

Rapport No. AAA56 - CI

République de Côte d'Ivoire

Santé, Nutrition et Population Rapport Analytique Santé Pauvreté

Décembre 2010

Le Groupe Banque Mondiale
Région Afrique Développement Humain &
Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire



En partenariat avec :



TABLE DES MATIERES

Acronymes.....	9
RESUME ANALYTIQUE	12
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET METHODOLOGIE.....	19
1. Contexte.....	20
1.1. Géographie physique	20
1.2. Situation politique et organisation administrative	21
1.3. Situation démographique	21
1.4. Situation macroéconomique	23
1.5. Situation de la pauvreté	25
2. Méthodologie de la revue sectorielle.....	27
2.1. Le cadre analytique.....	27
2.2. La démarche de préparation.....	28
CHAPITRE 2 : INDICATEURS DE SANTE.....	29
1. Mortalité générale.....	30
2. Santé des enfants.....	31
2.1. Mortalité et morbidité chez les enfants.....	31
2.2. Les principaux problèmes de santé des enfants	32
3. Santé maternelle.....	39
3.1. Mortalité maternelle.....	39
3.2. Etat nutritionnel des femmes	41
4. VIH/SIDA.....	41
4.1. Prévalence dans la population générale	41
4.2. Facteurs associés.....	43
CHAPITRE 3 : INTERVENTIONS A HAUT IMPACT.....	46
1. Interventions pour lutter contre la mortalité liée au paludisme infantile.....	47
1.1. Utilisation des MII.....	47
1.2. Traitement des cas sévères de paludisme	51
2. Facteurs de malnutrition et pratiques nutritionnelles.....	52
2.1. Accès insuffisant aux aliments	53
2.2. Pratiques alimentaires	53
2.3. Hygiène alimentaire.....	53
2.4. Accès aux soins.....	53
3. Accès à l'eau et à l'assainissement de base	54
4. Interventions et pratiques en matière de santé maternelle	59
4.1. Fécondité.....	59
4.2. Contraception, Besoins non satisfaits en Planification Familiale et avortement	60
4.3. Taux et qualité des accouchements assistés.....	64
4.4. Comportements sexuels	68
5. Environnement et santé.....	70
5.1. Risques liés à la pollution industrielle	70
5.2. Hygiène hospitalière et gestion des déchets	70
5.3. Facteurs de risques des maladies non transmissibles et accidents	71
6. Utilisation du système de santé.....	72
6.1. Système de soins.....	72
6.2. Services communautaires	74
CHAPITRE 4: GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU SYSTEME DE SANTE.....	76
1. Gouvernance.....	77
1.1 Historique du système national de santé.....	77
1.2 Organisation et fonctionnement du système de santé.....	77
2. Pilotage du système national de santé.....	89
2.1. Le système d'information sanitaire.....	89
2.2. La formulation du plan national de développement sanitaire (PNDS)	94
2.3. Les relations avec les bailleurs de fonds du secteur de la santé.....	95
CHAPITRE 5: RESSOURCES HUMAINES	97
1. Situation des Ressources Humaines de Santé (RHS)	98

1.1. La disponibilité au niveau national.....	98
1.2. La distribution géographique.....	101
1.3. La performance des personnels de santé : qualité.....	103
1.4. La performance des personnels de santé : efficience.....	105
2. Explication de la disponibilité des RHS : analyse du marché du travail des RHS.....	106
2.1. La production.....	106
2.2. Les recrutements dans la fonction publique.....	106
2.3. Migration et décès prématurés.....	107
3. Explication de la distribution géographique des RHS.....	109
4. Explication de la performance des RHS.....	109
4.1. Rémunérations.....	109
4.2. Formations.....	111
CHAPITRE 6 : CHAINES LOGISTIQUES.....	115
1. Médicaments.....	116
1.1. Pilotage du secteur pharmaceutique.....	116
1.2. Liste des médicaments essentiels.....	116
1.3. Quantification.....	117
1.4. Acquisition et contrôle qualité.....	117
1.5. Production locale.....	121
1.6. Distribution et stockage.....	121
1.7. Usage rationnel et accessibilité.....	123
1.7.4. Prescription et dispensation.....	130
2. Vaccins.....	131
2.1. Analyse situationnelle.....	131
2.2. Structure des activités de vaccination.....	131
2.3. Stockage au niveau central.....	136
2.4. Surveillance épidémiologique.....	136
3. Moustiquaires.....	137
4. Produits sanguins.....	139
4.1. Pilotage et organisation de la transfusion sanguine.....	139
4.2. Activités transfusionnelles.....	140
CHAPITRE 7 : SERVICES DE SOINS.....	144
1. Les services de soins.....	145
1.1. Le secteur public.....	145
1.2. Le secteur privé à but lucratif.....	146
1.3. Le secteur privé à but non lucratif.....	147
1.4. La médecine traditionnelle.....	149
2. La performance des services de soins.....	149
1.1. Efficacité du système de soins.....	149
3. Facteurs de la performance des services de soins.....	154
3.1. La gamme des prestations de soins proposées correspond-t-elle à la demande de soins ?.....	154
3.2. Les moyens des services de santé sont-ils adéquats ?.....	156
3.3. Le système institutionnel favorise-t-il la performance ?.....	158
CHAPITRE 8 : FINANCEMENT.....	161
1. Généralités sur le financement de la santé.....	162
2. Financement par l'Etat.....	164
2.1 Le financement de l'offre par l'Etat est-il suffisant ?.....	164
2.2 Le financement par l'Etat est-il favorable aux pauvres ?.....	165
2.3 Les ressources de l'Etat sont-elles allouées en fonction des priorités de santé?.....	166
3. Financement par les ménages.....	167
3.1 Financement par les dépenses directes des ménages.....	168
3.2 Financement des dépenses indirectes des ménages au profit des assurances sociales, mutuelles et assurances privées.....	172
4. Financement extérieur.....	173
4.1 Le financement extérieur est-il suffisant ?.....	173
4.2 Le financement extérieur est-il favorable aux pauvres ?.....	175
4.3 Le financement extérieur est-il en cohérence avec les priorités de santé?.....	176

4.4 La gestion du financement extérieur est-elle performante ?	181
5. Estimation des besoins de financement (MBB).....	181

ENCADRES

Encadré 1 : Comment mesurer la malnutrition et son impact sur la mortalité infantile ?	34
Encadré 2 : Principaux constats Indicateurs de santé (chapitre 2).....	44
Encadré 3 : Comment expliquer la malnutrition dans un pays ?	52
Encadré 4 : Principaux constats et recommandations Interventions à haut impact (chapitre 3).....	75
Encadré 5 : La participation communautaire au travers des COGES	86
Encadré 6 : Principaux constats et recommandations Gouvernance et pilotage (chapitre 4)	96
Encadré 7 : Projet de Motivation basée sur la Performance : Expérience pilote dans le district sanitaire de Ferkessédougou – MSHP, Abt Associates-Health Systems 20/20, EGPAF, PEPFAR.....	110
Encadré 8 : Principaux constats et recommandations Ressources humaines (Chapitre 5)	113
Encadré 9 : Les difficultés financières de la PSP	118
Encadré 10 : Mesures initiées par le Ministère pour l’amélioration des performances de la PSP (2007 – 2010).....	118
Encadré 11 : Le marché illicite de médicaments en CI	129
Encadré 12 : Principaux constats et recommandations Chaines logistiques (Chapitre 6)	142
Encadré 13: Les ESCOM en Côte d’Ivoire	148
Encadré 14 : Principes d’autonomisation	158
Encadré 15 : Principaux constats et recommandations Services de soins (Chapitre 7).....	160
Encadré 16 : Détail de la méthodologie utilisée pour calculer les dépenses de santé catastrophiques des ménages	171
Encadré 17 : La méthode du <i>Marginal Budgeting for Bottlenecks</i> (MBB)	181
Encadré 18 : Principaux constats et recommandations Financement (Chapitre 8).....	183

FIGURES

Figure 1: Carte de la Côte d’Ivoire	20
Figure 2: Pyramide des âges de la Côte d’Ivoire en 2005	22
Figure 3 : Projection de la population ivoirienne, selon différents scénarios d’évolution du taux de fertilité	22
Figure 4 : Croissance du PIB, comparaison Côte d’Ivoire-Afrique.....	24
Figure 5 : Cadre analytique de la revue sectorielle.....	1
Figure 6 : Démarche participative de la revue sectorielle.....	28
Figure 7: Taux de mortalité infanto-juvénile dans les pays d’Afrique (année 2008, pour 1000 naissances vivantes).....	1
Figure 8. Evolution de la mortalité infanto-juvénile (%o naissances) en Côte d’Ivoire	32
Figure 9: Causes de la mortalité infantile en Côte d’Ivoire	32
Figure 10: Causes de la mortalité néonatale	33
Figure 11: Insuffisance pondérale sévère, comparaison avec d’autres pays d’Afrique (% des enfants de moins de 5 ans)	36
Figure 12: Retard de croissance sévère, comparaison avec d’autres pays d’Afrique (% des enfants de moins de 5 ans)	36
Figure 13: Maigreur, comparaison avec d’autres pays d’Afrique (% des enfants de moins de 5 ans).....	37
Figure 14: Indicateurs de malnutrition, par quintile de bien-être économique (2006)	38
Figure 15: Indicateurs de malnutrition, différence Nord/Sud Côte d’Ivoire (2006).....	38
Figure 16 : Evolution du ratio de mortalité maternelle en Côte d’Ivoire par rapport à l’OMD	40
Figure 17 : Comparaison du ratio de mortalité maternelle dans différents pays d’Afrique (2005).....	40
Figure 18: Causes de la mortalité maternelle.....	41
Figure 19: Comparaison des taux de prévalence VIH/Sida en Afrique de l’Ouest et Centrale, 2007.....	42
Figure 20: Taux de prévalence VIH/Sida Côte d’Ivoire, comparaison régions du Nord et régions du Sud.....	43
Figure 21: Pourcentage d’enfants ayant dormi sous moustiquaire, par quintile de bien-être économique (2006).....	48
Figure 22: Pourcentage d’enfants ayant dormi sous moustiquaire, par région (2006)	48

Figure 23: Pourcentage d'enfants ayant dormi sous moustiquaire, comparaison entre différents pays d'Afrique	49
Figure 24: Traitement du paludisme chez les enfants, par quintile de bien-être économique (2006)	51
Figure 25: Traitement de la diarrhée chez les enfants, par région (2006)	54
Figure 26: Traitement de la diarrhée chez les enfants, différents pays d'Afrique	54
Figure 27: Proportion des personnes selon l'accès à l'eau potable	55
Figure 28: Proportion des personnes ayant accès à l'eau potable, comparaison Nord/Sud (2006)	55
Figure 29: Proportion des personnes ayant accès à l'eau potable, comparaison Afrique (2006)	56
Figure 30 : Couverture en toilette avec chasse par pays	56
Figure 31: Couverture en latrines améliorées par pays.....	57
Figure 32 : Couverture en latrines traditionnelles par pays	57
Figure 33: Défécation à l'air libre par pays	57
Figure 34: Prévalence des moyens modernes de contraception, par quintile socio-économique	61
Figure 35 : Prévalence des moyens modernes de contraception, par région	61
Figure 36: Prévalence des moyens modernes de contraception, comparaison divers pays d'Afrique	62
Figure 37: Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant accouché avec l'assistance de personnel de santé qualifié, comparaison Nord/Sud, Côte d'Ivoire, 2006.....	66
Figure 38: Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant accouché avec l'assistance de personnel de santé qualifié, comparaison divers pays d'Afrique.....	66
Figure 39: Type de personnel de santé consulté selon le quintile de richesse.....	73
Figure 40 : Type de personnel de santé consulté selon la région (exemple de 7 régions parmi les 19)	74
Figure 41: La Pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire.....	78
Figure 42 : Les versants de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire.....	79
Figure 43: Organigramme du Ministère de la santé et de l'hygiène publique.....	80
Figure 44: Carte des Directions Régionales et Districts Sanitaires de la Côte d'Ivoire	81
Figure 45 : Système de référence en Côte d'Ivoire	87
Figure 46: Circuit de l'information sanitaire en Côte d'Ivoire	1
Figure 47: Circuit de l'information au niveau du MLS	92
Figure 48: Densité des médecins par région (2008)	101
Figure 49 : Densité des infirmières par région (2008).....	102
Figure 50: Densité des sages-femmes par région (2008).....	102
Figure 51 : Prévision d'insuffisance en personnel de santé pour les services VIH sur la période 2009-2013	103
Figure 52: Comparaison des médecins ayant migrés à l'étranger	108
Figure 53: Salaires mensuels de base début dans 8 pays ouest-africains (en USD)	110
Figure 54: Parts du marché pharmaceutique en Côte d'Ivoire, 2007	119
Figure 55: Traitement des enfants souffrant d'IRA ou du paludisme, par quintile de richesse.....	123
Figure 56: Répartition des officines de pharmacies privées (secteur privé).....	124
Figure 57: Couverture vaccinale des enfants entre 1 et 2 ans, comparaison Nord/Sud (2006)	124
Figure 58: Comparaison des prix publics par secteur de distribution.....	128
Figure 59 : Couverture vaccinale en 2008	131
Figure 60: Couverture vaccinale en 2007 et 2008	132
Figure 61: Couverture vaccinale en 2009	132
Figure 62: Comparaison Nord/ Sud Cote d'Ivoire couverture vaccinale 2009.....	133
Figure 63: Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçus les vaccins recommandés avant l'âge de 12 mois.....	134
Figure 64: Sources d'approvisionnement en MII (2006).....	138
Figure 65: Volume des poches prélevées, en stock et cédés.....	141
Figure 66 : Taux de Consultations Curatives (2001-2006).....	150
Figure 67: Taux de recours aux soins pour les enfants avec IRA.....	151
Figure 68: Mode de recours aux soins, par quintile socio-économique.....	154
Figure 69: Ratio population par centre de santé, par région 2008	156
Figure 70: Evolution de la dépense de santé par rapport à la dépense totale de l'Etat	165
Figure 71: Répartition des dépenses de santé du MSHP par prestataire.....	166
Figure 72: Fonctions couvertes par les financements du MSHP	167
Figure 73: Répartition du budget de la santé en fonction des allocations : investissement et fonctionnement 2000 à 2008	167

Figure 74: Part des dépenses de santé financées par les ménages	168
Figure 75: Dépenses de santé moyennes des ménages par quintile de richesse (pour 3 mois, en FCFA)	169
Figure 76: Part des différents types de dépenses de santé des ménages par quintile de richesse	170
Figure 77: Part des ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques en fonction du quintile de richesse	171
Figure 78: Part des ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques en fonction de la région de résidence (exemples de 8 régions sur 19)	171
Figure 79 : Evolution des dépenses de santé par les bailleurs	173
Figure 80: Evolution de l'APD (tous donateurs, tous secteurs)	173
Figure 81: Répartition des fonds du reste du monde entre les sources de financements.....	174
Figure 82 : Les Agents financés par les bailleurs de fonds	175
Figure 83: Les prestataires financés par les bailleurs de fonds (compte général).....	175
Figure 84: Les Fonctions financées par les bailleurs de fonds	176
Figure 85 : Contributeurs aux financements des activités VIH/Sida en Côte d'Ivoire en 2008	177
Figure 86: Les Agents financés par les bailleurs de fonds pour les activités de VIH/Sida	177
Figure 87: Les Prestataires financés par les bailleurs de fonds pour les activités VIH/Sida	178
Figure 88 : Nature du financement des principaux donateurs dans le secteur de la santé en millions d'US\$ pour 2009-2012 (2010 pour USAID et montant estimatif pour l'UE).....	180
Figure 89 : Part du financement des principaux donateurs par type d'intervention dans le secteur de la santé pour 2010-2012 (2010 pour USAID et montant estimatif pour l'UE)	181

TABLEAUX

Tableau 1 : Données démographiques pour divers pays d'Afrique de l'Ouest	23
Tableau 2: Indicateurs économiques	25
Tableau 3 : Fardeau des maladies en CI (2004).....	30
Tableau 4: Evolution du ratio de mortalité maternelle	39
Tableau 5: Régression logistique de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides par les enfants de moins de 5 ans en Côte d'Ivoire	50
Tableau 6 : Evolution de la fécondité entre 1975 et 2010, Côte d'Ivoire.....	59
Tableau 7 : ISF, intervalle intergénérisique et âge à la 1 ^{ère} naissance en Côte d'Ivoire, 2005.....	60
Tableau 8: Prévalence des moyens modernes de contraception et de la demande non couverte en la matière	63
Tableau 9 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 2 années précédant l'enquête MICS par type de personnel effectuant l'accouchement, Côte d'Ivoire, 2006.....	65
Tableau 10: Régression logistique de l'accouchement assisté sur divers facteurs	67
Tableau 11: Régression logistique de la césarienne sur divers facteurs	68
Tableau 12 : Les différents systèmes d'information existant dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire	93
Tableau 13 : Documents existants sur la gouvernance dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire.....	95
Tableau 14: Effectifs du personnel de la santé dans les secteurs public/privé en 2007.....	98
Tableau 15: Effectifs des RHS dans le secteur public	99
Tableau 16 : Besoins en RHS estimés en 2008	100
Tableau 17: Besoins et recrutements en personnel paramédical en 2008.....	100
Tableau 18: Sortants de l'Infas des 3 prochaines années à compter de 2009	106
Tableau 19: Comparaison de quelques besoins exprimés et des effectifs octroyés.....	107
Tableau 20: rémunérations dans le secteur public (2008)	109
Tableau 21 : Répartition des pertes de 2005 à 2008 (valeur en francs CFA)	121
Tableau 22: Récapitulatif des Périmés par rubrique (rapport d'activité 20008).....	121
Tableau 23: Descriptif des avaries (rapport d'activité 20008).....	122
Tableau 24: Taux de rupture des produits traceurs dans un échantillon de structures sanitaires périphériques (période du 12 janvier au 30 avril 2009).....	126
Tableau 25: Marges de distribution dans les filières publique et privée de Cote d'ivoire (document PPN)	127
Tableau 26: Différence entre prix de vente autorisée et prix appliqué des médicaments en 2009	128
Tableau 27: Répartition des prescriptions de la Mugefci	130
Tableau 28: Evolution des doses par types de vaccins de 2006 à 2008.....	134
Tableau 29: Taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée (bilan d'activité PNLP 2009).....	137
Tableau 30: Evolution de la vente de moustiquaires de 2007 à 2008 (rapport d'activité INHP 2008)	137
Tableau 31: Prélèvements en 2008 (rapport d'activité CNTS 2008).....	140
Tableau 32: Causes de rejet des poches de sang prélevées (rapport d'activité CNTS 2008)	140
Tableau 33: Recensement et état des établissements publics	146
Tableau 34 : Nombre et légalité des structures de santé privées en 2005.....	147
Tableau 35: Nombre des ESCOM en fonction du modèle	148
Tableau 36 : Taux de recours aux soins pour les enfants de 1 à 5 ans ayant des symptômes d'IRA ou une diarrhée	151
Tableau 37: Taux de Couverture en Consultations Périnatales dans divers pays d'Afrique (au moins une visite)	152
Tableau 38: Activités des services d'hospitalisation des CHU et de l'ICA en 2008.....	153
Tableau 39 : Couverture Sanitaire Public par Habitant	156
Tableau 40: Structure des dépenses de santé (en proportion).....	162
Tableau 41: Indicateurs des Comptes Nationaux de la Santé 2007, 2008	163
Tableau 42: Dépenses de santé sous compte VIH-Sida.....	164
Tableau 43: La part du budget dans le PIB.....	164
Tableau 44: Les Fonctions financées par les bailleurs pour des activités VIH/Sida	178
Tableau 45 : Impact et coûts (estimés par les MBB) des interventions à haut impact sur la mortalité infantile et maternelle (2011-2013)	182

Acronymes

CHR	Centre Hospitalier Régional
CI	Côte d'Ivoire
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	Comité de Gestion
CSE	Centre de Surveillance Epidémiologique
CSR	Centres de Santé Ruraux
CSU	Centres de Santé Urbains
CSUS	Centres de Santé Urbains Spécialisés
DD	Direction Départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographie et Santé
EIS	Enquête sur les Indicateurs du SIDA
ENV	Enquête Niveau de Vie des Ménages
ERS	Equipe de Santé Régionale
ESCOM	Etablissements sanitaires à base communautaire
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FSU	Formations Sanitaires Urbaines
FSUCOM	Formations Sanitaires Urbaines Communautaires
HG	Hôpital Général
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MBB	Marginal Budgeting for Bottleneck
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MLS	Ministère de la Lutte contre le Sida
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PSP	Pharmacie de Santé Publique
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RHS	Ressources Humaines de Santé
SIG	Système d'Information et de Gestion
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine

Vice Président:	Obiageli Katryn Ezekwesili
Directeur des Operations / Manager Pays:	Madani M. Tall

Manager Sectoriel:	Eva Jarawan
Chargé de Projet:	Christophe Lemière

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé par une équipe conjointe Banque Mondiale et Abt Associates (USAID), composée de Mrs. Christophe Lemière (Task Team Leader, AFTHE, Banque Mondiale), Ibrahim Magazi (Senior Health Specialist, AFTHE, Banque Mondiale), Désiré Boko (Directeur pays, Abt Associates), Eddie Kariisa (Abt Associates), Mr. Mamadou Koné (Conseiller Technique, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique) et Mme Anne Juillet (Consultant, Abt Associates). Les analyses statistiques ont été réalisées par Mlle. Maud Juquois (Consultant, AFTHE). L'équipe a été appuyée par Mme Zainab Mambo-Cissé (Assistante de programme).

L'équipe s'est appuyée sur les travaux de 6 groupes thématiques, présidés respectivement par Mr. Le Pr Mamadou Samba (Indicateurs de santé et interventions à haut impact), Mr. Franck Mansour Adeoti (Gouvernance), Mr Mamadou Koné (Ressources Humaines), Mr. Denis Tra Bi Yrié (Services de soins), Mme Cynthia Guidy (Chaines d'approvisionnement) et Mr Ernest Oba Bousso (Financement). L'animation et la coordination des 6 groupes ont été assurées par Mr Nable Coulibaly (Consultant). Des contributions spécifiques ont été faites par le Pr. Alexandre N'Guessan, le Dr Diawara Bassalia, et Mr. Laurent Konan Kouassi.

Les partenaires techniques et financiers ont eux aussi largement soutenu le processus, notamment en partageant leurs études et surtout en mettant à disposition leur personnel pour contribuer aux réflexions des groupes. L'équipe remercie particulièrement : Mme Francesca Malaguti (Chargée des secteurs sociaux, Union Européenne), Mr. Eli Ramamoo (Chef du service survie, UNICEF), et le Dr. Yao (OMS).

Le rapport a bénéficié des commentaires de: Mr. Christopher Walker (Lead Health Specialist, AFTHE), Mr. Jean Jacques de Saint-Antoine (Lead Operations Specialist, AFTHE), Mme Joelle Businger (Senior Operations Officer, AFCCI), Mme Montserrat Meiro-Lorenzo (Senior Public Health Specialist, HDNHE), Mme Nicole Klingen (Senior Health Specialist, HDNHE), et Mme Agnes Soucat (Advisor, AFTHE).

RESUME ANALYTIQUE

PRINCIPAUX CONSTATS

1. Indicateurs de santé

Même si la Côte d'Ivoire semble avoir amorcé sa transition épidémiologique, près de 60% des décès dans ce pays sont encore liés à des maladies infectieuses et des causes périnatales. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sont donc toujours pertinents.

Parmi ces OMD santé, **de réels progrès semblent en cours sur les activités liées au VIH-SIDA**. Le taux de prévalence du VIH qui était de 4,7% en 2005 et a été estimé en 2008 à 3,9% (ONUSIDA). Cette amélioration reste à confirmer avec les résultats de l'EDS 2010 pour s'assurer qu'il ne s'agit pas uniquement d'un effet dû à un changement d'échantillonnage.

Pour les deux autres OMD santé (mortalité infantile et mortalité maternelle), la Côte d'Ivoire reste très loin de ses objectifs. Ces deux indicateurs n'ont décliné que de 1% en moyenne depuis 1990. Pour atteindre les objectifs de 2015, ils devraient diminuer de 15% par an. En particulier, pour la mortalité infantile, celle-ci atteignait le taux de 125 décès pour mille naissances vivantes en 2006. Ce taux est légèrement inférieur à la moyenne sous-régionale. Ces décès évitables sont largement liés au paludisme, à la malnutrition et aux infections respiratoires. La prévalence du paludisme est en effet deux fois plus élevée chez les enfants que dans la population générale. Concernant la malnutrition, si des progrès peuvent être enregistrés et si les indicateurs se situent dans la moyenne sous-régionale, l'insuffisance pondérale touche encore plus de 20% des enfants (essentiellement les plus pauvres). Ce taux d'insuffisance pondérale est dans le Nord du pays le double de celui enregistré dans le Sud. **La plupart des indicateurs de santé montre d'ailleurs une différence très nette entre Nord et Sud**.

Enfin, si la mortalité maternelle a diminué progressivement, elle reste à un niveau élevé, avec 543 décès pour 100 000 naissances en 2005.

2. Niveau de couverture de la population par les interventions à haut impact

La plupart des indicateurs évoqués ci-dessus pourrait être rapidement amélioré si les interventions à haut impact couvraient l'essentiel de la population. Comme on va le voir, ces taux de couverture restent souvent faibles et surtout très inéquitables selon les catégories sociales et le lieu de résidence.

Concernant la mortalité infantile

Pour réduire la prévalence du **paludisme**, deux interventions sont internationalement reconnues pour leur impact : (i) l'utilisation de moustiquaires imprégnées ; et (ii) le traitement des cas par médicaments antipaludiques.

Concernant l'utilisation des moustiquaires imprégnées, le taux d'utilisation est un des plus bas de la région (3%). Il est même inférieur à celui du Niger et de la Sierra Léone. Quant au pourcentage d'enfants fiévreux recevant des antipaludéens, il n'est que de 22%.

Pour les interventions permettant de diminuer la **malnutrition**, la CI bénéficie de résultats plutôt satisfaisants (par rapport à la moyenne sous-régionale), notamment en matière d'assainissement et d'accès à l'eau potable. De même, les taux d'utilisation des sels de réhydratation sont dans la

moyenne. Reste néanmoins à améliorer une intervention apparemment délaissée : l'allaitement maternel (exclusif jusqu'à 6 mois), qui ne concerne qu'environ 25% des nouveau-nés.

Concernant la mortalité maternelle (et néonatale)

Cet indicateur dépend essentiellement de deux types d'interventions : (i) l'accouchement en établissements de santé avec du personnel qualifié; et (ii) la satisfaction des besoins en espacement des naissances.

Le taux d'accouchement assisté n'est que de 57%, ce qui est un des taux les plus faibles de la sous-région. De même, le niveau de prévalence de la **contraception** reste très faible, puisque moins de 8% des couples utilisent des moyens modernes de contraception, alors même que le taux de fécondité reste relativement élevé à 4,6 enfants par femme.

D'une manière générale, l'insuffisance des taux de couverture en interventions à haut impact peut être expliquée par les déficiences du système de santé.

Un système de santé performant doit normalement avoir les caractéristiques suivantes :

- un personnel en nombre suffisant, bien réparti sur le territoire, compétent et motivé ;
- des services de soins avec des moyens adéquats et bien répartis sur le territoire ;
- des médicaments (ou des vaccins) de qualité, disponibles partout et pour un prix raisonnable.

Ces caractéristiques supposent bien entendu aussi :

- un pilotage cohérent des politiques de santé ;
- un financement du système en adéquation avec les politiques et qui favorise l'efficacité et l'équité.

La partie suivante analyse la situation de la CI pour chacun de ces points :

3. Composantes du système de santé

Personnels de santé

A la différence de beaucoup de ses voisins, **la CI bénéficie d'un nombre relativement élevé de personnels de santé.** On peut toutefois s'inquiéter des insuffisances en effectifs paramédicaux (infirmiers, sages-femmes en particulier) surtout si l'on tient compte de la nécessité de passage à l'échelle des services liés au VIH/Sida. Plus grave, la surproduction de médecins mériterait de faire l'objet d'un débat, dans la mesure où les ressources consacrées à cette activité pourraient avantageusement être transférées pour la formation des infirmières et des sages-femmes, deux catégories qui contribuent davantage que celle des médecins à l'atteinte des OMD.

La distribution géographique des RHS est inéquitable, même si ce phénomène n'est pas aussi fort que dans d'autres pays. En revanche, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des pays qui connaissent une répartition inéquitable de leur RHS et qui ont mis en œuvre une ou plusieurs politiques en faveur des régions difficiles, **aucune politique n'est mise en œuvre en Côte d'Ivoire pour corriger cette situation.**

Enfin, les quelques informations disponibles sur la performance des personnels concluent qu'elle reste faible, tant en termes de compétence technique, de présence au travail ou de respect des patients, malgré des interventions de formation/recyclage au niveau des districts de plus en plus fréquentes soutenues par les partenaires.

Structures de soins

Comme dans les pays voisins, le système de soins en CI comporte plusieurs secteurs : public, privé lucratif et médecine traditionnelle. Le privé confessionnel a une place très limitée.

La principale caractéristique du système de soins public (le seul pour lequel des données soient disponibles) est d'être **très peu utilisé, notamment par les plus pauvres**. Le taux d'utilisation stagne autour de 18%, alors que l'idéal est de 100% (i.e. au moins un contact par an et par habitant) et que d'autres pays voisins affichent des taux clairement plus élevés (Bénin 47%). La guerre politique et militaire a probablement eu un impact sur la fonctionnalité des services de soins, mais le problème paraît plus ancien. **Les services de soins publics sont en effet très inégalement répartis sur le territoire. Moins de 45% des habitants vivent à moins de 5 km d'un centre de santé (Bénin : 85%). Cette situation est largement liée au choix de consacrer l'essentiel du financement de la santé aux structures de niveaux tertiaires, principalement situées à Abidjan. On aboutit ainsi à un système de soins particulièrement défavorables aux plus pauvres.**

Par ailleurs, le pilotage des services de soins reste faible, en particulier parce que la déconcentration de la tutelle s'est faite tardivement. Il n'y a pas non plus de document normatif de planification de l'offre de soins (i.e. carte sanitaire, en cours de réalisation).

Enfin, les structures de soins sont peu autonomes en termes de gestion. La participation communautaire est restée limitée à quelques structures urbaines (principalement à Abidjan, mais aussi à San Pédro, Bouaké, Man et Abengourou). Les communautés participent dans la gestion des services de santé au sein des Comités de Gestion. En outre, elles sont impliquées dans les autres activités de santé comme la promotion des pratiques de santé et de nutrition, l'organisation des campagnes de vaccination. Toutefois, leur rôle n'est pas encore confirmé de manière officielle et reste informel. Avec le faible fonctionnement du système de santé actuel, la reconnaissance des rôles qu'elles doivent jouer devrait permettre d'augmenter la couverture des soins essentiels.

Médicaments, vaccins, et moustiquaires

L'accès aux **médicaments** est encore très difficile dans le pays. Par exemple, le taux moyen de rupture des produits traceurs dans les structures sanitaires est de 36% en 2009 et moins de 20% des enfants avec IRA ont pu bénéficier d'un antibiotique. Ces difficultés sont largement liées à la grande faiblesse de la PSP, la centrale d'achat ivoirienne. Si cette centrale propose des prix raisonnables (grâce à un dispositif performant d'appels d'offre), elle est malheureusement handicapée par une importante créance au niveau du trésor et une dette à l'égard de ses fournisseurs (6,3 milliards de FCFA en septembre 2009), ce qui se traduit par un nombre croissant d'appels d'offre infructueux et donc des ruptures de stocks (plus de 30% des médicaments essentiels). **Les établissements de santé se sont détournés de la PSP, qui ne représente plus maintenant que 11% du marché du médicament. On peut parler d'une quasi-privatisation de l'approvisionnement de la CI en médicaments dans les établissements publics.** Le secteur privé ne souffre pas de difficultés d'approvisionnement, mais, avec des prix 2 à 4 fois supérieurs aux prix PSP, il est inaccessible à une bonne partie de la population. Le secteur du médicament en Côte d'Ivoire est également confronté à des problèmes de régulation de contrôle de qualité et de ressources (matérielles, humaines, financières). **La couverture vaccinale est retombée à 59%.** Là aussi, les ruptures de stock de la PSP ont un impact majeur. Il faut ajouter aussi l'insuffisance des financements des programmes de vaccination.

Enfin, concernant les **moustiquaires imprégnées**, leur disponibilité sur le terrain reste faible, près de 60% des moustiquaires sont achetées en dehors du circuit de distribution gouvernementale, au prix d'une grande iniquité. Le circuit national de distribution gratuit a néanmoins été revu à la faveur des appuis du Fonds Mondial de Lutte contre le Paludisme, le VIH et la Tuberculose.

Pilotage du système

En matière de pilotage, le niveau central souffre de l'absence d'une entité unique de pilotage et de planification stratégique. Plusieurs services sont en effet aujourd'hui en charge de cette activité. De plus, les capacités techniques des cadres du Ministère de la Santé se sont fortement émoussées en raison de la période de guerre civile.

Au niveau local (régions et districts), la CI est un des derniers pays africains à être entré dans la politique de développement des districts. Avec la crise politique et militaire, la situation actuelle est celle d'un pays où un grand nombre de districts ne sont pas opérationnels.

La déconcentration du système sanitaire reste ainsi largement inachevée. Cette situation entraîne une certaine confusion pour les partenaires qui travaillent directement à ce niveau.

Enfin, le pilotage du système de santé est rendu difficile par les faiblesses du système d'information. Celui-ci a beaucoup souffert de la situation de guerre civile. Mais il est clair aussi que le retard dans la déconcentration du système de santé diminue considérablement la qualité des informations recueillies sur le terrain. De même, le dispositif de planification reste encore largement descendant, les besoins des établissements de premier contact n'étant pas explicitement pris en compte.

Financement du système

Les informations sur les dépenses de santé, y compris au niveau du gouvernement, sont très insuffisantes. La CI est en train d'élaborer les premiers exercices des Comptes Nationaux de la Santé pour 2007 et 2008. Jusque là on ne disposait donc que de très peu d'informations sur les financements extérieurs, notamment en termes d'activités financées. Enfin, les informations sur la structure des dépenses publiques de santé étaient peu détaillées.

Les données préliminaires des Comptes nationaux de la santé indiquent que pour 2008 le plus gros contributeur aux dépenses totales de santé en Côte d'Ivoire était le secteur privé (principalement les ménages) (70%) puis le secteur public (17%) et enfin de le reste du Monde (13%). Les dépenses faites par les ménages concernent principalement les médicaments achetés dans le secteur privé (environ 75% de leurs dépenses) et sont des versements directement faits par les ménages.

Le financement public pour la santé est dispersé entre de nombreux Ministères. Outre le Ministère de la Santé, d'autres ministères contribuent significativement à la santé, notamment le Ministère de la Lutte contre le Sida et le Ministère de la Défense. Une revue des dépenses publiques de santé permettrait d'y voir plus clair.

L'Etat ivoirien ne consacre que 5% de son budget total à la Santé, ce qui est particulièrement faible. Cela explique aussi pourquoi la part des dépenses de santé financée par les ménages (près de 70%) est la plus élevée de la sous-région. Une analyse de type *Marginal Budgeting for Bottlenecks* (MBB) apparaît indispensable, afin de mesurer le gap budgétaire et de fournir des informations qui permettront de convaincre le gouvernement d'accroître le budget de la santé. Il est nécessaire aussi d'envisager la mise en œuvre de dispositifs de couverture sociale, notamment pour les plus pauvres car 18% des ménages ivoiriens auraient subi des dépenses de santé catastrophiques, révélant l'absence de protection financière en cas de maladie et du risque important de basculer dans la pauvreté suite à des dépenses de santé. Ce pourrait être un dispositif national d'assurance maladie (qui existe légalement, mais n'a jamais été mis en œuvre), ou un appui aux mutuelles de santé ou encore la création d'un filet de sécurité pour les plus pauvres (i.e. Fonds d'Equité Sanitaire ou gratuité de certains soins).

Les ressources dont dispose le Ministère de la Santé sont principalement utilisées par l'administration publique (respectivement 47% et 52% pour 2007 et 2008) et les établissements du niveau tertiaire (CHU et établissements spécialisés : respectivement 29% et 27% pour 2007 et 2008). La part des établissements de premier et de deuxième niveau est

faible (respectivement 4% et 3%). Cette situation accentue encore plus le caractère « anti-pauvre » des dépenses publiques de santé. Le PNDS 2009-2013 prévoit un rééquilibrage au profit des soins primaires. Cette intention doit se traduire concrètement et financièrement dans les plans de mise en œuvre du PNDS.

Recommandations

Interventions à haut impact

Certaines politiques exigent d'être radicalement revues et renforcées. Cela concerne notamment :

- la lutte contre le paludisme, qui nécessite la mise en œuvre de distributions massives de moustiquaires imprégnées. Il est prévu en décembre 2010 la distribution, au cours d'une campagne, d'au moins 9 millions de moustiquaires imprégnées. Le MSHP devra ainsi s'assurer de la prise de toutes les dispositions nécessaires pour la mise en œuvre effective du projet « *Passage à échelle des interventions de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire dans un contexte de reconstruction nationale*¹ » qui vise la prévention et le traitement curatif;
- l'allaitement maternel et la contraception, dont les prévalences pourraient être augmentées avec de régulières campagnes de sensibilisation et l'organisation des partenaires qui œuvrent dans ce domaine d'activités.
- les PTFs devront effectivement assurer l'appui technique et financier nécessaire à la réalisation de ces interventions à haut impact.

¹ Ce projet vise la distribution de MILDA à tous les ménages, le Traitement Préventif Intermittent pour les femmes enceintes, la prise en charge correcte des cas de paludisme confirmés, la prise en charge des cas de fièvre au niveau de la communauté chez les enfants de moins de 5 ans avec la mise en œuvre de la prise en charge à domicile (PECADOM) et le renforcement des capacités des organisations à base communautaire impliquées dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme

Ressources humaines en santé

Il serait judicieux de former un peu moins de médecins et de transférer les financements ainsi dégagés vers la formation des personnels paramédicaux qui doit être organisée.

Il serait souhaitable de développer et de mettre en œuvre une stratégie pour attirer et fidéliser les personnels en zone rurale ou difficile.

Enfin, la performance des personnels s'améliorerait significativement avec une véritable déconcentration du système de santé (y compris de la gestion des RHS ce qui suppose du contrôle) et la mise en œuvre d'un dispositif de paiement basé sur les résultats, comme d'autres pays l'ont fait avec succès et comme est en train de l'expérimenter la CI à travers une expérience pilote menée dans des établissements.

Chaines logistiques

Pour le secteur du médicament, il est urgent de revoir le statut de la PSP et de lui octroyer une véritable autonomie financière et un renforcement de son implication dans les performances de gestion des médicaments par les structures sanitaires. Pour la quantification, il est nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre une méthode nationale standard d'estimation des besoins en médicaments au niveau central et périphérique. La gestion et la tarification des médicaments essentiels générique au niveau périphérique méritent également d'être revues. La régulation du secteur pharmaceutique (par la DPM) ainsi que le contrôle de la qualité des médicaments (par le LNSP) doivent aussi être améliorés. L'élaboration d'un document de planification de l'exécution de la PPN serait un atout à la cohérence des interventions dans le secteur pharmaceutique.

Les financements des programmes de vaccinations (approvisionnement en vaccins, matériels de la chaîne du froid et produits sanguins) mériteraient d'être augmentés et mieux gérés.

Enfin, le pays doit promouvoir l'accès et l'utilisation des moustiquaires, en ciblant les plus pauvres (comme prévu dans le cadre du 8^{ème} Round FM) par exemple en proposant des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes venues en consultations prénatales dans les établissements publics de santé périphériques et en s'assurant de la qualité des produits distribués.

Structures de soins

Elles pourraient être renforcées en :

- évaluant en profondeur la situation des différentes structures de soins dans le pays ;
- réalisant une enquête sur le recours aux soins ;
- élaborant une carte sanitaire (en cours);
- donnant priorité au financement des constructions/réhabilitations de centres de santé périphériques et notamment dans les zones rurales ;
- révisant le dispositif de pilotage du système de soins (avec une politique de contractualisation adaptée aux districts) et en accroissant l'autonomie de gestion des établissements de soins.
- intégrant mieux les programmes verticaux dans le PMA.

Pilotage

Il est clair que les capacités des cadres du Ministère doivent être renforcées. De même, une certaine rationalisation de l'organigramme du Ministère de la Santé paraît indispensable, afin que

puisse émerger une Direction de la Planification, comme il en existe dans la plupart des autres pays du continent.

Il est encore plus clair que les échelons intermédiaires et « périphériques » du système de santé méritent un renforcement en priorité. Cela supposera non seulement des moyens supplémentaires mais aussi la mise en œuvre de nouvelles politiques, telle qu'une planification ascendante.

Il est également important de créer un cadre de concertation et de coordination entre le Ministère et les Partenaires.

Financement

Il serait souhaitable de :

- finaliser et institutionnaliser les Comptes Nationaux de la Santé ;
- réaliser une Revue des Dépenses Publiques de Santé (prévue par l'UE avec le CDMT santé et SIDA) et une analyse de Suivi des Dépenses (PETS, prévue par l'UNICEF);
- finaliser les MBB et de les insérer dans les plans de mise en œuvre du PNDS afin de réduire la part des dépenses consacrées au niveau tertiaire ;
- accroître le budget alloué au secteur de la santé, là aussi sur la base des résultats qui seront fournis par l'exercice MBB ;
- élaborer une politique de couverture maladie de la population (voir nouvelle approche UNICEF sur la protection sociale) pour limiter les dépenses de santé catastrophiques des ménages susceptibles de les faire tomber dans la pauvreté.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET METHODOLOGIE

1. Contexte

1.1. Géographie physique

1. Située en Afrique occidentale dans la zone subéquatoriale, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.

Figure 1: Carte de la Côte d'Ivoire



2. Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au Sud et en climat tropical de type soudanais au Nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au Sud et 900 mm au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C.

3. La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord. Ce profil climatologique et géomorphologique a une influence forte sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire. Il est en effet caractérisé par une variété de pathologies tropicales, avec une prédominance des affections endémo-épidémiques, notamment le paludisme, le choléra et la méningite cérébro-spinale.

1.2. Situation politique et organisation administrative

4. Indépendante depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire traverse une série de crises politiques et militaires depuis 1999.

5. La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, a entraîné une partition du pays en deux zones, le Sud sous contrôle gouvernemental et les zones Centre, le Nord et l'Ouest (CNO) sous contrôle des Forces Nouvelles (FN). Les Accords de Ouagadougou, ont permis la mise en place d'un gouvernement de transition le 7 avril 2007 avec pour mission de préparer la sortie de crise, par la tenue d'élections libres et transparentes, sous l'égide de la communauté internationale.

6. En plus des communes et des villes, des nouvelles entités administratives décentralisées ont été créées à l'avènement de la II^{ème} République en 2000. Il s'agit des échelons de région, département et district.

7. En 2008², la Côte d'Ivoire comptait 19 régions, 56 préfectures, 307 sous-préfectures administratives fonctionnelles (sur 389 existantes), 2 districts (Abidjan et Yamoussoukro), 70 départements fonctionnels sur 80 existants, 987 communes entités décentralisées dont 197 fonctionnelles et 8574 villages. La capitale politique du pays est Yamoussoukro, située au centre du pays. La capitale économique est Abidjan, située sur la côte et à 248 km de Yamoussoukro.

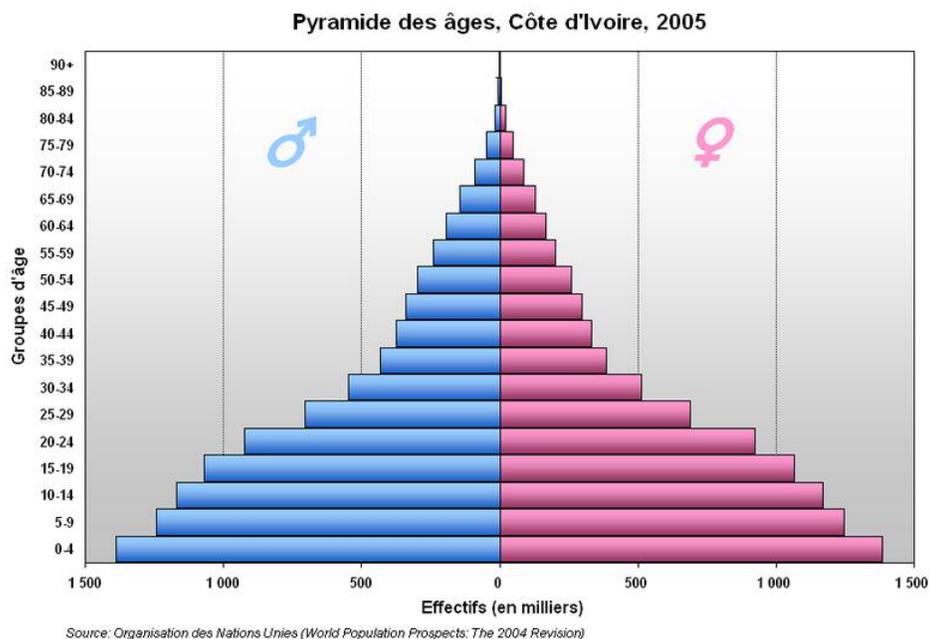
1.3. Situation démographique

8. La population de la Côte d'Ivoire était estimée, à 20581770 habitants en 2007 d'après les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998. Selon l'INS³, 43 % de la population totale à moins de 15 ans, et 49% sont des femmes dont 51% sont en âge de procréer. Les estimations des Nations Unies sont assez similaires, autour de 21500000 habitants, et 40,3% de la population de moins de 15 ans selon The World Development Source 2008 (tableau 1).

² Ministère de l'Intérieur, Direction générale de la décentralisation et du développement local, données octobre 2008

³ Base de données sur la population, INS, Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006

Figure 2: Pyramide des âges de la Côte d'Ivoire en 2005

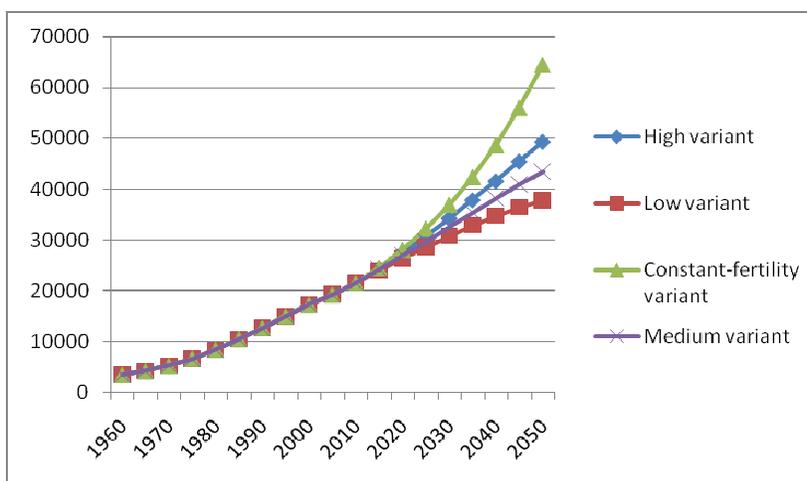


Source : INS 2005

9. Le taux de croissance démographique annuel était estimé à 2,8% en 2006 selon l'INS. La fécondité est élevée et précoce. Elle se traduit par un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme en 2006 (4,9 enfants par femme selon The World Development Source 2008, tableau 1).

10. Selon les projections des Nations Unies, la population ivoirienne pourrait doubler d'ici 2035, si le taux de fécondité reste au niveau actuel (figure 3).

Figure 3 : Projection de la population ivoirienne, selon différents scénarios d'évolution du taux de fertilité



11. En comparaison des autres pays d'Afrique de l'Ouest (tableau 1), la CI est relativement urbanisée, puisque plus de 48% de la population vit en zone urbaine (contre 42% en moyenne). Cette urbanisation s'est accentuée avec la guerre civile, puisque 7% de la population s'est déplacée à cette occasion, fuyant le Nord pour s'installer dans l'agglomération d'Abidjan.

Tableau 1 : Données démographiques pour divers pays d'Afrique de l'Ouest

	Population total en milliers (2008)	Taux de croissance naturelle	Taux de migration nette pour 1,000	Taux de fécondité	% de la population âgée de moins de 15 ans	% de la population âgée de 65 ans et plus	Espérance de vie à la naissance	Pourcentage de la population en milieu urbain	Densité
AFRIQUE	967,049	2.3630	-0.56	4.886	41.36	3.38	53.93	38.04	32
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	809,115	2.47	-0.39	5.373	43.38	3.07	50.47	35.16	33
AFRIQUE DE L'OUEST	290,826	2.64	-0.78	5.708	44.41	3.23	51.01	41.72	47
Bénin	9,309	2.96	1.00	5.730	44.20	2.70	55.50	40.78	83
Burkina Faso	15,213	2.99	-0.90	6.235	46.10	3.10	50.70	16.30	56
Cape Vert	503	2.49	-2.10	3.500	37.84	6.01	70.95	58.67	125
Côte d'Ivoire	20,677	2.37	-1.50	4.900	40.30	2.40	51.60	48.20	64
Gambie	1,559	2.69	0.50	5.130	42.00	3.30	58.00	53.90	138
Ghana	23,947	2.15	-0.40	4.300	40.15	3.50	58.50	47.76	100
Guinée	10,302	2.85	-6.30	5.710	45.90	3.05	53.70	29.60	42
Guinée-Bissau	1,746	3.08	0.20	7.085	47.50	3.00	44.90	30.00	48
Libéria	3,942	3.13	3.15	6.770	46.90	2.20	45.70	58.10	35
Mali	12,716	3.34	-2.70	6.570	47.70	3.60	56.40	30.50	10
Mauritanie	3,204	2.66	1.40	4.830	40.30	3.60	60.40	40.00	3
Niger	14,731	3.14	-0.45	7.100	49.00	3.40	56.90	16.70	12
Nigéria	148,071	2.52	-0.35	5.850	44.90	3.20	46.90	46.70	160
Sénégal	12,688	2.95	-1.60	5.280	43.80	4.20	62.35	40.80	64
Sierra Léone	5,450	2.52	-3.80	6.100	41.70	4.40	48.40	36.80	76
Togo	6,761	2.77	-0.15	5.085	43.30	3.10	58.00	40.00	119

Source : World Development Source 2008

1.4. Situation macroéconomique

12. L'économie de la Côte d'Ivoire, avec un PIB par habitant qui s'élève à 980 dollars en 2008⁴ fait partie des économies en voie de développement. L'indice de pauvreté atteint 48,9 % en 2008. L'économie de la Côte d'Ivoire est dominée par l'exportation de produits dits de rente, en particulier le café et le cacao, pour lesquels la Côte d'Ivoire occupe les premiers rangs sur le plan mondial. Si l'économie ivoirienne repose à titre principal sur le secteur agricole favorisé par un climat chaud et humide, l'apport de l'industrie au PIB est évalué à 20 % et celui du secteur tertiaire à 50 %. La Côte d'Ivoire présente de grandes potentialités pour un essor économique réel. Elle possède en effet d'importantes réserves de pétrole et des ressources minières dont l'or, le diamant, le fer et le cuivre. Elle produit en outre de l'électricité, dont une part est revendue aux pays voisins.

13. Les progrès constatés au cours des quinze premières années de l'indépendance ont fait place à une longue période de récession, favorisée par la chute des cours mondiaux des matières premières agricoles (café-cacao) et aggravée par divers facteurs dont la crise politico-militaire déclenchée le 19 septembre 2002.

14. Cette crise a entraîné un exode massif de près de 1,7 million de personnes, l'abandon des zones de conflit par l'administration publique et par une partie des entreprises privées et a entraîné la destruction de nombreuses infrastructures économiques. Le conflit consacre une division du pays entre un sud contrôlé par l'État et un nord contrôlé par la rébellion ; l'essentiel des ressources est contrôlé par l'État (café, cacao, pétrole, gaz, bois...), la rébellion dispose pour sa part du contrôle sur les productions de coton et de diamant.

⁴ CIA factbook

15. Pendant les six premières années du conflit, la croissance économique est devenue négative (-0,4 %) et donc largement inférieure à celle des autres pays de l'UEMOA (4,1 %) et de l'Afrique sub-saharienne (4,9 %). De nombreuses entreprises tenues par des non nationaux ont quitté le pays ou ont réduit très fortement leurs activités en attendant la fin de la crise. De même, les investissements étrangers directs ont diminué. Ce repli de l'activité économique aggrave le chômage dont le niveau était déjà très élevé avant cette crise, notamment parmi les jeunes. Le secteur financier a été durement touché avec la fermeture de toutes les agences des banques, au nombre de 19, installées dans la zone contrôlée par la rébellion. Des contre performances ont été notées particulièrement au niveau fiscal et au niveau de la transparence en raison de la chute des revenus, de l'augmentation des dépenses liées à la crise et des difficultés comptables.

16. La Côte d'Ivoire reste un poids économique important pour la sous-région ouest africaine : elle représente 39 % de la masse monétaire et contribue pour près de 40 % au PIB de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA). Eu égard à la place prépondérante qu'occupe ce pays dans l'économie régionale, ces développements économiques ont affecté négativement la production et le commerce régional, en particulier dans les pays voisins que sont le Burkina Faso, le Mali, le Niger et la Guinée. Ceux-ci continuent de dépendre de l'infrastructure de transport ivoirienne pour l'import-export et des fonds transférés par leurs diasporas respectives installées en Côte d' Ivoire.

17. Avec une certaine maîtrise de la crise intérieure, la Côte-d'Ivoire a entrepris son redressement en obtenant en 2004 un taux d'inflation sous contrôle (entre 1,4 % et 4,4 %) et des taux de croissance positifs (+1,6 % en 2004, +1,8 % en 2005⁵ et +1,2 % en 2006) qui demeurent toutefois en dessous du niveau d'accroissement naturel de la population, estimé à 3,3 %. L'État, pour sa part, ne parvient toujours pas à tenir ses engagements extérieurs bien que le service de la dette représente une proportion de plus en plus faible des exportations (10,7 % en 2000, 5 % en 2003, 3,3 % en 2004 et 1,45 % en 2005⁶) qui connaissent un accroissement significatif (de 37,9 % en 2000 à 47,8 % du PIB en 2005⁷). L'Accord politique de Ouagadougou du 4 mars 2007 conclut entre l'État ivoirien et la rébellion, a permis d'amorcer une normalisation de la situation politique en créant un climat politique relativement apaisé, permettant une certaine avancée dans le rétablissement des institutions de la république et la réunification du pays. Confortée par cette réunification du pays d'une part, la réhabilitation des infrastructures publiques en cours ainsi que le retour progressif de la confiance du secteur privé d'autre part, l'économie ivoirienne enregistre depuis 2007, une légère reprise ; mais la situation reste encore globalement fragile.

18. D'une manière générale, avec un taux de croissance annuel moyen du PIB de 6,7 % durant les quinze premières années de son indépendance, la Côte d'Ivoire qui était classée comme un pays à croissance rapide (un futur « pays émergent ») est, depuis mars 1998, à la recherche du bénéfice de l'initiative pays pauvres très endettés (PPTE)⁸.

Figure 4 : Croissance du PIB, comparaison Côte d'Ivoire-Afrique

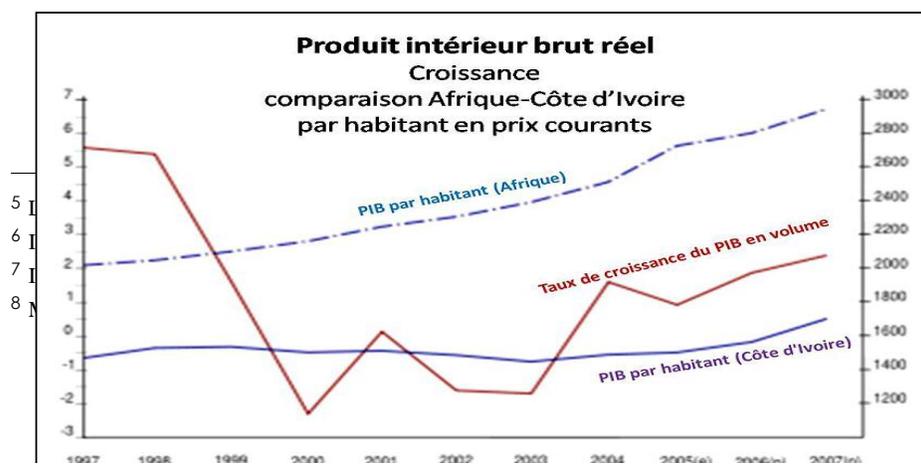


Tableau 2: Indicateurs économiques

Indicateurs Économiques	
RNB par habitant (\$EU), 2007	910
Taux annuel moyen de croissance du PIB (%), 1970–1990	-1.9
Taux annuel moyen de croissance du PIB (%), 1990–2007	-0.7
Taux annuel moyen d'inflation (%), 1990–2007	6
% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 \$EU par jour, 2005	23
% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1997–2006*): Défense	4
% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1997–2006*): Santé	4
% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1997–2006*): Education	21
APD totale reçue en millions de \$EU, 2006	251
APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire, 2006	2
Service de la dette en % des exportations de biens et de services, 1990	26
Service de la dette en % des exportations de biens et de services, 2006	0

Source : UNICEF

1.5. Situation de la pauvreté

19. Selon les chiffres du rapport mondial sur le Développement Humain de 2009, l'indice de développement humain en Côte d'Ivoire (qui est la combinaison de 3 indicateurs relatifs à la longévité, l'instruction et les conditions de vie de la population) est de 0,484 et permet de classer la CI au 163^{ième} rang sur les 182 pays dans le monde. En particulier, la proportion de personnes vivant avec moins de 1,25\$ US PPP par jour est de 23,3%. La proportion de la population vivant avec moins de 2\$ US PPP par jour et donc jugée pauvre est de 46,8%⁹. « *En Côte d'Ivoire le nombre de pauvres a été multiplié par 10 en l'espace d'une génération. Aujourd'hui une personne sur deux est pauvre contre une personne sur dix en 1985.* » (ENV, 2008). Trois périodes se distinguent quant à l'évolution du taux de pauvreté. La première période entre 1985 et 1995 enregistre un fort accroissement du niveau de pauvreté (de 10,0% en 1985 à 36,8% en 1995). La seconde période, entre 1995 et 1998, se caractérise par une inflexion de la pauvreté (de 36,8% en 1995 à 33,6% en 1998). La troisième période de 1998 à 2008 est caractérisée par une aggravation de la pauvreté (de 33,6% en 1998 à 38,4% en 2002, puis à

⁹ http://hdrstats.undp.org/fr/countries/country_fact_sheets/cty_fs_CIV.htm

48,9% en 2008). La crise militaro-politique a non seulement accentué la dégradation des conditions de vie des ménages, mais a aussi donné naissance à de nouveaux phénomènes comme le déplacement massif des populations, la détérioration d'une partie de l'outil de production, la destruction massive des biens, les pertes massives en vie humaine, la destruction des infrastructures sociales, la dislocation des cellules familiales, l'absence de l'Etat dans les zones ex-occupées et le dysfonctionnement ou la saturation des services sociaux de base dans la partie sud du pays. Cette paupérisation se caractérise aussi par la prolifération des quartiers précaires et la formation des quartiers lotis sous équipés qui abritent respectivement 16% et plus de 50% des ménages urbains (PNUD, 2006).

20. Quant aux inégalités, l'ENV2008 montre une répartition du revenu plus égalitaire en 2008 qu'en 2002. La part des 10% les plus pauvres (premier décile) dans la consommation totale est de 2,2% en 2008 contre 1,7% en 2002. Celle des 10% les plus riches est de 32,8% et 40,0% respectivement en 2008 et 2002. La dépense moyenne par tête du dernier décile représente 23,7 fois celui du premier décile en 2002. Ce rapport est de 15,1 en 2008 (ENV 2008).

21. En ce qui concerne l'état des lieux, la pauvreté a été mesurée à travers sa dimension monétaire qui s'appuie sur l'indicateur de bien-être et le seuil de pauvreté. Cette démarche a permis d'identifier comme pauvre en 2008, toute personne qui a une dépense de consommation inférieure à 661 FCFA par jour, soit 241 145 FCFA par an (DSRP, 2009). **Aujourd'hui, une personne sur deux est pauvre contre une personne sur dix en 1985.**

22. **En outre, la pauvreté est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain.** Le taux de pauvreté est passé de 49% en 2002 à 62,45% en 2008 en milieu rural contre 24,5% et 29,45% sur la même période en milieu urbain. La progression de la pauvreté est néanmoins plus importante dans la ville d'Abidjan, avec environ 50% en plus, que dans les autres villes qui enregistrent un peu moins de 20% de hausse (DSRP, 2009).

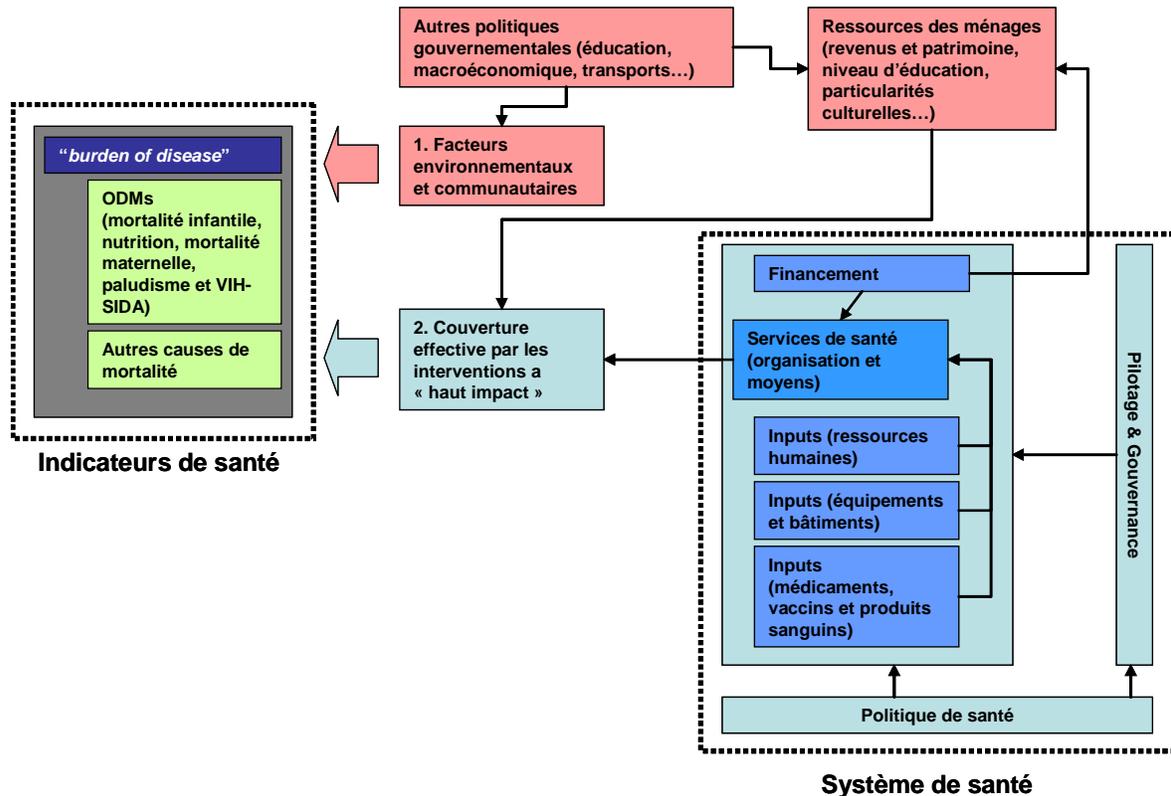
23. **La pauvreté touche, partout, indistinctement les hommes et les femmes, mais elle est globalement moins élevée chez les ménages dirigés par les femmes.** En effet, le ratio de pauvreté se situe en 2008 à 48,4% chez les hommes et à 49,5% chez les femmes contre respectivement 38,1% et 38,7% en 2002. Mais la pauvreté selon le sexe du chef de ménage révèle des écarts significatifs. Comme en 2002, le niveau de pauvreté est plus élevé dans les ménages dirigés par un homme (49,6%) que dans ceux placés sous la responsabilité d'une femme (45,4%) en 2008, au niveau national (DSRP, 2009).

2. Méthodologie de la revue sectorielle

2.1. Le cadre analytique

24. L'ensemble des analyses et des réflexions faites pendant la revue suivent une logique illustrée par le graphique ci-dessous.

Figure 5 : Cadre analytique de la revue sectorielle



25. Comme le montre ce graphique, la logique suivie a été d'analyser les indicateurs de santé, puis de remonter (en allant vers la droite sur le graphique) aux différentes contraintes qui peuvent expliquer les insuffisances concernant les indicateurs de santé :

26. L'analyse du « burden of disease » a d'abord permis de vérifier que les ODM reflétaient bien les problèmes majeurs de la santé en Côte d'Ivoire. Nous avons sélectionné les 4 problèmes de santé les plus fréquents, au regard des ODM, à savoir : la mortalité infantile liée au paludisme, la malnutrition infantile, la mortalité maternelle et le VIH-SIDA. Pour chacun, nous nous sommes efforcés d'analyser les goulots d'étranglement, à la fois (i) en ce qui concerne les facteurs environnementaux et communautaires et (ii) en ce qui concerne la couverture des interventions dites « à haut impact » (par exemple l'accouchement par du personnel qualifié, pour la mortalité maternelle). Pour les interventions sanitaires à haut impact, une fois les goulots identifiés, nous avons cherché à les relier aux différentes composantes du système de santé.

27. Suivant cette logique, le chapitre 2 (« Indicateurs de santé ») décrit la situation sanitaire, tandis que le chapitre 3 (« Interventions à haut impact ») évalue le niveau de couverture en intervention à haut impact et s'efforce d'identifier les goulots d'étranglement liés au système de

santé. Les chapitres 4 à 8 portent sur l'analyse des différentes composantes du système de santé, au regard des goulots identifiés précédemment.

28. Il faut préciser enfin que cette revue a été réalisée avec les informations disponibles au niveau du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) et des PTF. Aucune donnée primaire n'a été collectée. L'un des objectifs de cette revue était en effet de montrer en quoi les informations disponibles en routine permettent d'aboutir à un diagnostic pertinent de la situation du secteur de la santé.

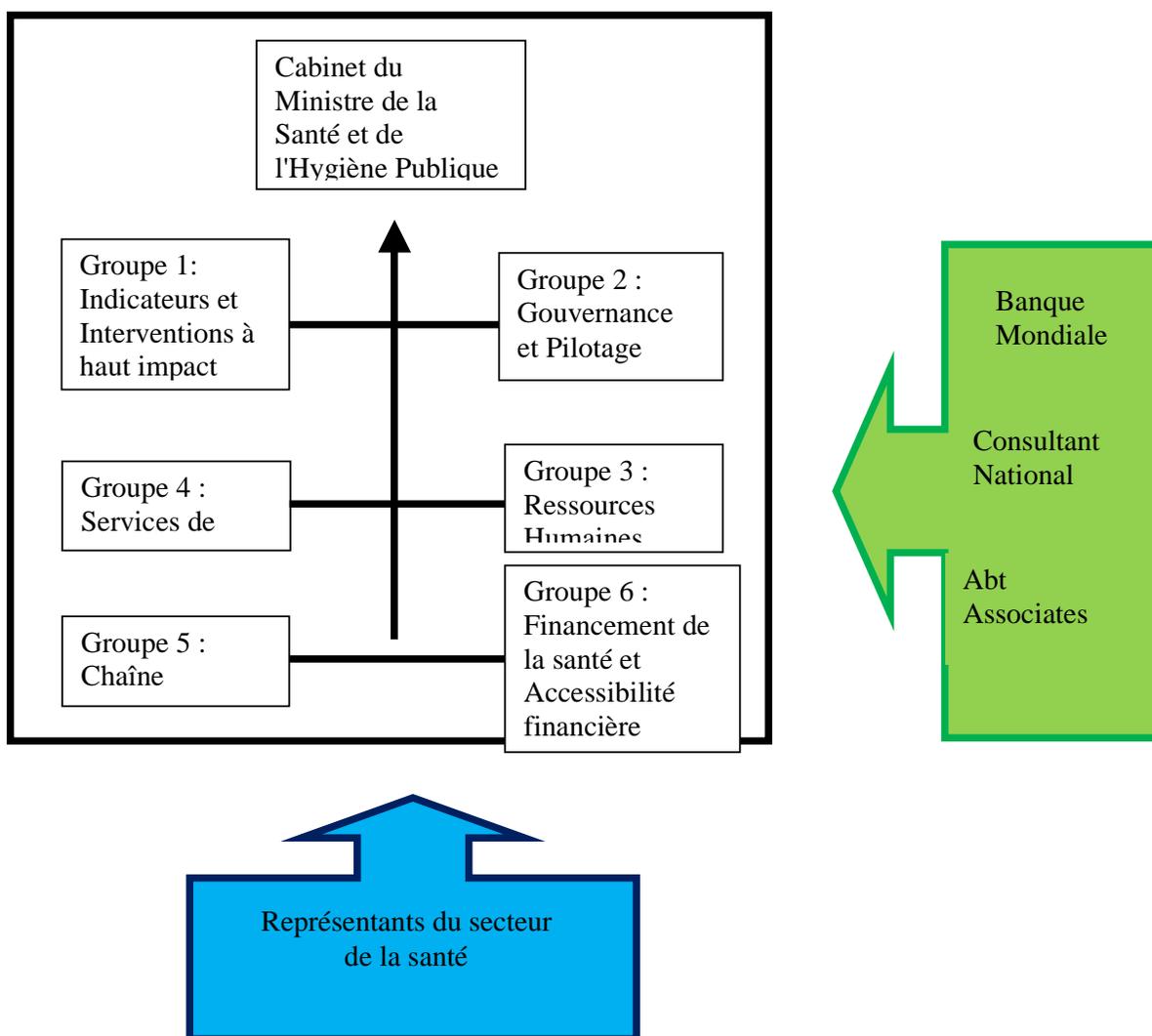
2.2. La démarche de préparation

29. **Etant donné les objectifs assignés à cette revue (cf. introduction), la démarche s'est voulue fortement participative.** Cela n'a pas ralenti les travaux, qui ont commencé en Juillet 2009 et se sont achevés en Octobre de la même année, lors d'un séminaire de discussion des résultats.

30. Six groupes de travail thématiques ont été créés (cf. graphique ci-dessous), sous la houlette d'un consultant national. Environ 28 personnes ont activement participé à la préparation de cette revue.

31. Un appui a été fourni à la fois (i) sur le plan méthodologique et (ii) sur le plan financier par la Banque Mondiale et par USAID (au travers de Abt Associates).

Figure 6 : Démarche participative de la revue sectorielle



CHAPITRE 2 : INDICATEURS DE SANTE

1. Mortalité générale

32. L'évolution du système sanitaire ivoirien n'a pu, au plan épidémiologique, réduire la large domination des maladies infectieuses et parasitaire conduisant à un état de santé des populations assez préoccupant. Il est même noté une dégradation générale des indicateurs entre 1988 et 1998. Par exemple, le taux brut de mortalité de 12,3% en 1988 passe à 13,9% en 1998. Le taux de mortalité infantile qui en 1988 était déjà de 97 pour mille monte à 104 pour mille en 1998. Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. L'espérance de vie à la naissance qui était de 55,7 ans en 1988 est descendue à 50,9 ans en 1998 et est estimée à 51,3 ans en 2006¹⁰ et à 56,8 ans en 2007 selon le Rapport Mondial sur le développement humain 2009.

33. **A la lecture du tableau 3 ci-dessous, on peut effectivement observer que près des deux-tiers des décès en CI sont liés à des maladies infectieuses (41%, dont 14% pour le Sida) et causes périnatales (10%).** Cela confirme la pertinence des Objectifs du Millénaire (OMD), qui correspondent aux principales causes de mortalité dans le pays.

Tableau 3 : Fardeau des maladies en CI (2004)

Causes des décès		Nombre de décès (2004)	% des décès
Toutes causes confondues		332.9	100%
Affections transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles		213.4	64%
	Maladies infectieuses	136.3	41%
	VIH/SIDA	47.5	14%
	Diarrhées	25.1	8%
	Paludisme	19.6	6%
	Maladies infantiles	15.6	5%
	Tuberculoses	12.4	4%
	Maladies tropicales	5.5	2%
	Infections respiratoires	34.6	10%
	Causes périnatales	34.1	10%
	Causes obstétricales	5.7	2%
	Déficiences nutritionnelles	2.6	1%
Maladies non transmissibles		81.6	25%
	Maladies cardiovasculaires	32.6	10%
	Néoplasmes malins	14.3	4%
	Maladies respiratoires	9.6	3%
	Maladies digestives	7.0	2%
	Diabète	4.7	1%
Accidents et violences		38.0	11%
	Blessures non intentionnelles	22.5	7%
	Blessures intentionnelles	15.5	5%

Source : Estimations OMS 2004

¹⁰ RGPH 1998, projection 2006

2. Santé des enfants

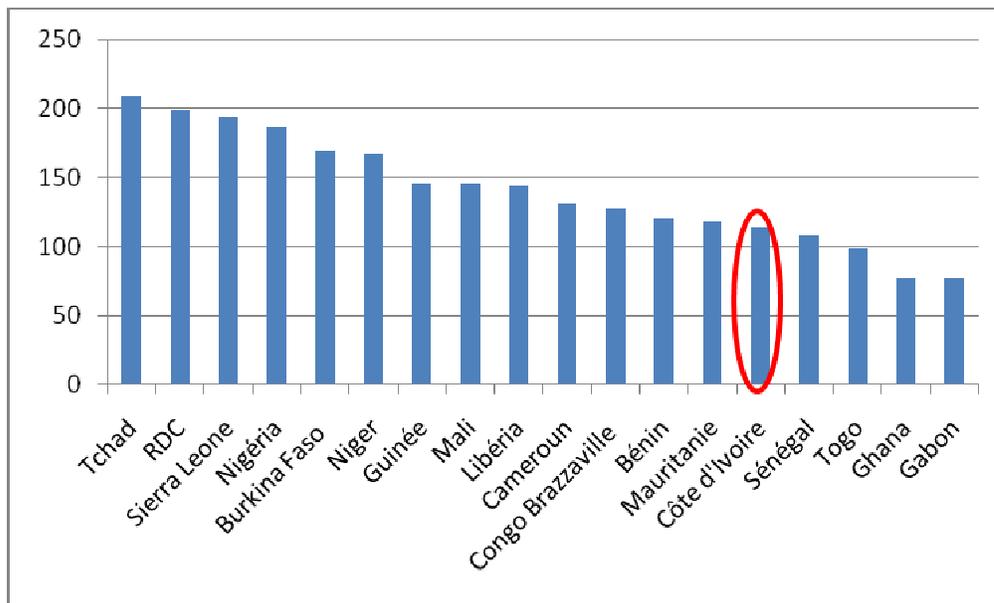
2.1. Mortalité et morbidité chez les enfants

Tendances générales de la mortalité infantile

34. Le taux de mortalité infantile mondiale a baissé depuis 1990, passant de 90 décès pour 1 000 naissances vivantes à 65 en 2008. En Côte d'Ivoire, la tendance de la mortalité infantile reflète celle de la mortalité générale. Le quotient de mortalité infantile, c'est-à-dire la probabilité de mourir entre la naissance et le premier anniversaire, a diminué, passant de 112‰ en 1998 à 84‰ en 2005 (EIS 2005).

35. La mortalité infanto-juvénile était de 125‰ en 2005¹¹. Cet indicateur s'est amélioré par rapport à 1998 où il était de 174‰ (INS et Macro International). D'autres sources de données (Banque Mondiale UNStats) indiquent que la mortalité infanto-juvénile a en fait très peu évolué, étant de 151‰ en 1990. Comparé aux autres pays ouest-africains, la Côte d'Ivoire se situe clairement en dessous de la moyenne de la mortalité infanto-juvénile, et ce taux est proche de ceux des pays du même niveau de développement économique tels que le Sénégal et le Ghana. Ce taux reste cependant élevé.

Figure 7: Taux de mortalité infanto-juvénile dans les pays d'Afrique (année 2008, pour 1000 naissances vivantes)

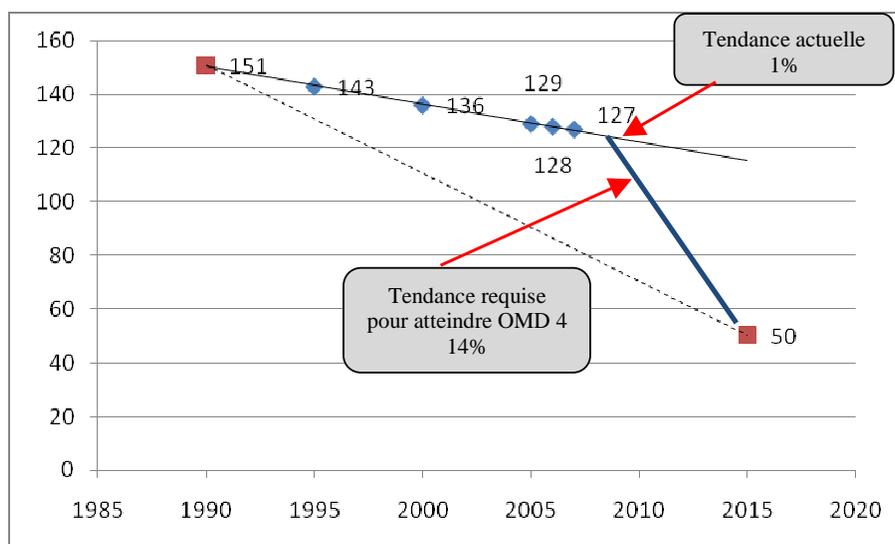


Source : Banque Mondiale 2008

36. De plus, une simple extrapolation des tendances actuelles (voir figure 8) suggère que le taux annuel de diminution de cette mortalité infanto-juvénile devrait fortement s'accélérer (i.e. passer de 1% à 14%, si l'on considère qu'entre 2007 et 2009, la diminution est restée de l'ordre d'1% par an) dans les prochaines années si la Côte d'Ivoire veut atteindre l'ODM n°4, à savoir un taux de 50 décès des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances en 2015.

¹¹ EIS 2005

Figure 8. Evolution de la mortalité infanto-juvénile (% naissances) en Côte d'Ivoire



Source : Données Banque Mondiale

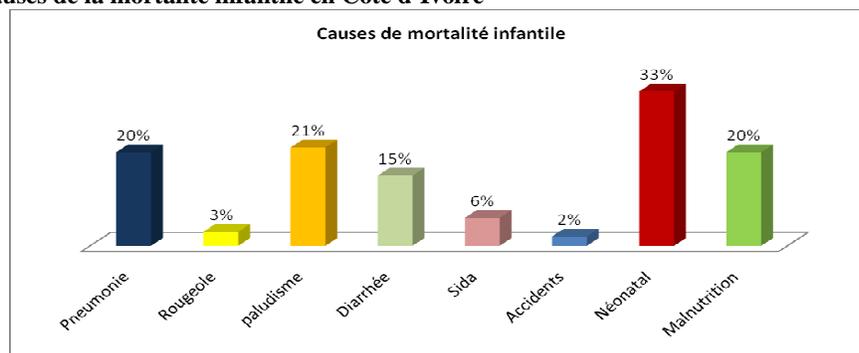
Mortalité par tranches d'âge

37. L'enquête sur les indicateurs du Sida a estimé la mortalité néonatale à 41‰ (EIS 2005). La plupart des statistiques de la région estime la proportion de la mortalité néonatale à environ 40% de la mortalité infantile.

2.2. Les principaux problèmes de santé des enfants

38. La mortalité infantile est encore largement liée aux causes néonatales, au paludisme, aux IRA et à la malnutrition, quatre causes qui expliquent 94% de la mortalité infantile. Les causes de mortalité infantile en Côte d'Ivoire sont relativement semblables à celles observées dans la région.

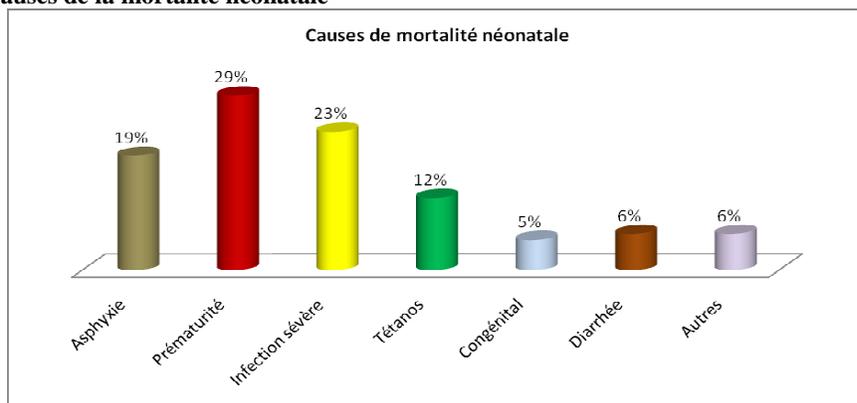
Figure 9: Causes de la mortalité infantile en Côte d'Ivoire



Source : EIS 2005

39. Concernant la mortalité néonatale, les principales causes sont la prématurité, les infections sévères, la détresse respiratoire et le tétanos.

Figure 10: Causes de la mortalité néonatale



Source : EIS 2005

2.2.1. Le paludisme infantile

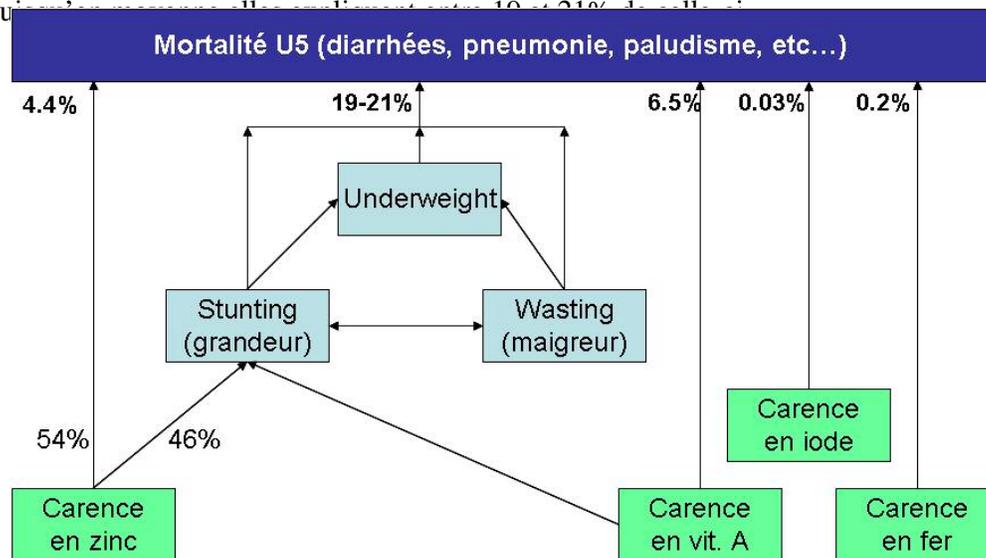
40. Plus de 90 % de la population ivoirienne est exposée au risque du paludisme. Cette maladie qui reste le premier motif de consultation dans les formations sanitaires de base et dans les services de pédiatrie représente la **première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans**. En moyenne, chaque heure, huit enfants meurent de paludisme en Côte d'Ivoire, soit 173 enfants par jour (MICS, 2006). En 2006, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 76,08 ‰ (DIPE, 2008 ; Annuaire des statistiques sanitaires 2001-2006). Chez les enfants de moins de 5 ans, cette maladie avait une prévalence de 133,38 ‰ (DIPE, 2008 ; Annuaire des statistiques sanitaires 2001-2006) et représentait 42,67% des causes de consultations et 62,44% des causes d'hospitalisation. La létalité hospitalière se situe entre 5 et 25% (DSRP, 2009).

2.2.2. La malnutrition infantile

Encadré 1 : Comment mesurer la malnutrition et son impact sur la mortalité infantile ?

La malnutrition est habituellement mesurée au travers de 2 types d'indicateurs : (i) les données anthropométriques (insuffisance pondérale, retard de croissance, émaciation et faible poids de naissance) et (ii) les carences en micronutriments (essentiellement vitamine A, fer, zinc et iode).

La plupart de ces indicateurs ont un impact sur la mortalité infantile, qui peut varier considérablement, comme le montre le graphique ci-dessous. On peut observer que les malnutritions chronique et aiguë ont l'impact le plus fort sur la mortalité infantile, puis les carences en micronutriments.



L'**insuffisance pondérale** (poids sur âge) est utilisée comme indicateur principal pour l'OMD n 1. Cet indicateur est en fait le résultat de deux autres indicateurs : le retard de croissance (*stunting*) et l'émaciation (*wasting*).

Le **retard de croissance** (taille sur âge) correspond à une malnutrition chronique. Il reflète les effets cumulatifs à long-terme d'apports alimentaires inadéquats et de mauvaises conditions sanitaires. Il est fortement lié aussi aux déficiences en zinc. A l'inverse,

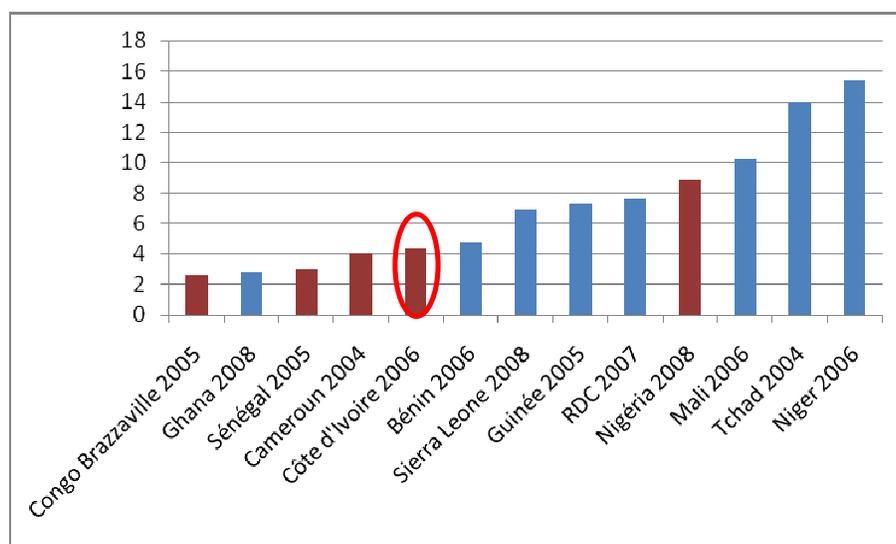
l'**émaciation** (poids sur taille) correspond à une malnutrition aiguë et récente.

On verra ci-dessous que ces deux indicateurs évoluent en sens inverse en fonction de l'âge

Insuffisance pondérale, retard de croissance et émaciation

41. La Côte d'Ivoire fait donc partie des pays où l'insuffisance pondérale est considérée comme élevée (i.e. pays où l'insuffisance pondérale est supérieure à 20%). Selon la MICS 2006, l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 59 mois était de 20,2% avec 4,3% de formes sévères.

Figure 11: Insuffisance pondérale sévère, comparaison avec d'autres pays d'Afrique (% des enfants de moins de 5 ans)

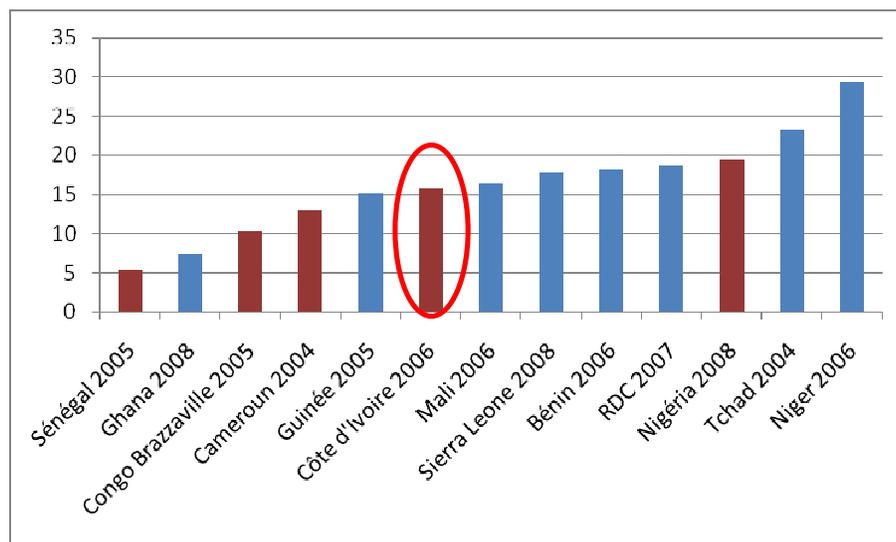


Source : Divers DHS.

■ Economie à revenu moyen inférieur (Revenu National Brut par habitant entre 976 et 3855 \$),
 ■ Economie à revenu faible (RNB < à 975\$), *classification Banque Mondiale.*

42. Selon la MICS 2006, un enfant de moins de cinq ans sur trois souffre d'une **malnutrition chronique ou d'un retard de croissance**. Plus inquiétant, on observe une dégradation de la situation nutritionnelle dans le pays, comme le montre la dernière enquête SMART réalisée en 2008. Ainsi, la prévalence de la malnutrition chronique a augmenté de 20,8%¹² en 2004 à 33,9%¹³ en 2006 avec 15,7% de forme sévère.

Figure 12: Retard de croissance sévère, comparaison avec d'autres pays d'Afrique (% des enfants de moins de 5 ans)



Source : Divers EDS

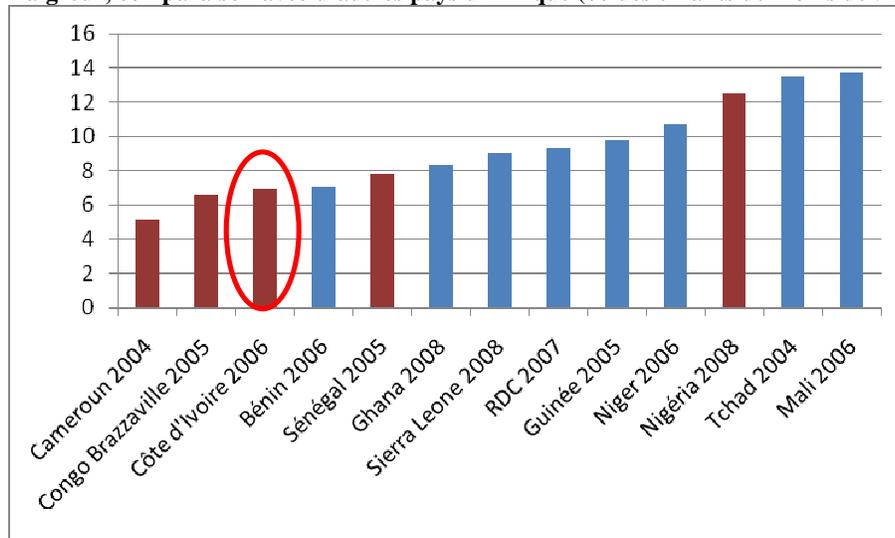
■ Economie à revenu moyen inférieur (Revenu National Brut par habitant entre 976 et 3855 \$),
 ■ Economie à revenu faible (RNB < à 975\$), *classification Banque Mondiale.*

¹² Enquête Nutrition et Mortalité en Côte d'Ivoire, 2004

¹³ MICS 3, 2006

43. La prévalence de la **malnutrition aiguë ou maigre** chez les enfants de 0 à 59 mois est passée de 7,3 % en 2004 à 6,7% en 2006 avec 1% de formes sévères. Dans le Nord, la malnutrition aiguë est particulièrement élevée : elle est passée de 12% (MICS 2006) à 17,5% dépassant largement le seuil critique qui est de 10% (Enquête SMART). Des enquêtes SMART ont été faites en 2008 et 2009 pour évaluer la situation nutritionnelle dans la partie Nord et Ouest du pays, dans la zone dite sahélo-guinéenne où le taux de malnutrition aiguë sévère (MAS) est élevée en période de sécheresse. En 2009, le taux de MAS a été de 2,3% dans la zone avec une variation de 0,5% dans le Bas Sassandra à 4,5% dans la Région des Montagnes. Le véritable problème de nutrition de cette zone reste toutefois la forte prévalence de la malnutrition chronique qui était de 43,1% en 2009.

Figure 13: Maigreur, comparaison avec d'autres pays d'Afrique (% des enfants de moins de 5 ans)

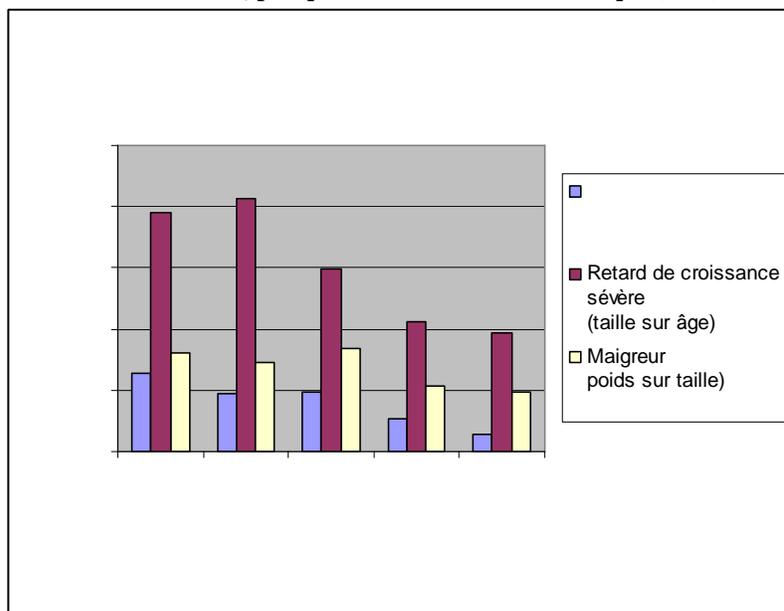


Source: Divers EDS

■ Economie à revenu moyen inférieur (Revenu National Brut par habitant entre 976 et 3855 \$),
 ■ Economie à revenu faible (RNB < à 975\$), classification Banque Mondiale.

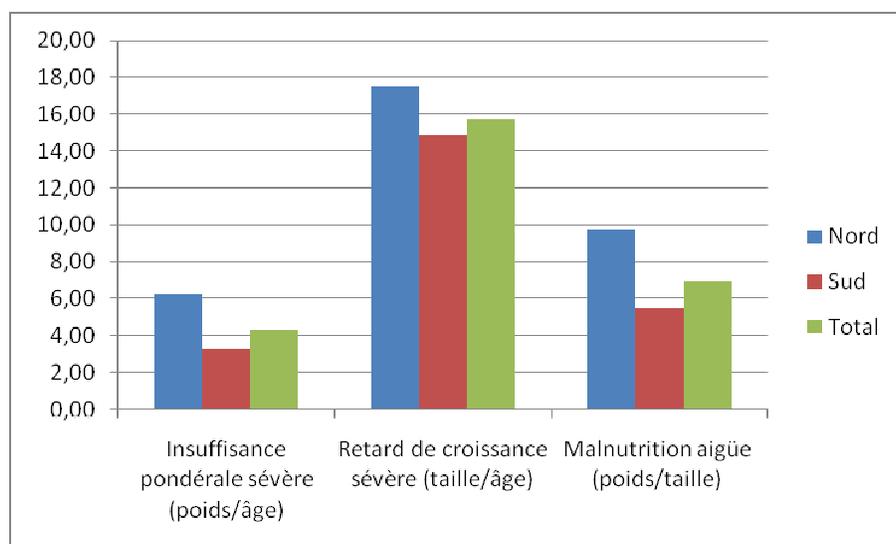
44. **La malnutrition touche de façon disproportionnée les enfants les plus pauvres.** Ces enfants ont en effet un risque de connaître une insuffisance pondérale 5 fois plus élevé que les enfants des quintiles les plus riches. Cette inégalité est surtout liée au retard de croissance sévère, qui est 2 fois plus fréquent chez les plus pauvres que chez les plus riches.

Figure 14: Indicateurs de malnutrition, par quintile de bien-être économique (2006)



Source : MICS 2006

Figure 15: Indicateurs de malnutrition, différence Nord/Sud¹⁴ Côte d'Ivoire (2006)



Source : MICS 2006

Carences en micronutriments

45. A ces problèmes de malnutrition mesurés par les données anthropométriques sont associées les carences en micronutriments : Fer, Vitamine A, iode, etc. Les carences en micronutriments touchent une proportion importante des enfants de moins de 5 ans en Côte d'Ivoire.

¹⁴ Le Nord comprend les régions suivantes : Vallée du Bandama, Savanes, Zanzan, Bafing, Denguelé, Worodougou, Montagnes, Moyen Cavally ; et le Sud : Lacs, N'zi Comoé, Moyen Comoé, Fromager, Haut Sassandra, Marahoué, Agnéby, Lagunes, Sud Bandama, Sud Comoé et Bas Sassandra.

46. Selon le PIPAF¹⁵, 67,4% des enfants de moins de cinq ans étaient anémiés. En 2007, la carence en vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans était de 26,9% (PIPAF 2007). La situation nutritionnelle est plus préoccupante dans le Nord : la prévalence de la malnutrition aigue globale est de 17,5% avec 4% de forme sévère et celle de l'anémie est de 80,7% chez les enfants de 6-59 mois.

47. Quant à la carence en iode dans l'alimentation, elle se caractérisait en 2004¹⁶ par une prévalence du goitre chez les enfants de 6 à 12 ans de 4,8%. 84,4% des ménages disposent de sels iodés.

48. Selon le PIPAF, les difficultés d'accès des ménages aux aliments, la mauvaise répartition des disponibilités alimentaires au sein des ménages, la méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires sont autant de facteurs qui expliquent l'aggravation de la situation nutritionnelle du couple mère-enfant.

Petit poids de naissance

49. La prévalence des petits poids à la naissance était de 16,5% et l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois avait une prévalence de 4%.

3. Santé maternelle

3.1. Mortalité maternelle

3.1.1. Evolution tendancielle de la mortalité maternelle sur les 10 dernières années

50. La mortalité maternelle est élevée en Côte d'Ivoire. Toutes les 3 heures, on déplore 2 décès maternels. Ce qui revient à dire que 16 femmes meurent dans le pays tous les jours au cours de leur grossesse ou de leur accouchement. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 543 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2005 (EIS, 2005). Comme l'illustre le tableau 4 ci-dessous, la mortalité maternelle en CI a baissé de près de 10% en 10 ans entre 1994 et 2004 (soit une tendance annuelle d'1% par an) (EDS, 1994 ; EIS, 2005). La mortalité maternelle reste encore assez élevée, et avec ce rythme, la Côte d'Ivoire n'atteindra pas l'OMD n°5 en 2015. Il faudrait pour cela que le ratio de mortalité maternelle chute à un rythme de près de 17% par an.

Tableau 4: Evolution du ratio de mortalité maternelle

ANNEES	Ratio de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)
1984	880 ¹⁷
1994	597 ¹⁸
2004	543 ¹⁹

Source : Diarra et al, 1984 ; EDS, 1994 ; EIS, 2005

¹⁵ Evaluation de la carence en vitamine A, fer et acide folique en Côte d'Ivoire, 2007, PIPAF

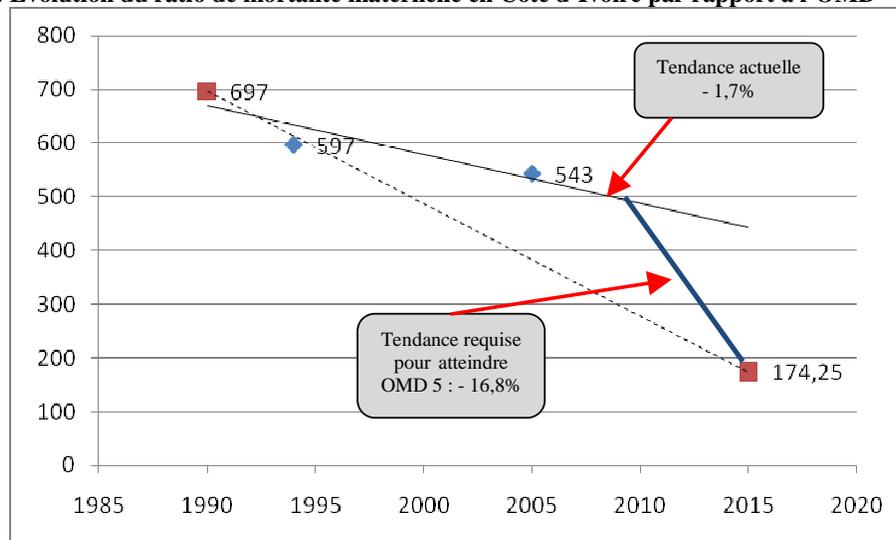
¹⁶ Evaluation de la lutte contre les troubles dus à la carence en iode en Côte d'Ivoire, 2004

¹⁷ Diarra et al, 1984

¹⁸ EDS 1994

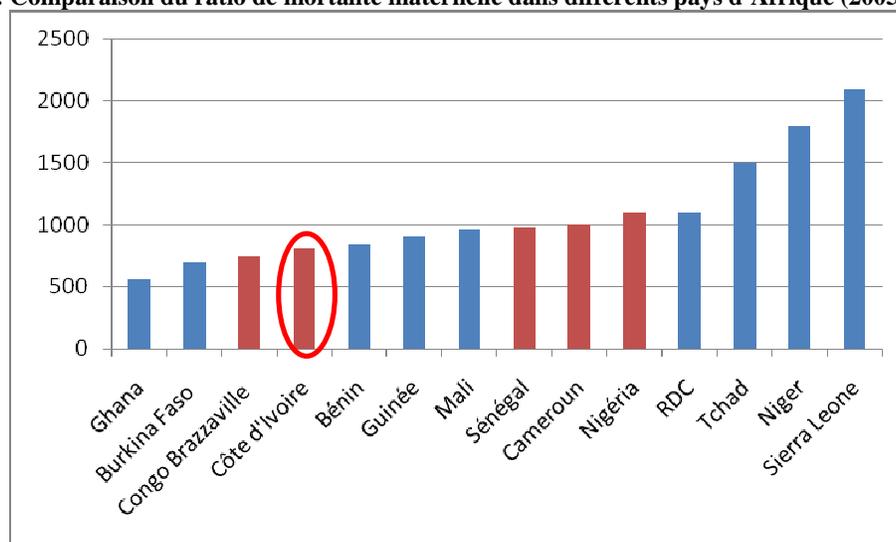
¹⁹ EIS 2005

Figure 16 : Evolution du ratio de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire par rapport à l'OMD



Source : Données Banque Mondiale

Figure 17 : Comparaison du ratio de mortalité maternelle dans différents pays d'Afrique (2005)



Source : Données Banque Mondiale

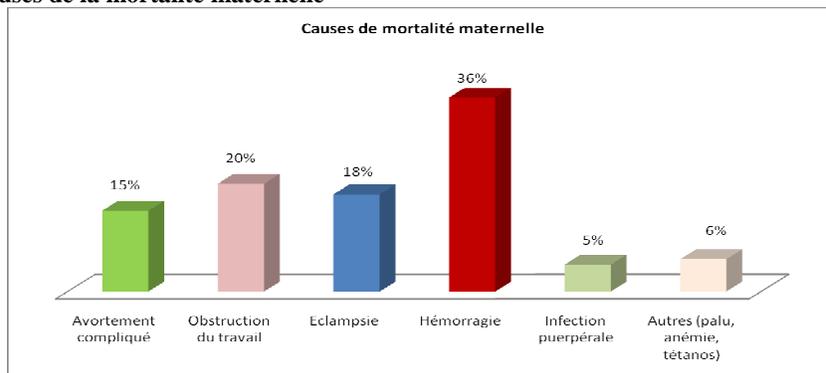
■ Economie à revenu moyen inférieur (Revenu National Brut par habitant entre 976 et 3855 \$),
 ■ Economie à revenu faible (RNB < à 975\$), classification Banque Mondiale.

3.1.2. Causes de mortalité maternelle

51. Cette mortalité maternelle est essentiellement due (80% des cas), à des causes médicales directes dont les hémorragies, les obstructions au cours du travail et les éclampsies (complications de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse et du post-partum) (figure 18).

52. Elle traduit une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux et une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Figure 18: Causes de la mortalité maternelle



Source : EIS 2005

3.2. Etat nutritionnel des femmes

53. L'état nutritionnel des femmes est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influence aussi la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. En 2007, 58%²⁰ des femmes en âge de procréer étaient anémiées.

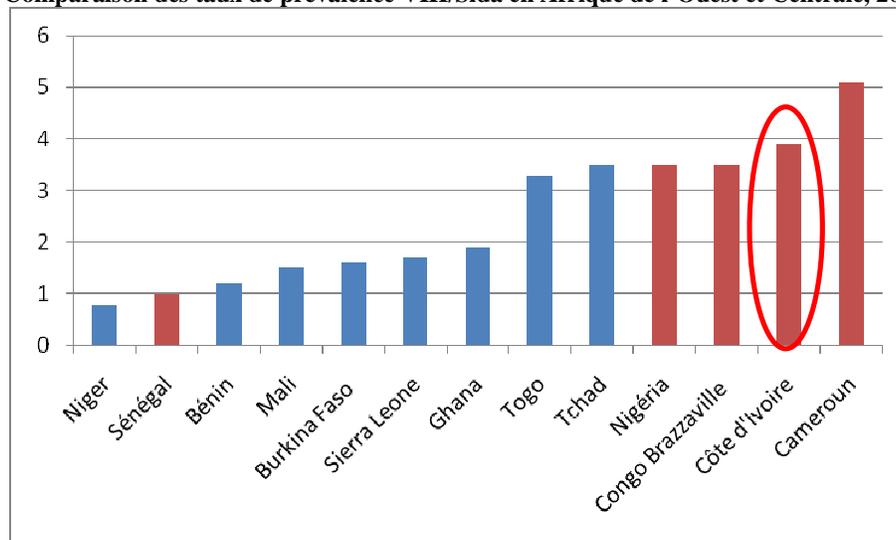
4. VIH/SIDA

4.1. Prévalence dans la population générale

54. Depuis la découverte des premiers cas de SIDA en 1985 en Côte d'Ivoire, le nombre de malades n'a cessé d'augmenter, faisant d'elle le pays le plus touché de l'Afrique de l'Ouest avec une séroprévalence moyenne de 4,7% en 2005 (EIS). La tranche de population la plus touchée se situe entre 25 et 49 ans avec un pic parmi les 30-34 ans. Néanmoins, le taux de prévalence du VIH au sein de la population ivoirienne aurait diminué : selon les estimations réalisées par l'ONUSIDA (Rapport 2008), en utilisant des méthodes d'estimation identiques pour 2001 et 2007, le taux de prévalence estimé est passé de 6% (intervalle de confiance 5.5%-6.8%) en 2001 à 3.9% (intervalle de confiance 3.2%-4.5%) en 2007. Il est délicat de valider cette tendance et difficile d'en déterminer les causes, notamment du fait d'un manque de données.

²⁰ Rohner et al 2007

Figure 19: Comparaison des taux de prévalence VIH/Sida en Afrique de l'Ouest et Centrale, 2007



Source : Rapport ONUSIDA 2008

■ Economie à revenu moyen inférieur (Revenu National Brut par habitant entre 976 et 3855 US\$),
 ■ Economie à revenu faible (RNB < à 975US\$), *classification Banque Mondiale, US \$ courants.*

55. La situation de cette maladie est très préoccupante car depuis 1998, elle est devenue la première cause de décès chez les hommes et la deuxième cause de décès chez les femmes. Les femmes, les prostituées, les jeunes (femmes 15-19 ans : 0,3% ; femmes 20-22 ans : 3,7% ; femmes 23-24 ans : 5,8% ; hommes 15-19 ans : 0,2% ; hommes 20-24 ans : 0,3% : EIS, 2005) et les migrants sont les populations les plus vulnérables. Cette pandémie, comme dans de nombreux pays africains, a un impact négatif sur l'ensemble de l'économie ivoirienne. En outre, de récents travaux ont montré qu'à contrario la pauvreté contribue au développement de l'épidémie de VIH/Sida (Moatti et Ventelou, 2007). Sur le plan macro-économique, la perte de la croissance du PNB attribuable au VIH/SIDA est estimée à environ 0,8% pour les pays dont la prévalence est à 5%²¹. « L'évaluation de l'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire » a montré, qu'en 2000, parmi un échantillon de PVVIH connaissant leur statut et consultant pour des soins liés au VIH, 30% avaient perdu leur emploi depuis que leur VIH avait été diagnostiqué²². L'impact sur le secteur agricole, le commerce, l'industrie indique soit une baisse de production soit une augmentation des dépenses liées aux charges sociales à travers les coûts médicaux. Une enquête ménage transversale multicentrique réalisée entre juin et juillet 2007 (avant la gratuité des ARV) auprès de 1451 adultes séropositifs, indique que la part des dépenses médicales hors ARV était de 3700 FCFA par ménage et par mois dans les ménages comptant au moins une personne séropositive. La dépense de santé pour une personne séropositive par rapport au total des dépenses de santé du ménage est de 59%. En outre, 68% de ces ménages composés d'au moins une personne vivant avec le VIH/Sida font face à une

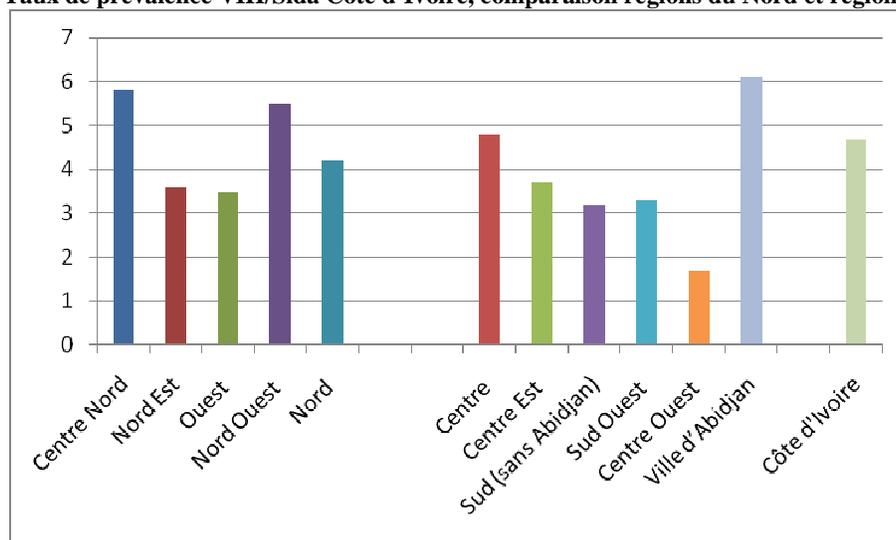
²¹ Courdec N., Drouhin N., Ventelou B., Sida et croissance économique : le risque d'une trappe épidémiologique, *Revue d'économie politique*, 2006/5, vol 116, pp. 697-715.

²² Juillet A., Msellati P., Souville M., Prudhomme J., Aka-Dago H., Moatti JP., L'accès aux traitements des patients vivant avec le VIH/Sida en Côte d'Ivoire : une enquête quantitative, (2001), L'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire : évaluation de l'Initiative ONUSIDA/Ministère de la Santé Publique Aspects économiques, sociaux et comportementaux, sous la direction de Msellati P., Vidal L., Moatti JP., ANRS, pp. 141-158.

dépense catastrophique (dépense de santé/capacité à payer comparé au seuil de l'OMS)²³. Des travaux récents ont montré qu'en permettant le passage à échelle des ARV, ce qui faciliterait l'accès aux traitements pour les travailleurs, la perte de PNB due à la présence de VIH comparativement à une situation sans VIH serait réduite de 32%²⁴. D'où l'intérêt de faciliter l'accès aux ARV pour les PVVIH surtout dans un pays dans lequel la prévalence est élevée.

56. **Les écarts entre lieux de résidence sont assez marqués** : l'épidémie est beaucoup plus élevée en zone urbaine (7,4% pour les femmes et 3,2% pour les hommes) qu'en zone rurale (5,5% pour les femmes et 2,5% pour les hommes). La prévalence dans la ville d'Abidjan (6,1%), dans les régions du Centre-Est (5,8%), du Sud (5,5%) et du Centre (4,8%) est supérieure à la prévalence nationale (4,7%). A l'opposé, la région du Nord-Ouest (1,7%) a la prévalence la plus faible (figure 20 ; EIS 2005).

Figure 20: Taux de prévalence VIH/Sida Côte d'Ivoire, comparaison régions du Nord et régions du Sud



Source : EIS 2005

57. **L'épidémie est clairement influencée par le genre** : le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes (6,4%) que chez les hommes (2,9%). En ce qui concerne la prévalence du VIH chez les femmes, c'est dans le Sud (8,0%), le Centre-Est (8,6%) et dans la Ville d'Abidjan (8,6%) qu'elle est la plus élevée. Quand à la prévalence du VIH chez les hommes, elle est inférieure à la prévalence des femmes quelle que soit la région (EIS, 2005).

4.2. Facteurs associés

58. Les résultats en fonction de l'emploi indiquent que la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes et les hommes qui travaillent (respectivement 7,1% et 3,1%) que chez les femmes et les hommes qui ne travaillent pas (respectivement 5% et 2,1%). Pour l'ensemble des deux sexes, la prévalence du VIH chez les personnes qui ne travaillent pas est de 3,9% contre 5% chez celles qui travaillent.

²³ Arnousse Beauvalière et projet EFFICIENCY ANRS 12137, (2008) présentation orale à la Journée Scientifique PAC-CI (Site ANRS Abidjan), « La recherche au service de la santé pour tous », Organisée à l'INSP, Adjamé, le 29 septembre 2008

²⁴ Ventelou B., Moatti JP. « Time is costly » : modeling the macroeconomic impact of scaling-up antiretroviral treatment in Sub-Saharan Africa, AIDS, 21, pp. 1-7.

59. **Chez les femmes, la prévalence du VIH augmente avec le quintile de bien-être économique**, passant d'un minimum de 3,6 % chez celles des ménages les plus pauvres à 8,8 % chez celles des ménages les plus riches. Chez les hommes, on n'observe aucune tendance nette associée au niveau de bien-être : c'est chez les hommes appartenant aux ménages du quintile moyen que la prévalence est la plus élevée (4,3 %) (EIS, 2005).

60. Le fait d'être en **union** ne protège ni les femmes ni les hommes contre le VIH. Le taux de prévalence pour les femmes et les hommes en union est respectivement de 6,1 % et de 3,6 %. Les femmes en union (6,1 %) ont la même prévalence que les femmes célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels (6,2 %), alors que les hommes en union ont une prévalence deux fois plus élevée que les célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels (3,6 % contre 1,5 %). La prévalence la plus élevée est observée chez les personnes en rupture d'union (divorcé, séparé, veuf) : elle est de 14,9 % chez les femmes et de 11,0 % chez les hommes (EIS, 2005).

61. La circoncision masculine n'est pas en rapport avec les taux de prévalence différenciés entre les régions de Côte d'Ivoire : en effet, selon l'EIS 2005, la quasi-totalité de la population masculine (96% des hommes entre 15 et 49 ans) est circoncise et les écarts entre zones géographiques sont faibles (allant de 93.5% dans le Centre Nord à 97.7% dans le Centre Ouest).

62. **Enfin, on observe un lien entre niveau d'éducation et taux de prévalence, mais différencié selon le genre** : ce sont les femmes moins instruites qui ont la prévalence la plus faible. En effet, les femmes sans instruction ont un taux de prévalence de 5,2 % contre 8,2 % pour celles de niveau primaire et 7,0 % chez celles de niveau secondaire ou plus. Chez les hommes, ce sont ceux de niveau primaire qui ont le niveau de prévalence le plus faible (1,6 %) contre 2,9 % pour ceux sans instruction et 3,6 % chez ceux de niveau secondaire ou plus (EIS, 2005). Ce lien paradoxal entre niveau d'éducation et taux de prévalence au VIH/Sida (également rencontré dans d'autres pays) peut s'expliquer par le fait que les personnes les plus instruites disposent de revenus plus importants et d'une plus importante mobilité, ce qui favorise le risque d'infection. Il a néanmoins été démontré que l'éducation peut jouer un rôle dans la prévention de VIH, notamment en limitant les comportements à risque.

63. La contribution des comportements à risque au VIH/SIDA est abordée dans le chapitre suivant.

Encadré 2 : Principaux constats Indicateurs de santé (chapitre 2)

Principaux constats

Même si la CI semble avoir amorcé sa transition épidémiologique, **près de 60% des décès en CI sont encore liés à des maladies infectieuses et des causes périnatales**. Les Objectifs du Millénaire de Développement sont donc toujours particulièrement pertinents.

La **mortalité infanto-juvénile** atteignait les 125 pour mille en 2006. Ce taux est légèrement inférieur à la moyenne sous-régionale, mais il est encore loin de l'OMD. Ces décès évitables sont largement liés au paludisme, à la malnutrition, aux infections respiratoires et aux diarrhées. La prévalence du paludisme est en effet deux fois plus élevée chez les enfants que dans la population générale. Concernant la malnutrition, si des progrès peuvent être enregistrés, l'insuffisance pondérale touche encore plus de 20% des enfants (essentiellement les plus pauvres).

La **mortalité maternelle** a diminué progressivement, mais reste à un niveau élevé, avec 543 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Enfin, le **taux de prévalence du VIH était de 4.7% en 2005, le plus élevé d'Afrique de l'Ouest**. Ce taux a probablement légèrement diminué : pour 2007, ONUSIDA l'estimait à 3.9% (pour 2001, ONUSIDA l'estimait à 6%).

CHAPITRE 3 : INTERVENTIONS A HAUT IMPACT

1. Interventions pour lutter contre la mortalité liée au paludisme infantile

64. Les expériences de plusieurs pays d'Afrique, tels que le Rwanda et l'Erythrée, ont montré que deux interventions du système de santé sont susceptibles d'avoir un impact majeur sur la mortalité liée au paludisme infantile. La première est préventive et concerne l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII). La seconde est curative et porte sur le traitement des cas de paludisme sévère.

65. Comme cela va être présenté dans les parties suivantes, la couverture de la population pour ces deux types d'interventions est très faible en Côte d'Ivoire, ce qui explique en grande partie les résultats insuffisants du pays en matière de lutte contre le paludisme infantile.

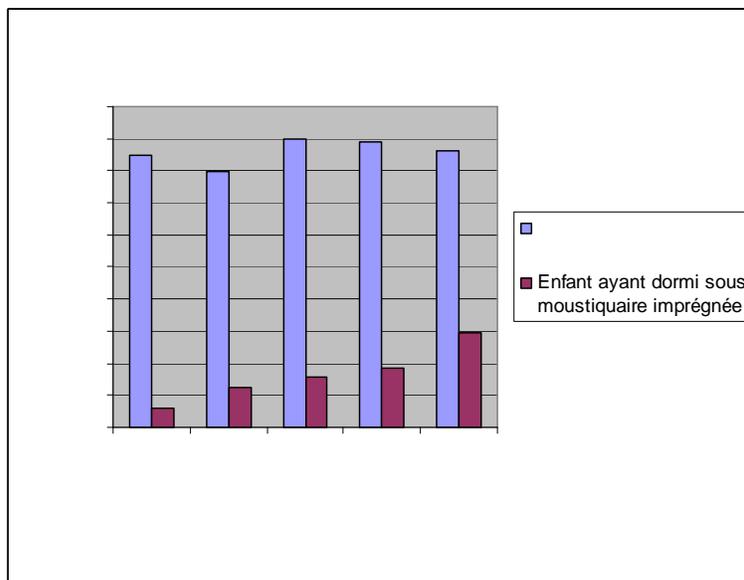
1.1. Utilisation des MII

66. La Côte d'Ivoire est un pays d'endémie palustre avec une transmission permanente et des recrudescences en saison de pluies. Le paludisme constitue la première cause de morbidité (**50,17%**, analyse situationnelle 2008) et de mortalité hospitalière de **33%** (Base de données PNLP, 2004). Ce sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans qui paient le plus lourd tribut.

67. **Selon l'enquête MICS 2006, si la possession par les ménages de moustiquaires imprégnées était de 10%, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous moustiquaire imprégnée n'était que de 3% et celle des enfants, tous âges confondus, ayant dormi sous moustiquaire : 17%.** Ces taux sont parmi les plus bas de la région.

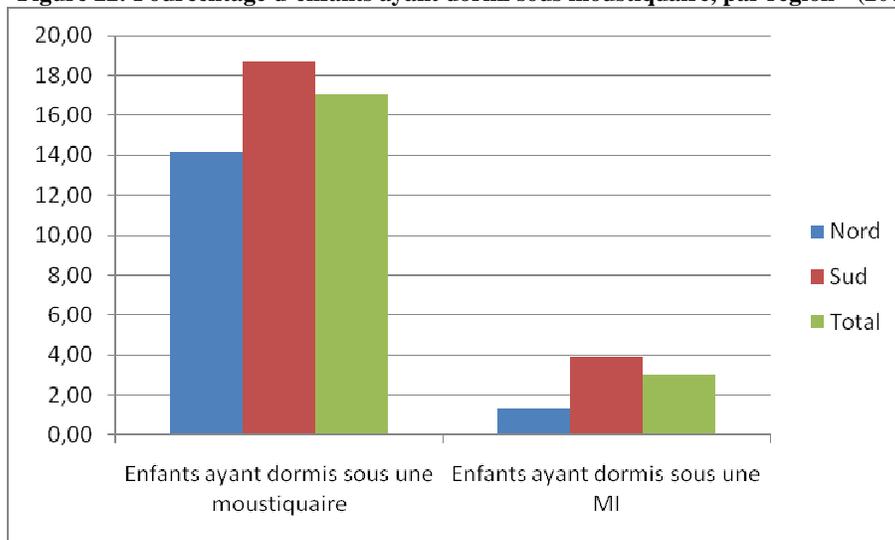
68. **Pour les MII, les enfants des ménages les plus pauvres sont particulièrement pénalisés.** Alors que les taux d'utilisation des moustiquaires non imprégnés sont globalement comparables selon les quintiles de bien-être économique, il n'en est pas de même pour les moustiquaires imprégnées (les plus efficaces). Pour ces moustiquaires, le taux d'utilisation est **4 fois plus élevé** parmi les plus riches que parmi les plus pauvres. Le gradient est donc considérable et amène à s'interroger sur l'équité de la distribution des moustiquaires imprégnées.

Figure 21: Pourcentage d'enfants ayant dormi sous moustiquaire, par quintile de bien-être économique (2006)



Source : MICS 2006

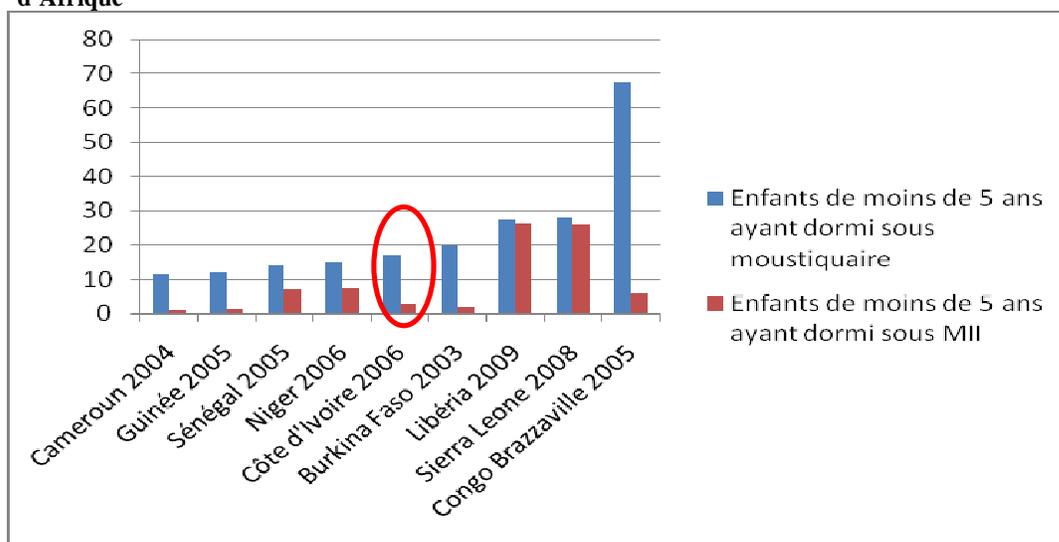
Figure 22: Pourcentage d'enfants ayant dormi sous moustiquaire, par région²⁵ (2006)



Source : MICS 2006

²⁵ Le Nord comprend les régions suivantes : Vallée du Bandama, Savanes, Zanzan, Bafing, Denguelé, Worodougou, Montagnes, Moyen Cavally ; et le Sud : Lacs, N'zi Comoé, Moyen Comoé, Fromager, Haut Sassandra, Marahoué, Agnéby, Lagunes, Sud Bandama, Sud Comoé et Bas Sassandra.

Figure 23: Pourcentage d'enfants ayant dormi sous moustiquaire, comparaison entre différents pays d'Afrique



Source : Divers DHS

69. L'analyse logistique ci-dessous montre que **la très faible utilisation des MII s'explique principalement par le nombre insuffisant de MII que les ménages possèdent**. Cela montre encore une fois l'impact potentiellement considérable que pourrait avoir une politique de distribution massive des moustiquaires. Le lieu de résidence joue aussi un rôle puisque dans les ménages urbains, les enfants dorment plus sous MII que ceux des ménages résidant en zone rurale. Le niveau de bien-être économique a également un impact : ainsi, seuls 1,5% des enfants de moins de 5ans du quintile le plus pauvre dorment sous MII contre un taux d'utilisation de 11,1% pour les plus riches (Enquête MICS 2006 et analyse BM).

Tableau 5: Régression logistique de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides par les enfants de moins de 5 ans en Côte d'Ivoire

MII	Odds Ratio	Erreur type	p> z	dy/dx*
Nombre de moustiquaires***	11,15	1,162	0,000	0,028
Niveau de richesse (Réf.: Plus pauvre)				
Q2	0,52	0,205	0,097	-0,006
Q3	1,39	0,461	0,325	0,005
Q4	0,78	0,303	0,525	-0,003
Q5 (Plus riche)	1,9	0,800	0,129	0,009
Age de l'enfant (en années)***	0,85	0,056	0,012	-0,002
Education de la mère (réf. Pas d'éducation)				
Non formelle	3,63	2,908	0,107	0,029
Primaire	1,21	0,268	0,387	0,002
Secondaire et supérieur***	1,93	0,509	0,013	0,01
Milieu urbain***	2,12	0,576	0,006	0,01
Région (Réf. : Centre)				
Centre Nord	1,28	0,678	0,639	0,003
Nord Est***	3,22	1,674	0,024	0,023
Centre Est	1,87	0,955	0,221	0,01
Sud***	3,45	1,545	0,006	0,025
Sud Ouest***	2,43	1,089	0,048	0,015
Centre Ouest	1,67	0,770	0,266	0,007
Ouest	2,31	1,142	0,089	0,014
Nord Ouest	2,36	1,182	0,087	0,014
Nord	0,52	0,343	0,323	-0,006
Abidjan	0,86	0,401	0,751	-0,002
Effectif	6127			
Pseudo Rsq	0,58			
Chi2 de Hosmer-Lemeshow	1384,33 (0,000)			
*Effets marginaux après régression logistique de la probabilité qu'un enfant de moins de 5 ans ait dormi sous une moustiquaire la nuit précédent l'enquête=0,012				
***Odds ratio de la variable significatif avec un risque d'erreur de 5%				

Source : Enquête MICS 2006 et analyse BM

70. **Toutefois, les résultats d'une enquête plus récente (janvier 2009) dans 40 districts de santé de Côte d'Ivoire semblent témoigner d'une évolution positive de la couverture en moustiquaires imprégnées depuis l'enquête MICS de 2006.** En effet, d'après cette enquête CAP les différents taux d'utilisation des MII sont les suivants :

- Taux de possession de MII dans les ménages : **24,4%**
- Population générale des ménages ayant dormi sous MII la veille de l'enquête : **16,3%**
- Femmes enceintes ayant dormi sous MII la veille de l'enquête : **13,9%**
- Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII la veille de l'enquête : **28,1%**

71. La politique d'amélioration de la couverture en MII est mise en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers le projet de passage à échelle des interventions de lutte contre le paludisme, récemment soumis et accepté pour le Round 8 du Fonds Mondial.

72. Ce projet vise la couverture de tous les ménages du pays avec au moins 3 MII par ménage à travers

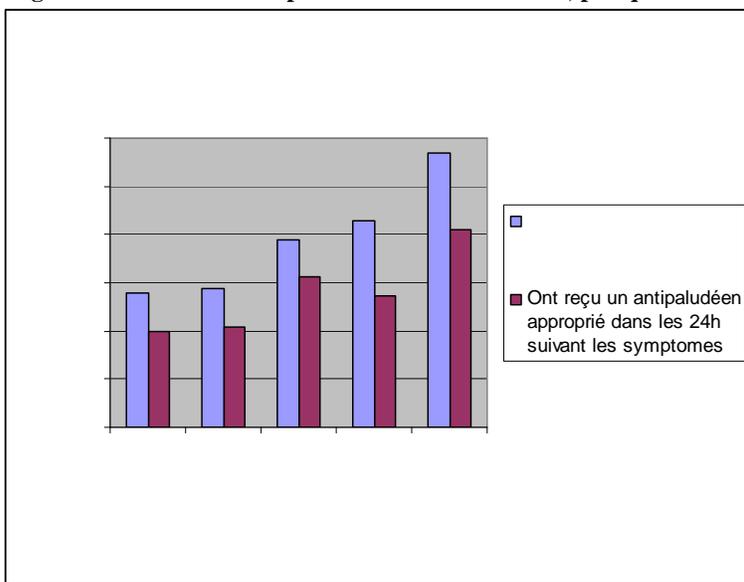
- Une campagne de distribution de masse (année 1)
- Une distribution de routine par les services de consultation prénatale et de vaccination
- Une distribution communautaire.

73. Cette politique d'amélioration de la couverture en MII est soutenue par des actions de promotion de la lutte à travers l'IEC/CCC, la mobilisation sociale / CCC et l'implication des ONG et OBC dans la lutte contre le Paludisme.

1.2 Traitement des cas sévères de paludisme

74. L'enquête MICS a révélé que seulement 25.9% des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre ont bénéficié d'un traitement antipaludéen. **Les plus pauvres sont particulièrement pénalisés eu égard au coût de la prise en charge médicamenteuse des enfants impaludés.** Comme le montre la figure 24, les enfants du quintile le plus pauvre ont environ deux fois moins de chance de recevoir un traitement approprié que les enfants du quintile le plus riche.

Figure 24: Traitement du paludisme chez les enfants, par quintile de bien-être économique (2006)



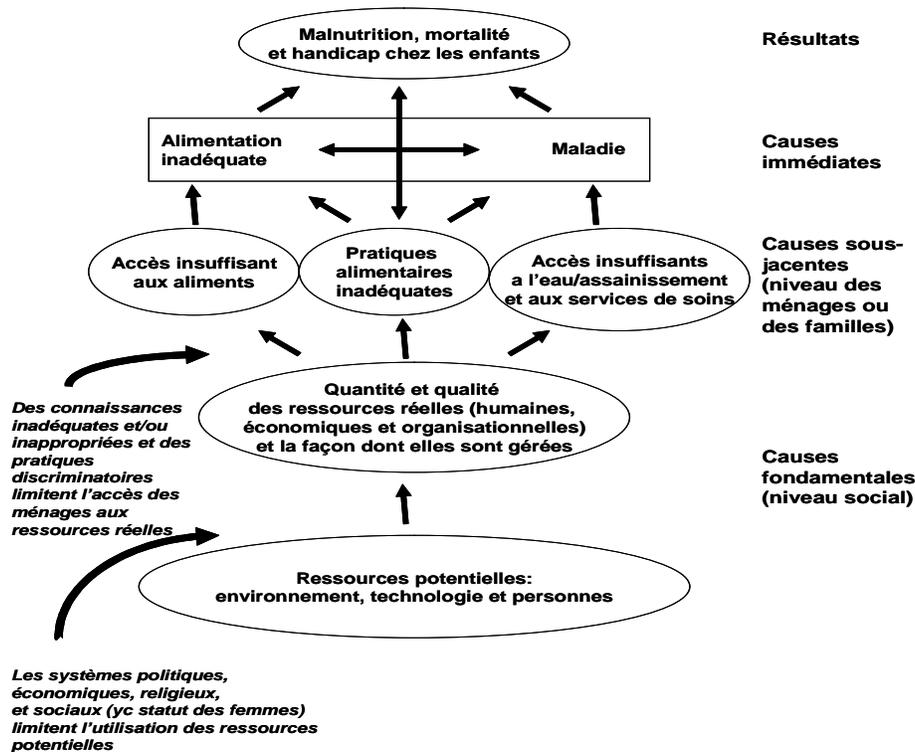
Source : MICS 2006

2. Facteurs de malnutrition et pratiques nutritionnelles

Encadré 3 : Comment expliquer la malnutrition dans un pays ?

Les facteurs de la malnutrition sont nombreux et fortement interdépendants. La plupart des organisations internationales utilisent aujourd'hui un cadre analytique qui s'efforce de prendre en compte à la fois l'ensemble des facteurs de la malnutrition et leur articulation.

Causes de la Malnutrition infantile



Ce cadre considère que la malnutrition est liée à trois types de causes fortement imbriquées. En premier lieu, la malnutrition est le résultat de deux causes immédiates, à savoir (i) la nature de l'alimentation consommée (en quantité et en qualité) et (ii) l'état de santé. Ces deux causes sont bien sûr interdépendantes. En second lieu, ces deux causes sont elles-mêmes très influencées par trois causes sous-jacentes : (i) l'accès aux aliments (une cause qui est assez rare et n'intervient que dans les situations d'insuffisance alimentaire), (ii) les pratiques alimentaires, notamment en matière d'allaitement et de consommation des aliments riches en micronutriments et (iii) l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux services de soins. En dernier lieu, ces différentes causes sous-jacentes sont liées aux dynamiques sociales, économiques, religieuses et politiques à l'œuvre dans chaque pays (ou région). Ces dynamiques sont appelées causes fondamentales. En termes d'analyse, il est bien entendu difficile d'explorer très rigoureusement les causes fondamentales, sauf à lancer des études très lourdes (par exemple, une étude sur les habitudes culturelles dans telle ou telle région). Elles sont néanmoins mentionnées dans ce cadre analytique afin de rappeler que, par exemple, une même situation de malnutrition dans deux régions d'un même pays peut avoir des causes très différentes, notamment du fait des conditions économiques ou des traits culturels de chacune des régions.

2.1. Accès insuffisant aux aliments

75. Selon une étude menée par le PNN, 20% des ménages ruraux présentaient un risque élevé d'insécurité alimentaire et 27% de l'ensemble des ménages présente le même risque.

2.2. Pratiques alimentaires

76. **L'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants reste encore peu adéquate, ce qui impacte la santé des enfants.** Selon l'enquête MICS 2006, l'allaitement maternel est commencé à temps dans seulement 25% des cas, le taux d'alimentation de complément débuté à temps est de 54% et la fréquence d'alimentation de complément est de 40%. A l'âge 6-9 mois, 54% des enfants reçoivent une alimentation composée de lait maternel et d'aliments solides ou semi-solides. Par ailleurs, seulement 23% des enfants de 0-11 mois sont nourris de façon appropriée. Enfin, environ 4% des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités, alors que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois est une recommandation de l'OMS et de l'UNICEF afin de garantir une bonne santé des enfants (notamment lorsqu'il est commencé dès la naissance, permettant ainsi la transmission d'anticorps de la mère à l'enfant, ce qui se produit uniquement dans 25% des cas en Côte d'Ivoire).

77. **La proportion des enfants entre 6 et 59 mois ayant reçu un supplément en vitamine A reste insuffisant, de l'ordre de 55%** (MICS 2006, administration dans les 6 mois précédents l'enquête). Or la vitamine A est essentielle pour le bon développement du système immunitaire et la santé des yeux. Les apports journaliers en vitamine A tirés de l'alimentation sont souvent insuffisants, c'est la raison pour laquelle il est recommandé l'administration tous les 4 à 6 mois d'une dose de vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois dans les régions affectées.

2.3. Hygiène alimentaire

78. Les conditions d'hygiène alimentaire sont en général déplorables. En effet, les denrées alimentaires non protégées sont vendues aux abords des voies publiques, parfois à proximité des tas d'immondices. En outre, les emballages utilisés pour le conditionnement ne sont pas appropriés. Cette situation s'est illustrée en 2001 et 2007 par les cas déclarés d'intoxications alimentaires à Lagbakro (Yamoussoukro) et Kokoumbo (Toumodi) avec respectivement 23 et 5 décès²⁶ et en 2008 à Bongouanou par une intoxication alimentaire collective ayant fait 17 décès²⁷.

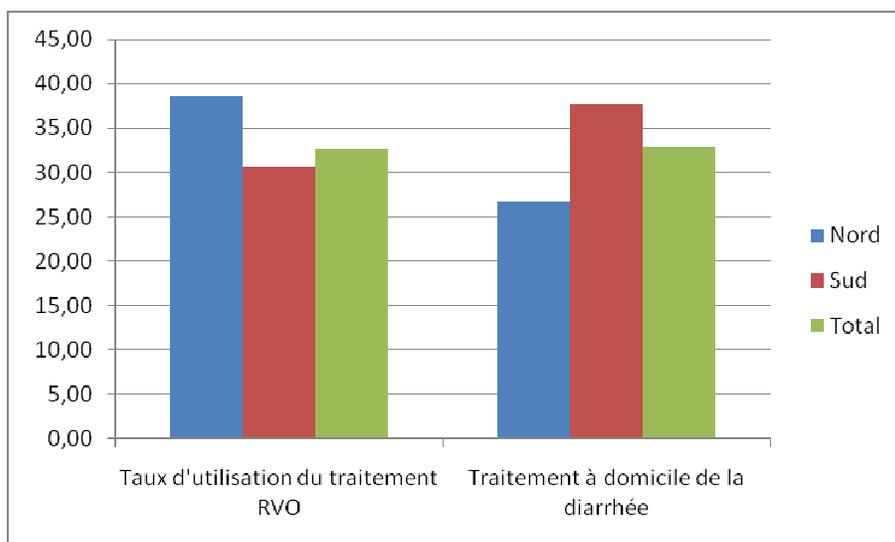
2.4. Accès aux soins

79. Le recours aux soins pour prendre en charge les cas de malnutrition reste encore faible. Ainsi, la composante nutrition du Paquet Minimum d'Activité n'est pas correctement mise en œuvre du fait d'une insuffisance de compétences ou une négligence des tâches de nutrition qui ne sont pas considérées comme des actes médicalisés. En Côte d'Ivoire, l'utilisation de la Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) n'est que de 33% et la prise en charge de la diarrhée à domicile de 33% également. Enfin, seuls 35% des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu une TRO, davantage de liquides et ont continué à manger. Une comparaison avec d'autres pays de la sous-région (figure 26) montre que la situation en Côte d'Ivoire est plutôt meilleure que celles des autres pays, notamment ceux ayant un niveau économique similaire tels le Cameroun, le Congo Brazzaville ou le Sénégal.

²⁶ Fraternité Matin N° 12730 du 26 avril 2007 et N° 11281 du 26 août 2001.

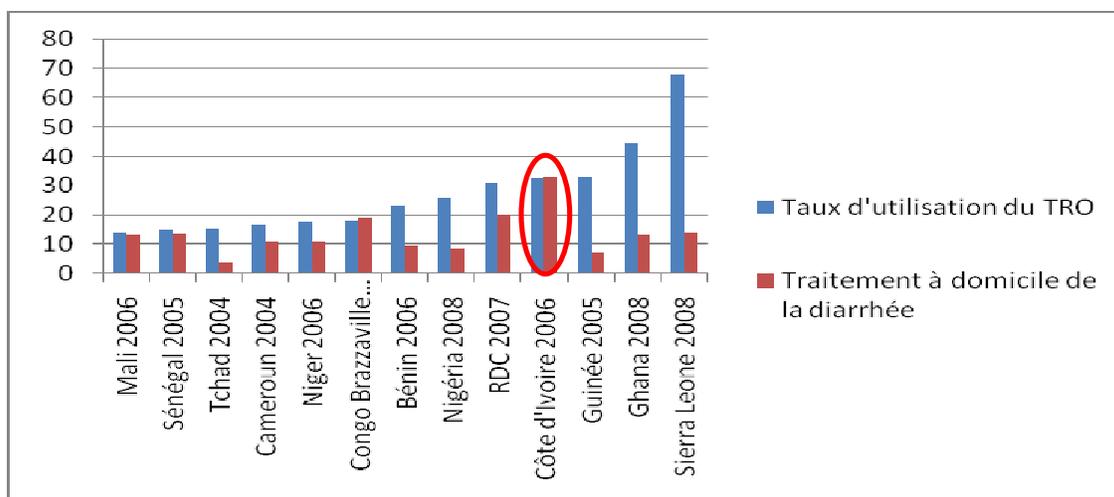
²⁷ Rapport du District Sanitaire de Bongouanou. 2008

Figure 25: Traitement de la diarrhée chez les enfants, par région²⁸ (2006)



Source : MICS 2006

Figure 26: Traitement de la diarrhée chez les enfants, différents pays d'Afrique



Source : Divers DHS

3. Accès à l'eau et à l'assainissement de base²⁹

80. La question de l'accès à l'eau potable est devenue un enjeu important pour l'humanité toute entière au point que les instances internationales l'ont inscrit dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui consistent à réduire de moitié d'ici à 2015, la proportion de personnes n'ayant pas accès de façon durable à une eau de boisson salubre. L'Etat de Côte d'Ivoire qui a très tôt compris cette exigence a développé depuis les premières années de son indépendance une stratégie d'alimentation en eau potable qui a enregistré des résultats satisfaisants au fil des ans. Cette politique ponctuée par des réformes innovantes a

²⁸ Le Nord comprend les régions suivantes : Vallée du Bandama, Savanes, Zanzan, Bafing, Denguelé, Worodougou, Montagnes, Moyen Cavally ; et le Sud : Lacs, N'zi Comoé, Moyen Comoé, Fromager, Haut Sassandra, Marahoué, Agnéby, Lagunes, Sud Bandama, Sud Comoé et Bas Sassandra.

²⁹ MICS 2006

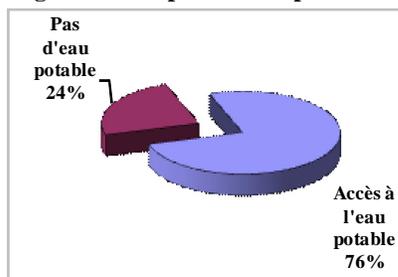
permis selon les contextes, de structurer les besoins en trois (3) sous-secteurs : l'hydraulique urbaine (HU), l'hydraulique villageoise (HV) et l'hydraulique villageoise améliorée (HVA).

81. Cependant, des facteurs endogènes et exogènes au secteur liés notamment au poids de la dette de l'Etat vis-à-vis du Fermier (Société de Distribution d'Eau de Côte d'Ivoire (SODECI)), au déficit d'investissement depuis plus d'une vingtaine d'années et à la crise sociopolitique, ont fait naître des difficultés importantes au cours de la dernière décennie.

82. Aujourd'hui, environ une personne sur quatre (24%) n'a pas **accès à l'eau potable** dont 10% dans les zones urbaines et 35% dans les zones rurales. 85% des ménages en milieu urbain utilisent de l'eau de source améliorée (robinet, forage). En milieu rural, les ménages s'approvisionnent principalement au forage (55%) et aux sources ouvertes (41%).

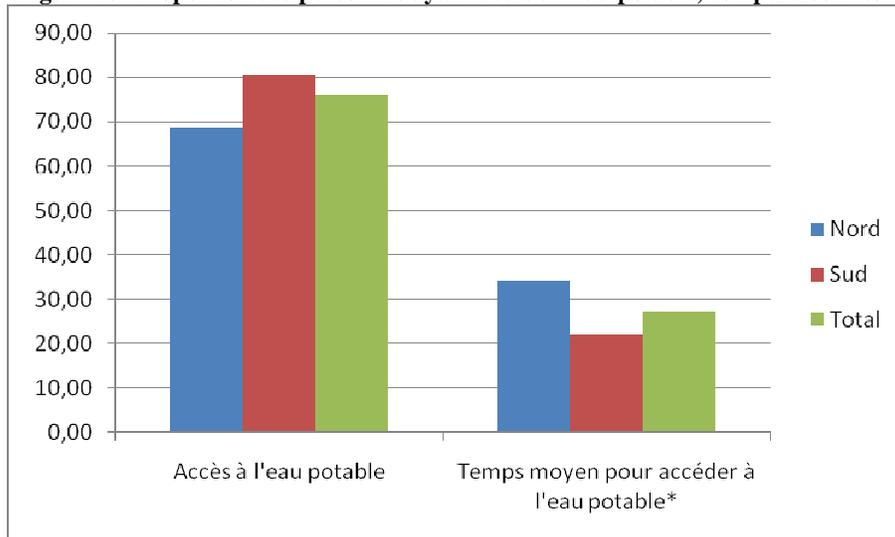
83. Pour 55% des ménages, la source d'approvisionnement en eau de boisson se trouve sur place. Pour les autres ménages, le temps moyen pour aller chercher l'eau est de 27 minutes. Il est plus long en zones rurales qu'en zones urbaines (29 minutes contre 17). C'est dans la région du Nord qu'on observe le temps le plus long (52 minutes).

Figure 27: Proportion des personnes selon l'accès à l'eau potable



Source : MICS 2006

Figure 28: Proportion des personnes ayant accès à l'eau potable, comparaison Nord/Sud³⁰ (2006)

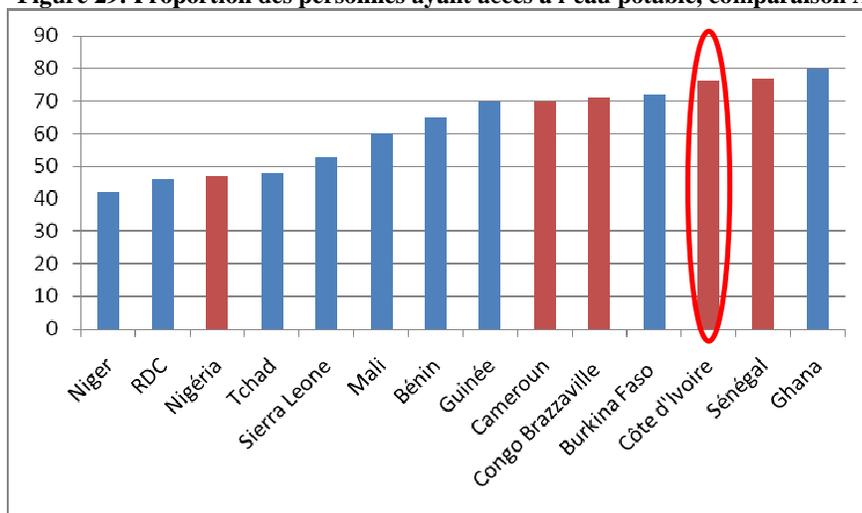


Source : MICS 2006

* pour les ménages n'ayant pas l'accès à domicile

³⁰ Le Nord comprend les régions suivantes : Vallée du Bandama, Savanes, Zanzan, Bafing, Denguelé, Worodougou, Montagnes, Moyen Cavally ; et le Sud : Lacs, N'zi Comoé, Moyen Comoé, Fromager, Haut Sassandra, Marahoué, Agnéby, Lagunes, Sud Bandama, Sud Comoé et Bas Sassandra.

Figure 29: Proportion des personnes ayant accès à l'eau potable, comparaison Afrique (2006)



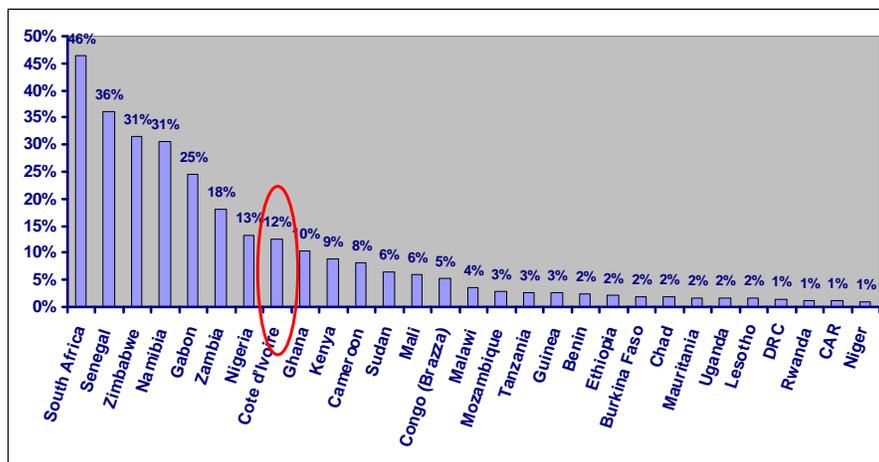
Source : Données Banque Mondiale

■ Economie à revenu moyen inférieur (Revenu National Brut par habitant entre 976 et 3855 US\$),
 ■ Economie à revenu faible (RNB < à 975US\$), classification Banque Mondiale, US \$ courants.

84. Concernant l'**assainissement de base**, près d'une personne sur deux (43% de la population) vit dans des ménages ne disposant pas de toilettes appropriées. Cette proportion est très variable selon le milieu d'habitat : 16% en milieu urbain contre 63% en milieu rural. Une proportion élevée de personnes (34%) défèque dans la nature, particulièrement dans les zones rurales (56%). La proportion d'enfants de moins de 3 ans dont les excréta sont évacués sainement est de 43%. Cette proportion représente 75% en milieu urbain et 90% dans la ville d'Abidjan.

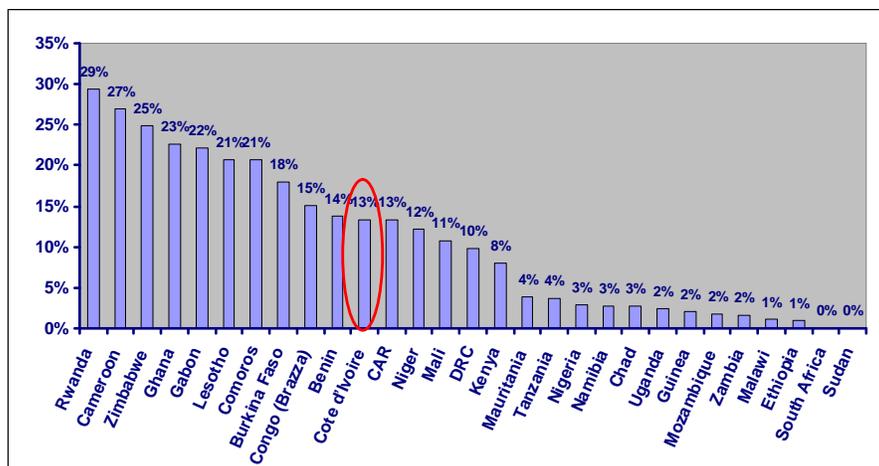
85. Une analyse par pays africain (voir graphique ci-dessous) montre que la CI se situe dans une position médiane.

Figure 30 : Couverture en toilette avec chasse par pays



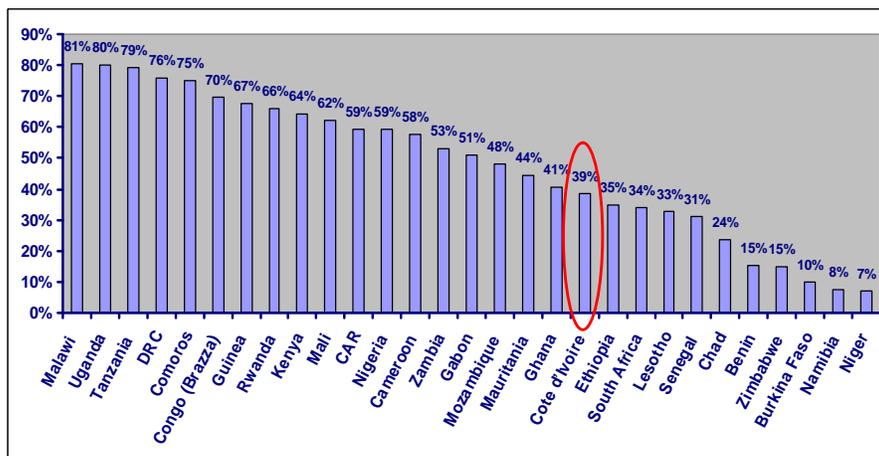
Source : Africa Infrastructure Country Diagnostic, 2008

Figure 31: Couverture en latrines améliorées par pays



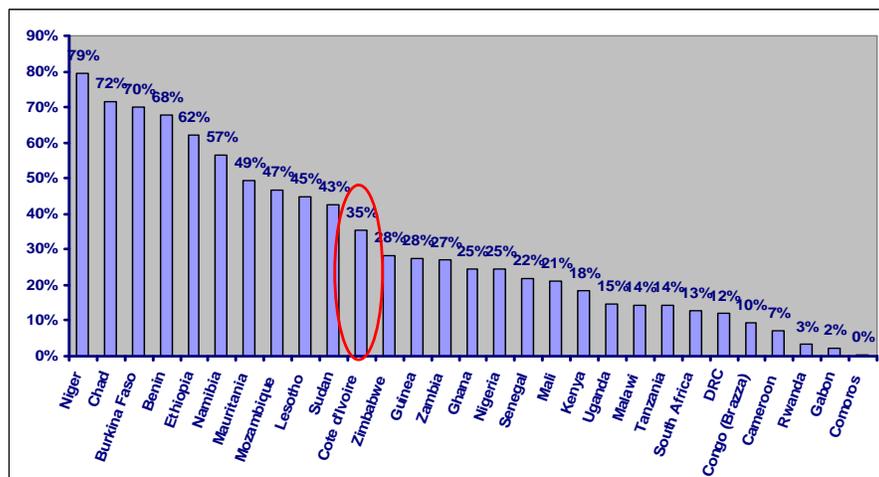
Source : Africa Infrastructure Country Diagnostic, 2008

Figure 32 : Couverture en latrines traditionnelles par pays



Source : Africa Infrastructure Country Diagnostic, 2008

Figure 33: Défécation à l'air libre par pays



Source : Africa Infrastructure Country Diagnostic, 2008

86. Quant à l'accès aux sources améliorées d'approvisionnement en eau et aux moyens améliorés d'évacuation des excréta, seulement 49% de la population bénéficient à la fois de ces services. Cette proportion est très variable selon le milieu d'habitat : 78% en milieu urbain contre 27% en milieu rural. La région qui enregistre la faible proportion est le Nord-Est (26%).

87. En février 2010, des travaux sur un réseau d'évacuation des eaux usées ont provoqué la contamination du réseau de distribution d'eau potable de Yopougon COPRIM. Cette situation a occasionné des cas d'intoxication grave.

4. Interventions et pratiques en matière de santé maternelle

4.1. Fécondité

88. **Le taux de croissance démographique annuel de la Côte d'Ivoire, 2,8% en 2006, fait de la question démographique un enjeu pour le pays.** En effet, une croissance démographique rapide, c'est-à-dire supérieure à 2% par an, constitue un frein aux efforts pour accroître les revenus du pays³¹. La Côte d'Ivoire, avec un taux de fertilité élevé (Indice Synthétique de Fécondité de 4,6 enfants par femmes en 2006) et une population majoritairement jeune, se classe ainsi parmi les pays connaissant une récente et faible transition démographique (classement de Guengant & May ; 2009³²), illustrée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Evolution de la fécondité entre 1975 et 2010, Côte d'Ivoire

	Indice de Fécondité (IF)				Différence entre 2005-10 1975-80	Différence moyenne entre IF par période de 10 ans pour		
	1975-80	1985-90	1995-00	2005-10		30 ans 1975-80 2005-10	20 ans 1985-90 2005-10	10 ans 1995-00 2005-10
	Côte-d'Ivoire	7.4	6.9	5.6	4.5	-3.0	-0.98	-1.22

Source : Guengant et May, 2009, *données du World Population Prospects: The 2008 Revision Population Data base*.

89. **La fécondité en Côte d'Ivoire est caractéristique des pays à forte fécondité :** une fécondité précoce élevée (130‰ à 15-19 ans selon l'EIS de 2005), qui augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (214 ‰ en 2005). Toutefois, le niveau de fécondité varie selon différents facteurs :

- Zone de résidence : la fécondité est nettement plus faible en zone urbaine (ISF de 3,6 en 2005) qu'en zone rurale (ISF de 5,5 en 2005) ;
- Education : l'ISF est de 2,7 pour les femmes ayant atteint le niveau secondaire, 4,5 pour celles ayant un niveau primaire et 5,6 pour celles sans instruction (EIS 2005).
- Richesse : le niveau de fécondité est plus faible pour les ménages les plus riches, l'ISF est de 6,1 dans le quintile le plus pauvre et de 3,2 dans le plus riche (EIS 2005).

90. L'impact de cette forte fécondité sur la santé des femmes et des enfants peut être perçu à travers deux indicateurs : l'intervalle intergénéral et l'âge des femmes à la première naissance. Il est en effet reconnu que des intervalles courts (inférieurs à 24 mois) entre deux naissances ont des conséquences négatives à la fois sur la santé et l'état nutritionnel des enfants, mais augmentent aussi les risques de décès pour la mère et l'enfant. Selon l'enquête EIS 2005, la durée médiane de l'intervalle intergénéral est proche de 3 ans (35 mois), mais 9% des naissances sont intervenues moins de 18 mois après la précédente et 21% moins de 24 mois après la naissance précédente.

91. **Les grossesses précoces sont un phénomène important en Côte d'Ivoire :** 29 % des femmes avaient eu un enfant avant l'âge de 18 ans et 52% avant 20 ans (EIS 2005). Or une grossesse à un jeune âge peut avoir des répercussions importantes à la fois sur la santé de la

³¹ "Population and Development: implications for the World Bank", World Bank Publication, 1994.

³² "Proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa and their possible use in fertility projection", Guengant et May, décembre 2009.

femme et celle de son enfant. L'éducation est un facteur important contribuant à reculer l'âge des femmes à la première naissance : 21,6 ans pour celles ayant au moins un niveau secondaire et 19,2 ans pour celles sans instruction.

Tableau 7 : ISF, intervalle intergénéral et âge à la 1^{ère} naissance en Côte d'Ivoire, 2005

	Indice Synthétique de Fécondité	Intervalle intergénéral (nombre médian de mois écoulés depuis la naissance précédente)	Age médian à la 1 ^{ère} naissance (femmes entre 25 et 49 ans)
Milieu de résidence			
Urbain	3,6	35,2	20
Rural	5,5	34,3	18,9
Niveau d'instruction			
sans instruction	5,3	33,6	19,2
primaire	4,5	36,1	19,2
secondaire ou plus	2,7	49,3	21,6
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	6,1	32,6	18,9
Second	5,7	34,3	19,1
Moyen	4,2	34,8	18,9
Quatrième	4,3	33,7	19,6
Le plus riche	3,2	43,3	20,6
Total	4,6	34,6	19,5

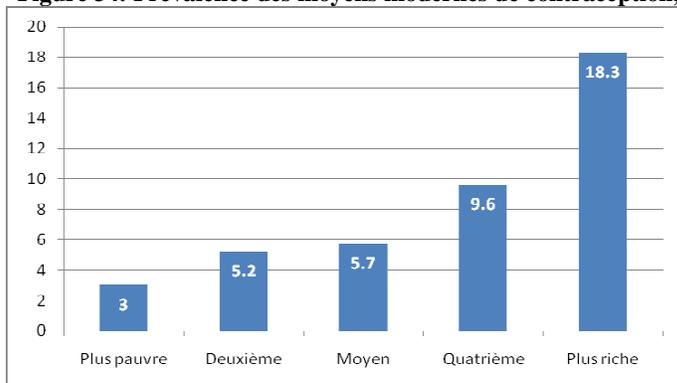
Source : EIS 2005

4.2. Contraception, Besoins non satisfaits en Planification Familiale et avortement

92. **La prévalence des moyens modernes de contraception reste très faible.** Moins de 8% des femmes (15-49 ans) utilisent régulièrement un moyen moderne de contraception.

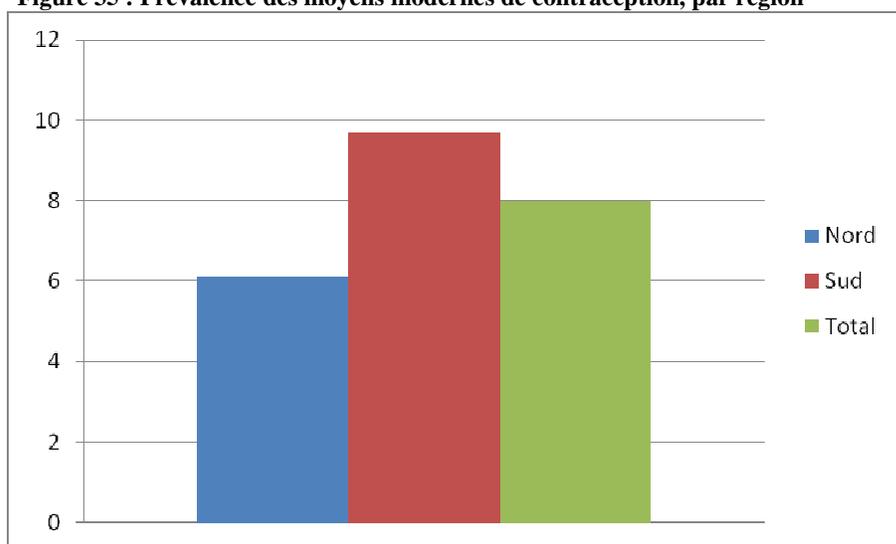
L'influence du milieu de résidence (13% en milieu urbain contre 4% en milieu rural) et de la zone d'habitation (Nord ou Sud du pays, figure 35) est importante, de même que la situation socio-économique. Sur ce dernier point, le graphique ci-dessous (34) montre que les femmes les plus pauvres ont une probabilité 6 fois moins élevée que les femmes les plus riches d'utiliser un moyen moderne de contraception.

Figure 34: Prévalence des moyens modernes de contraception, par quintile socio-économique



Source: MICS 2006

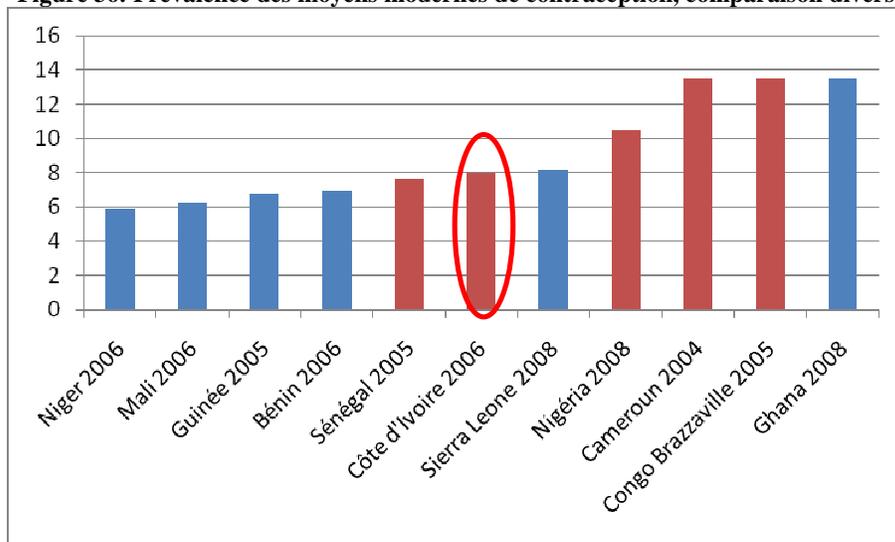
Figure 35 : Prévalence des moyens modernes de contraception, par région³³



Source: MICS 2006

³³ Le Nord comprend les régions suivantes : Vallée du Bandama, Savanes, Zanzan, Bafing, Denguelé, Worodougou, Montagnes, Moyen Cavally ; et le Sud : Lacs, N'zi Comoé, Moyen Comoé, Fromager, Haut Sassandra, Marahoué, Agnéby, Lagunes, Sud Bandama, Sud Comoé et Bas Sassandra.

Figure 36: Prévalence des moyens modernes de contraception, comparaison divers pays d'Afrique



Source : Divers DHS

■ Economie à revenu moyen inférieur (Revenu National Brut par habitant entre 976 et 3855 US\$),
 ■ Economie à revenu faible (RNB < à 975US\$), *classification Banque Mondiale, US \$ courants.*

93. **Les besoins non satisfaits en planification familiale ont diminué depuis ces dernières années.** Rappelons qu'un besoin en planification familiale est lié à un désir soit d'espacement des naissances, soit de limitation des naissances. En 1998-1999, 35% de la demande totale pour les services de contraception se trouvait non satisfaite en Côte d'Ivoire chez les femmes en union. En 2006 (MICS), ce taux de besoins non satisfaits est passé à près de 29%. Ainsi, si l'ensemble des besoins en services de contraception était couvert en Côte d'Ivoire par des moyens modernes, la prévalence contraceptive moderne s'élèverait à 36,9%, soit 4,6 fois son niveau actuel.

Tableau 8: Prévalence des moyens modernes de contraception et de la demande non couverte en la matière

	Pourcentage des femmes (mariées ou en union) utilisant une méthode contraceptive moderne	Demande non couverte en matière de contraception
Milieu de résidence		
Urbain	12,9	26,8
Rural	4,6	30,4
Niveau d'instruction		
sans instruction	5,3	29,2
primaire	11,3	31,2
secondaire ou plus	20	22,9
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	3	28,9
Second	5,2	31,3
Moyen	5,7	31,4
Quatrième	9,6	28,2
Le plus riche	18,6	24,6
Total	8	28,9

Source : MICS 2006

94. **Bien que l'avortement soit illégal en Côte d'Ivoire, son recours serait relativement répandu.** D'après une enquête menée en 1998 (Agnès Guillaume et Annabel Deesgrées du Loù ; 2002³⁴) auprès des femmes se rendant dans l'un des quatre centres de santé des deux districts de santé les plus peuplés et les plus vastes d'Abidjan, indique que 34% des femmes interviewées y ont eu recours pour interrompre une grossesse non désirée. Cet article précise que la baisse de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) entre 1980 et 1999, n'est pas liée uniquement au recours à une méthode contraceptive, qui reste très limité en Côte d'Ivoire. Si la connaissance des différentes formes de contraception est très élevée (96%) seulement 28% des femmes pratiquaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête (échantillon de 2400 femmes d'Abidjan). Cette enquête met également en évidence le lien fort entre éducation et contraception : la pratique d'une méthode contraceptive augmente de façon linéaire avec l'éducation. La forte incidence de l'avortement parmi les femmes de l'échantillon s'explique notamment comme substitut au planning familial, plus difficile d'accès. D'après cette étude, il apparaît que l'offre en matière de planning familial est inadéquate, ce qui contribue à la faible prévalence de la contraception. Les femmes étaient interviewées lors de leur recours au système de santé, et moins d'1% d'entre elles s'y rendaient pour des raisons de planning familial. Toutefois, le recours à des méthodes traditionnelles d'avortement pour interrompre une grossesse non désirée a des conséquences néfastes pour la santé des femmes : d'après une étude de 1999 (Goyaux, Abortion complications in Abidjan, Contraception), dans un département d'obstétrique d'Abidjan, les complications d'avortements provoqués à l'aide de plantes traditionnelles, seraient à l'origine de 47% des décès maternels de cet hôpital.

³⁴ « Limitation des naissances parmi les femmes d'Abidjan, en Côte d'Ivoire : contraception, avortement ou les deux ? » Agnès Guillaume et Annabel Deesgrées du Loù, dans Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 2002.

4.3. Taux et qualité des accouchements assistés

95. D'une manière générale, la mortalité maternelle est largement influencée par les niveaux d'utilisation et de la qualité de la prise en charge intra-partum, c'est-à-dire les Soins Obstétricaux et Néonataux de Base (SONUB). La revue réalisée par le Lancet (Campbell, 2006) a en effet très clairement montré que la prise en charge intra-partum (par du personnel qualifié) était l'intervention ayant le plus d'impact sur la mortalité maternelle.

96. Il faut préciser que cette notion de SONUB va au-delà de la simple idée d'accouchement assisté (par du personnel qualifié, présent 24h sur 24, de préférence une sage-femme ou un médecin). Elle suppose aussi une qualité minimale de cet accouchement assisté et donc que (i) les personnels de santé soient réellement compétents ; (ii) ils disposent des équipements et médicaments nécessaires ; et (iii) un accès aux SONUC est possible dans un délai raisonnable.

97. Le taux d'accouchement assisté a néanmoins été retenu comme proxy pour le niveau d'utilisation des SONUB, faute d'autres données.

Taux d'accouchement assisté

98. Les résultats du tableau 9 montrent que dans 57% des cas les naissances vivantes ont été assistées par les professionnels de la santé qualifiés, c'est-à-dire un médecin, une sage-femme ou une accoucheuse auxiliaire.

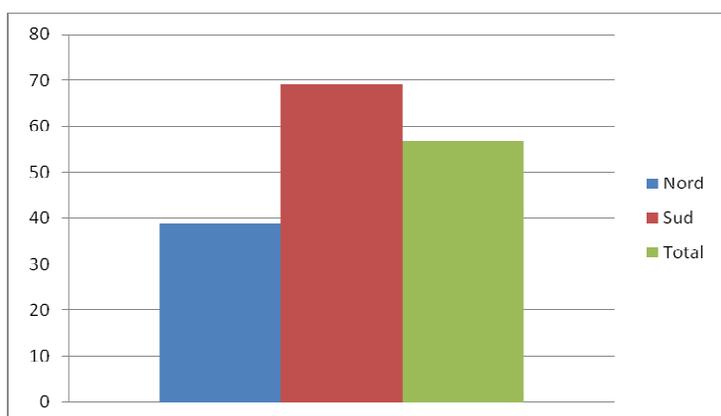
Tableau 9 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des 2 années précédant l'enquête MICS par type de personnel effectuant l'accouchement, Côte d'Ivoire, 2006

Caractéristiques socio-démographiques	Personnel assistant l'accouchement					Total	Toute personne qualifiée*	Accouchement dans une formation sanitaire **	Nombre de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années
	Médecin	Infirmière/sage-femme	Accoucheuse traditionnelle	Parente/Amie/ Autre	Aucun assistant				
Région									
Centre	1,1	41,8	28,7	24,1	4,3	100	42,8	41,1	294
Centre Nord	3,8	38,7	25,6	30,7	1,2	100	42,5	40,0	239
Nord Est	1,2	29,2	47,1	20,8	1,6	100	30,5	30,0	186
Centre Est	1,3	74,1	11,7	12,9	0,0	100	75,4	74,8	91
Sud (sans Abidjan)	0,9	64,9	22,7	11,2	0,3	100	65,8	59,0	670
Sud Ouest	1,0	54,3	16,9	26,2	1,5	100	55,4	51,5	486
Centre Ouest	0,4	53,5	15,7	29,2	1,2	100	53,9	52,5	355
Ouest	1,0	27,9	53,6	16,2	1,3	100	28,9	26,8	368
Nord Ouest	0,4	22,9	62,0	11,4	3,2	100	23,4	20,5	135
Nord	1,1	62,0	10,8	24,5	1,6	100	63,2	61,8	285
Ville d'Abidjan	6,7	90,7	0,2	1,7	0,7	100	97,4	95,2	478
Milieu de résidence									
Urbain	4,2	79,9	7,4	8,0	0,6	100	84,1	81,9	1 370
Rural	0,5	39,5	33,6	24,6	1,9	100	40,0	36,4	2 216
Age									
15-19	1,0	60,0	21,2	17,1	0,8	100	60,9	58,1	576
20-24	1,9	55,3	20,6	21,0	1,2	100	57,2	54,9	962
25-29	1,9	55,0	23,9	16,9	2,3	100	56,9	53,4	891
30-34	2,9	50,1	28,8	17,6	0,6	100	53,0	48,7	599
35-39	1,1	54,7	26,5	16,7	1,1	100	55,8	54,6	355
40-44	3,4	52,8	22,7	18,5	2,6	100	56,2	52,0	175
45-49	0,0	52,6	26,3	20,7	0,4	100	52,6	52,6	30
Niveau d'instruction									
Aucune	0,7	46,4	29,0	22,1	1,7	100	47,2	44,5	2 135
Primaire	1,4	63,2	19,1	15,2	1,2	100	64,5	60,7	1 027
Secondaire +	9,3	77,5	7,5	5,6	0,1	100	86,8	84,1	400
Quintiles de bien-être économique du ménage									
Plus pauvre	0,4	28,1	45,4	24,7	1,4	100	28,5	25,6	850
Deuxième	0,7	39,6	33,1	24,9	1,8	100	40,3	37,5	798
Moyen	0,7	58,0	15,8	23,5	2,0	100	58,7	53,8	705
Quatrième	1,1	77,8	11,2	9,1	0,7	100	78,9	76,1	680
Plus riche	8,4	86,1	1,6	3,1	0,7	100	94,6	92,9	554
Ensemble	1,9	54,9	23,6	18,2	1,4	100	56,8	53,8	3 586

* Indicateur MICS 4 ; Indicateur OMD 17 ; ** Indicateur MICS 5

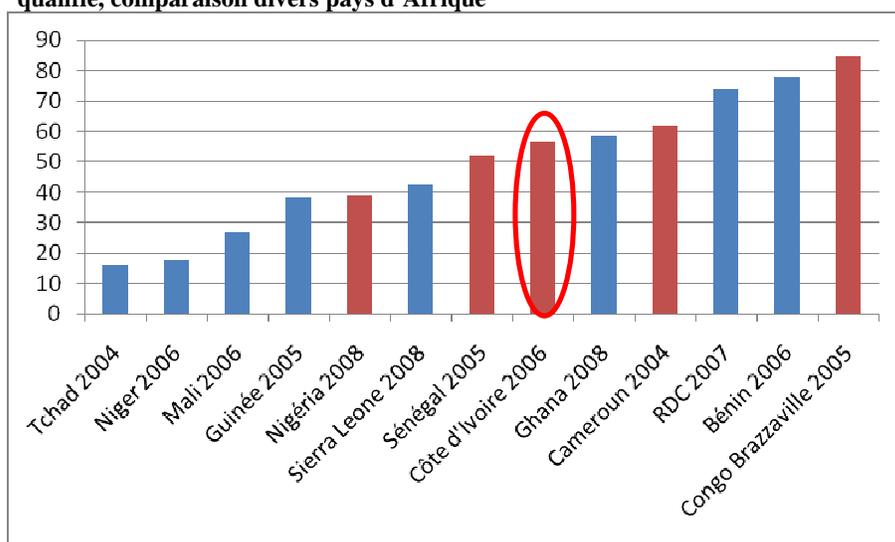
99. Ce pourcentage est le plus élevé dans le Centre-Est (75%) et le plus faible dans le Nord-Ouest (23%), mais avec respectivement 11 et 61% d'assistance par les accoucheuses traditionnelles.

Figure 37: Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant accouché avec l'assistance de personnel de santé qualifié, comparaison Nord/Sud³⁵, Côte d'Ivoire, 2006



Source : MICS 2006

Figure 38: Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant accouché avec l'assistance de personnel de santé qualifié, comparaison divers pays d'Afrique



Source : Divers DHS

■ Economie à revenu moyen inférieur (Revenu National Brut par habitant entre 976 et 3855 US\$),
 ■ Economie à revenu faible (RNB < à 975US\$), classification Banque Mondiale, US \$ courants.

100. Les naissances les mieux assistées sont celles qui se déroulent en milieu urbain (84%) et particulièrement à Abidjan (97%), chez les femmes plus instruites (87%) et chez les femmes appartenant aux ménages les plus riches (95%).

101. Au cours de l'année précédant l'enquête, 55% des accouchements ont été assistés par une sage-femme/infirmière (y compris les auxiliaires), tandis qu'environ 2% l'ont été par un médecin. Les accouchements des femmes ont été également assistés par les accoucheuses traditionnelles dans 24% des cas et les parents/amis dans 18% des cas.

102. Le tableau ci-dessous montre différents facteurs influant sur la décision des femmes ivoiriennes d'accoucher avec la présence de personnel qualifié. **L'élément le plus déterminant apparaît être le niveau de richesse** : en effet, selon notre analyse, une femme appartenant au

³⁵ Le Nord comprend les régions suivantes : Vallée du Bandama, Savanes, Zanzan, Bafing, Denguelé, Worodougou, Montagnes, Moyen Cavally ; et le Sud : Lacs, N'zi Comoé, Moyen Comoé, Fromager, Haut Sassandra, Marahoué, Agnéby, Lagunes, Sud Bandama, Sud Comoé et Bas Sassandra.

quintile le plus riche de la population a un ratio de probabilité (*odds ratio*) 15 fois supérieur d'accoucher avec l'assistance de personnel qualifié qu'une femme du quintile le plus pauvre. Avoir été suivi pendant sa grossesse (consultations prénatales) a également un impact très fort sur l'accouchement assisté par du personnel qualifié. Enfin, les différences observées dans les probabilités d'accouchements assistés selon les régions de la Côte d'Ivoire peuvent aussi s'expliquer par des questions d'inégalités de répartition des personnels soignants (notamment les sages-femmes) et de disponibilité des centres de santé offrant des services obstétricaux et néonataux de base. Malheureusement, ces données n'ont pas été collectées dans le MICS 2006.

Tableau 10: Régression logistique de l'accouchement assisté sur divers facteurs

Accouchements assistés	Odds Ratio	Erreur type	p> z	dy/dx*
Niveau de richesse (Réf.: Plus pauvre)				
Q2 ***	1,4	0,163	0,003	0,08
Q3***	2,66	0,315	0,000	0,22
Q4***	5,74	0,771	0,000	0,36
Q5 (Plus riche)***	15,15	3,253	0,000	0,45
Ordre de naissance***	0,95	0,017	0,001	-0,01
Education de la mère (réf. Pas d'éducation)				
Non formelle	1,44	0,771	0,497	0,09
Primaire***	1,31	0,127	0,005	0,07
Secondaire et supérieur***	2,09	0,369	0,000	0,17
Consultations prénatales***	11,1	1,956	0,000	0,51
Région (Réf. : Centre)				
Centre Nord	0,97	0,186	0,881	-0,01
Nord Est	1,39	0,289	0,119	0,08
Centre Est***	3,72	0,794	0,000	0,27
Sud***	2,64	0,487	0,000	0,21
Sud Ouest***	2,03	0,351	0,000	0,16
Centre Ouest***	1,49	0,280	0,034	0,09
Ouest	0,93	0,182	0,720	-0,02
Nord Ouest	0,86	0,166	0,425	-0,04
Nord***	3,65	0,733	0,000	0,27
Abidjan***	6,13	1,603	0,000	0,35
Effectif	3675			
Pseudo Rsq	0.30			
Chi2 de Hosmer-Lemeshow	1529 (0.000)			
*Effets marginaux après régression logistique de la probabilité qu'une femme soit assistée lors de son accouchement = 0,5718				
***Odds ratio de la variable significatif avec un risque d'erreur de 5%				

Source : MICS 2006 et analyse BM

Accessibilité des SONUC

103. L'accessibilité pour les femmes enceintes à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) est multiforme et difficile à mesurer. Cette accessibilité est déterminée à la fois par (i) un diagnostic rapide et correct par le personnel du centre de santé primaire pour une référence en cas de nécessité; (ii) la disponibilité d'une ambulance et (iii) que dans le centre de

santé de référence les services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets soient fonctionnels.

104. En l'absence de ces données, le taux de césarienne peut être considéré comme un proxy acceptable pour prendre la mesure de l'accessibilité à des SONUC.

105. **Le taux de césarienne est relativement faible en Côte d'Ivoire, il était de 4,6% en 2006 d'après l'enquête MICS.** Ce taux se rapproche de la recommandation de l'UNFPA (5% minimum), mais d'importantes disparités existent, notamment entre régions : le taux de césarienne n'est que de 2,43% dans la région Centre et s'élève à 9,54% dans le Centre-Nord. Le recours à la césarienne est principalement lié au niveau de richesse de la femme enceinte (odds ratio de 2,32 pour le quintile le plus riche par rapport au plus pauvre). De plus, les écarts observés entre les différentes régions de Côte d'Ivoire pourraient s'expliquer par des questions d'offre et donc d'inégalité géographique sur l'accès aux SONUC. Mais là aussi les données n'étaient pas disponibles.

Tableau 11: Régression logistique de la césarienne sur divers facteurs

Césarienne	Odds Ratio	Erreur type	p> z	dy/dx*
Niveau de richesse (Réf.: Plus pauvre)				
Q2	1,09	0,270	0,731	0,004
Q3	1,1	0,275	0,712	0,004
Q4	1,18	0,295	0,516	0,007
Q5 (Plus riche) ***	2,32	0,606	0,001	0,5
Ordre de naissance***	0,89	0,034	0,002	-0,005
Education de la mère (réf. Pas d'éducation)				
Non formelle	1,36	1,015	0,684	0,015
Primaire***	1,41	0,241	0,043	0,016
Secondaire et supérieur***	2,03	0,431	0,001	0,041
Consultations prénatales***	2,66	0,908	0,004	0,032
Région (Réf. : Centre)				
Centre Nord***	4,28	1,862	0,001	0,114
Nord Est***	3,24	1,570	0,016	0,084
Centre Est	2,51	1,180	0,051	0,059
Sud	2,3	1,037	0,065	0,05
Sud Ouest***	3,59	1,515	0,002	0,088
Centre Ouest	2,24	1,028	0,078	0,049
Ouest	2,03	0,996	0,148	0,041
Nord Ouest***	3,09	1,440	0,015	0,076
Nord	1,75	0,886	0,267	0,031
Abidjan	1,92	0,836	0,135	0,036
Effectif	3680			
Pseudo Rsq	0.06			
Chi2 de Hosmer-Lemeshow	101 (0,000)			
*Effets marginaux après régression logistique de la probabilité qu'une femme ait une césarienne pour son accouchement = 0,046				
***Odds ratio de la variable significatif avec un risque d'erreur de 5%				

Source : MICS 2006 et analyse BM

4.4. Comportements sexuels

106. Il existe certaines relations entre le niveau de prévalence du VIH et les comportements sexuels à risque, avec une corrélation plus forte pour les femmes. Le facteur de risque le plus clair est le nombre de partenaires pour les femmes. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH ne varie en effet que très peu quel que soit l'**âge aux premiers rapports sexuels** (entre 5,0 % et 5,6 %). Par contre, chez les femmes, la prévalence du VIH augmente progressivement avec l'âge aux premiers rapports sexuels, passant de 6,0 % chez les femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 16 ans à 12,0 % chez celles ayant eu leurs premiers rapports sexuels à plus de 20 ans. Chez les hommes, aucune tendance nette ne se dégage en fonction de l'âge aux premiers rapports sexuels. 73% des jeunes hommes et 56% des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans.

107. Globalement, la prévalence du VIH est de 5,1 % dans la population de 15-49 ans qui a eu des **rapports sexuels à hauts risques** au cours des 12 derniers mois (41 % des personnes testées et qui ont déjà eu des rapports sexuels). Cette prévalence est légèrement plus élevée que celle de la population qui a eu des rapports sexuels mais pas à hauts risques (4,5 %) mais, beaucoup plus faible que celle des personnes qui n'ont pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois (8,4 %). Chez les femmes, n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, la prévalence du VIH est de 12,1 %, contre 7,7 % chez celles ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois et 5,5 % chez celles ayant eu des rapports mais pas à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Les mêmes variations s'observent chez les hommes, mais avec un taux de prévalence plus faible.

108. La prévalence du VIH ne varie que très peu entre ceux qui ont utilisé un **préservatif** au cours de leurs derniers rapports sexuels et ceux qui n'en ont pas utilisé (4,6 % contre 4,9 %). Ces très faibles variations s'observent aussi bien chez les femmes (6,8 % contre 6,2 %) que chez les hommes (3,4 % contre 3,0 %).

109. Un tiers des femmes (33 %) et 58 % des hommes ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Parmi ces femmes, 34 % ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports à risque, contre 52 % des hommes. Le taux de prévalence est nettement plus élevé chez les femmes qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de leurs derniers rapports à risque que chez celles qui en ont utilisé un (8,2 % contre 6,8 %). Par contre, les résultats sont inversés chez les hommes, ceux n'ayant pas utilisé de préservatif ayant un taux de prévalence inférieur à ceux qui en ont utilisé un (2,4 % contre 4,4 %).

110. Chez les femmes comme chez les hommes, le niveau de prévalence augmente en fonction du **nombre de partenaires sexuels au cours de la vie**: de 4,1 % chez les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel au cours de leur vie, la prévalence passe à 12,5 % chez les femmes ayant eu 4-5 partenaires sexuels, et atteint 18,3 % chez celles ayant déclaré 11 partenaires ou plus. Il est évident que la réduction du nombre de partenaires est très importante pour le contrôle de l'infection chez les femmes. Chez les hommes, la prévalence passe d'un minimum de 1,9 % chez ceux ayant déclaré avoir eu 2-3 partenaires sexuelles au cours de la vie à un maximum de 4,8 % chez ceux ayant déclaré 11 partenaires ou plus. Cependant, curieusement, chez les hommes, la prévalence est plus élevée chez ceux qui n'ont eu qu'un seul partenaire (3,0 %) que chez ceux qui en ont eu 2 à 5.

111. Le Plan stratégique 2006-2010 de la lutte contre le VIH / SIDA décrit les interventions prioritaires visant à réduire l'incidence du VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST), avec un accent particulier sur les OEV (Orphelins et Enfants Vulnérables), les populations à risque, les jeunes, et les femmes enceintes. Le Plan stratégique national 2006-2010 est élaboré autour de sept axes stratégiques d'intervention: la prévention, les soins et le traitement, la coordination, le financement, le suivi évaluation, le renforcement des capacités et

la recherche opérationnelle. Les activités de prévention ont été intensifiées dans le plan stratégique, comme cela a été le cas dans les domaines tels que la communication pour le changement de comportement (CCC), le conseil et le dépistage volontaire VIH (CDV), la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), l'utilisation du préservatif, et la prévention des comportements à risque. Le nombre de patients sous ARV était très faible au moment de l'élaboration du plan de sorte que le volet traitement et soins s'est plus appesanti sur l'expansion des services de thérapie antirétrovirale avec une emphase particulière sur les services de soins et de soutien (SS) à l'endroit des femmes et des enfants. L'accent a également été mis sur une plus grande coordination entre les niveaux centraux et décentralisés afin d'assurer une meilleure coordination dans la mobilisation du financement de la lutte estimé à 557 millions d'euros nécessaires pour mettre en œuvre le plan (HAPSAT, 2009).

5. Environnement et santé

112. L'environnement est un des principaux déterminants de la santé individuelle et communautaire et l'exposition à des facteurs de risque physiques, chimiques et biologiques liés à l'environnement peut nuire à la santé humaine de différentes manières.

113. L'OMS estime qu'environ un quart de la charge mondiale de morbidité est imputable à des facteurs de risque liés à l'environnement.

114. En Côte d'Ivoire, la situation n'est guère reluisante et à l'image des autres pays, les facteurs environnementaux portent gravement atteinte à l'état de santé des populations.

5.1 Risques liés à la pollution industrielle³⁶

115. Les pollutions sont en général issues des rejets industriels et de la prolifération des activités liées au transport.

116. Le développement de certaines activités industrielles produit des quantités importantes de déchets qui menacent la santé des populations. A Abidjan, environ 120 000 tonnes de déchets industriels sont produites annuellement avec des émissions gazeuses incontrôlées.

117. Des affections respiratoires, des troubles neurologiques et neuro-comportementaux, des troubles de la reproduction et de la croissance dans la population ont également été rapportés à l'utilisation massive des pesticides et fertilisants dans l'agro-industrie.

118. Les menaces liées à la pollution industrielle ont pris un tournant dramatique avec le déversement au cours de l'année 2006 dans le district d'Abidjan, de 396,3 tonnes de déchets hautement toxiques. Le risque cancérigène est élevé pour les populations les plus exposées. La modélisation de la catastrophe survenue dans le District d'Abidjan faite selon les standards internationaux a permis d'estimer à plusieurs centaines de milliers les personnes ayant été exposées. Cet incident a entraîné 108 924 consultations médicales gratuites avec 69 hospitalisations et 12 décès³⁷ (ces chiffres surestiment peut-être le nombre de consultation véritablement liées aux déchets, la gratuité étant un biais).

5.2. Hygiène hospitalière et gestion des déchets

119. En Côte d'Ivoire, les données de 2009³⁸ montrent que les établissements sanitaires publics et privés produisent quotidiennement 13,1 tonnes de **déchets médicaux** soit 4 781,5 tonnes annuellement. Près de 70% de ces déchets médicaux sont infectieux contre 16 à 20%

³⁶ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : PNDS 2009-2013

³⁷ Rapport sur la situation des déchets toxiques, DGS/MSHP, janvier 2007

³⁸ Direction Générale de l'Hygiène Publique : Rapport d'enquête de caractérisation des déchets médicaux produits en Côte d'Ivoire. Juillet 2009

selon les estimations de l'OMS³⁹. Cette production est répartie comme suit : 4 234 tonnes par an pour le secteur public soit 88,5% contre 547,5 tonnes par an pour le secteur privé soit 11,5%. Le système de gestion de ces déchets reste insuffisant.

120. En Côte d'Ivoire, de façon générale, l'état de **l'hygiène dans les établissements sanitaires** est précaire. En 1999, dans les CHU de Cocody et de Yopougon, la prévalence des infections nosocomiales était respectivement de 9% et 11%. Au CHU de Treichville, ce chiffre était estimé à 12% en 2002⁴⁰. En 2006, la prévalence des infections nosocomiales au service de réanimation du CHU de Yopougon a atteint 85% et entraîné la fermeture momentanée du service.

121. Le plan stratégique de gestion des déchets médicaux définit les interventions principales visant à promouvoir l'hygiène hospitalière et à prévenir les infections nosocomiales. Le plan est basé sur 4 domaines d'intervention que sont (i) la formation des acteurs, (ii) la communication pour le changement de comportement et le plaidoyer, (iii) l'approvisionnement des établissements sanitaires en matériels de sécurité (seringues autobloquantes, seringues rétractables et boîtes de sécurité), (iv) l'équipement de la filière pour une gestion des déchets médicaux. Le plan vise à instaurer le tri sélectif des déchets à la production, à réduire, sur une période de 5 ans, la proportion de déchets infectieux de moitié et à doter tous les 83 districts sanitaires d'un incinérateur moderne pour l'élimination des déchets.

122. Concernant les **ordures ménagères**, la production du District d'Abidjan est estimée à 3500 tonnes/jour soit 1 250 000 tonnes par an. La production nationale annuelle est estimée à 3 500 000 tonnes. Cette production importante couplée à une gestion approximative est régulièrement responsable d'une insalubrité grandissante favorisant ainsi l'éclosion de certaines épidémies comme celle du choléra dont la létalité était estimée en 2004 à 8,33% et en 2005 à 15,39%⁴¹.

5.3. Facteurs de risques des maladies non transmissibles et accidents

123. **Les effets de la transition nutritionnelle et de la sédentarité croissante font augmenter le taux de maladies cardio-vasculaires et de cancers, de même que l'obésité et le diabète de type 2.** En effet l'enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005, a révélé que 88,1% des populations en Côte d'Ivoire, avait un faible niveau d'activité physique.

124. Les maladies non transmissibles restent dominées par les maladies métaboliques, les maladies cardio-vasculaires (HTA), les cancers. L'HTA est actuellement en nette progression. L'enquête STEPS⁴² réalisée en 2005 a révélé sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, une prévalence de l'HTA de 21,7%. La population d'hypertendus augmente avec l'âge pour atteindre 58,4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans.

125. Toujours selon l'enquête STEPS 2005, dans la région des Lagunes, le surpoids était observé chez 23,1% des sujets de sexe masculin et 37,6% des sujets de sexe féminin âgés de 15 à 64 ans, tandis que l'obésité atteignait 9,1% de la population masculine.

126. Les changements significatifs dans les modes de vie, ont conduit les populations à une propension à la sédentarité, à l'alcoolisme, au tabagisme et à la consommation de stupéfiants de

³⁹ OMS : Aide mémoire N°284. Genève 2004

⁴⁰ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Document de stratégies de promotion de l'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales. 2007.

⁴¹ Institut National d'Hygiène Publique, Service de Surveillance Epidémiologique, Rapport 2006.

⁴² Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005 – Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles

tous genres. En 2005⁴³, la prévalence du tabagisme quotidien était de 9,5% et la prévalence du tabagisme non quotidien de 4,1% dans la population âgée de 15 à 64 ans.

127. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire fait partie des pays de la sous-région où le nombre d'accidents de la voie publique (AVP) est jugé élevé. La mortalité, les handicaps et séquelles consécutifs aux AVP se sont accrus ces dix dernières années.

128. Les violences basées sur le genre sont en nette progression. Les violences tant physiques, sexuelles que psychologiques ont connu une recrudescence avec l'avènement de la crise que connaît le pays. Une enquête⁴⁴ menée par le Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales en 2007, indique que 59,5% des personnes enquêtées ont déclaré avoir été victimes de violences physiques au cours des douze derniers mois contre 10,41% de violences sexuelles et 89,59% de violences verbales dans la région d'Abidjan.

6. Utilisation du système de santé

6.1 Système de soins

129. A partir de l'enquête ménage ENV (Enquête Niveau de Vie des Ménages) menée en 2008, une analyse de l'utilisation du système de santé par les individus montre que les types de recours dépendent principalement du niveau de richesse et de la région de résidence.

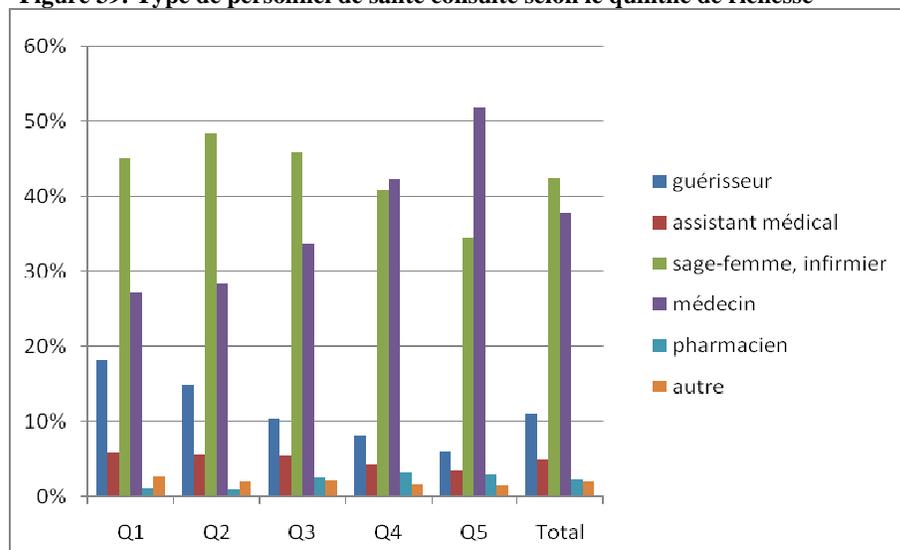
130. Les données de l'ENV 2008 indiquent que, sur 57 491 individus représentatifs des ménages africains vivant en Côte d'Ivoire, 21% d'entre eux avaient été malades au cours des 4 semaines précédant l'entretien (20,0% chez les hommes ; 22,1% chez les femmes) (12,6% lors de l'ENV 2002 sur une période de rappel de 2 semaines). 57% de ceux s'étant déclarés malades ont eu recours à un personnel de santé ou guérisseurs (52% parmi les plus pauvres et 65% parmi les plus riches). L'analyse des pratiques de recours aux soins en Côte d'Ivoire révèle que 42% des individus se rendent dans un hôpital ou CHR pour le 1^{er} recours au système de santé. Ce résultat indique une sous utilisation des établissements de premiers recours (CSR, CSU, FSU, etc.) et dénote un problème d'organisation et de financement de ce premier niveau de la pyramide sanitaire. Dans 77,6% des cas, l'établissement de santé où les individus ont consulté relevait du secteur public.

131. Peu de différences sont observées sur le taux de morbidité en fonction de la richesse de l'individu (18,9% des personnes appartenant au quintile le plus pauvre se sont déclarées malades contre 21,2% parmi celles du quintile le plus riche). Toutefois, les individus les plus riches consultent plus (16% d'entre eux pour le quintile le plus riche) que les plus défavorisés (11%) (ENV 2008). Comme l'illustre le graphique ci-dessous, le type de personnel de santé auxquels les individus ont recours ainsi que les lieux de consultation sont également fortement différenciés selon la richesse du ménage. Les plus pauvres ont davantage recours à un guérisseur traditionnel (18% des premiers recours) qu'à un médecin (27%). Quant aux individus appartenant au quintile le plus riche de la population, seuls 6% d'entre eux se rendent chez le guérisseur contre 52% qui recourent à un médecin.

⁴³ Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005

⁴⁴ Analyse des violences basées sur le genre dans le département d'Abidjan : Résultats de l'enquête quantitative, Ministère de la Femme et des Affaires sociales, janvier 2007

Figure 39: Type de personnel de santé consulté selon le quintile de richesse

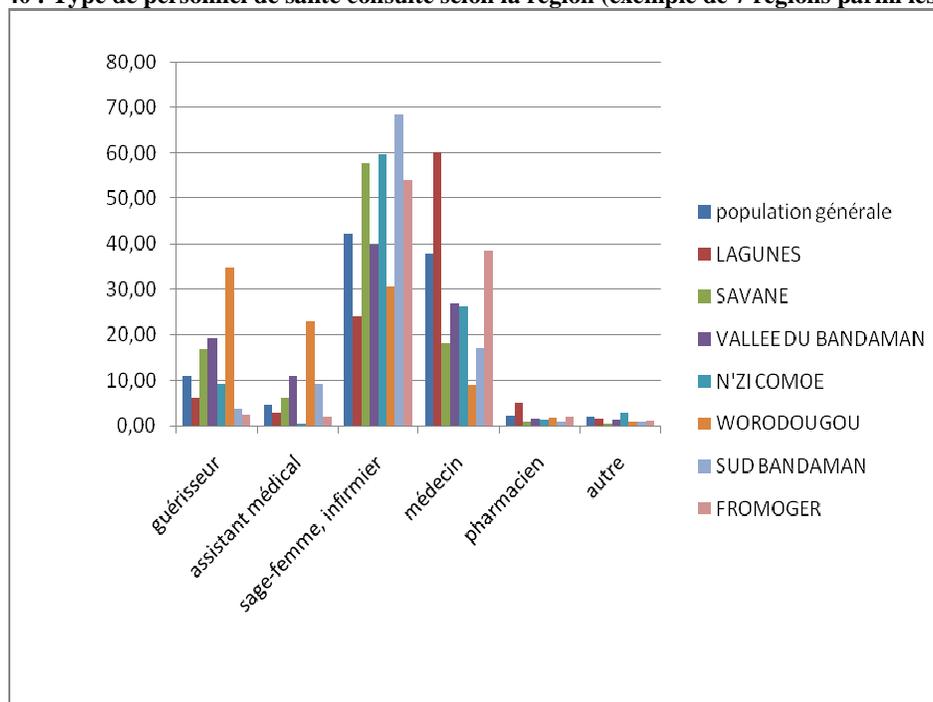


Source : Données ENV 2008 et analyse BM

132. Selon leur région de résidence, les individus ont des pratiques de recours aux soins qui diffèrent, parfois très fortement, comme l'illustre le graphique ci-dessous prenant comme exemple le type de personnel de santé consulté en 1^{er} recours dans 7 des 19 régions de la Côte d'Ivoire. Alors que 10,97% des individus en moyenne nationale s'adressent en premier recours à des guérisseurs ou tradipraticiens, cette part s'élève à 34,83% dans la région du Worodougou et n'est que de 3,65% dans le Sud Bandaman. Concernant la part du recours à un médecin, elle est de 60% dans la région Lagunes et de 9% dans le Worodougou (part au niveau national de 37,76%).

133. Il est possible que cet effet « région » soit en fait lié à celui de la densité de l'offre de soins ou/et à la pauvreté régionale (ratio de pauvreté est de 57,9% dans la Région Nord-Ouest dans laquelle se trouve le Worodougou, de 44,6% dans la région du Sud dans laquelle se trouve le Sud Bandama et de 21% dans la ville d'Abidjan située dans la région des Lagunes ; ENV 2008).

Figure 40 : Type de personnel de santé consulté selon la région (exemple de 7 régions parmi les 19)



Source : Données ENV 2008

134. Dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida, la stratégie actuelle en Côte d'Ivoire a conduit à rendre plus facilement disponibles les services de Conseils et Dépistage, les services de PTME qui sont offerts dans plus de 150 structures, et les médicaments antirétroviraux (ARV) pour les PVVIH dans tous les établissements publics de santé. Malgré la gratuité des traitements ARV depuis août 2008, le nombre de patients sous ARV reste faible en termes de besoins satisfaits (environ 30% des personnes éligibles aux ARV ont reçu un traitement en 2008). La CCC est limitée, et la PTME est encore loin d'atteindre ses objectifs de traitement. Seulement 17% des femmes enceintes séropositives étaient sous thérapie antirétrovirale en 2007 alors que l'objectif national est de 100 % (HAPSAT, 2009).

6.2. Services communautaires

135. Conformément à la stratégie des soins de santé primaires, des relais de santé communautaires existent – en principe - dans chaque aire sanitaire. Ces relais comprennent des individus ou groupes de personnes que sont les Agents de Santé Communautaires (ASC), les Accoucheuses Traditionnelles ou matrones et les groupes de soutien à des actions sanitaires spécifiques (allaitement maternel, nutrition...).

136. Les relais de santé communautaires sont chargés de promouvoir la santé au sein de la communauté, notamment les pratiques familiales essentielles, la continuité des soins conformément aux directives nationales, les visites à domicile, les campagnes de vaccinations, la supplémentation en Vitamine A, la distribution de déparasitants.

137. Globalement, il se pose néanmoins le problème de l'intéressement de ces relais communautaires. Un projet a été introduit en vue de la formalisation du statut des relais communautaires dans le système de santé.

Encadré 4 : Principaux constats et recommandations Interventions à haut impact (chapitre 3)

Principaux constats :

Comme dans la plupart des pays de la sous-région, le **paludisme** est le principal facteur de la morbidité et de la mortalité infantile. Le taux de couverture de l'intervention la plus efficace (faire dormir les enfants sous MII) reste faible (17%), malgré des signes encourageants d'amélioration, grâce à la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme. En revanche, le taux de prescription des antipaludiques chez les enfants de 5 ans impaludés reste bas, à 22%.

La **malnutrition** est aussi un problème majeur pour les enfants. Les politiques en place paraissent peu actives, comme en témoignent le taux d'allaitement maternel exclusif, encore limité à 25% des naissances.

Les insuffisances en matière **d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable** contribuent à ces problèmes de santé, notamment avec les diarrhées. Par rapport aux autres pays africains, la Côte d'Ivoire reste néanmoins dans une situation médiane en ce qui concerne le taux de couverture en moyen d'assainissement amélioré.

Concernant la santé maternelle, le niveau de prévalence de la **contraception moderne** reste très faible, puisque moins de 8% des couples utilisent des moyens modernes de contraception. Le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié, intervention considérée comme essentielle pour réduire la mortalité maternelle, n'est que de 57%, ce qui est – encore une fois – un des taux les plus faibles de la sous-région.

Enfin, avec un taux d'utilisation à 13% (2006), la **fréquentation des services de santé** est une des plus basses de la sous-région. Cela justifie une analyse détaillée (présentée ci-après) des obstacles à l'accès aux services de soins.

Principales recommandations

Certaines politiques exigent d'être radicalement renforcées, notamment la politique de lutte contre le paludisme. Des distributions massives de moustiquaires semblent en effet nécessaires (en cours avec l'appui du Fonds Mondial).

D'autres politiques sont à développer. Cela concerne tout particulièrement celle de la nutrition, qui est encore embryonnaire.

La question de la croissance démographique (la population pourrait doubler d'ici 2030 si le taux de fécondité reste identique) est un enjeu à la fois pour le développement du pays et pour la santé des femmes et des enfants. Trois types d'interventions peuvent contribuer à accélérer la transition démographique et permettre aux femmes de mieux maîtriser leur fécondité : (i) développer l'information et la communication sur les questions démographiques et de planification familiale, (ii) mettre en place des services de planification familiale de qualité et enfin (iii) favoriser l'éducation et l'émancipation des femmes.

CHAPITRE 4:
GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU SYSTEME DE SANTE

1. Gouvernance

138. Pour rappel, la gouvernance du système national de santé en Côte d'Ivoire peut être définie comme l'exercice du contrôle des responsabilités déléguées dans le cadre de l'administration des ressources du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique aux fins du développement des stratégies sanitaires.

139. Il s'agit en d'autres termes de l'ensemble des actions et moyens adoptés par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour promouvoir l'action collective et fournir des solutions afin d'atteindre des objectifs communs d'amélioration de la santé des populations.

140. La gouvernance a ainsi pour but d'accroître l'équité et l'accessibilité à des services publics de soins de qualité pour les usagers sur l'ensemble du territoire national, à travers la mise à disposition du système de santé des mesures concrètes pour améliorer la participation, la responsabilisation, la transparence dans l'offre des services de soins dans les formations sanitaires.

141. Dans ce chapitre, nous avons surtout analysé la problématique de la gouvernance sous l'angle de l'architecture institutionnelle du système de santé. Pour chacun des échelons et acteurs du système, nous avons tenté de comprendre la cohérence entre (i) d'une part les objectifs qui leur étaient assignés et (ii) d'autre part les pouvoirs décisionnels et les moyens dont ils disposent.

142. Les aspects individuels de la gouvernance sont traités dans le chapitre « Ressources humaines ».

1.1 Historique du système national de santé

143. La réforme du système sanitaire ivoirien a commencé en 1985, par la création des directions régionales, et en 1992, par la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, avec la pratique du recouvrement des coûts des actes de soins au sein des établissements publics.

144. Cette initiative, n'ayant été accompagnée ni de mesures adéquates pour la prise en charge des indigents ni d'un système de partage du risque maladie et de financement communautaire, a souvent abouti à une baisse de l'accessibilité des démunis aux soins de santé de base.

145. L'organisation du système de santé est basée sur les districts sanitaires mis en place depuis 1994. Elle est encore peu opérationnelle du fait de la faible capacité gestionnaire des médecins chefs de district, de la faible mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des plans de développement des districts, de l'insuffisance de coordination des interventions et de la faible intégration des programmes de santé verticaux.

146. Une des spécificités de la Côte d'Ivoire est qu'à coté du ministère en charge de la santé, il existe un ministère en charge de la lutte contre le VIH/SIDA. En effet, pour affirmer l'intérêt que l'Etat attachait à la lutte contre ce fléau, le gouvernement ivoirien a créé un Ministère de lutte contre le SIDA (MLS). De cette situation résultent un certain nombre de dysfonctionnements dans le secteur de la santé. Ces problèmes sont traités dans ce chapitre.

1.2 Organisation et fonctionnement du système de santé

1.2.1 En matière de santé et d'hygiène publique

Le Ministère de la Santé.

147. Le système de santé ivoirien, structuré de manière pyramidale avec trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique), est organisé autour de deux composantes : l'une administrative et l'autre médicale. Chaque composante comprend trois niveaux.

148. Au plan administratif, le système distingue :

- a. un niveau central comprenant le Cabinet ministériel ainsi que les services qui lui sont rattachés, deux directions générales et dix directions centrales ; puis,
- b. un niveau intermédiaire constitué de dix-neuf directions régionales ; et enfin,
- c. un niveau périphérique ou opérationnel regroupant les quatre-vingt trois districts sanitaires chargés notamment de la mise en œuvre des soins de santé primaires (SSP).

149. La composante médicale présente, pour le secteur public, un niveau primaire comprenant les établissements sanitaires de premier contact. Il s'agit des centres de santé urbains et ruraux, véritables points d'entrée du système sanitaire. Le niveau secondaire de cette composante est constitué par les établissements sanitaires de premier recours ou de référence pour les malades provenant du niveau primaire. Ce sont les hôpitaux généraux, les centres hospitaliers régionaux et certains centres hospitaliers spécialisés. Enfin, un niveau tertiaire comprenant les établissements sanitaires de second et dernier recours.

Figure 41: La Pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire

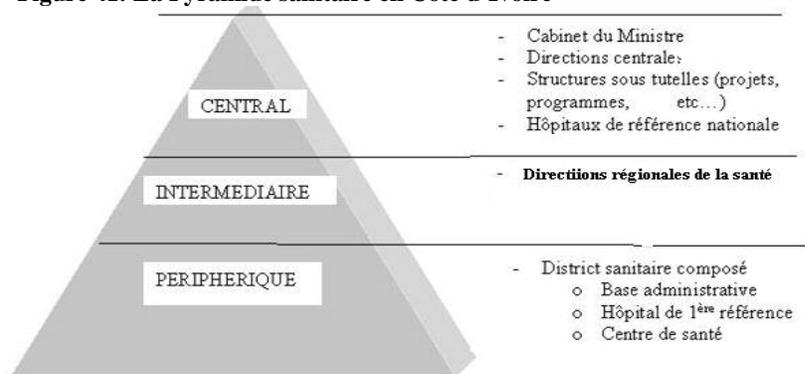
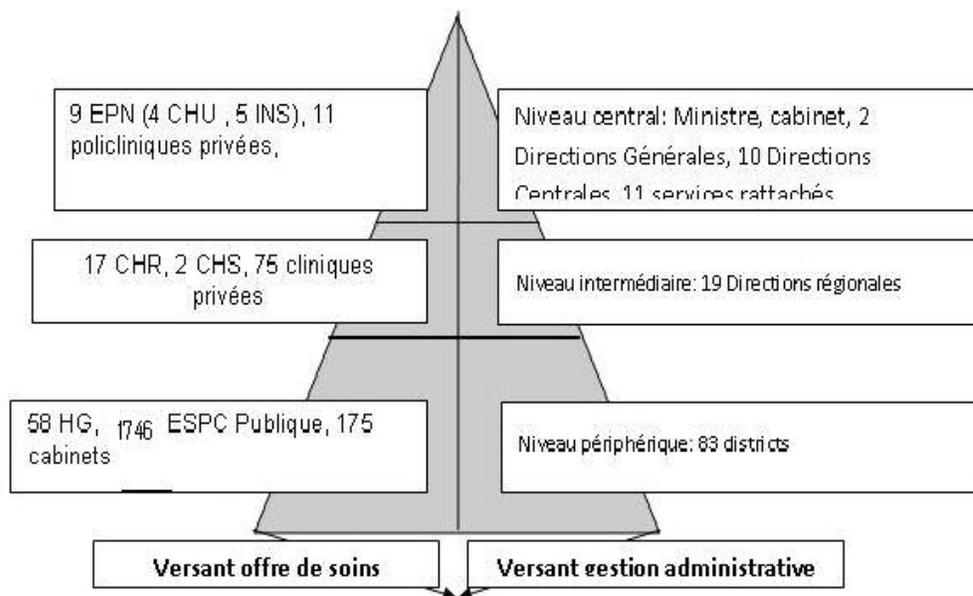
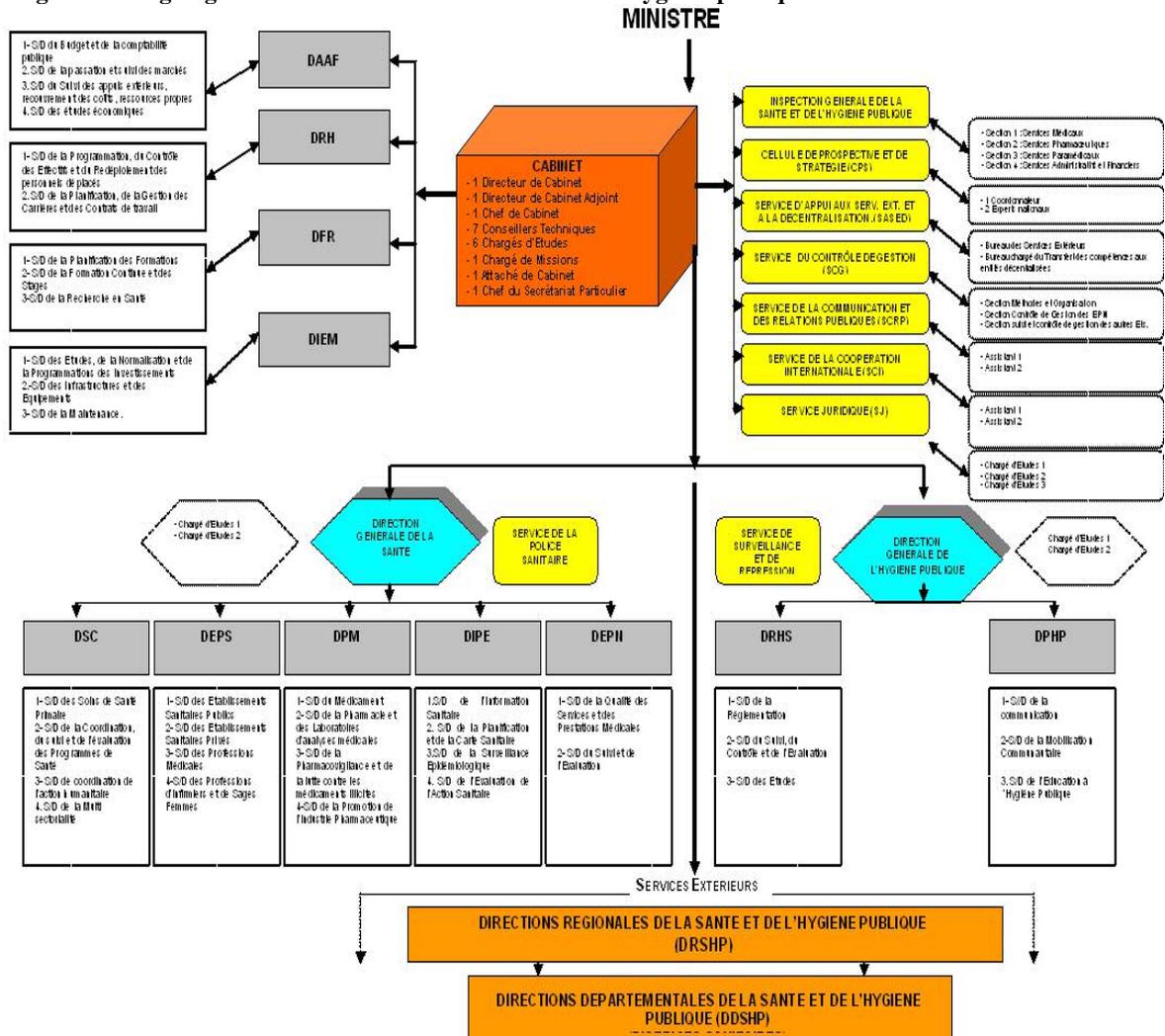


Figure 42 : Les versants de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire



150. **Le niveau central** Le Ministère de la santé est composé des structures suivantes : Cabinet, 2 Directions Générales, 10 Directions Centrales, 9 services rattachés, 13 EPN, 24 DCPS. Elles sont organisées autour du cabinet du Ministre, qui est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.

Figure 43: Organigramme du Ministère de la santé et de l'hygiène publique



151. **Le niveau intermédiaire** ou régional comporte 19 directions régionales sanitaires chargées de la coordination et de l'appui aux régions et districts sanitaires en relation avec la Direction générale de la santé et le SASSED.

152. Il est garant de la mise en œuvre de la politique nationale de santé au niveau régional, de la coordination des activités menées dans les districts sanitaires, ainsi que de l'encadrement technique, administratif et logistique des districts en collaboration avec les collectivités territoriales.

153. **Le niveau périphérique** 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.

154. Ce niveau dit départemental et opérationnel est composé de 83 districts sanitaires constitués au niveau primaire de 1746 ESPC, au niveau secondaire de 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et de 60 Hôpitaux Généraux, et au niveau tertiaire de 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

155. À ces établissements de soins s'ajoutent les EPN non hospitaliers (PSP, CNTS, LNSP, INHP, INSP), le SAMU, l'IRF et les structures de santé des institutions connexes que sont les ministères de la défense, de la sécurité intérieure, de la justice, de l'économie et des finances, de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur.

156. Toujours au niveau opérationnel, à côté du secteur public, il existe un secteur privé qui est en pleine expansion. Il comprend 1187 cliniques et cabinets privés et 653 officines privées approvisionnées par trois grossistes répartiteurs.

Figure 44: Carte des Directions Régionales et Districts Sanitaires de la Côte d'Ivoire



Données : Draft Annuaire Statistique 2007-2008 de Décembre 2009

1.2.2 En matière de lutte contre le SIDA

Le Ministère de lutte contre le SIDA

157. La riposte nationale à l'épidémie depuis l'annonce des premiers cas de sida en 1985 s'est manifestée par la mise en place successive de différentes institutions de coordination : en 1992 est créé le programme National de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et les IST (PNLS/IST/TUB). En 2000 le Ministère de la Lutte contre le Sida (MLS) a été officiellement

créé. Il s'agissait alors d'un ministère délégué auprès de la primature. En 2003, le MLS est devenu un ministère de plein statut. Le Programme National de prise en charge des personnes vivant avec le Sida (PNPEC) du MSHP est créé en 2001 (et dévolu ensuite au MLS à sa création) pour coordonner l'intégration de la prise en charge des PVVIH à l'échelle nationale en tenant compte de tous les acteurs de tous les secteurs (public comme privé) intervenant dans la lutte contre le Sida. Le MLS a quant à lui pour mission de planifier, d'orienter, de coordonner, de faire le suivi et évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. La mission du MLS consiste aussi à mobiliser les ressources techniques et financières pour tous les secteurs impliqués dans la lutte à l'échelle nationale. Le MLS a, en d'autres termes, pour mandat de coordonner toutes les actions de lutte contre le SIDA sur le territoire. Il joue un rôle majeur dans la recherche et l'obtention de soutien financier et technique, dans la collaboration pour le suivi et évaluation des activités du VIH/SIDA, dans la mise en œuvre et la coordination des activités préventives au niveau communautaire et dans l'élaboration d'un Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA.

1.2.3 Analyse des principaux dysfonctionnements du système de santé

158. Définie comme un ensemble de structures chargées de la gestion, de l'animation et du contrôle de la politique de santé, l'administration sanitaire est partout marquée par deux caractéristiques: (i) la centralisation et (ii) l'adhésion au concept du district sanitaire promu par l'OMS et l'Unicef.

159. On peut analyser les dysfonctionnements du système institutionnel actuel au travers de : (i) la clarté des objectifs fixés à chaque niveau de la pyramide sanitaire, (ii) la cohérence des pouvoirs décisionnels avec ces objectifs, (iii) la capacité de mise en œuvre des axes stratégiques, et (iv) le contrôle et la coordination des acteurs de cette déconcentration.

a. Un échelon central à la fois éclaté et tout puissant

160. Les principaux problèmes observés au niveau central portent sur : l'insuffisance de cohérence de la politique de déconcentration, l'insuffisance de la coordination entre le MSHP et le MLS, l'insuffisance du cadre de régulation des interventions, de supervision et de contrôle des activités, de moyens, l'insuffisance de performance du versant prestataire, et l'absence de stratégies de planification ascendante.

161. Concernant la politique de déconcentration, si de réels efforts ont été menés en Côte d'Ivoire, ils ne l'ont pas toujours été de façon cohérente. A cet effet, certains niveaux de la pyramide sanitaire se voient attribués des objectifs larges, sans l'autonomie décisionnelle et les moyens adéquats. On trouve également la situation inverse, où des moyens importants alloués ne sont pas liés à des objectifs stratégiques clairs.

162. Concernant l'insuffisance de la coordination entre le MSHP et le MLS, si le gouvernement ivoirien a marqué l'importance qu'il accorde à la lutte contre le VIH/SIDA en créant un ministère à part entière consacré à la lutte contre le VIH, un manque de clarté entre les missions des ministères, des financements inégaux, et une compétition institutionnelle ont affecté la réponse en Côte d'Ivoire. Cette situation a été aggravée par la crise-socio politique. Il existe un manque chronique de coordination entre les différentes structures ce qui ne facilite pas l'exécution des activités, et des opportunités d'appui pour la lutte contre le VIH n'ont pu être saisies. A cet effet, les conclusions de la revue à mi-parcours du Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA (2006-2010) sont les suivantes: « *Pour améliorer le système d'information et obtenir des données et informations les plus fiables possibles sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire, au MSHP et au MLS de définir, dans les meilleurs délais, un cadre formel de*

collaboration étroite pour gérer les deux systèmes d'information avec des stratégies et des actions concrètes, une définition précise des rôles et responsabilités, des résultats précis à atteindre selon des échéances bien déterminées. » Une autre recommandation demandait « au MLS et au MSHP d'une part, aux partenaires techniques et financiers, d'autre part, en particulier PEPFAR, CARE, Banque Mondiale et le Système des Nations Unies dans le cadre de ONUSIDA, de définir un cadre d'entente (Mémorandum of understanding) pour faciliter au MLS sa mission de Secrétariat du CNLS en l'appuyant pour la collecte, le traitement et la gestion des données et informations relatives au VIH/sida aux niveaux national, régional et départemental. Dans ce sens, il est recommandé spécifiquement au PEPFAR d'accorder un appui technique et financier conséquent au MLS/DPSE pour un système d'information national VIH/sida performant et pour donner du sens à l'appui sectoriel fourni au MSHP.

163. Compte tenu de l'importance de la place de la santé dans la riposte nationale au VIH/sida, le système d'information sanitaire est l'épine dorsale du système d'information en matière de VIH/sida. Il fournit la plus grande part de l'information en matière de VIH/sida et doit, de ce fait, être performant. C'est la raison pour laquelle il a été recommandé à tous les partenaires de poursuivre et de rationaliser l'appui technique et financier au MSHP à travers la DIPE et le PNPEC.

164. La Côte d'Ivoire, à l'instar des autres pays de la sous-région, est affectée par le déséquilibre du financement de la santé créé par les flux massifs de fonds affectés au VIH. Ceci a davantage compliqué la relation à la fois entre les deux ministères de la santé, et au sein du Ministère de la santé. Les directions et les programmes chargés de la lutte contre le VIH ont bénéficié d'appuis considérables de partenaires au développement, sans que ces soutiens soient coordonnés de manière efficace par le ministère de tutelle.

165. Concernant le cadre de régulation et de contrôle des interventions, on note que :

- les documents de politiques, de normes, standard et de procédure sont soit inexistantes (politique nationale de santé, plan national de renforcement du système de santé, politique hospitalière, observatoire nationale de santé) soit insuffisamment vulgarisés, appliqués et suivis. C'est le cas des décrets d'application de la loi sur la décentralisation en matière de santé et d'hygiène publique qui n'ont pas encore été signés;
- les documents définissant le cadre de collaboration entre secteur public et secteur privé, confessionnel, communautaire ne sont pas encore élaborés et les directives nationales des programmes de santé sont insuffisamment diffusées au niveau opérationnel ;
- la supervision et le contrôle des activités des Régions et Districts Sanitaires sont insuffisants, ainsi que la coordination faible des activités des partenaires institutionnels et techniques du système de santé ;
- l'insuffisance de moyens alloués à la Direction générale de la santé pour conduire une véritable politique de coordination des activités réalisées constitue une des grandes déficiences organisationnelles observées.

166. Concernant la **planification des activités**, il est noté que le processus de planification ascendante n'existe pas encore en Côte d'Ivoire. Ce sont les Directions centrales du MSHP qui décident pour l'essentiel des activités à mener, sans la recherche systématique d'une cohérence avec les activités au niveau des districts et régions sanitaires (il existe des micros plans au niveau des Districts).

167. Il est clair que ces directions fonctionnent de façon relativement isolées, notamment grâce à des financements spécifiques (issus des budgets-programmes et des partenaires extérieurs) ne passant pas par le SIGFIP.

b. Un échelon intermédiaire marqué par des pouvoirs dévolus importants et des ressources insuffisantes pour leur mise en œuvre

168. Les textes en vigueur donnent beaucoup de pouvoirs mais très peu de moyens aux Directions régionales (DR) pour piloter le système de santé des régions sanitaires. Les DR représentent sur le plan technique le Ministère de la santé et de l'hygiène publique au niveau des régions sanitaires.

169. A cet effet, les DR ont pour missions d'assurer : 1) la promotion de la politique nationale de Santé et d'Hygiène Publique dans la région, 2) la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale de Santé et d'Hygiène Publique au niveau de la région, 3) le suivi, l'évaluation des activités sanitaires et d'hygiène publique dans la région, 4) le contrôle et l'inspection des activités sanitaires et d'hygiène publique dans la région, 5) la représentation technique du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique dans la région, et 6) l'appui technique aux Districts Sanitaires.

170. Pour l'essentiel, si les DR peuvent parfois assurer les supervisions et les contrôles des districts sanitaires malgré la faiblesse des dotations budgétaires, elles usent rarement des pouvoirs dont elles disposent pour récompenser ou sanctionner les personnels des districts sanitaires et autres établissements de santé évalués.

171. Ainsi, l'impact des supervisions assurées par les équipes régionales de santé (ESR) ne peut être que très limité en raison de l'insuffisance d'autorités des Directeurs régionaux de la santé sur le fonctionnement des districts sanitaires et de l'irrégularité des supervisions sur le terrain.

172. De façon générale, les problèmes rencontrés par les DR sont en rapport avec :

- l'absence de plans de développement sanitaires pluriannuels au niveau des régions et des districts sanitaires,
- l'insuffisance d'organisation de la planification, du suivi et de coordination des activités,
- la faible prise en compte dans les plans locaux de développement sanitaire des interventions du privé et structures d'appui;
- l'irrégularité et l'insuffisance de complétude des données sanitaires et des bilans d'activités,
- la faiblesse des ressources financières qui limite plus le potentiel d'influence et de coordination sur les districts sanitaires,
- la non-maîtrise des interventions des partenaires de mise en œuvre qui financent directement des projets dans les districts sanitaires
- l'absence de collaboration avec les collectivités territoriales pour la conduite de leurs missions sur le terrain.
- les conditions de travail inadaptées : absence de locaux, insuffisance de ressources.

173. Par ailleurs, le secteur hospitalier souffre de l'absence d'une réforme de la politique hospitalière, qui pourrait introduire de véritables projets d'établissement et des contrats d'objectifs/moyens à atteindre.

c. Un échelon opérationnel marqué par de très fortes sollicitations et une coordination insuffisante

174. Le District sanitaire (DS) est l'unité opérationnelle du système de santé permettant la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaire et permettant de desservir une

population bien définie dans une zone administrative et géographique précise, quelle soit urbaine ou rurale.

175. La Direction Départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DD) a pour missions, sous l'autorité de la Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique et en liaison avec les collectivités territoriales de : 1) appliquer la politique nationale en matière de santé et d'Hygiène Publique, 2) appliquer la stratégie des soins de santé primaires basée sur le PMA, 3) animer et de coordonner les activités des structures sanitaires publiques et privées du département.

176. Un grand nombre d'instances interviennent dans la gestion stratégique et opérationnelle des formations sanitaires au sein des districts sanitaires. Ainsi, en 2007 ont été instituées quatre instances pour piloter la zone sanitaire, à savoir : 1) le bureau de district, 2) l'hôpital de référence du district, 3) l'équipe Cadre de District (ECD) et 4) les établissements sanitaires de premier contact publics et les établissements sanitaires privés situés dans l'aire de délimitation géographique du district.

177. Les dysfonctionnements observés au niveau de cet échelon de la pyramide sanitaires touchent les quatre instances impliquées dans le pilotage du district sanitaire ainsi que la participation du secteur privé, des institutions connexes et des collectivités territoriales dans l'accessibilité aux soins de santé :

1) Sur le fonctionnement du Bureau du District

178. Pour la plupart des districts, les services du Bureau du district sanitaire ⁴⁵ (tels que décrits dans l'arrêté portant organisation des DS) ne sont pas formalisés et ni pourvus en personnels et ressources appropriés.

179. Le rôle de contrôle et de supervision de la tutelle administrative locale que constitue le Bureau du district est très faible sur les structures publiques de production de soins. Il est même symbolique sur les structures privées. Son action est perturbée par une déconcentration théorique démentie par des moyens humains et budgétaires dérisoires.

2) Sur le fonctionnement de l'hôpital de référence du district sanitaire

180. Situé dans l'aire de délimitation du District, et censé assurer une fonction de premier recours et une capacité de prise en charge des cas référés, l'hôpital de référence est en général utilisé comme un gros ESPC en raison d'une qualité moindre des prestations de soins au niveau des dispensaires et autres établissements de santé de proximité, et du plateau technique inadapté pour son fonctionnement en tant qu'hôpital de référence.

181. Cette situation peut être expliquée par des marges de manœuvre réelles très étroites en matière de gestion des ressources humaines et des budgets de fonctionnement de ces structures sanitaires publiques de référence.

3) Sur le fonctionnement de l'équipe cadre de district

182. L'ECD se compose du Directeur Départemental, du Responsable Santé de la Collectivité Territoriale, des Chefs de services du bureau de district, des Directeurs des hôpitaux, des Médecins-chefs des établissements sanitaires du district, du Médecin Responsable de la prise en charge du VIH/SIDA, du Coordonnateur du Programme Elargi de vaccination (CPEV).

183. L'ECD comprend aussi un Responsable du Centre de Surveillance Epidémiologique (CSE), d'une Sage Femme Responsable de la Santé de la Reproduction/Planification Familiale (SR/PF), d'un Représentant des ONG œuvrant dans le secteur de la santé et d'un représentant du Secteur Privé.

⁴⁵ Le Service de l'Action Sanitaire et de l'Hygiène Publique, le Service Administratif et Financier, la Pharmacie du District et le Service de Suivi-Evaluation et de Gestion de l'Information Sanitaire.

184. Organe de cohérence de la mise œuvre de la politique sanitaire à l'échelle locale, l'équipe cadre de district constituée des cadres des hôpitaux et centres de santé de la zone, est souvent peu opérationnelle du fait des conditions de travail inadaptées.

4) Sur le fonctionnement des établissements sanitaires de premier contact et de leur COGES

185. Les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) composés par les centres de santé urbains (CSU), les centres de santé urbains spécialisés (CSUS), les formations sanitaires urbaines (FSU), les formations sanitaires à base communautaires et les centres de santé ruraux (CSR) sont gérés par les COGES (Comité de gestion) et ont pour mission d'offrir des soins de base.

186. Structure d'appui à la gestion du centre de santé et interface avec la population, le COGES est un groupe de personnes qui exercent leur rôle à titre bénévole et qui sont choisies par les membres de la communauté de l'aire de rayonnement du centre de santé. Il a pour mission de veiller au respect de la tarification nationale, d'élaborer et d'adopter le budget annuel après avoir examiné les autres apports financiers, de décider des dépenses de fonctionnement du centre de santé supportées par la participation financière des usagers.

187. Destiné à incarner pour la première fois une réelle collaboration entre les agents de santé et les représentants des communautés et répondre ainsi aux nouvelles exigences du paquet minimum d'activités (PMA), le fonctionnement observé des COGES est caractérisé par 1) une faible implication dans la vie des centres de santé, 2) une faible participation aux activités de gestion du centre de santé, 3) un pouvoir limité dans le processus de prise de décision notamment dans la gestion des ressources humaines, de l'équipement et l'élaboration du budget des formations sanitaires.

188. Cependant contrairement aux autres établissements de santé du secteur public, les COGES des formations sanitaires à base communautaires (au nombre de 47 dont 27 CSUCOM et 20 FSUCOM) se caractérisent par une appropriation forte de la gestion des outils de productions de soins, du fait de conventions de gestion déléguée signées avec le Ministère de la santé et aussi d'une insuffisance de régulation par la puissance publique. Cela a pour conséquence une gestion financière approximative, une faible participation de la population bénéficiaire dans le système de gestion communautaire, des relations conflictuelles avec les personnels de santé mis à disposition par la tutelle, et au bout du compte une détérioration de la qualité des prestations fournies aux usagers. Néanmoins, ces structures communautaires sont plus fréquentées que les autres centres de santé publics par la population car les tarifications sont mieux respectées, l'accueil est meilleur, probablement du fait de la participation communautaire à la gestion (malgré ses faiblesses).

Encadré 5 : La participation communautaire au travers des COGES

En Cote d'Ivoire, les initiatives de participation des communautés aux services de santé s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP). Concrètement, les initiatives en la matière ont consisté en la mise en place de Comités de Gestion (COGES) au niveau de chaque établissement sanitaire et à l'utilisation des relais communautaires dont les Agents de Santé Communautaires (ASC). En zone urbaine, le COGES est présidé par le Préfet. La communauté est représentée à travers les élus des collectivités décentralisées. Chaque année, le bilan de gestion et le projet de budget

sont élaborés par le responsable de l'établissement sanitaire et sont soumis à l'approbation du COGES.

En zone rurale, une large place est accordée à la participation des communautés. Chaque localité appartenant à l'aire de santé de l'établissement sanitaire est représentée par un membre. Les fonctions de président et de trésorier sont détenues par la communauté. Seule la fonction de secrétariat est confiée au personnel de santé.

Cependant, les COGES exercent leur rôle à titre bénévole et leur fonctionnement est caractérisé par une faible implication dans la vie des établissements sanitaires et une faible participation aux activités. Par ailleurs, leur pouvoir décisionnel est limité, notamment concernant la gestion des ressources humaines et des équipements.

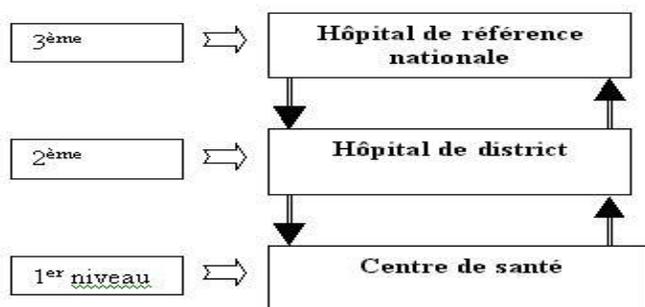
Concernant les COGES des formations sanitaires à base communautaire, il y a une bonne appropriation de la gestion des outils de production des soins mais la gestion financière est approximative et on note une faible participation de la population bénéficiaire dans le système de gestion communautaire et des conflits fréquents avec le personnel de santé affecté par le Ministère de la Santé.

d. Autres niveaux de dysfonctionnements

1) Sur le système de référence et contre-référence

189. Il s'agit de la liaison fonctionnelle entre les différentes structures de la pyramide sanitaire dans le cadre d'une prise en charge appropriée des patients selon les besoins de son état de santé.

Figure 45 : Système de référence en Côte d'Ivoire



190. Le système de référence contre référence se déploie en trois niveaux en fonction des compétences techniques requises et de l'utilisation rationnelle des ressources suivant le schéma ci-dessus. Il a été mis en place pour assurer au patient la meilleure prise en charge possible.

191. Dans les faits, le fonctionnement de ce système n'est pas optimal, en raison de l'absence d'un système de communication, tels le développement d'un réseau radiophonique entre ces structures et la mise à disposition d'une ambulance à certaines d'entre elles. De plus, la 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.

2) Sur la participation du secteur privé dans l'offre de soins

192. De façon générale et en particulier en Côte d'Ivoire, les politiques de santé ont été construites essentiellement autour du secteur public, n'accordant qu'une place marginale au secteur privé. A l'analyse, il s'avère qu'une bonne partie de la population aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain utilisent les structures privées (formelles et informelles) et que depuis 1994 la gratuité des soins n'est plus de mise dans les établissements publics de santé en Côte d'Ivoire.

193. Ainsi, avec un nombre estimé à plus de 1494⁴⁶ infirmeries, cliniques et cabinets privés, la création des établissements privés connaît une véritable expansion au cours de ces dernières années en raison de la crise sociopolitique qui a vu un accroissement des besoins en santé des populations et la désorganisation du secteur public.

194. Cependant cet accroissement s'est effectué dans des conditions anarchiques avec des établissements créés sans le respect des normes en vigueur et sans mécanisme opérationnel de contrôle des activités médicales réalisées, exposant les populations à des risques de soins non optimaux.

195. Par ailleurs, peu de données sont disponibles sur les activités des formations sanitaires privées en termes de fonctionnement, de qualité et de sécurité dans la prise en charge des patients. Ce diagnostic prouve que le secteur privé est mal connu et peu maîtrisé malgré la place importante qu'il occupe désormais dans le système de santé.

3) Sur l'implication des collectivités territoriales

196. Malgré leur forte légitimité et leur présence dans l'arrêté portant organisation des directions régionales et départementales de la santé, les collectivités locales restent encore très peu impliquées dans la gestion du système national de santé.

197. En effet, bien que responsabilisées par la loi de 2003 relative à la répartition et au transfert des compétences en matière de santé aux collectivités territoriales, elles n'interviennent en général que dans la construction et l'entretien des infrastructures de santé de base, en général sans tenir compte de la carte sanitaire ainsi que du plan local de développement sanitaire.

198. La plupart des communes interviennent de façon informelle, sans coopération avec les autorités sanitaires locales, par des dons de médicaments et d'équipements ou par un appui ponctuel aux opérations de sensibilisation.

199. Dans la pratique, les collectivités territoriales n'exercent aucun pouvoir sur le fonctionnement des centres de santé en raison de l'absence de décret d'application de la loi portant transfert de compétences.

200. Les relations entre les COGES et les collectivités territoriales restent limitées. La plupart des COGES ne sont pas associés à l'élaboration des Plans de Développement Communal.

4) Sur la coopération internationale dans le secteur de la santé et les migrations sanitaires

201. Bien que des efforts aient été réalisés ces dernières années pour moderniser le plateau technique de certaines structures hospitalières de référence du pays, le nombre d'évacuations sanitaires vers l'étranger, dont bénéficient des agents de l'Etat, reste élevé.

202. Si certaines évacuations sanitaires aux frais de l'Etat peuvent être justifiées, d'autres le sont moins. En principe, ne sont concernés que les cas les plus graves et dépassant le plateau technique local qui nécessitent ce genre de transfert sur l'initiative des médecins traitant qui décident de la nécessité d'évacuer, et qui prennent les dispositions pour déterminer l'hôpital étranger d'accueil, avec les devis estimatifs, et après avis du conseil national de santé qui statue sur les dossiers médicaux.

203. Avec les progrès technologiques enregistrés dans certains pays à revenus intermédiaires, l'Europe et les Etats-Unis, s'ils n'ont pas complètement été rayés de la carte des évacuations, sont aujourd'hui supplantés par des destinations comme l'Afrique du Sud, le Maroc ou la Tunisie, pour des raisons de coûts et de disponibilité de spécialistes.

⁴⁶ DIPE, 2008.

2. Pilotage du système national de santé

204. Pour piloter un système de santé, au moins deux éléments doivent être présents et performants :

- un système d'information sanitaire pour identifier les problèmes et pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- un mécanisme pour formuler cette politique et qui permet de prendre en compte l'opinion et les besoins de tous les acteurs, tout en assurant une indispensable coordination entre ces acteurs.

2.1. Le système d'information sanitaire

2.1.1. Description du système national d'information sanitaire (SNIS)

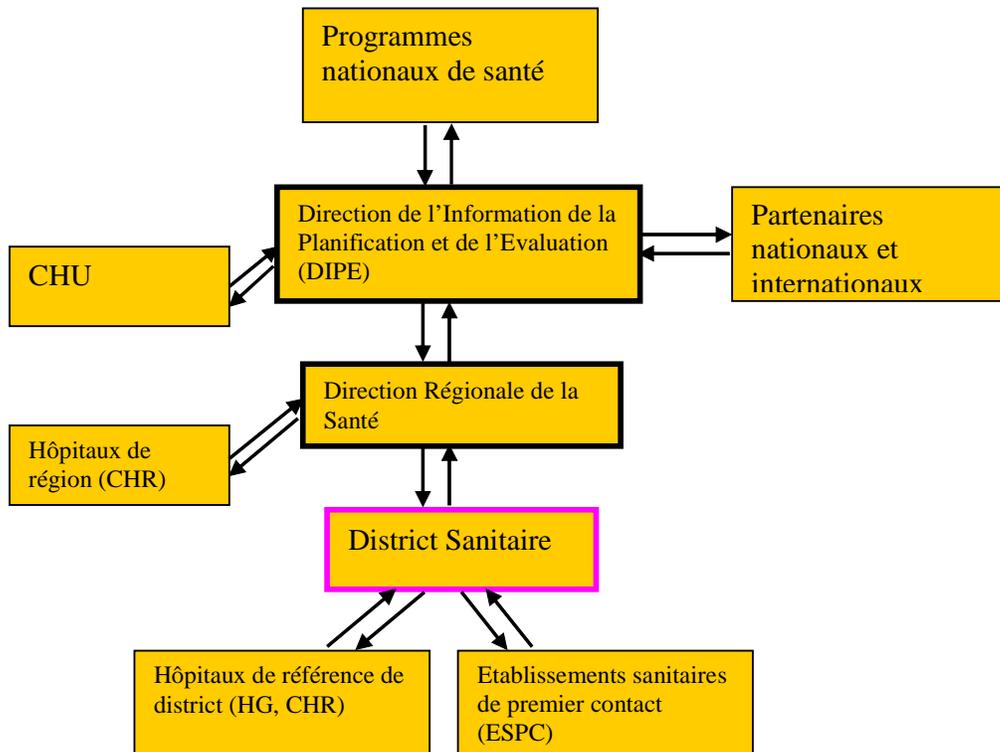
205. Le système national d'information sanitaire a été initié en 1986. Il a été marqué par une gestion centralisée jusqu'en 1993, piloté par l'Institut National de Santé Publique (INSP). Depuis 1995, la décentralisation du SNIS s'est opérée avec la mise en place d'un nouveau SNIS appelé Système d'Information de Gestion (SIG).

206. Le SIG est actuellement géré au niveau central par la Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), conformément au décret n° 2007-507 du 13 juin 2007 portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et à l'arrêté n° 299/MSP/CAB du 13 décembre 2006 portant organisation et fonctionnement de la Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation.

207. Cette gestion est décentralisée au niveau des directions régionales et des districts sanitaires dans lesquels les centres de surveillance épidémiologiques (CSE) assurent la collecte, l'analyse et de la transmission au niveau central des données de l'ensemble des établissements sanitaires. Les outils de collecte des données sont standardisés et mis à la disposition des établissements sanitaires (ESPC, HG et CHR).

208. 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 à l'aide d'une application informatique appelée SIGVISION. Elles sont ensuite transmises à chaque direction régionale sur support informatique qui les compile et les achemine à la DIPE. Dans la pratique, cette transmission se fait directement du district sanitaire vers la DIPE du fait de la faible fonctionnalité des services de suivi-évaluation de la plupart directions régionales.

Figure 46: Circuit de l'information sanitaire en Côte d'Ivoire



209. Les dysfonctionnements observés au niveau du système national d'information sanitaire portent essentiellement sur les points suivants :

1. Inadaptation du cadre institutionnel de fonctionnement actuel de la DIPE.

210. Le statut de la Direction de l'information, de la planification et de l'évaluation (DIPE) nécessite une réforme dans la perspective de la réalisation optimale de ses missions. En effet, le dispositif réglementaire régissant les activités de la DIPE et ses rapports avec toutes les structures du système sanitaire recèle des insuffisances, en raison du statut actuel de Direction Centrale de la DIPE.

211. Un nouveau dispositif devra lui conférer une personnalité morale de droit public et une autonomie financière en raison du rôle transversal qu'elle joue dans le système sanitaire ivoirien.

2. Insuffisance du cadre opérationnel

212. Les documents de normes et procédures de stratégies de renforcement du SNIS sont en cours d'élaboration (gestion de données : collecte- contrôle qualité-traitement, analyse ; retro information ; utilisation de l'information, promotion de la culture de l'information, supervision/coaching). Il existe des systèmes parallèles de collecte de données (VIH/Sida, système d'alerte précoce, PNLP, PNLT, PEV, SR,...).

213. L'existence de plusieurs systèmes de surveillance épidémiologique est la traduction des insuffisances de coordination d'une politique clairement définie en matière de surveillance épidémiologique.

3. Insuffisance d'outils de collecte et de transmission des données

214. Les supports de collecte sont insuffisants, ce qui occasionne des ruptures fréquentes dans la collecte des données. En effet, 100% des établissements sanitaires ont connu une rupture de stock en outils de gestion entraînant une irrégularité, voire une interruption dans la collecte des données au niveau des établissements et des districts sanitaires. L'absence systématique de reproduction des outils de collecte de données par certains DD ne permet pas d'assurer leur disponibilité totale malgré la contribution des partenaires au développement. Le PEPFAR ainsi que l'UNICEF (financement UE) et d'autres partenaires ont contribué à la totalité de la reproduction des outils en 2009. Une initiative spécifique du PEPFAR contribuera à reproduire environ 70 % des supports de collecte en 2010, la prévision 2011 est de 50% et celle de 2012 de 10%.

215. Seulement 23% des DDS disposent de moyens adéquats de transmission, 21% enregistrent les dates d'envoi des rapports au niveau central (évaluation SIG-RCI 2008) et aucun ne transmet de rapports à temps à la DIPE (2007, 2008, 2009). Malgré une bonne évolution des complétudes moyennes de rapports de données au niveau central à la DIPE (86,32% en 2007 ; 92,96% en 2008), ces insuffisances sont à la base du retard à la production des documents sur la situation sanitaires national et ne favorisent pas l'utilisation à temps des données et informations sanitaires.

4. Insuffisance d'intégration des données du secteur santé

216. L'insuffisance d'intégration de données du secteur communautaire, la non intégration des données du secteur privé lucratif et non lucratif et du niveau tertiaire public, sont à l'origine d'une insuffisance de planification stratégique dans le secteur de la santé. L'intégration du niveau tertiaire publique est néanmoins en cours et est à sa phase pilote.

5. Faible contrôle de qualité des données

217. Les missions de supervision et de contrôle de la qualité des données sont insuffisantes. En effet, moins de 29% des établissements et 40% des DDS ont bénéficié d'une supervision en 2007.

218. Ceci est à l'origine de problèmes récurrents de maîtrise dans la chaîne de production et de la qualité des données. Le score moyen pour l'exactitude des données était de 53% à l'évaluation de 2008 au niveau des établissements sanitaires et des districts sanitaires.

6. Faible capacité opérationnelle des structures gestionnaires des données

219. Les structures chargées de la gestion des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ont une faible capacité opérationnelle caractérisée par de mauvaises conditions de travail avec des locaux inadaptés, un environnement informatique et logistique inadapté. A l'évaluation du SIG 2008, très peu de documents de référence sur le SIG ont été retrouvés dans les districts (29% DS) notamment en ce qui concerne les aspects financiers (2% DS) traduisant un faible support des fonctions de gestion à la performance du SIS au niveau du District.

220. Cette situation ne permet pas d'assurer la sécurité des données sanitaires et d'apporter l'appui technique nécessaire au système national d'information sanitaire.

221. A l'évaluation du SIG 2008, le personnel du district est formé à hauteur de 92% avec un niveau de 99% pour les responsables des centres de surveillance épidémiologiques qui ont été formés à la collecte, la vérification, l'analyse des données et à l'utilisation de l'information.

7. Faible rétro information à tous les niveaux de pyramide sanitaire

222. La rétro information du district vers les établissements sanitaires est faite dans seulement 7% des cas (Evaluation du SIG. MSHP, 2008). Le rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS), outil majeur de la rétro information du niveau central n'est pas produit depuis 2001.

223. La production de documents de situation sanitaire nationale interrompue depuis 2000 du fait de la crise connaît une reprise avec la production des annuaires 2001- 2006 et 2007-2008. L'annuaire des statistiques sanitaires 2009 est en cours d'élaboration de même que le rapport de situation sanitaire des années 2007 à 2009 avec l'appui de l'UNICEF et de GAVI Alliance. Concernant la carte sanitaire, les répertoires 2008 des établissements sanitaires privés et publics ont été élaborés. Le document carte sanitaire 2008 est en cours d'élaboration avec l'appui du PEPFAR à travers ABT Associates. Ce retard dans la parution des documents, tributaire de la remontée à temps des données sanitaires des districts vers le niveau central, ne favorise pas l'utilisation des données existantes par l'ensemble des acteurs du système de santé pour la prise de décision en temps réel.

2.1.2. Description du système national d'information du MLS

224. Le schéma de coordination nationale présente les CRLS, les CDLS, les CCLS et les CVLS comme le niveau opérationnel. Ces organes ne constituent pas un niveau opérationnel. Ils sont les équivalents du CNLS aux différents niveaux déconcentrés/décentralisés. En tant que tels, ils sont des organes locaux de coordination politique et stratégique, comme le CNLS l'est au niveau national. Et, pour ces niveaux décentralisés en général, c'est la CTAIL qui est l'organe technique comme le MLS l'est au niveau national. Contrairement au MLS, la CTAIL ne dispose pas de l'équivalent du CIMLS comme forum de coordination technique. Là encore, c'est le CRLS qui sera le cadre de coordination technique en même temps qu'il est celui de la coordination politique et stratégique. Il convient de signaler que la CTAIL est implantée au niveau de la région et couvre tous les départements. Les niveaux des « commune et village » n'ont pas un organe technique propre bien défini pour assurer le secrétariat des CCLS et des CVLS.

225. De même, la lecture du schéma de coordination nationale montre que le MLS est placé au niveau politique et stratégique alors qu'il est bien la structure de coordination technique et devrait donc se trouver au niveau technique.

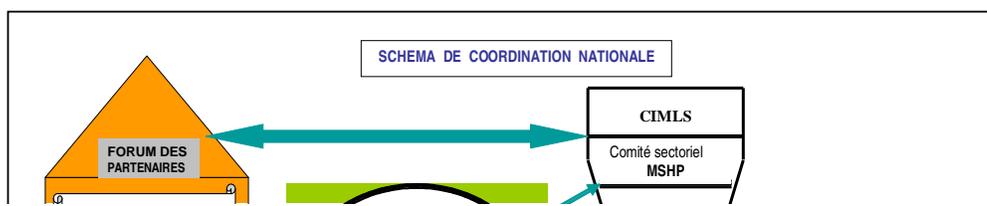
226. Le niveau opérationnel serait représenté par les structures sanitaires, les cellules focales publiques et privées, les services et organisations de la société civile qui opèrent sur le terrain, soit au niveau national ou aux niveaux décentralisés. Ces partenaires de mise en œuvre devraient constituer le niveau opérationnel du schéma de coordination.

227. Le schéma pourrait être redessiné pour mieux repositionner les différents organes et structures.

228. Le CIMLS et le CMP ou Forum des Partenaires sont des mécanismes de concertation sur lesquels s'appuie le Secrétariat du CNLS pour faire son travail de coordination sur les aspects techniques et financiers. Les comités sectoriels et les comités décentralisés sont des organes de coordination politique et stratégique mais également des cadres de coordination technique.

229. L'organigramme du MLS montre que la coordination des différentes directions, de STCO et de tous les autres organes ou structures du ministère se fait au niveau du cabinet. Il n'y a dans l'organigramme aucune entité qui fait la coordination technique en dehors du cabinet. Chaque structure fonctionne de manière autonome sinon indépendante des autres structures. Ceci pourrait être à l'origine de difficultés à bâtir une équipe soudée et à créer les synergies nécessaires pour atteindre un objectif commun, dans le respect de valeurs et de règles partagées.

Figure 47: Circuit de l'information au niveau du MLS



230. Les forces et opportunités de ce système d'information réside dans l'existence des CTAIL. En effet, la CTAIL est la seule structure au niveau régional dont les rôles et les responsabilités sont de rassembler toutes les données et informations sur le VIH/sida, de tous les secteurs et de tous les acteurs en un rapport unique à soumettre à l'autorité régionale qu'est le Préfet de région, président du CRLS. Nous avons aussi la disponibilité de l'appui financier des partenaires, l'existence de cadre formel de coordination est une force, à condition de faire fonctionner chaque organe selon les dispositions légales prévues, l'adhésion de la Côte d'Ivoire aux "Trois Principes" est un atout, à condition que cela soit respecté par tous les acteurs et partenaires.

231. Cependant, des faiblesses et obstacles existent toujours dans ce système. Le manque et/ou l'insuffisance de ressources financières pour appuyer les structures et organes décentralisés du MLS constitue un frein au bon fonctionnement du système national de gestion de la riposte nationale au VIH/sida. Par ailleurs, une absence d'une compréhension commune des rôles et responsabilités des CTAIL a beaucoup retardé la mise en place de ces dernières et a ainsi handicapé leur fonctionnement.

Tableau 12 : Les différents systèmes d'information existant dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire

Noms des systèmes	Utilisation des services	Apparition des maladies	Maladies à potentiel épidémique	Information financière	Médicaments contraceptifs, vaccins	Ressources humaines	Equipement, construction	Evènements vitaux
1. Système national d'information sanitaire (SNIS)	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Surveillance épidémiologique (SIMR)	X	X	X					X
3. Système d'alerte précoce (SAP)		X	X					X
Surveillance du VIH/Sida (PNPEC)	X	X						X
4. Surveillance de la Tuberculose (PNLT)	X	X						X

5. Surveillance paludisme	PNLP	X	X						X
Vaccination	PEV	X		X		X			
6. Pharmacie de la santé publique	PSP					X			
7. système d'information hospitalière	DEPS	X	X	X	X	X	X		X
8. Ressources humaines	DRH						X		
9. Infrastructures, équipement, maintenance	DIEM							X	
10. Enregistrement état civil									X
11. Services de santé des prisons		X	X	X				X	X
12. Services de santé des armées		X	X	X				X	X
13. Services de Santé de Police		X	X	X				X	X
14. Services de santé de la douane, impôts		X	X	X				X	X
15. Cliniques et cabinets médicaux privés		X	X	X				X	X
16. Partenaires de mise en œuvre en matière de VIH/Sida			X	X			X		

2.2. La formulation du plan national de développement sanitaire (PNDS)

232. La formulation du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2013 basée sur une vision politique du ministère de la santé et de l'hygiène publique a fait l'objet d'une concertation large avec l'implication de tous les acteurs du système national de santé (directions du MSHP, mais aussi des représentants des autres ministères, des représentants des syndicats, partenaires au développement et le secteur privé).

233. **La planification descendante.** Il n'existe pas de stratégie de planification ascendante dans le système de santé. En effet, il est prévu une déclinaison du PNDS et des autres documents de politique existant au niveau régional et départemental, les districts sanitaires devant s'en inspirer pour élaborer leurs plans locaux de développement sanitaire.

Tableau 13 : Documents existants sur la gouvernance dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire

Documents sur la politique de santé			
Type de Documents	Existence (Oui ou Non)	Indiquer l'année de validation	Document en cours d'élaboration
Code de santé publique			En cours
Politique Nationale de Santé			En cours
Plan National de Développement Sanitaire	PNDS 2009-2013	2008	
Plan National de Renforcement du Système de Santé	Projet de RSS GAVI	2008	Projet de RSS FM R9
Politique National de Contractualisation	Non		
Principaux problèmes	Coordination des interventions, Multiplicité des circuits d'information (parallèles), Opérationnalisation des districts sanitaires		

2.3. Les relations avec les bailleurs de fonds du secteur de la santé.

234. Les principaux partenaires multilatéraux intervenant dans le secteur de la santé sont la Banque Africaine de Développement, le Fonds Mondial, la Banque mondiale, le FNUAP, l'OMS, le PNUD, l'UNICEF, l'Union européenne, l'ONUSIDA. La coopération bilatérale est active avec l'Allemagne, la Belgique, le Japon, la France, la Suisse et les Etats-Unis (principal bailleur). Plusieurs ONG et associations internationales interviennent dans le secteur de la santé : le Rotary International, Association française Raoul Follereau, CARE et plusieurs ONG américaines.

235. Les relations du ministère de la santé et de l'hygiène publique avec les bailleurs de fonds du secteur de la santé sont caractérisées par l'absence d'un cadre formel de concertation et de coordination des interventions avec pour corollaire une carence de données sur le flux de l'aide extérieure allouées, une insuffisance de transparence sur les projets, des difficultés pour la définition des politiques de développement, la planification des ressources et l'orientation des futurs programmes d'assistance. De plus, la circulation de l'information en interne au Ministère sur les programmes financés par les partenaires semble être défaillante car ces informations ne parviennent pas à la DAF.

236. Cependant, dans la situation actuelle de sortie de crise et après une période de flottement, il est observé une reprise du dialogue entre le Ministère de la Santé et les principaux partenaires, de même qu'une dynamisation de la coordination entre ces derniers en particulier dans le domaine du VIH/Sida (groupe thématique et Forum des Partenaires fonctionnels sur le VIH). Pour autant, le groupe sectoriel santé des partenaires n'est pas suffisamment structuré et ne se réunit qu'irrégulièrement. Aucun représentant du Ministère n'y participe.

Encadré 6 : Principaux constats et recommandations Gouvernance et pilotage (chapitre 4)

Principaux constats

En matière de **gouvernance**, le niveau central souffre de l'absence d'une entité de pilotage et de planification stratégique. Plusieurs services sont en effet aujourd'hui en charge de cette activité. De plus, les capacités techniques des cadres se sont fortement émoussées en raison de la période de guerre civile.

Au niveau intermédiaire, la CI est un des derniers pays à être entré dans la politique de développement des districts. Avec la guerre civile, la situation actuelle est celle d'un pays où un grand nombre de districts ne sont pas opérationnels. La déconcentration du système sanitaire reste ainsi largement inachevée.

Enfin, la CI n'est pas parvenue à mettre en œuvre une participation communautaire satisfaisante. Les COGES des établissements restent assez peu représentatifs et ont somme toute assez peu de pouvoir. Cette situation n'est par contre pas bien différente des autres pays.

Le **pilotage** du système de santé est rendu difficile par les faiblesses du système d'information. Celui-ci a beaucoup souffert de la situation de guerre civile. Mais il est clair aussi que le retard dans la déconcentration du système de santé, évoquée plus haut, diminue considérablement la qualité des informations recueillies sur le terrain. De même, le dispositif de planification reste encore largement descendant, les besoins des établissements de premier contact n'étant pas explicitement pris en compte.

Principales recommandations

Les capacités des cadres du Ministère doivent être renforcées, notamment en matière de planification. De même, une certaine rationalisation de l'organigramme du Ministère paraît indispensable, afin de faire émerger une seule direction chargée de la planification et de la prospective, comme cela est déjà le cas dans la plupart des autres pays africains.

Il est néanmoins encore plus clair que les échelons intermédiaires et « périphériques » du système de santé méritent un renforcement en priorité. Cela supposera non seulement des moyens supplémentaires, mais aussi la mise en œuvre de nouvelles politiques, telle qu'une planification ascendante.

La trop grande verticalisation du système de santé doit être réduite en diminuant le nombre de programmes de santé (chaque maladie comporte un programme).

CHAPITRE 5: RESSOURCES HUMAINES

1. Situation des Ressources Humaines de Santé (RHS)

237. On peut classiquement analyser la situation des Ressources Humaines en Santé (RHS) au travers de 3 problèmes :

- **la disponibilité** : y-a-t-il, au niveau national, un nombre suffisant de RHS et ce pour chacun des catégories ?
- **la répartition géographique**: les RHS sont-elles réparties de façon proportionnelle à la densité de population ?
- **la performance** : les RHS sont-elles compétentes, productives et respectueuses des patients ?

1.1. La disponibilité au niveau national

1.1.1. Effectifs existants

Tous secteurs (public et privé)

238. En Côte d'Ivoire, les conditions socio économiques favorables qui ont prévalu pendant les deux premières décennies après l'indépendance ont permis d'investir de manière significative dans la formation des ressources humaines pour la santé. La Côte d'Ivoire dispose donc d'un potentiel non négligeable de personnel de santé.

Tableau 14: Effectifs du personnel de la santé dans les secteurs public/privé en 2007

Catégories professionnelles	Secteur public	Secteur privé	TOTAL*
Médecins	2746	790	3 536
Chirurgiens Dentistes	274	125	399
Pharmaciens	413	718	1 131
Techniciens Supérieurs de la Santé	1419	112	1 531
Infirmiers diplômés d'Etat	6973	1173	8 146
Sage Femmes diplômées d'Etat	2258	184	2 342
Aides soignant(e)s	568		
Personnel administratif et social	2561		
Personnel journalier	2572		
TOTAL	19 784	3 102	

Source : DRH/DEPS Ministère Santé, 2007

*Ce total ne tient pas compte de l'effectif des personnels de santé dans l'armée, la police, à la CNPS ou à la MUGEFCI ainsi que dans divers services administratifs et dans les compagnies d'assurance privées.

Secteur public

239. Les effectifs du secteur sanitaire public sont passés de 1000 agents en 1960, à 16 526 en 1995, puis à 17 677 en 2005 et 19 784 en 2007. Près des 3/4 de ces agents sont des prestataires de soins. Le personnel paramédical toutes catégories confondues (Infirmiers, Sages-femmes, Aides Soignants) représente au moins la moitié des effectifs (53% en 2005 et 50% en 2007).

240. Ce personnel était représenté en 2009 par 14 syndicats, 3 ordres (médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes) et diverses associations.

Tableau 15: Effectifs des RHS dans le secteur public

Catégories professionnelles	Année 1(2005)		Année 2 (2007)	
	Effectif	%	Effectif	%
Médecins	1698	10%	2746	14%
Chirurgiens Dentistes	204	1%	274	1%
Pharmaciens	128	1%	413	2%
Techniciens Supérieurs de la Santé	1269	7%	1419	7%
Sage Femmes diplômées d'Etat	2146	12%	2258	11%
Infirmières diplômés d'Etat	6842	39%	6973	35%
Aides soignant(e)s	391	2%	568	3%
Personnel administratif et social	2420	14%	2561	13%
Personnels journaliers	2579	15%	2572	13%
TOTAL	17 677	100%	19 784	100%

Source : DRH/DEPS Ministère Santé, 2007

241. On note une tendance à la hausse du personnel médical du à un recrutement exceptionnel en 2007 de 1287 cadres supérieurs de la santé qui étaient au chômage (dont 953 médecins, 263 pharmaciens et 71 chirurgiens dentistes).

242. S'agissant du personnel paramédical, la tendance est plutôt à la baisse, surtout pour le personnel infirmier.

243. La tendance à la baisse du personnel paramédical s'explique par l'incapacité des structures de formation (faible capacité d'accueil) à produire suffisamment de personnel pour répondre aux besoins. La politique d'ouverture de nouvelles antennes des structures de formation à l'intérieur du pays vise en partie à résoudre ce problème.

Secteur privé

244. L'évaluation des RHS dans le secteur privé⁴⁷⁴⁸ montre qu'un tiers des services de soins offerts par le secteur privé est fourni par des personnels de santé du secteur public travaillant à temps partiel (vacataires). Pour les médecins spécialistes, cette proportion dépasse largement 50%.

245. A l'inverse, les textes réglementaires offrent la possibilité aux spécialistes du secteur privé de fournir des prestations dans le secteur public, notamment dans les Etablissements Publics Nationaux (EPN) de santé. Cette opportunité est peu ou pas exploitée.

246. A côté des secteurs public et privé, il convient de relever que le Gouvernement a instauré une collaboration des services publics de santé avec les **tradipraticiens** à travers le programme national de promotion de la médecine traditionnelle. A cet égard, en 2007, plus de 8500 tradipraticiens de santé (TPS) ont été recensés et regroupés par spécialité. 60 d'entre eux ont un droit de propriété intellectuelle.

⁴⁷ DAMASCENE B., FIENO J., DIARRA S., KOMBE G., DECKER C., OULAI S. : «Evaluation des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire », USAID (PHRplus), août 2005, 47 Pages.

⁴⁸ KOMBE G., WON C., DIARRA S., DAMASCENE B. : «Evaluation des ressources humaines pour la santé dans le secteur privé : capacité, motivation et combinaison de compétences en Côte d'Ivoire», décembre 2006, 45 pages

1.1.2. Situation par rapport aux besoins

247. **La CI dispose d'effectifs en médecins et infirmiers clairement supérieurs aux recommandations de l'OMS.** Au cours de la dernière décennie, on observe une nette amélioration des ratios de médecins et infirmiers pour la population, mais, à l'inverse, la situation s'est dégradée concernant le nombre de sages-femmes par rapport à la population en âge de procréer.

248. Selon le RASS 1998, les ratios au niveau des RHS étaient les suivants :

- 1 médecin pour 11 450 habitants
- 1 infirmier pour 3 646 habitants
- 1 sage femme pour 1 802 femmes en âge de procréer.

249. Dans le PNDS 2009-2013, l'on note une nette amélioration de ces ratios notamment en ce qui concerne le personnel médical du fait de recrutement exceptionnel opéré par l'Etat en 2007. Les ratios en 2007 sont les suivants :

- 1 médecin pour 5 695 habitants.
- 1 infirmier pour 2 331 habitants,
- 1 sage-femme pour 3 717 femmes en âge de procréer

250. En comparaison avec les recommandations de l'OMS en la matière⁴⁹, ces ratios semblent particulièrement bons. Pour autant, le système sanitaire requière davantage de personnel pour garantir un fonctionnement efficace des services de santé. Un document estimant les besoins en personnel (catalogue des besoins) est élaboré chaque année par la DRH. Classiquement, il s'appuie sur des normes de RHS par type d'établissement. En 2008, cette méthode produisait les estimations suivantes :

Tableau 16 : Besoins en RHS estimés en 2008

Types de personnel	Emplois	Besoins
Personnel médical	Médecin	350 (dont 200 spécialistes)
	Pharmaciens	30
	Chirurgien Dentiste	20
	Sous total 1 Personnel médical	400
Personnel paramédical	Infirmiers diplômées d'Etat	1475
	Sage Femmes diplômées d'Etat	753
	IDES/SFDES	258
	Techniciens Supérieurs de la Santé	212
	Sous total 2 Personnel paramédical	2698
Autres personnels	Secrétaires, comptables, assistants sociaux, etc.	354
	Autres emplois	1307
	Sous total 3 Autres personnels	1661
	TOTAL GENERAL	4861

Source : DRH/DEPS Ministère Santé, 2008

251. En ce qui concerne le personnel paramédical (infirmier, sage femme et technicien supérieur de santé), du fait de la faible capacité d'accueil des établissements de formation, les recrutements restent difficiles, comme l'atteste le tableau complémentaire ci après.

Tableau 17: Besoins et recrutements en personnel paramédical en 2008

Emploi	Besoins	Ressources disponibles	Ecart besoins/ressources disponibles
--------	---------	------------------------	--------------------------------------

⁴⁹ 1 médecin pour 10 000 habitants, 1 infirmier pour 5 000 habitants et 1 sage-femme pour 5 000 femmes en âge de procréer.

IDE	1475	209	- 1266
SFDE	753	156	- 597
TSS	212	64	- 148
Total	2698	429	- 2011

Source : DRH/DEPS Ministère Santé, 2008

252. Au total, les besoins exprimés sur l'ensemble du territoire en 2008, toutes catégories confondues s'élèvent à 4861 agents dont 3442 (71%) en zone gouvernementale et 1419 (29%) en zone CNO. L'effectif initial du personnel de santé dans cette dernière zone avant la crise était de 3500 agents. L'effectif actuel étant de 1427 agents, l'objectif du redéploiement des agents de santé en zone CNO consiste dans un premier temps à remettre à niveau l'effectif initial. La stratégie adoptée est de privilégier l'affectation dans cette zone des personnels issus des recrutements nouveaux.

1.2. La distribution géographique

253. **Le personnel de santé est très concentré dans les grandes villes, particulièrement à Abidjan et ses environs.** Les évaluations des RHS ont confirmé cette situation. Elles ont fait apparaître une grande disparité dans la répartition géographique des RHS au profit de la région des Lagunes (Abidjan) et ses environs. En effet, cette région concentre à elle seule 60% des RHS, mais seulement 24% de la population.

254. Pour les **médecins**, on observe que la densité (pour 10 000 habitants) varie de 1,31 à 0,3 selon les régions, soit une dispersion (*range*) égale à **4,28**. Les disparités de densité des médecins sont en effet souvent plus fortes que pour les autres catégories. La raison en est généralement l'exercice privé, plus facile et surtout bien plus rémunérateur pour les médecins en zone urbaine.

Figure 48: Densité des médecins par région (2008)

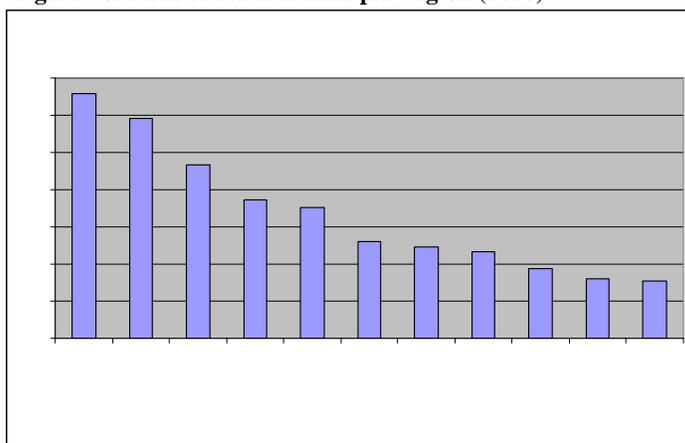


Figure 49 : Densité des infirmières par région (2008)

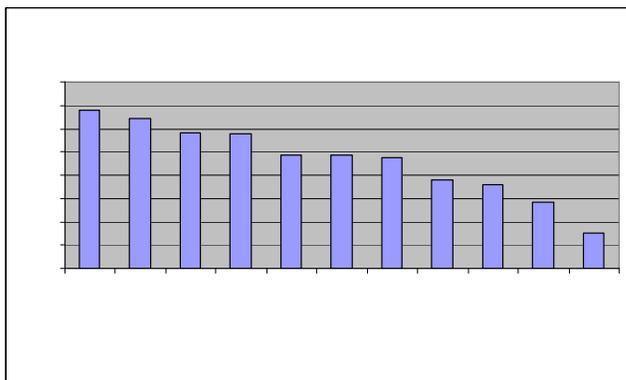
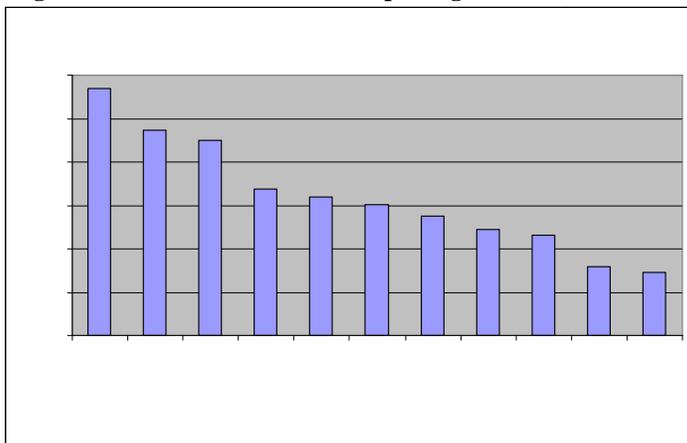
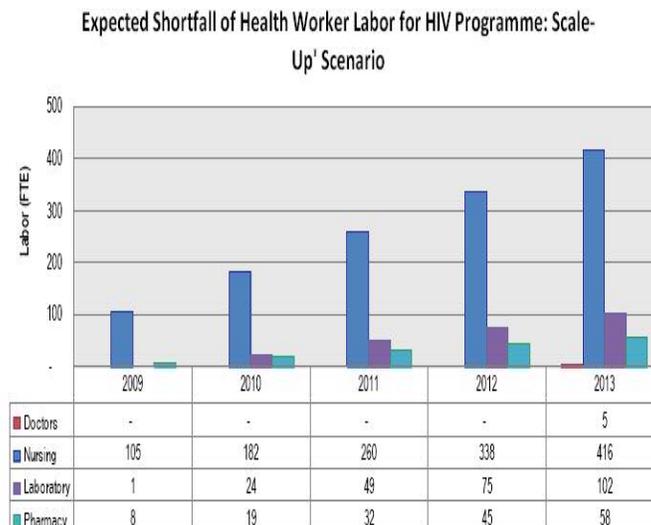


Figure 51 : Prédiction d'insuffisance en personnel de santé pour les services VIH sur la période 2009-2013



Source : HAPSAT, 2009

258. Le graphique ci-dessus illustre la prédiction de l'insuffisance en ressources humaines en cas d'expansion des activités du programme VIH/SIDA sur la période 2009-2013 faite à partir de l'outil HAPSAT. Sur la totalité du personnel de santé, l'hypothèse est que seuls 5 % sont disponibles à travailler dans le domaine du VIH. Le modèle HAPSAT prévoit un nombre suffisant de médecins pour entreprendre des services liés au VIH jusqu'en 2013. Toutefois, l'inégale répartition géographique des RHS entre le nord et le sud doit être prise en considération (60% du personnel de santé était regroupé en 2004 dans la région des Lagunes ; 64% des médecins ; 48% des infirmiers et sages-femmes ; 74% des pharmaciens ; 48% des techniciens de laboratoires et 67% des travailleurs sociaux)⁵¹ et il est donc fort probable que certaines pénuries en personnel puissent se révéler plus tôt, ou peuvent déjà se produire dans certaines régions. Compte tenu des besoins importants déjà au niveau national en sages-femmes, il n'est pas surprenant que le manque de sages-femmes soit très important pour le programme de lutte contre le VIH/Sida. Enfin, si des insuffisances en techniciens de laboratoire et en pharmaciens sont prévues, elles semblent être relativement faibles jusqu'en 2013, date à laquelle le nombre requis commence à dépasser le nombre prévu d'agents de santé rejoignant la fonction publique dans chacun de ces domaines de compétence (HAPSAT, 2009).

1.3. La performance des personnels de santé : qualité

259. La performance des RHS peut être analysée au travers de trois éléments :
- qualité technique (i.e. compétence des personnels) ;
 - qualité organisationnelle (i.e. attitudes des personnels à l'égard des patients) ;
 - productivité (i.e. ratio entre les effectifs et leur activité).

1.3.1. Qualité technique

⁵¹ Butera D., Fieno JV., Diarra S., Kombe G., Decker C., Oulai S., July 2005, Assessment of human resources requirements to deliver the PEPFAR and other basic health services in Côte d'Ivoire, Bethesda, MD: The partners for health reform *Plus* Project, Abt Associates Inc. www.phrplus.org/Pubs/Tech072fr_fin.pdf

260. **On connaît mal le niveau de compétence des personnels.** En principe, les qualités techniques (niveau de connaissances et savoirs faire) requises des agents de santé en Côte d'Ivoire sont définies dans l'arrêté n° 741 /MSP/CAB, qui fixe dans son annexe le paquet minimum d'activités (PMA) à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le personnel de santé est normalement formé pour la mise en œuvre de ce PMA. Toutefois, il y a parfois inadéquation entre la formation initiale dans les écoles et les réalités de terrain. Le personnel paramédical par exemple formé pour assurer le continuum de soins à la suite du personnel médical est confronté sur le terrain à la gestion d'une aire de santé. C'est en cela qu'un manuel des directives du PMA a été édité pour habilitier les agents à la mise en œuvre de celui-ci. Dans l'ensemble, il existe peu ou pas de données permettant de juger de la compétence et de la qualité fournie par les personnels de santé.

261. Une étude menée auprès de prestataires (médecins, infirmiers, sages-femmes) diplômés depuis moins de cinq ans exerçant dans des structures publiques de santé indiquent plus de 91% d'entre eux se sentent compétents voire très compétents et 80% d'entre eux considèrent avoir acquis cette compétence au cours de leur formation initiale. Cependant 9 sur 10 d'entre eux souhaiteraient bénéficier d'un renforcement de leurs capacités notamment sur des aspects cliniques censés être acquis pendant leur formation. En outre, 7,9% des prestataires interrogés estiment ne pas être compétents dans la prise en charge des pathologies les plus fréquentes et l'expliquent non seulement par une formation initiale insuffisante mais aussi par le manque de médicaments, de matériels, d'équipements dans la plupart des établissements de santé dans lesquels ils exercent. Cette étude montre également que les formations initiales s'écartent des réalités du terrain et que les stages ne permettent pas l'acquisition des compétences espérées notamment parce qu'ils sont organisés dans les établissements de référence en termes de soins et traitements et qui offrent donc une palette de matériel, d'équipements, et de médicaments qui ne se trouvent pas dans la grande majorité des établissements de santé publics du pays (ENSEA, HS20/20, Mai 2010)⁵².

1.3.2. Qualité organisationnelle

262. **Aucune donnée n'est disponible sur les pratiques des personnels à l'égard des patients (politesse, attente, racket...).** Le manuel des directives du PMA, présente l'organisation du travail comme la façon d'agencer les activités dans le temps, l'espace et le lieu en fonction des ressources disponibles, et d'attribuer les tâches selon les compétences. L'objectif est de veiller à ce que les usagers et le personnel de l'hôpital sachent clairement quand et où se font les activités et qui les fait. On ne sait pas si ces dispositions sont appliquées.

263. En l'absence de données récentes, on peut toutefois considérer que les conclusions des travaux anthropologiques menés en 1999-2000 dans 5 capitales ouest-Africaines dont Abidjan sont sans doute encore d'actualité (Jaffré Y., de Sardan JPO, 2003) : l'ampleur des dysfonctionnements dans les formations sanitaires et dégradation des relations entre soignants et soignés sont illustrés dans ce qui suit : *« S'il est vrai que la pénurie [en matériel, en équipement, etc.] constitue l'horizon quotidien des centres de santé, et qu'elle est évoquée en permanence pour justifier de la mauvaise qualité des soins, cette pénurie ne saurait expliquer tout. D'autant que cette pénurie est pour une part (...) provoquée par les comportements de certains professionnels (cf. détournements importants de médicaments et de matériels au sein de structures publique) »*⁵³. Les problèmes entre soignants et soignés relèvent de plusieurs registres : éléments relationnels (non respects des normes de bienséance, impolitesse jusqu'à non prise en

⁵² ENSEA, HS20/20, Caractérisation des compétences des prestataires de santé récemment diplômés pour prendre en charge les pathologies les plus fréquentes en Côte d'Ivoire – Rapport d'enquête, document ronéotypé, Mai 2010, 57p + annexes.

⁵³ Y. Jaffré et J. Olivier de Sardan, Un diagnostic socio-anthropologique des centres de santé malades ..., extrait de La médecine inhospitalière- les difficiles relations entre les soignants et les soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, sous la direction de Jaffré et Olivier de Sardan, Karthala, 2003, p52.

considération de l'intimité, de la pudeur, et humiliation ; violence verbale et physique ; absence d'écoute, absence d'information donnée au malade), recherche de ressources personnelles (cadeaux, ventes privées de médicaments, surfacturations privées, détournements de facturation, de matériel, ventes de certificats, gombo, etc.); et manque de conscience professionnelle.

264. Les travaux anthropologiques menés par les équipes de Jaffré et Olivier de Sardan soulignaient également la place importante occupée par le personnel bénévole et le personnel auxiliaire non rémunéré officiellement pour assurer des tâches médicales et son impact sur la qualité organisationnelle. Ils expliquaient la faible productivité d'un centre due à une division des tâches davantage basée sur une répartition bureaucratique que médicale, à une absence de travail d'équipe, mais aussi à une impunité générale face aux fautes professionnelles commises. En outre, la mauvaise gestion des ressources humaines contribuent à une faible productivité. Les auteurs parlent de « *ronde des affectations* ». Ils notent que « *Si les cadres sont donc souvent en quelque sorte en transit, ce sont les subalternes (parfois) et les bénévoles (souvent) qui sont alors permanents, et constituent la mémoire du lieu, ceux qui reproduisent la culture professionnelle locale, avec ses routines et ses combines, ses tours de main et ses négligences* »⁵⁴.

265. De plus, l'étude menée auprès des prestataires nouvellement diplômés souligne l'impact que la crise militaire et politique a eu sur les relations hiérarchiques dans le secteur de la santé: « *Les médecins se comportaient comme des agrégés, les infirmiers comme des docteurs et les aides soignants se prenaient pour des infirmiers donc les ramener à leur place initiale pose de gros problèmes ...* »⁵⁵. Elle note également que « *les prestataires estiment que toute tâche en dehors des gestes habituels de soins, relève d'un travail supplémentaire qu'il convient de rémunérer à part.* »⁵⁶

1.4. La performance des personnels de santé : efficience

266. La performance du système de santé peut être largement grevée par l'absentéisme des personnels qui est souvent de 40% ou plus. Mais là aussi, les données sont inexistantes.

⁵⁴ Y. Jaffré et J. Olivier de Sardan, Un diagnostic socio-anthropologique des centres de santé malades ..., extrait de La médecine inhospitalière- les difficiles relations entre les soignants et les soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, sous la direction de Jaffré et Olivier de Sardan, Karthala, 2003, p79.

⁵⁵ ENSEA, HS20/20, Caractérisation des compétences des prestataires de santé récemment diplômés pour prendre en charge les pathologies les plus fréquentes en Côte d'Ivoire – Rapport d'enquête, p51 dernier §.

⁵⁶ ENSEA, HS20/20, Caractérisation des compétences des prestataires de santé récemment diplômés pour prendre en charge les pathologies les plus fréquentes en Côte d'Ivoire – Rapport d'enquête, p50 §3.

2. Explication de la disponibilité des RHS : analyse du marché du travail des RHS

267. On peut explorer les raisons expliquant une faible disponibilité (au niveau national) des RHS en utilisant un modèle de marché du travail. Dans ce cas, on analyse successivement:

- les entrées sur ce marché (production et recrutement de nouveaux diplômés) ;
- les sorties de ce même marché du travail (décès prématurés et migrations).

2.1. La production

268. 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. Leur capacité de production moyenne annuelle est de 322 médecins (avec, respectivement, 300 médecins formés par l'UFR-SMA et 22 par l'UFR-SMB), 60 pharmaciens et 22 chirurgiens-dentistes.

269. La formation des **personnels paramédicaux** est réalisée par l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) et ses antennes (Bouaké et Korhogo et celle toute récente d'Aboisso). Il a une capacité moyenne annuelle de formation de 200 infirmiers, 150 sages-femmes, 90 infirmiers spécialistes et 70 techniciens supérieurs de santé. Ainsi, toutes filières confondues, cette structure a une capacité moyenne annuelle de production de 510 agents. Cette capacité est toutefois jugée insuffisante au regard des déperditions et des besoins additionnels en ressources humaines du secteur.

270. La faible capacité d'accueil de la filière des Sciences Infirmières à l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) est une des principales causes de la pénurie des infirmiers et sages femmes. Il faudra donc dans les plus brefs délais, ouvrir d'autres antennes de l'INFAS dans les autres régions de la Côte d'Ivoire afin de décentraliser la formation.

271. Pour rappel, indiquons que pour les 3 années à venir, les sortants de l'INFAS sont estimés ainsi :

Tableau 18: Sortants de l'Infas des 3 prochaines années à compter de 2009

Emploi/Année	2009	2010	2011	TOTAL
Infirmiers diplômés d'Etat	625	545	600	1790
Sage Femmes diplômées d'Etat	370	331	395	1096
Techniciens supérieurs de santé	215	249	195	659

Source : rapport d'activités de l'Infas 2007-2008

2.2. Les recrutements dans la fonction publique

272. **On peut constater néanmoins que la CI continue de recruter du personnel de santé dans la fonction publique et de façon significative. Peu de pays de la région ouest africaine sont encore dans cette situation.** En dehors des médecins des promotions 2007 et 2008 dont le recrutement s'est fait de façon exceptionnelle, tous les recrutements du personnel de santé fonctionnaire s'effectuent par voie de concours. Le recrutement se fait sur la base des besoins exprimés par la DRH du Ministère de la Santé au Ministère de la Fonction Publique ; mais surtout sur la base des postes budgétaires ouverts par le Ministère de l'Economie et des Finances.

Les contraintes actuelles pour le recrutement suffisant du personnel paramédical tiennent actuellement dans la faible capacité d'accueil des structures de formation dudit personnel.

273. Le tableau ci-après offre un aperçu du niveau des recrutements de ce type de personnel les trois dernières années à compter de 2006. En dehors du personnel médical qui a bénéficié de deux vagues de recrutement exceptionnel, la situation actuelle n'est pas différente.

Tableau 19: Comparaison de quelques besoins exprimés et des effectifs octroyés

Emplois	Effectifs 2004			Effectifs 2005			Effectifs 2006		
	Besoins	Recrutés	Diff	Besoins	Recrutés	Diff	Besoins	Recrutés	Diff
Personnel médical	274	164	-110	336	221	-115	340	215	-125
Infirmiers diplômés d'Etat	949	305	-644	1131	190	-941	1150	201	-949
Sages femmes	473	196	-277	640	126	-514	603	154	-449
Techniciens supérieurs santé	211	187	-24	207	76	-131	182	35	-147
Total	1907	852	-1055	2314	613	-1701	2093	605	-1670

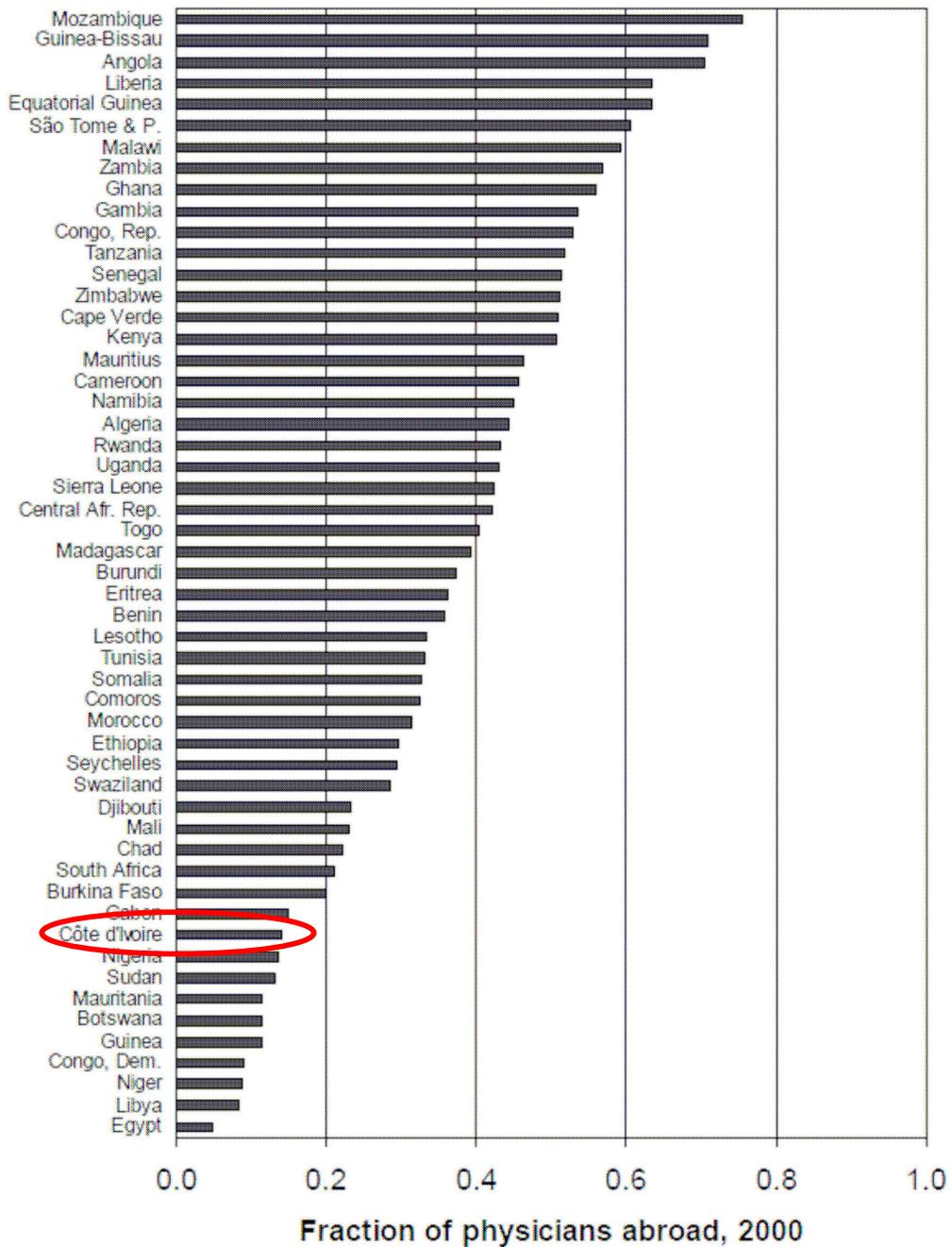
Source : DRH-Santé

2.3. Migration et décès prématurés

274. **L'ampleur du phénomène des migrations extérieures est probablement faible en Côte d'Ivoire.** Les RHS candidates à la migration internationale, utilisent abusivement les procédures légales pour sortir du système sans que la tutelle ne soit saisie de leur véritable intention. A cet effet, elles s'appuient généralement sur : (i) les mises en disponibilité, (ii) les mises en stage de formation à l'étranger et (iii) les congés administratifs à l'étranger. Ce sont normalement des voies de sortie temporaire. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique constate après expiration des délais prescrits par les actes administratifs afférents que certains agents n'ont toujours pas repris le service et qu'il s'agirait d'abandon de postes selon la DRH.

275. Avec la crise sociopolitique que vit la Côte d'Ivoire depuis 2002 et les difficultés économiques inhérentes, il est évident, que le phénomène de migration internationale pratiquement inexistant au cours des années 80, a pu prendre de l'ampleur. Pour autant, les seules données objectives disponibles (Clemens 2007) laissent penser qu'en CI, comme dans les autres pays francophones, les migrations de personnel de santé sont très faibles. Moins de 15% des médecins ivoiriens auraient émigrés, comme le montre le graphique suivant :

Figure 52: Comparaison des médecins ayant migrés à l'étranger



Source : Clemens 2007

276. **A la faveur de cette crise, un phénomène nouveau, celui des déplacés de guerre est apparu et a affecté les RHS.** La crise socio politique déclenchée en septembre 2002 a constitué un facteur favorisant l'exode massif des professionnels de la santé des zones centre, nord et ouest (CNO) vers le sud. Ainsi, la DRH au 31 mai 2003 a enregistré à Abidjan, 2 417 agents déplacés soit 69% des 3 500 personnels du secteur public en service initialement dans les zones CNO. Les évaluations ont montré que 59% de médecins et 75% des infirmiers ont quitté leur poste de travail du fait de la crise politique et militaire.

3. Explication de la distribution géographique des RHS

277. **En dehors de l'effet « migration interne » provoqué par la guerre civile, la situation d'inégale répartition du personnel est largement tributaire de l'inégale répartition des structures sanitaires.** En effet, 68% des établissements sanitaires publics sont situés au sud du pays contre 32% au nord. La seule région des Lagunes abrite 14% des structures sanitaires publiques dont 11 des 13 EPN de santé, alors que les autres régions ne représentent chacune que 2 à 8%. Un EPN comme le CHU de Cocody a un effectif de plus de 1000 agents (1005 en 2005).

278. Par ailleurs, une réalité s'impose depuis toujours en Côte d'Ivoire : celle de la concentration à Abidjan de la majorité des instituts de formation, de la présence de certaines commodités pour une éventuelle évolution dans sa carrière professionnelle.

279. Aucune politique volontariste n'est encore mise en œuvre pour corriger cette iniquité de distribution.

4. Explication de la performance des RHS

280. On dispose de peu d'informations pour expliquer la probablement très faible performance des personnels de santé. On peut toutefois raisonnablement supposer que, comme dans d'autres pays, elle est notamment fortement liée aux niveaux de rémunérations et à la qualité des formations, entre autres facteurs.

4.1. Rémunérations

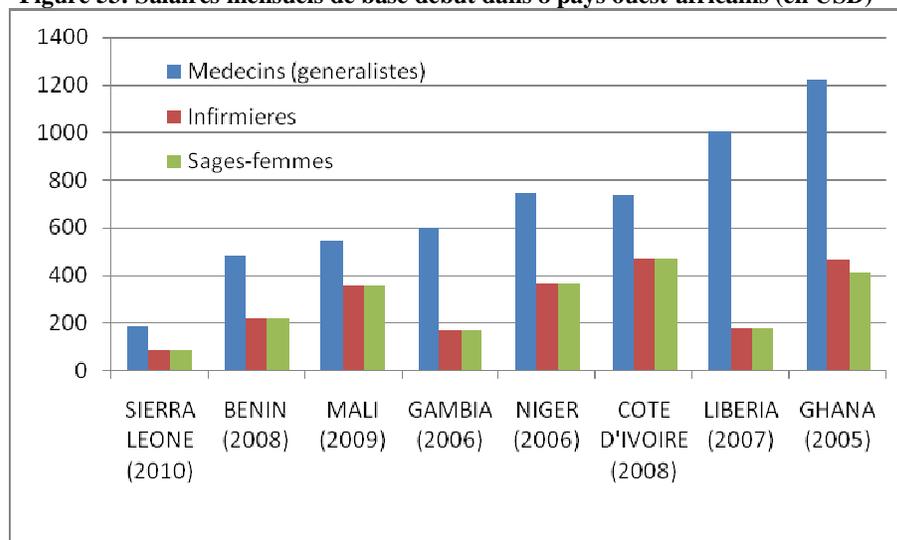
281. **Dans l'ensemble, les rémunérations du secteur public sont très élevées, par rapport aux autres pays de la sous-région** (tableau 20 et figure 53). La rémunération du personnel de la santé essentiellement fonctionnaire se fait selon la grille salariale de la Fonction Publique dont la dernière est en vigueur depuis 1999. La structure des rémunérations dans le secteur public est la suivante :

Tableau 20: rémunérations dans le secteur public (2008)

Emploi	Début carrière	Fin carrière	Indemnité	Prime risque	Transport	Logement	Forfaitaire santé
Médecin généraliste/Pharmacien généraliste/chirurgien dentiste	189 578	494 940	50 000 (100 000 en 2009)	50 000	7 000 (ou 5 000)	70 000 (2009)	25 000 (50 000 en 2009)
Infirmier/sage femme	134 868	299 000	40 000 (50 000 en 2009)	30 000	7 000 (ou 5 000)		
Infirmier spécialiste/sage femme spécialiste	173 038	417 327	40 000 (50 000 en 2009)	30 000	7 000 (ou 5 000)		

Source : DRH 2008

Figure 53: Salaires mensuels de base début dans 8 pays ouest-africains (en USD)



Source : Séminaire RHS de Cotonou (2008)

282. **Pour autant, si les niveaux de rémunérations paraissent élevés, ils sont assez peu liés à la performance réelle des personnels.** A cet égard, il faut mentionner le lancement – en Janvier 2009 - d'un projet pilote de motivation du personnel de santé basée sur la performance dans un District sanitaire déshérité en RHS d'une durée de 12 mois (cf. encadré ci-dessous). Les objectifs spécifiques de ce projet sont de sédentariser le personnel de santé dans les établissements sanitaires dans lesquels ils ont été affectés ; de rendre accessible l'offre de services liée au VIH/Sida et de dispenser des soins de qualité. Appuyé financièrement par USAID et techniquement par Abt Associates, ce projet pilote prévoyait trois mécanismes de paiement au cours de la première année de mise en œuvre : le versement mensuel d'une prime individuelle à chaque fonctionnaire conditionnée à la présence à leur poste ; le remboursement des activités réalisées selon une grille de tarif définie *a priori* (performance) ; le paiement de bonus collectifs lorsque les cibles fixées *a priori* sont atteintes et ceci pour un certain nombre d'indicateurs (qualité de la performance).

Encadré 7 : Projet de Motivation basée sur la Performance : Expérience pilote dans le district sanitaire de Ferkessédougou – MSHP, Abt Associates-Health Systems 20/20, EGPAF, PEPFAR

Contexte : L'inégale répartition des ressources humaines du secteur de la santé sur le territoire national. Les établissements publics de santé du Nord du pays perdaient en 2002 20% de leurs médecins et 25% de leurs infirmiers.

Objectifs : 1- maintenir dans leur poste le personnel de santé affecté par les services de la fonction publique dans les zones dépourvues en personnel et aux conditions de vie difficiles ; 2- améliorer la distribution des services liés au VIH/Sida au niveau périphérique ; 3- améliorer la qualité des soins liés au VIH/Sida et des autres services.

Mécanismes de motivation retenus : 1- Versement d'une indemnité à chaque fonctionnaire déjà en poste dans les établissements et au district avant le démarrage du projet ; 2- Paiement des performances réalisées par les établissements pour les activités de CD et de PTME selon une grille de montants unitaires connue de tous ; 3- Paiement d'un bonus collectif payé aux établissements lorsque les performances réalisées atteignaient les cibles fixées pour le dépistage des cas index et le dépistage des femmes enceintes au début du projet.

Bilan à 12 mois pour les 6 établissements (2HG ; 3 CSU ; 1 CSR), le district sanitaire et 50 personnels de santé fonctionnaires :

Maintien à leur poste des professionnels de santé : Le taux de présence global des agents à leur poste de travail au cours des 12 premiers mois est de 94% ; un seul IDE sur les 34 praticiens de la santé ayant bénéficié des primes individuelles a quitté son poste au milieu du 12^{ème} mois ; 6 nouveaux agents de santé ont été affectés dans le district à la fin de la première année, pour certains à leur demande explicite auprès de la DRH ; une motivation financière a été apportée à 78 agents non fonctionnaires sur les revenus obtenus des performances collectives.

Disponibilité et amélioration la distribution des services liés au VIH/Sida au niveau périphérique : 76% des cibles de CD fixées ont été atteintes ; 56% des cibles PTME (visites initiales) ; 65% des accouchements PTME ont été atteints.

Améliorer la qualité des soins liés au VIH/Sida et des autres services : globalement les dépistages auprès des adultes et des femmes enceintes sont faits et les résultats transmis, reste à améliorer le suivi des patients dépistés séropositifs et le rapportage des activités effectivement réalisées.

Autres résultats

Les établissements ont disposé de 26 725 770 Fcfa (non compris le montant des indemnités individuelles versé) et ont rétrocédé 2 323 980 Fcfa au District (8% des revenus de chaque établissement) pour ses missions de supervision, coordination des activités. Les ressources mobilisées ont été utilisées pour motiver le personnel, mettre en œuvre des formations auprès du personnel contractuel, sensibiliser la communauté, acheter du fonctionnement, des équipements.

L'absence d'autonomie de gestion des districts sanitaires, et le retard dans la signature des décrets d'application de la loi de décentralisation empêchant le paiement direct des performances au district ont contraint Abt Associates à rendre directement disponibles les commandes aux équipes.

L'équipe du District sanitaire de Ferkessédougou et les équipes des établissements de santé ont bénéficié régulièrement d'appuis techniques par des équipes d'Abt Associates et d'EGPAF (fixation des cibles, élaboration de budgets priorités, micro-planification, missions de suivi et de contrôle, renforcement des capacités des équipes de santé pour le CD, la PTME, la prise en charge, le rapportage des données, etc.).

Conclusion : Le projet permet de résoudre les questions de :

1. La motivation du personnel à effectuer les activités et donc à être présents à leur poste ;
2. Le rapportage des données ;
3. l'équipement, de la réhabilitation des établissements et du district sanitaire ;
4. La disponibilité de moyens pour le fonctionnement des établissements et du district et propose une méthode de planification budgétaire basée sur les performances des établissements et des districts à partir des cibles à atteindre chaque année ;
5. la structuration et l'implication de l'équipe du district et de l'équipe cadre du district ;
6. L'accessibilité de services en matière de VIH/SIDA au niveau périphérique ;

Le projet implique : du renforcement des capacités de tout le personnel fonctionnaire et contractuel sur les aspects cliniques, managériales, de gestion budgétaire, des priorités d'achat, de rapportage, secret médical et respect de l'anonymat des patients, des modes de transmission du VIH/sida, etc. ; une plus grande autonomie de gestion pour pouvoir intégrer davantage d'établissements ; une plus grande implication du niveau centrale pour assurer la coordination et la pérennisation du projet.

4.2. Formations

283. En l'absence de profils de compétences et de profils de poste actualisés, il paraît délicat pour les institutions de formation de réviser leurs différents curricula de formation initiale. Cela se traduit présentement par la quasi-absence d'évaluation des programmes de formation. En dehors de l'UFR des Sciences Médicales de Cocody et de l'INFAS qui conduisent actuellement, avec l'appui d'Abt Associates, un processus visant la réforme de leur curricula de formation, **aucune institution n'a évalué ses programmes au cours des dix dernières années.**

284. De manière générale, la majorité des institutions de formation initiale sont confrontées aux problèmes d'insuffisance des équipements pédagogiques, de documentations et de Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC). A cela s'ajoutent les problèmes liés aux sites de stages pratiques, et en particulier à l'inexistence de bonnes conditions pour effectuer des stages, qui se posent avec acuité aux UFR de même que dans les institutions comme l'INFAS et l'INFS. Pour l'INFAS, des problèmes de locaux (Amphithéâtres, salles de cours, de T.D. et de TP) se posent avec acuité.

285. Il faut par ailleurs noter que, les statuts de l'INFAS et de l'INFS vis-à-vis de l'enseignement supérieur posent un problème de fond relativement au profil de carrière des formateurs permanents. Le mode actuel de recrutement ne leur confère pas un statut d'enseignant du supérieur. Les ratios enseignants / étudiants sont devenus très élevés. Ainsi, en 2008, le nombre d'enseignants permanents de l'INFAS était de 108 agents pour un effectif total d'étudiants toutes filières confondue de 4232 ; ce qui donne un ratio de un (1) enseignant pour 40 étudiants.

Encadré 8 : Principaux constats et recommandations Ressources humaines (Chapitre 5)

En matière de disponibilité des RHS, la CI bénéficie d'une situation relativement favorable. On peut toutefois s'inquiéter des insuffisances en effectifs paramédicaux. Plus grave, la surproduction de médecins mériterait de faire l'objet d'un débat, dans la mesure où les ressources consacrées à cette activité pourraient être avantageusement transférées pour la formation des infirmiers (ères), et surtout celle des sages-femmes. A cet effet, les efforts devraient être orientés davantage vers la formation de ces deux catégories d'agents, qui contribuent tout aussi bien que les médecins à l'atteinte des OMD.

La distribution des RHS est assez inéquitable, même si ce phénomène n'est pas aussi fort que dans d'autres pays. De façon surprenante, cette iniquité est à peu près la même pour les différentes catégories de RHS. Autre particularité de la CI, il faut noter qu'il n'existe pas de politique pour corriger cette situation ce qui est assez rare dans la sous-région. La CI ne s'est engagée que récemment dans des initiatives visant à corriger cette situation (déconcentration de la formation, loi portant transfert de compétence aux Collectivités Locales, projet pilote de motivation basée sur la performance pour le maintien du personnel de santé en zone déshéritée). Par ailleurs, des réflexions sont en cours pour mettre en place certaines actions telles que la régionalisation du recrutement et la budgétisation des postes de travail des zones d'accès difficiles.

Enfin, si l'on dispose de peu d'informations précises sur la performance des personnels, on peut a priori penser qu'elle reste faible, tant en terme de compétence technique, de présence au travail ou de respect des patients. Cette faible performance est renforcée par les difficiles conditions de travail (manque de médicaments, de matériels et d'équipement) dans les établissements de santé.

Principales recommandations

Réaliser une cartographie complète des ressources humaines pour la santé sur toute l'étendue du territoire.

Il serait judicieux de former un peu moins de médecins et de transférer les crédits ainsi dégagés vers la formation des personnels paramédicaux, paradoxalement inférieure à celle des médecins et moins coûteuse.

Mettre l'accent sur la formation du personnel paramédical par le renforcement de la politique de déconcentration et décentralisation des structures de formation.

Il serait également opportun de renforcer les stages pratiques aussi bien des médecins, des infirmiers et des sages-femmes au cours de leur formation initiale.

Une stratégie pour attirer et fidéliser les personnels en zone rurale ou difficile devrait être développée et mise en œuvre.

La performance des personnels s'améliorerait significativement avec une véritable déconcentration du système de santé (y compris de la gestion des RHS) et la mise en œuvre d'un dispositif de paiement basé sur les résultats, comme d'autres pays l'ont fait avec succès.

Enfin, la gestion des ressources humaines de la santé devrait s'accompagner d'une décentralisation effective des financements vers les établissements de premier recours pour être

plus équitable vis-à-vis de la population qui en a le plus besoin et rendre un service de qualité aux malades.

CHAPITRE 6 : CHAINES LOGISTIQUES

1. Médicaments

1.1. Pilotage du secteur pharmaceutique

1.1.1. Stratégie pharmaceutique

286. **Une politique pharmaceutique nationale a été élaborée et validée en 2009.** Ce document précise les priorités du Gouvernement pour le secteur pharmaceutique et identifie les stratégies principales pour atteindre ces objectifs.

287. De plus, en 2008, un programme national de développement de l'activité pharmaceutique a été créé, en vue de contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire de la population par l'animation de l'activité pharmaceutique décrite dans la politique pharmaceutique nationale PNDAP (arrêté N 308 MSHP/CAB du 11 décembre 2008). On note 4 objectifs de la PPN :

- améliorer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentielles
- assurer l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments
- promouvoir l'usage rationnel des médicaments
- assurer le suivi et l'évaluation de la PPN.

288. Un processus d'élaboration d'un plan stratégique d'exécution de la PPN a été initié par le PNDAP.

1.1.2. Capacité du Ministère pour la régulation

289. Pour mettre en œuvre ces principes stratégiques, **il existe également une autorité nationale de réglementation pharmaceutique, qui est une direction centrale du ministère rattachée à la Direction Générale de la Santé.**

290. L'arrêté n° 297 MSP/CAB/DGS/DPM du 13 décembre 2006 a ainsi fixé les attributions, l'organisation, et le fonctionnement de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM). Cette DPM est un établissement public exerçant sous l'autorité de la Direction Générale de la santé. Elle comprend 31 pharmaciens, 1 médecin et 7 personnels administratifs.

291. Le budget propre (moins de 10 millions de FCFA par an) est relativement faible par rapport aux recettes générées par l'enregistrement des médicaments (plus de 22 millions en 2008) et à la mise en œuvre des différentes missions et des activités de la DPM, ce qui pousse la DPM à réclamer une plus grande autonomie financière. Ce manque de ressources (technique, humaine, infrastructure, financière) empêche la DPM d'assurer convenablement ses missions. Elle est confrontée à plusieurs difficultés majeures : (i) mise à jour de la base de données des produits enregistrés et effectivement commercialisés, (ii) absence d'un système formalisé de pharmacovigilance, (iii) peu de moyens et de pouvoir pour lutter contre le médicament illicite et (iv) faible capacité à assurer la destruction des produits périmés.

292. Il faut noter aussi que la DPM réalise l'inspection de tous les établissements pharmaceutiques (officine, industrie pharmaceutique etc.) mais que ces inspections sont en nombre insuffisant. Cependant la DPM ne dispose pas d'un corps d'inspecteurs assermentés.

1.2. Liste des médicaments essentiels

293. **La République de la Côte d'Ivoire dispose, depuis 1989, d'une Liste Nationale des Médicaments Essentiels présentés en DCI** (dénomination commune internationale). Cette liste est révisée tous les deux (2) ans et la dernière édition a été effectuée en Décembre 2007. Le processus de révision de la liste a débuté en septembre 2009.

294. **Cette liste comporte actuellement 5004 références (y compris les dispositifs médicaux), ce qui paraît très élevée. Aucune donnée n'est disponible pour estimer le niveau de connaissance et de sensibilisation de prescripteurs concernant cette liste.**

1.3. Quantification

1.3.1. Méthodes d'estimation des besoins

295. **L'estimation des besoins en médicaments se fait sans méthode nationale ou spécifique.** Pour le secteur public, la quantification de la **Pharmacie de Santé Publique (PSP)** se fait sur la base des commandes des hôpitaux et centre de santé de l'année antérieure (n-1). Il existe également un comité de quantification spécifique pour les ARV. L'estimation des besoins se fait sur la base des données collectées sur le terrain.

296. Au niveau périphérique, aucune méthode nationale ou spécifique pour l'estimation des besoins n'existe. Chaque hôpital et chaque centre de santé utilise sa propre méthode d'estimation des besoins, sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels et de la classification de l'établissement sanitaire. Pour certains programmes tels que les programmes de tuberculose et du paludisme, l'estimation des besoins se fait en fonction des données épidémiologiques.

1.3.2. Circuit de passation des commandes

297. Dans le secteur public et au niveau périphérique, les commandes sont visées par le pharmacien et le directeur de la structure sanitaire. Elles sont ensuite acheminées à la PSP selon un chronogramme préétabli de dépôts et de livraison de commandes, sauf en cas d'urgence.

1.4. Acquisition et contrôle qualité

1.4.1. Structures chargées de l'acquisition

298. **Le marché pharmaceutique ivoirien est approvisionné par l'importation de médicaments des divers continents (90%) et par la production locale (10%).** Le marché pharmaceutique total, public et privé, a représenté en 2007 un montant de 152.2 milliards de FCFA dont 145 milliards pour le secteur privé, soit 91,65%.

299. **Dans le secteur public, l'acquisition des médicaments est assuré par la PSP, qui est dans une situation financière difficile, sur la base de la liste des médicaments essentiels et des consommables médicaux.** La PSP, structure de type EPIC (Etablissement public à caractère industriel et commercial), créée en 1984, est théoriquement le principal fournisseur des 1400 établissements sanitaire publics en C.I. Ceux-ci ont en effet obligation de s'y approvisionner à hauteur de 75 % pour les CHU et 100 % pour les autres formations sanitaires. En théorie, elle a donc le monopole de la distribution des produits pharmaceutiques dans ces établissements. Cette activité constitue la totalité de son chiffre d'affaires, en l'absence d'une collaboration avec le secteur privé de la distribution.

300. Le Chiffre d'Affaire de la PSP a été en 2008 de 11.2 milliards contre 12.1 milliards en 2007. Parmi les produits commandés, 75% sont des médicaments, 22% du petit matériel, 1.2% des produits de laboratoire, 1.1% des produits d'hémodialyse et 0.1% de produits dentaires.

301. Les produits recouvrables sont financés sur les fonds propres de la PSP. Les produits non recouvrables livrés (sans contrepartie financière du client) sont financés par une subvention de l'Etat. Cette subvention est transcrite en avoir non liquide au niveau d'un compte au Trésor, ce qui rend indisponible les fonds pour le paiement des fournisseurs.

Encadré 9 : Les difficultés financières de la PSP

En septembre 2009, la PSP affichait une dette de 6.3 milliards FCFA à l'égard de ses fournisseurs, dont 4 milliards auprès des fournisseurs étrangers.

Dans le même temps, la PSP détenait une créance de 13 milliards de FCFA sur le Trésor Public. Selon une étude de l'UE, cette créance provient en grande partie des CHU. Ceux-ci n'ont pu mobiliser auprès du Trésor public les sommes dues au titre des médicaments servis. Cette situation met en évidence l'effet en cascade produit par la question de la « liquéfaction » des créances publiques. Il faut noter ainsi que, les CHU ne pouvant payer la PSP, celle-ci a négocié avec eux qu'une partie des dotations budgétaires inscrites au budget de l'Etat soit « transférée » de leur poste budgétaire vers le sien (jeu d'écriture comptable). Pour autant, cette créance n'est toujours pas encaissée.

D'autres problèmes expliquent la situation financière difficile de la PSP :

- (i) une prédominance d'activités non rémunérées assurées pour le compte de programmes nationaux ;
- (ii) une politique tarifaire ne reflétant plus la réalité économique du marché ;
- (iii) des pertes de stock supérieures à 5 %, correspondant à des péremptions, des avariés et des coulages.

Source : « Rapport de la mission d'identification du projet d'appui au secteur de la santé dans le cadre du 10^{ème} FED » 2009.

Encadré 10 : Mesures initiées par le Ministère pour l'amélioration des performances de la PSP (2007 – 2010)

Les difficultés de la PSP sont essentiellement d'origine financière liées aux difficultés de trésorerie du Trésor Public, auxquels s'ajoutent (i) les difficultés de gestion à la périphérie, (ii) les difficultés de disponibilité de la trésorerie de la PSP (iii) des difficultés de gestion et de fonctionnement de la PSP.

Mesures visant à améliorer la gestion à la périphérie :

- 1- La création de postes de superviseurs régionaux⁵⁷.**
- 2- La prise d'un arrêté portant attributions du personnel de la pharmacie des structures sanitaires non EPN⁵⁸.**
- 3- La prise d'un arrêté portant octroi de la ristourne de 10 % sur la vente des médicaments de la PSPCI aux structures sanitaires des établissements non EPN⁵⁹.**
- 4- La mise en place d'un système de dépôt-vente par la signature de conventions avec les EPN faisant du recouvrement sur le médicament :**

La signature de cette convention permet (i) d'éviter la création de passifs, (ii) d'éviter l'accroissement des créances au niveau du compte budgétaire ACCT et (iii) d'améliore le recouvrement au niveau des EPN (le taux de recouvrement est passé de 18% à 65% en moins d'un an.

- 5- La mise en place de mandat pour l'achat de médicaments entre la PSP et les structures bénéficiaires de médicaments non recouvrables.**
- 6- La PSP a entamé des négociations avec la Direction Générale du Budget, pour le règlement des passifs des EPN par compensation budgétaire.**

L'aboutissement de ces négociations permettra de recouvrer plus de 2 milliards de F CFA.

Mesures visant à améliorer la disponibilité de la trésorerie de la PSP :

Ouverture d'un compte à la BCEAO⁶⁰ :

⁵⁷ Arrêté n°160 MSHP/CAB du 06 juin 2008.

⁵⁸ Arrêté n° 071 MSHP/CAB /PSPCI du 05 mars 2007.

⁵⁹ Arrêté interministériel n° 096 MSHP/MEF du 08 avril 2009.

Ce compte reçoit une partie des recouvrements réalisés auprès des structures sanitaires pour le paiement des fournisseurs étrangers. La deuxième partie reste sur le compte ACCD pour le paiement des fournisseurs locaux et pour le fonctionnement et reste donc soumis aux aléas des difficultés de trésorerie du Trésor Public.

Mesures visant à améliorer la gestion et le fonctionnement de la PSP :

Elaboration d'un plan stratégique de renforcement de la chaîne d'approvisionnement⁶¹. Ce plan a été validé en 2009.

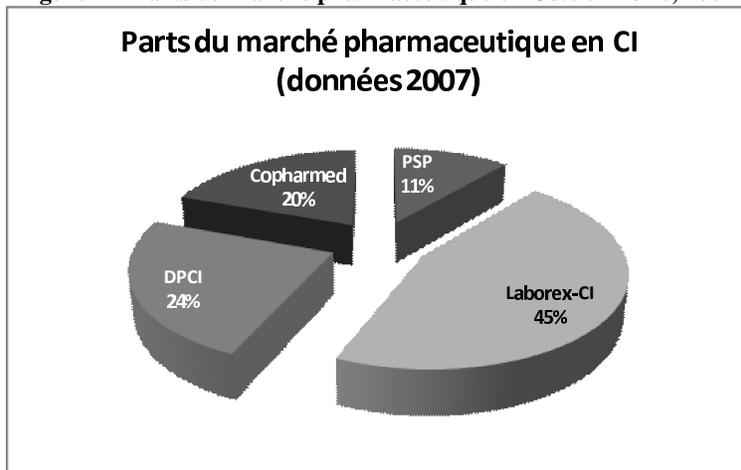
Audit organisationnel, financier et comptable de la PSP des exercices 2005, 2006 et 2007, initié en 2009 par le service de Contrôle de Gestion et la DAF du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

302. La PSP bénéficie d'appui en médicaments d'organismes tels que l'UE, le PEPFAR, le Fonds Mondial, JSI, UNFPA, UNICEF. Les besoins nationaux sont quantifiés et planifiés par la PSP avant d'être répartis entre ces différents bailleurs notamment pour les produits du VIH SIDA. La plupart de ces organisations effectuent eux-mêmes leurs achats (sauf l'UE) sans impliquer la PSP selon leurs procédures respectives. L'on assiste alors à des livraisons de produits non enregistrés en CI pour lesquels des autorisations d'importation sont demandées à la DPM, à l'achat d'équipements de laboratoires divers et variés ou tout simplement à des livraisons de produits ne respectant pas les conditions de réception de la PSP (Plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques 2010-2013 Draft). Conformément à une règle instituée fin 2009, la PSP doit faire contrôler tous ces médicaments par le LNSP.

303. **Pour le secteur privé, trois grossistes répartiteurs assurent l'approvisionnement des officines privées de pharmacie** et – accessoirement - les structures sanitaires privés ou publics qui détiennent les autorisations spécifiques du MSHP. Ce sont: Laborex-CI, DPCI et Copharmed. Tous les trois disposent d'agences régionales. Leurs chiffres d'affaires en 2007 sont respectivement de 49 milliards de FCFA (soit 51%), 26 milliards de FCFA (soit 27%) et 21 milliards de FCFA (22%).

304. **Au total, on peut constater que la part de la PSP dans l'approvisionnement en médicaments du pays est très faible** (surtout en comparaison avec les pays voisins). Moins de 20% des médicaments achetés en CI viennent de la PSP et donc du secteur public.

Figure 54: Parts du marché pharmaceutique en Côte d'Ivoire, 2007



Source : PPN

1.4.2. Méthodes de passation des marchés

⁶⁰ Autorisation du MEF.

⁶¹ Draft élaboré en atelier au mois de septembre 2009.

305. **Lorsque la PSP lance des appels d'offre pour s'approvisionner, elle est confrontée à un désintéressement des fournisseurs, dû aux impayés, ce qui conduit à des ruptures de stocks et une augmentation des prix à l'achat.** Deux modes d'acquisition sont utilisés par la PSP, pour son approvisionnement dans les conditions fixées par le code des marchés publics : les appels d'offres ouverts internationaux et les marchés de gré à gré. Le marché de gré à gré intervient dans des cas exceptionnels pour les achats inférieurs à 40 000 000 FCFA. Il porte sur des produits spécifiques, des produits protégés par un brevet et des rendus infructueux à l'appel d'offres.

306. Depuis 2007, dans le cadre de la mise en œuvre du système de management de la qualité, la PSP a adopté un système de présélection de ces fournisseurs. Une fois sélectionnés, ceux-ci sont approuvés pour trois ans. La PSP peut alors organiser des appels d'offres restreints annuels et passer des marchés avec les fournisseurs présélectionnés. Le dossier de présélection des fournisseurs est calqué sur celui utilisé par la majorité des centrales d'achats africaines et suit les recommandations de l'OMS. Les fournisseurs sont tenus de faire enregistrer les médicaments fournis auprès de la DPM pour la mise sur le marché national de la Côte d'Ivoire. (Manuel des procédures qualité PSP).

307. Au niveau central, le non paiement des fournisseurs a entraîné le désintéressement de ceux-ci des appels d'offres de la PSP, ce qui a entraîné des ruptures de produit au niveau central et au niveau périphérique (taux de rupture de 17% en 2005 à 35 % en Janvier 2009) et une augmentation des prix à l'achat des produits en moyenne par an. Cette augmentation s'explique également par les achats directs effectués par la PSP pour faire face aux ruptures de stock. (Plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques 2010-2013 Draft 00).

1.4.3. Enregistrement

308. L'enregistrement des médicaments, qu'ils soient fabriqués ou non en Côte d'Ivoire, a adopté une procédure particulière. La demande de visa est accompagnée d'un dossier technique et du paiement d'un droit de 50.000 FCFA, par forme et par dosage. Le dossier fait l'objet d'une analyse par la commission nationale d'enregistrement des médicaments. Le visa est accordé, si le fabricant justifie de l'innocuité du produit, de sa qualité (contrôle par le LNSP du respect des bonnes pratiques de fabrication, inspection sur site de production), de son intérêt thérapeutique ainsi que de son utilisation dans le pays d'origine. Un critère économique est également pris en compte par la négociation du prix. En 2006, 8053 présentations de spécialités ont été enregistrées en Côte d'Ivoire dont 5700 seulement font partie des ventes courantes, soit 70,78%.

1.4.4. Contrôle qualité

309. **Le contrôle qualité dans le secteur public est assuré par le Laboratoire National de Santé Publique, qui contrôle les produits pharmaceutiques uniquement avant leur distribution, avec des moyens techniques insuffisants et dans des délais relativement longs.** Tous les contrôles qualité des produits de la PSP-CI se font au Laboratoire National de Santé Publique. Cependant tous les produits de la PSP-CI ne peuvent être analysés par le LNSP, qui ne dispose pas de tous les moyens techniques adéquats (installations techniques, réactifs...). Les produits sont analysés uniquement à leur réception. Au cours du stockage, aucun contrôle de qualité n'est effectué. De plus, face à des produits importés dont l'origine est plus en plus diversifiée (Inde, Chine, Maroc, Tunisie...), le contrôle de la qualité est très insuffisant. Par ailleurs, les délais observés pour le contrôle qualité sont très longs (21 jours minimum) ce qui conduit à garder des produits longtemps en quarantaine et donc non disponibles pour la distribution quand bien même ces produits sont en rupture au niveau des structures sanitaires (Plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques 2010-2013 Draft 00). Il existe une collaboration technique entre la DPM et le LNSP pour renforcer le suivi de la qualité du médicament aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public. Cette collaboration reste encore faible et nécessite un renforcement. Le LNSP connaît des difficultés, malgré l'acquisition récente d'équipements modernes et performants: absence d'autonomie financière et d'allocation budgétaire, et manque de formation continue de son personnel.

1.5. Production locale

310. La production pharmaceutique locale destinée à la consommation intérieure représente moins de 10% de la consommation nationale. Ces producteurs locaux sont au nombre de 8, dont 5 fabriquent toutes les formes, 2 les produits à usage externe et un reconditionneur. Toutes les formes sont fabriquées : formes sèches, formes molles, suspensions et solutés massifs pour perfusion sauf les vaccins et les produits injectables. Une seule industrie locale sur les 8 fabrique des médicaments génériques sous licence d'exploitation de brevets des industries pharmaceutiques étrangères. L'industrie locale s'est contentée de limiter sa production aux molécules essentielles reconnues non couvertes par des brevets.

1.6. Distribution et stockage

311. Depuis 2006, la valeur du stock de la PSP est d'environ 4 milliards de FCFA, contre 8 milliards les années précédentes. Cette situation est bien entendu liée à la marginalisation croissante de la PSP, en raison de ses difficultés financières.

1.6.1. Pertes dans le secteur public

312. Les pertes sont constituées essentiellement des périmés, des avaries et des écarts d'inventaires.

Tableau 21 : Répartition des pertes de 2005 à 2008 (valeur en francs CFA)

Année	2005	2006	2007	2008
Valeur des pertes	533,784,849	1,172,517,419	390,905,013	268,072,395
Valeur de stock	7,872,934,649	4,472,487,029	4,088,654,981	4,858,075,785
Taux de perte par rapport aux stocks en %	6%	26%	9%	5,5%

Source : Rapport d'activités 2007 et 2008 de la PSP

313. Le tableau ci-dessus montre les pertes sur quatre ans. Le montant des pertes diminue au fil des années. Ainsi on note une diminution de 31% des pertes de 2007 à 2008. Cela peut s'expliquer par une amélioration du suivi des stocks et de contrôle au sein des magasins.

314. L'essentiel des pertes provient des **périmés**, dont la valeur s'élevait à 248,479,546 FCFA en 2008. Ces périmés se répartissaient comme suit:

Tableau 22: Récapitulatif des Périmés par rubrique (rapport d'activité 20008)

RUBRIQUES	VALEUR	ANALYSE
Médicaments	80,926,638	Produits en surstock et à faible rotation
Petit matériel	54,415,171	Essentiellement des spéculums en surstock
ARV	37,654,616	Les clients commandent les produits ARV des bailleurs qui sont gratuits, au détriment des Produits ARV PSP qui sont payants
Produits d'urgence déchets	37,369,899	Produits livrés dans le cadre de la crise des déchets toxiques
Dons canadiens	21,144,158	Produits livrés à péremption proche
Produits PDSSI	14,855,370	Produits livrés en péremption proche
Produits UNICEF	937,855	Présentation en vrac
TOTAL	247,303,707	

315. Les **avaries** s'élève à 18 497 077 fcfa. Elles sont constituées des produits qui résistent difficilement aux conditions de conservation, des produits qui ont des défauts de fabrication, et des produits cassés par des erreurs de manipulation des gerbeurs.

Tableau 23: Descriptif des avaries (rapport d'activité 20008)

RUBRIQUES	VALEUR	ANALYSE
Thermomètre électronique	12,960,358	Défaut de fabrication
Amoxicilline suspension	1,542,280	Grumeaux dans la poudre
Divers	3,994,439	Casses et avaries

1.6.2. Capacités de stockage (du secteur public)

316. Au niveau central, la PSP dispose de deux bâtiments abritant les services administratifs et dix magasins de stockage d'environ 18.000 m² d'espace de stockage. Deux chambres froides dont une de 50 m² et une autre de 120 m².

317. **Au niveau des structures sanitaires, même si la PSP dispose d'une logistique adéquate pour la distribution, les infrastructures en périphérie sont inadaptées pour le stockage des médicaments.** La cause essentielle de cette situation est l'absence de normes nationales standards pour la construction de pharmacies publiques, avec pour corollaire la mauvaise conservation des produits.

1.6.3. Délais de distribution

Dans le secteur public

318. **Dans les zones rurales, la PSP livre une fois par mois. Or les structures de santé dans les zones rurales n'ont pas une grande capacité de stockage.** Le système de distribution de la PSP assure une livraison régulière des structures de santé et une couverture globale du pays (4 livraisons par mois à Abidjan et 1 fois par mois à l'intérieur du pays) Le délai de livraison (l'intervalle de temps entre la date de dépôt de la commande et celle où les produits sont livrés effectivement aux clients) est de 7 jours. Or la majorité des structures n'ont pas une grande capacité de stockage. Pour se rapprocher de ses clients en vue d'accroître leur satisfaction et lever certains goulots d'étranglement liés au nombre élevé de commandes clients géré au niveau central, la PSP envisage de mettre en place 6 antennes régionales, afin d'accroître, la fréquence des livraisons, l'efficacité de son système et aussi augmenter son chiffre d'affaire.

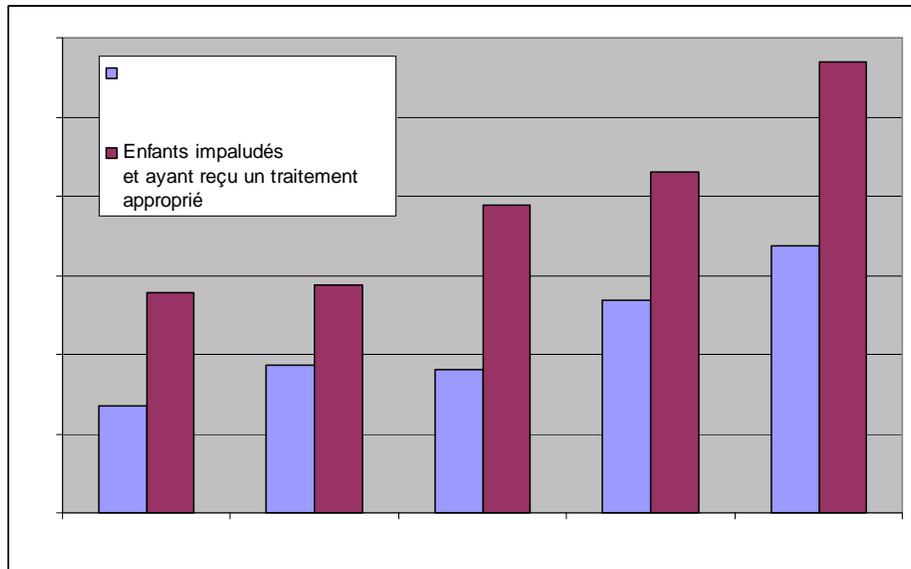
Dans le secteur privé

319. Les 3 grossistes répartiteurs assurent des livraisons quotidiennes aux 689 officines du pays (en 2009).

1.7. Usage rationnel et accessibilité

320. **De manière générale, on observe en Côte d'Ivoire une faible usage rationnel des médicaments.** On peut mesurer les déficiences en matière d'utilisation des médicaments au travers de la prise en charge de deux pathologies fréquentes chez les enfants : les infections respiratoires (IRA) et le paludisme. Selon le MICS 2006, pour les IRA, moins de 20% des enfants malades ont reçu des antibiotiques. De même, moins de 36% des enfants ayant eu une fièvre ont reçu un médicament approprié. Dans les deux cas, l'accessibilité financière paraît jouer ici un rôle important, si l'on en juge sur l'impact du niveau socio-économique des ménages :

Figure 55: Traitement des enfants souffrant d'IRA ou du paludisme, par quintile de richesse



Source : MICS 2006

321. Cette faible consommation des médicaments en général peut être expliquée par différents facteurs :

- l'accessibilité géographique (la répartition des centres de santé et des officines est-elle cohérente avec celle de la population ?) ;
- la disponibilité (les médicaments sont-ils disponibles sur le terrain ?) ;
- l'accessibilité financière (les tarifs sont-ils respectés ?) ;
- la qualité des prescriptions (la sur prescription et la prescription de produits non génériques sont-elles rares ?)

322. Ces 4 facteurs sont analysés ci-dessous.

1.7.1. Accessibilité géographique

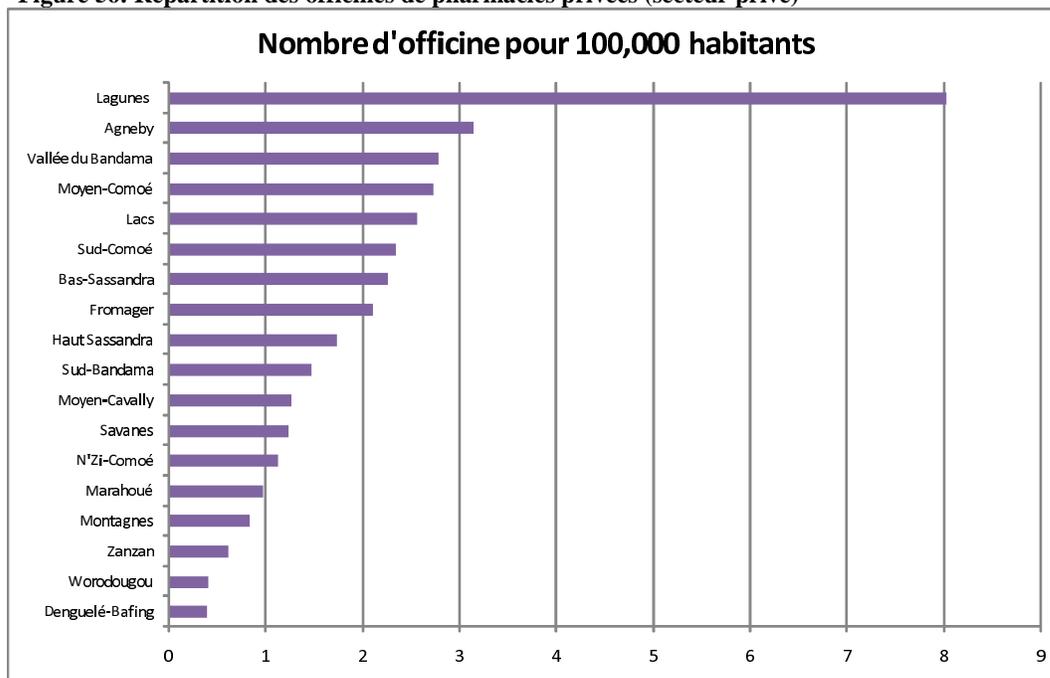
1.7.1.1. Répartition des centres de santé (public)

323. **Globalement en 2007, la couverture en infrastructures sanitaires demeurait faible avec seulement 44 % de la population qui vit à moins de 5 km d'un établissement sanitaire.** En Côte d'Ivoire on compte 1 ESPP (un établissement sanitaire de premier contact) pour 13 831 habitants dans les régions, avec un déficit encore plus marqué pour les maternités en milieu rural. 27% de la population vit entre 5 et 15 km d'un centre de santé et 29 % à plus de 15 km.

1.7.1.2. Répartition des officines de pharmacies privées (secteur privé)

324. Sans surprise, on peut observer que la concentration des officines privées reste très importante dans la capitale (région des Lagunes) où 61% des officines sont en effet installées.

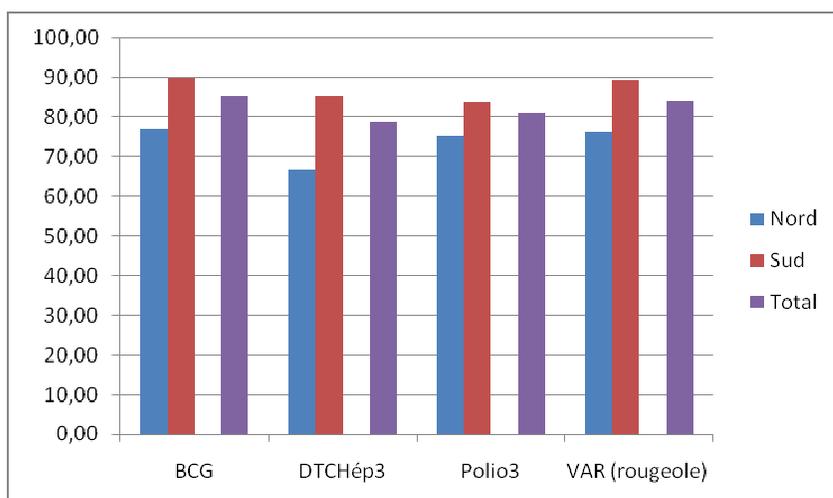
Figure 56: Répartition des officines de pharmacies privées (secteur privé)



Source : DPM

1.7.1.3. Accès aux services de vaccination

Figure 57: Couverture vaccinale des enfants entre 1 et 2 ans, comparaison Nord/Sud⁶² (2006)



Source : MICS 2006

⁶² Le Nord comprend les régions suivantes : Vallée du Bandama, Savanes, Zanzan, Bafing, Denguelé, Worodougou, Montagnes, Moyen Cavally ; et le Sud : Lacs, N'zi Comoé, Moyen Comoé, Fromager, Haut Sassandra, Marahoué, Agnéby, Lagunes, Sud Bandama, Sud Comoé et Bas Sassandra.

1.7.2. Disponibilité

325. **En raison des difficultés de la PSP, les médicaments essentiels sont souvent indisponibles dans le secteur public, obligeant les populations à recourir au secteur privé bien approvisionné mais plus onéreux et dont la couverture est relativement faible en zone rurale.** L'approvisionnement en médicaments essentiels est principalement à la charge du secteur public mais les difficultés actuelles de la PSP en termes de rupture de stock ont entraîné une indisponibilité de ces médicaments, contraignant les populations à s'approvisionner auprès du secteur privé. Ainsi dans le secteur privé, la disponibilité des médicaments essentiels et génériques est relativement bonne mais leur accessibilité économique reste faible.

326. En 2007, la non livraison de l'appel d'offres 2007 de la PSP en fin d'année a été la cause des ruptures de stock de médicaments. Ainsi le taux de ruptures sur les médicaments à forte rotation a été estimé à 33 %.

327. Plus récemment, une enquête sur un échantillon de 36 formations sanitaires et 15 médicaments traceurs a relevé un taux moyen de rupture de 36% sur la période de supervision de janvier à avril 2009.

328. L'insuffisance de l'implication des comités de médicaments dans le suivi de la gestion des pharmacies, participe à l'utilisation irrationnelle des produits pharmaceutiques. Aussi, la PSP réalise des supervisions au niveau des structures sanitaires afin d'en améliorer les résultats (Plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques de la PSP 2010-2013).

Tableau 24: Taux de rupture des produits traceurs dans un échantillon de structures sanitaires périphériques (période du 12 janvier au 30 avril 2009)

N°	STRUCTURES SANITAIRES	NOMBRE TOTAL DE PRODUITS	NOMBRE DE PRODUITS EN RUPTURE	TAUX DE RUPTURE
1	DS Lakota	15	4	26,67
2	HG Lakota	15	3	20,00
3	DS Tiassalé	15	3	20,00
4	HG Tiassalé	15	6	40,00
5	CSU N'Douci	15	6	40,00
6	HG Anyama	15	8	53,33
7	DS Anyama	15	14	93,33
8	HG Alépé	15	10	66,67
9	DS Alépé	15	9	60,00
10	HP Bingerville	15	4	26,67
11	HG Bingerville	15	3	20,00
12	PMI Combes Bingerville	15	3	20,00
13	HG Abobo Sud	15	7	46,67
14	FSU Pont Houphouet B	15	3	20,00
15	FSU Cocody Nord	15	4	26,67
16	Disp. Akouédo	15	6	40,00
17	FSU Com Port-Bouet 2	15	6	40,00
18	DS Grand-Lahou	15	6	40,00
19	HG Grand-Lahou	15	5	33,33
20	DS Sassandra	15	1	6,67
21	HG Sassandra	15	4	26,67
22	HG Fresco	15	4	26,67
23	CSU Méagui	15	8	53,33
24	CSU Guéyo	15	3	20,00
25	DS Soubré	15	6	40,00
26	HG Soubré	15	2	13,33
27	DS Divo	15	2	13,33
28	CHR Divo	15	3	20,00
29	HG Sikensi	15	7	46,67
30	HG Jacquville	15	2	13,33
31	HG Dabou	15	4	26,67
32	DS Dabou	15	4	26,67
33	FSU Com Abobo Akéikoi	15	7	46,67
34	CSU Com Carrefour PK18	15	10	66,67
35	CSU Com Andokoua	15	10	66,67
36	CSU Com Abobo BC	15	9	60,00

Taux moyen de rupture	36%
------------------------------	------------

Source : rapports de contrôle et supervision du service autonome du contrôle et évaluation de la PSP

1.7.3. Prix du médicament

Fixation des prix officiels

329. **D'une manière générale, tant dans le secteur public que le secteur privé, les prix des médicaments sont homologués.**

330. Les prix des médicaments dans le secteur Privé sont définis par Décret n094-667 du 21 Décembre 1994 fixant les conditions d'acquisition des médicaments et régime des prix des médicaments.

331. Le mécanisme de fixation des marges ne dépend que du secteur de distribution :
 - 28% et 10% dans le public ;
 - 14% et 32.6% dans le privé.

Tableau 25: Marges de distribution dans les filières publique et privée de Cote d'Ivoire (document PPN)

	Filière publique		Filière privée	
	Produit importé	Fabrication locale	Produit importé	Fabrication locale
Prix FOB =PGHT =Prix grossiste hors taxe France	--	DDU	PGHT	PGHT
Taux de passage FOB à CIF (produit rendu Abidjan)	DDU (Prix appel d'offre)	--	CAF (PGHT + frais Transport, transit France, assurance)	--
Prix de revient (DDU ou CAF + droits de douanes + PSP frais de transit)	PR (DDU + frais douanes)	(DDU)	PR (CAF + frais de douanes + transit local)	(PGHT)
Marge de distribution Grossiste (PSP et Privés)	28% (PR x 1.28)	28%	14% (PR x 1.14)	14%
Taux de marge de détaillants (Centre de santé périphériques + officines privées)	10%	10%	32,6 %	32,6 %

DDU: Deliver Duty Unpaid

FOB: Free On Board

CIF: Count Insurance Freight

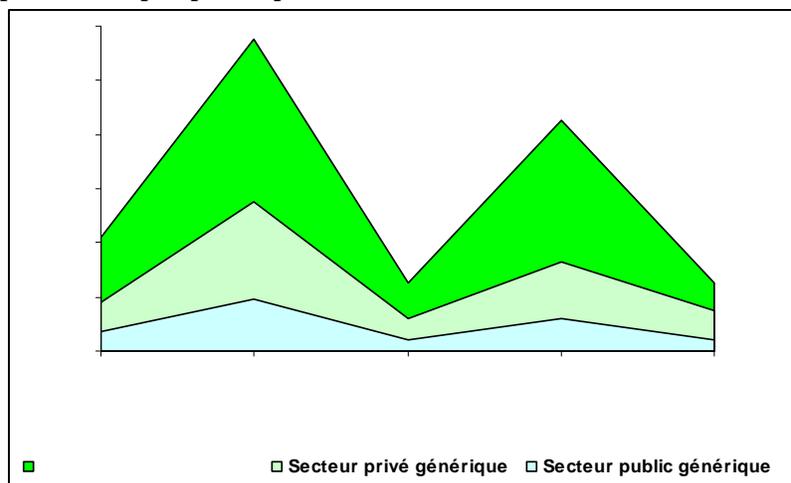
CAF: Cout Assurance Fret

PR: Prix de Revient

Secteur privé : Médicaments importés Production locale	PGHT X 1,99 = Prix public PGHT X 1.761 = Prix public
Taxe communautaire UEMOA sur les importations tous types	Taxe 1.5% Taxe statistiques 1%

332. **On peut donc remarquer que, pour un même prix d'acquisition grossiste, un médicament dans le secteur privé coûtera 42% plus cher que dans le public.** Comme la PSP obtient souvent des prix plus faibles, les écarts de prix entre public et privé sont encore plus importants, comme le montre le graphique suivant :

Figure 58: Comparaison des prix publics par secteur de distribution



Source : fichier Laborex et liste des prix PSP (rapport UE)

333. Enfin, l'endettement de la PSP l'oblige de plus en plus à passer des marchés de gré à gré. Leur part est passée de 20% des commandes à 50% en 2008. Cela se traduit inévitablement par des augmentations de prix d'acquisition par la PSP.

Respect des prix officiels

334. **Les prix officiels des produits pharmaceutiques ne sont pas respectés et ont augmenté de façon importante ces dernières années.** Comme chaque année, au niveau de la PSP, un programme de supervision est réalisé en début d'année pour visiter toutes les structures sanitaires. Ainsi au terme de l'année 2007, 119 structures réparties sur 62 localités, ont été visitées sur les 165 prévues. Il a été constaté qu'aucune de 119 structures approvisionnées et supervisées par la PSP ne respecte les prix homologués. On note une augmentation des prix des produits de 8% à 370% (source : document d'analyse des rapports de contrôle de 2007 du SACE de la PSP).

335. Les formations effectuées en 2008 et les mesures de sensibilisation prises ont permis de réduire l'ampleur des augmentations en 2009, sans pour autant enrayer le phénomène. A titre d'exemple nous avons fourni les tableaux de contrôle des prix dans deux structures différentes : Abidjan (FSU-COM Williams ville) et de l'intérieur du pays (CHR San Pedro), données recueillies en 2009.

Tableau 26: Différence entre prix de vente autorisée et prix appliqué des médicaments en 2009

<i>Contrôle des prix des produits traceurs au CHR de San Pedro (juillet 2009)</i>				
Produits traceurs	prix appliqué	prix de vente autorisé	Ecart	Pourcentage
Paracetamol 500mg	10	10	0	0%
Amoxicilline 500 mg gélule	38	50	-12	-24%
(Atésunate + Amodiaquine) cp adulte	1350	1002	348	35%
Quinine resorchine 400 mg inj	230	138	92	67%
Glucosé 5% 500 ml	550	508	42	8%
Amoxicilline 250 mg suspension	600	501	99	20%
(Fer + Folate) cp	13	10	3	30%
(Artésunate + Amodiaquine) suspension	1300	789	511	65%
(Trimethoprime + sulfamethoxazole) 960 mg cp	50	50	0	0%
(Trimethoprime + sulfamethoxazole) suspension	750	704	46	7%

Métronidazole 500 mg cp	35	31	4	13%
Ringer lactate 500 ml	550	508	42	8%
Albendazole / Mebendazole cp	100	68	32	47%
Benzathine Benzyl Penicilline 2,4 MUI	300	275	25	9%
(Arhésunate + Amodiaquine) cp enfnt 7-14 ans	750	507	243	48%

Source: rapport de contrôle du 13 au 24 juillet 2009 du SACE de PSP

<i>Contrôle des prix des produits traceurs au FSU de Williams ville (Abidjan) en juillet - août 2009</i>				
Produits traceurs	prix appliqué	prix de vente autorisé	Ecart	Pourcentage
Paracetamol 500mg	10	10	0	0%
Amoxicilline 500 mg gélule	50	50	0	0%
(Atésunate + Amodiaquine) cp adulte	1500	1002	498	50%
Quinine resorchine 400 mg inj	200	138	62	45%
Glucosé 5% 500 ml	650	508	142	28%
Amoxicilline 250 mg suspension	600	501	99	20%
(Fer + Folate) cp	10	10	0	0%
(Artésunate + Amodiaquine) suspension	1500	789	711	90%
(Trimethoprime + sulfaméthoxazole) 960 mg cp	50	50	0	0%
(Trimethoprime + sulfaméthoxazole) suspension	750	704	46	7%
Métronidazole 500 mg cp	50	31	19	61%
Ringer lactate 500 ml	650	508	142	28%
Albendazole / Mebendazole cp	100	68	32	47%
Benzathine Benzyl Penicilline 2,4 MUI	300	275	25	9%
(Arhésunate + Amodiaquine) cp enfnt 7-14 ans	700	507	193	38%

Source: rapport de contrôle du 27 juillet au 06 août 2009 du SACE de PSP

Encadré 11 : Le marché illicite de médicaments en CI

Selon une enquête de ReMeD (Réseau Médicaments et Développement) réalisée en CI en 2004⁶³, **le marché illicite des médicaments a pris de l'ampleur en se structurant et s'organisant autour de filières nationales et étrangères de grands commerçants chargés de l'approvisionnement et du recrutement de petits revendeurs.**

Aujourd'hui le marché parallèle s'étale au grand jour dans les villes comme dans les zones rurales.

Il existe peu de données accessibles sur le véritable volume de ce marché, estimé à 10% de la valeur du marché par la profession. Cependant la majeure partie serait constituée d'importations illicites, d'achats chez les grossistes, chez les producteurs locaux et dans les officines. Il faut ajouter les détournements dans les établissements publics et privés, les médicaments provenant de collectes de médicaments récupérés et les échantillons médicaux.

La vente illégale de médicaments est évaluée à plus de 10 milliards FCFA. Elle a pour principale cible les populations les plus pauvres et les moins éduquées.

Ce marché illicite a pu se développer pour différentes raisons :

- ⌚ la disponibilité insuffisante des médicaments dans le système de la santé ;
- ⌚ l'inaccessibilité financière des médicaments vendus dans le secteur privé, liée à l'augmentation de la pauvreté des populations depuis la crise ;

⁶³ <http://www.remed.org/candice3.pdf>

- ⌚ la facilité d'accès au marché illicite : les médicaments sont jugés moins chers, l'accès à ces médicaments semble plus facile (proximité du lieu de travail, sans nécessité d'ordonnances, vente à l'unité et vente à crédit) ;
- ⌚ la culture du recours à l'informel ;
- ⌚ le manque d'information et d'éducation à la santé
- ⌚ l'absence d'une réelle volonté politique notamment marquée par la passivité des juridictions compétentes à réprimer ce phénomène des médicaments vendus de façon illicite.

Un document de stratégie nationale de lutte contre le marché illicite des produits pharmaceutiques a été adopté par le gouvernement en 1997 avec la création d'un comité national de lutte contre le Trafic illicite et la contrefaçon des médicaments mis en place en 1998 à l'issue d'une communication en Conseil des ministres. Des ateliers ont été organisés par le Ministère de la Santé visant la sensibilisation des agents de la douane, des eaux et forêts, de la police de la gendarmerie et de la répression des fraudes. Un service de police sanitaire a été créé en 2003, mais il n'est plus opérationnel, son personnel se limitant à 10 personnes, sans véhicule.

Un document de projet budgétisé, prenant en compte tous les volets de prévention, de sensibilisation, d'information et de répression a été produit. Ce projet a connu un échec dans son application en raison de la non participation effective de toutes les parties prenantes.

Ce phénomène constituant un grave problème de Santé Publique, un nouveau plan de lutte contre ce fléau est en cours d'élaboration et d'adoption avec de multiples actions. L'élaboration des stratégies a fait l'objet d'un pré-atelier en Juin 2008.

1.7.4. Prescription et dispensation

336. Dans l'ensemble, les génériques semblent peu prescrits. On ne dispose pas d'informations régulières sur les prescriptions. Les seules données disponibles sont celles produites par la MUGEFCI (la plus grosse mutuelle de la CI), lorsqu'elle rembourse ses adhérents. Ainsi, les récentes données (2008) montrent que les ¾ des prescriptions portent sur des spécialités.

Tableau 27: Répartition des prescriptions de la Mugefci

	Nombre de prescription	%
SPECIALITE	1876	74
GENERIQUES	656	26
TOTAL	2532	100

337. Ces données très parcellaires tendent à confirmer un constat fait en 2000 qui montrait que 11% des prescriptions étaient en générique⁶⁴.

⁶⁴ Badini M. Evaluation de la prescription et de la dispensation des médicaments en Côte d'Ivoire : à propos de 1 000 ordonnances exécutées dans les officines privées d'Abidjan. Thèse de pharmacie, Abidjan 2000, 88 p. plus annexes.

2. Vaccins

2.1. Analyse situationnelle

338. **Malgré les engagements pris en matière de politique vaccinale et les appuis internationaux, la couverture vaccinale en Côte d'Ivoire recule, victime de ruptures de stocks et de la crise.** La Côte d'Ivoire s'est engagée depuis 1992 dans l'achat des vaccins et le matériel selon les procédures rigoureuses d'acquisition reconnues par l'OMS. Dans le PNDS, elle s'est engagée à renforcer le PEV en routine, pour atteindre une couverture vaccinale de 80% chez les enfants de moins d'un an, à éradiquer la poliomyélite, à éliminer le tétanos, à contrôler la rougeole et les autres maladies cibles du PEV.

339. Le financement des vaccins a bénéficié d'un appui régulier pour l'approvisionnement en vaccins et consommables de GAVI (*Global Alliance for Vaccine and Immunization*) et pour les équipements et accessoires du projet KFW. Cependant la disponibilité des fonds sur le compte d'achat des vaccins n'est pas assurée et avec la crise, les ruptures fréquentes en vaccins et matériels ont provoqué une chute de la couverture vaccinale augmentant le risque de réémergence de certaines maladies endémo-épidémiques (poliomyélite, coqueluche, fièvre jaune, rougeole...). A titre d'exemple la rupture en vaccins de la Fièvre jaune survenue en novembre 2007 a coïncidé avec une épidémie de cette affection. En 2009, le Gouvernement n'assurait que 5% du coût total des vaccins, le reste étant fourni par GAVI et l'UNICEF, ce qui a permis d'éviter des ruptures de stocks.

2.2. Structure des activités de vaccination

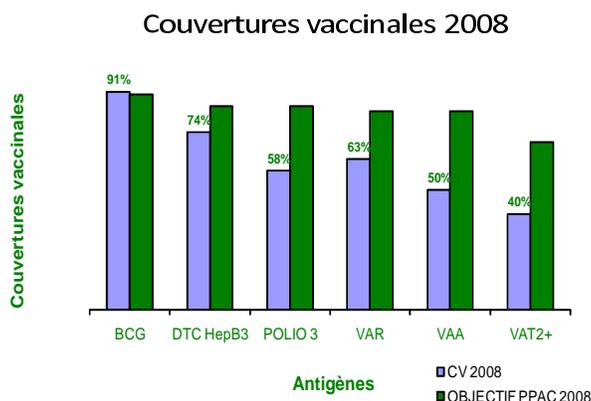
340. La vaccination en CI comporte 2 types d'activités :
- ☞ les activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV)
 - ☞ les activités de vaccination recouvrable.

2.2.1. Activités vaccinales du PEV

341. Elles sont destinées aux enfants (0-11 mois), aux femmes enceintes et aux femmes en âge de procréer (15-49 ans). Elles sont réalisées à titre gracieux. L'INHP (Institut National de l'Hygiène Publique) assure l'approvisionnement et la distribution des vaccins aux antennes régionales dotées de chambres froides (d'où viennent se servir les directions départementales, les formations sanitaires d'Abidjan et des zones périphériques).

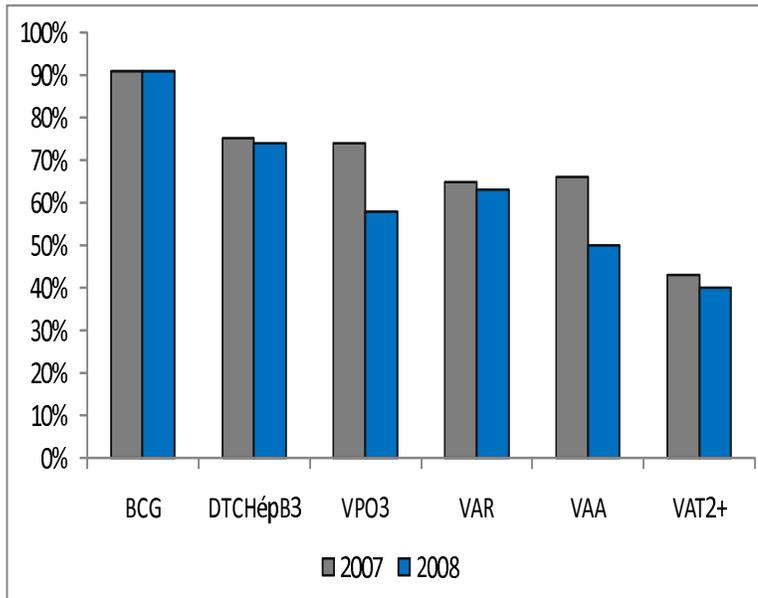
342. En 2008, les taux de couvertures vaccinales atteints étaient les suivants :

Figure 59 : Couverture vaccinale en 2008



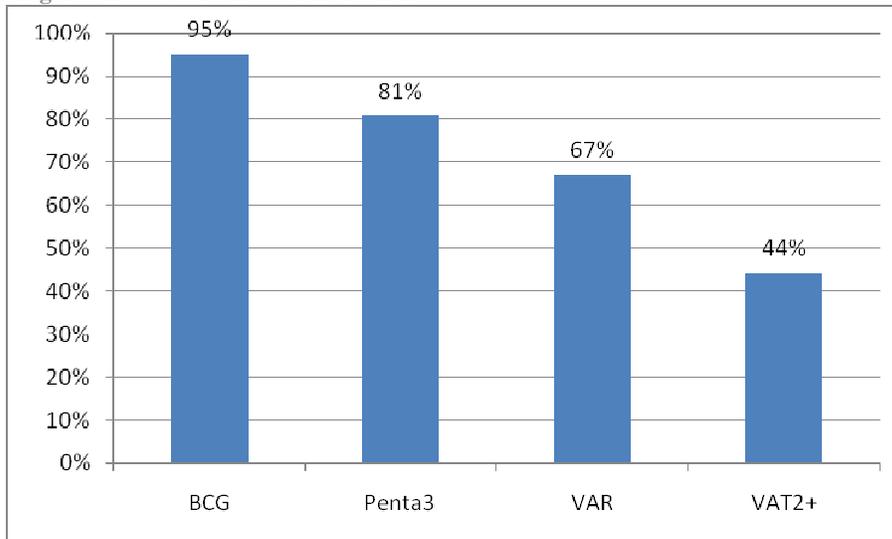
Par rapport à 2007, ces taux étaient en détérioration.

Figure 60: Couverture vaccinale en 2007 et 2008



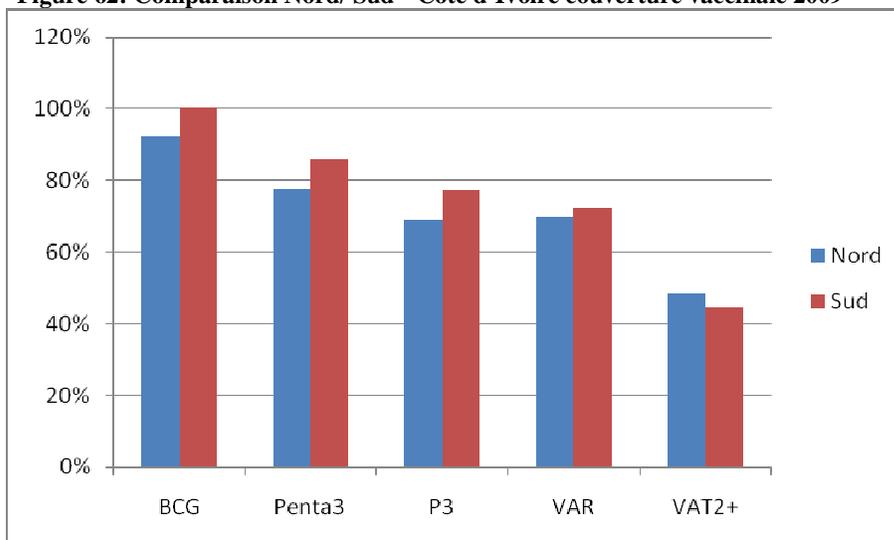
343. Entre 2008 et 2009, la couverture vaccinale a légèrement progressée comme l'illustre le graphique ci-dessous (données du PEV). Toutefois, les populations des zones sanitaires du Nord du pays connaissent des taux de couverture plus faibles que les populations du Sud.

Figure 61: Couverture vaccinale en 2009



Données : Programme Elargi de Vaccination

Figure 62: Comparaison Nord/ Sud⁶⁵ Cote d'Ivoire couverture vaccinale 2009

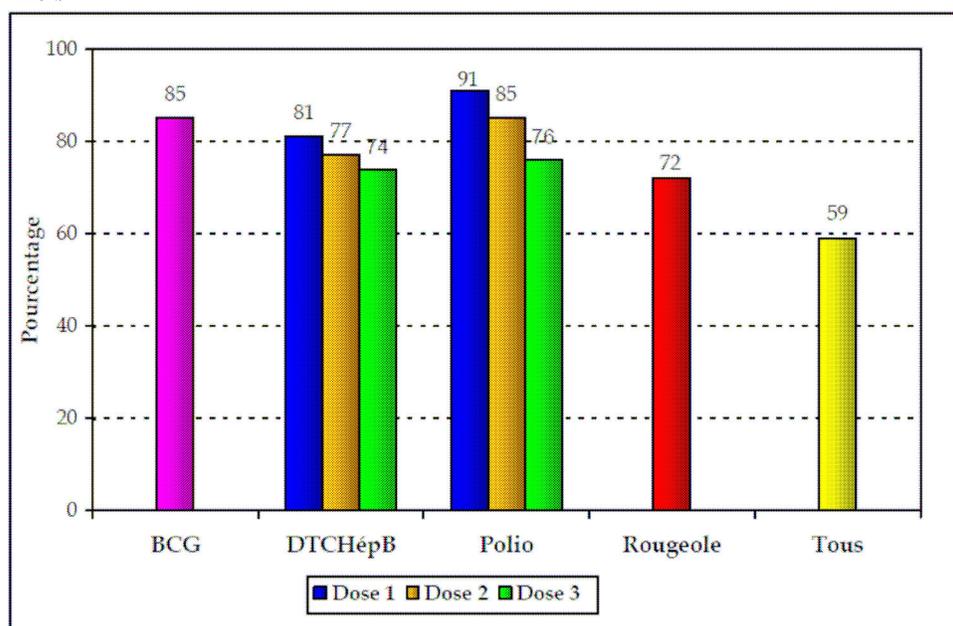


Données : Programme Elargi de Vaccination

344. L'objectif de couverture vaccinale n'a pas été atteint en 2008 à cause :
- ⊗ des ruptures de stock en vaccins : VPO, 9 mois de rupture, de décembre 2007 à février 2008 puis juillet à décembre 2008. Et pour VAA, 6 mois de rupture, de juillet à décembre 2008.
 - ⊗ de la mise en œuvre insuffisante des stratégies avancée et mobile dans les DS
 - ⊗ des nombreuses activités de vaccination supplémentaires (février, mai, juillet et novembre 2008)
345. **Il est à noter que les données issues de la dernière enquête auprès des ménages (MICS 2006) sont encore plus alarmantes. Elles montrent en effet que moins de 60% des enfants sont « complètement » vaccinés.**

⁶⁵ Le Nord comprend les régions suivantes : Vallée du Bandama, Savanes, Zanzan, Bafing, Denguelé, Worodougou, Montagnes, Moyen Cavally ; et le Sud : Lacs, N'zi Comoé, Moyen Comoé, Fromager, Haut Sassandra, Marahoué, Agnéby, Lagunes, Sud Bandama, Sud Comoé et Bas Sassandra.

Figure 63: Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçus les vaccins recommandés avant l'âge de 12 mois



Source : MICS 2006

346. **Sur l'ensemble des vaccins (PEV et hors PEV), les enfants des ménages les plus pauvres sont particulièrement pénalisés.** En effet, environ 57% des enfants des ménages pauvres sont vaccinés, contre 92% pour ceux des ménages les plus riches.

2.2.2. Activités vaccinales Hors PEV

347. Ces activités hors PEV sont destinées au grand public (adulte, voyageur, entreprise, collectivité, enfant de plus de 15 ans). Ces activités de vaccination recouvrables représentent 80% des ressources propres de l'INHP. On note une évolution à la hausse des doses de vaccins administrées au cours de ces trois dernières années.

Tableau 28: Evolution des doses par types de vaccins de 2006 à 2008

	<i>Doses de vaccins administrées</i>			<i>Evolution de l'activité</i>	
	2006	2007	2008	2006/2007	2007/2008
Fièvre jaune	39637	39644	73757	0,0%	86,1%
Grippe	2486	3674	3844	47,8%	4,6%
Hépatite B	25973	11543	39797	-55,6%	244,8%
Méningite A+C	154785	74476	168305	-51,9%	126,0%
Méningite ACYW135	2102	2361	6487	12,3%	174,8%
Pneumonie	2338	1286	2850	-45,0%	121,6%
ROR	4		718	-100,0%	--
Typhoïde	37295	42532	13986	14,0%	-67,1%
VAT(Tétanos)	13776	22286	43267	61,8%	94,1%
Vaccin antirabique	7780	9650	1131	24,0%	-88,3%
Total	278396	197802	353011	-28,9%	78,5%

Source: Rapport d'activité INHP 2008

2.3. Stockage au niveau central

348. La Chambre Froide de l'INHP assure la réception, le stockage, la conservation et la distribution des vaccins et consommables d'injection aux districts sanitaires dans le pays pour le PEV et aux antennes de l'INHP dotées de chambre froide en ce qui concerne les activités de vaccination Hors-PEV.

349. Les chambres froides ont été équipées d'enregistreurs de température électroniques facilitant ainsi le monitoring pendant les week-end et jours fériés. L'INHP a signé un contrat avec la société MFI (Maintenance Froid Industriel) pour l'entretien des chambres froides INHP sur toute l'étendue du territoire national. Il faut noter cependant l'insuffisance de magasin de stockage du matériel d'injection. Le stockage se fait sous les hangars occasionnant de nombreux vols ainsi que la détérioration du matériel.

2.4. Surveillance épidémiologique

350. Le service de surveillance épidémiologique a assuré au cours de l'année 2008 la surveillance de cinq maladies à potentiel épidémique élevé (la méningite purulente, la rougeole, le choléra, la fièvre jaune, la grippe humaine d'origine aviaire) et des manifestations post vaccinales indésirables (MAPI).

351. La stratégie adoptée pour cette surveillance est celle d'un système d'alerte précoce qui repose sur une notification immédiate (fièvre jaune, choléra, grippe aviaire), hebdomadaire (rougeole, méningite) et mensuelle (MAPI) des cas et décès. Les données collectées par les établissements sanitaires sont acheminées au district qui après compilation les transmet au service de surveillance à l'INHP. Une retro-information hebdomadaire est faite à l'endroit des districts après analyse des données. Le service de pharmacovigilance est très peu développé, ce qui entrave la surveillance et surtout la prévention des résistances en matière d'ARV, d'antituberculeux et de traitement contre le paludisme. Il serait judicieux de renforcer les activités de pharmacovigilance pour le meilleur suivi des malades.

3. Moustiquaires

352. **La possession par les ménages de moustiquaires imprégnées est très faible (10%), ce qui s'explique à la fois par (i) une chute récente de leur vente pour cause de rupture de stock et de mauvaise qualité et par (ii) des distributions gratuites inéquitables (bénéficiant peu aux plus pauvres).** L'utilisation des moustiquaires imprégnées est l'une des stratégies de lutte contre le paludisme. Selon l'enquête MICS 2006, la possession par les ménages de moustiquaires imprégnées était de 10%, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous moustiquaire imprégnée était de 3% et celle des enfants ayant dormi sous moustiquaire : 17%.

Tableau 29: Taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée (bilan d'activité PNLP 2009)

Année	Taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée
2006	3%
2008	14,8%

353. De 2006 à 2008, l'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) a connu une progression significative (3% à 14,8%).

354. Les MILDA sont distribuées depuis 2006, avec des messages de sensibilisation pour le changement de comportement de la population. Environ 1 500 000 MILDA disponibles durant cette période ont été distribuées gratuitement.

355. Il existe deux circuits de distribution publics:

- ☞ le PNLP, qui distribue gratuitement aux femmes enceintes en consultation prénatale (CPN) et aux enfants de moins de 5 ans en PEV et
- ☞ la PSP, qui vend les moustiquaires imprégnées aux différents districts sanitaires et à l'INHP.

356. L'une des activités de l'INHP est en effet la lutte anti vectorielle. L'INHP est chargé de la distribution des moustiquaires Le tableau ci dessous montre l'évolution des ventes de moustiquaires imprégnées réalisées par l'INHP :

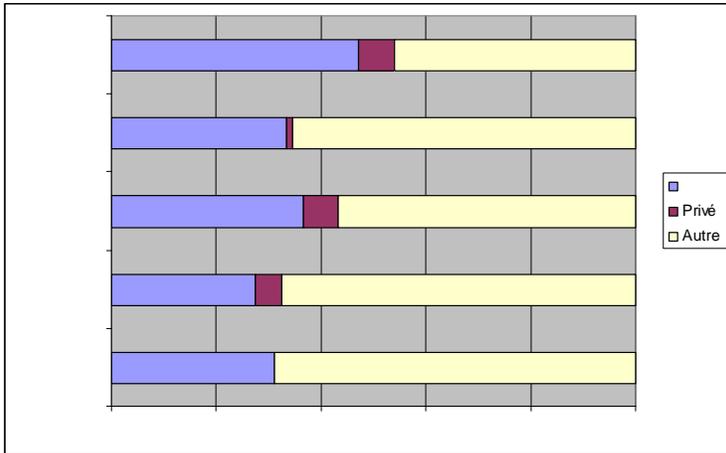
Tableau 30: Evolution de la vente de moustiquaires de 2007 à 2008 (rapport d'activité INHP 2008)

Années	Imprégnation de moustiquaire	Vente Moustiquaires Imprégnées 1 place	Vente Moustiquaire Imprégnée 2 places	Vente Moustiquaire Imprégnée 3 places	Total
2008	343	332	443	539	1657
2007	252	176	1640	736	2804
Evolution 2007-2008	36,1%	88,6%	-73%	-26,8%	-40,9%

357. On peut observer une baisse récente de la vente des moustiquaires, baisse probablement due à une rupture de stock. Les moustiquaires proposées à l'INHP par la PSP n'étaient pas des moustiquaires à longue durée d'imprégnation. Elles nécessitaient donc lavage et réimprégnations, créant ainsi une charge pour le personnel prévu pour cette activité. Les approvisionnements ont été suspendus jusqu'à ce que des moustiquaires de bonne qualité soient disponibles.

358. **Les données du MICS 2006 amène à s'interroger sur l'efficacité et l'équité du dispositif actuel de distribution des MII.** En 2006 en effet, près de 58% des ménages s'approvisionnaient en dehors du circuit institutionnel (public et privé). La proportion est même d'autant plus importante que le revenu diminue. Avec seulement 2% de ménages ayant bénéficié d'une MII gratuite, on peut donc légitimement se demander si le dispositif actuel ne devrait pas être revu.

Figure 64: Sources d'approvisionnement en MII (2006)



Source : MICS 2006

4. Produits sanguins

4.1. Pilotage et organisation de la transfusion sanguine

4.1.1. Le Centre National de Transfusion Sanguine

359. En CI, le système de transfusion sanguine est piloté par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Cet établissement est plus particulièrement chargé des activités suivantes :

- ④ prélèvement du sang en vue de la constitution de banques de sang,
- ④ analyse totale et contrôle du sang prélevé,
- ④ transport du sang ou des succédanés du sang sur toute l'étendue du territoire,
- ④ approvisionnement en produits sanguins des différentes formations sanitaires,
- ④ fabrication des dérivés du sang.

4.1.2. Les Partenaires du CNTS

360. En ce qui concerne l'apport des partenaires au développement, il provient de diverses organisations ou Etats et se situe à plusieurs niveaux:

- 1) L'Union Nationale des Donneurs de Sang de Cote d'Ivoire (UNADSCI) est une ONG créée en juillet 1971 qui vise plusieurs objectifs entre autre, la vulgarisation du don de sang par la sensibilisation et la fidélisation des donneurs
- 2) Le Fonds Européen de Développement (FED) En 1991, grâce à l'aide financière du Fonds Européen de Développement (FED) et le concours de l'assistance technique de la France, le CNTS s'est doté d'infrastructures modernes pour réduire les risques transfusionnels. Le FED a permis la réalisation de deux Centres de Transfusion Sanguine (CTS): le CTS de Bouaké et le CTS de Korhogo.
- 3) La Fondation pour la Promotion de la Transfusion Sanguine(FPTS) est une ONG créée en 1992. Elle a pour mission d'aider le CNTS dans son fonctionnement.
- 4) La Banque Africaine pour le Développement (BAD) a permis, grâce à un appui financier, la construction du CTS de Daloa en 1998.
- 5) L'ATS de Yamoussoukro a vu le jour en 2004 grâce au soutien matériel de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- 6) President's Emergency Plan For AIDS Relief (PEPFAR)
Le Plan Présidentiel américain pour la lutte contre le VIH/SIDA ou PEPFAR. Cette lutte intéresse plusieurs axes stratégiques dont la sécurité transfusionnelle.
- 7) Social & Scientific Systems (SSS): Cabinet d'experts basé aux USA, mandaté par le CDC d'Atlanta pour apporter une assistance technique à la mise en œuvre du PRRSTS
- 8) Autres ONG et associations de donneurs: CI Rhésus, Association des Donneurs de Sang de l'Eglise Baptiste Œuvres et Missions (ADSOMIS); l'Organisation Internationale des Donneurs de Sang (OIDS)

4.1.3. Organisation du CNTS

361. Le CNTS dispose de Quatre (04) Centres de Transfusion Sanguine, deux (02) Antennes de Prélèvement et de Distribution (APD) et trois (03) Antennes de Prélèvement (AP) qui sont actuellement fonctionnels en Côte d'Ivoire.

4.2. Activités transfusionnelles

4.2.1. Prélèvements

Tableau 31: Prélèvements en 2008 (rapport d'activité CNTS 2008)

	ABIDJAN	DALOA	YAKRO	GAGNOA	BOUAKE	KORHOGO	TOTAL
Poches prélevées	61 901	15524	7988	4659	5550	3778	99400

4.2.2. Stockage

362. Trois structures de transfusion sanguine disposent de chambres froides (le CTS d'Abidjan, le CTS de Daloa et l'Antenne de Prélèvement et de Distribution de Yamoussoukro). Les autres stockent le sang dans des réfrigérateurs banque de sang.

363. Le CTS d'Abidjan dispose de deux chambres froides: une utilisée pour les poches prélevées en attente de qualification biologique et l'autre pour les concentrés érythrocytaires en attente de distribution.

364. Les plaquettes produites seulement au CTS d'Abidjan sont conservées sous agitation permanente à température ambiante.

365. Le plasma et les cryoprécipités produits seulement à Abidjan sont stockés dans des congélateurs (entre -20 et -80°C)

4.2.3. Contrôle qualité

366. Comme on peut l'observer sur le tableau ci-dessous, la principale cause (41%) de rejet des poches prélevées est leur contamination infectieuse (hépatite en général), ce qui est probablement lié à l'importance des prélèvements mobiles.

Tableau 32: Causes de rejet des poches de sang prélevées (rapport d'activité CNTS 2008)

CAUSES DE REJET	TOTAL	%
AgHBs Positif	6545	15,87
HCV Positif	6898	16,72
VDRL Positif	2152	5,22
HIV Positif	1653	4,01
Délai de séparation dépassé (problème de stockage du plasma)	15789	38,27
Volume insuffisant	2103	5,10
*Autres	6108	14,81
TOTAL	41248	100,00

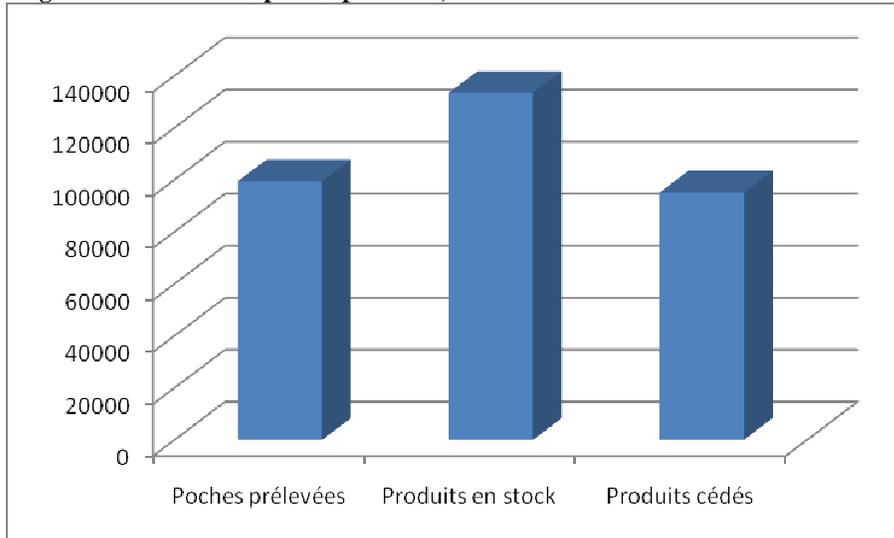
Contamination infectieuse

367. Les autres causes de rejets des poches de sang sont les suivantes :

- ☉ 38,27% des rejets s'expliquent par un délai de séparation (plasma) dépassé et donc par un problème de stockage. Cela s'explique par le fractionnement systématique à Abidjan des poches de sang et le rejet plasma non réservé à la quarantaine.
- ☉ 2103 poches sont rejetées pour volume insuffisant au décours du prélèvement. Des efforts devraient être faits pour former les préleveuses.
- ☉ 14,81 % des causes de rejets regroupés en autres sont: plasma volume insuffisant, donneur exclus, plasma hématique, plasma donneur féminin, plasma nouveau donneur, discordance de groupes sanguins, poche percée, présence de caillots et plasma sans plaquettes.

368. On peut noter aussi que **le volume rejeté est à peu près égal au volume importé, ce qui montre l'importance d'améliorer le ciblage de la collecte.**

Figure 65: Volume des poches prélevées, en stock et cédés



4.2.4. Distribution

369. La cession des produits sanguins se fait soit de façon nominative, soit à un dépôt de sang.
- ↳ Le CTS d'Abidjan en dehors de sa zone de couverture, dessert les Antennes de Yamoussoukro, Bouaké, Korhogo et Gagnoa qui à leur tour distribue aux dépôts de sang de leur zone ou de façon nominative.
 - ↳ Le CTS de Daloa dessert sa zone de couverture et distribue aussi bien de façon nominative qu'à ses dépôts de sang.
370. Au niveau national, il existe deux plateaux techniques: Abidjan et Daloa.
- ↳ Les poches de sang prélevées à Yamoussoukro, Gagnoa, Bouaké et Korhogo sont acheminées à Abidjan pour la qualification biologique, la préparation, la mise en stock pour être distribuées ensuite vers ces CTS à partir du CTS d'Abidjan.
 - ↳ Le CTS de Daloa constitue le second plateau technique. Après ses prélèvements, il qualifie, prépare et distribue ses produits sanguins.
371. Le CTS d'Abidjan distribue 72,65 % de la production nationale. Il constitue aujourd'hui le premier plateau technique. Le CTS de Daloa, le second plateau technique distribue 13,08 %. L'antenne de Yamoussoukro ouvert depuis 2004 en 3ème position avec 6,27% devant Bouaké, Korhogo et Gagnoa qui ont ouverts plus récemment tous autour de 2% environ.

Encadré 12 : Principaux constats et recommandations Chaines logistiques (Chapitre 6)

L'accès aux **médicaments** est encore difficile dans le pays même si paradoxalement 75% des dépenses faites par les ménages sont faites pour des médicaments. Par exemple, le taux moyen de rupture des produits traceurs dans les structures sanitaires est de 36% en 2009 et moins de 20% des enfants avec IRA ont pu bénéficier d'un antibiotique. Ces difficultés sont largement liées à la faiblesse de la PSP, la centrale d'achat ivoirienne. Si cette centrale propose des prix raisonnables (grâce à un dispositif performant d'appels d'offre), elle est malheureusement handicapée par une importante créance au niveau du trésor public et une dette à l'égard de ses fournisseurs (6 milliards de FCFA en septembre 2009). Cette dette pourrait être facilement apurée si le trésor pouvait décaisser leurs paiements, ce qui est difficile étant donné les problèmes de trésorerie du Trésor Public. La PSP n'a donc plus la confiance de ses fournisseurs, ce qui se traduit par un nombre croissant d'appels d'offre infructueux et donc des ruptures de stocks. Les établissements de santé se sont détournés de la PSP, qui ne représente plus que 11% du marché du médicament. Le secteur privé ne souffre pas de ses difficultés, mais, avec des prix 2 à 4 fois supérieurs aux prix PSP, il reste inaccessible à une bonne partie de la population.

La DPM rencontre des difficultés dans l'accomplissement de ses missions par insuffisance de ressources techniques, humaines, infrastructurelles et financières.

Le contrôle qualité des médicaments effectué par le LNSP reste peu efficace du fait de difficultés matérielles, humaines et financières malgré des efforts d'équipement et de formation des ressources humaines.

La couverture **vaccinale** est retombée à 59% (MICS 2006). Là aussi, les ruptures de stock de la PSP ont un impact majeur. Il faut ajouter aussi l'insuffisance des financements des programmes de vaccination.

Enfin, concernant les **moustiquaires imprégnées**, leur disponibilité sur le terrain reste faible puisque près de 60% des moustiquaires sont achetées en dehors de ce circuit, au prix d'une grande iniquité. Le circuit national de distribution gratuit a toutefois été revu à la faveur des appuis du Fonds Mondial de Lutte contre le Paludisme, le VIH et la Tuberculose (Environ 1 500 000 MILDA disponibles durant cette période ont été distribués gratuitement).

Principales recommandations

Face aux difficultés que connaît la PSP, il est urgent qu'elle dispose d'une autonomie financière **effective** et d'un renforcement de son implication dans les performances de gestion des médicaments par les structures sanitaires.

Pour la quantification, il est nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre une méthode nationale standard d'estimation des besoins en médicaments au niveau central et périphérique.

Pour le secteur du médicament, il est nécessaire de revoir le statut de la DPM et de lui octroyer une véritable autonomie financière afin de garantir un meilleur contrôle de la qualité des médicaments et également de renforcer la régulation du secteur (notamment privé) pour assurer la disponibilité de médicaments de qualité. (étude de l'UE prévue en 2010 sur ce sujet).

La DPM doit avoir accès à un laboratoire de contrôle de la qualité capable de contribuer efficacement au processus d'homologation et à la surveillance de la qualité des produits commercialisés.

Pour le contrôle qualité du médicament, il est nécessaire de renforcer les capacités d'analyse du LNSP afin de garantir une meilleure qualité des médicaments.

Les financements destinés à l'approvisionnement en vaccins, matériels de la chaîne du froid et en produits sanguins mériteraient d'être augmentés.

Enfin, le pays doit promouvoir l'accès et l'utilisation des moustiquaires, en privilégiant un ciblage des plus pauvres, et en s'assurant de la qualité des produits distribués.

CHAPITRE 7 : SERVICES DE SOINS

1. Les services de soins

372. On peut distinguer 4 secteurs différents en matière de soins de santé :

- le secteur public ;
- le secteur privé lucratif ;
- le secteur privé à but non lucratif ;
- la médecine traditionnelle.

373. **A noter que les données concernant le secteur privé lucratif sont très limitées et ne permettent pas par conséquent d'avoir une vision globale de l'ensemble du secteur de soins de santé en Côte d'Ivoire.**

1.1. Le secteur public

374. En 2007, la Côte d'Ivoire compte pour le secteur public 1 591 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts dont 1 119 CSR, 317 CSU (y compris ceux à base communautaire), 122 CSUS, 31 FSU (y compris ceux à base communautaire), 77 établissements sanitaires de première référence dont 58 HG, 17 CHR et 2 CHS et 9 établissements sanitaires de deuxième référence dont 4 CHU et 5 INS.

375. Concernant spécifiquement le système de laboratoire public, la Côte d'Ivoire présente trois niveaux : le niveau de référence avec les laboratoires des 4 CHU et 5 instituts spécialisés (y compris le Laboratoire National de Santé Publique, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et des centres de recherches ; le niveau secondaire avec les laboratoires des 17 hôpitaux régionaux et des 58 hôpitaux généraux.

376. Pour le niveau primaire, le PMA prévoit que les centres de santé offrent quelques prestations de laboratoire (NFS, test rapide de paludisme, test rapide de dépistage de Vih, dépistage de diabète à l'aide d'un glucomètre, examen parasitologique des selles, GE-frottis sanguin, recherche d'albumines et sucres dans les urines à l'aide de bandelette, test d'Emel). Cependant très peu de structures offrent ces prestations.

377. D'une manière générale, l'état des infrastructures et des équipements sanitaires se caractérise par une insuffisance à tous les niveaux : une dégradation de la plupart des infrastructures (toitures ; appareillages électriques et sanitaires ; problèmes d'étanchéité ; défaillances au niveau des installations de climatisation, etc.) et une inadaptation et une obsolescence des équipements médicaux. Les conditions de travail des personnels de santé sont donc rendues difficiles. Les besoins en réhabilitation et équipement au niveau des infrastructures sanitaires publics se dessinent comme suit :

Tableau 33: Recensement et état des établissements publics

N°	TYPE ETABLISSEMENT /DIRECTION	NOMBRE	NOMBRE A REHABILITER ET A EQUIPER	%
1	DISPENSAIRES	719	575	80%
2	MATERNITES	28	22	80%
3	CENTRES DE SANTE RURAL	428	342	80%
4	CENTRES DE SANTE URBAINS	265	212	80%
5	CENTRES DE SANTE URBAINS SPECIALISES	121	97	80%
6	FORMATIONS SANITAIRES URBAINES	30	24	80%
7	HOPITAL GENERAL	58	46	80%
8	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE	1	1	100%
9	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	17	14	80%
10	CENTRE HOPITALIER ET UNIVERSITAIRE	4	3	80%
11	DIRECTION DEPARTEMENTALE	83	66	80%
12	DIRECTION REGIONALE	19	15	80%
		1773	1417	

1.2.

Le

secteur privé à but lucratif

378. Ce secteur s'est principalement développé dans les grandes villes et on dénombrait en 2007, 813 infirmeries, 175 cabinets médicaux, 113 cabinets dentaires, 21 laboratoires, 653 officines de pharmacie, 75 cliniques, 11 Polycliniques, soit un total de 1212 Etablissements privés⁶⁶.

379. Sur ces 1212 établissements privés, plus de 800 fonctionnent sans autorisation. Selon des données de 2005, une grande partie de ces centres de santé privés étaient en effet illégaux. L'existence de ces centres de santé illicites présente des risques en matière de qualité des soins dispensés aux patients, et de non respect des règles d'exercice médical et de la déontologie. Par ailleurs, si des données sont disponibles concernant le nombre d'établissements dans le Sud du pays, pour le Nord, elles sont manquantes.

380. La situation du secteur privé s'est dégradée à plusieurs niveaux au cours de la dernière décennie selon les conclusions du Colloque sur les établissements sanitaires privés de Côte d'Ivoire (2007)⁶⁷ : (i) baisse des performances des établissements, (ii) tarifications non respectées

⁶⁶ Enregistrés en 2006 par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

⁶⁷ "Actes du Colloque: les établissements sanitaires privés de Cote d'Ivoire face aux enjeux de l'accès aux soins", Abidjan, 7-9 novembre 2007, publié par l'Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire

(celles homologuées par le Ministère du Commerce et les syndicats) et dumping, (iii) implantation anarchique des structures de santé, (iv) difficultés de trésorerie (d'où délais prolongés dans restitution des honoraires aux médecins), et (v) comportements professionnels problématiques (absentéisme, écarts avec la déontologie, exercice illégal, démotivation, racket...).

Tableau 34 : Nombre et légalité des structures de santé privées en 2005

Types d'établissements	Nombre	% des non autorisés
Total	1254	67,46%
Cabinet de soins pré et post natals	19	57,89%
Cabinets d'Opticien Optométriste	32	34,38%
Cabinet Médical	33	42,42%
Centre Médical	75	58,67%
Clinique	66	56,06%
Polyclinique	9	33,33%
Centre de soins infirmiers	854	69,20%
Centre de médecine traditionnelle	36	94,44%
Clinique Chinoise	98	82,65%
Autres	32	62,50%

Source : extrait de « Mise en place d'un Forum national pour l'amélioration de l'environnement des affaires dans le secteur privé de la santé en C.I. », juin 2008, Pierre Jauffret et Jean-Sylvain Bonny.

1.3. Le secteur privé à but non lucratif⁶⁸

381. Il offre, presque exclusivement, des soins de niveau primaire et il est représenté :
- d'une part par le secteur confessionnel (dont on estime le nombre à environ 50 Etablissements) et
 - d'autre part, par les Etablissements sanitaires à base communautaire (ESCOM).

382. Concernant les **Etablissements Confessionnels**⁶⁹, évalués à environ 50 établissements. Cependant ils sont généralement reconnus comme prestant des soins de qualité et ayant une accessibilité financière acceptable. Ils disposent souvent de médicaments et ils sont souvent appuyés et soutenus par des ONG internationales.

383. Concernant les **Etablissements Sanitaires Communautaires** (ESCOM), on peut identifier trois modèles : (i) le modèle des Formations Sanitaires Urbaines Communautaires (37 FSUCOM), initié par l'Etat avec le soutien des partenaires ; (ii) le modèle initié par les ONG comme Association de soutien à l'autopromotion sanitaire et urbaine (ASAPSU) ; (iii) le modèle Association pour la Gestion de la Maternité du Bardot (AGEMAB) en collaboration avec l'Association de promotion des soins de santé maternelle (APROSAM), initié par des associations professionnelles avec le soutien des partenaires. Ces ESCOM, intégrés dans la carte sanitaire, présentent les avantages d'être globalement plus fréquentés par la population que les structures publiques, de respecter mieux les prix et d'offrir un meilleur accueil. Une étude,

⁶⁸ Rapport final d'analyse sectorielle du projet sante 10eme FED, Décembre 2009

⁶⁹ L'un des centres confessionnels les plus connus est celui du Centre de Santé Urbain notre Dame des Apôtres de Dimbokro

financée par l'Union Européenne, est en cours de lancement, afin de contribuer à la formulation d'une intervention en faveur des structures de santé communautaires dans le cadre du 10^{ème} FED.

Tableau 35: Nombre des ESCOM en fonction du modèle

Etablissements	Nombre
FSUCOM	37
ASAPSU	7
AGEMAB	1

384. **Les ESCOM sont des prestataires importants du système sanitaire ivoirien** car ils fournissent une grande part des services de santé : 46,2% des consultations de médecine générale délivrées, 43,9% des consultations pédiatriques fournies aux enfants de moins de 5 ans, 53,1% du nombre de CPN1 et 45,3% du nombre d'accouchements de l'ensemble des actes répertoriés dans les établissements de même niveau (les ESPC)⁷⁰ en 2003.

385. Cependant, force est de reconnaître que les contraintes de fonctionnement sont notoires : (i) les recettes couvrent difficilement les dépenses ; (ii) le renouvellement du plateau technique ne se fait pas faute d'amortissement et le gros œuvre qui vieillit est difficilement réparable ; (iii) l'exonération des taxes douanières et de la TVA n'est pas effective il faut même parfois dédouaner les dons ; (iv) les collectivités locales ne se sentent pas engagées alors que l'établissement rend service à la population ; (v) la présence des médicaments achetés à la PSP est aléatoire ; (vi) la gestion parfois trop personnalisée du Président du Conseil d'Administration de l'Etablissement peut entraîner des sources de conflit avec les personnels soignants.

Encadré 13: Les ESCOM en Côte d'Ivoire

Le **modèle FSUCOM** a été initié par la mobilisation d'associations communautaires de quartiers pauvres d'Abidjan dans le cadre de l'appui du Projet Santé Abidjan (PSA) de la Coopération Française dès 1992, sous la responsabilité technique des Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP) "Lagune 1" et "Lagune 2". Les 37 FSUCOM ont été définies comme des « structures privées à but non lucratif, gérées par une association d'usagers de quartier et liées à l'Etat par une Convention de Service Public ». La fréquentation de ces formations sanitaires s'est progressivement élevée.⁷¹ Ce n'est qu'en 2007, que ces formations ont reçu un début de consécration institutionnelle au travers de la circulaire n°3696⁷² précisant que ce sont des : « structures propriétés de l'Etat, dont la gestion privée à but non lucratif est confiée à une association gestionnaire liée à l'Etat et la collectivité territoriale par une convention de service publique sanitaire ayant pour finalité d'offrir aux populations bénéficiaires des soins de qualité à moindre coût. ». Au delà de la prestation de nombreuses consultations curatives, la plupart des FSUCOM font des activités de prévention (dépistage du VIH/SIDA, du diabète de l'insuffisance rénale, etc.), des médecins spécialistes vont y faire des vacations. Le MSHP y affecte du personnel, les rapports mensuels d'activités sont adressés aux Directions Départementales de la Santé (DDS). En 1998, afin de rendre le secteur mieux structuré et plus cohérent les FSUCOM se sont regroupées en une fédération, la Fédération des Associations des Centres de Santé Communautaires ou FASCOM. Par la suite, des divergences sont apparues et la FASCOM s'est scindée en 2 fédérations, la FASCOM-Ci et la RENASCOM-CI. Après 15 années de fonctionnement et sans aucun subside externe, les FSUCOM sont toujours fonctionnelles et appréciées des populations.

Le **modèle ASAPSU** est celui d'une ONG ivoirienne qui travaille selon 5 volets : santé curative, santé préventive, PVVIH, orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du SIDA (OEV). Concernant plus précisément les volets santé, l'ASAPSU dispose de 7 centres de santé communautaires principalement sur Abidjan. Ces derniers prestent des consultations médicales, paramédicales, prénatales, des soins infirmiers et des examens de laboratoire de base, des vaccinations et pesées avec des démonstrations nutritionnelles et enfin de la vente de médicaments. Le

⁷⁰ Juillet A., (2003), L'impact des événements politiques et militaires sur le fonctionnement des établissements sanitaires urbains à Abidjan, PASSI/DRAL, rapport ronéotypé, 69p.

⁷¹ Juillet A., (2003), L'impact des événements politiques et militaires sur le fonctionnement des établissements sanitaires urbains à Abidjan, PASSI/DRAL, rapport ronéotypé, 69p.

⁷²La circulaire précise le cadre gestionnaire avec: (i) un conseil d'administration (1 président, 1 Secrétaire général, 1 trésorier + 3 jusqu'à 7), (ii) un comité de cogestion (3 personnes du CA + 3 du personnel travaillant dans l'établissement : le médecin, le gestionnaire et le délégué du personnel) ; (iii) le conseil d'établissement ; (iii) le commissariat aux comptes ; (iv) les mouvements financiers sont cosignés par le PCA et le Médecin-chef (Directeur).

fonctionnement des centres 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, est proche de celui des FSUCOM, avec l'application de la circulaire 36/96, un conseil d'administration. Ils pratiquent des journées portes ouvertes de consultations gratuites de spécialités (cardiologie, VIH, diabète, etc.).

Concernant le modèle de la maternité du Bardot à San Pedro, il a été mis en place à partir de 1996, dans le cadre de deux programmes appuyés par l'UE : l'appui santé 7^{ième} FED dans la région de San Pedro et Daloa et l'appui au développement des communes côtières. Ce modèle repose d'une part sur le principe de séparation des fonctions de prestations et d'autre part sur la méthodologie d'approche contractuelle. Une association de sages femmes (AGEMAB) preste les soins obstétricaux et gère la maternité tandis que, en vertu de la séparation des fonctions, de son côté, l'APROSAM assure les prestations promotionnelles dirigées vers les populations. Enfin la Mairie de San Pedro et le MSPH jouent leur rôle normatif et régulateur. Cette maternité est aujourd'hui connue sur l'ensemble du territoire et des expériences de création de nouveaux établissements calqués sur ce modèle sont en cours.

1.4. La médecine traditionnelle

386. Environ 8500 tradi praticiens de santé étaient recensés en 2007 (en 2010 leur nombre est estimé à 12000 selon le Programme National de Médecine Traditionnelle). Le MSHP a élaboré un programme de promotion de cette médecine.

2. La performance des services de soins

387. En principe, on analyse la performance d'un système de soins au travers de quatre (4) dimensions :

- son efficacité (c'est-à-dire sa capacité à améliorer les indicateurs de santé),
- son efficience (i.e. le rapport entre les moyens utilisés et les résultats atteints),
- son équité (i.e. est-il orienté en priorité pour ceux qui en ont le plus besoin, à savoir les plus pauvres, qui sont généralement ceux dont les indicateurs de santé sont les plus dégradés ?) et
- la protection financière que ce système offre (i.e. indépendamment du niveau de revenus des patients, le financement du système de soins est-il conçu de façon à réduire les coûts finaux supportés par ces patients ?).

388. Etant donné la rareté des données, l'analyse ci-dessous se limite aux dimensions « efficacité » et « équité ». De plus, elle traite essentiellement du secteur public (sauf pour les soins liés aux IRA chez les enfants, pour lesquelles des données issues du secteur privé étaient disponibles, grâce au MICS 2006).

1.1. Efficacité du système de soins

389. Pour mesurer l'efficacité du système de soins, nous avons retenu, comme cela se fait de manière classique, les deux proxys suivantes : (i) le niveau d'utilisation du système par la population (i.e. le taux de fréquentation et le taux d'hospitalisation) et (ii) le niveau de qualité (technique et organisationnelle) des soins proposés.

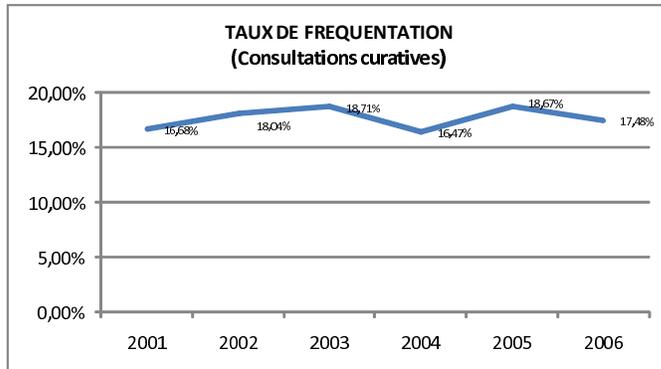
Activité ambulatoire

Consultations curatives

390. Le taux de fréquentation tous âges confondus pour les consultations curatives dans les établissements sanitaires publics reste faible. Il stagne d'une année à une autre et demeure très variable d'une région à une autre. Entre 2001 et 2008, il a varié de 16,47 % à 20,59%, alors que

l'OMS recommande un taux de 100% (i.e. un contact par an avec le système de santé par habitant). Entre régions, ce taux de fréquentation variait de 0,63 % (région des Montagnes en 2001) à 57,91 % (région du N'Zi Comoé 2003). Ce taux de fréquentation est l'un des plus faibles de la sous région : par exemple au Bénin ce taux est de 47%.

Figure 66 : Taux de Consultations Curatives (2001-2006)



Source ; DIPE/MSHP : annuaire statistique 2001-2006

Consultations infantiles

391. Comparée à d'autres pays africains, la Côte d'Ivoire affiche des taux de recours aux soins pour les infections respiratoires aiguës (35,1%), et pour la diarrhée (25%) qui sont parmi les plus faibles de la sous-région.

Tableau 36 : Taux de recours aux soins pour les enfants de 1 à 5 ans ayant des symptômes d'IRA ou une diarrhée

	% des enfants (1-5 ans) avec des symptômes d'IRA et emmenés dans un service de santé
Liberia 2007 **	62.2
Niger 2006**	47.2
Sénégal 2005**	47.2
Guinée 2005 **	42.0
Mali 2006**	38.1
Bénin 2006**	35.7
<i>Côte d'Ivoire 2006*</i>	35.1

*Source; MICS

**Source : enquêtes EDS

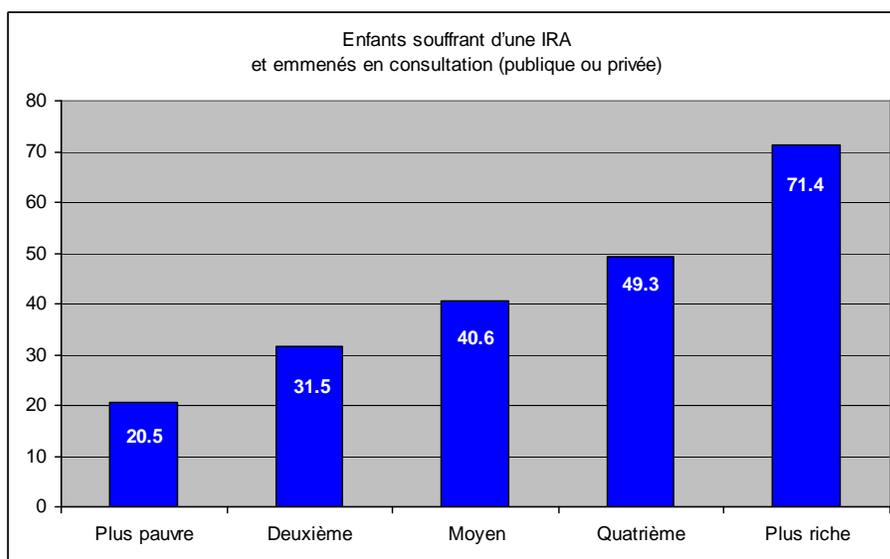
	% des enfants (1-5 ans) avec diarrhée et emmenés dans un service de santé
Liberia 2007 **	49.3
Guinée 2005 **	26.9
<i>Côte d'Ivoire 2006*</i>	25.0
Bénin 2006**	20.8
Sénégal 2005**	20.2
Niger 2006**	17.2
Mali 2006**	17.8

*Source; MICS

**Source : enquêtes EDS

392. **Le niveau de bien-être économique influe très fortement sur le recours au système de soins, notamment pour les IRA.** Les enfants des ménages les plus pauvres ont plus de 3 fois moins de chance de bénéficier des conseils d'un professionnel de santé que les enfants des ménages les plus riches. Il faut noter que cette inégalité est essentiellement liée aux insuffisances d'accessibilité géographique et financière du système de soins et non à des différences culturelles ou d'éducation. Ainsi, seulement 7% des mères connaissent les signes de danger de l'IRA, mais ce taux est presque identique selon les quintiles socio-économiques.

Figure 67: Taux de recours aux soins pour les enfants avec IRA



Source : MICS 2006

Consultations prénatales

393. Selon l'EIS 2005 le recours aux soins prénataux par les femmes enceintes est de 87%. Ce taux pourrait faire croire que la couverture en CPN est bonne ; cependant **le taux de couverture en CPN4 est de 45%, témoignant d'une faible couverture globale en soins prénataux et dont la tendance s'est maintenue au même niveau entre 2001 et 2006.**

Tableau 37: Taux de Couverture en Consultations Prénatales dans divers pays d'Afrique (au moins une visite)

	2006
Bénin	88.0
Sénégal	87.4**
Côte d'Ivoire	87 (*)
Congo (Brazzaville)	86.8**
Guinée	82.2**
Niger	46.1
Mali	37.2

* : source PND 2009-2013

** : année 2005

Source : enquêtes EDS

Activité hospitalière

394. Concernant l'activité hospitalière des CHU et de l'ICA (cf tableau ci-dessous), on constate une sous-occupation des lits avec un taux moyen d'occupation de 47% pour l'ensemble de ces structures.

Tableau 38: Activités des services d'hospitalisation des CHU et de l'ICA en 2008

ANNEE 2008								
EPN	Nombre de lits ouverts	Nombre d'admissions	Nombre de journées d'hospitalisation	Durée Moyenne de Séjour	Taux d'occupation des lits	Nombre de décès	% décès	Nombre de décès Maternels
CHU Cocody	377	13010	66603	5	48,48	1121	8,62	15
CHU Treichville	577	22268	95845	4	45,51	3229	14,5	74
CHU Yopougon	408	11072	77437	7	52	1309	11,82	119
CHU Bouaké	211	11967	32850	3	42,54	1182	9,88	155
ICA	56	1519	6795	4	33,24	211	13,89	
Total	1629	59836	279530	5	47,01	7052	11,79	363

Données : Annuaire Statistique Sanitaire 2007-2008

395. Les données concernant l'activité hospitalière des hôpitaux généraux des districts sanitaires de Côte d'Ivoire sont incomplètes (disponibles pour moins de la moitié des districts sanitaires dans l'annuaire statistique sanitaire 2007-2008) et ne permettent donc pas de disposer d'une vision globale de l'activité de ces services d'hospitalisation périphériques. A titre indicatif, les données des HG des 36 DS pour lesquelles des chiffres sont disponibles, montrent qu'au total ils ont une capacité de 3 776 lits en 2008, que les admissions dans les services d'hospitalisation étaient de 79 879 et que le taux moyen d'occupation des lits n'est que de 18% (Annuaire Statistique Sanitaire 2007-2008). Ce taux d'occupation des lits est très faible et traduit une sous-utilisation certaine des services, d'autant que dans certains DS ce taux est inférieur à 5% : 4,64% de taux d'occupation des lits à Ferke (Savanes) et 3,48% à Toumodi (Lacs) par exemple.

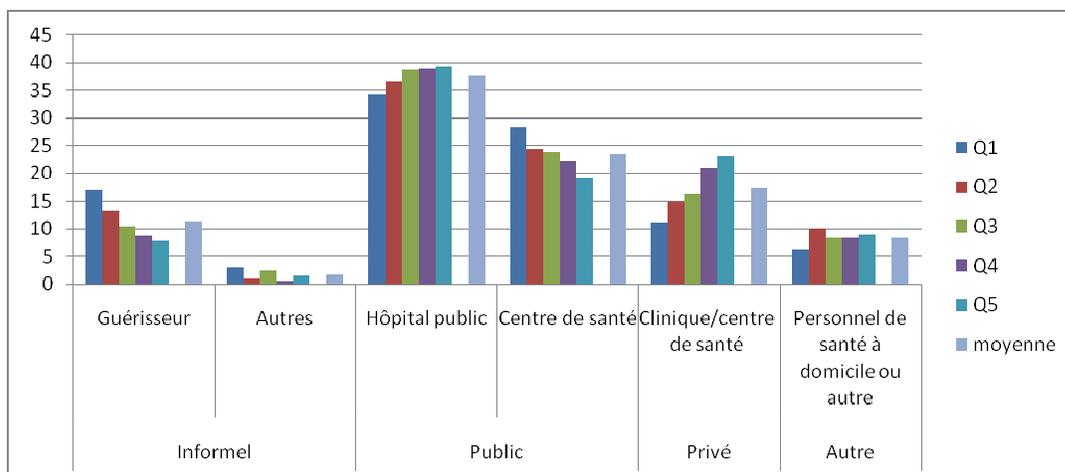
1.2. Equité du système de soins

396. Pour juger de l'équité du système de soins, une *Benefit Incidence Analysis* (BIA) serait nécessaire. En l'absence des données permettant de réaliser une telle étude, on peut se limiter à l'analyse des modes de recours aux soins par quintile socio-économique. Le graphique ci-dessous montre ainsi une nette distinction dans les recours aux soins selon le niveau de richesse:

- les plus pauvres, qui ont davantage recours aux tradithérapeutes et aux centres de santé publics de 1^{er} niveau;
- les plus riches, qui fréquentent essentiellement l'hôpital et les cliniques et centres de santé privés.

397. Au total – et sans surprise –, **ces résultats suggèrent que le système de soins est aujourd'hui peu favorable aux plus pauvres.**

Figure 68: Mode de recours aux soins, par quintile socio-économique



Source : ENV 2008 et analyse BM (*données basées sur les personnes ayant consulté au cours des 4 semaines précédant l'enquête*)

3. Facteurs de la performance des services de soins

398. Les résultats atteints par un système de santé sur les indicateurs décrits précédemment peuvent être expliqués par plusieurs facteurs :

- **La gamme des prestations de soins proposées est-elle en adéquation avec la demande de soins ?** Question qui se décline de la façon suivante :
 - Les prestations offertes sont-elles en cohérence avec les besoins sanitaires ?
 - Les relations entre les niveaux de soins (du primaire au tertiaire) sont-elles opérationnelles (i.e. système de référence et de contre-référence) ?
- **Les moyens du système sont-ils adéquats**, tant en terme de bâtiments et d'équipements que de ressources humaines et de médicaments ?
- **Le mécanisme de régulation en place favorise-t-il la performance ?** Ce qui se décline aussi en 3 points :
 - Les objectifs assignés aux structures de soins sont-ils clairs et les progrès sont-ils contrôlés ?
 - L'autonomie de décision de ces structures est-elle suffisante et est-elle correctement alignée avec les objectifs ?
 - Les capacités en management de ces structures sont-elles adéquates ?

399. Ces différents facteurs évoqués sont analysés ci-après.

3.1. La gamme des prestations de soins proposées correspond-t-elle à la demande de soins ?

Mix de prestations

400. Un des facteurs de performance d'un système de soins est l'adéquation de l'offre de services proposés avec la demande. Un système peut être peu efficace si certains services ne sont pas offerts (ce qui implique une demande de soins non satisfaite et/ou le transfert, très coûteux, des patients à l'étranger). Inversement, certains services de soins (par exemple, la prise en charge de l'accouchement eutocique) peuvent être offerts par plusieurs niveaux de soins dans la même

région (« overlap »), ce qui aboutit à des gaspillages et à une baisse de la qualité des soins⁷³.
Qu'en est-il en Côte d'Ivoire?

401. Malgré l'apparente cohérence administrative du système, certaines prestations de pointe ne sont pas offertes en Côte d'Ivoire, tandis que d'autres prestations de base donnent lieu à un chevauchement entre différentes catégories d'établissements.

402. **En dépit des moyens matériels et financiers mis à la disposition des établissements sanitaires publics de niveau tertiaire (Centres Hospitalo-Universitaires et Instituts spécialisés), ceux-ci n'offrent pas l'ensemble des prestations que l'on peut normalement attendre d'eux.** A titre d'exemple, il n'est pas possible de prendre en charge les cas de greffe d'organe en néphrologie, ni les radiothérapies. Plus grave, les activités d'hémodialyse rénale ne peuvent être faites qu'à Abidjan. Cela explique le plus souvent les « évacuations sanitaires » vers les pays magrébins. De plus, la mauvaise maintenance de certains appareils entraîne également le transfert de la demande du secteur public au secteur privé. Ainsi, le CHU de Treichville est le seul centre hospitalier public disposant d'un IRM mais ne peut réaliser en moyenne que 9 tests par jour, pour cause de pannes variées. Alors qu'un test coûterait 100 000 FCFA dans le secteur public, les patients doivent se rendre dans le privé pour réaliser cet examen qui est facturé alors entre 200 000 et 250 000 FCFA⁷⁴.

403. En ce qui concerne le niveau secondaire, l'érection d'un établissement sanitaire en Hôpital Général (HG) ou Centre Hospitalier Régional (CHR) est une décision d'abord administrative qui provient de l'érection de la localité en préfecture ou en chef lieu de région. Cette décision administrative n'a pas toujours été accompagnée par les investissements tant en infrastructures, en équipement ou en formation de personnel de santé, conformément aux normes et standards des services médicaux techniques classés par le décret de classification des établissements sanitaires publics.

Relations entre les niveaux (système de référence)

404. **Les effets de l'insuffisante cohérence de la pyramide sanitaire sont accentués par les faiblesses du système de référence.** Bien que la notion de pyramide sanitaire apparaisse dans la plupart des documents et rapports sur la santé, le système de référence et de contre référence est insuffisamment mis en œuvre. Ceci s'explique par la faiblesse de l'organisation de la référence/contre référence. En effet, les formations aidant à identifier les cas à référer sont rares, les véhicules (ambulances) pour assurer les transferts ne sont pas toujours disponibles ou fonctionnels, et la prise en charge des malades référés ne diffère pas de celle des malades non référés. La prise en charge des cas urgents ne se fait pas toujours avec promptitude. Il existe pourtant des directives pour l'organisation et la mise en œuvre de la référence, contre-référence et des urgences mais qui sont insuffisamment utilisées par faute de moyens (formation, appui logistique, coût opérationnel).

⁷³ Si un même volume d'activité est dispersé entre plusieurs prestataires, ceux-ci ne peuvent bénéficier de l'effet "courbe d'expérience". C'est particulièrement le cas pour les actes médicaux invasifs.

⁷⁴ On peut d'ailleurs se demander si ces pannes ne sont pas provoquées sciemment, afin de rentabiliser l'activité privée de nombreux médecins fonctionnaires.

3.2. Les moyens des services de santé sont-ils adéquats ?

a. Equipements et bâtiments

405. **Beaucoup de bâtiments sont peu fonctionnels.** Si on se réfère à l'histoire récente de la Côte d'Ivoire, on se rend compte que certains Hôpitaux Généraux publics ont été construits avant les indépendances et d'autres au lendemain de celles-ci. La plupart de ces établissements ont évolué à partir d'infrastructures sanitaires de premier **contact** par la juxtaposition de bâtiments qui ne tiennent pas compte des principes de fonctionnalité, de complémentarité et de cohérence dans le circuit du malade. Ces bâtiments et leurs installations techniques (électricité, plomberie sanitaire, groupe de froid) sont vétustes et inadaptés. En revanche, la plupart des établissements sanitaires de premier contact (ESPC) sont de construction récente et sont davantage fonctionnels.

406. **La couverture de la population en établissements de soins reste faible.** Comme le montre le tableau ci-dessous, la CI est retombée au niveau de 1998 en termes de densité des établissements de premier contact. Concernant les hôpitaux, cette **densité** s'est carrément détériorée. Au total, on estime que **seulement 48% de la population se trouve à moins de 5 km d'un établissement de soins. Ce chiffre est un des plus bas de la sous-région (Par exemple, 85% au Bénin).**

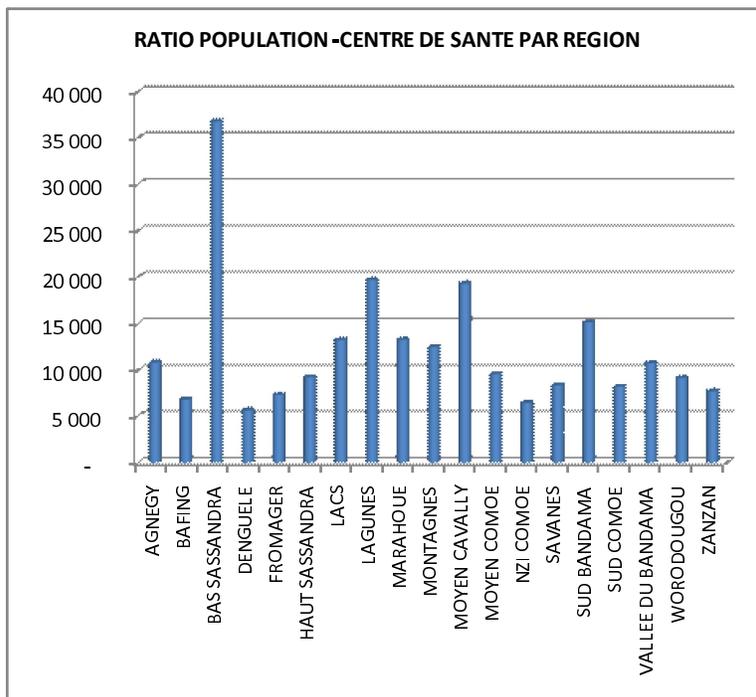
Tableau 39 : Couverture Sanitaire Public par Habitant

	1998	1999	2000	2006	2009
Couverture en Etablissements Sanitaires Primaires: nombre d'habitants pour 1 ESPC	13,516	12,112	12,257	11,714	13,195
Couverture Hospitalière : nombre d'habitants pour 1 hôpital public	225,979	227,185	230,983	290,603	308,752

Source: Annuaire statistique 2008 DIPE/MSHP

407. **La densité nationale en établissements de soins est faible. De plus elle est de plus très inégale selon les régions.** Le **graphique** ci-dessous montre que les ratios population / établissements peuvent varier de 1 établissement pour 5000 à 1 pour 35,000.

Figure 69: Ratio population par centre de santé, par région 2008



Source: Annuaire statistique 2008 DIPE/MSHP

b. Ressources humaines

Cf. chapitre sur les RH.

c. Médicaments

Cf. chapitre sur les chaînes logistiques.

3.3. Le système institutionnel favorise-t-il la performance ?

3.3.1. Des mécanismes de régulation très faibles

408. **Il n'existe pas de dispositifs (i.e. contractualisation) permettant à un établissement (public ou privé) de se voir fixé des objectifs clairs par la tutelle.** L'organisation opérationnelle du système de santé est basée sur les districts sanitaires mis en place depuis 1994. Cette organisation est encore peu opérationnelle du fait de l'insuffisance de la capacité gestionnaire des médecins chefs de districts et de la faible mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des plans de développement de ces districts. L'insuffisance de coordination des interventions et la faible intégration des programmes de santé verticaux en sont aussi une des causes.

409. De plus, la contractualisation qui devait régir les rapports entre le secteur public et le secteur privé n'est pas encore bien réglementée. Le secteur privé de la santé n'est notamment pas intégré dans la définition actuelle de la stratégie nationale conduite par le Ministère de la Santé : le partenariat public-privé n'est pas abordé dans le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013.

3.3.2. Une autonomie de décision très faible

Encadré 14 : Principes d'autonomisation

L'expérience de nombreux pays a montré clairement que l'amélioration de la performance des services de soins passe par leur autonomisation. Mais il est clair aussi que cette autonomisation ne peut réussir qu'à deux conditions :

- L'autonomisation est accompagnée d'un renforcement de la régulation par l'Etat ou par le marché du système de soins ;
- L'autonomisation est cohérente entre les différents domaines de gestion des services de soins

Plus particulièrement, on peut distinguer quatre grands domaines d'autonomisation, qui doivent tous progresser au même rythme si l'on veut éviter de placer les établissements dans des situations insolubles :

- L'autonomie logistique : il s'agit ici de permettre aux établissements d'acheter les médicaments et les consommables pour la quantité de leur choix et auprès des prestataires de leur choix ; il s'agit aussi de les laisser libre d'investir selon leurs souhaits ou plutôt leur stratégie ;
- L'autonomie de gestion des ressources humaines : elle consiste à avoir des établissements libres de décider des profils à embaucher, de sanctionner les agents non performants et de rémunérer les agents performants en déterminant par exemple le niveau des primes ;
- L'autonomie de la gouvernance : elle suppose de créer des conseils d'administration essentiellement élus et disposant d'un pouvoir de définir les stratégies de l'établissement pour atteindre les objectifs fixés et de contrôler son exécution
- L'autonomie financière : elle existe lorsque les établissements reçoivent de l'Etat ou des patients, des recettes basées sur l'activité réelle et lorsque ces établissements peuvent fixer leurs prix et gérer leurs dépenses comme ils l'entendent.

On observe tout de suite qu'une autonomisation ne peut aboutir qu'au chaos si elle n'est pas accompagnée par un renforcement des mécanismes de régulation.

410. **En Côte d'Ivoire, l'autonomie des établissements sanitaires publics est faible.** En matière de gestion des ressources logistiques, humaines et financières les établissements

sanitaires dépendent de l'Etat selon les allocations budgétaires qui leur sont accordées. Pour une partie des ressources financières soit les ressources propres, ils ont une relative autonomie de gestion. En ce sens que si cette autonomie est perceptible sur le plan de la logistique (notamment pour la commande de médicaments et de consommables bien que les établissements publics devraient s'adresser d'abord à la centrale d'achat nationale, la PSP), elle reste faible, voire inexistante en matière de gestion des ressources humaines et financières. Cela est bien sûr lié au fait que la majeure partie des personnels de santé diplômés sont fonctionnaires ; ce qui implique que leur carrière est entièrement gérée au niveau central ; mais même pour les personnels contractuels, les embauches doivent être contrôlées par le Ministère de l'Economie et des Finances.

411. Sur le plan de la gouvernance, la majorité des décisions proviennent du district de santé. Sur le plan local, ils travaillent en collaboration avec le COGES. L'autonomie a progressé un tant soit peu avec la création des Comité de Gestion urbains ou ruraux (COGES). Ces COGES sont des organes chargés de contrôler la bonne exécution de la politique de recouvrement des coûts des actes de santé et du consommable médical. Ces instances ne sont toutefois pas élues et sont donc faiblement représentatives. En outre, comme précisé plus haut, leur implication dans la gestion des activités des établissements de santé est faible.

412. Enfin sur le plan financier, on constate que les crédits alloués ne tiennent pas compte vraiment des besoins réels exprimés par les établissements. En ce qui concerne les tarifications des actes de santé, celles-ci sont décidées par le niveau central. Au total, les établissements de soins, quelle que soit leur position dans la pyramide sanitaire, sont très peu autonomes. Cela contribue à expliquer leur faible performance.

3.3.3. Des capacités de management encore insuffisantes

413. Les ressources humaines gestionnaires des services de soins sont formées dans des écoles de renommée nationale ou internationale ; mais l'adéquation entre les connaissances académiques et la gestion managériale sur le terrain n'est toujours pas évidente dans les établissements sanitaires publics de soins. Des insuffisances et des faiblesses sont constatées dans les résultats de gestion de certains directeurs des services de soins. Ce qui suppose que les capacités de management de ces directeurs restent encore en deçà des attentes. Cela explique d'ailleurs la politique actuelle du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique qui vise le renforcement des capacités des ressources humaines en management par la qualité dans les établissements sanitaires publics de soins. Cette politique a déjà commencé dans certains établissements et elle suit son cours.

Encadré 15 : Principaux constats et recommandations Services de soins (Chapitre 7)

Principaux constats

Comme dans les pays voisins, le système de soins en CI comporte plusieurs secteurs : public, privé lucratif et médecine traditionnelle. Le privé confessionnel a une place très limitée.

La principale caractéristique du système de soins public (le seul pour lequel des données soient disponibles) est d'être **très peu utilisé, notamment par les plus pauvres**. Le taux d'utilisation stagne autour de 18%, alors que l'idéal est de 100% (i.e. au moins un contact par an et par habitant) et que la plupart des autres pays affichent des taux clairement plus élevés (Bénin 47%). La crise militaire et politique a probablement eu un impact sur la fonctionnalité des services de soins, mais le problème paraît plus ancien. Les services de soins (publics) sont en effet très inégalement répartis sur le territoire. Moins de 45% des habitants vivent à moins de 5 km d'un centre de santé (Bénin : 85%). Cette situation est largement liée aux choix gouvernementaux de consacrer l'essentiel du financement de la santé aux structures de niveaux tertiaires, notamment celles d'Abidjan. On aboutit ainsi à **un système de soins particulièrement défavorable aux plus pauvres**.

Par ailleurs, le pilotage des services de soins reste faible, en particulier parce que la déconcentration de la tutelle s'est faite tardivement. Les autorités sanitaires de districts sont souvent non opérationnelles et ne peuvent donc pas contrôler les activités des services de soins. Il n'y a pas non plus de document de planification de l'offre de soins.

Enfin, les structures de soins sont peu autonomes en termes de gestion. La participation communautaire est restée limitée à quelques structures urbaines (à Abidjan).

Principales recommandations

Evaluer en profondeur la situation des différentes structures de soins dans le pays ;

Réaliser une enquête sur le recours aux soins (notamment privé) ;

Elaborer une carte sanitaire ;

Donner priorité au financement des constructions/réhabilitations de centres de santé dans les zones rurales conformément aux normes dictées par la carte sanitaire;

Donner aussi priorité au financement des rééquipements et mises à niveau ;

Revoir le dispositif de pilotage du système de soins (avec une politique de contractualisation) et accroître l'autonomie des établissements de soins.

Continuer le renforcement des capacités techniques en management (Gestion des ESPC, des Hôpitaux) ;

Elaborer une charte de collaboration entre MSHP et les tradithérapeutes ;

Mettre à disposition les moyens pour la mise en œuvre des directives pour l'organisation de la référence, contre-référence et des urgences.

**CHAPITRE 8 :
FINANCEMENT**

1. Généralités sur le financement de la santé

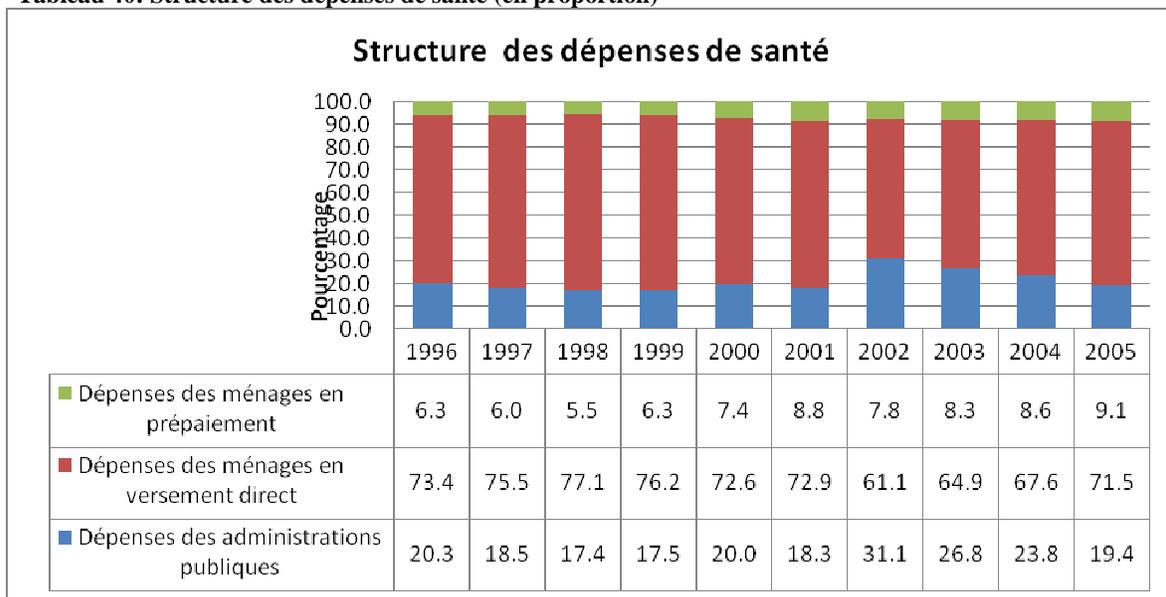
414. Le financement du système de santé dépend de trois fonctions essentielles :

- **La mobilisation des ressources financières.** Il s'agit du moyen par lequel le système de santé collecte des fonds pour financer les services de soins. Les instruments utilisés sont les impôts ou les taxes, les cotisations facultatives à une caisse maladie privée ou publique et les paiements directs aux prestations.
- **La mise en commun des ressources publiques ou privées,** fonctionne sur une logique d'assurance ou de partage des risques.
- **L'achat de prestations des soins** est fait par des organismes, des individus ou des établissements sanitaires qui reversent les ressources collectées à des prestataires pour que ces derniers fournissent des soins, des prestations déterminés ou non au préalable. En Côte d'Ivoire cette fonction est assurée par :
 - L'Etat à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et les autres Ministères qui interviennent dans le système,
 - Les Organismes de sécurité sociale,
 - Les groupes communautaires à travers les mutuelles de santé,
 - Les assurances maladies,
 - Les ménages,
 - Les partenaires au développement.

415. Le premier exercice des Comptes Nationaux de la Santé en CI est en cours de réalisation au moment où ce rapport est rédigé. Pour déterminer la structure des dépenses de santé, les estimations de l'OMS seront utilisées en comparaison avec les premiers résultats des Comptes Nationaux de la Santé chaque fois que cela sera possible.

416. Les estimations faites par l'OMS pour la décennie 1996-2005 (voir tableau 40) indiquent une très forte implication des ménages dans les dépenses de santé en Côte d'Ivoire (71,5% en tenant compte que des paiements directs des ménages).

Tableau 40: Structure des dépenses de santé (en proportion)



Source : www.who.int/nha/country/CIV

417. Les résultats des Comptes nationaux de la santé pour les années 2007 et 2008 confirment cette tendance relative à la très forte contribution des ménages. Le tableau 41 montre que le secteur privé (comprenant les ménages) contribue pour 74% et pour 70% de la dépense totale de santé respectivement égale à 557,969 et 613,407 milliards de Fcfa en 2007 et 2008. La part de l'Etat est quant à elle égale à 16% et 17% respectivement en 2007 et en 2008. Enfin la contribution du reste du monde (bailleurs, etc.) représente 9% en 2007 et 13% en 2008. Entre 2007 et 2008, les évolutions des contributions de chaque secteur indiquent que l'Etat a augmenté sa contribution au secteur de la santé de 11,2% ; que le secteur privé a augmenté la sienne de 4,5% ; et que le reste du monde à quant à lui augmenté sa contribution de 50,7%. On a ainsi assisté à une augmentation globale de la dépense totale de santé entre 2007 et 2008 de 9,9%.

Tableau 41: Indicateurs des Comptes Nationaux de la Santé 2007, 2008

Indicateurs CNS Compte général	2007 (en F CFA)	en % de la DTS	2008 (en F CFA)	en % de la DTS
Dépense Nationale de Santé (DNS)	565 196 529 528		620 609 324 257	
Dépense Totales de Santé (DTS)	557 969 265 654		613 406 905 504	
Sources de Financement				
Public	91 625 772 952	16%	101 856 743 898	17%
Privé	413 769 260 837	74%	432 348 219 675	70%
Reste du monde	52 509 439 319	9%	79 157 120 351	13%
Agents de financement				
Public	109 177 948 107	20%	122 054 931 112	20%
Privé	409 050 878 692	73%	427 041 533 389	70%
Reste du monde	39 740 438 855	7%	64 310 441 004	10%
Dépenses des ménages				
Dépense totale des ménages	402 987 760 684	72%	422 717 260 458	69%
Versements directs des ménages	388 559 276 274	70%	406 751 950 059	66%

Source : données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, MSHP, 2010)

418. Les ménages apparaissent également comme les principaux agents de financements du secteur (respectivement 73% et 70% des dépenses sont gérés directement par le secteur privé, principalement les ménages). Ces dépenses représentent principalement les paiements directement faits par les ménages pour payer leurs soins (environ 95,% en 2007 et en 2008 des dépenses gérées par le secteur privé), soulignant le caractère très inégalitaire de l'accès aux soins en Côte d'Ivoire.

419. La dépense totale de santé destinée en particulier aux activités de VIH/Sida est évaluée à 64.7 milliards de Fcfa. Les agents du Reste du Monde constituent les principales sources de financement (88%) mais aussi les principaux agents de financements (72%). Le secteur privé contribue à 4% et le secteur public à 7% de cette dépense totale de santé du VIH (tableau 42, ci-dessous). Un aspect méthodologique permet d'expliquer la faible contribution, en apparence, des ménages à ses activités de VIH/Sida. Les données de l'enquête sur le niveau de vie des ménages a servi de base dans sa section « dépenses de santé » pour l'élaborations des CNS 2007, 2008. Ce type d'enquêtes est réputé ne pas permettre une collecte de données fiables et précises pour les pathologies stigmatisantes (tel le VIH/Sida) car non mené par des enquêteurs issus du corps médical. Donc même si les ménages ont déclaré l'intégralité de leurs dépenses de santé, ils n'ont pas dû préciser lorsqu'il s'agissait de dépenses faites pour un malade séropositif. La conséquence est que la part des dépenses faites pour le VIH/Sida par les ménages est très probablement très sous-estimée.

Tableau 42: Dépenses de santé sous compte VIH-Sida

VIH/SIDA	2007 (en Fcfa)	en % de la DTS(VIH)	2008 (en FCFA)	en % de la DTS(VIH)
Dépense Totale de Santé - DTS (VIH)	46 824 258 094		64 738 214 317	
Dépense Nationale de Santé - DNS(VIH)	46 938 627 353		64 752 846 952	
Dépense Totale VIH/SIDA	50 803 664 314		70 698 271 156	
Sources de Financement (DTS- VIH)			2008 (F CFA)	
Public	3 680 709 503	8%	4 766 305 964	7%
Privé	3 209 664 210	7%	2 825 939 465	4%
Reste du monde	39 933 884 381	85%	57 145 968 888	88%
Agents de financement (DTS-VIH)				
Public	8 407 912 496	18%	9 577 779 338	15%
Privé	8 546 167 372	18%	8 468 630 705	13%
Reste du monde	29 870 178 226	64%	46 691 804 274	72%

Source : Données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)

420. On analysera successivement :

- le financement par l'Etat ;
- le financement par les ménages (direct et indirect) ;
- le financement par les partenaires extérieurs.

2. Financement par l'Etat

2.1 Le financement de l'offre par l'Etat est-il suffisant ?

421. **La participation de l'Etat au financement de la santé se répartit entre les institutions de la République (présidence, primature, etc.) et plusieurs départements ministériels** autonomes ayant des compétences en matière de santé. Il s'agit notamment des ministères en charge de:

- la Santé et de l'Hygiène Publique,
- la Lutte contre le Sida ;
- les Affaires sociales (PNOEV, CNPS, CGRAE, MUGEF-CI) ;
- l'Education Nationale (La Direction de la mutualité et des œuvres sociales scolaires);
- l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (les services de santé des centres universitaires, IPCI) ;
- la Défense (les services de santé des armées) ;
- la Sécurité (les services de santé de la police) ;
- l'Economie et des Finances (les services de santé des régies financières) ;
- la Fonction Publique (hôpital des fonctionnaires, médecine du travail) ;

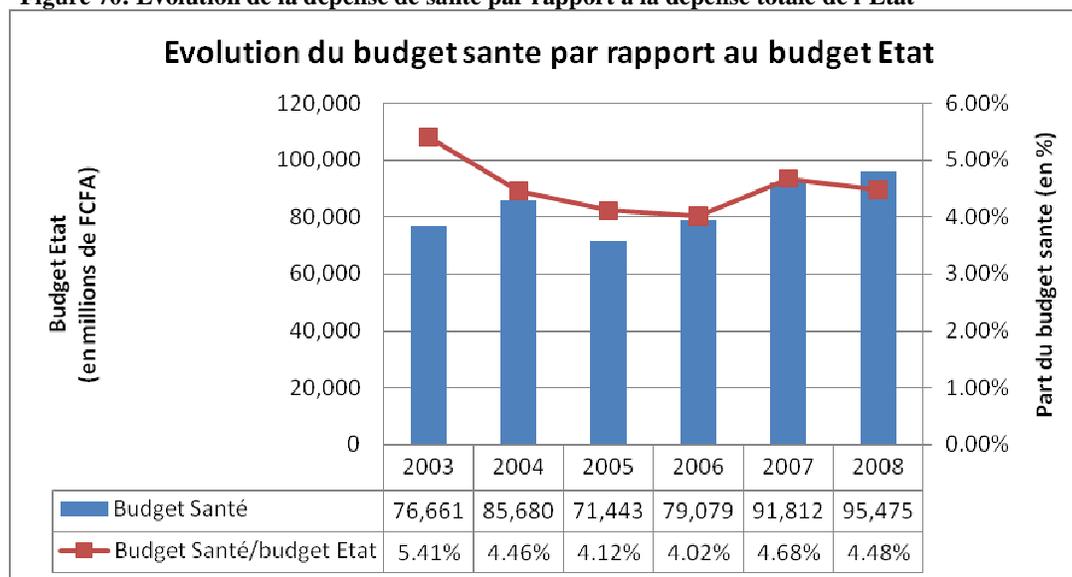
422. **La part du budget du Ministère de la Santé dans le PIB reste très faible.** Les statistiques du tableau 43 ci-dessous, montrent que le poids du budget dans le PIB est passé de 1,11% en 2005 à 1,03% en 2007. Le budget du Ministère de la Santé représente en moyenne 1,06 % du produit intérieur brut (PIB) sur la période 2005-2007.

Tableau 43: La part du budget dans le PIB

Libellés	2005	2006	2007
Poids du budget du MSHP dans le PIB	1,11%	1,04%	1,03%

423. **De même, la part du budget santé dans le budget total de l'Etat est très réduite.** Selon les statistiques de la DAF du MSHP (Figure 70), l'évolution du budget public de la santé par rapport au budget total de l'Etat est passée de 5,41% en 2003 à 4,48% en 2008. Cette part du budget national affectée à la santé de la population ivoirienne par rapport au budget global de l'Etat a baissé en moyenne de 3,7 % sur la période 2003-2008.

Figure 70: Evolution de la dépense de santé par rapport à la dépense totale de l'Etat



Source : DAF/MSHP

424. **Les sources de financement reçues par les différentes institutions de l'Etat se répartissent de la façon suivante :**

- Le **MSHP** a reçu 80.463.277.623 F CFA en 2007 et 91.647.639.799 F CFA en 2008. En 2008, 93% de ces fonds provenaient du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), le reste provenait de la coopération bilatérale (3%) et de la coopération multilatérale (4%).
- Le **MLS** a reçu 3.985.860.984 F CFA en 2007 et 4.851.297.213 en 2008. En 2008, 89% de ces fonds provenaient du MEF, le reste de la coopération bilatérale (6%) et de la coopération multilatérale (5%).
- Les **autres Ministères et institutions de l'Etat** confondus ont reçu 7.295.176.286 F CFA en 2007 et 7.316.448.442 en 2008. En 2008, 88% de ces fonds provenaient du MEF, le reste de la coopération bilatérale (12%).

2.2 Le financement par l'Etat est-il favorable aux pauvres ?

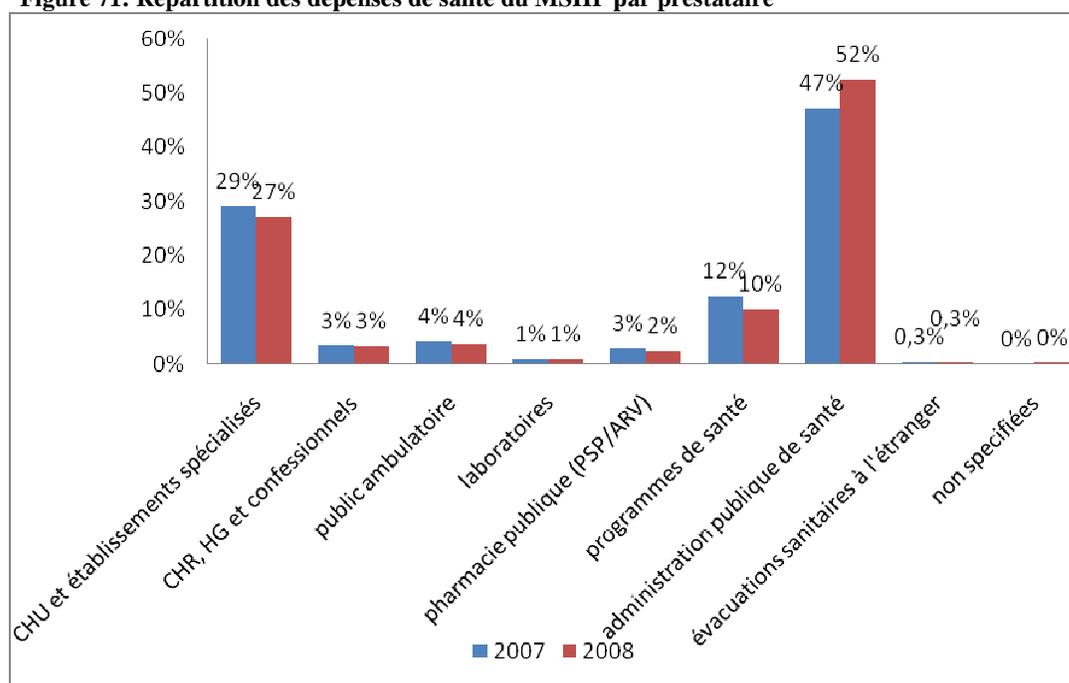
425. En Côte d'Ivoire, il existe trois niveaux de structures de soins. Les établissements sanitaires de premiers contacts (ESPC), les structures de soins de deuxième niveau (HG, CHR) et les structures de soins du troisième niveau (CHU, les établissements spécialisés) regroupées pour l'essentiel à Abidjan.

426. Etant donné que, pour la population pauvre, la principale porte d'entrée dans le système de santé ivoirien est le premier niveau, c'est-à-dire les ESPC, quelle est la part du budget réservée à ces structures de soins de premiers contact ? Au regard des données disponibles dans le PNDS 2009-2013, le budget alloué par l'Etat à travers le MSHP est inégalement réparti par niveau de soins. **Le niveau tertiaire est largement privilégié au détriment du niveau primaire**, zone d'entrée de la population pauvre dans le système de santé : de 2000 à 2009, plus de 69% du

budget de la santé de l'Etat a été affecté aux seuls soins tertiaires (4 CHU) et 24 % aux établissements secondaires. En ce qui concerne les soins primaires, l'allocation est restée faible, avec seulement 7%.

427. L'analyse partielle des chiffres recueillis dans le cadre des comptes nationaux de la santé pour les années 2007 et 2008 montre que près de la moitié des dépenses de santé faite par le MSHP est destinée à l'administration (comprenant les salaires des agents). Les CHU et autres établissements spécialisés du niveau tertiaire perçoivent plus d'un quart de la dépense faite par le MSHP alors que les hôpitaux du niveau secondaire et du niveau primaire ne perçoivent que 7% de la dépense faite par le Ministère de la Santé (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010). La part des programmes de santé publique (qui intègrent les dépenses de tous les programmes verticaux mais aussi toutes les activités de santé publique) correspond respectivement à 12% et à 10% de la dépense de santé faite par le MSHP en 2007 et en 2008 (figure 71 ci-dessous).

Figure 71: Répartition des dépenses de santé du MSHP par prestataire

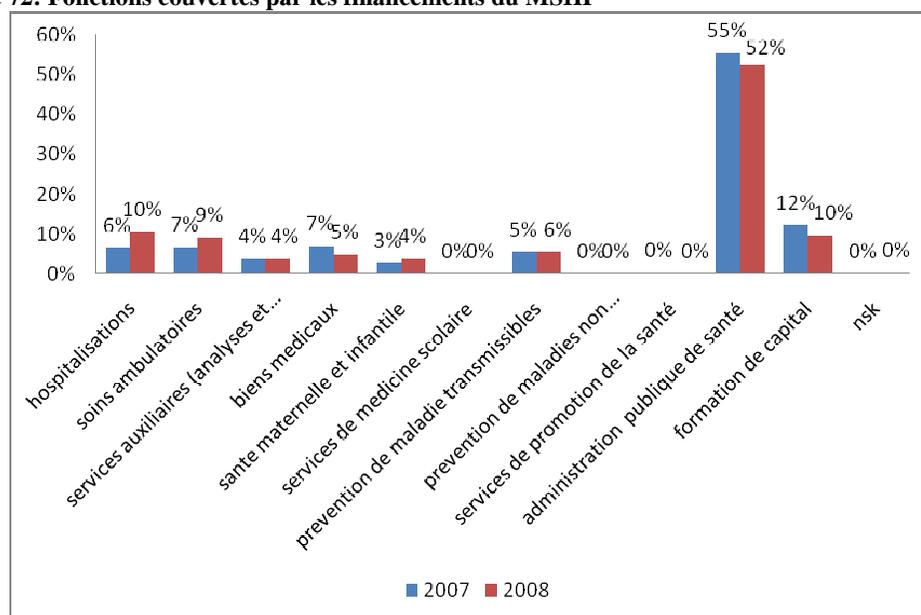


Source : données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)

2.3 Les ressources de l'Etat sont-elles allouées en fonction des priorités de santé?

428. **Les données préliminaires des CNS indiquent que l'essentiel des fonds sont utilisés par l'administration publique de santé pour les charges administratives, notamment les salaires** (respectivement 55% et 52% en 2007 et 2008 –figure 72 ci-dessous).

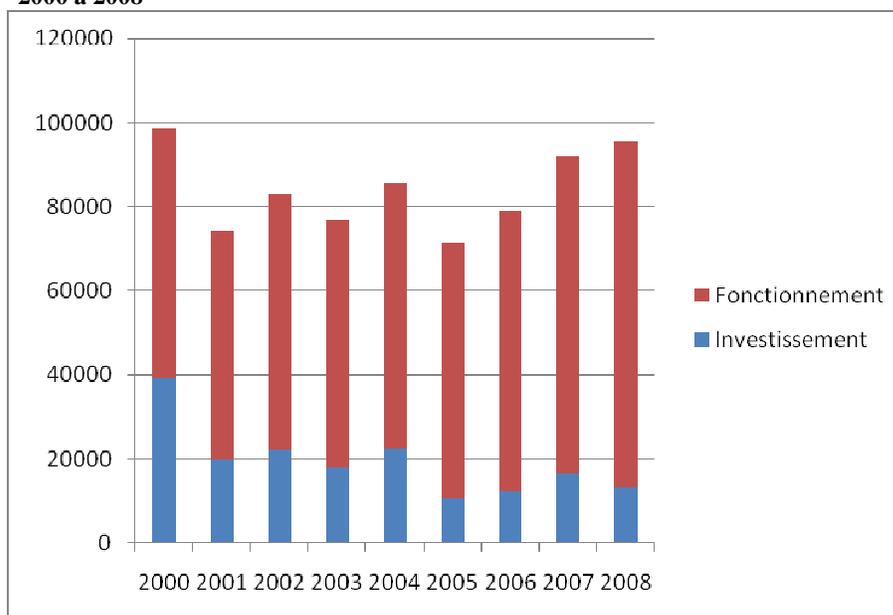
Figure 72: Fonctions couvertes par les financements du MSHP



Source : Données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)

429. Le budget de l'Etat est réparti en investissement (infrastructures et équipements, études et recherches, assistance technique, matériel de communication et autres investissements) et en fonctionnement (frais de personnel, médicaments, vaccins et intrants stratégiques, maintenance, suivi-évaluation, et autres charges). L'Etat a consenti, de 2000 à 2008, plus de moyens au fonctionnement qu'à l'investissement. Sur la même période, la part consacrée aux investissements a diminué de 40% à 14%. Les données préliminaires des CNS ont confirmé cette analyse de la répartition du budget de la santé (tableau ci-dessous). La part des salaires dans le fonctionnement représente environ 40% (PNDS 2009-2013).

Figure 73: Répartition du budget de la santé en fonction des allocations : investissement et fonctionnement 2000 à 2008



Source : DAF

3. Financement par les ménages

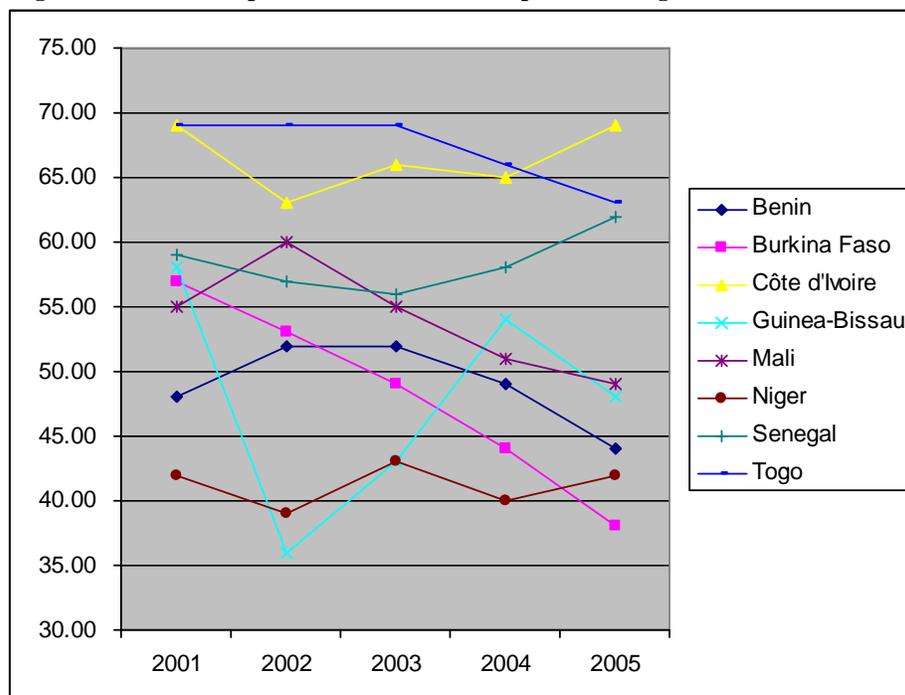
430. La contribution des ménages se fait au travers de deux circuits :

- les paiements directs, dans le cadre du recouvrement des coûts des actes de santé et des médicaments ;
- le paiement des primes aux assurances privées et aux mutuelles de santé.

3.1 Financement par les dépenses directes des ménages

431. Au sein de la région UEMOA, la Côte d'Ivoire était en 2005 le pays où la contribution des ménages aux dépenses de santé était la plus élevée (cf figure 74). Cette part approchait les 70%.

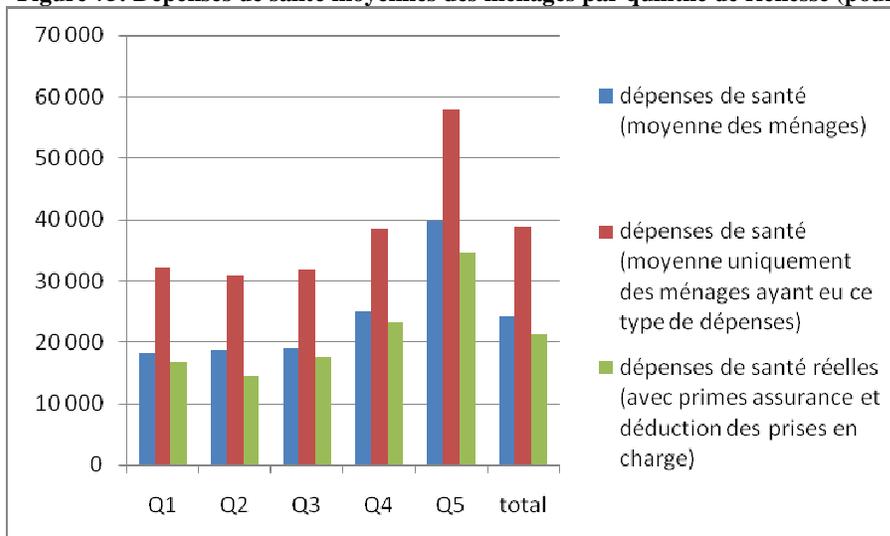
Figure 74: Part des dépenses de santé financées par les ménages



Source : OMS

432. D'après l'ENV de 2008, 62,52% des 12 094 ménages de l'échantillon ont eu des dépenses de santé au cours des trois mois précédant l'entretien. Parmi les ménages les plus pauvres, cette proportion n'est que de 56,48%, alors que 69,24% des ménages les plus riches ont réalisés des dépenses de santé. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, ces dépenses de santé sont également plus élevées pour les ménages appartenant au quintile le plus riche de la population.

Figure 75: Dépenses de santé moyennes des ménages par quintile de richesse (pour 3 mois, en FCFA)

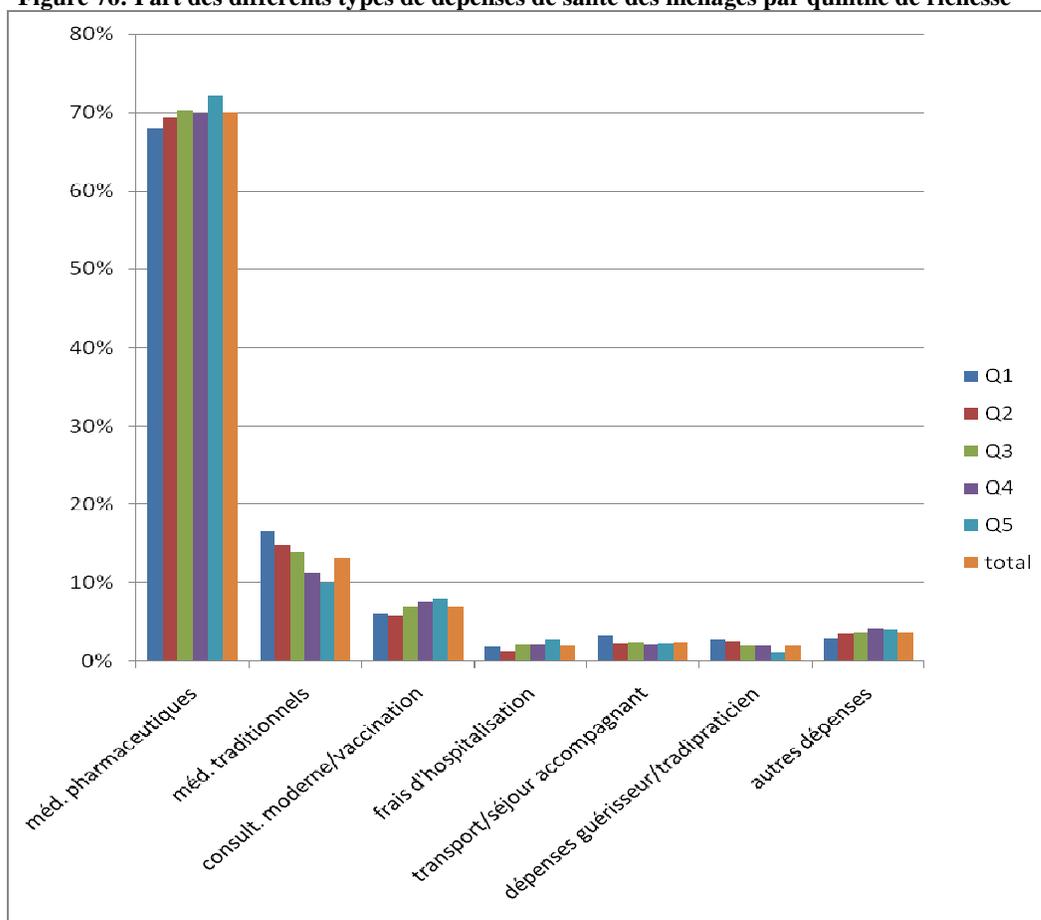


Source : ENV 2008, analyse BM

433. Par ailleurs, sur l'ensemble de ces dépenses, seulement un peu moins de 8% des ménages ont bénéficié d'une prise en charge partielle ou intégrale de leurs frais, soit par des parents, une assurance, l'Etat, une ONG ou autre (ENV 2008). Cette prise en charge ne concerne que 5,2% des ménages appartenant au quintile le plus pauvre et 13,5% des ménages du plus riche quintile.

434. Les dépenses de santé des ménages sont en grande partie consacrées à l'achat de médicaments (70% pour les médicaments pharmaceutique auxquels s'ajoute 13% pour les médicaments traditionnels). La part accordée par les ménages aux différentes catégories de dépenses de santé varie également selon leur niveau de richesse : les ménages les plus pauvres dépensent en moyenne une proportion plus importante que les autres ménages en faveur des médicaments traditionnels et des frais de transport et de séjour pour l'accompagnement du malade (cf graphique ci-dessous).

Figure 76: Part des différents types de dépenses de santé des ménages par quintile de richesse



Source : ENV 2008, analyse BM

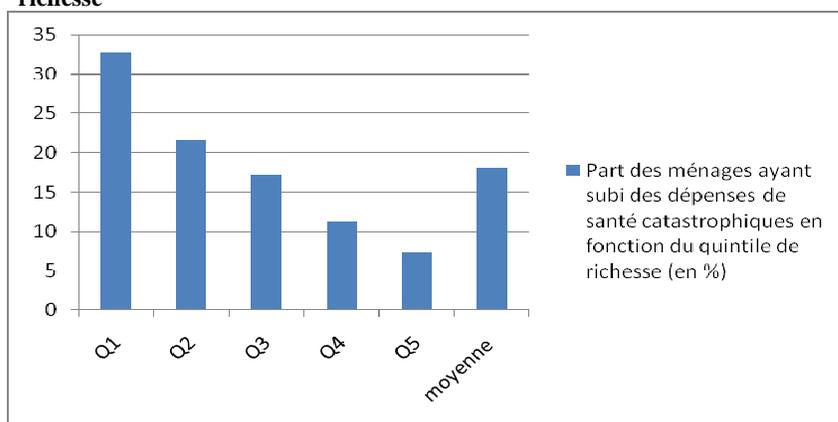
Protection financière et dépenses de santé catastrophiques

435. A partir des données de l'enquête ménage ENV 2008, la proportion des ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques a pu être calculée. La méthode utilisée est celle de la mesure du fardeau financier proposée par l'OMS (Xu et alii, 2003). Les dépenses de santé dites catastrophiques sont les dépenses de santé qui sont égales ou excèdent un certain seuil de la capacité à payer des ménages (ou des dépenses autres que celles de subsistance).

436. **Selon les résultats de notre analyse, 18% des ménages ivoiriens (sur un échantillon de 12 088 ménages) auraient subi des dépenses de santé catastrophiques.** Cette proportion très élevée témoigne d'une quasi absence de protection financière en cas de maladie pour les ménages et du risque important de basculer dans la pauvreté suite à des dépenses de santé.

437. Très logiquement, car leurs revenus sont plus faibles et que les dépenses de santé sont des événements la plupart du temps inattendus, **la proportion des ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques est beaucoup plus élevée pour les ménages les plus pauvres** (figure 77 ci-dessous). Néanmoins, preuve que la protection financière en matière de santé est très faible, une part non négligeable (7,4%) des ménages les plus riches subit également des dépenses de santé qui excèdent le seuil des 40% de leur capacité à payer.

Figure 77: Part des ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques en fonction du quintile de richesse

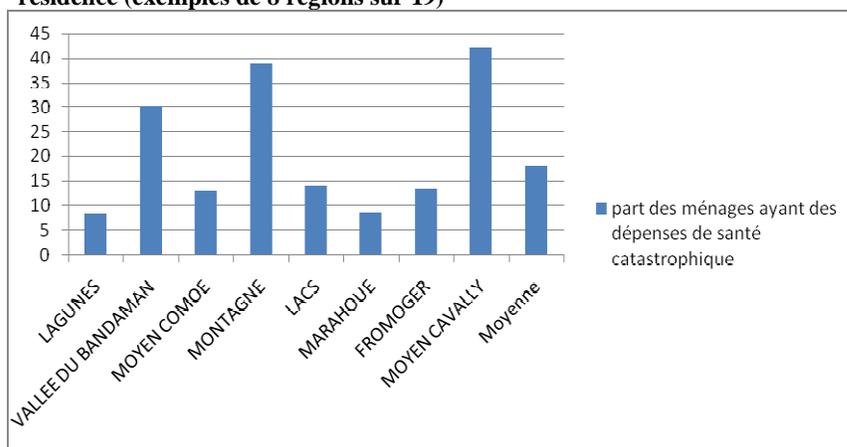


Source : ENV 2008 et analyse BM

438. De plus, d'importantes disparités s'observent entre les régions concernant la part des ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques. Ces disparités sont liées entre autres aux différences existantes de richesse et d'utilisation des services de santé entre régions.

439. **En fonction de la composition et des caractéristiques des ménages, la proportion de ceux subissant des dépenses de santé dites catastrophiques diffère.** En effet, les ménages comprenant au moins une personne âgée, sont plus vulnérables et la part des dépenses catastrophiques de santé y est plus fréquente (28.75% des ménages). De plus, lorsque le chef de ménage est une femme, les ménages sont beaucoup plus vulnérables : 35% d'entre eux affectés par des dépenses de santé catastrophiques contre 14% lorsque le chef de ménage est un homme. Enfin, les ménages mariés sont moins confrontés à ces dépenses catastrophiques (14.6% d'entre eux) que ceux dont le chef de ménage est divorcé, séparé ou veuf/ve (34.8% ont connu des dépenses de santé catastrophiques).

Figure 78: Part des ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques en fonction de la région de résidence (exemples de 8 régions sur 19)



Source : ENV 2008 et analyse BM

Encadré 16 : Détail de la méthodologie utilisée pour calculer les dépenses de santé catastrophiques des ménages

- Tout d'abord, on calcule une **ligne de pauvreté** en se basant sur la consommation alimentaire des ménages. Cette ligne de pauvreté est définie comme les dépenses d'alimentation dont la part, dans les

dépenses totales du ménage, appartient au 50ème centile. Afin d'éviter les erreurs de mesure, cette ligne de pauvreté sera égale à la moyenne pondérée des dépenses d'alimentation des ménages dont la part de ces dépenses d'alimentation est comprise entre le 45ème et le 55ème centile. A noter également qu'une échelle d'équivalence ménage est utilisée plutôt que la taille réelle des ménages. Cette équivalence ménage (= taille ménage^{0,56}) permet de prendre en compte les économies d'échelle au sein d'un ménage.

- A partir de cette ligne de pauvreté, on obtient les **dépenses de subsistance** de chaque ménage qui sont égales au montant de la ligne de pauvreté * équivalence ménage.

- Ainsi, on peut considérer qu'un ménage est confronté à des dépenses de santé catastrophique, lorsque, pour une période donnée, **la part des dépenses de santé (nettes des remboursements d'assurance-maladie) est supérieure à 40% de sa capacité à payer** (la capacité à payer étant le revenu du ménage soustrait de ses dépenses de subsistance).

3.2 Financement des dépenses indirectes des ménages au profit des assurances sociales, mutuelles et assurances privées

440. En Côte d'Ivoire, le système de sécurité sociale repose sur quatre volets essentiels : les assurances sociales, les assurances fournies par les employeurs, les mutuelles et les assurances privées.

441. **Ces quatre secteurs de couverture sociale sont financés principalement par les cotisations d'une frange très étroite des salariés des entreprises du secteur privé, les fonctionnaires civils et militaires.** Toutefois, ce système de couverture bénéficie d'une contribution de l'Etat au titre de la part patronale et au titre des subventions. Cette couverture exclut une grande partie de la population qui n'a pas une source de revenu stable. Pourtant elle demeure la plus exposée au risque social.

442. Les organisations mutualistes les plus importantes sont entre autre :

- la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEFCI),
- la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) pour le secteur privé ;
- le Fonds de Prévoyance Militaire,
- le Fonds de Prévoyance de la police Nationale,
- les Formations Sanitaires Urbaines à base Communautaire
- les Mutuelles d'entreprises privées
- et les mutuelles de certaines structures et institutions de l'Etat (BNETD, régies financières, etc).

443. Ces organismes fournissent aux bénéficiaires toute une gamme de prestations allant de la préparation de la retraite des agents à la couverture partielle en soins de santé.

444. Le Rapport sur l'Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique 2003 montre que le nombre d'organisations mutualistes en Côte d'Ivoire est passé de 64 à 40 entre 2000 et 2003. Elles peuvent être regroupées comme suit :

- Les Associations de Gestion communautaire (20);
- Les ONG (5) ;
- Les Associations de santé (6) ;
- Les mutuelles d'entreprises en auto assurances (5);
- Les Mutuelles de Santé ayant concédé la gestion à un opérateur privé(4).

445. Les statistiques disponibles indiquent que le système de Sécurité sociale, ne couvre que 5 à 10% de la population globale, en excluant de toute forme de couverture sociale, les populations des secteurs agricole et informel, les professions libérales et les indigents⁷⁵.

446. L'Etat fait obligation à chaque employeur de fournir une couverture du risque professionnel aux travailleurs et leur famille. Dans la pratique, cette disposition réglementaire réaffirmée par le code du travail n'est pas suivie. Bon nombre de travailleurs évoluent dans des conditions de non droit et de précarité.

⁷⁵ MFFAS : Eléments du document de stratégie pays dans le cadre du 10^{ème} FED, juillet 2006

447. Dans le monde agricole, aucune protection sociale n'existe malgré la floraison d'organismes autonomes de gestion des filières.

448. Pour palier cette insuffisance, des lois organiques relatives à l'Assurance Maladie Universelle (AMU) ont été votées par le Parlement, depuis le 9 octobre 2001. Cependant, jusqu'à ce jour, ce projet n'est pas entré dans sa phase d'opérationnalisation.

449. Les prestations de santé des assurances sociales, mutuelles et assurances privées varient de 20 milliards à 28 milliards de FCFA entre 1996 et 2005. Cette contribution comparée à celle des ménages reste marginale.

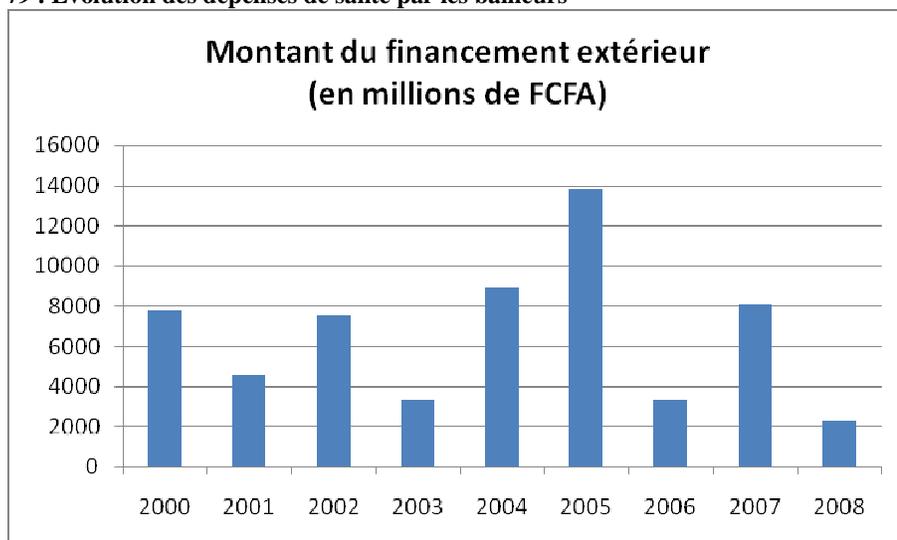
4. Financement extérieur

4.1 Le financement extérieur est-il suffisant ?

450. De 2000 à 2008, à partir des financements répertoriés par la DAF du MSHP, il était possible de connaître la contribution des partenaires au développement au budget du Ministère de la Santé : 59 milliards CFA, ce qui représente une moyenne de 6 milliards par an.

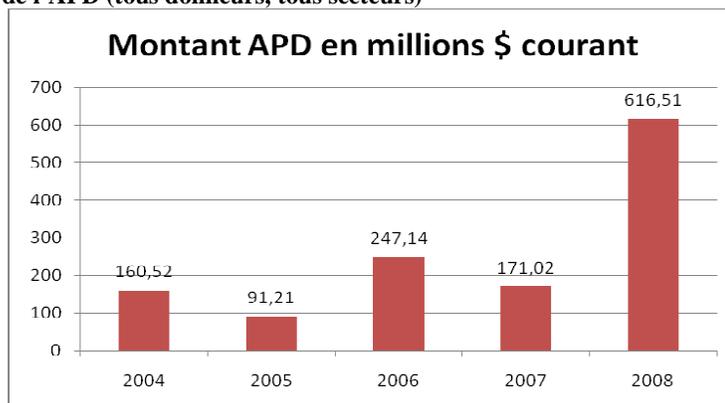
451. Ce financement est très volatile, comme le montre le graphique ci-dessous ainsi que l'Aide Publique au Développement en faveur de la Côte d'Ivoire tous secteurs confondus.

Figure 79 : Evolution des dépenses de santé par les bailleurs



Source : DAF MSHP

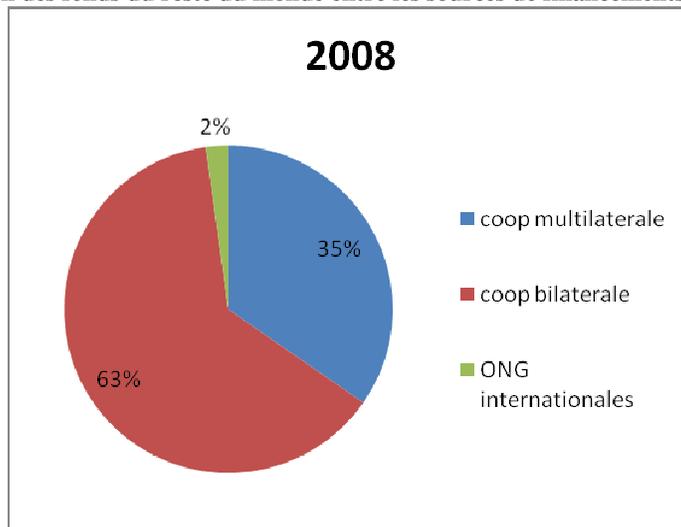
Figure 80: Evolution de l'APD (tous donateurs, tous secteurs)



Source : base de données OCDE

452. Les données extraites des CNS 2007, 2008 permettent de répertorier de façon plus exhaustive les financements provenant du reste du monde. Elles indiquent que les bailleurs ont contribué au secteur de la santé ivoirien pour un montant de 52.509.439.319 F CFA en 2007 et de 79.157.120.351 F CFA en 2008, soit une augmentation d'environ 51% entre ces deux années consécutives (données préliminaires des CNS 2007, 2008). Cette contribution est répartie entre la coopération bilatérale, la coopération multilatérale et les ONG internationales comme indiqué dans la figure 81 ci-dessous.

Figure 81: Répartition des fonds du reste du monde entre les sources de financements

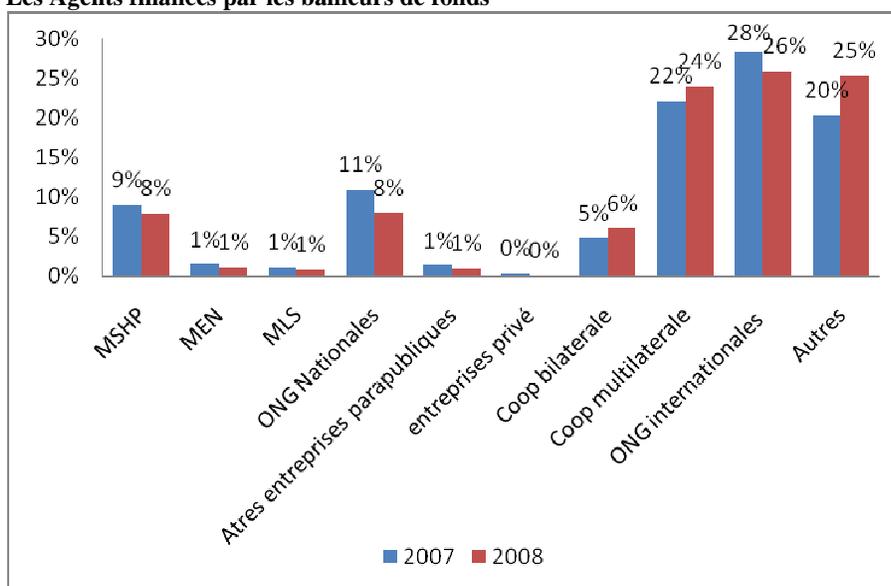


Source : Données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)
 NB : 100% = fonds de reste du monde

453. **Respectivement en 2007 et en 2008, 76% et 72% de ces sources ont été utilisés pour des dépenses dans le domaine du VIH/SIDA.** En particulier, en 2008, 100% des fonds provenant de la coopération bilatérale étaient destinés aux activités de VIH/Sida ; 24% des fonds de la coopération multilatérale étaient destinés au VIH/SIDA, et 37% des fonds des ONG internationales étaient orientés pour des activités liées au VIH/Sida.

454. En 2007 et 2008 ce sont respectivement 75% et 81% des fonds des bailleurs qui ont été gérés par les partenaires extérieurs (coopérations bi-multilatérales, ONG et firmes internationales) alors que les institutions publiques ivoiriennes et les ONG nationales n'ont eu à gérer chacune qu'environ 10% des fonds des bailleurs (graphique ci-dessus, données préliminaires des CNS 2007, 2008).

Figure 82 : Les Agents financés par les bailleurs de fonds

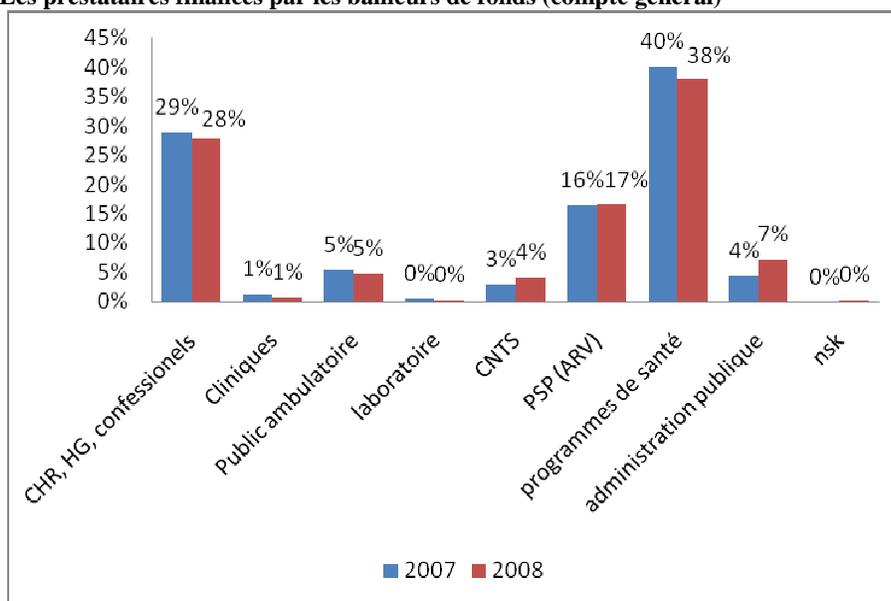


Source : Données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)

4.2 Le financement extérieur est-il favorable aux pauvres ?

455. Le financement extérieur est favorable aux pauvres s'il est orienté vers le premier niveau de la pyramide sanitaire, qui constitue la porte d'entrée des pauvres dans le système de santé. Faute de détails relatifs à cet aspect, l'hypothèse formulée dans les CNS est que les appuis des bailleurs que ce soit pour le compte général de la santé ou pour le sous compte VIH/Sida (PTME, prise en charge, etc.) ont été attribués au niveau des CHR et des HG ce qui peut expliquer l'importance de la part des CHR, HG et hôpitaux confessionnels parmi les prestataires financés par les bailleurs pour mener les activités (données préliminaires des CNS 2007, 2008).

Figure 83: Les prestataires financés par les bailleurs de fonds (compte général)

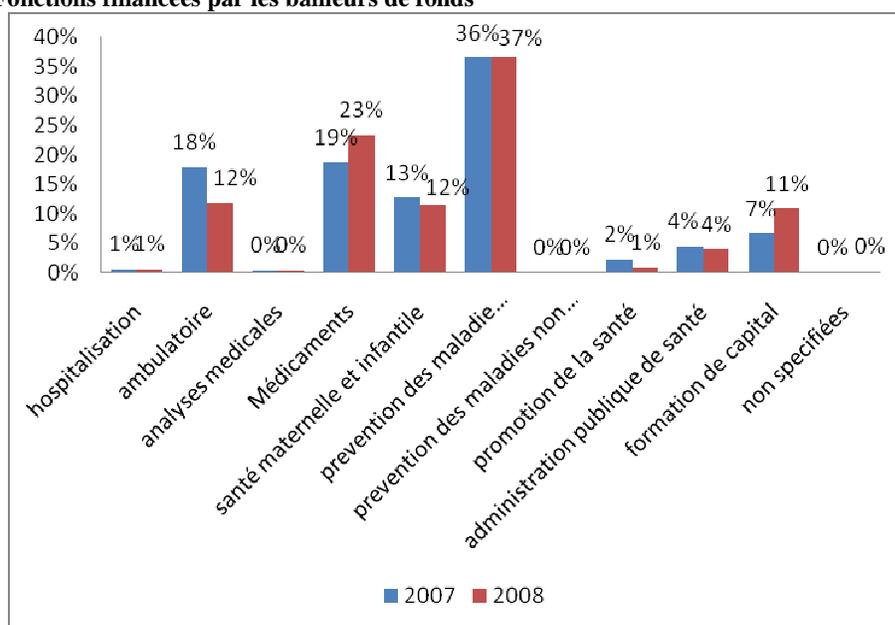


456. Les financements des bailleurs de fonds sont orientés globalement vers les programmes de santé publique qui comprennent ici non seulement les programmes verticaux (PEV, Programme de la santé de la reproduction, Santé scolaire, Programme National de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, Programme de lutte contre le paludisme, programme de lutte contre la tuberculose, etc.) mais aussi toutes les activités de santé publiques menées par les acteurs du secteur privé ou par les ONG (exemple des financements fournis à l'AIBEF), respectivement 40% et 38% en 2007 et en 2008. Faute de clé de répartition adaptée pour les années 2007, et 2008, les financements destinés aux ARV n'ont pu être répartis de façon précise entre les prestataires. L'hypothèse faite dans cet exercice a été de les considérer au niveau de la centrale d'achat de médicaments nationale (PSP).

4.3 Le financement extérieur est-il en cohérence avec les priorités de santé?

457. **La répartition des financements des bailleurs selon les fonctions indique qu'une forte proportion est destinée aux maladies transmissibles, aux médicaments, aux consultations en ambulatoire et aux services de santé maternelle et infantile** (graphique ci-dessous, données préliminaires des CNS 2007, 2008).

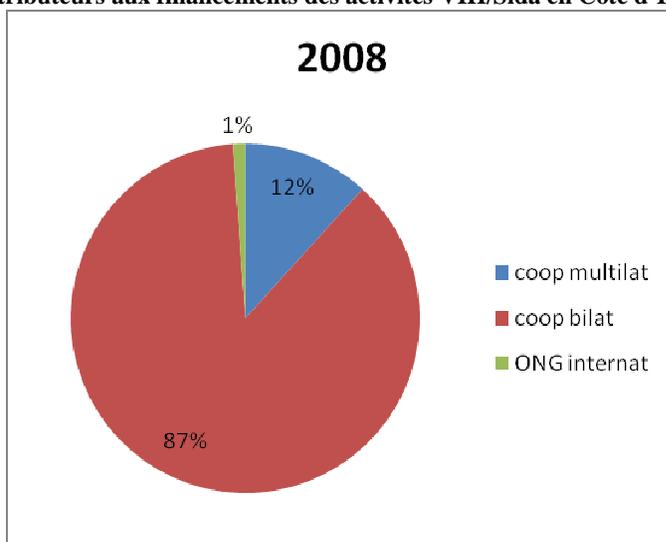
Figure 84: Les Fonctions financées par les bailleurs de fonds



Source : Données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)

458. En 2007 et en 2008 respectivement 76,0% et 72,2% des financements des bailleurs ont été consacrés aux activités liées au VIH/Sida. Les fonds fournis par les bailleurs pour le VIH/SIDA (dépenses sanitaires seulement, sont exclues les fonctions connexes ou faites en dehors du secteur de la santé telles que les dépenses juridiques, les dépenses de scolarité pour les OEV) ont été de 39.933.884.381 F CFA et de 57.145.968.888 F CFA respectivement en 2007 et 2008, soit une augmentation de 43% en une année. Cette contribution provient principalement de la coopération bilatérale (87%) et plus modestement la coopération multilatérale (12%) (Figure 85 ci-dessous).

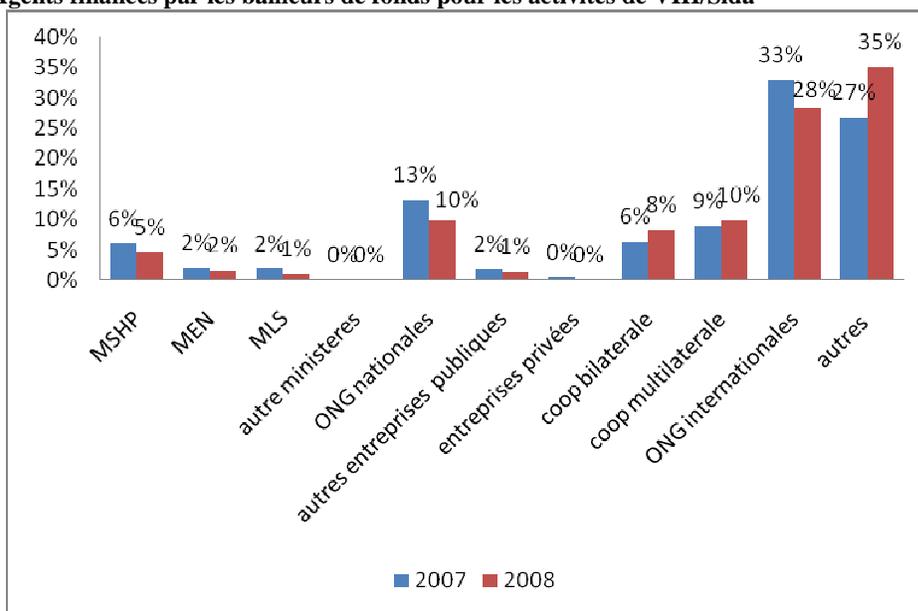
Figure 85 : Contributeurs aux financements des activités VIH/Sida en Côte d'Ivoire en 2008



Source : Données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)

459. Les agents financés par les bailleurs de fonds pour mener les activités de lutte contre le VIH/Sida en Côte d'Ivoire sont principalement les ONG internationales et les compagnies privées. Notons en particulier que la part de cette seconde catégorie a augmenté entre 2007 et 2008 en passant de 27 à 35% alors que celle des ONG internationales a diminué en passant de 33 à 28%. La part attribuée aux agents de financement publics ivoiriens est passée quant à elle de 10% en 2007 à 8% en 2008 (figure 87, données préliminaires des CNS 2007, 2008).

Figure 86: Les Agents financés par les bailleurs de fonds pour les activités de VIH/Sida

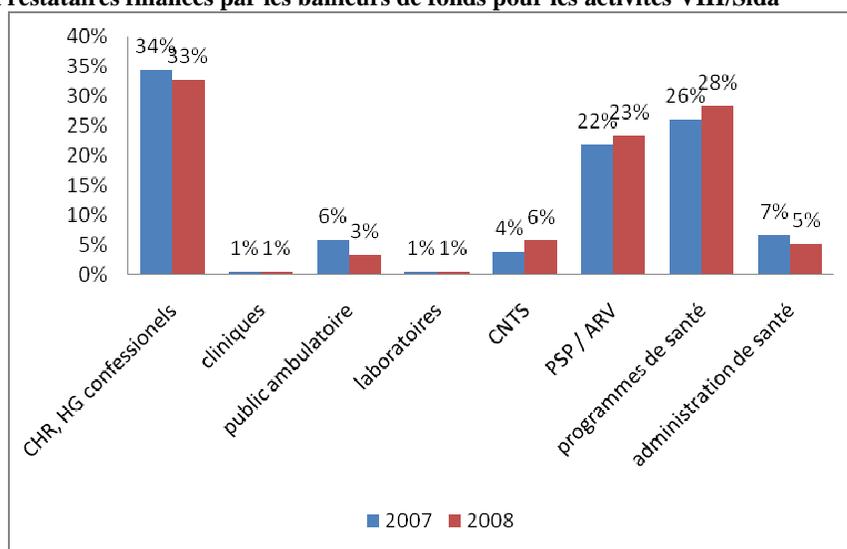


Source : Données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)

460. Les dépenses d'Antirétroviraux sont localisées à la PSP. Elles ne sont donc pas ventilées entre hôpitaux et établissements de santé ambulatoires, ce qui explique la part de la PSP parmi les

prestataires financés par les bailleurs de fonds pour les activités liées au VIH/Sida (graphique ci-dessous, données préliminaires des CNS 2007, 2008).

Figure 87: Les Prestataires financés par les bailleurs de fonds pour les activités VIH/Sida



Source : Données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)

461. Les financements consacrés aux ARV constituent la part la plus importante des fonds des bailleurs pour les activités de VIH/Sida respectivement 41% pour 2007 et 36% pour 2008 (Tableau 44 ci-dessous, données préliminaires des CNS 2007, 2008).

Tableau 44: Les Fonctions financées par les bailleurs pour des activités VIH/Sida

Fonctions	2007	%	2008	%
hospitalisation	284.067.308	1%	369.729.647	1%
hospitalisation de jour	4.942.045	0%	34.683.627	0%
prise en charge IST	95.860.000	0%		0%
prise en charge IO (TB)	1.914.803.500	5%	1.745.984.933	3%
ARV en ambulatoire	7.460.615.086	19%	7.593.070.600	13%
CDV en ambulatoire	10.831.744	0%		0%
analyses	1.093.070.012	3%	4.924.320.052	9%
ARV (PSP)	8.682.864.341	22%	13.358.088.684	23%
médicaments pour les IO	20.830.737	0%		0%
autres biens médicaux	792.700.850	2%	148.592.804	0%
PTME	2.417.190.503	6%	2.541.827.224	4%
Soins palliatifs	1.320.354.957	3%	2.884.611.311	5%
CDV	3.296.563.004	8%	1.911.304.650	3%
sécurité transfusionnelle	1.539.990.900	4%	3.313.231.228	6%
prophylaxie post exposition		0%	40.330.394	0%
Programme IEC/CCC	5.441.484.873	14%	8.118.668.709	14%
Distribution de préservatifs	1.441.438.295	4%	1.555.732.191	3%
suivi et évaluation du VIH	1.020.211.398	3%	2.225.813.294	4%
programmes de prévention non spécifiés	87.740.179	0%	670.428.630	1%

administration publique de santé	2.694.360.774	7%	2.987.666.350	5%
formation de capital	313.963.876	1%	2.721.884.560	5%
	39.933.884.381	100%	57.145.968.888	100%

Source : Données préliminaires des CNS 2007, 2008 (Abt Associates, DAF du MSHP, 2010)

462. **Pour la période 2010-2012, il apparaît que les financements des principaux bailleurs sont très largement ciblés sur des interventions verticales**, c'est-à-dire centrées sur une pathologie. Comme l'illustrent les graphiques ci-dessous, la part des financements extérieurs des plus importants donneurs pour le renforcement du système de santé ne représente qu'environ 8% des montants totaux (détail des financements par donneur et par intervention en annexe).

Figure 88 : Nature du financement des principaux donateurs dans le secteur de la santé en millions d'US\$ pour 2009-2012 (2010 pour USAID et montant estimatif pour l'UE).

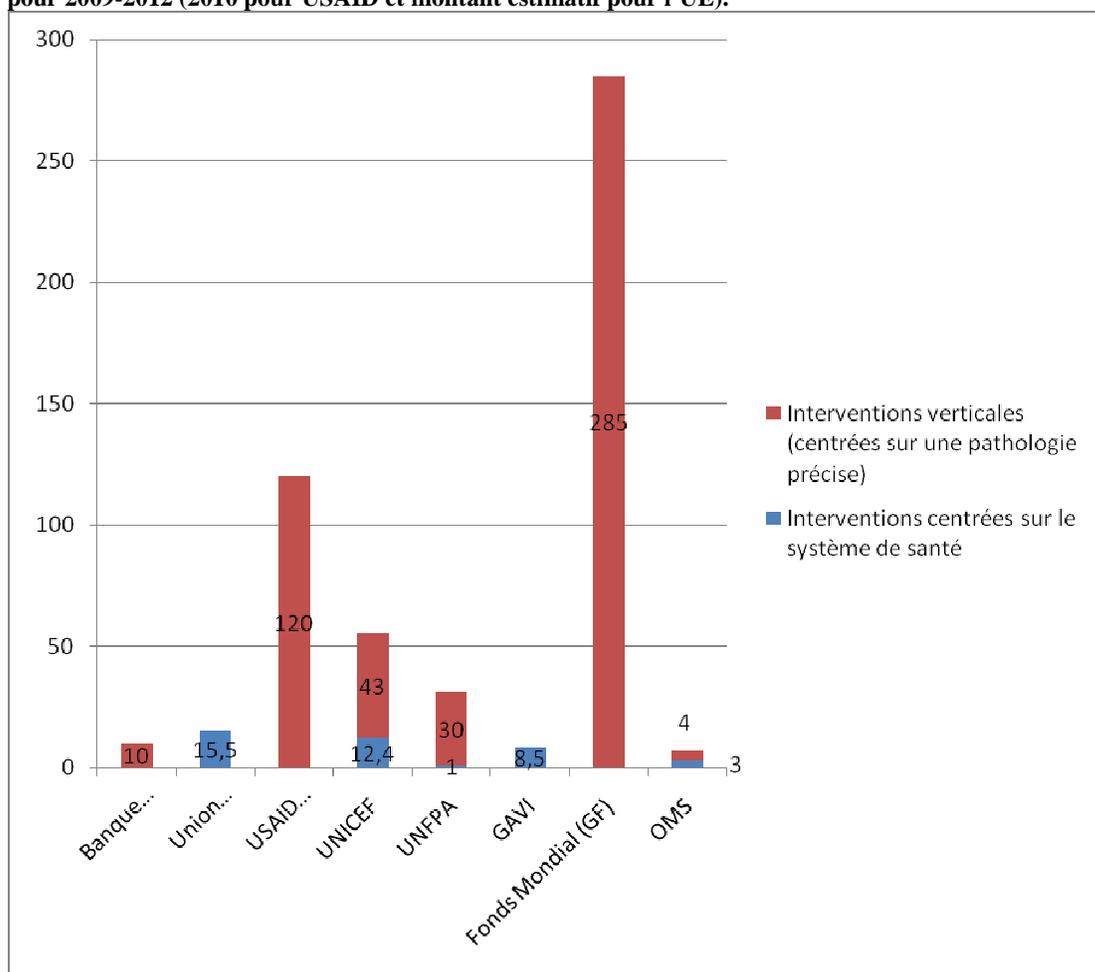
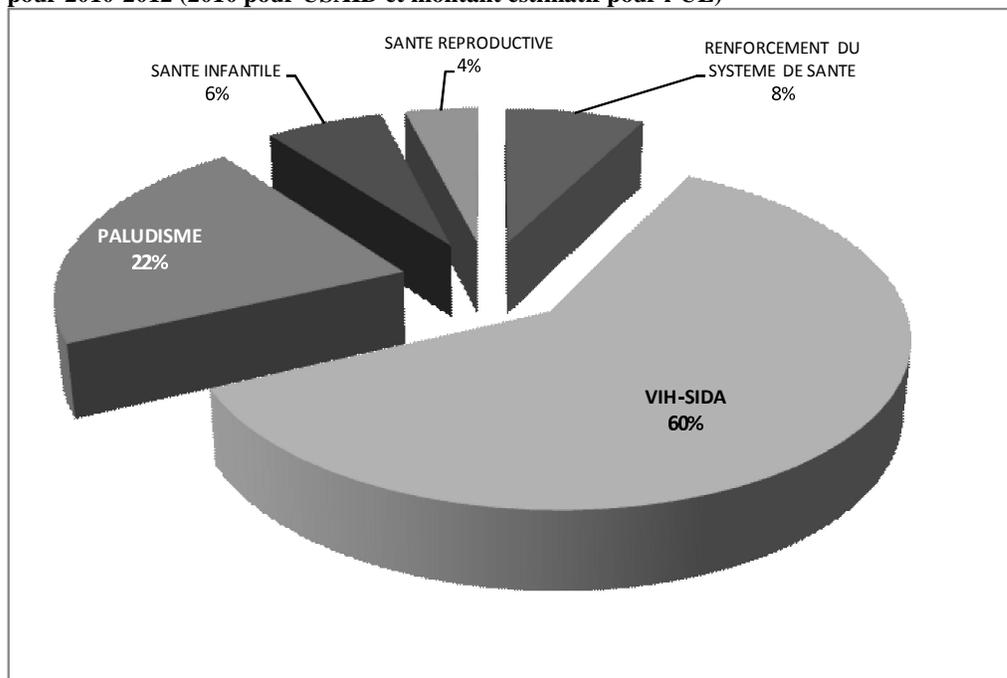


Figure 89 : Part du financement des principaux donateurs par type d'intervention dans le secteur de la santé pour 2010-2012 (2010 pour USAID et montant estimatif pour l'UE)



Données pour la Banque Mondiale, l'Union Européenne, USAID/PEPFAR, UNICEF, UNFPA, GAVI, Fonds Mondial, OMS.

4.4 La gestion du financement extérieur est-elle performante ?

463. La création de la cellule de gestion fiduciaire (instaurée pour le financement PEPFAR) au niveau du Cabinet du Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique pourra permettre d'assurer une traçabilité de la contribution des partenaires au développement dans le secteur de la santé. A ce jour, les informations sur le circuit du flux financier ne sont pas disponibles.

5. Estimation des besoins de financement (MBB)

464. Il est indispensable d'accroître les ressources du système de santé, si l'on souhaite atteindre les OMD santé. Cette partie présente les résultats préliminaires d'une estimation de ces moyens supplémentaires. Elle a été réalisée par l'UNICEF avec la méthode de référence en la matière : le *Marginal Budgeting for Bottlenecks* (MBB). Il est néanmoins tout aussi clair que le simple ajout de ressources sera soit insuffisant soit très inefficent.

Encadré 17 : La méthode du *Marginal Budgeting for Bottlenecks* (MBB)

Développé par l'UNICEF et la Banque Mondiale, le MBB est une démarche particulièrement rigoureuse de priorisation et de budgétisation des actions à mener pour améliorer la santé maternelle et infantile.

Cette logique est composée des étapes suivantes :

1. identifier les différentes causes de mortalité infantile et maternelle ;

2. sélectionner les interventions sanitaires (communautaires, préventives et curatives) susceptibles d'avoir un fort impact sur ces causes de mortalité⁷⁶ ;
3. déterminer le niveau optimal de couverture de ces interventions, de façon à maximiser leur impact tout en restant réaliste ;
4. pour chacune de ces interventions, identifier et mesurer les goulots d'étranglement qui doivent être surmontés pour atteindre les taux de couverture souhaités ;
5. budgétiser les différents coûts liés à cette levée des goulots d'étranglement.

Le MBB a été utilisé dans une vingtaine de pays africains. Il est à ce jour l'outil le plus précis pour (i) prioriser les interventions à financer en matière de santé infantile et maternelle et (ii) estimer le coût de cet effort.

465. Il faut garder à l'esprit que la simulation MBB présentée ci-après est encore provisoire.

466. Dans sa version actuelle, la simulation MBB de la Côte d'Ivoire prévoit, entre 2011 et 2013, de réduire la mortalité néonatale de 23.7%, la mortalité post-néonatale et juvénile de 32.6% et la mortalité maternelle de 23.2% (scénario 2 des MBB Unicef version juin 2010). Le tableau ci-dessous décrit l'impact prévu pour chaque composante du système de santé, ainsi que le coût additionnel associé.

Tableau 45 : Impact et coûts (estimés par les MBB) des interventions à haut impact sur la mortalité infantile et maternelle (2011-2013)

Mode de délivrance des services	Côte d'Ivoire Scénario 2 Impact sur la réduction de la mortalité			Coût additionnel par hab par an US\$
	Néonatale	Moins de 5	Maternelle	
1. Services communautaires	7,7%	17,1%	0,3%	2,16
1.1 Prévention familiale/lavage	1,5%	10,9%	0,3%	
1.2 Soins néonataux familiaux	6,4%	4,3%	0,0%	
1.3 Nutrition enfant	0,1%	0,5%	0,0%	
1.4 Gestion communautaire de la maladie	0,0%	3,5%	0,0%	
2. Services préventifs pour la population	5,1%	9,4%	2,7%	1,21
2.1 Prévention pour adolescents et adultes	0,0%	0,0%	0,3%	
2.2 Prévention grossesse	4,3%	1,5%	1,2%	
2.3 Prévention et soins VIH/Sida	0,0%	3,0%	1,2%	
2.4 Prévention soins enfants	0,8%	5,2%	0,0%	
3. Services individuels curatifs	13,5%	11,5%	20,6%	1,16
3.1 Soins maternels et néonataux 1er niveau	0,0%	0,0%	8,9%	
3.2 Gestion des maladies au 1er niveau	0,8%	6,8%	1,4%	
3.3 1ère référence pour soins cliniques	7,0%	2,5%	1,9%	
3.4 2ème référence pour soins clinique	6,2%	2,9%	10,9%	
Total Famille & comm. sensibilisation & soins curatifs	23,7%	32,6%	23,2%	4,53
Appui technique et gestion				0,86
3 modes de délivrance des services + appui technique et gestion				5,38

Source : MBB Unicef (version 18 juin 2010)

467. A partir de ces estimations MBB, il faudrait donc un budget additionnel de 125 millions \$US par an pour atteindre ces objectifs.

⁷⁶ Cette sélection s'appuie sur une base (mise à jour très régulièrement) de la littérature scientifique internationale sur l'impact sanitaire de ces différentes interventions.

Encadré 18 : Principaux constats et recommandations Financement (Chapitre 8)

Les informations sur les dépenses de santé, y compris au niveau du gouvernement, ont pendant longtemps été très insuffisantes. La CI n'avait jusqu'à récemment jamais élaboré de Comptes Nationaux de la Santé. Leur préparation en cours permet de disposer de premiers éléments et est une initiative qui a bénéficié de l'appui du PEPFAR. Ils contribuent à disposer de davantage d'information sur l'ensemble des sources de financements : 17% proviennent du secteur public, 70% du secteur privé (69% des dépenses totales de santé provenant des ménages et 66% correspondent à leurs paiements directs), 13% proviennent des financements extérieurs.

Le financement public provenant du Ministère de l'Economie et des Finances pour la santé est dispersé entre de nombreux Ministères et institutions de la République. Outre le Ministère de la Santé, d'autres ministères contribuent significativement à la santé, notamment le Ministère de la Lutte contre le Sida et le Ministère de la Défense. Une revue des dépenses publiques de santé permettrait d'y voir plus clair.

Avec moins de 5% du budget total, le budget alloué à la Santé paraît particulièrement faible. Cela explique aussi pourquoi la part des dépenses de santé financée par les ménages (près de 70%) est la plus élevée de la sous-région. Une analyse de type *Marginal Budgeting for Bottlenecks* (MBB) apparaît indispensable, afin de mesurer le gap budgétaire et de fournir des informations permettant de convaincre le gouvernement d'accroître le budget de la santé. Il est nécessaire aussi d'envisager la mise en œuvre de dispositifs de couverture sociale, notamment pour les plus pauvres. Ce qui pourrait être un dispositif national d'assurance maladie (qui existe légalement, mais n'a jamais été mis en œuvre), ou un appui aux mutuelles de santé ou encore la création d'un filet de sécurité pour les plus pauvres (i.e. Fonds d'Equité Sanitaire ou gratuité de certains soins).

Le peu de ressources dont dispose le Ministère de la Santé est essentiellement (60%) consacré au financement des hôpitaux de niveau tertiaire. Cette situation accentue encore plus le caractère « anti-pauvre » des dépenses publiques de santé. Le PNDS 2009-2013 prévoit un rééquilibrage au profit des soins primaires. Cette intention doit se traduire concrètement et financièrement dans les plans de mise en œuvre du PNDS.

La dépense totale de santé liée au VIH équivaut à environ 65 milliards de Fcfa. Les financements extérieurs constituent la principale source de financement (88%) et proviennent en grande partie de la coopération bilatérale. Le secteur public contribue pour 7% à ses activités et le secteur privé (essentiellement les ménages) pour 4%.

Principales recommandations :

Finaliser et institutionnaliser les Comptes Nationaux de la Santé ;

Réaliser une Revue des Dépenses Publiques de Santé et une analyse de Suivi des Dépenses (PETS) ;

Finaliser les MBB et les insérer dans les plans de mise en œuvre du PNDS afin de réduire la part des dépenses consacrées au niveau tertiaire ;

Accroître le budget du Ministère de la Santé, là aussi sur la base de l'exercice MBB ;

Orienter les financements davantage sur les établissements du premier niveau de la pyramide sanitaire en adéquations avec les priorités du PNDS et favorable à davantage d'équité dans l'accès aux soins.

Elaborer une politique de couverture maladie de la population ;

Réviser et rendre opérationnelle la politique de couverture maladie de la population (en parlant de l'AMU).

