

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC 2009-2013

CÔTE D'IVOIRE



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU REGIONAL DE L'
Afrique



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

CÔTE D'IVOIRE

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013

République de Côte d'Ivoire

1. Planification santé
2. Mise en œuvre du plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN : 978 929 031 1195

(NLM Classification: WA 540 HC7)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en Inde

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	iv
PRÉFACE	vii
RESUMÉ	ix
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DEFIS NATIONAUX LIES A LA SANTE ET AU DEVELOPPEMENT	2
2.1 Profil actuel du pays	2
2.2 Profil sanitaire	4
2.3 Revue de la SCPI	9
SECTION 3 AIDE AU DEVELOPPEMENT ET PARTENARIATS	13
3.1 Flux de l'aide et cadres de dépenses	13
3.2 Domaines d'intervention des principaux partenaires du secteur de la santé ...	13
3.3 Mécanismes, organes de coordination et de suivi	15
SECTION 4 COOPERATION ACTUELLE DE L'OMS	16
4.1 Principal objectif l'OMS	16
4.2 Mode de collaboration de l'OMS	17
SECTION 5 CADRE POLITIQUE DE L'OMS : ORIENTATIONS GLOBALES ET REGIONALES	19
5.1 But et mission	19
5.2 Fonctions essentielles	19
5.3 Programme mondial d'action sanitaire	19
5.4 Priorités au niveau mondial	20
5.5 Orientations du Siège	20
5.6 Orientations du Bureau régional	21
SECTION 6 PROGRAMME STRATEGIQUE : PRIORITES RETENUES POUR LA COOPERATION DE L'OMS AVEC LE PAYS	22
6.1 Objectif général	22
6.2 Objectifs spécifiques	22
6.3 Axes stratégiques prioritaires	23
SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATEGIQUE	27
7.1 Au niveau du Pays	27
7.2 Au niveau du Bureau régional	28
7.3 Au niveau du Siège	29
SECTION 8 MONITORING ET EVALUATION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	32

ABRÉVIATIONS

AMU	:	Assurance Maladie universelle
AVC	:	Accident vasculaire cérébral
BAD	:	Banque africaine de Développement.
CAP	:	Processus d'appel consolidé
CCA	:	Évaluation commune du pays
CCIA	:	Comité de Coordination Inter Agences
CCLAT	:	Convention Cadre de Lutte Antitabac
CCM	:	Mécanisme de coordination au niveau du pays
CDMT	:	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CERF	:	Fonds central d'intervention d'urgence
CHR	:	Centre hospitalier régional
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CICR	:	Comité international de la Croix Rouge
CNO	:	Zones Centre Nord et Ouest
CNPS	:	Caisse nationale de Prévoyance sociale
CNTS	:	Centre national de Transfusion sanguine.
CPN	:	Consultation prénatale
CSLP	:	Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté.
DDR	:	Désarmement Démobilisation Réinsertion
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté.
ECVM	:	Enquêtes sur les Conditions de Vie des Ménages
ESPC	:	Etablissement sanitaire de Premier Contact.
FMI	:	Fond Monétaire International
GAIN	:	Alliance mondiale pour l'Amélioration de la Nutrition
GAVI	:	Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
HG	:	Hôpital général.
HTA	:	Hypertension artérielle
IAHCC	:	Inter Agency Humanitarian Coordination Committee
INFAS	:	Institut national de Formation des Agents de Santé.
INS	:	Institut national de Statistiques
IST	:	Equipe d'appui interpays
MICS	:	Multiple Indicators Cluster Survey

MSF	:	Médecins sans Frontière.
MSHP	:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MUGEF-CI	:	Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire
NEPAD	:	Nouveau Partenariat Pour le Développement de l'Afrique.
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale.
ONU.SIDA	:	Organisme des Nations-Unies pour la lutte Contre le SIDA
ORSEC	:	Organisation des Secours lors des Catastrophes
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PF	:	Planning Familial
PFA	:	Paralyse Flasque Aiguë
PIB	:	Produit Intérieur Brut.
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire.
PSMT	:	Plan Stratégique à Moyen Terme
PSP	:	Pharmacie de la Santé Publique
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère –Enfant
RASS	:	Rapport Annuel des Statistiques Sanitaires
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat.
SCP	:	Stratégie de Coopération avec le Pays.
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficienc Acquis.
SIG	:	Système d'Information et de Gestion
SNU	:	Système des Nations Unies
SONU	:	Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence
UFR	:	Unité de Formation et de Recherche
UNCT	:	United Nations Country Team
UNDAF	:	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNDP	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population.
UNHCR	:	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	:	Virus de l'Immunodéficienc humaine

PRÉFACE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire, décrit le cadre des interventions prioritaires, pour la période 2009-2013.

Cette Stratégie s'inspire de plusieurs documents tels que le Plan national de Développement sanitaire (PNDS), le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Elle se fonde par ailleurs, sur la mission, les orientations et les priorités de l'OMS, le Plan-cadre du Système des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et de la Déclaration de Paris.

Elle se base également sur le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS (2006-2015) et le Plan stratégique à Moyen Terme (2008-2013). Elle prend en compte les avantages comparatifs, les potentiels de complémentarité et de synergie des interventions des autres partenaires.

L'évaluation de cette SCP de première génération a clairement indiqué qu'en dépit des progrès notables enregistrés, les défis majeurs identifiés lors de son élaboration demeurent, certains d'entre eux se sont même amplifiés et de nouveaux sont apparus.

Le profil épidémiologique du pays reste dominé par les maladies endémiques, notamment le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida, les filarioses; les maladies à potentiel épidémique dont la méningite et la fièvre jaune, les maladies émergentes ou ré émergentes comme l'ulcère de Buruli.

Au plan organisationnel, le système de santé présente d'importants dysfonctionnements, surtout dans les zones du Centre, du Nord et de l'Ouest (CNO), les plus affectées par la crise sociopolitique.

A l'issue de l'analyse de la situation, les défis majeurs suivants ont été identifiés :

- i) La gestion des conséquences sanitaires de la crise;
- ii) La réduction accélérée de la morbidité et de la mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles (y compris le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme);
- iii) La promotion d'un environnement favorable à la santé;
- iv) Le développement et la coordination du partenariat;
- v) La redynamisation et l'amélioration de la performance du système de santé;
- vi) La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles et des autres groupes vulnérables, l'accès universel à la santé de la reproduction;
- vii) La gestion des urgences et actions humanitaires;
- viii) Le développement de la recherche en santé.

L'impérieuse nécessité de relever ces défis, les préoccupations majeures de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de ses États Membres et l'amorce des réformes du Système des Nations Unies en cours, sous-tendent la formulation de la SCP de deuxième génération.

La présente SCP a donc pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations, à travers les axes stratégiques suivants :

- Accélération de la lutte contre la maladie;
- Accès universel à la santé sexuelle et génésique; santé de l'enfant et de tous les autres groupes vulnérables;
- Création d'un environnement favorable à la santé;
- Renforcement du système de santé et amélioration de la qualité et de l'utilisation des médicaments;
- Préparation et réponse aux urgences sanitaires et situations humanitaires.

La mise en œuvre de la SCP requiert l'engagement de l'Organisation à tous les niveaux, avec un renforcement du Bureau pays aussi bien en ressources humaines que financières, un appui technique du Bureau régional, des Equipes d'appui Inter Pays et du Siège ainsi que le renforcement des capacités nationales.

La mobilisation des ressources additionnelles nécessaires, le monitoring et l'évaluation des actions se feront en partenariat avec les différentes parties prenantes.

Pour une meilleure efficacité des actions au niveau du pays, une coordination appropriée et une complémentarité des interventions des trois niveaux de l'OMS, des partenaires nationaux et internationaux s'avèrent indispensables.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP) est l'approche stratégique de l'activité de l'OMS au niveau national, indiquant la manière dont les actions des trois niveaux de l'Organisation s'intègrent. Elle se base sur les orientations du Siège et du niveau régional de l'Organisation.

Cette stratégie tient compte de la nécessité d'accélérer les interventions visant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

En outre, elle s'inspire des objectifs régionaux (Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique et Déclaration d'Abuja) et du besoin d'harmoniser l'action de l'OMS avec celles des autres partenaires au développement pour l'atteinte des objectifs nationaux.

L'évaluation de la SCP de première génération (SCP 1) a identifié les difficultés de mise en œuvre consécutives à la crise sociopolitique et ses effets sur le secteur de la santé.

La SCP de deuxième génération (SCP 2) est le résultat de la concertation avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère de la lutte contre le sida, les autres départements ministériels, les partenaires du secteur de la santé, les Institutions nationales publiques et privées.

Son élaboration coïncide avec les efforts de sortie de la crise sociopolitique qui perdure. Ces efforts ont abouti à la signature de l'Accord Politique de Ouagadougou qui augure de meilleures perspectives politiques et socioéconomiques pour le pays.

L'analyse de la précédente SCP et du contexte actuel a abouti à l'identification des défis pris en compte dans l'élaboration de la SCP 2.

Elle a également permis de retenir les axes stratégiques prioritaires et les actions appuyant au mieux les efforts nationaux de développement sanitaire.

La SCP 2 constitue un cadre de référence en matière de coopération entre l'OMS et la Côte d'Ivoire, et un instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Sa mise en œuvre s'opérera de concert avec les partenaires du secteur de la santé et à travers les plans biennaux de travail de la période 2009 à 2013.

SECTION 2

DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT

2.1 PROFIL ACTUEL DU PAYS

2.1.1 *Situation géographique, administrative et démographique*

Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre le 10^{ème} degré de latitude Nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². 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. La capitale politique est Yamoussoukro située au centre du pays à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

Cette position géographique explique les variations climatiques, les deux principales zones de végétation (la forêt au sud et la savane au nord), la présence de certaines maladies endémiques et épidémiques prédominant dans chacune de ces zones.

Au plan de l'organisation administrative, le pays compte 19 régions, 70 départements, 335 sous-préfectures, 2 districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 718 chefs-lieux de communes et plus de 14 000 villages.

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes. Les principales religions (Akan, Mandé, Krou, Volta que). Le français est la langue officielle. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et les religions traditionnelles.

Sur la base du recensement général de la population et de l'habitation en 1998, et du taux d'accroissement démographique (3,3%), la population actuelle du pays est estimée à 20 581 770 habitants en 2007, avec un taux de fécondité de 4,6 % (EIS 2005).

Les principaux indicateurs sociodémographiques sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Principaux indicateurs sociodémographiques

INDICATEURS	VALEURS
Population générale :	<ul style="list-style-type: none"> • 15 366 672 habitants (1998), dont 57 % en zone rurale, et 43 % en zone urbaine; • 20 581 770 habitants (estimation 2007).
Population de moins de 15 ans	45 %
Enfants de moins de 5 ans	17%
Femmes en âge de procréer	22% (PNDS 2008-2012).
Taux d'accroissement moyen annuel	3,3 %
Taux de fécondité	4,6 enfants par femme .
Espérance de vie à la naissance	46,8 ans (hommes et femmes). hommes : 46,5 femmes : 48,3
Taux moyen d'alphabétisation	37 % pour les femmes. 63% pour les hommes.
Taux net de fréquentation du cycle primaire	55 %
Taux de scolarisation des fillettes	51 %
Produit Intérieur Brut	900 US dollars par habitant.
Indice de développement humain	43,2%

Source : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, 2008 - 2012

2.1.2 Situation sociopolitique

Le conflit sociopolitique qui a éclaté le 19 septembre 2002 a gravement affecté tous les secteurs socio-économiques du pays. Il en a résulté une accentuation de la paupérisation et une dégradation des conditions de vie des populations.

Cette crise a occasionné la détérioration, la destruction et le pillage de plusieurs infrastructures administratives publiques et privées dont un nombre important de services de santé. Elle a également engendré le déplacement de plusieurs milliers de personnes à l'extérieur et à l'intérieur du pays.

Suite à l'Accord Politique de Ouagadougou signé le 4 mars 2007, le pays qui avait connu une partition administrative de fait, a été réunifié et l'Administration progressivement redéployée sur l'ensemble du territoire. Dans les zones ex-occupées (Centre, Nord et Ouest), près de 75 % des fonctionnaires de l'Etat¹ ont rejoint leur poste de travail et la plupart des populations déplacées ont regagné leurs localités d'origine.

2.1.3 Situation économique

L'économie de la Côte d'Ivoire repose essentiellement sur l'agriculture, et l'Etat déploie d'importants efforts dans la diversification des cultures de rente (café, cacao, hévéa, palmier à huile, coton, anacarde, etc.).

¹ PNDS 2008-2012; Plan National de Développement des Ressources Humaines

La conjonction des effets de la crise sociopolitique et de la chute du cours des matières premières a profondément influé sur la croissance économique qui était de -1,85 % en 2004. Compte tenu de cette situation et malgré le contexte difficile, des mesures de redressement ont été consenties par le pays. Ainsi en 2007, le produit intérieur brut qui était de 8178,5 milliards de FCFA en 2004 est passé à 9602,9 milliards de FCFA.

Le taux de croissance économique est monté à 0,32 % et le stock de la dette est passé de 501,8 milliards de FCFA en 2005 à 402,8 milliards de FCFA en 2007. L'Indice de Développement humain² estimé à 43,2% en 2006 classe le pays au 166^{ème} rang sur 177.

2.1.4 Lutte contre la pauvreté³

Les Enquêtes sur les Conditions de Vie des Ménages (ECVM) réalisées par l'Institut National de la Statistique (INS), montrent que le taux de pauvreté qui était de 38,4% en 2002 est passé à 45 % en 2006. La pauvreté est plus marquée à la campagne qu'en ville et varie d'une région à l'autre.

Pour la lutte contre la pauvreté, le Gouvernement a élaboré, en collaboration avec ses partenaires, un nouveau Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP), pour la période 2008-2013, avec un accent particulier sur les secteurs sociaux de base (santé et éducation) et la bonne gouvernance.

2.1.5 Rôle de la société civile

La société civile agit à travers diverses organisations non gouvernementales et associations contribuant aux activités de développement, au processus de démocratisation du pays et à la promotion de la bonne gouvernance. Ces organisations de la société civile interviennent dans plusieurs domaines dont la santé, les droits de l'Homme, l'éducation, la promotion du genre, l'environnement, etc. Dans le secteur de la santé, la société civile participe, entre autres, aux activités de lutte contre le VIH/sida, à l'assistance aux groupes vulnérables, notamment les orphelins, les victimes des violences (sexuelles, physiques, psychosociales), les mutilés et les déplacés de guerre.

2.2 PROFIL SANITAIRE

2.2.1 Contexte épidémiologique

Les données disponibles permettent de relever que les problèmes de santé les plus importants sont les suivants :

Les maladies à potentiel épidémique et/ou évitables par la vaccination

- La partie septentrionale de la Côte d'Ivoire se situe dans la ceinture de la méningite cérébro-spinale. Cette maladie sévit sous forme d'épidémies récurrentes depuis 2002 en raison de la crise et de l'insuffisance de ressources nécessaires pour la vaccination des populations à risque;
- Les épidémies de fièvre jaune se répètent également, presque chaque année, depuis 2001, sur l'ensemble du territoire pour les mêmes raisons que précédemment;

² Rapport sur le développement humain, PNUD, 2006

³ Evaluation du Document de Stratégie intermédiaire de Réduction de la Pauvreté, Côte d'Ivoire, 2007

- Les progrès dans l'élimination du tétanos maternel et néonatal restent limités en raison de la faible proportion des femmes en âge de procréer ayant reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique (44%) et eu égard aux conditions inadéquates des accouchements.

En dépit de l'absence de cas notifiés de Poliovirus sauvage, d'épidémie de rougeole depuis 2005, la surveillance de ces maladies demeure une préoccupation majeure. Il en est de même du choléra dont aucun foyer épidémique n'a été détecté depuis 2006.

Les maladies endémiques

- Le paludisme constitue le premier motif de consultation dans les formations sanitaires du pays. En 2006, il a représenté 57% des états morbides enregistrés, respectivement 62% et 36% des causes d'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes;
- Le VIH/sida continue d'être une priorité pour le pays avec une prévalence en 2005 de 4,7% dans la population générale. Cette infection se féminise progressivement (6,4% chez la femme contre 2,9% chez l'homme). On estime à 750 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2006. En 2007, sur environ 104 000 personnes éligibles aux ARV, seulement 55 000 d'entre elles en bénéficient;
- En 2006, l'incidence globale de la tuberculose est estimée à 420 cas pour 100 000 habitants. La co-infection Tuberculose/VIH est d'environ 45% en 2007 et l'incidence de la forme multi-résistante⁴ est estimée à 2,5%;
- Du fait de l'interruption des activités de surveillance et de contrôle, d'autres maladies endémiques demeurent des préoccupations de santé publique, en l'occurrence l'ulcère de Buruli (plus de 26000 cas cumulés en 2007), l'onchocercose et la trypanosomiase humaine africaine.

La mortalité maternelle, néonatale et infantile

- La mortalité maternelle est estimée à 543 pour 100.000 naissances vivantes en 2007. L'accouchement par un personnel qualifié est de 57% à l'échelle nationale.;
- La mortalité néonatale est d'environ 41 pour 1000 en 2006 et essentiellement due aux souffrances fœtales, aux infections néonatales, à la prématurité et aux détresses respiratoires;
- En 2007, la mortalité infantile est de 118 pour 1000⁵. Le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques en sont les principales causes.

Les maladies non transmissibles

- Elles restent dominées par les maladies nutritionnelles (15 à 23,3% de malnutrition chronique) et métaboliques (diabète sucré, 5,7% de la population adulte), les maladies cardio-vasculaires, les maladies bucco-dentaires, les toxicomanies et maladies mentales, ainsi que la drépanocytose;
- L'incidence du cancer chez la femme est de 87 pour 100 000 : cancer du sein (24 pour 100 000), cancers du col de l'utérus (25 pour 100 000). Chez l'homme, l'incidence est de 82 pour 100 000, avec une prédominance du cancer de la prostate (31 pour 100 000). Le lymphome de Burkitt demeure une préoccupation particulière chez l'enfant.

⁴ PNTUB, Rapport annuel d'activités, 2007.

⁵ Institut National de la Statistique (INS).

L'environnement et l'hygiène publique

- En 2006, le taux de couverture nationale en approvisionnement en eau potable est de 77 %, contre 70 % en 2002;
- En matière d'assainissement, les systèmes modernes de collecte et d'évacuation des eaux pluviales, des eaux usées et des excréta n'existent que dans certains milieux urbains;
- La production d'ordures ménagères est évaluée à plus de 2 millions de tonnes par an dans l'ensemble du pays. La gestion inadéquate des déchets ménagers, industriels, biomédicaux et autres types de déchets, ainsi que l'utilisation inappropriée des ouvrages d'assainissement, constituent un risque important d'éclosion de diverses pathologies;
- Ces menaces environnementales ont été exacerbées par les déversements en 2006, de plusieurs tonnes de déchets hautement toxiques dans la capitale économique (Abidjan) et ses environs.

Les urgences et actions humanitaires

- Le pays fait face à plusieurs épidémies et le risque de survenue d'autres situations d'urgence demeure. Il existe, depuis environ deux décennies, un Plan d'organisation des secours (ORSEC) qui nécessite une actualisation en fonction de l'évolution du contexte;
La crise a engendré une situation humanitaire avec exacerbation des problèmes sanitaires, en particulier au sein des populations déplacées internes (environ 1 500 000 personnes).

2.2.2 Organisation et fonctionnement du système de santé

La pyramide sanitaire comprend trois niveaux :

- i) Le niveau central avec deux directions générales, assurant l'élaboration des politiques, la planification, la mobilisation des ressources, la gestion, l'évaluation des performances et la coordination;
- ii) Le niveau intermédiaire avec 19 directions régionales chargées de la coordination et de l'appui aux districts;
- iii) Le niveau opérationnel comportant 72 districts sanitaires.

La structure des soins comprend 1591 *établissements sanitaires de premier contact* (ESPC), au niveau primaire, 74 *Hôpitaux* au niveau secondaire et 4 *Centres hospitaliers universitaires* (CHU), au niveau tertiaire. A ces établissements de soins s'ajoutent six structures sanitaires spécialisées⁶ et les structures du Service de Santé des Forces nationales de défense et de sécurité.

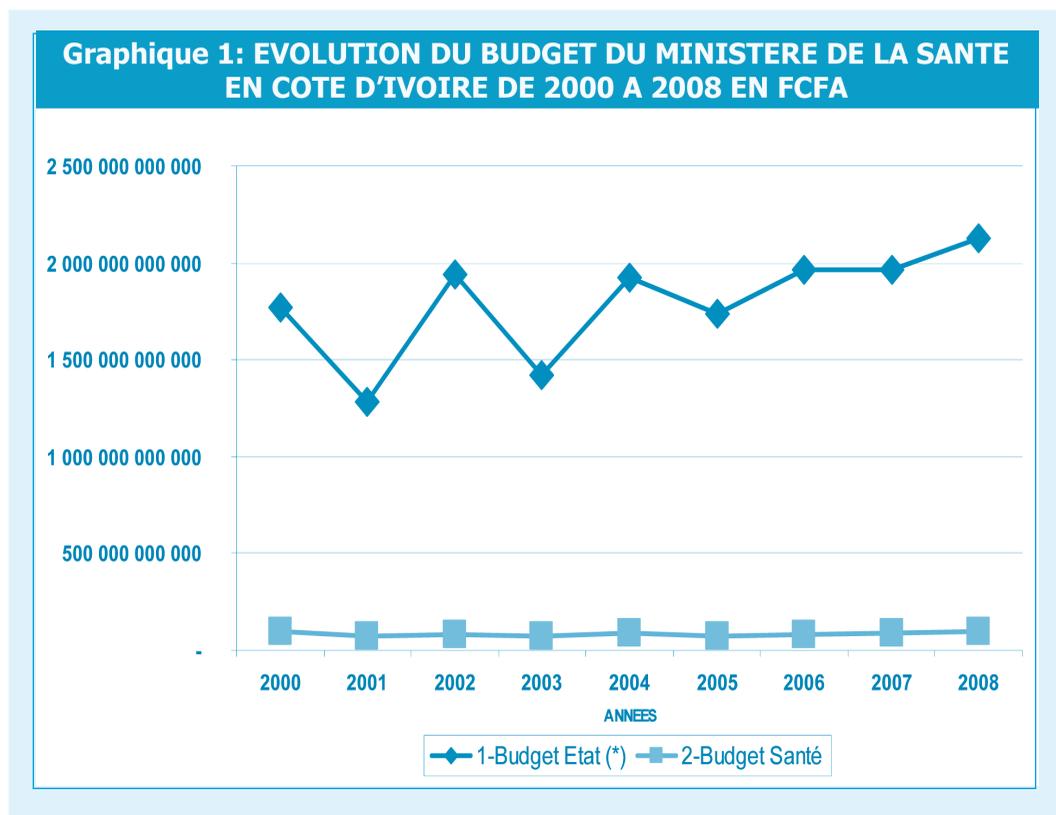
Le secteur privé comprend 1074 cliniques et cabinets médicaux ou paramédicaux, 21 laboratoires d'analyses médicales, 569 officines de pharmacie approvisionnées par trois grossistes répartiteurs et 28 centres médicaux d'entreprises.

⁶ Institut de cardiologie, Institut Raoul Follereau, Hôpital Psychiatrique, INSP, LNSP, SAMU

Les ressources humaines pour la santé⁷ :

L'effectif total des personnels de santé est passé de 17.677 en 2002 à 23 443 en 2007. Cet effectif est inégalement réparti sur le territoire avec une concentration du personnel dans les grandes villes particulièrement à Abidjan et ses environs qui en regroupent 60%. Le ratio médecin par habitant qui était de 1/9000 en 2000 est passé à 1/5695 en 2007.

Le système national d'information sanitaire est marqué par des ruptures fréquentes de supports de recueil des données, l'insuffisance de formation du personnel chargé de la gestion des données, l'insuffisance et la vétusté des équipements. Les informations des Centres hospitaliers universitaires (CHU) et du secteur privé ne parviennent pas régulièrement aux services en charge du système d'information sanitaire.

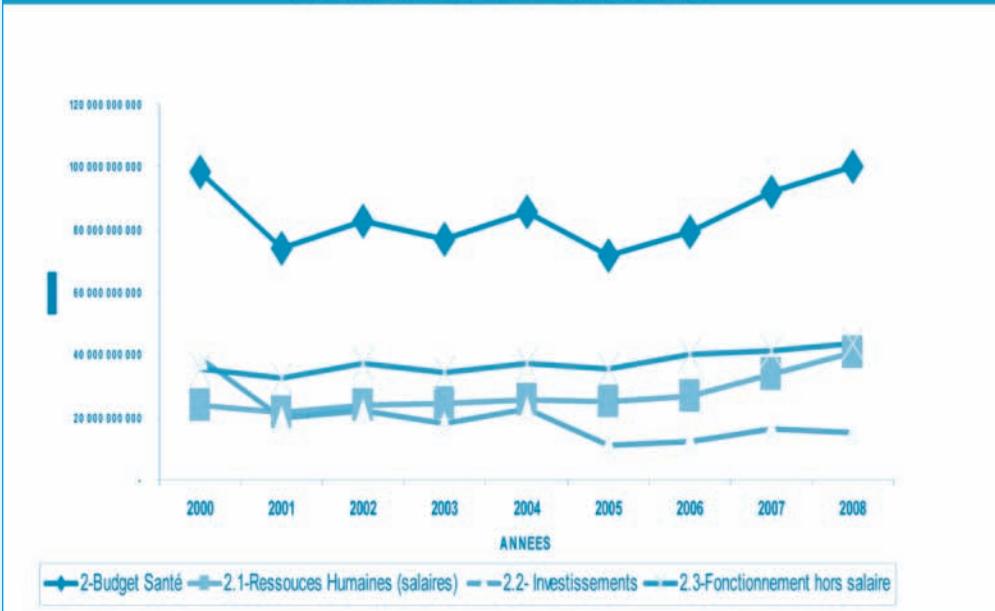


En matière de **politique du médicament**, la Pharmacie de la Santé publique (PSP) assure les fonctions de centrale d'achat, d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels, aux structures sanitaires publiques.

Le secteur pharmaceutique privé assure, outre la cession de produits sous dénomination commerciale, la vente de médicaments déconditionnés et sous noms génériques.

⁷ Enquête sur les ressources humaines de santé en Côte d'Ivoire, 2007

Graphique 2: EVOLUTION DU BUDGET DU MINISTRE DE LA SANTE EN COTE D'IVOIRE DE 2000 A 2008



On note parallèlement un développement du commerce illicite de médicaments entravant le bon fonctionnement du secteur pharmaceutique et exposant dangereusement la santé de la population.

Dans sa politique d'amélioration de l'accessibilité aux médicaments, le Gouvernement a, par ailleurs, développé un programme national de valorisation et de promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

Le système de protection sociale comprend la Caisse nationale de Prévoyance sociale (CNPS) qui couvre les travailleurs du secteur privé, la Mutuelle générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI), le Fonds de Prévoyance Militaire et des assurances privées.

L'Assurance Maladie universelle (AMU), créée en 2001, n'a pas encore connu un début effectif de mise en œuvre.

Le financement de la santé:

Les ménages contribuent au financement du secteur de la santé à travers le recouvrement du coût des prestations sanitaires. Toutefois, le budget de l'Etat reste la principale source de financement du secteur sanitaire public. La part du budget national affectée au Ministère de la Santé n'a pas connu d'augmentation significative et oscille autour de 5%. Depuis le début de la mise en œuvre de la SCP1, un montant global de 242,335 milliards F.CFA (soit environ 485 millions de dollars US) a été alloué par le Gouvernement au Ministère de la Santé. La portion de ce budget consacrée aux investissements est passée de 40% en 2000 à 15% en 2007.

2.3 REVUE DE LA SCP1

2.3.1 Rappel des défis de la SCP1

La SCP1 a été élaborée au plus fort de la crise sociopolitique débutée en septembre 2002. Cette crise a profondément désorganisé le système de santé et la lutte contre la maladie. En raison de la grave situation humanitaire qui en a découlé, l'accent a été essentiellement mis sur l'assistance aux populations touchées.

Les principaux défis identifiés lors de l'élaboration de la Stratégie de Coopération de première génération avec le Pays sont :

- La gestion des conséquences sanitaires de la crise;
- La réduction accélérée de la morbidité et de la mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles;
- La promotion d'un environnement favorable à la santé;
- Le développement et la coordination du partenariat;
- L'amélioration de la performance du système de santé.

2.3.2 Degré de mise en œuvre de la SCP de première génération

En dépit du contexte sociopolitique et sécuritaire difficile ainsi que de la modicité des ressources, financières notamment, le Bureau-Pays, en collaboration avec le Gouvernement et l'appui des Partenaires, a pu mettre en œuvre certains programmes retenus dans la SCP1; les résultats ci-après, ont été obtenus :

- **La gestion des conséquences sanitaires de la crise**, opérée à travers :
- L'évaluation de la situation humanitaire qui a permis l'identification des principaux facteurs de risque, des populations les plus vulnérables, des principaux besoins sanitaires et l'établissement de la cartographie des interventions;
- Le renforcement des compétences du personnel de santé et des acteurs humanitaires grâce à leur formation, pour la préparation et la réponse aux urgences et situations humanitaires;
- L'amélioration de la gestion des urgences et de la situation humanitaire à travers l'activation du Comité national de lutte contre les épidémies, l'appui en matériels, moyens logistiques, vaccins et médicaments.

Les différentes actions entreprises ainsi que la coordination et le monitoring des interventions, la mobilisation de ressources et leur utilisation optimale ont contribué à alléger les effets de la crise humanitaire et des diverses urgences qu'a connues le pays.

- **Pour la réduction accélérée de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles**, les résultats ci-après ont été obtenus :
- Renforcement de la Surveillance épidémiologique et riposte aux maladies à potentiel épidémique (fièvre jaune, rougeole, méningite, grippe aviaire, choléra...);
- Interruption de la circulation du poliovirus sauvage et contrôle des autres maladies évitables par la vaccination (rougeole, tétanos maternel et néo natal) à travers le renforcement du Programme élargi de Vaccination;

- Renforcement du Conseil/Dépistage, de l'information stratégique, de l'accès aux médicaments essentiels et autres intrants de qualité ayant permis une meilleure prévention et prise en charge du VIH/Sida, de la Tuberculose et du Paludisme;
- Appui technique, matériel et financier de l'OMS et autres partenaires ayant contribué à la relance des programmes de lutte contre les endémies majeures (Ulcère de Buruli, Trypanosomiase humaine africaine, Onchocercose, Filariose lymphatique, Bilharziose);
- Renforcement du programme national de nutrition, qui a conduit à l'évaluation et la prise en charge des troubles nutritionnels. Il s'est traduit également par la fortification des aliments en micronutriments et l'augmentation de l'administration de la Vitamine A;
- Restructuration et activation du programme de prévention et de prise en charge des maladies chroniques.

Les efforts du Gouvernement et ses partenaires ont permis au pays d'atteindre le seuil d'élimination de la lèpre et la pré-certification de la dracunculose.

- En ce qui concerne **la promotion d'un environnement favorable à la santé**, les actions ont abouti aux résultats suivants :
- Assainissement des sites d'accueil des personnes déplacées lors de la crise, grâce à l'action concertée de l'OMS et de ses partenaires;
- Adoption de comportements favorables par les populations ayant facilité la gestion des épidémies qu'a connues le pays au cours de la période;
- Fonctionnement des services de santé et continuité des soins par la contribution financière, matérielle et technique de l'OMS et autres acteurs du secteur de la santé;
- Disponibilité d'une base de données suite à une enquête sur le tabagisme réalisée chez les jeunes; (v) l'Assemblée nationale a voté une loi autorisant le Président de la République à ratifier la Convention Cadre de Lutte Antitabac (CCLAT) après une action de sensibilisation de l'OMS et un plaidoyer du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.
- Les efforts de développement et de coordination du partenariat ont donné des résultats satisfaisants dont;
- Une bonne collaboration de l'OMS avec le Gouvernement, l'équipe pays du Système des Nations Unies (SNU) et autres acteurs;
- Plusieurs programmes/projets et documents stratégiques (UNDAF, Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, projets CERF, CAP, GAVI, propositions pays pour le Fonds mondial, etc.) ont été conjointement élaborés avec d'autres partenaires;
- La diffusion d'informations sanitaires, de directives, de normes et standards régulièrement assurée, pour les différents intervenants, dans le secteur de la santé;
- Le groupe sectoriel santé, coordonné par l'OMS, est resté fonctionnel durant toute la crise;
- Le plaidoyer, en direction des coopérations bilatérales et multilatérales, a permis la mobilisation de ressources pour l'exécution des programmes de santé et la réponse aux urgences.
- **L'amélioration de la performance du système de santé** n'a pu être que partiellement réalisée en raison de la persistance de la crise. Cette amélioration obtenue avec l'assistance technique, matérielle et financière de l'OMS et l'appui d'autres partenaires, s'est traduite par :

- La contribution à l'amélioration du plateau technique de certains établissements publics de soins /programmes nationaux, au renforcement de leurs capacités gestionnaires et managériales à travers la fourniture de matériels médicaux, de biosécurité, informatiques, bureautiques et logistiques;
- La fourniture de réactifs et divers consommables, matériel informatique et la prise en charge d'une partie du personnel technique ayant contribué au renforcement du laboratoire national et sous régional de référence (Institut Pasteur de Côte d'Ivoire),
- Les schémas thérapeutiques de lutte contre le VIH/sida, le paludisme ont été révisés et les prestataires de soins formés;
- Pour la promotion de la médecine traditionnelle, un document de politique, un répertoire des plantes médicinales ont été préparés et la rédaction d'un manuel sur la médecine traditionnelle ébauchée;
- La disponibilité et l'accessibilité au sang et aux produits sanguins sécurisés ont été améliorées par le biais de l'ouverture du Centre régional de Transfusion sanguine de Yamoussoukro, le renforcement, en équipements et intrants, de celui de Daloa ainsi que du Centre national de Transfusion sanguine d'Abidjan;
- La fourniture de matériels et autres outils de collecte et d'analyse des données, la formation des acteurs à la collecte, à l'analyse et à la gestion des données et le financement de l'abonnement à la connexion Internet de certains services, ont favorisé le renforcement du système national d'information sanitaire;
- Les ateliers de formation en Côte d'Ivoire et à l'extérieur, les allocations de bourses d'étude pour des formations diplômantes et non diplômantes, des voyages d'étude pour les cadres nationaux, l'appui à des supervisions, ont concouru au développement des capacités des ressources humaines de la santé.

2.3.3 Programmes inachevés

Compte tenu du contexte difficile, du volume et de la complexité des besoins qui se sont accrus avec l'évolution de la crise, de la désertion du personnel de santé qualifié des zones affectées par le conflit, et en raison des contraintes financières, certains programmes n'ont pu être réalisés ou ne l'ont été que partiellement. Ainsi pour les programmes mentionnés ci-dessous, nous pouvons retenir les activités suivantes:

1. Pour la réduction de la morbidité et la mortalité :

- La mise à jour de la cartographie des risques sanitaires;
- La lutte contre certaines maladies endémiques;
- La mise sous ARV des personnes en indication thérapeutique;
- La mise à échelle de la stratégie « atteindre chaque district » pour l'augmentation de la couverture vaccinale;
- La mise à échelle de la PCIME.

2. Pour le renforcement du système de santé :

- La réglementation du secteur pharmaceutique;
- L'appui à la création et/ou renforcement des centres régionaux de transfusion sanguine;

- La révision du système d'information sanitaire et l'appui à la publication des rapports annuels des statistiques sanitaires (RASS);
- L'opérationnalisation des districts.

Pour la promotion d'un environnement favorable à la santé:

- L'analyse des principaux déterminants de la santé;
- L'élaboration du document de politique de la promotion de la santé.

2.3.4 Défis actuels et perspectives :

Au vu de ce qui précède, les défis suivants, identifiés lors de l'élaboration de la SCP de première génération, n'ont pas été entièrement relevés et restent toujours des questions de préoccupation pour le pays, à savoir:

- La gestion des conséquences sanitaires de la crise;
- La réduction accélérée de la morbidité et de la mortalité, liées aux maladies transmissibles et non transmissibles (y compris le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme);
- La promotion d'un environnement favorable à la santé;
- Le développement et la coordination du partenariat;
- La redynamisation et l'amélioration de la performance du système de santé.

A ces défis, s'ajoutent ceux ci-après, également retenus pour la période:

- La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles et des autres groupes vulnérables, l'accès universel à la santé de la reproduction;
- La gestion des urgences et actions humanitaires;
- Le développement de la recherche en santé.

Les crises successives qu'a connues le pays, notamment celle survenue depuis 2002, ont entravé ses efforts pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Malgré cette situation, on note une amélioration de certains indicateurs y compris ceux en relation avec le secteur de la santé. Ainsi, sur la période de 1990 à 2007:

- La mortalité maternelle est passée de 597 pour 100 000 naissances vivantes à 543 pour 100 000 naissances vivantes;
- Le taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans, est passé de 10,5% à 8,5%;
- La proportion d'enfants âgés de moins d'un an vaccinés contre la rougeole, est passée de 56% à 67%;
- La proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, est passée de 45 à 56%;
- Le taux d'utilisation de la contraception est passé de 5,7% à 13%;
- Le taux de couverture nationale en approvisionnement en eau potable est passé de 70% à 77%.

SECTION 3

AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

3.1 FLUX DE L'AIDE ET CADRES DE DÉPENSES

Quoique la coopération financière des Institutions bilatérales et multilatérales se soit réduite en raison de la crise sociopolitique que traverse le pays, elle s'est néanmoins poursuivie en faveur des domaines sociaux, en l'occurrence la santé et l'éducation. L'assistance de l'OMS et des autres Agences du Système des Nations Unies, n'a pas connu d'interruption mais s'est plutôt renforcée pour contribuer à l'allègement des effets de la crise.

Le volume global de l'aide apportée par les Agences des Nations Unies se situe autour de 200 millions de dollars US en 2007, en dehors de l'appui de l'Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire (ONUCI). En plus de cet appui du SNU, d'autres institutions ont apporté une assistance substantielle au pays durant la période de la SCP.

D'une façon générale, l'aide des partenaires extérieurs a largement contribué à couvrir les besoins humanitaires et les programmes sociaux durant la crise. Suite à l'Accord Politique de Ouagadougou, plusieurs autres partenaires se sont engagés à fournir un appui au processus de sortie de crise et de développement.

3.2 DOMAINES D'INTERVENTION DES PRINCIPAUX PARTENAIRES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Le secteur de la santé a bénéficié, sur la période de la SCP1, de l'appui des partenaires multilatéraux, bilatéraux, des Institutions financières et des ONG notamment internationales. Les contributions des principaux partenaires sont résumées dans le tableau ci-après.

Tableau 2 : Principaux partenaires et leurs domaines d'intervention

Dénomination des partenaires	Principaux domaines d'intervention	Aire d'intervention	Montant (en milliers d'USD)
COOPÉRATION MULTILATÉRALE			
Système des Nations Unies	<ul style="list-style-type: none">• Réhabilitation et équipements• Formation du personnel de santé• Approvisionnement en médicaments et autres intrants;• Sécurité transfusionnelle;• Appui institutionnel;• Gestion des urgences et des effets humanitaires de la crise;• Nutrition et sécurité alimentaire;• Renforcement des programmes de lutte contre la maladie y compris le VIH/sida,	Territoire national	200 000

	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant et autres personnes vulnérables; • Eau et assainissement; • Genre et équité; • Violence basée sur le genre; • Aide aux populations déplacées internes et aux réfugiés. 		
Union européenne et ECHO	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel de santé. • Réhabilitation et équipement des services de santé de base; • Renforcement institutionnel. • Approvisionnement en médicaments et autres intrants; 	Territoire national	600 000
Banque mondiale	<ul style="list-style-type: none"> • VIH/dida • Réhabilitation et équipement des services de santé de base; • Appui institutionnel; 	Territoire national	20 000
Banque africaine de Développement	<ul style="list-style-type: none"> • Grippe aviaire; 	Territoire national	500
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	<ul style="list-style-type: none"> • VIH/sida; • Tuberculose; • Paludisme; 	Territoire national	19 000
Fonds GAVI	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination; 	Territoire national	1 050
Initiative UNITAID	<ul style="list-style-type: none"> • VIH/sida (approvisionnement en ARV) • Tuberculose (approvisionnement antituberculeux pédiatrique) 	Territoire national	5 400
Fonds OPEP	<ul style="list-style-type: none"> • VIH/sida 	Territoire national	850
COOPÉRATION BILATÉRALE			
Etats Unis d'Amérique (USAID, PEPFAR)	<ul style="list-style-type: none"> • VIH/sida • Grippe aviaire • Sécurité transfusionnelle • Déchets toxiques 	Territoire national	330 050
Japon (JICA)	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre le paludisme • Vaccination infantile • Dracunculose 	Territoire national	5 182
Belgique (CTB)	<ul style="list-style-type: none"> • Réhabilitation et équipements des services sociaux de base; • Formation du personnel de santé; • Appui institutionnel. 	Moyen Comoé (Abengourou, Agnibilekrou)	4 697
France	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel de santé; • Appui aux structures de soins; • Approvisionnement en médicaments essentiels. 	Territoire national	Pas d'information concernant la période de la SCP 1
Italie	<ul style="list-style-type: none"> • VIH/sida; • Appuis institutionnels; • Appui aux ONG de lutte contre le VIH/sida. 	Territoire national	550
Espagne	<ul style="list-style-type: none"> • Réhabilitation et équipements des services de soins, (Institut de cardiologie); • Approvisionnement en médicaments. 	District d'Abidjan	Pas d'information concernant la période de la SCP 1

Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du système d'information sanitaire et capacités du personnel; • Approvisionnement en ARV et divers intrants; • Appui logistique et équipements. 	Territoire national	1100
Corée du Sud	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre la méningite. 	Nord du pays	500
ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES			
Rotary International	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination (contre la poliomyélite); • Lutte contre le paludisme. 	Territoire national	1 194
Fondation Jimmy Carter	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre la dracunculose. 	Territoire national	223
MAP International	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre la dracunculose. 	Territoire national	33
Helen Keller International	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition; • Lutte contre la cécité. 	Territoire national	505
Fondation Raoul Follereau	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli. 	Territoire national	227

L'appui technique de plusieurs ONG et institutions intervenant sur le terrain a facilité la gestion des conséquences sanitaires de la crise sociopolitique. Il s'agit, entre autres, de MSF France, MSF Belgique, MSF Hollande, Médecins du Monde, MERLIN, Comité international de la Croix Rouge, Croix Rouge nationale, CARE International, certaines ONG locales, particulièrement dans les régions Centre, Nord et Ouest.

3.3 MÉCANISMES, ORGANES DE COORDINATION ET DE SUIVI

Plusieurs mécanismes, organes de coordination et de suivi existent dans le pays. En dehors des réunions hebdomadaires de l'Equipe Pays du Système des Nations Unies (UNCT), de celles du groupe de réflexion stratégique (UNCT + bailleurs de fonds) et des réunions hebdomadaires du Comité Inter-Agences de Coordination humanitaire (IAHCC), il est également tenu, au moins une fois par mois, une réunion du Groupe Sectoriel Santé regroupant tous les acteurs intervenant dans le secteur de la santé.

D'autres mécanismes de coordination ont été mis en place pour divers domaines tels que : le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) pour le suivi des activités du Programme élargi de Vaccination (PEV), le Groupe sectoriel Nutrition et sécurité alimentaire, le Mécanisme de Coordination Pays (CCM) pour la gestion des ressources mobilisées auprès du Fonds Mondial en faveur de la lutte contre le VIH/sida, le Paludisme et la Tuberculose.

En ce qui concerne spécifiquement le VIH/sida, on peut citer les organes suivants: i) le Conseil national de lutte contre le sida présidé par le Président de la République, ii) le Comité interministériel de coordination des partenaires, présidé par le Premier Ministre, iii) le Forum des partenaires de lutte contre le VIH/sida présidé par le Ministre de la lutte contre le sida et regroupant d'autres départements ministériels, les Agences du Système des Nations Unies, autres Institutions de coopération multilatérale, bilatérale, des ONG nationales et internationales, iv) le Groupe thématique ONU/SIDA.

SECTION 4

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS

4.1 PRINCIPAL OBJECTIF DE L'OMS

L'OMS continue d'opérer de profonds changements dans sa façon de travailler. L'objectif ultime visé est d'améliorer sa performance en vue d'un meilleur appui aux États Membres dans leurs efforts pour s'attaquer aux principaux défis qui se posent dans les domaines de la santé, du développement et de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé. Ces changements s'inspirent également des perspectives de réforme des Nations Unies.

Ce processus de transformation organisationnelle s'appuie sur le cadre global de la stratégie institutionnelle de l'OMS⁸.

Les priorités établies au niveau régional tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial, et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des Objectifs du Millénaire pour le Développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine, du onzième Programme de travail de l'OMS et des objectifs définis dans son Plan stratégique à Moyen Terme (PSMT) 2008-2013. Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009». Elles portent notamment sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; la survie de l'enfant et la santé maternelle; l'action humanitaire en situation d'urgence; la promotion de la santé; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement.

Le Plan stratégique à Moyen Terme de l'OMS couvre trois exercices biennaux et a pour but d'améliorer la gestion fondée sur les résultats. Il se fixe une perspective à plus long terme et des objectifs plus clairs et mieux ciblés. Les examens biennaux du degré de réalisation des objectifs et des résultats escomptés permettront à l'Organisation de s'adapter, de manière à la fois souple et dynamique, à l'évolution de l'environnement sanitaire international.

Les résultats escomptés pour la période que couvre ce plan à moyen terme, découlent de **13 objectifs stratégiques** dérivant du cadre de gestion fondée sur les résultats. L'atteinte de ces objectifs nécessite davantage de collaboration entre les programmes consacrés à différentes maladies, car ils tiennent compte des multiples liens entre les déterminants de la santé, les résultats, les politiques, les systèmes et les technologies sanitaires.

Ces objectifs stratégiques sont les suivants :

1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles;
2. Combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose;
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes;

⁸ OMS, EB105/3 Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.

4. Réduire la morbidité ainsi que la mortalité et améliorer la santé, aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence y compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités;
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques;
6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho actives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés;
7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme;
8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques, dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé, liées à l'environnement;
9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable;
10. Améliorer les services de santé, à travers une bonne gouvernance, le financement, le recrutement de ressources humaines qualifiées et une gestion adéquate, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles;
11. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation;
12. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail;
13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente, de son mandat.

La Stratégie de Coopération OMS/Côte d'Ivoire projette des résultats tenant compte du contexte spécifique et des défis du pays en matière de santé.

4.2 MODE DE COLLABORATION DE L'OMS

Une vaste réforme a été engagée pour en améliorer la gestion en vue d'une exécution plus efficiente des programmes. Cette réforme a pour but d'assurer une meilleure performance de l'OMS dans la gestion de ses différents programmes. Elle vise également une bonne collaboration entre les trois niveaux de l'Organisation, en tant qu'entités décentralisées de l'Institution et en s'assurant de l'implication des partenaires au sein et à l'extérieur du Système des Nations Unies.

La structure du Secrétariat de l'OMS est conçue pour lui permettre de collaborer avec les pays. Ainsi pour l'exécution de la présente Stratégie de Coopération :

- Le **Siège** développera des stratégies mondiales de résolution des problèmes de santé et fournira un appui technique, matériel et financier, pour la mise en œuvre des programmes. Il assistera par ailleurs le Bureau Pays dans le développement des capacités, des partenariats et la mobilisation de ressources.
- Il est attendu du **Bureau Régional** des orientations stratégiques et politiques régionales ainsi qu'un appui technique, matériel, administratif et financier. Il continuera d'appuyer également le Bureau Pays dans la mobilisation de ressources financières et des ressources humaines nécessaires. Le Bureau régional soutiendra le pays dans le renforcement des capacités nationales en collaboration avec le Siège.
- La mise en place des **Equipes d'appui interpays (IST)** s'inscrit dans la politique de décentralisation du Bureau régional en vue de mieux relever les défis sanitaires de la Région. Cette dernière accorde une haute priorité à l'assistance de proximité et une plus grande efficacité des actions menées par les Etats Membres. L'IST Afrique de l'Ouest fournira ainsi une assistance technique au pays, pour le renforcement institutionnel, la planification et la mise en œuvre des politiques régionales et des programmes prioritaires.
- Le **Bureau Pays**, en concertation avec le Ministère de la Santé, d'autres départements ministériels, les Agences du Système des Nations Unies et d'autres partenaires internationaux et nationaux, créera les conditions nécessaires pour la mise en œuvre des programmes. Il fournira, en particulier, une assistance de proximité au pays pour le renforcement institutionnel, le développement des capacités et la mobilisation des ressources additionnelles indispensables. Il appuiera également le monitoring et l'évaluation des activités inscrites dans les différents plans de travail issus de la SCP.

SECTION 5

CADRE POLITIQUE DE L'OMS : ORIENTATIONS GLOBALES ET REGIONALES

5.1 BUT ET MISSION

La mission de l'OMS reste «d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible» (Article 1 de la Constitution de l'OMS). La stratégie institutionnelle, le Onzième Programme général de Travail 2006-2015⁹ et les Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009,¹⁰ définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé. L'Organisation s'attache, en effet, à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé, aussi bien sur le plan technique, que sur celui des politiques, tout comme ses capacités de gestion, afin de répondre aux besoins des États Membres, notamment pour ce qui est de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

5.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

Sur la base de son avantage comparatif¹¹, l'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes :

- Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels, pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire;
- Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles;
- Fixer des normes et des critères, en encourager et suivre l'application;
- Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes;
- Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles;
- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

5.3 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Pour combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissances dans le domaine de la santé, le Programme mondial d'Action sanitaire identifie les sept domaines prioritaires suivants :

- Investir dans la santé pour réduire la pauvreté;
- Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale;

⁹ Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

¹⁰ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS, dans la Région africaine 2005-2009.

¹¹ Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

- Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé;
- Influencer sur les déterminants de la santé;
- Renforcer les systèmes de santé et en rendre l'accès plus équitable;
- Exploiter le savoir, la science et la technologie;
- Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, le Directeur général de l'OMS a proposé d'inscrire les six points suivants au programme de l'Organisation :

- i) Développement sanitaire;
- ii) Sécurité sanitaire;
- iii) Systèmes de santé;
- iv) Données factuelles à l'appui des stratégies;
- v) Développement de partenariats;
- (vi) Amélioration de la performance de l'OMS.

Le Directeur général a également indiqué que l'action de l'Organisation devrait être jugée d'après son effet sur la santé des populations africaines, plus particulièrement celle des enfants et des femmes,

5.4 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Le Onzième Programme général de Travail fixe les priorités suivantes, au niveau mondial¹² :

- Apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique;
- Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde;
- Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé;
- Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé;
- Renforcer le rôle directeur de l'OMS, aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

Les actions de l'Organisation visent le renforcement de son rôle directeur au niveau mondial, régional et national. Pour ce faire, les orientations suivantes ont été définies au niveau du Siège et du Bureau régional pour l'Afrique :

5.5 ORIENTATIONS DU SIÈGE¹³

- Réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, avec un accent spécial sur les populations les plus démunies (femmes et enfants) et les populations marginalisées;
- Promouvoir des modes de vie sains en réduisant les facteurs de risque pour la santé de la population;

¹² Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

¹³ Onzième programme général de travail 2006-2015

- Promouvoir des systèmes de santé capables d'améliorer les résultats sanitaires de manière équitable et durable, et de répondre aux besoins essentiels de la population, au travers de services et soins géographiquement, financièrement et culturellement accessibles;
- Appuyer la création d'un cadre institutionnel permettant une prise en compte adéquate des questions de santé, dans les politiques sociales, économiques, environnementales et de développement.

5.6 ORIENTATIONS DU BUREAU RÉGIONAL¹⁴

- Renforcer les capacités des bureaux pays de l'OMS et leur appui aux pays;
- Renforcer et étendre les partenariats en faveur de la santé;
- Renforcer les politiques et systèmes de santé;
- Promouvoir l'intensification des interventions essentielles de santé;
- Intensifier les activités de sensibilisation et améliorer l'action sur les principaux déterminants de la santé.

¹⁴ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009

SECTION 6

PROGRAMME STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE PAYS

Sur la base de l'analyse et du degré de mise en œuvre de la SCP de première génération, de l'examen du contexte national actuel et en se référant aux principaux documents stratégiques du pays, en l'occurrence, le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), le Plan national de Développement sanitaire (PNDS) et le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF), le programme stratégique ci-après a été retenu.

6.1 OBJECTIF GÉNÉRAL

La Stratégie de Coopération avec le Pays de deuxième génération (SCP 2) a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population ivoirienne. Elle vise le relèvement des défis de la SCP 1 qui persistent et ceux nouvellement identifiés. Un accent particulier sera mis sur la correction des conséquences sanitaires de la crise sociopolitique qu'a traversée le pays; et le renforcement des interventions en vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire, pour le Développement. Pour y parvenir, les objectifs spécifiques et les axes stratégiques prioritaires suivants sont retenus.

6.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles;
- Réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales, infantiles et des autres groupes vulnérables;
- Promouvoir un environnement favorable à la santé en initiant des actions concourant à une amélioration durable des déterminants de la santé;
- Améliorer la performance du système de santé avec un accent sur la réhabilitation/équipement et la redynamisation des services de santé;
- Appuyer le renforcement des capacités nationales pour la gestion des urgences et des conséquences humanitaires de la crise sociopolitique;
- Promouvoir la recherche opérationnelle en santé, la diffusion de l'information et l'utilisation rationnelle des résultats pour le développement sanitaire national;
- Renforcer la coordination et le partenariat stratégique en faveur de la santé.

6.3 AXES STRATÉGIQUES PRIORITAIRES

- Accélération de la lutte contre la maladie;
- Accès universel à la santé sexuelle et génésique et santé de l'enfant et des autres groupes vulnérables;
- Création d'un environnement favorable à la santé;
- Renforcement du système de santé et amélioration de la qualité et de l'utilisation des médicaments;
- Préparation et réponse aux urgences sanitaires et situations humanitaires.

Ces axes stratégiques visent à répondre aux défis essentiels auxquels fait face le secteur de la santé pour le renforcement de la lutte contre la maladie, la réduction de la mortalité et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

6.3.1 Accélération de la lutte contre la maladie

Le Gouvernement envisage l'accélération des actions en vue de la réduction de l'incidence, de la prévalence et des conséquences des maladies transmissibles et non transmissibles les plus préoccupantes : les maladies à potentiel épidémique, le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, l'ulcère de Buruli et autres maladies tropicales négligées, l'onchocercose, la lèpre, la trypanosomiase humaine africaine, les cancers, les maladies nutritionnelles et endocrino-métaboliques, les maladies cardio-vasculaires, les affections odonto-stomatologiques, l'abus des substances psychotropes et les troubles psychotiques.

Pour ce faire, l'OMS fournira un appui aux autorités dans la traduction et l'adaptation au contexte national des initiatives régionales pour le contrôle, l'élimination ou l'éradication des maladies ci-dessus à travers les interventions suivantes :

- Renforcement de la surveillance épidémiologique et de la riposte aux épidémies (fièvre jaune, méningite, grippe aviaire ...) par un appui aux districts sanitaires pour l'accélération de la mise en œuvre de la Surveillance intégrée des Maladies et Réponse (SIMR) et la gestion appropriée des épidémies;
- Renforcement des actions préventives, y compris la vaccination de la population, notamment celle à risque, contre certaines épidémies récurrentes comme la méningite et la fièvre jaune;
- Formation du personnel de santé et contribution au renforcement des capacités nationales pour l'application adéquate du Règlement sanitaire international (RSI);
- Prévention et prise en charge rationnelle du VIH/sida, de la Tuberculose et du Paludisme par un appui au renforcement du dépistage et conseil, l'information stratégique, l'accélération des activités favorisant l'accès universel aux médicaments essentiels et autres intrants de qualité. L'OMS contribuera également à la révision des documents de stratégie, outils de formation et de gestion dans ces domaines.
- Renforcement des programmes de lutte contre les endémies majeures (Ulcer de Buruli, Trypanosomiase humaine africaine, Onchocercose, Filariose lymphatique, etc.) à travers la formation du personnel de santé et autres acteurs, la réalisation de la surveillance, d'enquêtes épidémiologiques, l'appui en médicaments, matériels, fournitures et outils techniques.

- Accélération des activités permettant la certification de l'éradication du ver de Guinée, de l'élimination de la lèpre, du tétanos néo-natal et le contrôle des autres maladies tropicales négligées. L'efficacité de ces activités passera par la formation, l'évaluation et la surveillance épidémiologique appropriée et régulière, l'appui à la supervision et au monitoring, la dotation en moyens logistiques, médicaments et intrants nécessaires.
- Renforcement des capacités diagnostiques des centres de dépistage, par la formation du personnel, l'approvisionnement en matériels et consommables des laboratoires et autres centres d'examen paracliniques, la mise à jour des bases factuelles relatives à la prévention, au dépistage précoce des cancers, des maladies cardio-vasculaires, des maladies endocrino-métaboliques (diabète, goitre endémique et autres maladies nutritionnelles) et la prise en charge des cas.

6.3.2 Accès universel à la santé sexuelle et génésique et santé de l'enfant et des autres groupes vulnérables.

En vue de promouvoir la santé sexuelle et génésique et d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services intégrés de santé de la mère et de l'enfant, l'OMS apportera un appui au pays durant la période de la présente SCP à travers les interventions ci-dessous, conformément à la feuille de route élaborée conjointement avec le Gouvernement et les partenaires :

- Renforcement des capacités des services et des personnels chargés de la santé de la mère et de l'enfant par la révision des documents de stratégie, la formation, l'appui à la supervision, le monitoring et l'évaluation, la dotation en moyens logistiques, l'introduction de la Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et des Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence (SONU) dans les curricula des institutions de formation du personnel de santé.
- Renforcement du Programme élargi de Vaccination contre les maladies évitables par l'immunisation, notamment la poliomyélite, la rougeole et le tétanos maternel et néo natal, à travers la mise en œuvre de la stratégie « Atteindre Chaque District » et par l'introduction de nouveaux vaccins (vaccin contre l'hémophilus influenzae, vaccin conjugué contre la méningite, vaccin contre le pneumocoque, etc.). Par ailleurs, l'OMS contribuera à l'évaluation des activités visant à prévenir toute importation et circulation du polio virus sauvage.
- Renforcement de la prise en charge de la santé des adolescents, par la formation du personnel de santé aux soins de santé de l'adolescent et la fourniture de matériels nécessaires aux structures de prise en charge.
- Renforcement des capacités nationales de recherche et de développement de technologies d'interventions, avec un accent sur l'accès équitable aux services de santé sexuelle et génésique de qualité, dans le respect des droits de l'homme;

6.3.3 Création d'un environnement favorable à la santé

L'OMS encouragera le Gouvernement dans ses efforts de promotion d'un environnement sain ainsi que pour l'adoption de comportements et modes de vie collectifs et individuels favorables à la santé. D'une façon générale, l'Organisation assistera le pays dans :

- L'identification et l'analyse des principaux déterminants de la santé et des actions à mener en vue de réduire leur impact sur la santé;

- L'élaboration du document de politique de promotion de la santé;
- La mise en place de mécanismes de gestion adéquate des déchets biomédicaux;
- Le plaidoyer pour la ratification et l'application de la Convention Cadre de Lutte Antitabac (CCLAT);
- La sensibilisation des communautés sur la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles, à la gestion et à l'utilisation rationnelle des services de santé.

La stratégie de promotion de la santé s'appuiera sur la participation communautaire, la diffusion des connaissances et des meilleures pratiques par l'intermédiaire de relais communautaires, l'utilisation des canaux traditionnels d'information, des médias de proximité en particulier, du personnel de santé, ceux d'autres départements ministériels et de la société civile.

6.3.4 Renforcement du système de santé et amélioration de la qualité et de l'utilisation des médicaments

Le Gouvernement poursuit des réformes pour le renforcement, l'amélioration et la redynamisation du système de santé ainsi que l'amélioration de l'accessibilité des populations aux médicaments essentiels. Dans cette optique, le soutien de l'OMS portera sur :

- L'appui à l'actualisation de la politique nationale de santé, la préparation et la mise en œuvre d'un Plan national de Développement sanitaire;
- L'élaboration des comptes nationaux de la santé;
- Le renforcement des capacités du personnel de santé : la formation de cadres nationaux en santé publique et autres domaines, l'appui aux institutions de formation en santé, l'évaluation, la révision et l'adaptation des curricula de formation au profil sanitaire et aux priorités nationales;
- L'amélioration du plateau technique des établissements de soins se traduira par une contribution à leur réhabilitation, équipement et dotation en médicaments;
- Le renforcement de la réglementation du secteur pharmaceutique, par un appui à l'évaluation du système actuel de régulation et la révision des directives pour l'assurance qualité;
- Le renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'usage rationnel des médicaments, par la formation du personnel de santé à l'utilisation des ordigrammes;
- La promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle, basée sur la recherche opérationnelle, la production, la diffusion et l'utilisation de la monographie des plantes médicinales;
- L'amélioration de la disponibilité et de la sécurité du sang et des produits sanguins, par la révision des directives de gestion et de prescription rationnelles des produits sanguins, l'élaboration et la mise en œuvre des plans de développement des capacités en gestion et en assurance de qualité, l'appui à la création/renforcement de 7 centres de transfusion sanguine;
- L'amélioration du Système national d'Information sanitaire et de Gestion : révision du système d'information y compris la carte sanitaire, appui à l'élaboration et à la publication des Rapports annuels des Statistiques sanitaires (RASS);

- La promotion de la recherche en santé, avec un accent particulier sur la recherche opérationnelle;
- L'appui au renforcement du partenariat, au plaidoyer, à la mobilisation des ressources et à la coordination des interventions sanitaires.

6.3.5 Préparation et réponse aux urgences et situations humanitaires

La Côte d'Ivoire, qui vient de traverser une crise sociopolitique complexe et de longue durée, a connu une série d'urgences et d'actions humanitaires dont les effets sur le secteur de la santé persistent.

En effet, le pays est souvent confronté à des flambées épidémiques (méningite, fièvre jaune, grippe aviaire, choléra). Devant ces situations d'urgence, on note une insuffisance de ressources financières, de préparation et de réponse nécessitant des actions rapides, vigoureuses et appropriées. Aussi, l'OMS envisage-t-elle d'appuyer le Gouvernement dans les domaines suivants :

- Renforcement des capacités du personnel à la préparation et à la réponse aux urgences : formation du personnel de santé et autres acteurs aux urgences et actions humanitaires;
- Evaluation de la situation humanitaire, des principaux facteurs de vulnérabilité et de risques, des besoins sanitaires liés aux urgences et situations humanitaires;
- Cartographie des urgences, de la situation humanitaire et des actions spécifiques pour leur gestion;
- Fourniture de matériels, médicaments, vaccins et logistiques pour la prise en charge des urgences : acquisition et pré positionnement de kits et autres matériels d'intervention d'urgence;
- Actualisation du Plan d'Organisation des Secours et Catastrophes (ORSEC) et des Plans de contingence;
- Mobilisation des ressources pour le développement des capacités et de gestion des urgences : formation du personnel au le processus de préparation de l'Appel consolidé (CAP) et du processus d'évaluation de la vulnérabilité en situation humanitaire;
- Renforcement du partenariat et de la coordination pour la gestion des urgences, des actions humanitaires et des actions sanitaires relatives au Désarmement, à la Démobilisation et à la Réinsertion (DDR) des ex-combattants, et la gestion des violences basées sur le genre;
- Collecte, analyse et diffusion des informations sanitaires sur les urgences et actions humanitaires.

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE

Le présent document de stratégie constitue un cadre de référence en matière de coopération entre l'OMS et la Côte d'Ivoire, pour les cinq prochaines années. Sa mise en œuvre implique la participation de tous les acteurs du secteur de la santé et contribuera à la redynamisation du système de santé. Il engage la responsabilité et la crédibilité de chaque niveau de l'Organisation, du Gouvernement et de ses partenaires.

7.1 AU NIVEAU DU PAYS

7.2 *Le Bureau de l'OMS*

La mise en œuvre de cette SCP tiendra compte des priorités nationales telles que définies dans ses documents stratégiques à savoir le DSRP, le PNDS et le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Le Bureau pays s'inspirera des orientations et priorités définies dans lesdits documents ainsi que de celles retenues dans la présente SCP pour l'élaboration des plans biennaux couvrant la période 2009-2013. L'exécution de ces plans se fera en concertation avec le Gouvernement, les Agences du Système des Nations Unies, les autres partenaires nationaux et internationaux intervenant dans le secteur de la santé.

Pour répondre davantage aux sollicitations croissantes du pays dans cette période de reconstruction post-crise et mieux assurer l'exécution de la SCP, les besoins en personnels tels que définis dans le "reprofiling" devront être satisfaits dans les meilleurs délais. Il est en outre important de renforcer la présence de l'Organisation sur le terrain en commençant par l'amélioration du fonctionnement du sous bureau de Bouaké et des antennes de surveillance épidémiologique (Man, San-Pedro, Duékoué, Guiglo), tous situés dans les zones Centre, Nord, Ouest, c'est-à-dire celles les plus affectées par la crise sociopolitique.

Pour ce faire, il est nécessaire de rechercher des ressources financières additionnelles, pour pallier à l'insuffisance du budget. Le Bureau devra également se doter des ressources humaines, logistiques nécessaires pour mieux jouer son rôle d'orientation stratégique et d'assistance technique auprès du Gouvernement.

La mobilisation des ressources, le monitoring et l'évaluation des actions se feront de concert avec les parties impliquées dans les interventions du secteur. Cette SCP et sa mise en œuvre pourraient être éventuellement révisées en fonction de l'évolution du contexte et des besoins du pays.

Compte tenu du nombre important des acteurs opérant activement dans le secteur de la santé, le Bureau pays, en se basant sur le mandat, les fonctions essentielles et le rôle de leader de l'Organisation en matière de santé, renforcera le partenariat, encouragera la synergie et la complémentarité des actions ainsi que la coordination des interventions dans le secteur. Le Bureau assurera la diffusion des normes, standards et directives en matière de santé, et contribuera à la collecte, l'analyse et la diffusion des informations sanitaires.

L'OMS et les partenaires nationaux renforceront leurs modalités de travail pour une meilleure collaboration et l'efficacité des actions communes. Une attention particulière sera accordée à la coordination des activités des partenaires du secteur de la santé.

7.1.2 Le Gouvernement

Au cours de la mise en œuvre de la SCP 2, le Gouvernement entreprendra essentiellement :

- L'élaboration d'une politique sanitaire nationale;
- La préparation d'un Plan National de Développement Sanitaire;
- L'élaboration ou la révision/adaptation de documents stratégiques et techniques;
- La mise en œuvre des activités planifiées à travers les programmes nationaux;
- Le renforcement du système d'information sanitaire, la collecte, l'analyse et la diffusion des informations;
- Le suivi et l'application des résolutions prises lors des réunions statutaires (Assemblée Mondiale et Comité Régional), autres rencontres nationales, régionales et internationales;
- La mobilisation de ressources (humaines, matérielles, logistiques, financières).

Le Gouvernement assurera les orientations nécessaires et la coordination des actions des partenaires nationaux et internationaux intervenant dans le secteur de la santé.

7.2 AU NIVEAU DU BUREAU RÉGIONAL

Les orientations et stratégies régionales revêtent une importance capitale pour un meilleur appui du Bureau pays au Gouvernement et faciliteront la réussite de la mise en œuvre de la SCP.

L'Equipe d'Appui Inter Pays de l'Afrique de l'Ouest (IST/WA) fournira un appui technique de proximité ainsi qu'une assistance financière, matérielle et en ressources humaines supplémentaires.

Le Bureau régional fournira par ailleurs les outils indispensables à la gestion des programmes inscrits dans la Stratégie de Coopération Pays. Le personnel du Bureau pays et les cadres nationaux continueront de bénéficier des actions visant le renforcement des capacités et d'échange d'informations.

Face à certaines épidémies récurrentes (méningite, fièvre jaune, poliomyélite), à la menace de la grippe aviaire ainsi qu'à l'expansion et à la résurgence de certaines endémies (onchocercose, filariose lymphatique, ulcère de Buruli, dracunculose, trypanosomiase humaine africaine...) affectant plusieurs pays de la sous-région ouest africaine, il est nécessaire que le Bureau régional et l'Equipe d'Appui Inter Pays de l'Afrique de l'Ouest (IST/WA) assistent le pays dans le développement de programmes concertés et d'actions transfrontalières, entre autres la surveillance épidémiologique, les campagnes de vaccination, la constitution de stocks sous-régionaux de médicaments et vaccins, le renforcement du réseau de laboratoires de référence, etc. En effet, la simultanéité et l'étendue des interventions, de part et d'autre des frontières des pays concernés, sont un gage de synergie et d'efficacité dans la réponse à ces maladies.

7.3 AU NIVEAU DU SIÈGE

Dans ce contexte économique difficile et de sortie de crise ayant exacerbé les besoins sanitaires, il est important pour le pays que le Siège poursuive le plaidoyer en vue de la création de partenariats et de la mobilisation de ressources additionnelles.

Le pays aura besoin d'expertises spécifiques dans l'analyse de certains problèmes sanitaires et facteurs de risque pour une meilleure garantie de la santé des populations, notamment les personnes déplacées qui regagnent leur localité d'origine, en particulier celles des zones Centre, Nord, Ouest, les plus affectées par la crise.

Par ailleurs, le Bureau pays attend du Siège la mise à disposition d'outils et de méthodes diagnostiques de qualité, de traitement et de prévention.

Le Siège poursuivra son rôle de facilitation dans l'acquisition de matériels logistiques et de moyens de lutte (vaccins, médicaments, etc.). Enfin, son soutien est requis pour le développement des activités de recherche en santé, la diffusion des connaissances, des nouvelles technologies et des expériences mondiales de lutte contre la maladie et de promotion de la santé.

Pour un meilleur renforcement et plus d'efficacité des stratégies de lutte, il est primordial que le Siège et le Bureau régional développent davantage les réseaux de centres collaborateurs et veillent à leur répartition adéquate au sein des régions pour un appui rapide et de proximité. Dans l'optique d'une meilleure coordination des interventions et de l'amélioration des performances du Bureau pays, une complémentarité voire une synergie, entre le Siège, le Bureau régional et le Bureau pays, est indispensable.

SECTION 8

MONITORING ET ÉVALUATION

Le monitoring et l'évaluation de la présente Stratégie de Coopération avec le Pays se feront en collaboration avec le Gouvernement et les partenaires intervenant dans le secteur de la Santé. Ils seront effectués à travers plusieurs mécanismes.

En ce qui concerne le **monitoring**, il sera organisé des réunions hebdomadaires afin d'apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités prévues dans les différents programmes. Par ailleurs, il sera tenu des réunions mensuelles avec les responsables de programmes du Ministère de la Santé, celui de la Lutte contre le Sida et d'autres départements ministériels impliqués dans les activités de développement sanitaire. De même, des rencontres mensuelles de concertation et de coordination auront lieu avec les partenaires du Système des Nations Unies et avec le Groupe sectoriel Santé et d'autres groupes dont l'action concourt à la promotion sanitaire, tels que le Groupe sectoriel Eau et Assainissement, le Groupe Sectoriel Nutrition et Sécurité alimentaire, etc. Pour un meilleur suivi des activités et leur efficacité, il sera également organisé des supervisions régulières. Elles se feront par les responsables nationaux ainsi que le personnel de l'OMS et au besoin avec d'autres intervenants.

Les différentes **évaluations** se fonderont sur les outils et mécanismes de monitoring et d'évaluation des plans biennaux de travail, notamment, le monitoring semi-annuel, la revue à mi-parcours, et l'évaluation biennale à l'échéance de chaque Plan d'action opérationnel.

L'évaluation de la SCP se basera sur les résultats escomptés et les indicateurs retenus dans les Plans d'action opérationnels de la période couverte. Les résultats des suivis/évaluations permettront, si besoin est, un réajustement des actions à mener en vue de l'atteinte des objectifs de la SCP2. Une évaluation finale de la SCP permettra d'apprécier davantage l'impact des interventions et les progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

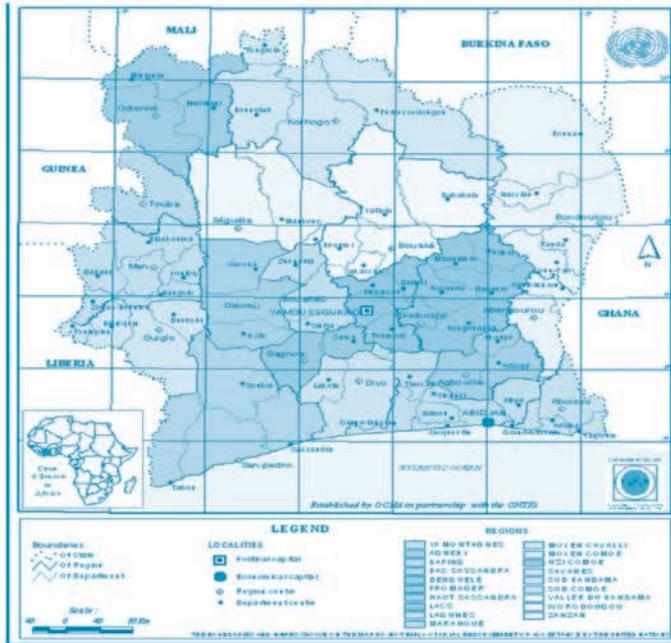
En collaboration avec les différents partenaires, le Ministère de la Santé et l'OMS analyseront les données et contribueront à la diffusion des informations sanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Equipe Pays du Système des Nations Unies - Côte d'Ivoire : UNDAF 2008 – 2013;
2. Institut National de la Statistique : Recensement Général de la Population et de l'Habitation, Côte d'Ivoire, 1998;
3. Ministère de la Lutte contre le sida : Enquête sur les Indicateurs du sida 2005;
4. Ministère du Plan : la Côte d'Ivoire à l'aube du 21ème siècle;
5. Ministère du Plan : Rapport d'évaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté Intérimaire, 2008;
6. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Rapport annuel d'activités 2007 du Programme National de lutte contre la Tuberculose;
7. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Plan National de Développement Sanitaire, 2008 – 2012, Tome I;
8. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Enquête sur les Ressources Humaines de Santé en Côte d'Ivoire 2007;
9. OMS Côte d'Ivoire : Stratégie de Coopération avec le Pays, 2005 – 2009;
10. OMS, EB105/3 : Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS;
11. OMS : Onzième Programme Général de Travail 2006-2015;
12. OMS : Orientations stratégiques dans la Région africaine 2005-2009;
13. OMS : Plan stratégique à moyen terme 2008-2013;
14. OMS/UNICEF : Rapport conjoint, 2004;
15. PNUD : Rapport sur le développement humain, 2006; 2007- 2008;
16. UNICEF : Enquête à indicateurs multiples par grappes, MICS 2006;
17. UNHCR : Rapport annuel d'activités, 2006.

ANNEXES

ANNEXE 1: CARTE ADMINISTRATIVE



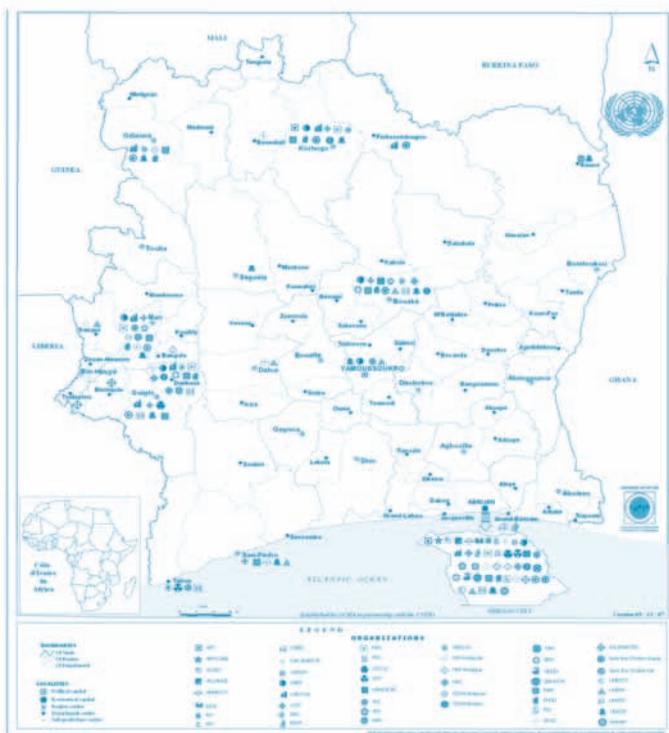
Annexe 2: CHARTE DES RÉGIONS SANITAIRES DE LA CÔTE D'IVOIRE



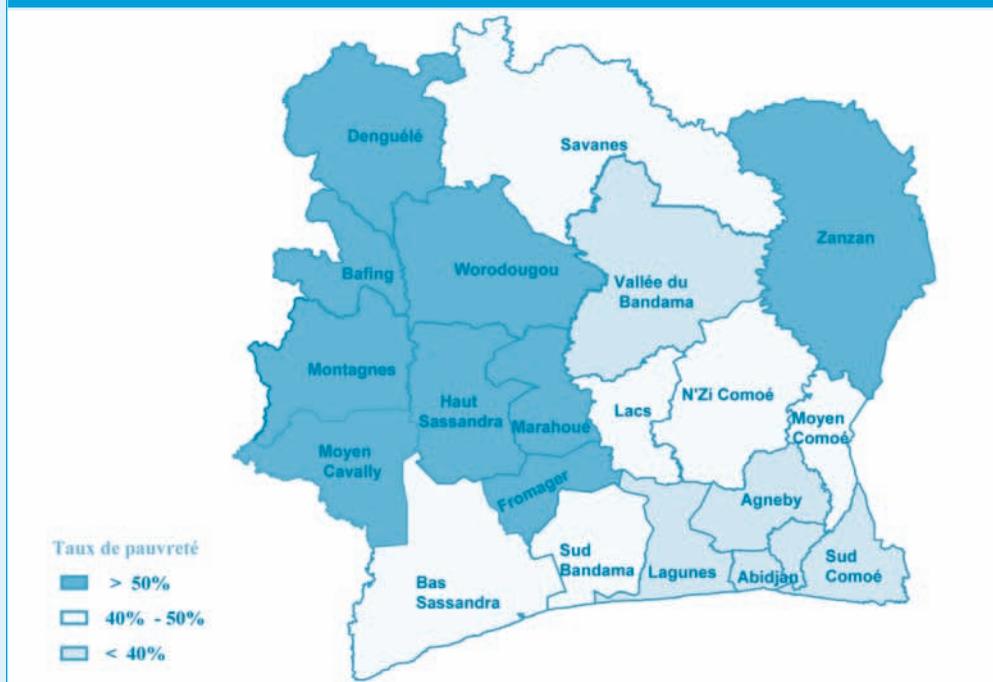
Annexe 3: CARTE DES DISTRICTS SANTAIRE DE LA CÔTE D'IVOIRE



Annexe 3: Localisation géographique des acteurs humanitaires



Annexe 5a: NIVEAU PAUVRETÉ PAR RÉGION



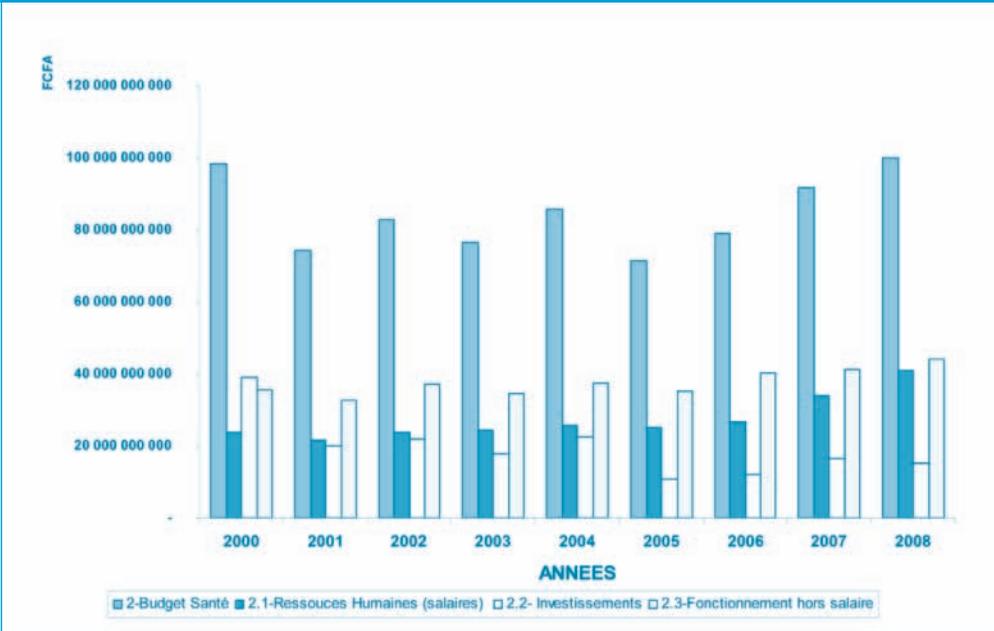
ANNEXE 5B : TABLEAU DES NIVEAUX DE PAUVRETÉ, PAR RÉGION, EN CÔTE D'IVOIRE

Degré de pauvreté	Régions	% de pauvres
Régions extrêmement pauvres	Ouest montagnoux	64,4
	Nord-Est	56,6
	Nord-Ouest	51,9
	Centre-Ouest	50,0
Régions moyennement pauvres	Centre-Est	44,9
	Centre	41,4
	Sud-Ouest	41,3
	Nord	40,3
Régions peu pauvres	Centre-Nord	32,0
	Sud	30,3
	Ville d'Abidjan	14,9

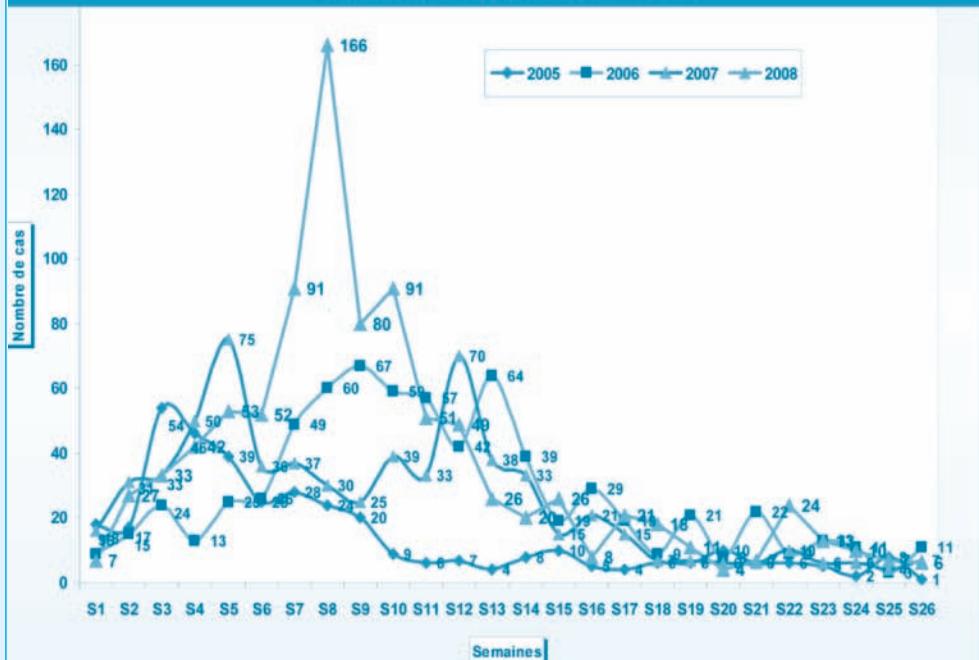
ANNEXE 6 : NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN CÔTE D'IVOIRE:

OBJECTIFS	CIBLE MONDIALE	INDICATEURS		
		Indicateurs	1990	2007
Objectif 4 :	Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	150 pour 1000	185 pour 1000
		Taux de mortalité des enfants âgés de moins d'un an	97 pour 1000	84 pour 1000
		Proportion d'enfants âgés de moins d'un an vaccinés contre la rougeole	56 pour 100	67 pour 100
Objectif 5 :	Améliorer la santé maternelle	Taux de mortalité maternelle	597 pour 100000 naissances vivantes	543 pour 100000 naissances vivantes
		Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	45 pour 100	56 pour 100
Objectif 6 :	Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans	10,5 pour 100	8,5 pour 100
		Taux d'utilisation de la contraception	5,7 pour 100	13 pour 100
		Taux de prévalence du paludisme		104,28 pour 1000
		Taux de mortalité lié au paludisme		
		Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme		3 pour 100
		Taux de prévalence de la tuberculose		747 pour 100000
		Taux de mortalité lié à la tuberculose	ND	105 pour 100000
		Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe)		70 pour 100

Annexe 7: ÉVOLUTION DU BUDGET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE DE 2000 A 2008



Annexe 8: Courbes comparatives de l'évolution des cas de méningite par semaine de 2005 à 2008



ANNEXE 9 : RÉSUMÉ DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU DOCUMENT SCP DE DEUXIÈME GÉNÉRATION.

Comme indiqué dans le guide d'AFRO daté d'avril 2007, l'élaboration de la SCP2 s'est déroulée en plusieurs étapes. Elle s'est opérée en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, le Ministère de la Lutte contre le sida, d'autres départements ministériels, des partenaires du secteur de la santé, des Institutions internationales (SNU, Coopérations bilatérales et multilatérales, Groupe sectoriel Santé et divers Groupes thématiques), des Institutions nationales (ONGs, corporations professionnelles, société civile, institutions de formation du personnel de santé, etc.).

1. Revue de la SCP de première génération (2005-2009)

La revue de la SCP 1 a commencé en juin 2007, et s'est achevée en décembre de la même année. Elle a permis d'identifier les principaux résultats obtenus et les défis qui restent à relever.

2. Mise en place d'un Groupe pluridisciplinaire et multisectoriel

En prélude à l'élaboration du document, un courrier a été adressé par le Bureau Pays, le 12 décembre 2007, à toutes les Institutions et partenaires ci-dessus mentionnés. L'objet de cette correspondance était de les informer sur la préparation du document de SCP, son importance pour le pays et la nécessité de leur implication dans le processus de son élaboration. En réponse à cette sollicitation, les institutions contactées ont désigné leurs représentants devant prendre part aux travaux dudit Groupe.

Les travaux du Groupe ont démarré en février 2008. Ils ont, dans un premier temps, permis de définir les termes de référence du groupe, les rôles et responsabilités pour la collecte, la recherche d'informations, les différentes étapes et le chronogramme de préparation du document.

Au cours des différentes séances de travail, le Groupe a passé en revue le document de la SCP1. Cette étape a conduit à l'analyse des résultats atteints, des programmes inachevés et des défis qui persistent.

3. Définition des orientations stratégiques

Au regard du contexte sociopolitique et sanitaire du moment, et à la lumière de l'analyse des écarts, un groupe restreint de travail a défini les axes stratégiques prioritaires. Ces axes ont été soumis à l'appréciation de l'ensemble des membres du Groupe pluridisciplinaire et multisectoriel, lors d'une réunion organisée le 6 mars 2008. L'avant-projet de document de SCP 2 a été élaboré sur la base de ces axes stratégiques.

4. Réunion de concertation entre l'OMS, le Gouvernement et les partenaires, sur le premier draft du document

L'avant-projet issu des travaux du Groupe a fait l'objet de plusieurs échanges au sein du Groupe. Les diverses suggestions ont permis l'amendement du document et son adoption.

5. Soumission du document de la SCP2 au Bureau régional

Le document adopté par le Groupe a été transmis au Bureau Régional pour appréciation, le 31 mars 2008. Les commentaires du Comité de revue d'AFRO sont parvenus au Bureau Pays, le 6 juin 2008. Ils ont fait l'objet de plusieurs réunions du Groupe de travail, dès la deuxième semaine de juin et tout le mois de juillet 2008.

6. Approbation nationale et transmission au Bureau régional

Le draft révisé, conformément aux commentaires du Bureau régional, a été transmis au Gouvernement et aux différents partenaires afin de recueillir leurs contributions et les intégrer au document.

Un dernier examen par les membres de l'Équipe pays du Bureau de la Représentation de l'OMS a permis d'intégrer les nouvelles suggestions et finaliser le document. Le document validé a été acheminé au Bureau Régional qui a signifié son approbation au Bureau Pays en août 2008.