REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union- Discipline- Travail

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE
(MSHP)

PROFIL SANITAIRE 2015-2019

Edition 2020

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Découpage Administratif de la Cote Ivoire en 2019 8
Figure 2 : Découpage sanitaire de la Cote Ivoire en 2019 11
Figure 3 : Evolution de la pyramide des âges de la Côte d'ivoire entre 2015 et 2019 14
Figure 4 : Evolution de l'incidence du paludisme dans la population générale en Côte d'Ivoire de 2015 à 2019 17
Figure 5 : Répartition des Cliniques du Diabète et de l'Hypertension artérielle (CDH) par district sanitaire en 2019 20
Figure 6 : Proportion de Diabète et HTA nouvellement diagnostiqués dans les CDH en 2018 21
Figure 7 : Prévalence du diabète chez les personnes âgées de 20 à 79 ans par région sanitaire (enquête PREVADIA 2017) 22
Figure 8 : Evolution de la densité des ressources humaines en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 26
Figure 9 : Evolution du ratio médecin-population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 27
Figure 10 : Evolution du ratio infirmier-population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 27
Figure 11 : Evolution du ratio sage-femme-population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 28
Figure 12 : Evolution du ratio sage-femme- pour 3 000 FAR en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 28
Figure 13 : Ratio médecin-population par région sanitaire en Côte d'Ivoire en 2019 29
Figure 14 : Evolution du ratio ESPC- Population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 30
Figure 15 : Evolution du ratio Hôpital-Population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 30
Figure 16 : Evolution du ratio de disponibilité SONU- pour 500 000 habitants en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 32
Figure 17 : Evolution de la proportion de consultation par habitant en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 32
Figure 18 : Evolution du taux de césarienne en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 33
Figure 19 : Evolution du taux de succès thérapeutique du traitement de la tuberculose en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 34
Figure 20 : Evolution du taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires en Côte d'Ivoire entre 2017 et 2020 34
Figure 21 : Evolution du ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 35
Figure 22 : Evolution du taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 35
Figure 23 : Evolution de la couverture CPN1 en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 36
Figure 24 : Evolution de la couverture CPN4 en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 37
Figure 25 : Evolution de la comparaison de couverture CPN1-CPN4 en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 37
Figure 26 : Proportion de CPN1 effectuée au premier trimestre par rapport à toutes les CPN1 en Côte d'Ivoire en 2019 38
Figure 27 : Evolution de la couverture SP3 en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 38
Figure 28 : Evolution de la proportion de femme enceintes séropositive sous TAR en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 39
Figure 29 : Evolution de la proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 39
Figure 30 : Evolution du taux de soins postnatals en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 40
Figure 31 : Evolution de la proportion de besoins non satisfait en PF en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 41
Figure 32 : Evolution du taux de prévalence contraceptive en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 42
Figure 33 : Evolution du taux d'abandon BCG-rougeole en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 44
Figure 34 : Evolution du taux de couverture de la thérapie antirétrovirale en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 . 44
Figure 35 : Evolution de la proportion de patients tuberculeux dépistés pour le VIH en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 45
Figure 36 : Evolution du taux d'enfants de moins de cinq ans et Femmes enceintes dormant sous des MII en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 47
Figure 37 : Evolution du taux d'insuffisance pondérale à la naissance en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques Indicateurs du développement 9
Tableau 2 : Evolution du taux de chirurgie de la cataracte en Côte d'Ivoire de 2015 à 2019 46
Tableau 3 : Evolution du taux de mortalité des accidents de la circulation routière en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019 51

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES *2*

LISTE DES TABLEAUX *3*

SOMMAIRE *4*

INTRODUCTION *5*

PRESENTATION DU PAYS 6

CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES 6

DECOUPAGE ADMINISTRATIF 8

ÉCONOMIE 8

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN 9

ORGANISATION, COLLECTE, ANALYSE ET VALIDATION DES DONNEES POUR LA PRODUCTION DU PROFIL PAYS 12

I. INDICATEURS SOCIO DEMOGRAPHIQUES *14*

I.1 Structure, composition et tendance de la population 14

I.2 Pyramide 14

I.3 Indicateurs démographiques 14

II. ETAT DE SANTE *15*

II.1 Mortalité 15

II.2 Morbidité 16

II.2.1 Maladies transmissibles 16

II.2.2 Maladies non transmissibles 19

III. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE *23*

III.1 Gouvernance et financement de la santé 23

III.2 Disponibilité du personnel de santé 26

III.3 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé 30

III.4 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé 32

III.5 Couverture des programmes d'intervention prioritaires en santé 36

III.6 Facteurs et comportements à risque 47

IV. SITUATION DES MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE *51*

CONCLUSION *58*

INTRODUCTION

L'information sanitaire fait partie des éléments incontournables pour une meilleure planification des interventions. La mise à disposition régulière d'information sanitaire de qualité pour la prise de décision à tous les niveaux, constitue l'un des principaux défis des systèmes de santé.

Dans ce cadre, sous le leadership de l'OOAS, les pays de la CEDEAO ont adopté depuis 2014 une liste commune d'indicateurs traceurs de la santé dans l'espace CEDEAO. Ces indicateurs ont été sélectionnés à travers un processus participatif avec la contribution des pays et des partenaires de l'OOAS. L'objectif visé à travers cette liste d'indicateurs traceurs est de disposer d'un ensemble de mesures pertinentes permettant de suivre dans le temps les efforts réalisés individuellement et collectivement pour renforcer les systèmes nationaux de santé et améliorer la santé des populations de l'espace CEDEAO.

Le suivi des indicateurs traceurs de santé de l'espace CEDEAO est un processus qui implique les pays dans la collecte des données, l'analyse des indicateurs et la réalisation de profils sanitaires des pays. Ces éléments permettront d'apprécier l'état de santé des populations, l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé, les facteurs de risque et la situation socio-économique des Etats de l'espace CEDEAO. Outre le fait de disposer de données pour le suivi des progrès des pays, ce processus permettra à terme aux Etats d'identifier les forces et les faiblesses de leur système d'information sanitaire. Pour un bon suivi de l'action sanitaire et une meilleure planification des interventions, des documents stratégiques, dont le profil sanitaire pays, seront régulièrement produits par les pays sous le leadership du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) par le biais de sa Direction en charge de l'information sanitaire.

Produit à partir des données de routine et d'enquête, le profil sanitaire présente des informations sur les performances du système de santé au niveau des ressources (humaine, matérielle et financière), de l'état de santé des populations, de l'accessibilité et la disponibilité des services de santé sur la période 2015-2019. Ce rapport destiné à toutes les personnes en quête d'informations sur la situation sanitaire de la Côte d'Ivoire, est un important outil de plaidoyer et d'aide à la prise de décision dans le secteur de la santé.

Nous encourageons les partenaires au développement à poursuivre cette collaboration fructueuse afin de préserver un système national d'information sanitaire de qualité.

PRESENTATION DU PAYS

Le présent chapitre est consacré à la présentation des caractéristiques géographiques, administratives, économiques, démographiques et sanitaires de la Côte d'Ivoire.

CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'ouest, dans la zone intertropicale, au bord du Golfe de guinée. Son territoire s'inscrit dans une aire de 6° de côte, entre 4° 30' et 10° 30' de latitude Nord et entre 2° 30' et 8° 30' de longitude Ouest. Sa superficie est de 322 462 km².

Le pays est bordé au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Ghana sur 640 km, au Nord par le Burkina Faso sur 490 km et le Mali sur 370 km, à l'Ouest par la Guinée sur 610 km et le Libéria sur 580 km. [1]

Le relief relativement peu accidenté est composé de :

- Plaines au Sud, au Centre et au Nord ;
- Plateaux étagés à l'Est et
- Montagnes à l'Ouest dont le point culminant est le Mont Nimba (1 753 mètres).

La végétation du pays est déterminée par la diversité des zones climatiques et l'inégale répartition des précipitations entre le Nord et le Sud. La forêt et la savane, séparées par une ligne qui suit approximativement l'isohyète 1 300 mm, constituent les deux grandes zones de végétation.

La Côte d'Ivoire bénéficie d'un réseau hydrographique qui couvre environ 4 462 Km² soit 1,38% de la superficie totale du pays. De nombreux cours d'eau avec souvent des débits extrêmes drainent tout le territoire, au nombre desquels figurent quatre grands fleuves. Il s'agit du Cavally (700 km) à l'extrême-Ouest, du Sassandra (600 km) à l'Ouest, du Bandama (1 050 km) au Centre et du Comoé (1 160 km) à l'Est.

On distingue trois (3) zones climatiques principales auxquelles s'ajoute le climat particulier de la région montagneuse de l'Ouest :

- **Le climat Attiéen** : s'étend sur la majeure partie de la forêt méridionale. Il est caractérisé par quatre (4) saisons :
    - Une grande saison des pluies ;

[1] *Rapport final Projet de Renaissance des Infrastructures et de Gestion Urbaine en Côte d'Ivoire (PRICI), Avril 2016*

- Une petite saison sèche ;
- Une petite saison des pluies ;
- Une grande saison sèche ;

- **Le climat Baouléen :** s'étend sur le centre du pays. C'est un climat équatorial de transition entre le climat Attiéen et le climat soudano-guinéen ;
- **Le climat Soudano-guinéen** : règne sur le Nord du pays. Il ne comprend que deux saisons (humide et sèche). L'atmosphère est sèche car l'harmattan y souffle presqu'en permanence ;
- **Le climat de montagne** : il est localisé dans l'Ouest où la température diminue avec l'altitude (jusqu'à 8o en Janvier) et les précipitations augmentent (1.770 mm à Man, 2.300 mm à Danané). La saison sèche est bien tranchée et courte (3 mois dont 1.5 mois d'Harmattan).

Les pluviométries annuelles moyennes de ces différentes zones climatiques varient de 900 mm (au Nord) à 2 300 mm (au Sud). On enregistre une baisse de la pluviométrie en moyenne de 6% sur toute l'étendue du territoire ivoirien[2].

Les changements climatiques qui affectent le monde entier n'ont pas épargné la Côte d'Ivoire. Il en résulte une perturbation dans l'alternance des saisons. Ainsi, on peut retrouver maintenant de fortes pluies en décembre et l'harmattan ne dure plus que quelques semaines.

[2]*Source : Document de stratégies du Programme National Changement Climatique 2015-2020.*

DECOUPAGE ADMINISTRATIF

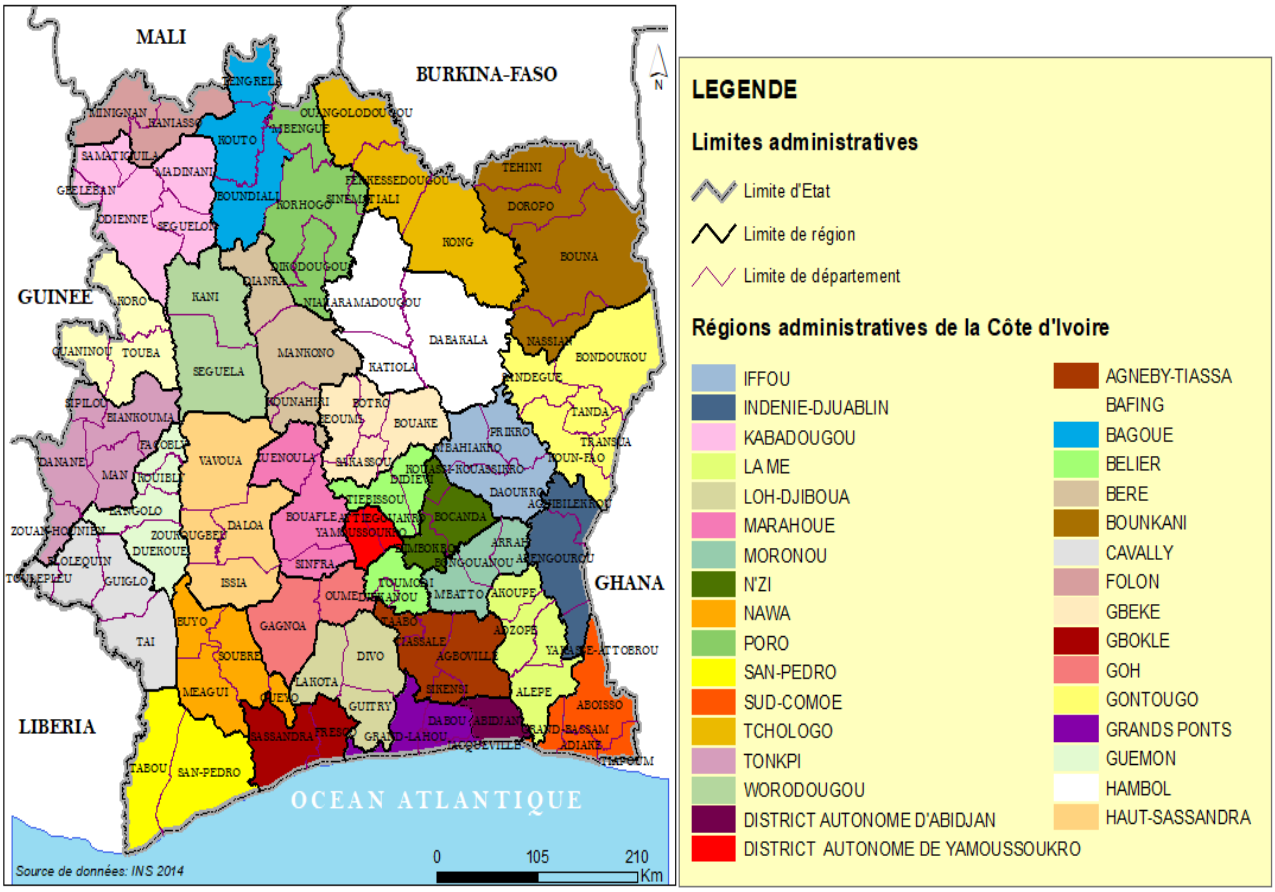


Figure 1 : Découpage Administratif de la Cote Ivoire en 2019

Au niveau du découpage territorial administratif, la Côte d'Ivoire compte deux (02) districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), trente et une (31) régions, cent huit (108) départements, cinq cent neuf (509) sous-préfectures et cent quatre-vingt-dix-sept (197) communes. La capitale politique, Yamoussoukro, est située au centre du pays à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

ÉCONOMIE

La Côte d'Ivoire connaît une croissance forte depuis 2012, sous l'effet d'un programme de réformes visant à faire du pays une destination privilégiée des investisseurs en Afrique. Elle a enregistré une croissance moyenne de 8,7 % sur la période 2012– 2018, l'une des plus rapides parmi les pays pré-émergents. En plus du rebond initial ayant fait suite à la crise post-électorale de 2010–2011, ces résultats tiennent à une bonne stabilité macroéconomique et à l'accélération des réformes structurelles destinées à améliorer le climat des affaires. Dans ce

contexte d'amélioration, la création d'entreprises a augmenté de 26 % (en glissement annuel) entre 2017 et 2018[3].

En 2017 où les exportations nettes avaient été stimulées par une récolte de cacao exceptionnelle, la croissance était estimée à 7,7 % (INS, 2017).

Si la récente croissance économique est solide, elle ne profite toutefois pas à tous. La pauvreté est omniprésente en Côte d'Ivoire : près de 46 % de la population ivoirienne vit en dessous du seuil national de pauvreté et une proportion encore plus importante (57 %) de la population pauvre habite en zone rurale (Banque mondiale, 2016)[4].

Tableau 1 : Quelques Indicateurs du développement[5]

INDICATEURS	VALEURS
Taux de croissance du PIB 2017 (provisoire)	7,7%
Indice de Développement Humain	0,74 (PNUD 2018)
Taux de pauvreté	46,3% (ENV 2015)
Revenu par tête (2017)	901 500 FCFA

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal comprenant trois (03) niveaux avec (02) versants : un versant gestionnaire ou administratif et un versant prestataire ou offre de soins.

1. LE VERSANT PRESTATAIRE/ OFFRE DE SOINS

L'offre de soins comprend trois niveaux :

- **Le niveau primaire** constitue la porte d'entrée dans le système de santé. Il est composé de tous les établissements sanitaires publics qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel. Les structures de ce niveau font intervenir des techniques simples.

Ce niveau est composé des Dispensaires Ruraux (DR), des Centres de Santé Ruraux (CSR), des Centres de Santé Urbains (CSU), des Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS) et des Formations Sanitaires Urbaines (FSU).

- **Le niveau secondaire** constitue le point de référence immédiat du niveau primaire. Il comprend tous les établissements de soins publics assurant une fonction de premier recours

[3] *Rapport du FMI no 19/197, Juillet 2019*
4 Financement de la Santé (Côte d'Ivoire) : Dossier d'investissement 2019-2022
[5] *Sources : Enquête ENV 2015/Compte Nationaux de l'INS*

pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire et possédant une capacité technique de diagnostic et de traitement.

Ce niveau comprend les Hôpitaux Généraux (HG), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) qui n'ont pas de statut d'Établissement Public National (EPN).

- **Le niveau tertiaire** est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche. Il comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP), le Centre National d'Oncologie et de Radiothérapie Alassane OUATTARA (CNOR-AO) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Le versant offre de soins, comprend aussi le secteur sanitaire privé qui s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires de toutes catégories.

En outre, d'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Ministères en charge de : la défense, l'économie et des finances, la fonction publique, l'emploi, la solidarité, les affaires sociales, l'éducation nationale, l'intérieur, etc…).

Pour renforcer le système de santé, les activités avec l'implication de la communauté sont entreprises.

2. LE VERSANT GESTIONNAIRE /ADMINISTRATIF

Le versant administratif comprend également trois niveaux :

- **Le niveau central** avec le Cabinet du Ministre, la Direction Générale, les Directions Centrales et les Services rattachés, est chargé de la définition de la politique sanitaire, de l'appui et de la coordination globale de la santé.
- **Le niveau intermédiaire** est composé des Directions Régionales qui ont une mission d'appui aux Districts pour la mise en œuvre de la politique sanitaire.
- **Le niveau périphérique** comporte des Directions Départementales de la santé ou Districts sanitaires, qui coordonnent l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial. Ils

fournissent un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé.

Entre 2015 et 2017, la Côte d'Ivoire comptait quatre-vingt-six (86) districts sanitaires repartis dans vingt (20) régions sanitaires. En décembre 2019, le pays est passé à 33 Directions Régionales de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSHP) et 113 Directions Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique (DDSHP).



Figure 2 : Découpage sanitaire de la Cote Ivoire en 2019

ORGANISATION, COLLECTE, ANALYSE ET VALIDATION DES DONNEES POUR LA PRODUCTION DU PROFIL PAYS

1. LA COLLECTE DES DONNEES

Le profil pays est le fruit d'un processus participatif et inclusif comportant plusieurs niveaux de collecte et de consolidation des données (ESPC, hôpitaux généraux et CHR, Districts Sanitaires, Régions Sanitaires, Directions centrales, Programmes Nationaux de Santé et EPN).

Au niveau des ESPC, des hôpitaux généraux et des CHR, un rapport mensuel d'activités qui fait la synthèse des données est produit. Il est élaboré à partir des données renseignées par les prestataires de soins dans les outils primaires (registres de consultation, d'accouchement, etc.). Ces rapports sont acheminés à la Direction Départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DDSHP).

Au niveau de la DDSHP, l'agent chargé de la surveillance épidémiologique (CSE du district) fait la saisie de l'ensemble des données des rapports reçus des ESPC dans la base de données DHIS2.

Les données des hôpitaux de référence sont également saisies dans le logiciel DHIS2 par leurs gestionnaires de données au niveau de l'hôpital.

Au niveau régional, le chargé de surveillance épidémiologique (CSE régional) vérifie la complétude, la promptitude et la cohérence des données saisies dans la base de données DHIS2 par les Districts Sanitaires.

Au niveau national, la Cellule d'Appui Technique au Système d'Informations Sanitaires (CATSIS) logée au sein de la DIIS, vérifie la complétude et la promptitude des données saisies dans la plateforme DHIS2.

Des informations complémentaires de gestion sont collectées par la DIIS sur la base d'une matrice élaborée et acheminée aux DRSHP et DDSHP.

Les bases de données spécifiques de certains programmes de santé (PEV, PNLUB, PNEL, PNLS, etc.) et EPN hospitaliers (CHU, ICA) ont également servi de source de collecte de certaines informations.

2. TRAITEMENT, ANALYSE ET VALIDATION DES DONNEES

Après la collecte des données, un traitement et une analyse des données ont été effectués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le traitement des données a consisté à la

compilation des données issues des outils primaires au niveau des établissements sanitaires puis au niveau des districts sanitaires et des régions.

Ensuite un apurement de la base de données a été effectué. Aussi, des ateliers régionaux de consolidation des données sont organisées chaque trimestre avec les ERS et les ECD.

La Cellule d'Appui technique au Système d'Information Sanitaire (CATSIS) de la DIIS vérifie de façon mensuelle la complétude, la promptitude et la cohérence des données produites par les régions sanitaires à travers la base de données DHIS2.

Un deuxième apurement et une compilation des données provenant des directions régionales, programmes de santé, directions centrales et des EPN de santé ont été réalisé par la DIIS.

Après compilation, traitement et analyse des données avec le tableur Excel, la validation de l'ensemble des données s'est faite au cours d'un atelier avec les représentants des structures du MSHP et les partenaires. Cette validation a consisté à analyser la cohérence et la concordance des données, les harmoniser et intégrer les données manquantes.

Enfin, les données validées ont servi à la conception des tableaux et des graphiques à partir du tableur Excel et à la production des cartes à partir du logiciel ArcGIS®.

Les données de populations utilisées pour le calcul des indicateurs sont celles estimées à partir du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 réalisé par l'INS.

3. LIMITES ET DIFFICULTES

- ***LES LIMITES***

Les limites identifiées au cours de l'élaboration de ce document sont les suivantes :

- ✓ la faible intégration dans le SNIS des données sanitaires des secteurs privé et des autres ministères ;
- ✓ la sous notification de certaines pathologies et données de pharmacie par les prestataires ;

- ***LES DIFFICULTES***

La principale difficulté rencontrée au cours de l'élaboration de ce document est la remontée tardive des données pour intégration dans la base nationale.

I. INDICATEURS SOCIO DEMOGRAPHIQUES

I.1 Structure, composition et tendance de la population

En mai 2014, le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de la Côte d'Ivoire indique que la population totale est estimée à 22.671.331 habitants avec une densité de 70,3 habitants/km2. Elle est composée de 11 708 244 d'hommes soit 51,7 % et de 10 963 087 femmes soit 48,3 %. Les femmes en âge de procréer représentent 24 % de la population et les enfants de moins de 5 ans, 16 %. La population vivant en milieu urbain est de 11 370 347 soit 50,2 % contre 11 300 984 en milieu rural soit 49,8 %. Le nombre de grossesses attendues est estimé à 962 543 et celui des naissances attendues est estimé à 916 702. En 2019, la population de la Côte d'Ivoire selon les projections de l'INS est de 25 823 072 habitants.

I.2 Pyramide

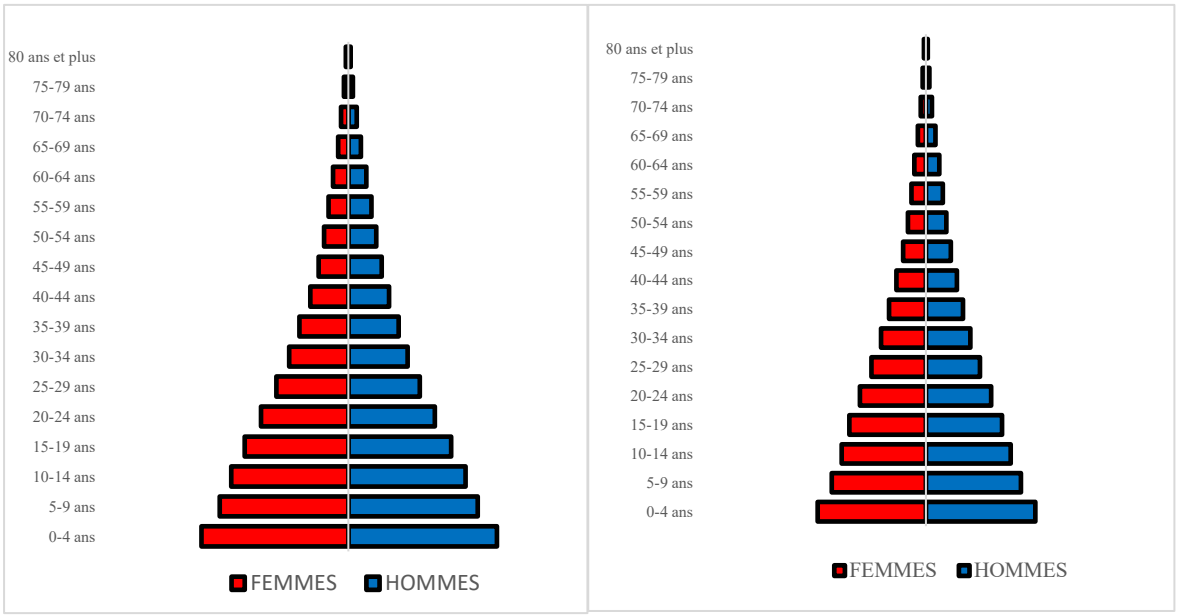


Figure 3 : Evolution de la pyramide des âges de la Côte d'ivoire entre 2015 et 2019

La population est très jeune avec un âge médian de 19 ans. Un ivoirien sur deux a moins de 20 ans et près de deux ivoiriens sur trois ont moins de 25 ans.

I.3 Indicateurs démographiques

Le nombre de dépendants reste élevé, cette structure par âge correspond respectivement entre 2015 et 2019 à 89 et 87 dépendants de moins de 15 ans et 65 ans et plus, pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans, contre 40 à 50 dépendants (deux fois moins) dans les pays émergents. La diminution rapide des taux de dépendance suite à la maîtrise de leurs niveaux

de fécondité, a permis aux pays émergents d'ouvrir une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain, ce qui leur a permis de bénéficier du dividende démographique.

Ainsi, la réalisation de la transition démographique (en panne en Côte d'Ivoire depuis les années 1990) est l'une des transformations majeures nécessaire pour atteindre l'émergence et bénéficier du dividende démographique.

Le Taux Global de Fécondité Général (TGFG) est de 154,7 ‰. L'Indice synthétique de fécondité est de 5 enfants par femme deux fois plus que le taux de fécondité au niveau mondial qui est de 2,5 enfants par femme en 2019. Le taux de croissance démographique annuel est à 2,6 % (RGPH 2014).

Dans l'ensemble, l'espérance de vie a peu progressé au cours des dernières années passant de 51 ans en 2014 à 57,4 ans en 2019. Néanmoins elle demeure l'une des plus faibles en Afrique. L'espérance de vie à la naissance tenant compte de l'impact du VIH/sida sur la mortalité estimée par SPECTRUM pour la Côte d'Ivoire, était de 54,3 ans en 2015 avec respectivement 53,4 ans pour les hommes et 55,2 ans pour les femmes.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2015, le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 à 24 ans est de 63,8% pour les hommes et 47,2 pour les femmes. Pour l'ensembles des populations de plus de 15 ans, ce taux estimé à 45% est en baisse par rapport à 2008 (46,52 %). Ce taux est de 51,2 % à Abidjan, de 42,9 % dans les autres villes et de 25,6 % en milieu rural. Il varie en fonction du niveau de revenu des individus et du sexe. En effet, le taux d'alphabétisation est de 53,3 % chez les hommes contre 36,3 % chez les femmes. Cet écart d'alphabétisation entre hommes et femmes devient encore plus important avec le statut de pauvreté même s'il est réduit dans le quintile le plus riche (62,2 % chez les hommes contre 54,5 % chez les femmes) alors qu'il est de 16,6 % dans le premier quintile

II. ETAT DE SANTE

II.1 Mortalité

La mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile reste élevée et préoccupante en Côte d'Ivoire.

La mortalité néonatale se situait à 33 en 2016 contre 38 pour 1000 naissances vivantes en 2012. Les différentes études réalisées montrent que certaines maladies au cours de la grossesse constituent des facteurs de risques pour la survie de la mère et du nouveau-né. Il s'agit de l'anémie chez la femme enceinte dont le taux est estimé à 54 %, du VIH chez la femme enceinte qui a connu une nette régression passant de 4,3 % en 200513 à 2,7 % en 2012 et du paludisme chez la femme enceinte dont la prévalence était estimée à 7 % en 2012.

La mortalité infantile se situait à 27 en 2016 contre 68 pour 1000 naissances vivantes en 2012.

La mortalité chez les enfants de moins de 5 ans demeure encore très élevée en Côte d'Ivoire et se situe à 96 pour 1000 naissances vivantes en 2016 contre 108 pour 1000 naissances vivantes en 2012 et 125 pour 1000 naissances vivantes en 2005.

Le pays a réalisé peu de progrès dans la lutte contre la mortalité maternelle, passant de 745 en 1990 à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 soit une évolution de 13,4 % en 25 ans avec un taux annuel de 0,6 % contre 44 % au niveau mondial. Le Rapport de la Mortalité Maternelle 2015 (RMM) estimait le taux de mortalité maternelle de la Côte d'Ivoire à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 546 pour l'Afrique Subsaharienne. En 2012, ce taux était estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012.

Ces décès maternel et néonatal pourraient s'expliquer par certaines insuffisances telles que : (i) la faible application des directives sur les SONU par le personnel de santé, (ii) l'insuffisance de capacités pour l'organisation et la gestion des services intégrés de santé maternelle, (iii) la faiblesse du plateau technique pour l'offre des SONU

II.2 Morbidité

II.2.1 Maladies transmissibles

1. Incidence du paludisme

Objectif du PSN 2016-2020 : Réduire l'incidence du paludisme de 40% par rapport à 2015 d'ici 2020

Le paludisme demeure le premier motif de consultation dans les formations sanitaires du pays.

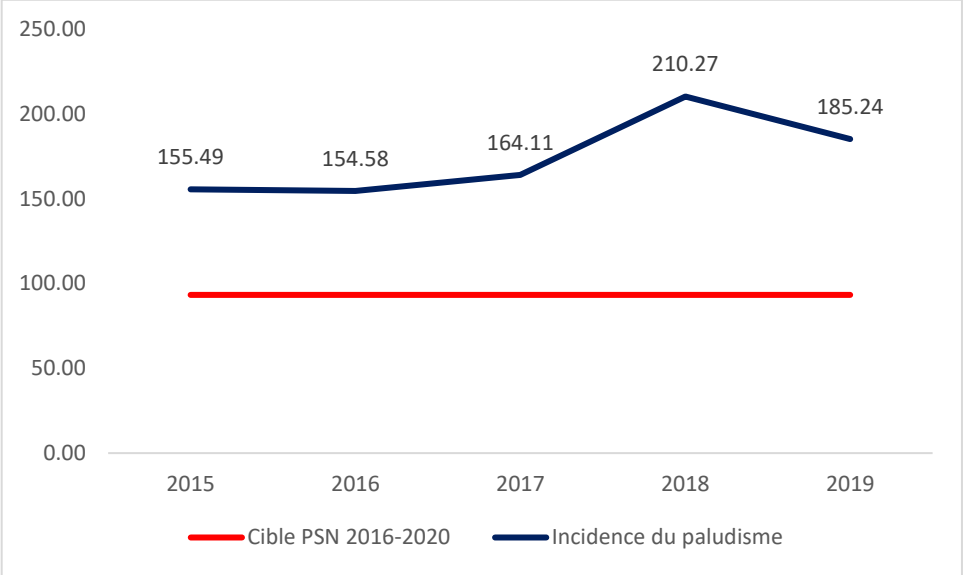


Figure 4 : Evolution de l'incidence du paludisme dans la population générale en Côte d'Ivoire de 2015 à 2019

Au niveau de la population générale, l'incidence a connu une évolution en dents de scie. De 155,49 pour mille en 2015, elle est passée à 185,24 pour mille en 2019. Elle demeure très au delà de la cible fixée par le PSN 2016-2020.

La lutte contre le paludisme a été renforcée au cours de ces dix dernières années par :

- la distribution gratuite d'environ 30 000 000 de Moustiquaires Imprégnées à Longues Durée d'Action (MILDA) en routine durant les campagnes de masse en 2010 et 2014. Cette intervention a permis d'augmenter la couverture des ménages en MILDA passant de 66 % en 2012(EDSIII) à 95 % en 2015. Cependant le taux d'utilisation des MILDA reste encore faible. Il était de 37% dans la population générale et de 68% chez les personnes qui disposent des MILDA (EDSIII) ;

- l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme à travers le renforcement des capacités des prestataires, la disponibilité des TDR pour la confirmation des tous les cas suspects de paludisme et le traitement de tous les cas confirmés positifs. Le taux de confirmation est passé de 5% en 2010 à 83% en 2015 ;

- la mise en œuvre progressive de la prise en charge communautaire des cas de paludisme dans les districts sanitaires au bénéfice des enfants de moins de 5 ans vivants dans les communautés d'accès difficiles aux structures de santé ;

- la mise en œuvre de la gratuité ciblée prise depuis 2012 des traitements pour tout cas de paludisme diagnostiqué (TDR positifs) dans les centres de santé publics.

2. Prévalence du VIH

La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés de la région Ouest africaine et du Centre (AOC), après le Nigeria, le Cameroun et la République Démocratique du Congo (RDC) avec un nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) estimé à 460 000 [420 000 – 510 000] selon les estimations 2014 de l'ONUSIDA.

La prévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans a nettement baissée entre 2015 et 2019, passant de 2,5% à 0,85%.

La prévalence du VIH dans la population générale qui était de 4,7 % en 2005, est passée à 3,7 % en 2011 avec une forte prédominance féminine de 4,6 % contre 2,9 % chez les hommes. Elle augmente avec l'âge et est plus élevée en milieu urbain (4,3 %) qu'en milieu rural (3,1 %). La prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans était de 1.3 % avec un taux de 2,2 % chez les filles et 0,3 % chez les garçons. Au niveau des nouvelles infections et des décès, 1400 adolescents de 10-19 ans ont été nouvellement infectés par le VIH en 2013 dont 966 filles soit (69 %) et 4100 décès liés au sida chez les adolescents en 2013 (Spectrum 2013).

On note une très forte prévalence du VIH/sida chez les populations clés notamment les professionnels du sexe 11,4 % (étude IBBS 2014), les hommes ayant les rapports avec les hommes 18 % (SHARM 2012), les usagers de drogues 9,5 %. En 2019, la prévalence chez les populations clés est de 5,6% chez les Utilisateurs de Drogues Injectable, 2,6% chez les Populations Carcérales, 11,4 chez les Travailleuses du Sexe et 11,6 chez les Hommes ayant des rapports Sexuelles avec des Hommes.

Pour arriver à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de nouvelles directives ont été adoptées conformément aux recommandations de l'OMS en 2013. Il s'agit notamment de l'option B+, de la délégation des tâches aux infirmiers et sages-femmes en matière de prescription des ARV, et le nouveau contenu des soins et soutien basé sur le « Test and Treat ». Le nouveau contenu des soins et soutiens basé sur le « Test and Treat» est délivré à ce jour en dehors des femmes enceintes, aux autres populations à risques notamment les populations clés, les enfants de moins de 10 ans, les couples séro-différents et les patients co-infectés VIH/hépatite. Son extension à la population générale se heurte à des difficultés de financement.

D'énormes défis restent à relever pour améliorer la qualité des services de prise en charge, réduire le nombre de perdus de vue et prévenir les ruptures de stock des ARV.

En dépit des progrès obtenus à ce jour, des insuffisances persistent et constituent des obstacles à la mise en œuvre des interventions. Il s'agit notamment de : (i) la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH, (ii) la charge élevée de travail du personnel de santé, (iii) la faible intégration de la prise en charge pédiatrique dans les structures de prise en charge adulte, (iv) la réduction des financements des partenaires, (v) l'insuffisance de financement pour les activités d'accompagnement des PVVIH, (vi) l'absence d'un statut officiel des ASC (agent de santé communautaire) ont constitué des obstacles à la mise en œuvre des activités.

II.2.2 Maladies non transmissibles

1. Prévalence de l'hypertension chez les adultes (25 ans et plus)

Selon l'enquête PREVADIA de 2017, la prévalence de l'HTA au niveau national était de 39% chez les personnes âgées de 20 à 79 ans.

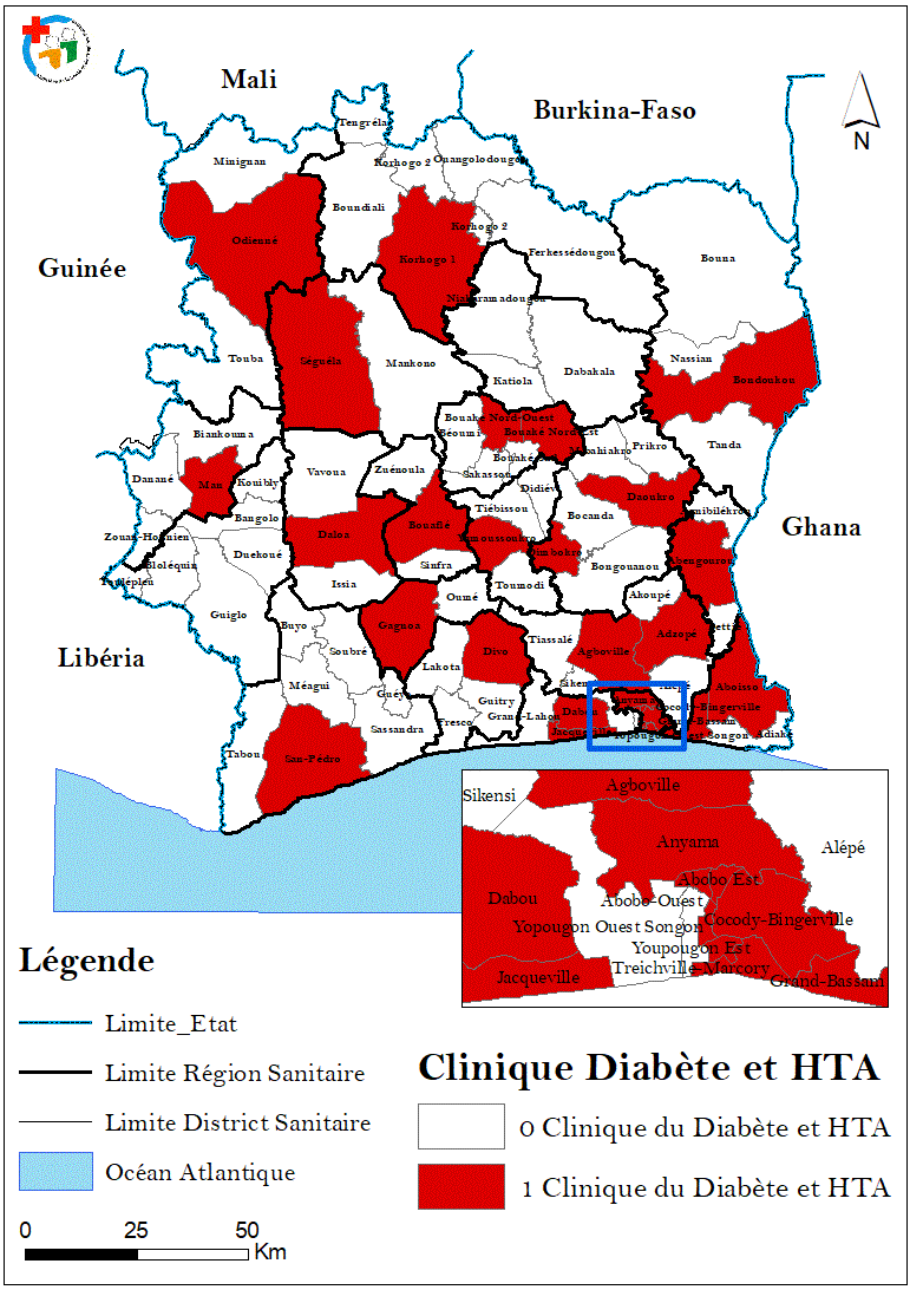
Le nombre de client sans antécédent d'HTA diagnostiqué en 2018 en routine est de 51 399 soit une incidence de 3,5 pour 1000 Habitants. Elle est la même qu'en 2017.

2. Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus)

Selon l'enquête PREVADIA de 2017, la prévalence du diabète au niveau national était de 6,2% chez les personnes âgées de 20 à 79 ans.

Le nombre de cas d'hyperglycémie sans antécédent de diabète connu diagnostiqué en 2018 en routine est de 8 121 contre 6 219 en 2017 soit une hausse de 30,6%. L'incidence en 2018 est de 0,03%.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la Côte d'Ivoire a mis en place des cliniques du diabète et de l'hypertension artérielle (CDH) afin de rapprocher des populations, des paquets de services améliorés pour la prise en charge de ces deux pathologie (diagnostic, prise en charge et éducation des patients).



Source : DIIS

Conception Réalisation : DIIS

Figure 5 : Répartition des Cliniques du Diabète et de l'Hypertension artérielle (CDH) par district sanitaire en 2019

En 2019, nous enregistrons 29 cliniques de diabète et de l'hypertension artérielle (CDH) réparties dans 18 régions sanitaires sur 33, soit un taux de couverture de 54%. Les 29 CDH sont repartis dans 29 Districts sanitaires sur les 113, soit une couverture au niveau district de 25,66%.

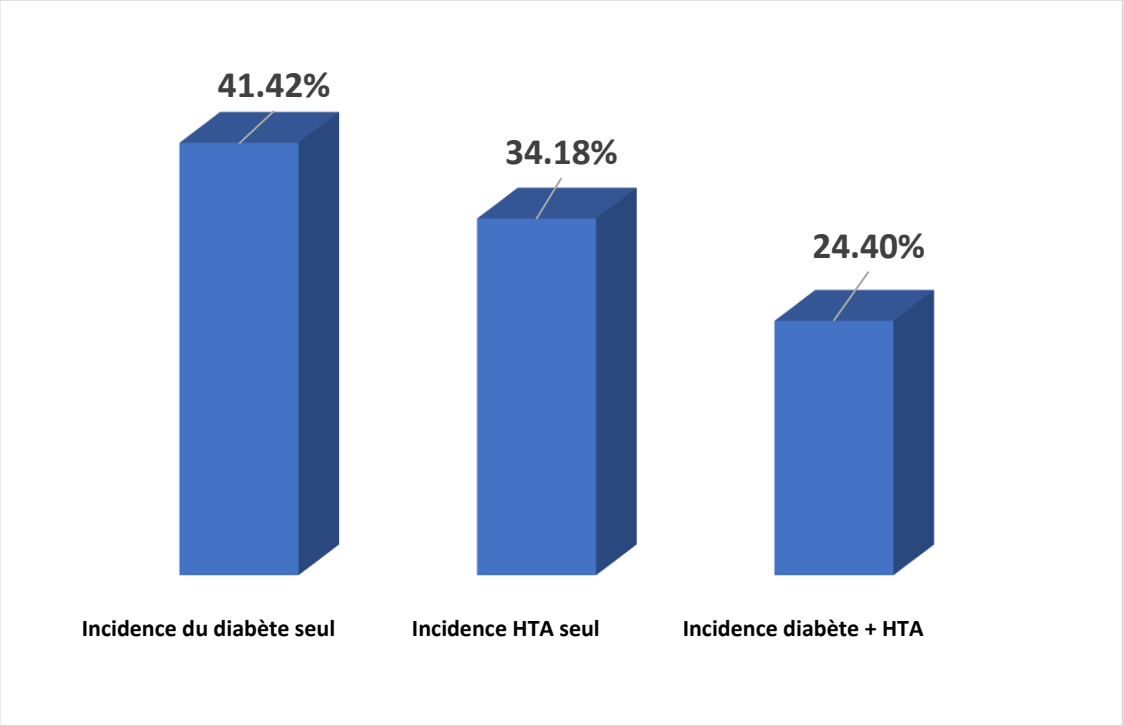
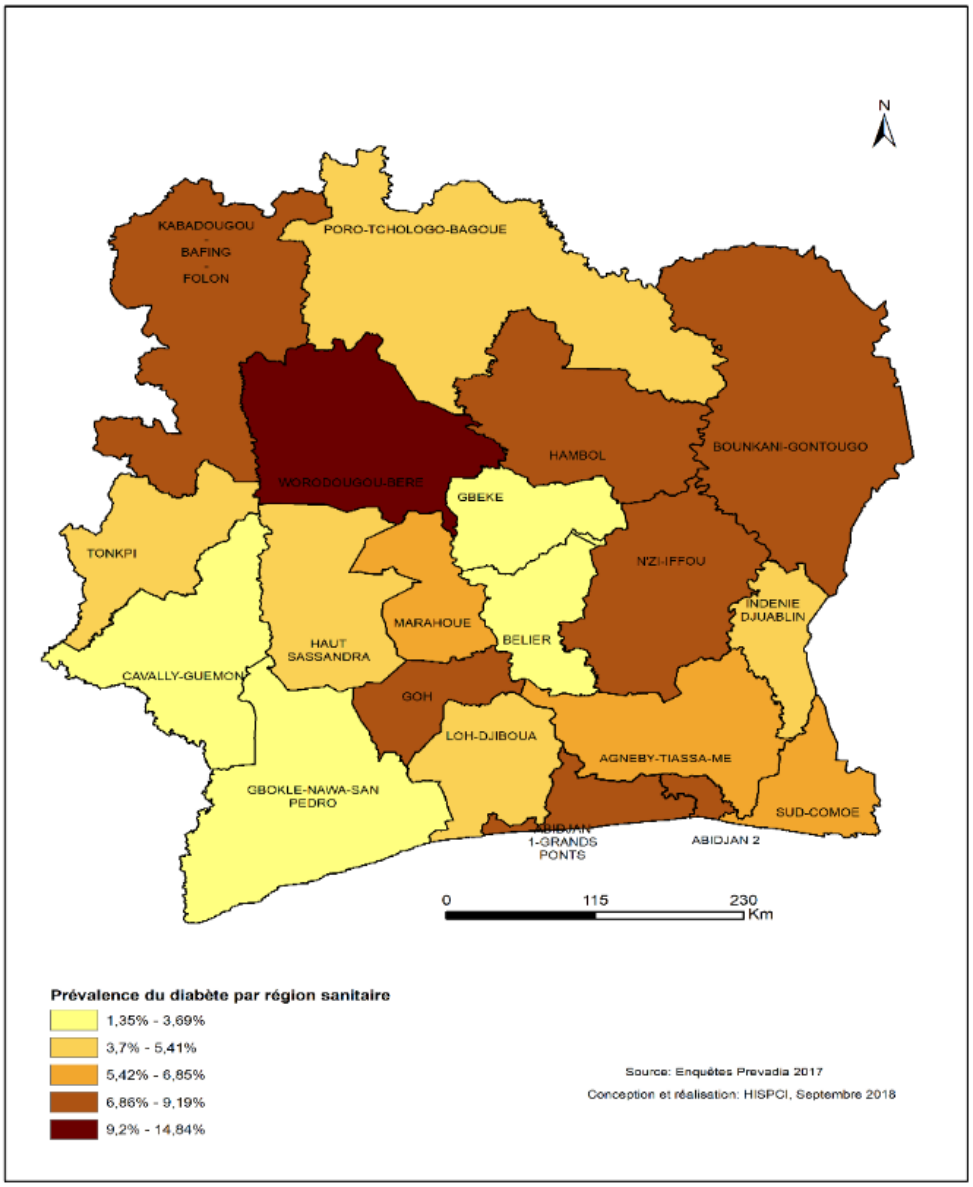


Figure 6 : Proportion de Diabète et HTA nouvellement diagnostiqués dans les CDH en 2018

En 2018, sur 4527 nouveaux cas dans les cliniques du diabète et de l'hypertension artérielle (CDH), le Diabète enregistre la plus forte incidence avec 41,42%, l'HTA a 34,18% et les cas présentant les deux pathologies ont une incidence de 24,40%.



Source : PREVADIA 2017

Figure 7 : Prévalence du diabète chez les personnes âgées de 20 à 79 ans par région sanitaire (enquête PREVADIA 2017)

3. Prévalence de la maladie mentale

La situation des personnes souffrant de troubles mentaux en Côte d'Ivoire n'est pas particulièrement bien documentée. Cependant sur la base de la perception sociale du problème, il apparait que de plus en plus, le nombre de personnes souffrant de ce type de troubles et non pris en charge est en augmentation. Le pays dispose à ce jour de deux hôpitaux psychiatriques, d'un service spécialisé dans la prise en charge des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, de deux services de consultation intégrés et d'un dispensaire d'hygiène mentale. Ces services sont animés par 31 médecins psychiatres pour une population de 25 millions d'habitants, soit un taux d'environ 1 médecin psychiatre pour 65.000 habitants.

Parmi ces 31 médecins psychiatres, seulement 4 sont spécialisés dans la prise en charge des enfants.

III. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

III.1 Gouvernance et financement de la santé

Dans l'optique d'atteindre l'émergence à l'horizon 2020, la Côte d'ivoire s'est engagée dans la redynamisation de sa politique de développement à travers l'élaboration de son second PND pour la période 2016-2020. Le PND 2016-2020 a tenu compte de toutes ces initiatives pour parvenir à la formulation de son résultat global qui est : « la Côte d'Ivoire est un pays émergent à l'horizon 2020 avec une base industrielle solide ».

Le PNDS est arrimé aux orientations stratégiques du PND 2016-2020 en vue du développement du secteur de la santé, formulées dans le résultat stratégique 2 : « l'accélération du développement du capital humain et du bien-être social » qui passe par la réalisation du résultat d'impact 3 : « l'état de santé des populations est amélioré et dans une certaine mesure du résultat d'impact 4 pour les aspects liés à la protection sociale en santé.

Ces orientations visent un accroissement de l'offre et l'utilisation par les populations des services de santé de qualité, une amélioration de l'état nutritionnel de la population en particulier les femmes et les enfants et un accès des populations à la protection sociale en santé.

Le Gouvernement, à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, a élaboré la Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020. Ces documents tiennent compte des défis à relever par la Côte d'Ivoire en matière de santé, dans la perspective de l'accélération de l'atteinte des ODD en vue de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Ce PNDS traduit la volonté du Gouvernement et de ses partenaires, d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires du pays, marqués par une morbi-mortalité encore élevée chez la femme et chez l'enfant.

Le PNDS 2016-2020 vise l'amélioration de l'état de santé et le bien-être des populations. Il se décline en six (06) effets que sont :

- ⇨ la Gouvernance et le leadership du secteur de la santé sont renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

- ⇨ le financement interne et externe du système de santé est amélioré ;
- ⇨ l'offre de service de qualité est disponible et l'utilisation est augmentée ;
- ⇨ la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies sont réduites d'ici 2020 ;
- ⇨ la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes est améliorée d'ici 2020 ;
- ⇨ la prévention et la promotion de la santé sont renforcées.

Cette politique sanitaire constitue un ensemble d'orientations fondées sur des valeurs et des principes de base visant à influencer les décisions et les actions à long terme pour l'amélioration de la santé et le bien-être des populations. Dans ce cadre, des stratégies permettant d'améliorer l'accessibilité des populations aux soins de qualité, particulièrement pour les populations vulnérables ont été mises en œuvre. Il s'agit du renforcement du cadre règlementaire et législatif à travers la prise par le Gouvernement de la mesure de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans et la Couverture Maladie Universelle (CMU). En plus de ces mesures, l'amélioration de la gouvernance a été au cœur des actions du Ministère à travers l'élaboration de divers documents de référence. Un accent particulier a été mis sur le renforcement des capacités opérationnelles des structures de santé à travers la politique de Financement Basée sur la Performance (FBP) et la réforme hospitalière.

Le financement de la santé a connu une hausse progressive ces dernières années. En effet, le budget du ministère en charge de la santé est passé de 106,8 milliards en 2011 à 245,5 milliards de FCFA en 2015, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 18 % en 5 ans. Une part importante de ce budget a été dédiée au fonctionnement (80,45 %) au détriment de celui des investissements (19,55 %). Le budget accordé par l'État de Côte d'Ivoire au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est passé de 368 780 237 723 F CFA en 2017 à 360 594 344 796 F CFA en 2018 [6], soit une baisse de 8 185 892 927 F CFA (-2,22 %). Ce budget représente 5,3% du budget général de l'État en 2018. Ce qui est inférieur aux engagements pris par l'Etat de Côte d'Ivoire au sommet d'Abuja (Nigeria) en 2001 qui est de consacrer 15% du budget général de l'Etat à la santé.

L'élaboration des différents Comptes de la Santé (CS) a permis au MSHP de capter les informations sur les flux financiers dans le secteur de la santé.

[6] Comprend les salaires, les abonnements, les collectivités, les dons et les emprunts

Selon les Comptes de Santé, les Dépenses totales de santé (DTS), entre 2017 et 2018, s'élèvent à 1 076 196 526 383 et 1 147 403 083 638 FCFA. Les dépenses totales de santé par habitant sont passés de 9,6 USD (43 799 F CFA) en 2017 contre 91 USD (45 540 FCA) en 2018. Le Total des dépenses publiques de santé par habitant est passé de 26 USD (13 104 F CFA) en 2017 à 24 USD (12 187 F CFA) en 2018. Le total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État est passé de 4,8% en 2017 à 5,3% en 2018. Le Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé est passé de 29,9% à 26,8% entre 2017 et 2018. Ainsi, ressort-il de l'analyse des DTS que les ménages sont les plus gros contributeurs du financement de la santé en Côte d'Ivoire avec une proportion de versement direct de 51,08 %. L'Administration publique (24,48 %) et les Entreprises (14,44 %) viennent respectivement au second et au troisième rang après les ménages. Les Bailleurs bilatéraux et multilatéraux représentent 9,99 % des sources de financement tandis que les ONGs, nationales ne représentent que 0,01 % des sources de financement.

En vue du financement adéquat du secteur, le MSHP a adopté des stratégies novatrices sur le financement de la santé notamment : (i) la stratégie nationale de financement pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, (ii) la stratégie nationale de financement basé sur la performance pour améliorer qualitativement et quantitativement, l'offre de services et de soins de santé et (iii) un document d'orientation sur les financements innovants.

Outre cela, des difficultés entravent le fonctionnement optimal des structures déconcentrées. Ce sont entre autres : (i) l'insuffisance du budget alloué ; (ii) l'inadaptation de l'architecture du budget par rapport aux activités des DR et DDS (supervisions, regroupements, réunions et déplacements hors site des DR et DD), et (iv) l'insuffisance de mobilisation de ressources locales.

L'utilisation rationnelle des ressources financières connaît d'énormes difficultés liées à : (i) la faible disponibilité des documents de gestion financière (procédures, outils de gestion) auprès des acteurs pour une meilleure opérationnalisation, (ii) une irrégularité du contrôle de l'utilisation des ressources financières, (iii) une absence d'instance formelle pour le suivi des appuis extérieurs, (iv) l'absence d'un système informatisé de suivi du recouvrement des coûts des actes de santé, (v) les difficultés pour l'harmonisation des procédures nationales et celles de certains bailleurs dans la gestion des projets, (vi) l'absence de traçabilité de l'état d'exécution des interventions de certains bailleurs, (vii) les difficultés dans la remontée des données financières en vue d'élaborer le rapport des comptes de la santé.

Les priorités en matière de santé se résument en termes de gouvernance et leadership à une meilleure coordination des interventions du secteur de la santé, une décentralisation et une déconcentration achevées du système de santé et la production et la disponibilité d'informations sanitaires de qualité utiles pour la prise de décision à tous les niveaux. Les principales interventions retenues sont orientées vers le renforcement du système de santé, la lutte contre la maladie, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la promotion de la participation communautaire et la médecine de proximité.

III.2 Disponibilité du personnel de santé

1. Agents professionnels de santé par 10 000 habitants

Norme OMS : 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants

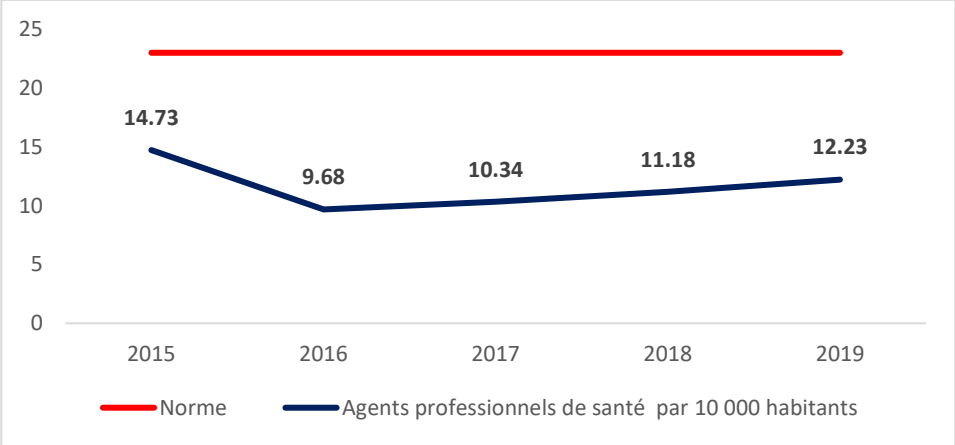


Figure 8 : Evolution de la densité des ressources humaines en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Après une nette baisse entre 2015 et 2016, la densité de professionnel de santé augmente régulièrement de 2016 à 2019. S'il n'existe pas de règle d'or pour déterminer si les personnels de santé sont en effectifs suffisants, l'OMS juge improbable que les pays disposant de moins de 23 professionnels de santé (en ne comptant que les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes) pour 10 000 habitants obtiennent des taux de couverture convenables pour les interventions essentielles en matière de soins de santé primaires considérées comme prioritaires par les Objectifs du Millénaire pour le développement. C'est le cas de la Côte d'Ivoire qui très en dessous de cette norme.

2. Médecins pour 10 000 habitants

Norme OMS : Un (01) médecin pour 10.000 habitants

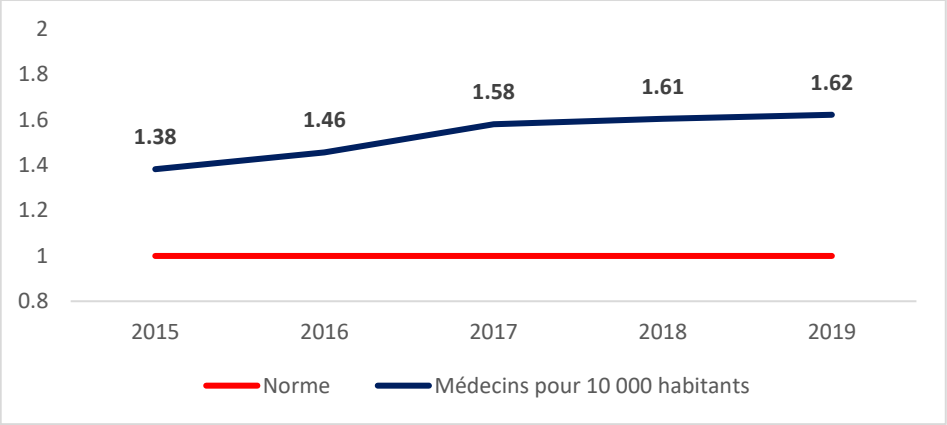


Figure 9 : Evolution du ratio médecin-population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

3. Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants

Normes OMS : Un (01) Infirmier Diplômé d'État (IDE) pour 5 000 habitants

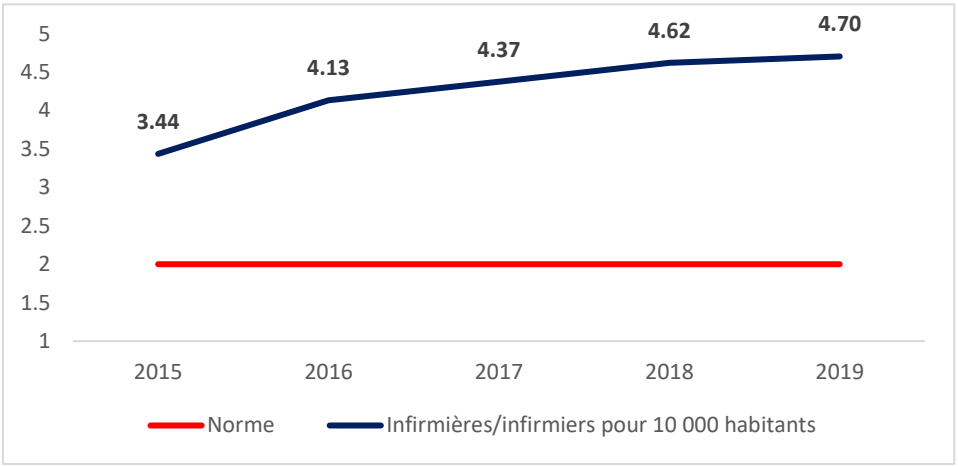


Figure 10 : Evolution du ratio infirmier-population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

4. Sages-femmes pour 10 000 habitants

Norme OMS : Une (01) Sage-femme pour 3 000 Femmes en Age de Procréer (FAP)

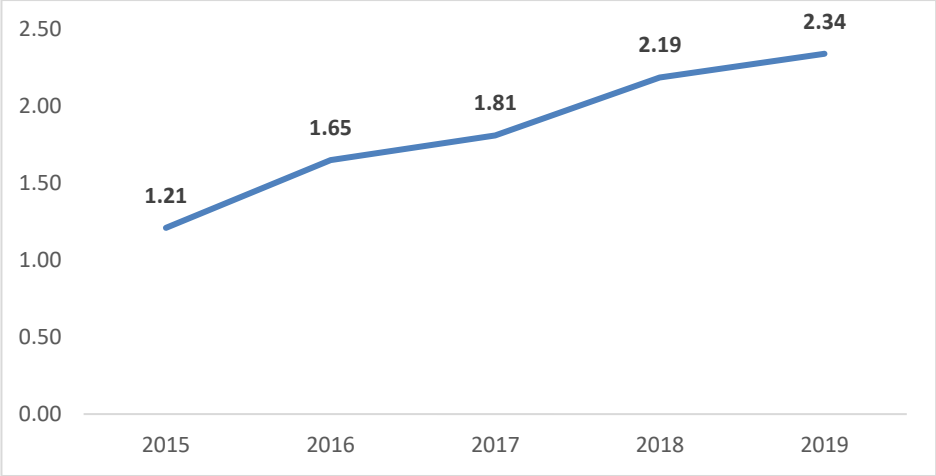


Figure 11 : Evolution du ratio sage-femme-population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

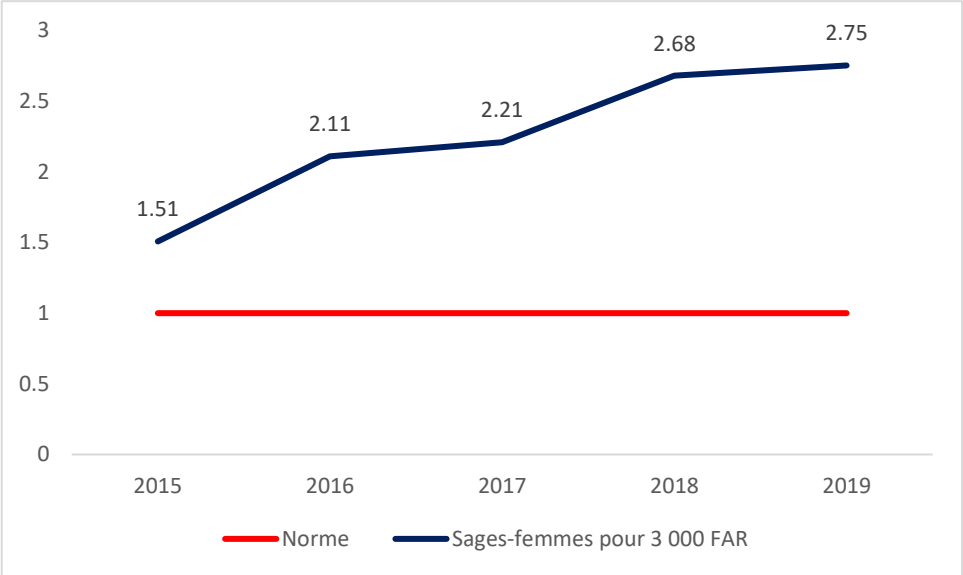


Figure 12 : Evolution du ratio sage-femme- pour 3 000 FAR en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

La Côte d'ivoire a atteint toutes les normes depuis 2013 avec les recrutements réguliers d'agents de santé et la revalorisation des salaires du personnel de santé. En 2019 avec 1,62 médecin pour 10000 habitants, 4,70 infirmiers pour 10000 habitants et 2,75 sages-femmes pour 3000 femmes en âge de procréer, les indicateurs de disponibilité des ressources humaines au plan national ont connu une amélioration. Même si ces données nationales répondent aux recommandations internationales (1 médecin/10 000 habitants, 1 infirmier pour 5000 habitants, 1 sage-femme pour 3000 femmes en âge de procréer selon l'OMS), de

fortes disparités persistent notamment au niveau du ratio médecins population dans les différentes régions sanitaires.

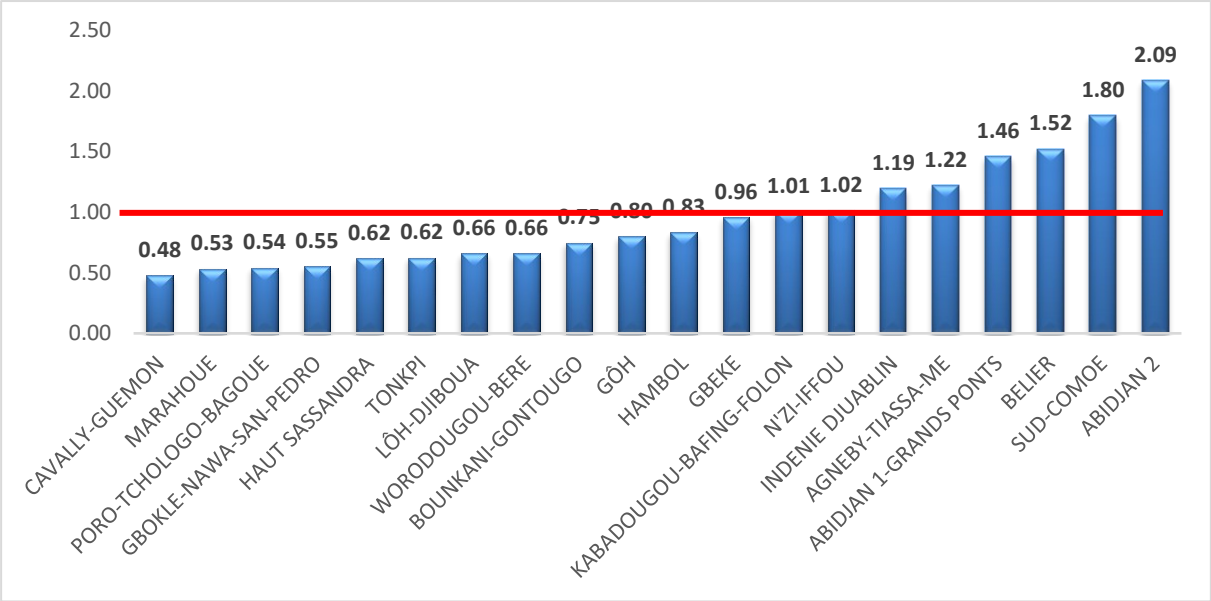


Figure 13 : Ratio médecin-population par région sanitaire en Côte d'Ivoire en 2019

Comme le montre ce graphique, 75% des régions sanitaires n'ont pas atteint la norme en matière de ratio médecin-population.

La gestion des Ressources Humaines de la Santé est confrontée à des difficultés liées à :

- une inégale répartition des RHS due à l'absence de système de gestion de l'information sur les RHS et l'absence d'évaluation de la charge de travail dans les établissements sanitaires avec un déficit de planification des besoins au niveau déconcentré et à un problème budgétaire ;

- une insuffisance de RHS spécialisées causée par l'absence de plan de formation continue des agents de santé et la non reconnaissance de la spécialité médicale par la Fonction Publique avec le faible recrutement de personnels spécialisés ;

- la fidélisation des RHS accentuées d'une part par l'absence de motivation du personnel en générale et spécifiquement ceux des zones reculées et difficiles d'accès, et d'autre part à l'absence de textes réglementant la mobilité du personnel et l'absence de profil de carrière ;

- l'insuffisance de production des RHS occasionnée par un faible investissement consacré à la formation et les difficultés de mise en œuvre de la réforme du système éducatif ;

- la non maitrise des RHS du secteur privé résultant de l'insuffisance dans l'application des textes règlementaires et le manque d'un observatoire des RHS

III.3 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé

1. Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) par nombre d'habitants

Norme OMS : Un (01) ESPC pour 10.000 habitants

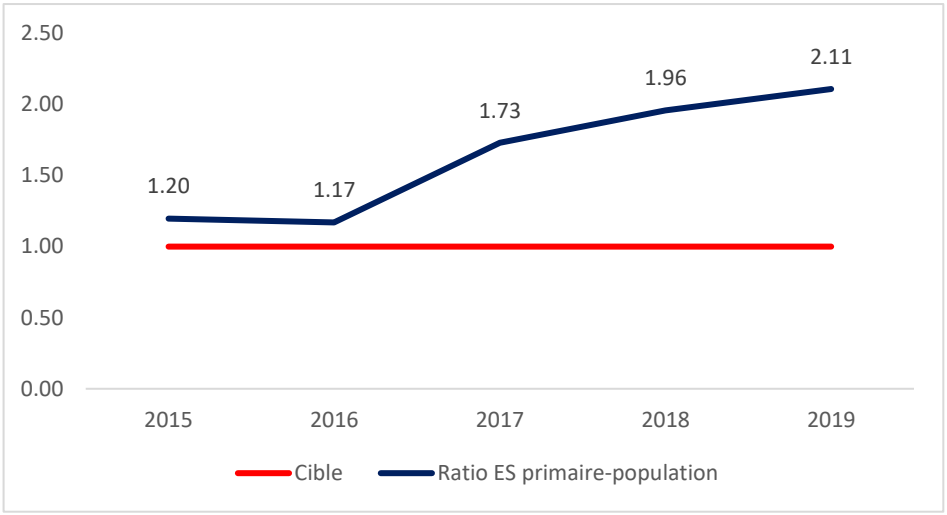


Figure 14 : Evolution du ratio ESPC- Population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Les données nationales répondent aux recommandations internationales (1 ESPC /10 000 selon l'OMS). Néanmoins de fortes disparités persistent dans les différentes régions sanitaires.

2. Nombre d'établissements au niveau des soins de santé secondaires (publics & privés) par nombre d'habitants

Norme OMS : 1 hôpital pour 150.000 habitants

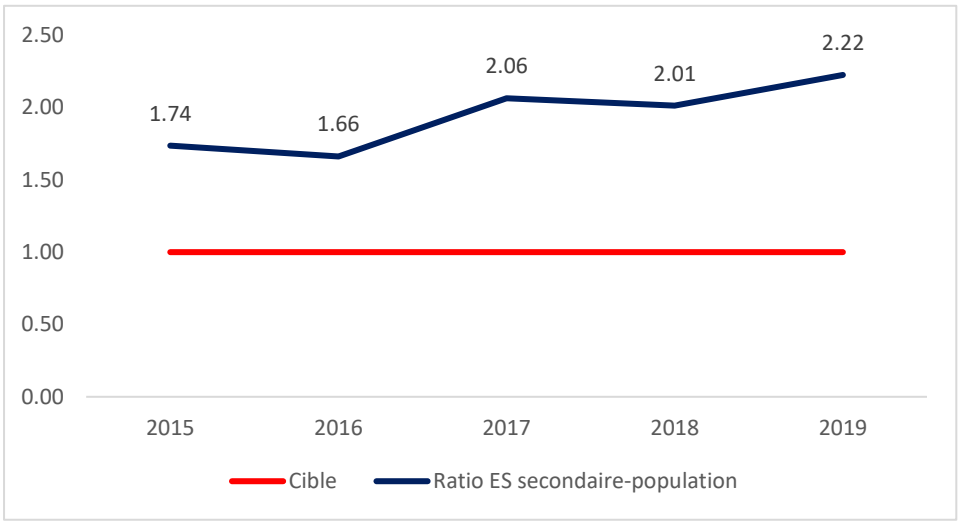


Figure 15 : Evolution du ratio Hôpital-Population en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Les données nationales répondent aux recommandations internationales (1 HR /150 000 selon l'OMS). Néanmoins de fortes disparités persistent dans les différentes régions sanitaires.

3. Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) par nombre d'habitants

Au niveau tertiaire, le nombre d'établissement a très peu évolué avec l'ouverture d'un nouveau CHU en 2019 faisant progresser le nombre d'établissement par habitants de 0,000000731 en 2015 à 0,0000004 en 2019.

Tous les services de soins de santé (tous les niveaux) disposent du personnel complet selon les normes nationales.

4. Lits d'hôpitaux par nombre d'habitants

Le nombre de lits d'hôpitaux a légèrement évolué sur la période 2015 à 2019 en passant de 0,000360811 à 0,0002246 par habitant.

5. Disponibilité des médicaments essentiels

L'enquête selon la méthodologie OMS/HAI menée en 2013 et 2014 par la DPML et le PNDAP a révélé que la disponibilité moyenne de tous les médicaments était de 31,6 %, superposable à la disponibilité moyenne des 48 médicaments existant sur la liste nationale des médicaments essentiels de 31,9 %.

Le taux de disponibilité des médicaments essentiels au niveau de la Nouvelle PSP-CI est passé de 23 % en 2011 à 90 % en 2015.

Le taux général de disponibilité des médicaments dans les structures livrées par la nouvelle pharmacie de la santé publique de Côte d'Ivoire est passé de 73% en 2015 à 92,44% en 2018. Ce taux a atteint 93% en 2019.

Même si l'on note une amélioration de la disponibilité au niveau central, des analyses approfondies montrent une très faible disponibilité et accessibilité des produits de santé au niveau périphérique qui se situe entre 23 % et 35 %.

L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments, des vaccins et des autres intrants stratégiques de qualité, reste un défi majeur à relever par le pays pour renforcer la disponibilité des médicaments essentiels et génériques, de qualité afin d'améliorer l'accès financier des patients et familles au traitement.

6. Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants

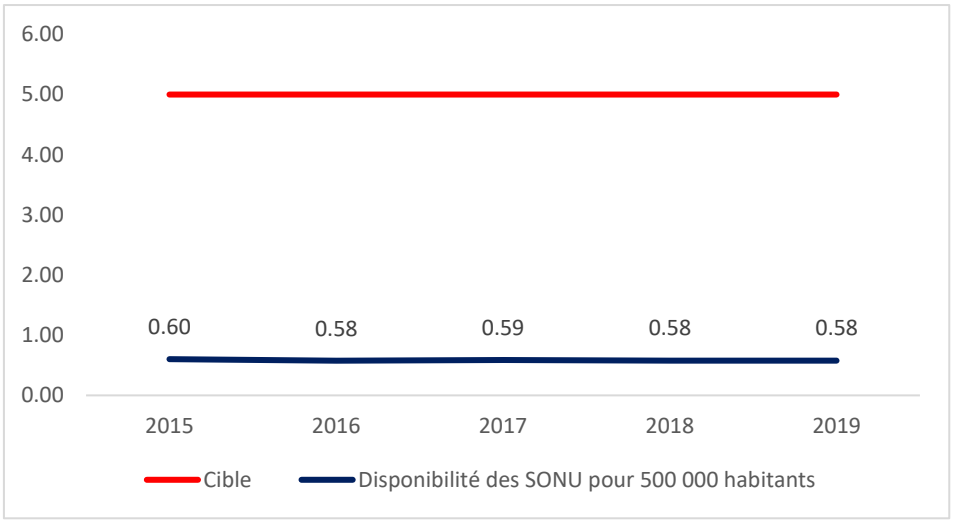


Figure 16 : Evolution du ratio de disponibilité SONU- pour 500 000 habitants en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

On note une insuffisance de la disponibilité des SONU. En effet, le pays est très en deçà de la norme recommandée depuis 2015.

III.4 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

1. Consultations externes par habitant et par an

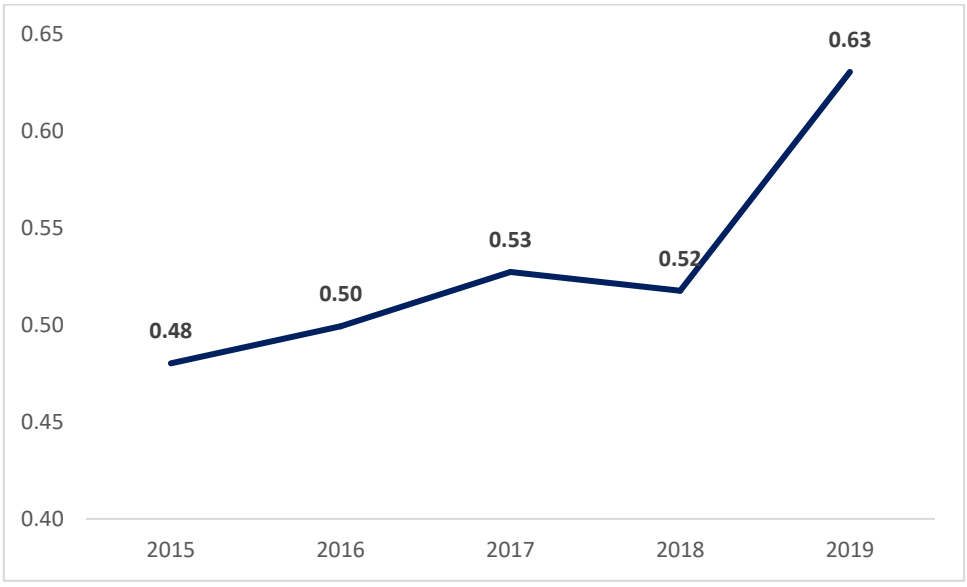


Figure 17 : Evolution de la proportion de consultation par habitant en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Il y'a une augmentation régulière du taux de fréquentation des structures sanitaire sur la période 2015-2019 de 48% à 63%.

2. Taux de césarienne

Norme OMS : 5% et 15%

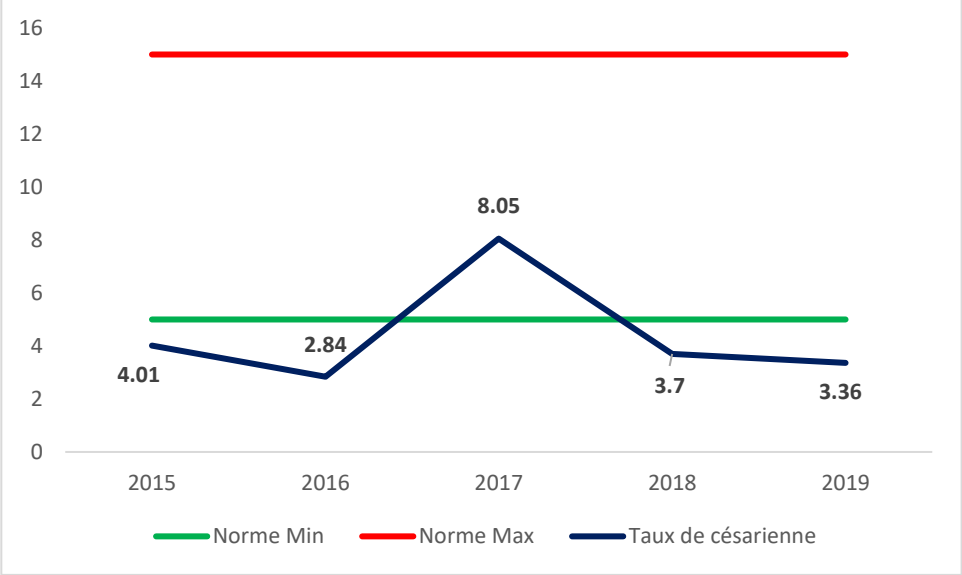


Figure 18 : Evolution du taux de césarienne en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Le taux national d'accouchements réalisés par césarienne reste inférieur à la norme OMS (entre 5% et 15%). En 2018, aucune région sanitaire ne satisfait à la norme OMS. Les régions du Bélier (4,5%), du Hambol (4,4%) et de l'Agnéby-Tiassa-Mé (4,2%) ont enregistré les plus forts taux de césarienne. Les plus faibles taux de césarienne sont enregistrés dans les régions sanitaire de Gbêkê (0,1%), Abidjan 1 grands ponts (1,2%) et Worodougou-Béré (1,3%).

3. Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)

Objectif PSN 2016-2020 : Atteindre un taux de succès thérapeutique de 90%

Dans la lutte contre la Tuberculose, le Pays compte 307 établissements de diagnostic et prise en charge de la TB dont 280 Centres de Diagnostic et Traitement (CDT) et 27 Centres Antituberculeux (CAT). On note un accroissement du nombre de centre de prise en charge de 2018 par rapport à 2017. Toutes les régions sanitaires de la Côte d'Ivoire disposent de Centre Anti Tuberculeux (CAT).

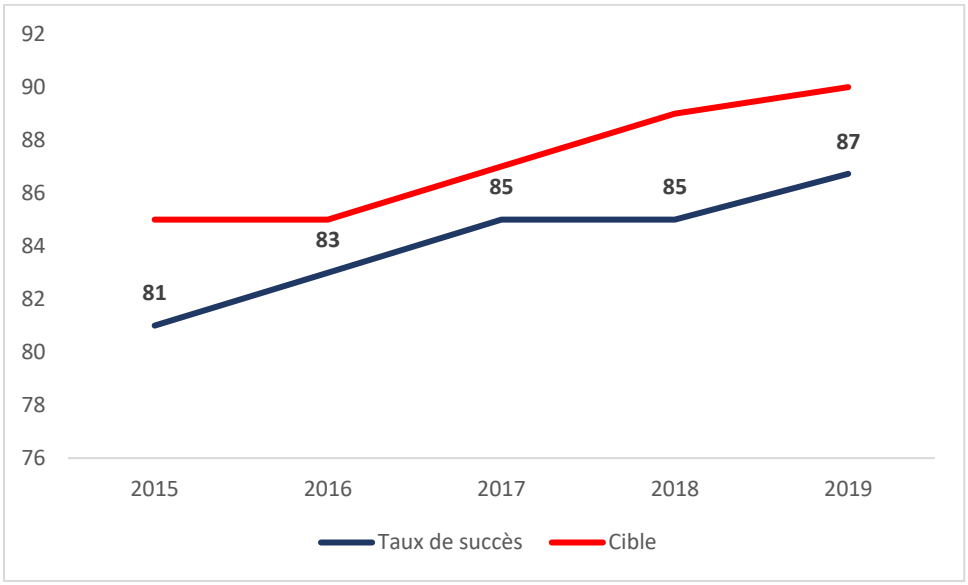


Figure 19 : Evolution du taux de succès thérapeutique du traitement de la tuberculose en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Le taux national de succès thérapeutique du traitement de la tuberculose en Côte d'Ivoire connaît une évolution au fil des années mais reste toujours inférieur à la cible fixée par le Plan Stratégique de lutte contre la tuberculose 2016-2020.

4. Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires

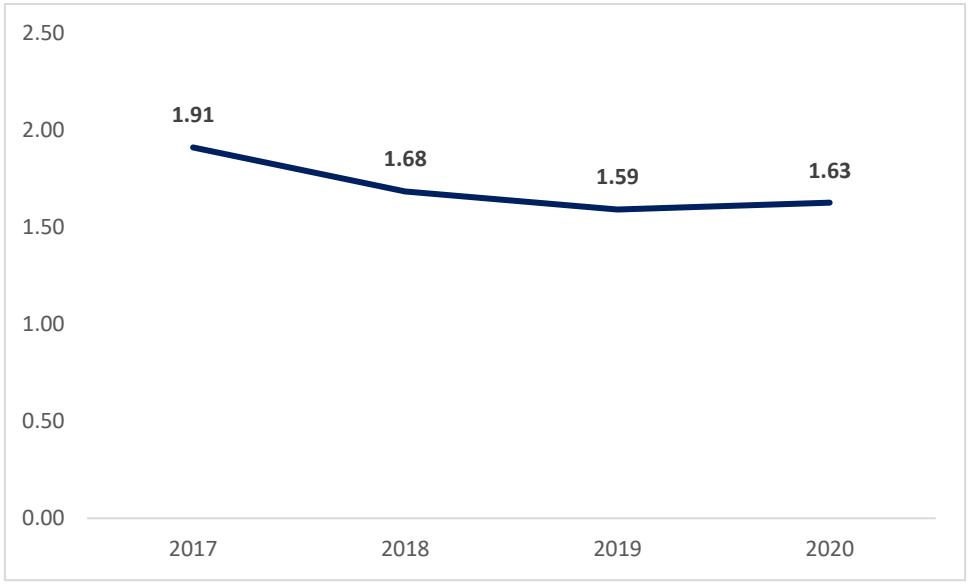


Figure 20 : Evolution du taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires en Côte d'Ivoire entre 2017 et 2020

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les établissements sanitaires à très peu varié entre 2017 et 2020. Il est passé de 1.91 pour à 1.63 pour 1.000.

5. Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé

Objectif du Cadre de l'accélération des ODD 3.1 : Faire passer le ratio des décès maternels en-dessous de 70/100 000 naissances vivantes d'ici 2030.

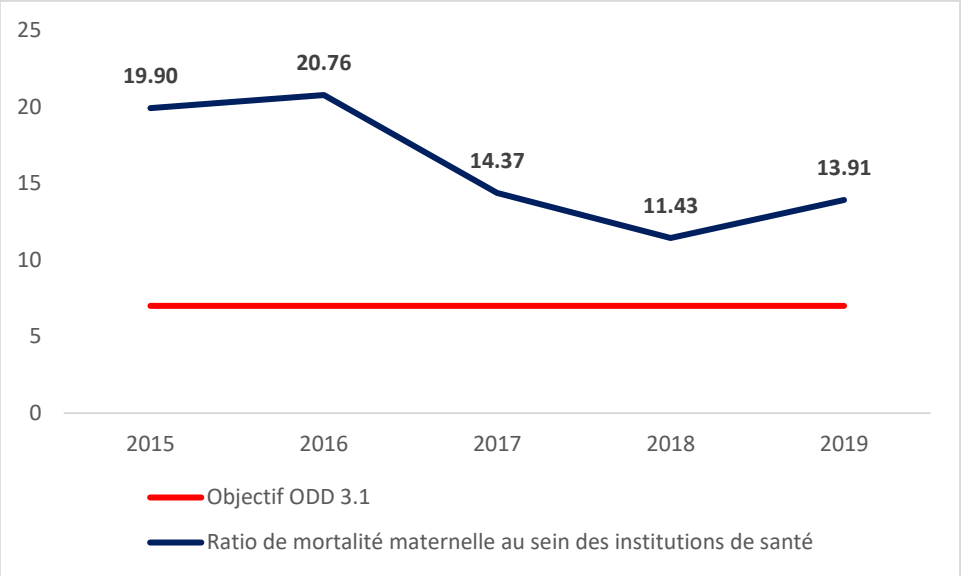


Figure 21 : Evolution du ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

En 2018, nous avons enregistré 753 décès maternels en routine, soit 114,2 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux est en baisse par rapport à 2017 où l'on a enregistré 892 décès soit un taux de 143,7 pour 100 000 naissances vivantes ; Cependant, le ratio reste au-dessus de la cible fixée dans le cadre de l'accélération des ODD 3.1.

6. Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires

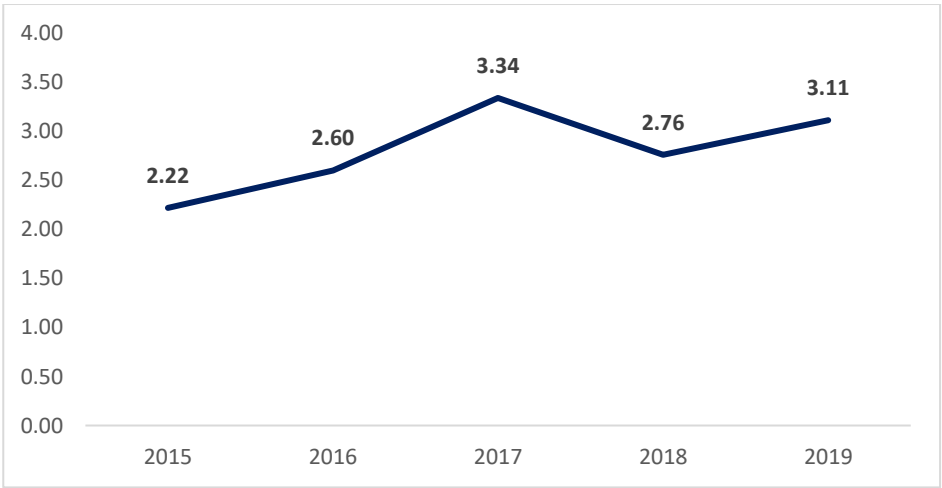


Figure 22 : Evolution du taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Le taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires a connu une évolution sur la période 2015-2019.

III.5 Couverture des programmes d'intervention prioritaires en santé

1. Couverture de la première consultation des soins prénatals

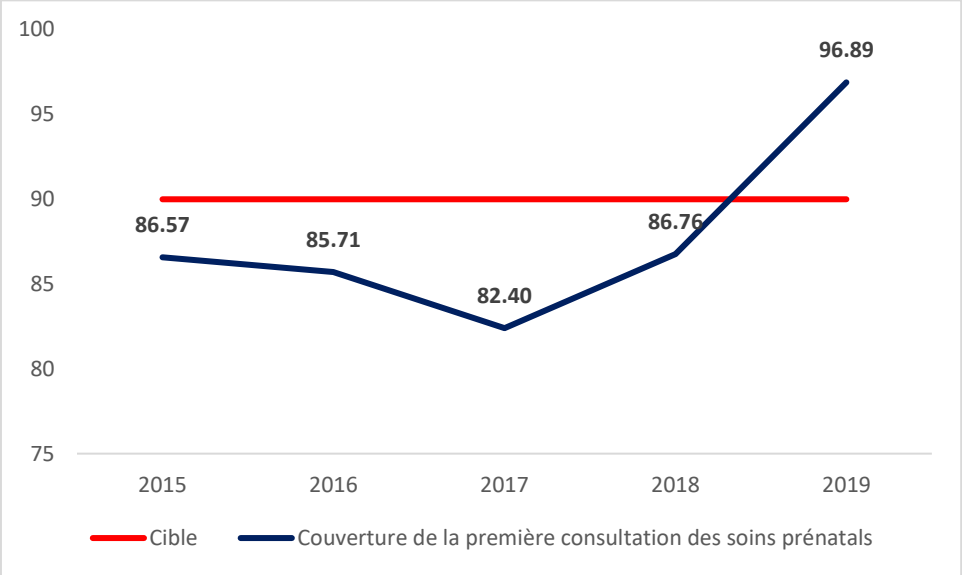


Figure 23 : Evolution de la couverture CPN1 en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

La couverture CPN 1 a évolué en deux temps. Après une baisse régulière sur la période 2015-2017, passant de 86,57% à 82,40%, elle a connu une évolution à partir de 2017. La cible a été dépassé en 2019.

2. Couverture des quatre visites des soins prénatals

Objectif PNDS 2016-2020 : Passer d'une couverture en CPN4 de 45% à 90% en 2020

Cible fixée PNSME : Atteindre une couverture de 90% en 2020

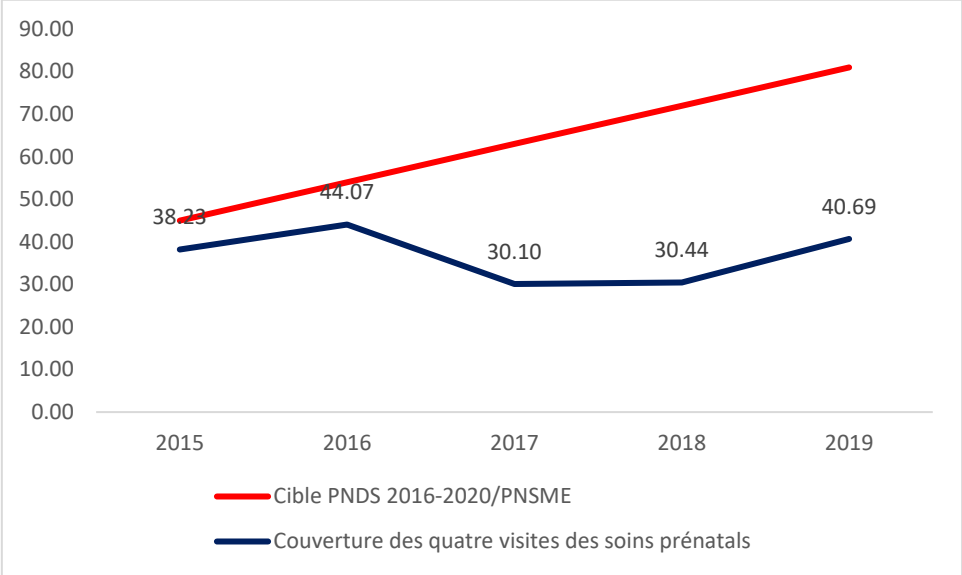


Figure 24 : Evolution de la couverture CPN4 en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

La proportion de CPN 4 demeure en dessous de la cible fixée par le PNDS et le Programme National pour la Santé de la Mère et de l'Enfant.

3. Evolution comparative CPN 4 et CPN 1

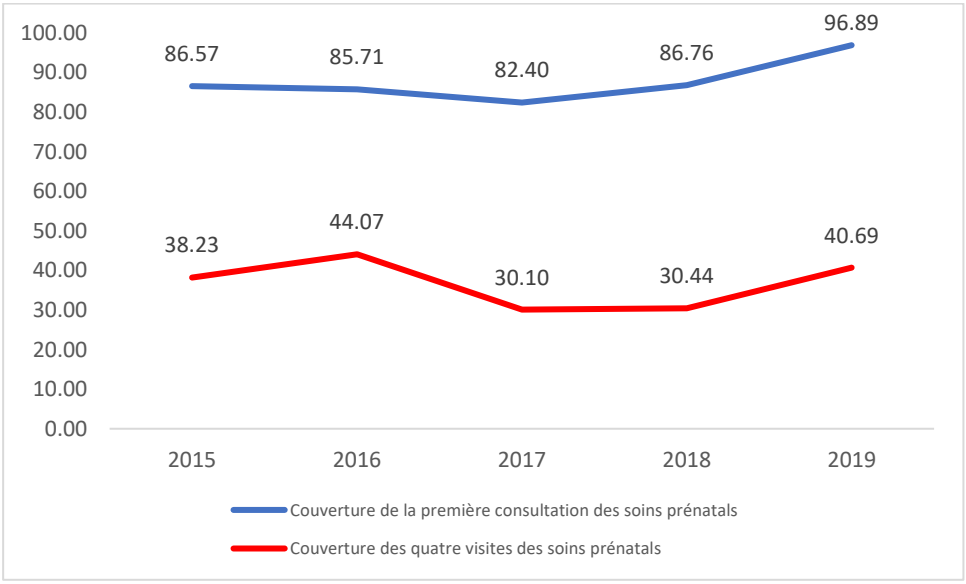


Figure 25 : Evolution de la comparaison de couverture CPN1-CPN4 en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Bien que la proportion de CPN 1 soit bonne de façon générale, celle-ci masque un problème de taille. En effet, la proportion de CPN 1 qui s'effectue à la bonne date (1er trimestre) est très faible comme l'illustre la figure ci-dessous. Elle est au niveau national de 33,56% en 2019 contre 32% en 2018. Cette situation est à la base de la faible proportion de CPN 4.

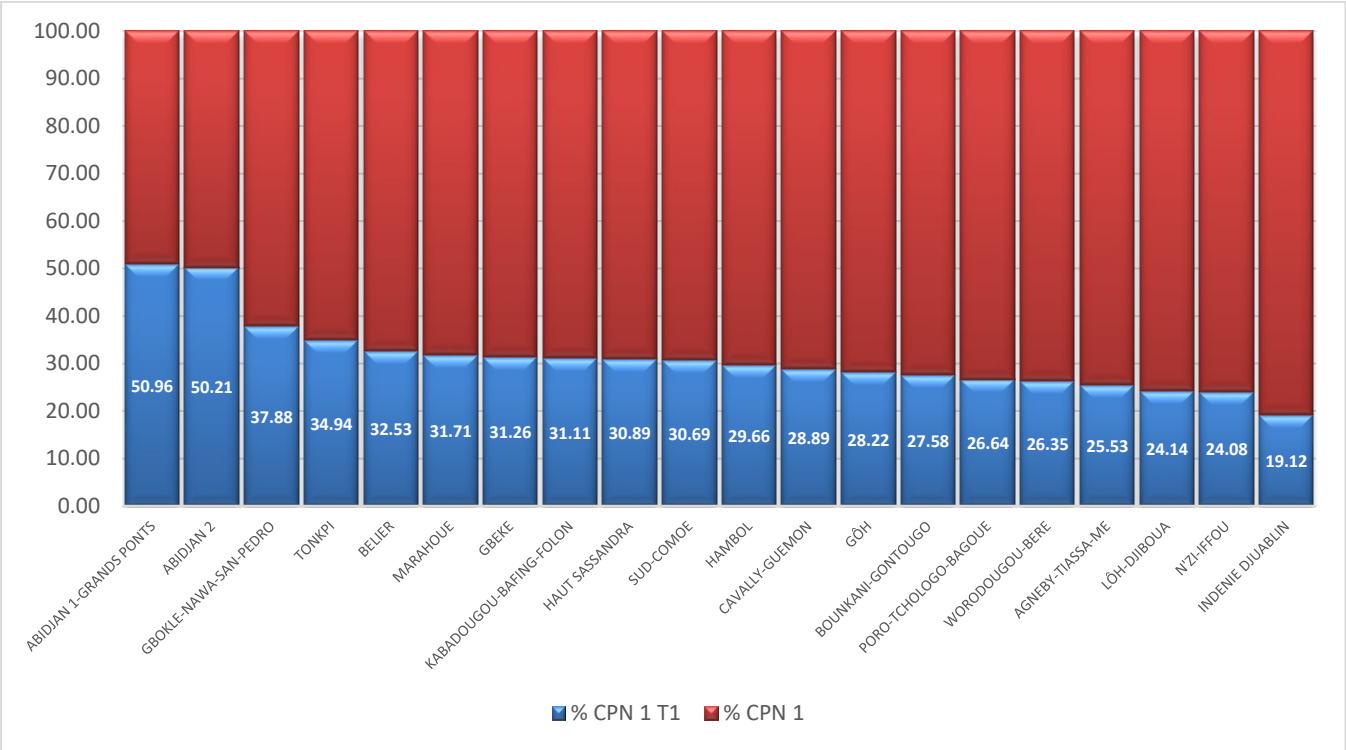


Figure 26 : Proportion de CPN1 effectuée au premier trimestre par rapport à toutes les CPN1 en Côte d'Ivoire en 2019

4. Couverture de 2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals

Cible PNLP : Atteindre une couverture en SP3 de 80% en 2018

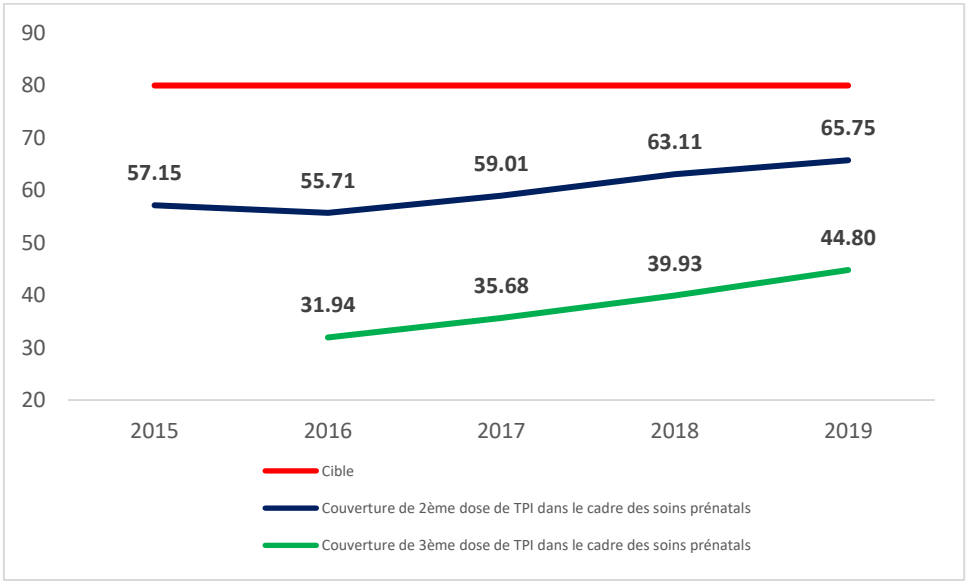


Figure 27 : Evolution de la couverture SP3 en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Depuis 2016, le PNLP se focalise sur la couverture en SP3. La cible de 80% est loin d'être atteinte. Cette situation est liée à la faible couverture en CPN.

5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR

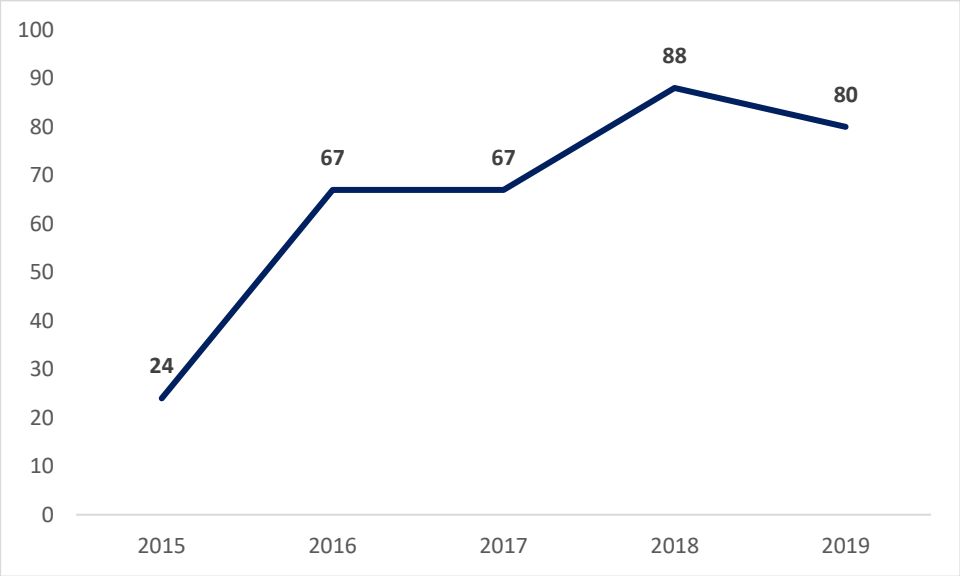


Figure 28 : Evolution de la proportion de femme enceintes séropositive sous TAR en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Après une bonne évolution entre 2015 et 2018, nous constatons une baisse de 8% de la proportion de femme enceintes sous TAR entre 2018 et 2019.

6. Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié

Objectif PNDS 2016-2020 : Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est de 80% d'ici à 2020

Cible Programme National Santé de la Mère et de l'Enfant 2019 : 83,8%

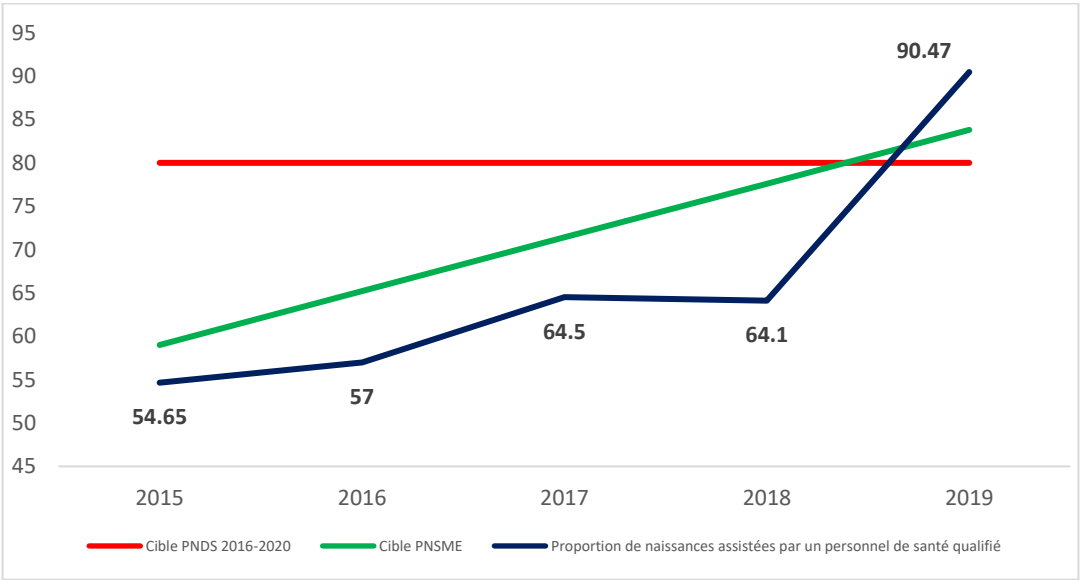


Figure 29 : Evolution de la proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

La proportion de naissances assistés par le personnel de santé qualifié connaît une bonne progression entre 2015 et 2019. Les cibles fixées par le PNDS et le PNSME ont été atteintes en 2019.

7. Taux de soins postnatals

Cible PNSME 2018 : Atteindre une couverture de 27%

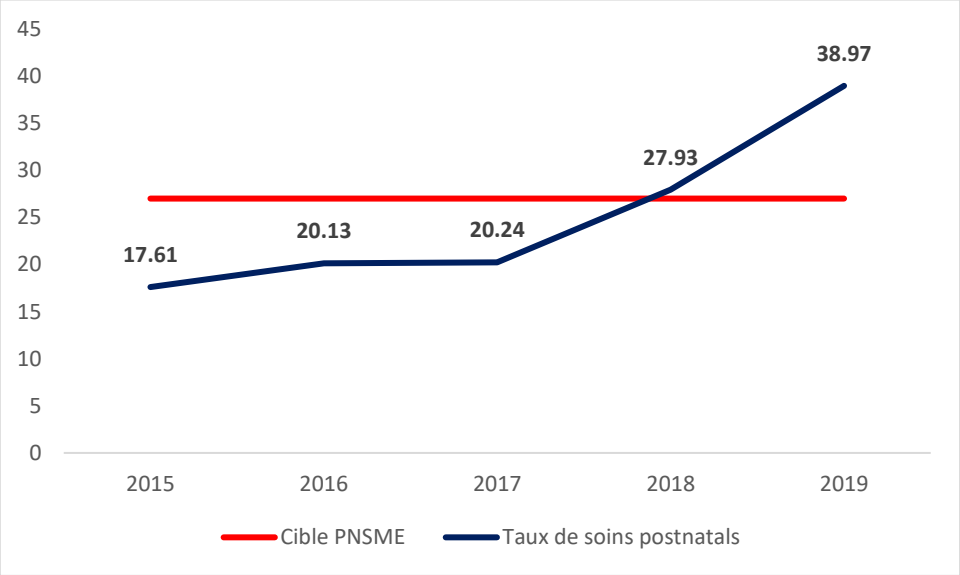


Figure 30 : Evolution du taux de soins postnatals en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

La cible fixée par le PNSME a été atteinte en 2018.

8. Besoin non satisfait en planification familiale

Cible PNSME : Atteindre une couverture de 27% en 2019 et 13 % en 2020

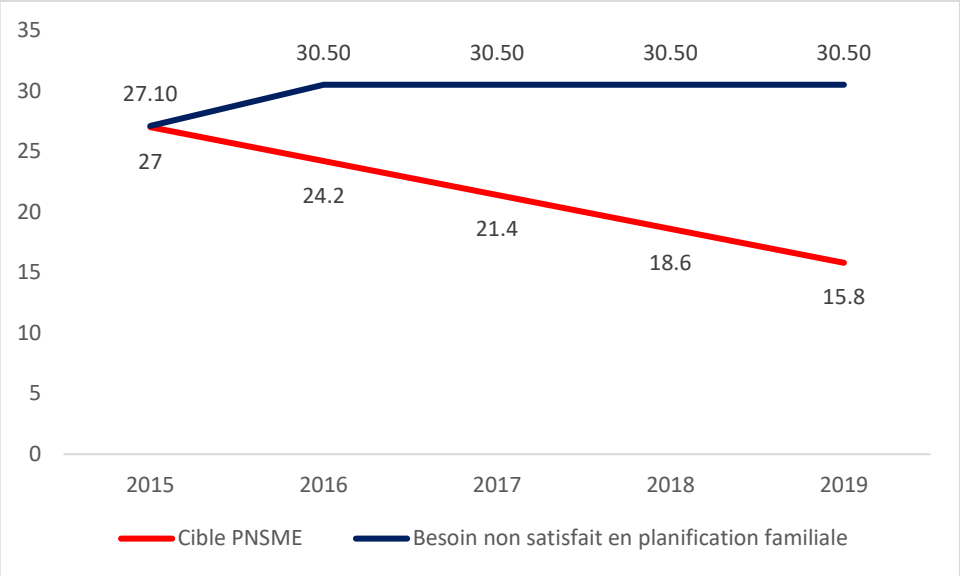


Figure 31 : Evolution de la proportion de besoins non satisfait en PF en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

La planification familiale est l'ensemble des moyens mis à la disposition des individus ou des couples pour leur permettre d'assurer une sexualité responsable de façon à éviter les grossesses non désirées, d'espacer les naissances en vue de déterminer la taille souhaitée de leur famille.

Les prévisions du programme sur l'évolution des besoins non satisfait en PF n'est pas favorable. La cible fixée par le PNSME n'a pas été atteinte en 2019.

9. Taux de prévalence contraceptive

Objectif national du PANB-PF 2012-2020 : Atteindre une prévalence contraceptive moderne de 36% en 2020

Cible PNSME : Atteindre une prévalence contraceptive moderne de 32,8% en 2019 et 36% en 2020

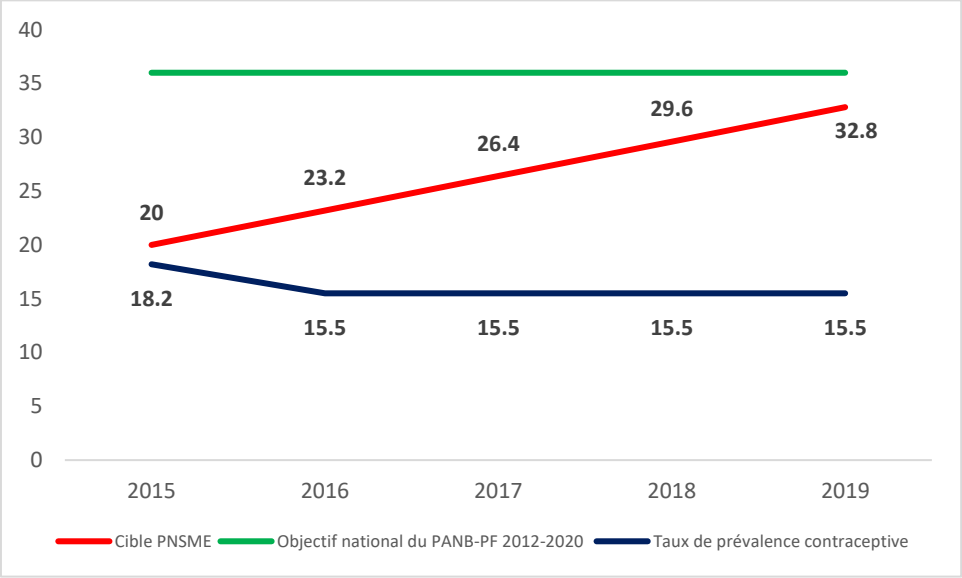


Figure 32 : Evolution du taux de prévalence contraceptive en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

L'accès aux services de Planning familial reste limité dans les établissements sanitaires des régions avec des taux extrêmement faibles. Bien que 81 % des établissements de santé aient intégré la planification familiale dans la prise en charge de la santé de la mère, 71 % offraient au moins 3 méthodes modernes et seulement 50,4 % au moins 5 méthodes modernes de contraception.

Le taux de prévalence contraceptive moderne est passé de 7 % en 2011 à 17 % en 2014. Entre 2012 et 2015, ce taux se situait 18,2% et a baissé à 15,5% à partir de 2016.

Ce faible accès aux services de PF pourrait s'expliquer par : (i) l'absence de textes législatifs pour la promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) prenant en compte la Planification Familiale, (ii) la persistance des croyances erronées sur les méthodes contraceptives, particulièrement en milieu rural, (iii) l'insuffisance de communication sur les méthodes de planification familiale, (iv) la faible compétence des prestataires de soins en PF particulièrement les méthodes de longue durée et une accessibilité financière limitée (pour les adolescents, jeunes en milieu rural, etc.), (v) les ruptures fréquentes en produits contraceptifs.

10. Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3

Objectif National 2018 : Obtenir une couverture nationale en DTC-HepB-Hib3 de 93%

La vaccination demeure une des initiatives importantes de lutte contre la mortalité infantile. La couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois pour la 3ème dose du vaccin pentavalent est très faible et a varié de 63,8% à 65,9%. On note une disparité dans les différentes régions sanitaires qui n'ont pas atteint les cibles fixées par le PNDS 2016-2020.

11. Couverture contre la rougeole (moins d'un an)

Objectif National 2018 : Obtenir une couverture nationale en RR de 93%

La couverture vaccinale des enfants de moins de 1 an pour le VAR est très faible et a baissée de 64,5% à 51,8%. On note toujours une grande disparité dans les différentes régions sanitaires qui n'ont pas atteint les cibles fixées par le PNDS 2016-2020.

12. Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois)

En 2015, seule la moitié des enfants de 12-23 mois étaient complètement vaccinés pour le BCG, le vaccin pentavalent (DTC-HéptB-Hib), le vaccin polio oral (VPO), le vaccin antirougeoleux (VAR), le vaccin antiamaril (VAA) et le vaccin antitétanique (VAT). Ces vaccins sont censés protéger les enfants contre 9 maladies cibles du PEV.

Des analyses ont montré que les principaux facteurs qui entravent la performance vaccinale sont : (i) les ruptures de stock récurrentes en vaccins et consommables d'injection, (ii) la faible mise en œuvre de la stratégie avancée par certaines aires de santé par manque de ressources, et (iii) la faible promotion de la vaccination dans certaines régions.

Les données montrent que beaucoup d'efforts restent à faire par le pays pour améliorer l'état de santé des enfants de moins de 5 ans.

13. Taux d'abandon BCG-Rougeole

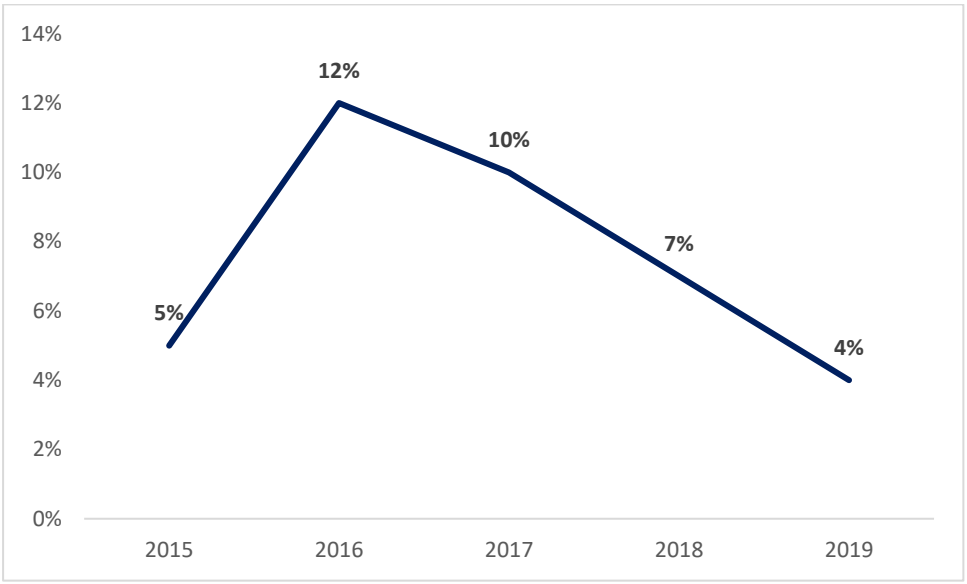


Figure 33 : Evolution du taux d'abandon BCG-rougeole en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

La norme admise du taux d'abandon est 0-10 %. Supérieur à 10% signifie que le taux d'abandon est élevé montre qu'il a y a des enfants qui commencent leur série vaccinale mais ne termine pas cela montre un problème de continuité de la vaccination. En 2016 le taux d'abandon était élevé (12%) au niveau national donc une utilisation insuffisante des services de vaccination.

14. Taux de couverture de la thérapie antirétrovirale (TARV)

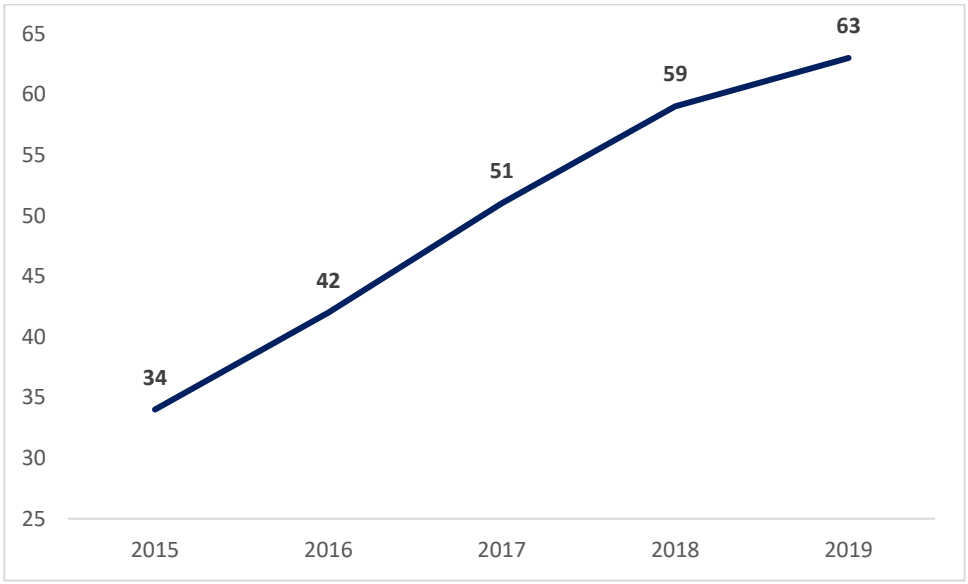


Figure 34 : Evolution du taux de couverture de la thérapie antirétrovirale en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

Il y'a une bonne progression de la couverture de la thérapie antirétrovirale. Néanmoins celle-ci demeure très en deçà des 90% fixée par l'ONUSIDA.

15. Taux de détection de cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif

Le nombre total de cas présumés examinés dans le réseau de microscopie en Côte d'Ivoire était d'environ 90 000 personnes avec un taux de positivité de 16,8 %. Les cas totaux notifiés étaient de 25 292 cas dont 60,2 % de nouveaux cas TPM+ et 12,3 % de TPM. Plus de la moitié des cas ont été notifiés dans la région des Lagunes, où se trouve la ville d'Abidjan.

16. Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH

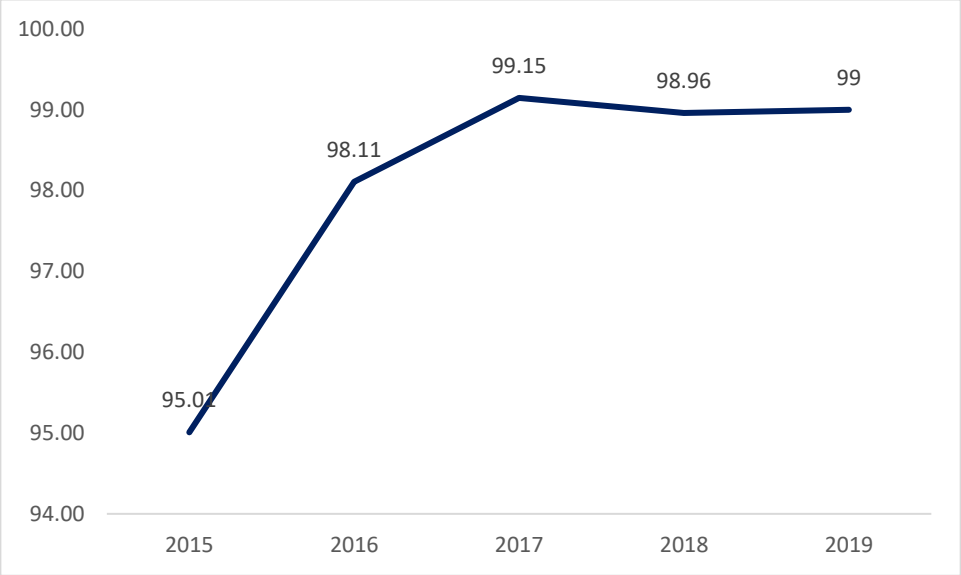


Figure 35 : Evolution de la proportion de patients tuberculeux dépistés pour le VIH en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

En 2013, l'OMS a estimé le taux d'incidence de la tuberculose à 170 cas [157-188] pour 100 000 habitants, dont 39 cas [36-44] pour 100 000 habitants co-infectés par le VIH.

Des efforts ont été réalisés par le pays et les différents partenaires pour réduire les incidences et les cas de notification. Le renforcement des capacités des centres de prise en charge de la tuberculose, a été matérialisé par l'extension du réseau des Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) et la décentralisation de la prise en charge dans les CAT.

L'intégration de la lutte conjointe TB/VIH est effective à 100% dans les centres de prise en charge de la tuberculose. Par ailleurs, les agents de santé ont bénéficié d'un renforcement de capacité sur la stratégie DOTS, la stratégie Halte à la Tuberculose, la prise en charge de la tuberculose multirésistante et la prise en charge de la coinfection tuberculose/VIH. Une surveillance de la résistance aux antituberculeux est organisée en routine avec la détection des cas de tuberculose multirésistante.

Ces différentes interventions ont permis la réduction de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose respectivement de l'ordre 20 % et 30 %. Malgré ces efforts, des problèmes demeurent notamment (i) le manque de personnel qualifié pour la gestion des produits pharmaceutiques dans les centres périphériques (CAT/CDT), (ii) la gestion manuelle des stocks, (iii) les lourdeurs des procédures des bailleurs et l'inadéquation avec les procédures de passation des marchés publics en Côte d'Ivoire, (iv) l'insuffisance de financement, (v) l'absence de recherche systématique de la tuberculose chez les PVVIH.

17. Taux de chirurgie de la cataracte

Recommandation OMS : Taux de chirurgie de la cataracte de 2 000 par million d'habitants

La prévalence de la cataracte en Côte d'Ivoire est estimée à 5,69% soit 1 701 305 en attente de chirurgie. On observe chaque année 128 175 cas de cataracte alors que selon les données collectées par programme national santé oculaire le seulement 3 400 cas sont opérés par an soit un taux moyen de chirurgie de la cataracte de 136 par million d'habitants.

Pour atteindre la recommandation de l'OMS, il faut opérer 52 965 cataractes par an. Le gap est très important. Dans ce cadre, le programme national santé oculaire a organisé deux campagnes gratuites qui ont permis en 2020 de prendre en charge 1 851 cas de cataracte.

Tableau 2 : Evolution du taux de chirurgie de la cataracte en Côte d'Ivoire de 2015 à 2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Chirurgie de la cataracte	118	88	1178	1310	1326
TCC par million d'habitants	5,08	3,62	47,94	51,99	51,35

Il faut par ailleurs signaler la faiblesse du rapportage responsable de la sous-notification des cas de chirurgie. Les données des secteurs privés et des ONG ne sont pas transmises dans le système d'information national. Seules les structures publiques transmettent leurs données. En conséquence les présentes données ne reflètent pas la situation réelle de la chirurgie de la cataracte en Côte d'Ivoire.

18. Enfants de moins de cinq ans et Femmes enceintes dormant sous des MII

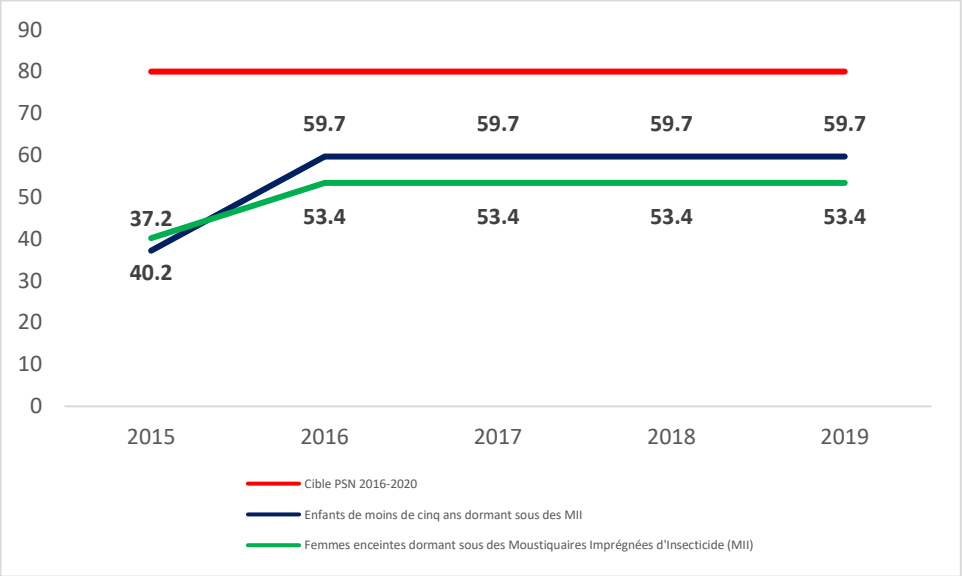


Figure 36 : Evolution du taux d'enfants de moins de cinq ans et Femmes enceintes dormant sous des MII en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

En dépit d'une amélioration de la performance, la cible n'est pas atteinte pour ces deux indicateurs.

III.6 Facteurs et comportements à risque

Malgré les efforts du pays, force est de constater la persistance des comportements à risque chez les jeunes, adolescents et adultes et une couverture insuffisante des interventions en direction des populations cibles. A cela s'ajoute les comportements à risque comme les activités sexuelles, les mariages et les grossesses précoces, la faible utilisation des condoms et des contraceptifs modernes, la consommation abusive d'alcool, de tabac, de drogues et autres psychotropes. Une étude sur le comportement des élèves d'Abidjan vis-à-vis de l'alcool montre que 32,06 % en consomment régulièrement.

1. **Taux d'insuffisance pondérale à la naissance**

Plan National Multisectoriel de Nutrition 2016-2020 : Objectif, proportion d'hypotrophie néonatale <10%

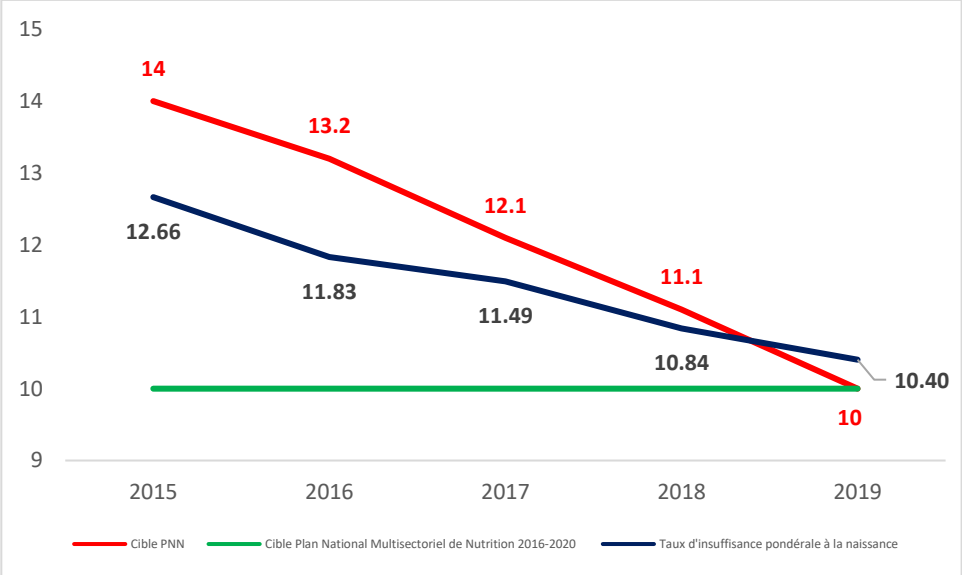


Figure 37 : Evolution du taux d'insuffisance pondérale à la naissance en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

De nombreux enfants continuent de naître avec un faible poids, particulièrement ceux du groupe des mères adolescentes qui sont elles-mêmes une population à risque. En 2019, on estimait à 10,4 %, la proportion des enfants nés avec un poids inférieur à 2500 grammes.

2. **Initiation précoce de l'allaitement maternel (Initiation de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance)**

Le taux d'initiation précoce à l'allaitement à peu varié sur la période. Il est passé de 30,8 sur la période 2011-2015 à 36,6% sur la période 2016-2020.

3. **Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)**

Le taux d'allaitement exclusif est de 12 % en 2012 (EDS 2012) contre 4 % en 2006 (MICS 2006). Le taux d'allaitement maternel exclusif à six mois est passé de 23,5 % en 2016 en deçà de l'objectif du PNDS qui est de 50 %.

4. **Taux d'insuffisance pondérale <5 ans (Enfants de <5 ans présentant un déficit pondéral pour leur âge), %**

Le retard de croissance ou malnutrition chronique est la forme de malnutrition la plus répandue en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. L'insuffisance pondérale en

baisse chez les enfants de moins de 5 ans, est passée de 21 % en 2006 (MICS 2006) à 14,9 % en 2012 (EDS 2012) sans pour autant atteindre le seuil acceptable de 10 % de l'OMS. Ce taux a continué de baisser à 12,8% pour l'insuffisance modérée et 3,1% pour les cas sévères en 2016.

Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire a fait de la nutrition une de ses priorités. C'est ainsi que le pays a adhéré au mouvement « Scaling Up Nutrition » (SUN) en juin 2013, pour réaffirmer son engagement en faveur d'une bonne nutrition de sa population. Un décret formalisant la plateforme multisectorielle en Conseil National pour la Nutrition (CNN) rattaché à la Primature a été pris en juillet 2014. Le CNN s'est doté d'une nouvelle politique de nutrition opérationnalisée à travers le Plan National Multisectoriel de Nutrition (PNMN) 2016-2020 budgétisé en vue de renforcer la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes et de porter à l'échelle les interventions nutritionnelles sensibles et spécifiques. Le décret N° 2013-416 du 06 juin 2013 portant règlementation de la commercialisation des substituts du lait maternel a été également pris pour contribuer à la promotion et à la protection de l'allaitement.

La disponibilité des services de nutrition dans les structures de prise en charge a été possible entre autres, grâce aux équipements en matériels de dépistage et à la formation d'agents de santé et d'intervenants sociaux en nutrition et VIH. La supplémentation en vitamine A et le déparasitage des enfants de moins de 5 ans ont été réalisés. Toutes ces interventions doivent être maintenues et renforcées. En outre, la promotion de la fortification obligatoire des aliments est réalisée à travers la révision des normes sur l'iodation du sel (supérieur à 95 %) et l'achat de kits testeurs d'iode.

5. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque

Les actions de promotion de la santé ont eu peu d'influence sur les comportements et les pratiques en matière de prévention du VIH/sida. En effet, les enquêtes EDS et MICS révèlent une hausse de la non utilisation des préservatifs en Côte d'Ivoire. En effet, ce taux est passé de 48,7% de façon globale sur la période 2011-2015 à 30,8% pour les femmes et 41,8% pour les hommes sur la période 2016-2020.

6. Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)

Le taux n'a pas varié sur la période, passant de 125 pour mille sur la période 2011-2015 à 124 pour mille sur la période 2016-2020.

7. Utilisation de sources d'eau potable améliorées

L'utilisation de sources d'eau potable améliorées à très peu variée de 78,4% sur la période 2011-2015 à 80,7% sur la période 2016-2020.

8. Utilisation d'installations sanitaires améliorées

Elle a connu une nette progression de 10 points, passant de 21,9% sur la période 2011-2015 à 31,5% sur la période 2016-2020.

9. Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (25 ans et plus)

En Côte d'Ivoire, 31 % des décès qui surviennent sont imputables aux maladies non transmissibles et sont essentiellement liées à la faiblesse du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique. On note des prévalences et incidences élevées des cas de MNT et leurs facteurs de risques avec 30,9 % pour les HTA, 14,6 % pour le tabagisme, 5,19 % pour le diabète, 7,9 % pour l'obésité. Ces prévalences élevées et les facteurs de risques sont le plus souvent liés à une insuffisance des actions préventives et promotionnelles. Le pays a signé en septembre 2013, le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac et l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports en communs par le décret N° 2012-980 du 10 octobre 2012. De façon générale, des campagnes de dépistage des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque ont été réalisées, mais cela reste insuffisant au regard de l'augmentation des cas et des facteurs de risques.

10. Taux de mortalité des accidents de la circulation routière

La cible 3.6 de l'Objectif de développement durable (ODD) appelle à « diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route d'ici à 2030 ». La réalisation de cette cible et d'autres cibles mondiales imposent que les États Membres disposent de bons systèmes pour surveiller le taux de mortalité et les progrès accomplis dans l'amélioration de la sécurité routière. Le manque et la qualité médiocre des données semblent empêcher le développement des stratégies concrètes pour traiter les risques spécifiques de décès sur les routes, entravant effectivement les progrès dans ces pays.

Les données disponibles montrent que les accidents de la circulation ont fait 24.907 victimes dont 537 morts en Côte d'Ivoire durant l'année 2019. En 2018, les services de police ont enregistré environ 9270 accidents corporels et 556 accidents mortels pour 623 décès sur les voies publiques du pays. L'OSER par contre à dénombrer en 2018, 12553 accidents et 1509

décès. En 2017, les services de police ont enregistré 406 accidents mortels qui ont fait 482 décès et 610 blessés. En 2016, L'OSER a dénombré 10632 accidents causant 9269 blessés et 883 morts.

Tableau 3 : Evolution du taux de mortalité des accidents de la circulation routière en Côte d'Ivoire entre 2015 et 2019

ANNEE	2015	2016	2017	2018	2019
POPULATION	23250385	24288582	24571046	25195540	25823072
DECES PAR ACCIDENT	689	883	482	1509	537
TAUX DE MORTALITE	2,96	3,64	1,96	5,99	2,08

En Côte d'Ivoire, les données sur les accidents de la circulation routière font intervenir de nombreuses sources entrainant un problème d'harmonisation. A l'instar de nombreux pays africains ayant besoin d'un appui pour renforcer leurs systèmes de données, la Côte d'Ivoire a réellement besoin de stratégies pour améliorer son système de collecte et de gestion de données nationales en matière de sécurité routière. C'est pour répondre à cette préoccupation que, sous l'égide de l'OMS, un projet pilote d'amélioration des données de décès liés aux accidents de la circulation routière en Côte d'Ivoire a été initié.

IV. SITUATION DES MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE

Les maladies à potentiel épidémique font l'objet d'une surveillance de la part de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) qui met à la disposition des structures de santé des définitions de cas opérationnels permettant une alerte précoce, l'investigation des cas et la prise en charge éventuelle.

L'avènement de la Maladie à Virus Ebola (MVE) dans certains pays frontaliers de la Côte d'Ivoire, a permis le renforcement du système d'alerte précoce par la mise en place de comités, la formation, l'acquisition de matériels et la construction d'infrastructures pour recevoir et prendre en charge efficacement les cas éventuels de maladies à potentiel épidémique.

En dehors de l'épidémie de la MVE, le pays reste vulnérable aux autres flambées épidémiques (méningite, choléra, rougeole, zika, Lassa). De réelles insuffisances ont été mises en évidence dans la lutte contre les autres maladies transmissibles. Il s'agit : (i) des insuffisances dans le dispositif de surveillance et de rapportage des maladies à potentiel épidémique liées à la faiblesse de la mise en œuvre de la stratégie globale de veille et de rapportage des urgences

sanitaires, (ii) l'insuffisance de compétence des prestataires pour l'investigation des cas au niveau périphérique et l'absence d'un réseau de laboratoires national pour les urgences épidémiques, (iii) la faiblesse du dispositif de riposte/réponse face aux maladies à potentiel épidémique et autres urgences sanitaires, (iv) l'insuffisance de la lutte anti-vectorielle.

1. MENINGITE

En 2015, l'on a enregistré 17 cas confirmés de méningite contre 28 en 2014. Huit (08) districts sanitaires ont été touchés contre neuf (09) districts en 2014. Le district sanitaire de Duekoué a enregistré le plus grand nombre de cas confirmés (06 cas). Le seuil épidémique n'ayant pas été atteint, ces cas n'ont pas nécessité une riposte vaccinale. Il s'agissait plutôt de cas isolés dans le temps. Ces cas ont été enregistrés dans 05 régions sanitaires que sont : Cavally-Guémon, Hambol, Poro-Tchologo-Bagoué, Agnéby-Tiassa-Mé et Marahoué. La région du Cavally-Guémon enregistre le plus grand nombre de cas (07).

En 2016, l'on a enregistré 117 cas confirmés de méningite contre 17 en 2015. Dix-sept (17) districts sanitaires ont été touchés contre huit (08) districts en 2015. Le district sanitaire de Katiola a enregistré le plus grand nombre de cas confirmés (16 cas). Deux épidémies ont été enregistrées dans le district sanitaire de Kouibly (12 cas) et Bouna (7 cas).

En 2017, le nombre de cas suspects de méningite a été de 491 dont 39 cas confirmés. Ce nombre est en baisse de 33,3% par rapport à celui de 2016 (117). Quinze (15) districts sanitaires ont été touchés contre 17 districts en 2016. Le district sanitaire de Duekoué a enregistré le plus grand nombre de cas confirmés (8 cas).

En 2018, le nombre de cas suspects de méningite a été de 271 dont 33 cas confirmés. Ce nombre est en baisse de 44,8% par rapport à celui de 2017 (491). Douze (12) régions sanitaires sur les vingt (20) ont enregistré au moins un cas confirmé de méningite et la plus touchée est celle du Haut-Sassandra avec (13 cas) confirmés en 2018. Dix-sept (17) districts sanitaires en 2018 ont été touchés contre 15 en 2017. Le district sanitaire de Daloa a enregistré le plus grand nombre de cas confirmés (13 cas).

En 2019, le nombre de cas suspects de méningite a été de 167 avec aucun cas confirmé.

2. ROUGEOLE

En 2015, la Côte d'Ivoire a enregistré 37 cas confirmés de rougeole. Ce nombre est en baisse par rapport à 2014 où l'on avait enregistré 47 cas. Le nombre de districts ayant eu au moins

un cas confirmé est en baisse, il est passé de 22 en 2014 à 19 en 2015. Cependant, aucun district n'a été déclaré en épidémie en 2015. Ces cas ont été observés dans 13 régions : Tonkpi, Abidjan 2, Poro-Tchologo-Bagoué, Kabadougou-Bafing-Folon, Cavally-Guémon, Gboklé-Nawa-San-Pedro, Marahoué, Abidjan 1-Grands Ponts, Bélier, Gbêkê, Gôh, Indénié-Djuablin et Lôh-Djiboua. Parmi ces régions, le Tonkpi demeure, la région avec le plus grand nombre de cas confirmés (14 cas) dont la majorité des cas a été enregistrée dans le district de Danané (11cas).

En 2016, la Côte d'Ivoire a enregistré 45 cas confirmés de rougeole. Ce nombre est en hausse par rapport à 2015 où l'on avait enregistré 37 cas. Le nombre de districts ayant eu au moins un cas confirmé est en hausse, il est passé de 19 en 2015 à 27 en 2016. Cependant, aucun district n'a été déclaré en épidémie en 2016.

En 2017, la Côte d'Ivoire a enregistré 2 052 cas suspects de rougeole dont 157 cas ont été confirmés. Ce nombre est en hausse par rapport à 2016 où l'on avait enregistré 45 cas. Le nombre de districts ayant eu au moins un cas confirmé est en hausse, il est passé de 27 districts en 2016 à 29 en 2017. Cependant, aucun district n'a été déclaré en épidémie en 2017. Le district qui a enregistré le plus grand nombre de cas est celui de Kouibly avec 22 cas confirmés soit 75,9% des cas confirmés. Aucun cas confirmé n'a été enregistré dans les régions suivantes : Bélier, Bounkani-Gontougo, Gôh, Lôh-Djiboua, Marahoué, Sud-Comoé et Worodougou-Béré. La région sanitaire du Cavally-Guémon qui a enregistré 42 cas confirmés de rougeole est la région la plus touchée.

En 2018, la Côte d'Ivoire a enregistré 2 446 cas suspects de rougeole dont 252 cas confirmés. Ce nombre est en hausse par rapport à celui de 2017 où l'on a enregistré 157 cas. Toutes les régions sanitaires ont enregistré au moins un cas confirmé de rougeole. Les plus faibles cas ont été notifiés dans les régions sanitaires du N'zi-Iffou (02), Worodougou-Béré (03) et Bounkani-Gontougo (04). Les régions sanitaires du Cavally-Guémon (40), Tonkpi (34) et Abidjan 2 avec 23 cas, ont eu plus de cas confirmés. Le nombre de districts sanitaires ayant eu au moins un cas confirmé est en hausse, il est passé de 29 districts en 2017 à 59 en 2018. Cependant, aucun district n'a été déclaré en épidémie en 2018. Les districts sanitaires qui ont enregistré le plus grand nombre de cas sont : Duekoué (27), Danané (14), Soubré et Adjamé-Plateau-Attécoubé (13).

En 2019, la Côte d'Ivoire a enregistré 313 cas confirmés de rougeole. Toutes les régions sanitaires ont enregistré au moins un cas confirmé de rougeole. Les plus faibles cas ont été notifiés dans les régions sanitaires du N'zi-Iffou (02), Worodougou-Béré (03) et Bounkani-Gontougo (04). Les régions sanitaires du Cavally-Guémon (40), Tonkpi (34) et Abidjan 2 avec 23 cas, ont eu plus de cas confirmés.

3. Fièvre jaune

En 2015, l'on a enregistré 14 cas confirmés de fièvre jaune. Ce nombre est en baisse par rapport à 2014 (23 cas). Les cas confirmés proviennent des districts de : Kouibly (07 cas), Touba (02 cas), Cocody-Bingerville (1 cas), Koumassi-Port Bouet-Vridi (1 cas), Katiola (1 cas), Minignan (1cas) et Korhogo (1 cas). Aucun district n'a été déclaré en épidémie en 2015.

Le nombre de régions touchées par la fièvre jaune est passé de 06 régions en 2014 à 05 régions en 2015. La région du Cavally-Guémon a enregistré le plus grand nombre de cas, 07 cas, soit la moitié des cas confirmés.

En 2016, l'on a enregistré 03 cas confirmés de fièvre jaune. Ce nombre est en baisse par rapport à 2015 (14 cas). Les cas confirmés proviennent des districts de : Tabou (02 cas) et Odienné (01). Aucun district n'a été déclaré en épidémie en 2016.

En 2017, l'on a enregistré 24 cas confirmés de fièvre jaune contre 1425 cas suspectés. Ce nombre est en hausse par rapport à 2016 (03 cas). Les cas confirmés provenaient des districts de : Cocody-Bingerville (18 cas), Koumassi-Port-Bouet-Vridi (2 cas), Abobo Est (1 cas), Yopougon-Ouest Songon (1 cas), Yamoussoukro et Grand-Bassam (1 cas chacun). Aucun district n'a été déclaré en épidémie en 2017.

En 2018, l'on a enregistré 1 541 cas suspects dont 09 cas confirmés de fièvre jaune contre 24 cas confirmés en 2017 soit une baisse de 62,5%. Six (06) régions sanitaires sur les vingt (20) ont enregistré au moins un cas confirmé de fièvre jaune. La région de Kabadougou-Bafing-Folon a enregistré le plus grand nombre de cas confirmés (03 cas) en 2018. Les cas confirmés proviennent des districts de Bondoukou, Sassandra, Minignan, Dimbokro, Séguéla, Grand Bassam et Odienné. Seuls Grand Bassam et Odienné ont enregistré le plus grand nombre de cas (02 cas). Aucun district n'a été déclaré en épidémie en 2018.

En 2019, l'on a enregistré 2 661 cas suspects de fièvre jaune avec 0 cas confirmé.

4. Taux de létalité de TNN (Cas suspects)

Objectif du PNDS 2016-2020 : Éliminer le tétanos néonatal d'ici 2020

Concernant la notification des cas de Tétanos néonatal, 28 cas ont été enregistrés en 2015. Ce chiffre est en baisse par rapport à 2014 où l'on avait enregistré 29 cas soit une régression de 3%. Au niveau des districts sanitaires, 19 districts sur les 82 sont concernés, soit 23%. Au niveau des régions sanitaires, 12 ont enregistré des cas de TNN avec en tête les régions du Cavally-Guémon (5 cas) et le Tonkpi (4 cas).

Trois (03) cas confirmés de TNN ont été enregistrés en 2016 dans les districts de Dabou, Divo et Bouaflé contre 28 cas en 2015.

Dix (10) cas confirmés de TNN ont été enregistrés en 2017 contre 3 en 2016 soit une hausse de 233,3%. Les districts sanitaires de Guiglo, Fresco et Zouan-Hounien ont notifié chacun 2 cas, ceux d'Abobo Est, Sassandra, Zuénoula et Biankouma ont enregistré 1 cas par district.

En 2018, sur les 28 cas suspects de TNN enregistrés, aucun cas n'a été confirmé en Côte d'Ivoire.

En 2019, aucun cas n'a été confirmé en Côte d'Ivoire.

5. Nombre de cas de Poliomyélite (Cas suspects)

Objectif du PNDS 2016-2020 : Eradiquer la poliomyélite d'ici l'an 2020

357 cas de PFA ont été notifiés en 2015 contre 394 cas en 2014. Parmi ces cas de PFA notifiés, aucun cas de Poliovirus Sauvage (PVS) n'a été enregistré en 2015. Le dernier cas de PVS remonte au 24 juillet 2011. La Côte d'Ivoire est déclarée pays libre de Poliomyélite depuis le 27 Novembre 2015.

Le nombre de cas de PFA notifiés en 2016 était de 413 cas contre 357 cas en 2015.

Parmi ces cas de PFA notifiés, aucun cas de Poliovirus Sauvage (PVS) n'a été enregistré en 2016. Le dernier cas de PVS remonte au 24 juillet 2011. La Côte d'Ivoire est déclarée pays libre de Poliomyélite depuis le 27 Novembre 2015.

Le nombre de cas de PFA notifiés en 2017 est de 365 contre 413 en 2016. Parmi ces cas de PFA notifiés, aucun cas de Poliovirus Sauvage (PVS) n'a été enregistré en 2017.

Le nombre de cas suspects Paralysie Flasque Aigue (PFA) en 2018 est de 388 dont 07 cas confirmés avec une incidence de 0,03 pour 100 000 habitants contrairement en 2017 où l'on

a enregistré 365 cas suspects pour 0 cas confirmé. Six (06) régions sanitaires sont concernées par ces cas confirmés de PFA sont : le Gboklé-Nawa- San Pedro (02 cas), le Cavally-Guémon (01 cas), le Kabadougou-Bafing-Folon (01 cas), Marahoué (01 cas), N'zi-Iffou (01 cas), Worodougou-Béré (01 cas). Les districts concernés, au nombre de sept (07) sont : San-Pedro ; Soubré ; Guiglo ; Odienné ; Bouaflé ; Bocanda ; Séguéla.

Le nombre de cas suspects Paralysie Flasque Aigue (PFA) en 2019 est de 431 dont aucun cas confirmé.

6. Nbre de cas de ver de Guinée (Cas suspects)

En 2015 le nombre de cas de rumeurs de ver de Guinée notifiés et investigués est de 23 contre 33 en 2014. Au vu de ces résultats, les acquis de la certification ne pourraient qu'être consolidés.

En 2016, le nombre de cas de rumeurs de ver de Guinée notifiés et investigués était de 33 contre 23 en 2015.

En 2017, le nombre de cas de rumeurs de ver de Guinée notifiés et investigués est de 12 contre 33 en 2016. Aucun de ces cas n'a été confirmé sur l'ensemble du territoire national en 2017, 2018 et 2019.

7. Dengue

En 2017, l'on a enregistré 432 cas confirmés de dengue sur les 2792 cas suspects. Parmi ces cas confirmés, 431 ont été notifiés à Abidjan soit 99,8% (97,9% à Abidjan 2 et 1,9 % à Abidjan 1-Grands Ponts). L'incidence est de 1,8 pour 100 000 habitants. Les cas confirmés provenaient de 7 districts : Cocody-Bingerville (417 cas avec une incidence de 67,87 pour 100 000 habitants), Marcory Treichville et Adjamé Plateau Attécoubé (5 cas chacun) Yopougon Est (2 cas), Koumassi-Port-Bouet-Vridi, Yopougon-Ouest Songon et Grand-Bassam (1 cas chacun). En 2018 et 2019, aucun cas suspect de Dengue n'a été enregistré en Côte d'Ivoire

8. Choléra

En 2015, l'on a enregistré 30 cas confirmés de choléra. Ce nombre est en baisse par rapport à l'année 2014 où l'on avait noté 77 cas confirmés. La distribution géographique des cas confirmés de choléra en 2015 est assez proche de celle de 2014 (Sud côtier). Le nombre de districts sanitaires touchés a baissé passant de 8 districts en 2014 à 5 en 2015. Les districts touchés sont Koumassi-Port Bouët-Vridi, San Pedro, Divo, Fresco, Grand Lahou. Le district de Koumassi-Port-

Bouet-Vridi conserve le nombre de cas le plus élevé en 2015 (23 cas). Cependant, on constate que le nombre de régions sanitaires touchées a augmenté, passant de 03 à 04 régions. En plus des trois régions sanitaires touchées en 2014 (Abidjan1-Grands ponts, Abidjan 2 et Lôh-Djiboua), on a une extension à la région du Gbôklé-Nawa-San Pedro

Aucun cas confirmé de choléra n'a été enregistré en 2016 et en 2017 en Côte d'Ivoire. En 2018, sur 10 cas de choléra suspectés en Côte d'Ivoire, aucun cas n'a été confirmé. En 2019, sur 13 cas de choléra suspectés en Côte d'Ivoire, aucun cas n'a été confirmé.

CONCLUSION

Au terme de ce travail descriptif de la situation sanitaire de la Côte d'Ivoire durant la période 2015-2019, il ressort que celle-ci reste préoccupante malgré toutes les stratégies de mise en œuvre des Soins de santé primaires au niveau périphérique.

En effet, les ressources sont insuffisantes conduisant à une faiblesse des activités sanitaires avec pour corollaire une morbidité et une mortalité encore élevées aussi bien dans le couple mère-enfant que dans la population générale.

Concernant la santé maternelle, les indicateurs sur lesquels il faut agir pour arriver à réduire la mortalité maternelle conformément aux objectifs des ODD, sont restés inflexibles. En effet, la couverture en CPN 1 au premier trimestre et en CPN4 sont faibles.

Le tableau chez l'enfant de moins de cinq ans est tout aussi sombre. La morbidité infantile était dominée par la triade paludisme, IRA et maladies diarrhéiques. Cette situation est préoccupante car ce sont ces pathologies qui sont à l'origine des taux de mortalité élevés chez l'enfant même si durant la période, des taux faibles de mortalité infantile et infanto-juvénile ont été enregistrés du fait de la sous-notification des cas de décès. Bien que les taux de couverture vaccinale soient élevés, l'on déplore l'augmentation de l'incidence des maladies transmissibles évitables par la vaccination.

Dans la population générale, l'endémie palustre, les maladies émergentes et celles à potentiel épidémique ont dominé le profil épidémiologique. Par ailleurs, les taux d'utilisation des services de soins curatifs sont encore loin des standards attendus. En matière de VIH/Sida, le constat est qu'une grande partie des personnes testées VIH + éligibles au traitement n'ont pas reçu les ARV (bien que cette proportion ait connu une hausse d'une année à l'autre).

De façon générale, les objectifs du PNDS 2016-2020 n'ont pas été atteints et cela remet en cause l'atteinte des ODD à plus long terme. Cependant, l'espoir est venu de l'éradication de la dracunculose, de la poliomyélite et de la stabilisation de la tuberculose.

Il faut toutefois souligner que les activités de prise en charge des malades ont été réalisées dans les districts et régions sanitaires dans un contexte de crise généralisée marqué par la rareté des ressources (humaines, en infrastructures, financières) même si le budget de l'Etat alloué à la santé a connu une légère augmentation durant les trois années.

Le but ultime de notre système de santé dans le cadre de la lutte contre la maladie, reste la réduction de la morbidité et de la mortalité. Aussi, les perspectives pour les cinq années à venir devront-elles reposer sur le renforcement des capacités de ce système tant en termes de financement que de ressources humaines, matérielles et techniques. Il s'agira aussi de s'assurer que leur répartition aussi bien que leur utilisation sera optimale tout en garantissant une meilleure accessibilité des bénéficiaires aux services de santé.

Le système national d'information sanitaire mérite d'être renforcé et amélioré afin de capter toute l'information capable de dresser un profil sanitaire fiable à partir de données exhaustives tout en réduisant au maximum leur faible reportage au niveau des districts sanitaires.