

REPUBLIQUE
DE CÔTE-D'IVOIRE



MINISTERE
DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE



DRAFT
du 30/01/08

Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012

TOME I

DIAGNOSTIC, PRIORITES SANITAIRES
OBJECTIFS ET STRATEGIES

Janvier 2008

PREFACE

La période décennale 1996-2005 qui vient de s'achever était chargée d'ambitions et d'optimisme pour le développement de notre système de santé. Le PNDS 1996-2005 élaboré et mis en œuvre dans une optique de consolidation des acquis du Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) est arrivé à son terme en décembre 2005. C'est tout naturellement que nous avons entrepris un nouvel exercice de planification.

Tout en rendant hommage aux initiateurs et promoteurs du PNDS 1996-2005, qui ont fait montre de créativité réformatrices et d'ambitions légitimes, force est d'admettre que les objectifs poursuivis n'ont pu être atteints en bien des domaines, et ce, pour diverses raisons. En raison des nombreux écueils rencontrés dans la mise en œuvre du PNDS 1996-2005, mais qui n'avaient rien enlevé à sa pertinence, sa reconduction pure et simple aurait pu être entreprise. Toutefois, la nature des différents événements survenus au cours des dix dernières années dans notre pays, et qui ont profondément modifié l'environnement social, politique et économique, indiquaient que soit prospectée des voies nouvelles prenant en compte les nouveaux paradigmes qui ont fait jour au cours de la période passée.

Le nouveau Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012 est avant tout l'expression d'une volonté légitime et partagée de restauration des équilibres rompus. Aussi, tout en s'inscrivant dans une logique de relance des réformes envisagées pour la décennie passée, le PNDS 2008-2012 traduit-il la volonté du Gouvernement de parvenir rapidement à un ajustement du secteur de la santé, après plus de huit années de crise profonde aggravée par la situation de guerre qui a prévalu ces cinq dernières années.

Les défis sont nombreux. L'hygiène environnementale, la sécurité sanitaire des aliments, l'hygiène hospitalière, les nouvelles menaces sanitaires internationales, les maladies émergentes et ré-émergentes, les maladies négligées, les maladies dégénératives chroniques, les cancers, les maladies rares etc...viennent s'ajouter aux classiques problématiques de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. Sans oublier les problématiques des maladies infectieuses et parasitaires endémiques ou non. Tout ceci dans un environnement systémique insuffisamment constitué, avec en toile de fond des insuffisances managériales, un sous financement chronique et une faiblesse législative et réglementaire.

Ce plan est de toute évidence un plan de transition avant la stabilisation durable des paramètres macroéconomiques et socio-politiques de notre pays. Il prend en compte, aussi bien les besoins de réformes de notre système de santé, que les nouveaux besoins en rapport avec l'urgence de la reconstruction post-conflit du dispositif sanitaire. Il tient compte par ailleurs des besoins liés à la stratégie nationale de réduction de la pauvreté et de ceux en rapport avec la poursuite des objectifs du millénaire pour le développement.

Tout en me réjouissant de la participation, de l'appui technique et de la contribution financière de tous à la l'élaboration de ce nouveau PNDS 2008-2012, qu'il me soit permis d'espérer sa pleine réalisation dans un climat apaisé, première condition de tout développement.

Dr ALLAH KOUADIO Rémi

**Ministre de la Santé
et de l'Hygiène Publique**

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AMU	: Assurance maladie Universelle
ARV	: Antiretroviraux
AVP	: Accidents de la Voie Publique
BAD	: Banque Africaine de Développement
BSIE	: Budget Spécial d'Investissements et d'Equipement
CCC	: Communication pour le Changement
CEMV	: Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire de Bouaké
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHS	: Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMR	: Risque Cancérigène Mutagène Reprotixique
CN	: centre- Nord-Ouest
CNPS	: caisse National de Prévoyance Sociale
CNTS	: centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de gestion des Etablissements Sanitaires
CRESACI	: Centre Régional d'Evaluation en Santé et d'Accréditation
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSR	: Centre de Santé Rural
CSU	: centre de Santé Urbain
CSUCOM	: Centre de Santé Urbain à base Communautaire
CSUS	: Centre de Santé Urbain Spécialisé
DAF	: Direction des Affaires Financières
DD	: Direction Départementale de la santé et de l'Hygiène Publique
DEA	: Diplôme d'Etudes Approfondies
DIPE	: Direction de l'Information ; de la Planification et de l'Evaluation
DPM	: Direction de la Pharmacie et du Médicament
DR	: Direction régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC3	: Diphtérie-tétanos-Coqueluche 3 ^{ème} dose
DTC-HépB	: Diphtérie-tétanos-Coqueluche-Hépatite B
EIS 2005	: Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire 2005
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FAC	: Fond d'Aide et de Coopération
F. CFA	: Franc CFA
FED	: Fond Européen pour le Développement
FN	: Forces Nouvelles
FNUAP/UNFPA	: Fonds Européen pour le Développement
FPM	: Fonds de Prévoyance Militaire
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine
FSUCOM	: Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire
HG	: Hôpital Général
HTA	: Hypertension Artérielle
ICA	: Institut de Cardiologie d'Abidjan
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information-Education-Communication
INFAS	: Institut National de Formation des Agents de l'Etat
INFS	: Institut National de Formation Sociale
INHP	: Institut national d'Hygiène Publique
INS	: Institut National de la Statistique
INS	: Institut National Spécialisé
INSP	: Institut National de la Santé Publique
IPCI	: Institut Pierre Richet de Côte d'Ivoire
IPR	: Institut Raoul Follereau d'Adzopé
IRM	: Imagerie à Résonance Magnétique
KFW	: Kreditanstalt Fur Wiederaufbau (Banque Allemande de Développement)
LNSP	: Laboratoire National de la Santé Publique
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MUGEFCI	: Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat
OMD	: Objectifs du Millénaires pour le développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations-Unies sur le VIH/Sida
PDSSI	: Programme de développement des Services de Santé Intégrés
PEPFAR	: President's Emergency Plan For AIDS relief

PEV	:Programme Elargi de Vaccination
PIB	:Produit Intérieur Brut
PMA	:Paquet Minimum d'Activités
PNDS	:Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	:Programme des Nations-Unies pour le Développement
PNSSU	:programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PPTTE	:Pays Pauvres Très Endetté
PRCT	:Projet vde Recherches Cliniques sur la Trypanosomiase de Daloa
PSP	:Pharmacie de la Santa Publique
PTME	:Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PUR	:Programme d'Urgence et Reconstruction
PVRH	:Programme de Valorisation des Ressources Humaines
RASS	:Rapport Annuel sur la Situation sanitaire
RDP	:Revue des Dépenses Publiques
RGPH	:Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SE	:Surveillance Epidémiologique
SIGFIP	:Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SSP	:Soins de Santé Primaires
SSSU	:Services de Santé Scolaires et Universitaire
TBM	:Taux Brut de Mortalité
TDCI	:Troubles dus à la Carence en Iode
TPS	:Tradipraticiens de Santé
UFR	:Unité de Formation et de Recherche d'Odonto-Stomatologie
UFR OS	: Unité de Formation et de Recherche des Sciences Médicales
UFR SM	: Unité de Formation et de Recherche des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
UFR SPB	: Unité de Formation et de Recherche
UNICEF	:Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
VH/Sida	:Virus de l'Immunodéficience Humaine Acquis/Syndrome d'Immunodéficience Humaine Acquis

SOMMAIRE

Préface	
Sigles et Abréviations	
Sommaire	
Résumé exécutif	
Introduction	

1. PARTIE I.: DIAGNOSTIC-PRIORITES SANITAIRES	p.11
1.1. Contexte Général	p.11
1.1.1. Présentation Générale de la Côte d'Ivoire	p.11
1.1.1.1. Données géographiques.....	p.11
1.1.1.2. Données démographiques.....	p.11
1.1.1.3. Données administratives.....	p.11
1.1.1.4. Données socioculturelles.....	p.12
1.1.1.5. Données sociopolitiques.....	p.12
1.1.2. Contexte économique et Perspectives	p.12
1.1.2.1. Evolution du cadre macro-économique.....	p.12
1.1.2.2. Perspectives économiques.....	p.13
1.1.3. Déterminants de la santé	p.13
1.1.3.1. Facteurs politiques et institutionnels.....	p.13
1.1.3.2. Facteurs socioculturels (comportement, coutumes, éducation, genre...)	p.12
1.1.3.3. Facteurs socio-économiques (revenus, pauvreté.....)	p.13
1.1.3.4. Facteurs environnementaux et risques à la consommation (conditions de vie...)	p.14
1.1.3.5. Facteurs liées au système de santé (couverture sanitaire, assurance maladie...)	p.14
1.1.4. Le système de santé ivoirien	p.15
1.1.4.1. La politique sanitaire.....	p.15
1.1.4.2. Organisation du système de santé.....	p.15
1.1.4.3. Les ressources.....	p.15
1.1.4.4. Le partenariat.....	p.17
1.1.4.5. Evolution récente.....	p.17
1.1.5. Impact de la crise sur le système de santé	p.18
1.1.5.1. Conséquences de la guerre sur le système de santé.....	p.18
1.1.5.2. Conséquences générales de la guerre sur la santé des populations.....	p.19
1.2. Rappel du PNDS 1996-2005	p.20
1.2.1.1. Rappel du PNDS 1996-2005.....	p.20
1.2.1.2. Mise en œuvre et leçons tirées.....	p.20
1.3. Diagnostic et problématiques actuels du secteur	p.21
1.3.1. Diagnostic au niveau des besoins et de la demande	p.22
1.3.1.1. Indicateurs de santé et état de santé de la population (morbidité et mortalité générale.....)	p.22
1.3.1.2. Santé de la Mère et de l'Enfant.....	p.22
1.3.1.3. Le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose.....	p.24
1.3.1.4. Les maladies émergentes ou ré émergentes et les maladies anciennes négligées.....	p.25
1.3.1.5. Les maladies non transmissibles (HTA, Diabète, Cancers, Drépanocytose etc.....)	p.25
1.3.1.6. Affections odonto-stomatologiques et maladies de la sphère ORL.....	p.26
1.3.1.7. Cécité, malvoyance et incapacité visuelle.....	p.26
1.3.1.8. Les nouvelles menaces sanitaires (AVP, Alcool, Tabac, Drogues, Violences, malnutritions, menaces à la consommation, menaces environnementales etc.....)	p.26
1.3.1.9. Situation en matière d'Hygiène publique, salubrité, gestion des déchets médicaux, risques nosocomiaux, hygiène alimentaire.....	p.27
1.3.1.10. Situation pharmaceutique, qualité des médicaments et marchés illicites.....	p.27
1.3.1.11. Accessibilité générale aux soins de santé.....	p.28
1.3.1.12. Besoins sanitaires nés de la situation de guerre.....	p.28
1.3.2. Diagnostic au niveau de l'offre de soins et de services	p.30
1.3.2.1. Situation des ressources humaines pour la santé (gestion, formation initiale et formation continue.....)	p.30
1.3.2.2. Situation des infrastructures et des équipements sanitaires (couverture géographique et accessibilité.....)	p.31
1.3.2.3. Situation pharmaceutiques et des intrants de prise en charge et de soins.....	p.31
1.3.2.4. Offre de soins et prestations sanitaires diverses.....	p.32
1.3.2.5. Qualité des soins et des prestations.....	p.32
1.3.2.6. Contrôle de Qualité des médicaments.....	p.33
1.3.2.7. Sécurité transfusionnelle.....	p.33

1.3.2.8. Promotion de la santé, éducation sanitaire.....	p.33
1.3.2.9. Situation de la Médecine traditionnelle et pharmacopée.....	p.34
1.3.2.10. Situation de la médecine du travail, de la médecine scolaire et de la médecine du sport.....	p.34
1.3.2.11. Médecine alternatives et autres pratiques de soins.....	p.34
1.3.2.12. Secteur privé sanitaire lucratif et non lucratif.....	p.35
1.3.2.13. Contribution et rôle des associations et organisations non gouvernementales.....	p.35
1.3.2.14. Organismes assureurs et ouverture du risque maladie.....	p.35
1.3.2.15. Recherche médicale.....	p.35
1.3.2.16. Situation de la recherche pharmaceutique.....	p.35
1.3.2.17. Gestion des aspects sanitaires des crises humanitaires.....	p.35
1.3.3. Diagnostic au niveau de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion du système de santé.....	p.36
1.3.3.1. Situation institutionnel et réglementaire.....	p.37
1.3.3.2. Situation organisationnelle et gestionnaire du secteur.....	p.37
1.3.3.3. Situation au niveau du fonctionnement des services.....	p.37
1.3.3.4. Situation en matière de planification, outils de gestion.....	p.37
1.3.3.5. Situation en matière de surveillance épidémiologique, système d'alerte précoce.....	p.38
1.3.3.6. Situation organisationnelle en rapport avec la décentralisation territoriale.....	p.38
1.3.3.7. Situation des ressources financières.....	p.39
1.3.3.8. Situation de la coopération technique, du partenariat et de coordination des intervenants et des interventions.....	p.39
1.3.3.9. Situation de la multisectorialité.....	p.40
1.3.3.10. Situation de la gestion globale du secteur.....	p.40
1.3.3.11. Recherche opérationnelle sur le développement du système de santé.....	p.40
1.3.4. Problématiques et défis à relever.....	p.42
1.3.4.1. Cadre institutionnel.....	p.42
1.3.4.2. Ressource.....	p.43
1.3.4.3. Accessibilité aux soins et disponibilité des services.....	p.43
1.3.4.4. Politique et accessibilité aux médicaments.....	p.44
1.3.4.5. Performance et qualité des services de santé.....	p.44
1.3.4.6. Fonctionnement des services extérieurs.....	p.45
1.3.4.7. Lutte contre les maladies les plus importantes (morbidité et mortalité).....	p.46
1.3.4.8. Menaces sanitaires à l'importation.....	p.46
1.3.4.9. Hygiène publique.....	p.46
1.3.4.10. Recherche en santé.....	p.47
1.3.4.11. Dévolution des interventions de santé du redéploiement des services de santé dans les zones CNO, de la reconstruction post-conflit du dispositif sanitaire.....	p.47
1.3.4.12. Décentralisation.....	p.47
1.3.4.13. Coopération, partenariat national et international, multisectorialité.....	p.48
1.4. Priorités Sanitaires.....	p.49
2. PARTIE II : VISION STRATEGIQUE DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE.....	p.51
2.1. Orientations politiques générales.....	p.52
2.2. Autres considérations.....	p.53
2.2.1. Engagements internationaux.....	p.53
2.2.2. Coopération Multilatérale dans le secteur de la santé.....	p.55
2.2.3. Coopération bilatérale dans le secteur de la santé.....	p.55
2.2.4. Initiatives internationales de mobilisation de ressources ciblées.....	p.55
2.2.5. Appuis techniques et financiers divers.....	p.55
3. PARTIE III : OBJECTIFS ET STRATEGIES.....	p.56
3.1.1. Objectif Général.....	p.57
3.1.2. Objectifs spécifiques.....	p.57
3.1.3. Stratégies.....	p.60
4. PARTIE IV : LES GRANDS DOMAINES D' ACTIONS OU PROGRAMMES PRIORITAIRES.....	p.64
5. PARTIE V: GESTION, SUIVI ET EVALUATION.....	p.67
5.1. Cadre général e mis en œuvre, de gestion et d'évaluation du PNDS 2008-2012.....	p.68
5.2. Mise en œuvre du PNDS.....	p.68
5.3. Suivi du PNDS 2008-2012.....	p.69
5.4. Evaluation du PNDS 2008-2012.....	p.69
5.5. Analyse des opportunités, évaluation des risques et menaces.....	p.70

Annexes

- Cadre logique
- Profil épidémiologique
- Bibliographie

RESUME EXECUTIF

Grandes Interventions prioritaires	Coûts total
1.Programme I	?
2.Programme II	?
3.Programme III	?
4.Programme IV	?
5.Programme V	?
6.Programme VI	?
7.Programme VII	?
	.

Contribution RCI	Fin. Extérieurs	A rechercher
?	?	?
?	?	?
?	?	?
?	?	?
?	?	?
?	?	?

Introduction / Justification

Le PNDS 1996-2005 est arrivé à son terme en décembre 2005. Son exécution a été marquée par des circonstances défavorables qui n'ont pas permis l'atteinte des objectifs qui lui était assigné. La crise socio-politique que traverse le pays n'a pas permis d'engager immédiatement une réflexion prospective d'envergure avant la stabilisation des paramètres sociaux-politiques et économiques. Toutefois, les évolutions positives constatées au cours de l'année 2007 dans le sens du retour à la paix, se sont avérées propices à un nouvel exercice de planification couvrant cette fois une période quinquennale 2008-2012. Il s'agit en définitive d'un plan de transition avant la stabilisation durable des paramètres évoqués ci-avant. Il prend en compte les besoins de reconstruction post conflit du dispositif sanitaires, les besoins d'approfondissement des réformes du secteur, sans oublier un certain nombre d'objectifs mondiaux comme les OMD.

Résumé de l'analyse de la situation :

Le secteur de la santé connaît des difficultés et dysfonctionnements tant organisationnelles, opérationnelles que financières. Les principaux indicateurs de santé se sont à des niveaux jugés insatisfaisants. La crise socio-politique a contribué dans une certaine mesure à aggraver la situation sanitaire déjà préoccupante. Les défis concernent (i) la reconstruction post-conflit du dispositif sanitaire dans toutes ses dimensions, (ii) la lutte contre la maladie, notamment le VIH/Sida, le Paludisme, la Tuberculose, (iii) le développement institutionnel et la modernisation du secteur, (iv) le financement du secteur, (v) la capacité gestionnaires du secteur et le partenariat pour la santé.

Objectifs du PNDS 2008-2012:

L'objectif général du PNDS 2008-2012 est : Améliorer la santé et le bien être des populations dans un contexte de post-conflit par la réduction de la morbidité et de la mortalité. Cinq (5) objectifs spécifiques ont été définis à savoir : (i) Corriger les problèmes de santé et les dysfonctionnements du système de santé nés de la crise socio-politique, (ii) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux grands problèmes de santé, (iii) Améliorer l'efficacité du système sanitaire et (iv) Améliorer la qualité des prestations sanitaires, (v) Renforcer l'hygiène, l'assainissement et promouvoir les comportements favorables au bien-être et à la santé et réhabiliter les communautés.

Stratégies du PNDS 2008-2012 :

Outre les stratégies spécifiques à chacun des objectifs spécifiques, Trois (3) orientations stratégiques globales sont envisagés à savoir (i) l'ajustement du secteur, (ii) l'accélération des mutations et de la modernisation du secteur et (iii) l'anticipation sur les défis futurs.

Interventions Prioritaires

Sept (7) domaines d'actions prioritaires ou programmes prioritaires ont été définis à savoir (i) le programme de reconstruction/réhabilitation post-conflit du dispositif sanitaire national, (ii) le programme de développement institutionnel et de renforcement de la gestion, (iii) le programme de survie et de développement de l'enfant et de réduction de la mortalité maternelle, (iv) le programme de lutte contre les maladies infectieuses et les maladies chroniques et émergentes, (v) le programme de développement des ressources pour la santé, (vi) le programme de développement de l'hygiène et de prévention des risques sanitaires et (vii) le programme de développement du partenariat et de la coopération pour la santé.

Indicateurs synthétiques clés :

INTRODUCTION

Le système de santé ivoirien vient de connaître la période la plus difficile de son développement, malgré l'effort de planification décennale entrepris en 1996. Les difficultés de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005, sont survenues au moment même où les populations ivoiriennes aspiraient légitimement à un mieux-être, notamment sur le plan sanitaire. Il n'est pas exagéré de parler de véritable crise de développement du système de santé, favorisée par plusieurs facteurs entremêlés à partir de 1998, soit seulement deux années après le lancement du premier PNDS.

Le processus de planification qui a abouti à l'adoption du PNDS 1996-2005 par le Gouvernement a été couronné par l'organisation d'une table-ronde sectorielle les 10 et 11 juin 1996. La communauté des partenaires au développement, partie prenante du processus, s'était engagée solennellement à soutenir la réalisation de ce plan. Les deux années qui ont suivi l'adoption du PNDS ont été marquées par une réelle volonté d'accélérer la mise en œuvre des réformes introduites dans le cadre du Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) exécuté sur la période de 1991 à 1994.

Toutefois, le contentieux consécutif à l'audit des appuis budgétaires de l'Union Européenne et les graves événements socio-politiques survenus dans le pays au cours des années 1999, 2000 et 2002 ont profondément modifié le cours de l'histoire de la Côte d'Ivoire ainsi que le devenir du système de santé.

En effet, après le coup de frein porté au développement du système de santé consécutivement à l'interruption de la coopération financière et technique avec bon nombre de partenaires au développement suite au coup d'état militaire de décembre 1999, la survenue de la guerre en septembre 2002 a renforcé la rupture du schéma de développement sanitaire adopté en 1996; schéma qui s'était adapté aux innovations politiques introduites à l'avènement de la 11^{ème} République (décentralisation et assurance maladie universelle) et avait intégré les grandes lignes d'une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté dans le cadre de l'initiative Pays Pauvres Très endetté (PPTE).

Le PNDS 1996-2005 est arrivé à échéance en décembre 2005 dans un contexte de crise sociopolitique en voie de résolution et dans un contexte de situation sanitaire aggravée et aux facettes multiples. C'est tout naturellement que le Gouvernement s'est engagé à doter le secteur sanitaire d'un nouveau plan de développement sanitaire couvrant la période quinquennale 2008-2012.)

Le présent PNDS 2008-2012, élaboré au moment où le pays s'achemine vers une sortie définitive de crise, a pour ambition de recréer les conditions d'un développement harmonieux ou cohérent du secteur sanitaire.

Dans cette dynamique, promouvoir pour les populations une santé qui prenne en compte la satisfaction de leurs besoins élémentaires et essentiels, notamment pour les franges les plus exposées et les plus démunies d'entre elles constituent le but ultime du nouveau PNDS.

Bien que peu aisé, en raison des nombreux défis à relever, aussi bien sur le plan de la lutte contre la maladie que sur le plan du renforcement du système de santé, le processus de planification auquel le secteur de la santé s'est attelé au cours de l'année de l'année 2007 a abouti à une nouvelle vision du développement sanitaire conforme aux exigences du moment.

PARTIE I.

DIAGNOSTIC-PRIORITES SANITAIRES

PARTIE I.: DIAGNOSTIC-PRIORITES SANITAIRES

1.1. Contexte Général

1.1.1. Présentation Générale de la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est un état jeune qui aspire à la modernité et au plein développement. Ses caractéristiques géographiques sont typiques des pays de la sous région ouest-africaine situés en bordure du golf de guinée. La transition démographique ne s'est pas encore opérée comme dans bon nombre de pays en voie de développement. La Côte d'Ivoire porte la marque d'une diversité socioculturelle qui s'est enrichie au fil des décennies par l'apport de l'immigration émanant des pays frontaliers. Son cheminement vers la démocratie moderne est sujet à des balbutiements sur fonds de crises sociopolitiques. La Côte d'Ivoire est à la recherche d'un nouveau souffle économique après la longue période de stabilité et de croissance qui a prévalu à la suite de son accession à sa souveraineté.

1.1.1.1. Données géographiques

Située en Afrique occidentale dans la zone subéquatoriale entre le 10ème degré de latitude Nord, le 4ème et le 8ème degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre 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. La capitale la capitale politique est Yamoussoukro située au centre du pays à 248 km d'Abidjan, la capitale économique, située au sud du pays.

Cette position géographique explique d'une part, les variations climatiques. Classiquement quatre (4) saisons se succèdent, une grande et une petite saison des pluies, une grande et une petite saison sèche, et d'autre part, les deux principaux types de végétation (la forêt au sud et la savane au nord).

1.1.1.2. Données démographiques

La population de la Côte d'Ivoire est estimée, en 2007, à 20.581.770 habitants d'après les perspectives de l'Institut National de la Statistique (INS) établies en 2000 sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998. Le dynamisme démographique se caractérise par une fécondité forte et précoce avec un taux brut de natalité de 39 p. 1000 et un indice synthétique de fécondité de 4,6. Plus de 43 % de la population a moins de 15 ans.

L'urbanisation est très forte avec un taux estimé à 42,5 % en 1998 et qui se situait à 46 % en 2001. Carrefour d'échanges économiques et culturels de par sa situation géographique et historique, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration.

1.1.1.3. Données administratives

Sur le plan administratif, la Côte d'Ivoire est découpée en 19 régions administratives, 70 départements, 296 sous-préfectures fonctionnelles sur 335 et plus de 12.000 villages. La décentralisation administrative a commencé depuis l'indépendance du pays par l'érection de communes de moyen et plein exercice. Une véritable politique de décentralisation a été mise en place en 1980 et a permis la création de plusieurs communes de plein exercice.

Avec l'avènement de la 2ème république d'autres catégories d'entités administratives ont été adoptées en dehors des communes et des villes. Ainsi en 2002 on a vu l'adoption des Régions, des Départements et des Districts. En 2007, le pays compte 56 départements, 2 districts et 718 communes. La Région et la Ville prévues dans le cadre de la loi ne sont pas encore créées.

1.1.1.4. Données socioculturelles

Le Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque). Le français est la langue officielle. Le niveau d'alphabétisation est relativement faible. La population de 15 ans et plus qui sait lire et écrire dans une langue quelconque est de 36,3 %. Plus des 2/3 des alphabétisés vivent en milieu urbain et 55,2 % des alphabétisés sont de sexe masculin. Les indices relatifs à l'éducation ont connu une évolution en 'dents de scie'. En effet, entre 1988 et 1998, le taux d'alphabétisation des adultes n'est passé que de 34,2 % à 36,3 %, soit une progression de 2,1 points sur dix ans.

Le taux net de fréquentation du cycle primaire est estimé à 55% en 2006 (MICS 2006) et le taux d'achèvement du cycle primaire estimé à 17% en 2006. Le taux de scolarisation des fillettes est de 51% (2006). La liberté de culte est garantie par la constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et les religions traditionnelles.

1.1.1.5. Données sociopolitiques

La Côte d'Ivoire est une république avec un régime démocratique de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique dans la sous-région et en Afrique, la Côte d'Ivoire traverse une série de crises sociopolitiques. Celle qui a éclaté le 19 septembre 2002, et qui a entraîné une partition du pays en deux zones : le sud sous contrôle gouvernemental ; et le centre, le nord et l'ouest (CNO) sous contrôle des forces nouvelles (FN). Le tout dernier gouvernement de transition mis en place 7 avril 2007 s'active à préparer la sortie de crise sous l'égide de la communauté internationale, avec comme objectif la tenue d'élections libres, démocratiques et ouvertes aux différents protagonistes de la vie politique.

1.1.2. Contexte économique et Perspectives

La crise sociopolitique que traverse le pays a eu des effets négatifs sur la croissance qui généralement est resté à un niveau modeste depuis 2000. L'économie nationale, toujours dominée par le binôme café-cacao, a connu une légère amélioration depuis 2004, ceci grâce aux ressources issues de l'extraction pétrolière et de celles provenant du développement du secteur des télécommunications, suite à l'arrivée récente de nouveaux opérateurs sur le marché. Malgré cette tendance, le contexte économique actuel reste marqué par des difficultés. Des perspectives meilleures ne peuvent être envisagées sans une stabilité durable de la vie politique nationale.

1.1.2.1. Evolution du cadre macro-économique

La croissance du PIB a été fortement ébranlée en 2000 avec un taux annuel de - 2,3%. Un redressement de la croissance a été observé en 2004 et 2005 avec un taux se situant à 1,8%. En 2006 la croissance a été de 1,2%. Le rapport du PNUD 2006 sur le développement humain indique pour la Côte d'Ivoire, un Indice

de Développement Humain (IDH) de 41,5% et un rang de 164 sur 177 pays, alors que cet indice était de 42,7% en 2000. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté a été évaluée à 38,4% en 2002 selon l'enquête menée par l'Institut National de la Statistique (INS). Ce taux est actuellement estimé à plus de 40% selon le PNUD, avec comme principales victimes les jeunes.

1.1.2.2. Perspectives économiques

La baisse générale des activités consécutives à la crise sociopolitique a eu une incidence sur les finances publiques qui, malgré les performances des régions financières, ont accumulé de forts niveaux d'arriérés intérieurs et extérieurs, réduisant ainsi les capacités financières de l'Etat. Les perspectives économiques sont étroitement liées à la sortie de crise sociopolitique et à la restauration d'une paix durable.

1.1.3. Déterminants de la santé

Un certain nombre de facteurs détermine la santé des populations vivant sur le territoire ivoirien. En effet, outre les facteurs liés aux caractéristiques géographiques du pays, notamment le climat chaud et humide et la couverture végétale typique des zones intertropicale humide, plusieurs autres facteurs se conjuguent pour déterminer le niveau de santé des populations, notamment les facteurs socioculturels, les facteurs socioéconomiques et les facteurs environnementaux.

1.1.3.1. Facteurs politiques et institutionnels

Sur le plan politique et institutionnel, le modèle de développement sanitaire de la Côte d'Ivoire s'est fortement inspiré du modèle existant à la période coloniale, avec comme caractéristique principale, l'Etat comme premier pourvoyeur des soins et principal bailleur de fonds. La priorité a été accordée aussi bien au développement de la médecine dite rurale qu'au développement d'une médecine hospitalière représentée au sommet par les unités hospitalières universitaires. Ces choix ont déterminé pour une grande part les caractéristiques actuelles du système de santé ainsi que la capacité de celui-ci à jouer efficacement son rôle. A l'épreuve du temps, certains de ces choix se sont avérés onéreux et moins bénéfiques pour la santé des populations.

Par ailleurs, l'Etat s'est engagé politiquement à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement mais la mise en place de stratégies spécifiques à l'échelle nationale à même de traduire sur le terrain cet engagement n'est pas institutionnalisée.

1.1.3.2. Facteurs socioculturels (comportement, coutumes, éducation, genre...

L'apparition d'états morbides ou de situations sanitaires diverses chez les personnes, au sein des ménages et au sein des communautés ivoiriennes est à ce jour largement déterminée par un certain nombre de facteurs négatifs au nombre desquels le faible niveau général d'instruction et d'éducation de la population et les pesanteurs socio culturelles qui accroissent les comportements et pratiques néfastes à la santé et entretiennent les pratiques coutumières dangereuses. La Côte d'Ivoire connaît un faible niveau de scolarisation des filles. Cette sous scolarisation des filles explique en partie les comportements à risque élevés observés à leur niveau.

La faible perception par les communautés des possibilités offertes par les services de santé et la faible propension de ces communautés à résoudre leurs problèmes de santé expliquent bien l'insuffisance importante des mécanismes de solidarité communautaire.

1.1.3.3. Facteurs socio-économiques (revenus, pauvreté...)

La pression financière qui s'est faite sur le système public de soins a amené l'Etat à abandonner l'option de la gratuité des soins pour tous. Un système de recouvrement des coûts des actes de santé et des médicaments a été développé dès les années 1990 dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Toutefois, le faible niveau de revenu d'une frange importante de la population et la paupérisation croissante, notamment en milieu rural, constituent des facteurs majeurs d'inaccessibilité aux soins pour bon nombre de personnes et bon nombre de ménages vivant en Côte d'Ivoire (44%). Ces facteurs sont encore plus déterminants quant il s'agit d'accéder aux soins hospitaliers secondaires et tertiaires ou aux soins délivrés dans les établissements sanitaires privés. D'une manière générale, les facteurs socio-économiques défavorables et les coûts souvent onéreux de certaines prestations parfois majorées par des comportements néfastes de certains prestataires sont des facteurs limitant d'accessibilité aux soins.

La crise sociopolitique de ces dernières années et les conséquences économiques qui en ont découlé ont sans aucun doute accru les difficultés financières des ménages qui ont vu leur pouvoir d'achat et leur capacité à subvenir à leurs besoins de santé s'amenuiser, les exposant à la consommation d'aliments, de médicaments non contrôlés nocifs à la santé

1.1.3.4. Facteurs environnementaux et risques à la consommation (conditions de vie)

L'actualité récente en Côte d'Ivoire (déversement illicite de plusieurs tonnes de déchets hautement toxiques, accumulation des ordures ménagères sur plusieurs semaines à travers la ville d'Abidjan, contamination de céréales à l'importation) a mis en exergue l'importance des facteurs environnementaux comme déterminant essentiel de l'Etat de santé des populations. L'hygiène publique, la salubrité publique, les déchets ménagers, industriels et médicaux, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'utilisation limitée de latrine constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations, notamment celles des grandes villes comme Abidjan.

Par ailleurs, les conditions déplorable de sécurité sanitaire des aliments illustrées par les cas déclarés d'intoxications alimentaires à Labokro (Yamoussoukro) et Kokoumbo (Toumodi) et par la précarité de l'hygiène alimentaire, l'utilisation intempestive des pesticides au niveau national sont des menaces sanitaires quasi permanentes avec le boom du commerce d'aliments aux abords des rues. Les risques à la consommation concernent également la vente illicite des médicaments, les mauvaises conditions de protection des aliments destinés à la vente sur les marchés, l'absence de contrôle sanitaire dans les restaurants, 'maquis' et autres cantines, la mise à la consommation d'aliment frelatés ou tout simplement la distribution à grande échelle d'aliments insuffisamment contrôlés.

1.1.3.5. Facteurs liés au système de santé (couverture sanitaire, assurance maladie.)

La couverture sanitaire, la gamme et la qualité des prestations disponibles dans les établissements de soins avec leur caractéristique sont des déterminants de l'état de santé des populations bénéficiaires. Il en est de même pour la nature du système de financement du secteur et du système de couverture du risque maladie existant. L'évolution du système de santé qui s'est opérée en Côte d'Ivoire vers l'application de la stratégie des soins de santé primaire, la création des districts sanitaires et la mise en œuvre de programmes spécifiques de santé a certainement eu un impact sur la santé des populations. La recherche d'un système de couverture du risque maladie généralisé participe de cette même volonté de créer les conditions minimales d'une action plus déterminante du système de santé sur la santé des populations.

1.1.4. Le système de santé ivoirien

Le système de santé ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale. Actuellement c'est un système hybride d'assurance maladie et de système national étatique qui associe lui-même un système de recouvrement des coûts et une gratuité de certaines prestations orientées vers des fléaux de santé publique.

Parallèlement à l'existence d'un système privé de plus en plus important mais non intégré à la politique sanitaire et à celle d'autres systèmes de type mutualiste, le système national étatique reste de loin le plus important. Son fonctionnement, en dépit de certains progrès enregistrés récemment, reste un fonctionnement de type vertical avec une insuffisance d'intégration de ses programmes de santé.

L'avènement des conseils généraux dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de décentralisation oriente vers une redistribution des rôles et des missions dans le domaine de la santé.

1.1.4.1. La politique sanitaire

Dans les premières années de l'indépendance, la politique de développement sanitaire était essentiellement basée sur la création d'hôpitaux, de dispensaires et de maternités dans les villes et la création de services mobiles de lutte contre les grandes endémies destinées aux villages et campagnes. Après les premières années de l'indépendance, une option de développement sanitaire centrée sur les grands hôpitaux et la mise en place de bases secteurs de santé rurale avait été prônée. Elle s'est intensifiée jusqu'au début des années 1990 à la faveur du boom économique qu'a connu le pays.

La crise économique et financière, qui a durement touché le pays au cours des années 1980, a amené le Gouvernement à s'orienter vers la politique des SSP. Adoptée en 1981, cette politique est restée en vigueur dans le cadre du développement sanitaire ivoirien jusqu'à maintenant. Après plusieurs essais pilotes de mise en œuvre de cette politique, le passage à l'échelle nationale n'a commencé qu'en 1994. Cette politique a été renforcée avec la création des districts de santé en 1994 et la définition en 1996 d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) aux échelons primaires et secondaires de la pyramide sanitaire. La politique de Soins de Santé Primaires a enregistré plusieurs acquis dont les plus importants sont d'abord l'engagement de l'Etat en faveur de cette politique, une couverture sanitaire relativement dense en formations sanitaires de premiers recours, de formations intermédiaires et de structures lourdes, l'adoption de

l'approche 'district' avec une définition des tâches et des objectifs de ses différentes composantes. Cependant force est de constater que ces décisions politiques n'ont pas eu les prolongements attendus au niveau opérationnel. La notion de 'District' qui résume bien ce décalage entre les textes et la réalité est loin d'être perceptible à l'échelle nationale. La faiblesse managériale des responsables des Districts, l'insuffisance dans la hiérarchisation des soins et dans la référence/contre référence, et la disponibilité réduite des paquets minimums de soins sont largement constatées.

1.1.4.2. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé ivoirien comprend les services de soins et l'administration sanitaire (cf. arrêté n° 28 du 8 février 2002). Les services de soins sont organisés suivant une pyramide à trois niveaux encore appelée pyramide sanitaire. Le niveau primaire est constitué des ESPC (centres de santé, centres de santé spécialisés, formations sanitaires). Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (HG, CHR, CHS) tandis que le niveau tertiaire est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (CHU, INS).

L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs. Les services centraux sont composés du cabinet, des services et directions rattachés et des directions générales et centrales. Quant aux services extérieurs, ils sont composés des directions régionales et départementales. Les services extérieurs sont composés de 19 Directions Régionales (DR) et de 72 Directions Départementales (DD) ou Districts sanitaire. Ils ont pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Les services de soins sont représentés par les services de soins publics et les services de soins privés.

1.1.4.3. Les ressources

1.1.4.3.1. Les ressources humaines

La Côte d'Ivoire disposait en 2005 de 17.677 agents de santé dans le secteur public, repartis comme suit : 2030 personnels médicaux (dont 1698 médecins, 128 pharmaciens et 204 chirurgiens dentistes) ; 9372 personnels paramédicaux (dont 6842 infirmiers, 2146 sages femmes et 391 aides soignants) ; 1269 personnels médico-techniques ; 2420 personnels administratifs et sociaux ; et 2579 personnels journaliers. Au niveau du secteur privé, on a dénombré en 2005, 300 médecins ; 700 pharmaciens, 120 chirurgiens dentistes. Le Gouvernement a recruté de manière exceptionnelle au cours de l'année 2007, Toutefois, au cours de l'année 2007, une mesure du gouvernement a permis le recrutement exceptionnel de 1287 cadres supérieurs de santé dont 953 médecins, 263 pharmaciens et 71 chirurgiens dentistes, au chômage. Ce qui rapporte les effectifs du personnel médical à 3347 agents selon la répartition : 2651 médecins, 391 pharmaciens, 275 chirurgiens dentistes

L'effectif du personnel infirmier est de 6842 et celui des sages femmes de 2146. Ce personnel paramédical représente plus de la moitié (plus de 50%) des agents de santé.

1.1.4.3.2. Infrastructures sanitaires

En ce qui concerne l'infrastructure sanitaire, la couverture en établissement de soins était estimé en 2000 à en Infrastructure sanitaire 1 ESPC pour 12 822 habitants, 1 maternité pour 14 000 femmes en âge de procréer, 1 lit d'hôpital pour 2890 habitants.

1.1.4.3.3. Ressources financières

Le financement du secteur de la santé en Côte d'Ivoire est principalement assuré par l'Etat et accessoirement par les communautés et les partenaires au développement. L'intervention de l'Etat cible en grande partie le fonctionnement du système de santé. Les appuis extérieurs ciblent généralement les investissements pour l'infrastructure, les équipements et la logistique. A noter un soutien financier à la mise en œuvre des programmes de santé à travers les ressources octroyées dans le cadre de la coopération multilatérale (OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD) ou dans le cadre de la coopération bilatérale (Coopération Américaine, Coopération belge, etc...)

1.1.4.4. Le partenariat

Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire a une longue expérience de partenariat, notamment avec le secteur associatif confessionnel (hôpitaux et autres établissements sanitaires confessionnels). Il s'est développé ces dernières années sous l'impulsion du Ministère chargé de la santé, un mouvement de renforcement du partenariat avec les associations communautaires et les organisations non gouvernementales nationales ou internationales.

Aussi la promotion du partenariat avec le secteur associatif et le secteur privé avait-elle été consignée en bonne place dans les stratégies de mise en œuvre du PNDS 1996-2005. Cette orientation a favorisé l'avènement, la création et la promotion d'organisations diverses œuvrant dans le champ du secteur de la santé. Toutefois, le partenariat le plus agissant est celui observé dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida avec l'intervention des ONG nationales et internationales.

Par ailleurs la nature pluridimensionnelle et multifactorielle de certains problèmes de santé a favorisé le développement d'approches multisectorielles pour la résolution de certains problèmes de santé, en particulier dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida où l'implication de l'ensemble des secteurs du développement a été favorisée et promue.

Cependant, il est à noter que l'un des axes fort du partenariat souhaité, celui qui était espéré avec le secteur sanitaire privé de type lucratif, n'ai pas connu les succès attendus. Il en est de même avec les comités de gestion des établissements de santé (COGES) encore trop timide dans leur mission de cogestion et d'interface entre les populations et les acteurs du secteur de la santé.

1.1.4.5. Evolution récente

Hérité de la période coloniale (1893-1960), le système de santé Ivoirien porte la marque du pays colonisateur, la France. Toutefois, Il s'est opéré une transformation progressive de l'organisation sanitaire, notamment avec l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires, la mise en place d'une politique de recouvrement des coûts des actes de santé, la participation communautaire et la création des districts sanitaires à partir de 1994, la volonté exprimée en faveur d'une collaboration avec la médecine traditionnelle.

L'évolution récente du système de santé Ivoirien est essentiellement marquée par l'avènement et l'opérationnalisation des districts sanitaires ainsi que par la création des programmes de santé. C'est en 1994 que la Côte d'Ivoire a mis en place les premiers Districts sanitaires conformément aux recommandations de Gaborone sur le Développement Sanitaire en Trois phases. C'est le décret de réorganisation du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de mars 1994 qui a introduit pour la première fois le terme de district sanitaire en remplacement des services départementaux de la santé prévus dans l'organigramme, mais non opérationnalisés.

L'organisation, le fonctionnement et le ressort territorial des districts sanitaires ont été précisés par les arrêtés n° 137 et 138 du 1er Juin 1994. En pratique, le découpage territorial des 28 premiers districts sanitaires a été calqué sur les aires de santé des ex bases de santé rurale. Et les activités des ex bases de santé rurale ont été dévolues aux districts sanitaires. Les ex médecins chefs de Base de Secteur de Santé Rurale ont été tous promus Chefs de districts sanitaires après un long débat qui a opposé médecins et administrateurs des services de santé.

La dynamique engagée pour la mise en place d'un nouveau paradigme de santé sanitaire basée sur le district de santé, les soins de santé primaires et le Paquet Minimum d'Activités a été confirmée et renforcée lors de l'élaboration du PNDS entre 1995 et 1996. Le nombre de districts sanitaires est passé de 28 en 1994 à 72 en 2007.

Le secteur privé sanitaire pratiquement absent au moment de l'indépendance (31 dispensaires missionnaires et une clinique sur 200 établissements publics et privés) s'est développé progressivement, notamment au niveau des officines privées de pharmacie (38 en 1960 et plus de 653 en 2007). Ces dernières années, on a assisté à l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (11 polycliniques dont une avec IRM, 75 cliniques et 175 centres et cabinets médicaux).

Il convient d'indiquer par ailleurs les mutations et changements qui s'opèrent progressivement dans le champ des opérations de terrain avec l'intervention de plus en plus significative et importante de nouveaux interlocuteurs et nouveaux partenaires techniques, issus aussi bien du secteur associatif national, que de l'assistance technique bilatérale ou multilatérale.

1.1.5. Impact de la crise sur le système de santé

Les conséquences immédiates de la crise qui a éclaté le 19 septembre 2002 étaient surtout d'ordre humanitaire. Les traumatismes de toute nature et les souffrances causées aux populations par la guerre avaient jetés l'émoi et la désolation au sein des communautés prises au piège de la guerre. L'impact véritable de la crise sur le système de santé en termes de morbidité et de mortalité additionnelle reste à établir de manière exhaustive et précise. Cependant après plus de cinq années de situation de guerre, il ne fait pas de doute que l'impact de la crise sur le système de santé peut être qualifié de catastrophique, notamment s'il est analysé au plan de la perte des acquis et au plan de la discontinuité durable des programmes de développement existant préalablement dans les zones concernées.

1.1.5.1. Conséquences de la guerre sur le système de santé

La conséquence première de la guerre sur le système de santé aura été la disparition de l'autorité de l'Etat sur une bonne partie du territoire national, et par conséquent la mise en veilleuse de l'administration sanitaire, et l'impossibilité pour les autorités sanitaires nationales de mener directement des actions qu'exigeaient la situation humanitaire existant dans les zones de guerre, en particulier l'approvisionnement en médicaments. Cette désorganisation du dispositif sanitaire s'est traduite par la cessation d'activités dans sept (7) directions régionales et dans vingt quatre (24) districts sanitaires. Par ailleurs l'afflux de personnes déplacées dans les zones tampon et vers les zones d'accueil a modifié l'activité sanitaire dans ces zones avec une suractivité et une surexploitation des établissements de soins. Une trentaine d'officines de pharmacie ont été fermés, soit près du quart des officines disponibles dans la zone CNO avant la guerre.

Les conséquences sur les ressources humaines et sur le patrimoine sont considérables. 2 417 agents déplacés ont été enregistrés à la DRH au 31 mai 2003 en provenance des zones de guerre sur un effectif initial de 3 500 agents, soit 69% du personnel initialement en service dans ces zones. 602 structures sanitaires, soit 45,47% de l'ensemble des structures sanitaires nationales étaient inopérantes, soit du fait de leur fermeture, soit du fait du pillage du patrimoine (chaîne de froid, parc auto et motos, équipements informatiques, équipement médical et medico-technique).

D'autres conséquences, et non les moindres ont été observées. L'arrêt brusque du système de recueil des données alimentant le SIG et de celles de la surveillance des maladies à potentiel épidémique ont constitué les dysfonctionnements les plus gênants pour le système national de santé.

L'absence de visibilité et de maîtrise du contrôle sanitaire transfrontalier dans les zones occupées a accru les risques et menaces sanitaires. L'arrêt brusque des travaux de recherche en cours dans les zones occupées a sans aucun doute occasionné des pertes considérables au plan de la recherche (trypanosomiase, bilharziose, onchocercose, lèpre). La fermeture des INFAS de Bouaké et de Korhogo a eu pour conséquence le retentissement de la formation des personnels paramédicaux. Enfin, la destruction ou le vol des produits pharmaceutiques dans les établissements sanitaires des zones ex-assiégées a occasionné un déséquilibre dans la gestion de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP).

1.1.5.2. Conséquences générales de la guerre sur la santé des populations

Outre les violences subies par les populations et leurs conséquences immédiates et lointaines (violences sexuelles en particulier), la guerre a créé les conditions de précarité et d'exposition favorables au développement d'une surmorbidity et d'une surmortalité (dégradation du cadre de vie et de la qualité de vie, mauvaises conditions nutritionnelles, absence de prévention pour les maladies à potentiel épidémique, faible niveau d'immunisation des personnes, notamment des enfants).

Sur le plan des conséquences liées à l'immunisation et aux autres mesures de prévention, les enfants des zones occupées n'avaient pu bénéficier des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite de novembre et décembre 2002 avec pour conséquences une baisse générale de la couverture vaccinale d'environ 8 points entre les années 2001 et 2006 et l'apparition de poliovirus sauvages. Par ailleurs, l'arrêt de la surveillance de certaines maladies endémiques (tuberculose, VIH/SIDA et paludisme) ou à potentiel épidémique (méningite, rougeole, fièvre jaune, choléra) a eu pour conséquences la recrudescence de ces endémies ou l'apparition d'épidémies. Une résurgence des maladies évitables par la vaccination a été observée du fait de la crise. En effet, on a constaté une augmentation du nombre de cas suspects de rougeole (de 5842 en 2001 à 7633 en 2002), des cas confirmés de poliomyélite (de 0 en 2001 à 17 en 2004) et de tétanos maternel et néonatal (de 19 en 2001 à 31 en 2005). Il a été enregistré dans les zones ex-assiégées 40 cas de fièvre jaune dont 10 décès, 192 cas de méningites dont 12 décès, 2514 cas de rougeole dont 48 décès.

Au niveau des conséquences en rapport avec les mesures de lutte contre les principales maladies, la perte des acquis du fait de la guerre est évidente pour un certain nombre de programmes de santé. C'est en particulier le cas pour la lutte contre le VIH/Sida et la prise en charge thérapeutique des personnes affectées, la lutte contre la Tuberculose, la lutte contre le paludisme, le programme de santé infantile, le programme de santé scolaire et universitaire etc. La morbidité liée au paludisme et ses complications se sont accrues avec la fermeture des centres de santé et l'absence de prise en charge thérapeutique.

En ce qui concerne la lutte contre le VIH/Sida, outre l'augmentation prévisible de l'incidence dans les zones occupées du fait de la promiscuité, des violences sexuelles et des sévices subis pendant la crise de nombreux, il ressort que de nombreux patients sous ARV ont été perdus de vue. Il en est de même pour la lutte contre tuberculose avec l'arrêt des traitements imposé par la guerre et pour le programme de santé infantile avec la résurgence des maladies infantiles du fait de la baisse des programmes d'immunisation, de la dégradation de la situation nutritionnelle des enfants (malnutrition protéino-énergétique, carence en vitamine) et de la chute de la fréquentation des centres de soins.

En effet le statut nutritionnel se caractérise par une prévalence de la malnutrition nationale de 7.3%, avec des poches de fortes prévalences au Nord, Nord-Est et Nord-Ouest dont le seuil d'urgence internationalement reconnu de 10% est dépassé¹. La malnutrition chronique au niveau national est passée de 20.8%¹ à 33.9%². Quant à l'insuffisance pondérale, elle est passée de 17,2 %¹ à 20.2%².

¹ Enquête Nutrition Santé 2004

² MICS 3 UNICEF 2006
PNDS 2008-2012 Tome I Draft 0 du 30 janvier 2008 Comité de rédaction VF 2

1.2. Rappel du PNDS 1996-2005

Le PNDS 1996-2005 a été le premier exclusivement consacré au secteur de la santé adopté par le Gouvernement, les autres plans quinquennaux ou décennaux adoptés et exécutés depuis l'indépendance étant des plans globaux de développement économique et social prenant en compte le secteur de la santé.

1.2.1.1. Rappel du PNDS 1996-2005

L'objectif du PNDS 1996-2005 était d'améliorer l'Etat de santé et de bien-être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins de la population avec trois objectifs spécifiques qui sont la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux grands problèmes de santé, l'amélioration de l'efficacité du système et l'amélioration de la qualité des prestations.

Ces objectifs reposaient sur des stratégies qui étaient (i) la promotion du développement des soins de santé primaires par la mise en œuvre d'un paquet minimum d'activités, (ii) l'amélioration de la gestion du système et la promotion de la multisectorialité ainsi que du partenariat avec les autres secteurs, (iii) la rationalisation du développement de l'utilisation des ressources humaines du secteur, (iv) la promotion de la recherche opérationnelle et le développement de normes sanitaires et de normes de gestion du système.

En résumé le PNDS 1996-2005 était conçu autour de sept (7) domaines d'intervention dont la réalisation devrait permettre l'atteinte des objectifs poursuivis. Il s'agissait des programmes de (i) renforcement des capacités institutionnelles, (ii) développement et renforcement des capacités des ressources humaines (iii) développement des infrastructures (iv) déconcentration et décentralisation (v) santé et prévention de la maladie (vi) développement du partenariat avec les autres acteurs du système et de (vii) diversification des sources de financement du secteur.

Ces interventions couvraient le champ des différentes réformes visées en vue de l'amélioration du fonctionnement et de la productivité du système de santé à savoir (i) la décentralisation, (ii) la recherche de nouveaux modes de financement du secteur, (iii) l'adaptation du système de gestion du secteur aux exigences nouvelles et (iv) l'ouverture du secteur à de nouveaux intervenants dans un cadre de partage des responsabilités entre le public, le privé, les associations communautaires, les collectivités décentralisées.

1.2.1.2. Mise en œuvre et leçons tirées

Un cadre de pilotage et de suivi du PNDS avait été mis en place dès l'année de lancement du PNDS 1996-2005. Il comprenait, un comité de pilotage du PNDS, un comité national de l'action sanitaire, l'élaboration de plans d'actions stratégiques annuelles, la fixation d'objectifs intermédiaires du PNDS, des réunions annuelles de bilan réunissant tous les acteurs en vue d'établir les avancées et affiner les stratégies. Les concertations permanentes ont été organisées avec les partenaires au développement sur des aspects spécifiques relatifs à l'exécution des programmes ou des projets de santé. La période 1999-2001 a été marquée par une volonté de renforcer le suivi technique de la mise en œuvre du PNDS avec la mise en place d'un secrétariat technique permanent.

La première période quinquennale (1996-2000) de mise en œuvre du PNDS 1996-2005 a vu la poursuite de la mise en œuvre d'anciens projets (BAD, KFW, FED, FAC etc), l'achèvement de projets en cours d'exécution, l'identification et la mise en œuvre de nouveaux projets dont la PDSSI financé par la Banque Mondiale à hauteur de 25 milliards, la conception de nouveaux cycles de coopération avec certains partenaires techniques du système des Nations-Unies (FNUAP ; UNICEF, OMS). Ainsi, sur 131 milliards d'investissements prévus pour le financement des trois premières années d'exécution du PNDS, seulement 118 milliards ont été inscrits au budget et 45 milliards exécutés de 1997 à 1999. La baisse des budgets exécutés était essentiellement due au retrait ou à la suspension de nombreux bailleurs mais aussi aux difficultés d'exécution des budgets votés (RDP 2002).

Cette période a également été marquée par la définition et l'adoption d'une stratégie sectorielle de lutte contre la pauvreté axée sur le renforcement de l'offre de soins pour les populations les plus démunies avec un accent particulier sur la santé de la reproduction/Planification familiale et la lutte contre le SIDA.

Cependant, les évènements inattendus qui sont survenus à partir de 1999 ont perturbé la mise en œuvre du PNDS 1996-2005. Il est à noter que la réalisation des objectifs du PNDS dépendait étroitement des apports financiers extérieurs et de la stabilité des paramètres économiques et sociopolitiques du pays. L'arrêt de la coopération financière et technique avec bon nombre de partenaires a constitué un handicap majeur pour la mise en œuvre efficace du PNDS 1996-2005.

Les réformes contenues dans le PNDS requéraient le soutien sans faille du Gouvernement, l'engagement durable des partenaires financiers et techniques et la mobilisation de tous les acteurs du système de santé. Ces conditions n'ont pu être réalisées. Aussi, apparaît-il que l'exigence première pour la réalisation des objectifs du PNDS 2008-2012 sera sans nul doute la stabilité socio-politique.

1.3. Diagnostic et problématiques actuels du secteur

La situation sanitaire générale en Côte d'Ivoire est le reflet des besoins sanitaires considérables, persistants et globalement insatisfaits. Malgré certaines avancées l'offre de services est encore faible en bien des domaines et elle est gérée dans l'ensemble de manière peu performante pour diverses raisons. La charge de morbidité et de mortalité qui en résulte traduit une certaine inefficacité du système de santé ivoirien à corriger de manière durable les dysfonctionnements en cause. Cette situation est aggravée par les effets conjugués de la crise économique et l'instabilité sociopolitique qui perdure dans le pays.

Les défis à relever sont à la dimension des problèmes à résoudre. Ces problèmes concernent le cadre législatif et réglementaire, les problèmes liés au financement du secteur, la problématique des ressources humaines pour la santé, les questions en rapport avec l'accessibilité aux soins et la qualité des prestations délivrées dans le secteur public de soins, la maîtrise des facteurs de prévention et de lutte contre les maladies les plus importantes, les enjeux liés à la politique de décentralisation et le redéploiement de l'administration sanitaire et des personnels de santé.

Les priorités du secteur sont avant le retour à la normalité institutionnelle et réglementaire, au redéploiement des services de santé sur l'ensemble du territoire, au renforcement de la couverture sanitaire globale et à la délivrance durable d'une gamme minimum de prestations sanitaires aux populations à même de réduire les mortalités infanto juvénile et maternelle. Les défis demeurent comme pour la décennie écoulée la santé de la mère et de l'enfant y compris la vaccination et la lutte contre le paludisme, le VIH/Sida et la tuberculose.

1.3.1. Diagnostic au niveau des besoins et de la demande

1.3.1.1. Indicateurs de santé et état de santé de la population (morbidité et mortalité générale...)

1.3.1.1.1. La mortalité générale

La mortalité générale c'est-à-dire la mortalité à tous âges confondus, a baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. Le taux brut de mortalité (TBM) qui était de 17 ‰ en 1978 a diminué à 12,3‰ en 1988 avant d'augmenter à 13,9 ‰ en 1998 et 14 ‰ en 2006. 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. En 1998, elle est tombée, respectivement, à 52 ans. Elle était estimée à moins de 46 ans en 2006 avec les corrections.

Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. On relève entre autres, la dégradation continue des conditions de vie des populations, la recrudescence des grandes endémies tropicales et certaines affections comme le VIH/SIDA³. Mais c'est davantage la recrudescence de la mortalité adulte liée au sida qui a stoppé la progression de l'espérance de vie à la naissance.

Le niveau général de santé de la population ivoirienne ne s'est pas significativement amélioré, en comparaison de ce qui prévalait au

³ Nous y reviendrons avec le chapitre consacré au VIH/SIDA
PNDS 2008-2012 Tome I Draft 0 du 30 janvier 2008 Comité de rédaction VF 2

cours de la décennie écoulée. Bien que certaines grandes endémies comme la lèpre, et la dracunculose ou ver de guinée soient en régression d'autres comme le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, l'ulcère de buruli et l'onchocercose demeurent très préoccupants. Les épidémies de fièvre jaune, de rougeole et de choléra sont toujours présentes.

Si le faciès épidémiologique reste marqué par une prédominance des maladies infectieuses et parasitaires, on enregistre une augmentation des cas de maladies dites chroniques d'origine métabolique ou cardiovasculaire (diabète, hypertension artérielle). Les maladies dégénératives, psychiatriques et cancéreuses, jadis assez rares ou peu diagnostiquées, sont pour leur part en progression constante.

1.3.1.1.2. La mortalité néonatale, infantile et juvénile:

La période néonatale, couvrant les 28 premiers jours de la naissance, est une période très critique parce que le nouveau-né est à risque élevé de décès. Une étude bilan de trois années d'activité de l'unité des nouveau-nés du CHU de Treichville (Dao F., 2002) rapporte que le taux de mortalité néonatale en milieu hospitalier est de 21,5%, avec cinq affections causes de décès à savoir : la détresse respiratoire, le syndrome hémorragique, la souffrance cérébrale, la prématurité et des infections néonatales. L'enquête sur les indicateurs du Sida a estimé la mortalité néonatale à 41% (INS, 2006). Les résultats d'une autre étude sur la morbidité et mortalité néonatale font état de ce que dans l'immense majorité des cas (89%) en néonatalogie, les décès néonataux sont survenus dans les 24 heures suivant l'accouchement (Traye Bi T, 2003). La plupart des statistiques de la région estiment la proportion de la mortalité néonatale à environ 40% de la mortalité infantile ce qui constitue un grand problème de santé publique.

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, est passée de 190 décès pour 1000 naissances vivantes en 1965 à 97 ‰ en 1988, pour remonter en 1998 à 112 ‰ et 118 ‰ en 2005. Contre toute attente, les résultats de l'EIS 2005 révèlent une baisse de la mortalité, le quotient de mortalité infantile s'élève à 89 décès pour 1000 naissances vivantes en 2005.

La mortalité infanto juvénile, indicateur 4 des Objectifs du Millénaire pour le Développement, suit la tendance de la mortalité infantile selon les mêmes sources. Selon les résultats de l'enquête sur les indicateurs du SIDA (EIS), la mortalité infanto juvénile est de 125 pour mille. Ce chiffre représenterait une amélioration de cet indicateur par rapport à celui de 1998 qui était de 174 pour mille, obtenus grâce à l'EDS organisées par les mêmes structures, à savoir l'INS et Macro International.

1.3.1.1.3. L'état nutritionnel

La malnutrition aiguë touche 6,7% des enfants de 0 à 59 mois, avec 1% de forme sévère. Cette malnutrition est fonction des régions et ce sont celles du Nord, Nord Ouest et Centre Nord qui ont dépassé le seuil de l'urgence au dessus de 10%. La malnutrition chronique touche 33,9% des enfants avec 15,7% de forme sévère. Les régions Nord-est (46,6%) et Sud-ouest (41,1%) sont les plus touchées. Les enfants de moins de cinq ans vivant en zone rurale (17,7 %) sont plus touchés que ceux vivant en zone urbaine (10,2 %).

L'insuffisance pondérale des enfants de 0 à 59 mois est de 20,2% avec 4,3% de formes sévères. Les 12-23 mois sont les plus vulnérables (28,8%). La prévalence des petits poids à la naissance est de 16,5%. La prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants est de 31%. L'évaluation de la lutte contre les TDCI, menée en 2004 a montré que la prévalence du goitre est de 4,8% chez les enfants de 6-12 ans, avec toutefois une forte présence dans la zone montagneuse de l'ouest (6%) (MICS3).

1.3.1.2. Santé de la Mère et de l'Enfant

La santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante malgré les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour inverser les tendances. La mortalité maternelle, indicateur 5 des OMD, estimée à 543 décès pour 100 mille naissances vivantes en 2005 contre 597 en 1996 reste encore très élevée et traduit la faible maîtrise des risques liés à la maternité et au suivi des mères, notamment dans les zones rurales les plus reculées. Cette mortalité maternelle est essentiellement due à des causes médicales directes (80%) dont les hémorragies ante et post-partum (36,1%), les dystocies (20,3%), l'hypertension artérielle (18,2%), les complications de l'avortement (14,8%) et les infections du post-partum (4,8%). Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux et une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complication survenant au décours de la grossesse et de l'accouchement.

En effet, la couverture en soins prénatals de rang 4 est de l'ordre de 45% (2005) en 2005. L'accouchement par un personnel qualifié est de 57% à l'échelle nationale mais avec des disparités régionales très importantes passant de 97% à Abidjan à 30% à l'ouest et 23% au nord ouest (MICS3 2006). Ces résultats appellent une stratégie régionale importante des futurs programmes de santé. La pratique des césariennes est évaluée à 0,78% contre un minimum de 5% préconisé par l'OMS. La prévalence contraceptive était estimée à 13% en 2005. Le ratio de létalité des complications obstétricales était estimé à 2,7% contre moins de 1% requis selon l'OMS.

Le profil épidémiologique des enfants de moins de cinq ans reste dominé par les affections courantes telles que le paludisme avec une incidence de 146,34‰ en 2005, les infections respiratoires aiguës avec 112‰ en 2000, les pathologies néonatales avec 41‰ en 2000, les maladies diarrhéiques avec 27% en 2003, la malnutrition chronique avec 33,9% en 2006, la rougeole avec 4,8‰ en 2000 et le VIH/SIDA avec 11% en 2006 de dépistage de la transmission mère- enfant du VIH.

La morbidité en milieu scolaire est dominée par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires telles que, le paludisme (qui représente la première cause de consultation dans les Services de Santé Scolaire et Universitaire et

responsable de 40% d'absentéisme scolaire), les infections respiratoires aiguës, la tuberculose, les caries dentaires (70% d'élèves font une carie dentaire selon Ly et collaborateurs), les dermatoses et les maladies diarrhéiques, les parasitoses intestinales (50% 2006) des élèves du primaire selon la thèse du Dr Tardi, 2001). L'Etat nutritionnel des enfants en âge scolaire est caractérisé par les problèmes liés aux malnutritions protéino calorique et aux carences en iode, en fer et en Vitamine A (prévalence de l'hypovitaminose A modéré de 1% parmi les élèves-Rohner et al. 2007). A ces affections, il faut ajouter les troubles visuels avec une prévalence de 7,2% (PNSSU, 2007), le manque d'hygiène environnementale pour un ratio de 0,5 WC /classe et 0,08 urinoir/classe qui restent inférieurs à la norme (1 WC/1classe de 50 élèves et 1 urinoir/ 50 élèves). Les problèmes d'hygiène mentale liés à la toxicomanie (stupéfiants et autres) ont également fait leur apparition en milieu scolaire durant ces dernières années ; ils sont actuellement exacerbés par la crise militaro-politique que vit le pays depuis Septembre 2002.

1.3.1.3. Le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose

1.3.1.3.1. Le VIH/ Sida

Selon l'Enquête sur les Indicateurs du SIDA (EIS, 2005), la prévalence du VIH/SIDA est de 4,7%, avec une prévalence plus élevée chez les femmes (6,4%) que chez les hommes (2,9%). Les régions les plus touchées sont le Centre-Est (5.8%), le sud (5.5%) et la ville d'Abidjan (6.1%). La prévalence est plus élevée en milieu urbain (5.4%) qu'en milieu rural (4.1%). Le VIH/SIDA touche la tranche d'âge la plus des 15-49 ans avec un pic pour les 30-34 ans. Par ailleurs, l'épidémie en Côte d'Ivoire est caractérisée par la présence des deux virus : VIH 1 et VIH 2. Selon le rapport 2006 de l'ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA est estimé à 750.000 et le nombre d'orphelins à 450 000.

1.3.1.3.2. Le Paludisme

Le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire. En 2003 le Paludisme a constitué 57% des états morbides enregistrés dans les formations sanitaires. Il constitue le facteur principal de risque de mortalité maternelle et infantile. Chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, cette maladie représentait respectivement 42,67% et 42% des causes de consultation d'une part, 62,44% et 36,07% des causes d'hospitalisation d'autre part (Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 2003). Le paludisme représente 33% de toutes les causes de mortalité hospitalière. Il reste la première cause de mortalité chez les enfants. Dans la population des moins de 5 ans 63 000 décès sont enregistrés chaque année en milieu hospitalier.

1.3.1.3.3. La Tuberculose

Selon l'OMS en 2006, le nombre total de cas estimé de tuberculose en Cote d'Ivoire était de 70.220, soit une incidence de 393 cas pour 100.000 habitants. L'incidence de la forme à microscopie positive est de 169 cas pour 100.000 habitants. Cette forme, la plus contagieuse est celle qui pose un problème de santé publique. Toujours selon l'OMS, le nombre de décès liés à la maladie dans le pays est estimé en 2003 à 11.323 cas. Avec la coinfection du SIDA ce nombre est porté à 17.678 soit 6.355 cas de décès attribuables au VIH.

En 2006, le programme national de lutte contre la tuberculose a déclaré 21.204 cas pour toutes les formes de tuberculose et 12.964 cas pour les formes à frottis

positifs. Ceci donne une incidence respective des cas déclarés de 108 cas pour 100.000 habitants et de 66 cas pour 100.000 habitants. Depuis 2000, on constate une augmentation moyenne du taux de déclaration de 5% pour toutes les formes et de 3% pour les formes contagieuses.

1.3.1.4. les maladies émergentes ou ré émergentes et les maladies anciennes négligées

La Côte d'Ivoire est exposée comme partout dans le monde à l'avènement de nouveaux risques sanitaires et à la réémergence de certaines pathologies bien connues. L'apparition de certaines maladies anciennes par endroit témoigne du relâchement des mesures de prévention et de lutte.

1.3.1.4.1. Maladies émergentes ou ré-émergentes

Dès son apparition en Côte d'Ivoire, le VIH/Sida dont la prévalence a évolué de 10 % en 1994 à 4,7 % en 2005 (EIS-2005) a profondément modifié le faciès épidémiologique local. L'augmentation des cas de tuberculose qui lui est attribuable fait de la coinfection VIH/Tuberculose estimée à 45 % une nouvelle menace sanitaire pour les populations et pour le système de santé. L'ulcère de Buruli dont le nombre de cas est passé de 500 en 1994 à 25 000 en 2006 constitue un véritable problème de santé publique particulièrement dans les régions touchées avec les cas d'infirmité permanente enregistrés notamment chez des enfants d'âge scolaire. La grippe aviaire qui est apparue à l'échelle mondiale constitue une réelle menace pour les populations et un nouveau défi pour le système national de santé.

1.3.1.4.2. Maladies anciennes négligées

Le nombre de cas de dracunculose de 12 690 en 1992 et 469 en 1998, n'était plus que de 10 en 2005 et 5 en 2006. Avec la lèpre dont la prévalence en 2006 est estimée à 1 pour 10 mille, ces maladies anciennes en voie d'élimination ou d'éradication ne constituent plus un problème de santé publique. La syphilis et le pian sont en nette régression. D'autres maladies comme l'onchocercose avec une prévalence de 15 % en 2006 sont de nouveau préoccupantes avec une couverture thérapeutique de 20 % en deçà des normes admises. La prévalence de la trypanosomiase humaine africaine dans les foyers d'Aboisso, Bouaflé et Daloa est l'une des plus élevée en Afrique et les cas de bilharziose sont toujours dépistés.

1.3.1.5. Les maladies non transmissibles (HTA, Diabète, Cancers, Drépanocytose etc...)

Le diabète sucré qui est le chef de file des maladies métaboliques touche en Côte d'Ivoire, 5,7% de la population adulte. En milieu hospitalier 40 à 88 % des patients présentent au moins une complication évolutive. Par ailleurs les complications métaboliques aiguës (comas acidocétosique et hypoglycémique) et le pied diabétique sont encore très fréquents et grèvent ainsi le pronostic fonctionnel et vital de la maladie.

L'obésité ne semble pas encore représenter un problème préoccupant. Cependant elle s'associe au diabète dans 19 % des cas et ajoute ainsi ses effets délétères à ceux de la maladie diabétique. La conséquence en est l'accroissement du taux de complications cardio-vasculaires. Dans une étude

conduite en milieu professionnel, la prévalence de l'obésité était de 23,6% et celle du surpoids de 40,6 % .Une autre série intrahospitalière relative à l'association diabète et hyperlipidémies a montré que la prévalence globale de cette association morbide était de 47, 4%. La prise en charge de ces maladies chroniques est obérée par plusieurs contraintes parmi lesquelles la pénurie de personnels qualifiés reste la plus préoccupante.

L'analyse de la situation des maladies métaboliques fait apparaître nettement l'insuffisance des possibilités de prise en charge en regard d'une prévalence en pleine évolution.

Les données du registre du cancer d'Abidjan publié en 2000 ont montré que l'incidence du cancer chez la femme est de 87 pour 100.000 avec une prédominance des cancers du sein (24 pour 100.000) et les cancers du col de l'utérus (25 pour 100.000). L'incidence chez l'homme est légèrement inférieur (82 pour 100.000) avec une incidence élevée des cancers de la prostate (31 pour 100.000) et des cancers primitifs du foie (28 %). Les difficultés sont rencontrées dans la prise en charge des maladies cancéreuses notamment la vétusté des infrastructures d'accueil avec un seul service de cancérologie qui ne compte que 14 lits, auquel s'associe l'handicap majeur de l'absence de radiothérapie. En outre les médicaments antimétaboliques bien que disponibles pour la plupart à la pharmacie du CHU de Treichville et à la pharmacie de santé publique ne sont pas accessibles à la majorité des patients indigents à cause de leur coût. Au niveau de la prévention, il n'existe pas encore de politique mis en place au niveau de la Côte d'Ivoire.

1.3.1.6. Affections odonto-stomatologiques et maladies de la sphère

Les enquêtes nationales et régionales révèlent une forte prévalence de la carie dentaire, avec un taux de 62,4 % chez les enfants de 12 ans, 70,9 % chez les 15 ans et 89 % chez les 35-44 ans. En milieu scolaire, la carie dentaire est la deuxième cause d'absentéisme des élèves. En plus de la carie dentaire, on note la recrudescence des pathologies lourdes telles que le Noma, le Lymphome de Burkitt et les lésions buccales associées au VIH/Sida.

1.3.1.7. Cécité, malvoyance et incapacité visuelle

La prévalence de la cécité peut être estimée aujourd'hui en Côte d'Ivoire à 2 % de la population générale. Les maladies cécitantes sont nombreuses et d'importances variables. Les pathologies cécitantes peuvent être réparties en plusieurs groupes. Certaines sont évitables ou curables et constitueront les points d'intérêts des différentes entreprises de lutte contre la cécité. Ainsi, la cataracte représentant 1 % de la population provoque une cécité curable et totalement réversible à condition que la prise en charge soit réalisée avec un minimum de rigueur tant dans l'acquisition des équipements que dans la pratique de la chirurgie de la cataracte. Le glaucome se caractérise par sa prévalence beaucoup plus élevée par sa précocité survenant chez les sujets beaucoup plus jeunes que dans les pays plus développés provoquant ainsi la cécité chez de nombreux patients chez qui le dépistage précoce n'a pu se développer. Il en est ainsi pour de nombreuses pathologies cécitantes tel que le diabète, telles que les traumatismes, telles que les malvoyances chez les jeunes scolarisés mais aussi dans la rétinopathie diabétique et toutes les autres rétinopathies cécitantes.

Comment assurer une prise en charge efficace avec un personnel bien formé en nombre suffisant, un équipement adapté et performant permettant une prise en charge efficace, comment assurer l'accès aux soins oculaires de toutes les populations ivoiriennes. Comment mettre en adéquation l'offre du soin insuffisante aujourd'hui et la demande de plus en plus forte des populations démunies et déshéritées, privées de tout accès aux soins oculaires.

1.3.1.8. Les nouvelles menaces sanitaires (AVP, Alcool, Tabac, Drogues, Violences, malnutritions, etc...)

Les changements dans les modes de vie des populations tant urbaines que rurales ont favorisé l'apparition et l'augmentation des complications liées à la consommation de substances dangereuses comme l'alcool, le tabac et les drogues de tout genre. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire compte au nombre des pays de la sous-région où le nombre d'accidents de la voie publique est jugée élevée. La mortalité, les handicaps et séquelles consécutifs aux accidents de la voie publique se sont accrus ces dix dernières années, malgré un réseau routier relativement bon.

Les menaces environnementales ont pris un tournant dramatique avec les déversements au cours de l'année 2006 dans le district d'Abidjan de plusieurs centaines de tonnes de déchets hautement toxiques. A côté des constituants comme les produits soufrés (H₂S et mercaptans) ou les HAP (naphtalène, fluorène...) dont le risque CMR (Cancérogène-Mutagène-Reprotoxique) n'est pas documenté, la présence de benzène dans les déchets toxiques pourrait faire courir un risque leucémogène aux populations les plus exposées. La modélisation de la catastrophe faite selon les standards internationaux a permis d'estimer à plusieurs centaines de milliers les personnes ayant été exposées.

1.3.1.9. Situation en matière d'Hygiène publique, salubrité, gestion des déchets ménagers, industriels et médicaux, risques nosocomiaux, hygiène alimentaire.

La situation de l'hygiène générale et de la salubrité est devenue préoccupante aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. La mauvaise gestion des déchets ménagers, les dépôts sauvages d'ordures à travers les villes, la mauvaise utilisation des ouvrages d'assainissement de même que l'utilisation de la nature comme lieu de défécation, contribuent à l'éclosion de pathologies comme la fièvre typhoïde, les diarrhées, le paludisme et le choléra. La létalité du choléra était estimée en 2004 à 8,33% et en 2005 à 15,39%⁴. Concernant les ordures ménagères, ce sont environ 3.500.000 tonnes⁵ qui sont produites annuellement au niveau national.

Au niveau des établissements sanitaires, l'hygiène est défectueuse et la prévalence des infections nosocomiales est alarmante. Au Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, cette prévalence était estimée à 12%⁶ en 2002. En 2006, au service de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon, sur 164 patients comateux recensés, 132 décès seraient dus aux infections nosocomiales, soit 80,5%⁷. Concernant les déchets médicaux, ce sont 3 194 tonnes⁸ qui sont produits chaque année par les structures sanitaires publiques nationales.

⁴ Institut National d'Hygiène Publique, Service de Surveillance Epidémiologique, Rapport 2006.

⁵ Agence Nationale de l'Environnement, 2002.

⁶ Laboratoire de Bactériologie-Virologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Rapport 2002.

⁷ Service de Réanimation Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon, Rapport d'activités 2007.

⁸ Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires, 2005.

Les menaces à la consommation (la vente de denrées alimentaires non protégées et/ou à proximité des sources de pollution) quant à elles sont réelles et responsables de cas d'intoxication et de maladies, notamment de maladies diarrhéiques.

Les menaces environnementales ont pris un tournant dramatique avec les déversements au cours de l'année 2006 dans la capitale Abidjan et ses environs de plusieurs tonnes de déchets hautement toxiques. Les contaminations de personnes consécutives aux déversements des déchets toxiques et les complications au plan, individuel et collectif n'ont pas fini d'être élucidées.

1.3.1.10. Situation pharmaceutique, qualité des médicaments et marchés illicites

La Pharmacie de Santé Publique (PSP) qui a le monopole des importations du médicament connaît actuellement des difficultés à satisfaire les demandes du secteur d'Etat. Ces difficultés sont à la fois d'ordre structurel et conjoncturel. Les déficits dans les caisses de l'Etat et l'insuffisance du recouvrement des coûts ont conduit la PSP à cumulé des créances importantes auprès de fournisseurs qu'elle n'arrive plus à honorer entraînant de plus en plus le refus de satisfaction des commandes par ces fournisseurs. Ceci est aggravé par le fait que le Compte financier de cette Institution est difficile à mobiliser du fait qu'il soit situé au niveau du Trésor national. Tout ceci est à l'origine de certaines pénuries de médicaments notamment dans le nord, ouest et centre du pays où l'on a enregistré en 2007 des taux d'insatisfaction des commandes de 40%.

L'une des premières conséquences négative de cette situation est la circulation incontrôlée de médicaments de qualité douteuse, leur vente illicite et l'automédication. Ce sont de véritables fléaux qui sont nés et dont les conséquences sanitaires sont en nette progression, notamment les cas d'intoxication et d'insuffisance rénale due aux médicaments dangereux. Le phénomène des médicaments de rue qui est sans doute lié à une certaine inadéquation de l'offre dans un contexte de pauvreté généralisée et d'absence d'assurance-maladie généralisée constitue une menace à peine connue chez les populations. Les conséquences sanitaires qui en découlent viennent s'ajouter à la longue liste des menaces sanitaires qu'encourent les populations.

La politique du médicament essentiel souffre elle aussi de cette situation. Le générique n'est pas entré à proprement parlé dans la politique sanitaire.

Par ailleurs il a été constaté des difficultés notoires au niveau de la gestion des médicaments notamment au niveau des districts. La formation des pharmaciens et des Préparateurs gestionnaires de pharmacies mérite d'être réellement renforcée.

1.3.1.11. Accessibilité générale aux soins de santé

Malgré l'existence d'un réseau relativement dense de centres de santé, l'accessibilité aux soins et aux prestations sanitaires apparaît réduite pour certaines populations.

Dans les zones rurales, c'est surtout l'absence d'établissements sanitaires ou l'absence des services requis qui expliquent cette inaccessibilité. A noter que quand les structures sont présentes, ce sont les facteurs socioculturels qui

expliquent la faible utilisation des services. Dans les zones urbaines, l'inaccessibilité aux services de soins est surtout d'ordre financier en raison des nombreux facteurs qui déterminent l'utilisation des services de santé (coût du transport, absence de centre de premier contact, coûts des ordonnances). D'une manière générale l'inaccessibilité aux soins est surtout marquée pour les spécialités médicales comme l'odontostomatologie, l'otorhinolaryngologie et l'ophtalmologie.

Plus de 8000 tradipraticiens de santé (TPS) ont été recensés et regroupés par spécialité. Le recours à la médecine traditionnelle demeure encore une pratique courante. On estime que plus de 80% de la population ivoirienne a recours à la médecine et la pharmacopée traditionnelles pour ses besoins de santé. Le cadre réglementaire des établissements sanitaires privés prévoit les cabinets de médecine alternative dont les naturopathes, les herboristes, les diététiciens et les médecins traditionnels sont les animateurs malgré l'absence d'un cadre législatif autorisant ces professions.

1.3.1.12. Besoins sanitaires nés de la situation de guerre

La crise sociopolitique de septembre 2002 avait entraîné la partition du pays en 2 zones (une zone sous contrôle du gouvernement au sud et une autre sous contrôle de l'ex rébellion dans le nord, le centre et l'ouest). Cette situation a eu comme conséquences un dysfonctionnement du système de santé dans les zones de conflit, une baisse de la qualité de l'offre de services, une baisse de la fréquentation des services, une paralysie du système de suivi/évaluation qui a vu la complétude des rapports passer de 90% à 30% et l'insuffisance de coordination des interventions des partenaires nationaux et internationaux, une démotivation du personnel technique.

Environ 85% des 3500 personnels de santé avaient quitté leur poste, réduisant considérablement l'accès et la qualité des soins de santé, la plupart des formations sanitaires dans ces zones étant entre les mains de personnels peu qualifiés.

Au niveau de la population, l'accès limité aux soins de qualité avait entraîné l'accroissement des formes graves de paludisme, l'absence de prévention du paludisme chez les femmes enceintes contribuant ainsi à aggraver la mortalité maternelle et infantile. Devant ces dysfonctionnements assez importants du système de santé, plusieurs obstacles avaient entravé le bon fonctionnement des interventions de lutte contre le paludisme. Il s'agit de l'insuffisance de couverture des ESPC au niveau des zones de conflit, de la surcharge de travail des ESPC au niveau des zones de non conflit, de la faiblesse du système de suivi/évaluation coordonné par la DIPE, de la difficulté de mettre à l'échelle les services clés du programme de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose notamment en ce qui concerne la prise en charge des cas par du personnel formé, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, la promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticides dans les aires de santé.

En ce qui concerne la tuberculose, dans les centres situés dans les villes des anciennes zones de conflit les taux de létalité chez les nouveaux malades avaient dépassé les 10%. Parmi les facteurs aggravant de la maladie tuberculeuse, on pouvait citer le retard au diagnostic, lié d'une part à la fermeture de certaines structures sanitaires de base qui constituaient des portes d'entrée pour la sélection des cas suspects ; et d'autre part aux difficultés d'accès aux centres du

fait de l'insuffisance de moyens de déplacement, des tracasseries routières dues aux nombreux contrôles routiers, et de la baisse du pouvoir d'achat des populations. La désorganisation des services de santé avec la fermeture, la destruction des structures sanitaires et l'absence de personnels médical et para médical soignants constituaient tout autant des facteurs qui ont aggravé l'incidence de la tuberculose.

La production des denrées alimentaires a été interrompue dans certaines zones augmentant ainsi l'insécurité alimentaire de nombreuses populations. La violence, les déplacements de populations et les problèmes d'accès à la terre ont contribué à l'augmentation du taux de malnutrition. Ainsi, on a noté une dégradation de la situation nutritionnelle des enfants avec en plus de la malnutrition grave et une plus forte prévalence de la carence en vitamine A dans le Nord. En effet le statut nutritionnel se caractérise par une prévalence de la malnutrition nationale de 7.3%, avec des poches de fortes prévalences au Nord, Nord-Est et Nord-Ouest dont le seuil d'urgence internationalement reconnu de 10% est dépassé⁹. La malnutrition chronique au niveau national est passée de 20.8%¹ à 33.9%¹⁰. Quant à l'insuffisance pondérale, elle est passée de 17,2 %¹ à 20.2%².

L'accentuation de la pauvreté, le faible niveau d'éducation, les difficultés d'accès aux services de santé de base, la baisse continue du pouvoir d'achat des ménages et les incertitudes liées à la sécurité alimentaire constituent des causes fondamentales de l'aggravation de la faim et de la malnutrition, contribuant à rendre complexe la prise en charge adéquate de la malnutrition.

Cette crise a eu également pour conséquence une altération des indicateurs du PEV de routine. Les couvertures vaccinales nationales par antigène sont généralement inférieures à 80% sur la période de 2001 à 2005. Elles ont une tendance à la stagnation ou à la baisse, confirmée par les enquêtes des revues externes menées en 2001 et 2006. Entre ces deux années la baisse de couverture vaccinale observée est d'environ 8 points en moyenne par antigène. Les taux d'abandon entre la première et la troisième dose de DTC-HépB sont élevés passant de 22% en 2001 à 29% en 2005. Au niveau des indicateurs de performance des districts sanitaires, le pourcentage de districts avec une couverture vaccinale en DTC3 supérieure ou égale à 80% est passé de 13% en 2001 à 9% en 2005,. Celui des districts avec une couverture vaccinale en rougeole supérieure ou égale à 80% est passé de 13% à 9% pendant la même période.*

Au niveau de la surveillance épidémiologique, cette situation a affecté le système de notification. Certains districts sont restés sous silence. Les données de promptitude et de complétude ont chuté en 2002 pour remonter les années suivantes.

⁹ Enquête Nutrition Santé 2004

¹⁰ MICS 3 UNICEF 2006

Une résurgence des maladies évitables par la vaccination a été observée du fait de la crise. En effet, on a constaté une augmentation du nombre de cas suspect de rougeole (de 5842 en 2001 à 7633 en 2002), des cas confirmés de poliomyélite (de 0 en 2001 à 17 en 2004) et de tétanos maternel et néonatal (de 19 en 2001 à 31 en 2005).

Les activités de prise en charge des élèves et étudiants n'ont pu s'étendre à la totalité du territoire national. Sur les 47 CSUS/SSSU existants, seulement 30 sont restés fonctionnels et 17 totalement détruits. Le personnel a été redéployé, créant un dysfonctionnement de cette prise en charge et une forte demande de soins dans les CSUS/SSSU dans la zone sous contrôle gouvernementale.

1.3.2. Diagnostic au niveau de l'offre de soins et de services

1.3.2.1. Situation des ressources humaines pour la santé (gestion, formation initiale et formation continue)

Les ratios actuels de personnels de santé en Côte d'Ivoire se présentent comme suit : 1 médecin pour.....habitants, 1 pharmacien pourhabitants, 1 pharmacien pour.....habitants, 1 chirurgien-dentiste pour....habitants, 1 infirmier pour....habitants, 1 sage-femme pour.....habitants. *(Exactitude sur ces ratios en cours)*

Malgré l'importance numérique du personnel de santé en Côte d'Ivoire, l'offre en la matière demeure insatisfaisante. Il existe notamment des disparités dans la répartition de ce personnel avec une concentration au profit des régions du sud du pays, notamment à Abidjan. On observe par ailleurs un déficit pour les catégories du personnel infirmier, en particulier pour les sages-femmes. La situation de crise déclenchée en septembre 2002 a entraîné un exode massif du personnel de santé des zones nord, ouest et centre (CNO) vers les autres régions de la Côte d'Ivoire. Les inégalités de répartition, de même que les déficits se sont ainsi accrues au détriment des régions CNO.

La formation initiale du personnel de santé a connu deux évolutions essentielles : celle de la période coloniale axée essentiellement sur la formation de médecins, sages-femmes et infirmiers africains ; et celle de la période post-indépendance où viendra s'ajouter la formation des pharmaciens, des chirurgiens dentistes, des techniciens de santé, des administrateurs des services de santé, des aides soignants et des enseignants des sciences de la santé.

La Côte d'Ivoire compte 4 institutions de formation des cadres supérieurs de santé : 2 UFR de sciences médicales (UFR-SM), 1 UFR de sciences pharmaceutiques et biologiques (UFR-SPB) et 1 UFR d'odontostomatologie (UFR-OS). Une seule des UFR-SM (Bouaké) est localisée à l'intérieur du pays. La capacité de production moyenne annuelle des UFR-SM est de 322 médecins (avec, respectivement, 300 médecins formés par l'UFR/SMA et 22 par l'UFR-SMB), 60 pharmaciens par an pour l'UFR-SPB et de 22 chirurgiens-dentistes pour l'UFR-OS.

L'Institut National de Formation des agents de Santé (INFAS) et ses antennes (Bouaké et Korhogo), assure la formation initiale non seulement des infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat, mais encore celles des techniciens supérieurs de santé, infirmiers et sages femmes spécialistes et ingénieurs des techniques sanitaires. L'Institut National de Formation Sociale (INFS) assure, sous la tutelle du Ministère en charge de la Famille, de la Femme et des Affaires sociales, la

formation des assistants sociaux, des éducateurs préscolaires et des éducateurs spécialisés. La capacité moyenne annuelle de formation de l'INFAS est de 200 infirmiers, 150 sages-femmes, 90 infirmiers spécialistes et 70 techniciens de santé. La capacité moyenne annuelle de formation de l'INFS est de 210 assistants sociaux, 185 éducateurs préscolaires et 120 éducateurs spécialisés.

La formation continue est caractérisée par une multiplicité d'intervenants (ordres professionnels, Ministères, Institutions de formation, syndicats professionnels, etc.). En 2001, il a été créé au sein du Ministère de la santé une direction chargée entre autres de réorganiser la formation continue du personnel de santé.

1.3.2.2. Situation des infrastructures et des équipements sanitaires (couverture géographique et accessibilité...)

La Côte d'Ivoire compte pour le secteur public de 1591 ESPC dont 1470 CSR, 121 CSU, 100 CSUS, 15 FSU, 74 établissements sanitaires de première référence dont 54 HG, 17 CHR et 6 CHS et 9 établissements sanitaires de deuxième référence dont 4 CHU, 5 INS. On dénombre pour le secteur privé 653 officines de pharmacies, 813 cabinets de soins infirmiers, 27 CSUCOM, 175 centres et cabinets médicaux, 20 FSUCOM, 75 cliniques, 11 polycliniques, 21 laboratoires dont 1084 CSR, 245 CSU, 100 CSUS, 15 FSU, cabinets dentaires,

Pour rappel, la couverture en établissement de soins était estimée en 2000 à en Infrastructure sanitaire 1 ESPC pour 12 822 habitants, 1 maternité pour 14 000 femmes en âge de procréer, 1 lit d'hôpital pour 2890 habitants.

1.3.2.3. Situation pharmaceutiques et des intrants de prise en charge et de soins

Le secteur pharmaceutique public et privé a enregistré des progrès, notamment en termes d'expansion du réseau d'approvisionnement et du réseau de distribution. L'industrie pharmaceutique locale quant à elle demeure modeste avec moins de 10 % des besoins du marché. La Côte d'Ivoire a opté pour une politique de médicaments essentiels. Depuis la dévaluation du franc CFA en 1994 il existe une volonté politique forte d'accroître la part des médicaments génériques parmi les médicaments distribués. Afin d'améliorer l'accessibilité aux médicaments, des lois sur la déconditionnement et la substitutions des prescription ont été votées. Généralement les médicaments sont disponibles sur toute l'étendue du territoire national grâce au renforcement du dispositif de distribution de la pharmacie de la santé publique pour l'ensemble des établissements sanitaires publics et au réseau de distribution des grossistes-répartiteurs privés au nombre de trois pour plus de 653 officines de pharmacie.

L'Etat consent des efforts pour mettre gratuitement ou à des prix subventionnés à la disposition des populations un certain nombre de médicaments et produits (vaccins du PEV, médicaments antituberculeux, antiretroviraux, kits d'accouchement etc.). Par ailleurs, l'Etat et les organisations professionnelles ont engagé une lutte contre les médicaments de rue et la vente illicite des médicaments dans des circuits parallèles.

1.3.2.4. Offre de soins et prestations sanitaires diverses

L'offre de soins dans les établissements publics est généralement définie à travers un Paquet Minimum d'Activités (PMA) offert aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les établissements sanitaires privées quant à eux offrent,

suivant leur catégorie et leur spécialisation, des prestations diverses y compris dans le domaine des moyens diagnostics (imagerie et laboratoire).

Toutefois, afin d'agir efficacement sur l'amélioration de la situation épidémiologique et l'état de santé de la population, le Ministère en charge de la santé a mis en place une vingtaine de programmes de santé couvrant les maladies transmissibles et non transmissibles prioritaires. Ce sont

- le Programme National Elargi de Vaccination (PEV) ;
- le Programme National de Nutrition (PNN) ;
- le programme National de santé infantile (PNSI)
- le Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PNPEC) ;
- le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) ;
- le Programme National de Santé de la Reproduction et de Planification Familiale (PNSR/PF) ;
- le Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL) ;
- le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli ;
- le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) ;
- le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ;
- le Programme National d'Éradication du Ver de Guinée/ Eau et Assainissement (PNEVG/EA) ;
- le Programme National pour la Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)
- le Programme National de Lutte contre le Tabac, l'Alcool et la Drogue (PNLTAB) ;
- le Programme National de Santé Bucco-Dentaire (PNSBD) ;
- le Programme National de Prévention Intégrée et Contrôle des maladies non Transmissibles
- le programme National de Lutte contre le Cancer (PNLC),
- le programme national de prise en charge des maladies métaboliques;
- le programme national de lutte contre la cécité ;
- le programme national d'élimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine.
- le programme national de lutte contre la schistosomiase ,les géo helminthiases et la Filariose lymphatique
- le programme national de santé mentale.

1.3.2.5. Qualité des soins et des prestations

La qualité des soins et des prestations délivrés est un facteur déterminant de l'utilisation des services. Il s'agit d'une préoccupation constante qui a suscité de nombreuses initiatives. Cependant, force est de reconnaître que malgré tout la qualité des services offerts n'est pas à la mesure des exigences des bénéficiaires et des usagers des services publics de soins. Au nombre des facteurs incriminés on note la qualité de l'accueil, le comportement des personnels soignants et les prescriptions onéreuses. Le racket des patients et des parents accompagnateurs est devenue une réalité, notamment dans les centres hospitaliers.

1.3.2.6. Contrôle de Qualité des médicaments,

Afin de satisfaire la demande en médicaments à coûts abordables dans le secteur public de soins, la Côte d'Ivoire a développé une politique de médicaments essentiels. Ces médicaments sont disponibles partout sur le territoire national grâce au dispositif de distribution de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP). La

centrale d'achat s'approvisionne sur le marché international avec une tendance à la diversification des sources d'approvisionnement. Toutefois, le contrôle de qualité des médicaments apparaît comme une exigence qui pourrait garantir l'efficacité des prescriptions médicamenteuses et la prise en charge adéquate des cas de maladie. Les contrôles de qualité sont effectués au plan administratif en amont par la direction chargée de la pharmacie et du médicament et en aval au plan technique par le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP) et d'autres laboratoires de référence de la sous région après réalisation d'échantillonnages aléatoires sur les lots des médicaments réceptionnés. La qualité des médicaments distribués dans le secteur public est jugée généralement satisfaisante.

1.3.2.7. Sécurité transfusionnelle

La Côte dispose d'un potentiel technique adéquat en matière de sécurité transfusionnel. Le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) et ses antennes régionales, de même que les Banques de sang, assurent la production et la distribution du sang et des produits sanguins labiles sécurisés sur l'étendue du territoire. Les services de soins sont approvisionnés en produits sanguins labiles exclusivement par la production nationale. Cependant, la crise socio-politique affecte au système sécurité transfusionnel. Des efforts sont en cours pour garantir la sécurité transfusionnelle dans toutes ses composantes.

1.3.2.8. Promotion de la santé, éducation sanitaire

Les actions dans le domaine de la promotion de la santé et de l'éducation sanitaire sont pour l'heure timides dans l'ensemble. Elles sont essentiellement engagées au niveau des programmes spécifiques de santé dans le cadre des activités d'IEC ou de CCC. Depuis la suppression du service d'éducation sanitaire dans les années 1970, les tentatives pour la mise en œuvre d'un nouveau programme d'envergure dans le domaine de la promotion de la santé sont restées vaines, sans doute faute de moyens conséquents. Cependant on peut signaler la réalisation et la diffusion sporadique d'émissions télévisées ou radiodiffusées à caractère éducatif se rapportant à la santé. Une chaîne privée de radio de proximité basée à Abidjan s'est spécialisée dans la diffusion de messages à portée sanitaire. C'est surtout dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida que les messages d'éducation et de promotion de la santé ont été remarquables ces dernières années. Plusieurs films et des mises en scène bien connues du grand public portant sur la prévention du VIH/Sida sont disponibles auprès d'agence spécialisées comme PSI Internationale et Association Ivoirienne de Marketing Social (AIMS).

1.3.2.9. Situation de la Médecine traditionnelle et pharmacopée

Le Gouvernement a opté pour un rapprochement de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle suivant une démarche d'intégration progressive. Les initiatives allant dans ce sens se sont multipliées au cours de la décennie passée. Des réflexions ont été engagées en vue de concevoir un cadre législatif et réglementaire relatif à la pratique de la médecine traditionnelle et à la pharmacopée. La pratique de la médecine traditionnelle demeure encore dans l'informel. Un programme de médecine traditionnelle a été créé et mène des activités de recensement et de formation des tradipraticiens ainsi que la promotion des médicaments traditionnels en collaboration avec les associations de tradipraticiens. Cette dynamique ne s'est pas encore soldée par une

véritable contribution organisée et structurée de la médecine traditionnelle au système de santé ivoirien. Cependant l'offre de service dans le domaine de la pratique traditionnelle est partout présente, en milieu rural et aux abords des rues des grandes villes. Cette présence constitue pour beaucoup de ménages une alternative à la médecine moderne jugée onéreuse et parfois inaccessible.

1.3.2.10. Situation de la médecine du travail, de la médecine scolaire et de la médecine du sport

L'organisation de la médecine en milieu de travail est régie par des textes entrant dans le cadre de la convention collective interprofessionnelle. Cette médecine est surtout représentée par les structures sanitaires des grands groupes agro-industrielles et par les services sanitaires des grandes sociétés nationales comme la compagnie Ivoirienne d'Electricité (CIE).

La santé scolaire en milieu scolaire a toujours été une préoccupation du Gouvernement qui a mis en place depuis 1954 de 47 Services de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU). Ces structures visent à garantir une protection sanitaire en milieu scolaire compatible avec de bonnes conditions physiques et mentales d'apprentissage. Afin de promouvoir et dynamiser la santé scolaire, un programme national de santé scolaire et universitaire a été créé en 2001.

Quant à la médecine du sport, son développement n'est pas à la mesure de la pratique du sport et du nombre d'organisations sportives existantes dans le pays. Toutefois, le pays dispose d'un potentiel en terme de compétences et en terme d'opportunités de prise en charge médicale des sportifs de compétitions et de prise en charge des simples pratiquant de sport.

1.3.2.11. Médecines alternatives et autres pratiques de soins

L'offre de soins s'est diversifiée ces dernières années par l'ouverture de toute une gamme d'établissements sanitaires privés qui dispensent des soins de médecine, dites de médecines alternatives. Favorable à la diversification de l'offre de soins, le Gouvernement s'est montré ouvert à ces nouvelles pratiques tout en assurant sa mission de protection de la santé des populations. En effet, il se pose le problème de la codification, de l'identification et de la reconnaissance des prestations de médecine alternative.

1.3.2.12. Secteur privé sanitaire lucratif et non lucratif

Le secteur sanitaire privé lucratif connaît un développement accéléré, notamment dans les grandes villes du pays. Ce développement est surtout remarquable pour les infirmeries privées dont le nombre avoisine 813. Les 175 centres et cabinets médicaux, les 75 cliniques et 11 polycliniques surtout concentrées à Abidjan proposent des plateaux techniques de plus en plus spécialisés avec notamment un développement impressionnant de l'imagerie médicale y compris l'IRM. Ces établissements contribuent à l'accroissement de l'offre de soins, mais restent relativement inaccessibles financièrement au plus grand nombre. Le secteur privé non lucratif initialement représenté par les établissements et hôpitaux confessionnels a connu également un développement prodigieux avec l'avènement de centres de santé et formations sanitaires à base communautaires. On assiste par ailleurs à un développement d'établissements sanitaires de type privé à l'initiative des organisations non gouvernementales.

1.3.2.13. Contribution et rôle des associations et organisations non gouvernementales

Le mouvement associatif à visée sanitaire a connu un développement remarquable sous l'impulsion du Ministère de la santé et des agences d'aide au développement. Ces associations et organisations non gouvernementales apparaissent comme de nouveaux acteurs et partenaires du système de santé dont la complémentarité est appréciée à sa juste valeur. On dénombre à ce jour plus d'une centaine d'organisations non gouvernementales locales œuvrant dans le domaine de la santé. Celles-ci interviennent aussi bien dans les grandes villes que dans les zones rurales. Leur domaine d'intervention de prédilection demeure la lutte contre le VIH/Sida. Les interventions de ces organisations non gouvernementales sont soutenues financièrement et techniquement aussi bien par l'Etat que par les partenaires au développement.

1.3.2.14. Organismes assureurs et couverture du risque maladie

En l'absence d'un système d'assurance maladie généralisée égalitaire, Il existe en Côte d'Ivoire une multitude de mécanismes et de dispositifs de couverture médicale complète ou partielle, en général au profit des employés et de leurs familles, des membres des organisations professionnelles ou des membres d'organisations communautaires. C'est le cas de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MUGEFCI), du Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) et d'autres fonds similaires. Certaines organisations professionnelles ou collectivités organisées assurent leur couverture médicale dans le cadre de conventions avec les organismes assureurs existants. Il s'est développé récemment des systèmes de couverture médicale impliquant à la fois des organismes assureurs et des prestataires de services. Le Gouvernement s'active, pour sa part, à rendre opérationnelle l'assurance maladie universelle (AMU) qui devrait assurer une couverture médicale à l'ensemble des populations.

1.3.2.15. Recherche médicale

La recherche médicale s'inscrit dans le cadre globale de la recherche scientifique nationale. La Côte d'Ivoire dispose d'un potentiel considérable en matière de recherche, notamment son potentiel d'enseignants-chercheurs et un potentiel d'infrastructures de recherche, équipements et logistique de qualité adéquate. Plusieurs institutions de recherche sont opérationnelles. Il s'agit de l'Institut National de Santé Publique (INSP) ; de l'Institut National d'Hygiène Publique ((INHP) ; l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) ; de l'Institut Pierre Richet de Bouaké (IPR) ; du Projet de Recherches Cliniques sur la Trypanosomiase de Daloa (PRCT) ; du Centre d'Entomologie Médicale et vétérinaire de Bouaké (CEMV) ; de l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé (IRF) ; de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA) ; du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) ; du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et du CRESARCI. Des structures de recherche de niveau international (Retro-ci, centre Suisse, PACCI..) viennent compléter ce dispositif. Plusieurs résultats de recherche médicale ont permis de développer des stratégies idoines pour la lutte contre certaines pathologies. C'est le cas de la recherche clinique sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida. Plusieurs autres domaines sanitaires sont crédités de résultats de recherche à impact direct sur la santé des populations.

1.3.2.16. Situation de la recherche pharmaceutique

Les potentialités de recherche pharmaceutiques sont réelles en Côte d'Ivoire comme l'atteste les travaux des chercheurs des différentes unités de formation et de recherche concernées (UFR des sciences naturelles, UFR des sciences pharmaceutiques et Biologiques, UFR des sciences médicales). Cette recherche est principalement orientée essentiellement vers la découverte et la mise au point de formules médicamenteuses actives sur les principaux problèmes de santé que sont le paludisme, le diabète, l'hypertension artérielle et les infections. Un DEA de conception de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle a été créé depuis plusieurs années et permet la formation de spécialiste dans ce domaine.

1.3.2.17. Gestion des aspects sanitaires des crises humanitaires

La gestion des crises humanitaires est de part leur nature multisectorielle. Par le passé, le secteur de la santé a pu démontrer sa capacité à se mobiliser face aux situations d'urgence ou de crises sanitaires. Les graves événements survenus dans le pays ces dernières années, et plus récemment la gestion médiatique des cas d'intoxication massive consécutives au déversement de déchets toxiques ont été de véritables tests d'évaluation de la capacité d'intervention et de prise en charge des services sanitaires publics. D'une manière générale, le dispositif sanitaire a su offrir les prestations requises et limiter dans une certaine proportion les effets négatifs de ces crises sanitaires. L'absence de centre anti-poison et de laboratoire bien équipés pour la toxicologie de l'environnement et la toxicologie d'urgence a cependant constitué un handicap à corriger à l'avenir. L'appropriation en cours du nouveau règlement sanitaire international constituera également un atout.

1.3.3. Diagnostic au niveau de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion du système de santé

1.3.3.1. Situation institutionnelle et réglementaire

Au plan institutionnel et réglementaire, le secteur de la santé a hérité de la colonisation les textes de base de son code de santé publique notamment en ce qui concerne le monopole pharmaceutique et la définition du médicament. D'autres textes intervenus après l'indépendance ont enrichi ce dispositif et permis globalement le fonctionnement du système de santé. Toutefois, ces textes demandent dans bien des cas à être actualisés lorsqu'ils ne sont pas inexistantes pour tenir compte des évolutions observées au niveau du secteur. Il s'agit principalement des textes d'organisation des ordres professionnels et de certaines professions y compris la médecine traditionnelle, de l'exercice de la biologie médicale, de la transfusion sanguine etc. Ces préoccupations pourraient être fédérées par l'élaboration et l'adoption d'un code de la santé publique à l'instar d'autres secteurs comme l'eau, l'environnement, la famille etc...

1.3.3.2. Situation organisationnelle et gestionnaire du secteur

Au niveau organisationnel, le Ministère de la santé a connu de nombreux changements à sa tête, et ceci à des intervalles de temps très rapprochés. Cette situation s'est traduite par des réorganisations successives avec pour conséquences une instabilité institutionnelle et de fréquents changements à la tête des directions et services du Ministère. La gestion globale du secteur reste marquée par des difficultés à tous les niveaux avec une sous performance généralisée. La gestion des ressources humaines connaît des difficultés allant de la mauvaise maîtrise des effectifs à une utilisation peu rationnelle desdites

ressources. La gestion des infrastructures et des équipements reste confronté aux récurrentes problématiques de l'entretien, de la maintenance, du rééquipement et de la réhabilitation. Sur le plan de la gestion financière, la faiblesse des outils de gestion et le manque de supervision et de contrôle sont devenus des constantes qui font douter de l'observance des règles de gestion et de l'intégrité requises dans l'utilisation des ressources financières du secteur. Au niveau des unités de soins, l'on observe que le système n'est pas encore parvenu à mettre en place de véritables services de santé de base intégrés et offrant la gamme d'activités conformément au Paquet Minimum d'Activités.

1.3.3.3. Situation au niveau du fonctionnement des services

Le fonctionnement des services, notamment les services de dispensation de soins se caractérisent par des insuffisances allant de la simple absence du petit matériel nécessaire à la fermeture pure et simple de certains services devenus obsolètes et non fonctionnels. Les services centraux du Ministère et les services déconcentrés sont également confrontés à des difficultés et des dysfonctionnements allant de la pénurie des matériels informatiques et bureautiques à la pénurie de personnels qualifiés. Il en est de même pour établissements publics nationaux, qui pour la plupart, ne parviennent pas à optimiser leur fonctionnement malgré leur statut de relative autonomie de gestion. Généralement, les services publics de soins fonctionnent assez mal et se trouvent dans une situation quasi permanente de sous performance. A ces constats s'ajoute les difficultés de fonctionnement des hôpitaux, notamment les hôpitaux tertiaires. La dernière réforme hospitalière à ce niveau ne semble pas avoir résolu la problématique de la sous performance de ces hôpitaux.

1.3.3.4. Situation en matière de planification, outils de gestion

Pour les besoins de la planification, plusieurs outils ont été développés au cours des dix dernières années avec plus ou moins de réussite. Le Système d'Information et de Gestion (SIG) produit une compilation mensuelle des données de morbidité. Un rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) est produit à partir des dites données. La dernière production du RASS concerne l'année 2000. Un projet de confection d'une carte sanitaire a été lancé en 1994 et n'a toujours pas abouti à la mise à disposition d'une carte sanitaire finalisée et utilisable aux fins de prises de décisions. Les difficultés du SIG se sont accrues avec la crise sociopolitique du fait de la partition du pays.

Jusqu'à très récemment, était élaboré annuellement un plan d'actions stratégique reprenant les plans d'actions des directions et services du Ministère de la santé. Cet exercice a été interrompu. Des tentatives visant l'élaboration de plans de développement sanitaire pluriannuels au niveau des régions et des districts sanitaires se sont avérées infructueuses pour diverses raisons. Globalement, les exercices de planification entrepris ne découlent généralement pas d'une analyse conséquente des données. L'hypothétique disponibilité des ressources pour la mise en œuvre des plans rend parfois l'exercice inutile aux yeux des responsables; surtout qu'aucun mécanisme de suivi et d'évaluation n'est entrepris systématiquement. Afin d'élargir le champ de la planification à la planification stratégique, et à l'analyse prospective, il a été récemment créé un nouveau service chargé de la prospective et de la stratégie globale du secteur.

1.3.3.5. Situation en matière de surveillance épidémiologique, système d'alerte précoce

Un réseau pour la surveillance épidémiologique et pour l'opérationnalisation d'un système d'alerte précoce a été développé, notamment pour les maladies à potentiel épidémique comme la fièvre jaune et la méningite et les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination. L'institut National d'Hygiène Publique assure la coordination et le leadership en matière de surveillance épidémiologique et le système d'alerte précoce. Cependant, les réflexions engagées depuis plusieurs années pour la définition d'une politique nationale de surveillance épidémiologique n'ont pas encore abouti à une proposition définitive.

1.3.3.6. Situation organisationnelle en rapport avec la décentralisation territoriale

La mise en œuvre de la politique de décentralisation engagée par le Gouvernement implique des changements institutionnels tant au niveau central qu'au niveau déconcentré de l'administration sanitaire suivant la répartition des compétences entre l'Etat d'une part et les entités décentralisées d'autre part. Toutefois, ces changements ne devraient intervenir qu'après la prise des décrets spécifiques d'application de la loi sur la décentralisation. La préparation de ces décrets a donné lieu à des concertations récentes entre le Ministère de la santé et les services de la Direction de l'administration territoriale. Pour l'heure, il est observé un certain nombre de dysfonctionnements consécutifs au transfert effectif des ressources financières destinées aux investissements au profit des entités décentralisées. Cette situation n'est pas sans conséquence sur la politique de réhabilitation et de rééquipement des établissements sanitaires.

La mise en œuvre de la politique de décentralisation engagée par le gouvernement implique des changements institutionnels et organisationnels importants tant au niveau central que déconcentré de l'administration sanitaire du fait des implications de la loi portant transfert et répartition des compétences aux CT.

Les dysfonctionnements observés sont consécutifs au fait que les textes subséquents d'application de la loi ne sont pas encore adoptés même si on relève à ce jour que les d'élaboration des textes les plus importants, notamment le décret d'application de la loi, sont déjà achevés après des concertations suivi de consensus entre le MSHP, le MI et les collectivités via leurs faïtières (UVUCOCI, ADDCI).

Par ailleurs, on note les mécanismes harmonisation des actions entre les collectivités territoriales et les SE du MSHP, notamment les rencontres d'échanges prévus et la charte fonctionnelle de collaboration formelle ne sont pas encore établis.

En conséquence de ses dysfonctionnements, les ressources financières destinées aux investissements, aux rééquipements des établissements sanitaires et l'entretien des plateaux techniques sont mal utilisées et entraîne un dysfonctionnement dans la politique de réhabilitation et de rééquipement.

1.3.3.7. Situation des ressources financières

Le financement du secteur de la santé en Côte d'Ivoire est principalement assuré par l'Etat et accessoirement par les communautés et les partenaires au développement. L'intervention de l'Etat cible en grande partie le fonctionnement du système de santé alors que les autres sources de financement sont concentrées sur l'investissement. Sur la période de 2000 à 2006, les ressources

allouées par l'Etat au ministère de la santé sont de l'ordre de 80 milliards de FCFA par année dont près de 80 % proviennent des recettes. Ce budget est inégalement reparti entre le fonctionnement et les investissements.

Le fonctionnement à lui seul représente en moyenne 75 % du budget (60 milliards) contre 25 % (20 milliards) pour les investissements sur la période allant de 2000 à 2006 avec un taux plus élevé en 2005, où il a atteint un taux de 84,78 %. La part réservée aux salaires dans ce fonctionnement est de 40 %. Mais cette part est sous-estimée en raison de la configuration du budget de l'Etat.

Le financement de la santé repose essentiellement sur l'Etat. Sur la période allant de 2000 à 2006, la participation de l'Etat au financement du Ministère de la santé a représenté plus de 90% du financement global tandis que la participation des bailleurs ne représentait que 7,5% et celle des ménages à 1%. En ce qui concerne le montant du recouvrement des coûts des actes de santé, celui est en baisse par rapport à celui-ci des années antérieures à la crise en raison de ce que les redevances ne pouvaient pas être perçues sur l'intégralité du territoire.

1.3.3.8. Situation de la coopération technique, du partenariat et de coordination des intervenants et des interventions

A différence de la coopération financière qui a été ralentie en raison de la crise sociopolitique que traverse le pays, la coopération technique n'a pas connu d'interruption sauf pour certaines agences. La coopération avec les agences du système des Nations-Unies (OMS, ONUSIDA, UNICEF, FNUAP) s'est poursuivi sans entrave. Certaines agences de coopération bilatérale (Etats-Unis, Belgique) ont poursuivi leur aide dans le cadre de projets ou d'intervention spécifiques, notamment dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida. Plusieurs partenaires techniques agissant dans le cadre du PEPFAR ont fait leur apparition ces dernières années dans le secteur de la santé. Il s'agit soit d'ONG américaine, soit de cabinets spécialisés dans divers domaines de la lutte contre le VIH/Sida (Prise en charge thérapeutique, système d'information, approvisionnement en médicaments et intrants stratégiques, formation, renforcement des capacités, sécurité transfusionnelle, sécurité des injections etc...).

1.3.3.9. Situation de la multisectorialité

Bien que constamment prônée et inscrite au titre des stratégies de bon nombre d'interventions de santé, l'approche de la multisectorialité ne se traduit pas toujours par la mise en œuvre d'actions complémentaires et synergiques dans la résolution des problèmes de santé. Il s'agit pour l'heure d'une volonté partagée, mais peu réalisée sur le terrain pour bon nombre d'interventions de santé. Il s'est développé récemment dans le domaine de la lutte contre la VIH/Sida, une stratégie de multisectorialité avec la participation des différents secteurs à la lutte contre la pandémie. Plusieurs plans sectoriels ont été élaborés. Des comités sectoriels et des cellules focales ont été mis en place au niveau de plusieurs secteurs de l'économie nationale. Cette volonté d'élargir les interventions avec la participation des différents secteurs agissant simultanément est à la mesure de la problématique du VIH/ Sida.

1.3.3.10. Situation de la gestion globale du secteur

La gestion globale du secteur a été marquée ces dernières années par une instabilité institutionnelle, une instabilité organisationnelle et par une inefficience

des principaux outils de gestion que sont le SIG, la Carte sanitaire, le système de surveillance épidémiologique, le dispositif de gestion des ressources humaines, le dispositif de entretien et de maintenance des équipements et des infrastructures, le dispositif de recouvrement des coûts des actes de santé. Les retards observés dans la mise en place des budgets de l'Etat et des crédits délégués de même que les difficultés d'exécution du budget liées aux contraintes du SIGFIP en rajoute aux insuffisances gestionnaires du secteur. Au niveau opérationnel, les comités de gestion des établissements sanitaires sont peu fonctionnels et n'apportent qu'une faible contribution à la gestion des structures. Enfin, la démobilisation des équipes des directions régionales et des districts sanitaires au décours de la crise sociopolitique a accru les difficultés de gestion du secteur.

Au niveau de la gestion financière, les circuits et les procédures de la dépense au sein du Ministère ont subi des changements avec l'avènement de l'unification du budget et la mise en place du Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) en 1998. Ainsi, au sein de la Direction chargée des affaires financières, la bipolarisation classique sous-direction du budget de fonctionnement et sous-direction du budget d'investissement a fait place dès l'année 2000 à une structuration de la DAF plus conforme au nouveau circuit de la dépense et plus adaptée aux procédures du SIGFIP (sous-direction du budget, sous-direction de la passation des marchés, sous-direction du recouvrement et des ressources propres, sous-direction du suivi des appuis extérieurs).

La DAF s'est dotée de moyens informatiques et humains pour faire face au traitement des dossiers d'engagement dans le SIGFIP devenus de plus en plus nombreux. De plus, l'institutionnalisation du processus de Revue des Dépenses Publiques recommandé par la dernière revue des dépenses publiques a été prise en compte avec la création récente d'une sous direction des études économiques chargée d'engager les réflexions en de l'amélioration des performances des dépenses de santé et de l'accroissement de la productivité du secteur.

1.3.3.11. Recherche opérationnelle sur le développement du système de santé

Globalement, très peu de recherches opérationnelles sur le système de santé sont réalisées, notamment au niveau des districts sanitaires où le besoin en la matière est manifeste. Il en est de même au niveau des programmes prioritaires de santé où l'application des stratégies de lutte requiert de plus en plus une meilleure compréhension de la dynamique communautaire des interventions de santé. Par ailleurs, il n'existe pas à ce jour de sites pilotes permettant de développer des thèmes de recherche opérationnelle. Les districts pilotes érigés dans le cadre du PDSSI (Tiassalé et Guiglo), et qui devraient permettre de développer les meilleures pratiques en matière de planification et de délivrance du Paquet Minimum d'Activités n'ont pu atteindre cet objectif. On note toutefois des acquis de recherche de type opérationnel dans certains domaines comme ceux de la lutte contre la trypanosomiase, la lutte contre l'onchocercose, la lutte contre la tuberculose, la lutte contre la lèpre et la lutte contre le VIH/Sida.

1.3.4. Problématiques et défis à relever

Malgré certains progrès enregistrés globalement dans les orientations de la politique nationale de santé, et malgré quelques avancées enregistrées dans le domaine de la prévention, de la lutte contre la maladie et dans le domaine de la prise en charge thérapeutique de certaines pathologies, le système de santé ivoirien connaît des difficultés de développement liées à une conjonction de facteurs internes et externes. Ces facteurs constituent pour certains d'entre eux de véritables défis, aussi bien pour les Gouvernants que pour les acteurs et bénéficiaires du système de santé.

En effet d'une part, la situation épidémiologique demeure préoccupante avec la persistance des maladies infectieuses et parasitaires, l'accroissement de certaines pathologies liées aux changements dans les modes de vie et l'émergence de nouvelles menaces sanitaires. Et d'autre part, l'on observe la persistance de dysfonctionnements organisationnels et gestionnaires responsables d'une sous performance globale du système. Ces dysfonctionnements s'opèrent sur une toile de fond d'un sous financement du secteur qui est aggravé par la crise économique que traverse le pays et qui s'est compliquée par les effets de la crise sociopolitique.

Les défis s'adressent en première ligne à (i) l'adaptation et au renforcement du cadre institutionnel du secteur, (ii) à l'ajustement des ressources aux besoins évolutifs du système de santé, (iii) au financement secteur, (iii) au renforcement de l'accessibilité aux soins et la quête de la qualité des prestations et de l'accroissement de la performance des services, (iv) à la maîtrise des stratégies de lutte contre les maladies les plus importantes ainsi que la maîtrise des risques sanitaires, (v) à l'inversion des tendances en matière d'hygiène et (vi) au développement de la recherche en santé et à l'utilisation des résultats desdites recherche.

Les autres défis concernent (i) la normalisation de la situation dans les zones CNO et le rétablissement de l'intégrité du dispositif sanitaire dans ces zones, (ii) la décentralisation du système de santé basé sur le district sanitaire comme unité de base opérationnelle du système et (iii) Le renforcement de la participation communautaire à la gestion et au financement des services et (V) le maintien d'un niveau adéquat de coopération et de partenariat technique et financier pour la santé.

1.3.4.1. Cadre institutionnel

La configuration du système de santé est avant tout la traduction et l'application effective des dispositions législatives et réglementaires conformément aux choix systémiques adoptés. Bien entendu, ces dispositions législatives et réglementaires ne sont efficaces que si elles sont envisagées et appliquées dans un environnement global où l'autorité de l'Etat et le respect des textes en vigueur par les acteurs ne fait pas défaut.

D'une manière générale, le système de santé ivoirien présente des faiblesses au plan législatif, réglementaire et institutionnel. Ces faiblesses se traduisent par une certaine anarchie dans l'offre de soins (foisonnement de structures sanitaires illégales, vente de médicaments illicites dans les rues; pratiques médicales illégales, dysfonctionnements au sein des organisations professionnelles, ...), une instabilité institutionnelle récurrente et des orientations politiques fluctuantes et changeantes au gré des Gouvernements successifs. La problématique ici concerne l'inexistence d'une loi d'orientation sur la santé publique, l'absence d'un code de la santé publique, et la faiblesse des mesures de coercition.

1.3.4.2. Les Ressources

La problématique des ressources, toutes confondues, est sans aucun doute la problématique la plus complexe du secteur. Qu'il s'agisse des ressources humaines pour la santé, des ressources financières nécessaires au fonctionnement courant des services, ou des ressources financières requises pour assurer le développement des infrastructures et des équipements, on observe dans tous les cas les mêmes difficultés qui sont liées à la pénurie des financements. Cette problématique est une contrainte majeure au développement d'un système de santé efficace.

1.3.4.2.1. Les Ressources humaines

La contrainte majeure à la formation et au recrutement des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire est avant tout d'ordre budgétaire. Les restrictions budgétaires imposées dans le cadre des programmes d'ajustement structurel n'ont pas permis d'accroître, aussi bien la capacité de formation des agents de santé, que les quotas annuels de recrutement. Ce qui a accru les déficits d'année en année. Les déficits sont plus considérables pour les personnels infirmiers, notamment les sages-femmes. Par ailleurs, le cadre institutionnel se caractérise par une absence de textes réglementaires régulant les rapports entre les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, principales tutelles de ces institutions. Ces ressources humaines sont cependant démotivées par des conditions de travail peu valorisantes.

1.3.4.2.2. Le financement de la santé (couverture du risque maladie)

Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire connaît une situation de sous financement perpétuel. Ce sous financement s'explique en partie par la faiblesse des flux financiers drainés au profit du secteur, notamment les allocations budgétaires étatiques, et d'autre part par la faiblesse des flux financiers générés par le secteur lui-même. Au centre de cette problématique se trouve la question des allocations budgétaires des secteurs sociaux comme celui de la santé et la question du développement d'un système de couverture du risque maladie.

La répartition du budget de l'Etat constitue une faiblesse en ce qu'elle ne tient pas compte des nombreux besoins d'investissement exprimés. En effet la plus part des infrastructures sanitaires sont dans un état de dégradation et d'obsolescence assez poussé et leur rénovation et/ou réhabilitation n'est pas systématique en raison des faibles des ressources allouées à l'investissement (seulement 25%). De plus la participation de l'Etat reste encore insuffisante. Car, proportionnellement au budget de l'Etat, la part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat de 2000 à 2006 ne représente en moyenne que 5% du budget global. Ce qui reste en deçà des engagements pris par l'Etat de Côte d'Ivoire au niveau international. En effet, lors du Sommet d'Abuja en 2001, les Chefs d'Etat africains ont pris l'engagement d'accorder désormais 15% du budget de l'Etat à la santé. La Côte d'Ivoire, en raison de la crise qui l'a secoué, reste pour l'heure loin de remplir cet engagement.

1.3.4.2.3. les Infrastructures et les équipements

Les programmes de réhabilitation et de rééquipement engagés il y a une quinzaine d'années dans le cadre des projets 7^{ème} FED, BAD, KFW et Japon

avaient permis une mise à niveau d'une grande partie des infrastructures à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces programmes avaient mobilisé d'importantes ressources financières au titre des partenaires au développement et au titre du budget spécial d'investissements et d'équipements (BSIE). Les montants ainsi engagés dépassaient les 100. Milliards de F.CFA. Cet ordre de grandeur donne une indication sur les efforts à consentir à nouveau plus de dix années après l'achèvement de ces programmes. Ces besoins d'investissements prennent une autre dimension si l'on incorpore les besoins d'investissements post-conflit.

1.3.4.3. l'accessibilité aux soins de qualité et la disponibilité des services de qualité

La problématique de l'accessibilité aux soins et celle de la disponibilité de la gamme de services prestés détermine pour une bonne part le niveau d'utilisation des services de santé par les populations ivoiriennes. Malgré l'existence d'un réseau dense d'établissements de soins et la volonté pour les autorités sanitaires d'offrir aux différents niveaux de la pyramide sanitaire un paquet minimum d'activités prenant en compte les besoins essentiels des populations, force est d'admettre qu'une frange importante de la population n'a accès aux services de santé. Cette inaccessibilité est tantôt géographique en raison de la persistance sur le territoire national des zones de silence sanitaire. Elle est parfois financière en raison de la paupérisation grandissante, notamment en milieu rural défavorisé et en milieu périurbain où existent de véritables poches de pauvreté. Enfin, la question de l'accessibilité géographique aux services publics de soins prend un autre caractère dans les grands pôles urbains comme à Abidjan où les ratios établissements de soins/populations sont très défavorables. En ce qui concerne la disponibilité des services, le constat est que certains services et prestations essentiels font défaut, notamment les services d'immunisation, les services de santé de la reproduction et les services de VIH/Sida comme la PTME. Ce déficit en services et prestations essentiels concerne également le secteur privé sanitaire où les activités prestées sont déterminées par la clientèle et par la recherche tout à fait légitime du profit.

1.3.4.4. La politique du médicament et accessibilité aux médicaments

Le secteur pharmaceutique privé commercial ne favorise pas l'accès financier aux médicaments essentiels ou non essentiels pour la majorité de la population, qui est rurale. Il est observé une prépondérance de la distribution des médicaments de marque pour lesquels l'inaccessibilité financière constitue un problème pour les populations dont les ressources se sont amenuisées. Les principales conséquences du coût élevé des ordonnances sont l'automédication, les achats différés tardifs ou partiels des ordonnances, le renoncement pur et simple à l'achat de l'ordonnance, le recours aux plantes médicinales. Les conséquences de l'automédication sont nombreuses et se traduisent par les accidents médicamenteux, la réémergence de pathologies éradiquées et surtout le développement des résistances aux antibiotiques et plus récemment aux antipaludiques.

Au niveau du secteur public il est a été identifié (i) les retards de paiement des fournisseurs qui a pour conséquence à court terme les ruptures et à moyen terme une augmentation des prix des médicaments et des fournitures en raison de l'étroitesse du marché, (ii) une faible sollicitation des fournisseurs locaux de médicaments par le Grossiste du secteur public qu'est la PSP, (iii) les délais de

rupture trop longs à la PSP et dans les formations sanitaires publiques qui imposent aux malades le recours au secteur privé.

D'une manière générale les problèmes identifiés dans le domaine pharmaceutique et de l'accessibilité aux médicaments sont (i) a faiblesse de la pratique de la prescription rationnelle de médicaments essentiels ainsi que l'absence d'un conseil rationnel à l'officine par le Pharmacien, (ii) l'absence de l'implication du contrôle et du suivi de la qualité des médicaments par l'autorité de réglementation aussi bien dans le secteur public que privé, la faiblesse de l'inspection pharmaceutique en raison de l'inexistence d'un Corps de Pharmaciens Inspecteurs formés et assermentés, le taux encore trop faible des droits d'enregistrement exigés par la DPM pour l'enregistrement des médicaments alors que tous les pays de la sous région francophone perçoivent au minimum 250.000 F.CFA par forme et dosage, la faiblesse de la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne malgré l'existence d'un document cadre de politique de valorisation de la médecine traditionnelle.

1.3.4.5. La performance et la qualité des services de santé

La crédibilité d'un système de santé tient avant tout à sa performance et à la qualité des services offerts aux bénéficiaires et clients. Cette performance est analysée globalement suivant les résultats généraux obtenus et suivant la satisfaction des utilisateurs et des prestataires. De ce point de vue, il n'est pas exagéré de considérer que le système de santé ivoirien est globalement peu performant. Les causes de cette faiblesse sont nombreuses. Elles tiennent moins à la qualité des ressources humaines. Ce qui pourrait être en cause est sans doute peut être lié à la nature et la qualité du dispositif de production de soins, aux mécanismes de financement du secteur et aux modalités de gestion du secteur.

1.3.4.6. La problématique du fonctionnement des services extérieurs

Les missions assignées aux services extérieurs sont la promotion de la politique nationale de santé, la coordination de l'activité sanitaire, l'encadrement et l'appui technique aux services de santé et l'assistance aux collectivités territoriales dans le cadre du transfert des compétences en matière de santé et d'hygiène publique de l'Etat à ces entités. La problématique du fonctionnement des services extérieurs (directions régionales, directions départementales, établissements sanitaires) se caractérise essentiellement par l'insuffisance de la production et de la qualité des services et prestations sanitaires d'une part et par l'insuffisance des résultats et performances de ces services d'autre part.

Cette problématique est liée à des dysfonctionnements à plusieurs niveaux de ces services (i) l'absence d'une définition appropriée de ces services mais aussi une installation inadéquate (infrastructures, locaux) de la majorité de ces services, (ii) l'absence d'une organisation et d'un mode de fonctionnement cohérents et susceptibles de favoriser le plein accomplissement des missions et programmes d'activités dévolus à ces services et l'intégration effective de l'ensemble des prestations du PMA, (iii) la limitation en ressources humaines, financières, matérielles et logistiques conséquentes pour assurer un bon fonctionnement de ces services, (iv) l'absence de mesures et mécanismes favorables à la décentralisation effective des services, à la participation des parties prenantes et à l'assurance de la qualité, (v) l'absence de mesures ou de mécanismes pouvant assurer la promotion des services de santé auprès des

populations bénéficiaires et inciter ces derniers à l'utilisation effective et suffisante des services de santé, (vi) l'insuffisance de qualification et de compétence des équipes et instances de gestion ainsi que des agents de prestations, (vii) l'insuffisance de vulgarisation mais aussi d'application insuffisante des outils de référence disponibles et conçus pour le développement des activités dans ces services (viii) la non observance par les différents intervenants des méthodes et procédés spécifiques de l'approche systémique locale ou intégrée encore appelée approche district dans du développement des activités

1.3.4.7. La Lutte contre les maladies les plus importantes (morbidité et mortalité)

La lutte contre la maladie, avec pour objectif une réduction sensible de la morbidité et de la mortalité, est en définitive le but ultime visé par le système de santé ivoirien. Cette lutte s'oriente prioritairement vers les maladies les plus graves en termes de mortalité, d'handicap et en terme de charge morbide au sein de la population générale. Elle est par ailleurs organisée en tenant compte de la vulnérabilité spécifique de certains groupes jugés importants au sein des différentes composantes de la société. Ainsi, la lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la Tuberculose, les maladies infantiles sont nombre des priorités de santé. Et le groupe cible prioritaire est le couple mère-enfant. La problématique de la lutte contre la maladie s'apparente dans certains cas à une véritable lutte engagée contre la nature dans sa dimension biologique et environnementale, notamment quand ces maladies sévissent sur un mode endémique.

1.3.4.8. les menaces sanitaires à l'importation

Les pays en développement comme la Côte-d'ivoire sont sujets à de nombreuses menaces sanitaires en rapport avec l'importation incontrôlée de substances dangereuses parfois hautement toxiques. Ces menaces s'étendent dans certains cas aux aliments importés de grande consommation. Il s'agit d'une question d'actualité au regard des événements survenus récemment dans le pays et qui ont mis en exergue les risques sanitaires liés à certaines importations. Le contrôle sanitaire des importations, lorsqu'il est requis, nécessite une action concertée multisectorielle. La problématique du contrôle sanitaire des importations a trait à la capacité opérationnelle de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) et de celles des laboratoires de référence, notamment le laboratoire national de la santé publique.

1.3.4.9. L'Hygiène publique

La création en décembre 2005 d'un département ministériel en charge de la santé et de l'hygiène publique traduit la perception du Gouvernement de la relation entre la santé et l'environnement. La volonté politique de renforcer les institutions dans le domaine de l'hygiène publique pourrait contribuer durablement à l'amélioration de l'Etat de santé des populations. Il reste tout de même que des structures opérationnelles comme l'INHP, les structures déconcentrées et les comités et/ou services d'hygiène ne sont pas toujours fonctionnels sur le terrain dans le cadre de leur contribution à la promotion de l'hygiène publique. Par ailleurs, la production des déchets médicaux va croissant et leur gestion reste approximative malgré les dangers auxquels ils exposent le personnel soignant, les malades, la communauté et l'environnement. En outre, l'insalubrité grandissante de nos agglomérations due à l'amoncellement important des immondices est imputable à l'insuffisance d'actions des collectivités territoriales

traduite par un faible taux d'enlèvement des ordures ménagères (65%)¹¹ et, à l'insuffisance de sensibilisation des populations sur l'hygiène. La problématique de l'hygiène tient avant tout aux dispositions institutionnelles et réglementaires et la mise en œuvre d'actions concertées et multisectorielles.

1.3.4.10. La recherche en santé

La recherche en santé en Côte d'Ivoire et le financement de la recherche scientifique posent d'énormes problèmes. Les subventions gouvernementales pour la recherche représentent moins de 1% du Budget de l'État ne permettent pas d'assurer le fonctionnement normal des laboratoires et institutions de recherche en santé. Les chercheurs fondent donc leurs espoirs sur l'aide extérieure. Cette aide est de plus en plus liée à un certain nombre de conditionnalités qui ne sont pas toujours en adéquation avec les objectifs des équipes de recherche.

Les contraintes et difficultés inhérentes à la recherche en santé sont nombreuses; elles se résument à : (i) l'absence d'une politique nationale de recherche en santé ; (ii) l'absence de textes législatifs et réglementaires en matière de recherche en santé; (iii) l'insuffisance structurelle et fonctionnelle des institutions impliquées dans la recherche en santé; (iv) aux difficultés de collaboration entre institutions de recherche en santé; (v) à l'absence de programmes de recherche et d'un plan de suivi des activités et des résultats de la recherche; le manque de motivation pour la recherche en santé ; (vi) à l'absence de clarté dans le profil de carrière pour les chercheurs en santé; (vii) à l'absence d'une banque de données en ressources humaines et d'un répertoire d'expertises nationales en matière de recherche en santé, l'instabilité sociale, économique et politique entravant la mise en place d'un système de recherche en santé performant, (viii) au faible niveau de développement économique national limitant les possibilités d'un financement public de la recherche en santé ; (ix) à l'accès et au recours limités aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ; (x) à une mauvaise intégration de la recherche au système d'information sanitaire avec inadéquation entre résultat des données et besoins des chercheurs.

1.3.4.11. La dévotion des interventions de santé dans les zones CNO au système national.

La situation de guerre dans les zones CNO a donné lieu à des interventions d'agences et d'organisations internationales agissant directement ou agissant comme agence d'exécution de l'aide humanitaire. C'est le cas des programmes d'urgence et de réhabilitation (PUR) financé par l'union européenne, exécutés par des agences du système de Nations-Unies et des ONG internationales. Les impératifs de la situation sanitaire ont favorisé l'adoption de stratégies idoines comme la gratuité des soins et des médicaments.

1.3.4.12. La Décentralisation territoriale

La politique décentralisation territoriale est avant tout perçue du point de vue du secteur de la santé comme une opportunité pour une accélération du renforcement du système de santé à la périphérie. La mise en place des districts sanitaire en Côte d'Ivoire dès 1994 s'inscrivait dans cette dynamique. Il n'en demeure pas moins, qu'avec l'avènement des conseils généraux et les compétences qui leur sont dévolues, s'opère sur le terrain un nouvel ordre et un

¹¹ Source Agence National de l'Environnement, 2002.
PNDS 2008-2012 Tome I Draft 0 du 30 janvier 2008 Comité de rédaction VF 2

nouveau paradigme. Dès à présent, la gestion rationnelle de ce nouvel ordre est un défi aussi bien pour les services de santé déconcentrés que pour les nouvelles entités décentralisées mises en place.

1.3.4.13. La coopération, partenariat national et international, multisectorialité

Longtemps considéré comme pays à revenu intermédiaire, donc non éligible aux aides extérieures, les interventions des partenaires au développement (coopération financière) dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire est relativement récente. Ces interventions se sont accrues au décours de la crise économique. Elles ont été marquées par la mise en œuvre de vastes interventions de réhabilitation et de rééquipement dans le cadre des programmes d'ajustement structurel. Dans le même temps, il s'est développé des accords divers de partenariat bilatéral dans le domaine de la santé. Plusieurs organisations non gouvernementales, longtemps absentes de la Côte d'Ivoire, se sont implantées progressivement, notamment à l'ouest du pays avec le déclenchement de la guerre du Libéria. Le mouvement a repris et s'est accentué avec le déclenchement de la guerre en Côte d'Ivoire.

1.4. Priorités Sanitaires

Les besoins sanitaires sont nombreux. Ils concernent pratiquement tous les domaines de l'action sanitaire nationale (capacité institutionnelle, réformes systémiques, ressources humaines, ressources matérielles, infrastructures et équipements, ressources financières, promotion et prévention de la santé, lutte contre la maladie, prise en charge thérapeutique, recherche etc.). Ces besoins sont aigus en certains domaines et moindre en d'autres. Ils sont importants et considérables dans certains cas et moyen ou faible en d'autres. Certains besoins peuvent être ponctuels, continues ou s'étaler dans des délais plus ou moins long. Ils peuvent prendre une connotation d'extrême urgence, notamment ceux liés à la reconstruction post-conflit du dispositif national de santé. Enfin, certains besoins s'adressent au seul secteur de la santé, et d'autres par contre intéressent plusieurs secteurs connexes comme l'éducation nationale, la recherche scientifique, l'administration décentralisée ou la sécurité.

Le Gouvernement est conscient de la rareté des ressources. Aussi, inscrit-il son action dans une perspective d'actions progressives mais déterminantes et efficaces. Toutefois, la logique qui guide son action est triple à savoir (i) gérer au plus vite et avec toute l'efficacité requise les situations d'extrême urgence qui pourraient compromettre durablement les conditions de vie du plus grand nombre et engendrer une surmorbidity et une surmortalité ; (ii) entreprendre toute action d'ajustement du secteur en vue de rattraper les retards et combler les gaps (iii) engager parallèlement, et au mieux, toutes les interventions susceptibles de consolider les acquis et favoriser l'émergence d'un système pouvant répondre aux besoins du futur. Cette triple démarche détermine le niveau de priorité accordé aux nombreux besoins urgents identifiés et reconnus comme tels.

La première priorité de ce plan cible avant tout les besoins identifiés dans les zones Centre, Nord et Ouest du pays qui ont subit les effets de la situation de guerre. Il s'agit d'une question d'équité, d'égalité et de déontologie. Tout en restaurant l'autorité de l'Etat dans ces zones, la reconstruction post-conflit du dispositif sanitaire dans les zones CNO vise à réaliser avant tout l'unité nationale, favoriser la cohésion sociale et consolider le processus de paix.,

La Deuxième priorité se rapporte au développement et au renforcement institutionnel du système de santé. Il s'agit de consolider les acquis et favoriser l'émergence d'un système pouvant répondre le plus efficacement aux besoins du futur. Cette priorité s'adresse à un certain nombre de thématiques qui sont étroitement liées, aussi bien à l'environnement opérationnel du système de santé qu'aux moyens et méthodes idoines de sa gestion. A ce niveau seront reconsidérés ou promus de manière plus décisive, les services extérieurs, le SIG, le Système de surveillance épidémiologique, la politique de recouvrement des coûts, la gestion hospitalière, le financement du secteur, le rôle de l'Etat....etc

Il faudra également aborder dans ce cadre l'indispensable question de disponibilité et la gestion efficace des ressources. Les ressources humaines, financières et matérielles constituent une exigence pour les besoins de fonctionnement et de développement du système de santé. La crise économique que le pays traverse a eu des conséquences en plusieurs domaines. Elle a engendré de nombreux dysfonctionnements des services. Et elle a hypothéqué, par la rareté des ressources financières, toutes interventions de développement véritable. Conscient des enjeux liés à la disponibilité durable des ressources pour la santé, le Gouvernement se fera fort d'initier et mettre en œuvre toutes les réformes à même d'ajuster le secteur de la santé et à même de garantir le développement de celui-ci d'une manière harmonieuse.

La Troisième priorité cible la santé de la mère et de l'enfant. Un pays ne vaut que par ses femmes et leurs progénitures. La Côte d'Ivoire a de tout temps indiqué sa priorité en faveur du couple mère-enfant. Les efforts entrepris en faveur de ce groupe dans les interventions de santé publique n'ont toujours pas permis d'infléchir de manière acceptable les indicateurs. En effet, les taux de mortalité maternelle et la mortalité néonatale, encore trop élevés, sont incompatibles avec les ambitions de développement du pays. La vision actuelle par rapport à ce groupe prioritaire est la réalisation à terme d'une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement. Cette priorité s'étend aux enfants non scolarisés. La stratégie de survie et de développement de l'enfant introduite en 2007 basée sur des paquets à haut impact sur la mortalité infantile et maternelle dans la perspective de l'atteinte des OMD est l'une des meilleures voies pour infléchir les courbes de mortalité.

La Quatrième priorité s'adresse au programme national d'immunisation, en particulier le Programme Elargi de Vaccination (PEV). Lorsqu'elle est possible et disponible, l'immunisation contre une affection donnée est, par excellence, la meilleure stratégie la plus efficace. La Côte d'Ivoire a toujours eu des ambitions légitimes en matière d'immunisation. Elle s'est donné les moyens de réaliser ces ambitions à travers des dotations budgétaires conséquentes, notamment pour l'approvisionnement en vaccins. L'instabilité institutionnelle qui a prévalu au Ministère de la santé entre 1999 et 2005 et la situation de guerre a sans aucun doute freiné la poursuite des objectifs en matière d'immunisation. La Côte d'Ivoire entend rattraper ce retard et repositionner le PEV et faire de ce programme un label de succès à tous les points de vue.

La Cinquième priorité concerne la lutte contre les deux pathologies les plus importantes en terme de morbidité et de mortalité que sont le VIH/ Sida, le Paludisme et la Tuberculose. La question problématique du VIH/Sida va bien au-delà du secteur de la santé pour se placer en définitive au centre de la problématique du développement du pays. Prenant à juste mesure la menace que constitue cette pandémie, le Gouvernement entend poursuivre ses efforts pour endiguer le fléau. La réaffirmation du caractère prioritaire de la lutte contre le VIH/Sida traduit la volonté du Gouvernement de ne pas baisser les bras et de garder l'éveil requis malgré les évolutions tout à fait satisfaites constatées ces dernières années dans la prise en charge thérapeutique avec l'aide de la communauté internationale. Quant au paludisme, il demeure, pour les pays où il sévit sous un mode endémique comme la Côte d'Ivoire, le plus grand défi au système national de santé. Il s'agira d'aller bien au-delà des interventions actuelles, et d'engager une lutte d'envergure et massive à travers une augmentation maximale du taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées.

La Sixième priorité concerne la lutte contre les autres maladies, qu'elles soient émergentes, réémergences, anciennes ou négligées. La priorité accordée au VIH/Sida et au paludisme n'occulte pas les autres affections aussi importantes, et ne détourne pas l'attention du Gouvernement sur les autres causes de mortalité et de morbidité. Outre les menaces permanentes constituées par les maladies infectieuses et parasitaires, la Côte d'Ivoire prend au sérieux l'accroissement du nombre de cas de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle et les cancers qui touchent un nombre de plus en plus croissant de personnes.

La Septième priorité est en rapport avec l'hygiène publique et les mesures de prévention des risques sanitaires. Insuffisamment prises en compte dans les orientations de la politique nationale de santé, l'hygiène publique, l'hygiène alimentaire, l'hygiène hospitalière, l'hygiène environnementale, la salubrité urbaine et la prévention des menaces environnementales se sont récemment révélées aux yeux des populations comme d'une extrême importance pour la préservation de la santé au plan individuel et collectif. Fort de ces expériences malheureuses, le Gouvernement voudrait saisir cette circonstance pour mettre en exergue la

question de l'hygiène publique et de la prévention dans sa stratégie de développement sanitaire.

PARTIE II.

VISION STRATEGIQUE DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE

2. PARTIE II : VISION STRATEGIQUE DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE

2.1. Orientations Politiques Générales

La Côte d'Ivoire moderne, celle de la période post indépendance, vit la cinquième décennie de son développement. Depuis son indépendance, le pays a connu des succès relatifs en bien des domaines (agriculture de rente, infrastructures routières, modernisation de l'habitat, formation des élites etc...). Toutefois, en ce qui concerne le domaine de la santé, il est observé une dégradation constante des prestations du service public malgré les tentatives d'inversion de cette tendance (états généraux de la santé, PVRH, PNDS, divers projets de redressement sanitaire). L'incapacité du système de santé à satisfaire de manière pérenne et à un niveau adéquat les besoins essentiels de santé des populations laborieuses s'apparente de plus en plus à une constante incompatible avec les ambitions de développement global du pays.

La Côte d'Ivoire aspire pourtant à un plein développement en adéquation avec ses potentialités économiques. Aussi, conscient du rôle déterminant du secteur sanitaire dans le cycle du développement, le Gouvernement a-t-il fait de la santé des populations sa priorité première.

Il s'agit d'une part de garantir à chacun les conditions mentales et physiques lui permettant d'apporter sa pleine contribution à l'œuvre de développement du pays. Et d'autre part, de garantir à tous, les conditions d'existence quotidiennes dénuées des risques sanitaires les plus importants. Les choix et les orientations politiques qui découlent de cette aspiration et de cette vision s'articulent autour d'un certain nombre de points concernant aussi bien l'organisation du système de santé dans sa globalité, que le financement et les moyens de production de ce système. En définitive, la vision stratégique du développement sanitaire est celle de la promotion d'un secteur sanitaire à même de soutenir durablement la croissance et de garantir à tous les citoyens un épanouissement et un bien-être social, mental et physique équilibré.

Sur le plan organisationnel, l'Etat entend assumer son rôle régalien en matière de santé, tout en permettant l'intervention progressive de nouveaux acteurs, dans la mesure où lesdites interventions sont susceptibles d'apporter une valeur ajoutée aux actions en cours. Aussi, le Gouvernement est-il favorable à un partage mieux structuré des responsabilités et des interventions en matière de santé avec le secteur privé, les collectivités locales, associations communautaires, la société civile et les organisations professionnelles.

Sur le plan opérationnel, le Gouvernement réaffirme son adhésion aux grands fondamentaux organisationnels qui demeurent pertinents à savoir (i) l'application de la stratégie des soins de santé primaires, (ii) l'application des principes de l'initiative de Bamako et (iii) la réalisation du scénario de développement sanitaire en trois phases de Gaborone. D'une manière générale, cette dynamique de réorganisation est développée suivant un cadre institutionnel, législatif et réglementaire révisé et adapté aux exigences actuelles.

Le financement du secteur de la santé en Côte d'Ivoire est sans nul doute une des préoccupations majeures du Gouvernement. Le schéma de financement traditionnel du secteur de la santé, avec l'Etat comme principal contributeur a montré ses limites. Le recouvrement des coûts des actes de santé instauré depuis plus d'une dizaine d'années dans le cadre de l'initiative de Bamako génère des ressources encore insuffisantes pour couvrir les charges de fonctionnement du système.

Aussi, tout en maintenant un apport financier étatique de plus en plus en plus significatif, le Gouvernement s'orientera-t-il vers la diversification des sources et des modalités de financement du secteur. Dans cette perspective, les réformes visant à créer les conditions d'un financement autochtone et durable du secteur seront privilégiées. Toutefois, la recherche de l'égalité d'accès de tous aux services et prestations sanitaires constitue un axe fort de la politique du Gouvernement. Le Gouvernement a déjà opté pour une couverture du risque maladie de type constructif, traduction de sa volonté de réduire la pauvreté et les facteurs de marginalité sociale.

Au niveau des ressources humaines, le Gouvernement reconnaissant le rôle extrêmement important des ressources humaines pour la santé dans la production des services et prestations de santé, entend prospecter des voies nouvelles visant à promouvoir des changements profonds dans la production, l'utilisation et la gestion des ressources humaines. Dans cette quête, la typologie des emplois, le statut des personnels de santé, les conditions d'exercice des professions de santé, la responsabilisation des professionnelles et la promotion de partenariats ou de formes nouvelles de contractualisation seront promues.

Les femmes et les enfants constituent le groupe cible numériquement le plus important en Côte d'Ivoire comme dans la plupart des pays en développement. Cette frange de la population est la plus vulnérable du point de vue de la morbidité et de la mortalité enregistrée dans ce groupe. Les pays qui amorcent leur transition épidémiologique sont caractérisés avant tout par une baisse sensible des indicateurs que sont le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité maternelle. Aussi, la Côte d'Ivoire réaffirme-t-elle comme par le passé la priorité accordée à ce groupe cible y compris pour les programmes spécifiques qui le concernent.

L'hygiène publique, la salubrité urbaine, l'adoption de comportements propices à la santé, la prévention des maladies évitables par immunisation sont des exigences pour les pays en développement comme la Côte d'Ivoire. La primauté des soins promotionnels et préventifs sur les soins curatifs est une exigence de bon sens que le Gouvernement entend satisfaire.

Sur le plan de la politique pharmaceutique, les mesures relatives à la substitution et au déconditionnement des médicaments prescrits seront réactivées dans leur application. Et la politique des médicaments essentiels sera poursuivie et renforcée. Dans le même temps, le développement d'une industrie pharmaceutique compétitive sera encouragé. Comme le sera également la production de substances cliniquement actives provenant de la pharmacopée nationale.

Les moyens de production que sont les hôpitaux tertiaires, les centres et instituts spécialisés devront être réformés dans le sens d'un renforcement de leur capacité d'intervention, notamment pour certains actes salvateurs que sont les greffes, la radiothérapie et les transplantations d'organes.

Enfin, des valeurs comme l'équité, la justice sociale et la solidarité, et des principes directeurs généraux tels la qualité des soins, l'efficacité, l'efficience, la coordination intersectorielle, la participation communautaire, et la décentralisation guideront l'action du Gouvernement en matière de santé.

2.2. . Les autres considérations

2.2.1. .Les engagements internationaux (DRSP, OMD)

Les engagements internationaux seront respectés dans la mesure où ceux-ci correspondent ou complètent les objectifs et stratégies de développement du Gouvernement. Il s'agit en

particulier des engagements relatifs à la poursuite des objectifs de développement pour le millénaire (OMD), et du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Enfin, la promotion des stratégies régionales et sous régionales sera encouragée, notamment celles qui apportent une valeur ajoutée aux interventions isolées du pays

2.2.2. Le Plan Mondial d'Action Sanitaire

En septembre 2000, les pays signataires de la Déclaration du Millénaire pour le développement des Nations-Unies se sont engagés à forger un partenariat mondial pour réduire la pauvreté, améliorer la santé, assurer l'éducation primaire et promouvoir la paix, les droits de l'homme, l'égalité des sexes et un environnement durable. Le Plan Mondial d'action sanitaire qui en découle est en sept (7) points à savoir : investir dans la santé pour réduire la pauvreté ; renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ; promouvoir la couverture universelle ; l'égalité des sexes et des droits fondamentaux liés à la santé ; influencer sur les déterminants de la santé ; renforcer systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ; exploiter le savoir, la science et la technologie ; renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

A l'instar des autres chefs d'Etat et de Gouvernement, la Côte d'Ivoire s'est engagée, aussi bien au niveau mondial qu'africain, à atteindre d'ici 2015 dans le domaine sanitaire les 3 principaux Objectifs suivants :

- **L'objectif 4 : Réduire de deux tiers, d'ici à 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans**
- **L'Objectif 5 : Réduire de trois quarts, d'ici à 2015, le taux de mortalité maternelle**
- **L'objectif 6 : D'ici à 2015, stopper la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance actuelle**

2.2.3. Le Plan Stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS

Les résultats du plan stratégique à moyen terme de l'OMS reflètent le programme d'action du Directeur général à savoir : le développement et la sécurité sanitaire ; les systèmes de santé et les données probantes, les partenariats et la performance. Ces éléments du programme d'action du Directeur général sont décrits dans 13 objectifs stratégiques dont 11 servent d'indication générale aux systèmes nationaux de santé. Ce sont :

- (i) réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles ;
- (ii) combattre le VIH/sida, la Tuberculose et le Paludisme ;
- (iii) prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes ;
- (iv) et réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris) tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé ;
- (v) Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets et économiques ;
- (vi) promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque ;
- (vii) traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des

- approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme ;
- (viii) promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement ;
 - (ix) améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable ;
 - (x) améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches et des recherches fiables et accessibles ;
 - (xi) élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité la qualité et l'utilisation.

2.2.4. La Stratégie Pour la Santé en Afrique 2007-2015 (Union Africaine)

La stratégie pour la santé en Afrique initiée et développée dans le cadre de l'Union Européenne (U.A) a pour but de contribuer au développement socioéconomiques de l'Afrique en améliorant très sensiblement la santé de ses populations et en assurant l'accès aux soins de santé essentiels pour tous les africains, d'ici 2015, en particuliers pour les plus démunies et les plus marginalisés.

L'objectif de la stratégie est de renforcer les systèmes de santé afin de réduire la mauvaise santé et d'accélérer la réalisation des Objectifs du Développement pour le Millénaire pour le développement en Afrique plus particulièrement. Il s'agit :

- (i) de faciliter le développement d'initiatives en vue de renforcer les systèmes nationaux de santé dans les Etats membres d'ici à 2009 ;
- (ii) promouvoir une collaboration plus étroite entre le secteur de la santé et les autres secteurs en vue d'un meilleur environnement socio-économique et politique pour assurer une meilleure santé aux populations
- (iii) faciliter l'amélioration des interventions en matière de santé dans les Etats membres notamment à travers les organismes régionaux et intergouvernementaux.

2.2.5. La coopération multilatérale dans le secteur de la santé

- 2.2.5.1. Cadre national de coopération avec l'OMS**
- 2.2.5.2. Cadre national de coopération avec l'Union Européenne**
- 2.2.5.3. Cadre national de coopération avec le FNUAP**
- 2.2.5.4. Cadre national de coopération avec l'UNICEF**
- 2.2.5.5. Cadre national de coopération avec la Banque Mondiale**

2.2.6. La coopération bilatérale dans le secteur de la santé

- 2.2.6.1. Le PEPFAR**
- 2.2.6.2. La Coopération Belge**
- 2.2.6.3. La Coopération Française**
- 2.2.6.4. La Coopération Allemande**
- 2.2.6.5. La Coopération Japonaise**

2.2.7. Les initiatives récentes de mobilisation de ressources extérieures

- 2.2.7.1. Fonds Mondial**
- 2.2.7.2. GAVI**
- 2.2.7.3. UNITAID**

2.2.8. Appuis techniques et financiers divers

2.2.9. Autres considérations nationales

- 2.2.9.1. Le Plan Stratégique de lutte contre le SIDA 2006-2010**
- 2.2.9.2. Le Plan Stratégique de développement des Ressources Humaines
2008-2012 en santé**

PARTIE III.

OBJECTIFS ET STRATEGIES DU PNDS 2008-2012

3. PARTIE III : OBJECTIFS ET STRATEGIES

L'environnement particulièrement défavorable de la mise en œuvre du PNDS 1996-2005 n'avait pas permis de réaliser les améliorations souhaitées. La plupart des objectifs poursuivis n'ont pu être atteints. Plusieurs indicateurs clés de santé se sont même détériorés en l'espace d'une décennie. Sans compter les nouveaux défis qui ont fait jour sur la période. Le PNDS 2008-2012 intervient à un moment où les attentes des populations bénéficiaires en matière de santé se sont accrues, voire même amplifiées, du fait de la guerre. Dans ce contexte, les préoccupations du Gouvernement en matière de satisfaction de la demande de soins sont considérables.

Tout en ne perdant pas de vue la nécessité de relancer et approfondir les réformes engagées au cours de la décennie passée, le Gouvernement entend parvenir très rapidement à un ajustement qui lui permette de réaliser pleinement ses objectifs sanitaires au cours des décennies à venir.

Aussi, en raison de la période quinquennale couverte par ce PNDS 2008-2012, donc période relativement courte, a-t-il été globalement assigné à ce plan une mission d'ajustement et de redressement. Les objectifs du PNDS 2008-2012 demeurent ainsi, pour l'essentiel, identiques à ceux du PNDS 1996-2005. Ils traduisent en particulier la volonté du Gouvernement de garantir à tous les citoyens un niveau de santé lui permettant de contribuer de manière plus efficace à l'œuvre collective de consolidation de la paix et de relance du processus de développement de la nation

3.1. Objectif Général

Améliorer l'Etat de santé et le bien être des populations dans un contexte de post-conflit par la réduction de la morbidité et la mortalité est l'objectif général assigné au PNDS 2008-2012.

Améliorer l'Etat de santé et le bien être des populations demeure l'objectif général poursuivi par le Gouvernement depuis le Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH/1991-1994). Repris à l'occasion du PNDS 1996-2005, cet objectif qui est reconduit reste d'actualité. Il traduit une certaine persévérance à la recherche du but ultime à atteindre en matière de santé. Toutefois, l'objectif du PNDS 2008-2012 prend t-il en compte désormais le contexte de post-conflit, la poursuite des objectifs de développement pour le millénaire (OMD) et un certain nombre d'objectifs définis ou convenus au plan national ou international dans le cadre d'initiatives ou d'interventions spécifiques.

3.2. Objectifs spécifiques

La poursuite de l'objectif générale du PNDS 2008-2012 se fera à travers un certain nombre d'objectifs spécifiques.

Cinq (5) objectifs spécifiques ont été définis. Le premier est en rapport avec les impératifs de la reconstruction post-conflit du dispositif sanitaire, conformément aux priorités définies. Les trois (3) autres objectifs spécifiques suivants, devenus classiques, concernent successivement la réduction des états morbides et leurs conséquences en

termes de mortalité, l'efficacité du système de santé et à la qualité des prestations délivrées par le système de santé. Il s'agit d'une triple approche indissociable, complémentaire et synergique. Enfin, le cinquième objectif spécifique à trait à l'hygiène, l'assainissement et à la promotion de la santé.

Ces objectifs spécifiques sont **(i) corriger les problèmes de santé et les dysfonctionnements du système de santé nés de la crise socio-politique, (ii) Réduire la mortalité et la morbidité liées aux grands problèmes de santé publique (iii) Améliorer l'efficacité du système sanitaire, (iv) Améliorer la qualité des prestations sanitaires (v) Renforcer l'hygiène, l'assainissement et promouvoir des comportements favorables au bien être et à la santé et habiliter les communautés.**

Chacun de ces objectifs spécifiques est poursuivi à travers le développement de stratégies propres les plus pertinentes. Pour chacune de ces stratégies, les principales actions à mettre en œuvre déterminent les moyens à déployer et les ressources à mobiliser pour l'atteinte de chaque objectif spécifique. Ces moyens et ces ressources déterminent les grands domaines d'actions prioritaires ou programmes prioritaires à mettre en œuvre. La réalisation simultanée de ces grands programmes prioritaires devrait garantir l'atteinte de l'objectif général assigné au PNDS 2008-2012.

3.2.1. OBJ. 1 Corriger les problèmes de santé et les dysfonctionnements du système de santé nés de la crise socio-politique.

La crise socio-politique qui sévit dans notre pays depuis au moins cinq ans a occasionné (i) une régression de l'accessibilité matérielle aux soins aussi bien quantitatifs (établissements sanitaires, personnels, médicaments), qualitatifs (déterminants de la qualité des soins), particulièrement marquée dans les zones centre, nord et ouest, qu'au plan financier (ii) l'appauvrissement généralisé de la population avec l'apparition de nouveaux groupes vulnérables issus de la guerre, (iii) la baisse des financements du secteur, (iv) l'augmentation de l'insécurité alimentaire et des carences nutritionnelles, (v) l'aggravation des indicateurs de la santé reproductive. Le Gouvernement agira à très court terme en urgence sur ces problèmes pour les ramener au moins à leur niveau initial d'avant le conflit. La correction des dysfonctionnements du système et des problèmes de santé engendrés par la crise est une exigence du moment; elle permettra non seulement de répondre aux besoins et à la demande des populations, mais aussi à améliorer le niveau actuel des indicateurs.

Il s'agira de (i) restaurer le dispositif de soins dans les zones Centre, Nord et Ouest (CNO) et dans les autres régions, (ii) de relancer, redynamiser ou réimplanter les programmes de santé dans les zones où ceux-ci ont connu des perturbations, (iii) de mener à son terme le redéploiement des personnels dans toutes ses dimensions et (iv) de rééduquer les populations qui ont probablement développé des habitudes et stratégies alternatives pour assurer leur santé.

3.2.2. OBJ. 2 Réduire la mortalité et la morbidité liées aux grands problèmes de santé publique

La réduction de la morbidité et de la mortalité constitue un impératif et une exigence pour le système de santé ivoirien. La réduction du nombre d'années potentielles de vies perdues et la réduction du nombre total de jours d'incapacité sont les buts visés à travers cet objectif spécifique. Au regard de la situation sanitaire, les efforts porteront sur les grands problèmes de santé, notamment ceux qui véhiculent une lourde charge de mortalité et de morbidité. Ces efforts porteront prioritairement sur les groupes cibles les plus vulnérables, notamment le couple Mère-Enfant.

Les enfants constituent la frange sociologiquement et numériquement la plus importante de la population. Le Gouvernement lui accorde la plus grande des priorités. Les taux de mortalité néo-natale et de mortalité infantile encore trop élevés en Côte d'Ivoire constituent un obstacle quasi permanent à l'amélioration des indicateurs généraux de mortalité. Il en est de même quand on considère la morbidité générale. L'inflexion des taux de morbidité et de mortalité enregistrés dans cette frange de la population est par conséquent un objectif à part entière. Pour atteindre cet objectif, le passage à l'échelle de la prise en charge intégrée des maladies basée sur les paquets d'intervention à haut impact sur la morbidité et mortalité infantile et maternelle est l'approche stratégique qui sera promue.

Pour la période 2008-2012, Il s'agira de (i) réduire de 30% la morbidité liée aux principales maladies chez les enfants âgés de cinq ans (paludisme, pneumonie, diarrhée, malnutrition, rougeole et VIH/SIDA), (ii) réduire de 30% la mortalité liée aux principales maladies chez les enfants âgés de moins de cinq ans, (iii) augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois de 4% à 11%.

Les autres causes de mortalité et de morbidité ne seront pas négligées. Elles seront toutes autant combattues en mettant l'accent sur les mesures de prévention et de promotion de la santé.

3.2.3. OBJ 3. Améliorer l'efficacité du système sanitaire

Le degré de réalisation des objectifs sanitaires poursuivis par le Gouvernement, la satisfaction des bénéficiaires de même que la satisfaction au plan professionnelle et social des principaux acteurs du système de santé sont étroitement liées à l'environnement institutionnel qui régit le secteur sanitaire, le degré d'adéquation des ressources avec les objectifs poursuivis, la productivité du secteur et le rendement des opérations de production et de délivrance des prestations et services de santé. La recherche de l'amélioration de l'efficacité du système vise à créer les conditions favorables et les meilleures pour des résultats sanitaires en adéquation avec les attentes aussi bien des bénéficiaires que des acteurs du système.

Les actions à mettre en œuvre viseront le renforcement de la gestion, la recherche de partenariat, la recherche dans le domaine du système de santé, le développement des districts sanitaires et l'amélioration de la performance des programmes de santé

3.2.4. OBJ 4 : Améliorer la qualité des prestations sanitaires

La qualité des prestations sanitaires délivrées dans les établissements de soins est l'élément essentiel qui détermine le niveau d'utilisation et de fréquentation desdits établissements par les populations. Ceci est plus remarquable au niveau des établissements de premier contact. Véritable défis pour le dispositif national de soins, l'amélioration de la qualité des services prestés dans le secteur public de soins constitue un impératif. Ce défis est d'autant plus important que la viabilité à terme du système public de soins pourrait être compromise au profit du secteur privé de soins qui se développe.

Les interventions porteront sur la qualité de l'accueil des patients, la disponibilité des services et des prestations requis au niveau des établissements de soins, la qualité professionnelle de la prise en charge, la qualité technique des moyens de production des prestations de santé et la qualité de l'environnement opérationnel de délivrance des prestations de soins sont autant de déterminants de la bonne qualité des prestations délivrées aux usagers des services sanitaires publics.

3.2.5. OBJ. 5 : Renforcer l'hygiène, l'assainissement et promouvoir des comportements favorables au bien être et à la santé et habiliter les communautés.

L'eau, l'assainissement et l'hygiène de l'environnement sont autant de facteurs qui agissent fortement sur l'état de santé de la population. Ils sont en lien direct avec les attitudes et comportements des individus, des ménages et des communautés. Les actions viseront à satisfaire 80% les besoins élémentaires en eau, à améliorer l'assainissement et l'hygiène de l'environnement d'au moins 80% des communautés et à promouvoir des comportements individuels et collectifs favorable à la santé.

3.3. Les stratégies

Chacun des objectifs spécifiques est poursuivi à travers le développement de stratégies propres jugées les plus pertinentes. Pour chacune des stratégies, les principales actions à mettre en œuvre déterminent les moyens à déployer et les ressources à mobiliser pour l'atteinte de chaque objectif spécifique considéré. Ces moyens et ces ressources déterminent à leur tour les grands domaines ou programmes prioritaires à mettre en œuvre et dont les résultats concourent à l'atteinte des objectifs spécifiques et à l'atteinte de l'objectif général assigné au PNDS 2008-2012.

La correction des dysfonctionnements nés de la crise socio-politique se fera suivant des axes stratégiques d'interventions qui sont **(i) l'évaluation des interventions humanitaires et d'urgence déployées dans les zones CNO** et **(ii) la restauration du système sanitaire et la consolidation des acquis.**

La poursuite de l'objectif spécifique de réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux grands problèmes est envisagé à travers **(i) l'amélioration de l'accessibilité aux prestations sanitaires,** **(ii) le renforcement de la prise en charge des cas de**

maladie, (iii) le renforcement de la lutte contre la maladie, (iv) le renforcement du contrôle des maladies et de la surveillance épidémiologique et (v) le renforcement de la prévention et la réduction des facteurs de risque sanitaire.

L'amélioration de l'efficacité du système fait appel aux axes stratégiques ci-après : (i) le renforcement de la gestion du secteur, (ii) la Promotion du partenariat et de la multisectorialité, (iii) le développement de la recherche sur les systèmes de santé, (iv) l'opérationnalisation des districts sanitaires et (v) l'amélioration de la performance des programmes de santé.

En ce qui concerne l'amélioration de la qualité des services et des prestations sanitaires, les axes stratégiques sont : (i) Le renforcement des capacités d'intervention des hôpitaux, (ii) le renforcement de la formation continue du personnel, (iii) le renforcement de la maintenance des infrastructures et des équipements et de la logistique, (iv) le développement de l'assurance qualité.

En ce qui concerne le renforcement de l'hygiène, l'assainissement et la promotion des comportements favorables au bien être et à la santé, les axes stratégiques ci-après seront développés à savoir (i) le renforcement du cadre législatif et réglementaire en matière d'hygiène publique, (ii) le renforcement des capacités opérationnelles dans le domaine de l'hygiène publique, (iii) la promotion de l'Hygiène.

Les objectifs du PNDS 2008-2012 seront poursuivis suivant Trois (3) orientations stratégiques globales à savoir (i) l'ajustement du secteur, (ii) l'accélération des mutations et de la modernisation du secteur et (iii) l'anticipation sur les défis futurs.

3.3.1. Ajustement du secteur

Le secteur de la santé se trouve en définitive, et en bien des domaines, dans une situation de stagnation et de dégradation importante, voire, dans une situation de net recul en comparaison des acquis observés après la mise en œuvre du Programme de Valorisation des Ressources Humaines entre 1991 et 1994 (PVRH). Cette évolution négative est en partie attribuable aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du PNDS 1996-2005. Mais, elle est également due à la situation de crise socio-politique qui a prévalu depuis l'année 2002.

Le PNDS 1996-2005 visait (i) à consolider les acquis du PVRH par l'amélioration de l'accessibilité aux services; l'amélioration de la gestion du système, le développement et utilisation des ressources humaines, la définition d'une politique de population cohérente et (ii) à promouvoir les mutations du secteur à travers la promotion des soins de santé primaires basés sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA), le renforcement de la multisectorialité et du partenariat avec les autres secteurs, la promotion de la recherche sur le système de santé, le développement de normes de prestations techniques et de gestion du système.

Plus d'une décennie après, les problématiques de l'accessibilité aux services, de la qualité des prestations, de la gestion du secteur, des ressources humaines, de la promotion du PMA, de l'intégration des activités au niveau opérationnel, du développement des services extérieurs (Direction régionales et Directions départementales) et de la recherche restent entières, malgré quelques avancées enregistrées çà et là comme par exemple dans le domaine de l'accessibilité et de la distribution des médicaments.

Il s'agira avant tout de porter le secteur de la santé à au moins son niveau d'avant la crise et de recréer les conditions d'une offre de soins équitable et plus efficace à même de permettre une amélioration rapide de la situation sanitaire, notamment en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant.

Cet ajustement consistera en la restauration de l'offre de soins dans toutes ses composantes, et partout où cette nécessité est établie. Il consistera par ailleurs à agir positivement en amont sur tous les facteurs et déterminants de morbidité et de la mortalité, de manière à parvenir rapidement à une amélioration substantielle des principaux indicateurs concernés.

3.3.2. . L'accélération des mutations et de la modernisation du secteur

Les grandes mutations escomptées dans le cadre du PNDS 1996-2005 concernaient le développement et la fonctionnalité des districts sanitaires, la disponibilité du Paquet Minimum d'Activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la promotion de la multisectorialité et du partenariat, l'utilisation de l'IEC et la promotion de la recherche. Il s'agissait d'opérationnaliser les districts sanitaires, d'assurer un véritable partage des responsabilités entre l'Etat, les communautés, les associations et les professionnels du secteur. De proposer dans le cadre de la recherche sur le système des solutions novatrices aux problèmes sanitaires et d'optimiser la gestion du secteur par le développement de normes de prestations et de gestion.

Toutes ces préoccupations demeurent d'actualité à des degrés divers. Le district de santé et les unités de prestations de service de santé à la base que sont les établissements sanitaires de premier contact et de premier recours constituent en définitive le complexe opérationnel dont le rôle est le plus significatif dans la production des services et l'amélioration des indicateurs de santé. De l'efficacité des unités opérationnelles, véritables centres d'application et de développement des stratégies véhiculées par les différents programmes de santé, dépend l'amélioration sensible des indicateurs de santé. Or la crise que traverse le secteur a vu s'amplifier la désorganisation et la fonctionnalité des districts sanitaires.

Sur le plan du partage des responsabilités entre l'Etat et les communautés, la loi de transfert des compétences aux collectivités territoriales en vigueur dans le cadre général de la politique de décentralisation entame à peine un début de mise en œuvre. A ce niveau l'articulation des missions entre les services extérieurs et les collectivités territoriales restent à définir avec précision. En ce qui concerne l'IEC, le système de santé n'est toujours pas parvenu à développer un programme d'envergure de promotion

de la santé, en direction notamment des populations rurales ou en direction des populations les plus exposées. Dans le domaine de la gestion, le secteur n'est toujours pas parvenu à développer une gestion de type managériale. Les principaux outils de gestion que sont la carte sanitaire, le SIG, le dispositif de surveillance épidémiologique connaissent des difficultés de développement. Leur complétude et leur fiabilité ne sont toujours pas garanties. Dans le domaine de la recherche en santé, aucune avancée significative n'a été enregistrée pour le bénéfice du système de santé.

L'efficacité du système de santé requiert par ailleurs de profonds changements dans plusieurs autres domaines comme la rénovation/adaptation du cadre institutionnel et réglementaire, le rôle du secteur privé, les ressources humaines, la réforme hospitalière, la contractualisation, le financement du secteur etc...

La modernisation du système de santé concernera principalement le cadre institutionnel et réglementaires, la production, l'utilisation et la gestion des ressources humaines, les moyens de production de soins que sont les établissements sanitaires, notamment les hôpitaux, les méthodes et les outils de gestion du secteur, l'élargissement de la gamme des prestations offertes sur le plan diagnostic et sur le plan thérapeutique.

3.3.3. . L'anticipation sur les défis futurs

La société ivoirienne est en mutation. L'urbanisation progresse et elle s'accompagne d'un certain nombre de maux et de défis opérationnels pour le système de santé ivoirien. L'on observe dans le même temps une émancipation progressive des populations ivoiriennes. Cette évolution sociologique qui s'accompagne d'une redistribution des jeux de pouvoir pourrait aboutir d'une part, à l'expression de besoins sanitaires nouveaux plus exigeants, et d'autre part, à des formes plus expressives du droit à la santé. Des changements sociologiques importants sont par ailleurs observés dans les habitudes de vie des populations ivoiriennes. Ces changements concernent les habitudes à la consommation comme les habitudes domestiques et comportementales.

Sur le plan sanitaire, de nouvelles menaces se signalent au fil des ans. C'est le cas du VIH/Sida qui a profondément modifié le faciès épidémiologique du pays et qui impose une pression sur le système de santé. C'est également le cas de la menace que représentent la grippe aviaire et l'éventualité de sa transmission massive aux populations. Certaines pathologies chroniques voient leur incidence croître au sein des populations actives comme les maladies métaboliques et les cancers. Leur répercussion sociale dans les années à venir pourrait prendre des dimensions considérables. En revanche, la technologie évolue très rapidement, et avec elle, les moyens diagnostics et thérapeutiques. Il ne fait pas de doute que les années venir verront se modifier radicalement certaines pratiques et solutions médicales.

Plus généralement, le nouveau paysage de la décentralisation qui a vu l'érection de nouvelles collectivités territoriales dotées d'une personnalité morale ainsi que d'une autonomie financière, de même que l'avènement d'un système d'assurance-maladie universelle de type contributif, généralisé et obligatoire constituent des évolutions

institutionnelles majeures. Ces nouvelles données imposent très vite une reconfiguration du dispositif sanitaire national.

L'anticipation sur ces défis qui se profilent à des horizons plus ou moins longs concernera le cadre institutionnel et réglementaire, la formation, l'utilisation et la gestion des ressources humaines, la réforme des établissements sanitaires publics, la promotion des innovations technologiques au service de la santé, la redéfinition du rôle du secteur privé sanitaire.

PARTIE IV.

LES GRANDS PROGRAMMES PRIORITAIRES

4. PARTIE IV : LES GRANDS DOMAINES D' ACTIONS OU PROGRAMMES PRIORITAIRES DU PNDS 2008-2012

Sept (7) domaines d'actions prioritaires ou programmes prioritaires du PNDS ont été identifiés. Ces programmes qui seront détaillés dans le Tome II du PNDS 2008-2012 comprendront au minimum les interventions ci-après :

4.1. Le Programme de reconstruction/réhabilitation post-conflit du dispositif sanitaire national

- Réhabilitation des infrastructures et rééquipements ;
- Restauration du système de distribution des médicaments et produits sanguins ;
- Relance des programmes prioritaires de santé ;
- Redéploiement des personnels de santé ;
- Reconstitution des équipes cadres de districts sanitaires ;
- Réhabilitation du système d'information sanitaire et du dispositif de surveillance épidémiologique.

4.2. Le Programme de développement institutionnel et de renforcement de la gestion

- Révision/renforcement du cadre institutionnel et réglementaire ;
- Révision organisationnelle centrale ;
- Développement des services extérieurs (Directions régionales et Directions départementales) ;
- Développement du système d'information et de gestion ;
- Développement des outils de gestion économique du secteur ;
- Réforme hospitalière ;
- Mise en œuvre de la décentralisation.

4.3. Le Programme de survie et de Développement de l'Enfant et de réduction de la mortalité maternelle

- Programme Elargi de Vaccination ;
- Lutte intégrée contre les maladies de l'enfance ;
- Santé de la reproduction/Soins obstétricaux et Néonataux d'urgence/Maternité sans risque ;
- Programme de Nutrition/suppléments nutritionnelle ;
- Lutte contre le Paludisme ;
- Santé scolaire .

4.4. Le Programme de lutte contre les maladies infectieuses prévalentes et les maladies chroniques et émergentes

- Maladies transmissibles
- Maladies non transmissibles

- Maladies émergentes, ré-émergentes, maladies négligées
- Soins spécifiques

4.5. Le Programme de développement des ressources pour la santé

- Ressources humaines pour la santé ;
- Financement de la santé/assurance maladie ;
- Infrastructures et équipements ;
- Approvisionnement en médicaments.

4.6. Le Programme de développement de l'hygiène et de prévention des risques sanitaires

- Hygiène publique ;
- Hygiène hospitalière ;
- Promotion de la santé ;
- Sécurité transfusionnelle.

4.7. Le Programme de développement du partenariat et de la coopération pour la santé

- Partenariat public/privé/parapublic ;
- Collectivités locales ;
- Organisations Non Gouvernementales ;
- Coopération internationale pour la santé ;
- Initiatives mondiales spécifiques.

PARTIE V.

**MISE EN OEUVRE, GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PNDS
2008-2012**

5. PARTIE V : MISE EN ŒUVRE, GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PNDS 08-12

5.1. Cadre général de mise en œuvre, de gestion et d'évaluation du PNDS 2008-2012

5.2. Mise en œuvre du PNDS 2008-2012

5.2.1. Rôle du Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du présent PNDS 2008-2012. Cette responsabilité est déléguée aux entités décentralisées existantes dans la mesure où les interventions prévues relèvent des compétences transférées à celles-ci. Le Gouvernement adopte le PNDS en conseil des Ministres et il assure la mise en œuvre du plan à travers le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique. Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique assure la maîtrise d'œuvre du PNDS.

Le Gouvernement est ainsi responsable de la mobilisation des financements intérieurs et extérieurs annuels requis pour la mise en œuvre du le PNDS-2008-2012. Il assure le plaidoyer auprès des partenaires au développement.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique assure la gestion des ressources mises à sa disposition pour la réalisation des objectifs du plan en liaison avec le Ministère chargé de l'Economie et des Finances, le Ministère chargé du Plan et les bureaux locaux des agences d'aide au développement partie prenantes.

Le Gouvernement est tenu informé, annuellement, en conseil des Ministres par le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, sur la base du rapport du comité de pilotage mis en place à cet effet par arrêté du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

5.2.2. Rôle des acteurs du système de santé

Les acteurs du système de santé que sont les populations bénéficiaires, les organisations de la société civile, les organisations professionnelles, les professionnels du secteur de la santé, les agences d'aide au développement œuvrant dans le domaine de la santé et les partenaires au développement, sont parties prenantes de la réalisation des objectifs du plan. Ils contribuent, en ce qui les concerne, à l'exécution des devoirs, tâches, interventions et sollicitations s'inscrivant dans le cadre des programmes du PNDS.

Le Niveau central de l'administration sanitaires (cabinet et directions) et les entités déconcentrées que sont les directions régionales et les directions départementales de la sont responsables, chacun en qui les concernent, de la mise en œuvre et suivi du PNDS. Ils sont responsables de la coordination de l'élaboration des plans d'actions et de leur évaluation annuelle.

5.2.3. Rôle des partenaires au développement

Les partenaires au développement, au nombre des desquels figurent les agences de coopération internationale bilatérale et multilatérale, les agences du système des nations unis, les organisations non gouvernementales internationales, les représentations des initiatives mondiales visant des objectifs de santé, les personnalités ou agences agissant dans le domaine de la philanthropie ou considérés comme telle, sont partie prenantes de la réalisation de objectifs du PNDS. Leurs interventions s'inscrivent dans le domaine du

plaidoyer, de la mobilisation de ressources, du financement, de l'appui technique et dans le domaine de la coordination opérationnelle.

Elles sont sollicitées par le Gouvernement s'il y a lieu, ou interviennent dans la réalisation des programmes du PNDS avec l'accord préalable du gouvernement et dans le cadre des objectifs poursuivis. Elles sont représentées par leur tête de fil au sein du comité de pilotage et au sein du comité de suivi du PNDS. Elles sont représentées au sein du comité technique de suivi et de revue des programmes du PNDS.

5.3. Suivi du PNDS 2008-2012

5.3.1. Mécanismes et outils de suivi du PNDS

Le suivi du PNDS est assuré à plusieurs niveaux successifs à travers un comité de pilotage, comité de suivi, comités techniques de suivi et de revue des programmes du PNDS, le Cabinet du Ministre de la santé et de l'hygiène publique, les directions générales et centrales du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, le ministère chargé du plan et du développement, les directions régionales et départementales de la santé.

- 5.3.1.1.** Comité de pilotage
- 5.3.1.2.** Comité de suivi
- 5.3.1.3.** Comités techniques de suivi et de revue des programmes
- 5.3.1.4.** Cabinet du Ministre de la santé et de l'hygiène publique
- 5.3.1.5.** Directions générales de la santé et directions centrales
- 5.3.1.6.** Directions régionales et directions départementales de la santé

La composition, les missions ; l'organisation et le fonctionnement du comité de pilotage du PNDS et comité technique de suivi et de revue des programmes du PNDS sont précisés par arrêtés du Ministre chargé de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Les outils de suivi comprennent (i) les plans d'actions stratégiques annuels du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, (ii) les plans d'actions annuels des directions et services du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique et les rapports d'activités, (iii) les plans d'actions annuels des entités décentralisées et les rapports d'activités, (iv) les documents cadres de coopération technique ou financière en vigueur, (v) les rapports des différents comités (vi) les rapports d'études et enquêtes et (vii) les rapports annuels sur la situation sanitaires (RASS).

5.3.2. Indicateurs du PNDS

Les indicateurs du PNDS sont de plusieurs natures. Ils comprennent (i) des indicateurs de suivi, (ii) des indicateurs de résultats intermédiaires, (iii) des indicateurs de résultats finaux et les (iv) les indicateurs synthétiques clés du PNDS. Ils seront développés et adoptés de manière consensuelle avec les différentes parties prenantes avant le démarrage de la mise en œuvre du PNDS.

5.4. Evaluation du PNDS 2008-2012

5.4.1. Evaluations internes

La Direction de la Planification, de l'Information et de l'Evaluation (DIPE) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique assure l'évaluation interne du PNDS en liaison avec les

services concernés. Elle établit un tableau de bord reprenant les objectifs du PNDS, les activités envisagées, les différents indicateurs de résultats et les différents indicateurs de résultats. Le tableau de bord ainsi établi et renseigné fera l'objet d'une revue annuelle avec les différentes parties prenantes et les acteurs concernés.

5.4.2. .Evaluations externes

Les évaluations externes indépendantes sont conduites à la demande des agences et des partenaires techniques ou financiers engagés dans la mise en œuvre du PNDS. Leur validation implique les responsables du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère du Plan et du Développement et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

5.4.3. .Evaluation à mi-parcours du PNDS

Une évaluation à mi-parcours sera entreprise à la fin du premier semestre de l'an 3 de mise en œuvre du PNDS. Cette évaluation est une évaluation externe qui vise aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs intermédiaires du PNDS que l'évaluation des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des programmes. Cette évaluation sera réalisée à l'initiative du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et sous l'égide des partenaires au développement.

5.4.4. .Evaluation Finale

Elle s'inscrit dans le processus de replanification de l'action sanitaire pour les périodes à venir. Elle vise l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs du PNDS. Elle appréciera éventuellement l'impact des programmes mis en œuvre à la fin de la période quinquennale du PNDS.

5.4.5. Indicateurs clé du PNDS 2008-2012

5.5. Analyse des opportunités, évaluation des risques et menaces

5.5.1. .Opportunités

Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire éprouve des difficultés depuis l'année 1999, soit quatre années seulement après le lancement du premier PNDS. La période qui a suivi a été marquée par un arrêt quasi total des réformes qui avaient été envisagées. La mise en œuvre du PNDS 1996-2005 n'a pas ainsi permis d'obtenir les résultats escomptés. A présent, la Côte d'Ivoire s'achemine vers une sortie de crise avec pour priorité la reconstruction post-conflit du dispositif de santé. Cette évolution favorable du contexte socio-politique est une opportunité pour le secteur de la santé qui espère ainsi remettre à flot la dynamique entamée dix années plus tôt.

5.5.2. Evaluation des risques et menaces

En raison de la situation particulière du pays, la menace la plus importante est celle d'une dégradation durable de la situation sociopolitique avec perturbation de l'activité des services centraux, notamment en matière de suivi des réformes. Une autre menace est celle que pourrait constituer une situation d'arrêt de la coopération avec les partenaires au développement. Le risque en rapport avec la faible mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PNDS est un risque réel et constant. Ce risque est d'autant plus réel que bon nombre de partenaires sont absents du pays. Leur retour dépend de l'évolution de la situation sociopolitique. Par ailleurs, leur absence au moment de l'élaboration du PNDS

pourrait constituer un handicap. En effet, il n'est pas certain dans ces conditions qu'ils s'engagent pour le financement des programmes. Un autre risque à trait à la capacité des équipes à conduire et à mener avec efficacité la mise en œuvre du PNDS. Toutefois, il s'agit d'un risque mineur.

Enfin, il existe un risque en rapport avec le degré d'engagement du Gouvernement dans la réalisation du PNDS. Confronté à plusieurs défis dans le cadre de la reconstruction post-conflit et engagé essentiellement dans le processus de paix en cours, le gouvernement pourrait reléguer à un autre niveau de priorité le PNDS 2008-2012.

_____0_____

CONCLUSION

6. CONCLUSION

ANNEXES

Annexe 1 : Cadre logique

Annexe 2 : Profil épidémiologique

INDICATEURS		Source de données	2001	2002	2003
1	Contexte socio-démographique et économique				
	1.1 situation socio-démographique				
1.1.1	Population totale	INS	16 928 000	17 461 000	18 001 000
1.1.2	Densité de la population	INS	52,50	54,15	55,82
1.1.3	Taux d'accroissement moyen annuel	INS	3,12	3	2,75
1.1.4	Espérance de vie à la naissance	INS	50,9	50,9	50,9
1.1.5	Indice synthétique de la fécondité (ISF)	INS	5,25	5,2	5,15
1.1.7	Taux brut de scolarisation	INS	74,2	73,8	
	1.2 situation économique				
1.2.1	Taux de Croissance Economique (%)	INS	0,20	-1,5	
1.2.2	Produit Intérieur Brut (PIB courant en milliard)	INS	465 924	471 350	
1.2.4	incidence de la pauvreté	INS	33,6	38,38	38,38
2	Ressources sanitaires et dépenses de santé				
	2.1 Ressources humaines				
2.1.1	Nombre d'habitants par médecin	SIG	9608	9470	9334
2.1.2	Nombre d'habitants par infirmier	SIG	2342	2308	2274
	2.2 Ressources en infrastructures et matérielles				
2.2.1	Nombre d'habitants par établissement sanitaire de base	SIG	15 594		13 439
2.2.2	Nombre d'habitants par hôpital	SIG	225 707	232 813	240 013
2.2.4	Nombre d'habitants par bloc chirurgical	SIG	376 416	388 838	401 669
2.2.5	Nombre d'habitants par laboratoire hospitalier	SIG	345 688	357 096	368 880
	2.3 Ressources financières et dépenses de santé				
2.3.1	Budget de santé par habitant	DAF	3199,77	3560,47	3972,31
2.3.2	Poids du budget du MEMSP dans le budget de l'Etat (%)	DAF	7,80	7,03	7,09
2.3.3	Poids du budget du MEMSP dans le PIB	DAF	0,69	0,76	0,87
2.3.4	Montant total du recouvrement des coûts	SACG	15 332 000 000	14 921 000 000	14 174 000 000
2.3.5	Recouvrement des coûts par habitant	SACG	794,98	820,28	817,98
2.3.6	Dépense de santé par habitant		3 995	4 381	4 790

INDICATEURS		Source de données	2001	2002	2003
2.4 Disponibilité des médicaments génériques					
2.4.1	chiffre d'affaire de la PSP	PSP	16 590 769 835	16 710 256 371	14 865 144 840
2.4.2	Ratio offre/demande pour les médicaments (%)	PSP	80,7	95,8	91
2.4.3	Ratio offre/demande pour les matériels et consommables (%)	PSP	91,9	85,8	91,6
2.4.4	Taux de recouvrement de la PSP (%)	PSP	83,44	65	61
2.4.5	Vente de produits PSP par habitant	PSP	980	957	826
3 Utilisation des services de soins curatifs					
3.1 Etablissements sanitaires de premier contact					
3.1.1	Taux de fréquentation des établissements sanitaires primaires	SIG	16	17,4	15,8
3.1.2	Taux d'utilisation des établissements sanitaires primaires	SIG	15,62	16	15,6
3.2 Hôpitaux généraux					
3.2.1	Taux d'occupation des lits	SIG	45,91		
3.2.2	Durée Moyenne de séjour	SIG	3,39	2,50	3,38
3.3 Centres Hospitaliers régionaux					
3.3.1	Taux d'occupation des lits	SIG	24,53		
3.3.2	Durée Moyenne de séjour	SIG	3,66	3,58	3,81
3.4 Centres Hospitaliers Universitaires					
3.4.1	Taux d'occupation des lits	CHU	39,25	46,03	46,34
3.4.2	Durée Moyenne de séjour	CHU	5,25	5,50	5,59
4 Santé de la mère et de l'Enfant					
4.1 Soins prénatals et accouchement					
4.1.1	% Couverture en CPN3	SIG	36,3	36,5	38,7
4.2 Vaccination des enfants de 0-11 mois					
4.2.1	% Couverture par le BCG	PEV	74,00	65,90	61,50
4.2.2	% couverture par le DTC3	PEV	40,00	54,90	50,00
4.2.3	% Couverture par le VAR	PEV	41,40	57,20	48,60
4.2.4	% Couverture par le VAM	PEV	25,3	34,2	32,9
5 Profil épidémiologique et nutritionnel					
5.1 Morbidité infanto juvénile					

5.1.1	Incidence (p1000) du paludisme chez les enfants < 5 ans	SIG	102,89	159,45	125,70
5.1.2	Incidence (p1000) des diarrhées chez les enfants < 5 ans	SIG	43,18	34,66	37,13
5.1.3	Incidence (p1000) des IRA chez les enfants < 5 ans	SIG	130,52	53,78	55,40
5.1.4	Incidence (p1000) de la rougeole chez les enfants < 5 ans	SIG	2,86	4,22	2,14
5.1.5	Nombre de cas de la coqueluche chez les enfants < 5 ans	SIG	592	1233	660
5.1.6	nombre de cas de tétanos néonatal	SIG	26	36	29
5.1.7	Nombre de cas de PFA (suspicion)	SIG	259	242	177
INDICATEURS		Source de données	2001	2002	2003
5.2 Etat nutritionnel des enfants < 5 ans					
5.2.1	Incidence (p1000) Hypotrophie néonatale	SIG	8,65	8,85	10,28
5.2.2	Prévalence (p1000) de la malnutrition curative chez les enfants < 5 ans	SIG	10,9	11,7	10,8
5.2.3	Prévalence (p1000) de la Malnutrition préventive chez les enfants < 5 ans	SIG	43,18	34,66	37,13
5.2.4	Prévalence (p1000) de l'anémie chez l'enfant	SIG	12,02	12,94	12,85
5.3 IST/VIH/SIDA					
5.3.1	Incidence (p1000) des IST chez les adultes (tout sexe confondu)	SIG	0,10	0,20	0,40
5.3.4	taux de sero-prévalence chez les femmes enceintes (%)	RETRO-CI	10,5	9,5	
5.3.6	taux d'incidence SIDA	ONUSIDA	0,142	0,225	0,370
5.3.7	Sex-ratio du nombre de cas de SIDA notifiés	RETRO-CI	0,9		
5.4 Maladies endémiques					
5.4.1	Incidence (p1000) du paludisme dans la population	SIG	63,55	93,61	73,58
5.4.2	Incidence (p1000) du paludisme chez les femmes enceintes	SIG	23,06	27,05	36,52
5.4.3	Incidence (p1000) de la tuberculose	DC PNLT		1	0,6
5.4.6	Incidence (p1000) du pian	SIG		6,26	6,43
5.4.7	nombre de cas de la bilariose urinaire	SIG	7521	8830	6958
5.4.8	Nombre de villages endémiques du Ver de Guinée	DC PNVG/EA	53	27	20
5.4.9	Nombre de cas de Ver de Guinée	DC PNVG/EA	205	200	30
5.4.11	Nombre de cas d'onchocercose	SIG	188	182	163
5.5 maladies à caractère épidémique					

5.5.1	Nombre de cas de cholera	INHP	5532	4290	1171
5.5.2	Nombre de cas méningites purulentes	INHP	230	540	513
5.5.3	Nombre de cas de fièvre jaune	DC PEV	-	137	89

Annexe 3 : Bibliographie