

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union – Discipline – Travail



MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE

CONTRE LE SIDA



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

PROFIL DE L'EQUITE SANITAIRE ET
DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA
SANTE EN CÔTE D'IVOIRE

Novembre 2012



TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	5
INTRODUCTION	8
PREMIERE PARTIE	9
I. CONTEXTE	10
I.1. Contexte global de l'élaboration du présent rapport	10
I.2. Contexte de la Côte d'Ivoire	11
I.2.1. Situation politique et sécuritaire	11
I.2.2. Situation économique	11
I.2.3. Contexte démographique	12
I.2.4. Contexte social et culturel	12
I.2.5. Environnement et ressources naturelles	13
I.2.6. Contexte sanitaire	14
I.2.7. Situation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	16
II. OBJECTIFS DU RAPPORT	17
II.1. Objectif général	17
II.2. Objectifs spécifiques	17
III. NOTIONS THEORIQUES	18
III.1. Définition de la santé selon l'OMS	18
III.3. Qu'entend-on par inégalités sanitaires?	18
III.4. Qu'entend-on par «déterminants» sociaux de la santé?	19
III.5. En quoi consiste l'équité sanitaire	19
IV. METHODOLOGIE	20
IV.1. Démarche d'élaboration du document :	20
IV.2. Cadre conceptuel	21
IV.3. Types et sources de données	22
IV.4. Indicateurs essentiels retenus	22
DEUXIEME PARTIE (RESULTATS & INTERPRETATION)	23
I. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE LA COTE D'IVOIRE	24
I.1. Espérance de vie et décès	24
I.1.1. Espérance de vie à la naissance	24
I.1.2. Mortalité générale	24
I.1.3. Mortalité maternelle	24
I.1.4. Mortalité des enfants :	24
I.2. Grossesses et naissances	25
I.2.1. Santé de la mère	25
I.2.1.1. Interventions et pratiques en matière de santé maternelle.	25
I.2.1.2. Etat nutritionnel des femmes:	26
I.2.2. Etat nutritionnel des enfants	27
I.3. Maladies et état de santé	28
I.3.1. Maladies endémiques	28
I.3.2. Maladies à potentiel épidémique	28
I.3.3. Maladies à éradiquer ou à éliminer	28
I.3.4. Maladies infectieuses	29
I.3.5. Maladies non transmissibles	31

I.3.6.	Autres maladies d'importance en santé publique	32
I.3.7.	Prévention et détection de la maladie	32
II.	SITUATION DES DETERMINANTS SOCIAUX ET ECONOMIQUES DE LA SANTE EN CI	34
II.1.	Les déterminants structurels	34
II.1.1.	Pauvreté et distribution des revenus	34
II.1.1.1.	Produit Intérieur Brut (PIB)/habitant	34
II.1.1.2.	Taux de pauvreté	36
II.1.2.	Education/formation	37
II.1.2.1.	Taux d'alphabétisation	37
II.1.2.2.	Taux net de scolarisation	38
II.1.2.3.	Taux d'achèvement	38
II.1.2.4.	Indice de parité de genre	39
II.1.2.5.	Niveau d'instruction	39
II.1.3.	Emploi	41
II.1.3.1.	Taux de Chômage	41
II.1.3.2.	Les enfants économiquement occupés	42
II.2.	Inégalités des conditions de vie	43
II.2.1.	Enregistrement des naissances	43
II.2.2.	Sécurité alimentaire	43
II.2.2.1.	Disponibilité des denrées alimentaires	43
II.2.2.2.	Insécurité alimentaire	44
II.2.3.	Habitat et cadre de vie	45
II.2.3.1.	Logement	45
II.2.3.2.	Assainissement	46
II.2.3.3.	Salubrité	46
II.2.4.	Infrastructures économiques	47
II.2.4.1.	Accès à l'eau potable	47
II.2.4.2.	Desserte en réseau routier	48
II.2.5.	Environnement et développement durable	48
II.2.5.1.	Atmosphère et santé	49
II.2.5.2.	Biodiversité et santé	49
II.2.6.	Énergie et transport	51
II.2.6.1.	Les sources d'énergie primaires	51
II.2.6.2.	Le transport	53
III.	PROFIL DES INEGALITES SANITAIRES	53
III.1.	Inégalités en matière d'état de santé	53
III.1.1.	Espérance de vie à la naissance	53
III.1.2.	Description de la mortalité des enfants selon certaines caractéristiques	54
III.1.3.	Etat nutritionnel	56
III.1.3.1.	Etat nutritionnel des enfants	56
III.1.3.2.	Etat nutritionnel de la mère	57
III.2.	Inégalités du système de santé	57
III.2.1.	Accessibilité des services de soins de santé	57
III.2.1.1.	Accessibilité géographique	57
III.2.1.2.	Accessibilité financière	58
III.2.2.	Utilisation des services de santé	59
III.3.	Allocation des ressources et charge de morbidité	59

III.3.1. Répartition des ressources financières par fonction _____	59
III.3.1.1. Répartition des dépenses du MSLS entre les différentes fonctions sanitaires. _____	59
III.3.1.2. Répartition des dépenses du MSLS selon le niveau de la pyramide sanitaire _____	60
III.3.2. Répartition de ressources humaines pour la santé _____	61
III.3.2.1. Médecins _____	61
III.3.2.2. Infirmiers _____	61
III.3.2.3. Sages-femmes _____	62
III.4. Inégalités relatives aux maladies non transmissibles _____	63
III.4.1. Inégalités dans les facteurs de risque des maladies non transmissibles _____	63
III.4.2. Cancers _____	64
III.4.3. Accidents de la circulation routière _____	64
III.4.4. Violences _____	65
III.4.4.1. Violences corporelles _____	65
III.4.4.2. Violences sexuelles _____	65
III.5. Inégalités relatives aux maladies transmissibles _____	65
III.5.1. VIH/SIDA _____	65
III.5.1.1. Prévalence du VIH _____	65
III.5.1.2. Inégalités dans la couverture nationale de services Conseil Dépistage _____	66
III.5.1.3. Inégalités dans la couverture de soins et traitement ARV _____	66
III.5.1.4. Inégalités dans la couverture de service PTME _____	66
III.5.2. Paludisme _____	67
III.5.3. Infections respiratoires aiguës (IRA) _____	68
III.6. Maladies vaccinales _____	68
III.6.1. Rougeole _____	68
Troisième partie (ACTIONS & RECOMMANDATIONS) _____	70
BIBLIOGRAPHIE _____	78
ANNEXES _____	79

GRAPHIQUES ET FIGURES

Graphique N° 1: Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants

Graphique N° 2 : Soins prénatals et condition d'accouchement, selon l'EDSCI-II 1998-1999, l'EIS 2005 et l'EDS-MICS 2011-2012

Graphique N°3: Evolution de la malnutrition aiguë, de la malnutrition chronique et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans de 1994 à 2011

Graphique N° 4: Cartographie de la répartition des cas d'Ulcère de Buruli

Graphique N°5: Evolution du prix/habitant de 2005-2013

Graphique N°6: Distribution des indicateurs de pauvreté selon le milieu de résidence

Graphique N°7: Distribution du taux de pauvreté par région

Graphique N°8: Evolution du Taux d'Achèvement du Primaire

Graphique N°9: Niveau d'instruction de la population

Graphique N°10: Niveau d'insécurité alimentaire des ménages

Graphique N°11: Recours aux sources d'eau précaires et les maladies liées à l'eau
Graphique N°12: Répartition par région de la desserte en eau potable du service public urbain
Graphique N°13: Evolution de l'état des forêts en Côte d'Ivoire
Graphique N°14: Approvisionnement en énergie primaire en 2009, Source : SIE, 2010
Graphique N°15: Accessibilité géographique des centres de santé
Graphique N°16: Mode de recours aux soins, par quintile socio-économique
Graphique N° 17: Répartition des Fonctions (HC) du MSLS
Graphique N°18: Répartition des dépenses du MSLS selon le niveau de la pyramide sanitaire
Graphique N°19: Ratio population-médecin par région sanitaire
Graphique N°20: Ratio population-infirmier par région sanitaire
Graphique N°21: Ratio femmes en âge de procréer-Sages-femmes
Graphique N°22: Evolution de la prévalence du VIH par région
Graphique N°23: Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans par région sanitaire
Graphique N°24: Distribution nationale des cas de rougeole par région sanitaire
Graphique N°25: Couverture du vaccin anti-rougeoleux (VAR)

TABLEAUX

Tableau N°1: Evolution des budgets de santé
Tableau 2: Tableau des indicateurs retenus
Tableau N°3: Indicateurs PTME
Tableau N°4: Couverture vaccinale 2013
Tableau N°5: Indice de Gini de la dépense par tête
Tableau N°6: Indice de parité de genre selon le taux net de fréquentation
Tableau N°7: Production halieutique par type de pêche en Côte d'Ivoire (en tonne) de 1990-2004
Tableau N°8: Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 2002 à 2011
Tableau N°9: Répartition de la mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-économiques
Tableau N°10: État nutritionnel des enfants

ACRONYMES

AFHON-CI : Action en Faveur de l'Homme et de la Nature Côte D'Ivoire

ARV : Anti Retro Viraux

CPN : Consultation Prénatale

CSDH : Commission de l'Organisation mondiale de la Santé sur les déterminants sociaux de la santé

DFPE : Domaine Forestier Permanent de l'Etat

DFREE : Domaine Forestier Rural de l'Etat

DIPES : Direction de l'Information et de la Promotion de l'Education à la Santé

ENV : Enquête Niveau de Vie

FAO : Food and Agriculture Organization (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture)

INS : Institut National de la Statistique

IRA : Infections respiratoires aiguës

IST : Infections sexuellement transmissibles

MCLAU : Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme

MEMEASFP : Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation

MEMPD : Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement

MENET : Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique

MICAPPME : Ministère du Commerce, de l'Artisanat et de la Promotion des PME

MIE : Ministère des Infrastructures Economiques

MINAGRI : Ministère de l'Agriculture

MINEF : Ministère des Eaux et Forêts

MINESUDD : Ministère de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement

MIT : Ministère du Transport

MJDH : Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme

MPD : Ministère du Plan et du Développement

MPMEF : Ministère auprès du Premier Ministre chargé de l'Economie et des Finances

MSLS : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

OSER : Office De la Sécurité Routière

PNP : Politique Nationale de la Population

PS : Promotion de la Santé

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

R-PP : Propositions de mesures pour l'état de préparation

SND : Stratégie Nationale de Développement

SODEFOR : Société de Développement des Forêts

TB : Tuberculose

TNN : Tétanos Néonatal

VAA: Vaccin Anti Amaril

VAR: Vaccin Anti Rougeoleux

VAT : Vaccin Anti Tétanique

VIH : Virus Immunodéficience Humain

INTRODUCTION

Le profil de l'équité sanitaire et des déterminants sociaux et économiques de la santé est un rapport sur les inégalités sociales de santé en Côte d'Ivoire. Il analyse, à partir des données secondaires et des documents existants, la situation actuelle des déterminants de la santé et les inégalités sanitaires qui en découlent et recommande des mesures pratiques à prendre pour s'attaquer aux problèmes essentiels identifiés. Il s'adresse à tous les acteurs publics, privés ou communautaires tant du secteur de la santé que des autres secteurs connexes car les inégalités sociales de santé touchent la société dans son ensemble.

Agir sur les déterminants sociaux et économiques pour réduire les inégalités en santé, telle est la recommandation essentielle de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

En effet, pour améliorer la santé publique dans leurs pays respectifs, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS recommande aux Etats membres et plus particulièrement à ceux de la région africaine de définir et d'appliquer des politiques qui ont pour but de réduire les inégalités en santé en agissant sur les déterminants sociaux et économiques.

Les déterminants sociaux et économiques de la santé sont les conditions dans lesquelles naissent, vivent, travaillent et vieillissent les populations. Ils existent généralement en dehors du système de santé et sont de véritables facteurs d'inégalités sanitaires. Il est en effet prouvé que l'état de bonne santé n'est pas vécu de la même manière parmi les différents groupes de populations ainsi qu'entre les différentes localités géographiques à l'intérieur d'un pays. En outre, ces facteurs ainsi que leur influence sur la santé varient d'un pays à l'autre.

Il est donc nécessaire pour chaque pays de les identifier parfaitement pour ensuite concevoir des actions de politique spécifique et appropriée car la maîtrise de ces déterminants sociaux est un atout primordial de lutte contre les inégalités en santé.

Le présent rapport illustre les inégalités sociales de santé à partir d'indicateurs clés et d'expériences documentées et propose des pistes d'intervention. Il comprend trois parties :

La première décrit le contexte global ayant conduit à l'élaboration du profil de l'équité sanitaire ainsi que le contexte de la Côte d'Ivoire. Elle présente les objectifs du rapport et précise les notions théoriques liées aux inégalités sociales de santé. Elle décrit enfin la méthodologie de l'élaboration, notamment la démarche de consultation des différents acteurs et propose un cadre conceptuel.

La seconde présente le portrait des inégalités sociales de santé en Côte d'Ivoire à partir d'indicateurs et d'expériences documentées ainsi que les interprétations qui en découlent.

La troisième, quant à elle, porte sur les actions et recommandations à mener pour atteindre l'équité sanitaire. Ces actions et recommandations sont assorties d'un plan d'actions pour un ancrage institutionnel.

PREMIERE PARTIE

I. CONTEXTE

I.1. Contexte global de l'élaboration du présent rapport

Les déterminants de la santé traduisent l'idée que la santé ne se résume pas seulement à l'accès au système de santé et aux soins curatifs. Cette perspective holistique de la santé atteint son essor avec la ratification de la Charte d'Ottawa (1986) instituant la Promotion de la Santé (PS) comme la meilleure approche pour réduire les écarts dans l'état de santé des populations. C'est la première déclaration internationale visant la réduction des inégalités sociales de santé même si la question des inégalités de santé avait déjà été évoquée à la conférence d'Alma-Ata (1978).

En 2005, l'OMS crée la Commission des déterminants sociaux de la santé (CSDH) chargée d'identifier les interventions et les politiques à instaurer pour réduire les inégalités de santé à l'échelle mondiale. Dans son rapport final, la Commission conclut que les inégalités sanitaires sont le fruit des circonstances dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent et des systèmes (politiques, sociales et économiques) mis en place pour faire face à la maladie. La Commission constate que «l'injustice sociale tue à grande échelle» et invite à instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH, 2008).

Ainsi, la Commission a formulé principalement les trois recommandations suivantes:

- Améliorer les conditions de vie quotidienne ;
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources ;
- Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action.

Ces recommandations ont été adoptées lors de la 62^e Assemblée Mondiale de la Santé de l'OMS en Mai 2009.

A la suite de cette Résolution, la Région africaine de l'OMS a multiplié les appels à l'action des Etats membres, notamment l'appel à l'action de Nairobi (2009) qui exhorte les États membres à œuvrer pour documenter la situation de la distribution des déterminants essentiels de la santé. Par ailleurs, la Résolution AFR/RC60/R1 portant sur « Agir sur les principaux déterminants de la santé : une stratégie pour la région africaine » prise à Malabo en 2010, lors de la 60^{ème} session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique, invite les Etats Membres de la Région Africaine à endosser les recommandations de la Commission.

Il s'agit en effet, de consolider davantage les bases factuelles de l'impact des déterminants sociaux de la santé afin d'éclairer l'élaboration des politiques et d'établir une base pour l'évaluation des résultats de ces politiques. Ainsi, les gouvernements nationaux, l'OMS, les organisations spécialisées des Nations Unies et les organisations de la société civile doivent prendre des mesures concertées en faisant appel à tous les secteurs. L'amélioration plus équitable de la santé doit être un objectif partagé par tous.

La Côte d'Ivoire, en réponse à cet appel, a décidé d'élaborer le profil de l'Équité Sanitaire et des Déterminants Sociaux et Economiques de la Santé. Cette étude, qui implique les acteurs de tous les secteurs de la vie socio-économique, est conduite par la Direction de l'Information et de la Promotion de l'Éducation à la Santé (DIPES), en charge de la Promotion de la Santé au sein du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) avec l'appui technique et financier de l'OMS.

I.2. Contexte de la Côte d'Ivoire

I.2.1. Situation politique et sécuritaire

Indépendante depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considéré 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. 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.

Les élections de novembre 2010 ont débouché sur un conflit armé qui a occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, des milliers de réfugiés et de déplacés internes ainsi que le pillage de nombreux établissements sanitaires et la désorganisation du système de santé.

Avec la fin de la crise post-électorale d'avril 2011, la situation politique et sécuritaire s'est progressivement normalisée. La réforme de l'armée est en cours avec le renforcement des moyens d'actions et des capacités opérationnelles des Forces Républicaines de Côte d'Ivoire (FRCI), des forces de police notamment dans la lutte contre le grand banditisme et le racket ainsi que le renforcement des brigades de police et de gendarmerie dans les villes frontalières. Les indices de "droits politiques" et de "libertés civiles" se sont améliorés en permettant au pays d'atteindre le statut d'Etat "partiellement libre" selon l'édition 2013 des libertés politiques de « Freedom House » contre le statut "non libre" précédemment¹.

I.2.2. Situation économique

Le pays a traversé une décennie de crise sociopolitique qui a occasionné une baisse des activités économiques avec pour conséquences un accroissement du chômage, notamment chez les jeunes (15-24 ans : 24,2% ; 25-34 ans : 17% en 2008, Source PND 2012-2015) et une augmentation importante du nombre de ménages à faible niveau de revenu. Toutefois, l'activité économique connaît un nouvel élan depuis la fin de la crise socio-politique de 2011.

Avec un taux de croissance économique de 4,7% enregistré en 2011, la Côte d'Ivoire a renoué avec la croissance en 2012 avec un taux de 9,8%. L'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) en 2012, a permis à la Côte

¹ Banque Africaine de Développement (BAD), Document de Stratégie Pays 2013-2017.

d'Ivoire de réduire substantiellement le poids de sa dette extérieure et la mise en œuvre de programmes sociaux dont le Contrat de Désendettement et de Développement (C2D).

En 2013, le taux de croissance du PIB est ressortie à 8,7% et serait de 10% en 2014 en relation notamment avec l'amélioration du climat des affaires et la mise en œuvre énergique de la stratégie de croissance axée sur la relance des investissements dont une part importante proviendrait du secteur public

I.2.3.Contexte démographique

La population de la Côte d'Ivoire est estimée à 23 ,4 millions d'habitants en 2013 d'après les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) 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 (2,9% par an) et par la proportion élevée de sa jeunesse (43% de la population totale a moins de 15 ans).

Le Gouvernement ivoirien a adopté en mars 1997 la Politique Nationale de la Population (PNP) dont l'horizon est 2025 afin de mieux prendre en compte les variables démographiques dans la planification du développement.

La PNP s'inscrit dans la vision selon laquelle la population est la principale ressource du pays. Elle doit jouir d'une bonne santé, être compétente, psychologiquement équilibrée, dotée d'un sens civique aigu, acteur de son propre développement, vivant dans la cohésion et en harmonie avec son milieu, respectueuse des droits des hommes, des femmes, des enfants et ceux des catégories sociales les plus vulnérables.

Le programme d'actions pour la période 2002-2006 de la PNP a été contrarié par un environnement sociopolitique et économique très défavorable lié à la crise politico-militaire et son corollaire : insuffisance d'information sociodémographique, insuffisance de stratégies de suivi/évaluation et de coordination des politiques de population.

En raison des nouvelles priorités, la PNP a été actualisée en 2012 en prenant en compte les différentes politiques et programmes de développement national, entre autres la Stratégie Nationale de Développement (SND) basée sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Plan National de Développement (PND), le Plan National d'Action pour la Femme (PNAF), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et la Politique Nationale de l'Aménagement du Territoire (PNAT).

En 2014, un nouveau recensement général de la population et de l'habitat a été fait par les autorités ivoiriennes dont les résultats devraient permettre de faire des projections et mieux planifier le développement.

I.2.4.Contexte social et culturel

Au plan social, la situation demeure fragile et beaucoup reste à faire en termes d'amélioration des conditions de vie des populations, surtout les plus pauvres.

Le taux de pauvreté a augmenté, passant de 38,4% en 2002 à 48,9% en 2008. La pauvreté est encore plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain. Les personnes les plus

touchées par la pauvreté sont celles qui travaillent dans le secteur agricole et informel à cause de la faible productivité. (Source UNDAF révisé 2013-2015 Côte d'Ivoire).

La Côte d'Ivoire figure parmi les pays à développement humain faible selon l'indice de développement humain des Nations Unies. Le pays se classe au 171^{ème} rang sur 186 pays en 2013.

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, les cardiopathies, la malnutrition, le VIH/Sida et les IST.

La Côte d'Ivoire s'est engagée à rendre systématique la prise en compte du genre dans tous les secteurs d'activités à travers la validation de la politique sur l'égalité des chances, l'équité et le genre adopté par le gouvernement en 2009. Une nouvelle loi sur le mariage a été adoptée par l'Assemblée nationale, en novembre 2012, en vue de renforcer le principe de l'égalité des époux et l'accroissement de l'autonomisation de la femme.

La population ivoirienne est constituée d'une soixantaine d'ethnies regroupées en cinq grands groupes ethniques, à savoir : les Akan, les Krou, les Mandé du Sud, les Mandé du Nord et les Gur.

Carrefour d'échanges économiques et culturels, la Côte d'Ivoire connaît un fort taux d'immigration de 26%, selon le Ministère d'Etat, Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité.

I.2.5. Environnement et ressources naturelles

I.2.5.1. Profil climatologique et géomorphologique

La Côte d'Ivoire est située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre le 10^e degré de latitude Nord, le 4^e et le 8^e degré de longitude Ouest, sur une superficie de 322 462 Km².

Quatre principales zones climatiques à rythme et volume de précipitations variables se distinguent sur le territoire national. Les pluviométries annuelles moyennes varient entre 900 mm au Nord et 2 300 mm au Sud.

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

La sécheresse qui a affecté le Sahel pendant plus d'une décennie a également touché la Côte d'Ivoire aussi bien dans les zones les moins arrosées que dans celles qui bénéficient de précipitations les plus abondantes, causée en partie par le déboisement trop rapide de la forêt. Il s'en est suivi une concentration des pluies sur une période plus courte ainsi qu'une détérioration de l'alternance des saisons dans le Sud.

Comme le climat, la végétation est très diversifiée avec deux traits marquants : la forêt dans la moitié Sud et la savane dans la moitié Nord.

Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

1.2.5.2. Environnement et changement climatique

La Côte d'Ivoire fait face à une dégradation de ses ressources naturelles dont les effets s'observent déjà à travers une détérioration du cadre de vie, la déforestation et l'érosion côtière.

Le couvert forestier ivoirien est passé de 12 millions d'hectares en 1960 à 2 802 000 d'hectares en 2007, soit une perte de plus de 75% en moins d'un demi-siècle.

Le gouvernement a élaboré des documents cadre pour la prise en charge de l'environnement et du changement climatique, notamment une Politique nationale sur l'environnement en 2011, l'étude institutionnelle et de politique sectorielle de l'assainissement en 2010 ainsi que l'étude sur la stratégie des déchets solides en 2011. Une Direction générale du développement durable a été créée en décembre 2011.

1.2.6. Contexte sanitaire

La situation sanitaire de la Côte d'Ivoire est caractérisée par 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 populations².

1.2.6.1. Organisation du système de santé ivoirien

La structure du système de santé est de type pyramidal. Ce système comporte deux versants dont l'un administratif et l'autre opérationnel.

Sous l'angle administratif, le système de soins de santé est subdivisé en trois niveaux : central, régional et périphérique ayant chacun une fonction différente mais complémentaire les uns des autres. Le niveau central, qui se compose du Cabinet du Ministre et des directions générales et centrales, a pour fonction l'élaboration de la politique en matière de soins et donne les orientations stratégiques aux divers niveaux du système de santé. Ces stratégies sont coordonnées au niveau régional par 20 Directions Régionales qui supervisent les activités des districts sanitaires. La mise en œuvre de la politique sanitaire est enfin assurée au niveau périphérique par 82 Districts sanitaires que dirigent les Equipes Cadres de District.

Parallèlement au versant administratif, l'organisation opérationnelle issue du Décret N°96-876 du 25 novembre 1996 structure le système de soins de santé en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire afin d'adresser en fonction des lieux et de la nature des besoins de

² PNDS 2012-2015

santé, l'accès adéquat et optimal des populations aux structures appropriées. Ainsi, le niveau primaire comprend 1910 établissements sanitaires de premier contact (ESPC) dont 1237 Centres de Santé Ruraux, 514 Centres de Santé Urbains, 127 Centres de Santé Urbain spécialisés, 32 Formations Sanitaires Urbaines qui s'attèlent à répondre aux besoins primaires des populations.

En fonction du degré de gravité, les populations sont orientées vers le niveau secondaire composé de 66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux et 02 Centres Hospitaliers Spécialisés. Le recours de référence est assuré en dernier ressort au niveau tertiaire constitué de 04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés et 04 autres Etablissements Publiques Nationaux d'appui.

Le système de santé comprend un secteur public fort, un secteur privé en plein essor et une médecine traditionnelle de mieux en mieux structurée qui participent à la prise en charge des besoins de santé des populations.

1.2.6.2. *Financement des soins de santé*

Suivant la Déclaration d'Abuja, la Côte d'Ivoire comme l'ensemble des pays de l'Union Africaine entend accorder 15% du budget national au secteur de la santé.

L'analyse des données révèle cependant une insuffisance des ressources financières accordées à ce secteur contrastant avec cet engagement international. En effet, la part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat représentait 4,36% en 2012 et 4,87% en 2013.

De 2007 à 2008, les ressources consacrées au secteur de la santé représentaient 6,7% du PIB avec une dépense totale de santé par habitant estimée à 29 480 F CFA en 2008. L'exercice 2010 rapporte une augmentation de 16,57% de la DNS/habitant par rapport à 2009 avec une valeur de 34 363 FCFA. La tendance est sensiblement la même de 2009 à 2010 avec une DNS/habitant se chiffrant à 35 442 FCFA. Bien qu'il soit observé une sensible évolution des ressources consacrées au secteur de la santé, le pays semble loin d'atteindre les recommandations d'Abuja.

Tableau N°11: Evolution des budgets de santé

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Budget Santé en million	91600	101850	149240	160670	105597	136968,884
Budget Général en million	1961280	2129110	2529520	2480010	3050000	3141488
Part santé en %	4,67%	4,78%	5,90%	6,48%	3,46%	4,36%
TVMA		11,19%	46,53%	7,66%	-34,28%	29,71%

Source : MSLS/DAF/SIGFIP/Rapport d'activités 2010, 2011, 2012
MSLS/DAF/Comptes Nationaux de la Santé 2007, 2008, 2009

Le secteur privé, dominé par la contribution des ménages à travers les versements directs aux prestataires et les cotisations aux assurances (57,43% en 2009 et 56,48% en 2010 de la DNS), constitue la principale source de revenu du régime de financement.

Tenant compte de la pauvreté des populations, le Gouvernement au sortir de la crise post-électorale, a décidé par Arrêté n°001/MSLS/MEF/CAB du 16 avril 2011 de la gratuité totale des soins dans tous les établissements sanitaires publics. Cette mesure d'exemption de paiement des actes de santé sera modifiée par Arrêté n°0047/MSLS/MEF/CAB du 21 avril 2012 pour cibler d'une part les femmes (césarienne et accouchement) et d'autre part les enfants de 0 à 5 ans.

I.2.7. Situation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

En 2007, le pays a élaboré une Stratégie Nationale de Développement basée sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (SND/OMD). Le principal objectif visé par le Gouvernement est de réduire de moitié le taux d'incidence de la pauvreté en le ramenant de 32,3% en 1993 à 16% à l'horizon 2015. L'atteinte de cet objectif devrait être soutenue par un taux de croissance économique annuel moyen autour de 7% sur la période 2009-2015.

La crise militaro-politique a entraîné la destruction de nombreuses infrastructures de base (hôpitaux, écoles, etc.) et le déplacement de nombreuses populations parmi lesquelles les enseignants et les agents de santé des zones de conflit vers les zones dites "Gouvernementales" entraînant une forte pression sur les infrastructures. Ceci a eu pour effet principal la désorganisation de l'ensemble des systèmes sociaux et économiques.

Cette situation a impacté le bien-être des populations en ce qui concerne l'accès à l'éducation (OMD 2), aux soins de santé (OMD 4-5-6). On peut également noter, outre le déplacement des populations, la destruction du système de production agricole affectant ainsi la sécurité alimentaire.

L'augmentation du taux de pauvreté de 38,4% en 2002 à 48,9% en 2008 traduit que le pays s'est éloignée de la réduction de l'extrême pauvreté et la faim.

Les crises à répétition ont provoqué le départ de bon nombre d'investisseurs étrangers (OMD 8) et maintenu les populations dans la précarité. En effet, une frange importante de la population formée et qualifiée n'arrive pas à accéder à un emploi décent.

L'atteinte des OMD est donc compromise même si quelques résultats encourageants permettent d'espérer des lendemains meilleurs conditionnés par la consolidation de la paix durable.

II. OBJECTIFS DU RAPPORT

II.1. Objectif général

Evaluer et documenter le profil de l'équité sanitaire et des déterminants sociaux et économiques de la santé en Côte d'Ivoire.

II.2. Objectifs spécifiques

- Rassembler et analyser des informations spécifiques au pays sur la nature, l'ampleur et les conséquences des inégalités sanitaires (y compris les obstacles majeurs à l'accès aux services) basées sur le genre, la pauvreté et les autres formes d'exclusion sociale :

- Rassembler et analyser des informations spécifiques au pays sur les politiques, les programmes, les mécanismes institutionnels et les capacités actuellement en place pour combattre ces inégalités à l'aide d'approches basées sur l'équité, le genre et les droits humains;

- Identifier les priorités et les points d'entrée essentiels, et faire des recommandations sur les actions à mener pour combattre les inégalités sanitaires essentielles et promouvoir le droit humain à la santé ;

- Elaborer un document synthèse sur l'équité sanitaire et les déterminants sociaux et économiques de la santé accompagné d'un plan d'actions.

III. NOTIONS THEORIQUES

On peut juger du développement d'une société, qu'elle soit riche ou pauvre, d'après l'état de santé de la population, la répartition et l'accès équitables de la santé entre les différents échelons de la société et le degré de protection contre les désavantages résultant d'une mauvaise santé.

III.1. Définition de la santé selon l'OMS

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946).

III.2. Le gradient social

Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé: ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun.

Ainsi, si l'on examine les taux de mortalité des moins de cinq ans selon la richesse des ménages, on constate qu'il existe un lien entre la situation socio-économique et la santé. Plus le ménage est pauvre, plus la mortalité avant cinq ans est élevée; dans les ménages appartenant au deuxième quintile le plus riche, le taux de mortalité des moins de cinq ans est plus élevé que dans ceux appartenant au premier quintile. C'est ce qu'on appelle le gradient social en santé.

III.3. Qu'entend-on par inégalités sanitaires?

On observe des différences dans l'état de santé d'individus ou de groupes au sein de toutes les populations à travers le monde. Ces différences se définissent sous deux angles : les inégalités de santé et les inégalités sociales de santé.

Les inégalités de santé sont des différences dans l'état de santé des individus ou des groupes résultant de causes qui ne peuvent être qualifiées d'injustes et évitables telles que le bagage génétique de chaque individu ou le processus naturel du vieillissement.

Quant aux inégalités sociales de santé, elles font référence à des écarts systématiques de santé, jugés injustes et évitables par des mesures judicieuses, observés entre des groupes sociaux, selon leur position sociale ((CSDH), 2008). Elles positionnent les individus de manière inégale dans la structure sociale. On dit qu'elles suivent un gradient social. Les inégalités sociales résultent de normes, de pratiques et de politiques sociales et économiques locales, régionales, nationales et mondiales qui influencent profondément l'organisation sociale d'une société à l'origine de la hiérarchie sociale des individus et des groupes sociaux et qui entraînent, tolèrent voire favorisent les inégalités d'accès au pouvoir, aux richesses et aux ressources ((CSDH), 2008).

III.4. Qu'entend-on par «déterminants» sociaux de la santé?

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local.

L'individu dans une société est un sujet totalement sous influence de son environnement depuis sa conception in-utéro jusqu'à sa fin de vie. Cette influence provient des décideurs politiques et communautaires. La prévention d'un nombre important de maladies et même d'une mort prématurée repose sur l'amélioration de ses conditions de vie économiques et sociales.

Une série de facteurs ont été déterminés comme les déterminants sociaux de la santé : pauvreté, exclusion sociale, position socio-économique, revenu, politiques publiques, services de santé, emploi, éducation, logement, transport, environnement, comportement et mode de vie de santé, le stress, ...

III.5. En quoi consiste l'équité sanitaire

Elle est considérée comme liée à l'équale répartition des chances au départ.

L'équité en santé est réalisée par toute politique soucieuse de créer, pour différentes populations des opportunités égales pour la santé.

L'équité en santé sous-entend justice. Elle implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé. De manière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagée pour la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité.

L'équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous. Les politiques des différents ministères doivent absolument être cohérentes, complémentaires et ne pas être contradictoires en ce qui concerne l'équité en santé.

IV. METHODOLOGIE

Il s'agira de rassembler les informations spécifiques aux inégalités et à l'inéquité sanitaires en Côte d'Ivoire, à en identifier les priorités et à proposer des recommandations pour des actions efficaces et efficientes. En effet, pour que l'action sur les déterminants sociaux de la santé soit plus efficace, elle doit s'appuyer sur des systèmes de données de base permettant d'élaborer des politiques, des systèmes et des programmes plus performants.

IV.1. Démarche d'élaboration du document :

La démarche d'élaboration du profil pays de l'équité sanitaire s'est voulue fortement participative compte tenu des objectifs assignés à cette étude. Les travaux ont débutés en juillet 2014 et se sont achevés en octobre de la même année, lors d'un atelier de validation des résultats.

S'appuyant sur le guide d'élaboration du document de profil pays de l'équité sanitaire fourni par l'OMS, les spécialistes des différents secteurs socioprofessionnels ont été identifiés avec pour principales missions d'alimenter la réflexion sur la forme, le contenu et les orientations du rapport.

Cinq ministères clés (cf. liste de présence en annexe) ont été conviés à une réunion préparatoire de l'atelier d'élaboration du profil pays le mercredi 20 août 2014 au siège de l'OMS Côte d'Ivoire. Cette importante rencontre a permis de retenir le canevas d'élaboration, de mieux clarifier les attentes à l'égard des participants identifiés pour l'atelier d'élaboration et de répertorier toute la documentation nécessaire à l'élaboration du rapport.

Un atelier d'élaboration du profil pays de l'équité sanitaire et des déterminants sociaux de la santé s'est tenu les 25, 26, 27 et 28 Août 2014 à hôtel SEKEDESS d'Adzopé. Il a regroupé 27 personnes issues de différents ministères et organismes (cf. liste des participants en annexe) qui ont activement participé à la préparation de cette revue. Ils ont été repartis en douze (12) groupes de travail thématiques.

Les travaux de l'atelier ont été perçus comme une opportunité de mettre en lien différents acteurs autour d'une même problématique, de croiser les regards et les perspectives diverses, de susciter une réflexion commune sur les inégalités sociales de santé en Côte d'Ivoire et de percevoir les rôles et les responsabilités de tous et de chacun par rapport au problème complexe que représentent les inégalités sociales de santé.

A l'issue des travaux de l'atelier, un comité restreint de onze (11) membres (cf. liste en annexe) a été créé pour la rédaction du premier draft du document pays du profil de l'équité sanitaire et des déterminants sociaux et économiques de la santé en Côte d'Ivoire. Ce comité a achevé ces travaux le samedi 30 août 2014.

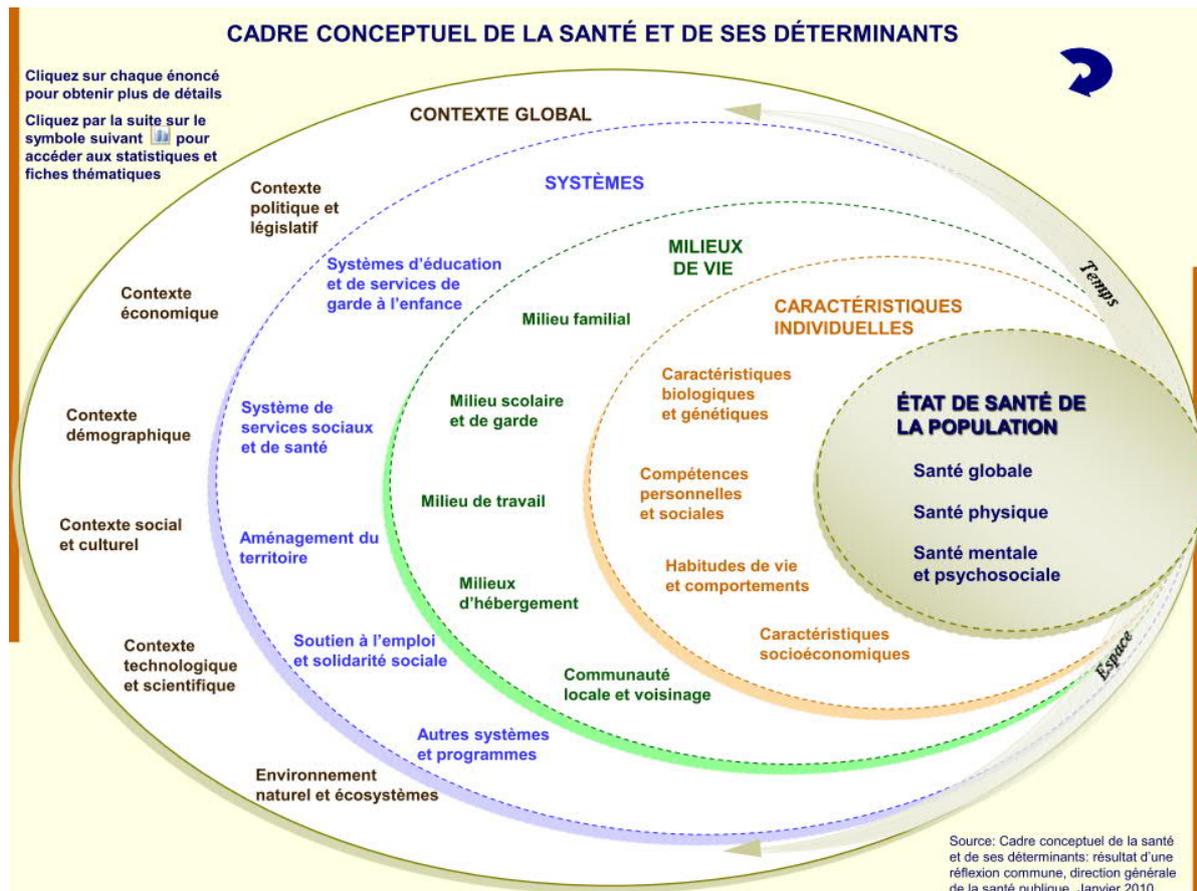
Le document issu des travaux de ce comité a fait l'objet d'une validation lors d'un atelier qui s'est tenu du 30 septembre 2014 au 2 octobre 2014, à la salle de conférence de l'OMS, sise en Abidjan Cocody. (cf. liste des participants en annexe).

Il faut rappeler qu'un appui a été fourni à la fois (i) sur le plan méthodologique et (ii) sur le plan financier par l'OM Sa au travers de sa représentation pays.

IV.2. Cadre conceptuel

L'ensemble des analyses et des réflexions faites pendant la revue pour rendre compte de la façon dont les déterminants sociaux interagissent entre eux et sont reliés aux états de santé a suivi le modèle théorique suivant :

Graphique N° 26: Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants



Comme le montre le graphique, la logique suivie a été d'analyser les inégalités de santé sous trois composantes essentielles :

- Le contexte socioéconomique et politique, qui reprend tous les éléments du contexte général du pays (gouvernance, politiques macroéconomiques, politiques sociales, culture et valeurs sociétales ...) et leurs influences sur les inégalités de santé observées dans la population.
- *Les déterminants structurels* liés à la position socioéconomique des individus. Ici, les inégalités sociales de santé sont mesurées par rapport : i) au revenu ; ii) à l'éducation/formation ; iii) à l'emploi et iv) au genre.

- *Les conditions de vie*, où les inégalités sont analysées sous l'angle des différents milieux de vie : milieu familial, milieu scolaire, milieu de travail, milieu d'hébergement et communauté locale.

Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé, qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays.

IV.3. Types et sources de données

Il s'est agi d'une étude basée essentiellement sur des données secondaires à partir d'informations disponibles auprès des différents acteurs/institutions concernées par la question des déterminants sociaux et économiques de la santé. Aucune donnée primaire n'a donc été collectée, l'objectif étant de montrer en quoi les informations disponibles en routine permettent d'aboutir à un diagnostic pertinent de la situation des déterminants sociaux et économique de la santé en Côte d'Ivoire et des inégalités de santé qui en découlent. Le présent rapport aborde donc moins la question des données manquantes que les possibilités d'utiliser au mieux celles qui sont disponibles.

La revue s'est appuyée sur des données d'enquête statistique telle que «EDS-MICS», des bases de données sectorielles, notamment les données de routine, les statistiques de poche, les rapports/bilans d'activités et les bases de données des institutions.

IV.4. Indicateurs essentiels retenus

Tableau 12: Tableau des indicateurs retenus

(insérer tableau)

DEUXIEME PARTIE
(RESULTATS & INTERPRETATION)

I. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE LA COTE D'IVOIRE

I.1. Espérance de vie et décès

I.1.1. Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance est une information synthétique de l'état de santé d'une population. Elle est passée de 55,89 ans en 2002 à 57,50 ans en 2011, soit un gain de longévité de 1,61 année en une décennie.

I.1.2. Mortalité générale

Selon les statistiques du site «Perspective Monde» de l'Université de Sherbrooke, en Côte d'Ivoire, le taux de mortalité brut (par 1000 habitants) a chuté de 48% en 52 ans, soit de la période 1960-2012 avec une moyenne annuelle de 17,6. Il est passé de 27,73 % en 1960 à 14,42 % en 2012.

Les niveaux de mortalité adulte ont baissé depuis 2005 et sont identiques pour les hommes et les femmes. En Côte d'Ivoire, selon l'EDSCI-III 2011-2012, entre 15 et 50 ans, les hommes et les femmes courent un risque de décéder compris entre un sur quatre et un sur cinq.

I.1.3. Mortalité maternelle

Le terme « mortalité maternelle » utilisé dans ce chapitre, correspond à la notion de « mortalité liée à la grossesse » telle que définie dans la dernière Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Selon la CIM-10, un décès lié à la grossesse est défini comme étant le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la cause du décès (WHO, 2004).

Il s'agit d'un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins.

En Côte d'Ivoire, la mortalité maternelle est passée de 540‰ (EIS, 2005) à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS-MICS 2011-2012.

Les décès maternels représentent 17 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans, comparativement à 13 % selon l'EIS de 2005 et 25% selon l'EDSCI-I de 1994. Le risque pour une femme de décéder de cause maternelle durant les âges de procréation était de 1 sur 32 selon l'EDS-MICS 2011-2012.

I.1.4. Mortalité des enfants :

En Côte d'Ivoire, la mortalité infantile reste largement liée aux causes néonatales, au paludisme, aux IRA et à la malnutrition, quatre causes qui expliquent 94% de la mortalité infantile³.

³ Groupe Banque Mondiale, Région Afrique Développement Humain & Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire, Santé, Nutrition et Population : Rapport Analytique Santé Pauvreté, 2010.

Pour la période 2007-2012, sur 1 000 enfants nés vivants 68 sont décédés avant d'atteindre leur 1^{er} anniversaire. Sur 1 000 enfants survivants au 1^{er} anniversaire, 43 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 108 %. En d'autres termes, en Côte d'Ivoire, environ un enfant sur neuf n'atteint pas son 5^{ème} anniversaire.

I.2. Grossesses et naissances

I.2.1. Santé de la mère

I.2.1.1. *Interventions et pratiques en matière de santé maternelle.*

- Contraception, Besoins non satisfaits en Planification Familiale et avortement

La planification familiale est une intervention à hauts impacts qui permet de maîtriser la croissance rapide de la population, de réduire significativement les avortements et les décès maternels (EDS-MICS 2011-2012).

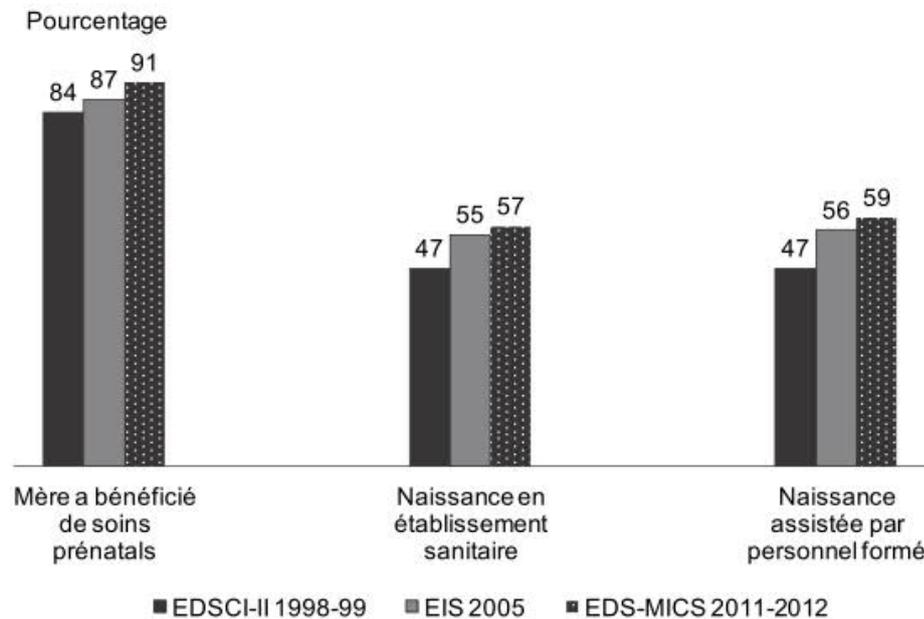
En Côte d'Ivoire l'impact des efforts faits dans la promotion de la planification familiale est fort appréciable. En effet, la proportion de femmes en union connaissant au moins une méthode contraceptive est passée de 74 % en 1994, à 89 % en 1998-1999 pour atteindre 94 % en 2011-2012. Ces proportions sont respectivement de 87 % en 1994, 93 % en 1998-1999 et 99 % en 2011-2012 pour les hommes en union.

Cependant, on note une faible utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en Côte d'Ivoire. En effet, une femme de 15-49 ans sur cinq (20 %) déclare utiliser une méthode contraceptive quelconque. Un taux d'utilisation relativement stable par rapport à celui de l'EDSCI-II de 1998-1999 (21 %) même si l'on note une légère augmentation de la prévalence contraceptive moderne passant de 10 % à l'EDSCI-II de 1998-1999 à 14 % à l'EDS-MICS 2011-2012.

Dans l'ensemble, 22 % des femmes de 15-49 ans ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, soit environ 17 % pour l'espacement des naissances et 5 % pour la limitation. La demande potentielle en planification familiale de ces femmes est de 42 %, soit 34 % pour l'espacement des naissances et 8 % pour la limitation. La proportion de femmes dont les besoins en planification familiale sont satisfaits est de 33 %.

- Soins prénatals et conditions d'accouchement

Graphique N°27 : Soins prénatals et condition d'accouchement, selon l'EDSCI-II 1998-1999, l'EIS 2005 et l'EDS-MICS 2011-2012



Source : EDS-MICS 2011-2012

La couverture en soins prénatals s'est légèrement améliorée en 13 ans : la proportion de femmes ayant reçu, durant leur grossesse, des soins prénatals par du personnel de santé formé qui était de 84 % en 1998-1999, est passée à 87 % en 2005 et atteint 91 % en 2011-2012. Les mêmes tendances sont observées pour les conditions d'accouchement. En effet, la proportion des naissances survenues dans une formation sanitaire est passée de 47 % en 1998-1999 à 55 % en 2005 et 57 % en 2011-2012. De même, la proportion des naissances assistées par du personnel formé est passée de 47 % en 1998-1999 à 56 % en 2005 et 59 % en 2011-2012.

- Soins postnatals

Sept femmes sur dix (70 %) reçoivent des soins postnatals dans les deux premiers jours après l'accouchement. Dans 56 % des cas, ces soins sont dispensés par des médecins, infirmières ou sages-femmes et, dans 10 % des cas, par des accoucheuses traditionnelles.

1.2.1.2. Etat nutritionnel des femmes:

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. L'état nutritionnel et l'état de santé du nourrisson et du jeune enfant sont indissociables de l'état nutritionnel de la mère. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'elle permet d'identifier les groupes à hauts risques.

En Côte d'Ivoire, selon l'EDS-MICS 2011-2012, un peu plus de deux femmes sur trois (67 %) ont un IMC normal, compris entre 18,5 et 24,9 kg/m. Par contre, 8 % des femmes ont un IMC

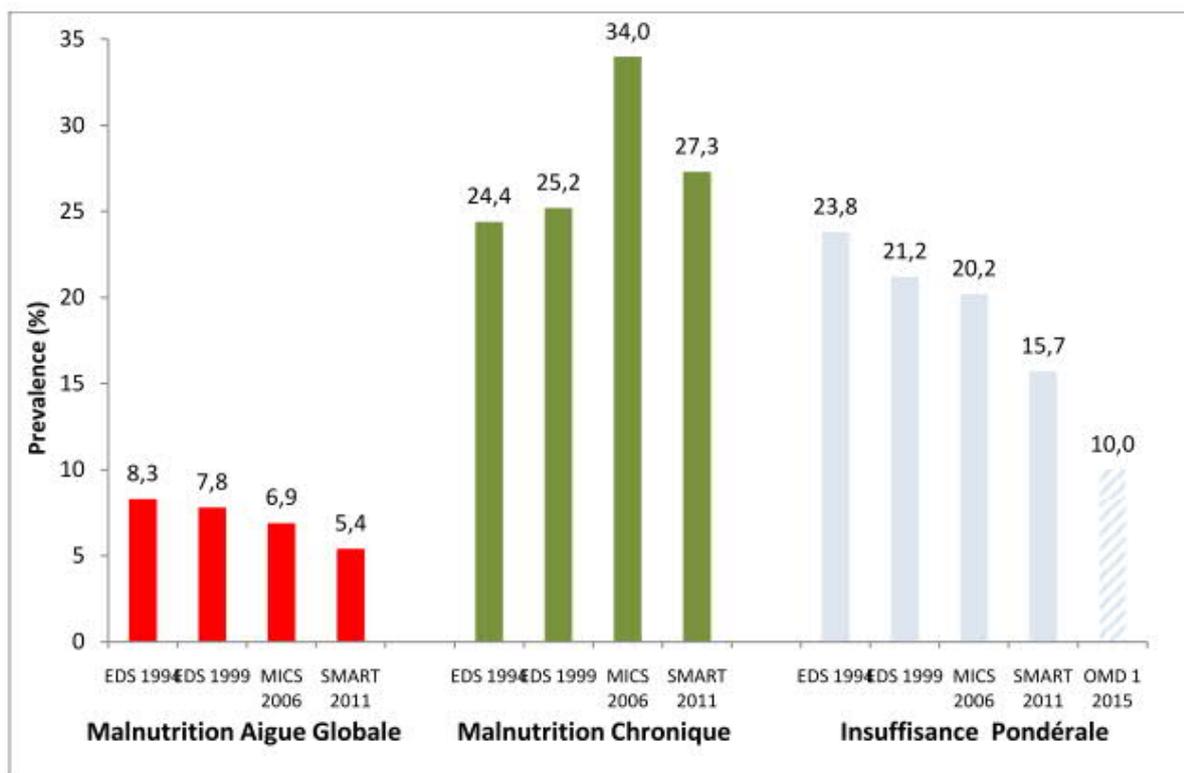
inférieur à 18,5 kg/m. Ce qui dénote un état de déficience énergétique chronique : 6 % présentent une maigreur légère mais 2 % une maigreur modérée ou sévère.

À l’opposé, au niveau global, 26 % des femmes ont un IMC supérieur ou égal à 25kg/, ce qui traduit un surpoids ou un état d’obésité : dans 19 % des cas, les femmes présentent un excès pondéral et, dans 7 % des cas, il s’agit d’obésité (IMC de 30kg/m ou plus).

I.2.2. Etat nutritionnel des enfants

La malnutrition entraine une augmentation des dépenses de santé et une perte de la productivité nationale allant de 2-3 % du PIB Lancet, 2008 cité par (EDS-MICS, 2012). Le graphique ci-dessous présente l’évolution de la malnutrition

Graphique N°28: Evolution de la malnutrition aigüe, de la malnutrition chronique et de l’insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans de 1994 à 2011



Source : enquête SMART 2011

La prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans est passée, au niveau national, de 8,3% en 1994 à 5,4% en 2011.

En 2011, 27,3 % des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition chronique contre 34 % en 2006.

La prévalence de l’insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est passée, au niveau national, de 23,8% en 1994 à 15,7% en 2011.

I.3. Maladies et état de santé

I.3.1. Maladies endémiques

▪ Paludisme

Le paludisme qui reste le premier motif de consultation dans les formations sanitaires de base, représente la première cause de morbidité et de mortalité (21% des décès en 2012) chez les enfants de moins de 5 ans.

En 2013, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 106‰ en baisse par rapport à celle de 2012 qui était de 120‰ (DIPE, 2014).

Chez les enfants de moins de 5 ans, cette maladie avait une incidence de 162,10‰ en 2013 contre 352‰ en 2012 (DIPE, 2014).

▪ Tuberculose (TB)

L'incidence de la tuberculose en 2013 est de 1,06‰, en nette progression de 68% par rapport à l'incidence de l'année 2012 qui était de 0,63‰.

En 2013, 89% des patients tuberculeux ont été dépistés pour le VIH dont 25 % ont été dépistés positifs au VIH.

I.3.2. Maladies à potentiel épidémique⁴

▪ Rougeole

Avec 42 cas confirmés enregistrés au cours de l'année 2013, l'incidence de la rougeole est en baisse par rapport à 2012 qui était de 135 cas.

Les cas confirmés de rougeole ont été enregistrés dans Onze (11) régions sanitaires contre 17 en 2012.

Sur l'ensemble des districts sanitaires, 17 ont enregistré des cas confirmés de rougeole contre 48 en 2012.

▪ Choléra

Contrairement à 2012 où le pays avait enregistré 50 cas confirmés de choléra, aucun cas de choléra n'a été confirmé sur les 56 cas suspects notifiés en 2013.

▪ Méningite

On note 43 cas confirmés enregistrés en 2013 contre 160 cas confirmés en 2012.

▪ Fièvre Jaune

On enregistre 8 cas confirmés au cours de l'année 2013, en hausse par rapport à 2012 (05 cas).

Les régions de Abidjan 2 et du N'zi-Iffou sont restées épidémiques depuis 2012.

I.3.3. Maladies à éradiquer ou à éliminer

▪ Poliomyélite

⁴ Données de routines Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE)

Aucun cas de Polio sauvage n'a été enregistré en 2013 comme en 2012. Si cette tendance se maintient, le pays pourra tendre vers l'éradication.

- Ver de Guinée (Dracunculose)

La situation épidémiologique depuis l'année 2009 est restée stable avec toujours zéro cas confirmé en 2013. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a certifié l'éradication du ver de guinée en Côte d'Ivoire en 2014.

1.3.4. Maladies infectieuses

- Infections sexuellement transmissibles (IST)

Les plus fréquentes IST sont les écoulements génitaux, suivis des ulcérations génitales. L'incidence des IST au plan national est de 8,62‰ en 2013, sensiblement égale à celle de l'année 2012 (8,8‰).

- Infection par le VIH/Sida

En Côte d'Ivoire, le taux de séroprévalence, quoi qu'en baisse, demeure l'un des plus importants dans le bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest, soit 3,7% (EDS-MICS 2011-2012).

L'ONUSIDA estime à 360 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire dont 170 000 femmes âgées de 15 ans et plus et 61 000 enfants âgés de 0 à 14 ans. Ces estimations portent à 23 000 le nombre de cas de décès dus au VIH en 2011 et à 410 000 le nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida dans le pays. Le nombre de nouvelles infections est estimé à 17 000 en 2011 (Rapport ONUSIDA, 2012).

Le nombre de patients sous traitement ARV (file active) connaît une augmentation régulière depuis 2009 pour atteindre 109 925 en 2012 avec une proportion de 5% d'enfants contre 95% d'adultes.

Tableau N°13: Indicateurs PTME

indicateurs	2013		2012	
	nombre	%	nombre	%
Grossesses attendues	836 566		824 060	
CPN 1	737 992	88,2%	733 516	89,0%
Femmes Enceintes venues en CPN1 (service PTME)	584 057	79,1%	535 958	73,1%
Femmes Enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test VIH	642 102	87,0%	579 325	79,0%
Femmes Enceintes testées pour le VIH en CPN et en Maternité	620 255	96,6%	550 870	95,1%
Femmes Enceintes ayant reçu le résultat du test VIH	602 160	97,1%	531 649	96,5%
Femmes Enceintes séropositives au VIH	20 893	3,4%	20 987	3,8%
Femmes Enceintes ayant bénéficié d'un bilan initial	8 778	42,0%	7 490	63,3%
Femmes Enceintes séropositives au VIH ayant reçu une prophylaxie ARV pour elle-même	11 661	55,8%	10 519	50,1%
Femmes Enceintes séropositives au VIH ayant reçu une prophylaxie ARV pour leur enfant	8 597	41,1%	9 112	43,4%
Femmes Enceintes séropositives sous Traitement ARV	4 371	20,9%	2 775	13,2%
Femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour réduire le risque de transmission Mère Enfant	16 032	76,7%	13 294	63,3%
enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés Précocement et tardivement	8 155		5 395	
enfants nés de mères séropositives au VIH positif (précocement+tardivement)	3 531	43,3%	706	35,7%

En 2013, seulement 79,1% des femmes vues en CPN1 ont pu avoir accès à des services de PTME. Le taux de proposition de test aux femmes enceintes était de 87% avec un taux de positivité de 3,4%.

La proportion de femmes enceintes VIH+ ayant bénéficié d'un bilan initial a fortement diminué en 2013. Il est passé de 63,3% en 2012 à 42% en 2013. Cependant, la proportion de femmes enceintes recevant les ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant est en hausse, passant de 63,3% en 2012 à 76,7% en 2013.

- Onchocercose

L'incidence de l'onchocercose en 2013 est de 1 pour 100 000, en hausse par rapport à l'année 2012 (0,60 pour 100 000).

Les régions sanitaires qui présentent le plus de cas sont : le Tonkpi (50 cas), le Gbeke (47 cas) et l'Indenié-Djuablin (32 cas).

- Bilharziose urinaire

L'incidence en 2013 de la bilharziose urinaire qui est de 0,19‰ est supérieure à celle de 2012 (0,18‰).

En 2013, les régions les plus touchées sont l'Agnéby-Tiassa-Mé (0,56‰), la Marahoué (0,54 ‰) et le Bélier (0,51‰). Les moins touchées sont le Worodougou-Béré (0,02‰), le Kabadougou-Bafing-Folon (0,02 ‰), et le Bounkani-Gontougo (0,05 ‰).

Le district le plus touché est celui de Sikensi (1,2‰).

- Pian

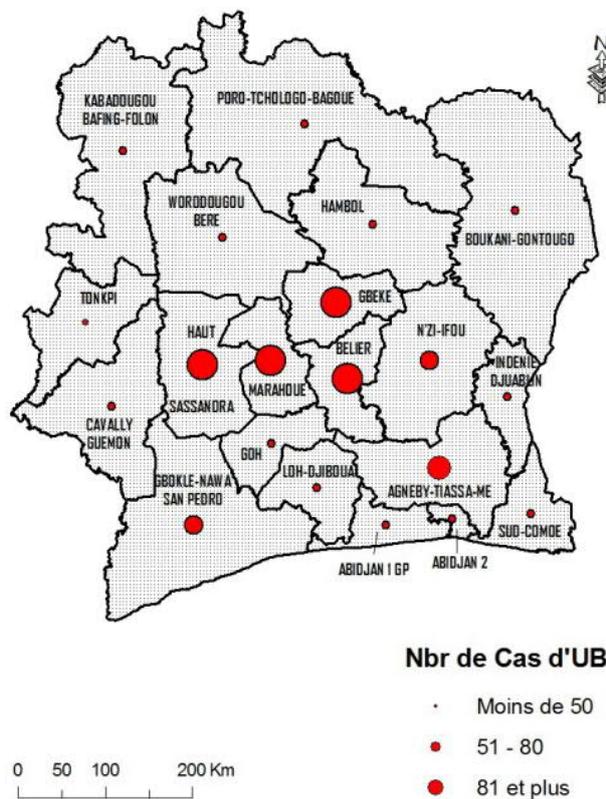
L'incidence du pian en 2013 est de 9 pour 100 000 cependant, elle est en régression par rapport à l'année 2012 (13,29 pour 100 000). En 2013, au total, 2256 cas ont été enregistrés.

Les plus fortes incidences sont observées dans le Goh (54 pour 100 000), le Loh Djiboua (32 pour 100 000) et l'Indenié Djuablin (30 pour 100 000).

- Ulcère de Buruli

De 2012 à 2013, le nombre de cas d'ulcère de buruli a régressé, passant de 1386 à 1010.

Graphique N° 29: Cartographie de la répartition des cas d'Ulcère de Buruli



Source : DIPE, 2013

Les régions les plus touchées par cette affection sont le Béliér (237 cas), Gbeke (141 cas), le haut Sassandra (177 cas) et la Marahoué (135 cas).

En ce qui concerne les districts, Yamoussoukro, Daloa et Sinfra ont enregistré le plus grand nombre de cas avec respectivement, 124 cas, 125 cas et 114 cas.

1.3.5. Maladies non transmissibles

En Côte d'Ivoire, en raison de la faiblesse de la capacité du système de santé à poser le diagnostic des maladies chroniques non transmissibles, les informations actuellement disponibles sont parcellaires et se retrouvent dans quelques services spécialisés de soins comme l'Hôpital psychiatrique de Bingerville, les Centres Hospitaliers Universitaires et Instituts de soins spécialisés comme l'Institut de Cardiologie d'Abidjan⁵. Ainsi, les prévalences estimées des principales maladies non transmissibles indiquent 41,5% pour l'hypertension artérielle (OMS, 2011), 6,2% pour le diabète (OMS, 2011), 5% pour l'asthme en milieu hospitalier et une incidence du cancer chez l'homme qui culmine à 82 cas pour 100 000 habitants avec une incidence élevée du cancer de la prostate (18%) puis du cancer primitif du foie (28%).

⁵ Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles (PNPMNT), Efforts de lutte contre les maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire à l'échéance 2013, www.preventionci.net

Environ seize mille (16 000) nouveaux cas de cancer sont attendus par an en Côte d'Ivoire avec une prédominance chez la femme où l'on note une incidence de 98,8 cas pour 100 000 habitants dont 32% de cancer du sein et 23% de cancer du col de l'utérus.

Certaines pathologies constituent également une préoccupation, notamment la drépanocytose avec 12% de prévalence estimée, la carie dentaire estimée à 62,4% de prévalence, les pathologies mentales chroniques (schizophrénie, psychoses, conduites addictives) et les états de stress post traumatique estimés à 935 des consultations.

Selon les statistiques sanitaires de l'OMS, pour l'année 2011, la proportion des décès imputables aux maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire représente 33% de tous les décès. Les maladies cardio-vasculaires en représentent 15%, les maladies respiratoires chroniques (4%), les cancers (3%), le diabète (2%), les traumatismes (9%) et les autres maladies non transmissibles (8%).

I.3.6. Autres maladies d'importance en santé publique

- Maladies diarrhéiques

L'incidence de la diarrhée en 2013 est de 69,75‰. Elle est plus élevée qu'en 2012 (66‰). Les plus forts taux d'incidence ont été relevés dans les districts de Nassian (194,03‰) et de Sikensi (167,88‰).

- Infections respiratoires aiguës (IRA)

L'incidence des IRA est de 162,10‰ en 2013. Cette incidence est plus élevée qu'en 2012 (144‰). La plus forte incidence est observée dans le district de Cocody-Bingerville (390,17‰) et la plus faible dans celui de Fresco (34,49‰).

- Coqueluche

L'incidence de la coqueluche est de 0,03‰ en 2013 contre 0,04‰ en 2012.

L'incidence la plus faible est observée en 2013 dans la région de l'Indenié-Juablin (0‰), par contre la région du Loh-Djiboua (0,17‰) a l'incidence la plus élevée.

I.3.7. Prévention et détection de la maladie

Tableau N°14: Couverture vaccinale 2013

Couverture vaccinale	2013
Couverture par le DTC3	101%
Couverture par le Polio3	98%
Couverture du BCG	90%
Couverture par le vaccin anti rougeoleux	85%
Couverture par le vaccin anti amaril	84%
Couverture par le vaccin antitétanique	81%

- Poliomyélite

L'objectif national de couverture en VPO3 a été atteint en 2013 (98%) contrairement à 2012 (94%). Cependant 5 régions n'ont pas pu atteindre cet objectif. Ce sont les régions du Bélier (83%), du Gôh (84%), d'Abidjan 1-Grands Ponts (88%), de Gbêkê (91%) et du Tonkpi (92%).

- Tuberculose

La couverture vaccinale nationale en BCG, restée identique de 2012 à 2013 (90%), est en deçà de l'objectif national (95%). Malgré cette contre-performance nationale, certaines régions ont pu atteindre l'objectif fixé. Ce sont : les régions sanitaires d'Abidjan 2 (114%), du Cavally-Guemon (103%), du Gôh (98%), du Sud-Comoé (97%), du Poro-Tchologo-Bagoué (96%), du Lôh Djiboua (95%), d'Abidjan 1 Grands Ponts (95%).

- Rougeole

La couverture vaccinale en VAR fait partie de l'un des principaux indicateurs de progrès vers l'atteinte de l'objectif 4 des OMD.

La couverture nationale en VAR en 2013 qui est de 85%, malgré qu'elle soit en hausse de 1 point par rapport à celle de 2012 est mauvaise car très en deçà de l'objectif national fixé à 95%.

Seulement vingt-cinq districts sanitaires (30% des districts sanitaires) ont atteint l'objectif national fixé avec la plus forte couverture dans le district de Bettié (151%).

- Fièvre jaune

La couverture nationale en vaccin anti amaril (VAA) en 2013 est de 85%. Elle est supérieure à celle enregistrée en 2012 (81%) mais en deçà de l'objectif national fixé de 95%.

Aucune région sanitaire n'a atteint l'objectif national par contre nous avons 19 districts sanitaires qui l'ont atteint. La plus forte couverture (154%) a été réalisée dans le district sanitaire de Bettié et la plus mauvaise couverture à Boundiali (64%).

- Tétanos Néonatal (TNN)

En 2013 comme en 2012, l'objectif de couverture nationale en VAT2+ a été atteint. Cependant la couverture en 2013 (80,81%) est inférieure à celle de 2012 (84%).

Les plus basses couvertures sont enregistrées dans les régions du N'Zi-Iffou (63,07%) et du Bélier (63,51%).

- Dépistage du VIH

La proportion de personne dépistée positive au VIH en 2013 (7,3%) est en baisse par rapport à 2012 (9,33%).

II. SITUATION DES DETERMINANTS SOCIAUX ET ECONOMIQUES DE LA SANTE EN CI

II.1. Les déterminants structurels

Ils présentent les inégalités sociales de santé liés à la position socioéconomique des individus. Le statut socioéconomique, ici, sera mesuré à partir d'indicateurs liés au revenu, à l'emploi et à la scolarité (CSDH, 2008).

II.1.1. Pauvreté et distribution des revenus

Les conséquences de la pauvreté sur les familles et particulièrement sur les enfants sont majeures. Elles entraînent des conditions de vie matérielles et sociale plus précaires.

En Côte d'Ivoire, la pauvreté n'est pas un fait marginal mais une réalité quotidienne pour des milliers de personnes. En effet, malgré l'accroissement du PIB/Hbt, l'on constate que la pauvreté est de plus en plus grandissante avec une augmentation des inégalités entre régions et entre catégories sociales.

On note un accroissement du taux de pauvreté de 40 points en l'espace de deux décennies. En termes d'inégalité de revenus par sexe, on est passé d'un écart de 0,6 point en 2002 à 1,1 point en 2008.

La définition de pauvreté retenue ici est la pauvreté monétaire basée sur la détermination d'un seuil de pauvreté (niveau minimal de consommation). Le seuil de pauvreté, (241 145 F CFA en 2008) sépare la population en «pauvre», population dont la consommation est inférieure au seuil et qui n'arrive pas à couvrir le minimum de consommation recommandée et en «non pauvre», population dont la consommation est supérieure au seuil de pauvreté. Elle dispose d'un niveau de consommation suffisant pour couvrir ses besoins essentiels. Ainsi le taux de pauvreté est le rapport entre le nombre de pauvre sur la population générale.

En matière de santé, les pays pauvres tendent à réaliser de moins bons résultats que les pays riches et à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches.

La pauvreté et la santé forment un cercle vicieux, étant donné que la pauvreté est à la fois l'un des principaux déterminants et une conséquence potentielle de la morbidité.

Cette association révèle un lien de causalité à double sens. La pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté, selon Adam Wagstaff dans l'article intitulé « *pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé* » publié en 2002 (bulletin of the world health organization, 2002).

II.1.1.1. Produit Intérieur Brut (PIB)/habitant

La croissance du PIB par habitant est un indicateur de l'amélioration de la richesse individuelle, assimilée au niveau de vie.

Graphique N°30: Evolution du prix/habitant de 2005-2013



Source : MPMEF / Direction Générale de l'Economie / Direction de la Conjoncture et de la Prévision Economiques, Institut National de la Statistique (INS).

Le graphique 1 indique que le PIB/habitant de 2005-2013 est largement supérieur au seuil de pauvreté (241 145 FCFA/an).

Si le revenu national du pays est équitablement distribué, la population disposerait d'un niveau de revenu suffisant pour couvrir le minimum de ses besoins y compris la santé.

Cependant, le coefficient de Gini indique des inégalités de revenus dans le pays (voir Tableau ci-dessous).

Le coefficient de Gini est une mesure statistique de la dispersion d'une distribution dans une population donnée. C'est un nombre variant de 0 à 1 où 0 signifie l'égalité parfaite et 1 signifie l'inégalité totale.

Tableau N°15: Indice de Gini de la dépense par tête

Région	Gini 2008
Centre-nord	0.41037
Centre-ouest	0.34814
Nord-est	0.4113
Nord	0.3749
Ouest	0.3778
Sud	0.3690
Sud-ouest	0.3635
Centre	0.3710
Centre-est	0.3765
Nord-ouest	0.4226
Abidjan ville	0.4117
Ensemble CI	0.4209
<i>Milieu rural</i>	<i>0.4289</i>
<i>Milieu urbain</i>	<i>0.4393</i>

Source : ENV 2008

La notion de région utilisée ici renvoie aux ressorts territoriaux des 10 anciennes régions administratives que sont : le Centre, le Centre-Est, le Centre-Nord, le Centre-Ouest, le Nord, le Nord-Est, le Nord-Ouest, l'Ouest, le Sud (hors Abidjan-ville) et le Sud-Ouest.

Au vu du tableau ci-dessus, la répartition des revenus n'est pas identique dans toutes les régions de la Côte d'Ivoire. Ainsi, l'inégalité observée au niveau de la région Nord-ouest est plus prononcée que celle de la région Centre-ouest.

Le milieu urbain connaît également une inégalité de revenus relativement accentuée qu'en milieu rural.

II.1.1.2. Taux de pauvreté

En Côte d'Ivoire en 2008, une personne sur deux était pauvre contre une personne sur dix en 1985. En d'autres termes, le taux de pauvreté est passé de 10% (974 000 personnes) en 1985 à 48,9% (174 000 personnes) en 2008 (DSRP, 2009).

- Répartition du taux de pauvreté par sexe

Le ratio de pauvreté se situe en 2008 à 48,4% chez les hommes et à 49,5% chez les femmes contre respectivement 38,1% et 38,7% en 2002.

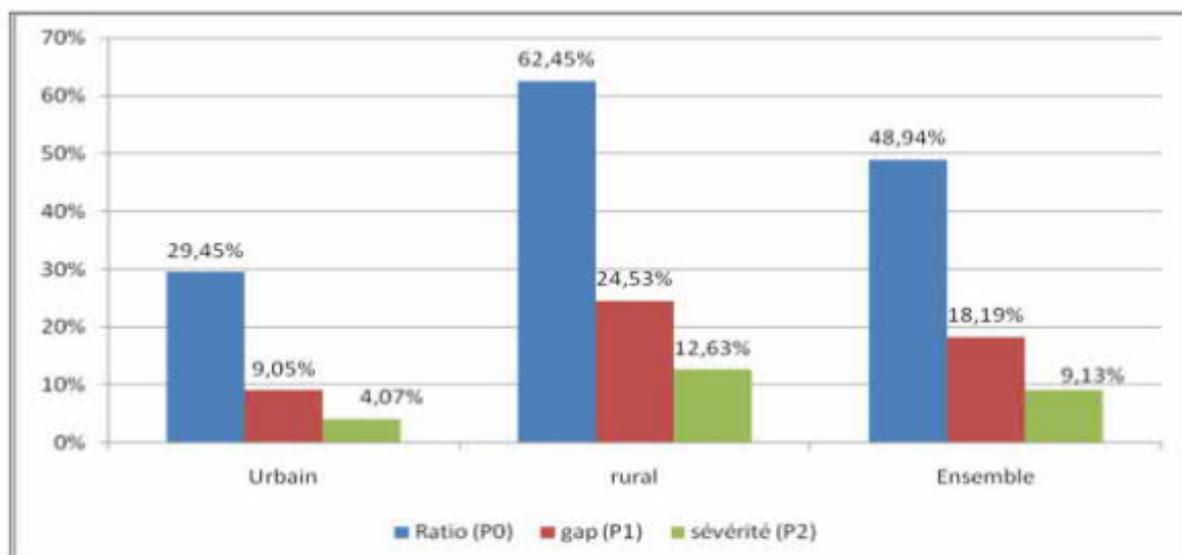
- Répartition du taux de pauvreté par niveau d'instruction

Chez les pauvres, le taux net d'alphabétisation est de 33,70% avec un taux de 44,14% chez les hommes pauvres et de 23,94% chez les femmes pauvres.

On note enfin que la proportion de personnes alphabétisées augmente avec le niveau de bien-être du ménage. Le taux d'alphabétisation passe de 14 % chez les femmes vivant dans les ménages classé dans le quintile le plus pauvre à 66 % chez celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus riche. Cette proportion varie de 35 % chez les hommes des ménages les plus pauvres à 86 % chez ceux des ménages les plus riches.

- Répartition du taux de pauvreté par milieu de résidence

Graphique N°31: Distribution des indicateurs de pauvreté selon le milieu de résidence



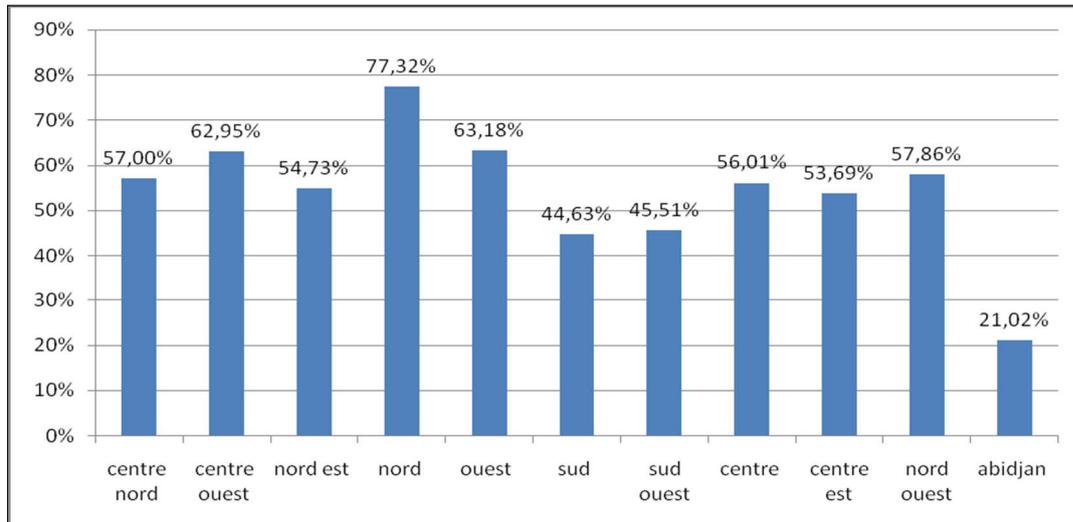
Source : ENV2008

Le taux de pauvreté en milieu rural est passé de 49% en 2002 à 62,45% en 2008, soit une augmentation de plus de 13 points alors que cette progression n'est que de 4 points en milieu urbain où le ratio de pauvreté s'est accru de 24,5% en 2002 à 29,45% en 2008.

En milieu urbain, la progression de la pauvreté est importante. Dans la ville d'Abidjan, le ratio de pauvreté est passé de 14,9% en 2002 à 21,02% en 2008. Dans les autres villes, la pauvreté a progressé de 31,9% en 2002 à 38,06% en 2008, soit près de 20% de hausse.

- Répartition du taux de pauvreté par région

Graphique N°32: Distribution du taux de pauvreté par région



Source : ENV2008

A l'exception des régions du sud (44,3% de pauvres), du sud-ouest (45,51%) et de la ville d'Abidjan (21,02% de taux de pauvreté), le taux de pauvreté dans les autres régions est largement supérieur à la moyenne nationale.

La région la plus touchée par la pauvreté est celle du Nord avec un taux de pauvreté de 77,32% (alors qu'il était de 40,3% en 2002, soit une hausse de près de 37% ou de plus de 91% par rapport à 2008).

II.1.2. Education/formation

L'éducation joue un rôle capital dans le développement des capacités et sur la santé. Une population qui bénéficie d'une éducation de qualité est prédisposée à éviter des pratiques susceptibles d'influencer négativement sa santé.

II.1.2.1. *Taux d'alphabétisation*

C'est le nombre de personnes qui savent lire et écrire sur la population totale en âge d'aller à l'école. Il indique le résultat cumulatif du travail accompli par l'enseignement primaire et par les programmes d'alphabétisation pour inculquer les compétences de base à la population lui permettant ainsi de les appliquer dans la vie quotidienne.

Les femmes sont moins alphabétisées (38%) que les hommes (61%). Le taux d'alphabétisation varie aussi de manière importante selon le milieu de résidence : 53% des

femmes et 76% des hommes sont alphabétisés en milieu urbain contre respectivement 21% et 45 % en milieu rural.

La proportion d'analphabètes dans la population demeure élevée avec un taux de 60%

C'est dans la région du Nord-Ouest que l'on observe la proportion la plus élevée de femmes analphabètes (83%) ; la proportion la plus élevée des hommes analphabètes se trouve dans la région du Nord (62%). (PND 2012).

Le fort taux d'analphabétisme entre sexe d'une part et entre région d'autre part contribue à entretenir cet état de paupérisation grandissante.

II.1.2.2. Taux net de scolarisation

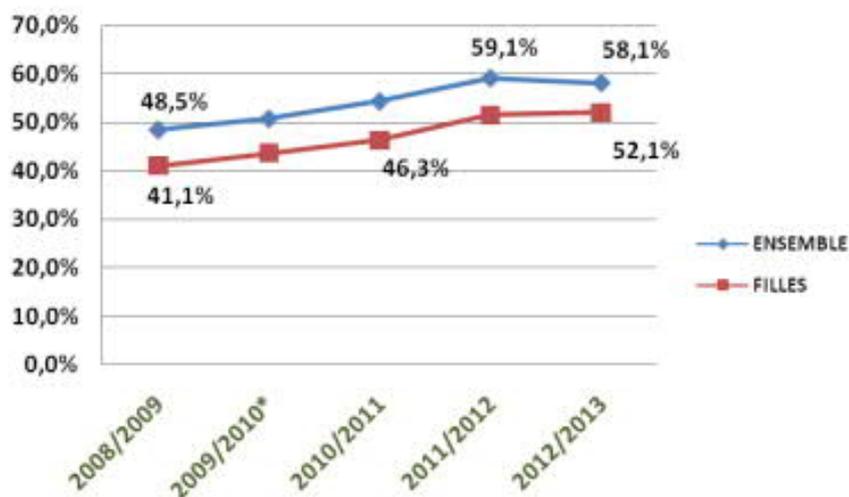
Le taux net de scolarisation mesure la fréquentation scolaire parmi les enfants d'âge officiel scolaire, c'est-à-dire 6-11 ans pour le niveau primaire et 12-18 ans pour le niveau secondaire global.

Le taux net de scolarisation primaire est de 68 % et le taux net de scolarisation secondaire, de 29 %. Le taux net de scolarisation primaire est plus élevé pour les garçons (72 %) que pour les filles (64 %) et il est plus élevé en milieu urbain (73 %) qu'en milieu rural (65 %).

Au niveau des régions, c'est au Nord (50 %) et au Nord-Ouest (56 %) qu'il est le plus faible.

II.1.2.3. Taux d'achèvement

Graphique N°33: Evolution du Taux d'Achèvement du Primaire



D'une manière générale, le taux d'achèvement connaît une amélioration sur la période 2009-2013, passant de 48,5% en 2009 à 58,2% en 2013; cette amélioration est la conséquence des politiques affectant la première année du primaire. Toutefois, il observe une légère baisse entre 2012 et 2013. Chez les filles, ce taux reste en augmentation sur toute la période.

II.1.2.4. Indice de parité de genre

C'est le rapport entre le taux de fréquentation scolaire des filles et celui des garçons. Plus l'indice de parité est proche de 1, moins l'écart de fréquentation scolaire entre les sexes est important. Un indice égal à 1 indique l'égalité totale.

Tableau N°16: Indice de parité de genre selon le taux net de fréquentation

Région	Niveau primaire	Niveau secondaire
Centre	0,95	0,65
Centre-Est	0,94	0,53
Centre-Nord	0,93	0,82
Centre-Ouest	0,92	0,53
Nord	0,98	0,82
Nord-Est	1,02	0,85
Nord-Ouest	0,90	0,51
Ouest	0,85	0,56
Sud	0,89	0,76
Sud-Ouest	0,74	0,59
Ville d'Abidjan	0,91	0,79
Milieu de résidence		
Milieu urbain	0,89	0,73
Milieu rural	0,90	0,49
Ensemble	0,90	0,74

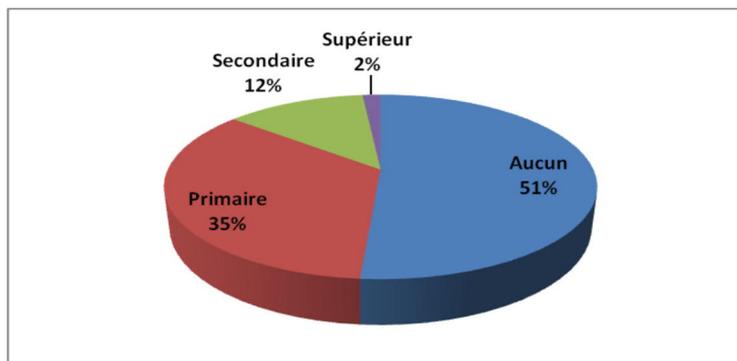
Au niveau primaire, l'indice de parité de genre est estimé à 0,90 pour le taux net. Au niveau secondaire, il est de 0,74.

Au niveau primaire, l'indice de parité de genre pour le taux net est sensiblement identique qu'en milieu rural (0,90) qu'en milieu urbain (0,89). Par contre au niveau secondaire, il est nettement plus élevé en milieu urbain (0,73) qu'en milieu rural (0,49). Selon les régions, au niveau primaire, cet indice est supérieur à 1 dans la région du Nord-Est (1,02). Au niveau secondaire, il est inférieur à 1 dans toutes les régions.

II.1.2.5. Niveau d'instruction

L'instruction de la population est un élément important dans la formulation des campagnes de communication de masse. En outre, le niveau d'instruction des adultes influe sur leur comportement procréateur, le recours à la contraception moderne, le comportement en matière de santé, d'hygiène et de nutrition et la scolarisation des enfants du ménage.

Graphique N°34: Niveau d'instruction de la population



Source EDS MICS 2011 2012

Dans l'ensemble, on note que 35% de la population a au minimum le niveau primaire, 12% le niveau secondaire et 2% le niveau supérieur. En Côte d'Ivoire, plus de la moitié (51%) de la population n'a aucun niveau d'instruction.

▪ Niveau d'instruction selon le sexe

La distribution du niveau d'instruction selon le sexe montre que globalement les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 53 % des femmes de 15-49 ans contre 34 % des hommes du même groupe d'âge n'ont aucun niveau d'instruction. Au niveau primaire, les proportions sont pratiquement les mêmes (25 % des femmes et 27 % des hommes). Cependant la proportion des hommes ayant atteint le niveau secondaire (39 %) est presque le double de celle des femmes (21 %).

Chez les 15-19 ans, 30 % des jeunes filles ont atteint le niveau secondaire alors que cette proportion est de 46 % chez les jeunes garçons du même groupe d'âge. L'écart entre la proportion des jeunes filles (65%) ayant atteint le niveau primaire et celui des jeunes garçons (68%) est faible.

▪ Niveau d'instruction selon le milieu de résidence

Les résultats selon le milieu de résidence montrent qu'il existe des disparités. En milieu rural, 61 % des femmes et 44 % des hommes sont sans instruction alors qu'en milieu urbain les proportions sont respectivement de 40 % et de 27 %. La ville d'Abidjan et la région du Sud apparaissent comme les régions où la proportion de la population non instruite est la moins élevée. En effet, 34 % des femmes et 23 % des hommes à Abidjan sont sans instruction ; ces proportions sont respectivement de 44 % et de 29 % dans la région du Sud. En revanche, les régions du Nord et Nord-Ouest (respectivement 73 et 72 % des hommes et 61 et 57 % des femmes) présentent les proportions les plus élevées des personnes sans aucune instruction.

II.1.3. Emploi

L'emploi désigne l'utilisation d'un individu par un autre individu qui lui consent ou par une institution visant à la réalisation d'un travail particulier en contrepartie d'un salaire ou autre rémunération. Le revenu que confère l'emploi détermine les conditions de vie. Le revenu généralement appréhendé par les dépenses de consommation est utilisé pour mesurer la situation économique des populations par conséquent le niveau de pauvreté. Il a été révélé par Adam Wagstaff en 2000, un lien de causalité à double sens entre pauvreté et santé. D'où le lien entre emploi et santé. L'emploi est un déterminant majeur de la santé et des inégalités sociales de santé. Il est bon pour la santé de travailler. En outre, les facteurs de risque liés aux conditions de travail ne sont pas distribués équitablement au sein de la population ce qui contribue aux écarts de santé observés entre les catégories sociales de travailleurs (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2004).

II.1.3.1. *Taux de Chômage*

En Côte d'Ivoire, l'enquête sur la situation de l'emploi et le travail des enfants de 2013 (ENSET2013) présente la situation ci-dessous décrite de l'emploi :

La population en âge de travailler (comprend la main d'œuvre et les personnes hors main d'œuvre âgée d'au moins 14 ans) représente 62,5 % de la population.

La main-d'œuvre (composée des personnes en emploi et de celles au chômage) est estimée à 8 070 764 personnes en février 2014, soit 55,7% de la population en âge de travailler.

- **Caractéristiques du chômage en Côte d'Ivoire**

En février 2014, le chômage touche environ 426 225 personnes soit 5,3% de la main d'œuvre dont une grande partie se retrouve à Abidjan (43,9% des chômeurs, soit un taux de chômage de 11%). Ces chômeurs sont, en majorité, des femmes (53,4% des chômeurs, soit 6,6% des femmes au chômage), des jeunes (les 14-35 ans font près des trois quarts des chômeurs) et des personnes faiblement instruites (près de 52% d'entre eux ont au plus le niveau primaire mais 13% des chômeurs ont fait des études supérieures). Sept (7) chômeurs sur dix (10) sont concernés par un chômage de longue durée.

- **Caractéristiques des emplois en Côte d'Ivoire**

En Côte d'Ivoire, près des 3 quarts de la population en emploi exerce des emplois non-salariés (74,6% en incluant les aides familiaux). L'agriculture demeure la branche d'activité la plus pourvoyeuse d'emplois avec 43,5% des emplois. Seuls 25,4% des emplois sont salariés et sont essentiellement non agricoles (environ 8 emplois salariés sur 10 sont non agricoles contre 2 emplois agricoles sur 10). Plus de 30% des salariés ont un salaire inférieur au SMIG en vigueur (60 000 FCFA).

II.1.3.2. Les enfants économiquement occupés

Le travail des enfants est lié tout autant aux difficultés et au maintien de ceux-ci à l'école qu'aux stratégies de suivi, de diversification des revenus ou de contrôle des coûts de production.

- **Ampleur et caractéristiques de l'activité économique des enfants en Côte d'Ivoire**
Selon l'enquête sur la situation de l'emploi et le travail des enfants de 2013 (ENSET2013), en Côte d'Ivoire, environ 28,2% des enfants âgés de 5 à 17 ans sont économiquement occupés. Le phénomène touche aussi bien les filles (30,5%) que les garçons (25,7%), et existe tant dans les zones rurales (33,4%) que dans les villes (21,0%). Il concerne 20,9% des enfants âgés de 5-13 ans et son ampleur atteint 48,1% pour les enfants âgés de 14-17 ans. En particulier, la proportion de filles économiquement occupées est plus importante que celle des garçons : de 4,6% en milieu rural, le surcroît de travail des filles économiquement occupées atteint 6,5% dans les villes ivoiriennes, l'écart atteignant même les 8,2 points de pourcentage à Abidjan.

Les enfants économiquement occupés sont concentrés dans deux secteurs d'activité : le secteur agricole (53,4%) et le secteur des services (35,6%).

- **Travail des enfants et scolarisation**

Environ 28,2% des enfants âgés de 5 à 17 ans sont économiquement occupés et leur taux de scolarisation scolaire se situe à 67,2% (53,9% se consacrant uniquement à l'école et 13,3% étant à l'école et au travail).

Le pourcentage d'enfants scolarisés est de l'ordre de 47,2% parmi les enfants économiquement occupés alors qu'il se situe à 75,0% pour les enfants non économiquement occupés. Cet écart tend à se creuser davantage lorsque l'on s'intéresse aux enfants de 14-17 ans : 33,8% contre 80,6%, soit près de 46,8 points de pourcentage d'écart.

Si la scolarisation des enfants est plus importante que leur implication dans les activités économiques jusqu'à l'âge de 13 ans, elle tend à s'effondrer au-delà de cette limite d'âge. Ce ne sont plus, en effet, que 41,8% des enfants de 14-17 ans qui ont pour unique activité l'école, la proportion d'enfants uniquement occupés aux activités économiques passant de 8,7% entre 5-13 ans à 31,8% pour les 14-17 ans, soit 3,6 fois.

Par ailleurs, l'implication des enfants dans les activités économiques renforce le désavantage relatif des filles en matière de scolarisation : alors que le travail contracte

le taux de scolarisation des garçons de 20,1%, il affecte négativement le niveau de scolarisation des filles de 24,4 points de pourcentage.

En définitive, l'entrée sur le marché du travail en Côte d'Ivoire est précoce : 28,2% des enfants âgés de 5 à 17 ans sont impliqués dans les activités économiques, soit un peu moins de deux millions de filles et de garçons. Parmi ces enfants, il y a environ 911 664 âgés de 14-17 ans qui sont économiquement occupés. Cette implication dans les activités économiques dès le jeune âge se fait au détriment de leur scolarisation, et donc de l'accumulation de capital humain, pourtant indispensable au renforcement à une insertion professionnelle réussie.

II.2. Inégalités des conditions de vie

Les conditions de vie quotidiennes ont une grande incidence sur l'équité en santé.

II.2.1. Enregistrement des naissances

Les ressources matérielles et sociales que procure le milieu familial ont des impacts très importants sur la santé des individus. La petite enfance et l'enfance constituent des périodes cruciales dans la construction des inégalités sociales de santé. La non déclaration des naissances à l'état civil constitue un obstacle majeur au droit à l'identité et à la nationalité des enfants, et entraîne des contraintes supplémentaires dans l'exercice d'autres types de droits (le droit à l'éducation, le droit à la santé, le droit à une protection spécialisée, etc.). La déclaration des naissances est, à ce titre, un élément essentiel en matière de protection des droits de l'enfant.

Selon l'EDS-MICS 2011-2012, le taux d'enregistrement des naissances des enfants de moins de 5 ans est de 65 %, soit une amélioration de 10 points par rapport à la MICS 2006 (55 %). Un quart (24%) des enfants de moins de 18 ans et 35 % des enfants de moins de 5 ans ne sont pas enregistrés à l'état civil.

Les enfants des zones rurales sont moins déclarés à l'état civil (66 %) que les enfants des zones urbaines (90 %). Il en est de même en ce qui concerne la possession d'un acte de naissance (48 % contre 84 %).

La région Sud-Ouest présente le taux d'enregistrement des naissances des enfants de moins de 18 ans le plus bas (54 %), suivie de la région Ouest (66 %), du Centre et du Nord (67 % chacune) ; les taux les plus élevés concernent la ville d'Abidjan (93 %), suivie des régions Centre-Nord (85 %), Sud (84 %) et Nord-Est (84 %).

II.2.2. Sécurité alimentaire

Le lien entre la sécurité alimentaire et la santé est clairement établi. La FAO définit la sécurité alimentaire comme une situation qui garantit à tout moment à une population, l'accès à une nourriture à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif (. Elle constitue un droit fondamental. Elle doit être suffisante pour assurer une vie saine et active compte tenu des habitudes alimentaires.

La disponibilité et le coût des aliments sains et nutritifs sont des facteurs déterminants pour favoriser l'équité en santé (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2004).

II.2.2.1. *Disponibilité des denrées alimentaires*

75% des terres du pays sont arables mais 42% seulement des terres arables sont exploitées (MINAGRI, 2013).

La production vivrière en Côte d'Ivoire représente 10.7 millions de tonne par an. L'offre de produits vivriers est composée essentiellement de tubercules (49,09% d'ignames), de racines (21,15% de manioc), de plantain (14,96% de banane plantain) et de céréales (6,4% de riz et 5,5% de maïs). Le riz et le maïs constituent les principales cultures vivrières consommées par

les ménages. Le rendement moyen de riz est de 1,5 T/ha, contre une moyenne mondiale de 4,15 T/ha.

En dehors du riz, la demande nationale pour l'alimentation humaine est couverte pour ce qui est des produits suscités.

Le riz est essentiellement importé (50 % du riz consommé en Côte d'Ivoire est importé). Cette situation entraîne une forte dépendance des ménages par rapport au marché pour couvrir les besoins céréaliers.

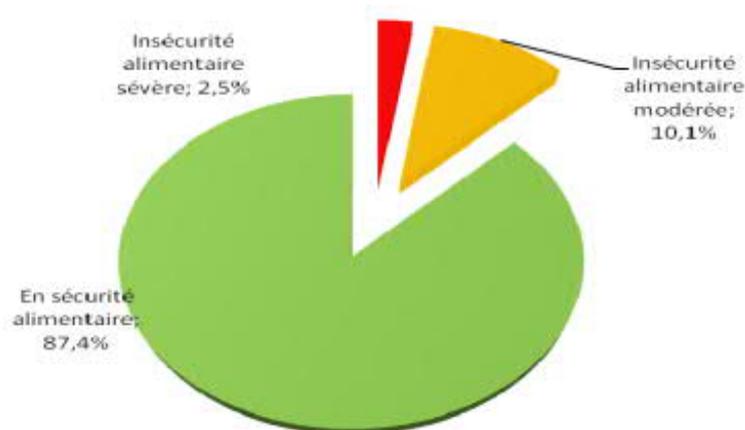
L'offre des autres produits vivriers suscités reste saisonnière et fortement tributaire du régime pluviométrique, de la pression de la sous-région (crises alimentaires au Sahel) et de la volatilité des prix des denrées alimentaires.

On observe par ailleurs, un gap entre la disponibilité de produits vivriers (7559477 tonnes) et les besoins (estimés à 11059138 tonnes) attribuable aux pertes post-récolte (évaluées à 2925008 tonnes). Ces pertes peuvent aller de 27% à 50% pour les tubercules et la banane.

L'analyse comparative des prix de ces denrées sur le marché est un indicateur de la capacité des ménages à accéder à la nourriture. Selon la note de suivi de marché (PAM-OCPV), il y a une hausse des prix depuis janvier 2010. Comparés à la moyenne 2007-2011, les prix en 2012 sont restés supérieurs. Cependant, depuis juillet 2012, on constate une relative stabilité du prix du riz importé de grande consommation qui découle certainement des mesures prises par le Gouvernement.

II.2.2.2. *Insécurité alimentaire*

Graphique N°35: Niveau d'insécurité alimentaire des ménages



Source : MINAGRI, Rapport Final de l'Evaluation approfondie de la sécurité alimentaire des ménages ruraux en Côte d'Ivoire réalisé en octobre 2009.

A l'échelle nationale selon l'enquête approfondie sur la sécurité alimentaire (EASA 2009), 12,6% des ménages ruraux sont en insécurité alimentaire dont 2,5% en insécurité alimentaire sévère et 10,1% en insécurité alimentaire modérée. Si l'on rapporte ces proportions à la population rurale, l'insécurité alimentaire toucherait environ 1.269.549 personnes dont 232.602 seraient en insécurité alimentaire sévère.

- Où sont localisés des ménages en insécurité alimentaire ⁶?

L'analyse de la distribution des résultats de l'enquête EASA montre des taux d'insécurité alimentaire sévère au-dessus de la moyenne nationale dans les régions suivantes : Moyen Cavally (11,9%), Montagnes (7,2%), Bafing (5,6%), Fromager (5,5%), Savanes (3%), Zanzan (2,7%), Bas Sassandra (2,6%).

L'insécurité alimentaire modérée est la forme la plus répandue en milieu rural ivoirien et touche 10,1% des ménages. Le taux d'insécurité alimentaire modérée est plus élevé dans les régions suivantes : Bafing (24,3%), Bas Sassandra (18,9%), Moyen Cavally (17,2%), Montagnes (16,1%), Savanes (14,3%), Haut Sassandra (11%), Zanzan (10,5%).

Finalement, si l'on additionne la proportion des ménages en insécurité alimentaire sévère et modérée, on note que la prévalence est beaucoup plus forte dans les régions suivantes : Bafing (29,9%), Moyen Cavally (29,1%), Montagnes (23,3%), Bas Sassandra (21,5%), Savanes (17,3%), Zanzan (13,2%), Fromager (13,2%).

A l'issue de la crise post-électorale, le taux d'insécurité alimentaire était estimé à plus de 29% de la population au niveau rural (ESASU, juillet 2011). En février 2012, dans les zones de l'Ouest, l'insécurité alimentaire était de 8,2 % à Bangolo et à 41,8 % à Toulepleu dont 18,3 % en Insécurité alimentaire sévère (ESASU, Mars 2012).

- Qui sont les ménages les plus touchés par l'insécurité alimentaire ?

Les ménages les plus touchés sont surtout les travailleurs journaliers, les ménages dépendants de l'agriculture vivrière de subsistance et les éleveurs. Ces catégories de ménages présentent des taux d'insécurité alimentaire au-dessus de la moyenne nationale. Ensuite viennent les ménages sans sources de revenu spécifiques, ceux qui dépendent de l'agriculture de rente ainsi que ceux qui exercent dans le domaine de l'artisanat ou des petits métiers.

Les ménages exerçant le petit commerce et les salariés sont les moins touchés.

II.2.3. Habitat et cadre de vie

II.2.3.1. *Logement*

Le logement a des répercussions sur la santé physique et psychologique des individus. Il renvoie aux aspects matériels de l'habitation, au coût qui peut réduire les ressources financières disponibles pour l'acquisition d'autres biens et services essentiels et aux dimensions psychosociales et leurs effets sur le sentiment de sécurité, de contrôle, d'appartenance et d'identité.

En Côte d'Ivoire, le taux d'urbanisation qui était de 15% en 1960 a atteint 50% en 2010. Cette urbanisation accélérée, principalement due à l'exode rural et à l'immigration de

▪ ⁶ Les différentes évaluations dont les données sont exploitées dans ce chapitre du rapport ont été réalisées sur la base de l'ancien découpage administratif antérieur à l'ordonnance de 2011 relative au nouveau découpage.

populations en provenance des pays limitrophes engendre des besoins importants en logements.

En 2002, plus de 70% des ménages n'avaient pas accès à un logement décent. De plus, les crises survenues en Côte d'Ivoire ont aggravé le déficit de logements. Selon le rapport d'évaluation produit par « Early Recovery Côte d'Ivoire » suite à la crise post-électorale de décembre 2010, 8 596 bâtiments ont subi des dommages divers dont 76,6% sont à reconstruire et 23,4% sont à réhabiliter.

Cette situation de déficit de logements en général et de logement à coût abordable en particulier pour les populations à faibles revenus a engendré une urbanisation anarchique avec la prolifération de quartiers précaires.

A Abidjan, plus de 132 quartiers précaires regroupant au moins 1 345 255 habitants (20,09%) sont dénombrés selon une étude réalisée par le PNUD en 2013.

II.2.3.2. Assainissement⁷

L'assainissement concerne le ruissellement des eaux pluviales, l'évacuation des eaux usées, des déchets solides, des excréta et le traitement de tous ces éléments.

Il s'agit d'un déterminant important de la santé car le mauvais état des ouvrages d'assainissement (les canalisations vétustes avec fuite d'eaux usées, les regards sans couverture métallique .etc.) fait courir le risque de contamination de la nappe phréatique et des canalisations d'eau potable. En outre, l'obstruction des canaux de canalisation entraîne des remontées d'odeurs nauséabondes polluant l'air.

En Côte d'Ivoire, seulement 7 villes sur 255 villes sont dotées de plan directeurs d'assainissement.

Le plus important réseau d'assainissement urbain est localisé à Abidjan avec plus de 2000 km et 51 stations de refoulement et de relevage. On observe un déséquilibre intra et inter communale.

C'est le cas de Cocody-Est, Koumassi (quartier Bia-Sud) et Yopougon qui ne sont pas encore raccordés au réseau d'assainissement.

Les communes du Plateau et de Treichville disposent d'un réseau unitaire vétuste qui connaît beaucoup d'effondrement (PND, 2012).

Globalement, 53 % de ménages ne disposent pas de toilettes améliorées. Les différences entre les milieux de résidence sont très marquées : 78% des ménages du milieu rural ne disposent pas de toilette améliorées contre 24 % en milieu urbain (EDS-MICS 2011-2012).

II.2.3.3. Salubrité⁸

L'accroissement rapide de la population a eu un impact sur la production quotidienne d'ordures ménagères qui est passée de 2500 tonnes en 2002 à environ 3500 tonnes en 2011.

⁷ : Avant la nouvelle loi de la décentralisation

⁸ PND 2012- 2015, tome II

A cela, s'ajoute l'inadaptation et la vétusté des équipements de collecte, de transport et de traitement des déchets.

Cette situation contribue incontestablement à la pollution des milieux récepteurs (l'eau, le sol, l'air) en affectant négativement l'environnement urbain et le cadre de vie des populations. La combinaison de ces éléments est à la base de la résurgence de nombreuses maladies infectieuses.

II.2.4. Infrastructures économiques

II.2.4.1. *Accès à l'eau potable*

L'eau potable est source de vie donc vitale pour l'homme. Elle fait partie du quotidien de l'Homme. Elle permet entre autres de préparer la nourriture, d'assurer l'hygiène corporelle, les services de soins de santé (désinfecter les outils de soins, l'hygiène des centres de santé, etc.) et d'entretenir l'environnement dans lequel nous vivons, etc.

L'inaccessibilité à l'eau potable conduit la population à l'utilisation des ressources en eau de mauvaise qualité. Ce qui l'expose à certaines maladies notamment l'ulcère de Buruli, la bilharziose, etc.

La consommation d'eau non potable est la première cause de maladies diarrhéiques chez les enfants (EDS 2012).

Graphique N°36: Recours aux sources d'eau précaires et les maladies liées à l'eau



Sources d'eau précaires



Ulcère de Buruli



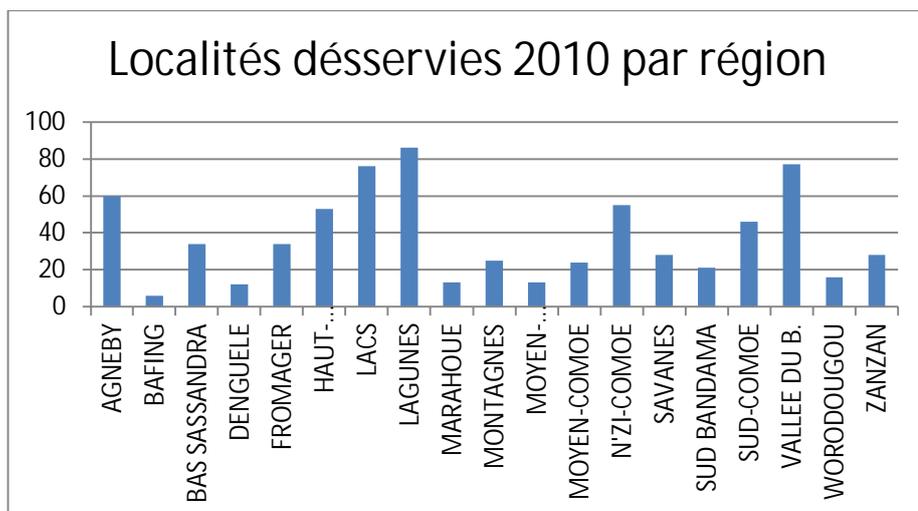
Ver de guinée

Les sources dites améliorées sont adéquates à la consommation humaine et couvrent aussi bien l'adduction en eau potable (robinet), l'hydraulique villageoise (pompe publique) que les autres sources d'eau protégées (puits protégés, eau en bouteille, etc.).

Selon l'EDS-MICS 2011-2012, 78 % de la population s'approvisionnent en eau de boisson à une source améliorée ; cette proportion est nettement plus élevée en milieu urbain (92 %) qu'en milieu rural (67 %).

Le traitement de l'eau de boisson, qui peut permettre aux populations ne disposant pas d'une source améliorée d'approvisionnement en eau de boisson, n'est pas une pratique courante en Côte d'Ivoire aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, 90% des ménages ne traitent pas l'eau avant de la consommer (88 % en milieu urbain et 91 % en milieu rural).

Graphique N°37: Répartition par région de la desserte en eau potable du service public urbain



Source : Ministère des Infrastructures Economiques, état des lieux de l'approvisionnement en eau potable en Côte d'Ivoire (Nov.2010)

Les régions les mieux desservies sont le Haut –Sassandra, Lacs, Lagunes, N’Zi-Comoé, Sud-Comoé et Vallée du Bandama avec au moins 40 localités alimentées en eau potable.

Les moins favorisées avec moins de 15 localités, sont les régions du Bafing, Denguélé, Marahoué et Moyen Cavally.

Au niveau des Directions Régionales, les D.R Basse-côte et D.R Yamoussoukro sont les mieux desservies. Par contre, les DR Korhogo et Man sont les moins favorisées.

II.2.4.2. Desserte en réseau routier⁹

La route précède et accompagne le développement. Elle assure la circulation des personnes, des biens et services.

De ce fait, une route en bon état et praticable en toute saison favorise le développement des services de santé et l’accessibilité aux centres de santé.

Le principal indicateur ici est le pourcentage de routes en terre ou de routes revêtues (bitumées) en mauvais état qui mesure le taux de dégradation des routes en Côte d’Ivoire.

En Côte d’Ivoire, 95% du réseau linéaire a dépassé sa durée de vie initiale. Un état de dégradation qui constitue un frein à la circulation des biens et des personnes mais aussi limite l’accès des personnes aux services de santé.

L’état du réseau routier est inscrit dans la carte routière enregistré en annexe.

II.2.5. Environnement et développement durable

Le respect de l’environnement naturel est important pour l’équité en santé ((CSDH), 2008). La santé peut être considérée comme une variable dépendante influencée par différents facteurs environnementaux : l’eau, l’atmosphère, le sol et la biodiversité.

⁹ Sources : PND 2012 ; les routes de Côte d’Ivoire, CCT BNETD 2004.

II.2.5.1. Atmosphère et santé

En ce qui concerne l'air, les estimations indiquent que les industries d'Abidjan émettent quotidiennement 76 tonnes de dioxyde de soufre (SO₂), 43 tonnes d'oxyde d'azote (NO_x) et 27 tonnes de poussières toxiques. Les transports sont à l'origine de 6 tonnes/jour de SO₂, de 22 tonnes/jour de NO_x et de 15 tonnes/jour de poussières toxiques. L'observatoire de la qualité de l'air prévu par le Code de l'Environnement permettant le contrôle régulier de la qualité de l'air, n'est pas encore mis en place (PND, 2012).

II.2.5.2. Biodiversité et santé

La biodiversité est exploitée par les populations aussi bien pour satisfaire aux besoins de subsistance que pour produire d'autres types de richesses.

Selon le code de l'environnement ivoirien 1996, la biodiversité est la variabilité des organismes vivants de toute origine y compris, entre autres, les écosystèmes terrestres, marins et autres écosystèmes aquatiques et les complexes écologiques dont il fait partie. C'est l'ensemble des écosystèmes fauniques et floristiques.

- **Etat des forêts en Côte d'Ivoire**

La forêt représente l'une des plus importantes sources d'évapotranspiration. Sa destruction entraîne la baisse des précipitations avec une perturbation du climat. Aussi, la déforestation entraîne ou accentue-t-elle l'érosion des sols qui impact la production agricole. Rappelons que l'agriculture emploie les deux tiers de la population active et représente plus de 60% des recettes d'exportation (environ le tiers du PIB national). En d'autre terme, la destruction des forêts en Côte d'Ivoire entraîne des pertes graves en termes de biodiversité et de disparition de la flore et de la faune mais également la paupérisation de la population.

En Côte d'Ivoire, selon le décret 78-231 du 15 mars 1978 fixant les modalités de gestion du domaine forestier de l'Etat, le domaine forestier ivoirien est divisé en deux Domaines, le Domaine Forestier Permanent de l'Etat (DFPE) et le Domaine Forestier Rural de l'Etat (DFREE).

Concernant le DFPE, d'après Sofreco (2008), la surface des forêts ("fermées", "ouvertes" et plantations) serait de l'ordre de 689 000 ha dans les aires protégées et 2 938 000 ha dans les forêts classées. Toujours selon la même source, le taux moyen de déforestation sur la période 2000-2008 serait estimé à 0,25%/an dans les forêts classées, ce qui permet d'évaluer à 2,9 million d'hectare la surface de forêts dans les forêts classées en 2013.

Pour ce qui est du DFREE, il représente 6,13 million d'hectare de forêts d'après le Ministère des Eaux et Forêts et Sofreco (2008).

Le couvert forestier ivoirien constitué du domaine forestier rural et du domaine permanent de l'Etat est passé de 16 million d'hectare en 1960 à 4 million d'hectare en 1983, 2 million d'hectare en 2012, soit une perte de plus de 75% en moins d'un demi-siècle. Le taux de couverture forestière est donc réduit à environ 14% du territoire, inférieur à la norme internationale fixée à 20% (taux nécessaire à une agriculture compétitive).

Graphique N°38: Evolution de l'état des forêts en Côte d'Ivoire



Source : Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement 2009-2013.

Concernant l'état des forêts classées il en existe 231 couvrant une superficie de 4 196 000 ha selon la SODEFOR. Le taux de dégradation de ces forêts classées est très important : 30% (MINEF, 2008) et 30%-40% (SODEFOR). L'essentiel de la dégradation étant due à la mise en place de plantations : 30-40 % du cacao ivoirien proviendrait des forêts classées (comm. pers. Brahim COULIBALY - CNRA, 2012).

Enfin, en ce qui concerne la satisfaction des besoins énergétiques, environ 77,50% des ménages avaient recours au charbon de bois ou au bois de chauffe comme source d'énergie pour la cuisson en 2008 (ENV, 2008).

- Etat du réseau des aires protégées

La surface totale du réseau est de 2,10 million d'hectare, soit 6,5% du territoire. Il comprend principalement huit parcs nationaux (1 828 574 ha), trois réserves de faune (236 130 ha) et trois réserves naturelles intégrales (7 500 ha). Il y a aussi deux réserves de faune et de flore, 17 réserves botaniques (R-PP, 2013).

Concernant la diversité biologique terrestre et aquatique, les données disponibles proviennent des inventaires réalisés entre 1990 et 2000. Elles ont révélé la présence de 16034 espèces végétales et animales, dont 712 espèces de l'avifaune et 163 mammifères. Par ailleurs, 21 espèces de mammifères, 4 espèces de reptiles et 12 espèces d'oiseaux sont intégralement protégées, face à la forte pression anthropique (déforestation, braconnage, etc.).

Tableau N°17: Production halieutique par type de pêche en Côte d'Ivoire (en tonne) de 1990-2004

Année	Pêche industrielle	Pêche artisanale	Aquaculture	Production totale
1990	40 000	55 000	30	95 030
1991	34 974	47 881	327	83 182
1992	39 713	47 326	244	87 283
1993	29 533	40 290	351	70 174
1994	28 357	45 621	116	74 094
1995	26 191	43 998	337	70 526
1996	30 736	42 005	1 128	73 839
1997	23 880	43 287	450	67 617
1998	27 928	44 600	862	73 390
1999	28 237	50 036	896	79 168
2000	34 681	45 642	1 200	81 523
2001	30 363	45 642	1 033	77 038
2002	16 885	53 211	866	70 962
2003	18 344	50 559	866	69 768
2004	19 379	35 017	865	55 261

Source : Direction des productions halieutiques

II.2.6. Énergie et transport

L'énergie est nécessaire à toute activité humaine et indispensable à la satisfaction des besoins quotidiens (eau, nourriture, santé, etc.) mais également pour assurer un minimum de développement économique et social.

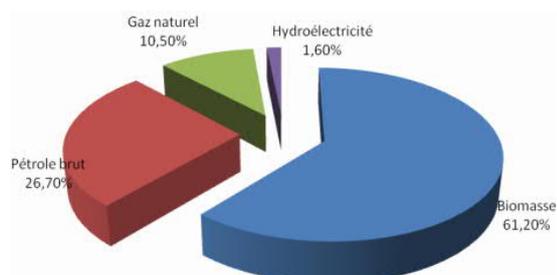
II.2.6.1. *Les sources d'énergie primaires*

La Côte d'Ivoire dispose de quatre sources d'énergie primaire : l'hydroélectricité, le pétrole, le gaz naturel et la biomasse.

L'approvisionnement en énergie primaire en 2009¹⁰ se totalisait à 11,6 millions de tonnes équivalent pétrole (TEP), répartis comme suit :

- Biomasse : 17,7 millions de tonnes de bois et 111 milliers de tonnes de résidus ;
- Pétrole brut : 3,1 millions de tonne métrique ;
- Gaz naturel : 1,434 milliards de mètres cubes ;
- Hydroélectricité : 2131 GWh.

Graphique N°39: Approvisionnement en énergie primaire en 2009, Source : SIE, 2010



¹⁰ Système d'Information Energétique (SIE), 2010

- La biomasse énergie

Le bois de chauffe, le charbon de bois et les déchets agricoles constituent la principale ressource énergétique du pays. Les combustibles ligneux (bois de chauffe et charbon de bois) représentent encore les deux tiers de la consommation énergétique totale.

La biomasse est une forme d'énergie qui ne permet pas directement de lutter contre la pauvreté car elle a un impact négatif sur l'environnement (elle est une énergie polluante) et sur la santé des populations. Cependant, si elle est bien exploitée de manière à préserver l'environnement, elle peut générer des revenus pour des PME/PMI qui exploiteraient des forêts et par l'amélioration de la carbonisation. De même, un usage plus moderne de la biomasse pourrait atténuer les risques sur la santé des populations surtout des femmes et des enfants.

En Côte d'Ivoire, la biomasse représente 73% de la consommation totale d'énergie domestique. Environ 87% des ménages utilisent du bois de chauffe ou du charbon de bois à raison de 2 kg de charbon de bois ou de 4,6 kg de bois de feu par jour.

- L'accès à l'électricité

La Côte d'Ivoire a très tôt développé une politique d'accès à l'électricité basée sur l'exploitation de ses ressources hydrauliques. Elle a fait de l'accès des populations à l'électricité une des composantes essentielles de lutte contre la pauvreté.

Au 31 décembre 2010, 2821 localités sur un total de 8513 ont été électrifiées soit un taux de couverture national de 33%.

Le taux d'accès à l'électricité (proportion de la population vivant dans les localités électrifiées ramenée à la population totale du pays) est de 74%.

Il est reconnu qu'en raison des coûts importants associés au branchement, peu de ménages dans les zones rurales et périurbaines (29% contre 88% en milieu urbain) disposent d'un compteur électrique. Dans ces zones, une frange importante de la population s'adonne à la sous-location d'électricité avec des risques importants pour la sécurité des personnes et de leurs biens.

Selon les données publiées par la Compagnie Ivoirienne d'Electricité (CIE), le nombre de ménages ayant un abonnement à l'électricité par rapport au nombre total de ménages est inférieur à 25 % en 2010.

Concernant la répartition de l'accessibilité à l'électricité par région, c'est la ville d'Abidjan qui renferme le plus de ménages (96%) disposant d'électricité, suivi de la région du Centre-Est (61%) et du Sud (60%). A l'opposé, les régions du Nord et du Sud-Ouest sont les plus défavorisées pour ce qui est de l'accès à l'électricité (respectivement 31% et 33%).

- Les ressources pétrolières (le gaz naturel)

Considéré comme le combustible fossile du 21^e siècle, le gaz naturel représente la deuxième source d'énergie la plus utilisée après le pétrole.

Le taux d'accès au gaz butane pour l'usage domestique est de 20%. La forte demande de ce combustible moderne est limitée par les capacités de production et de stockage. On est

passé d'une consommation de 22 000 tonnes l'année en 1993 à 200 000 tonnes en 2012 (AFHON-CI, 2012)

Les ménages utilisent le gaz butane à plus de 95% en Abidjan et à plus de 75% sur toute l'étendue du territoire national.

Par ailleurs, l'installation et l'extension des installations des raffineries pour satisfaire les besoins en gaz du pays (industries et ménages) a contribué à une augmentation des émissions de gaz à effet de serre. Toutefois, le bilan des inventaires de gaz à effet de serre incluant le secteur LULUCF/ UTCATF (Utilisation des terres, changement dans l'affectation de l'utilisation des terres et foresterie) montre que globalement la Côte d'Ivoire est un puits de carbone et absorbe jusqu'à environ 8% des émissions du pays.

II.2.6.2. Le transport¹¹

Par ses multiples fonctions, le secteur du transport sous-tend toutes les activités économiques et sociales. Le transport intervient ainsi en amont et en aval des productions agricoles et industrielles, il est le support des projets touristiques et participe directement à l'amélioration de la balance des paiements.

Le principal indicateur de mesure ici est le taux de dégradation ou pourcentage de routes en terre ou de routes revêtues (bitumées) en mauvais état (linéaire de route en mauvais état / linéaire total de route).

Le réseau routier en Côte d'Ivoire, est constitué de 82 000 km de routes dont 6 500 km revêtus. Ce réseau routier dense a permis à la Côte d'Ivoire de se positionner comme premier pays de transit de la sous-région.

Cependant, l'état vétuste et fortement dégradé du réseau (95% du réseau linéaire a dépassé sa durée de vie initiale) constitue un frein à la circulation des biens et des personnes mais aussi limite l'accès des personnes aux services de santé.

L'état du réseau routier est inscrit dans la carte routière enregistré en annexe.

III. PROFIL DES INEGALITES SANITAIRES

III.1. Inégalités en matière d'état de santé

III.1.1. Espérance de vie à la naissance

On observe une persistance des inégalités dans la progression de l'espérance de vie à la naissance telle que décrit dans le tableau ci-dessous.

¹¹ Source : Relevé de dégradation des routes, 2012 ; et CCT BNETD, carte routière

Tableau N°18: Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 2002 à 2011

REGIONS	2002			2008			2011		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
CENTRE NORD	54,55	57,99	56,27	55,66	59,27	57,46	55,01	58,61	56,81
CENTRE-OUEST	53,92	57,46	55,69	55,82	59,46	57,64	55,15	58,78	56,97
NORD-EST	54,40	57,91	56,16	56,39	60,16	58,47	55,85	59,59	57,73
NORD	54,54	58,07	56,30	56,97	60,74	59,10	56,43	60,18	58,30
OUEST	54,04	57,41	55,73	57,32	60,97	59,21	56,58	60,22	58,40
SUD	53,20	56,67	54,93	55,31	58,90	57,10	54,70	58,27	56,48
SUD-OUEST	54,25	57,30	55,77	57,07	60,59	59,06	56,51	60,02	58,26
CENTRE	54,07	57,57	55,82	56,10	59,85	57,97	55,42	59,12	57,27
CENTRE-EST	54,58	58,03	56,30	54,65	58,23	56,90	54,51	58,09	56,30
NORD-OUEST	54,20	57,67	55,94	57,31	60,99	59,27	56,62	60,29	58,45
ABIDJAN	54,03	57,49	56,83	54,12	57,68	55,86	54,13	57,68	55,86
COTE D'IVOIRE	54,17	57,61	55,89	56,26	59,91	58,22	55,68	59,32	57,50

Source: Estimations du RNDH 2013

En une décennie, l'espérance de vie à la naissance des hommes est passée de 54,17 ans à 55,68 ans, soit un gain de longévité de 1,51 années tandis que celle des femmes est passée de 57,61 ans à 59,32 ans, soit un gain de longévité de 1,71 années.

Selon la région de résidence, en 2011, l'espérance de vie à la naissance était plus basse en Abidjan 55,86 ans et plus élevée au Nord-ouest 58,45 ans soit un gap de 2,59 ans.

III.1.2. Description de la mortalité des enfants selon certaines caractéristiques

Tableau N°19: Répartition de la mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-économiques

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile et infanto-juvénile pour la période des dix années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-économiques, Côte d'Ivoire 2011-2012

Caractéristique socio-économique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
Milieu de résidence					
Urbain	39	26	66	37	100
Rural	44	38	82	47	125
Région					
Centre	52	35	87	54	137
Centre-Est	44	34	77	60	133
Centre-Nord	23	20	43	33	74
Centre-Ouest	26	22	48	34	80
Nord	86	51	137	84	209
Nord-Est	48	33	80	59	134
Nord-Ouest	67	52	120	74	185
Ouest	46	55	101	50	145
Sud	40	28	68	36	102
Sud-Ouest	18	33	51	25	75
Ville d'Abidjan	46	23	69	30	97
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	44	36	80	48	124
Primaire	42	33	74	38	109
Secondaire et plus	32	21	52	24	75
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	43	37	80	47	123
Pauvre	43	41	84	50	129
Moyen	46	37	83	45	124
Riche	39	29	68	44	108
Le plus riche	39	18	57	27	82

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Source : EDS-MICS, 2012

- Mortalité des enfants selon le sexe

Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin est légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin. En effet, à la naissance, sur 1 000 garçons, 133 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire contre 98 pour 1 000 filles.

- Mortalité des enfants selon le milieu et les régions de résidences

Les risques de décéder avant l'âge de 5 ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. D'une manière générale, la mortalité des enfants de moins de cinq ans est plus faible en milieu urbain (100 ‰) qu'en milieu rural (125 ‰). Elle est la plus basse dans la région du Centre-Nord (74 ‰) et la plus élevée dans la région du Nord (209 ‰).

- Mortalité des enfants selon le niveau d'instruction

Comme observé dans la plupart des études, la survie de l'enfant est fortement corrélée au niveau d'instruction de la mère. En Côte d'Ivoire, la probabilité de mourir avant 5 ans est de 124‰ parmi les enfants dont la mère est sans instruction contre 75‰ parmi ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

- Mortalité des enfants selon le niveau de vie des ménages

Quelle que soit la composante de la mortalité des enfants, les niveaux de mortalité sont plus élevés pour les enfants des ménages les plus pauvres (123‰ pour la mortalité infanto-juvénile) que pour ceux des ménages les plus riches (82‰).

III.1.3. Etat nutritionnel

III.1.3.1. *Etat nutritionnel des enfants*

Tableau N°20: État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Côte d'Ivoire 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-Age ¹			Poids-pour-Taille			Poids-pour-Age			Effectif d'enfants		
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²		Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)
Age en mois												
<6	4,4	15,3	(0,3)	5,6	14,3	6,3	(0,3)	3,2	12,7	1,7	(0,5)	362
6-8	5,3	11,7	(0,3)	6,5	14,3	1,9	(0,5)	3,0	12,2	1,9	(0,7)	204
9-11	6,1	19,4	(0,5)	4,3	16,4	1,7	(0,6)	2,1	15,3	1,4	(0,8)	200
12-17	10,5	31,3	(1,2)	1,4	12,0	3,5	(0,5)	5,7	20,6	1,0	(1,0)	391
18-23	11,5	33,5	(1,4)	0,4	8,3	2,6	(0,3)	3,8	17,3	1,2	(0,9)	351
24-35	16,6	39,0	(1,6)	0,5	3,8	2,4	0,0	2,7	13,5	1,1	(0,9)	733
36-47	15,6	33,4	(1,5)	0,5	3,7	4,2	0,1	3,1	13,7	0,8	(0,8)	703
48-59	13,3	29,4	(1,5)	0,6	4,3	1,3	(0,1)	3,4	15,1	0,0	(1,0)	638
Sexe												
Masculin	13,4	32,7	(1,3)	2,2	9,2	3,3	(0,2)	4,1	17,8	1,2	(0,9)	1 749
Féminin	11,0	26,9	(1,1)	1,2	6,0	2,8	(0,1)	2,6	12,2	0,8	(0,8)	1 832
Intervalle intergénérisque en mois³												
Première naissance ⁴	12,4	32,6	(1,3)	3,5	10,1	3,3	(0,3)	4,1	16,2	0,4	(0,9)	653
<24	15,8	32,1	(1,4)	1,4	7,9	2,3	(0,2)	4,7	17,4	0,6	(1,0)	339
24-47	11,8	30,6	(1,3)	1,1	6,8	2,2	(0,2)	3,5	15,2	1,2	(0,8)	1 362
48+	9,6	25,0	(1,0)	2,0	7,3	4,2	(0,2)	2,0	11,1	0,7	(0,7)	691
Grosueur à la naissance⁵												
Très petit	24,8	47,3	(1,9)	0,6	10,8	1,7	(0,4)	10,0	26,8	0,0	(1,4)	151
Petit	11,9	36,0	(1,4)	4,1	10,0	1,7	(0,4)	4,0	22,5	0,9	(1,1)	277
Moyen ou plus gros que la moyenne	11,1	27,9	(1,2)	1,7	7,5	3,1	(0,2)	2,9	13,1	0,9	(0,8)	2 502
Manquant	10,9	36,5	(1,2)	0,8	3,4	4,2	(0,1)	4,2	13,9	0,7	(0,8)	110
Interview de la mère⁷												
Interviewées	11,9	29,9	(1,2)	1,8	7,8	2,9	(0,2)	3,4	14,7	0,9	(0,8)	3 045
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	10,7	25,8	(1,0)	1,4	9,7	2,3	(0,3)	3,1	16,3	1,6	(0,8)	232
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ⁸	16,5	31,2	(1,3)	0,5	3,6	4,5	0,1	3,2	16,0	1,9	(0,7)	303
État nutritionnel de la mère⁶												
Maigre (IMC<18.5)	12,4	41,7	(1,5)	3,7	15,3	0,0	(0,8)	7,1	27,7	0,5	(1,4)	144
Normal (IMC 18.5-24.9)	12,3	30,4	(1,3)	2,0	8,5	2,6	(0,3)	4,0	16,0	0,8	(0,9)	2 312
En surpoids/ obèse (IMC >= 25)	9,3	24,4	(1,0)	1,1	5,0	4,3	0,1	0,8	8,0	1,3	(0,5)	684
Milieu de résidence												
Urbain	6,7	20,5	(0,9)	1,3	7,8	3,1	(0,2)	2,1	11,5	0,8	(0,7)	1 270
Rural	15,2	34,9	(1,4)	1,9	7,4	3,0	(0,1)	4,1	16,8	1,1	(0,9)	2 311
Région												
Centre	15,1	30,2	(1,3)	1,1	9,3	0,9	(0,4)	6,1	17,3	0,4	(1,0)	274
Centre-Est	6,7	24,6	(1,1)	0,7	7,4	3,2	(0,3)	2,3	13,4	1,7	(0,8)	86
Centre-Nord	13,9	28,3	(1,3)	0,6	4,0	4,1	(0,0)	3,1	9,6	1,5	(0,8)	303
Centre-Ouest	13,1	29,7	(1,3)	3,3	8,1	4,5	(0,1)	2,8	14,8	1,2	(0,8)	590
Nord	17,6	39,3	(1,5)	0,7	5,8	2,4	(0,3)	4,7	20,1	0,0	(1,1)	239
Nord-Est	16,4	39,3	(1,6)	3,3	11,1	2,0	(0,5)	6,9	24,2	0,0	(1,3)	170
Nord-Ouest	12,8	31,8	(1,3)	1,7	6,3	2,3	(0,1)	4,1	14,6	1,2	(0,9)	193
Ouest	14,9	34,2	(1,4)	0,7	6,2	2,6	0,0	2,5	16,2	1,1	(0,8)	552
Sud	11,7	29,0	(1,1)	1,3	9,3	2,7	(0,2)	3,1	15,6	1,9	(0,8)	412
Sud-Ouest	7,0	29,2	(1,0)	2,4	7,5	2,9	(0,1)	2,8	12,9	0,7	(0,7)	301
Ville d'Abidjan	5,2	17,9	(0,8)	2,0	8,3	3,4	(0,2)	2,4	10,6	0,7	(0,6)	461
Niveau d'instruction de la mère												
Aucun	13,8	31,8	(1,3)	1,7	8,0	2,8	(0,2)	4,2	16,1	0,7	(0,9)	2 144
Primaire	9,5	28,7	(1,1)	2,3	8,9	3,3	(0,2)	2,0	13,8	1,4	(0,8)	843
Secondaire et plus	3,7	16,2	(0,7)	0,7	4,1	2,5	(0,2)	1,1	8,3	0,7	(0,5)	290

Source EDS-MICS, 2012

■ Etat nutritionnel des enfants selon le sexe

La malnutrition chronique est légèrement plus élevée chez les enfants de sexe masculin (33 %) que chez ceux de sexe féminin (27 %).

■ Etat nutritionnel des enfants selon le milieu et les régions de résidence

La prévalence de la malnutrition chronique est nettement plus élevée en milieu rural qu'urbain (35 % contre 21 %).

Les résultats selon les régions font apparaître des niveaux particulièrement élevés de malnutrition chronique dans certaines régions comme, le Nord et le Nord-Est (39% dans chaque cas). De même, dans l'Ouest, plus d'un tiers des enfants accusent un retard de croissance (34%). Cette proportion est de 32% dans le Nord-Ouest. C'est dans la ville d'Abidjan que la prévalence du retard de croissance est la plus faible (18%).

- Etat nutritionnel des enfants selon le niveau d'instruction de la mère

La proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique est deux fois plus élevée parmi ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction que parmi ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (32% contre 16%).

- Etat nutritionnel des enfants selon le niveau de vie des ménages

Dans les ménages du quintile le plus pauvre, la malnutrition chronique sous la forme sévère concerne 19 % des enfants de moins de cinq ans contre 5 % dans les ménages du quintile le plus riche.

III.1.3.2. Etat nutritionnel de la mère

C'est chez les femmes du milieu urbain (34%), surtout celles de la ville d'Abidjan (39%) et celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus riche (37%) que l'on enregistre les proportions les plus élevées de femmes présentant un surpoids ou qui sont obèses. Quant à la maigreur, c'est au Nord-Est qu'elle est plus marquée où elle concerne 13% des femmes dont 7% sous la forme légère et 5% sous la forme modérée ou sévère.

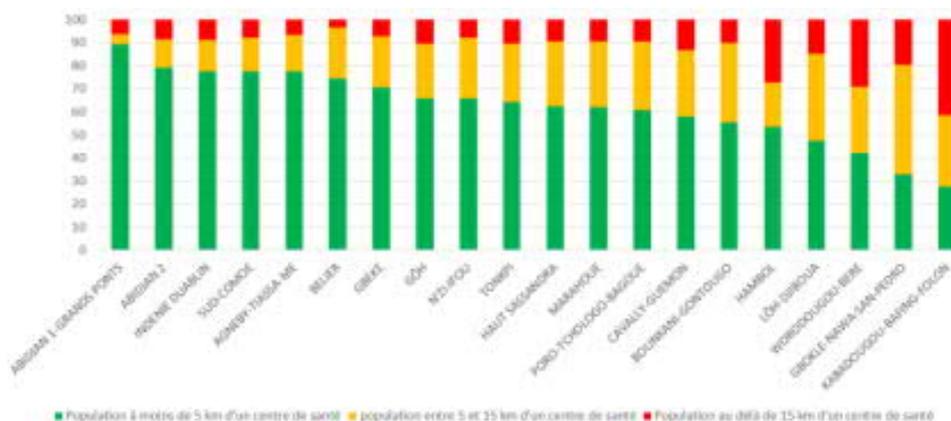
III.2. Inégalités du système de santé

Les soins de santé sont importants pour un bon état de santé ((CSDH), 2008). Lorsque le système de santé ne fournit pas un accès équitable aux soins, il peut augmenter les disparités sociales et devenir un facteur de dégradation de l'état de santé de la population.

III.2.1. Accessibilité des services de soins de santé

III.2.1.1. Accessibilité géographique

Graphique N°40: Accessibilité géographique des centres de santé



Source : RASS 2012, DIPE

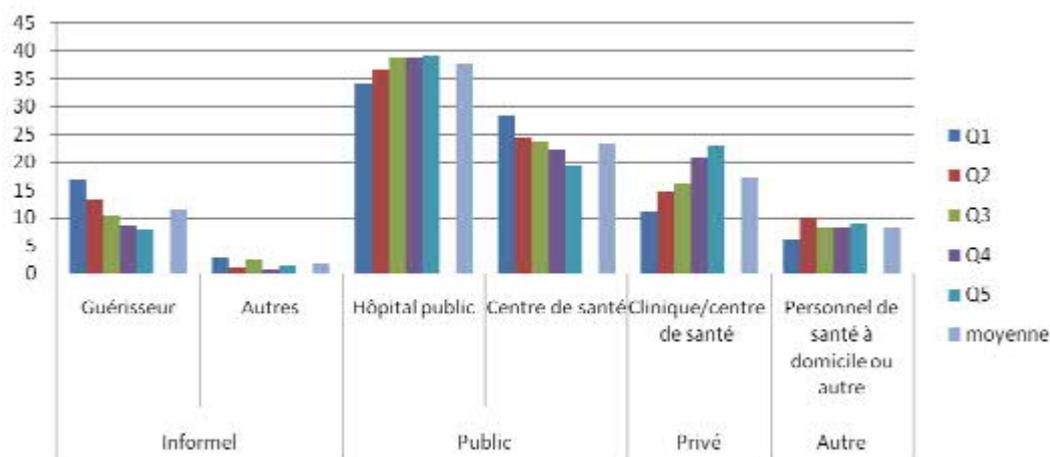
En 2013 tout comme en 2012, 66% de la population vivaient à moins de 5 km d'un centre de santé, soit un gap de 34 points par rapport à la norme OMS (100% de la population vit à moins de 5km d'un établissement sanitaire). Autrement dit, en 2013, deux habitants sur trois se trouvaient dans un rayon de 5 km d'un centre de santé, un habitant sur quatre était entre 5 et 15 km d'un établissement sanitaire et un sur dix ivoiriens parcourait plus de 15 km avant de bénéficier des services d'un centre de santé.

Quand les régions sanitaires d'Abidjan 1 Grands-ponts et d'Abidjan ont une bonne couverture sanitaire (plus de 80% de la population vivant à moins de 5km d'un établissement sanitaire), celles du Worodougou-Béré, du Gbokle-Nawa-San-Pedro et du Kabadougou-Bafing-Folon sont les moins bien couvertes (moins de 50% de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé).

III.2.1.2. Accessibilité financière

- Mode de recours aux soins

Graphique N°41: Mode de recours aux soins, par quintile socio-économique



Source : ENV 2008 et analyse BM (données de base sur personnes ayant consultés au cours des 4 semaines précédant l'enquête)

On note une nette distinction dans les recours aux soins selon le niveau de richesse. Les plus pauvres ont davantage recours aux tradithérapeutes et aux centres de santé publics de 1^{er} niveau tandis que les plus riches, fréquentent essentiellement l'hôpital et les cliniques et centres de santé privés.

- Couverture maladie

Le système actuel de sécurité sociale ne couvre qu'environ 10% de la population (PND, 2012). Le pourcentage des femmes ne disposant pas d'assurance médicale est de 97% contre 94 % de celui des hommes. Ces proportions sont très élevées quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques des femmes et des hommes. Le type d'assurance auquel les femmes et les hommes ont le plus recours est l'assurance mutuelle ou l'assurance de santé communautaire (2% pour les femmes et 3% pour les hommes). Seulement, 1% des femmes et 2% des hommes sont assurés par leur employeur (EDS, 2008).

La proportion de femmes sans assurance médicale est élevée dans toutes les régions où elle varie entre 97 % et 100 %.

Les mutuelles sociales sont rares dans le secteur agricole et quasi inexistantes dans le secteur informel.

III.2.2. Utilisation des services de santé

L'utilisation des services de santé reste faible et se situe autour de 18%.

Le taux de fréquentation des établissements sanitaires en 2013 est de 29,91%. Il est légèrement supérieur à celui de 2012 qui était de 29,08%.

Au niveau régional, les taux de fréquentation sont plus élevés dans les régions Abidjan 2 (43,62%), le Sud Comoé (50%) et Indenié-Djuablin (42,98%).

Les taux les plus faibles se retrouvent dans les régions du Worodougou-Béré (12,88%) et du Haut Sassandra (18,94%).

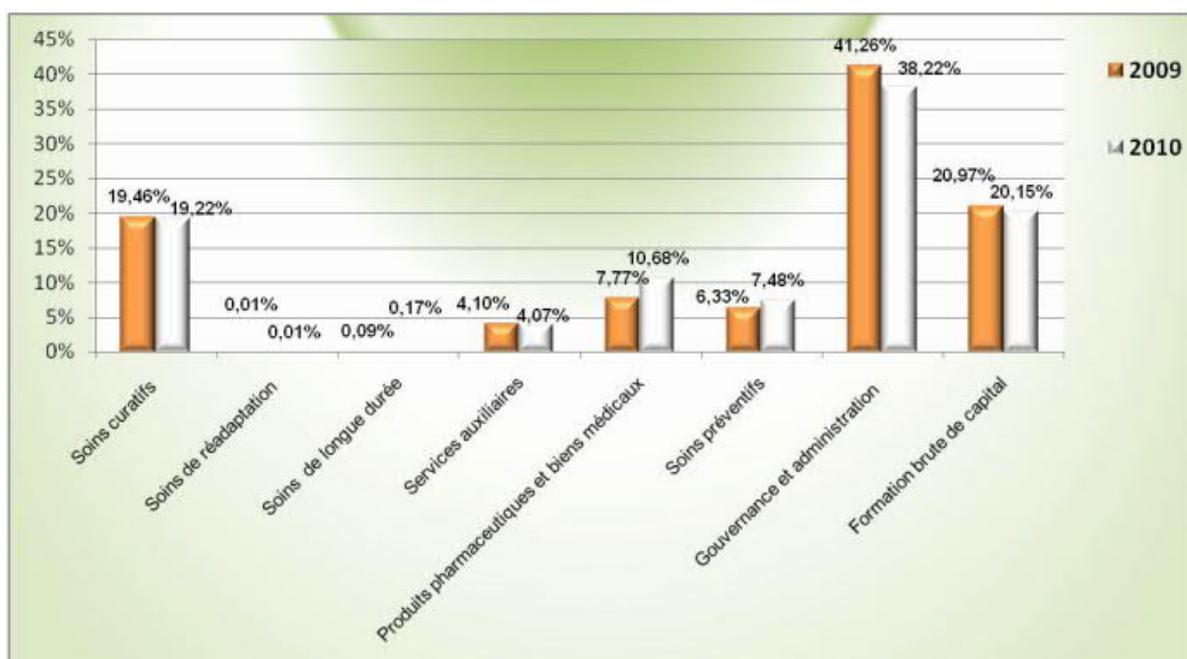
Le district Sanitaire qui a le plus faible taux de fréquentation est celui de Fresco (7,31%). Les districts Sanitaires qui ont les meilleurs taux de fréquentation sont ceux de Cocody-Bingerville (56,40%) et celui d'Anyama (55,17%).

III.3. Allocation des ressources et charge de morbidité

III.3.1. Répartition des ressources financières par fonction

III.3.1.1. *Répartition des dépenses du MSLS entre les différentes fonctions sanitaires.*

Graphique N° 42: Répartition des Fonctions (HC) du MSLS



Source : CS 2009, 2010

L'administration publique représente la principale catégorie de dépenses du MSLS. Les dépenses effectuées à ce niveau sont de 50,0 milliards de F CFA (41,3%) en 2009 et 50 milliards de F CFA (38,2%) en 2010 des dépenses de santé du MSLS.

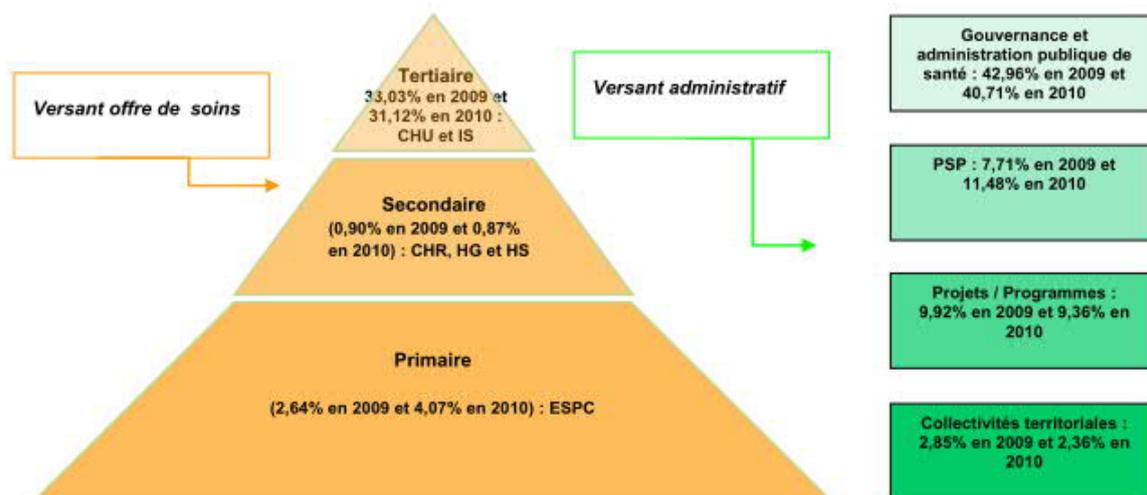
La consommation des médicaments et autres biens médicaux est de 42,4 milliards de F CFA (7,8%) en 2009 et 45,4 milliards de F CFA (10,7%) en 2010 par rapport au budget du MSLS.

Les dépenses en soins de santé préventifs sont de 12,1 milliards de F CFA (9,92%) et 12,3 milliards de F CFA (9,34%) des fonds du MSLS en 2009 et en 2010. Ces fonds sont repartis entre les programmes de prévention et les programmes de promotion.

Les soins curatifs représentent 23,8 milliards de F CFA (19,5%) des dépenses totales en 2009 et 25,2 milliards de F CFA (19,2%) en 2010.

III.3.1.2. Répartition des dépenses du MSLS selon le niveau de la pyramide sanitaire

Graphique N°43: Répartition des dépenses du MSLS selon le niveau de la pyramide sanitaire



Sources : MSLS et CS 2009, 2010

Le financement du MSLS est davantage orienté vers les dépenses de l'administration au détriment des structures de soins de base qui sont de plus en plus fragilisées par le manque crucial de moyens financiers pour jouer pleinement leur mission.

Le niveau primaire, premier niveau de contact des populations avec le système n'a bénéficié que de 3,2 milliards de F CFA (2,64%) en 2009 et de 5,3 milliards de F CFA (4,07%) en 2010 du budget du MSLS.

Le niveau secondaire, premier niveau de référence, a reçu une dotation de 1,1 milliards de F CFA (0,90%) en 2009 et 1,1 milliards de F CFA (0,87%) en 2010.

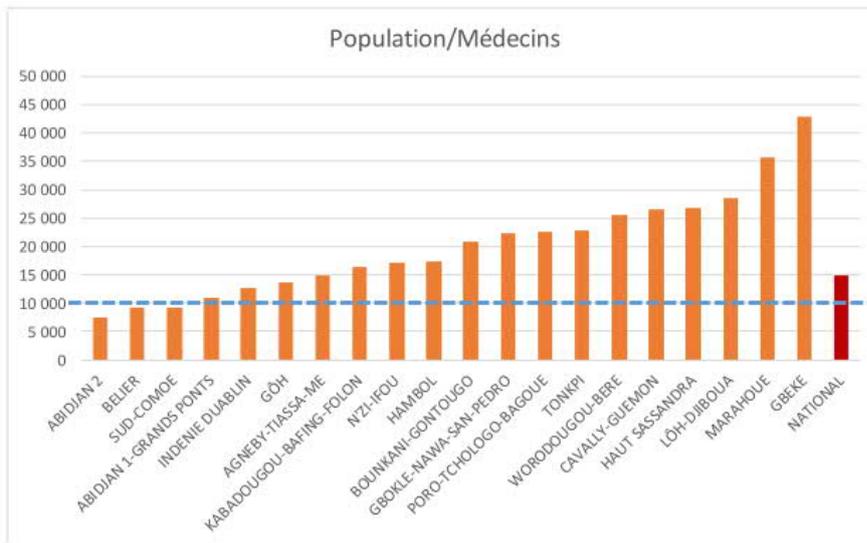
Le niveau tertiaire, second niveau de référence a reçu 42,4 milliards de F CFA (33,03%) en 2009 et 45,4 milliards de F CFA (31,12%) en 2010 du budget du MSLS.

III.3.2. Répartition de ressources humaines pour la santé

III.3.2.1. Médecins

En 2013, le ratio population/médecin est de 14 960 habitants pour 1 médecin.

Graphique N°44: Ratio population-médecin par région sanitaire



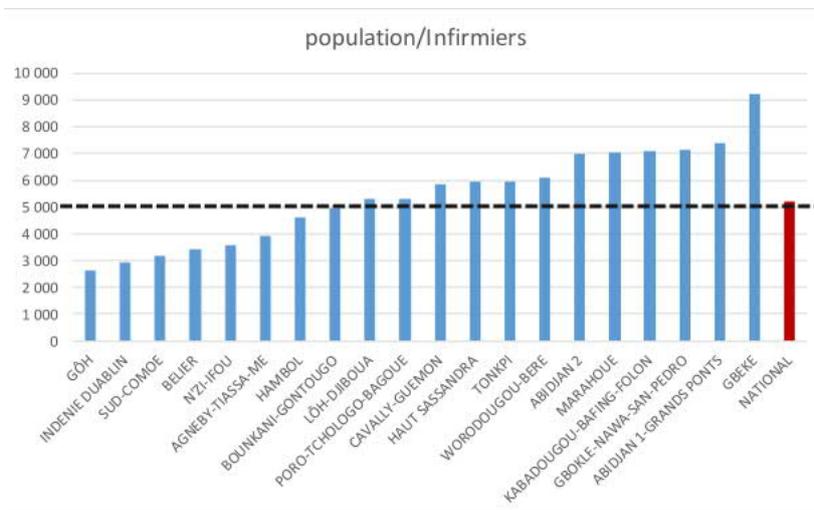
Source : DIPE, 2013

Au niveau des Régions Sanitaires il existe des disparités. Seules trois Régions Sanitaires (Abidjan2, Bélier et Sud-Comoé) sur les vingt que compte le pays ont un ratio satisfaisant la norme de l'OMS (1 médecin pour 10.000 habitants). Les régions de la Marahoué et du Gbêké sont les moins pourvues (1 médecin pour plus de 35000 habitants).

III.3.2.2. Infirmiers

En 2013, le ratio national population infirmier est de 5 221 avec d'importantes disparités régionales.

Graphique N°45: Ratio population-infirmier par région sanitaire



Source : DIPE, 2013

Les régions sanitaires du Gôh, de l'Indenié-Djuablin, du Sud-Comoé, du Béliér, du N'Zi-Ifou, de l'Agneby-Tiassa-Mé, du Hambol et du Bounkani-Gontougo sont celles qui respectent la norme OMS (1 infirmier pour 5000 habitants). La région du Gôh est la mieux couverte (1 infirmier pour moins de 3000 habitants). La région du Gbêké est la moins couverte (1 infirmier pour plus de 9000 habitants)

III.3.2.3. Sages-femmes

Le ratio national enregistré pour cet indicateur est de 2 247 femmes en âge de procréer pour une sage-femme en 2013.

Graphique N°46: Ratio femmes en âge de procréer-Sages-femmes



Source : RASS 2013

Les régions sanitaires d'Abidjan 2, du Sud-Comoé, d'Abidjan 1-Grands Ponts, de l'Agneby-Tiassa-Mé, de l'Indenié-Djuablin, du Béliér et du Gôh, sont les mieux couvertes (une Sage-femme pour moins de 2000 femmes en âge de procréer). Les régions sanitaires du Gbokle-Nawa-San-Pedro, du Cavally-Guemon et du Tonkpi sont les moins bien pourvues (une Sage-femme pour plus de 3500 femmes en âge de procréer).

III.4. Inégalités relatives aux maladies non transmissibles

III.4.1. Inégalités dans les facteurs de risque des maladies non transmissibles¹²

- Le tabagisme

En 2005, la prévalence du tabagisme actuel quotidien (produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes) était de 9.5% et celle des fumeurs actuels non quotidiens représentaient 4.1% de la population âgée de 15 à 64 ans.

Cette prévalence au sein de la population masculine était de 17.7% contre une prévalence de 3.3% dans la population féminine.

En zone urbaine on notait une prévalence de 9.4% contre 10.1% en milieu rural.

- La faible consommation de fruits et légumes

En 2005, sur l'ensemble de la population enquêtée dans la région administrative des lagunes, 37.2% consomment peu ou pas de fruits et légumes contre 62.8% de consommateurs quotidiens de fruits et légumes. L'analyse des niveaux de consommation permet de noter que 78.1% des consommateurs ont un faible niveau de consommation de fruits et légumes (moins de 5 portions de fruits et légumes par jour) tandis que les 21.9% d'entre eux consomment 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour. Les faibles niveaux de consommation quotidienne de fruits et légumes se retrouvent principalement en milieu urbain (93.6%) contre 6.4% en milieu rural

- L'inactivité physique

L'enquête STEPS de 2005 conduite en Côte d'Ivoire a révélé que 88.1% des populations avaient un faible niveau d'activité physique. Les niveaux moyen et élevé d'exercice physique étaient observés respectivement chez 6.5% et 5.4% d'entre elles.

- Surpoids et Obésité

En Côte d'Ivoire, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen dans l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans était de 23.4 avec une moyenne de 23 chez les sujets de sexe masculin et de 24 chez la femme.

Sur l'ensemble de la population enquêtée, 32.2% avaient un IMC \geq 25. Le pourcentage de la population féminine concernée par le surpoids et l'obésité était de 37.6% tandis que 24.6% des personnes de sexe masculin étaient atteints. Le surpoids (excès pondéral) était observé chez 23.1% des sujets de sexe masculin tandis que l'obésité atteignait 9.1% de cette population des régions des Lagunes âgées de 15 à 64 ans.

L'analyse en fonction du milieu de résidence a permis de noter que les prévalences de l'excès pondéral et de l'obésité étaient respectivement de 23.3% et 9.3% en milieu urbain tandis que dans le milieu rural, ces prévalences s'établissaient respectivement à 20.6% et 7.3%. En milieu urbain, les pourcentages d'excès pondéral et d'obésité sont significativement plus élevés chez la femme que chez l'homme ; il en est de même pour l'obésité en milieu rural.

¹² Sources : Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, Régions des Lagunes 1 et 2, 2005.

- La consommation abusive d'alcool

La moyenne journalière de consommation standard d'alcool dans l'ensemble de la population enquêtée est de 5 verres standards avec une moyenne de 4 verres en milieu rural et 5 verres en milieu urbain.

La population de sexe masculin consomme en moyenne 6 verres standards de boissons alcoolisées par jour en milieu urbain contre 5 en zone rurale. Quant aux femmes, leur consommation journalière moyenne est de 4 verres standards de boissons alcoolisées en milieu urbain contre 2.2 en milieu rural.

La fréquence de la consommation alcoolique est plus élevée en milieu rural par rapport au milieu urbain.

- La pression sanguine élevée

Globalement, 62% des maladies cérébrovasculaires et 49% des maladies cardiaques ischémiques sont attribuables à des pressions sanguines élevées

La prévalence de la pression sanguine élevée (TAS \geq 140 mm Hg et TAD \geq 90 mm Hg) est de 21.7%. Elle augmente avec l'âge pour atteindre 58.4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans. Par ailleurs, elle est de 28% chez les sujets de sexe masculin et 17.2% chez les sujets de sexe féminin.

III.4.2. Cancers

Les premières données du Registre du Cancer d'Abidjan recueillies entre 1995 et 1997 et publiées en 2000, ont révélé un total de 2.815 nouveaux cas de cancer. L'incidence est de 98,6 cas pour 100 000 habitants avec 34% de cancers du sein et 29,2% de cancers du col de l'utérus. La morbidité globale reste élevée avec 3 248 cas de cancers estimés entre 2000 et 2004. L'incidence chez l'homme est légèrement inférieure (83,7 cas pour 100 000) avec 26,2 % de cancer primitif du foie et 23,7% de cancer de la prostate. On note 37,6 cas pour 100 000 chez l'enfant avec prédominance du lymphome de Burkitt (62%). 88% des cas de cancers décèdent dans les 5 premières années¹³.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il y a entre 15 000 et 20 000 nouveaux cas de cancer par an en Côte

III.4.3. Accidents de la circulation routière

Plus de 90% de ces décès liés aux accidents de la circulation surviennent dans les pays à moyen et faibles revenus où les taux de mortalité qui sont respectivement de 21 et 24 pour 100 000 habitants ; le double des pays développés (12 pour 100 000).

La Côte d'Ivoire enregistre 6 000 accidents qui occasionnent près de 600 tués et 13 700 blessés avec des pertes économiques qui se chiffrent à six milliards de francs CFA par an (OSER, 2012)

¹³ ECCHIMANE A K, AHNOUX A A, ADOUBI J, HIEN S, M'BRA K, D'HORPOCK A, DIOMANDE M, ANONGBA D, MENSAH-ADOH, PARKIN D M., Registre national du cancer en Côte d'Ivoire, CHUT, 2004.

Les chiffres de l'Oser en 2012 indiquent que 94% des accidents de la route sont dus à des facteurs humains liés aux comportements des conducteurs et 6% sont imputables aux autres facteurs dont le mauvais état des véhicules et du réseau routier.

III.4.4. Violences

III.4.4.1. *Violences corporelles*

Les violences corporelles subies au cours de la jeunesse laissant des traces durant plus d'une journée ou permanentes concernent 28.7 % de la population totale âgée de 15 à 64 ans. Parmi ces derniers, 8.9% ont déclaré avoir subi pratiquement tous les jours ce type de violences durant leur jeunesse (enquête STEPS, 2005).

L'analyse dans chaque catégorie de sexe a permis de noter que 9.5% des sujets de sexe féminin et 7.9% de sexe masculin étaient dans cette situation de violence quasi quotidienne laissant des traces corporelles durant plus d'une journée (enquête STEPS, 2005).

III.4.4.2. *Violences sexuelles*

Sur l'ensemble de la population, 8.4% des sujets de sexe féminin déclaraient avoir subi des violences sexuelles. La tranche d'âge de 15 à 34 ans était la plus concernée (enquête STEPS, 2005).

Selon les résultats du MICS 2006, le taux de prévalence des mutilations génitales féminines était de 36% et celle de la forme extrême d'excision de 5%.

III.5. Inégalités relatives aux maladies transmissibles

III.5.1. VIH/SIDA

III.5.1.1. *Prévalence du VIH*

- Selon le sexe

L'épidémie se caractérise encore par sa féminisation avec un taux de 4,6% chez les femmes et 2,7% chez les hommes, soit un sex-ratio femmes/hommes de 1,79 en 2012 (EDS-MICS 2011-2012).

Elle était de 6,4 % chez les femmes et 2,9 % chez les hommes en 2005.

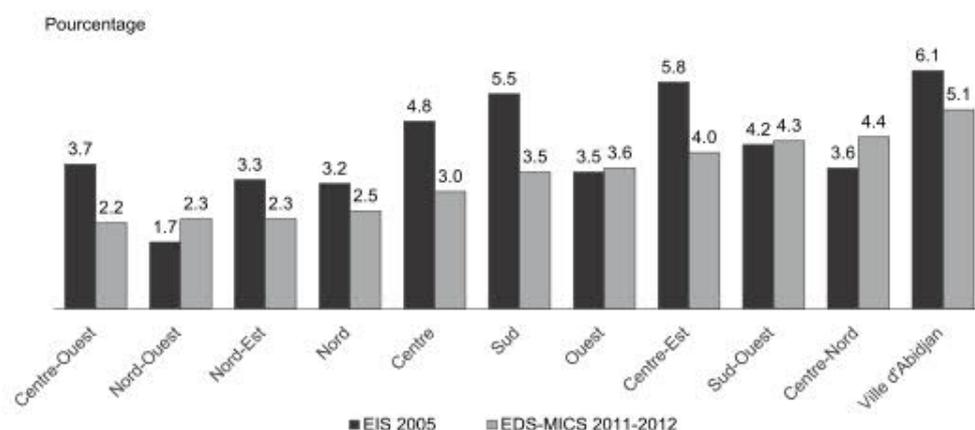
- Selon le milieu et la région de résidence

L'EDS-MICS 2011-2012 montre de façon générale que, quel que soit le sexe, la prévalence du VIH reste légèrement plus élevée en milieu urbain (4,3 %) qu'en milieu rural (3,1 %). Cette prévalence était respectivement de 5,4 % et 4,1 % en 2005.

Ce léger écart entre les milieux de résidence s'observe pour les deux sexes : pour les femmes la prévalence varie de 5,5 % en milieu urbain à 3,6 % en milieu rural, chez les hommes, de 3,0 % en milieu urbain à 2,4 % en milieu rural.

La prévalence est particulièrement élevée chez les femmes de la région Centre-Nord (6,3 %), de la ville d'Abidjan (5,9 %), du Sud-Ouest (5,2 %), du Centre-Est (5,1 %), de l'Ouest (4,9 %) et du Sud (4,3%). En ce qui concerne les hommes, c'est dans la ville d'Abidjan (4,1 %) et dans le Sud-Ouest (3,4 %) que la prévalence est la plus élevée.

Graphique N°47: Evolution de la prévalence du VIH par région



Source : EDS-MICS 2011-2012

L'épidémie du VIH ne touche pas uniformément les différentes régions de la Côte d'Ivoire :

la ville d'Abidjan (5,1 %), le Centre-Nord (4,4 %), le Sud-Ouest (4,3 %) et le Centre-Est (4,0 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés. À l'opposé, dans les autres régions, la prévalence est inférieure à la moyenne nationale (3,7 %).

III.5.1.2. Inégalités dans la couverture nationale de services Conseil Dépistage

Toutes les régions et districts sanitaires mènent des activités de conseil dépistage. Cependant il existe une disparité au niveau de la couverture en sites.

Les ratios les plus élevés (nombre de site CD pour 10000 habitants) sont enregistrés dans les régions suivantes : Indénié-Djuablin (0,82 site pour 10000 habitants) et Bélier (0,80 site pour 10000 habitants). La région du Cavally Guemon enregistre le plus faible ratio (0,17 site/pour 10000 habitants).

Les régions du Cavally-Guemon (18%) et du Tonkpi (16%) enregistrent les plus forts taux de positivité. Les plus faibles taux par contre sont observés dans les régions de Worodougou-Béré (3%), du Loh-Djiboua (4%), du Goh (4%) et du Poro-Tchologo-Bagoué (4%).

III.5.1.3. Inégalités dans la couverture de soins et traitement ARV

Toutes les régions et districts sanitaires sont couverts par les activités de soins et traitement. Trois régions enregistrent les plus grands ratios nombre de site soins et traitements/patients sous ARV. Ce sont les régions de Worodougou-Béré (19 sites pour 1000), Kabadougou-Bafing-Folon (18 sites pour 1000) et Bounkani-Gontougo (16 sites pour 1000). Les plus mauvais ratios sont observés au niveau des deux régions sanitaires d'Abidjan (2 sites pour 1000 patients).

Les deux régions sanitaires d'Abidjan ont les files actives les plus élevées. On observe une proportion importante d'enfants dans la file active de deux régions sanitaires qui sont le Worodougou-Béré (29,9%) et le Poro-Tchologo-Bagoué (18%).

III.5.1.4. Inégalités dans la couverture de service PTME

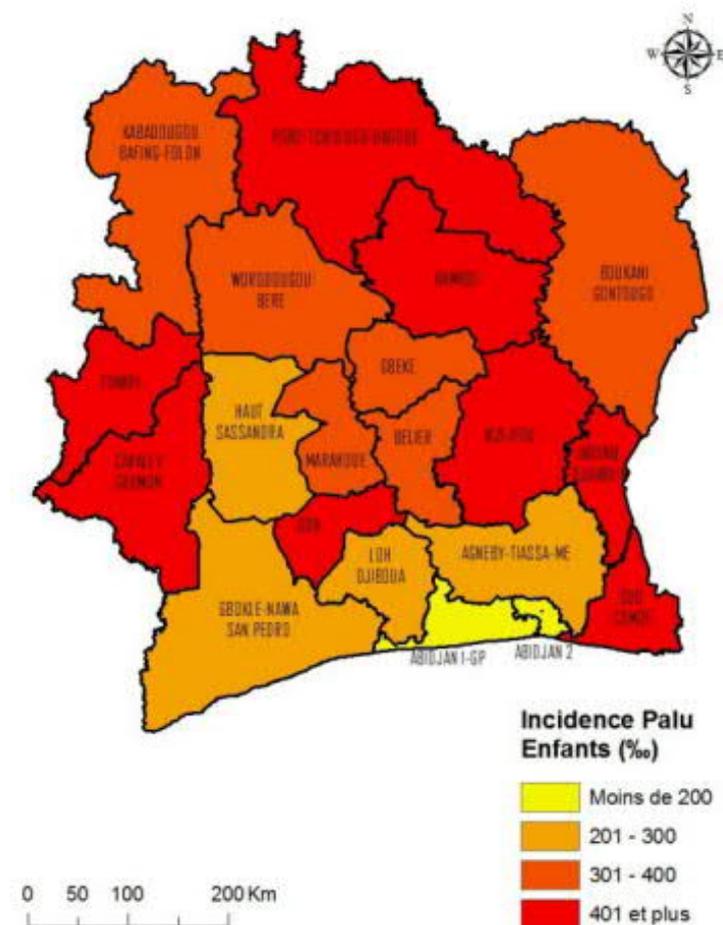
Toutes les régions et districts sanitaires sont couverts en service PTME cependant il existe des disparités.

En termes de ratio site PTME pour 1000 femmes enceintes dépistées positives au VIH, les ratios les plus élevés sont enregistrés dans les régions sanitaires du Bounkani-Gontougo (159 site pour 1000 FE VIH+) et Worodougou-Béré (144 sites pour 1000 FE VIH+). La région d'Abidjan 2 avec 12 sites pour 1000 FE VIH+ a le plus faible ratio.

III.5.2. Paludisme

On observe des inégalités régionales dans l'incidence du paludisme. La carte ci-dessous présente les inégalités dans l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

Graphique N°48: Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans par région sanitaire



Source : DIPE, 2013

Au plan régional en 2013, les incidences les plus hautes ont été enregistrées dans les régions d'Abidjan 2 (265,48‰) et du Goh (209,71‰). Les incidences les plus faibles ont été enregistrées dans les régions du Worodougou-Béré (53,50‰) et du Kabadougou-Bafing-Folon (87,88‰). Le district sanitaire le plus touché est celui de Cocody-Bingerville (390,17‰) et le moins touché est le district de Séguéla (50,41‰).

III.5.3. Infections respiratoires aiguës (IRA)

En 2012, la répartition par région sanitaire des IRA a enregistré les plus forts taux dans les régions d'Abidjan 2, du Bélier et du Poro-Tchologo-Bagoué avec respectivement 74‰, 59‰ et 50‰, quand les plus faibles taux sont enregistrés dans les régions du Worodougou-Béré, du Haut Sassandra et du Kabadougou-Bafing-Folon avec respectivement 22‰, 26‰ et 27‰ (RASS, 2010-2012).

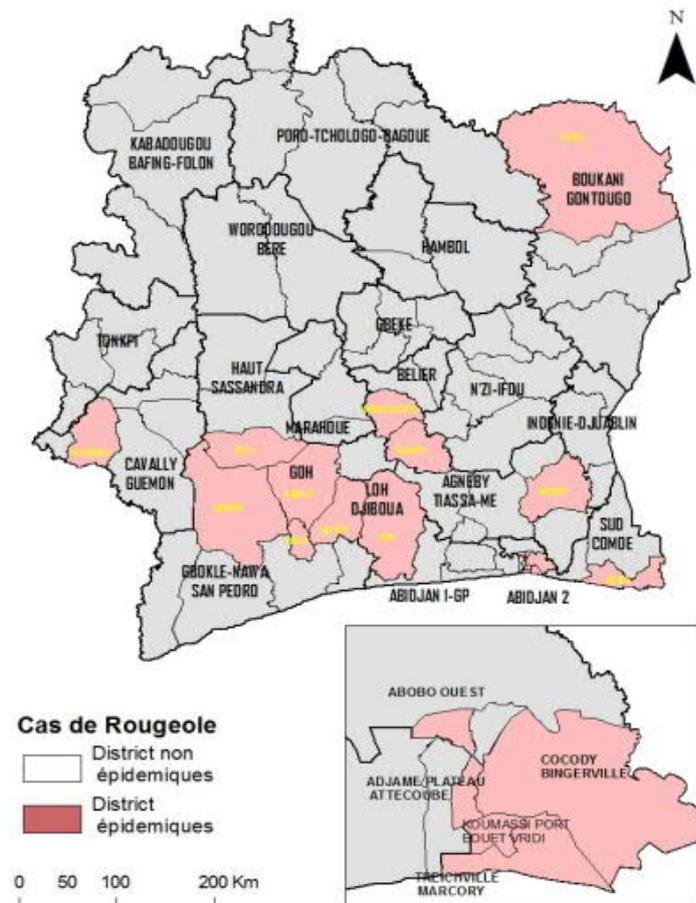
La prévalence des IRA parmi les enfants de moins de cinq ans est de 4 %. Cette prévalence est un peu plus élevée que la moyenne nationale dans les régions Nord-Ouest et Centre-Ouest (6 %).

III.6. Maladies vaccinales

III.6.1. Rougeole

- Inégalités dans la distribution nationale des cas de rougeole

Graphique N°49: Distribution nationale des cas de rougeole par région sanitaire



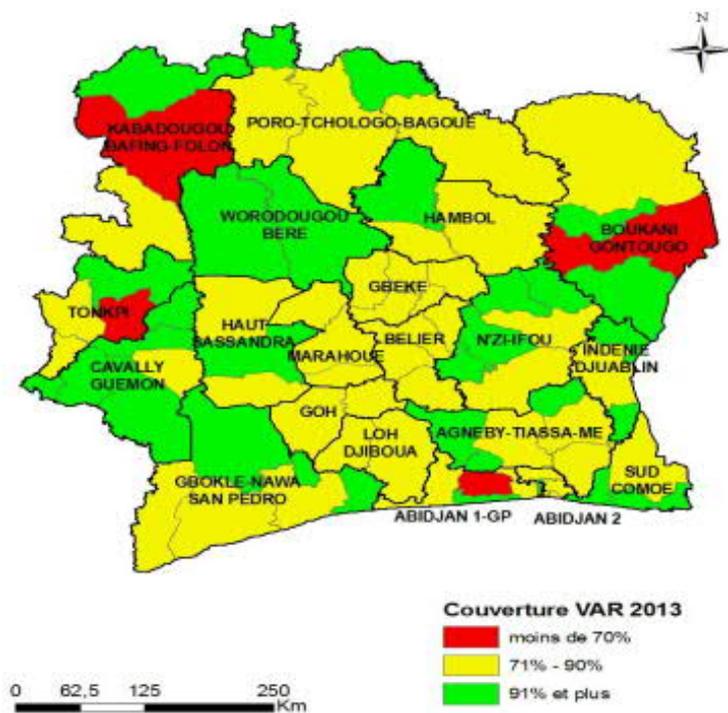
Source DIPE, 2013

Les Régions Sanitaires ayant enregistrées des cas de rougeole sont : Abidjan-1 Grands Ponts, Abidjan 2, Agneby-Tiassa-Mé, Bélier, Gbogle-Nawa-San-Pedro, Gôh, Haut Sassandra, Cavally-Guémon, Lôh-Djiboua, Sud Comoé et Bounkani-Gontougo. Les régions d'Abidjan (Abidjan 1Grands Ponts et Abidjan) sont les plus touchées, avec plus de la moitié des cas confirmés

(26 cas). Deux districts dans ces régions ont enregistré les plus grands nombre de cas de rougeole de l'année 2013, ce sont les districts de Marcory-Treichville (10 cas confirmés) et Adjamé-Plateau-Attecoubé (09 cas confirmés).

- Inégalités dans la distribution nationale de la couverture vaccinale du vaccin anti-rougeoleux (VAR)

Graphique N°50: Couverture du vaccin anti-rougeoleux (VAR)



Source DIPE, 2013

Troisième partie
(ACTIONS & RECOMMANDATIONS)

Les inégalités sociales de santé vont à l'encontre des valeurs sociétales axées sur la justice sociale et l'équité. Agir pour instaurer l'équité en santé est donc un impératif éthique, les inégalités sociales de santé étant jugées injustes et évitables¹⁴.

En Côte d'Ivoire, les inégalités sociales de santé sont d'autant plus inacceptables que le pays est doté d'importantes richesses collectives. En outre, les inégalités sociales de santé ne sont ni le fruit du hasard ni un fait de nature. Elles résultent de conditions socialement produites, donc de conditions qui peuvent être socialement modifiées.

Les recommandations proposées s'articulent autour des trois principes d'action recommandés par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

¹⁴ Hyppolite, S.R., Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale- Nationale, Québec, Direction régionale de santé publique, 2012, 161p.

I. Recommandations pour améliorer les conditions de vie quotidiennes

AXE D'INTERVENTION	RECOMMANDATIONS	ACTIONS/ACTIVITES A MENER	STRUCTURE RESPONSABLE
Equité dès le départ	1) Favoriser l'Équité d'accès à l'éducation pour tous	• Prendre une loi pour rendre l'école obligatoire pour tous enfants y compris les enfants psychomoteurs, (combler le manque d'infrastructures, d'enseignants ;	GOUVERNEMENT
		• Recruter de nouveaux enseignants qualifiés	
		• Construire de nouvelles infrastructures d'accueil (salle de classe, bâtiments etc.) ;	GOUVERNEMENT
		• Construire et réhabiliter les latrines dans les établissements scolaires	PARTENAIRES
		• Doter les établissements scolaires de points d'eau potable	
	• Sensibiliser les leaders communautaires et religieux à s'impliquer dans la déclaration des naissances et la scolarisation des enfants	MENET	
	2) Rendre effectif le droit des enfants à la santé	• Prendre une loi pour rendre effective la gratuité des soins promotionnels, préventifs et curatifs des enfants de 0 à 5 ans	GOUVERNEMENT
3) Créer les conditions d'accès équitables à l'alimentation	• Renforcer et vulgariser les méthodes de transformation et de conservation des produits vivriers ;	MINAGRI	
	• Appuyer les actions de sécurisation foncière ;	GOUVERNEMENT	
	• Construire les neuf (09) marchés de gros et des centres de collecte et de groupage dans les zones de consommation et les zones de production (PND 2012-2015)		
	• Mettre en place un dispositif de veille pour la stabilité et «l'abordabilité» des prix des denrées de première nécessité	MICAPPME	
Un environnement salubre pour une population en bonne santé	4) Améliorer le cadre de vie de la population	• Doter toutes les communes d'un plan d'urbanisme et d'un plan directeur d'assainissement complet (eau potable, réseau d'évacuation des eaux pluviales adéquat)	MCLAU/ PARTENAIRES
		• Faciliter l'accès à un logement décent	
		• Etablir des programmes de réhabilitation pour les réseaux existants	
		• Initier des programmes d'extension de réseaux d'assainissement	
		• Créer des vespasiennes publiques (latrines, WC public...) en milieu rural et urbain	
		• Accentuer les campagnes de sensibilisation sur l'hygiène et contre les défécations à l'air libre	
• Doter les populations rurales et urbaines de forage, d'adduction en eau potable et d'électricité	MIE/ PARTENAIRES		

	5) Assurer la veille environnementale	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités juridiques, techniques, financières et humaines des structures spécialisées dans la protection de l'environnement ; 	GOUVERNEMENT
		<ul style="list-style-type: none"> • Construire des centres d'enfouissement techniques dans le cadre des traitements des ordures; 	GOUVERNEMENT PARTENAIRES
		<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'installation des stations d'épuration et de traitement des effluents industriels avant leurs rejets dans l'environnement ; 	MIT
		<ul style="list-style-type: none"> • Entreprendre une politique de renouvellement du parc automobile en général, particulièrement celui des transports en commun 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les technologies non polluantes qui limitent les émissions des cheminées industrielles 	MINESUDD
		<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'éducation environnementale en milieu scolaire 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les campagnes de suivi de la qualité des eaux, des sols et l'air en Côte d'Ivoire 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser le suivi pour la collecte et l'enlèvement des ordures ménagères dans les communes 		
Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent	6) Préparer la jeunesse à l'auto-emploi en vue de la création d'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une formation professionnelle adéquate de la jeunesse • Renforcer les fonds d'aide à l'emploi des jeunes et rendre l'accès plus souple ; • Renforcer le programme de développement et de l'insertion des jeunes en milieu rural afin de réduire l'absence de main d'œuvre agricoles et augmenter la production agricole et moderniser les plantations villageoise avec pour conséquence la création des PME et PMI agricole; 	GOUVERNEMENT/ MEMEASFP
Protection sociale tout au long de l'existence	7) Mettre en œuvre de façon effective la couverture maladie universelle (CMU)	<ul style="list-style-type: none"> • Accélérer le fonctionnement des organes de gestion de la CMU • Mettre en place des mécanismes efficaces de recouvrement des contributions des bénéficiaires • Disposer d'un plateau technique adéquat 	GOUVERNEMENT PARTENAIRES
	8) Renforcer les structures de prise en charge des personnes vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Construire et équiper les structures publiques spécialisées pour les personnes handicapées psychomotrices • Construire et réhabiliter structures spécialisées pour les personnes handicapées • Renforcer les équipements des centres existants • Créer des centres d'accueils et de transits pour les personnes vulnérables (enfants de la rue, enfants victimes de violence etc...) • Renforcer les capacités techniques, humaines et matérielles des centres sociaux 	GOUVERNEMENT/ MEMEASFP

Soins de santé universels	9) Faciliter l'accès aux soins de santé	• Créer des centres de santé distants de 5 km des populations suivant la norme de l'OMS	GOUVERNEMENT/MSLS PARTENAIRES
		• Disposer d'un plateau technique adéquat	
		• Disposer de personnel de santé qualifié (médecin, infirmier et sage-femme) et répartir de manière équitable dans les établissements sanitaires	
		• Sensibiliser la population à l'utilisation des services	
	10) Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles	• Intensifier les campagnes de sensibilisation pour la prévention du VIH-sida et du paludisme	MSLS PARTENAIRES
		• Plaidoyer pour la mise en œuvre effective du plan pour l'élimination pour la transmission mère -enfant du VIH-SIDA	
• Intensifier les séances publiques de dépistage du VIH-SIDA			

II. Recommandations pour lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources

AXES D'INTERVENTION	RECOMMANDATIONS	ACTIONS/ACTIVITES	STRUCTURE RESPONSABLE
Egalités dans la répartition des RESSOURCES	11) Renforcer les infrastructures pour promouvoir un cadre de vie assaini et décent	• Assurer la desserte de toutes les localités du territoire par des routes en bon état et praticable en toute saison en réalisant le désenclavement des sous-préfectures et villages	GOUVERNEMENT/ MIE
		• Réhabiliter les routes revêtues et les routes en terre	
		• Construire des ouvrages de franchissement (ponts)	
		• Entretenir de façon permanente toutes les routes accédant aux localités qui ont une infrastructure sanitaire	
		• Sensibiliser à la réduction du gaspillage d'eau dans certains établissements et édifices publics	
Egalités dans la répartition de l'ARGENT	12) Renforcer la politique de mobilisation des ressources financières (internes et externes) en faveur de la santé	• Développer la capacité nationale d'imposition progressive	GOUVERNEMENT/MPMEF
		• Tenir compte du travail domestique, de la garde d'autres personnes et du bénévolat dans les comptes nationaux	
		• Appliquer les résolutions de la Conférence d'Abuja 2001 (Commission Economique pour l'Afrique sur le VIH/SIDA) encourageant chaque pays à allouer au moins 15 % de son budget à la santé	
	13) Mettre en place une politique rigoureuse intégrée de d'allocation des ressources nationales	• Mettre en place des mécanismes redistribution équitable des revenus de la population (Taxe sur le tabac pour financer a santé)	MPMEF
		• Mettre en place des mécanismes et redistribution du financement de la santé et des ressources sanitaires basée sur la Carte sanitaire	MSLS
Egalités dans la répartition du POUVOIR	14) Donner les moyens d'agir à tous les groupes de la société en les associant de façon équitable à la prise de décision	• Poursuivre la politique de sécurisation foncière afin de faciliter l'accès à la terre	GOUVERNEMENT
		• Renforcer les capacités techniques et financières des populations en créant les conditions pour accroître leur productivité et augmenter leurs actifs productifs dans le domaine de l'agriculture	MINAGRI
		• Sensibiliser les jeunes à l'auto-emploi avec le renforcement du fonds de garantie mis en place	GOOUVERNEMENT/ MEMEASFP
		• Encourager et mettre en place une politique intégrée de promotion et de développement à l'entrepreneuriat en faveur des populations	MEMEASFP

	15) Promouvoir une législation qui favorise l'équité en santé	• Faire un lobbying pour faire adopter le projet de loi sur le genre (égalité des sexes)	MJDH
		• Inclure l'équité en santé dans les critères de performance du gouvernement	GOUVERNEMENT
		• Renforcer les capacités de la société civile à s'organiser et à agir de façon à promouvoir et faire respecter les droits politiques et sociaux qui contribuent à l'équité en santé	MJDH
		• Créer et financer un observatoire chargé de l'équité entre les sexes	MJDH
		• Mettre en place des mécanismes consolidés de réduction de la vulnérabilité des ménages	GOUVERNEMENT/ MJDH
	16) Renforcer le rôle du secteur public dans la fourniture des biens et services indispensables à une bonne santé et de réglementer les biens ayant des effets néfastes sur la santé	• Promouvoir les technologies non polluantes qui limitent les émissions des cheminées industrielles	MINESUDD

III. Recommandations pour mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action

RECOMMANDATIONS	ACTIVITES/ACTIONS	STRUCTURE RESPONSABLES
17) Créer un observatoire national de l'équité en santé pour suivre systématiquement l'évolution des inégalités sanitaires et des déterminants sociaux de la santé et évaluer l'incidence des politiques et des actions sur l'équité en santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un projet de création d'un observatoire • Proposer un décret fixant l'organisation, la composition, les missions et attributions de l'observatoire 	MSLS
18) Assurer le fonctionnement de l'observatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Doter l'observatoire en ressources humaines, matérielles et financières 	GOUVERNEMENT PARTENAIRES
19) Mise en vigueur et diffusion de la loi statistique	<ul style="list-style-type: none"> • Tournée d'explication auprès des différents acteurs 	MPD/INS
	<ul style="list-style-type: none"> • Affecter des statisticiens et démographes dans chaque ministère 	GOUVERNEMENT
20) Renforcer la coopération entre la DIPES et les structures productrices de données statistiques	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des séminaires et ateliers de formation, de sensibilisation sur l'équité sanitaire et les déterminants socio-économiques de la santé 	DIPES
	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'un point focal santé au sein des différents ministères 	
21) Faire un plaidoyer afin d'intégrer le volet santé aux différentes enquêtes et études statistiques	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'élaboration des outils de collectes 	DIPES INS PARTENAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'analyse des données 	

BIBLIOGRAPHIE

1. Comptes de la sante exercices 2009-2010, sous compte VIH/SIDA, santé de la reproduction, santé infantile, novembre 2013.
2. DC PNPMT, Effort de lutte contre les maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire à l'échéance 2013.
3. DC PNPMT, Plan d'Action Intégré de Prévention et de Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles en Côte d'Ivoire 2011-2014.
4. DIPE, RAPPORT ANNUEL SUR LA SITUATION SANITAIRE 2010-2012, novembre 2013
5. Direction de la Planification, de l'Evaluation et des Statistiques, Statistiques Scolaires de poche 2012, MENET 2013.
6. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011-2012, MEMPD, juin 2013
7. Enquête Nationale sur la Situation de l'Emploi et du Travail des Enfants (ENSETE 2013), Rapport de synthèse, AGEPE 2014.
8. Enquête nutritionnelle nationale basée sur la méthodologie SMART, Rapport final, Juillet 2011.
9. Evaluation approfondie de la sécurité alimentaire des ménages ruraux en Côte d'Ivoire, Programme alimentaire mondial, Bureau de pays, Côte d'Ivoire, 2009.
10. Evaluation rapide et analyse des gaps de la cote d'ivoire, Energie durable pour tous Conférence des Nations Unies sur le Développement Durable, Rio+20, Juin 2012.
11. Mission conjointe d'évaluation à l'Ouest de la Côte d'Ivoire, JAM Novembre 2012
12. Plan National de Développement (PND) 2012-2015
13. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012 – 2015, MSLS, mai 2012.
14. Proposition de mesures pour l'état de préparation (R-PP), ONU-REDD, novembre 2013
15. Santé, Nutrition et Population, Rapport Analytique Santé Pauvreté, Groupe Banque Mondiale Région Afrique Développement Humain, Décembre 2010.

ANNEXES

Annexe 1: Répartition des régions et districts sanitaires en Côte d'Ivoire



Annexe 2: Liste de présence réunion préparatoire de l'atelier d'élaboration du profil pays

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE L'INFORMATION ET DE
LA PROMOTION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

REUNION DE PREPARATION DE L'ATELIER D'ELABORATION DU PROFIL DE L'EQUITE EN SANTE
ET DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE EN COTE D'IVOIRE

LIEU : Siège de l'OMS Côte d'Ivoire

LISTE DE PRESENCE DES PARTICIPANTS

DATE : 20 Août 2014

N°	NOM ET PRENOM	FONCTION	STRUCTURE	E-MAIL	CONTACT
01	KOUASSI NES ERIC	chargé d'Etudes	MINESUD	ivesericb@yahoo.fr	49 46 6914 45 19 33 55
02	KOUASSI KAN VICTOR	Ingenieur statisticien Econommiste	Ministère chargé de l'Economie et des Finances	kannet7@yahoo.fr	49 01 13 71 05 74 93 53
03	YEDESS YEI JEANNE	DIRECTEUR	DIPES	chyades_j@yahoo.fr	05 57 27 61
04	KONÉ Souleymane	chargé de Prog. HPR	DMS	koness@who.int	07 14 83 93
05	KLAHO HUGUES	MEDECIN	DIPES	hugue.klaho.	58 88 65 45
06	D'NEBAVI Placide	Medecin	DIPES	placideneb@yahoo.fr	07 31 16 13
07	M ^{me} GORIS Isabelle	Chargé Com. DIPES	DIPES	isabel-goris@yahoo.fr	19 44 45 44
08	NOÏL KOUABLE	chef de dép. pour.	OCPV/Niakan	noelkouable@yahoo.fr nkouable@gmail.com	07 85 22 93
09	DRETIEU N'JAL	Directeur	MINESUD/DIPES	etendal@yahoo.fr	07 87 580 22 47 54 50
10	M ^l Kouassi Francis	chef de Division	ONP NETED	doctorkouassi@yahoo.fr	19 89 33 08

Annexe 3: Liste de présence atelier d'élaboration du profil pays

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

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

**ATELIER D'ELABORATION DU PROFIL DE L'EQUITE EN SANTE
ET DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE EN COTE D'IVOIRE**

LIEU : Hotel Sékedes Adzopé

LISTE DE PRESENCE DES PARTICIPANTS

DATE : 28 Août 2014

N°	NOM ET PRENOM	FONCTION	STRUCTURE	E-MAIL / CONTACT	EMMARGEMENT
01	KOUASSI IVES ERIC	Chargé d'études	MINESUDD/ DQEPR	iveserick@yahoo.fr/ 49466914	
02	AKESSEY LEON KOFFI	Chef de service	MINESUDD/ DQEPR	akesseyleon@yahoo.fr/ 08267048	
03	KONE LEOUADENI DAOUDA	Chargé d'études	MIN. AGRICULTURE	kondaouda47@yahoo.fr/ 40015315	
04	Dr. ESSIS LORNG JEAN CLAUDE	Chef de sce planif.	MSLS/ DGLS	lorng6@gmail.com/07926332	
05	Mme. ABOU CHIEDA MARIE SOSTHENE	Chef de service	MJDHLP/ DIPROT	abou_chieda@yahoo.fr/ 45784010	
06	ADJOSSAN ADJOSSAN	Directeur Central	MIE / DGIHH	rochtadjossan@yahoo.fr/ 09213232	
07	BOANGBRE Epse OKOMA LARISSA	Sociologue	MEMPD/ ONP	lary_b21@yahoo.fr/ 07586623	
08	Dr LOUKOU BENJAMIN	Chef division pol. Pop.	MEMPD/ ONP	loukou_benjamin@yahoo.fr/ 08019682	
09	AKUNIN VIRGINIE	Chargée d'études	MSLS/ DGS	akunin_virginie@yahoo.fr/ 07 35 61 26	
10	COULIBALY REBECCA	CHEF DE SERVICE	MPMEF/ DGE	acarebecca@yahoo.fr/ 07591826	
11	KOUASSI KAN VICTOR	Ing. Stat. Economiste	MPMEF/ DGE	kannev7@yahoo.fr/ 49011371	
12	Dr. POE PASCAL	Médecin	MSLS/ DIPE	pascalpoe1@yahoo.fr/07724295	
13	Dr. NOGBOU AGREY BARTHELEMY	Médecin -Commissaire	Min. INTERIEUR et SECU	agreynogbou@gmail.com/ 03020526	
14	BOMISSO DEKAO ERIC	Chef de service	MJDHIP	bdekaoeric@yahoo.fr/ 47506120	
15	YAO BOATENIN EUGENE	S/Directeur AS	Min. INTERIEUR et SECU	yaoboatenin@yahoo.fr/ 01070309	

DIPES Page 1

LIEU : Hôtel Sékedes Adzopé

LISTE DE PRESENCE DES PARTICIPANTS

DATE : 28 Août 2014

N°	NOM ET PRENOM	FONCTION	STRUCTURE	E-MAIL / CONTACT	EMMARGEMENT
6	MAMBO OKON	Chef secteur/ OCPV	Min. Commerce	02838895/08978303	
7	Dr. YEDESS YEI JEANNE	Directeur	MSLS/ DIPES	dryedess_j@yahoo.fr/05572761	
8	SEHI MATHURIN	Coord. Prog. Prev VIH	MENET/ DMOSS	mathurinsehi@yahoo.fr/ 07655041	
9	ISABELLE GORIS	Attaché Administratif	MSLS/ DIPES	isabel_goris@yahoo.fr/ 49444544	
0	SYLLA MAMADOU	Chef de zone réseau	MCLAU/ DAD	sylla.madou@yahoo.fr/ 01044196	
1	Dr. NEBAVI PLACIDE	Médecin	MSLS/ DIPES	placideneb@yahoo.fr/ 07311613	
2	PONGATHIE FATOUMATA SANOGO	Assistante sociale	Min. Commerce	fatpongathie@gmail.com/ 47613858	
3	Dr. KLAHO M. HUGUES	Médecin	MSLS/ DIPES	huguesklaho@yahoo.fr/58886545	
4	NEKE EDDI NIXON FABRICE	Tech.Sup.Santé Biomed	MSLS/ DIPES	eddifabrice@yahoo.fr/ 08292612	
5	SILUE KIYALA OLIVIER	Chargé de com.	MEMEASFP/ DGE	kiyalasilue@gmail.com/ 08963718	
6	Dr. SIE ESSO ARSENE	Médecin/ Coord CREMOS	MENET/ DMOSS	dressoarsene@yahoo.fr/ 07756596	
7	KONE SOULEYMANE	Chargé du Programme Promotion de Santé	OMS-CI	koneso@who.int / 07148393	
8					
9					
0					

Annexe 4: Liste des membres du comité d'élaboration du profil pays

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

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

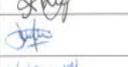
REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

ATELIER D'ELABORATION DU PROFIL DE L'EQUITE EN SANTE
ET DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE EN COTE D'IVOIRE

LIEU : Hotel Sékedes Adzopé

LISTE DE PRESENCE DES PARTICIPANTS

DATE : 29 Août 2014

N°	NOM ET PRENOM	FONCTION	STRUCTURE	E-MAIL / CONTACT	EMMARGEMENT
01	KOUASSI IVES ERIC	Chargé d'études	MINESUDD/ DQEPR	iveserick@yahoo.fr/ 49466914	
02	AKESSEY LEON KOFFI	Chef de service	MINESUDD/ DQEPR	akesseyleon@yahoo.fr/ 08267048	
03	KONE LEOUADENI DAOUDA	Chargé d'études	MIN. AGRICULTURE	kondaouda47@yahoo.fr/ 40015315	
04	BOANGBRE Epse OKOMA LARISSA	Sociologue	MEMPD/ ONP	lary_b21@yahoo.fr/ 07586623	
05	Dr LOUKOU BENJAMIN	Chef division pol. Pop.	MEMPD/ ONP	loukou_benjamin@yahoo.fr/ 08019682	
06	KOUASSI KAN VICTOR	Ing. Stat. Economiste	MPMEF/ DGE	kannev7@yahoo.fr/ 49011371	
07	Dr. YEDESS YEI JEANNE	Directeur	MSLS/ DIPES	dryedess_j@yahoo.fr/05572761	
08	Dr. KLAHO M. HUGUES	Médecin	MSLS/ DIPES	huguesklaho@yahoo.fr/58886545	
09	KONE SOULEYMANE	Chargé du Programme Promotion de Santé	OMS-CI	koneso@who.int / 07148393	
10	ISABELLE GORIS	Attaché Administratif	MSLS/ DIPES	isabel_goris@yahoo.fr/ 49444544	
11	NEKE EDDI NIXON FABRICE	Tech.Sup.Santé Biomed	MSLS/ DIPES	eddifabrice@yahoo.fr/ 08292612	
12					