administrations publiques en santé par habitant au taux de change moyen (US \$)		GHO		8.0	12	2009	41	(2009)	Afrique	
	3.3 Installations et médicaments	3.3.01	a) Disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur public (%)		GHO								
			b) Disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur privé (%)		GHO								
		3.3.02	a) Ratio de prix médian d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur public		GHO								
			b) Ratio de prix médian d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur privé		GHO								
		3.3.03	Lits d'hôpital (pour 1 000 personnes)		HNP Stats	0.8		0.4	2006	1.2	(1990)	Afrique subsaharienne	

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 07/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 07/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 07/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 07/2012)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Le score des priorités partielles est composé du Score du niveau de revenu pour le pays et le score du fardeau de la maladie pour la maladie spécifique dans le pays. Le score minimum est de 3 et le score maximal est de 12.

2.4.01 Estimation de la couverture officielle de santé est indiquée en pourcentage de la population couverte par état, la société, la privée, les compagnies, les syndicats, les mutuelles et autre régimes d'assurance-maladie.

2.4.02 Population non couverte (%) en raison du déficit en ressources financières (basée sur la valeur médiane des groupes à faible vulnérabilité des pays) utilise la différence relative entre la dépense nationale en santé en dollars internationaux PPA (à l'exclusion hors de la poche) et la densité médiane observée dans le groupe de pays ayant un faibles niveaux de vulnérabilité comme une référence pour les pays en développement. Le taux peut être calculé en utilisant la formule suivante:

Dépenses de santé par habitant non financée par les paiements directs des ménages privés (PPA \$ int.) [A]

Population (en milliers), total [B]

Dépenses totales pour la santé non financés par paiement direct en int. \$ PPA (en milliers) [C = A x B]

Population couverte par les dépenses totales de santé non financés par paiement direct en cas d'application de l'indicateur de référence * (en milliers) [D = C ÷ Indicateur de référence] **

Pourcentage de la population non couverte en raison du déficit en ressources financières (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]

* Indicateur de référence: Dépenses totales de santé non financés par paiement direct par habitant = 350 \$ internationaux PPA

** Cette formule a été partiellement modifiée de l'original de la source en fonction d'un calcul réel.

2.4.03 Population non couverte (%) en raison du déficit en personnel professionnel de la santé utilisé comme un proxy de la différence relative entre la densité de professionnels de la santé dans un pays donné et sa valeur médiane dans les pays ayant un faible niveau de vulnérabilité. Le taux peut être calculé en utilisant la formule suivante:

Total du personnel professionnel de la santé [A = B + C]

Nombre en personnel de soins infirmiers et obstétricaux [B]

Nombre de médecins [C]

Population totale (en milliers) [D]

Nombre en professionnels de la santé pour 10.000 personnes [F = A ÷ D x 10]

Population totale couverte en cas d'application de l'indicateurs de référence* (en milliers) [E = A ÷ Indicateur de référence x 10]

Pourcentage de la population totale non couverte due au déficit en personnel professionnel de la santé [G = (D - E) ÷ D x 100]

Indicateur de référence: 40 agents professionnel de la santé pour 10.000 personnes.

Annexe 2 : Références bibliographiques (République de Côte d'Ivoire)

No.	Titre	Auteur	URL	Année
1	World Development Indicators	World Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=12&id=4&CNO=2	
2	Crise sociopolitique en Côte d'Ivoire : L'impact sur la population et les groupes vulnérables en particulier	Equipe humanitaire Côte d'Ivoire (ONU CI)		2011
3	Côte d'Ivoire, Summary of Country Projects (<i>en japonais</i>)	Ministère des Affaires étrangères	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/gaiyou/odaproject/africa/cote_d/contents_01.html#m012302	
4	Le FMI et la Banque mondiale annoncent un allègement de plus de 4 milliards de dollars EU de la dette de la Côte d'Ivoire, Communiqué de presse n12/239	Fonds monétaire international (FMI)	http://www.imf.org/external/french/np/sec/pr/2012/pr12239f.htm	2012
5	Human Development Report	UNDP	http://hdr.undp.org/en/	2011
6	Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida		2012
7	NCD Country Profiles 2011	WHO	http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html	2011
8	Mortality Fact Sheet 2006	WHO		2006
9	Trends in estimates of maternal mortality ratio (MMR, maternal deaths per 100 000 live births) by 5-year intervals, 1990–2010, by country	UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG) WHO, UNICEF, UNFPA, WB	http://www.childinfo.org/maternal_mortality_ratio.php	2012
10	Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire 1994	Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR51/SR51.pdf	1995
11	Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire 2005	Institut National de la Statistique, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AIS5/AIS5.pdf	2006
12	The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World	UNICEF	http://www.unicef.org/sowc2012/	2012
13	Enquête Démographique et de Santé Côte d'Ivoire 1998-1999	Institut National de la Statistique et ORC Macro	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR129/FR129.pdf	2001
14	The 2012 Report Côte d'Ivoire	Countdown to 2015	http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012/2012_CotedIvoire.pdf	2012
15	Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010	UNAIDS	http://www.unaids.org/documents/20101123_globalreport_em.pdf	2010
16	Rapport National sur Les Objectifs du Millénaire pour le Développement	République de Côte d'Ivoire		2010
17	Countries, Cote d'Ivoire. UNAIDS	UNAIDS	http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ctedivoire/	2012
18	Suivi de la Déclaration de Politique sur le Sida de Juin 2011	Conseil National de Lutte Contre le Sida		2012
19	World Malaria Report 2011	WHO	http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/	2011
20	Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009-2013 République de Côte d'Ivoire	Breau régional de l'OMS pour l'Afrique	http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_civ_fr.pdf	2009

Annexe 2 : Références bibliographiques (République de Côte d'Ivoire)

No.	Titre	Auteur	URL	Année
21	Annuaire des Statistiques Sanitaires de la Côte d'Ivoire 2010	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida		2011
22	La Nutrition: toujours un secteur prioritaire en Côte d'Ivoire	OCHA	http://ivorycoast.humanitarianresponse.info/Portals/0/clusters/nutrition/key_documents/Plaidoyer_Cluster%20Nutrition%20Cote%20d'Ivoire_Nov%202011.pdf	2011
23	Enquête nutritionnelle nationale basée sur la méthodologie SMART 2011	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida	http://ivorycoast.humanitarianresponse.info/LinkClick.aspx?fileticket=W R2TLkk5VYM%3D&tabid=65&mid=1049&language=en-US	
24	Nutrition Country Profile, Côte d'Ivoire	UNICEF	http://www.childinfo.org/files/nutrition/DI%20Profile%20-%20Cote%20d'Ivoire.pdf	
25	2010 Report Cote d'Ivoire	Countdown to 2015	http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/Profile-CotedIvoire.pdf	
26	Enquête à indicateurs multiples, Côte d'Ivoire 2006, Rapport final	Institut National de la Statistique (INS)	http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/11	2007
27	Enquête sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – 2010, Rapport Final	Institut National de la Statistique (INS)		2011
28	Répertoire des Structures Sanitaires Publiques et Privées de Côte d'Ivoire Année 2011	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA		2012
29	République de Côte d'Ivoire, Santé, Nutrition et Population, Rapport Analytique Santé Pauvreté	Le Groupe Banque Mondiale, Région Afrique Développement Humain Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire	http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/12/03/000020953_20101203142555/Rendered/PDF/AAA560ESW0FREN110final0for0printing.pdf	2010
30	La Situation des Enfants dans le Monde	UNICEF		2011
31	Cadre d'Accélération de l'Objectif 5 du Millénaire pour le Développement (OMD5): Améliorer la santé maternelle	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida		
32	Rapport Annuel des Indicateurs VIH du Secteur Santé en Côte d'Ivoire 2010	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida		2011
33	Tuberculosis Country Profile	WHO	http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html	
34	Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity, Number 9, September 2010	UNICEF	http://www.unicef.org/publications/files/Progress_for_Children-No.9_EN_081710.pdf	2010
35	Communicable disease epidemiological profile, Côte d'Ivoire	WHO	http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70300/1/WHO_HSE_GAR_DCE_2010.3_eng.pdf	2010
36	Évaluation des Besoins (Draft 1), Initiative Faire Reculer le Paludisme	Programme National de Lutte contre le Paludisme		2008
37	Politique Nationale de Nutrition	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida		2010

Annexe 2 : Références bibliographiques (République de Côte d'Ivoire)

No.	Titre	Auteur	URL	Année
38	Global Health Expenditure Database	WHO	http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84531	
39	Portail officiel du Gouvernement de Côte d'Ivoire	Gouvernement de Côte d'Ivoire	http://www.gouv.ci/ministere_semaine_1.php?id=126	2012
40	Plan Stratégique de L'Information Sanitaire 2010-2014	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida		2009
41	Rapport d'Évaluation du Système National d'Information Sanitaire Ivoirien par l'Outil de Réseau de Métrologie Sanitaire RMS/HMN	DIPE, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_CIV_Assess_Final_2009_08_fr.pdf	2009
42	Cote d'Ivoire Country Program 2009-2013	UNICEF	http://www.unicef.org/cotedivoire/briefingunicefcigeneralenglish_correction.pdf	
43	L'UNFPA en Côte d'Ivoire	UNFPA	http://cotedivoire.unfpa.org/2009/05/08/814/1_unfpa_en_cote_d_ivoire/	2011
44	ODA Country Data Book (<i>en japonais</i>)	Ministère des Affaires étrangères	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/05-13.pdf	2011
45	Staff Appraisal Report Republic of Cote d'Ivoire Integrated Health Services Project	World Bank		1996