

# **Le Programme National de la Santé de la Reproduction et de Planification Familiale en Côte d'Ivoire : quel avenir dans un contexte post-crise ?**

**DOUMBIA Mohamed**

## **Résumé**

Longtemps opposée à l'adoption d'une politique de population, c'est seulement en 1998 que la Côte d'Ivoire a mis en œuvre un programme national de la santé de reproduction et de planification familiale.

Dix ans après, bien qu'il ait permis l'accès aux contraceptifs et la promotion de la planification familiale et surtout de faire avancer les droits reproductifs, les résultats du programme restent encore mitigés au regard de la stagnation de la prévalence contraceptive et surtout du désintérêt vis-à-vis de la planification familiale comparativement au VIH/SIDA.

Avec le retrait des principaux bailleurs de fonds depuis le déclenchement du conflit armé en septembre 2002 et le faible soutien de l'Etat, l'offre de planification familiale est aujourd'hui très limitée pour des besoins non satisfaits de plus en croissant.

Cet article qui s'appuie sur des études antérieures est une analyse de l'impact du programme et de son avenir dans le nouveau contexte post-crise.

## Introduction

Dès son accession à l'indépendance en 1960, la Côte d'Ivoire a adopté le mode de développement capitaliste comme stratégie de développement, avec pour base essentielle l'ouverture sur l'extérieur.

Cette option a permis au pays de connaître une performance économique spectaculaire avec un taux de croissance de 6 à 7% et ce jusqu'à la fin de la décennie 1970-1980.

Ce « miracle économique » a ainsi conforté les gouvernants dans leur position en matière de croissance démographique et de fécondité.

En effet, l'enquête démographique de 1976 indiquait que la Côte d'Ivoire était parmi les pays qui jugeaient leur niveau de fécondité satisfaisant et ne prenaient aucune mesure d'intervention.

A cette même date, les gouvernants estimeront que le pays est sous-peuplé d'où la nécessité d'augmenter quantitativement la descendance des mères.

Cela sera d'ailleurs inscrit dans le plan quinquennal 1976-1980 comme une priorité.

Ces discours en faveur d'une augmentation de la population se couplaient d'une attitude de laisser-faire et d'une incitation à l'immigration. Selon les statistiques, lors des deux décennies de la croissance, la population étrangère est passée de 700.000 habitants en 1965 à 1.474.469 habitants en 1975 puis à 3.039.079 en 1988 soit en moyenne 25% d'augmentation tous les 10 ans.

Ces indicateurs n'ont pas constitué de sources d'inquiétudes pour les dirigeants du fait de la bonne santé économique du pays qui, selon eux, pouvait faire face aux besoins qu'engendrerait cette croissance de la population. Le revenu par habitant était l'un des plus élevés et aucun déséquilibre macro-économique et social n'était constaté.

Mais les limites du modèle ivoirien seront observées à partir de la fin des années 1980 avec la baisse des cours des deux principales cultures d'exportation que sont le café et le cacao du fait de la surproduction mondiale, des chocs pétroliers et de la dépréciation des termes de l'échange.

Jusqu'à là, (avant 1992), les activités de planification familiale, bien que tolérées, elles ne bénéficiaient d'aucun soutien du gouvernement et elles se menaient en dehors du système de soins de santé.

C'est à la faveur de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994 que les dirigeants ivoiriens se sont engagés à reconnaître les questions de population en général et celles des droits sexuels et la Santé de la Reproduction comme des priorités pour le développement. Cet engagement s'est traduit par l'élaboration et l'adoption en 1998, de la politique, des standards et du Programme National de la Santé de la Reproduction et de la planification familiale (PNSR/PF).

Avant la fin de la première phase de sa mise en œuvre (fin 2002), la Côte d'Ivoire connaît une crise militaro-politique qui consacre la partition du pays en deux. La situation de « ni paix, ni guerre » engendrée par la crise a eu des répercussions sur le développement économique et socio sanitaire du pays à travers :

- le dysfonctionnement des services socio sanitaires surtout dans les zones de conflits,
- l'accroissement des besoins de services sociaux et de santé au niveau des zones d'accueil (EIS, 2005),
- la rupture dans l'approvisionnement en contraceptifs dans les zones de conflit,
- le retrait de certains bailleurs de fonds du PNSR/PF
- etc.

Cet article est une réflexion sur l'impact de la crise sur le programme et son avenir dans le contexte post-crise que vit la Côte d'Ivoire.

Nous partirons d'abord du rappel des objectifs de départ du programme pour montrer les progrès réalisés par le programme à travers l'atteinte de objectifs. Ensuite nous examinerons les contraintes dans la mise en œuvre du programme et enfin nous dégagerons les perspectives du programme au regard de la situation post crise actuelle.

## **I. Sources de données**

Deux principales sources de données ont été utilisées pour ce travail. Il s'agit de :

- 1) L'Enquête Démographique et Santé (EDS) Côte d'Ivoire de 1998-1999. Les données de cette enquête sont les dernières fournies avant le déclenchement de la crise et sont celles qui donnent de véritables informations pouvant permettre de faire une analyse critique du programme quelques années après sa mise en œuvre notamment en matière de santé maternelle et infantile. D'ailleurs, l'année 1999 correspondait à l'année de l'évaluation à mi-parcours du programme tel que prévu dans le plan de mise en œuvre du programme.
- 2) L'Enquête sur les Indicateurs du SIDA (EIS) Côte d'Ivoire de 2005. Les données de cette enquête sont les seules d'envergure nationale qui soient les plus récentes dans la période crise et qui, tout comme l'EDS de 1999, peuvent fournir des informations pouvant permettre de comparer les indicateurs aux objectifs du programme. L'EIS 2005 permet aussi de porter une analyse critique sur la première phase du programme qui s'achevait à la fin 2003.

Nous avons aussi consulté les rapports activités du programme et bien d'autres rapports relatifs à la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire, principalement le rapport préliminaire de l'enquête nationale à indicateurs multiples, Côte d'Ivoire (MICS2,2006).

A côté des ces enquêtes et rapports, nous avons recueilli des informations complémentaires auprès des responsables du programme à travers des entretiens semi structurés.

## **II. Description du PNSR/PF : ses composantes et ses objectifs**

### **Les composantes du programme**

Avant de parler du PNSR/PF, il nous semble important d'évoquer brièvement la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction et de Planification Familiale dont les objectifs généraux prennent en compte les groupes cibles déterminés dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005. Ces objectifs sont :

- la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à la santé génésique des Femmes et des Hommes ;
- la réduction de la Mortalité et de la Morbidité infantile ;
- l'amélioration de la santé en matière de sexualité et de reproduction des jeunes et des adolescents.

Cette Politique Nationale de Santé de la Reproduction est mise en œuvre à travers quatre programmes nationaux spécifiques ayant chacun des organes propres appelées Directions Exécutives que sont :

- le Programme National de Lutte contre le SIDA/MST et la Tuberculose (PNLS/MST/Tub.) ;
- le Programme National de la Santé Infantile (PNSI) ;
- le Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- le Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale (PNSR/PF).

Le PNSR/PF est cordonné par la Direction Exécutive du Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale (DEPNRSR/PF). Cette direction est chargée de la mise œuvre du programme à travers ses composantes suivantes :

- la maternité sans risque;
- la planification familiale;
- la santé des adolescents et des jeunes;
- la santé des hommes.

Par ailleurs, les attributions de cette direction qui dépend du Ministère de la santé et de l'hygiène publique intègrent non seulement les activités relatives aux objectifs que nous avons énumérés, mais prennent aussi en compte d'autres activités en rapport avec sa mission.

De façon spécifique, on peut dénombrer deux missions essentielles au programme.

Il s'agit de :

- assurer la coordination de l'ensemble des activités de la politique nationale de la santé de la reproduction;
- assurer la mise en oeuvre du PNSR/PF

Cette direction est dotée de quatre structures spécialisées d'appui permettant de réaliser les missions qui lui sont assignées. Il s'agit du service Formation-IEC-Mobilisation sociale, du service Prestations Cliniques, du service Administration-Finance-Logistique et du service Statistique.

### **Les objectifs du programme**

De façon générale, le but visé par le programme est l'amélioration de la santé et du bien-être des individus et des populations dans la perspective d'un développement durable.

Trois objectifs généraux ont été assignés au programme à savoir :

1. réduire la mortalité liée à la sexualité chez la femme et chez l'homme
2. réduire la morbidité liée à la sexualité chez la femme et chez l'homme
3. améliorer la santé en matière de sexualité des jeunes et des adolescents

Les objectifs spécifiques à atteindre sont libellés en termes d'objectifs d'impacts et de résultats selon les groupes cibles que sont les mères et les femmes, les adolescents et les jeunes et, les hommes (**Annexes 1**)

### **Les stratégies de mise œuvre du programme**

Dans sa stratégie de mise en œuvre, le programme s'appuie sur trois axes d'intervention que sont :

1. l'accroissement de la disponibilité et de l'accessibilité ;
2. la stimulation de la demande et,
3. la maximalisation de la qualité des services

De façon pratique, l'accroissement de l'accessibilité des services a consisté au renforcement de la capacité d'intervention du personnel par l'intégration des activités de SR/PF/SS au PMA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, par :

- l'implication de toutes les structures publiques, privées et para- publiques, des structures de développement existantes sur le terrain ;
- la décentralisation de l'offre de services jusqu'au niveau communautaire ;
- l'harmonisation des coûts des services SR selon la pyramide sanitaire et la création d'un environnement favorable à la mise en œuvre de la politique de la santé de la reproduction.

Quant à l'accroissement de la demande, elle a consisté à attirer principalement les jeunes et les hommes par le biais de services de bonne qualité et l'amélioration de l'accès à ces services. Comme stratégies d'approche, le programme s'est basée sur le développement de la communication de masse et interpersonnelle ; l'utilisation des relais dans la dissémination de l'information au niveau communautaire.

La maximalisation de la qualité des services a été basée essentiellement sur la formation des prestataires, le renouvellement et l'acquisition des équipements et matériels supplémentaires.

Dans sa mise en œuvre, le programme s'est appuyé sur les éléments suivants pour apprécier la qualité des services :

- la qualité de l'information aux utilisateurs de services
- la compétence professionnelle du personnel de service
- La qualité de la relation interpersonnelle entre les utilisateurs et le personnel
- la disponibilité pour répondre aux besoins quotidiens
- la diversification et l'intégration des services
- la gamme élargie des méthodes contraceptives
- la supervision régulière

### **Les sources de financement du programme**

La santé de la population a toujours été une préoccupation du gouvernement ivoirien. Avant la mise en œuvre du programme, d'importantes ressources financières avaient été mises à la disposition du Ministère de la santé, même s'il faut reconnaître que la part allouée à la santé était relativement insuffisante. En 1997 par exemple, le gouvernement avait consacré 55 milliards de francs CFA, soit 8,22% du budget national à la santé augmentant du coup le budget général de fonctionnement de 42% comparé à celui de 1993.

Cependant, en matière de santé de la reproduction et de planification familiale, la contribution de l'Etat reste très faible.

D'un coût global estimé à 17.350.323.089 francs CFA pour sa première phase d'exécution, le programme a bénéficié de diverses sources de financement que sont:

- les attributions directes qui correspondent à la contrepartie de l'Etat de Côte d'Ivoire à travers le budget national d'investissement, d'équipement et de fonctionnement ;
- l'apport de la communauté par l'achat des contraceptifs ;
- la participation du secteur privé ;
- les apports des partenaires au développement que sont l'Union Européenne, l'OMS, la Banque Mondiale, la coopération allemande (GTZ et KFW), l'UNFPA, l'UNICEF, l'USAID, la France et la Belgique.

### **III. L'impact du programme**

L'impact du programme sera mesuré à partir des indicateurs de départ proposés dans les objectifs d'impact et de résultats. Cependant, il faut indiquer que l'analyse se focalisera essentiellement sur la santé des mères et des enfants.

Par ailleurs, le fait que l'EIS 2005 fournisse très peu de données en matière de planification familiale, cela réduit considérablement la mesure de l'impact du programme.

En dépit de cette faiblesse au niveau de nos analyses, il faut indiquer que dans l'ensemble, les résultats du programme, bien que mitigés, ils sont satisfaisants au regard des effets de la crise sur le fonctionnement général du système de santé en Côte d'Ivoire.

#### **Une baisse constante de la fécondité**

La fécondité dans l'ensemble a beaucoup baissé en Côte d'Ivoire si nous comparons les résultats de l'EIS 2005 à ceux des enquêtes menées dans le passé. Comme nous pouvons le constater au tableau 1, en 1994, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) était de 5,7 enfants par femme. A mi parcours de la première phase du programme, cet indice est passé à 5,2 en 1998-1999. En 2005, il est passé à 4,6 soit une baisse de 1,6.

Cette baisse générale de la fécondité se perçoit aussi à travers le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et le Taux Brut de Natalité (TBN) qui ont connu des baisses variables (**Tableau 1**).

En l'absence de données récentes sur la planification familiale qui auraient permis de mettre en rapport la baisse de la fécondité et la pratique contraceptive, nous pouvons tout de même dire que cette baisse de l'ISF est consécutive au progrès de la prévalence contraceptive en Côte d'Ivoire de façon générale.

En effet, après sa libéralisation, nous avons assisté à une vulgarisation et une diffusion des pratiques contraceptives. Actuellement les méthodes contraceptives sont connues par plus de 90% des hommes et des femmes ; et les hommes sont de plus en plus favorables à la planification familiale, même si la pratique est encore problématique. A ce niveau, le PNSR/PF s'était donné pour objectif de « porter à 80% la proportion des hommes favorables à la planification familiale ». Comme nous l'avons mentionné, l'absence de données actuelles sur la planification familiale ne nous permet pas de vérifier si l'objectif a été atteint. Toutefois les données de l'EDSCI de 1998 nous indiquent que 80,3% des hommes approuvent la diffusion de messages sur la planification familiale à la radio ou à la télévision. Mais l'écart entre l'approbation de messages et l'approbation de la planification familiale elle-même, est souvent très grand chez les hommes.

C'est aussi le cas de la prévalence contraceptive pour laquelle nous n'avons pas de données récentes.

Rappelons aussi que l'objectif de départ du programme était de « porter de 5,7 à 14% la prévalence contraceptive ». Cet indicateur était essentiellement lié aux femmes en union utilisant les méthodes modernes.

Pris sous cet angle, l'absence de données ne nous permet pas d'apprécier les évolutions à ce niveau d'autant plus que seuls les résultats de l'EDSCI 1998-99 donnaient une prévalence contraceptive de seulement 10% chez les femmes en âge de procréer. Toutefois, si nous nous référons aux résultats du rapport préliminaire MICS 2, 2006, nous observons que 18% des femmes mariées ou en union libre utilisent au moins une méthode moderne de contraception, ce qui laisse supposer une augmentation de la prévalence dans l'ensemble.

**Tableau 1 : Evolution de la fécondité sur la période de 1978-2005**

Milieu de résidence	Indicateurs	E.P.R 1978	RGPH 1988	EDSCI 1994	RGPH 1998	EDSCI 1998	EIS 2005
Rural	ISF	6,6	7,2	6,4	6,5	5,2	5,5
	TGFG	193	237	224	205,8	204,0	193
	TBN	48	52	42,5	46,0	40,7	40,8
Urbain	ISF	6,4	5,1	4,7	4,1	4,0	3,6
	TGFG	193	168	161	124	136,0	129
	TBN	51	42	38,8	33,4	36,5	35,1
Ensemble	ISF	6,4	6,3	5,7	5,4	5,2	4,6
	TGFG	190	209	198	167,2	176,0	162
	TBN	49	48	41,3	40,7	39,3	38,4

Sources : INS, 1998, EIS, 2005

La baisse de la fécondité va de paire avec une légère augmentation de l'intervalle intergénéral. Cependant, l'intervalle médian n'a pratiquement pas changé entre 1998 et 2005 : 35,5 mois en 1998-1999 contre 36 mois en 2005. On note seulement que la proportion de naissances dans un intervalle inférieur à 24 mois par rapport à la naissance précédente est passée de 16 % en 1998-99 à 21 % en 2005. Cet intervalle médian était de 33,2 mois en 1994 (EDSCI-I).

La fécondité précoce, on le sait, a des effets négatifs sur la santé des mères et des enfants et les risques de décès sont élevés chez les enfants lorsque la mère est très jeune.

Une comparaison des données actuelles à celles de 1994 et 1998-99, permet d'observer que la proportion des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde a connu une baisse légère. De 34% en 1994, cette proportion est passée à 31% en 1998-99 et à 30% en 2005. Cette baisse est plus prononcée chez les adolescentes les plus jeunes notamment les jeunes filles de 16 ans. Leur proportion qui était de 29% en 1998-99 est passée à 15% en 2005.

On note aussi une évolution légèrement sensible de l'âge à la première naissance. L'âge médian est passé de 18,8 ans en 1994 à 19,0 ans en 1998 et 19,5 ans en 2005.

### **Une santé reproductive nettement améliorée**

De sa mise en œuvre jusqu'à aujourd'hui, des efforts ont été faits dans le sens de l'amélioration de la santé de la reproduction et principalement celle de la mère et de l'enfant. Cette santé maternelle est appréciée généralement à travers les soins prénatals, l'accouchement et la vaccination qui des effets sur l'évolution de la mortalité et la morbidité materno-infantile. Mais en ce qui nous concerne, nous mettrons l'accent sur les soins prénatals et l'accouchement bien que la vaccination ait largement contribué à améliorer la santé des enfants et à réduire la mortalité chez ces derniers à travers le programme élargie de vaccination.

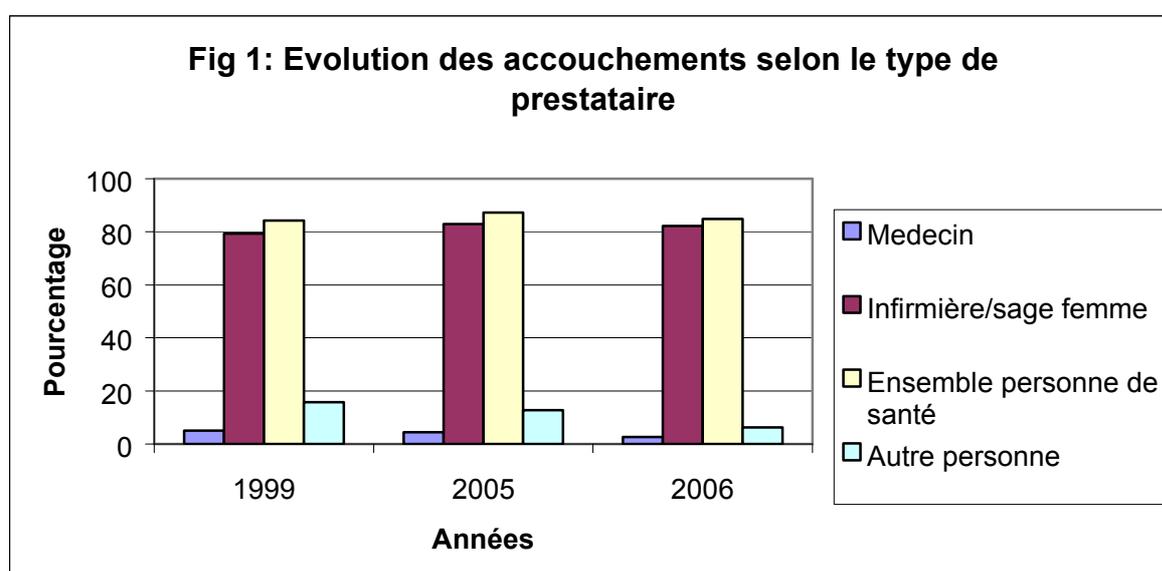
#### *Les soins prénatals*

Les soins prénatals sont importants pour la survie de la mère et de l'enfant. S'ils sont correctement effectués, ils constituent l'un des meilleurs moyens de prévention contre la mortalité et la morbidité materno-infantile.

A la lecture des données disponibles (**Annexe 2**), on observe une évolution dans le comportement des mères. Depuis 1998-1999, elles ont de plus en plus recours au personnel de santé. En effet, on observe que la proportion de femmes ayant été suivies par un personnel de santé formé est passée de 84,3% en 1999 à 87,3% en 2005. Mais en 2006, cette proportion a baissé passant à 84,8%.

Cette proportion de 84,8% reste à confirmer dans la mesure où elle est issue des résultats du rapport préliminaire de l'enquête nationale à indicateurs multiples (MICS 2, 2006).

Un autre constat, c'est celui de la baisse de moitié du taux de consultation au niveau des médecins. De 5% en 1999, il est à 2,6 en 2006. Cette baisse pourrait certainement s'expliquer par le fait que depuis le déclenchement du conflit armé, d'une part, très peu de médecins ont été recrutés par l'Etat et d'autre part les médecins déplacés de guerre n'ont pu être systématiquement redéployés ou réaffectés.



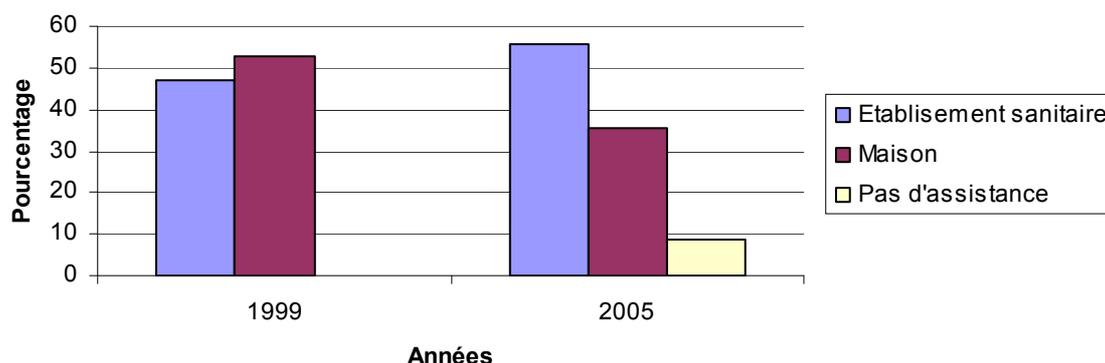
### *L'accouchement*

Tout comme au niveau des soins prénatals, les mères fréquentent de plus en plus les centres de santé et les établissements sanitaires. Le taux de fréquentation des structures sanitaires qui était de 47,1% est passé à 55,5% en 2005. Mais au-delà, c'est la baisse du taux d'accouchements à domicile qu'il est important de noter. De 52,7% en 1999, ce taux est passé à 35,4% en 2005 soit une baisse de 32,8%.

En dépit de cette amélioration dans le comportement sanitaire d'ensemble des mères, nous notons toutefois que certaines habitudes liées certainement à la culture et encore plus à la supposée expérience de certaines femmes en matière de procréation demeurent.

En effet, en rapport avec l'âge et le rang de naissance, nous observons que, quelle que soit l'année considérée, plus les femmes avancent en âge et en parité, moins elles fréquentent les structures sanitaires au profit des accouchements à domicile.

**Fig 2: Lieux d'accouchement sur la période 1999-2005**



En terme d'assistance à l'accouchement, l'on observe un contraste dans l'évolution des comportements des mères. En effet, en même temps qu'elles se font assister par un personnel médical formé et qualifié, elles ont aussi recours aux matrones ou accoucheuses traditionnelles lors des accouchements.

La proportion de naissances assistées par un personnel de santé est passé de 47,1% en 1999 à 51,7% en 2005 pour connaître une baisse en 2006 (50,8%). Ce constat est identique au niveau de l'assistance des matrones qui contrairement au personnel de santé ne connaissent pas de progression en dent de scie. La proportion de naissances assistées par une matrone est ainsi passée de 18,1% en 1999 à 22,2% en 2006 (**Tableau 2**)

**Tableau 2 : Assistance lors des accouchement sur période 1999-2006 (en%)**

Personne ayant assisté à l'accouchement	Année		
	1998-1999	2005	2006
Médecin	2,8	3,4	1,9
Infirmier/sage femme	44,3	51,7	50,8
Ensemble personnel formé	47,1	55,1	56,8
Accouchement traditionnel/Matrone	18,1	18,4	22,2
Parent/Autre	29,6	14,8	16,7
Pas d'assistance	5,3	2,1	1,4
NSP/ND	-	9,5	-
Aide soignante/ASC	-	-	5,5

Sources : INS, 1998, EIS, 2005

Comme nous l'avons déjà indiqué un peu plus haut, l'élargissement de la vaccination, mais aussi l'amélioration des soins prénatals et des conditions d'accouchement ont contribué à faire baisser le taux de mortalité maternelle et infantile. Au niveau des enfants, la mortalité infantile est passée de 112 pour mille en 1999 à 84 pour mille en 2006 et la mortalité des enfants de 0-5 est de 125 pour mille en 2006 contre 174,3 pour mille en 1999.

A côté de l'amélioration des indicateurs de santé et de bien être, d'autres résultats satisfaisants peuvent être mentionnés.

Il s'agit de la promotion de la santé de la reproduction et de la planification à travers les activités menées dans les centres de santé repartis sur l'ensemble du territoire national; même s'il faut reconnaître que cette répartition reste encore inégale car, l'essentiel des structures se

trouve au sud notamment au niveau des régions des lagunes et sud comoé. Cette inégalité s'est d'ailleurs renforcée avec la crise.

En second lieu, on peut parler de l'accessibilité financière des structures de santé de la reproduction mais aussi des méthodes contraceptives.

Au niveau des structures sanitaires, des efforts considérables ont été faits. Dans certaines localités, avec la gestion collégiale à travers les COGES (Comités de Gestion), les facilités financières sont offertes aux mères. Dans d'autres localités, des moustiquaires imprégnées sont offertes aux mères pour les inciter à fréquenter les structures sanitaires.

En matière de planification familiale, les prix pratiqués dans les structures permettent aux plus démunis d'accéder aux méthodes. Les prix des méthodes varient de 100 F à 2500 F selon les méthodes et les points de vente.

On peut parler aussi d'avancées au niveau des droits reproductifs qui nous semblent être très importants.

Comme le stipulent les recommandations de la CIPD, tout individu doit mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, de procréer en toute liberté et quand il le désire. En la matière, on peut noter quelques avancées significatives.

On peut citer entre autres, l'amélioration des règles matrimoniales qui accordent une relative autonomie aux femmes, la libéralisation de l'accès aux méthodes réversibles, l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes, l'accroissement de la participation des femmes aux instances décisionnelles même si sur ce dernier point, leur participation reste encore faible.

En dépit de ces avancées, il faut noter l'absence de véritables lois pouvant matérialiser cette équité qu'on essaye d'établir de sorte que dans la réalité les comportements changent difficilement.

Aussi, des besoins restent-ils à satisfaire en matière de planification comme nous le verrons.

#### **IV. Situation et contraintes du programme en période post-crise**

La Côte d'Ivoire connaît une crise politico-militaire depuis septembre 2002. Cette situation a affecté le pays à tous niveaux et principalement le fonctionnement du système sanitaire. Cette situation est encore plus préoccupante au Nord et à l'ouest où tous les services sociaux connaissent un ralentissement s'ils n'ont pas fait l'objet de pillage suite au départ du personnel. Cette situation d'ensemble a aussi affecté le PNSR/PF. En effet, la partition du pays a provoqué la cessation d'un certain nombre d'interventions par les principaux bailleurs de fonds du programme. La première phase du programme qui a correspondu au déclenchement de la guerre n'a pu être évaluée. Les financements attendus pour la réalisation d'une seconde phase n'a pu voir le jour.

Dans la même lancée, l'Etat devant faire face à d'autres urgences ne pouvait accorder une place de choix à la santé de la reproduction et à la planification familiale.

Cela a eu des conséquences sur le fonctionnement du programme et l'atteinte de ses objectifs. En 2005, des risques de ruptures de stocks de contraceptifs planaient alors même que la distribution se faisait essentiellement dans le sud.

Cette même année le premier responsable du programme faisait remarquer que: «il faut envisager très sérieusement de faire quelque chose. Nous avons encore quelques produits jusqu'à la fin de l'année, et cela parce que tout le territoire n'est pas ouvert. Mais nous ne sommes pas loin d'une rupture.» (Extrait d'un entretien accordé au quotidien *Fraternité Matin* du 13 mai 2005).

Même si ces risques de ruptures ne sont plus avérés aujourd'hui, il reste qu'il existe un réel besoin en planification familiale en Côte d'Ivoire en général et dans les zones sous contrôle

des forces nouvelles en particulier où la majeure partie des structures de santé fonctionne à faible régime ou alors n'ont aucun matériel ou personnel formé à la planification familiale (CSRS, 2007).

Déjà en 1994, les besoins exprimés en planification familiale étaient de 55%. En 1999, seulement 35% de la demande totale pour les services de planification familiale ont été satisfaits soit une demande approximative de 28% pour une prévalence contraceptive de 15% à cette période.

Aujourd'hui, en l'absence de données sur les besoins en matière de planification et au regard de tout ce qui a été dit en rapport avec la situation de crise que connaît le pays, nous pouvons affirmer qu'il existe de réels besoins.

Malheureusement ces besoins réels ne pourront être satisfaits vu le peu d'engagement de l'Etat face aux questions de santé de la reproduction en général et celles de la planification familiale en particulier.

En effet, en dehors de la situation de crise que vit le pays, l'intérêt pour la planification familiale s'est réduit face à l'émergence du VIH-SIDA. En effet, face aux nombreux financements dont jouit le VIH-SIDA, cette pandémie est devenue la priorité majeure du gouvernement, ce qui a valu d'ailleurs la création d'un Ministère de lutte contre le SIDA en plus du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) qui existe déjà.

De plus, l'intégration des questions de VIH-SIDA dans la santé de reproduction et la planification familiale a eu pour conséquences la démotivation du personnel de santé qui considère désormais la planification familiale comme une activité annexe (Dolumbia, 2007).

## **Conclusion**

Après la CIPD de 1994, la majorité sinon presque tous les pays ont adopté des programmes de santé de reproduction et de planification familiale. Longtemps opposée à la planification familiale et aux questions relatives à la croissance démographique, la Côte d'Ivoire a finalement adopté et mis en place un programme de santé de la reproduction et de planification familiale en 1998. 10 ans après sa création, que retenir du programme ?

Malgré le déclenchement de la crise militaro-politique, le programme a enregistré des résultats satisfaisants si l'on se réfère aux objectifs de résultats et d'impact que le programme s'est fixé.

En effet, l'on observe une baisse du taux de fécondité (de 5,7 en 1994 à 4,6% en 2006) avec pour corollaire une baisse du TGFG et du TBN. La proportion de mères qui ont recours à une structure sanitaire pour des consultations prénatales a augmenté en même temps que le suivi par un personnel qualifié. Les conditions d'accouchement étant améliorées, les mères accouchent de plus en plus dans les structures sanitaires. Cela a eu pour conséquences la baisse du taux de mortalité maternelle et infantile comparé aux autres années.

Le processus de redéploiement de l'administration en cours permet petit à petit le retour des populations dans leurs zones d'origines. Ce retour progressif à la normalité ouvre des perspectives à la Côte d'Ivoire en même temps qu'il accroît les urgences auxquelles la Côte d'Ivoire doit faire face en matière de santé en générale et de santé de la reproduction en particulier. Les différents plans et documents stratégiques qui n'ont pu être exécutés doivent être actualisés. Il s'agit notamment :

- Le Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP) de septembre 2002 qui vise à promouvoir des actions en faveur des populations défavorisées par un meilleur ciblage des mesures des investissements et des interventions

- Le Plan National d'Action de la Population (2002-2006) dont un volet vise au renforcement du pouvoir économique des femmes,
- Le Plan National d'Action de la Femme (PNAF, 2003-2007) qui vise à contribuer à instaurer les changements nécessaires à la réduction des disparités entre les hommes et les femmes et à favoriser l'accès de ces dernières à plus d'équité et d'égalité, tout en améliorant leurs conditions de vie.

Au-delà de l'actualisation de ces différentes initiatives, il faut indiquer que la situation de crise a désorganisé tout le système d'information sanitaire. En dehors des données issues des activités des organisations humanitaires, depuis le déclenchement de la crise, très peu d'études d'envergure nationale ont été menées. Il est donc nécessaire de disposer d'informations fiables en vue d'élaborer des interventions appropriées en matière de santé reproductive notamment.

Beaucoup reste à faire au regard des besoins à satisfaire en matière de planification familiale, mais la survie du programme reste toujours liée au financement. En Côte d'Ivoire et partout en Afrique les services de planification familiale sont incapables de répondre aux besoins existants et cette insuffisance ne fait que s'accroître.

Même s'il est à espérer qu'avec le retour à la normalité le programme bénéficie de financement de l'Etat et des bailleurs de fonds, il est clair que la Côte d'Ivoire va devoir faire face à ce déséquilibre de plus en plus marqué entre la demande et l'offre. Vu l'importance de la santé de la reproduction et la planification pour le développement, cela est possible si le programme est réellement perçu par les gouvernants comme un élément de valorisation des ressources humaines et lui accorde les financements nécessaires pour son autonomie.

Dans l'immédiat, les responsables ont élaboré une « feuille de route » dont l'objectif est de réduire de  $\frac{3}{4}$  la mortalité maternelle et infantile d'ici 2015. Au delà des bailleurs de fonds traditionnels que sont l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA, pour la réalisation de cet objectif l'implication de l'Etat est plus que souhaitée par les responsables du programme.

## Bibliographie

ANOAH (Amoakon), FASSASSI (Raimi) et VIMARD (Patrice), 2002, Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire, Les dossiers du CEPED N° 68, 45p.

Centre Suisse de Recherches Scientifique, 2007 : Rapport d'étude du projet « Retour et Réintégration 2006-2008 », IRC-CARE

Doumbia M. (2007) : Dynamiques sociales et stratégies de gestion de la fécondité en milieu urbain défavorisé, Thèse unique de doctorat, Université de Cocody, Abidjan, 305 p.

Institut National de la Statistique. 2001. Recensement Général de la Population et de l'Habitation 98: *Fécondité*. Volume 4. Tome 3. Abidjan, INS.

INS [Institut National de la Statistique, Côte d'Ivoire] et ORC Macro International Inc. 2001. *Enquête démographique et de santé 1998-1999. Calverton, Maryland USA* : Institut National de la Statistique et ORC Macro International Inc. 298 p

John F. Stewart, Guy Stecklov et Alfred Adewuyi, 1999. Structure et performance des programmes de planning familial en Afrique occidentale in Perspectives Internationales sur le planning familial, Numéro spécial de 1999

Ministère de la Famille, de la Femme et de l'enfant. 2002. *Plan National d'Action de la Femme 2003-2007*, Abidjan., MFFE

Ministère du Plan et du Développement. 2003, *Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement*. Abidjan, MPD.

Ministère de la lutte contre le SIDA, Institut National de la Statistique, Côte d'Ivoire, Retroci Côte d'Ivoire et ORC Macro International Inc. 2006. *Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire 2005*.

**ANNEXES 1 : BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME**

Groupes-cibles	Objectifs d'Impact	Objectifs de résultats	Indicateurs
<p><b>Santé de la Mère et de la femme</b></p>	<p><b>Réduire de 25% le taux de mortalité maternelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer que 60% des femmes enceintes bénéficient d'au moins trois (3) consultations prénatales</li> <li>• Porter de 45% à 55% les taux d'accouchements assistés par un professionnel de la santé</li> <li>• Assurer que 30% des femmes ayant accouché bénéficient d'une consultation postnatale</li> <li>• Porter de 5,7% à 14% la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer</li> <li>• Porter de 50% à 80% la proportion des hommes favorables à la pratique de la planification familiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion des accouchées ayant bénéficié de 3 CPN au moins</li> <li>• Proportion des accouchées ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé</li> <li>• Proportion des accouchées ayant bénéficié d'une consultation postnatale dans les 6 semaines après l'accouchement</li> <li>• Prévalence contraceptive</li> <li>• Proportion des hommes favorables à la pratique de la PF</li> </ul>
	<p><b>Réduire de 50% le taux de morbidité maternelle liée à la sexualité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuer à assurer que 50% des femmes consultant pour une MST dans un établissement sanitaire soient examinées et traitées d'une manière appropriée.</li> <li>• Contribuer à maintenir le taux de la séroprévalence VIH chez les femmes au taux actuel de 12%, de janvier 1999 à la fin de 2003</li> <li>• Réduire de 20% le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidence des MST chez les femmes</li> <li>• Séroprévalence VIH chez les femmes</li> <li>• Prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes</li> </ul>

**ANNEXES 1 : BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME (Suite)**

<b>Groupes-cibles</b>	<b>Objectifs d'Impact</b>	<b>Objectifs de résultats</b>	<b>Indicateurs</b>
<b>Santé des adolescents et des jeunes</b>	<b>Réduire de 15% le taux de mortalité liée à la sexualité chez les adolescents et les jeunes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire de 37% à 20% le taux de grossesses précoces chez les filles de moins de 18 ans</li> <li>• Réduire de 25% le taux des avortements provoqués chez les adolescentes et les jeunes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de grossesses chez les filles de moins de 18 ans</li> <li>• Taux des avortements provoqués chez les adolescentes et les jeunes</li> </ul>
	<b>Réduire de 30% le taux de morbidité liée à la sexualité chez les adolescents et les jeunes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuer à assurer que 25% des jeunes consultant pour une MST dans un établissement sanitaire soient examinés et traités d'une manière appropriée</li> <li>• Réduire de 10% la pratique des mutilations génitales féminines chez les adolescentes et les jeunes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion des adolescents et des jeunes qui utilisent les moyens de protection contre les MST/SIDA</li> <li>• Proportion de mutilations génitales féminines chez les adolescentes et les jeunes</li> </ul>
<b>Santé des hommes</b>	<b>Réduire de 10% le taux de mortalité liée à la sexualité chez les hommes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître de 25% le taux de la prise en charge des cas d'infertilité chez les hommes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de la prise en charge des cas d'infertilité chez les hommes</li> </ul>
	<b>Réduire de 40% le taux de morbidité liée à la sexualité chez les hommes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuer à assurer que 25% des hommes consultant pour une MST dans un établissement sanitaire soient examinés et traités d'une manière appropriée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de la prise en charge des MST</li> </ul>

Sources : PNSR/PF, 1999

**NB : L'atteinte de ces objectifs se situait dans la période de janvier 1999 à la fin de 2003**

**Annexes2 : Type de personnes consultées par les mères selon quelques caractéristiques socio-démographiques**

Caractéristiques	Médecin		Infirmière/sage femme		Ensemble Personnel formé		Autre personne				
	98-99	2005	2006	2005	2006	98-99	2005	2006	98-99	2005	2006*
<b>Age de la mère à la naissance</b>											
< 20	5,8	1,6	NF	86,7	NF	86,1	88,3	NF	13,9	11,7	NF
20-34	4,6	4,9	NF	82,8	NF	85,0	87,7	NF	15,0	12,3	NF
35 ou plus	5,7	7,2	NF	76,6	NF	77,6	83,8	NF	22,4	16,2	NF
<b>Rang de naissance</b>											
1	7,0	3,5	NF	88,0	NF	85,4	91,4	NF	4,6	8,6	NF
2-3	6,4	5,0	NF	82,1	NF	88,4	87,0	NF	1,6	13,0	NF
4-5	2,8	6,1	NF	78,6	NF	84,2	84,8	NF	5,8	5,2	NF
6 ou plus	2,9	3,1	NF	81,4	NF	77,0	84,5	NF	3,0	5,5	NF
<b>Milieu de résidence</b>											
Urbain	10,6	8,1	5,0	88,4	90,4	95,9	96,5	95,5	4,1	4,5	1,9
Rural	2,4	2,0	1,2	79,1	77,1	78,8	81,1	78,2	21,2	8,9	8,9
<b>Niveau d'instruction</b>											
Aucun	2,8	1,9	1,2	79,9	77,7	79,2	81,5	78,9	20,8	18,5	7,1
Primaire	6,1	5,4	3,3	90,1	89,0	92,2	95,4	92,4	7,8	4,6	3,9
Secondaire ou plus	20,3	15,0	5,7	82,9	90,0	99,7	97,9	95,7	0,3	2,1	3,1
<b>Ensemble</b>	<b>5,0</b>	<b>4,5</b>	<b>2,6</b>	<b>82,9</b>	<b>82,2</b>	<b>84,3</b>	<b>87,3</b>	<b>84,8</b>	<b>15,7</b>	<b>12,7</b>	<b>6,3</b>

Sources : EDSCI 1998-99, EIS, 2005, MICS2, 2006

\* L'enquête en 2006 a pris en compte celles qui ont déclaré n'avoir reçu aucun soin. Le pourcentage n'est donc pas égal à 100.  
NF = Non Fourni