



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE**

.....

**DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ**

.....

**DIRECTION DE COORDINATION**

**DU PROGRAMME NATIONAL**

**DE SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT**

**REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE**

.....

**Union – Discipline – Travail**



**POLITIQUE NATIONALE  
DE LA SANTÉ SEXUELLE,  
REPRODUCTIVE ET INFANTILE**

(Mai 2020)

**Vision**

« Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines »



## LISTE DES ABREVIATION

<b>AMP</b>	: Assistance médicale à la procréation
<b>ASC</b>	: Agent de Santé Communautaire
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>CMU</b>	: Couverture Maladie Universelle
<b>Covid-19</b>	: Maladie à coronavirus 2019
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>DC-PNSME</b>	: Direction de Coordination du Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>DMU</b>	: Dispositif Minimum d'Urgence
<b>DSPS-MEN</b>	: Direction des Stratégies, de la Planification et des Statistiques du Ministère de l'Éducation Nationale
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et de Santé
<b>ENSEA</b>	: Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée
<b>ESPC</b>	: Etablissements Sanitaires de Premier Contact
<b>ESR</b>	: Etablissement Sanitaire de Référence
<b>IDE</b>	: Infirmier Diplômé d'Etat
<b>INS</b>	: Institut National de la Statistique
<b>IRA</b>	: Infection Respiratoire Aigüe
<b>ISF</b>	: Indice Synthétique de Fécondité
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MGF</b>	: Mutilation Génitale Féminine
<b>MICS</b>	: Enquête à Indicateurs Multiples
<b>MSHP</b>	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>MSLS/MEF/CAB</b>	: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida/Ministère de l'Economie et des Finances/Cabinet
<b>ODD</b>	: Objectifs de Développement Durable
<b>OMD</b>	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS:</b>	: Organisation Mondiale Gouvernementale
<b>ONG:</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ONU</b>	: Organisation des Nations Unies
<b>PCINE</b>	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
<b>PMA</b>	: Performance Monitoring and Accountability
<b>PND</b>	: Plan National de Développement
<b>PNSI/SE</b>	: Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant
<b>PNSR/PF</b>	: Programme National de Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le développement
<b>PTF</b>	: Partenaires Techniques et Financiers
<b>PTME</b>	: Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
<b>RASS</b>	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SFDE</b>	: Sage-Femme Diplômé d'Etat
<b>SIDA</b>	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
<b>SONU</b>	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
<b>SONU B</b>	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
<b>SONU C</b>	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complet
<b>SR</b>	: Santé de la Reproduction

<b>SSE</b>	: Stratégie de Survie de l'Enfant
<b>SSP/IB</b>	: soins de santé primaire / Initiative de Bamako
<b>SSR</b>	: Santé Sexuelle et Reproductive
<b>SSRMNIA</b>	: Santé Sexuelle Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents
<b>TDR</b>	: Test de Diagnostic Rapide
<b>UA</b>	: Union Africaine
<b>UEMOA</b>	: Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
<b>UNFPA</b>	: Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNFPA</b>	: Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	: Fond d'Urgence des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## TABLE DES MATIERES

PREFACE	7
RESUME	8
<b>PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET SITUATION DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE.....</b>	<b>9</b>
INTRODUCTION .....	9
I - CONTEXTE GENERAL DE LA COTE D'IVOIRE.....	10
I . 1. Contexte socio-démographique et économique .....	10
I.1.1. Données démographique / Fécondité.....	10
I.1.2. Données économique et pauvreté .....	10
I.1.3. Situation politique du pays .....	10
I . 2. Politique de santé .....	11
I . 3. Gratuité ciblée des soins .....	12
I . 4. Environnement juridique de la santé de la reproduction .....	12
I . 5. Développement de la multisectorialité et du partenariat .....	13
II - SITUATION ACTUELLE DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE.....	14
II . 1. Santé de la femme et de la mère .....	14
II . 2. Santé du Nouveau-Né et de l'Enfant.....	17
II . 3. Santé des adolescents et jeunes .....	17
II . 4. Santé des hommes .....	18
II . 5. Environnement de l'offre des soins .....	20
II.5.1. Disponibilité des ressources humaines .....	21
II.5.2. Délégation de tâches .....	22
II.5.3. Praticiens de la médecine traditionnelle .....	22
II.5.4. Disponibilité des matériels et des équipements médicaux, plateau technique .....	23
II.5.5. Disponibilité des médicaments .....	23
II.5.6. Référence et contre référence .....	24
II.5.7. Surfacturation des coûts/actes et Racket .....	25
II.5.8. Médecine de proximité et utilisation de la pyramide des soins par les populations.....	25
II.5.9. Qualité des services, intégration des composantes de la santé sexuelle, reproductive et infantile .....	25
II.5.10. Pratiques néfastes à la santé sexuelle, reproductive et infantile	27
II.5.11. Secteur privé.....	28
II . 6. Financement de la santé sexuelle, reproductive et infantile.....	28
II . 7. Situation de crise sanitaire ou humanitaire.....	29
II . 8. Droits des populations en santé sexuelle, reproductive et infantile	29
II . 9. Défis et priorités pour la santé sexuelle, reproductive et infantile	31
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRAGE POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE .....</b>	<b>33</b>
III - CADRAGE POLITIQUE DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE.....	33
III . 1. Fondements de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile .....	33
III.1.1. Valeurs fondamentales.....	33

III.1.2.	Engagements pris au niveau International, régional et national	34
III . 2.	Principes directeurs pour la mise en œuvre de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile .....	36
III . 3.	Volets et composantes essentielles de la santé sexuelle, reproductive et infantile.....	37
III.3.1.	Volets de la santé sexuelle, reproductive et infantile .....	37
III.3.2.	Composantes essentielles de la santé sexuelle, reproductive et infantile.....	37
III.3.3.	Composantes communes .....	38
III . 4.	Vision, objectifs et cibles .....	38
III.4.1.	Vison de la politique de la santé sexuelle, reproductive et infantile	38
III.4.2.	But .....	38
III.4.3.	Objectifs.....	38
III.4.4.	Cibles .....	38
III . 5.	Interventions prioritaires.....	39
<b>TROISIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE.....</b>		<b>41</b>
IV -	MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DE LA POLITIQUE NATIONALE ..	41
IV . 1.	Cadre de mise en œuvre de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile .....	41
IV.1.1.	Etat de Côte d'Ivoire .....	41
IV.1.2.	Gouvernement .....	41
IV.1.3.	Ministère en charge de la santé .....	41
IV.1.3.1.	Niveau central.....	41
IV.1.3.2.	Niveau intermédiaire et périphérique .....	42
IV.1.4.	Autres Ministères .....	42
IV.1.5.	Autres partenaires.....	43
IV . 2.	Mécanisme de suivi-évaluation .....	43
CONCLUSION.....		44
DOCUMENTS DE REFERENCES .....		45

## **PREFACE**

En Côte d'Ivoire, plus de 5500 femmes enceintes meurent chaque année en raison de complications pendant la grossesse, l'accouchement et dans la période du post-partum. On estime que tout le long de cette année 2020, 1 nouveau-né sur 33 et 1 enfant sur 65 mourront respectivement avant 28 jours et avant la première année d'existence, soit plus de 29 500 nouveau-nés et 58 000 enfants perdront la vie avant le 31 décembre 2020.

Ces niveaux élevés de décès maternels, néonataux et infantiles sont inacceptables dans le contexte actuel de technologie avancée. Ce qui est regrettable, c'est que la quasi-totalité des causes de ces décès sont évitables. Parmi les facteurs qui favorisent cette mortalité, figurent les faiblesses du système sanitaire, les pratiques socioculturelles néfastes et le statut d'infériorité des femmes dans notre société.

L'on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou de prendre en charge les complications. Toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et recevoir des soins et un soutien après l'accouchement.

Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), a vis-à-vis de sa population, la responsabilité de protéger et de promouvoir la santé en général en particulier la santé sexuelle, reproductive et infantile. Il ne peut s'acquitter de cette tâche qu'en disposant d'une orientation politique adaptée aux besoins des différentes populations. Cette politique doit être mise en œuvre à travers des plans, des projets à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de façon à rendre disponibles et accessibles les services de santé de la mère et de l'enfant de qualité. De cette politique, il faut disposer dans tous les établissements sanitaires, des documents de normes et protocoles en santé maternelle, néonatale et infantile afin de permettre aux prestataires de faire face aux différentes difficultés rencontrées dans leurs pratiques quotidiennes et aux exigences des utilisateurs des services.

La présente politique de santé sexuelle, reproductive et infantile de la Côte d'Ivoire offre un cadre pour créer des partenariats stratégiques en matière de réponse aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant. Elle constitue désormais le guide qui doit inspirer les actions pour l'amélioration de la santé sexuelle, reproductive et infantile.

Aussi, j'engage tous les acteurs, les populations et les partenaires à se référer à cette orientation politique dans la mise en œuvre des interventions en matière de santé sexuelle, reproductive et infantile pour qu'en Côte d'Ivoire aucune femme ne meurt en donnant la vie et que chaque enfant naisse en bonne santé, grandisse et vit une sexualité et une reproduction sagement.

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

**Dr AKA Aoulé**

## RESUME

L'analyse des indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né et de la santé sexuelle, reproductive et infantile de la Côte d'Ivoire présente un tableau relativement sombre au regard des indicateurs actuels bien qu'il est noté des progrès ces dernières années. La mortalité maternelle, néonatale et infantile persiste toujours à un niveau encore élevé.

Face à cette situation qui se vit dans la plus part des pays, les Gouvernements se sont réengagés à fixer d'ici 2030, de nouvelles Objectifs de Développement Durables (ODD) visant à réduire davantage dans chaque pays, la mortalité maternelle (en-dessous 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) et infantile (avec un niveau maximum de 12 décès néonataux et de 25 décès des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes).

Au regard de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, des engagements et traités internationaux et régionaux ratifiés, le décès d'une femme au cours de la grossesse ou de l'accouchement, le décès d'un nouveau-né et d'un enfant avant n'est pas seulement un problème sanitaire mais une injustice sociale.

En vue de renforcer la correction de cette injustice, la Côte d'Ivoire, à travers le MSHP a mis à jour ce document de politique de la santé sexuelle, reproductive et infantile. Ce document s'articule autour de 3 grandes parties dont :

La première traite du contexte et de la situation de la santé sexuelle, reproductive et infantile. Ainsi, le contexte général fait mention de la situation sociodémographique et économique, de la Politique de santé, de la Gratuité ciblée des soins, de l'Environnement juridique de la santé de la reproduction et du Développement de la multisectorialité et du partenariat. Quant à la situation actuelle de la santé sexuelle, reproductive et infantile, cette première partie insiste sur les insuffisances en matière de santé de la femme et de la mère, du nouveau-né et de l'Enfant, des adolescents et jeunes, des hommes, de l'environnement de l'offre des soins et des droits des populations en santé sexuelle, reproductive et infantile. De cette situation, sont répertoriés les défis et priorités pour la santé sexuelle, reproductive et infantile.

La deuxième partie quant à elle, est relative au cadrage politique national de la santé sexuelle, reproductive et infantile. Elle insiste sur les fondements, les principes directeurs pour la mise en œuvre de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile. Elle indique par ailleurs les volets et composantes essentielles, donne la vision, les objectifs et les cibles. La politique cherche à promouvoir la santé sexuelle, reproductive et infantile des populations et vise l'atteinte des objectifs globaux de réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile ; celles liées à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents, les jeunes, les femmes, les hommes et chez les personnes du 3ème âge. Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, des interventions prioritaires ont été définies.

La troisième décrit le cadre de mise en œuvre, de gouvernance et de suivi de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile.

# **PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET SITUATION DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE**

## **INTRODUCTION**

Selon le rapport du 19 septembre 2019 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la mortalité maternelle reste très élevée. En effet, plus de 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. La quasi-totalité de ces décès (99%) se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne.

Par ailleurs, le communiqué de presse de l'OMS du 19 octobre 2017 indique que chaque jour de 2016, environ 15000 enfants sont décédés avant d'avoir atteint leur 5<sup>ème</sup> anniversaire, dont 46% au cours des 28 premiers jours de leur vie. La mortalité des moins de 5 ans a diminué dans le monde au cours des deux dernières décennies, mais la mortalité néonatale reste encore préoccupante.

En Côte d'Ivoire, la mortalité maternelle néonatale et infantile persiste à un niveau élevé avec un ratio de décès maternel estimé en 2012 à 614 pour 100 000 naissances vivantes (EDS-2012) et un taux de mortalité du nouveau-né estimé à 33/1.000 (MICS 2016). Les enfants de moins de 5 ans meurent principalement de maladies dont certaines pourraient être évitées (pneumonie, diarrhée, paludisme, VIH-sida...).

Face à cette situation, les pays se sont réengagés à fixer d'ici 2030, de nouvelles cibles visant à réduire davantage dans chaque pays, la mortalité maternelle (en-dessous 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) et infantile (avec un niveau maximum de 12 décès néonataux et de 25 décès des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes).

Au regard de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, des engagements et traités internationaux et régionaux ratifiés, le décès d'une femme au cours de la grossesse ou de l'accouchement n'est pas seulement un problème sanitaire mais une injustice sociale. Outre ce droit à la vie, il existe d'autres droits relatifs à la sexualité, à la reproduction, à la liberté, à la sécurité ou encore le droit de ne pas être soumis à la violence. Ces droits reposent par ailleurs sur le droit à l'information, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour satisfaire les besoins dont l'accès à une consultation médicale, aux médicaments y compris aux contraceptifs, sel de réhydratation oral et au SRO ...

C'est dans ce contexte d'améliorer l'offre des services afin de permettre aux populations de jouir de leurs droits en santé sexuelle, reproductive et infantile, que le MSHP, à travers le Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), procède à la révision de la politique en santé reproductive et infantile.

Ce présent document de politique, tout en mettant un accent particulier sur les besoins non couverts, fournit les orientations stratégiques pour la promotion de la santé sexuelle, reproductive et infantile. Il s'articule sur les points suivants :

- Le contexte général de la Côte d'Ivoire ;
- La situation de la santé Maternelle, Néonatale, Infantile, et Adolescent ;
- La vision, les objectifs et les orientations stratégiques ;
- Le cadre de mise en œuvre de la politique.

## **I - CONTEXTE GENERAL DE LA COTE D'IVOIRE**

### **I . 1. Contexte socio-démographique et économique**

#### **I.1.1. Données démographique / Fécondité**

Selon les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) et les projections de l'Institut National de la Statistique, la Côte d'Ivoire est caractérisée par une population élevée, estimée en 2019 à 25 823 071, une croissance démographique de 2,6 %, une urbanisation 51,6 % en 2017, un Indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par /femme et une espérance de vie à la naissance de 56,4 ans. Dans son évolution, la fécondité a connu deux phases dont une croissance et une régression.

De 1960 à 1981, la Côte d'Ivoire a connu une croissance de la fécondité allant de 7,15 en 1960 à 7,81 enfants par femmes en 1980. La fécondité était élevée à tous les âges. Durant cette période, les populations étaient très natalistes (Bi Tozan Zah et al. 2010).

Après l'année 1981, la Côte d'Ivoire connaît une phase de régression qui est marquée par la baisse continue de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF), allant de 7,81 enfants par femmes en 1980 à 4,6 en 2014, soit une réduction de plus de trois enfants en trente-trois ans (MICS 2016).

#### **I.1.2. Données économique et pauvreté**

Au plan économique, la Côte d'Ivoire est l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest qui, grâce à son potentiel et son dynamisme, occupe une position centrale au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA). Le pays a connu des périodes difficiles, au cours desquelles ses indicateurs macro-économiques et sociaux ont connu une régression. On note cependant qu'au cours des sept dernières années, le PIB par habitant a connu une croissance forte et régulière. On estime qu'en 2025 la valeur du PIB par habitant devrait osciller autour de \$ 5 876 (BM, Perspective monde, 23/01/2020).

Le rapport du 25 novembre 2019 de la Banque mondiale relève que la bonne performance économique de la Côte d'Ivoire n'a pas amélioré la situation sociale. En effet, 46,3% de la population ivoirienne vit dans la pauvreté (INS-2015). Le pays se trouvait au 170<sup>ème</sup> rang sur 189 pays selon le rapport de 2018 du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) sur l'indice de développement humain. La mortalité maternelle, la malnutrition infantile et le chômage des jeunes figurent parmi les principaux enjeux de développement de la Côte d'Ivoire.

#### **I.1.3. Situation politique du pays**

Depuis le coup d'état de 1999, la Côte d'Ivoire a traversé une série de crises sociopolitiques et militaires qui s'est soldée par l'élection d'un Président de la république suivie d'une autre crise post-électorale en 2010. Une période d'accalmie a été observée suite à cette dernière crise. Le contexte actuel se caractérise par une situation politique et sociale critique à l'approche de la

présidentielle. Cette situation présage d'une autre crise socio-politique dont la mise en œuvre de la présente politique doit en tenir compte.

## **I . 2. Politique de santé**

Jusqu'aux années 60, la Côte d'Ivoire n'avait pas de politique de santé qui laissait apparaître un processus de formulation qui inclut l'identification de priorités, la détermination d'objectifs et des interventions, le cadre de suivi et de la mise en œuvre et l'allocation spécifique de fonds. On note cependant que les interventions mises en œuvre consistaient à contrôler, au moyen d'équipes mobiles de prospection et de traitement, certaines endémies meurtrières (maladie du sommeil, la trypanosomiase) qui redondent aux besoins de main-d'œuvre.

Au lendemain de l'indépendance du pays, les autorités du pays ont concentré les efforts à la mise en place d'un réseau d'établissements sanitaires qui, au fil des années, s'est intensifié. Au cours de cette période, les services de santé étaient gratuits.

La crise économique qu'a connu le pays dans les années 1980, les conséquences de la non maîtrise de l'accroissance démographique et l'insuffisante qualité des soins, ont conduit le pays à l'instar tous les pays africains, à la stratégie des Soins de Santé Primaire / Initiative de Bamako (SSP/IB). L'adoption de cette stratégie a permis le développement du système de santé caractérisé par une forte décentralisation et un renforcement des capacités des établissements sanitaires de premiers contact, une implication communautaire plus massive et surtout par le paiement direct des soins. Si cette stratégie des SSP/IB a produit certains effets escomptés, notamment sur l'efficacité des interventions. On note cependant que l'aspect équitable a été négligé. *De la gratuité au paiement direct des soins, les populations démunies, les couches sociales défavorisées, les populations rurales se sont vues marginalisées par rapport à l'accès financier aux soins de santé.*

Au fil du temps, l'insuffisance des ressources financières a suscité la mise en œuvre d'une nouvelle approche pour la SSP/IB, basée sur une liste d'interventions considérées comme prioritaires pour deux groupes, jugés comme les plus vulnérables que sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer. Les programmes d'immunisation, de prévention et de prise des infections respiratoires aiguës et de la diarrhée sont destinés au premier groupe. Le deuxième bénéficie de campagnes de vaccination contre le tétanos, de bonnes conditions d'accouchement et du libre accès à la contraception. La stratégie globale des soins de santé primaires a été abandonnée au profit de la stratégie sélective des SSP/IB et au mode d'intervention vertical qui consiste à établir les priorités en fonction de la prévalence et de la sévérité des maladies, de leurs risques de mortalité et de l'efficacité et du coût.

Suite à la participation du pays à plusieurs conférences Internationales, notamment celle tenue en septembre 1994 au Caire, le concept de la "Santé de la Reproduction" plus globalisant a été adopté par la Côte d'Ivoire et le pays s'est engagé à offrir des soins basés sur les besoins des populations. Des réflexions qui ont été entamées au niveau Gouvernemental, ont permis la définition d'une Politique Nationale en matière de Population.

Pour faire face aux problèmes prioritaires de santé, des programmes ont été mis en place parmi lesquels le Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME). La politique de santé de la mère et de l'enfant consiste à édicter les droits essentiels et les interventions prioritaires pour les différentes cibles.

### **I . 3. Gratuité ciblée des soins**

A la sortie de la crise post-électorale, le Gouvernement a lancé un ambitieux programme d'exemption de paiement, dans le souci de rendre équitable l'accès aux soins de santé dans les structures publiques du pays. En février 2012, le Gouvernement est passé par la suite à la gratuité ciblée en faveur des femmes enceintes et des enfants de 0-5 ans. Le paquet d'interventions qui fait l'objet de cette gratuité ciblée est constitué de consultations, des examens complémentaires, des actes médicaux et chirurgicaux, des hospitalisations et des médicaments et les produits sanguins. Tous les établissements sanitaires du secteur public ainsi que les établissements sanitaires communautaires conventionnés, sont concernés par l'application ces mesures d'exemption sélective de paiement. Le financement des mesures d'exemption de paiement est assuré par l'Etat à travers le financement de l'approvisionnement en médicaments et le remboursement aux établissements sanitaires concernés des montants correspondants aux redevances non perçues auprès des usagers.

Cette mesure de gratuité connaît des problèmes dans sa mise en œuvre. Il s'agit entre autres, de la rupture fréquente de stocks de certains médicaments et intrants, des kits d'accouchement insuffisants et incomplets, de la démotivation du personnel des centres de santé communautaire payé au paravent sur les ressources propres et n'ayant pas perçu leur salaire de l'Etat comme promis par le Gouvernement.

Si cette mesure a contribué à l'augmentation de la fréquentation des services, elle a occasionné une surexploitation du personnel et du plateau technique, un épuisement rapide des stocks de consommables et un non-respect du système de référence et contre-référence.

### **I . 4. Environnement juridique de la santé de la reproduction**

L'engagement pris au Caire par la Côte d'Ivoire d'offrir des soins axés sur les besoins des populations de façon à leur permettre de jouir de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction, se heurte à des barrières liées aux textes juridiques. Ces barrières ont réduit d'une part l'efficacité de la promotion de la santé en matière de sexualité et de reproduction et de l'autre, l'exercice plein et entier des droits des populations dans ces domaines.

La loi française de 1920 qui interdit toute propagande anticonceptionnelle et l'avortement est restée en vigueur après les indépendances des colonies françaises. Au regard des effets néfastes de cette loi, des rencontres sous régionales organisées à Cotonou en 1997 et à Abidjan en 1999, ont permis de mobiliser les Gouvernements afin de disposer dans les pays francophones des législations favorables à la promotion de la santé sexuelle et reproductive y compris la planification familiale.

*A ce jour, presque tous les pays francophones de l'Afrique disposent de leur Loi en Santé Sexuelle Reproductive (SSR) sauf la Côte d'Ivoire qui, dispose d'un avant-projet de Loi sur la SSR, intégrant des engagements du Protocole de Maputo et la procréation médicalement assistée. Cet avant-projet de loi a été élaboré et transmis au Secrétariat du Gouvernement. Rien n'indique que ce dossier verra le jour à cause de la pression de l'Eglise Catholique et du faible engagement des autorités.*

On note cependant que plusieurs instruments internationaux et régionaux relatifs à la protection et à la promotion des droits de la femme ont été ratifiés par la Côte d'Ivoire. Il s'agit entre autres du Protocole de Maputo adopté par l'Union Africaine (UA) et ratifié par la Côte d'Ivoire par Décret n°2011-226 du 16 septembre 2011 (Journal Officiel du 05 janvier 2012). Ce protocole est un accord international qui garantit des droits des femmes, y compris le droit de participer au processus politique, l'égalité sociale et politique avec les hommes, une autonomie améliorée dans leurs décisions en matière de santé et la fin des mutilations génitales féminines. *Ce protocole vise entre autres, à rendre accessibles la planification familiale à tous et l'avortement médicalisé dans certaines conditions. Au regard de cet engagement et de l'article 123 de la constitution ivoirienne, il apparaît que le cadre juridique relatif à l'accès à la contraception et à l'avortement est dépassé et mérite d'être revu.*

### **I . 5. Développement de la multisectorialité et du partenariat**

La lutte contre les décès maternels, néonataux et infantiles évitables passe nécessairement par le développement de la multisectorialité et du partenariat. En effet, en incluant les secteurs autres que celui de la santé dans le processus de prise de décision et dans la mise en œuvre des interventions, on permet ainsi à tous les décideurs politiques et aux membres des administrations publiques de prendre conscience de l'impact que les différentes politiques publiques peuvent avoir sur la santé de la population. On sait par ailleurs que la santé est influencée par une multitude de facteurs qui ne sont pas sous du ressort décisionnel de la santé publique. *En agissant en coopération avec les autres secteurs, on met à profit les interventions pour promouvoir la santé. Cette coopération doit s'étendre aux acteurs de la société civile et du secteur privé pour disposer d'un partenariat ou une association active de différents intervenants qui acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif.*

Dans le cadre de la lutte contre les décès maternels, néonataux et infantiles évitables, la réalisation de l'approche multisectorielle et du partenariat, n'a pas atteint un niveau satisfait et susceptible booster les indicateurs. On note cependant que plusieurs Ministères (dont ceux en charge de l'éducation nationale, de la jeunesse, de la promotion de la famille) et plusieurs ONG et établissements privés (Clinique, Orange, ...) sont impliqués et œuvrent dans la promotion de la planification familiale. La multisectorialité et le partenariat prennent corps petit à petit dans le pays. Cela ne peut se faire que sans une bonne coordination et un leadership efficaces.

## II - SITUATION ACTUELLE DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE

### II . 1. Santé de la femme et de la mère

En Côte d'Ivoire, le ratio de décès maternel demeure très important est estimé à plus de 61 fois plus élevé que la moyenne des ratios des pays développés. La mortalité maternelle est essentiellement due à des complications médicales directes (80%) et est consécutif aux différents retards accusés dans la prise de décision pour le recours à des soins, dans l'accès à une structure sanitaire et dans l'administration des soins dans les structures de santé.

*Pour mettre un terme aux décès maternels, néonataux, infantile et infanto-juvéniles évitables, la Côte d'Ivoire doit disposer un système de santé performant capable de prendre en charge qualitativement et quantitativement les besoins des populations dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant. Si le pays dispose d'un important réseau d'établissements sanitaires, on note cependant que ceux-ci, inégalement répartis sur l'étendue du territoire, ne disposent pas, dans leur grande majorité, de toutes les commodités.*

- **Surveillance des grossesses** : Les services de Consultation Périnatale (CPN) sont disponibles dans 99% des structures sanitaires avec des proportions variant entre 94% et 100% selon les régions sanitaires (Evaluation des SONU-2017). On note cependant une insuffisante et tardive utilisation des CPN par les femmes enceintes. En effet, un plus d'une femme sur deux (51,3%) réalise au moins quatre CPN avant l'accouchement. Au regard des données de l'OMS montrant une augmentation de la mortalité périnatale lorsque la femme ne bénéficie que de quatre visites prénatales et qu'une augmentation du nombre de contacts prénatals, indépendamment du pays, est associée à une amélioration de la satisfaction maternelle, l'OMS recommande un minimum de huit contacts. *Il est donc temps d'envisager pour le pays un nombre de huit accouchements avant terme.*

*Plusieurs autres recommandations ont été formulées par l'OMS sur la prévention et le traitement des infections maternelles périnatales, le paludisme pendant la grossesse, les soins intrapartus, la prévention et la prise en charge de certaines complications obstétricales, les soins du nouveau-né, la planification familiale, la santé sexuelle, l'avortement sécurisé. Ces recommandations méritent d'être prises en compte dans le document de Normes et Protocoles des services, car elles basées sur des preuves évidentes.*

- **Accouchement par un personnel qualifié et prise en charge des complications obstétricales** : Malgré l'important réseau d'établissements sanitaires, l'accouchement par personnel qualifié représente (73,6%) moins de trois parturitions sur quatre. Les fonctions des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) sont insuffisamment disponibles dans les établissements sanitaires. Les plus disponibles sont l'administration d'antibiotiques par voie parentérale (91%), l'administration d'utérotoniques par voie parentérale (87,4%) et l'extraction manuelle du placenta (79,4%) et la césarienne (76%). L'administration d'anticonvulsivants (59 %), L'évacuation des restes d'avortement (66 %) sont moyennement offertes. La réanimation du nouveau-né (39%) et

l'accouchement assisté par ventouse (14%) sont les fonctions insuffisamment offertes dans les établissements sanitaires (SONU rapide 2017).

Dans le cadre de la prise en charge des hémorragies du post-partum, la méthode de tamponnement intra-utérin par ballonnet qui est introduite en Côte d'Ivoire depuis 2017, a été utilisée avec succès dans plusieurs cas rapportés par la littérature médicale. Son usage est recommandé par l'OMS soit sous sa forme commerciale, assez onéreuse, soit sous sa forme artisanale, à base de préservatif. *Cette méthode n'est pas implémentée dans toutes les maternités pour insuffisance de promotion ou de prise en compte des documents normatifs.*

On note que sur 412 établissements sanitaires de premier contact, potentiellement SONU, seulement 18 (soit 4,4%) qui offrent les sept fonctions des SONUB et que sur 100 structures de référence, 11 offrent entièrement les 9 fonctions SONU complet soit (11%) (SONU rapide 2017).

Selon les indicateurs de processus des Nations Unies sur les SONU, les SONU sont disponibles dans une aire géographique, lorsque pour 500 000 habitants de cette aire, il existe au moins 5 établissements sanitaires fonctionnels qui sont SONUB dont un moins est SONUC. Sur cette base, la Côte d'Ivoire, avec une population de 24,3 millions d'habitants en 2017, devrait disposer d'au moins 60 SONUC et 254 SONUB. *On en déduit que le pays dispose de très peu de structures de santé offrant les fonctions SONU. En effet, la disponibilité des SONU se résume à 11 SONUC et 18 SONUB.*

*Pour un pays comme la Côte d'Ivoire, à ressources limité, il faut donc envisager un plan de renforcement des SONU basé au départ sur un réseau nécessaires de 254 meilleurs établissements SONU, repartis sur l'ensemble du territoire et fonctionnant en réseau de prise charge des parturientes. Ce réseau au fil du temps s'étendra à l'ensemble des établissements sanitaires offrant les services de santé maternelle et infantile.*

- **Lutte contre les fistules obstétricales :** Si des milliers de femmes survivent annuellement aux complications, il en existe atteintes de troubles aigus ou chroniques dont la fistule obstétricale ou même d'une invalidité permanente. L'absence de données nationales sur la prévalence ou l'incidence des fistules obstétricales ne permet pas de situer l'ampleur du phénomène. Toutefois, les indicateurs de santé maternelle permettent d'envisager une prévalence assez importante des fistules obstétricales.

La lutte contre les fistules obstétricales se fait par le biais d'un projet appuyé depuis 2007 par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et depuis 2012 par la République de la Corée. La prise en charge des fistules obstétricales se réalise généralement lors des caravanes opératoires en impliquant les enseignants et les chirurgiens et les gynécologues au détriment de la routine. *Il faut promouvoir la prise en charge en routine des fistules obstétricales pour mieux pérenniser les acquis du projet que sont la gratuité de la prise en charge, le renforcement des capacités des acteurs et la délégation de taches.*

- **Planification familiale :** Une des raisons de la persistance des taux élevés de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Côte d'Ivoire est l'accès difficile à la planification familiale pour les femmes qui veulent retarder

ou prévenir une grossesse. En éliminant les grossesses non désirées, la planification familiale réduit les niveaux de mortalité et améliore la santé et le bien-être des femmes et de leurs enfants. En 2017, plus d'une femme sur cinq (21,5%) avait utilisé une méthode contraceptive et plus d'une femme sur quatre (26,5%) n'a pas eu son besoin satisfait en planification familiale. Les facteurs principaux liés à cette faible utilisation résident essentiellement dans la faible disponibilité et accessibilité financière des produits contraceptifs et dans le cadre juridique qui interdit l'accès des produits contraceptifs aux jeunes de moins de 18 ans.

En effet, l'accès à la planification familiale volontaire pour tous, constitue un aspect essentiel de la satisfaction du droit fondamental des couples et des individus de choisir le moment de la naissance et le nombre de leurs enfants. L'accès pour tous à la planification familiale représente une composante critique du développement. Les avantages de mettre l'information et les services en matière de contraception à la portée des femmes et des couples qui le souhaitent sont généralement reconnus.

*Il est plus que nécessaire de faire adopter une loi pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive et de mettre fin à toutes les barrières liées à l'accès pour tous à la contraception.*

• **Problèmes de stérilité et désir d'enfant :** Outre les questions liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement, la femme connaît d'autres difficultés dont la stérilité qui est un problème de santé publique. La stérilité touche toutes les sociétés, en particulier les sociétés en Afrique. En réponse à ce problème, plusieurs pays de nord ont adopté l'Assistance médicale à la procréation (AMP) qui regroupe les différentes techniques permettant à un couple infertile d'obtenir une grossesse en favorisant la rencontre entre les gamètes mâles et femelles. En Côte d'Ivoire l'AMP a été introduite depuis quelques années et connaît un progrès notable sans être codifié dans un document normatif et encadré par un cadre juridique approprié.

Sur la question du droit des femmes à l'AMP, la quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes, tenue à Beijing en 1995 tranche pour une accessibilité pour toutes. *A cet égard, le Gouvernement se doit de promouvoir l'AMP et la rendre accessibles aux populations désireuses d'enfant. Il faut pour cela, résoudre les problèmes éthiques dont les embryons surnuméraires, la mère-porteuse, le choix du sexe, la mère du troisième âge, la congélation des embryons, spermatozoïdes et le cas des homosexuels ... Il est donc impératif de disposer une loi sur la santé sexuelle et reproductive prenant en compte ces préoccupations.*

*En résumé, on note que le droit à la vie en donnant la vie et l'accès pour tous aux soins de santé sexuelle et de reproduction ne sont pas encore garantis pour toutes les femmes surtout pour celles défavorisées, démunies ou vivant en milieu rural. Il est plus que nécessaire d'améliorer la qualité des soins, de lever toutes les barrières structurelles, socio-culturelles, financières afin de permettre aux femmes et aux mères de satisfaire leurs besoins et de jouir de leurs droits dans le domaine du bien-être.*

## **II . 2. Santé du Nouveau-Né et de l'Enfant**

Selon un rapport du Fond d'Urgence des Nations Unies pour les Enfants (UNICEF) en 2018, plus de 2,6 millions de nouveau-nés meurent chaque année dans le monde et la région africaine compte les taux les plus élevés de mortalité néonatale au niveau mondial. En Côte d'Ivoire, la probabilité de décéder dans les premiers mois de vie est de 33 pour 1000. La mortalité néonatale étant multifactorielle, les causes et les facteurs de risque sont entre autres, l'âge maternel avancé, la multiparité, l'infection génitale, la prématurité, le faible poids de naissance, l'ictère et la souffrance fœtale aigüe. La quasi-totalité de ces décès pourraient être évités par des interventions simples et à moindre coût, avant et pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et dans la période du post partum. Pour y parvenir, *il faut améliorer la qualité des soins et faire en sorte que les nouveau-nés prématurés, de petits poids et malades bénéficient de services de santé de qualité, notamment la protection thermique par la promotion de la stratégie Mère-Kangourou, les soins hygiéniques du cordon ombilical et soins cutanés, l'allaitement précoce et exclusif, la surveillance des signes indiquant des problèmes de santé graves, le traitement préventif conformément aux nouvelles directives de l'OMS. Il faut en outre renforcer les capacités des mères, des hommes et des populations sur les signes de danger pour une orientation prompte vers les services de santé et pour la continuité des soins à domicile.*

Chez les enfants, on enregistre 27 décès d'enfants de moins d'un an et 96 décès d'enfant de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes selon le MICS-2016. La grande majorité de ces décès infantiles est évitable, car les principales causes sont la pneumonie, la diarrhée, la naissance prématurée, l'infection néonatale, le paludisme, le manque d'oxygène à la naissance. Le cancer est aussi une cause majeure de décès chez les enfants et les adolescents. Les décès évitables imputables aux cancers pédiatriques résultent de plusieurs facteurs dont l'absence de diagnostic ou le diagnostic erroné ou tardif, les difficultés d'accès aux soins. *Pour améliorer les issues pour les enfants atteints du cancer qui n'est généralement ni évitable et ni dépistable, il faut un diagnostic précoce et précis, suivi d'un traitement efficace.*

De nombreux autres facteurs dont la nutrition, se conjuguent et accroissent la morbidité et la mortalité infantile. Depuis quelques années, sur proposition de l'OMS et de l'UNICEF, le pays met en œuvre la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) pour réduire la morbidité, la mortalité et les incapacités et à améliorer la croissance et le développement des enfants de moins de cinq ans. *Cette stratégie, faite de trois composantes principales d'amélioration des compétences du personnel soignant, du système de santé et des pratiques familiales et communautaires en matière de santé, intégrée dans les curricula de formation dans les écoles de base, doit être mise en œuvre effectivement dans les établissements sanitaires et dans les communautés.*

## **II . 3. Santé des adolescents et jeunes**

Depuis la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement (1994), l'accès des adolescents et jeunes aux services de santé reproductive est devenu une préoccupation majeure des Etats et surtout pour ceux à faible revenu. Au cours de cette période de leur vie, les jeunes et

adolescents particulièrement sensibles à la pression des pairs et n'ayant pas de jugements rationnels sur les risques encourus de certains comportements, prennent des décisions qui mettent leur vie en danger. Ainsi, les IST/VIH/SIDA, les grossesses non désirées, les avortements à risques et les complications obstétricales menacent fortement la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

En effet, en Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 64 ans est de 2,9 % avec une prédominance chez les femmes (4,1 %) sur les hommes (1,7 %) (CIPHIA-2017-2018). Selon le rapport de 2019 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), les nouvelles infections parmi les filles âgées de 15 à 24 ans sont plus de trois fois supérieures à celles des garçons.

On note par ailleurs, une précocité des rapports sexuels et un nombre important de grossesses dont la plupart n'est pas désirée. En effet, 127 filles âgées de 12 à 15 ans du primaire, sont tombées enceintes au cours de l'année scolaire 2017-2018. Dans le secondaire, 4 034 cas de grossesse ont été enregistrés entre 2017 et 2019, en dépit de la sensibilisation accrue de la campagne « Zéro grossesse à l'école » depuis 2013 (DSPS-MEN). S'agissant de l'issue de la grossesse, on note une incidence élevée d'interruption volontaire de grossesses avec 69,3 et 57,8 cas pour 1000 adolescents et jeunes pour respectivement les classes d'âges de 15-19 et 20-24 ans.

Au regard de cette situation, il est plus que nécessaire de briser les tabous liés à la sexualité et renforcer les stratégies axées davantage sur l'Education Complète à la Sexualité (ECS) qui fera progresser les droits humains, l'égalité des sexes et l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. L'ECS est un processus d'enseignement et d'apprentissage qui vise à doter les adolescents et les jeunes de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de :

- s'épanouir dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité ;
- développer des relations sociales et sexuelles respectueuses ;
- réfléchir sur les conséquences de leurs choix sur leur bien-être personnel et celui des autres
- et de comprendre leurs droits et les défendre tout au long de leur vie.

*Tous les Ministères adressant les questions de population, notamment ceux en charge de l'éducation, de la santé et de la femme et famille, les organisations non gouvernementales, les travailleurs auprès des adolescents et jeunes sont interpellés pour la mise en œuvre des principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité, à cause de l'énorme retard que nous avons accusé dans ce domaine. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers ses établissements sanitaires devra intégrer ces principes directeurs de façon à offrir des services de santé sexuelle et reproductive de qualité adaptés aux besoins des adolescents et jeunes.*

## **II . 4. Santé des hommes**

La santé sexuelle et reproductive des hommes bien que constituant une préoccupation ne fait pas l'objet d'actions spécifiques. En effet, les hommes sont confrontés aux problèmes des IST/VIH/SIDA, d'infertilité, d'infécondité et de

cancers génitaux. Par ailleurs, dans nos société où l'homme à le dernier mot, sa participation à la résolution des problèmes de santé familiale doit être prise en compte. De plus les personnes du 3<sup>ème</sup> âge ont d'autres besoins spécifiques.

S'agissant du VIH, sa prévalence chez les personnes âgées de 15 à 64 ans en Côte d'Ivoire est de 2,9 % (4,1 % chez les femmes et 1,7 % chez les hommes) (CIPHIA 2017-2018). La prévalence de la suppression de la charge virale (SCV) chez les adultes séropositifs âgés de 15 à 64 ans en Côte d'Ivoire est de 40,2 % : 45,9 % chez les femmes et 27,7 % chez les hommes CIPHIA 2017-2018). Les groupes les plus touchés par les IST et le VIH sont les hommes en tenue, les enseignants, les chauffeurs routiers et leurs apprentis, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les hommes en milieu carcéral. Bien que les services soient disponibles, on note cependant un faible niveau de dépistage du Vih chez les hommes par insuffisance de fréquentation des services. *Il est plus que nécessaire de vulgariser des stratégies innovantes de dépistage du Vih pour toucher plus d'homme comme par exemple l'Index Testing...*

En ce qui concerne les cancers génitaux chez l'homme, celui de la prostate est plus fréquent et représente 26% des cancers de l'homme (Gondo J., 1998). On note l'existence d'un programme national de lutte contre le cancer et des efforts sont faits par le pays pour la disponibilité des services complets avec la radiothérapie. En effet le 1<sup>er</sup> Centre National de radiothérapie inauguré le 18 décembre 2017, a effectivement ouvert ses portes le 25 janvier 2018 avec une affluence notable des patients. Le centre comprend, entre autres, des services d'oncologie, de radiothérapie, d'oncologie médicale, un laboratoire, une pharmacie avec des équipements de pointe composés de deux accélérateurs linéaires des particules, un scanner de simulation, un appareil de curiethérapie et un détecteur de radioactivité. Ce centre est disponible à Abidjan.

Toutefois, on note une insuffisance d'interventions pour la prévention des cas et de couverture nationale en services de prise en charge. En outre, les populations sont peu informées sur la maladie. Les activités de sensibilisation sont très rares et ne sont pas intégrées dans le paquet minimum d'activités des services de la santé de la mère et de l'enfant. Le dépistage du cancer de la prostate n'a pas encore connu un niveau satisfaisant de réalisation. Ce cancer peut être traité efficacement à condition d'être diagnostiqué précocement. Les principaux facteurs de risque identifiés des cancers de la prostate et du testicule sont l'âge, les facteurs familiaux, l'alimentation, les antécédents de vasectomie, le taux des hormones sexuelles et la masse corporelle. *Pour améliorer les issues pour les hommes face au cancer, il faut améliorer les séances de sensibilisation des populations sur les facteurs de risque et les signes d'appel. De plus, les prestataires de santé non spécialiste dans le domaine devront être coachés en vue d'un diagnostic précoce. Pour rapprocher les services des populations, au moins un centre de prise en charge dans le Grand Nord, le Grand Centre, le Grand Ouest et le Grand Est.*

L'infertilité touche également les hommes et elle constitue l'une des crises les plus profondes que vivent les couples qui y sont confrontés eu égard à l'importance accordée à la maternité dans la société ivoirienne. On note une ignorance des hommes sur les problèmes d'infertilité et une non connaissance des services

disponibles. Les causes de l'infertilité peuvent être masculines, féminines, ou mixtes. Chez l'homme, l'infertilité peut résulter des troubles de la spermatogenèse, des infections des voies génitales (sperme non fécondant, absence de spermatozoïdes).

Il est reconnu que les hommes jouent des rôles importants et souvent dominants dans les décisions pour la santé reproductive des femmes, on constate cependant ils constituent souvent un obstacle à la santé de la famille ou s'impliquent insuffisamment dans la promotion de la santé reproductive de leur épouse et de leurs enfants. L'implication des hommes est une stratégie prometteuse pour traiter certains des problèmes de santé reproductive les plus urgents comme par exemples enrayer la propagation du virus du SIDA et d'autres infections sexuellement transmissibles, éviter les grossesses non souhaitées et réduire le besoin non satisfait de planification familiale, encourager la maternité sans risques et pratiquer une paternité responsable ainsi qu'à mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des enfants. La politique encourage la mise en œuvre de stratégies novatrices d'implication des hommes dans la santé sexuelle, reproductive et infantile.

En plus des problèmes de santé cités chez les hommes et les femmes en général (cancers génitaux et mammaires, pathologie de la prostate), les personnes du 3<sup>ème</sup> âge présentent d'autres besoins spécifiques en santé. Il s'agit des maladies liées à l'inactivité telles que la perte d'autonomie et les troubles du mémoire qui affectent leur santé physique et reproductive. L'information des communautés et des individus sur les symptômes pour une consultation en vue d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate pourrait permettre d'améliorer leur compétence de vie sexuelle.

En résumé, on note :

- Une insuffisance de dépistage des IST/VIH/SIDA chez les hommes liés aux considérations socio-culturelles surtout en milieu rural ;
- Une ignorance des hommes sur les services et les risques des cancers génitaux de l'homme, des causes de l'infertilité et de l'infécondité;
- Une disponibilité insuffisance des services de traitement des cancers qui ne sont concentrés qu'à Abidjan. Les autres régions du pays n'en disposent pratiquement pas ;
- Les spécialistes en urologie ne sont pas disponibles dans les régions sanitaires de l'intérieur et les spécialistes en andragogie sont quasi inexistantes pour la prise en charge des hommes du 3<sup>ème</sup> âge.

Ainsi donc le renforcement des capacités des établissements sanitaires pour la prise en compte des problèmes de santé des hommes et des personnes du 3<sup>ème</sup> âge est plus que nécessaire.

## **II . 5. Environnement de l'offre des soins**

L'offre de soins en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé infantile est fortement lié aux ressources humaines, à la réalisation de tâches déléguées, au recours à la médecine traditionnelle, à la disponibilité de médicaments et de

plateau technique de qualité mais aussi à la pratique d'actes nuisibles à l'optimisation de la fréquentation des structures et services de santé.

### **II.5.1. Disponibilité des ressources humaines**

Selon le rapport sur le développement dans le monde de la Banque mondiale, publié en 1993, tous les pays à quelques exceptions près, se heurtent aux mêmes problèmes fondamentaux pour ce qui est des ressources humaines dans le secteur de la santé : « Il n'y a pas assez de dispensateurs de soins primaires, il y a trop ou pas assez de spécialistes, le personnel de santé est concentré dans les zones urbaines ... »

En Côte d'Ivoire, le problème des ressources humaines ne se pose pas en termes d'effectif puisque les normes OMS (1 médecin pour 10000 habitants, 1 Infirmier pour 5000 habitants et 1 sage-femme pour 3000 FAR) ont été atteintes de façon globale au niveau national. Ainsi selon le RASS 2018, en 2018, le ratio national était d'un (01) médecin prestataire de soins pour 7 354 habitants (1,4 médecin pour 10 000 habitants), 2,3 infirmiers pour 5 000 habitants et 2,7 sages-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer (FAP), soit une (01) sage-femme pour 1 104 FAP.

Le problème des ressources humaines en Côte d'Ivoire se pose dans le professionnel du personnel de santé et dans sa répartition spatiale sur toute l'étendue du territoire nationale. En effet, on note que les établissements sanitaires du sud disposent d'un nombre pléthore de prestataires que ceux des autres régions du pays qui n'ont pas le minimum essentiel. Dans le sud du pays, les prestataires généralement travaillent quelques heures dans la semaine. S'agissant du professionnel du personnel, les études et rapports de supervision indiquent que l'insuffisance de la qualité des soins est majoritairement attribuée à l'insuffisante responsabilité professionnelle et compétence des prestataires (Dr AHIMON 2002). Cette situation résulte du faible engagement des agents à travailler dans le public comparé à ce qu'ils font dans le secteur privé en vacation. Non seulement ces agents consacrent peu de temps au travail pour lequel ils sont payés mais détournent souvent les malades vers leurs cliniques privées. On note par ailleurs chez une grande partie du personnel les manquements à la déontologie, le mépris et l'humiliation des malades, la négligence. Ces pratiques contraignent les populations à se faire soigner à des coûts plus élevés puisque se tournant vers le privé ou la médecine traditionnelle. *Il est alors impératif de trouver une solution pour remédier à cet état de chose, en envisagent par exemple une réglementation de l'autorisation d'exercice en clientèle privée pour les agents de l'Etat et en appliquant des sanctions disciplinaires aux agents ayant commis des fautes graves liées à la conscience professionnelle.*

*Il faut aussi se rendre à l'évidence que pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, il faut disposer d'un personnel de santé compétent, qualifié, consciencieux, motivé dont le rendement est optimal. Il importe que les agents de santé aient une idée claire de leurs responsabilités et de leurs droits. Ils doivent aussi comprendre comment ces droits et ces responsabilités peuvent évoluer, selon que la situation dans laquelle ils se trouvent est paisible ou soumise à une pandémie ou un conflit armé. L'employeur doit à son tour comprendre que les agents de santé, même qualifiés, ne seront pas en mesure d'offrir leurs services de manière*

*efficace s'ils ne disposent pas d'outils, d'équipements et matériels de qualité, d'intrants et produits renouvelables et de motivation.*

### **II.5.2. Délégation de tâches**

Les directives de l'OMS "Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale" (Optimiser la SMN) contiennent des recommandations fondées sur des données factuelles pour la mise en œuvre, sans risque, d'interventions essentielles en matière de santé maternelle et néonatale par différentes catégories d'agents de santé. Ce document résume les recommandations de l'OMS concernant les différentes catégories, du personnel non médical aux prestataires de niveau intermédiaire, qui peuvent être formées et encouragées à fournir, en toute sécurité des soins et services qui sont dévolus à d'autres catégories de prestataires.

L'employeur est légalement responsable pour ce qui est d'engager le personnel approprié, de formuler par écrit les politiques et procédures de délégation, y compris de préciser qui délègue quoi à qui ainsi que le processus de délégation et les lignes directrices des soins. C'est dans cette optique, le Ministère en charge de la santé à travers la DC-PNSME a élaboré le document de «Politique de Délégation de Tâche » en matière de santé sexuelle, reproductive et infantile en 2019 dont les fondements se réfèrent à cette orientation de politique. Ainsi, l'offre de soins en SSRMNIA est fortement influencée par la délégation de tâches.

L'étude SONU-2017 indique que le taux de césarienne reste encore faible et se situe à 2,9% alors que les directives des SONU des Nations Unies recommandent un taux de césarienne compris entre 5% et 15%. Cette situation résulte de l'insuffisance des ressources humaines dans les services de santé maternelle. *Avec la rareté des ressources humaines qualifiées comme les gynécologues-obstétriciens et les chirurgiens, il est plus que nécessaire de mettre en œuvre la politique de délégation de tâches visant à rendre compétents des médecins généralistes à travers une formation de six mois (dont un mois théorique et cinq mois de pratique chirurgicale) pour réaliser des interventions de base dont la césarienne dans les hôpitaux de référence.* Cette politique de délégation de tâches est mise en œuvre au Burkina Faso, avec la formation de plus de deux cents médecins généralistes qui ont réalisé plus de 25 000 césariennes dans les hôpitaux de district entre 1992 et 2009 dans tout le pays. La contribution des hôpitaux de district dans la réalisation des césariennes a augmenté et atteint 40 % en 2006. En Ouganda, la majorité des soins chirurgicaux ne sont pas fournis par des chirurgiens, mais par des médecins et des travailleurs de la santé qui ne sont pas des médecins. La délégation des tâches apporte la solution à la pénurie de médecins et d'autres intervenants en santé.

### **II.5.3. Praticiens de la médecine traditionnelle**

Les populations dans leur grande majorité, surtout celles démunies, vivant en milieu rural ou dans les zones éloignées, recourent de plus en plus aux soins traditionnels parce qu'ils sont plus accessibles, moins coûteux et mieux perçus par ces populations. Lorsqu'elle est de qualité, elle permet de favoriser les

traitements de santé dans les zones rurales reculées où les systèmes de soins conventionnels sont moins présents.

*L'Etat doit œuvrer pour garantir la qualité de la médecine traditionnelle en la basant sur les méthodes et des outils scientifiques, de façon à la rendre bénéfique à toutes les populations. Pour beaucoup, elle constitue la principale voire l'unique source de soins. Elle peut contribuer grandement à l'accès à la médecine pour tous et à l'établissement d'une couverture sanitaire universelle.*

C'est ce contexte que le programme de promotion de la médecine traditionnelle est créé. Son but principal est de détecter les praticiens dont leur science est testées efficaces sur certaines pathologies, d'améliorer le cadre institutionnel, règlementaire et l'exercice. Ainsi, en rapport avec les directives de l'OMS, ces acteurs sont intégrés au système de santé. Ils apportent un appui dans la sensibilisation, l'orientation rapide pour une prise en charge adéquate et rapide des femmes, des mères, des enfants et des hommes. *Connaissant les signes de danger pour la santé de ces différentes cibles, ces acteurs peuvent contribuer à lutter contre les retards liés à la prise de décision et l'accès aux soins de santé conventionnels.*

#### **II.5.4. Disponibilité des matériels et des équipements médicaux, plateau technique**

Dans les services de planification familiale, de surveillance de la grossesse et de l'accouchement, de prise en charge des enfants, les équipements et matériels sont en général insuffisants et vétustes. L'évaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des services obstétricaux réalisée à Abidjan par le PNSR/PF en 2004 a déploré l'insuffisance de boîtes d'accouchement dans 28,9% de ces maternités. L'étude SONU-2017 a indiqué que sur 34% des établissements de référence n'ont pas de bloc opératoire, 61% des maternités n'ont pas de moyen de communication, 53% ne disposent pas de salle réservée aux femmes en travail. Le laboratoire d'analyse médicale (42%), la source d'eau salubre (82%), l'électricité (91%), le moyen de transport fonctionnels pour les évacuations (63%) relativement disponibles.

*Pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, l'employeur doit œuvrer pour que les établissements sanitaires disposent d'outils, d'équipements et matériels de qualité, d'intrants et produits renouvelables.*

#### **II.5.5. Disponibilité des médicaments**

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

Toutefois des efforts sont faits par l'Etat et ses partenaires pour assurer la sécurisation des produits de santé sexuelle, reproductive et infantile à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. D'où des processus de quantification annuelle

pour adapter les besoins en vue de passer les commandes adéquates. Toutefois l'on note des ruptures fréquentes dans certaines structures de santé au dernier kilomètre.

*Le médicament constitue pour la population, l'élément privilégié des soins. Sa non disponibilité est considérée comme un facteur de mauvaise prise en charge. Alors le Gouvernement doit renforcer les interventions pour une disponibilité permanente et renouvelée des produits car par exemple pour la planification familiale sans produit, elle ne peut pas exister.*

### **II.5.6. Référence et contre référence**

Le système de référence est l'ensemble des dispositions prises pour permettre d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence et capacités pour lui assurer une meilleure prise en charge. La contre référence est la démarche inverse pour assurer la suite de la prise en charge et le suivi post-hospitalier. Le système de référence ne porte pas uniquement sur le transfert et le re-transfert des patients, mais prends également en compte le système d'information, le système de financement et l'interaction et la coordination entre les différentes formations sanitaires, les mécanismes de coopération au sein des équipes de prise en charge.

La référence et la contre référence qui constituent des pièces maîtresses de la lutte contre la mortalité maternelle dans le cadre de la stratégie de soins obstétricaux d'urgence, sont insuffisamment mises en œuvre. En effet, on note des défaillances dans la préparation de l'urgence obstétricale par le centre qui réfère, l'acheminement des patientes référées et dans l'accueil de l'urgence à la maternité de référence.

Les services sont insuffisamment organisés pour fournir des prestations de qualité et assurer la continuité des soins. Il n'existe pas de manuel spécifique des procédures pour la référence et contre référence dans les établissements sanitaires décrivant :

- Le circuit du malade ;
- Le paquet minimum de soins par niveau ;
- Les outils de référence et contre référence ;
- Le transport des cas d'urgence ;
- Les moyens de communication ;
- La stratégie managériale de référence et contre référence ;
- Et le cadre de mise en œuvre et de suivi évaluation du système de référence et contre référence.

Les frais de transport, les tarifs de soins, le déficit de dialogue entre prestataires et patients, la corruption et la sur-tarifcation des actes et des médicaments au niveau de l'hôpital de référence constituent les barrières les plus importantes par rapport à la référence.

Si des références sont faites le plus souvent, on note une grande insuffisance pour les contre-références alors que ces dernières constituent une voix pour le renforcement des capacités des acteurs de la structure ayant référé.

### **II.5.7. Surfacturation des coûts/actes et Racket**

L'environnement de soins est souvent mis en mal par certaines pratiques non appropriées par certains acteurs de la santé. Bien que ne disposant pas d'étude formelle, il ressort de certaines missions de suivi et de supervision, des plaintes de populations relatives à des actes de surfacturation des coûts et de rackets dans des structures et services de santé.

La tarification des actes, des hospitalisations et des médicaments est faite par le niveau central et teint compte des niveaux de soins. Sur le terrain, on constate que les prix des prestations ne sont pas affichés, les populations sont très peu informées sur les différents couts des services de santé si bien que des agents de santé exigent très souvent dans les établissements public des paiements préalable à la prise en charge ou des suppléments pour traiter les malades. Dans ce cas, les populations préfèrent s'adresser à la médecine traditionnelle ou au secteur privé si ceux-ci existent et sont abordables. Ces deux secteurs sont souvent prisés, en raison de la qualité de l'accueil, relativement personnalisé et de l'absence de sur tarification. *Il est temps que les inspecteurs de santé et tous les responsables jouent effectivement leur rôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en vue d'identifier les agents fautifs et faire les mesures disciplinaires à leur rencontre. Aussi, une communication suffisante sur les différents coûts des actes de santé devra être de mise pour que les populations soient suffisamment informées et s'orientent vers les services adéquats en cas de besoins.*

### **II.5.8. Médecine de proximité et utilisation de la pyramide des soins par les populations**

La politique des SSP/IB a eu pour objectif de fournir des soins curatifs et préventifs de base pouvant être administrés par des non médecins, en réponse au lourd déficit de ressources humaines de l'époque. La mise en œuvre de cette politique a conduit tous les médecins à œuvrer dans les villes alors que les habitants des zones rurales (49,9%) représentant la moitié de la population totale (RGPH-2014), n'en disposent pas. Au regard du nombre pléthore de médecins exerçant dans plusieurs établissements sanitaires des grandes villes, il est temps de développer la médecine de proximité pouvant mettre à contribution et en première ligne des médecins dans le monde rural. Ainsi, en réalisant en milieu rural le suivi des femmes enceintes et les accouchements, en dépistant les complications obstétricales avec des références appropriées, en renforçant la planification familiale, le médecin contribuera efficacement dans la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Cette approche de médecine de proximité doit être accompagnée par un renforcement des capacités d'interventions des établissements de référence dans toutes les aires de santé des districts sanitaires afin d'éviter les évacuations interminables.

### **II.5.9. Qualité des services, intégration des composantes de la santé sexuelle, reproductive et infantile**

Depuis quelques années, l'on note des insuffisances dans l'offre et la qualité des soins et services SMNI même si des efforts sont faits pour améliorer la santé des mères et leurs enfants. Les facteurs responsables de cette insuffisance sont l'insuffisante disponibilité des documents des normes et procédures SR dans les maternités du pays, la rareté des activités de supervision réalisées dans la quasi-

totalité des districts, l'insuffisance de personnel de santé formé pour prendre en charge l'ensemble des problèmes de la santé de la mère et de l'enfant, l'insuffisante adéquation entre les contenus de l'enseignement dispensé dans les écoles de formation de base et les besoins en matière de santé sexuelle, reproductive et infantile, l'insuffisance de rencontres périodiques entre les acteurs des structures périphériques et celles de référence pour améliorer la qualité des soins, l'insuffisante d'application de sanctions pour corriger les agents fautifs ou responsables de fautes lourdes.

Des études ont montré que la dégradation de la qualité des services fournis par les agents de santé est due en partie à une insuffisance de capacité des agents de santé sortis des écoles de formation. En effet, l'analyse situationnelle de la santé de la reproduction dans les districts sanitaires de Bouaflé et de Bondoukou a révélé que les relations entre prestataires et patients n'ont pas été suffisamment conviviales et que la salutation n'est pas cordiale pour près de deux clientes sur cinq (DC-PNSR/PF 1999). Dr AHIMON, dans son étude sur la qualité de la prise en charge de la parturiente et du nouveau-né en 2002, a indiqué que les agents de santé dans leur grande majorité n'utilisent pas le partogramme malgré une large diffusion de cet outil au niveau des établissements sanitaires. En outre, le placenta est pesé mais est rarement examiné après l'accouchement, acte cependant capital pour la détermination de l'opportunité d'une révision utérine, d'autant plus que la mortalité maternelle est le plus souvent liée à une hémorragie de la délivrance. Un audit clinique sur les "échappées belles" (CRESARCI 2001) a montré que l'insuffisance de qualité des soins est majoritairement attribuée au personnel, suivi de l'organisation et de la gestion des soins. La stratégie de la revue des décès maternels qui contribue à améliorer la qualité des soins est insuffisamment réalisée à l'échelle nationale dans les structures de référence.

L'évaluation de la qualité des soins réalisée en 2016 par la DC-PNSR/PF au CHU-Treichville et dans les Hôpitaux généraux de Treichville, Marcory, Koumassi et de Port-bouet a indiqué une insuffisance de prise en charge du travail prématuré et de l'éclampsie, la réalisation des épisiotomies sans anesthésie au préalable, la rupture de Kit de gratuité (Césarienne, Accouchement normal, Nouveau-né), l'absence de prise en charge des pathologies des nouveau-nés dans les hôpitaux généraux, une insuffisance des Soins pédiatriques d'urgence et de la Lutte contre l'infection. Par ailleurs, plus de 50% de matériels ne sont pas disponibles dans les différentes structures visitées et la plupart des structures sanitaires ne disposent pas de services de chirurgie pédiatrique.

La qualité des soins est primordiale dans la santé maternelle, car elle est déterminante dans les décisions liées aux premiers et deuxième retards d'accès aux services de maternité et dans le choix de l'endroit où accoucher.

Pendant de nombreuses années, au niveau mondial et des pays, les décideurs, les partenaires techniques et financiers, les gouvernements et planificateurs se sont concentrés sur l'élargissement de la couverture des soins obstétricaux anténatals, périnatals ou du post-partum au détriment de leur qualité. Une attention moindre a été accordée au contenu de cette couverture. Cette situation a permis d'observer dans plusieurs pays un lien étroit entre le niveau élevé de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale et le nombre élevé de la couverture sanitaire. C'est le cas de la Côte d'Ivoire qui dispose d'un réseau d'établissements sanitaires plus

important que celui du Burkina Faso et qui en même temps a un ratio de décès maternel plus élevé que celui de ce pays.

*L'amélioration de la qualité des soins est d'une importance capitale pour assurer aux femmes une meilleure santé, accroître l'accès et le recours aux services de santé maternelle et employer efficacement des ressources limitées. Pour permettre aux femmes de jouir de leur droit de donner la vie en gardant la vie, il est plus que primordial de faire de la qualité des soins le défi le plus prioritaire à relever au cours de cette décennie.*

#### **II.5.10. Pratiques néfastes à la santé sexuelle, reproductive et infantile**

La méconnaissance des pratiques familiales essentielles (alimentation du nouveau-né, soins aux enfants à domicile...) et les obstacles à l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux contribuent au mauvais état de santé de la femme, du nouveau-né et de l'enfant.

La persistance de la pratique courante des avortements à risques et des Mutilation Génitale Féminine (MGF) qui s'urbanise et la recrudescence des violences sexuelles malgré l'existence des lois constituent un danger pour la santé maternelle et infantile. Il en est de même pour d'autres pratiques socioculturelles telles que les mariages précoces, le lévirat, le sororat, les préjugés et les tabous culturels. A ces pratiques ancestrales, s'ajoute la prise en compte insuffisante de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive dans les programmes scolaires ainsi que le déficit de communication sur la sexualité dans les familles.

Il est plus que nécessaire que des mesures idoines soient prises pour renforcer la prise de conscience accrue des individus et des communautés sur les pratiques néfastes à la santé sexuelle, reproductive et infantile. Aussi, l'implication de tous les ministères techniques s'avère-t-elle nécessaire. Ces actions devront intégrer l'éducation sexuelle complète à l'endroit non seulement des enfants mais aussi des parents pour qu'ils comprennent le bien-fondé de cette stratégie pour leurs progénitures. Les autorités administratives, politiques, religieuses et traditionnelles devront:

- Adopter une approche fondée sur les droits dans le domaine de la santé en matière de procréation ;
- Sensibiliser les populations pour une prise de conscience du mal que peuvent causer certaines pratiques traditionnelles spécifiques ;
- Promouvoir et encourager le leadership des femmes sur les questions touchant à leur santé et leurs droits
- Encourager la participation des hommes aux activités liées à la santé sexuelle et reproductive, afin de promouvoir la prise de conscience en ce qui concerne les pratiques traditionnelles néfastes ;
- Encourager la participation communautaire afin de contribuer à l'identification des pratiques traditionnelles néfastes, l'évaluation de leur impact sur la santé de la femme et à leur élimination pour le développement socioéconomique durable.

*Le développement durable ne peut être atteint tant que des solutions ne seront pas trouvées aux questions liées aux pratiques traditionnelles néfastes sur la santé des femmes et à leurs droits fondamentaux. C'est pour cela que la santé des femmes en général et la santé sexuelle et reproductive en particulier ne doivent pas être*

*perçues comme une fin en soi, mais une ressource pour la contribution des femmes au développement socioéconomique durable, juste et équitable.*

### **II.5.11. Secteur privé**

Bien que des efforts soient faits pour le renforcement de la collaboration entre le secteur privé lucratif et le secteur public, cela reste encore très insuffisant. Vu que le réseau de soins privé absorbe une grande partie de la population, il s'avère très nécessaire d'accélérer au niveau de chaque région sanitaire et chaque district sanitaire, un renforcement des liens car le système de santé est une et indivisible et s'administre par l'Etat.

## **II . 6. Financement de la santé sexuelle, reproductive et infantile**

Le capital humain constitue l'atout le plus précieux de toute société. Ayant compris l'importance de l'investissement de la santé sur le développement économique, les pays d'Afrique ont à plusieurs reprises pris l'engagement d'augmenter et de promouvoir les investissements dans le secteur de la santé. Ainsi en avril 2001, les chefs d'État et de gouvernement se sont réunis à Abuja au Nigéria où ils ont pris un engagement financier en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en annonçant d'allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé.

Dix années après la prise de cet engagement, le rapport de la réunion du 24 au 27 mars 2011, des experts de l'UA a indiqué que seulement 6 des 53 États membres de l'Union africaine ont honoré les engagements d'Abuja. En outre, 32 des 53 États membres de l'UA investissent toujours moins de 20 dollars américains par tête d'habitant dans le secteur de la santé, soit moins de la moitié des 40 dollars recommandés par l'OMS. Les ressources financières restent insuffisantes pour résoudre l'ensemble des problèmes du secteur de la santé.

En Côte d'Ivoire le budget alloué au secteur de la santé par l'Etat de Côte d'Ivoire a évolué progressivement et est passé de 105 milliards FCFA en 2011 à 415 milliards FCFA en 2018, sans pouvoir honorer l'engagement de 15%. C'est seulement en 2000 que la loi de finance 2020 a consacré 16,6% budget national à la santé conformément aux engagements pris par les chefs d'Etat et de Gouvernement à Oslo et à Abuja sur le financement de la santé (Côte d'Ivoire-AIP, du 11/10/2019).

Cette allocation budgétaire doit contribuer à la mise en œuvre effective de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Le taux de couverture de la CMU fixé par la loi est de 70%. Ainsi les assurés doivent payer leur ticket modérateur qui est de 30% du montant des tarifs des actes couverts par la CMU. Le panier de soins de la CMU se compose des actes médicaux suivants :

- les consultations (consultations effectuées par les médecins généralistes et spécialistes, les infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat),
- les consultations et soins des urgences médico-chirurgicales (prise en charge immédiate aux urgences des hôpitaux des patients dont le pronostic vital est engagé)
- les hospitalisations médicale et chirurgicale (frais de séjour des patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation).

Les actes de la CMU devront permettre de prendre en charge les principales problématiques de santé publique rencontrées en Côte d'Ivoire ainsi que leurs traitements médicamenteux à des coûts accessibles à toutes les populations résidant en Côte d'Ivoire.

Il est cependant regrettable que la planification familiale, intervention à très haut impact pouvant réduire très significativement le niveau élevé de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile, ne soit pas prise en compte dans la CMU. *Aussi, des actions de plaidoyer et de mobilisation doivent s'organiser en direction des autorités du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Direction de la CMU pour intégration de cette stratégie.*

*Au regard des ressources financières insuffisantes pour la santé sexuelle, reproductive et infantile, il faut promouvoir les solutions les plus coûts-efficaces pour le patient et le système de santé national.*

## **II . 7. Situation de crise sanitaire ou humanitaire**

La pandémie à Covid 19 perturbe fortement la disponibilité et l'offre de soins en matière de santé sexuelle, reproductive et infantile. En effet depuis son apparition le 11 mars 2020, elle a progressé rapidement pour atteindre moins de 2 mois plus tard plus de 800 cas confirmés, une centaine de personnes guéries et 9 décès. L'OMS estime que cette pandémie aura plus de conséquences en Afrique que partout ailleurs parce que nos différents systèmes de santé n'ont pas été préparés pour apporter une réponse adéquate. Cette situation est durement ressentie dans les services de santé maternelle, infantile et infanto-juvénile, où les équipements et matériels de protection sont très peu disponibles. Les prestataires sont très peu informés sur la conduite à tenir face au COVID-19. Dans la population, on note que le stress, la mobilité limitée et les perturbations des moyens de subsistance ont augmenté la vulnérabilité des femmes et des filles.

Ainsi, s'avère-t-il nécessaire que le pays puisse se préparer à toute forme de crise humanitaire et sanitaire à travers des mécanismes diversifiés et permanents surtout en matière de santé de la mère et de l'enfant.

## **II . 8. Droits des populations en santé sexuelle, reproductive et infantile**

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. Elle revêt une importance vitale pour tous les êtres humains et constitue le bien le plus précieux.

Les droits en matière de reproduction reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction.

Le droit à la santé implique l'accès aux services de santé. L'accomplissement du droit à la santé suppose que le pays mette en place des services de santé qui soient disponibles en toutes circonstances, accessibles à tous, adaptés aux besoins des populations, de bonne qualité, conformes à l'éthique médicale et

respectueux des différences biologiques et culturelles. Il passe par la prévention à travers l'éducation à la santé et la vaccination. Le droit à la santé de la reproduction implique qu'il faut tout faire pour éviter les décès maternels, néonataux et infantiles.

Pour les enfants, le droit à la santé implique aussi l'accès aux soins pré et post-natals des mères y compris la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'allaitement, la vaccination, l'éducation sexuelle adaptée au sexe et à l'âge, la protection contre le harcèlement et les abus sexuels et le mariage infantile.

Pour les adolescents et jeunes, il faut assurer une éducation sexuelle adaptée au sexe et à l'âge, assurer l'accès aux informations sur la santé sexuelle et reproductive et aux services adaptés à leurs besoins y compris les conseils personnalisés et l'accès aux contraceptifs modernes, veiller à la protection contre le mariage forcé et à la prévention de la violence sexuelle et autres violences basées sur le genre y compris l'élimination des mutilations génitales féminines, assurer l'accès à l'ensemble complet de services de soins reproductifs intégrés y compris la protection contre les IST/VIH/sida, les soins après avortement et l'avortement sécurisé selon le Protocole de Maputo ratifié par la Côte d'Ivoire.

Pour les adultes, il faut garantir l'accès à l'information et aux services de planification familiale de manière à planifier les grossesses et à se protéger contre les IST/VIH/SIDA, assurer le droit de décider si on souhaite ou non se marier, de décider du moment du mariage et du choix du partenaire, assurer l'accès à un ensemble complet de services de soins reproductifs intégrés, tels que l'accès à l'accouchement assisté par un personnel qualifié, aux soins obstétricaux d'urgence, aux soins après avortement et à l'avortement sécurisé, au traitement contre l'infertilité et l'Assistance Médicale à la Procréation.

Pour les personnes plus âgées, en plus de l'information et aux services de planification familiale et IST/VIH/SIDA, il faut garantir l'accès à l'information sur la ménopause, au dépistage et à la prise en charge du cancer de la prostate.

L'éducation complète à la sexualité, la défense et la promotion des droits des femmes avec pour objectif d'opérer des changements à l'intérieur du système de santé, du dispositif juridique et du système de l'éducation, l'égalité et l'équité entre les sexes sont inclus dans les droits de la reproduction.

Par ailleurs, il est important de ne pas occulter certains droits en matière de sexualité et de reproduction entre autres le droit de ne pas être soumis à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications ainsi qu'au libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.

La prise en compte du respect des droits humains implique d'assurer la continuité des soins aux populations en situation de crise humanitaire et ou sanitaire à travers la mise en place d'un Dispositif Minimum d'Urgence adapté, basé sur un plan de contingence préalablement disponible.

## II . 9. Défis et priorités pour la santé sexuelle, reproductive et infantile

L'analyse de la situation et de l'offre de soins et de l'environnement en matière de santé sexuelle, reproductive et infantile permet de ressortir les défis et priorités suivants résumés dans le tableau ci-après en fonctions des composantes :

COMPOSANTES	DEFIS
Planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de l'accès à la contraception aux jeunes</li> <li>- Amélioration de la disponibilité, de la demande, de l'accessibilité et de la qualité des services de planification familiale</li> <li>- Disponibilité permanente des produits au dernier kilomètre</li> <li>- Amélioration du cadre juridique de la SR</li> </ul>
Surveillance de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des services de CPN de qualité</li> <li>- Réalisation du Diagnostic précoce de la grossesse et initiation précoce de la surveillance de la grossesse au premier trimestre</li> <li>- Gratuité totales des CPN</li> <li>- Réduction du coût du bilan prénatal</li> <li>- Implication des hommes</li> </ul>
Accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des services d'accouchement de qualité (personnel qualifié) sur toute l'étendue du territoire national</li> <li>- Gratuité de l'accouchement sur toute l'étendue du territoire (kits complets et actes)</li> </ul>
Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité de plateau technique et de matériels à jour</li> <li>- Disponibilité des SONU de qualité par la mise en œuvre du réseau SONU</li> <li>- Renforcement de la prise en charge des hémorragies du post partum</li> <li>- Renforcement des structures de référence de proximité</li> <li>- Accroissement de la demande</li> </ul>
Soins postnatals	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des services de soins postnatals de qualité</li> <li>- Accroissement de la demande et de l'accessibilité des soins postnatals</li> </ul>
Prévention et Prise en charge du cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance accrue des populations des facteurs de risques et des signes d'appels des cancers génitaux</li> <li>- Dépistage précoce et prise en charge précoce</li> </ul>
AMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité d'un cadre juridique adéquat</li> <li>- Disponibilité des services à coût acceptable</li> </ul>
Soins au nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des services de qualité pour les soins au nouveau</li> <li>- Renforcement de la stratégie mère Kangourou</li> </ul>
Santé des enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration de la PCIMNE dans les curricula de formation des écoles de base</li> <li>- Disponibilité de la PCIMNE clinique et communautaire dans toutes les aires de santé</li> <li>- Eviction de grossesse précoce chez les adolescents et jeunes</li> </ul>
Santé des adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction de la pratique des avortements dans de mauvaises conditions</li> <li>- Disponibilité de services adaptés aux besoins des adolescents et jeunes.</li> <li>- Acquisition de compétence de vie liée à la sexualité et à la reproduction (Education Sexuelle Complète)</li> <li>- Amélioration du cadre juridique de la pratique de la contraception chez les adolescents et jeunes</li> </ul>

Genre et respects des droits humains	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en compte du genre dans la planification, la mise en œuvre des interventions en matière de Santé Sexuelle Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SSRMNIA)</li> <li>- Respects des droits humains en matière de SSRMNIA</li> <li>- Réduction des violences basées sur le genre et autres pratiques traditionnelles néfastes à la SSRMNIA</li> </ul>
Situation d'urgences humanitaires et ou sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuité des services à travers la mise en place d'un Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) (délégation de tâches et personnels qualifiés, sécurisation des produits d'urgences, plateau technique adéquate, motivation du personnel).</li> <li>- Disponibilité d'un plan de contingence</li> <li>- Supervision régulières des prestataires par niveau de la pyramide sanitaire</li> </ul>
Qualité et Intégration des services et de la mise en œuvre des interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation de rencontres périodiques entre les acteurs des structures périphériques et celles de référence pour améliorer la qualité des soins</li> <li>- sanctions disciplinaires à l'encontre d'agents fautifs ou responsables de fautes lourdes.</li> <li>- adéquation entre les contenus de l'enseignement dispensé dans les écoles de formation de base et les besoins en matière de santé sexuelle, reproductive et infantile.</li> <li>- Intégration des services</li> <li>- Renforcement du système de référence et contre référence</li> </ul>
Suivi/supervision/évaluation/recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité de moyens financiers pour des missions de suivi et de supervision régulière</li> <li>- Disponibilité de moyens pour l'évaluation des interventions à chaque niveau de la pyramide sanitaire ainsi de la recherche opérationnelle</li> </ul>

## **DEUXIEME PARTIE : CADRAGE POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE**

### **III - CADRAGE POLITIQUE DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE**

#### **III . 1. Fondements de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile**

##### **III.1.1. Valeurs fondamentales**

La santé de la reproduction est un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmi t . Elle s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Se substituant à la notion de "santé maternelle et infantile", elle inclue la santé sexuelle et la régulation de la fécondité. Elle concerne en plus de la santé de la mère et de l'enfant, la santé des adolescentes, des femmes m nopauss es et des hommes. Elle dépasse le cadre médical pour poser les questions de responsabilités individuelles et collectives dans les comportements sexuels et reproductifs.

La politique de la santé sexuelle, reproductive et infantile repose sur la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948) et sur la Constitution ivoirienne qui énoncent les droits fondamentaux. Ces droits s'appliquant à la santé sexuelle, reproductive et infantile, concernent entre autres les droits à la vie, à la liberté, à la sécurité de la personne et à la famille, aux soins de santé et aux bienfaits des progrès scientifiques, à l'information et l'éducation pour la santé et à l'égalité et à la non-discrimination.

Ces droits à la santé sexuelle, reproductive et infantile implique que les femmes et les hommes puissent décider librement, de façon éclairée, de leur sexualité et de leurs reproduction, choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.

La politique de la santé sexuelle, reproductive et infantile s'appuie sur des valeurs de solidarité, d'équité et d'égalité, de justice sociale, d'intégrité et d'éthique, de respect des droits humains et de la spécificité du genre avec un accent particulier sur l'Enfant. Elle tient compte des dispositions législatives nationales relatives à la santé, des stratégies et orientations nationales en faveur de la santé, des objectifs sanitaires convenus sur le plan sous régional, et international

La mission du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) est donc de contribuer au bien-être des populations en améliorant leur état de santé sexuelle, reproductive et infantile et en le portant à un niveau socialement productif. Le MSHP doit donc veiller à l'équité dans l'accès aux soins préventifs, promotionnels, curatifs et r -adaptatifs pour la population notamment les groupes vulnérables.

### **III.1.2. Engagements pris au niveau International, régional et national**

De la Conférence de Mexico en 1975 à l'adoption du Programme de développement durable pour 2030, une série de conférences mondiales a été organisée par l'Organisation des Nations Unies (ONU), rappelant les objectifs d'égalité entre femmes et hommes, de promotion des droits femmes et des enfants, comme fondement des droits humains et de développement. On note entre autres :

- **La Déclaration des droits de l'enfant** (New York en 1959), pose les principes fondamentaux des droits des enfants permettant « *une enfance heureuse* », parce que considérant que l'enfant « *en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance* ». Ce consensus international va constituer le socle de la **Convention internationale des droits de l'enfant** (adoptée 1989) dont les grands principes sont l'égalité, la non-discrimination entre tous les enfants (Décl., art. 1er) et la recherche de l'intérêt supérieur de l'enfant (Décl., art. 2 et art. 7, al. 2).

- **La Conférence sur le statut des femmes** (Mexico en 1975), fixe trois priorités : promouvoir l'égalité complète entre les hommes et les femmes, en éliminant notamment, la discrimination fondée sur le sexe ; favoriser la participation des femmes au développement ; développer l'implication des femmes au renforcement de la paix internationale.

- **La Conférence sur la population et le développement** (Caire en 1994) a porté sur les éléments fondamentaux sur les droits des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive. Cette Conférence a marqué l'abandon d'une approche en termes de contrôle de la reproduction démographique pour une conception qui privilégie le droit de chacun à maîtriser sa fécondité et à réaliser sa vie reproductive dans un état satisfaisant de santé physique, sociale et mentale.

- **La Conférence mondiale sur les femmes** (Pékin en 1995) qui a été un tournant majeur pour disposer d'une véritable charte fondatrice des droits des femmes, a proclamé que l'égalité entre les femmes et les hommes est une condition essentielle du développement durable, de la paix et de la démocratie. Les douze objectifs stratégiques identifiés requièrent des actions spécifiques des gouvernements.

- **Le Sommet du Millénaire et les Objectifs du Millénaire pour le Développement Durable (OMD)** (New York en 2000) : La Déclaration expose les préoccupations centrales de la communauté internationale en matière de paix, sécurité, développement, viabilité de l'environnement, droits humains et démocratie ; et propose un ensemble d'objectifs qui se renforcent mutuellement en matière de développement social et économique. Les OMD représentent un élan international sans précédent et visent à atteindre huit objectifs de développement définis collectivement et quantifiables. Deux de ces objectifs visent la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

- **Le Programme de développement durable pour 2030** (New York 2015) : Les Nations du monde a adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030 qui vise de 17 Objectifs de développement durable, à mettre en œuvre par l'ensemble des Etats. Les Objectifs de Développement Durable (ODD) donnent la marche à suivre pour parvenir à un avenir meilleur et plus durable pour tous. Ils répondent aux défis mondiaux auxquels les hommes sont confrontés, notamment ceux liés à la pauvreté, aux inégalités, au climat, à la dégradation de l'environnement, à la prospérité, à la paix et à la justice. Plusieurs ODD concernent la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit des ODD :

- 3.1 de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes, d'ici à 2030 ;
- 3.2 d'éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus, d'ici à 2030 ;
- 3.4 de réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être, d'ici à 2030 ;
- 3.7 d'assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux, d'ici à 2030.

Des accords, traités sous régionaux ont été pris par la Côte d'Ivoire pour la santé de façon générale et la santé sexuelle, reproductive et infantile en particulier. Il s'agit entre autres de :

- La Charte des droits et du bien-être de l'enfant (Organisation de l'Unité Africaine 1990) ;
- L'adoption et la mise en œuvre de la stratégie PCIMNE par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (1998) ;
- La Déclaration de l'Union Africaine sur la survie de l'enfant (2005) ;
- L'engagement d'Abuja d'allouer 15% des budgets nationaux à la santé (2001) ;
- La Stratégie de Survie de l'Enfant (SSE) pour la Région africaine (56ème session du comité Régional OMS Afrique, Addis-Abeba du 28 août au 1<sup>er</sup> septembre 2006) ;
- Le Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes est un accord qui garantit des droits des femmes, y compris le droit de participer au processus politique, l'égalité sociale et politique avec les hommes, une autonomie améliorée dans leurs décisions en matière de santé et la fin des mutilations génitales féminines (2003).

Au niveau national on note :

- La Déclaration de politique générale du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire (2012) ;
- Le Plan National de Développement (PND) dont l'objectif est la réduction de la pauvreté, à travers la mise en œuvre du Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et la réalisation de la vision du Président de la République qui est de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent à l'horizon 2020 (2012) ;

- Le Plan national de Développement Sanitaire 2016-2020 dont l'objectif est d'améliorer l'état de santé de la population à travers une offre de services de santé de qualité dans toutes les régions pour une prise en charge adéquate et optimale des populations ;
- La mesure de gratuité ciblée du Gouvernement pour l'amélioration de l'accessibilité financière des mères et des enfants aux actes et prestations de soins de santé par arrêté interministériel N°0047 MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 portant institution de mesures d'exemption sélective de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics et communautaires conventionnés.

### **III . 2. Principes directeurs pour la mise en œuvre de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile**

La mise en œuvre de la politique nationale de santé sexuelle, reproductive et infantile est conduite par des principes directeurs qui sont :

- La recherche de la connaissance de la situation de la santé des femmes, des mères, des enfants, des nouveau-nés, des adolescents/jeunes et des hommes intégrant le contexte socioculturel des populations ;
- La recherche de l'efficacité et l'efficience des interventions à haut impact, basées sur l'évidence ;
- L'accès géographique et financière à tous aux services de santé sexuelle, reproductive et infantile de qualité à tous sans distinction de sexe, âge, religion et tout en accordant une attention particulière aux populations indigentes et aux groupes vulnérables ;
- La qualité de soins et la continuité des soins pour améliorer les soins à domicile, ainsi que les services de santé tout au long du cycle de la vie ;
- L'accès pour tous aux médicaments essentiels de qualité à coût abordable reste indispensable à l'exercice du droit à la santé ;
- La garantie de la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes enceintes et de leur enfant
- La garantie de l'égalité d'accès à des soins adaptés ;
- La garantie de la satisfaction des différentes attentes des usagers ;
- L'amélioration des conditions de travail des professionnels en leur permettant d'exprimer pleinement leurs compétences ;
- La délégation de tâches en matière de santé sexuelle, reproductive et infantile, notamment les interventions de base dont la césarienne par les médecins généralistes ;
- La Participation et appropriation communautaire sous-tendent l'application de l'approche des Soins de Santé Primaires ;
- La généralisation de la gestion axée sur les résultats et la bonne gouvernance ;
- La promotion de la multisectorialité, le partenariat en vue d'une programmation conjointe entre les différentes parties prenantes y compris les organisations non gouvernementales, le secteur privé, les associations professionnelles à tous les niveaux pour l'optimisation des ressources, le renforcement de la collaboration et des interventions et la maximisation des résultats ;

- Extension des mesures d'exemption de tout frais pour les cas de viol y compris la délivrance du certificat médical. Aussi, pour les autres cas de VBG (excision, violences physiques...) assurer une accessibilité financière.
- La définition claire des rôles et responsabilités de tous les intervenants dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités identifiées pour améliorer la synergie ;
- L'intégration de l'approche genre dans toutes les interventions ;
- Le suivi et l'évaluation de toutes les interventions et les stratégies de soins mises en œuvre.

### **III . 3. Volets et composantes essentielles de la santé sexuelle, reproductive et infantile**

#### **III.3.1. Volets de la santé sexuelle, reproductive et infantile**

Les volets de la Santé la santé sexuelle, reproductive et infantile sont :

- Santé de la femme / santé de la mère ;
- Santé du nouveau-né et de l'enfant ;
- Santé des adolescents et des jeunes ;
- Santé des hommes.

Il existe des groupes sociaux marginalisés qui sont confrontés à des problèmes de spécifiques dont les personnes du troisième âge, les communautés rurales, les populations mobiles et déplacées, les populations transfrontalières...

#### **III.3.2. Composantes essentielles de la santé sexuelle, reproductive et infantile**

Les Composantes essentielles de la santé sexuelle, reproductive et infantile sont :

- La maternité sans risque y compris les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- Les soins après avortement et l'avortement sécurisé selon la loi en vigueur ;
- La Planification Familiale y compris la contraception dans les post partum et abortum ;
- La survie et le développement de l'enfant ;
- La santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et jeunes ;
- La SSR des hommes et leur implication dans la santé familiale;
- Les IST/VIH/sida ;
- Les violences sexuelles et les violences basées sur le genre ;
- Les cancers du sein et génitaux et autres affections de l'appareil génital ;
- La santé sexuelle des personnes du 3ème âge ;
- L'éducation complète à la sexualité chez les adolescents et jeunes ;
- La communication pour le changement de comportement ;
- La santé sexuelle et reproductive des groupes marginalisés (communautés rurales, populations mobiles, déplacées, et transfrontalières...)
- Le management et la supervision ;
- La recherche, le suivi et l'évaluation.

### **III.3.3. Composantes communes**

Les composantes communes aux volets de la santé sexuelle, reproductive et infantile sont:

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

### **III . 4. Vision, objectifs et cibles**

#### **III.4.1. Vison de la politique de la santé sexuelle, reproductive et infantile**

La vision de la politique de santé est d'assurer à tous les individus le niveau de santé le plus élevé possible avec un système de santé performant, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables. Dans le domaine de la santé de la de la santé sexuelle, reproductive et infantile, la vision du Gouvernement est : « Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines ».

#### **III.4.2. But**

Le but de la Politique Nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile est de contribuer à améliorer la santé et le bien-être des individus, des couples, des familles et des communautés dans la perspective d'un développement humain durable.

#### **III.4.3. Objectifs**

La Politique vise à promouvoir la santé sexuelle, reproductive et infantile des populations. Elle poursuit les objectifs suivants :

- Réduire la morbidité et la mortalité maternelle ;
- Réduire la morbidité et la mortalité néonatale;
- Réduire la morbidité et la mortalité infantile;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents, les jeunes, les femmes, les hommes et chez les personnes du 3<sup>ème</sup> âge.

#### **III.4.4. Cibles**

Les cibles primaires de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile sont :

- Les femmes ;
- Les mères ;
- Les nouveau-nés ;
- Les enfants ;
- Les adolescents et jeunes ;
- Les hommes ;
- Les personnes du 3<sup>ème</sup> âge ;

Les cibles secondaires de la politique de la santé sexuelle, reproductive et infantile sont le système de santé, les acteurs et établissements du système de santé du secteur public, privé qui œuvrent pour la satisfaction des besoins des cibles primaires.

### III . 5. Interventions prioritaires

COMPOSANTES	PRIORITES OU AXES PRIORITAIRES
Planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la demande des services de PF</li> <li>- Implication des hommes, des praticiens de la médecine traditionnelle, des acteurs communautaires dans l'offre de certaines méthodes de courtes durées et dans la promotion des méthodes contraceptives</li> <li>- Amélioration de la disponibilité des services</li> <li>- Sécurisation des produits</li> <li>- Amélioration de l'environnement juridique et réglementaire pour promouvoir la contraception ;</li> <li>- Extension de l'offre de service dans le secteur privé lucratif et renforcement de la redevabilité de ce secteur</li> <li>- Renforcement de la capacité des prestataires et des structures</li> <li>- Offre de contraception dans le post partum immédiat</li> <li>- Renforcer la délégation de tâches aux ASC pour la fourniture des services</li> </ul>
Surveillance de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la disponibilité, la qualité et le suivi des services de CPN</li> <li>- Réalisation gratuite des CPN y compris le bilan prénatal</li> <li>- Promotion de la CPN au 1er trimestre et de la continuité de la surveillance de la grossesse jusqu'à l'accouchement</li> <li>- Renforcement de la capacité des prestataires et des structures en CPN</li> <li>- Mise en œuvre de stratégies d'implication des hommes</li> <li>- Amélioration de la disponibilité des services d'accouchement</li> <li>- Achats et mise à disposition des structures de Kits d'accouchement complets</li> </ul>
Accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement du partenariat entre le secteur public et le secteur privé lucratif à travers les régions et districts sanitaires Renforcement de la capacité des prestataires et des structures</li> <li>- Promotion de l'accouchement assisté par un prestataire de santé qualifié</li> </ul>
Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extension d'un réseau de SONU fonctionnel</li> <li>- Renforcement de la capacité des prestataires et des structures</li> <li>- Construction et renforcement de blocs opératoires obstétricaux et équipements des blocs existants pour garantir la médecine de proximité</li> <li>- Renforcement des capacités des établissements sanitaires pour la prise en charge des hémorragies du post-partum</li> <li>- Mise en œuvre de la délégation de tâche relative à la césarienne par les médecins non gynécologues-obstétriciens</li> <li>- Amélioration de la disponibilité des services de soins postnatals</li> <li>- Promotion de l'importance des soins postnatals</li> </ul>
Soins postnatals	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la capacité des prestataires et des structures pour l'offre de soins postnatals de qualité</li> <li>- Mise en œuvre de stratégies d'implication des hommes en vue de l'amélioration de la demande des soins postnatals</li> </ul>
Prévention et Prise en charge du cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisation sur les facteurs de risques et des signes d'appels des cancers génitaux</li> <li>- Réalisation des séances de diagnostic précoce</li> <li>- Renforcement des capacités des acteurs et des services de prise en charge</li> </ul>
AMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaidoyer pour le renforcement du cadre juridique et réglementaire et de la pratique de l'AMP</li> <li>- Mise en place de mécanisme pour des coûts supportables par la population</li> </ul>
Soins au nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la disponibilité des services de soins au niveau au nouveau-né</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion et extension de la mise en œuvre des stratégies et techniques innovantes pour la santé du nouveau-né (soins mère kangourou, coins nouveau-né, soins du cordon avec la Chlorhexidine gel...)</li> <li>- Renforcement de la capacité des prestataires et des structures pour l'offre de soins au nouveau de qualité</li> </ul>
Santé des enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration et Extension de la PCIMNE communautaire</li> <li>- Amélioration et extension de la PCIMNE clinique</li> <li>- Promotion des Pratiques Familiales Essentielles</li> <li>- Renforcement de TETU</li> </ul>
Santé des adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre d'interventions en vue de l'acquisition de compétence de vie par les adolescents et jeunes pour la réduction des risques de grossesses précoces, d'avortements clandestins</li> <li>- Plaidoyer pour la disponibilité de la loi SR</li> <li>- Intégration de l'offre de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les structures sanitaires non dédiées</li> </ul>
Genre et respects des droits humains	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion des droits et devoirs des femmes, des hommes, des adolescents et jeunes en matière de sexualité et de reproduction</li> <li>- Promotion des droits et devoirs des prestataires de santé</li> <li>- Communication pour le changement social et comportemental en matière de SSRMNA</li> <li>- Formalisation de la Gratuité de la prise en charge des cas de Viol y compris le certificat médical</li> </ul>
Situation d'urgences humanitaires et ou sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un plan de contingence pour la mise en place d'un Dispositif Minimum d'Urgence (DMU).</li> <li>- Déclinaison des interventions de routine planifiées en interventions de crise</li> </ul>
Qualité et Intégration des services et de la mise en œuvre des interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation de supervision à chaque niveau de la pyramide sanitaire</li> <li>- Organisation de rencontres périodiques entre acteurs des structures de références et acteurs des structures périphériques</li> <li>- Réalisation d'inspection dans les services de santé</li> <li>- Adéquation des contenus des enseignements à l'évolution des directives</li> <li>- Renforcement de l'intégration des services</li> <li>- Réalisation de consultations foraines ou en stratégie avancées intégrées</li> <li>- Plaidoyer au niveau des responsables de santé du niveau central, intermédiaire et périphérique pour inculquer la culture de l'auto-évaluation à chaque niveau du système de santé</li> </ul>
Suivi/supervision/évaluation/recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaidoyer au niveau des districts pour la réalisation des activités de supervision de façon régulière</li> <li>- Plaidoyer pour le renforcement de la dotation financière à chaque niveau du système en vue de suivis réguliers, supervisions régulières, d'évaluation et de recherche opérationnelle</li> </ul>

## **TROISIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET INFANTILE**

### **IV - MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DE LA POLITIQUE NATIONALE**

#### **IV . 1. Cadre de mise en œuvre de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile**

Compte tenu de la complexité du sujet et de la diversité des parties prenantes, la mise en œuvre de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile requiert la collaboration, la concertation, l'engagement et l'implication de différents acteurs dont les structures relevant du Ministère en charge de la Santé, d'autres Ministères, des collectivités territoriales, les Organisations Non Gouvernementales, les associations professionnelles et les structures privées, les communautés et les partenaires au développement.

##### **IV.1.1. Etat de Côte d'Ivoire**

La politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile sera mise en œuvre au niveau de l'appareil exécutif de l'État. Elle bénéficiera de l'appui des deux autres pouvoirs (législatif, judiciaire) afin de garantir sa réussite.

##### **IV.1.2. Gouvernement**

Le Gouvernement aura pour mission d'assumer le rôle régalien de l'Etat en matière de santé et en garantissant le droit à la santé, l'égalité, l'équité, l'accès pour tous aux services de santé sexuelle, reproductive et infantile. Il mettra davantage de ressources et moyens à la disposition des différentes entités pour la réalisation de la politique tout en recourant de moins en moins à l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et en associant les acteurs du secteur privé, des collectivités décentralisées et de la société civile. Il sollicitera la révision et adaptation du cadre juridique et réglementaire conformément aux exigences du moment.

##### **IV.1.3. Ministère en charge de la santé**

La politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile sera mise en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les institutions de formation et de recherche. Le Ministère en charge de la santé devra promouvoir l'approche multisectorielle dans la résolution des problèmes et également assurer la coordination d'ensemble, le suivi et l'évaluation des activités des différents plans de mise en œuvre.

##### **IV.1.3.1. Niveau central**

Le Comité de pilotage du plan de la planification familiale coordonnera la mise en œuvre de la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile. Ce Comité, présidé par le Ministre de la Santé et de l'Hygiène, aura comme missions d'approuver les initiatives retenues dans le cadre de cette politique, prendre connaissance de son avancement, faciliter la concertation et l'implication des acteurs clés, supporter et défendre la politique, réorienter la politique au besoin et s'assurer du financement de sa mise en œuvre.

Toutes les directions centrales et institutions spécialisées du Ministère en charge de la santé interviendront dans la mise en œuvre de cette politique dont la

responsabilité de l'exécution incombe aux programmes nationaux qui doivent travailler en étroite collaboration. Chaque programme spécifique, en fonction de ses missions, apportera des réponses adaptées aux problèmes de la santé sexuelle, reproductive et infantile.

La Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant est l'organe d'exécution et d'impulsion de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction. A ce titre, elle assure, en collaboration avec les autres programmes, l'administration, l'animation, la mobilisation des ressources, le suivi et l'évaluation des activités permettant d'atteindre les objectifs de la politique nationale.

#### **IV.1.3.2. Niveau intermédiaire et périphérique**

Au niveau intermédiaire et périphérique, la Direction Régionale et la Direction Départementale ou District sanitaires du Ministère en charge de la santé assurent la mise en œuvre opérationnelle des activités planifiées par le niveau central. La première est chargée de la coordination, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités du second. Ce dernier est l'unité la plus opérationnelle du système national de santé comprenant les activités de santé développées par les communautés, les établissements sanitaires de premier contact, les établissements de premier recours. Doté d'une structure administrative, d'un pouvoir décisionnaire, organisationnel et de gestion des ressources financières, le district de santé répond aux principes directeurs de l'Initiative de Bamako. Le district sanitaire ou Direction Départementale est chargée de :

- Appliquer la politique nationale de la santé sexuelle, reproductive et infantile ;
- Animer et coordonner les activités des structures sanitaires publiques et privées,
- Assurer la mobilisation des ressources et ordonner leur utilisation ;
- Assurer la promotion de la qualité des soins et des services et
- Assurer la mise en œuvre selon l'approche multisectorielle et le partenariat, en liaison étroite avec les autorités politiques, administratives et coutumières.

#### **IV.1.4. Autres Ministères**

L'approche multisectorielle doit animer les autorités sanitaires dans la mise en œuvre de la politique. Elle doit faire intervenir l'ensemble des Ministères et organismes étatiques qui interviennent sur les questions de la santé sexuelle, reproductive et infantile. Ce sont notamment les Ministères en charge de :

- L'intérieur
- L'économie et des finances;
- L'éducation nationale ;
- La jeunesse et des sports ;
- La femme, de la famille et des affaires sociales ;
- La communication ;
- La justice ;
- La sécurité ;
- La défense ;
- La planification et le développement ;
- La fonction publique ;
- Des infrastructures et des travaux publics.

#### **IV.1.5. Autres partenaires**

En plus des Ministères, la mise en œuvre de la politique nécessitera selon leurs missions, l'implication de :

- L'Assemblée Nationale ;
- Le Conseil Économique et Social ;
- Les autorités administratives, coutumières et religieuses ;
- Les collectivités décentralisées, les communautés et les ménages ;
- Les Organisations Non Gouvernementales ;
- Le secteur privé sanitaire ;
- Les Partenaires Techniques et Financiers ;
- Les médias.

#### **IV . 2. Mécanisme de suivi-évaluation**

La mise en œuvre de la politique se fera faite par le biais des plans stratégiques, des projets et des plans d'actions financés par l'Etat et ses partenaires. Ces documents devront préciser les mécanismes de suivi et d'évaluation des interventions. Ils devront intégrer le cadre logique et ses indicateurs d'impact, de résultats et d'effet, indiquer pour chaque intervention, le responsable d'exécution, le délai de mise en œuvre, l'indicateur de processus et l'indicateur de résultat. Un plan de suivi annuel sera élaboré en fonction des plans opérationnels par orientation incluant des indicateurs précis.

Différents types d'évaluation seront envisagés : évaluation du processus et des interventions, évaluations mi-parcours triennales et une évaluation finale au cours de la vingtième année de mise en œuvre de la politique.

Les indicateurs suivants seront produits pour apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre de la politique :

- Ratio de Mortalité maternelle
- Taux de Mortalité Néo-natale
- Taux de Mortalité infanto-juvénile
- Taux de prévalence contraceptive
- Besoins non satisfaits en PF
- Taux de grossesse chez les adolescents
- Pourcentage des femmes enceintes ayant suivi la CPN1 dans le premier trimestre
- Pourcentage des femmes enceintes ayant suivi au moins 8 CPN
- Proportion d'accouchement assisté par un personnel qualifié
- Disponibilité des fonctions SONU
- Disponibilité des blocs opératoires fonctionnels
- Disponibilité de sang pour la transfusion sanguine
- Disponibilité des SONUB (% d'ESPC offrant les 7 fonctions)
- Disponibilité des SONUC (% d'ESR offrant les 9 fonctions)
- Disponibilité des SONU pour 500 000 habitants
- Besoins satisfaits en SONU
- Taux de césarienne
- Taux de létalité obstétrical
- Taux d'utilisation des soins post-natals de la mère dans les 48 heures suivant l'accouchement
- Prévalence du faible poids à la naissance < 2 500g
- Proportion d'accouchement assisté par un personnel qualifié
- Prévalence des cas d'IRA moins de 5ans
- Prévalence des cas de la diarrhée de moins de 5ans

- Prévalence du paludisme moins de 5 ans (test TDR positif)
- Pourcentage de l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale chez les enfants atteints de diarrhée
- Pourcentage des cas des enfants suspectés d'IRA traités aux antibiotiques.

## **CONCLUSION**

L'analyse de la situation relève que le chemin vers notre vision d'« Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines » est entravé par les retards dans la prise de décision pour le recours à des soins de santé, dans l'accès à une structure sanitaire et dans l'administration des soins dans les structures de santé. A cela s'ajoute la faible qualité des soins et la pratique des rackets dans les établissements qui ont pour conséquence l'insuffisance utilisations des services de la santé sexuelle, reproductive et infantile.

Au regard de cette situation, l'État de Côte d'Ivoire, à travers cette politique de la santé de la santé sexuelle, reproductive et infantile, se propose de redynamiser la lutte contre les décès maternels, néonataux et infantiles évitables. Il entend renforcer les capacités des hommes, des femmes et mères des adolescents et des jeunes pour leur permettre la détection rapide des signes de danger, la prompte et massive utilisation des services de santé, la continuité de soins à domicile et la forte implication et responsabilisation dans la promotion des de la santé sexuelle, reproductive et infantile.

Du côté de l'offre des services, la politique se propose de renforcer les capacités d'interventions des établissements sanitaires de façon à permettre aux populations de jouir de leurs droits en santé sexuelle, reproductive et infantile. Il ambitionne également combattre au niveau des acteurs de santé, les mauvaises pratiques dont les rackets, l'absentéisme, l'inconscience professionnelle, l'impunité, la mauvaise gouvernance.

La présente politique, porteuse d'une vision d'espoir, suppose de créer les conditions pour que toutes les institutions, établissements et acteurs de la société, participent à la sa mise en œuvre. Ses principales orientations et principes directeurs doivent guider les actions de l'ensemble des secteurs afin de garantir l'atteinte des objectifs visés. Si l'État de Côte d'Ivoire doit jouer un rôle primordial dans l'atteinte de ces objectifs, il ne saurait assumer seule cette responsabilité, car cette politique concerne l'ensemble de la collectivité : les individus (femmes, les hommes, les jeunes, les enfants), les communautés, les organisations de la société civile, les pouvoirs publics comme le secteur privé ainsi que les partenaires nationaux et internationaux.

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

Le sens de l'équité, de la justice sociale et l'intérêt général doivent permettre d'adopter les mesures proposées dans la politique afin de réduire l'ampleur de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

## DOCUMENTS DE REFERENCES

1. **Banque Mondiale** : Perspective monde, 23/01/2020)
2. **PNSME (2019)** : Politique nationale de délégation de tâches en SR/PF
3. **Direction des Stratégies, de la Planification et des Statistiques du Ministère de l'Éducation Nationale** : Rapport sur les grossesses en milieu scolaire
4. **Organisation Mondiale de la Santé (2019)** : Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction
5. **Organisation Mondiale de la Santé (2019)** : Recommandations de l'OMS sur l'utilisation des médicaments dans le cadre d'un d'avortement
6. **Organisation Mondiale de la Santé (2019)** : Rapport du 19 septembre 2019 sur la mortalité maternelle
7. **DC-PNSME / PMA2020/Côte d'Ivoire (2018)** : Evaluation de la pratique de la planification familiale (vague 2)
8. **DPPEIS (2018)** : Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
9. **Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant/ UNFPA (2018)**: Evaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les structures de références et dans les centres de santé urbain en Côte d'Ivoire
10. **Programme des Nations Unies pour le développement (2018)** : Rapport 2018 sur le développement Humain
11. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement
12. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS sur les principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité
13. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS sur les lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH
14. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS sur les lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines
15. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS sur la prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus
16. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS sur la prévention des grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement
17. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS sur l'avortement sécurisé
18. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS le partage des tâches pour améliorer l'accès à la planification familiale/à la contraception
19. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS Critères d'Éligibilité Médicale (CEM) relatifs à l'utilisation de méthodes contraceptives
20. **Organisation Mondiale de la Santé (2018)** : Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive
21. **Organisation des Nations Unies pour l'Enfance (2018)** : Rapport sur la mortalité néonatale

22. **Organisation Mondiale de la Santé (2017)** : Recommandations de l’OMS pour le traitement de l’hémorragie du post-partum par acide tranexamique
23. **Organisation Mondiale de la Santé (2017)** : Communiqué de presse de l’OMS du 19 octobre 2017
24. **Union Africaine (2016)** : Protocole à la Charte africaine des droits de l’homme et des peuples
25. **Organisation Mondiale de la Santé (2016)** : Recommandations de l’OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles périnatales
26. **Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (2016)** : Plan national de développement sanitaire 2016-2020
27. **Institut National de la Statistique (2016)** : Enquête par grappes à indicateurs multiples Côte d’Ivoire
28. **DC-PNSR/PF (2016)** : Evaluation de la qualité des soins au CHU-Treichville et dans les Hôpitaux généraux de Treichville, Marcory, Koumassi et de Port-Bouet
29. **MSHP (2016)** : Politique nationale d’amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d’Ivoire
30. **Organisation Mondiale de la Santé (2015)** : Recommandations de l’OMS relatives aux interventions visant à améliorer la santé des nouveau-nés prématurés
31. **Institut National de la Statistique (2015)** : Enquête sur le niveau de vie en Côte d’Ivoire
32. **Assemblée générale des Nations Unies (2015)** : Objectifs de développement Durables
33. **Organisation Mondiale de la Santé (2014)** : Recommandations de l’OMS sur la prévention et l’élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l’accouchement dans des établissements de soins
34. **Organisation Mondiale de la Santé (2014)** : Recommandations de l’OMS pour la prévention et le traitement de la pré éclampsie et de l’éclampsie
35. **Institut National de la Statistique (2014)**: Recensement Général de la Population et de l’Habitat
36. **Organisation Mondiale de la Santé (2012)** : Recommandations de l’OMS pour la prévention et le traitement de l’hémorragie du post-partum
37. **PNSI/SE (2012)** Politique Nationale de Santé Infantile et de la Survie de l’Enfant Côte d’Ivoire
38. **Institut National de la Statistique et ORC Macro (2012)**: Enquête démographie et de santé Côte d’Ivoire
39. **Organisation Mondiale de la Santé (2011)** : Recommandations de l’OMS sur les Surveillances des soins obstétricaux d’urgence
40. **Bi Tozan Zah, Centre de recherche population et société (CERPOS), Université de Paris (2010)** : Variations socio-économiques de la fécondité en Côte d’Ivoire
41. **Programme national de prise en charge médicale des PVVIH (2009)** : Document de politique, normes et procédures du conseil et dépistage du VIH en Côte d’Ivoire
42. **PNSR/PF (2008)** : Politique nationale santé de la reproduction de la Côte d’Ivoire
43. **PNSR/PF (2008)** : Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles en Côte d’Ivoire 2008 - 2015
44. **Ministère de la Santé du Congo (2008)** : Politique nationale de sante de la reproduction du Congo

45. **PNSR/PF (2008)** : Normes et protocole des services SR de Côte d'Ivoire
46. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DC-PNSRPF/OMS (2006)** : Evaluation de la disponibilité, l'utilisation et de la qualité des services obstétricaux à Abidjan en 2004.
47. **Institut National de la Statistique et Ministère de la lutte contre le SIDA (2005)** : Enquête sur les indicateurs di SIDA, Côte d'Ivoire
48. **Faculté des études supérieures de l'Université Laval (2005)** : Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'ouest : Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso
49. **Ministère de la Santé du Mali (2005)** : Politique et normes des services de santé de la reproduction du Mali
50. **Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (2005)** : Système national d'information sanitaire et Document de politique
51. **Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, DC-PNN (2004)** : Enquête nutrition et mortalité en Côte d'Ivoire
52. **ENSEA, CRESAR/CI, RRCI, Equilibres & Populations (2004)** : Enquête sur les comportements en matière de sexualité et des IST/VIH/SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans présents sur les sites d'intervention du programme Kpote-Kiosque
53. **PNSR/PF (2004)** : Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des services obstétricaux à Abidjan
54. **Pr. G. Bréart Pr. F. Puech, Pr. J.C. Rozé (2003)** : Propositions de politique périnatale de la France au Professeur Déclaration de M. Jean-François Mattei Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées
55. **Ministère Délégué auprès du Ministre de la Solidarité chargé de la Santé (2002)**: Rapport sur la situation sanitaire des années 1999 et 2000
56. **Dr AHIMON (2002)** : Qualité de la prise en charge de la parturiente et du nouveau-né
57. **Francis Akindls (2001)** : Dynamique de la politique sociale en Côte d'Ivoire
58. **République de Côte d'Ivoire (2000)** : Constitution de la République de Côte d'Ivoire du 23 juillet 2000.
59. **Forum des Parlementaires arabes et africains sur la Population et le Développement (1999)** : Formulation de la loi type sur la santé sexuelle et de la Reproduction et sur la Planification familiale adoptée à Abidjan
60. **DC-PNSR/PF (1999)** : Analyse situationnelle de la santé de la reproduction dans les districts sanitaires de Bouaflé et de Bondoukou
61. **GONDO J. (1999)**: Apport de la biopsie à l'aveugle dans le diagnostic du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire, Thèse de doctorat en médecine, UFR des sciences médicales Abidjan
62. **Ministère de la Santé publique (1998)** : Déclaration de politique de politique nationale de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire
63. **Ministère de la Santé et des Services sociaux du Canada (1998)** : La politique de la santé et du bien-être du Canada
64. **IPPF/région Afrique (1997)** : Conférence de Cotonou sur l'élimination des barrières juridiques à la santé sexuelle et reproductive en Afrique francophone
65. **Banque Africaine de Développement (1996)** : Politique sectorielle en matière de santé
66. **NATIONS UNIES (1994)**: Programme d'action CIPD 94, Caire, 5-13 septembre 1994
67. **Banque mondiale (1993)**: Investir dans la santé, rapport sur le développement dans le monde
68. **République de Côte d'Ivoire (1982)** : Code pénal

- 69. Assemblée générale des Nations Unies (1948) :** Déclaration universelle des droits de l'homme
- 70. Ministère de la Santé du Togo :** Politique nationale de sante du Togo
- 71. Ministère de la Santé du Sénégal :** Politiques et normes de services de SR Sénégal
- 72. Magali Barbieri du CEPED et Pierre Cantrelle de l'ORSTOM :** Politique de santé et population en Afrique
- 73. Ministère de la Santé du Maroc :** La santé de la reproduction dans la politique de population au Maroc