

**MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE
CONTRE LE SIDA**



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union – Discipline – Travail



**DIRECTION DE L'INFORMATION ET DE LA
PROMOTION DE L'EDUCATION A LA SANTE**

POLITIQUE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE

Juillet 2013

SOMMAIRE

PREFACE	4
REMERCIEMENTS.....	5
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION	8
DEFINITION.....	9
CHAPITRE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE	10
I. CONTEXTE.....	10
<i>1.1- Contexte mondial</i>	10
<i>1.2- Contexte régional africain</i>	10
<i>1.3- Contexte national</i>	11
II. JUSTIFICATION	21
CHAPITRE II : CIBLES ET DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTION	22
CHAPITRE III : PRINCIPES DIRECTEURS.....	23
CHAPITRE IV : VISION, BUT, ET OBJECTIFS	23
<i>IV.1- Vision</i>	23
<i>IV.2- But</i>	23
<i>IV.3- Objectif Général</i>	23
<i>IV.4- Objectifs Spécifiques</i>	23
CHAPITRE V : STRATEGIES	24
<i>V.1- Plaidoyer et Partenariat</i>	24
<i>V.2- Renforcement des Capacités</i>	24
<i>V.3- Réorientation des Services de Santé</i>	25
<i>V.4- Communication en Appui aux Programmes, Etablissements Publics Nationaux et autres structures de santé</i>	25
V.5- Recherches opérationnelles :	25

CHAPITRE VI : CADRE DE MISE EN OEUVRE	26
<i>VI.1- Au Niveau National</i>	26
<i>VI.2- Au niveau des Services Déconcentrés :</i>	26
<i>VI.3 - Au niveau Communautaire</i>	26
CHAPITRE VII : CONTROLE, SUIVI ET EVALUATION	27
<i>VII.1- Contrôle</i>	27
<i>VII.2- Suivi et Evaluation</i>	27
CHAPITRE VIII : SOURCES DE FINANCEMENT	27
<i>VIII.1- Le Budget National :</i>	27
<i>VIII.2- Les Partenaires Financiers du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida</i>	27
<i>VIII.3- Les Autres Sources de Financement</i>	28
CONCLUSION	28

PREFACE

La Côte d'Ivoire est un des pays de l'Afrique subsaharienne où les indicateurs de santé sont très inquiétants. Certaines maladies telles que le paludisme, les maladies cardio-vasculaires, la méningite, le choléra sont récurrentes, voire émergentes et surviennent chaque année, parfois sous forme d'épidémie.

Généralement, les actions entreprises se sont limitées à des aspects sectoriels sans prendre en compte tous les facteurs en cause ni tous les acteurs potentiellement concernés par les problèmes visés.

En outre, la preuve est maintenant faite au niveau mondial et dans la région d'Afrique subsaharienne que la persistance du mauvais niveau des indicateurs de santé est le fait de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques.

Le rapport de la commission de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les déterminants sociaux de la santé paru en août 2008 à Genève vient confirmer cette preuve de multiplicité de facteurs à la base des problèmes de santé des populations. Ces facteurs ne sont généralement pas pris en compte dans leur ensemble et de façon simultanée dans les projets et programmes du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

La Promotion de la Santé, se basant sur les déterminants sociaux de la santé, a été reconnue comme une des composantes importantes pour le développement de la santé, à cause de ses résultats liant positivement le coût à l'efficacité.

La Promotion de la Santé (PS) en Côte d'Ivoire, à l'instar des pays d'Afrique subsaharienne reste encore peu développée. La situation préoccupante des indicateurs de santé du continent montre l'intérêt et la place du concept de la PS pour nos populations.

Le présent document de politique nationale de Promotion de la Santé se veut un cadre formel de référence pour la pratique et la coordination des actions visant la santé et le bien-être de la population.

C'est en même temps une réponse du Gouvernement ivoirien à la recommandation des Chefs d'Etat et de Gouvernement de la région africaine de l'OMS demandant à chaque pays de mettre en place les structures et mécanismes nécessaires à la reconnaissance et à la mise en pratique de la Promotion de la Santé.

Le présent document de politique nationale de promotion de la santé s'insère de ce fait dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) afin d'une part de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de nos populations et d'autre part, d'amener le pays à atteindre les objectifs internationaux aux niveaux régional et mondial en matière de santé.

Je souhaite vivement que ce document de politique, qui s'inscrit dans le cadre des actions menées par mon département pour redynamiser le système sanitaire national, serve de guide à l'ensemble des acteurs de la pyramide sanitaire et de toutes les structures de développement de notre pays pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des actions de promotion de santé. Les principes et valeurs de la Promotion de la Santé participeront, j'en suis convaincue, à l'adoption de comportements favorables à la santé par nos populations dans nos villes et campagnes.

À cet effet, j'invite tous les acteurs nationaux à s'inscrire résolument, de façon concertée, dans les stratégies et mécanismes proposés pour atteindre l'objectif du gouvernement : « 2013 : Année dédiée à la Santé en Côte d'Ivoire ».

En renouvelant mes sincères remerciements à tous les Partenaires au Développement de la Côte d'Ivoire, je les exhorte à soutenir cette Politique Nationale de Promotion de la Santé qui est le résultat concret de leur accompagnement soutenu. Ils doivent veiller aux côtés du Gouvernement à son application effective afin de renverser la tendance des indicateurs de santé en Côte d'Ivoire.

Je reste persuadée que la mise en œuvre effective de cette politique, contribuera à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Dr. Raymonde GOUDOU COFFIE

Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida

REMERCIEMENTS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CB	Charte de Bangkok
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CO	Charte d'Ottawa
CPN	Consultation Périnatale
CSR	Centre de Santé Rural
CSUS	Centre de Santé Urbain Spécialisé
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DIPES	Direction de l'Information et de la Promotion de l'Éducation à la Santé
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation
DTC HepB	Diphtérie Tétanos Coqueluche Hémophilus Influenzae de type B Hépatite B
ENV	Enquête sur le Niveau de Vie des ménages
EPS	Éducation Pour la Santé
EPN	Établissement Public National
ESPC	Établissement Sanitaire de Premier Contact
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
HG	Hôpital Général
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information Éducation Communication
INS	Institut National de Statistique
IRA	Infection Respiratoire Aigüe
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PS	Promotion de la Santé
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REFIPS	Réseau Francophone International de la Promotion de la Santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIG	Système d'Information et de Gestion

SIG	Standardized Monitoring and Assessment off Relief of Transition
SSP	Soins de Santé Primaires
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
TPS	Tradipraticien de la Santé
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africain
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	Vaccin Anti Amaril
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPO	Vaccin Polio Oral

INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) dans son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015, s'appuie sur les stratégies des Soins de Santé Primaires (SSP) dont les composantes sont: i) l'éducation pour la santé; ii) la prévention et la lutte contre les maladies; iii) la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles; iv) un approvisionnement suffisant en eau potable et des mesures d'hygiène / assainissement de base; v) La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale; vi) la vaccination contre les grandes maladies infectieuses; vii) la prévention et le contrôle des endémies locales; viii) le traitement des maladies et des lésions courantes et la fourniture des médicaments essentiels.

Les constats actuels dans la mise en œuvre des SSP tels que : i) la faible évolution des indicateurs socio-sanitaires, ii) la persistance de la prééminence du curatif au détriment du préventif, iii) l'insuffisance de la prise en compte des besoins des populations dans les politiques sanitaires, ont montré les limites de cette politique et ont conduit l'OMS à définir et à adopter la Promotion de la Santé.

C'est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

La première Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé, réunie à Ottawa, a adopté, le 21 novembre 1986, une charte communément appelée « **la Charte d'Ottawa** », qui a défini les conditions et ressources préalables à la santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu etc. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement ancrée dans ces éléments de base.

Selon cette charte, la Promotion de la Santé va au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité.

Pour les pays en développement, il est important qu'il y ait une cohérence politique (conditions sociopolitiques favorisant un état de paix), des investissements et la promotion de partenariats entre les gouvernements, les organisations internationales, la société civile et le secteur privé dans le cadre de quatre engagements fondamentaux. Il s'agit i) de veiller à ce que la promotion de la santé occupe une place centrale dans le développement mondial, ii) qu'elle fasse partie des responsabilités essentielles des gouvernements iii) et des bonnes pratiques des entreprises, iv) et qu'elle soit l'un des centres d'intérêt des initiatives des communautés et de la société civile.

De ce fait, la Promotion de la Santé exige l'action coordonnée de tous les intéressés, à savoir les gouvernements, le secteur de la santé et autres secteurs socio-économiques (les industries et les médias), les organisations non gouvernementales et bénévoles ainsi que les autorités locales,.

La Côte d'Ivoire, soucieuse du bien-être de sa population, a adopté la Promotion de la Santé car elle estime que la bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel.

Pour la mise en œuvre de la Promotion de la Santé en Côte d'Ivoire, une politique générale est élaborée dont le présent document indique les principales caractéristiques.

CHAPITRE I: CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE

I. CONTEXTE

I.1-Contexte mondial

La nouvelle santé publique que constitue la Promotion de la Santé a été adoptée à la première conférence mondiale consacrée à ce thème à Ottawa (Canada) en novembre 1986. Elle a donné naissance à la Charte d'Ottawa (CO) qui constitue le document de base de la Promotion de la Santé. Depuis, la Promotion de la Santé s'est révélée comme un moyen efficace pour accroître la participation individuelle et collective à l'action sanitaire à travers des solutions complètes et intégrées aux déterminants de la santé qui sont identifiables au sein de plusieurs programmes à la fois.

Plusieurs conférences internationales ont porté sur différents aspects de la Promotion de la Santé depuis la Charte d'Ottawa. A ce titre, il faut mentionner :

- la conférence d'Adélaïde (Australie) en 1988 sur les politiques publiques favorables à la santé ;
- la conférence de Sundsvall (Suède) en 1991 sur la création des environnements favorables ;
- la conférence de Jakarta (Indonésie) en 1997 sur l'adaptation de la Promotion de la Santé au 21ème siècle.
- la conférence de Mexico (Mexique) en 2000 sur les inégalités de santé
- la conférence de Bangkok (Thaïlande) en 2005 sur la Promotion de la Santé à l'heure de la mondialisation
- La conférence de Nairobi (Kenya) en 2009 sur le thème de : « Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre »

Les grandes conférences internationales sur la promotion de la santé (de la charte d'Ottawa en 1986 à l'appel à l'action de Nairobi en 2009) reposent sur une plus grande équité en matière de santé afin d'améliorer la santé et le bien être de chacun. Elles ont confirmé l'importance de la promotion de la santé dans la réalisation du développement social, économique et environnemental, tant pour les pays en développement que pour les pays développés.

I.2- Contexte régional africain

La région africaine subsaharienne est marquée par le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, le tout sur un fond de pauvreté. La région tient la tête en ce qui concerne le mauvais niveau des indicateurs de santé et de développement de par le monde. Parmi les principales causes de morbidité et de mortalité élevées dans la région, il faut citer : le paludisme, le VIH/Sida, le choléra, les infections respiratoires aiguës, la tuberculose et autres maladies infectieuses. Les taux les plus élevés du VIH/Sida et du paludisme de par le monde sont observés en Afrique Subsaharienne.

Par ailleurs, la région connaît une augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles, plus particulièrement les maladies cardiovasculaires, les traumatismes (surtout de la voie publique) qui sont également responsables de la mortalité élevée observée sur le continent.

Plusieurs autres facteurs sont responsables de cette situation parmi lesquels, l'analphabétisme (surtout dans la population féminine), le manque d'hygiène, l'insécurité alimentaire, les carences alimentaires, les conflits armés et les comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique.

Conscientes de cette situation, les autorités de la région, ont pris des décisions et des engagements pour la mise en œuvre des stratégies en cours et rapportées par l'Agenda 2020 du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Cependant, l'essentiel des techniques/approches de Promotion de la Santé utilisées dans la région se résume à l'Education Pour la Santé (EPS), l'Information Education et Communication (IEC), la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) et la mobilisation sociale, sans toutefois revêtir les principes et valeurs requis.

Face à ce constat, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté en 2001 une stratégie de Promotion de la Santé pour la région.

Cette stratégie régionale vise à favoriser des actions qui améliorent le bien-être physique, social et psychique des populations, et contribuent à prévenir les principales causes de morbidité, d'incapacité et de mortalité. Elle vise à :

- Renforcer la capacité des pays à concevoir, appliquer et évaluer la Promotion de la Santé;
- Soutenir les programmes de santé prioritaires afin de réaliser effectivement les objectifs fixés ;
- Mettre en application des initiatives particulières de Promotion de la Santé afin de réaliser des objectifs sanitaires prioritaires ;
- Faire davantage admettre que la santé est une composante indispensable du développement socio-économique ;
- Promouvoir l'implication de secteurs non sanitaires publics et privés dans le développement sanitaire.

Les chefs d'Etat et de Gouvernement ont, pour leur part, recommandé cette même année pour tous les pays, la mise en place d'une politique nationale de Promotion de la Santé et un cadre législatif propice à sa pratique.

1.3- Contexte national

a- Situation géographique et climatique,

La Côte d'Ivoire est située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre le 10^{ème} degré de latitude Nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} degré de longitude Ouest.

La Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au sud et climat tropical de type soudanais au nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord. Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

b- **Situation démographique**

La population de la Côte d'Ivoire était estimée, en 2011, à 22 594 238² habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998.

Cette population se caractérise par un taux de croissance démographique élevé (2,8% par an) et par la proportion élevée de sa jeunesse (43% de la population totale à moins de 15 ans). En outre, 49% sont des femmes dont 51% en âge de procréer. La fécondité est élevée et se traduisait en 2006, par un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme.

Carrefour d'échanges économiques et culturels, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration. En 2006, 48% de la population vivait en zone urbaine. Cette situation s'est accentuée avec les crises "militaro-politiques" successives qu'a connues le pays et qui ont engendré des déplacements massifs de populations vers les grandes agglomérations particulièrement à Abidjan.

c- **Situation socio-culturelle**

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque). Le Français est la langue officielle.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2008, le niveau d'alphabétisation est relativement faible (55,8 % chez les 15 à 24 ans). Le taux de scolarisation dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. Il est de 49,8% en milieu rural et 68,2% en milieu urbain.

La liberté de culte est garantie par la Constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

d- **Situation économique**

L'économie nationale reste dominée par l'exportation de produits agricoles en particulier le café et le cacao. La Côte d'Ivoire possède également d'importantes réserves de pétrole et des ressources minières (or, diamant, fer, cuivre, etc.).

En 2007 et 2008, le taux de croissance était respectivement de 1,8% et 2,5%³. En 2009, le Produit Intérieur Brut (PIB) de la Côte d'Ivoire s'élevait à 1137 US dollars par habitant. La reprise effective de la coopération financière et l'atteinte du point de décision de l'initiative PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés) ont permis d'enregistrer un taux de croissance du PIB réel de 3,8% en 2009 et 2,4% en 2010. L'Enquête de Niveau de Vie des Ménages de 2008 a révélé un taux de pauvreté de 48,9%. Ce taux était de 29,5% en milieu urbain et 62,5% en milieu rural. Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2011, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire était de 0,400 et classe le pays au rang de 170^{ème} sur 187. La Côte d'Ivoire demeure un poids économique important dans la sous-région ouest africaine, avec 39% de la masse monétaire et contribue pour près de 40% au PIB de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA). La réunification du pays d'une part, la réhabilitation des infrastructures publiques en cours ainsi que le retour progressif de la confiance du secteur privé d'autre part favorisent une reprise des activités économiques.

e. Contexte Sociopolitique

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

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, avait entraîné une partition du pays avec un déplacement massif des populations des zones en conflits vers le Sud.

Des accords politiques avaient permis de préparer la sortie de crise par la tenue d'élections libres et transparentes, sous l'égide de la communauté internationale.

La proclamation des résultats de ces élections en novembre 2010 a été émaillée de troubles militaro-politiques qui ont occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, la destruction de plusieurs infrastructures de base et un déplacement massif de populations.

Après le rétablissement de l'autorité de l'Etat, un nouveau Gouvernement a été formé en mai 2011, et un climat politique relativement apaisé permettant une certaine avancée dans le rétablissement progressif des institutions de la République.

f. Contexte sanitaire

- **Déterminants de la santé**

Les déterminants de la santé sont d'ordre géographique, socioculturel, économique, environnemental et interne au système de santé.

- **Facteurs socioculturels**

Le faible niveau général d'instruction, d'éducation de la population notamment chez les filles et les pesanteurs socioculturelles accroissent les pratiques néfastes à la santé (mauvaises habitudes et tabous alimentaires, lévirat, excision, etc.). Ces facteurs entraînent ainsi des changements significatifs dans les modes de vie des populations. Ceci explique en partie l'émergence de certaines affections telles que le diabète, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle (HTA), le cancer, l'obésité et les cardiopathies⁸, la malnutrition, le VIH/Sida et les IST.

- **Facteurs socio-économiques**

Le pays a connu des crises sociopolitiques successives qui ont occasionné une baisse des activités économiques avec pour conséquences un accroissement du chômage, notamment chez les jeunes et une augmentation importante du nombre de ménages à faible niveau de revenu. Selon l'ENV de 2008, le taux de chômage est passé de 6,4% en 2002 à 15,7% en 2008, avec un taux de 24,2% chez les 15-24 ans et de 17,5% chez les 25-34 ans. Ce taux est de 23,3% dans la population féminine contre 13% chez les hommes.

Cette paupérisation croissante, notamment en milieu rural constitue un frein à l'accessibilité aux soins et autres services sociaux de base.

- **Facteurs environnementaux et risques à la consommation**

Les facteurs environnementaux constituent un déterminant essentiel de l'état de santé des populations.

Le manque d'hygiène, l'insalubrité, la mauvaise gestion des déchets ménagers, industriels et hospitaliers, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive de pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu, le réchauffement climatique constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations. Ces facteurs d'exposition expliquent en partie la fréquence élevée des maladies infectieuses, parasitaires, respiratoires, cutanées, des maladies chroniques et les nombreuses pollutions observées dans l'environnement.

La méconnaissance des normes de sécurité sanitaire des aliments caractérisée par des conditions déplorables de sécurité des aliments et le développement non contrôlé des espaces de restauration collective constituent une menace sanitaire quasi permanente. Les risques liés à la consommation concernent également les médicaments contrefaits ou prohibés, l'insuffisance de contrôle sanitaire dans les lieux de restauration collective.

- **Facteurs liés au système de santé et équité**

L'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires, l'inadéquation et la vétusté des plateaux techniques, l'absence d'un mécanisme de protection contre le risque financier lié à la maladie et la pauvreté des ménages sont autant de facteurs qui influencent l'état de santé des populations.

En effet, selon la MICS 2006, il existe des disparités importantes du fait du statut socio-économique des populations et de leur situation géographique. Les enfants des ménages appartenant au quintile des plus pauvres ont deux fois moins de chance de recevoir des soins en cas de maladie. De même, les femmes accouchant dans les régions de l'ouest, du nord-ouest et du nord-est ont trois fois moins de chance de recevoir une assistance par du personnel de santé qualifié que celle de la ville d'Abidjan.

• **Organisation du système de santé ivoirien**

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire⁹. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants : l'un gestionnaire et l'autre prestataire (annexe 1).

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

- **Secteur sanitaire public**

Le versant prestataire ou offre de soins comprend (i) le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire), (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés) et (iii) le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)), 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)).

Le versant gestionnaire ou administratif comprend (i) le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé, (ii) le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales (2011) qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire et (iii) le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (7912) ou Districts sanitaires qui elles sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.

Au niveau du public, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé et l'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d'activités des deux échelons. L'existence d'un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur et du ministère en charge des Affaires Sociales.

Les ressources humaines de santé (RHS) sont de diverses compétences. En 2010¹³, leur effectif s'élevait à 21 254 agents dont 85% de prestataires de soins avec 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2553 sages-femmes.

- **Secteur sanitaire privé**

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques,

cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés dont 1482 (soit 73%) non autorisés par le MSLS. Sous l'impulsion du MSLS, à la suite des mises en demeure, des autorisations de conformité sont en cours d'établissement pour 1458 d'entre eux. De même, 24 établissements non autorisés ont été fermés.

Avec 49 établissements sanitaires, le secteur confessionnel, les associations et les organisations à Base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

En 2007, les effectifs en ressources humaines étaient de 790 médecins, 1173 infirmiers et 184 sages-femmes.

- Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8500 Tradipraticiens de Santé (TPS) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). En 2010, 120414 TPS ont été formés ; certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d'autres en droits de propriété intellectuelle.

Un document de politique de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles est disponible.

• Profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire

- Mortalité générale

Le taux brut de mortalité est passé de 12,3‰¹⁵ en 1988 à 14‰ en 2006¹⁶. L'espérance de vie à la naissance était de 51,3 ans en 2006¹⁷.

Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. Ce sont entre autres, la dégradation continue des conditions de vie des populations, la persistance des maladies endémo-épidémiques, le VIH/Sida, les mauvaises pratiques en matière d'alimentation et les causes liées aux modes de vie moderne (tabagisme, consommation excessive d'alcool, mauvaise alimentation).

- Mortalité et morbidité du couple mère – enfant

L'état de santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante justifiant les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour faire face à cette problématique, notamment ceux consentis depuis 2000 pour l'atteinte des OMD.

En 2005, la mortalité maternelle s'élevait à 54318 décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est essentiellement due aux hémorragies (36%), aux dystocies (20%), à l'éclampsie (18%), aux complications des avortements (15%), ainsi qu'aux infections post-partum (4,8%)¹⁹.

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

Concernant le suivi de la femme enceinte, la couverture en CPN1 est passée de 52,29% en 2007 à 66,33% en 2008. La couverture en CPN3 quant à elle est passée de 20,45% en 2007 à 23,14% en 2008²⁰. En 2011, la couverture en CPN4 était de 45%²¹. La couverture en

VAT2+ chez la femme enceinte était respectivement de 44,95%, 40,46%, 61,6% et 56% en 2007, 2008²², 2010 et 2011²³.

Le taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié a progressé, passant de 47%²⁴ en 1998 à 56,8% en 2008²⁵. Selon les données de la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), en 2011 ce taux serait passé à 69,2%.

La couverture en pratique de la césarienne est faible avec un taux de 0,7% contre 5% recommandé par l'OMS.

Selon la MICS, en 2006 la prévalence contraceptive moderne était de 8%.

Le faible taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, la faible utilisation des services de planification familiale, constituent différentes causes qui limitent en partie les progrès vers l'atteinte de l'OMD 5.

Les problèmes nutritionnels fragilisent la mère et contribuent au faible poids de naissance chez le nouveau-né.

En 2006²⁶, le taux de prévalence des mutilations génitales féminines était de 36% et celui de la forme extrême d'excision de 5%. Cette pratique se rencontre en grande partie dans l'Ouest et le Nord du pays. Les mutilations génitales féminines contribuent à augmenter la morbidité et la mortalité chez la femme.

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est caractérisée par une mortalité néonatale de 41‰²⁷ naissances vivantes et une mortalité infanto-juvénile de 125‰²⁸ naissances vivantes.

Les principales causes de la mortalité infanto-juvénile sont les causes néonatales (35%), le paludisme (21%), la pneumonie (20%), la diarrhée (15%), le Sida (6%), la rougeole (3%).

Les causes de mortalité néonatale sont dominées par la prématurité (29%), les infections sévères (23%), l'asphyxie (19%) et le tétanos néonatal (12%).

Chez les enfants de moins de cinq ans, le profil épidémiologique reste dominé par une incidence élevée des affections courantes que sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la rougeole.

La malnutrition chez l'enfant est aussi préoccupante. En 2011²⁹, les prévalences de la malnutrition chronique, de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition aigue sont respectivement de 27,3%, 15,7% et 5,4%.

Les niveaux de couverture vaccinale³⁰ des maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) étaient moyens dans l'ensemble jusqu'à l'année 2010. Les couvertures vaccinales ont commencé à baisser en 2011³¹. On notait respectivement 90% et 74% pour le BCG, 84% et 62% pour le Penta 3 (DTCHepB3), 69,5% et 49% pour le VAR, 68,7% et 49% pour le VAA, et 80,6% et 58% pour le VPO3. Cette baisse s'explique par la faiblesse des activités du PEV de routine due à l'insuffisance de la chaîne de froid et des équipements logistiques, situation accentuée par la crise et ayant entraîné l'arrêt des stratégies avancées et mobiles.

- VIH/Sida et IST

En Côte d'Ivoire, l'épidémie à VIH/Sida est caractérisée par la présence des deux virus, VIH 1 et VIH 2. L'épidémie est de type « mixte ». C'est une épidémie qui reste généralisée mais qui

semble être essentiellement alimentée par l'infection à VIH chez les populations clés les plus exposées aux risques d'infection.

En 2010³², l'ONUSIDA estimait la prévalence du VIH/Sida à 3,4%, classant la Côte d'Ivoire parmi les pays de l'Afrique de l'Ouest les plus affectés par l'épidémie de VIH/Sida. Le nombre de personnes

vivant avec le VIH étaient de 450 000 et le nombre d'orphelins rendus vulnérables du fait du Sida s'élevait à 440 000.

Selon l'Enquête sur les Indicateurs de Santé (EIS) 2005, les femmes sont plus touchées par l'épidémie avec une prévalence de 6,4% contre 2,9% chez les hommes. L'enquête de séro-surveillance sentinelle en 2008 indiquait un taux de séropositivité de 4,5% chez les femmes enceintes. Ce taux était estimé à 33,4%³³ chez les professionnels du sexe et à 24,5%³⁴ chez les MSM (Men Sexwith Men) en 2009.

Les causes de la propagation du VIH sont principalement l'incidence élevée de la pauvreté et la détérioration des revenus et conditions de vie, le faible niveau de connaissance des populations des modes de transmission et des méthodes de prévention, les perceptions socioculturelles du VIH/Sida et les pratiques socioculturelles (excision, tatouage, piercing, lévirat). Le multi-partenariat sexuel, le mariage précoce, le statut socio-économique des femmes qui les place dans une situation d'impossibilité de décision par rapport à leur sexualité, la mobilité de la population et ses déplacements consécutifs aux conflits armés, la stigmatisation et la discrimination participent également à la propagation de l'infection à VIH.

Les groupes les plus exposés au VIH sont les jeunes ayant leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans, les femmes adultes et les jeunes filles victimes d'abus et de violences sexuelles, les couples sérodiscordants, les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires, les enseignants, les routiers, les migrants, les personnes déplacées et les réfugiés, les populations carcérales, les travailleurs saisonniers, les jeunes filles et jeunes hommes sexuellement actifs travaillant dans le secteur informel, les personnes engagées dans le sexe transactionnel, les personnes qui s'injectent la drogues, les personnes engagées dans l'abus de la consommation d'alcool associées à des comportements sexuels à risques, les hommes en armes, les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes ou MSM, les porteurs d'une IST.

Le nombre de personnes sous ARV est passé de 2473 en 2003 à 72 011 en fin 2009³⁵, puis à 89 41036 en septembre 2011. En 2008, le nombre de perdus de vue était estimé à 20 000³⁷. Depuis 2008, les ARV sont distribués gratuitement aux malades éligibles au traitement.

Dans le cadre de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), environ 49% des sites de CPN offrent des services de PTME. En 2010, pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant, 43%³⁸ des femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement antirétroviral complet. En dépit des multiples efforts consentis par les différents acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/Sida sur le plan national, selon l'ONUSIDA, la Côte d'Ivoire fait partir des 22 pays les plus affectés au monde par la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant. A ce propos, un plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015 est en cours de rédaction.

Pour le dépistage des populations, en fin 2010, 738 sites offrant des services de conseil dépistage étaient disponibles. Malgré l'augmentation de la couverture des districts sanitaires en services de Conseil Dépistage et l'instauration de la gratuité des ARV depuis août 2008, le taux de dépistage dans la population générale n'est que de 6%³⁹.

L'évaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle faite en 2009⁴⁰, a montré que 28,7% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et 10,5% des OEV présentaient une malnutrition aigüe et 70% étaient en insécurité alimentaire.

Les infections sexuellement transmissibles chez l'adulte constituent également une cause importante de morbidité. Au plan national, leur incidence moyenne est passée de 8,93%⁴¹ en 2007 à 8,22% en 2008.

- **Paludisme**

Le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. Selon une analyse situationnelle des données épidémiologiques du Paludisme réalisée en 2010 par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), environ 50% des motifs de consultations dans les ESPC sont liés au paludisme. En 2008, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 84,16%^{oo}. Chez les enfants de moins de 5 ans, cette pathologie avait une incidence de 217,31%^{oo}⁴².

De 2006 à 2008, l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) a connu une progression significative de 3% à 14,8%⁴³.

En 2006, seulement 26%⁴⁴ des enfants de moins de 5 ans avaient reçu un traitement approprié. Depuis 2010, les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) sont dispensées gratuitement.

- **Etat nutritionnel**

Le profil nutritionnel de la Côte d'Ivoire est caractérisé par un double fardeau que sont la malnutrition par carence et la malnutrition par excès. La forme la plus courante est la malnutrition chronique dont la prévalence est de 27,3%⁴⁶. La prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale est à ce jour jugée « précaire » (5,4%) sur l'étendue du territoire national avec des disparités régionales. Le nombre d'enfants malnutris aigus modérés est estimé à 151 781 et ceux présentant la forme sévère à 19 000⁴⁷.

S'agissant de l'insuffisance pondérale, la prévalence est de 15,7% en 2011 et jugée « sérieuse » pour les pôles Nord-Est, Nord-Ouest et Nord; et « précaire » pour les pôles Centre, Centre-Nord, Ouest, Centre-Ouest, Sud-Ouest, Centre-Est et Sud. L'évaluation nutritionnelle effectuée chez les mères a montré que 12 %⁴⁸ d'entre elles sont malnutries et 58,9 % souffrent d'une carence en fer, ce qui augmente la mortalité maternelle et entraîne un faible poids de naissance du nouveau-né. La prévalence des petits poids à la naissance est de 16,5%.

Par ailleurs, la prévalence du goitre par carence en iode a significativement baissé, passant de 40% en 1994 à 4,8% en 2004 en raison de la disponibilité du sel iodé dans 84,4% des ménages. En ce qui concerne la carence en fer, plus de la moitié des enfants présente une anémie ferriprive. Quant à l'hypovitaminose A, elle demeure élevée avec 60%⁴⁹ des enfants de 6 à 59 mois qui sont à risque.

La malnutrition par excès est également préoccupante. En effet, selon l'Enquête Nutrition Mortalité (ENMCI 2004), 22,8 % des femmes en âge de procréer avaient un excès de poids en particulier en milieu urbain avec 28,2 % contre 13,6 % en milieu rural. Abidjan présente la plus forte proportion des femmes en surpoids avec un taux de 34,1% et 7,4% de femmes obèses.

- **Autres maladies**

La Tuberculose, les Maladies à potentiel épidémique, les Maladies émergentes, ré-émergentes ou négligées et les Maladies Non Transmissibles constituent un fardeau pour le système de santé ivoirien.

g. Habitat et Urbanisation

Le secteur de l'habitat et du cadre de vie est quant à lui caractérisé par un déficit en logements et un cadre de vie indécents de façon générale. Les investissements sociaux de base, ainsi que l'offre de logements ne suivent pas la croissance démographique. Malgré les efforts de l'Etat et du secteur privé pour résorber le déficit de logements, la demande demeure toujours supérieure à l'offre, avec un gap cumulé et croissant de plus de 600 000 logements.

En outre, l'insuffisance de commodités dans les habitations, les lotissements anarchiques et le phénomène des quartiers spontanés et précaires constituent les principaux facteurs de la détérioration du cadre de vie. Cette situation s'explique entre autres par la croissance galopante de la population urbaine, l'absence de systèmes efficaces de production et de financement de logements, une planification urbaine mal maîtrisée et la destruction des habitations lors des différentes crises armées.

h. Salubrité / Assainissement

En ce qui concerne **le secteur de la salubrité**, il fait état d'une situation préoccupante engendrée par l'accroissement d'ordures dans toutes les contrées de la Côte d'Ivoire. Cette situation s'est accentuée à Abidjan, où la production d'ordures ménagères a augmenté du fait du doublement de la population et de la faible capacité technique et opérationnelle des opérateurs chargés de leur enlèvement suite aux différentes crises. En outre, ce secteur connaît des difficultés liées au manque de financement, à la désuétude des infrastructures et moyens de collecte, de transport et de traitement des déchets. A cela s'ajoute l'incivisme des populations qui occupent de manière illicite et anarchique le domaine public.

Au sujet de **l'assainissement**, le secteur n'a pas connu d'évolution notable au fil des années. En effet, en matière de gestion des excréta, en milieu rural, seulement 11% de la population ont accès à des installations sanitaires améliorées en 2008, tandis que 48% n'en ont pas et pratiquent la défécation à l'air libre. En milieu urbain, à peine 36% des ménages ont accès à un assainissement approprié. Par ailleurs, des inondations récurrentes et des éboulements de terrain sont enregistrés en milieu urbain à cause de la mauvaise gestion de l'assainissement pluvial. L'essor du secteur est confronté à plusieurs défis dont les principaux sont : (i) l'élaboration et l'adoption d'une politique nationale de l'assainissement concertée entre les différents acteurs du secteur, incluant le secteur rural ; et (ii) l'allocation d'au moins 0,5% du PIB à l'assainissement des excréta, conformément à la Déclaration Internationale d'Ethekwini en 2008.

i. Eau potable

L'hydraulique humaine est de plus en plus confrontée à la dégradation de la qualité des ressources en eaux brutes. La nappe d'Abidjan qui fournit 70% de l'eau potable du pays est fortement menacée à très court terme. En outre, les infrastructures insuffisantes et de plus en plus dégradées ne permettent pas un accès suffisant des populations à l'eau potable.

La raréfaction des investissements en faveur de l'eau potable au fil des années n'a pas permis de maintenir l'adéquation entre l'offre et la demande. La réforme institutionnelle conduite en 2006 destinée à relancer le secteur est aujourd'hui freinée par l'insuffisance de textes réglementaires, les arriérés de l'Etat et la capacité réduite des opérateurs économiques du secteur.

j. Environnement et Développement Durable

Le domaine de l'Environnement et du développement durable est de plus en plus fragilisé du fait de la réduction drastique du couvert forestier, la perte de la biodiversité, et la pollution de l'air, des eaux et du sol. En outre, l'air et les écosystèmes marins et lagunaires sont fortement affectés par la pollution en l'absence d'un système de traitement adéquat des déchets polluants venant des activités domestiques, industrielles, agricoles, minières et maritimes.

L'usage de produits toxiques pour la pêche continentale a entraîné la destruction des milieux halieutiques.

i. Renforcement du Partenariat et de la collaboration intersectorielle

Par-delà la pluralité des acteurs et des secteurs, la nécessité de la réalisation d'un triple accord s'impose : accord sur les objectifs, accord sur les rôles, accord sur les principes. Les partenariats doivent bien évidemment contribuer à la réalisation des objectifs du pays et le but de santé publique qui sous-tend la collaboration doit être clairement énoncé. Le succès d'un partenariat exige la communication, la coopération, la coordination, la collaboration, le partage des responsabilités et le compromis.

II. JUSTIFICATION

La promotion de la santé, donne des résultats positifs qu'il s'agisse de responsabilisation en matière d'actions sanitaires, de politiques publiques de santé ou d'accroissement de la participation communautaire.

La promotion de la santé apporte une contribution originale au développement sanitaire dans la mesure où elle intègre différentes démarches et méthodes permettant d'agir sur les grands déterminants généraux de la santé. Elle joue un rôle essentiel dans la création et la gestion de milieux favorables à la santé.

Elle vise à renforcer les aptitudes et les capacités des individus pour les amener à changer leur situation sociale, environnementale et économique et ainsi à adopter des comportements favorables à la santé.

La participation de la population est donc essentielle dans toute action de promotion de santé.

La PS se justifie face à l'échec des politiques de santé qui est marqué par une faible amélioration des indicateurs socio-sanitaires elle-même due à :

- ✓ Une insuffisance d'intégration des populations dans l'action sanitaire qui leur est destinée ;
- ✓ Une allocation non équitable des ressources en faveur du curatif et au détriment de la prévention.

Elle a pour avantages :

- ✓ la prise en compte de l'ensemble des Déterminants de la Santé ;
- ✓ l'appropriation et l'autonomisation des populations sur les problèmes de santé ;
- ✓ la rationalisation des ressources (allocation et planification) ;
- ✓ la réduction des inégalités en santé.

En Côte d'Ivoire, les facteurs déterminant les pathologies les plus fréquentes (paludisme, diarrhées, tuberculose etc.) sont, dans une large mesure, en rapport avec nos comportements.

La promotion de la santé est donc plus que nécessaire voire indispensable dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Les résolutions prises par l'OMS après 1989, engagent les Etats membres à faire de la Promotion de la santé une composante essentielle du système national de santé.

L'adoption de cette politique par le Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida vise à institutionnaliser et à mieux coordonner les interventions en matière de promotion de la santé.

CHAPITRE II : CIBLES ET DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTION

La présente politique devra viser comme cibles prioritaires les décideurs, les partenaires, les leaders, les professionnels de tous les secteurs public et privé au niveau national et les populations en général.

La pratique de la Promotion de la Santé, tant en ce qui concerne les interventions que les cibles, tiendra compte des aspects particuliers de chaque contexte, que ce soit au niveau national, au niveau régional, au niveau départemental qu'au niveau du village, afin de

répondre véritablement aux besoins ou priorités spécifiques en matière de santé et de développement qui leur sont propre.

Les domaines prioritaires visés sont l'environnement et le cadre de vie, l'éducation, le logement, la justice, l'économie, le milieu professionnel, les ménages. Toutefois les autres secteurs feront l'objet de recours en cas de nécessité.

CHAPITRE III : PRINCIPES DIRECTEURS

Pour l'élaboration, la planification et la mise en œuvre des interventions de Promotion de la Santé, la présente politique se donne les principes directeurs ci-après :

- Investir dans le domaine de la santé en vue d'agir sur les déterminants que sont : la paix, le logement, l'éducation, l'eau, la nourriture, un revenu adéquat, le respect des droits humains, l'autonomisation de la femme, un écosystème stable, la justice sociale et l'équité ;
- Recourir à des stratégies qui assurent la participation et l'engagement de tous au développement sanitaire ;
- Consolider le leadership du Ministère en charge de la Santé et de la Lutte contre le Sida dans la coordination de la mise en œuvre de la Promotion de la Santé par une collaboration multisectorielle : secteurs publics et privés, les communautés, la société civile, les agences et les partenaires au développement.

CHAPITRE IV : VISION, BUT, ET OBJECTIFS

IV.1- Vision

L'ensemble de la population vivant en Côte d'Ivoire bénéficie d'un cadre sanitaire et environnemental favorable, est autonome en matière de santé et jouit d'un parfait état de santé et de bien-être.

IV.2- But

Intégrer la Promotion de la Santé dans les politiques de développement de tous les secteurs sanitaires et non sanitaires afin de réduire les inégalités en santé en Côte d'Ivoire.

IV.3- Objectif Général

Contribuer à rendre autonome la population vivant en Côte d'Ivoire par le renforcement des connaissances, aptitudes et pratiques des acteurs du secteur sanitaire et non sanitaire en matière de Promotion de la Santé.

IV.4-Objectifs Spécifiques

D'une manière spécifique, cette politique vise à :

- Renforcer les connaissances des individus, des familles et des communautés dans le domaine des interventions de la Promotion de la santé ;

- Assurer la participation active et l'autonomie des individus, des familles, des communautés et de la société civile dans toutes les interventions de Promotion de la Santé à tous les niveaux ;
- Promouvoir l'utilisation d'approches multisectorielles pour l'élaboration et la mise en œuvre des interventions de Promotion de la Santé;
- Promouvoir la formation des professionnels de la santé et les acteurs du secteur non sanitaire en Promotion de la Santé ;
- Soutenir la recherche opérationnelle en Promotion de la Santé;
- Renforcer la qualité de la communication pour la santé au niveau des mass médias et des TIC.

Pour atteindre ces différents objectifs et relever les différents défis susmentionnés, la présente politique se propose d'adopter un certain nombre de stratégies :

CHAPITRE V : STRATEGIES

La mise en application de cette politique de Promotion de la Santé passera par l'adoption des stratégies suivantes :

V.1- Plaidoyer et Partenariat

- Le Gouvernement ivoirien à travers le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, devra élaborer des textes qui assureront le respect des principes directeurs et la disponibilité des structures nécessaires à la mise en œuvre de réponses multisectorielles aux déterminants de la santé ;
- Se doter de mécanismes multisectoriels et interministériels pérennes de Promotion de la Santé ;
- Constituer et renforcer des partenariats, réseaux et alliances, pour bénéficier de ressources techniques et financières additionnelles destinées à la promotion de la santé.

V.2- Renforcement des Capacités

Afin d'assurer le développement d'un environnement durable à la mise en œuvre de la Promotion de la Santé, les actions ci-après seront entreprises :

- Tous les professionnels de la santé aussi bien que ceux des autres secteurs non sanitaires impliqués dans l'amélioration de la santé des populations, devront être formés aux principes, stratégies, approches et méthodes utilisés en Promotion de la Santé;
- Des normes et standards en matière de Promotion de la Santé seront élaborés et mis à la disposition de tous les secteurs afin d'assurer la mise en œuvre adéquate des interventions ;
- Des subventions et bourses devront être mises en place par l'Etat ou ses Partenaires, pour permettre aux acteurs de se spécialiser en Promotion de la Santé ;
- Les curricula de formation préprofessionnelle et en cours d'emploi seront révisés afin d'y inclure la composante Promotion de la Santé ;
- Des formations de recyclage en Promotion de la Santé seront organisées périodiquement à l'intention des professionnels de la santé et ceux des secteurs non sanitaires ;
- La direction de l'Information et de la Promotion de l'Education à la Santé organisera périodiquement des rencontres, des ateliers, des colloques, des conférences et des visites

pratiques de terrains pour des échanges d'expériences en vue d'aider les apprenants et les professionnels des secteurs sanitaires et non sanitaires à améliorer leurs pratiques ;

- Les connaissances et aptitudes communautaires seront renforcées en vue de leur participation effective au processus d'élaboration et de mise en œuvre des interventions de Promotion de la Santé; des formations seront organisées à l'attention des individus et des familles dans le domaine des interventions de Promotion de la santé.

- Des ajustements nécessaires seront apportés, de façon régulière, à la politique, les normes et standards en accord avec les changements intervenant au niveau de la santé des populations et des modifications des conditions socio-économiques.

V.3- Réorientation des Services de Santé

L'organisation du système sanitaire national devra être repensée dans le sens d'une forte implication des individus et des communautés, ainsi que de tous les autres acteurs non sanitaires dans la gestion de la santé des populations.

Ceci suppose un renforcement des contacts entre le personnel de santé et les communautés, une amélioration des services rendus à la population à tous les niveaux dans le sens d'une plus grande implication des communautés dans la gestion de leur santé.

Afin d'optimiser l'efficacité et l'impact de la Promotion de la Santé, elle sera introduite dans tous les programmes sanitaires du secteur public et privé et celui des ONG.

Les aspects ci-après seront pris en compte :

- La Promotion de la Santé sera une composante obligatoire des programmes du secteur public ;

- Les entreprises du secteur privé seront fortement encouragées à inclure la composante Promotion de la Santé au cœur de leurs activités ;

- Les partenaires au développement devront incorporer ou renforcer la composante Promotion de la Santé dans leurs programmes d'assistance.

V.4- Communication en Appui aux Programmes, Etablissements Publiques Nationaux et autres structures de santé

- Mettre en place une plate-forme de Promotion de la Santé dans le sens de la rendre plus crédible. Ce qui aboutira à l'élaboration d'un plan de communication Globale des activités de sensibilisation du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida ;

- Appuyer les programmes de santé, les Etablissements Publics Nationaux et les autres structures à élaborer leur plan de communication et à réaliser leurs plans médias ;

- Produire et diffuser les messages clés ;

- Contribuer à la diffusion continue des messages clés dans les mass-médias.

V.5- Recherches opérationnelles :

La recherche dans le cadre de la Promotion de la Santé permettra de :

- Identifier les besoins des individus, des groupes et de la société en général ;

- Maîtriser les forces et faiblesses des interventions de la Promotion de la Santé;

- Proposer de nouvelles pistes pour des interventions réussies au profit de la santé et du bien-être de la population.

- Etablir une collaboration permanente entre le MSLS et les Universités de Côte d'Ivoire et autres Instituts de Recherches.

- Etablir un lien avec la recherche en Promotion de la Santé au niveau international et le système sanitaire national afin d'enrichir ce dernier des avancées dans la filière.

Ceci implique des dispositions telles que :

- La mise en place d'un réseau national des professionnels de la Promotion de la Santé;
- La connexion avec des réseaux Professionnels régionaux et internationaux de Promotion de la Santé tels que le Réseau Francophone International de Promotion de la Santé (REFIPS);
- La participation à des rencontres et colloques régionaux et internationaux de la Promotion de la Santé;
- L'abonnement à des revues de la Promotion de la Santé.

CHAPITRE VI : CADRE DE MISE EN OEUVRE

VI.1- Au Niveau National

La coordination est assurée par La Direction de l'Information et de la Promotion de l'Education à la Santé.

Cette Direction prendra le leadership technique de l'élaboration et la mise en œuvre de tous les programmes d'Information et de Promotion de l'Education à la Santé. Elle sera dotée de ressources humaines, matérielles et financières adéquates pour assurer la coordination et la mise en œuvre de la politique nationale de Promotion de la Santé.

Les actions clés de la Direction de l'Information et de la Promotion de l'Education à la Santé sont :

- Le leadership dans l'élaboration, la mise en œuvre et la révision de la politique nationale de Promotion de la Santé;
- Le renforcement des capacités en Promotion de la Santé;
- Le renforcement des partenariats pour la mise en œuvre des interventions de Promotion de la Santé ;
- La Production de bases factuelles pour la prise de décision et de la planification des interventions de Promotion de la Santé;
- La Documentation et la publication des meilleures pratiques de la Promotion de la Santé;
- L'élaboration et la mise à jour des directives, normes et standards de pratiques en Promotion de la Santé;
- La Coordination de l'élaboration et production de matériels pour la Promotion de la Santé;
- Le Soutien aux activités de recherche et de suivi-évaluation en Promotion de la Santé.

VI.2- Au niveau des Services Déconcentrés :

Les autorités déconcentrées que sont les Directeurs Régionaux et Départementaux doivent être formées en Promotion de la Santé et être les responsables de mise en œuvre sur le terrain.

VI.3- Au niveau Communautaire

Les groupes communautaires constitués, les autorités locales et les populations seront impliqués dans les activités de Promotion de la Santé.

Les professionnels de la santé et autres personnels des secteurs connexes établiront les liens nécessaires avec ces acteurs locaux pour l'élaboration et la mise en œuvre des activités de Promotion de la Santé.

Des structures communautaires seront mises en place suivant les besoins des communautés et sur leurs initiatives.

CHAPITRE VII : CONTROLE, SUIVI ET EVALUATION

VII.1- Contrôle

Le contrôle de la présente politique nationale se fera par le Cabinet du Ministère de la Santé et de la Santé qui veillera notamment au respect de la vision du gouvernement.

Ce contrôle se fera à travers les plans d'action annuels et aura pour cible principale la Direction chargée de la Promotion de la Santé.

La Direction chargée de la Promotion de la Santé aura la responsabilité du contrôle au niveau déconcentré.

VII.2- Suivi et Evaluation

Le processus d'évaluation des interventions de la Promotion de la Santé est directement intégré à chaque intervention. Il est ainsi apprécié, en ce qui concerne les critères et les méthodes à utiliser, au moment d'approuver l'intervention. Il sera mis en œuvre par l'ensemble des acteurs concernés en respect strict des principes et valeurs de la Promotion de la Santé conférant aux bénéficiaires le pouvoir d'action et conduisant à la durabilité et la pérennité.

CHAPITRE VIII : SOURCES DE FINANCEMENT

Pour la mise en œuvre de ses activités, la Direction de l'Information et de la Promotion de l'Education à la Santé devrait bénéficier des sources de financement ci-après :

VIII.1- Le Budget National :

L'Etat de Côte d'Ivoire va allouer des ressources financières pour le fonctionnement habituel de la DIPES, le financement des investissements et des activités de Promotion de la Santé.

VIII.2- Les Partenaires Financiers du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

La DIPES pourra solliciter l'apport financier des Partenaires du Système des Nations Unies en Côte d'Ivoire, des Partenaires Multilatéraux et Bilatéraux, les Organisations Non Gouvernementales Internationales et nationales.

VIII.3- Les Autres Sources de Financement

La DIPES pourra solliciter tout autre financement indispensable à la mise en œuvre de ses activités.

CONCLUSION

L'élaboration de la présente politique de la Promotion de la Santé intervient dans un contexte national de persistance du fardeau des maladies, amenant à la dégradation continue des indicateurs de l'état de santé des populations.

La crise post-électorale, la progression continue du paludisme, du VIH/Sida, du choléra et l'émergence de certaines autres maladies évitables sont autant de facteurs qui incitent à la remise en cause de l'organisation actuelle du système de santé en Côte d'Ivoire.

La prise en compte de la PS dans le système sanitaire ivoirien constitue un important défi à relever.

Ce défi de l'amélioration de l'état de santé des populations et de leur développement en général, nécessite véritablement la collaboration des autres secteurs non sanitaires ainsi que la participation des populations et de ses structures administratives déconcentrées.

Dans cette optique, la présente politique marque tout son intérêt à agir sur les grands déterminants de la santé et à mettre en œuvre des interventions dynamiques et efficaces porteuses de résultats probants.

L'une des principales faiblesses du système actuel de santé est la non-collaboration systématique dans une perspective trans-sectorielle avec les autres secteurs non sanitaires ou connexes pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation conjointes des interventions pour un développement sanitaire et socioéconomique intégré.

Si l'atteinte des objectifs du PNDS et des OMD est souhaitée, il est un besoin urgent de développer des ressources humaines suffisantes et compétentes en Promotion de la Santé au niveau national.

Ce document de politique de Promotion de la Santé est un socle pour les décideurs et tous les autres intervenants pour la mise en œuvre des actions en faveur des populations vivant en Côte d'Ivoire.

