

« La Côte d'Ivoire face au défi de la réalisation des OMD en santé : niveaux des indicateurs, expériences, progrès, obstacles neuf ans après le sommet du Millénaire »

BAMSSIE Roger
bamssierg@yahoo.fr
COTE D'IVOIRE

Introduction

Consciente de l'importance que revêt la santé dans le processus de développement d'un pays, la Côte d'Ivoire s'est donnée, dès son accession à l'indépendance, les moyens de garantir à sa population un état de santé acceptable. Cette volonté de l'Etat de Côte d'Ivoire s'est traduite non seulement par les efforts d'investissement accordés à ce secteur à travers divers programmes mais aussi par son adhésion aux différentes recommandations internationales en matière de santé (Stratégie des soins de santé primaire à Alma Ata en 1978, Initiative de Bamako (1987), Charte de développement de l'enfant (1990), Conférence Internationale sur la Population et le Développement (1994), Sommet Mondial sur le Développement Social (1995), etc.).

Toutes ces initiatives, ont contribué à relever l'espérance de vie chez les populations même si on assiste à nouveau à une hausse de la mortalité ces dernières années. Cette hausse est due essentiellement au taux élevé de prévalence du VIH/sida parmi les couches les plus vulnérables et à l'aggravation de la pauvreté consécutive à la persistance de la crise politico-militaire. En effet, l'espérance de vie à la naissance est passée de 33 ans en 1958 à 48,5 ans en 1978 pour atteindre 55,6 ans en 1988, soit un gain de 22,6 ans en trente ans. Mais en 1998, l'espérance de vie n'était plus que de 50,9 ans, soit une baisse de 4,7 ans.

De même, tous les autres indicateurs socio-économiques qui avaient connu une progression positive au cours des deux premières décennies suivant l'indépendance se sont contractés avec la crise économique que traverse la Côte d'Ivoire depuis le début des années 1980. Au niveau social, l'indice de pauvreté s'est profondément dégradé entre 2002 et 2008 passant respectivement de 38,4% à 48,9% selon les résultats des Enquêtes sur le Niveau de Vie des ménages de 2002 et de 2008.

C'est dans ce contexte qu'en 2000, 189 pays ont adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui visaient de manière générale à améliorer les conditions de vie des populations issues des pays les plus pauvres.

A ce titre, la Côte d'Ivoire déploie d'énormes efforts pour améliorer la survie chez les enfants de moins de cinq (5) ans et la santé maternelle, le paludisme, le VIH/sida et la santé de la reproduction. Ainsi, plusieurs programmes ont été adoptés dans chacun de ces domaines.

Malheureusement, une crise militaro-politique a éclaté dans le pays en Septembre 2002, soit seulement deux ans après l'adoption des OMD. Cette crise consacre la partition du pays en deux parties : le Sud du pays est contrôlé par le Gouvernement légal et la partie Nord contrôlée par la rébellion armée. Cette situation a provoqué des déplacements massifs des populations des zones assiégées vers les zones sous contrôle gouvernemental. Elle a eu plusieurs conséquences, notamment sur la santé.

En effet, au niveau sanitaire, on assiste d'une part à une pression des populations sur les structures sanitaires du sud devenues très insuffisantes pour répondre à la forte demande et d'autre part, à l'abandon des structures sanitaires des zones assiégées suite par le corps médical qui craignant

pour sa sécurité, s'est déplacé massivement vers la « zone libre ».

Après plusieurs tentatives infructueuses pour sortir de la crise, l'Accord Politique de Ouagadougou signé le 4 mars 2007 a permis d'enregistrer de grands progrès vers la paix et un apaisement du climat socio-politique. Ce climat favorable a facilité l'adoption en janvier 2009, du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui accorde une place importante à la santé. De même, on a enregistré l'engagement de la plupart des bailleurs de fonds et des partenaires au développement à soutenir l'action de l'Etat de Côte d'Ivoire en faveur de la réduction de la pauvreté et de l'amélioration de l'état de santé de la population.

Face à cette volonté politique et neuf (9) ans après l'adoption des OMD en 2000, la question de l'atteinte des objectifs en matière de santé, pour la Côte d'Ivoire reste entière.

Cette communication s'articule autour des points suivants : (i) niveaux et tendances des indicateurs de santé, (ii) expérience de la Côte d'Ivoire dans la réponse nationale au niveau de la santé, (iii) difficultés et contraintes dans la mise en œuvre des politiques, (iv) limites liées à la mesure des indicateurs dans le cadre de l'évaluation continue, (v) analyse de l'atteinte des cibles formulées dans les OMD en matière de santé, (vi) recommandations.

Les données utilisées proviennent des enquêtes nationales (EDS 98-99, l'EIS 2005, MICS 2000, MICS 2006, ENV 2002, ENV 2008) et des rapports nationaux (évaluation des quinze ans de mise en œuvre de la CIPD, Rapport national sur l'état et le devenir de la population en Côte d'Ivoire, etc)

Cependant, la faible disponibilité des données et leur périodicité constituent une limite à la qualité de l'analyse.

Mortalité infantile et mortalité juvénile, niveaux et tendances

En Côte d'Ivoire, la mortalité infanto-juvénile demeure très élevée à l'instar de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

Ainsi, le quotient de mortalité infantile, c'est-à-dire la probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire qui était de 91 décès pour 1000 naissances vivantes en 1994 (EDS, 94) a augmenté à 97 décès pour 1000 naissances vivantes en 1988 puis à 112 décès pour 1000 naissances vivantes en 1998 selon les résultats de l'EDS, 98/99. Six ans plus tard, c'est-à-dire en 2005, l'enquête sur les indicateurs du Sida révèle une baisse de la mortalité infantile. En effet, le quotient de mortalité infantile est passé à 84 décès pour 1000 naissances vivantes en 2005.

La mortalité infanto juvénile a connu quant à elle une évolution irrégulière. En effet, la mortalité des enfants de moins de cinq ans est passée de 150 décès pour 1000 naissances vivantes en 1994 (EDS 94) à 175 décès pour 1000 naissances vivantes en 1998 avant d'atteindre 125 décès pour 1000 naissances vivantes selon les résultats de l'EIS, 2005.

Il y' aurait donc une baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans entre 1998 et 2005, alors que sur la période précédente, le niveau du phénomène avait augmenté. Au regard de la situation présente du pays, une telle baisse de la mortalité des enfants paraît quelque peu surprenante. L'on attribuerait cette baisse du niveau de la mortalité par la présence et au rôle joué par les humanitaires dans un contexte de proximité et de gratuité des médicaments aux populations les plus affectées par la crise.

Quoi qu'il en soit, ce niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans est largement au dessus des attentes au niveau de la Côte d'Ivoire. En effet, les objectifs formulés par le deuxième Plan

National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2013) et repris par le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté qui constitue la référence pour le pays, prévoit une baisse en deçà des attentes des OMD. De 125 décès pour 1000 naissances vivantes chez les enfants de moins de cinq ans, le PNDS 2009-2013 prévoit de ramener cet indicateur à 88 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013 et à 50 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015.

Santé maternelle, niveaux et tendances

Il est difficile de dissocier le concept de santé de la reproduction de celui de la mortalité maternelle. En effet, la santé de la reproduction qui englobe la maternité sans risque a pour finalité de réduire la mortalité maternelle.

En Côte d'Ivoire, le taux de mortalité maternelle demeure élevé malgré une légère baisse (597 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1994 (EDS-CI 1994) contre 543 en 2005 (EIS 2005)). Le ratio de mortalité dû aux complications obstétricales en Côte d'Ivoire est de 3,7% contre une norme recommandée de 1%.

Les causes directes de la mortalité maternelle les plus fréquentes sont : les hémorragies (50% des cas de décès), les dystocies, les avortements provoqués, les maladies hypertensives, le paludisme (36% des cas d'hospitalisation chez les femmes enceintes) et les infections tel que le cancer du col de l'utérus.

Parmi les causes indirectes, on note la faible surveillance de la grossesse et du processus d'enfantement même si quelques progrès sont enregistrés. Ainsi, une comparaison des données de l'EDS 1998-99 à celles issues de l'EIS 2005 montre que le nombre de grossesse n'ayant fait l'objet d'aucune visite par un personnel qualifié de santé diminue, passant de 14% à 7%. En 1998-99, le niveau d'utilisation des services prénatale variait de 84% pour les CPN1 à 35,6% pour les CPN4 et plus ; en 2005, il passait de 85% pour le CPN1 à 45% pour le CPN4 et plus. Par ailleurs, la proportion de naissances ayant bénéficié d'au moins une visite prénatale est passée de 83% en 1994 à 84% en 1998 et à 87% en 2005. L'assistance médicale à l'accouchement est faible : 45,4% en 1994, 46,8% en 1998 et 56% en 2005.

Une étude effectuée par la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction section Côte d'Ivoire (CRESACI) en 2000 montre que les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) ne sont disponibles qu'à hauteur de 10,2 établissements offrant des SOU de base et 1,5 établissement offrant des SOU complets pour une population de 500 000 habitants. La pratique de la césarienne reste peu courante et se situait en 2000 à 0,78% alors que l'OMS préconise un minimum de 5 % et un maximum de 15%.

En ce qui concerne les avortements, les données de l'enquête auprès des jeunes réalisée par l'ENSEA avec l'appui technique et financier de l'UNFPA dans trois villes moyennes de la Côte d'Ivoire indiquent que la proportion des jeunes qui pratiquent les avortements augmente selon l'âge. Chez les filles, elle varie de 1% chez les 12-14 ans à 8% chez les 15-19 ans pour atteindre 18% chez celles de 20-24 ans. Par ailleurs, on enregistre d'autres formes de morbidités telles que les fistules obstétricales. En effet, un dépouillement des registres de santé récemment commanditée par le Ministère de la santé et de l'hygiène publique avec l'appui de l'UNFPA dans huit (8) structures sanitaires a permis de recenser 209 cas de fistules sur la période 1995-2005. L'incidence du cancer chez la femme est de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 avec 25,2% de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus.

Au niveau de la planification familiale, quelques progrès sont enregistrés. En effet, bien

qu'elle demeure faible, la pratique contraceptive a progressé sensiblement depuis le début des années 1980. La proportion des femmes en union qui utilisent une méthode moderne n'atteignait pas 1% en 1980-1981 mais s'élevait à 4,3% en 1994, à 7% en 1998-1999 et vaut aujourd'hui 13% (MICS, 2006). On constate que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont plus de deux fois importantes puisque 29% des femmes en ont exprimé le besoin. Par ailleurs, en 2006, les services de planification familiale n'étaient intégrés dans les paquets minimum d'activités que de seulement 33% des structures sanitaires publiques (Liagui, 2006).

L'accessibilité physique et financière aux services de la SR reste limitée. En effet, 56% de la population ne dispose pas d'un établissement sanitaire dans un rayon de 5 Km.

Expériences, politiques et programmes de santé maternelle et infantile et planification familiale

Dès les premières années de l'ère post coloniale, la question de la santé infantile a toujours fait partie des priorités du Gouvernement. Cette priorité s'est exprimée dans le cadre de la politique pronataliste du Gouvernement visant à accroître la population afin de disposer d'une main-d'œuvre abondante pour les besoins de l'économie qui reposait alors (et certainement encore) sur des technologies à forte intensité de travail manuel. Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont été développés pour assurer aux mères et aux enfants une bonne santé dans le cadre de la forte croissance démographique recherchée. Plus tard, avec la réforme des systèmes de santé africains, a été adoptée, l'Initiative de Bamako qui met l'accent sur les soins de santé primaire, avec des paquets d'activités qui intègrent les soins maternels et infantiles. Cette stratégie a fondé les interventions en santé dans le pays, et notamment le PNDS 1996-2005.

Ce plan comportait des programmes spécifiques visant à lutter contre le niveau élevé de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ce sont :

Le Programme National de la Lutte contre le Paludisme (PNLP) vise à promouvoir la prévention du paludisme à travers la distribution gratuite des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MI) pour les enfants de 0 à 59 mois. Le programme vise aussi la prise en charge du paludisme par l'utilisation de Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémisinine (CTA). Ce programme ne semble pas avoir été suffisamment efficace car le paludisme constitue toujours la première cause de décès chez les enfants ;

Le Programme National de la Santé Infantile (PNSI) consiste à prendre en charge de façon intégrée les maladies de l'enfant (clinique et communautaire, avec la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) notamment la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois) ;

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) démarré en 1995 consiste à faire la vaccination de routine des enfants de 0 à 11 mois en stratégies (fixe, avancée, mobile) et à entreprendre des activités de vaccination supplémentaires dans le cadre de campagnes grand public destinées à toucher ceux des enfants qui échappent à la vaccination de routine. Ces campagnes ont lieu chaque année et permettent de relever ainsi la couverture vaccinale ;

Le Programme National de Nutrition (PNN) a pour missions de : faire la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois, prendre en charge les enfants atteints de la malnutrition sévère, promouvoir la consommation du sel iodé et permettre la fortification des aliments ;

Le Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) initié en 2001 a pour objectifs spécifiques de faire le déparasitage systématique du préscolaire, la supplémentation en vitamine A du préscolaire, des visites systématiques de santé et la sensibilisation aux soins bucco-

dentaires ;

Le Programme National de Santé de la Reproduction/Planification Familiale, initié en mai 1996 permet de contribuer à l'amélioration de la santé des enfants à travers de la promotion d'une parenté responsable.

Le niveau encore élevé de la mortalité des moins de cinq ans indique que ces programmes n'ont pas eu un impact suffisant sur la vie quotidienne des enfants et de leurs mères malgré la politique des médicaments qui consiste à subventionner les coûts de médicaments et de vaccins.

C'est pour faire face à cet échec qu'a été introduit la Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant (SASDE) dont l'action principale est d'assurer la coordination de l'intégration des différentes interventions relatives à la survie de l'enfant, auparavant gérés par des programmes verticaux : PEV (Programme Elargie de Vaccination), SMN (Santé Maternelle et Néonatal), PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH), EHA (Eau Hygiène Assainissement).

Dans le cadre de la prévention de la mortalité maternelle, la Côte d'Ivoire a adopté la feuille de route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile en 2006. Le document finalisé a été présenté à un comité scientifique et transmis au Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique et doit être soumis à une table ronde aux différents décideurs. Par ailleurs, l'approche multisectorielle et intégrée demeure encore timide au niveau local en dépit des efforts pour intégrer les activités au niveau des collectivités décentralisées.

Aussi, dans le cadre de la nécessité d'accentuer les efforts en vue de réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans, deux des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont été consacrés à la promotion de la survie et la santé des enfants. Il s'agit de réduire la mortalité infantile et de combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. L'une des priorités du Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP) est l'amélioration de l'accessibilité, la qualité des services, la préservation de l'environnement, la promotion du genre et des groupes vulnérables. Certains partenaires au développement à travers le Plan Cadre des Nations unies pour l'Aide au Développement (UNDAF), le Plan de Coopération Côte d'Ivoire-UNFPA 2009-2013 et le plan Stratégique à moyen terme de l'UNICEF (MTSP) s'inscrivent dans cette même perspective et visent à promouvoir la survie et le développement de l'enfant et la lutte contre le VIH/sida.

Dans le cadre de l'amélioration de la santé maternelle et infantile, les actions entreprises s'articulent autour des trois stratégies suivantes : (i) création de services intégrés de santé de la reproduction de qualité dans les zones d'intervention, (ii) amélioration des soins obstétricaux d'urgence, y compris le traitement des complications découlant des avortements dans les zones d'interventions ; (iii) accès accru à l'information et aux services de santé de la reproduction pour les adolescents et les jeunes.

Au niveau de l'amélioration de la santé maternelle, deux grands types d'activités ont été entreprises pour améliorer le système de référence et contre référence : (i) le renforcement des capacités de 420 Agents de Santé Communautaires (ASC) et Accoucheuses Traditionnelles (AT) à la reconnaissance des signes de danger de la grossesse et pour le transfert précoce des parturientes ; (ii) la livraison à titre expérimentale de 15 motos ambulances à 15 structures de base.

L'intégration de la prise en charge des complications d'avortement dans les centres de références s'est faite avec les formations des prestataires de soins à travers les projets SOU/SONU/PF. En effet, les formations reçues par les prestataires comportaient des modules sur la prise en charge des avortements. En plus, les centres de références ont été dotés de kits pour la prise

en charge des complications d'avortement.

La politique de SR inclut un volet santé procréatrice et compétences de la planification de la vie dans l'enseignement et la formation pour les jeunes à travers le Projet EVF/MP (Education à la Vie Familiale/ **Education en Matière de Population**) du Ministère de l'Education Nationale. Ce projet consiste à l'intégration des modules de formation sur la SR dans les curricula du système éducatif. Le Ministère de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs concourt à la mise en œuvre des activités en ce qui concerne le volet jeune par les campagnes de sensibilisation à l'égard des jeunes, la création des Club Santé Jeune et la facilitation du Réseau Ivoirien pour la promotion de la Santé des Adolescents et des Jeunes (RIPS/AJ).

De 2003 à 2007, pour corriger les insuffisances, des efforts considérables ont été entrepris par les projets pour la mise à niveau du personnel et l'amélioration de la qualité de l'offre de soins dans 33 structures de référence et 90 maternités périphériques, notamment pour la prise en charge des SOU/SONU, PF, IST/VIH/SIDA (formation des prestataires, approvisionnement en contraceptifs, équipements, matériels médicaux et la réhabilitation de certaines structures).

Enfin, pour stimuler la demande et améliorer l'accessibilité des populations aux structures et permettre à celle-ci d'adhérer aux différents projets, des campagnes de sensibilisations ont été menées autour des différentes thématiques dans les sites des projets des localités des zones d'interventions. Cette campagne a permis de renforcer les capacités d'environ 420 relais communautaires à l'auto diagnostic communautaire des aspects de la santé maternelle.

Défis et contraintes

Le premier ordre de difficulté exogène a trait aux moyens financiers. Les besoins en matière de SR sont tels que la Côte d'Ivoire ne peut les satisfaire toute seule sans l'aide de la communauté internationale. Or le financement des produits de la SR rencontre d'énormes difficultés. Il est trop dépendant de l'aide extérieure (le retrait progressif des bailleurs de fonds perturbe durablement le financement des produits contraceptifs et la part du budget consacré à l'achat des médicaments s'amenuise). De plus, le coût élevé des produits de la santé de la reproduction dans les officines privées ne permet pas une plus grande accessibilité à la majorité de la population.

A ce niveau l'IEC/CCC apparaît comme la solution la moins onéreuse. Cependant, la SR souffre de l'environnement socio-culturel limitant ainsi les performances de l'IEC/CCC. En effet, relevant d'un domaine sensible, elle implique les conceptions que toute société se fait de sa perpétuation où la sexualité conditionne les attitudes et les comportements. A ce niveau, le contexte socio-culturel apparaît comme un obstacle majeur dans la mesure où tout ce qui touche au sexe est frappé du sceau de l'intimité et de la discrétion, d'où la gêne et la réserve aboutissant à la censure et à l'auto-censure. En un mot la référence au sexe est un sujet tabou et cela amoindrit la portée de la politique de la SR. Le conditionnement social subi empêche le traitement public des problèmes qui y sont liés.

Le second ordre de difficultés, endogène, dérive de l'instabilité politique chronique de ces dix dernières années. En effet, les disparités spatiales dans la répartition du personnel de santé se sont accrues au cours de la crise socio politique. Le conflit politico-militaire a provoqué le déplacement massif de populations obligeant celles-ci à fuir leurs domiciles. Ce conflit a causé dans les zones Centre, Nord et Ouest du pays, un accès restreint aux services sociaux et publics de base, notamment les services de SR.

A ces deux difficultés majeures s'ajoute une, inhérente à la nature des programmes sanitaires.

Les aspects de la SR étant divers, chacun d'eux a tendance à s'ériger en programmes autonomes sans toujours un souci de coordination d'où une dispersion des ressources (humaines et financières) qui sont pourtant limitées.

La motivation du personnel formé constitue une autre préoccupation. Il faut noter une instabilité et une forte mobilité du personnel liée à leur statut à la fonction publique. En effet, certains personnels salariés, ont tendance à changer de service à la recherche de meilleures conditions de travail, d'opportunités et d'épanouissement personnel. On note donc là, une déperdition des compétences au détriment de la SR qui pourtant a investi dans la spécialisation.

Certaines solutions novatrices telles que les moto-ambulances semblent ne pas rencontrer l'adhésion de la population. En effet, les motos ambulances n'ont véritablement pas été utilisées dans certaines structures alors que des sensibilisations avaient été faites au niveau des populations bénéficiaires de ces zones et sont souvent stationnées au district. Les principales raisons évoquées sont : (i) l'inaccessibilité culturelle des populations vis-à-vis des motos ambulances pour le transport des femmes (ii) l'état des routes (motos ambulance tri-cycle) notamment à Tanda, (iii) l'insuffisance d'adhésion des prestataires au système de la moto ambulance.

Il est de coutume de laisser le soin au temps de faire tomber ces obstacles socio-culturels mais l'IEC/CCC peut de toute évidence hâter le processus car la spécificité de l'homme réside dans sa capacité d'adaptation aux situations nouvelles.

VIH/Sida, niveaux et tendances

En Afrique Occidentale, la Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés par la pandémie du VIH/Sida. C'est en 1985 que les premiers cas de sida ont été diagnostiqués en Côte d'Ivoire où l'épidémie est caractérisée par la présence des deux virus, le VIH-1 et le VIH-2. Ainsi, de 2 cas officiellement déclarés en 1985, les nouveaux cas d'infection au VIH/Sida sont passés à 450 000 en 1997, 770 000 en 2001 pour se situer à 750 000 PVVIH en fin 2005 (ONUSIDA/OMS, 1998, 2002, 2006).

Selon les mêmes sources, la prévalence du VIH/SIDA chez l'adulte (plus de 15 ans) est passée de 10,1% en 1997 à 9,7% en 2003. En 2005, l'ONUSIDA estimait à 7% la prévalence du VIH en Côte d'Ivoire avec environ 750 000 PVVIH dont 74 000 enfants de moins de 15 ans. Au cours de la même année, l'enquête sur les indicateurs du Sida (EIS 2005) a révélé quant à elle, une prévalence de 4,7% au niveau de la population générale de 15-49 ans. Cette prévalence est très variée selon les composantes et en particulier selon le sexe. En effet, la proportion de femmes touchées par le virus du sida est de 6,9% contre 2,9% chez les hommes (EIS 2005). De plus, la séro-prévalence est plus élevée chez les jeunes femmes de 15-19 ans (0,4%) que chez leur homologue masculin (0,2%). Ce qui confirme la persistance de la féminisation de l'épidémie en Côte d'Ivoire. Selon le même rapport, environ 570 000 personnes vivent avec le VIH en Côte d'Ivoire dont 530 000 adultes de 15-49 ans et 40 000 enfants de 0 à 14 ans. Chez les femmes enceintes, la prévalence enregistrée selon l'EIS (2005) s'élève à 4,3%. Deux ans plus tard, on enregistre un faible repli du phénomène avec le rapport actualisé de l'ONUSIDA en 2007 qui fait état d'une prévalence du VIH dans la population générale estimée à 4,5%. Le pays compte à cette date 424 260 PVVIH, 46 600 décès dus au Sida et 420 943 orphelins dus au Sida.

Au niveau de la répartition par région du phénomène dans la population générale toujours selon l'EIS (2005), la ville d'Abidjan (6,1%), les régions du Centre-Est (5,8%), du Sud (5,5%) et du Centre (4,8%) ont une prévalence du VIH supérieure à la prévalence nationale (4,7%). À l'opposé, la

région du Nord-Ouest (1,7%) a la prévalence la plus faible (Carte 2 : prévalence du Sida par région). 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. On assiste à une forte féminisation de la pandémie.

Selon le milieu de résidence, le Sida est plus répandu en milieu urbain qu'en milieu rural. Selon les estimations, les taux de séroprévalence variaient entre 6% et 7% dans les zones rurales contre 12% et 14 % en milieu urbain en 1999 (Zanou et al, 1999). Les données de l'EIS 2005 dessinent la même tendance : le taux de séroprévalence est deux fois plus élevé en milieu urbain (7,4%) comparativement au milieu rural (3,2%).

Bien qu'étant toujours faible, la proportion des 15-24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/sida s'est tout de même améliorée entre 2000 et 2005. En effet, de 13,1% selon les résultats de MICS (2000), la proportion des 15-24 ans qui avaient une bonne connaissance générale du VIH/Sida en 2005 selon l'EIS est de 18% chez les femmes contre 26,8% chez les hommes du même groupe d'âge.

Par ailleurs, le Ministère de la Jeunesse et des Sports à travers son projet SSRAJ IVC/03/P02 a permis l'intégration des conseils sur les IST/VIH/SIDA au niveau des Centres d'Ecoute et de Conseil (CEC) des 10 sites d'intervention que sont Abidjan, Bouaké, Agboville, Sinfra, Bondoukou, Gagnoa, Tanda, Toumodi, Bouaflé, Abengourou.

Ainsi, de 2004 à novembre 2007, 389 955 jeunes ont fréquentés les CEC et ont été touchés par les activités de sensibilisation de proximité soit 33% des jeunes des sites d'intervention parmi lesquels 5 324 ont été référés dans les structures de références. Plus de 50% des références concernent les IST et les Centre de Dépistage Volontaire (CDV).

Cependant, on note toujours un comportement à risque élevé surtout chez les jeunes : multi partenariat sexuel (en 1998 : 36% de garçons et 21% de filles ; en 2002 : 39% de garçons et 15% de filles ; en 2004 : 58% de garçons et 39% de filles) ; un faible taux d'utilisation systématique du préservatif chez les jeunes lors du dernier rapport sexuel à risque: 33,6% femme contre 51,6% homme (EIS 2005).

Chez les professionnelles du sexe, les statistiques du projet RETRO-CI montrent que la prévalence du VIH/SIDA est passée, à Abidjan, de 84% en 1992-1993 à près de 70% en 1994-1995 pour se situer à environ 27% en 2000. Cette diminution du pourcentage de professionnelles du sexe séropositives a été possible grâce à l'augmentation du recours au préservatif.

En 2006, sur 1172 professionnel(le)s du sexe testés à la Clinique de Confiance et au CIP Yopougon (un quartier d'Abidjan), deux centres de référence des professionnels du sexe à Abidjan, 215 sont infectés par le VIH, soit 18,3%. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (23,8%) que chez les femmes (18,0%). Il faut toutefois noter la faible représentation des professionnels du sexe masculins dans l'échantillon.

Prise en charge des OEV, analyse de la situation

L'un des effets les plus néfastes de l'épidémie de VIH/sida est l'augmentation croissante du nombre d'orphelins et d'enfants rendus vulnérables (OEV) par le décès de l'un des membres adultes de leur ménage ou par le fait que leurs parents ou d'autres membres adultes de leur ménage tombent gravement malades. Selon le MICS-2006, on note que 8% des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère et sont considérés comme vulnérables selon la définition de l'UNICEF

à cause du sida. Le concept affecté regroupe tout enfant dont :

- un (1) ou deux (2) parents sont infectés ou décédé(s) du fait du VIH ;
- les parents contribuent à la prise en charge des personnes infectées par le VIH ;
- les parents sont tuteurs d'un enfant infecté ou affecté.

En Côte d'Ivoire, on compte environ 9 millions d'enfants de moins de 18 ans (UNICEF 2006), dont 729 000 orphelins (8,1%) toutes causes confondues (EIS 2005) et 324 000 orphelins (3,6%) du fait du sida (EIS 2005). Selon le PNOEV (2006), on compte sur le territoire national environ 864 000 OEV.

Toujours selon le PNOEV (2006), 37 250 orphelins ou enfants âgés de 0 à 17 ans vivaient dans un foyer ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge sur un total de 864 000 orphelins ou enfants âgés de 0 à 17 ans infectés ou affectés par le VIH et le sida, soit 4,3% des enfants de ce groupe d'âge. Par ailleurs, l'infection à VIH représente 8,2% des enfants vus dans les services de pédiatrie. Le VIH/sida a un impact important sur la famille car il fait partie des premières causes de mortalité chez l'adulte.

Il se pose alors un problème de la faible couverture de prise en charge des OEV sur le territoire national. Des études menées par le PNPEC (Programme National de Prise en Charge des Personnes Vivants avec le VIH/Sida) montrent que 50% des enfants infectés meurent avant l'âge de 2 ans pour cause d'absence de soins adéquats et que, les enfants représentent 5% des personnes bénéficiaires d'ARV.

Par ailleurs, le problème de la faible couverture de la prise en charge effective des OEV en Côte d'Ivoire (3% de OEV prévus ont été pris en charge en 2007) est constaté sur toute l'étendue du territoire ivoirien, en particulier dans les zones CNO (Centre-Nord-Ouest) du fait de la crise sociopolitique que traverse le pays ; ce qui explique que seulement 30 000 enfants sont pris en charge (bilan PNOEV 2007). Les informations recueillies auprès du PNOEV et de divers partenaires intervenant dans le domaine des OEV faisaient état en 2007 de 8000 OEV ayant bénéficié d'appui scolaire, alimentaire, nutritionnel et médical.

Malgré la faiblesse de la prise en charge des OEV, ceux-ci ne sont pas désavantagés sur le plan de la scolarisation par rapport aux autres enfants selon l'EIS-CI 2005. En effet, cette étude révèle que le nombre estimé d'enfants ayant perdu leurs deux parents et fréquentant l'école est de 349 sur un total de 559 enfants ayant perdu leurs deux parents, soit 62,4% des enfants considérés contre 51,7% chez les non OEV. Cependant, le niveau de fréquentation scolaire est plus élevé chez les garçons OEV (69,9%) que chez les filles OEV (55,4%) selon le même rapport.

Cependant les attentes de ce programme ne sont pas atteintes car on note seulement que 3% des enfants sont pris en charge effectivement. Il faut relever ici que, devant l'avancée galopante du VIH/sida et sa féminisation, des efforts importants et soutenus sont à déployer pour faire face aux besoins croissants des enfants affectés par le VIH/Sida même si des actions ont été déjà entreprises en vue d'une meilleure prise en charge des OEV.

La préoccupation de l'Etat ivoirien de prendre en charge tous les OEV est partagée par les partenaires au développement et les engagements internationaux dont l'objectif 3 du DSRP (amélioration de l'accessibilité, de la qualité des services, prévention de l'environnement, promotion du genre et des groupes vulnérables) ; l'objectif 2 de l'UNDAF (le développement de la santé et de la lutte contre le sida) ; l'objectif 4 des OMD (Réduire la mortalité infantile) ; l'objectif 6 des OMD

(combattre le VIH/sida le paludisme et les autres maladies) ; les objectifs 1,3,5 de l'UNICEF (survie et développement du jeune enfant ; Les enfants et le VIH/sida ; Politiques, plaidoyers et partenariats pour les droits des enfants).

Pour résoudre les problèmes spécifiques liés aux enfants, en plus des programmes de prise en charge existants tel que le PNPEC, il a été créé un programme en charge spécifiquement des questions des OEV en décembre 2003 (PNOEV) au sein du Ministère de la femme, de la famille et des affaires sociales. Il est aussi à noter l'implication d'un nombre important d'ONG traitant de la problématique des OEV.

Paludisme, niveaux et tendances

Anciennement connu sous le nom de malaria en Afrique, le paludisme est l'une des principales causes directes de décès des enfants. Cette maladie a été fortement combattue avec succès entre les années 50 et 70. La réduction budgétaire sociale liée à la crise économique des années 80 et les capacités d'adaptation des moustiques aux insecticides ont entraîné aujourd'hui, une recrudescence de cette maladie en Afrique et en particulier en Côte d'Ivoire. En Côte d'Ivoire, le paludisme reste encore l'une des premières causes de mortalité. Il constitue par ailleurs le facteur principal de mortalité maternelle et infantile. Son incidence est en hausse depuis 1996 dans la population générale. De 68,6‰ en 1996, elle est passée à 93,6‰ en 2002 pour atteindre 146‰ selon DSRP (2009). Il en est de même de sa létalité qui a enregistré une hausse, passant de 3,9% en 1996 à 4,4% en 2002.

Chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, cette maladie représentait en 2003, environ 42% des causes de consultation et respectivement 36,07% et 62,44% des causes d'hospitalisation.

Chez les enfants, les résultats de l'enquête à indicateurs multiples (MICS 2006) ont montré qu'un peu plus d'un quart (1/4) des enfants de moins de cinq ans ont eu la fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête et certains d'entre eux ont trouvé la mort. Selon le rapport SITAN (2008), en Côte d'Ivoire, en moyenne 63 000 enfants de moins de 5 ans meurent chaque année par suite de paludisme en milieu hospitalier soit 173 enfants par jour ou 8 enfants par heure. Le paludisme représente 32,53% de toutes les causes de mortalité. La mortalité proportionnelle hospitalière se situe en pédiatrie entre 10-50 % et en médecine interne, elle peut atteindre 40%. Dans les établissements sanitaires de premier contact, elle représenterait plus de 10% des décès des enfants de moins de 5 ans. La létalité hospitalière se situe en pédiatrie entre 5 et 25% et en Médecine interne elle peut atteindre 20%.

Les régions les plus touchées sont celles de l'Ouest (40%), du Centre-Ouest (34%) et du Nord (33%). Dans la ville d'Abidjan, le paludisme présente une expansion alarmante : de 93 422 cas en 1994 à 273 544 cas en 1996, puis 262 016 cas en 2000 (statistiques du Ministère de la santé, (1994-2001)). Dans les milieux scolaires et professionnels, le paludisme est la principale cause d'absentéisme (40 à 60%). Par ailleurs, une étude menée en 2001 montre que le paludisme a fait baisser la capacité de travail des producteurs agricoles entraînant une baisse du PIB de 1,33%

Au titre de la prévention, l'accent est mis sur l'assainissement du cadre de vie et la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

Les résultats de MICS 2006 indiquent que 27% des ménages possédaient au moins une moustiquaire dont seulement 7% sont imprégnées. La proportion des ménages possédant au moins

une moustiquaire est plus élevée en milieu rural (31%) qu'en milieu urbain (22%). Toutefois, on note une faible différence dans la possession de moustiquaires imprégnées entre ces deux milieux (11,3% en milieu urbain et 9,5% en milieu rural). Toujours selon le MICS-2006, sur l'ensemble du territoire ivoirien, seulement 17% des enfants âgés de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête, dont 6% ont été traitées.

S'agissant de la prise en charge basée sur les ACT, les cas les plus simples sont traités dans les centres de santé et les associations sociales et communautaires. Les cas compliqués sont traités dans les structures de références telles que les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux généraux.

Dans l'ensemble, peu d'enfants fiévreux ont visité une structure de santé (seulement 28,6%). Les proportions les plus élevées d'enfants n'ayant pas visité une structure de santé ont été enregistrées dans le Nord Ouest (80,5%) et dans le Centre Est (63,2%). La proportion d'enfants fiévreux ayant pris des médicaments le même jour est de 52,8%. La plus faible proportion a été relevée au Nord (39%) et la plus élevée au Centre (66,7%). Seulement 37,3% d'enfants fiévreux reçoivent l'antipaludéen d'un hôpital public (ou d'un centre de santé). Cette proportion est plus importante au Nord Est (72,0%) et plus faible au Sud Ouest (20,5%). La majorité des enfants fiévreux (82,4%) n'a pas dormi sous moustiquaire la nuit dernière et le Nord, enregistre la proportion la plus faible (91,9%) (MICS, 2006). Par ailleurs, la quasi-totalité des ménages interrogés (89,7%) ont déclaré que la moustiquaire qu'ils ont acquise n'était pas traitée avec un insecticide.

Expériences et programmes de lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme

Face à une situation d'épidémie généralisée, la réponse nationale s'est manifestée depuis la confirmation des premiers cas de Sida en 1985, par la mise en place successive d'instances et de structures :

- Comité National de lutte contre le sida en septembre 1987 ;
- Programme National de Lutte contre le Sida et les IST, et la Tuberculose (PNLS/IST/TUB) en 1992 ;
- Ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé de la lutte contre le sida le 24 janvier 2001 ;
- Ministère de la Lutte contre le sida depuis le 13 mars 2003 ;
- Programme National de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PNPEC) en 2003 ;
- Programme National de prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables du faite du Sida (PNOEV) en 2004.

Par ailleurs, des documents de normes et procédures pour les infections sexuellement transmissibles (IST), la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), le conseil et dépistage volontaire (CDV) ont été élaborés.

La nature et l'évolution rapide de l'épidémie ont appelé à un renforcement des bases structurelles et institutionnelles de la lutte. C'est ce qui ressort de l'analyse de la réponse faite par les principaux acteurs lors de l'élaboration du plan stratégique national de lutte contre le sida 2006-2010. Cette analyse a mis en exergue une réponse essentiellement limitée dans ses aspects médicaux avec une faible participation des secteurs de l'économie même si la société civile s'y est engagée.

C'est dans ce contexte que le Gouvernement a tenu à marquer sa volonté d'organiser et d'impulser une réponse nationale élargie qui tient compte des aspects sanitaires et de tous les impacts

du VIH. Le plan stratégique 2006-2010 a donc identifié plusieurs groupes vulnérables devant faire l'objet d'interventions prioritaires.

Ce sont : les jeunes, les OEV, les femmes et jeunes filles, les Corps habillés et ex-combattants, les professionnels du sexe, les migrants et routiers, les enseignants, les PVVIH, les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les couples discordants, les Travailleurs (secteurs public et privé), les populations rurales, la population carcérale.

Malgré la situation de crise militaro-politique, l'engagement politique et institutionnel dans la lutte contre le sida s'est renforcé avec la mise en place de divers organes et structures pour une meilleure coordination de la lutte, dans une optique multisectorielle et décentralisée. Ces organes sont :

- En 1987, la lutte a commencé par la création d'un Bureau Central de Coordination (BCC) des activités de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Le Conseil National de Lutte contre le sida (CNLS), présidé par le Chef de l'Etat avec pour Secrétariat Technique, le Ministère de la Lutte contre le sida. Ce Conseil a un rôle d'orientation politique et stratégique ;
- Le Comité Interministériel de Lutte contre le sida (CIMLS), présidé par le Premier Ministre, coordonne l'activité gouvernementale en matière de lutte contre le sida ;
- Le Forum des partenaires, présidé par le Ministre de la Lutte contre le sida.

Ces organes constituent des cadres d'échanges avec les partenaires de la lutte contre le sida. A côté de ces organes du niveau central, on note des organes décentralisés et sectoriels qui sont :

- Les Comités régionaux de lutte contre le sida (CRLS), présidés par les Préfets de Région ;
- Les Comités Départementaux de lutte contre le sida (CDLS), présidés par les Préfets de Département ;
- Les Comités Communaux de lutte contre le sida (CCLS), présidés par les Sous-préfets ;
- Les Comités Villageois de lutte contre le sida (CVLS), présidés par les Chefs de village ;
- Les Comités Sectoriels de Lutte contre le sida (CSLS), présidés par les Ministres des départements ministériels.

La société civile n'est pas restée en marge de cet engagement. Les réseaux que sont le Conseil des Organisations Non Gouvernementales de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire (COSCI) et le Réseau Ivoirien des PVVIH (RIP+), le REPMASCI, l'ARSIP et le RIJES se sont d'avantage structurés avec un accroissement de leurs membres. Environ 700 ONG sont répertoriées à la Direction de la Mobilisation Sociale (DMS) du Ministère de la Lutte contre le Sida. Ces organisations, appuyées par des ONG internationales, ont joué et continuent à jouer un grand rôle dans l'offre de service dans les zones ex-assiégées où l'on a assisté à une dégradation du système sanitaire durant la période de crise. Les collectivités locales se sont engagées dans la lutte contre le VIH/sida à travers l'Alliance des Maires pour la lutte contre le VIH/sida et l'Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire (UVICOI).

Le secteur privé a pris une part prépondérante dans la lutte contre cette pandémie dont elle est lourdement tributaire. En effet, près de 300 entreprises disposent aujourd'hui de cellules focales de lutte contre le sida. On comptait à peine une dizaine il y a quelques années. Des coalitions se mettent en place dont la plus importante est au sein de la Confédération Générale des entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI) et de la Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI).

Cet engagement national est appuyé par divers partenaires techniques et financiers. On cite

entre autres, le Gouvernement Américain à travers le PEPFAR, l'ONUSIDA et ses co-parrains, les Coopérations belge, italienne, canadienne, japonaise, française, etc. et des ONG internationales. Ces divers appuis ont permis à la Côte d'Ivoire d'accroître ses possibilités d'intervention en intensifiant la prévention mais aussi en permettant à un plus grand nombre de malades d'avoir accès au traitement antirétroviral.

La catégorie la plus importante dans la hiérarchie de dépenses de lutte contre le sida (axe Soins et traitement) est également financée à titre principal par les partenaires bilatéraux et multilatéraux qui soutiennent respectivement la catégorie à hauteur de 64% et 23% des dépenses globales de soins et traitement. Autrement dit, c'est la structure des dépenses de soins et traitement qui imprime ou impose celle des dépenses globales de lutte contre le sida par les partenaires financiers.

En ce qui concerne la lutte contre le paludisme, la réponse nationale est organisée autour de schémas thérapeutiques et de stratégies de préventions inscrites dans le Programme National de Lutte contre le Paludisme. La Côte d'Ivoire a finalement été admise en 2006 au Fonds mondial de lutte contre le Paludisme après plusieurs tentatives. Au titre de la prévention, l'accent est mis sur l'assainissement du cadre de vie, et la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées. Le coût moyen d'une moustiquaire traitée en 2006 est de 3 500 FCFA dans le public et de 5 000 FCFA dans le privé.

Défis et contraintes

La pandémie du SIDA est devenue aujourd'hui la première cause de mortalité et contribue à la baisse de l'espérance de vie à la naissance. Elle a aussi des conséquences au plan économique et social : réduction des performances économiques du fait de l'absentéisme des malades du SIDA, coûts élevés de la prise en charge des personnes infectées et affectées par la maladie, marginalisation sociale, stigmatisation. La crise militaro politique qui a occasionné de nombreux viols et violences sexuelles, des migrations et déplacements internes des personnes a aggravé cette situation.

Aussi, la voie sexuelle constituant le principal mode de transmission, le VIH se propage en conséquence dans les populations ayant des comportements sexuels à haut risque, notamment les professionnelles du sexe, les routiers, les migrants, les jeunes, les enseignants, les forces de défense et de sécurité, etc.

Ainsi, pour renforcer la lutte contre le VIH/sida, les défis suivants doivent être relevés : (i) l'intensifier la prévention, (ii) améliorer la prise en charge des personnes infectées et/ou affectées par le VIH, (iii) renforcer le cadre national de coordination multisectorielle et décentralisée, le système national de suivi évaluation, et les capacités nationales de mise en œuvre des programmes. Un accent devra être mis sur l'intégration effective du VIH et du genre dans les plans de développement local, national dans les différents domaines ou secteurs d'activités.

En ce qui concerne le paludisme, il est très improbable pour la Côte d'Ivoire d'atteindre les OMD. En effet, depuis l'apparition du VIH/Sida, le paludisme est quelque peu abandonné pour apporter la riposte à ce nouveau phénomène. Par conséquent, l'Etat doit développer une politique efficace pour la prévention et le traitement. Pour ce faire, les actions doivent porter sur le renforcement de la promotion de l'utilisation des supports imprégnés d'insecticides tels que la moustiquaire, à travers la redynamisation du système d'approvisionnement et de distribution. En outre, la disponibilité des médicaments du nouveau protocole thérapeutique dérivé à base d'artémisinine devra être assurée pour la prise en charge des malades. Les femmes enceintes devront

bénéficiaire de la chimio-prophylaxie.

L'insuffisance des moyens financiers de l'Etat et des ménages et les pesanteurs d'ordre socio-culturelles, la stigmatisation des PVVIH sont les principaux obstacles à surmonter pour relever ces défis. Le financement des soins et traitement des personnes vivant avec le VIH est majoritairement dépendant de l'extérieur. Ce caractère profondément extraverti de la détention des ressources financières de la catégorie soins et traitement et partant des dépenses globales de lutte contre le sida pose ou posera la problématique du contrôle effectif des principaux leviers de pilotage de la réponse par la partie nationale.

L'admission au Fonds Mondial de Lutte contre le Paludisme est une opportunité.

Atteintes des OMD et plans nationaux

Notre analyse sur l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement s'appuie sur le rapport du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté achevé en 2009 car d'une part il constitue le document de référence en ce qui concerne les politiques de développement du pays et d'autre part ce document intègre les OMD dans la phase de programmation (Annexes). On note surtout que le domaine de la santé occupe une place de choix dans le DSRP avec une hausse considérable des ressources allouées par rapport aux autres documents stratégiques et aux budgets alloués à la santé (14,68% des dépenses totales prévues par le DSRP à l'horizon 2015).

En ce qui concerne la survie des enfants de moins de cinq ans, on note que de 150‰ en 1994, la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans est passée successivement à 175‰ en 1998 puis à 125‰ en 2005. Le DSRP prévoit cependant de le réduire à 88‰ en 2013 puis vise 50‰ en 2015. Pourtant la cible 5 prévoyait de réduire de 2/3 entre 1990 et 2015 soit effectivement à 50‰. Mais la faible baisse relevée de cet indicateur jusqu'en 2005 laisse peu de chance pour la réalisation de cet objectif surtout que le financement du DSRP est conditionné par l'atteinte du point d'achèvement à l'initiative PPTE. On peut donc croire que l'atteinte de cet objectif est improbable à l'horizon 2015.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement prévoyaient pour l'objectif 6, de combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies. De façon spécifique pour cet objectif, la cible visée est d'avoir stoppé et commencé à inverser la tendance actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA d'ici à l'horizon 2015 (cible 7). Les objectifs intermédiaires visaient la réduction de 25% d'ici 2005, dans les pays les plus touchés et de 25% à l'échelle mondiale d'ici 2010. En ce qui concerne les enfants, l'objectif était de réduire de 20% d'ici 2005 et de 50% d'ici 2010.

Le niveau de prévalence du VIH/Sida est estimé à 4,7% en 2005. Cependant, atteindre cet objectif s'avère improbable compte tenu des prévisions nationales (prévalence du VIH/Sida en 2015 a été estimée à 1,8% ; ce qui est supérieur au seuil de 1% au-delà duquel l'épidémie est qualifiée de niveau généralisé).

Le paludisme constitue un facteur principal de mortalité maternelle et infantile. Son incidence est en hausse depuis 1996 dans la population générale. De 68,6‰ en 1996, elle est passée à 93,6‰ en 2002 pour atteindre 146‰ selon DSRP (2009). Il en est de même de sa létalité qui a enregistré une hausse, passant de 3,9% en 1996 à 4,4% en 2002. La cible 8 qui exhorte à maîtriser le paludisme en 2015 est difficile à atteindre pour plusieurs raisons : le paludisme est quelque peu abandonné au profit du VIH/Sida depuis un certain nombre d'années (seulement 4% du budget prévu par le DSRP contre 19,7% pour le VIH/sida) et en raison de la dégradation des conditions de vie avec son corollaire de recrudescences de l'insalubrité constatée dans la plupart des villes du pays et les faibles capacités des populations à s'offrir les moyens de protection contre le paludisme.

Estimé à 597 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1994, le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes était de 543 en 2005 soit un repli de seulement 54 points sur une période de onze (11) ans. La cible 6 recommandait pourtant une baisse de $\frac{3}{4}$ à l'horizon 2015. Bien que le DSRP prévoit de ramener ce ratio de mortalité maternelle à 149 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, l'atteinte de cet objectif est plutôt peu probable.

Limites liées à la mesure des indicateurs dans le cadre de l'évaluation continue des OMD

Elaborés pour un meilleur suivi de l'évolution des indicateurs OMD sur la santé et de leur comparabilité, la collecte et l'analyse s'avèrent plus qu'indispensable. On relève cependant au niveau de la Côte d'Ivoire une faible disponibilité des données et leur non périodicité sur l'ensemble du territoire national. En effet, les données disponibles proviennent des enquêtes nationales telles que le MICS, l'EDS, l'EIS, le RGPH et quelques enquêtes sectorielles. La périodicité de ces données est mis à mal par les contraintes financières du pays. Ainsi, le RGPH qui était prévu pour 2008 n'a toujours pas reçu le financement nécessaire pour son démarrage effectif. Par ailleurs, on note que les indicateurs pris en compte lors de ces collectes sont prioritairement ceux demandés par les différents bailleurs de fonds. On relève en outre, une coordination insuffisante des activités de collecte au niveau des administrations qui produisent les statistiques de manière général et plus spécifiquement en santé. La récente adoption du schéma directeur de la statistique par le Gouvernement et sa transmission au Parlement pour son vote pourrait constituer un début de solution au problème lié à la disponibilité et à la complétude des données.

En somme, la Côte d'Ivoire ne dispose pas de ressources financières suffisantes pour assurer la disponibilité des indicateurs de manière complète et périodique et doit pour cela inscrire la collecte des données de santé dans ses actions prioritaires pour une meilleure planification de sa politique de santé.

Recommandations

- Intensifier la prévention chez les enfants pour améliorer leur survie ainsi que des groupes vulnérables au VIH/Sida ;
- Améliorer l'accessibilité des soins de santé dans les zones les plus affectées par la crise ;
- Accorder une plus grande importance au paludisme qui constitue la première cause de mortalité parmi la population générale ;
- Renforcer la coordination multisectorielle et décentralisée des activités de santé sur toute l'étendue du territoire ;
- Achever la révision de la loi sur la SR et la faire adopter ainsi que celle du schéma directeur de la statistique ;
- Planifier, financer et collecter les données régulières, actualisées et fiables, désagrégées par sexe et par âge pour la planification du développement et la reconstruction post crise et qui intègrent les indicateurs des OMD (EIS, EDS, MICS, ENV, EAP, RGPH, etc.) ;
- Encourager les acteurs politiques à mettre toutes les actions en œuvre pour aboutir à la sortie de crise ;
- Faire un plaidoyer pour le financement du DSRP qui est actuellement le cadre stratégique de référence pour toutes les activités en matière de population et développement.

BIBLIOGRAPHIE

- Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial (AIBEF), 2009. Les soins après avortement clandestin, parlons en. AIBEF, Abidjan ;
- Institut National de la Statistique (INS) [Côte d'Ivoire] et ORC Macro. 2005. Enquête sur les Indicateurs du SIDA, Côte d'Ivoire 2005. Calverton, Maryland, USA ;
- Institut National de la Statistique [Côte d'Ivoire] et ORC Macro (2001) Enquête Démographique et de santé, 1998-1999. Calverton, Maryland, USA ;
- Institut National de la Statistique, 1992 ; Recensement Général de la population et de l'Habitat 1988, Répartition spatiale de la population et Migration, Analyse des résultats définitifs, Tome 2, volume 3, INS, Abidjan, 201 p. ;
- Liagui (O), 2006, Etude des facteurs de sous utilisation des services de planification familiale, et de prévention des IST/VIH/Sida par les populations des districts de Bondoukou et de Tanda. Mémoire diplôme supérieur de gestion, UCAD/ISED.
- Ministère d'État, Ministère du Plan et du Développement (2006) Rapport National sur l'Etat et le devenir de la population de la Côte d'Ivoire- Population et Développement : défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire », REPCI ;
- Ministère de la Lutte contre le Sida (2004), Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS), Rapport national de la Côte d'Ivoire, 2004 ;
- Ministère de la Lutte contre le Sida (2008), Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS), Rapport national de la Côte d'Ivoire, 2008 ;
- Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement (2008), Rapport de la Côte d'Ivoire pour la revue des quinze ans et l'évaluation de la mise en œuvre de la déclaration de Dakar/Ngor (DDN) et du programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD ;
- OMS (2004), Stratégie de coopération Côte d'Ivoire-OMS 2004-2007 ;
- ONUSIDA (2004), Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA ;
- Rapport MICS (2000), Enquête par grappes à indicateurs multiples. Suivi de la situation des enfants et des femmes – Côte d'Ivoire ;
- Rapport MICS, (2006) : Enquête par grappes à indicateurs multiples. Suivi de la situation des enfants et des femmes – Côte d'Ivoire ;
- République de Côte d'Ivoire (2003) Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
- République de Côte d'Ivoire (2009), Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté.

ANNEXES

Tableau 1: Evolution des dépenses annuelles consacrées à la santé par catégories de 2009 à 2015 (en millions de FCFA)

Catégorie de dépenses	2009	2013	2015	TOTAL 2009-2015	Proportion
Renforcement du système de santé	191 243	259 738	275 553	1 703 116	65,76
Prévention et lutte contre le paludisme	14 304	9 407	19 009	105 289	4,07
Prévention et lutte contre la tuberculose	202	310	430	2 234	0,09
Amélioration de la santé infantile	7 746	11 987	16 739	86 325	3,33
Amélioration de la santé reproductive et maternelle	19 606	26 479	33 252	183 838	7,10
Prévention et lutte contre le VIH/sida	36 925	80 453	115 868	508 994	19,65
TOTAL	270 026	388 374	460 851	2 589 796	100

Source : DSRP-2009

Tableau 2: Indicateurs et cibles entre 2009 et 2015

INDICATEURS	2009	2013	2015
Taux de mortalité néonatale	41 décès pour 1000 naissances vivantes	31 décès pour 1000 naissances vivantes	28 décès pour 1000 naissances vivantes
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	125‰ en 2005	88‰	50‰
Taux de mortalité infantile	84‰ en 2005	62‰	32‰
Couverture Vaccinale Anti-Rougeoleux (VAR)	67% en 2006	90%	100%
Taux de mortalité maternelle	543 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005	345 décès pour 100 000 naissances vivantes	149 décès pour 100 000 naissances vivantes
Disponibilité en soins obstétricaux néonataux d'urgence de base (SONUB)	10,2%	15%	17%
Disponibilité en soins obstétricaux néonataux d'urgence complémentaire (SONUC)	1,5%	2,5%	3%
Proportion d'accouchement par césarienne	0,78%	4%	5%
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	56,8%	80%	90%
Taux de consultation prénatale (CPN4)	45%	75%	80%
Incidence du paludisme au niveau national	146,3‰	120‰	110‰
Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	110,89‰	60‰	50‰
Létalité hospitalière liée au paludisme	4,4% en 2002	3%	0%
Taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée	7%	15%	60%
Pourcentage d'enfants et des femmes enceintes sous moustiquaire imprégnée	14,8%	80%	100%
Incidence de la tuberculose pour 100 000 cas	393	307	250

Source : DSRP-2009