

Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes



RIGES

ISSN: 2521-2125

Numéro 5

Décembre 2018

ADMINISTRATION DE LA REVUE

Direction

Arsène DJAKO, Professeur Titulaire à l'Université Alassane OUATTARA (UAO)

Secrétariat de rédaction

- **Joseph P. ASSI-KAUDJHIS**, Professeur Titulaire à l'UAO
- **Konan KOUASSI**, Maître-Assistant à l'UAO
- **Dhédé Paul Eric KOUAME**, Maître-Assistant à l'UAO
- **Yao Jean-Aimé ASSUE**, Maître-Assistant à l'UAO
- **Zamblé Armand TRA BI**, Maître-Assistant à l'UAO
- **Kouakou Hermann Michel KANGA**, Assistant à l'UAO

Comité scientifique

- **HAUHOUOT** Asseypo Antoine, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- **ALOKO** N'Guessan Jérôme, Directeur de Recherches, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- **AKIBODÉ** Koffi Ayéchoro, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- **BOKO** Michel, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Benin)
- **ANOH** Kouassi Paul, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- **MOTCHO** Kokou Henri, Professeur Titulaire, Université de Zinder (Niger)
- **DIOP** Amadou, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- **SOW** Amadou Abdoul, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- **DIOP** Oumar, Professeur Titulaire, Université Gaston Berger Saint-Louis (Sénégal)
- **WAKPONOU** Anselme, Professeur HDR, Université de N'Gaoundéré (Cameroun)
- **KOBY** Assa Théophile, Maître de Conférences, UFHB (Côte d'Ivoire)
- **SOKEMAWU** Koudzo, Maître de Conférences, UL (Togo)

EDITORIAL

La création de RIGES résulte de l'engagement scientifique du Département de Géographie de l'Université Alassane Ouattara à contribuer à la diffusion des savoirs scientifiques. RIGES est une revue généraliste de Géographie dont l'objectif est de contribuer à éclairer la complexité des mutations en cours issues des désorganisations structurelles et fonctionnelles des espaces produits. La revue maintient sa ferme volonté de mutualiser des savoirs venus d'horizons divers, dans un esprit d'échange, pour mieux mettre en discussion les problèmes actuels ou émergents du monde contemporain afin d'en éclairer les enjeux cruciaux. Les questions environnementales, urbaines, sanitaires, de transport et d'immigration ont fait l'objet d'analyse dans ce présent numéro. RIGES réaffirme sa ferme volonté d'être au service des enseignants-chercheurs, chercheurs et étudiants qui s'intéressent aux enjeux, défis et perspectives des mutations de l'espace produit, construit, façonné en tant qu'objet de recherche. A cet effet, RIGES accueillera toutes les contributions sur les thématiques liées à la pensée géographique dans cette globalisation et mondialisation des problèmes qui appellent la rencontre du travail de la pensée prospective et de la solidarité des peuples.

Secrétariat de rédaction

KOUASSI Konan

COMITE DE LECTURE

- KOFFI Brou Emile, Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Joseph P., Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- BECHI Grah Félix, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- MOUSSA Diakité, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- VEI Kpan Noël, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- LOUKOU Alain François, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- TOZAN Bi Zah Lazare, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- KOFFI Yao Jean Julius, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire).

Sommaire

GIBIGAYE Moussa ; GOUNOUKON Rose ; TENTE Brice

Spatialisation, usages et perspectives de gestion durable des espèces
nourricières en milieu rural dans la commune de Tori-bossito 7

Ama-Edi KOUYA ; Tchilabalo BANASSIM

Susceptibilité du mont Oukouvlé à l'aléa éboulements sur le plateau Akposso
au sud-ouest du Togo 26

MBAIHADJIM Jéchonias ; DJEBE MBAINDOGOM

Les caractéristiques hydroclimatiques et les inondations à Moundou au sud -
ouest du Tchad 46

DIOMANDE Soumaïla ; TUO Péga ; COULIBALY Moussa

Dynamique urbaine et gestion de l'environnement dans la ville de Man (ouest
de la Côte d'Ivoire) 59

CISSOKHO Dramane ; SY Oumar ; SOMADJAGO Mawussé

Des conséquences de la construction de collèges d'enseignement moyen par
les émigrés dans la commune de Ballou (Sénégal) 85

GBOCHO Yapo Antoine

Dynamique démographique, spatiale et dégradation de l'environnement
urbain à Vavoua (centre-ouest de la Côte d'Ivoire) 97

ISSAKA Hamadou ; CASSIDY Johnson

Niamey face au défi du développement urbain sensible aux risques :
multiplicité des acteurs et déficit de synergie 110

KANGA Koco Marie Jeanne ; AKA Kouadio Akou

Le commerce des produits dérivés du manioc à Abidjan : le cas de la
pâte de *placali* 131

KONAN Amani Fulgence ; KACOU N'guessan François ; TRAORÉ Kinakpefan Michel	149
Station-service de Zoukougbeu et redynamisation de l'espace urbain	
Adama KONE ; Malick TIMBINE ; Dr. Ibrahima SAMAKE ; M. Joachim SIDIBÉ ; Pr. Balla DIARRA	161
Migration interne dans le district et les zones périurbaines de Bamako : motifs de départ, stratégies d'insertion sociale et relation avec la zone d'origine	
YAPI Atsé Calvin ; KOFFI Brou Emile	180
La transgression des outils de planification urbaine dans la ville de Yamoussoukro (cote d'ivoire)	
Damitonou NANOINI	195
Dynamique urbaine de la ville de Kara (Nord-Togo) et problématique de son approvisionnement en produits vivriers	
SAGNON Ibrahima ; OUATTARA Teninan Hugues ; BÉCHI Grah Félix	207
L'essor du tourisme dans la région de Gbêké (Côte d'Ivoire) : mythe ou réalité ?	
Abalo KOKOLOU	237
Les enjeux de l'immatriculation des véhicules de transport routier au Togo	
ACQUET Apie Marie Martine ; NIAMKE Gnanké Mathieu ; SYLLA Yaya ; ANOH Kouassi Paul	257
Commerce et dégradation de l'environnement dans le marché de Cocovico (Cocody-Abidjan)	
KONE Bakary ; TAPE Bi Sehi Antoine	273
Politique et pratique sanitaire en Côte d'Ivoire	
MIALO Edwige S. ; SOUSSIA Theodore ; KOUMASSI Dègla Hervé	290
Indicateur d'accès à l'eau potable (IAEP) et prévalence diarrhéique dans la commune de Lalo au sud-Benin	

- KONE Tanyo Boniface; SANOGO Pongathie Adama ; BOHOUSSOU N'Guessan Séraphin** 304
L'automédication : un itinéraire de soins prisé par les populations des quartiers Belleville, Broukro et Kennedy (Bouaké)
- YETONGNON J. Eric Georges , SEWADE SOKEGBE Grégoire** 321
Modes de gouvernance des ressources en eau dans l'arrondissement de Dogbo-tota dans la commune de Dogbo au sud-ouest du Benin
- KOUASSI N'guessan Gilbert ; YAO Affoua Marie Rose ; GOGBE Téré** 347
Occupation de l'espace dans la ville d'Abidjan : du laisser-faire au désordre urbain à Port-Bouët
- BOSSON Eby Joseph ; KOUASSI-KOFFI Amenan Micheline ; SERHAN Nasser** 367
L'apport du numérique dans le processus d'immigration en Côte d'Ivoire
- KOFFI Yéboué Stéphane Koissy ; KRA Kouadio Joseph , ADIGRA Mousso Emmanuel** 387
Quelles synergies entre collectivités décentralisées et associations villageoises pour le développement rural endogène dans la commune de Bongouanou ?

POLITIQUE ET PRATIQUE SANITAIRE EN COTE D'IVOIRE

KONE Bakary

Docteur en Géographie

Chercheur-Associé, Groupe de Recherche Espaces Territoires Sociétés Santé
(GRETSSA)

Institut de Géographie Tropicale - Université Félix Houphouët-Boigny (Côte
d'Ivoire)

E-mail: konesidick@yahoo.fr

TAPE Bi Sehi Antoine

Docteur en Géographie

Chercheur-Associé, Groupe de Recherche Espaces Territoires Sociétés Santé
(GRETSSA)

Institut de Géographie Tropicale - Université Félix Houphouët-Boigny (Côte
d'Ivoire)

E-mail: tapepergo2006@yahoo.fr

RESUME

La Côte d'Ivoire fait face à une difficile gestion des problèmes sanitaires malgré l'adoption d'une politique en vue de les gérer. En effet, les taux d'incidence élevés des pathologies comme le paludisme (154,58‰), la diarrhée (24,95‰), les IRA (55,66‰), le VIH/Sida (en hausse de 20,23%) et la faible couverture en infrastructures et ressources humaines de certaines régions illustrent le déphasage entre la politique et les pratiques sanitaires. Cette étude analyse la relation entre la politique et les pratiques sanitaires en Côte d'Ivoire. Les données de l'étude proviennent de l'exploitation des documents du système de santé et des entretiens semi-directifs qui ont permis de collecter des informations quantitatives et qualitatives. Les résultats montrent que le pays dispose d'un système sanitaire qui a subi des mutations au regard des recommandations internationales. En outre, les efforts des différents gouvernements ont permis d'améliorer certains indicateurs sanitaires. Cependant, dans la pratique 65% des régions sanitaires ont un ratio médecin/population en deçà de la norme de l'OMS. Pour la disponibilité des infrastructures de soins, on note qu'aucune norme de l'OMS n'a été atteinte à ce jour concernant la couverture en infrastructure. Effet, 67% de la population vit encore à plus de 5 km d'un centre de santé en 2016 alors que l'OMS recommande 100% des habitants à moins de 5km d'un centre de santé. On enregistre également une croissance au niveau des cas de maladies à potentiel épidémique telles que la rougeole (45 cas), la méningite (117 cas), la grippe (277 cas). A cela s'ajoute la tragique pandémie du SIDA dont on enregistre de fortes baisses ces dernières années

(24,3% de 2014 à 2015 et 18,71% de 2015 à 2016). L'étude conclut à une disharmonie entre la politique et la pratique sanitaire en Côte d'Ivoire.

Mots-clés : Côte d'Ivoire, Politique sanitaire, Pratique sanitaire, Santé

ABSTRACT

Côte d'Ivoire faces a difficult management of health problems despite the adoption of a policy to manage them. Indeed, the high incidence rates of pathologies such as malaria (154.58 ‰), diarrhea (24.95 ‰), ARI (55.66 ‰), HIV / AIDS (up 20.23 %) and the low coverage of infrastructure and human resources in some regions illustrate the gap between policy and health practices. This study analyzes the relationship between health policy and practice in Côte d'Ivoire. The data from the study come from the use of health system documents and semi-structured interviews, which allowed the collection of quantitative and qualitative information. The results show that the country has a health system that has undergone changes in the light of international recommendations. In addition, the efforts of different governments have improved some health indicators. However, in practice 65% of health regions have a doctor / population ratio below the WHO standard. For the availability of health care infrastructure, it is noted that no WHO standard has been achieved so far for infrastructure coverage. Indeed, 67% of the population still lives more than 5 km from a health center in 2016 while the WHO recommends 100% of residents within 5km of a health center. There is also growth in cases of epidemic-prone diseases such as measles (45 cases), meningitis (117 cases) and influenza (277 cases). Added to this is the tragic AIDS pandemic, which has seen sharp declines in recent years (24.3% in 2014-2015 and 18.71% in 2015-2016). The study concludes that there is a disharmony between health policy and practice in Côte d'Ivoire.

Keywords: Côte d'Ivoire, Health Policy, Health Practice, Health

INTRODUCTION

La politique de santé est définie comme l'attitude officielle exprimée par un gouvernement dans le domaine de la santé, lors de déclarations solennelles ou au sein de documents de planification (M. Barbieri, P. Cantrelle, 1991, p. 51). Il s'agit d'identifier les problèmes de santé les plus importants et d'établir des programmes d'action et des prévisions en fonction d'une part, de cet état de santé, et d'autre part, des moyens disponibles. Quant à la pratique, elle est l'application des principes, des règles arrêtés et édictés par la politique sanitaire. Des relations politique/pratique on dira que la politique décide, la pratique exécute. Une action médicale est le résultat d'une politique et d'une pratique sanitaires. La politique précède la pratique qui y tire son éclairage et sa rationalité. Pour juger la politique il faut analyser la pratique.

Avec ce qui vient d'être dit, l'existence d'une relation entre une politique et une pratique sanitaire à l'échelle d'un Etat est un truisme (B. Koné, 2017, p. 85).

Tous les pays du monde entier font face à des problèmes sanitaires. Ceux en développement, qui ont accusé un retard dans la rationalisation de leur système de santé tentent encore de relever le défi de la santé pour tous à travers leur politique. La situation est plus alarmante en Afrique qui renferme un grand nombre de malades liés aux pathologies telles que la diarrhée, la rubéole et le paludisme (Population Référence Bureau, 2004, p. 5). Pour y faire face, les Etats africains ont construit de différentes politiques de santé. Etant membre des organisations internationales telles que les Nations Unies, la Banque Mondiale, l'UNICEF et l'OMS, ils ont essayé de s'accorder sur la nécessité d'adopter des politiques de santé rationnelles pour satisfaire les recommandations relatives à la déclaration de Alma Ata, l'Initiative de Bamako, les Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) et depuis 2015 les Objectif de Développement Durable (I. Dione, 2013, p. 70; OMS, 2015, p. 1; B. S. A. Tape, 2017, p. 17). En Côte d'Ivoire, pour améliorer l'état de santé et le bien-être des populations, l'Etat à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a élaboré un document de planification appelé Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) depuis 1996 au sein duquel est inscrite sa politique en matière de santé. Le troisième PNDS qui concerne la période 2012-2015 a fait suite à ceux de 1996-2005 et 2009-2013 qui n'ont pu être totalement mis en œuvre à cause des événements sociopolitiques qui ont gravement perturbé la restructuration du système de santé. Quant au dernier, il a été élaboré pour la période 2016-2020 (MSHP, 2012, p. 13; 2015; 2017, p). Cependant, on constate que, malgré la construction de politique sanitaire, la situation ne s'améliore pas et les performances du système sanitaire restent mitigées. Ainsi, selon le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, même si les normes OMS relative au ratio d'agent de santé par habitant sont atteintes au niveau national, ce personnel médical demeure inégalement reparti sur le territoire national. Ainsi en 2016, l'on comptait 0,83 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) pour 10.000 habitants, 1 Hôpital de Référence (HR) pour 173490 habitants et 1 ambulance pour 4 établissements sanitaires. Quant au taux d'accouchements assistés, il était de 54,65 % en 2016. Au cours de la même année; 1161 cas de décès maternels ont été enregistrés et 66,9% de la population vivaient encore à moins de 5 km d'un centre de santé. Les maladies dites du développement, telles les maladies cardio-vasculaires, les traumatismes du machinisme et de la route, les consommations abusives d'alcool et de drogues, les problèmes psychologiques sont en forte augmentation. A cela vient s'ajouter la tragique pandémie du SIDA qui a connu une hausse de 20,23% d'individus sous ARV en 2016 (MSHP, 2015, pp13-14; 2017, pp13-15). On constate que l'accès aux soins et la situation épidémiologique demeurent préoccupants et constituent des défis en Côte d'Ivoire. Devant ce paradoxe, et vu que la pratique sanitaire d'un Etat résulte d'une politique, l'article

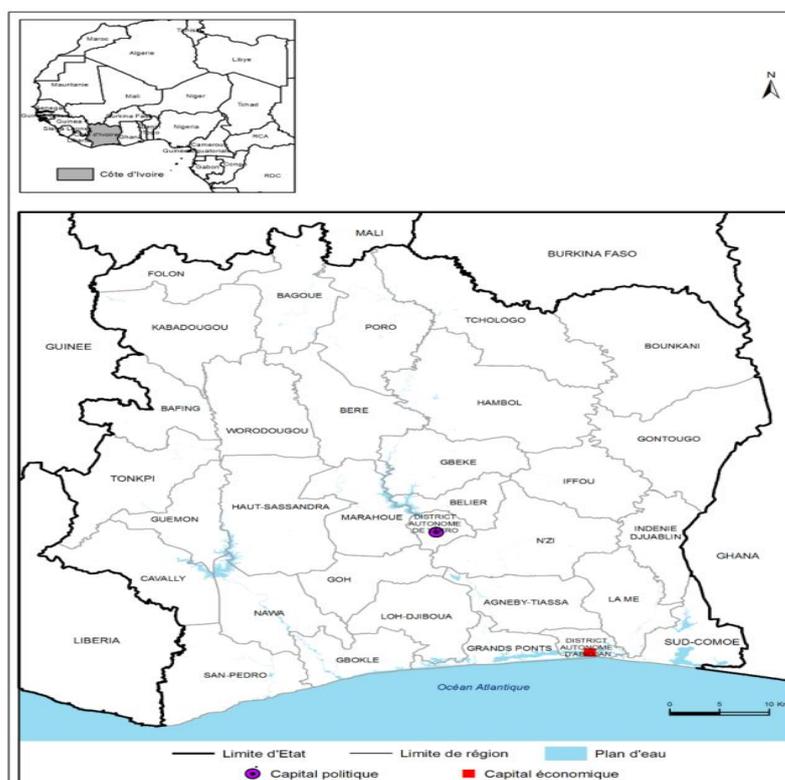
pose la question de savoir: Quelle relation entretiennent la pratique et la politique sanitaires en Côte d'Ivoire? L'objectif général est d'analyser la relation entre la politique et la pratique sanitaire en Côte d'Ivoire. De façon spécifique, il s'agit de présenter la politique sanitaire, d'analyser les pratiques et de juger la relation entre les deux variables.

1. Outil et méthodes

1.1 Présentation de la zone d'étude

La Côte d'Ivoire s'étend sur une superficie de 322462 km² dans la région occidentale de l'Afrique. Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée (Figure 1).

Figure 1 : Localisation et présentation de la Côte d'Ivoire



Source : BNETD, 2011 ; Conception et réalisation : TAPE, 2017

Le pays bénéficie d'un climat de type tropical humide. Au sud, le climat est de type équatorial humide et au nord, il est de type tropical soudanais. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au Sud et 900 mm au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire. Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de la Côte d'Ivoire indique que la population totale était de 22.671.331 habitants en 2014 avec

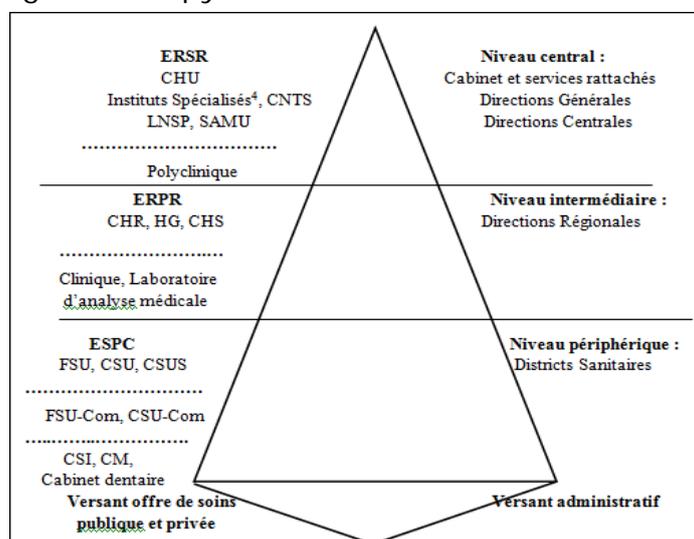
du paludisme, de la tuberculose ainsi que la Direction Départementale de Santé et de l'Hygiène Publique (DPSHP).

2. Résultats

2.1. Système sanitaire en Côte d'Ivoire

Le système de santé ivoirien à l'instar des systèmes de santé des pays africains est de type pyramidal (figure 3) avec un versant administratif et un versant offre de soins. L'administratif est composé de l'ensemble des services du cabinet ministériel, des différentes directions générales et régionales ainsi que des districts sanitaires. Quant au versant offre de soins, il comprend l'ensemble des structures de santé publiques et privées du pays (MSLS, 2012 ; DIPE, 2014; DIPPEIS, 2016).

Figure 3 : La pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire



Source : DIPE, 2010 ; Conception et réalisation adaptée : TAPE, 2017

2.2. Evolution de la politique sanitaire

La Côte d'Ivoire, depuis son indépendance, a opté dans un premier temps, pour la médecine moderne. Depuis 1994, elle a commencé à promouvoir la médecine traditionnelle. On peut observer l'évolution de la politique sanitaire en deux périodes.

En 1960, la gestion de l'Etat ivoirien était caractérisée par un Etat-providence marqué par une forte présence de l'Etat dans tous les domaines de la vie sociale, politique et économique du pays. Dans le domaine de la santé, cette présence de l'Etat était matérialisée par la mise à la disposition des populations d'un nombre impressionnant de structures de soins de santé et équipées en matériels médicaux et mobiliers. Une subvention était allouée au titre de fonctionnement et de la gratuité des soins aux populations (TAPE, 2017, p.49).

Face à la charge de morbidité dans le monde, l'adoption des soins de santé primaires à Alma Ata en 1978 apparaissait en Côte d'Ivoire comme la meilleure stratégie pour

améliorer la santé des populations. Cette stratégie a permis de reconnaître que promouvoir et protéger la santé sont essentiels au bien-être humain et au développement économique et social durable par l'adoption d'une politique orientée vers des réformes sanitaires qui demandent une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la santé (RIDDE, 2005).

L'approche District suite à l'arrêté n°137 du 1^{er} juin 1994 demandait l'approche préventive décentralisée au niveau des districts par l'adoption du développement du secteur sanitaire basé sur une unité opérationnelle qui est le District sanitaire. Le District sanitaire est composé d'un Hôpital Général et de plusieurs établissements de premier contact. Le district sanitaire est chargé de la mise en œuvre des soins de santé primaires (MSHP, 1992 in YMBA, 2013, p. 65).

Après l'adoption de ces stratégies, l'amélioration de l'accès aux soins de santé ne semblait pas évident, en particulier pour les populations les plus pauvres et celles vivant dans les zones reculées où d'accès difficile.

La Côte d'Ivoire a adopté l'initiative de Bamako en 1987 ~~mais~~ mise en œuvre à partir de 1992. Celle-ci prévoyait un niveau de recouvrement des coûts bien définis et une participation communautaire. Cette nouvelle vision de la politique d'accès aux soins de santé a abouti à la mise en place de certaines dispositions telles que la gratuité de certaines prestations (la vaccination des enfants), l'amélioration de l'offre de soins au niveau primaire et la mise en œuvre de la politique des médicaments essentiels génériques pour en faciliter de l'accès (TAPE, 2017, p. 50).

Sans changer la situation économique des populations qui s'est aggravée à partir de 1980, l'initiative de Bamako en 1987 impose la fin de l'Etat providence. Il va de soi qu'une telle politique incohérente ne peut avoir une bonne pratique et les résultats escomptés. Cette rupture d'orientation sans tenir compte de la situation économique des ménages rend inapplicable la déclaration d'Alma Ata en 1978 : « remédier aux inégalités sanitaires ». Les inégalités entre les espaces économiques pauvres et les espaces relativement riches se dessinent et se creusent. Les moyens financiers en matière de santé sont toujours considérés insuffisants car n'atteignant pas les 15% du budget nationale préconisés par les organisations sous régionales et internationales. Le budget accordé par l'Etat de Côte d'Ivoire au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est passé de 245 681 178 989 F CFA en 2014 à 296 284 199 945 F CFA en 2015 soit 6% du budget général de l'Etat de 2015 qui est d'environ 5 000 Milliards (MSHP, 2016).

Depuis juin 1996, pour améliorer l'état de santé et le bien être des populations, l'Etat à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) élabore un document de planification appelé Plan de Développement National de Développement Sanitaire (PNDS). Au sein du PNDS, est inscrite la politique en matière de santé. Le premier PNDS (1996-2005) a été le premier plan sectoriel adopté par l'Etat. Il ambitionnait d'améliorer l'accessibilité aux services sanitaires et de

promouvoir les soins de santé primaires par la définition et la mise en œuvre d'un paquet minimum d'activités. Les PNDS qui se sont succédés ont, dans l'ensemble, axé leurs objectifs dans ce sens. Les derniers PNDS en date concernent les périodes 2012-2015 et 2016-2020.

Au total, deux étapes caractérisent la stratégie ivoirienne. Une première période qui va de 1960 à 1978 centrée autour de l'Etat providence avec la gratuité des soins. Les grandes caractéristiques sont les soins curatifs, la centralisation et le règne absolu de la médecine moderne. La seconde période qui va de 1978 à nos jours centrée autour du District sanitaire avec la fin de la gratuité des soins et la participation des ménages aux frais de santé. Les grandes caractéristiques sont les soins préventifs, la décentralisation, la reconnaissance de la médecine traditionnelle et l'élaboration de plans pour guider la pratique sanitaire.

2.3. Bilan des pratiques sanitaires en Côte d'Ivoire

2.3.1. Ressources humaines

Le personnel médical reste depuis des décennies insuffisantes par rapport à la taille de la population ivoirienne. Ce personnel médical ivoirien est en passe de satisfaire les exigences de l'OMS. En 2016, sur le plan national, on a 3450 médecins prestataires de soins dans les établissements sanitaires publics pour 23 250 385 habitants soit un ratio d'un (01) médecin pour 7 232 habitants. Cependant, 80% des régions sanitaires ont un ratio médecin /population en deçà de la norme de l'OMS. Pour la disponibilité des infrastructures de soins, on note qu'aucune norme OMS n'a été atteinte. 67% de la population vit encore à moins de 5 km d'un centre de santé en 2015 alors que l'OMS recommande 100% des habitants à moins de 5km d'un centre de santé (MSHP, 2017, pp19-24).

2.3.2. Bilan des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS)

Depuis 1996 le Gouvernement ivoirien s'est doté de son premier Plan National de Développement Sanitaire. Il avait pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population en santé. Les différents plans nationaux développement sanitaire permettent de faire un bilan des pratiques sanitaires.

2.3.2.1. Revue des PNDS 1996-2005

L'état de santé des populations était préoccupant au regard des indicateurs des tableaux 3 et 4.

Tableau 3 : Indicateurs de l'état de santé en Côte d'Ivoire

Indicateurs	Côte d'Ivoire 2004	Côte d'Ivoire 2002	1988
Espérance de vie à la naissance	43	47,7	55.7
Taux brut de mortalité		13,9	12,3
Mortalité infantile pour 1000	118	115	97
Mortalité-infanto-juvénile pour 100		175	155
Taux de mortalité maternelle	690	600	597
Taux d'accouchement en milieu hospitalier	32,1% R- 79,1 U		
Taux d'accouchement pers qualifié	63%		

Source : N'DRI Y., 2008

La couverture vaccinale varie de 59% à 80% en fonction des antigènes (Tableau 4).

Tableau 4: Variation de la couverture vaccinale en fonction des antigènes

Antigène	Ratio/ population totale
BCG	77%
DTC3/P3	60%
Rougeole	59%
Fièvre jaune	50%
VAT2	69%

Source : YOMAN, 2008

Les crises socio-politiques qui se sont succédées en Côte d'Ivoire depuis 1999 ont perturbé la mise en œuvre du PNDS 1996-2005. Il est à noter que la réalisation des objectifs du PNDS dépendait étroitement des apports financiers extérieurs et de la stabilité des paramètres économiques et sociopolitiques du pays. L'arrêt de la coopération financière et technique avec certains partenaires clés a constitué un handicap majeur pour la mise en œuvre efficace du PNDS 1996-2005. Ces différentes crises, notamment la crise armée de 2002 ont contribué à aggraver la situation sanitaire déjà préoccupante avec la destruction, le pillage des infrastructures sanitaires, le déplacement massif des populations des zones de conflit dites zones Centre, Nord et Ouest (CNO) vers le sud du pays. L'analyse de la situation sanitaire révèle des difficultés et dysfonctionnements tant organisationnels, opérationnels que financiers. Les principaux indicateurs de santé sont à des niveaux jugés insatisfaisants. Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire a connu une situation de sous financement perpétuel. Les niveaux des indicateurs relatifs à la morbidité et à la mortalité traduisent une certaine faiblesse du système de santé ivoirien. Le taux brut de mortalité était de 14‰ en 2006. L'espérance de vie à la naissance était estimée à moins de 46 ans en 2006. La mortalité infantile s'élevait à 89 décès pour 1000 naissances vivantes en 2005. La mortalité maternelle était estimée à 543 décès pour 100 mille naissances vivantes en 2005. Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la

couverture en soins obstétricaux et une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complication survenant au décours de la grossesse et de l'accouchement. Une résurgence des maladies évitables par la vaccination a été observée du fait de la crise. En effet, on a constaté une augmentation du nombre de cas suspect de rougeole (de 5842 en 2001 à 7633 en 2002), des cas confirmés de poliomyélite (de 0 en 2001 à 17 en 2004) et de tétanos maternel et néonatal (de 19 en 2001 à 31 en 2005). Cette crise a eu également pour conséquence une altération des indicateurs du PEV de routine. Les couvertures vaccinales nationales par antigène sont généralement inférieures à 80% sur la période de 2001 à 2005. Elles ont une tendance à la stagnation ou à la baisse, confirmée par les enquêtes des revues externes menées en 2001 et 2006. Entre ces deux années la baisse de couverture vaccinale observée est d'environ 8 points en moyenne par antigène. Les taux d'abandon entre la première et la troisième dose de DTC-Hép B sont élevés passant de 22% en 2001 à 29% en 2005. Au niveau des indicateurs de performance des districts sanitaires, le pourcentage de districts avec une couverture vaccinale en DTC3 supérieure ou égale à 80% est passé de 13% en 2001 à 9% en 2005. Celui des districts avec une couverture vaccinale en rougeole supérieure ou égale à 80% est passé de 13% à 9% pendant la même période. Au niveau de la surveillance épidémiologique, cette situation a affecté le système de notification. Certains districts sont restés sous silence. Les données de promptitude et de complétude avaient chuté en 2002 pour remonter les années suivantes (Y. N'dri, 2008; MSHP, 2012 ; 2014).

2.3.2.2. Revue du PNDS 2012-2015

Ce PNDS avait identifié des indicateurs pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés à travers des résultats d'Impact, d'Effets et d'Effet Intermédiaires. Le tableau 5 suivant montre le niveau d'atteinte des résultats du PNDS 2012-2015 pour les 18 indicateurs retenus:

Tableau 5: Résultats des indicateurs du PNDS 2012-2015

Indicateurs	Base PNDS	Cible fixée par le PNDS pour 2015	Niveau actuel
Impact		L'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés	
1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000 NV)	125	88	108 (EDS-CI 2012)
2. Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 NV)	543	324	614 (EDS-CI 2012)
3. Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans (%)	3,4	1,8	??? (spectrum)
4. Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (pour 1000)	80	50	280 (RASS 2013)
5. Incidence de la Tuberculose (pour 1000)	1,7	0,6	1,72
Effet 1 : La gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la Santé sont renforcés			
6. Proportion du Budget de l'Etat alloué à la santé (%)	4,36	10	4,7
Effet 2 : L'offre et l'utilisation des services de santé de qualité sont améliorées			
7. Proportion de la population habitant à moins de 5 Km d'un centre de santé (%)	44	55	65
8. Nombre d'unité de poches collectées pour 1000 habitants par an	4,9	10	5,98
Effet 3 : La santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans sont améliorées			
9. Prévalence contraceptive moderne (%)	9,5	30	17
10. Taux de CPN4 (%)	45	70	34,6
11. Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	69,22	80	52
12. Couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois pour la 3ème dose du vaccin pentavalent (%)	62	95	87
13. Proportion d'IRA chez les enfants de moins de 5 ans traités aux antibiotiques (pour 1000)	19	50	29 % (EDS-CI 2012)
Effet 4 : La lutte contre la maladie et les infections nosocomiales est renforcée			
14. Proportion de PVVIH hommes et femmes en besoin de traitement qui bénéficie de traitement ARV selon le protocole (%)	45	80	76
15. Proportion de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME (%)	47,3	80	89
16. Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (%)	15	80	37 (EDS-CI 2012)
Effet 5 : La prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité sont renforcées			
17. Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois (%)	4	50	12 (EDS-CI 2012)
18. Taux d'utilisation des services de santé (%)	18	30	27,7

Source : Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020

Le faciès épidémiologique ivoirien est encore très largement dominé par les maladies infectieuses et parasitaires, persistantes et ré émergentes qui évoluent bien souvent

sur un terrain de carences nutritionnelles. Les maladies dites du développement viennent s'ajouter à la tragique pandémie du SIDA. La morbidité et la mortalité en Côte d'Ivoire sont dominées par les maladies infectieuses dont les principales sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les pneumonies. Les enfants et les femmes enceintes constituent les populations les plus vulnérables et partant les plus touchées.

La morbidité et la mortalité maternelle et néonatale restent élevées et préoccupantes en Côte d'Ivoire. Le pays a réalisé peu de progrès dans la lutte contre la mortalité maternelle, passant de 745 en 1990 à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 soit une évolution de 13,4 % en 25 ans avec un taux annuel de 0,6 % contre 44 % au niveau mondial (RMM, 2015 in MSHP, 2016). Le rapport sur la mortalité maternelle en 2015 estimait que le taux de mortalité maternelle de la Côte d'Ivoire à 645 décès pour 100000 naissances vivantes contre 546 pour l'Afrique Subsaharienne. En 2012, ce taux était estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS/RCI, 2012).

La morbidité chez les enfants de moins de 5 ans est dominée par la malnutrition, les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et les anémies. Elle demeure encore très élevée en Côte d'Ivoire et se situe à 108 pour 1000 naissances vivantes en 2012 (EDS-CI III) contre 125 pour 1000 naissances vivantes en 2005 (EDS, 2005). Quant au paludisme, il demeure le premier motif de consultation dans les formations sanitaires du pays même si les résultats des enquêtes d'analyse situationnelle montrent une tendance à la baisse passant de 50,17 % en 2010 à 43 % en 2012 puis à 33 % en 2014. Au niveau de la population générale, cette incidence qui était de 115 pour mille en 2011 est passée à 155,4 pour mille en 2015 (RASS 2013, 2015). Cette tendance globale à la baisse du poids du paludisme depuis 2014 pourrait s'expliquer par les effets des campagnes de distribution de masse de MILDA (MSLS, 2014).

2.4. Rapport entre politique et pratique sanitaire en Côte d'Ivoire

Selon le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le retour à un ordre constitutionnel normal depuis 2011, a permis à la Côte d'Ivoire d'engager la réflexion relative à l'élaboration de politique de santé (MSHP, 2011). Cette politique, qui découle de la réforme du système sanitaire ivoirien a commencé en 1985 par la création des directions régionales. En 1992, ce fut le recouvrement des coûts d'actes des soins et l'adoption de la politique des districts sanitaires en 1994. Ainsi, le retour à un ordre constitutionnel normal depuis la crise post-électorale de 2011 a permis à l'Etat de construire le dernier PNDS (2016-2020) qui contient sa vision en matière de santé en tenant compte du nouvel environnement socio-économiques du pays et des nouvelles orientations politiques du secteur de la santé. La définition des objectifs prioritaires et les orientations stratégiques de l'Etat en matière de santé constitue le cadre de référence pour le développement du secteur de la santé et la réponse

nationale aux problèmes de santé par sa bonne pratique qui conditionne l'amélioration des indicateurs de santé.

3. Discussion

L'étude a révélé que la politique sanitaire de la Côte d'Ivoire évolue depuis 1960. En effet, la ratification des déclarations d'Alma Ata, la création des directions régionales, l'adoption de l'initiative de Bamako avec la pratique de recouvrement des coûts d'actes des soins et de la politique des districts sanitaires ont permis à la Côte d'Ivoire de réajuster sa politique sanitaire. Il en est de même pour le Burkina Faso. En effet, la politique sanitaire de ce pays a connu aussi une dynamique depuis les années 1960 à travers plusieurs réformes et ratifications des accords et conventions dans le but de la rendre plus performante car le pays est convaincu que la santé est une composante déterminante du développement et que la santé et bien-être sont des objectifs primordiaux du développement lui-même (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2011).

Concernant les pratiques sanitaires, les indicateurs sanitaires montrent que les populations sont toujours exposées à des problèmes de santé. Selon le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique (2017), en 2016, 67% des populations vivaient à moins de 5 km d'un centre santé et 10% à plus de 10 km. 43% des districts sanitaires n'offraient pas de service de radiologie dans les hôpitaux l'une des raisons du faible taux d'utilisation des établissements sanitaires (45,26% au niveau national). La morbidité chez les enfants de moins de 5 ans est dominée par la malnutrition, les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et les anémies. Les incidences de ces quatre pathologies demeurent encore importantes avec 291,79 pour 1000 pour le paludisme, 202,35 pour 1000 pour les IRA, 88,86 pour 1000 pour la diarrhée, 133,08 pour 1000 pour les anémies. Les incidences des IRA et des malnutritions ont connues une légère hausse entre 2014 et 2015 et sont passées respectivement de 165,34 pour 1000 à 202,35 pour 1000 et 97,32 pour 1000 à 133,08 pour 1000. La mortalité chez les enfants de moins de 5 ans demeure encore très élevée en Côte d'Ivoire et se situe à 108 pour 1000 naissances vivantes en 2012 (EDS-CI III) contre 125 pour 1000 naissances vivantes en 2005 (EDS, 2005, p.15). Même si la couverture vaccinale est satisfaisante au niveau national pour certains antigènes (varie de 79 % à 107 % dans les régions sanitaires), on note une disparité dans les différentes régions sanitaires qui n'ont pas atteint les cibles fixées par le PNDS 2012-2015 avec des taux de 45 % pour le VAR dans la région du Boukani-Gontougou. Des analyses ont montré que les principaux facteurs qui entravent la performance vaccinale sont dû aux ruptures de stock récurrentes en vaccins et consommables d'injection, à la faible mise en œuvre de la stratégie avancée par certains aires de santé par manque de ressources, et la faible promotion de la vaccination dans certaines régions. Les données montrent que beaucoup d'efforts restent à faire par le pays pour améliorer l'état de santé des

enfants de moins de 5 ans. Ces résultats sont similaires à certains pays du continent africain. Au niveau du Burundi, le taux de mortalité néonatale est passé de 8,4/1000 à 7,2/1000 naissances vivantes (Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida Burundais, 2011, p. 64). Quant à la Mauritanie, le gouvernement a décidé de lutter contre ce fléau par la réduction de 30 décès pour 1000 et 20 décès pour 1000 respectivement pour la mortalité infanto-juvénile et infantile (Ministère de la Santé Publique de la Mauritanie, 2012, p. 58). Au Togo, les résultats d'enquête MICS, 2010 indiquent une prévalence nationale de paludisme de 33,1% chez les enfants de moins de cinq ans. D'après les données du Ministère de la Santé (Indicateurs Essentiels 2009), les enfants de 0 à 5 ans sont les plus touchés dans une proportion de 48% par rapport au nombre de cas enregistrés tous âges confondus. Les enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour cause de paludisme représentaient 60,6% des enfants hospitalisés. Le taux de mortalité hospitalière proportionnelle du paludisme était de 19 % en 2009 avec une létalité moyenne de 5 % (Ministère de la Santé Publique du Togo, 2012, p.76).

Concernant le SIDA, selon l'ONUSIDA (2014), la Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés de la région Ouest africaine et du Centre (AOC), après le Nigeria, le Cameroun et la République Démocratique du Congo (RDC) avec un nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Au Benin par exemple, les projections montrent que le nombre de personnes adultes vivant avec le VIH serait d'ici à 2015 de 58 657 en cas d'épidémie contrôlée avec 27 577 personnes ayant un besoin de traitement par les ARV. Le nombre de décès annuel dus au sida atteindrait 2 402 et le nombre d'orphelins des deux parents atteindrait 11 028. La couverture nationale en termes de personnes sous traitement ARV et de gestantes séropositives sous protocole PTME, représentent respectivement 67% et 38% (Ministère de la Santé Publique du Benin, 2009, p. 61).

Les problèmes de santé qui demeurent en Côte d'Ivoire semblent être les conséquences de l'inadéquation entre la politique et la pratique sanitaire à l'échelle des districts sanitaires. La Côte d'Ivoire dans l'élaboration de sa politique sanitaire a mis le district au cœur de son système de santé. Cependant, force est de constater que ces districts sanitaires sont en crise en témoigne le constat qu'avait fait en 2013 Madame la Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique en 2013 (2013 déclarée "Année de la Santé") lors de son discours d'orientation de l'action sanitaire. Selon elle, sur le plan de l'organisation du système de santé, la Côte d'Ivoire a opté, depuis 1994, pour la structuration en districts sanitaires, après avoir développé, par ailleurs, la stratégie des soins de santé primaires/Initiative de Bamako. Cependant, 20 ans après, la problématique de l'opérationnalisation des districts sanitaires reste entière. Elle a estimé que, de l'efficacité des équipes des districts sanitaires dépend l'amélioration sensible des indicateurs de santé. Et la restauration ou le renforcement de la capacité opérationnelle des districts sanitaires reste une préoccupation majeure

et qu'il faudra redéfinir le cahier de charge des districts sanitaires. Ainsi, de ce qui précède, on pourrait en déduire que la politique sanitaire ne s'applique pas dans les districts sanitaires car ceux-ci sont en crise. La crise est multiforme et elle touche le secteur financier, les ressources humaines, les infrastructures et équipements. Elle est aussi d'ordre spatial et fonctionnel. La crise des districts sanitaires n'est pas seulement propre à la Côte d'Ivoire. Au niveau du Cameroun, les programmes de santé sont mise en œuvre par les districts sanitaires à niveaux d'effectivités très variées dû à l'insuffisance du personnel de soins, de la couverture spatiale en infrastructures de santé et du faible niveau d'équipement (Ministère de la santé publique Cameroun, 2011, p. 81).

CONCLUSION

On retient de cette étude, qu'il existe un déphasage entre la politique et la pratique sanitaire en Côte d'Ivoire. En effet, les indicateurs sanitaires en terme d'accès aux soins de santé (67% population qui parcourent plus de 5 km), de morbidité (24,95% du cas de diarrhée, les incidences du paludisme, des IRA, des IST étaient de 154,58‰, 55,66‰, 17,33‰) et de mortalité (16579 mort-nés) témoignent des difficultés du système sanitaire. Malgré une évolution du système de santé depuis 1960, l'insuffisance du budget de fonctionnement, la faible couverture de certaines régions et la résurgence des pathologies comme le paludisme, le SIDA, l'hépatite B et C, la méningite restent encore des défis à relever pour le bien-être des populations. La politique, qui est l'ambition de l'Etat a besoin d'être traduit efficacement dans les pratiques sanitaires au niveau des centres de santé pour des résultats probants en Côte d'Ivoire qui aspire à une émergence de toutes ces composantes.

Bibliographie

BARBIERI M., CANTRELLE P. (1991), Politique de santé et population. Les défis démographiques : des discours alarmistes aux politiques incertaines, France, Politique Africaine, n°44, SN02444-7827, pp. 51-65.

DIONE I. (2013), Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier, Thèse de doctorat en Géographie, Université d'Angers, France 245 p.

EDS/RCI, (2012, Enquête démographique et santé à indicateurs multiples, *Rapport de synthèse*, Côte d'Ivoire, 24 p.

KONE B. (2017), Dégradation de l'environnement et santé de la population dans la ville de Duékoué, Thèse de Doctorat Unique en Géographie, Institut de Géographie de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, Côte d'Ivoire, 337 p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2015), Plan National de la Santé de la Mère et de l'Enfant 2016-2020 : surveillance, revue et riposte face aux décès maternels en Côte d'Ivoire-Rapport de situation premier semestre 2015, Côte d'Ivoire, DPPEIS, pp 5-67

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2017), Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2016, Côte d'Ivoire, DPPEIS, 378 p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2016), Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2015, Côte d'Ivoire, DPPEIS, 316 p.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2016), Plan de Suivi et Evaluation du PNDS 2016-20120, Côte d'Ivoire, DPPEIS, 48 p.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (2014), Rapport Annuelle de la Situation Sanitaire 2013, Côte d'Ivoire, DIPE, 294 p.

MSHP (2011), Document de Politique Nationale de Santé, Côte d'Ivoire, 27 p.

Ministère de la Santé Publique du Cameroun (2011), Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, Cameroun, Ambassade du Cameroun à Abidjan, 172 p.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida Burundaise (2011), Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, Burundi, Ambassade du Burundi à Abidjan, 106 p.

Ministère de la Santé Publique du Togo (2012), Plan national de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015, Togo, Ambassade du Togo à Abidjan, 86 p.

Ministère de la Santé Publique du Benin (2009), Plan national de développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018, Benin, Ambassade du Benin à Abidjan, 122 p.

Ministère de la Santé Publique de la Mauritanie (2012), Plan national de développement Sanitaire (PNDS) 2012-2020, Mauritanie, Ambassade de la Mauritanie à Abidjan, 137 p.

Ministère de la Santé Publique Tchadien (2016), Politique Nationale de Santé (PNS) 2016-2030, Tchad, Ambassade du Tchad à Abidjan, 45 p.

N'DRI Y. (2008), Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire. Abidjan, CERAP, 14 p.

OMS (2015), La santé dans le programme du développement à l'horizon 2030. Suisse, Genève, EB138/14. <http://www.oms.org> [consulté le 2/02/2018]

ONUSIDA (2014), Rapport pays visant à éliminer les nouvelles infections VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, Côte d'Ivoire, 4 p.

PICHERAL H. (1998), Territoires et valeurs d'usage de l'espace : éléments d'une géographie de la santé, In Allocation des ressources et géographie des soins, Paris, CEDRES, pp 15-58

Population Référence Bureau (2004), Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde, USA, PRB, 40 p.

RIDDE V. (2005), Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'ouest, le cas de l'initiative de Bamako au Burkina Faso, université de Laval (Québec), 661 p.

TAPE B. S. A. (2017), Accès et recours aux soins de santé dans les structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d'Ivoire), Thèse de Doctorat Unique en Géographie, Institut de Géographie de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, Côte d'Ivoire, 383 p.

TAPE B. S. A. , VANGA A. F. , ANOH K. P. (2018), « Les déterminants de la faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d'Ivoire)», in Revue des sciences sociales-PASRES, 6^{ème} année, N°19, Abidjan, pp. 131-150.

YMBA M. (2013), Accès et recours aux soins de santé moderne en milieu urbain: le cas de la ville d'Abidjan-Côte d'Ivoire», France, Artois, Thèse de Doctorat, Université d'Artois, 536 p.