

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE**

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL**



**DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE
DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION ET
PLANIFICATION FAMILIALE**

(2^{ème} édition)

Septembre 2008

SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET SITUATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION	6
I.1 Contexte général du pays	6
I.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et administratives.....	6
I.1.2. Contexte socioéconomique et politique	7
I.1.3. Contexte sanitaire	8
I.1.4. Environnement juridique	11
I.2 Situation actuelle de la Santé de la Reproduction	11
I.2.1. Santé de la femme et de la mère	11
I.2.2. Santé de l'Enfant et du Nouveau Né.....	13
I.2.3. Santé des adolescents et jeunes	14
I.2.4. Santé des hommes.....	15
I.3 Problèmes majeurs de la santé sexuelle et reproductive et leurs causes	16
I.3.1. Problèmes majeurs	16
I.3.2. Analyse causale des problèmes de la SR	19
DEUXIEME PARTIE : CADRAGE POLITIQUE	25
II.1 Vision nationale de la santé de la reproduction et ses composantes	25
II.1.1. Vision et mission du Gouvernement	25
II.1.2. Volet et composantes de la santé de la reproduction.....	25
II.2 Fondements et principes de la politique nationale de SR	26
II.2.1. Valeurs fondamentales	26
II.2.2. Principes directeurs	27
II.3 But et objectifs de la politique nationale	28
II.3.1. But	28
II.3.2. Objectifs.....	28
II.4 Domaines d'intervention prioritaires de la politique nationale	28
TROISIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE	31
III.1. Etat (Gouvernement)	31
III.2. Ministère de la santé.....	31
III.3. Autres Ministères	32
III.4. Autres partenariats.....	33
CONCLUSION	34
DOCUMENTS DE REFERENCES	35
ANNEXES	37

LISTE DES ABREVIATIONS

ASC	: Agent de Santé Communautaire
AT	: Accoucheuse Traditionnelle
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDV	: Centre de conseils et de dépistage volontaire
COGES	: Comité de Gestion
CRESAR/CI	: Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction (Côte d'Ivoire)
DC-PNSR/PF	: Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction et Planification Familiale
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EIS-CI	: Enquêtes sur les Indicateurs du Sida Côte d'Ivoire
ENSEA	: Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée
INS	: Institut National de la Statistique
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MICS	: Enquête à Indicateurs Multiples
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MLS	: Ministère de la Lutte contre le Sida
OMS:	: Organisation Mondiale Gouvernementale
ONG:	: Organisation Non Gouvernementale
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNSSU	: Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PTME	: Programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RASS	: Rapport Annuel des Statistiques Sanitaires
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAA	: Soins Après Avortement
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOUC	: Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SR	: Santé de la Reproduction
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds de Nations unies pour l'Enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Sur l'ensemble des rencontres internationales ayant reconnu les droits à l'accès universel aux services de santé et à l'éducation, l'élimination des violences à l'égard des personnes et des femmes..., deux ont marqué l'évolution des droits humains en rapport avec la santé en matière de sexualité. Ce sont :

D'une part, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire (Egypte) en 1994 qui a permis d'adopter le concept de "Santé de la Reproduction". Ce concept plus globalisant se définit comme *"le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement, l'absence de maladies ou d'infirmités"*.

D'autre part, la 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes de Beijing (Pékin), en 1995, qui a recommandé aux Gouvernements de mettre l'accent sur la révision des textes de lois qui consacrent la différence entre les droits des femmes en relation avec leur sexualité et la reproduction.

Suite à ces conférences internationales, la Côte d'Ivoire s'est engagée dans un processus de développement des services de santé sexuelle et reproductive. Les premiers signaux de son engagement ont été l'adoption d'une politique nationale en matière de population (mars 1997) précédée de l'organisation d'un symposium national sur la Santé de la Reproduction et de l'adoption d'un PNDS (juin 1996) qui a accordé une place de choix à la SR. Ce processus a abouti en 1998 à l'adoption en Conseil des Ministres d'une première déclaration de politique nationale de la Santé de la Reproduction (SR). A travers cette déclaration, le Gouvernement s'est engagé formellement à offrir des services de santé sexuelle et reproductive basés sur les besoins et le respect des droits des populations.

Cette déclaration de politique a défini les orientations et les directives opérationnelles en matière de santé sexuelle et reproductive. Elle a été mise en œuvre par plusieurs programmes de santé qui ont permis d'obtenir des résultats positifs tels que les baisses de la mortalité infantile (de 112‰ en 1998 à 84‰ en 2005) et maternelle (de 597 décès en 1994 à 543 pour 100000 naissances vivantes... (EIS, 2005).

Malgré ces résultats, la situation de la santé de la mère, de la femme, de l'enfant, des jeunes, des adolescents et des hommes reste encore préoccupante avec la crise que connaît le pays. Des indicateurs de santé en matière de sexualité et de reproduction demeurent dans la zone de turbulence et l'analyse actuelle de cette déclaration de politique dégage des insuffisances.

En effet, les responsabilités de l'Etat dans la réalisation des droits des populations en matière de SR sont des aspects qui ont été insuffisamment pris en compte. Il s'agit des responsabilités telles que l'accès égal aux services de SR, l'équité dans l'offre de services, la promotion de la participation des hommes, le droit à la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et des jeunes.

En outre, l'émergence et la persistance de certains problèmes de santé ont fait apparaître de nouvelles préoccupations et orientations dont les réponses n'ont pas été prises en compte dans la politique de la santé de la reproduction. Il s'agit, entre autres, des questions liées à l'avortement, à la stérilité, aux VIH/SIDA, à la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à l'accès des jeunes aux services de SR, à la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, aux invalidités suites aux complications de l'accouchement, aux affections spécifiques liées à la vieillesse, aux violences sexuelles et autres violences basées sur le genre.

Les réponses à ces préoccupations relatives au droit et l'accès aux services de SR sont également réaffirmées dans les engagements de l'Etat à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ceux de la vision 2010 et du cadre d'orientation continental pour la promotion de la Santé et des Droits en matière de Sexualité et de Reproduction en Afrique (Maputo).

Face à ces insuffisances, à ces nouvelles orientations et aux engagements et accords ratifiés par l'Etat, une révision de la déclaration de la politique de la Santé de la Reproduction s'impose en vue d'améliorer la santé sexuelle et reproductive en Côte d'Ivoire. C'est dans ce contexte que le Ministère en charge de la santé, avec l'appui des partenaires au développement que sont l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF, révisé la Déclaration de Politique nationale de la Santé de la Reproduction de 1998. Cette deuxième édition de la déclaration de politique va, en plus des acquis de la première, s'appesantir sur ses insuffisances par rapport à la situation actuelle de la Santé de la Reproduction en Côte d'Ivoire.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET SITUATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN COTE D'IVOIRE

I.1. Contexte général du pays

La Côte d'Ivoire est située en Afrique occidentale dans la zone subéquatoriale et elle couvre une superficie de 322 462 Km². Ses pays limitrophes sont le Burkina Faso et le Mali (Nord), le Libéria et la Guinée (Ouest), le Ghana (Est) et elle se limite au sud par le Golfe de Guinée. Elle n'a pas encore connu sa transition démographique.

Depuis l'avènement du multipartisme en 1990, le pays connaît des crises sociopolitiques qui contribuent à la dégradation des conditions de vie des populations. Actuellement, elle est à la recherche d'un nouveau souffle économique après une longue période de stabilité et de croissance suite à son accession à l'indépendance.

1.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et administratives

1.1.1.1. Données démographiques

Selon les projections du RGPH 1998, la population de la Côte d'Ivoire est estimée, en 2008, à 21.260 968 habitants. Cette population connaît une croissance rapide et soutenue avec un taux d'accroissement annuel estimé à 2,85% entre 1998 et 2006. Le solde migratoire international qui a été un facteur important de cette croissance démographique jusqu'en 1985 a fortement diminué en passant de 11% en 1985 à 0,4% entre 1988-1998 (INS, 2006).

Par ailleurs, la Côte d'Ivoire devient un pays d'émigration. Bien que l'on ne dispose pas de données reflétant la réalité, les sources consulaires indiquent qu'environ 161 430 Ivoiriens vivent à l'étranger notamment en France, aux Etats Unis, au Mali, en Italie et en Grande Bretagne (Ministère des Affaires Etrangères, 2007).

L'urbanisation du pays est rapide avec un taux d'accroissement annuel moyen de 4,3% entre 1988-1998. La proportion de la population urbaine est passée de 39% en 1988 à 43% en 1998 et elle est estimée à 48% en 2007(INS, 2006).

Le dynamisme démographique se caractérise par une fécondité forte et précoce avec un taux brut de natalité de 37,9‰ (INS, 2006). Cependant, cette fécondité connaît une baisse car elle est passée de 7,2 enfants par femme en âge de procréer en 1981 (EIF) à 5,2 en 1999 (EDSCI-II) et à 4,6 en 2005 (EIS, 2005).

La mortalité générale a subi une baisse régulière avant de connaître une hausse à partir des années 1990. Le taux brut de mortalité est passé de 17% en 1978 à 12,3‰ en 1988 à 13,9‰ en 1998 (REPCI, 2006).

La population est essentiellement jeune avec plus de 60% qui ont moins de 25 ans. Les femmes en âge de procréer représentent 22% de la population totale et leur nombre est estimé en 2008 à 4 677 412. Les naissances attendues représentent 5% en 2008 soit environ 1 063 048 (INS, 2006).

1.1.1.2. Données socioculturelles et administratives

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Gur). La liberté de culte existe et trois principales religions (le Christianisme, l'Islam et les religions traditionnelles) cohabitent.

Le niveau d'alphabétisation est relativement faible. En effet, la population de 15 ans et plus qui sait lire et écrire est de 36,3%. Les alphabétisés sont en majorité de sexe masculin (55,2%). Cette situation est due à une faible scolarisation des enfants (55%) et un niveau insuffisant d'achèvement du cycle primaire (17%). Le taux de scolarisation des fillettes est de 51% (MICS, 2006).

Sur le plan administratif en 2008, le pays est subdivisé en 19 régions, 2 districts autonomes (Yamoussoukro et Abidjan), 70 départements, 718 Communes, 335 sous-préfectures et plus de 12.000 villages. Le processus de décentralisation s'est amplifié avec la création de communes et de conseils généraux.

1.1.2. Contexte sociopolitique et économique

1.1.2.1. Contexte sociopolitique

La Côte d'Ivoire est une république avec un régime démocratique de type présidentiel. Depuis 1990, elle traverse une série de crises sociopolitiques et militaires (coup d'état militaire en 1999 suivi de l'avènement de la 2^{ème} république en 2000 dans un contexte de crise politique généralisée). La situation s'est aggravée depuis la survenue de la crise de septembre 2002 qui a entraîné une partition du pays en deux zones : la Zone Sud sous contrôle gouvernemental et la Zone Centre, Nord et Ouest (CNO) sous le contrôle des Forces Armées des Forces Nouvelles (FAFN).

Le dernier Gouvernement de transition mis en place le 7 avril 2007 s'active à préparer la sortie de crise par la tenue d'élections libres en novembre 2008.

1.1.2.2. Contexte économique

Au lendemain de son accession à l'indépendance, la Côte d'Ivoire a connu une croissance économique qui lui a permis de développer des infrastructures industrielles et socio-sanitaires. Cependant, de 1980 à 1993, son économie a été confrontée à de nombreux chocs extérieurs dont la chute des prix des matières premières agricoles. Suite à la dévaluation du Franc CFA survenue en 1994, les mesures d'accompagnement mises en œuvre par le gouvernement ont favorisé la reprise de la croissance économique. Cette croissance qui était de 1,8% en 1994 est passée à 7% en 1995 et est restée positive jusqu'en 1998.

Depuis 1999, le contexte économique actuel est resté étroitement lié aux crises successives que connaît le pays. Ces crises ont eu pour conséquence un ébranlement de la croissance du PIB entre 2000 et 2003 avec un taux annuel respectif de -2,3% et -2,3% et -1,7%. Un redressement de la croissance a été observé en 2004 et 2005 avec un taux se situant à 1,8% et en 2006, la croissance a été de 1,2% (DRSP, 2008).

La baisse générale des activités consécutive à la crise sociopolitique et l'insuffisance dans la gouvernance ont créé de forts niveaux d'arriérés intérieurs et extérieurs des dettes de l'Etat réduisant ainsi ses capacités de financement.

Selon les données du rapport mondial sur le développement humain 2007-2008, l'Indice de Développement Humain (IDH) de la Côte d'Ivoire est faible (0,43 en 2005) et le pays occupe un rang de 166 sur 177 pays. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté a été évaluée à 38,4% en 2002 (INS, 2002). Ce taux était estimé en 2006 à plus de 44% (PNUD, 2006).

Les perspectives économiques sont étroitement liées à la sortie de la crise sociopolitique et à la restauration d'une paix durable.

1.1.3. Contexte sanitaire

Le système de santé ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale. L'évolution récente du système de santé ivoirien est surtout marquée par l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires et par la création des districts sanitaires. L'implication des Conseils Généraux dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de décentralisation oriente vers une redistribution des rôles et des missions dans le domaine de la santé.

1.1.3.1. La politique sanitaire et l'organisation des soins

Durant les premières années de l'indépendance du pays, la politique sanitaire a été centrée sur le curatif (création d'hôpitaux et dispensaires... dans les villes) soutenu par les services mobiles de lutte contre les grandes endémies destinés au milieu rural.

Avec la crise économique et financière des années 1980, l'Etat a adhéré à l'initiative de Bamako en optant pour la politique des Soins de Santé Primaires. Cette politique a été renforcée, à partir de 1995, par la création de programmes nationaux pour lutter contre certaines épidémies et certains problèmes majeurs de santé.

D'une politique centrée sur la gratuité des soins, les populations contribuent à la prise en charge de leurs problèmes de santé depuis 1993 à la suite de l'institution d'une politique de recouvrement des coûts (décret 93-216 du 3 février 1993 et loi 94-201 du 8 avril 1994).

Au niveau des médicaments, la Direction de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) approvisionne les structures sanitaires publiques à partir d'une liste de référence de médicaments dits "essentiels". Ces médicaments subventionnés par l'Etat sont vendus aux populations à des coûts réduits.

En ce qui concerne le système de santé ivoirien, il se caractérise par un secteur public fort et un secteur privé qui connaît actuellement un essor. Une collaboration des services publics de santé est également instaurée avec les spécialistes de la médecine traditionnelle.

Dans l'ensemble, en dépit des progrès enregistrés (réhabilitation et construction d'infrastructures, formation du personnel...), de nombreuses contraintes pèsent sur le système de santé. Ces contraintes (croissance démographique, restrictions budgétaires, pesanteurs socioculturelles, problèmes d'ordre organisationnel et fonctionnel...) lui posent un problème d'efficacité, d'équité et d'efficience (MEMPD/UNFPA, 2006).

Du point de vue organisationnel, les services de soins sont organisés suivant une pyramide à trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

Le secteur public est composé de 1448 établissements sanitaires de premier contact (dispensaires, centres de santé ruraux et urbains) et de 77 établissements de référence dont 55 Hôpitaux Généraux (HG), 18 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 4 Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU).

Quant au secteur sanitaire privé, il est composé au total de 1251 établissements sanitaires dont 11 polycliniques, 75 cliniques et 175 centres et cabinets médicaux (SIG6/DIPE, 2006). Ce secteur sanitaire contribue relativement à l'accroissement de l'offre des soins car il reste peu accessible à la majorité de la population.

1.1.3.2. Les ressources sanitaires

En matière de ressources sanitaires, les caractéristiques des ratios de couverture dans le secteur public étaient les suivantes en 2000, selon le RASS 1999-2000 :

- 1 Etablissement Sanitaire Public de Premier Contact (ESPC) fonctionnel pour 12 822 habitants (contre 1 pour 10 000 prévus par le PNDS) ;
- 1 maternité pour 14 000 femmes en âge de procréer ;
- 1 hôpital public pour 237 678 habitants (contre 1 pour 225 979 en 1998) ;
- 1 lit d'hôpital pour 2 890 habitants (contre 1 pour 2 643 en 1998).

En 2007, selon les données de la DRH, les ratios de couverture en personnel étaient :

- 1 Médecin du public pour 7 288 habitants (contre 1 pour 2000 selon l'OMS) ;
- 1 Infirmier pour 2 331 habitants en 2007 (contre 1 pour 2 374 en 2000) ;
- 1 Sage-femme pour 3 717 femmes en âge de procréer (contre 1 pour 1802 en 1998 et 1 pour 2 081 en 2000).

En vue d'améliorer les ratios de couverture, le gouvernement a recruté de manière exceptionnelle 1287 cadres supérieurs de santé dont 953 médecins, 263 pharmaciens et 71 chirurgiens dentistes en 2007.

S'agissant du financement du secteur de la santé, il est principalement assuré par l'Etat appuyé par les partenaires au développement et par les communautés. L'intervention de l'Etat cible en grande partie le fonctionnement du système de santé. Le budget total alloué à la santé est inférieur à 10% du budget global de l'Etat (MSHP/DAF, 2006). Ce budget devra augmenter pour atteindre 15% conformément aux engagements pris par les chefs d'Etat au Sommet d'Abuja (2001) et par rapport au Plan d'Action de Maputo.

1.1.3.3. L'accessibilité aux soins

Au plan géographique en 2007, plus d'un usager des services de santé sur deux (56%) doivent parcourir plus de 5 kilomètres (27% entre 5 et 15 Km et 29% à plus de 15 Km) pour atteindre un établissement sanitaire public (DRSP I, 2008).

En ce qui concerne l'accessibilité financière, la paupérisation croissante des populations a limité leur accès aux services de santé malgré l'introduction des médicaments génériques et des kits de santé à moindre coût. En effet, l'analyse de l'accessibilité économique et financière spécifique des services de SR, montre que certaines décisions politiques sont prises au niveau de l'offre de certains services tels que les consultations prénatales, l'accouchement et ses complications. Cependant, la mise en œuvre effective de ces décisions rencontre des difficultés telles que la variabilité des tarifs affichés ou réellement payés qui sont à l'origine de l'exclusion de certains ménages de l'accès régulier aux prestations.

1.1.3.4. Le partenariat

Depuis 1996, avec la mise en œuvre du PNDS 1996-2005, le partenariat avec les associations communautaires et les organisations non gouvernementales nationales ou internationales s'est renforcé. Toutefois, ce partenariat reste plus agissant dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.

Par ailleurs, l'on a assisté au développement d'approches multisectorielles pour la résolution de certains problèmes de santé telles que le VIH/SIDA, la santé des jeunes.

En revanche, le partenariat avec le secteur sanitaire privé de type lucratif reste encore à un niveau embryonnaire. Il en est de même de la collaboration avec les comités de gestion des établissements de santé (COGES) dans leur mission de cogestion et d'interface entre les populations et les acteurs du secteur de la santé.

1.1.3.5. Les conséquences de la crise sur le système de santé

Les conséquences de la crise éclatée le 19 septembre 2002 sur le système de santé se sont traduites par sa désorganisation avec la désertion du personnel de santé des zones Centre, Nord et Ouest (CNO) et la surcharge de travail dans les zones sous contrôle gouvernemental. Outre les violences et les traumatismes subis par les populations et leurs conséquences sanitaires immédiates et lointaines, la crise a créé les conditions de précarité économique et environnementale. Elle a également favorisé les conditions d'exposition au développement d'une surmorbidity et d'une surmortalité maternelle, néonatale et infantile.

En effet, les populations résidentes dans les zones CNO ne pouvaient plus avoir accès facilement à des services de santé du fait de la cessation des activités dans les directions régionales et les districts sanitaires. Il en est de même pour l'accès aux médicaments avec la fermeture de près du quart des pharmacies disponibles dans ces zones avant le début de la guerre.

Au niveau des ressources humaines 69% du personnel en poste dans ces zones (2 417 sur 3 500 en 2003) se sont déplacés dans la zone sud. Cette situation conjuguée avec le pillage du patrimoine (chaîne de froid, parc auto et motos, équipements, médicaux et techniques...), a entraîné la fermeture de 602 structures sanitaires, soit 45,47% de l'ensemble des structures sanitaires nationales (MEMSP, 2003).

Face à cette situation, les partenaires au développement (OMS, PAM, UNFPA, UNICEF...), les organismes humanitaires et les ONG internationales (HCR, Médecins Sans Frontières, Save the Children, Care International...) se sont déployés dans ces

zones afin d'y apporter des réponses aux problèmes socio-sanitaires. Leurs actions ont été également soutenues par les actions des ONGs nationales dont l'AIBEF, l'ASAPSU...) également présentes dans ces régions dès le déclenchement de la crise. Actuellement, des efforts ont été accomplis pour la réhabilitation de la plupart des infrastructures sanitaires avec l'appui de ces partenaires au développement.

En somme, l'impact de la crise sur le système de santé peut se résumer à une perte des acquis et une incertitude dans la réalisation des programmes de développement préalablement prévus dans les zones concernées.

1.1.4. Environnement juridique de la santé de la reproduction

L'article 7 de la Constitution du pays indique clairement la responsabilité de l'Etat pour assurer l'égal accès à la santé à tous les citoyens. Il est ainsi libellé : "tout être humain a droit au développement et au plein épanouissement de sa personnalité dans ses dimensions matérielle, intellectuelle et spirituelle.

L'Etat assure à tous les citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi. L'Etat a le devoir de sauvegarder et de promouvoir les valeurs nationales de civilisation ainsi que les traditions culturelles non contraires à la loi et aux bonnes mœurs".

De même en son article 28, la Constitution définit le devoir de la communauté et des individus quant à la protection de la qualité de la vie en stipulant que "la protection de l'environnement et la promotion de la qualité de la vie sont un devoir pour la communauté et pour chaque personne physique ou morale".

Les textes juridiques issus de la loi française de 1920 ont connu des amendements pour certaines composantes de la SR (vente et utilisation des produits contraceptifs). En outre, la loi n°98/756 du 23/12/1998 modifie et réprime le harcèlement sexuel, l'union précoce et forcée et la loi n°98/757 du 23/12/1998 interdit la pratique des Mutilations Génitales Féminines.

Par ailleurs, un projet de loi plus général sur la SR est en cours de finalisation. Malgré ces avancées, des efforts restent à faire pour promouvoir la santé de la reproduction et créer un environnement favorable en Côte d'Ivoire.

1.2. Situation actuelle de la santé de la reproduction

1.2.1. Santé de la femme et de la mère

1.2.1.1. Mortalité maternelle

La mortalité maternelle reste un véritable problème de santé publique en Côte d'Ivoire malgré les stratégies et interventions mises en œuvre pour y faire face. Ces décès sont d'autant plus tragiques qu'ils peuvent être évités de façon simple, efficace et économique. En effet, il est démontré que la majorité de ces cas de décès maternels pourraient être évités par des actions préventives et des soins appropriés en cas de complications.

La moyenne nationale des ratios de mortalité maternelle est estimée à 543 pour 100.000 naissances vivantes, soit deux décès maternels toutes les trois heures.

Les causes liées à la maternité représentent 15% pour l'ensemble des décès des femmes en âge de procréer (EIS, 2005). Pour chaque femme qui meurt, d'autres présentent des pathologies dont elles gardent des séquelles parfois à vie. Ce sont, entre autres, la stérilité, l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs, les fistules obstétrico-vaginales pour lesquelles aucune étude nationale n'a été réalisée pour apprécier la prévalence.

1.2.1.2. Morbidité maternelle

En Côte d'Ivoire, le VIH/SIDA reste l'une des causes de morbidité et de mortalité chez les femmes. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 8,3% en 2004 avec une inégalité sur le territoire national (Abengourou (10%), Odienné (6,8%), Bondoukou (4,9%)). Les données révèlent que la menace du VIH se féminise car le rapport homme-femme de cas notifiés de sida est passé de 4,8 hommes pour une femme en 1988 à moins de 1 homme pour 1 femme en 2000 (MEMPD, 2006). Sur une prévalence nationale estimée à 4,7% dont 6,1% pour la ville d'Abidjan, les filles et les femmes représentent la frange de la population la plus exposée et touchée avec une prévalence de 6,4% contre 2,9% chez les hommes (EIS-CI, 2005).

Au niveau du paludisme, les femmes enceintes constituent le principal groupe d'adultes exposé à la maladie. Le paludisme représentait 42% des états morbides et 36,07% des causes d'hospitalisation chez ces femmes. Il a également des répercussions sur la grossesse qui se traduisent par l'anémie (20%), l'accouchement prématuré, l'avortement et le faible poids de naissance de l'enfant (17%) notamment pendant la première et deuxième grossesse (DC-PNLP, 2005).

En ce qui concerne l'anémie au cours de la grossesse, qu'elle soit chronique ou aiguë, contribue également à la morbidité et mortalité maternelles. Une alimentation équilibrée de la femme enceinte et de la mère prévient l'anémie et contribue à sa santé ainsi que celle de son enfant.

La prévalence nationale de l'anémie chez la femme enceinte, est inconnue, cependant, des études en milieu hospitalier ont indiqué des prévalences variant de 52% (Yao K., 1992) à 45,2% dont 10,6% d'anémie ferriprive (Nioblé Y., 1999). Selon cette dernière source, la malnutrition et l'ingestion d'argile sont les facteurs incriminés car 51,8% des femmes anémiées avaient un régime alimentaire non équilibré en protéine animale et 20% consommaient de l'argile.

1.2.1.3. Pratiques socioculturelles néfastes à la SR : MGF

La Mutilation Génitale Féminine (MGF) est une pratique ancestrale et constitue un élément crucial des cérémonies d'initiation dans certaines communautés. La prévalence de l'excision a été estimée en 1998 à 44,5% (EDS, 1998) et à 43% en 2005 (EIS, 2005). Elle constitue une violation des droits de l'Homme.

1.2.1.4. Autres problèmes: cancers, fistules et violences sexuelles

En plus de la mortalité maternelle, les femmes ivoiriennes rencontrent d'autres problèmes sanitaires tels que les cancers génitaux et du sein, les fistules obstétricales et elles sont également victimes de violences sexuelles.

Sur les 15000 cas de cancers constatés chaque année en Côte d'Ivoire, les cancers de la femme sont les plus nombreux avec 25,2% de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus (registre du cancer, 2004).

Une étude sur le dépistage du cancer du col utérin a indiqué une fréquence de détection des lésions précancéreuses et cancéreuses de 14,75% (Kanaté A., 2004).

En ce qui concerne les fistules obstétricales, une étude réalisée dans 8 structures sanitaires de référence a permis de recenser, sur la période 1995-2005, 209 cas dont la quasi-totalité (91%) sont de nature vésico-vaginale (MEMPD/UNFPA, 2006).

Il convient également de noter que les femmes subissent diverses formes de violences telles que les violences conjugales, le harcèlement sexuel dont l'ampleur est peu connue. Cependant, la crise sociopolitique a favorisé des cas de viols avec 80 cas enregistré parmi les femmes déplacées du fait de la guerre reçues en consultation médicale à l'Institut National de Santé Publique d'Abidjan.

En outre, une étude du Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales sur les violences basées sur le genre a révélé que 25% des femmes contre 13% des hommes ont subi des violences sexuelles à Abidjan (MFFAS, 2006)

1.2.2. Santé de l'Enfant et du Nouveau Né

La santé de l'enfant demeure une préoccupation constante malgré les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour inverser les tendances. Le profil épidémiologique des enfants de 0 à 5 ans se caractérise par des taux élevés de mortalité néonatale (41‰), infantile (84‰) et infanto juvénile (125‰) selon l'EIS de 2005 ainsi que de la morbidité. Cette situation résulte de l'incidence des pathologies néonatales et affections courantes telles que le paludisme (146,34‰ en 2005), les infections respiratoires aiguës (55,4‰), les maladies diarrhéiques 37,13‰), (SIG/DIPE, 2003). Le paludisme particulièrement représente 33% de toutes les causes de mortalité hospitalière et reste la première cause de mortalité chez les enfants.

La malnutrition et la transmission mère-enfant du VIH constituent également des problèmes majeurs au regard des problématiques de l'alimentation des enfants en général, d'une part, et de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ainsi que de l'alimentation de l'enfant né de mère vivant avec le VIH, d'autre part. En 2007, 3000 enfants ont reçu des Anti Retro Viraux dans le cadre de la PTME (PNPEC, 2007).

La prévalence nationale de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans est de 7,3% pour la malnutrition aiguë (10% au Nord, Nord-est et Nord-ouest) et de 20,8% pour la malnutrition chronique (DC-PNN, 2004).

L'insuffisance pondérale, quant à elle, touche 20% des enfants de moins de cinq ans avec des disparités régionales : 31% au Nord (32% au Nord Ouest et 22,7% et 27% au Nord Est. Un tiers des enfants de cette tranche d'âge (34%) souffre d'un retard de croissance dont 16% de retard sévère (MICS, 2006).

Selon le rapport d'activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV), les couvertures vaccinales pour les différentes maladies cibles sont : 94% (BCG), 76% (DTC HepB3), 76% (VAR), 68% (VAA), 45% (VAT2+), et 67% pour la rougeole

(DC-PEV, 2007). L'on note que le rattrapage des occasions manquées durant les consultations des enfants n'est pas systématique.

En réponse à la situation de la santé de l'enfant et du nouveau né, un paquet d'interventions coût/efficacité visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile est développé dans le cadre du passage à échelle de la Stratégie de la Survie de l'Enfant (SSE). Outre le renforcement des capacités des acteurs, ces interventions comprennent l'offre des soins et l'implication et la sensibilisation sur les bonnes pratiques en matière de soins maternels et néonatal et à l'adoption de pratiques familiales essentielles.

Il convient également de noter que le Gouvernement et ses partenaires au développement se sont engagés à lutter contre la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles. Ainsi, ils ont adopté une feuille de route pour la réduction de ces fléaux en Côte d'Ivoire de 2008 à 2015.

Conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, cette feuille de route a pour objectifs généraux de réduire de trois quarts les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile actuels.

1.2.3. Santé des adolescents et jeunes

En Côte d'Ivoire, les jeunes de moins de 25 ans représentent plus 64% de la population totale (RGPH, 1998). Les jeunes abordent l'âge adulte avec plus de chance de survie. Cependant, la propagation des IST/VIH/SIDA, les grossesses précoces, les grossesses non désirées avec pour corollaires les avortements et les décès maternels menacent fortement leur santé sexuelle et reproductive.

En effet, au niveau national, la prévalence du VIH reste élevée et est évaluée à 4,7%. Les jeunes sont les plus touchés par l'épidémie avec 2,5% de prévalence parmi les jeunes de 20 à 24 ans. Pour cette tranche d'âge, l'on note une prédominance chez les filles (4,5%) sur les garçons (0,3%). Plus de la moitié des nouvelles infections se produit aujourd'hui chez les jeunes et les adolescents (EIS, 2005).

En milieu scolaire, l'on rapportait par an 5000 cas de grossesse avant la crise parmi les filles dont les deux tiers ne reprenaient plus les cours. En 2005, les rapports d'activités de 22 services de santé scolaire et universitaire (SSSU) sur 47 ont révélé 2000 grossesses non désirées et 1847 cas d'IST (MEMPD/UNFPA, 2006). Ces données démontrent les conséquences sociales des comportements à risque des jeunes en matière de sexualité, particulièrement chez les jeunes filles.

Les agressions sexuelles et d'autres formes de violences sexuelles sont en hausse chez les jeunes. En effet, un jeune sur quatre (24,9%), soit 31,3% des filles et 15,1% des garçons, a été victime de violences sexuelles (MJS/ENSEA/UNFPA, 2005).

1.2.4. Santé des hommes

La compréhension des problèmes de SR révèle, d'une part, que les hommes sont également affectés par certains problèmes et, d'autre part, que les hommes jouent un rôle prépondérant dans l'état de santé et de bien être des autres membres de la famille et de la communauté.

1.2.4.1. Morbidité liée à la sexualité chez les hommes

A l'instar des femmes, les hommes sont confrontés à plusieurs problèmes sanitaires et sociaux liés aux IST et VIH/SIDA, aux cancers et à l'infertilité.

- *Les IST et VIH/SIDA*

L'absence de données stratifiées par sexe sur la population générale ne permet pas de déterminer la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les hommes. Toutefois, des études socio comportementales ciblant certaines populations spécifiques telles que les forces armées, les enseignants et les routiers/apprentis chauffeurs ont montré qu'en Côte d'Ivoire les IST sont très répandues chez les hommes (Zanou et al. 2002 ; MLS, 2006). En effet, 55% des Militaires et 59% des Gendarmes ont déclaré avoir contracté au moins une fois une IST. Pour ces groupes cibles, les incidences annuelles des IST sont respectivement de 8% et 6%.

Chez les hommes en général, en ce qui concerne l'épidémie du VIH/SIDA, la prévalence est aussi élevée et est estimée en 2005 à 2,9% (EIS, 2005).

- *Les cancers*

En Côte d'Ivoire l'incidence du cancer est de 98 hommes contre 83 femmes sur 100 000 habitants (rapport LICC, 2007). Les données existantes montrent que l'homme y est de plus en plus exposé aux cancers de la prostate. Ce cancer est très fréquent et représente 26% des cancers de l'homme (Gondo J., 1998). Le risque de le développer est estimé en Côte d'Ivoire à un homme sur dix à partir de 60 ans.

En ce qui concerne le cancer du testicule, bien qu'il soit rare, il est particulièrement préoccupant car il touche l'homme jeune, les moins de 50 ans, (FHI, 1998).

- *L'infertilité et la stérilité*

Les hommes comme les femmes sont aussi touchés par les problèmes d'infertilité et de stérilité. En 2004, une étude multicentrique de l'OMS sur les 5.800 couples infertiles a montré que les hommes étaient en grande partie responsables (dans plus de la moitié) des cas d'infertilité (FHI, 2004).

En Côte d'Ivoire, très peu d'études nationales existent. L'EDS-CI indique un niveau de stérilité primaire de 2% (INS, 2004). Des études hospitalières ont révélé des pourcentages de stérilité primaire variant de 18% au CHU de Bouaké à 26,7% à l'INSP auprès des patientes (Coulibaly N., 2000). Il est aussi démontré que les IST constituent l'une des principales causes de l'infertilité secondaire.

Au regard de l'importance réservée à la maternité dans la société ivoirienne, l'infertilité constitue l'une des crises les plus profondes que vivent les couples qui y

sont confrontés. En effet, l'infertilité menace tous les aspects de la vie du couple, les relations entre les deux partenaires. De plus, elle est un obstacle à son épanouissement et touche individuellement chacun en affectant le sens du moi, ses relations avec les parents, amis et collègues.

La prise en charge de l'infertilité est une composante essentielle des services de santé de la reproduction. Aussi, les programmes de santé de la reproduction peuvent-ils jouer un rôle important en aidant les hommes à comprendre et à prévenir l'infertilité par des informations, conseils et soins et pouvoir permettre aux couples ayant des difficultés à concevoir un enfant d'avoir accès aux traitements existants tels que les techniques l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

1.2.4.2. Responsabilité de l'homme dans la santé familiale

En plus des problèmes spécifiques qui les affectent en termes de morbidité et de mortalité, les hommes constituent souvent un "danger" pour la santé de la famille. En effet, une proportion non négligeable d'hommes demeure opposée à l'usage des méthodes de contraception par les femmes et peuvent infecter plusieurs personnes en refusant d'utiliser le préservatif avec leurs partenaires sexuelles (JHU/CCP, 2006).

De même, certains hommes ne s'impliquent pas dans la surveillance de la grossesse, l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales, alors que leur décision, leur participation et leur soutien sont déterminants pour une meilleure santé de la famille. Plusieurs études confirment le rôle prépondérant des hommes quant aux décisions en matière de fécondité et de santé de la reproduction y compris le VIH en Afrique (Touré L., 1996).

De ces constats et leçons apprises des initiatives en Afrique de participation des hommes aux programmes de SR, il ressort que l'homme n'a pas un rôle périphérique. Au regard de sa position élevée dans notre société, il a un rôle primordial à jouer dans la gestion des questions de la SR et une position centrale à assumer à partir de son implication aux activités.

Aussi, convient-t-il d'accorder une attention plus soutenue aux hommes dans les différents programmes afin qu'ils se sentent concernés et qu'ils soient mieux préparés à soutenir les actions de promotion de la SR des membres de leur famille.

Outre les problèmes spécifiques à chaque cible, il apparaît que le pays ne fait pas l'exception quant à la problématique des déviations sexuelles telles que l'homosexualité, le lesbianisme et la pédophilie. Ces pratiques sexuelles qui font l'actualité dans les pays développés, voire certains pays en développement, ne font pas actuellement l'objet d'une attention par la prise de mesures appropriées.

I.3. Problèmes majeurs de la santé de la reproduction et leurs causes

I.3.1. Problèmes majeurs de la santé de la reproduction

L'analyse de la situation de la santé sexuelle et reproductive a permis d'identifier les problèmes qui affectent les populations vivant en Côte d'Ivoire. La sélection de ces problèmes s'est reposée sur les critères du nombre de personnes touchées, des effets néfastes sur l'individu (décès, incapacité, maladie, souffrances physiques et

psychologiques), de la sensibilité populaire au problème et la disponibilité de solutions efficaces. Ce sont les problèmes face auxquelles il est urgent de développer des stratégies et actions qui permettront d'améliorer la santé de la mère, de l'enfant, des adolescents, de la femme et des hommes et des personnes âgées.

Les problèmes majeurs de la SR qui se dégagent de cette analyse de la situation de la SR peuvent être synthétisés en quatre groupes principaux. Ils sont liés aux ressources humaines et matérielles, aux prestations sanitaires, à la mobilisation des communautés et à l'organisation du système. Ce sont :

1.3.1.1 Insuffisance de la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des

soins

Cette insuffisance se situe à plusieurs niveaux. En effet, *au niveau des ressources humaines et des infrastructures*, la plupart des ratios de couverture sanitaire se sont détériorés par rapport aux années précédentes et se situent en dessous du niveau moyen des pays à revenu intermédiaire et des normes de l'OMS.

La formation initiale des professionnels de la santé en matière de SR connaît des insuffisances. Il en est de même pour la formation médicale continue des prestataires (FMC) ainsi que le renforcement des capacités des autres intervenants en matière de santé de la reproduction qui sont peu développées.

Au niveau des ressources matérielles et des médicaments, l'on note l'absence des instruments tels que la ventouse pour l'accouchement instrumental et la seringue nécessaire à l'aspiration manuelle intra utérin (AMIU) pour les soins après avortement. En outre, les équipements standards des services de SR sont insuffisants et vétustes.

Si l'Arrêté n°213/CAB/MSHP du 20/08/2008 proclame la gratuité du traitement antirétroviral, les Anti Retro Viraux restent encore insuffisamment disponibles et accessibles tout comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Par ailleurs, les médicaments et produits de la SR (contraceptifs, condoms, vaccins...) ne sont pas suffisamment sécurisés et connaissent des ruptures fréquentes.

Au niveau des prestations de soins, les problèmes sont l'accès insuffisant des populations aux services de planification familiale, de PTME du VIH et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. L'accessibilité et la qualité des services de CPN, d'accouchement et CPON demeurent insuffisantes.

Les services conviviaux pour les adolescents et les jeunes sont insuffisants pour répondre à leurs besoins.

Le dépistage et la prise en charge des cancers du sein et de l'utérus et la prise en charge des fistules obstétricales connaissent des insuffisances.

Enfin, les problèmes de santé sexuelle et reproductive des hommes (IST/VIH/SIDA, cancer de la prostate...) ne sont pas suffisamment pris en compte ainsi que les problèmes d'infertilité et de stérilité.

Au niveau de l'organisation du système, les problèmes rencontrés sont la non disponibilité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) toute la journée et toute la semaine dans les établissements publics. La réanimation des nouveau-nés n'est pas assurée dans toutes les structures de santé.

Le système est également confronté à l'insuffisance de coordination et d'intégration des activités ainsi que la défaillance du système de référence et de contre référence. En outre, le système de suivi, de supervision et d'évaluation est peu performant et ne prend pas en compte les secteurs privé et parapublic.

1.3.1.2. Existence de pratiques défavorables à la SR

La persistance de la pratique courante des avortements à risques et des MGF qui s'urbanise et la recrudescence des violences sexuelles malgré l'existence des lois constituent un danger pour la santé maternelle et infantile. Il en est de même pour d'autres pratiques socioculturelles telles que les mariages précoces, le lévirat, le sororat, les préjugés et les tabous culturels.

A ces pratiques ancestrales, s'ajoute la prise en compte insuffisante de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive dans les programmes scolaires ainsi que le déficit de communication sur la sexualité dans les familles.

1.3.1.3 Faible mobilisation des communautés et de la société civile

Le rôle des relais communautaires (Accoucheuses Traditionnelles, Agents de Santé Communautaire) et leur motivation ne sont pas clairement établis. Les communautés, singulièrement les hommes, sont peu impliquées dans le diagnostic et la mise en œuvre des activités de santé reproductive. Ainsi, celles-ci ne disposent pas de mécanismes de mutualisation communautaire pour la prise en charge des problèmes de santé reproductive de leurs membres.

Au niveau de la société civile, des initiatives telles que la mise en place d'un mécanisme de suivi (observatoire) de certains indicateurs spécifiques de la santé de la reproduction tels les décès maternels n'existent pas.

1.3.1.4. Des mesures politiques et réglementaires encore insuffisantes

Des mécanismes de subvention substantielle pour la prise en charge de problèmes particuliers de la SR (SONU, cancer ...) de la majorité des populations sont inexistantes. De plus, l'Etat contribue insuffisamment dans l'approvisionnement en produits contraceptifs et les ressources allouées à la SR en particulier sont en deçà des engagements des chefs d'Etat au Sommet d'Abuja et par rapport au Plan de Maputo.

Par ailleurs, si les mécanismes formels de motivation des prestataires sont inexistantes, les mécanismes de sanction des prestataires indécents sont insuffisamment appliqués.

Notons également que les textes législatifs et réglementaires ne font pas suffisamment la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

1.3.2. Analyse causale des problèmes de la santé de la reproduction

L'analyse causale de ces différents problèmes de la santé de la reproduction révèle des causes immédiates, sous-jacentes et structurelles ci-dessous :

1.3.2.1. Causes immédiates

Les décès liés à la maternité sont, en majorité (80%), dus à des complications telles que les hémorragies (36,1%), les dystocies (20,3%), les infections du post-partum (4,8%), les complications de l'avortement (14,8%) et de l'hypertension artérielle (18,2%), (DC-PNSR/OMS, 2005). Ces complications peuvent être traitées efficacement si les femmes ont accès à temps à des soins appropriés.

A ces causes, s'ajoutent l'impact du VIH/SIDA, du paludisme et de l'anémie qui contribuent indirectement à la dégradation de la santé de la femme, la mère et l'enfant.

Le contrôle de l'endémie du paludisme rencontre des obstacles en raison de la constante adaptation du parasite aux médicaments, du coût élevé de ces médicaments et à l'insuffisance de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Chez l'enfant et le nouveau-né, les taux élevés de morbidité et de mortalité résultent de l'incidence des pathologies néonatales et affections courantes. Ce sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et la transmission mère-enfant du VIH.

1.3.2. 2. Causes sous-jacentes

La situation de la santé maternelle, infantile et néonatale se caractérise également par les facteurs suivants :

- *L'existence des obstacles à la mortalité à moindre risques*

Ce sont des facteurs endogènes et exogènes responsables d'une accumulation de retards dans la prise en charge : (i) retard dans la prise de décision de recourir à des soins par l'individu et la communauté, (ii) retard dans l'accès à une structure sanitaire et (iii) le retard dans l'administration des soins appropriés.

- *L'insuffisance d'utilisation des services de planification familiale*

Le recours aux moyens de contraception, bien qu'en augmentation (10% en 1998 contre 13% en 2005), est à un niveau encore faible (EDSCI II, 1998). De nombreuses études ont montré que la planification familiale peut aider à réduire la mortalité maternelle en limitant le nombre de grossesses à risques en éliminant les risques associés dont les avortements provoqués. La prévalence de l'avortement chez les femmes sexuellement actives est estimée à 43% en dépit de la loi réprimant l'interruption volontaire de grossesse. La plupart de ces avortements sont pratiqués dans des conditions non sécurisées et d'hygiène insuffisante (AIBEF, 2008).

A l'instar des autres produits de la SR, la disponibilité et l'accessibilité des produits de la contraception subissent des lourdeurs administratives qui pourraient être atténuées à partir de mesures d'allègement au niveau des droits des douanes.

- *L'insuffisance de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement*

La plupart des facteurs de risque liés à la grossesse peuvent être dépistés et pris en charge au cours de la consultation prénatale (CPN) qui est d'autant meilleure qu'elle est précoce, régulière et de qualité.

La couverture en soins prénatals reste encore insuffisante et décroît avec le rang. En 2005, la consultation prénatale de rang 1 a été estimée à 87% contre 45% pour celle de rang 4. L'insuffisance de la surveillance de la grossesse en Côte d'Ivoire est associée à un faible niveau d'accouchement assisté par un personnel qualifié. En effet, la couverture des accouchements assistés par un professionnel de santé est évaluée à 56% en 2005 avec une répartition inégale dans le pays. Dans les autres cas, les mères sont aidées par des parentes et/ou des accoucheuses traditionnelles, ou elles accouchent seules (MICS, 2006).

Des études ont montré l'existence d'une corrélation étroite entre les niveaux de mortalité maternelle et la proportion des accouchements assistés par du personnel sanitaire qualifié car les complications obstétricales sont décelées et prises en charge à temps. Sur l'ensemble des complications obstétricales attendues en 2000, seules 42% ont été prises en charge. Par ailleurs, la pratique des césariennes est évaluée en 2000 à 0,78% contre un minimum de 5% et un maximum de 15% que préconise l'OMS. Le ratio de décès maternel sur les complications obstétricales traitées était de 2,7% contre moins de 1% selon l'OMS (CRESARCI/UNFPA, 2001).

En 2004, dans la ville d'Abidjan qui dispose de plus d'infrastructures sanitaires de qualité, seulement 6 complications obstétricales sur 10 attendues ont été prises en charge et la pratique de la césarienne a été de 3,6%. Le taux de létalité y a été de 1,7 décès survenus sur 100 complications traitées (DC-PNSR/OMS, 2006).

Le niveau élevé des décès maternels résulte également de l'insuffisance de la surveillance du post-partum immédiate car il est établi que la majorité des décès maternels survient dans les 72 heures suivant l'accouchement.

De manière générale, l'offre des soins est caractérisée par une insuffisance de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR. Ce sont les services de Planification Familiale, de Consultation Prénatale, accouchement, de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence y compris les Soins après Avortement, de Prévention de Transmission Mère Enfant du VIH, de Consultation Postnatale...). En outre, ces services ne sont pas suffisamment intégrés.

- *Un plateau technique déficient*

Dans les services de surveillance de la grossesse et de l'accouchement, les équipements et matériels sont en général insuffisants et vétustes. En effet, les salles d'accouchement des maternités sont insuffisamment équipées. Une étude réalisée dans le district d'Abidjan a indiqué qu'à Abidjan, 28,9% des maternités ont des boîtes d'accouchement en nombre insuffisant. Les aspirateurs à mucosités (40,6%), l'oxygène (37,7%), les tensiomètres, les pèse-personnes et thermomètres (23,2%) sont absents du dispositif des maternités. Il apparaît également que lorsque l'équipement existe, il est vétuste (DC-PNSR/OMS, 2006).

L'on note également que 8 des 72 districts sanitaires du pays ne disposent pas de structures de référence dotées d'un bloc opératoire tandis que plus du 1/3 des Hôpitaux Généraux et Centres Hospitaliers Régionaux (20 sur 71) ont leur bloc opératoire non fonctionnel (DC-PNSR/OMS/UNFPA/UNICEF, 2007).

- *Des médicaments peu accessibles*

Au niveau national, il existe un système d'achat et d'approvisionnement des établissements sanitaires publics en médicaments. Cependant, outre la cherté de certains médicaments et kits d'intervention (kit d'urgence obstétricale), l'on enregistre de fréquentes ruptures de stock des produits de première nécessité pour la grossesse et l'accouchement. Les produits sanguins ne sont pas accessibles aux populations pour des raisons de lenteur dans la décentralisation des activités de la banque de sang, d'insuffisance de donateurs et du coût élevé des poches de sang.

En outre, l'on note une insuffisance de produits contraceptifs pour couvrir les besoins du pays. L'approvisionnement national des produits contraceptifs et associés est en grande partie encore l'œuvre des partenaires au développement. Cette situation nécessite une stratégie de sécurisation des produits de la SR.

- *Un personnel peu efficace et des services peu organisés*

La plupart des ratios de couverture médicale en personnel se sont détériorés par rapport aux années précédentes et se situent en dessous du niveau moyen des pays à revenu intermédiaire et des normes de l'OMS. Les chiffres actuels cachent, en outre, une grande disparité dans la répartition du personnel de santé, avec une forte concentration en zone urbaine et notamment dans le sud du pays.

L'on note une dégradation de la qualité des services fournis par les agents de santé. Cette situation est due à une inadéquation entre le contenu de l'enseignement dispensé dans les écoles de formation de base et les besoins en matière de santé de la reproduction, à la démotivation du personnel et à l'insuffisance de la supervision et l'inspection des agents de santé.

Les services sont insuffisamment organisés pour fournir des prestations de qualité et assurer la continuité des soins comme l'illustre système de référence et contre référence qui est peu fonctionnel.

- *Prise en charge insuffisante du cancer et des fistules obstétricales*

Au niveau de l'offre des services, il n'existe pas de politique de dépistage cytologique de masse du cancer à cause des contraintes financières, matérielles et humaines.

Qu'il s'agisse de l'homme ou la femme, la problématique générale du cancer est, en effet, caractérisée par le diagnostic tardif et l'insuffisance voire l'inexistence de plateau technique (radiothérapie) pour un diagnostic et un traitement efficace.

Du fait des contraintes rencontrées par la chimiothérapie indispensable et l'absence d'alternative adéquate dans le pays, les malades sont contraints, de se rendre dans des pays de la sous région (Ghana) ou en Europe pour suivre les soins nécessaires.

Par ailleurs, la prévention par le dépistage précoce reste des actions individuelles et n'atteint que des femmes de niveau socioéconomique élevé et citadines.

Aussi, un engagement politique est-il nécessaire pour combler les insuffisances du système sanitaire dans la prévention et le traitement du cancer.

La prise en charge des fistules obstétricales nécessite, quant à elle, des compétences en urologie et un plateau technique spécial qui n'est plus ou moins disponible que dans les services d'urologie des CHU de Cocody et Treichville.

- *Insuffisance de la prise en charge pédiatrique et des jeunes*

Les facteurs expliquant les taux élevés de morbidité et de mortalité néonatales et infantiles sont, entre autres, l'insuffisance de l'offre des services telle que la non disponibilité des activités de réanimation néonatale, de prise en charge du VIH, de la malnutrition sévère... dans toutes les structures.

De même, l'on note la faible couverture vaccinale, la faible pratique de l'allaitement maternel exclusif (4%), l'accès difficile et le sous équipement des services de prise en charge pédiatriques.

Les jeunes filles restent exposées au risque de décès maternels du fait de leur immaturité biologique et psychique, de la précocité des grossesses, de la pratique des avortements dans de mauvaises conditions et de l'insuffisance de services adaptés aux besoins des jeunes.

1.3.2.3. Causes structurelles

Les ratios de couverture sanitaire sont en deçà des normes préconisées par l'OMS et des disparités demeurent dans la répartition des établissements sanitaires.

L'analyse de l'accessibilité économique et financière spécifique des services de SR montre que des décisions politiques sont prises au niveau de l'offre de certains services tels que les consultations prénatales, l'accouchement et ses complications. Cependant, la mise en œuvre effective de ces décisions rencontre des difficultés telles que la variabilité des tarifs affichés ou réellement payés qui sont à l'origine de l'exclusion de certains ménages de l'accès régulier aux prestations.

Le partenariat avec le secteur sanitaire privé de type lucratif reste encore à un niveau embryonnaire. Il en est de même de la collaboration avec les comités de gestion des établissements de santé (COGES) dans leur mission de cogestion et d'interface entre les populations et les acteurs du secteur de la santé.

L'impact de la crise sur le système de santé tel que la perte des acquis, la naissance des conditions de précarité économique et environnementale et de conditions favorables à une surmortalité et une surmorbidité maternelle, néonatale et infantile.

- *Persistance de pratiques socioculturelles néfastes à la SR*

La persistance de certaines pratiques ancestrales telles que les Mutilations Génitales Féminines (MGF), les mariages précoces, le lévirat, le sororat, les préjugés et les tabous culturels, est également un danger pour la santé maternelle et infantile.

Ces pratiques ont des conséquences obstétricales chez des femmes ayant subi cette pratique (travail prolongé, hémorragie du post-partum, fistules obstétrico-vaginales). De plus, les enfants nés de mères ayant subi cette pratique courent un plus grand risque de décès pendant l'accouchement, de souffrance fœtale ou de réanimation immédiatement après la naissance (OMS, 2008).

- *Faible mobilisation des communautés et de la société civile*

Le statut d'infériorité sociale et économique des femmes est l'un des principaux déterminants de la mortalité maternelle dans le pays. Ce statut limite leur accès à l'éducation, à une alimentation équilibrée, aux méthodes modernes de contraception et aux soins de santé de la femme et du nouveau né.

Les individus et les communautés sont peu informés et formés pour assurer la continuité des soins à domicile et détecter des signes de danger chez les enfants.

Des considérations culturelles relatives à la gestion des questions de maternité perçues comme "affaires de femmes" expliquent en partie la faible implication de certains hommes dans la surveillance de la grossesse et l'accouchement. Cette situation s'explique également par l'information insuffisante des hommes sur les problèmes de la santé de la reproduction, par l'insuffisance des actions sanitaires en leur direction pour leur adhésion.

En outre, les attitudes masculines et les comportements à risque des hommes tels que le partenariat sexuel multiple, les relations extraconjugales non protégées, la faible perception du risque constituent les déterminants des risques pour la santé reproductive des hommes et de leurs familles.

Les populations et les communautés sont insuffisamment impliquées et responsabilisées dans la gestion des services de santé et dans le diagnostic communautaire. Les Comités de Gestion (COGES) mis en place à cet effet sont peu fonctionnels du fait de la non préparation suffisante des populations à cette nouvelle approche et des insuffisances dans l'organisation et le fonctionnement même de ces structures participatives. Il en est de même des relais communautaires (ASC, Matrones et accoucheuses traditionnelles) qui sont peu actifs du fait qu'il n'existe pas de mécanisme formel pour leur motivation ainsi que leur supervision.

Dans de nombreuses localités du pays, les femmes enceintes ont recours aux accoucheuses traditionnelles. Pendant des années, le Gouvernement et les organisations internationales ont investi dans la formation de ces accoucheuses traditionnelles. Aucune évaluation nationale n'a été faite sur cette stratégie d'intégration de l'accoucheuse traditionnelle dans le système des soins de santé.

Cependant, en dehors de la qualité des prestations, la disponibilité des SONU relativement bonne en Côte d'Ivoire (10,5 SONU pour 500.000 habitants) doit inciter à réorienter l'utilisation des accoucheuses traditionnelles. Cette réorientation devra contribuer à l'accroissement de la demande des soins dont la qualité reste à améliorer.

Par ailleurs, des idées et recommandations relatives à la création d'un observatoire sur la maternité à moindre risque ont été parfois émises au cours de certaines rencontres. Toutefois, il n'en existe pas à ce jour au niveau national afin de pouvoir suivre l'évolution des problèmes de mortalité maternelle et néonatale.

Par ailleurs, au niveau réglementaire, des efforts restent à faire pour créer un environnement favorable à la SR en Côte d'Ivoire à travers une promotion des textes existants et l'élaboration et le vote de textes juridiques complémentaires. Il en est de même au niveau politique où les différents engagements ne sont pas encore véritablement concrétisés.

DEUXIEME PARTIE : CADRAGE POLITIQUE

II.1 Vision nationale de la santé de la reproduction et ses composantes

II.1.1 Vision et mission du Gouvernement en matière de santé de la reproduction

Face aux problèmes majeurs de la santé sexuelle et reproductive qui se dégagent de l'analyse de la situation nationale, la présente déclaration de politique est guidée par une vision qui intègre les préoccupations de toutes les étapes de la vie.

II.1.1.1 Vision du Gouvernement

La vision du Gouvernement en matière de santé de la reproduction est la suivante : *une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines.*

II.1.1.2 Mission du Gouvernement

A travers les institutions étatiques et sa vision de la santé en matière de sexualité et de la reproduction des populations, le Gouvernement aura pour mission d'assumer le rôle régalien de l'Etat en matière de santé et le devoir de garantir le droit à la santé. Il assurera également l'équité dans l'accès de tous aux services de Santé de la Reproduction et dans la contribution financière.

II.1.2 Volets et composantes de la santé de la reproduction

Afin de permettre à tout individu de jouir de ses droits en matière de sexualité et de reproduction et conformément à la vision du pays en matière de SR, la présente déclaration de politique retient les volets et composantes essentielles suivants :

II.1.2.1 Volets de la Santé de la Reproduction

Les principaux volets de la Santé de la Reproduction sont :

- ✓ Volet Santé de la femme / santé des mères ;
- ✓ Volet Santé du nouveau né et de l'enfant ;
- ✓ Volet Santé des jeunes ;
- ✓ Volet Santé des hommes.

II.1.2.2 Composantes essentielles

Les composantes essentielles de la Santé de la Reproduction sont :

- ✓ La maternité sans risque ;
- ✓ La Planification Familiale ;
- ✓ La survie et le développement de l'enfant ;
- ✓ La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes ;
- ✓ La santé génésique des hommes et leur implication dans la santé familiale;
- ✓ Les IST/VIH/SIDA ;
- ✓ Les violences sexuelles et les violences basées sur le genre ;
- ✓ Les cancers génitaux et autres affections de l'organe géniteur ;
- ✓ La santé des personnes du 3^{ème} âge.

II.1.2.3 Composantes communes

Les composantes communes aux volets de la Santé de la Reproduction sont:

- ✓ La Planification Familiale ;
- ✓ Les IST et VIH/SIDA ;
- ✓ Les violences basées sur le genre ;
- ✓ La communication pour le changement de comportement ;
- ✓ Le management et la supervision ;
- ✓ La recherche et l'évaluation.

A travers ces différents volets et domaines couverts, la politique envisage la résolution des problèmes de santé des femmes, des enfants et des hommes dans un cadre global et intégré.

II.2 Fondements et principes de la politique nationale de SR

II.2.1. Valeurs fondamentales

La politique nationale de la SR repose sur les fondements suivants :

D'abord, la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. La santé et le bien-être ne doivent plus être perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux ; ils doivent plutôt viser la capacité physique, psychique et sociale de l'individu. Ainsi, la Santé de la Reproduction se définit comme "un état de bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités" (CIPD, Caire 1994).

Dans cette optique, la santé et le bien-être doivent être considérés avant tout comme une ressource de la vie quotidienne. En effet, les actions destinées à améliorer la santé et le bien-être doivent tenir compte à la fois des capacités de la personne et des ressources du milieu afin de permettre à l'individu d'exercer son droit sur les différents aspects de sa vie, de permettre à la famille et à la communauté de jouer leur rôle essentiel et de favoriser une solidarité agissante.

Ensuite, l'amélioration et le maintien de la santé sexuelle et reproductive doivent reposer sur le partage des responsabilités entre les individus, les familles, les communautés, les collectivités locales, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activités. Ce principe conduit à la participation effective de tous ces intervenants dans l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive (SSR) de l'individu. Toutefois, l'Etat doit œuvrer à ce que toutes les populations aient accès à tous les services de SSR.

De plus, la santé sexuelle et reproductive des populations représente à priori un investissement pour l'individu lui-même et pour la société dans laquelle il vit.

En effet, la SR constitue pour l'individu, une ressource importante qui lui permet de retirer une satisfaction de la vie et d'exercer pleinement ses rôles et pour la société, des populations en bonne santé en tant qu'un gage de dynamisme et de progrès.

En conséquence, les sommes et les énergies consacrées à l'amélioration de la santé reproductive ne doivent pas être considérées comme une dépense de consommation. Cependant, elles doivent être dirigées vers les solutions les plus efficaces.

Enfin, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, la constitution ivoirienne, les engagements et traités régionaux et internationaux ratifiés telles que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples s'appliquent à la santé sexuelle et reproductive (SSR). Il s'agit de droits relatifs :

- ✓ à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ;
- ✓ à la famille ;
- ✓ aux soins de santé et aux bienfaits des progrès scientifiques, y compris l'information et l'éducation pour la santé ;
- ✓ à l'égalité et à la non-discrimination.

Au regard de ces droits, la politique nationale de la SSR exige l'accès équitable à l'information et aux soins sans distinction de sexe, d'âge, de race, d'ethnie, de religion, de région, de classe sociale. Elle insiste également sur le droit pour tout individu de décider librement, de façon éclairée, de sa sexualité et de sa reproduction. Dans cette optique, la présente déclaration de politique nationale de la santé de la reproduction repose sur des valeurs essentielles suivantes : la solidarité, l'équité, l'éthique et le respect de la spécificité du genre.

II.2.2. Principes directeurs pour la mise en œuvre de la politique

En vue d'assurer l'efficacité, l'efficience et la pérennité de la politique de la Santé de la Reproduction, les principes suivants doivent guider sa planification et sa mise en œuvre :

- ✓ Avoir une compréhension claire de la situation de la santé de la femme, de la mère, de l'enfant, des adolescents/jeunes et des hommes intégrant le contexte socioculturel des populations ;
- ✓ S'assurer que les interventions sont basées sur de bonnes pratiques ayant un excellent rapport coût-efficacité ;
- ✓ Focaliser les interventions sur les besoins des populations en assurant la continuité des soins et services à tous les niveaux, en utilisant les soins de santé primaires comme point d'entrée pour engager les ressources de la communauté ;
- ✓ Promouvoir la multisectorialité, le partenariat, la coordination et la programmation conjointe entre les différentes parties prenantes y compris le secteur privé, les associations professionnelles à tous les niveaux en vue de renforcer la collaboration, de maximiser les ressources et d'éviter la duplication ;

- ✓ Définir clairement les rôles et les responsabilités de tous les intervenants dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités identifiées pour augmenter la synergie ;
- ✓ Promouvoir la bonne gestion et le sens de responsabilité et de transparence au niveau de tous les intervenants pour mieux renforcer la pérennité ;
- ✓ Promouvoir l'accès équitable aux services de santé de la reproduction de qualité tout en accordant une attention particulière aux populations indigentes et aux groupes vulnérables.

II.3 But et objectifs de la politique nationale en matière de SR

II.3.1. But

La présente déclaration de Politique Nationale de la Santé de la Reproduction s'inscrit dans le cadre de la vision stratégique du développement sanitaire de l'État et est basée sur ses engagements internationaux et nationaux adoptés. Cette politique a pour but de contribuer à améliorer la santé et le bien-être des individus, des familles et des communautés dans la perspective d'un développement humain durable.

II.3.2. Objectifs

- *Objectif Général*

L'objectif général de la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction est de réduire la morbidité et la mortalité liées à la sexualité et à la reproduction des populations vivant en Côte d'Ivoire.

- *Objectifs d'impact*

Afin d'atteindre l'objectif général recherché, la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction poursuit des objectifs d'impact qui intègrent les différents groupes cibles et les problèmes prioritaires identifiés en matière de santé de la Reproduction. Ces objectifs d'impact sont :

- ✓ Réduire la morbidité et la mortalité liées à la sexualité et à la reproduction chez la femme et chez l'homme;
- ✓ Réduire la morbidité et la mortalité néonatale et infantile ;
- ✓ Réduire la morbidité et la mortalité liées à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et jeunes.

II.4 Domaines d'intervention prioritaires de la politique nationale de la SR

A la lumière des problèmes majeurs identifiés ainsi que des objectifs visés par la présente déclaration de politique nationale de la Santé de la Reproduction, six (6) axes d'intervention prioritaires sont nécessaires pour atteindre ses objectifs.

Ces six (6) principaux axes d'intervention prioritaires ainsi que leurs objectifs de politique sont décrits ci-après :

Axe prioritaire 1 : Amélioration de l'accès aux services de SR de qualité

Objectifs de politique de l'axe :

- ✓ Accroître la disponibilité et l'accessibilité aux services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité ;
- ✓ Accroître l'accès et l'utilisation des services de planification familiale de qualité (repositionner la Planification Familiale);
- ✓ Promouvoir la prévention de la transmission mère enfant et la prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA;
- ✓ Renforcer la prévention des cancers génitaux et du sein, les IST/VIH/SIDA chez les hommes et les femmes ;
- ✓ Promouvoir la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et jeunes;
- ✓ Améliorer la prise en charge des cas d'infertilité;
- ✓ Renforcer le système de référence et de contre référence.

Axe prioritaire 2 : Amélioration de l'environnement juridique et institutionnel

Objectifs de politique de l'axe :

- ✓ Améliorer le cadre législatif et réglementaire pour la promotion de la SSR;
- ✓ Renforcer le cadre juridique de protection contre les violences sexuelles.

Axe prioritaire 3 : Mobilisation et participation communautaire

Objectifs de politique de l'axe :

- ✓ Renforcer les capacités des individus et des communautés pour la promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive ;
- ✓ Renforcer les capacités des populations pour l'utilisation des services de SSR.

Axe prioritaire 4 : Mobilisation des ressources et pérennisation des acquis

Objectifs de politique de l'axe :

- ✓ Accroître les ressources financières allouées à la Santé de la Reproduction;
- ✓ Améliorer le cadre d'intervention des acteurs (nationaux et internationaux) en matière de santé de la reproduction ;
- ✓ Améliorer le mécanisme de pérennisation des programmes.

Axe prioritaire 5 : Formation et recherche opérationnelle

Objectifs de politique de l'axe :

- ✓ Améliorer le système de formation initiale des professionnels de santé en matière de santé de la reproduction;
- ✓ Renforcer les capacités des intervenants en matière de santé de la reproduction par des formations continues;
- ✓ Promouvoir la recherche action/ opérationnelle sur les questions de SR

Axe prioritaire 6 : Renforcement des mécanismes de coordination, de suivi et évaluation

Objectif de politique de l'axe :

- ✓ Renforcer les mécanismes de coordination, du suivi et d'évaluation de la politique nationale;
- ✓ Promouvoir la création d'un observatoire national sur la mortalité maternelle et néonatale.

TROISIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE

Vu la complexité des questions de la santé de la reproduction, une lutte efficace contre les problèmes liés à la SSR nécessite une réponse multisectorielle.

Ainsi, la politique nationale sera mise en œuvre à travers des structures relevant du Ministère en charge de la Santé et d'autres départements ministériels. Il en est de même pour les collectivités locales, les Organisations Non Gouvernementales, les associations professionnelles et autres structures privées, les communautés et l'ensemble des partenaires au développement (UNFPA, OMS, UNICEF et agences de coopération bilatérales et multilatérales).

III.1. Etat de Côte d'Ivoire

Dans la mise en œuvre de la politique nationale, l'amélioration de la santé des populations en matière de sexualité et de la reproduction exigera que l'État veille à :

- ✓ assumer le rôle régalien de l'Etat en matière de santé tout en favorisant l'intervention d'autres acteurs susceptibles d'apporter une valeur ajoutée à ses actions (secteur privé, collectivités locales, communautés, ONG et organisations professionnelles);
- ✓ maintenir un apport financier étatique en croissance avec des réformes privilégiant la création des conditions d'un financement communautaire et durable du secteur ;
- ✓ réviser et adapter le cadre institutionnel, législatif et réglementaire aux exigences du moment ;
- ✓ rechercher l'égalité d'accès de tous aux services de Santé de la Reproduction.

III.2. Ministère en charge de la santé

Tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les institutions de formation et de recherche devront intervenir dans la mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction.

III.2.1. Niveau central

Le Ministère en charge de la Santé est responsable de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction. Il coordonne les activités de lutte de l'Etat contre les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive. Toutes ses directions centrales et institutions spécialisées doivent œuvrer à cette mise en œuvre. La politique sera mise en œuvre à travers des programmes nationaux qui doivent travailler en étroite collaboration. Chaque programme spécifique, en fonction de ses missions, apportera des réponses adaptées aux problèmes nationaux de la santé de la reproduction.

Une Direction du Ministère en charge de la Santé devra promouvoir l'approche multisectorielle dans la résolution des problèmes de santé de la reproduction et également assurer la coordination d'ensemble, le suivi et l'évaluation des activités

desdits programmes. Actuellement cette fonction est assurée par la Direction de la Santé Communautaire.

De manière spécifique, la Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction (DC-PNSR) est l'organe de coordination et d'impulsion de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction.

A ce titre, cette structure assure, en collaboration avec les autres programmes, l'administration, l'animation, la mobilisation des ressources, le suivi et l'évaluation des activités permettant d'atteindre les objectifs de la politique nationale.

En tant que la structure de référence du Ministère en matière de santé sexuelle et reproductive, cette Direction est chargée de coordonner l'ensemble des activités en matière de SSR. Aussi, la tutelle devra-t-elle œuvrer à ce qu'elle assure cette fonction en collaboration avec les autres structures impliquées dans les activités de SSR.

III. 2.2. Au niveau intermédiaire et périphérique

Les Directions Régionales et Districts sanitaires assurent la mise en œuvre opérationnelle des activités planifiées par le niveau central.

La Direction Régionale de la Santé est chargée de la coordination, de la supervision et du suivi évaluations des activités des directions départementales.

La Direction Départementale de la Santé est chargée au niveau local d'appliquer la politique nationale en matière de SR ; d'animer et de coordonner les activités des structures sanitaires publiques et privées, d'assurer la mobilisation des ressources et ordonner leur utilisation pour la mise en œuvre du plan d'action, d'assurer la promotion de la qualité des soins et des services et d'assurer la liaison avec les autorités politiques, administratives et coutumières.

III.3. Autres Ministères

La politique nationale sera mise en œuvre en collaboration avec d'autres départements ministériels. Ces Ministères interviennent également sur les questions de la santé. Ce sont notamment :

- le ministère en charge de l'éducation;
- le ministère en charge de la jeunesse;
- le ministère en charge de la femme, de la famille et des affaires sociales;
- le ministère en charge de la communication;
- le ministère en charge de la justice;
- le ministère en charge de la défense et de la sécurité.

III.4. Autres partenariats

En plus des ministères, la mise en œuvre nécessitera l'intervention des collectivités locales, des Organisations Non Gouvernementales, des associations professionnelles et autres structures privées, des communautés et l'ensemble des partenaires au développement (UNFPA, OMS, UNICEF et les agences de coopération bilatérales et multilatérales).

III.4.1. Les collectivités locales et les communautés

Les collectivités locales (Communes, Conseils Généraux de département) sont également chargées du développement sanitaire au niveau local. Elles doivent concourir à la mise en œuvre de la politique nationale en matière de SR.

Les individus, les familles et les communautés doivent contribuer, à travers leurs actions, à l'atteinte des objectifs de la politique. Ils doivent donc s'impliquer et promouvoir la SR. Ainsi, les capacités des membres de la communauté doivent être renforcées dans la prévention et la prise en charge des problèmes et la continuité des soins au niveau communautaire (domicile).

Dans cette optique, tous les intervenants de médecine traditionnelle doivent constituer des partenaires privilégiés dans la mise en œuvre. Toutefois, le rôle des accoucheuses traditionnelles doit être orienté vers les activités de prévention.

III.4.2. Les ONGs et la société civile

Les Organisations non Gouvernementales et la société civile constituent des relais pour la promotion de la Santé et la mobilisation sociale des populations. Selon leurs domaines d'interventions, elles doivent apporter leur appui à la mise en œuvre de la politique.

III.4.3. Le secteur privé sanitaire

Eu égard au niveau de développement actuel du secteur parapublic et privé sanitaire, celui-ci devra être impliqué dans tout le processus afin qu'il puisse contribuer efficacement à la mise de la politique nationale de SR.

III.4.4. Les Partenaires au développement

Les partenaires au développement et les organismes de coopération bilatérale et multilatérale apportent à l'Etat ivoirien leur appui technique, matériel et financier dans la mise en œuvre de la politique en vue d'atteindre ses objectifs en matière de santé sexuelle et reproductive.

Dans l'optique d'une meilleure optimisation des contributions de ces partenaires et d'un renforcement de la coopération, l'Etat devra promouvoir le dialogue avec les organismes de coopération bilatérale et multilatérale afin de respecter les priorités et les besoins nationaux.

CONCLUSION

Les problèmes de Santé de la Reproduction qu'éprouve une partie importante de la population ivoirienne se rapportent à une insuffisance de la disponibilité et de l'accessibilité à des services de Santé de la Reproduction de qualité, de leur capacité à promouvoir la Santé sexuelle et reproductive. Cette situation constitue un handicap certain au développement économique et social du pays.

Aussi, la présente déclaration de politique de la SR définit-elle des orientations qui concernent l'ensemble de la collectivité : les individus (femmes, les hommes, les jeunes, les enfants), les communautés, les pouvoirs publics comme le secteur privé.

Par l'ampleur des changements qu'elle annonce, la politique de la santé Sexuelle et Reproductive revêt donc une importance considérable pour l'avenir de la société ivoirienne. Elle fait le pari de la mobilisation autour des objectifs et stratégies qu'elle propose : c'est là une exigence pour le développement social et économique de la Côte d'Ivoire, une condition essentielle de progrès.

Le sens de l'équité, de la justice sociale et l'intérêt général doivent permettre d'adopter les mesures proposées dans la politique afin de réduire l'ampleur des problèmes de santé SR vécus par les ivoiriennes et ivoiriens.

Tout intervenant dans la Santé de la Reproduction en Côte d'Ivoire devra se conformer à la présente déclaration de politique.

DOCUMENTS DE REFERENCE

AIBEF, IPPF (2008) : Connaissances, attitudes et pratiques de l'avortement provoqué clandestin en Côte d'Ivoire.

COULIBALY N., NAMA-DIARRA AJ. (2000) : Aspects épidémiologiques et psychosociaux de l'infertilité féminine, Thèse de doctorat en médecine, UFR des sciences médicales Abidjan.

CRESAR/CI, MSP, UNFPA (2000): Evaluation de la disponibilité de l'utilisation et de l'efficacité des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) en Côte d'Ivoire.

CRESAR/CI, INSP, OMS/HRP (1999): Recherche opérationnelle sur l'amélioration des services de santé de la reproduction pour les adolescents en Côte d'Ivoire.

ENSEA, CRESAR/CI, RRCI, Equilibres & Populations (2004) : Enquête sur les comportements en matière de sexualité et des IST/VIH/SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans présents sur les sites d'intervention du programme Kpote-Kiosque.

Institut National de la Statistique (2006) : Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2006 (MICS).

Institut National de la Statistique et Ministère de la lutte contre le SIDA (2005) : Enquête sur les indicateurs de SIDA, Côte d'Ivoire 2005.

Institut National de Statistique de Côte d'Ivoire (1999) : Recensement général de la population net de l'habitat 1998.

Institut National de la Statistique et ORC Macro (1999): Enquête démographie et de santé 1998-1999 Côte d'Ivoire.

Institut National de la Statistique et ORC Macro (1994): Enquête démographie et de santé Côte d'Ivoire.

KANATE A. et Koné M. (2004) : Inspection visuelle comme procédé de dépistage du cancer du col utérin, Thèse de doctorat en médecine, UFR des sciences médicales Abidjan.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DC-PNSRPF/OMS (2007): Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2006): Politique nationale de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire, 2^{ème} édition.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DC-PNSRPF/OMS (2006) : Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des services obstétricaux à Abidjan en 2004.

Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement (2006): Population et développement : défis pour la Côte d'Ivoire, rapport national sur l'état et le devenir de la population de la Côte d'Ivoire (REPCI).

Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population (2005): Politique nationale de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH dans le secteur de la santé, 1^{ère} édition.

Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, DC-PNN (2004) : Enquête nutrition et mortalité en Côte d'Ivoire.

Ministère Délégué auprès du Ministre de la Solidarité chargé de la Santé (2002): Rapport sur la situation sanitaire des années 1999 et 2000.

Ministère de la Santé publique (1998) : Déclaration de politique de politique nationale de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique (1996) : Plan national de développement sanitaire 1996-2005, Tome I.

Ministère de la santé et des services sociaux (1998) : la politique de santé et du bien-être du Québec/ Canada,

Zanou B et al (2002): Enquête de surveillance des comportements relatifs aux IST/VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, rapport d'analyse, Abidjan.

NATIONS UNIES (1994): "Programme d'action CIPD 94", Caire, 5-13 septembre 1994.

Touré Lalla (1996) : participation des hommes á la Planification familiale: un examen d'initiatives choisies de programme en Afrique, Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA), novembre 1996.

ANNEXES

1. Liste des membres du comité de suivi

Noms & Prénoms	Structures	Fonction	Contacts	Adresses E-mail
BOHOUSOU Kouadio M.	RPMM-CI	Président d'Honneur	07 09 36 14 22 42 36 14	bohousou2001@yahoo.fr
BENIE Bi Vroh	PNSR/PF	Directeur	07 71 49 97	Benie4@hotmail.com
BONI OUATTARA	UNFPA	Chargée de programme SR	08 08 80 40 20 31 74 19	oboni@unfpa.org
SAKI NEKOURESSI	OMS	Conseiller	02 00 15 08 22 51 72 00	sakin@ci.afro.who.int
AMANI René	UNICEF	Administrateur de projet Santé	05 01 17 84	ramani@unicef.org
DOGORE Eliane	UNFPA	Chargée de SPSR	08 08 09 03 06 06 63 62	dogore@unfpa.org edogore@yahoo.com
GAUDET Tania	DSC	Chef de Service		taniagaudet@yahoo.fr
ESSAN Kodia V.	MEMPD/DGPR C	Directeur des politiques de Pop.	07 43 07 05	essankv@yahoo.fr
ANDOH KH	DCPNSR/PF	S/Directeur	07 67 39 47	k.andoh@yahoo.fr
KOUADIO Yao.	DCPNSR/PF	S/Directeur	07 67 39 45	kouadioyaoalexis@yahoo.fr
KOFFI M. Chantal	MJDH/AFJCI	Magistrat	07 00 57 98	koffimc@yahoo.fr
YAPI Sabin	DIPE	Chef Service	07 79 95 05	yapcol@yahoo.fr
AKA David	DC-PNPEC	Assistant	02 63 57 53	akadavide@yahoo.fr
ZEREGBE Toh	DCPNSR/PF	Chef de service	01 16 60 54	zeregbetoh@yahoo.fr
BASSALIA D.	SASED	Directeur	08 54 18 86	dbassalia@yahoo.fr
Beugré Juliette L.	DIPE		07 48 46 04	lolabeugre@yahoo.fr
KAMELAN Tanoh	DCPNSR/PF	Chef de service	07 53 34 38	tanokamelan@yahoo.fr
LIAGUI Ouattara	DCPNSR/PF	Chef de service	07 98 23 34	liaguiamad@yahoo.fr
ABAULETH R.	CHU Cocody	Consultant	07 93 49 94	zkamagate@yahoo.fr
KOUAKOU Lucien	AIBEF	Consultant	07 00 25 88	lucienkouakou@yahoo.fr
KAMAGATE Z.	CRESAR/CI	Consultant	07 99 55 10	abauleth@hotmail.com

2. Liste des Experts/Consultants

Noms & Prénoms	Structures	Fonction	Contacts	Adresses E-mail
Zoumana KAMAGATE	CRESAR/CI	Consultant Chargé du Document de Politique	07 93 49 94	zkamagate@yahoo.fr
Lucien KOUAKOU	AIBEF	Consultant Chargé du Document de Programme	07 00 25 88	lucienkouakou@yahoo.fr
Raphaël ABAULETH	CHU Cocody	Consultant Chargé du Document des Normes et Protocoles	07 99 55 10	abauleth@hotmail.com