

LE DROIT DES ENFANTS ET DES FEMMES À LA SANTÉ



2. Analyse causale

Facteurs socioculturels

- **Grossesses précoces** : en 2016, 3,1 % des filles âgées de 15-19 ans avaient eu une naissance avant l'âge de 15 ans et 25,4 % des filles âgées de 20-24 ans avant l'âge de 18 ans, cette proportion dépassant les 38 % dans le Nord-Ouest et le Nord et 40 % chez les filles des ménages les plus pauvres (MICS-5). Les grossesses précoces contribuent directement à la surmortalité des mères (12 % des décès maternels concernent des adolescentes⁷) et des enfants (faible poids à la naissance).
- **Mutilations génitales féminines/excision (MGF/E)** : les MGF/E augmentent la morbidité et la mortalité des mères du fait des risques de contamination à certaines infections, y compris au VIH/sida, et des complications obstétricales qu'elles entraînent comme l'hémorragie post-partum, la dystocie et les fistules obstétricales. En 2016, 36,7 % des femmes âgées de 15-49 ans et 11 % des filles de moins de 15 ans avaient subi une forme quelconque de MGF/E. Le risque de MGF/E diminue en milieu urbain (30,8 % en 2016 contre 37,7 % en 2012), mais augmente en milieu rural (43,8 % en 2016 contre 38,8 % en 2012) et reste très élevé dans le Nord-Ouest (75,2 %), le Nord (73,7 %), l'Ouest (62,1 %) et le Centre-Nord (42 %).
- **Services de prévention et de prise en charge** : l'accès aux services de prévention et de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) et du VIH pédiatrique est insuffisant.

- **Non-respect d'un intervalle de deux ans entre les naissances** : lorsque l'intervalle génésique est inférieur à deux ans, les TMN et TMM5 sont de 60 % et de 152 % contre respectivement 26 % et 95 % si l'intervalle est de deux ans. Le non-respect de l'intervalle génésique de deux ans est à rapprocher du faible taux de prévalence contraceptive moderne (environ 20 %, avec de fortes disparités régionales) et du niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de contraception pour l'espacement des naissances (plus de 30 % chez les 15-24 ans).

Un accès encore trop limité à des soins de santé de qualité

Des progrès insuffisants (données MICS-5)

- **Consultations prénatales (CPN)** : bien qu'en progression par rapport à 2012 (44,2 %), seules 51,3 % des femmes enceintes avaient, en 2016, réalisé les quatre CPN recommandées, dont un tiers seulement dans les ménages les plus pauvres (32,1 %) et les régions du Nord (32,1 %) et du Nord-Ouest (35,7 %). De plus, 6 % des femmes enceintes, dont 12,7 % de celles vivant dans les ménages les plus pauvres, n'avaient effectué aucune CPN.
- **Accouchement avec du personnel qualifié** : en 2016, 30,2 % des accouchements avaient eu lieu en dehors d'une structure de santé (42,6 % en milieu rural et 56,4 % dans les ménages les plus pauvres) et 25,8 % des naissances s'étaient déroulées sans l'assistance d'un personnel qualifié (38,7 % en milieu rural, 51,2 % dans les ménages les plus pauvres). Bien qu'en fort recul (11,5 % des naissances contre 19,9 % en 2012), le recours à une accoucheuse traditionnelle concernait une naissance sur quatre dans le Sud-Ouest (25,2 %) et l'Ouest (22,8 %).
- **Prévention des maladies de l'enfance** : en 2016, 32,1 % des enfants âgés de 12-23 mois n'avaient pas reçu le Pentavalent 3 (44,4 % des enfants des ménages les plus pauvres) et 51,2 % d'entre eux n'avaient pas eu les trois doses de PCV 13. Enfin, en 2017, 46 % des enfants de moins de 5 ans n'avaient pas reçu de Rotareq.
- **Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)** : la proportion d'enfants et de femmes enceintes utilisant une MILDA a fortement progressé depuis 2012, mais en 2016, 40,8 % des enfants de moins de 5 ans et 47 % des femmes enceintes ne dormaient toujours pas sous une MILDA.

- **Accès au traitement des maladies de l'enfance** : en 2016, seuls 30,5 % des enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes d'IRA ont été soignés avec des antibiotiques ; seuls 16,5 % des enfants de cet âge ayant la diarrhée ont reçu des sels de réhydratation orale (SRO) et 5,6 % une combinaison de SRO et de zinc ; et seuls 18,1 % des enfants ayant de la fièvre ont été traités avec un antipaludéen, 64,1 % d'entre eux seulement bénéficiant d'un traitement avec combinaison d'artémisinine (CTA), conformément aux recommandations de l'OMS. Enfin, en 2018, seuls 40 % des enfants âgés de 0-14 ans et vivant avec le VIH ont reçu des ARV.

Barrières restant à surmonter

Du côté de l'offre et de la qualité

- **Couverture en établissements de santé (ES) encore insuffisante dans certaines régions** : en 2017, 67,3 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres d'un ES contre 44 % en 2012. Toutefois, dans les régions sanitaires du Nord-Ouest et du Centre-Nord, plus de 20 % de la population se trouvait encore à plus de 15 kilomètres d'un ES.
- **Couverture en services offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) encore trop limitée** : selon l'évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, seuls 18 % des besoins du pays en structures SONU complets (SONUC⁹) sont actuellement couverts⁹.
- **Faible capacité des structures sanitaires à offrir le paquet complet des SONU de base (SONUB) et disponibilité insuffisante des personnels formés en SONU** : en 2017, seules 4,4 % des structures sanitaires censées offrir les sept services SONUB étaient en capacité de le faire¹⁰. Par ailleurs, le taux de disponibilité de plusieurs éléments traceurs SONUC comme l'approvisionnement en sang (24 %), les tests de compatibilité croisée (24 %), les équipements pour l'anesthésie (25 %), le bromure de suxaméthonium (39 %), les incubateurs (42 %), la lidocaïne 5 % (43 %), l'épinéphrine (46 %) et les tables de réanimation (56 %) reste très insuffisant¹¹. Enfin, dans les établissements de référence, seul 54 % du personnel est formé aux SONUC et 35 % seulement de ces établissements disposent des directives pour les soins obstétricaux complets (SARA 2016).
- **Rupture de stock de médicaments** : pour le traitement de la diarrhée, l'enquête SARA a montré qu'en 2016, le zinc n'était disponible que dans 32 % des établissements offrant

des services préventifs et curatifs de l'enfant et qu'un quart de ces établissements ne disposaient pas de SRO.

- **Un nombre insuffisant d'examens de santé postnatals (EPN)** : en 2016, seuls 34,8 % des nouveau-nés et 20,6 % des mères ont bénéficié d'un EPN au-delà des deux jours suivant la naissance.
- **Manque de personnel formé à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et en conseils et soutien aux PVVIH** : en 2016, seuls 42 % du personnel des ES offrant des services préventifs et curatifs de l'enfant étaient formés à la PCIME (SARA).
- **Faible qualité de l'accueil réservé aux patients** : les bâtiments et les salles d'attente des ES sont souvent vétustes et exiguës et manquent de commodités. De plus, l'accueil réservé aux mères et aux adolescents est généralement inadapté à ce type de public.
- **Couverture insuffisante en services offrant la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et la prise en charge du VIH pédiatrique** : 16 % des structures maternelles et infantiles (SMI) du secteur public et 98 % des SMI du secteur privé n'offrent pas la PTME ; le second test VIH en CPN est rarement réalisé alors que le premier test donne parfois des résultats erronés ou mal interprétés ; 36 % des femmes enceintes séropositives ne reçoivent pas d'ARV ; 43,7 % des enfants nés de mères séropositives ne bénéficient pas d'un test de dépistage précoce et 60 % des enfants de moins de 15 ans dépistés VIH+ ne reçoivent pas d'ARV (2018).





Du côté de la demande

• **Croyances et manque de connaissance concernant la santé reproductive et sexuelle, la prévention des maladies, les comportements à adopter en cas de symptômes**

la croyance selon laquelle la conception nuit à la femme et réduirait sa fertilité demeure répandue au sein de la population¹² et la possibilité d'accéder gratuitement à des services de planification familiale reste souvent mal connue; trop de femmes et d'hommes méconnaissent encore l'importance de réaliser la première CPN au cours du premier trimestre de la grossesse¹³ et doutent de l'utilité de vacciner les enfants¹⁴ ou de les faire dormir sous une MILDA¹⁵. Selon la MICS-5, seules 16,8 % des mères ou des personnes qui gardent des enfants connaissent au moins un des deux signes d'alerte de la pneumonie (IRA). Des conseils ou un traitement dans les ES ou auprès de prestataires de santé ne sont recherchés que dans 44 % des cas si l'enfant présente des symptômes d'IRA, 32,2 % des cas s'il a la diarrhée et 45,2 % des cas s'il a de la fièvre. Certaines femmes dépistées séropositives n'acceptent pas le résultat des tests et refusent de suivre le traitement en raison de la croyance persistante que le VIH/sida ne peut être soigné ou par crainte (généralement fondée) d'être rejetées par leur partenaire et leur famille.

• **Coûts directs et indirects** : les soins prénatals sont fournis gratuitement depuis l'entrée en vigueur de la politique de gratuité ciblée des soins pour les mères et les enfants de moins de 5 ans en 2012. Toutefois, les patients doivent souvent s'acquitter de frais additionnels pour l'accès aux soins (coûts de transport, achats du carnet de santé, de la couverture du carnet, d'un thermomètre) et aux médicaments (lorsque ceux distribués gratuitement ne sont plus disponibles), pour réaliser des examens ou être vaccinés.

• **Manque d'autonomisation des femmes** : selon l'EDS-III, dans 64,1 % des cas, c'est principalement le mari/conjoint qui prend les décisions concernant la santé de la femme. De plus, les femmes disposent de moyens financiers souvent très limités pour pouvoir payer de leur poche les frais directs et indirects des consultations médicales. Par ailleurs, dans certaines communautés, une femme ne peut se rendre seule à une consultation. Le manque d'autonomie des femmes séropositives contribue directement au taux élevé d'abandon des traitements et de pertes de vue.

• **Recours aux tradipraticiens et aux accoucheuses traditionnelles.**

• **Intolérances diverses aux médicaments prescrits dans le cas de la prise en charge du VIH pédiatrique** : les comprimés sont parfois trop gros pour pouvoir être avalés par un enfant; les enfants ne supportent pas toujours le goût du sirop de névirapine; enfin, les doses administrées sont souvent trop importantes par rapport au poids de l'enfant.

Un niveau insuffisant de dépenses publiques de santé et une mauvaise allocation des ressources

• **Les dépenses publiques de santé ne dépassent pas 6 % du budget de l'État**, soit un taux très inférieur à la cible de 15 % retenue par les chefs d'États africains en 2001 à Abuja. Ce faible niveau de dépenses publiques a des conséquences négatives sur la couverture et la capacité opérationnelle des ES et conduit à laisser une part excessive des dépenses totales de santé à la charge des ménages (48 % en 2016).

• **Par ailleurs, plus de 40 % du budget du ministère de la Santé est consacré au paiement des salaires du personnel et 12 % au financement de l'administration**, contre seulement 8 % aux investissements. En outre, le niveau primaire de la pyramide sanitaire, qui assure la prise en charge de 75 % des maladies, ne reçoit que 29 % des crédits de fonctionnement hors salaires du ministère de la Santé contre 47 % pour le niveau tertiaire (CHU et instituts spécialisés) où pourtant seules 2 % des maladies sont prises en charge.

• **Toutefois, la mise en œuvre progressive de la couverture maladie universelle (CMU)** – dont la réussite est, en partie, conditionnée à l'amélioration rapide de la couverture et de la qualité de l'offre de soins de santé primaire – pourrait créer une dynamique favorable à une hausse des dépenses publiques en matière de santé. En avril 2019, à l'occasion du dialogue national sur le financement de la santé, **le gouvernement a présenté un dossier d'investissement pour la santé** et pris l'engagement d'augmenter le budget de la santé de 15 % par an et d'allouer en priorité les crédits aux infrastructures et aux soins de santé primaires.

3. Recommandations clés

Renforcement du système de santé

- i. Poursuivre les efforts en faveur de l'augmentation du budget alloué à la santé et travailler à une allocation conséquente pour les soins de santé primaires dans le but d'améliorer l'efficacité du système.
- ii. Soutenir le déploiement de ressources humaines qualifiées au niveau des centres de santé primaire pour une continuité de soins de qualité ainsi que la mise à niveau du plateau technique.
- iii. Renforcer la chaîne d'approvisionnement pour une bonne disponibilité des médicaments et vaccins à tous les niveaux.
- iv. Moderniser le système d'information sanitaire pour assurer l'exactitude et la cohérence des données et mettre à l'échelle le monitoring décentralisé pour l'action.

Renforcement de la santé maternelle néonatale et infantile, y compris la vaccination

- v. Accroître les interventions d'offre de service de qualité tant dans les centres de santé que dans les communautés afin de répondre à l'utilisation insuffisante des services de santé.
- vi. Accélérer la mise à l'échelle des SONU de base en la déclarant « priorité nationale ».
- vii. Renforcer la prévention des principales maladies évitables par la vaccination de routine, l'utilisation des moustiquaires imprégnées et les autres interventions de prévention.

Développement de la santé communautaire

- viii. Poursuivre l'opérationnalisation de la stratégie nationale de santé communautaire.
- ix. Renforcer les actions innovantes au niveau du système de santé, des collectivités locales et des communautés pour lever les goulots qui entravent la demande des services de santé par les ménages.
- x. Renforcer le contrôle citoyen pour assurer une prestation de soins de qualité et à moindre coût pour les populations défavorisées.

Lutte contre le VIH/sida

- xi. Renforcer le dépistage des enfants et adolescents exposés (toutes les portes d'entrée, hors PTME et approche famille/*index testing*).
- xii. Renforcer la qualité des services de mise sous traitement antirétroviral (TAR) des femmes enceintes/allaitantes VIH+ et des enfants VIH+.
- xiii. Renforcer l'intégration de l'offre de service de soins VIH dans les cliniques privées.
- xiv. Réviser les messages sur le VIH à communiquer aux femmes enceintes et à leur conjoint dans la communauté.
- xv. Renforcer les capacités techniques et managériales du personnel des centres de santé en fourniture de services de PTME et PECP de qualité.
- xvi. Renforcer les capacités des directions décentralisées de la santé en matière de gestion de données VIH.

Notes

¹ Ce taux a été estimé à 88,8% pour 2017 par le Groupe inter-agences pour l'estimation de la mortalité infantile. UNICEF, OMS, Banque mondiale, UN-DESA Population Division (2018), *Levels and trends in child mortality report 2018*.

² Groupe inter-organisations pour l'estimation de la mortalité infantile, IGME, base de données mondiale, consultable sur <https://childmortality.org>

³ OMS, *Global Health Observatory data repository*.

⁴ The Lancet Nutrition Series, 2013, voir notamment : Bhutta, Z.A., et al. (2013), Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost? *The Lancet*, vol. 382, pp. 452-477.

⁵ En 2015, 66,4 % des femmes âgées de 15-49 ans souffraient d'anémie, dont 1,5 % d'anémie sévère. Enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie (EPPA-CI 2016).

⁶ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, OMS, UNICEF, FNUAP (2018), *Évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les structures de référence et les centres urbains de Côte d'Ivoire*.

⁷ Rapport national sur la surveillance des décès maternels et riposte en Côte d'Ivoire 2017.

⁸ Les services SONU complets (SONUC) comprennent, en plus des services des SONUB, la transfusion sanguine et les césariennes.

⁹ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2017), *Évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les structures de référence et dans les centres de santé urbains en Côte d'Ivoire*.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé, enquête SARA 2016.

¹² Inghelsa, M., Coffie, P.A, Larmarange, J. (2017), *Recours aux soins de santé globale et de santé sexuelle reproductive chez les étudiants de l'université Houphouët Boigny, Abidjan*.

¹³ USAID, Breakthrough Action (2018), *Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme en Côte d'Ivoire*.

¹⁴ UNICEF/DCPEV (2015), *Obstacles à la couverture vaccinale universelle des enfants de moins de 5 ans*.

¹⁵ UNICEF, IGDP (2017), *Études socio-anthropologiques sur des thématiques spécifiques aux droits des enfants dans le cadre de la préparation du programme 2017-2021*.