





## LE DROIT A LA SANTE EN COTE D'IVOIRE : ETAT DES LIEUX

### Rapport de recherche

Rapport conjoint de Human Dignity, du Mouvement Ivoirien des Droits Humains et du programme *Human Rights, Economic Development and Globalization* de la Clinique de l'Ecole de Droit de Sciences Po Paris

#### 1 août 2017

La présente recherche a été rendue possible grâce à la collaboration de la Clinique de l'Ecole de Droit de l'Institut d'Etudes politiques de Paris (Sciences Po Paris).

Human Dignity et le MIDH remercient tout particulièrement Camille Gervais, Justine Ripoll et Manon Valat pour la recherche et la rédaction du rapport. Nos remerciements vont également à leur tuteur de recherche, Pierre Farcot, ainsi qu'au Dr Sanogo Yanourga Moussa.

Par ailleurs, nous remercions Madame le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique pour son esprit d'ouverture et de compréhension.

#### Liste des abréviations

AAP: Ateliers d'application et de production

ART: Antirétroviraux

CADHP: Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples

CEI: Commission électorale indépendante

CEPE : Certificat d'études primaires et élémentaires

CHU: Centre hospitalier universitaire

CILSS: Comité permanent inter-Etats contre la sécheresse dans le Sahel

CMU: Couverture maladie universelle

CNRS : Centre national de recherche scientifique CNTS : Centre national de transfusion sanguine

CODESC: Comité des droits économiques, sociaux et culturels

CSRS: Centre suisse de recherche scientifique

DSRH : Document stratégique de la réforme hospitalière

EDHC: Education aux droits de l'homme et à la citoyenneté

EDSCI : Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples

ENS: Ecole normale supérieure

FAO: Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture

INJS: Institut national de la jeunesse et des sports

INS: Institut national des statistiques

LNSP: Laboratoire national de santé publique

MEMEASFP : Ministère d'état et de l'emploi, des affaires sociales et de la formation professionnelle

MENET : Ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement technique

MESRS : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

METFP : Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle

MSHP: Ministère de la santé et de l'hygiène publique

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA: Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida

PAM : Programme alimentaire mondial PAMT : Plan d'action à moyen terme

PIB: Produit intérieur brut

PIDESC: Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

PNPMT : Programme national de promotion de la médecine traditionnelle

PNUE: Programme des Nations unies pour l'environnement

PSP: Pharmacie de la santé publique

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

SAMU: Service d'aide médicale d'urgence

UE : Union européenne

USAID : Agence américaine pour le développement international

### Table des matières

Liste des abréviations	3
Introduction	1
Section 1. La santé en Côte d'Ivoire	2
I. L'organisation du système de santé	2
II. Maladies principales	4
Section 2. Cadre juridique et justiciabilité du droit à la santé	6
Un cadre juridique national insatisfaisant	6
II. La Justiciabilité du droit à la santé	9
A. L'applicabilité directe du PIDESC en droit interne	9
B. La Justiciabilité en pratique	10
Section 3. La réalisation du droit à la santé	13
<ul> <li>I. Une volonté apparente d'améliorer la politique de santé, mais qui devra être suiv d'actions concrètes</li> </ul>	ie 13
II. La prévention des risques environnementaux et industriels permet-elle de garan le droit à la santé?	itir 14
III. La disponibilité des ressources	17
A. Des efforts budgétaires insuffisants	17
B. Recours à la coopération et à l'aide internationales	20
IV. Autres mesures prises pour progressivement réaliser le droit à la santé	21
A. Accessibilité	22
B. La qualité du matériel hospitalier	26
C. Disponibilité et qualité des médicaments	27
D. Ressources humaines et formation du personnel	28
E. Santé maternelle et infantile	30
V. Absence d'un mécanisme pour suivre les progrès accomplis en vue de la réalisation progressive du droit à la santé	33
Conclusion	33
Annexes	34

#### Introduction

La Côte d'Ivoire a ratifié la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples le 6 janvier 1992 et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels le 26 mars 1992. Le pays s'est donc engagé à réaliser progressivement les droits économiques, sociaux et culturels inscrits dans ces deux traités. Il s'est également engagé à soumettre à la Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples et au CODESC¹, des rapports périodiques faisant état de la mise en œuvre de ces instruments au niveau national.

La Côte d'Ivoire aurait dû transmettre un rapport initial au CODESC le 30 juin 1994. Ces 23 années de retard ont miné la capacité du Comité d'examiner la situation et la mise en œuvre des droits consacrés par le Pacte en Côte d'Ivoire. Cette dernière a cependant soumis deux rapports à la Commission africaine, le deuxième le 28 juin 2016. Les observations finales de la Commission africaine n'ont pas encore été publiées à la date de publication de ce rapport.

Dans ce contexte, les associations Human Dignity et le Mouvement Ivoirien de Droits Humains, en collaboration avec la Clinique de droit de l'Institut d'Etudes politiques de Paris (Sciences Po Paris) ont décidé de dresser un état des lieux de la mise en œuvre de certains droits économiques, sociaux et culturels par la Côte d'Ivoire, à savoir les droits à la santé et à l'éducation. Ce premier rapport traite du droit à la santé. Le second, qui sera publié au 3ème trimestre 2017 aura trait aux progrès et défis dans la réalisation progressive du droit à l'éducation.

L'objectif de ce rapport est de mettre en lumière les progrès réalisés et les efforts restants à faire au niveau national afin de respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé. Il est espéré que cette recherche et les recommandations formulées contribueront à éclairer les autorités sur les mesures et politiques à prendre pour progressivement réaliser le droit à la santé et assurer sa jouissance effective par tous.

Les auteurs de ce rapport appellent également la Côte d'Ivoire à soumettre son rapport initial au CODESC dans les plus brefs délais, rapport dû depuis 23 ans.

#### Le droit à la santé et approche méthodologique

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels définit ainsi le droit à la santé dans son Article 12<sup>2</sup>:

- 1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
- 2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:
- a) La diminution de la mortinatalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
- b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle; c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres,

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Respectivement les organes de surveillance de la mise en œuvre de la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

<sup>2</sup> Pacte international relatif aux droit économiques, sociaux et culturels, 16 décembre 1966, disponible à l'adresse suivante : http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx.

ainsi que la lutte contre ces maladies; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint est défini plus avant par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son observation générale 14<sup>3</sup>.

Afin de donner une compréhension générale de la mise en œuvre du droit à la santé, le rapport analyse la politique nationale vis-à-vis du droit à la santé et le système de santé qui en résulte.

Cette analyse est complétée par une description du cadre juridique qui régule le droit à la santé en Côte d'Ivoire, ainsi que par d'autres considérations concernant le financement, l'existence de mécanismes de suivi et les obstacles structurels liés au droit à la santé.

Le droit à la santé est ensuite abordé de manière thématique afin d'explorer plus précisément les différentes problématiques, enjeux et aspects du droit à la santé, tel qu'explicités dans les lignes directrices de Tunis de la Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples (ci-après la Commission africaine), en 2011<sup>4</sup>.

La recherche et le recueil d'information sur la mise en œuvre du PIDESC en Côte d'Ivoire se sont déroulés de septembre 2016 à juin 2017. En absence du rapport initial de l'Etat, juin 1994, les données utilisées couvrent essentiellement la période de 2011 à 2015 avec quelques retours jusqu'en 2000.

#### Section 1. La santé en Côte d'Ivoire

#### I. L'organisation du système de santé

Le système de santé en Côte d'Ivoire est composé du secteur public, du secteur privé, et de la médecine traditionnelle, qui continue à occuper une place importante dans l'offre de soins en Côte d'Ivoire. Il est sous la responsabilité du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). La décentralisation des questions de santé publique n'est pas encore formalisée, bien qu'il existe un groupe de travail technique s'occupant de ce problème, composé du Ministre de la santé, du Ministre de l'intérieur, et des représentants des collectivités territoriales (districts, régions, départements).

#### Le secteur public

Le secteur public reste le principal acteur dans le système de santé ivoirien. Il est divisé en

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale 14, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, 11 août 2000, disponible à l'adresse suivante : <a href="http://hrlibrary.umn.edu/esc/french/general\_comments/14\_gc.html">http://hrlibrary.umn.edu/esc/french/general\_comments/14\_gc.html</a>.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Lignes directrices relatives aux rapports des Etats parties sur les droits économiques, sociaux et culturels dans la charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples (lignes directrices de Tunis) adoptées par la Commission africaine le 24 octobre 2011, disponibles à l'adresse suivante : <a href="http://www.achpr.org/fr/instruments/economic-social-cultural-guidelines/">http://www.achpr.org/fr/instruments/economic-social-cultural-guidelines/</a>. Les Lignes directrices ont été adoptées pour guider les Etats parties à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples dans la préparation de leurs rapports sur la mise en œuvre de leurs obligations de réaliser la jouissance des droits économiques, sociaux et culturels aux termes de l'Article 62 de la Charte.

trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

En général, les patients se dirigent d'abord vers le niveau primaire, qui regroupe les centres de santé à la fois ruraux et urbains et les formations sanitaires urbaines, pouvant traiter les pathologies courantes et prodiguant des soins de proximité. En 2011, on comptait 1 237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains, 127 centres de santé urbains spécialisés et 32 formations sanitaires urbaines<sup>5</sup>.

Lorsque les soins qu'offre le niveau primaire ne sont pas suffisants, les patients se dirigent vers les établissements sanitaires de premier recours du niveau secondaire. Il s'agit des hôpitaux généraux, des centres hospitaliers régionaux et spécialisés, qui permettent des consultations externes plus poussées et des hospitalisations. En 2011, la population disposait de 66 hôpitaux généraux, 17 centres hospitaliers régionaux, et 2 centres hospitaliers spécialisés.

Enfin, le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de dernier recours, offrant des soins plus spécialisés. En 2011, il se composait de 4 centres hospitaliers universitaires, de 5 instituts nationaux spécialisés et de 4 autres établissements publics nationaux (EPN) d'appui<sup>6</sup>.

### Le secteur privé

Le secteur public connaît d'importantes faiblesses, la principale étant le manque d'organisation dans la prise en charge des patients et la navigation entre les trois niveaux. Pour cette raison de nombreuses personnes se tournent vers les cliniques et les cabinets du secteur privé. Son offre est très hétérogène, et certains établissements proposent des services et équipements de meilleure qualité que dans le secteur public.

En 2011, la Côte d'Ivoire comptait 2 036 établissements privés, dont 73% n'étaient pas autorisés par le MSHP : 24 ont par la suite été fermés<sup>7</sup>.

#### La médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle a été interdite pendant la période de la colonisation (1893-1960) par le Code de santé publique de 1953. A l'indépendance, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a préconisé l'encadrement de la médecine traditionnelle par l'Etat. Des mesures ont été mises en place progressivement par la Côte d'Ivoire à partir de 1970 avec un programme de "valorisation des substances naturelles" par l'université d'Abidjan, qui a mis en place des laboratoires destinés à la recherche sur ce sujet. Sa gestion a été transférée du MSHP et son Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) – une structure technique du ministère chargée de la médecine traditionnelle – pour une meilleure organisation du secteur.<sup>8</sup> En effet, son but est de réguler la médecine traditionnelle et de

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Dr N'dri Yoman, "Comment se soigne t'on aujourd'hui en Côte d'Ivoire", Vendredis du CERAP (Centre de Recherche et d'Action pour la Paix), 2008.

l'intégrer peu à peu au système de santé publique.

Il est estimé que 80% de la population - particulièrement en milieu rural - a recours à la médecine traditionnelle9. Elle a l'avantage d'être plus facilement accessible que la médecine moderne, parce qu'elle permet des modalités de paiement plus souples, car non institutionnalisées.

Aujourd'hui, il existe une unité de médecine traditionnelle, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville à Abidjan, ainsi qu'un répertoire regroupant environ 3 000 praticiens et le lieu où ils se trouvent. En milieu urbain, des associations de promotion de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales ont également été mises en place par des praticiens.

Cependant la médecine traditionnelle reste peu régulée, à cause d'un manque de cadre institutionnel et réglementaires, et de normes. 10 La loi de 2015 a apporté une réponse partielle à ces problèmes (voir section 2. II).

#### II. **Maladies principales**

Selon les observations transmises par le Ministère en juillet 2017, l'un des principaux problèmes du système de santé ivoirien est l'accent mis sur les soins curatifs plutôt que préventifs, qui sont pourtant plus rentables.

La couverture vaccinale a baissé entre 2007 et 2011 : elle est passée de 90% à 74% pour le BCG (vaccin contre la tuberculose), de 84% à 62% pour le Penta 3 (vaccin antidiphtérique, antitétanique, anticoquelucheux et anti hépatite virale B), de 69,5% à 49% pour le VAR (vaccin contre la rougeole), de 68,7% à 49% pour le VAA (vaccin anti amaril), et de 80,6% à 58% pour le VPO3<sup>11</sup>.

#### Paludisme

Le paludisme représente la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans : en 2008, l'incidence dans la population était de 84,16 ‰, et 217,31‰ chez les enfants de moins de 5 ans<sup>12</sup>. Le paludisme est actuellement la cause d'environ 1 000 décès par an, avec un pic en 2009 à 18 156 décès. Aujourd'hui, le nombre de décès causés par le paludisme est assez élevé puisqu'il était de 3 000 en 2013 et de 2 000 en 2014<sup>13</sup>.

#### Tuberculose

En 2009, la tuberculose s'est avérée mortelle dans 85 sur 100 000 cas. Le nombre de malades reste relativement constant, puisqu'il était de 21 204 en 2006, de 23 210 en 2010 et de 22 911

http://data.un.org/Data.aspx?d=WHO&f=MEASURE\_CODE%3AMALARIA001.

<sup>9</sup> Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, "Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle", mars 2014,

page 8.

10 Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, "Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle", mars

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.

<sup>12</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012. "Malaria-number of reported deaths", data.un.org, disponible à l'adresse

en 2011. En 2010, dans le cadre du Plan Présidentiel d'Urgence, 16 centres antituberculeux ont été rénovés. Ces centres sont importants puisque le taux de succès thérapeutique pour la maladie est estimé à 79%<sup>14</sup>.

#### Maladies hydriques et assainissement de l'eau

L'accès à de l'eau saine, qui limite le risque de maladies hydriques, était de 80% en 2010. Il reste très inégal : 91% des populations ont accès à une eau saine en zones urbaines contre 68% en zones rurales<sup>15</sup>.

#### VIH/Sida

Partant d'un taux de prévalence du VIH/Sida à 3,4% en 2010, la Côte d'Ivoire était classée parmi les pays de l'Afrique de l'Ouest les plus affectés par l'épidémie de VIH/Sida. Le nombre de personnes atteint du VIH était de 450 000 et le nombre d'orphelins rendus vulnérables du fait du Sida s'élevait alors à 440 000, selon Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA).

En 2015, le même organisme onusien faisait état d'un taux de prévalence descendu à 3,2%, tandis que le nombre de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire oscillait autour de 460 000 personnes et celui d'orphelins rendus vulnérables du fait du Sida était de 230 000.

D'après un rapport du Conseil national de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire, l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs multiples (EDSCI-III), en 2012, parmi le nombre de personnes vivant avec le Sida, 220 000 étaient des femmes âgées de 15 ans et plus, et 63 000 des enfants âgés de 0 à 14 ans. En 2015, ces mêmes indicateurs s'élevaient respectivement à 250 000 et 29 000 selon ONUSIDA. Enfin, le nombre de décès dus au VIH a été estimé en 2012 à 31 000 cas pour 25 000 en 2015.

Toujours d'après ONUSIDA, la couverture des traitements ART (antirétroviraux) était estimée à 19% en 2008, 37% en 2009 et 2010 et 41% en 2011. Rapporté à 2012, cet indicateur reste quasiment stable puisque le nombre de personnes bénéficiant alors de ce traitement était de 109 925 personnes. En 2013, 12 920 personnes dont 5 467 enfants sous traitement ART étaient dénombrées.

D'après, le rapport du Conseil national EDSCI-III, en Côte d'Ivoire, la lutte contre le VIH/Sida repose avant tout sur une stratégie décentralisée et multisectorielle. Dans ce cadre, des comités régionaux, départementaux, communaux et villageois ont été créés. En 2014, le MSHP s'est doté d'un Document Stratégique de la Réforme Hospitalière (DSRH), au regard des dysfonctionnements de l'hôpital public ivoirien, qui a été présentée par la Ministre en novembre 2016 et doit encore être validé par le gouvernement. Ce projet, qui vise à donner plus d'autonomie pour les hôpitaux et renforcer la lutte décentralisée contre le VIH/Sida

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Nations unies, "Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)": disponible à l'adresse suivante : https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx

notamment, se révèle ambitieux.

L'association française Médecins du Monde a par ailleurs mené une étude en 2014 auprès de 450 consommateurs réguliers de cocaïne, héroïne et crack à Abidjan. D'après leur rapport, "le taux de séropositifs est particulièrement fort parmi cette population, notamment parmi les prostitué (e) s. En plus du Sida, ces personnes présentent souvent les symptômes de la tuberculose et plus de 10 % d'entre elles sont porteuses de l'hépatite B. Cela tient aux pratiques à risque liées à la drogue et à la prostitution, mais aussi à leurs conditions de vie extrêmement précaires. Stigmatisées, elles vivent souvent dans des zones insalubres, sans accès à l'eau ni à l'hygiène." La stigmatisation reste en effet une conséquence réelle du VIH/Sida : en dehors des hôpitaux, la stigmatisation demeure très répandue, surtout vis-à-vis des hommes homosexuels.

Dans ce contexte, une loi a été passée en 2014, condamnant les discriminations sur la base du statut séropositif des individus et impliquant des amendes en cas de refus de traiter ou de soigner les personnes atteintes du Sida.

Il reste nécessaire de soutenir les efforts et moyens mis en place pour atteindre les objectifs fixés par le rapport du Conseil national, objectifs qui devaient être atteint en 2015. Parmi ces derniers, les initiatives visant à réduire le taux de transmission du VIH par voie sexuelle et parmi les consommateurs de drogues injectables semblent être particulièrement cruciales pour atteindre une diminution significative des indicateurs.

#### Section 2. Cadre juridique et justiciabilité du droit à la santé

#### I. Un cadre juridique national insatisfaisant

La Côte d'Ivoire a ratifié le PIDESC et la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples (CADHP) en 1992, qui énoncent le droit à la santé (articles 12 et 16 respectivement). Ces deux instruments contraignants ont valeur constitutionnelle puisque les textes ratifiés par le pays figurent au Préambule de la Constitution de 2016.

L'article 9 de la Constitution ivoirienne de 2016 dispose que "toute personne a droit à l'éducation et à la formation professionnelle. Toute personne a également droit à un accès aux services de santé."

L'article 32 de la Constitution ivoirienne de 2016 dispose que "L'Etat s'engage à garantir les besoins spécifiques des personnes vulnérables. Il prend les mesures nécessaires pour prévenir la vulnérabilité des enfants, des femmes, des mères, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il s'engage à garantir l'accès des personnes vulnérables aux services de santé, à l'éducation, à l'emploi et à la culture, aux sports et aux loisirs."

Ces deux articles sont les seuls de la Constitution ivoirienne faisant référence au droit à la santé. Ils ne mentionnent que l'accès à la santé, particulièrement pour les personnes vulnérables et ne prennent donc en compte qu'une composante du droit à la santé tel que

défini par le PIDESC et la CADHP, deux instruments contraignants pour la Côte d'Ivoire. En effet, le droit à la santé ne peut être réalisé simplement lorsque l'accès à la santé est garanti pour tous, et y compris pour les personnes vulnérables.

Selon l'observation générale 14 du CODESC<sup>16</sup>, le droit à la santé "englobe une grande diversité de facteurs socio-économiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine". Il s'étend ainsi aux "facteurs fondamentaux déterminants de la santé (alimentation, nutrition, logement, accès à l'eau salubre et potable, un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain)".

#### Inadéquation de textes juridiques

L'inadéquation de textes juridiques dans le domaine de la santé pour en réguler la pratique est vectrice de dysfonctionnements sur le terrain. En effet, force est de constater que nombreux sont les textes, souvent de nature réglementaire (décrets), mais désuets car hérités de la colonisation (par exemple la loi n°61-320 du 17 octobre 1961 sur la protection de la santé publique ou la loi n°65-250 du 4 août 1965 sur le régime du médicament). Les textes ivoiriens n'ont depuis pas été réformés pour s'adapter à un système sanitaire changeant rapidement. Le Code de la Santé Publique date de 1954, est calqué sur la loi française n°54-418 du 15 avril 1954, mais n'a jamais été réformé. Cependant, les réalités sanitaires pratiques ont depuis évolué.

Pour y faire face, des textes juridiques additionnels ont été promulgués comme la loi n°60-272 du 2 septembre 1960 instituant un Ordre national des pharmaciens en République de Côte d'Ivoire, a loi n°62-249 du 31 juillet 1962 instituant un code de déontologie pharmaceutique, et bien d'autres. Cependant, ces textes additionnels ont été adoptés en dehors de Code existant de la Santé Publique, qui est lui resté intact. Aujourd'hui, le régime juridique n'est donc pas homogène puisqu'il comprend un Code désuet mais toujours en vigueur, ainsi que des textes promulgués plus récemment, mais dispersés. Cette dichotomie et cette dispersion des textes est préjudiciable à une conception globale de la réglementation pharmaceutique en Côte d'Ivoire, et rend difficile leur utilisation.

De plus, selon une étude réalisée par trois académiques et praticiens de la pharmacie en Côte d'Ivoire, le champ d'application du Code de la Santé publique devrait s'élargir pour couvrir d'autres domaines de la profession insuffisamment réglementés. Il s'agit en l'occurrence des aspects relatifs aux pharmacies à usage intérieur, à l'homéopathie, aux dons de médicaments, à la parapharmacie, à la médecine traditionnelle, à la visite médicale ainsi qu'à d'autres aspects tels que la contrefaçon des médicaments, la vente de médicaments sur internet et d'une façon générale tous les aspects liés à l'introduction des technologies de l'information et de la communication (TIC).<sup>17</sup>

Cet exemple illustre l'observation plus générale selon laquelle le corpus juridique du droit à la

 <sup>16</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, "Observation Générale n° 14: le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)", E/C.12/2000/4, 11 août 2000.
 17 Amari A.S.G, Amonkou-Nguessan AC, Kablan B.J, "Etude descriptive du Code de la Santé Publique applicable à la profession pharmaceutique en Côte d'Ivoire", Cah. Santé Publique, Vol. 9, n°2- 2010.

santé est donc peu homogène, et en inadéquation avec les réalités sanitaires et les pratiques d'aujourd'hui.

Certaines réformes juridiques dans d'autres domaines de la santé, et notamment dans le domaine de la médecine traditionnelle, ont été entreprises, et constituent un réel progrès.

Une loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles a été votée, visant à une meilleure organisation de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire (autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle obligatoire, délivrée par le MHSP, consultations/soins/ventes de médicaments dans des centres agréés uniquement, étiquetage obligatoire et sanctions pénales et administratives en cas de non respect).

La loi donne notamment une définition de la médecine traditionnelle, à savoir : "l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques, matérielles ou immatérielles, explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental, psychique et social, en s'appuyant exclusivement sur des connaissances transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, et sur des expériences vécues". Elle rejoint donc en partie la définition donnée par l'OMS<sup>19</sup>.

Par ailleurs, un décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 a été voté, portant Code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et de pharmacopée traditionnelles. Dans ce nouveau Code, de nombreux éléments sont énoncés de façon claire, participant ainsi à la création d'un véritable régime juridique concernant la médecine traditionnelle. Par exemple, les devoirs des tradipraticiens envers les malades sont explicités, une obligation de non-discrimination est énoncée et des dispositions ont été ajoutées, visant à la claire distinction du métier de tradipraticien par rapport à celui d'agent de santé (le tradipraticien ne se fait pas appeler "docteur" ou "professeur" par ses clients, ne porte pas de stéthoscope, etc.) pour éviter d'induire les clients en erreur. L'article 29 du Code d'éthique est également un ajout louable et nécessaire pour faire entrer la médecine traditionnelle dans le champ du droit et prévenir les abus, car il interdit au praticien de médecine traditionnelle "de prescrire ou d'administrer l'acte sexuel au client comme traitement d'une affection quelconques physique ou spirituelle".

L'adoption de ces deux textes est un pas en avant significatif afin d'améliorer l'exercice de la médecine traditionnelle et donc les services de santé. Cependant, il est nécessaire de les vulgariser et d'en informer tant les populations que les praticiens. C'est ce que le PNPMT de 2007 à 2011 avait déjà pointé du doigt<sup>20</sup>. En effet, il existe environ plus 17 000 tradipraticiens de santé localisés dans les zones rurales, urbaines et périurbaines, avec plus 90% d'analphabètes. L'adoption d'une loi, si elle n'est pas suivie d'une campagne d'information et de formation des acteurs de la médecine traditionnelle, ne pourra aboutir à une mise en œuvre

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Article 1er de la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles.

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> Organisation Mondiale de la Santé, "Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle", 2000, disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/topics/traditional\_medicine/definitions/fr.

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA, "Plan Stratégique National de Promotion de la médecine traditionnelle", 2007-2011, I.3.3.

concrète de ces objectifs.<sup>21</sup> Si, selon les informations recueillies, des campagnes de sensibilisation ont été menées, leur portée reste limitée compte tenu de la cible (nombre élevé de personnes à sensibiliser, analphabétisme, plus de 60 ethnies à cibler). Il semblerait donc qu'en dépit des efforts consentis pour organiser le secteur, nombreux tradipraticiens échappent au contrôle de l'Etat. La prise d'initiative est souhaitable et encourageante, cependant un véritable travail de suivi doit être effectué dans sa mise en œuvre afin qu'elle soit utile et réellement porteuse de changement.

Enfin, la Côte d'Ivoire a commencé à mettre en place, par la loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la couverture maladie universelle (CMU), un système de protection sociale permettant un égal accès à la santé à tous les citoyens par le biais de la CMU, calquée sur le système français. Cette loi est analysée dans la section 2. III. A du présent rapport.

#### **Recommandations:**

- La Côte d'Ivoire devrait ratifier le protocole facultatif se rapportant au PIDESC et présenter son rapport initial au CODESC
- Prendre les mesures législatives nécessaires afin de résorber le vide juridique existant concernant plusieurs domaines et pratiques de la médecine, notamment en termes de devoirs et de responsabilité médicale du personnel médical hospitalier.
- L'effort de suivi de la mise en pratique de la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles doit être maintenu afin qu'elle soit réellement efficace.

#### II. La Justiciabilité du droit à la santé

Il apparaît que le manque d'information aux citoyens les empêche de recourir aux mécanismes juridiques leur permettant de faire respecter leurs droits. Par ailleurs, l'absence de textes juridiques clairs et précis dans le domaine de la responsabilité médicale, ainsi que le nombre réduit d'avocats formés au sujet, est également un frein à intenter des actions en justice. Enfin, les coûts afférents à une action judiciaire ou à la recherche d'un conseil juridique sont souvent dissuasifs pour ceux qui se rendent compte que leurs droits ont été violés.

#### A. L'applicabilité directe du PIDESC en droit interne

La Côte d'Ivoire étant un pays à système juridique moniste, l'applicabilité du PIDESC en droit interne se fait directement après ratification.

Le pool d'action judiciaire du Mouvement Ivoirien des Droits de l'Homme et le Dr Moussa Sanogo Yanourga<sup>22</sup> confirment que le PIDESC n'a jamais été invoqué dans la jurisprudence ivoirienne devant les tribunaux en matière de droit à la santé. Cela s'explique surtout par un

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Entretien avec le Dr Sanogo Yanourga Moussa, Docteur en droit médical et Enseignant-chercheur à l'Université Péléforo Gon Coulibaly, le 12 décembre 2016.

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> Entretien avec le Dr Sanogo Yanourga Moussa, Docteur en Droit Médical et Enseignant-chercheur à l'Université Péléforo Gon Coulibaly, le 12 décembre 2016.

manque de personnel formé au droit médical ou de droit à la santé, que cela soit parmi les corps juridiques ou médicaux. Un problème récurrent est que les avocats contactés dans les affaires liés à des allégations de violations du droit à la santé n'ont pas les moyens de plaider ce genre d'affaire car ils n'ont pas les connaissances de ce droit spécifique. Par conséquent, ils préconisent souvent la recherche d'un arrangement.

#### B. <u>La Justiciabilité en pratique</u>

Le nombre d'affaires effectivement portées devant les tribunaux est extrêmement faible. En effet, les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014 indique que sur la base de la population de 15 ans et plus, soit 13 185 520 individus, 56,1 % est analphabète<sup>23</sup>, et en conséquence une partie signifiante de la population ivoirienne est peu ou pas éduquée à ses droits en matière de santé.

De plus, exercer un recours nécessite davantage de moyens financiers. Tous les contentieux avec l'administration publique durent dans le temps : une affaire à l'encontre d'un hôpital public doit être portée devant le tribunal administratif et peut durer 2 à 4 ans sans garantie que les sanctions soient effectivement appliquées. Dans le cadre de la médecine libérale, les tribunaux civils sont compétents, la procédure est moins longue et les sanctions sont généralement appliquées. Il est rare que des affaires soient portées devant les juridictions pénales. Ainsi, au lieu d'aller au tribunal, les parties trouvent généralement plutôt une solution d'arrangement avant l'instance. Par exemple, le mari d'une femme qui meurt en couche a besoin de ressources rapidement et se tournera donc plutôt vers cette solution.

Enfin, le droit est souvent mis de côté pour privilégier des considérations religieuses. Cela n'incite pas à enquêter sur le fait de savoir s'il y a eu ou non une erreur médicale et donc une responsabilité du médecin.

Il est par conséquent essentiel d'éduquer tant la population que le personnel hospitalier au droit à la santé. La connaissance du droit et de la nature contractuelle de la relation patient/médecin serait source d'équité et de justice dans la relation entre l'hôpital et le patient. Pour l'heure, le personnel n'est pas encouragé à respecter ces obligations ou à demeurer vigilant parce que sa responsabilité n'est que très rarement mise en cause par les patients. Les affaires Awa Fadiga et Nadège K. Yaoua

Deux affaires ont particulièrement ému l'opinion publique et suscité de vives réactions en Côte d'Ivoire : celle d'Awa Fadiga, et celle de Nadège Yaoua. Elles illustrent les dysfonctionnements du système de santé en Côte d'Ivoire et l'absence de cadre juridique satisfaisant.

Awa Fadiga était une jeune femme de 23 ans. Violemment agressée et déposée inconsciente aux urgences du CHU de Cocody, à Abidjan. Elle y est décédée un peu plus de 36 heures plus tard. Ses proches ont affirmé qu'elle avait passé la nuit sans soins, faute de pouvoir payer, avant qu'ils n'arrivent à l'hôpital et règlent le coût des médicaments et de l'ambulance pour elle - malheureusement trop tard. Suite à cet évènement, une pétition destinée au MHSP

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> Institut National de la Statistique (INS), "Principaux résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat", 2014, paragraphe 9, disponible à l'adresse suivante : http://www.ins.ci/n/RGPH2014.pdf.

est née sur les réseaux sociaux "pour que les hôpitaux ne soient plus des mouroirs".

Michel X, interviewé par France24 peu après, médecin depuis plus de dix ans dans des établissements hospitaliers d'Abidjan, exprimait son non étonnement concernant l'histoire d'Awa Fadiga. Selon lui, il y a en Côte d'Ivoire des problèmes à tous les niveaux des urgences, qui commencent souvent au niveau des pompiers ou du SAMU, dont le personnel n'est ni correctement équipé, ni correctement formé.

Cela signifie d'abord que lorsque la victime arrive à l'hôpital son état s'est bien souvent dégradé. Par ailleurs, la procédure veut que la/le malade soit pris en charge par un médecin pendant que ses proches remplissent les formalités administratives. Le médecin donne ensuite une ordonnance à l'infirmier à transmettre à la famille, qui doit alors régler afin d'obtenir les médicaments, poches de sang, actes de radiologie, etc.

La famille doit également régler le matériel (gants, coton). Souvent, les familles peinent à payer et les pharmacies sont parfois sous équipés. Selon Michel X, peu après les événements, il est fort probable que le personnel ait vu qu'Awa Fadiga n'avait aucun de ses proches pour payer et l'ait donc laissée de côté. "Si vous êtes sans parent et quasiment inconsciente, le système fait que vous ne serez probablement pas soignée à temps puisque, de fait, vous ne pourrez pas payer. Et c'est d'autant plus vrai quand vous vous êtes fait agresser puisque vous n'avez probablement rien sur vous."<sup>24</sup>

Bien que la gratuité ciblée de la CMU soit censée couvrir les 48 premières heures dans les services d'urgence médico-chirurgicale, les services hospitaliers ne suivent pas : ils manquent d'urgentistes, ces derniers ne bénéficient pas de formation spécifique et les établissements sont sous-équipés.

Par ailleurs un urgentiste de nuit gagne autant qu'un généraliste de jour. Les budgets sont insuffisants et bien souvent le personnel n'est pas payé à temps. Dans ce contexte, les équipes hospitalières perdent indéniablement en motivation. "Quand une fille dans l'état d'Awa est déposée aux urgences, les gens s'attendent à ce qu'elle soit prise en charge mais l'hôpital ivoirien aujourd'hui ne permet pas d'assurer cela. Et ce n'est pas le médecin qu'il faut incriminer mais tout le système qu'il faut revoir."<sup>25</sup>

Cette affaire n'a pas été portée devant les tribunaux, le gouvernement ivoirien ayant pris l'engagement de sanctionner l'équipe médicale. Cependant, il n'y a aucun moyen de savoir si une sanction a en effet été appliquée ou si l'équipe a simplement été mutée dans un autre CHU, tel qu'il arrive très fréquemment.

Mme Nadège K. Yaoua était une femme enceinte de 37 ans. Elle est décédée le 9 novembre 2015 après avoir chuté de son lit à la maternité de l'hôpital de Marcory au moment où elle

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> France 24, "Les urgences d'Abidjan clouées au pilori après la mort d'une jeune femme", 27 mars 2014, disponible à l'adresse suivante : http://observers.france24.com/fr/20140327-urgences-abidjan-femme-awa-fadiga-mannequin-deces-cote-ivoire-cocody.

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> France 24, "Les urgences d'Abidjan clouées au pilori après la mort d'une jeune femme", 27 mars 2014, disponible à l'adresse suivante : http://observers.france24.com/fr/20140327-urgences-abidjan-femme-awa-fadiga-mannequin-deces-cote-ivoire-cocody

commençait à accoucher. Les urgentistes devant la transporter aux urgences n'ont pu agir assez rapidement, et Nadège Yaoua n'a malheureusement pas survécu à sa chute. Après avoir été suspendus de leurs fonctions par une mesure conservatoire du MHSP, les sagesfemmes et l'ambulancier ont été entendus par le tribunal de première instance d'Abidjan Plateau. Ils ont été reconnus coupables de la mort de Nadège Yaoua.<sup>26</sup>

La ministre ivoirienne de la santé et de la lutte contre le SIDA, a également annoncé cinq grandes mesures, pour éviter que pareil cas ne se reproduise dans un établissement sanitaire public :

- L'interdiction de réunion des ordres de santé au sein des hôpitaux
- L'organisation d'un atelier pour expliquer le fonctionnement du système sanitaire
- La révision des critères de recrutement des enseignants de l'INFAS
- Le renforcement de la plateforme d'échanges entre le ministère et les syndicats
- La nécessité de faire un point mensuel des décès maternels et infantiles des différents centres de santé y compris les CHU.

Dans les deux affaires Awa Fadiga et Nadège K. Yaoua, les syndicats ont avancé l'argument de l'absence de moyens nécessaires pour effectuer un travail de qualité. LE personnel est en sous-effectif : en 2015, il y avait en moyenne moins d'1 (0,16 exactement) médecin pour 1 000 personnes<sup>27</sup> avec des médecins majoritairement implantés dans la région Sud du pays, dans le grand centre urbain, les zones rurales étant désertées.

#### **Recommandations:**

- L'Etat ivoirien devrait promouvoir le droit à la santé auprès des juristes et de la population en priorité. Cela pourrait inclure l'ajout d'un cours de droit de la responsabilité médicale dans les cursus du personnel hospitalier, des services d'information juridique gratuite "de base" intégrés dans les hôpitaux mêmes pour consultation par des particuliers, des campagnes de sensibilisation dans les médias, entre autres.
- L'Etat ivoirien devrait mettre en place un système d'aide juridictionnelle pour que l'obstacle financier ne soit plus un frein au port d'affaires devant les juridictions administratives ivoiriennes, afin d'assurer que le droit à la santé des patients soit effectif.
- Ouvrir une enquête afin de poursuivre et juger les responsables et les défaillances ayant conduit au décès d'Awa Fadiga et apporter une réparation adéquate à sa famille
- Evaluer l'impact des mesures prises par le Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA suite au décès de Nadège K. Yaoua. Une réparation adéquate devrait également être apportée à sa famille.
- Envisager d'introduire une législation plus protectrice du patient, mettant notamment l'accent sur le respect de sa personne et de son intimité, le respect du secret médical,

Connection Ivoirienne, "Côte-d'Ivoire hôpital général de Marcory : des sages-femmes et l'ambulancier écroués à la MACA", 19 novembre 2015, disponible à l'adresse suivante : http://www.connectionivoirienne.net/114918/cote-divoire-doues-a-la-maca
 Perspectives Mondes, "Côte d'Ivoire - Médecins (par 1000 habitants)", disponible à l'adresse suivante : http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codePays=CIV&codeStat=SH.MED.PHYS.ZS

#### Section 3. La réalisation du droit à la santé

Malheureusement très peu de données récentes sont accessibles en ce qui concerne la santé. L'absence de données statistiques ventilées et à jour constitue un obstacle à la planification et l'élaboration de mesures et de politiques ciblées et efficaces en matière de santé répondant effectivement aux besoins et problèmes rencontrés par les populations. Elle révèle également de manière criante une incapacité de suivi des efforts entrepris en matière de droit à la santé.

## I. Une volonté apparente d'améliorer la politique de santé, mais qui devra être suivie d'actions concrètes

La politique nationale en matière de santé en Côte d'Ivoire est regroupée dans un document intitulé "Plan Nationale de Développement Sanitaire" (PNDS), publié tous les 4 ans. La PNDS la plus récente a été publiée pour la période 2016 à 2020. Elle identifie six axes prioritaires d'action :

- 1) renforcement de la gouvernance et le leadership,
- 2) amélioration du financement du secteur,
- 3) amélioration de la disponibilité de l'offre en matière de santé, et l'augmentation de l'utilisation des services de santé par les citoyens,
- 4) réduction de moitié de la morbidité et de la mortalité,
- 5) priorité à la santé de la mère et de la jeunesse et
- 6) renforcement des efforts de prévention et de promotion de la santé.

En ce sens, du 30 septembre au 2 octobre 2016 a eu lieu la retraite du MSHP à Grand Bassam sur le thème "Comment relever les défis résiduels ?", sous la présidence de Dr Raymonde Goudou Coffie, Ministre de la Santé. Suite à cette retraite, un référentiel sur le rapport service/qualité de la santé a officiellement été remis le 3 octobre 2016<sup>29</sup> et définit la politique d'amélioration de la qualité des soins et services de santé en Côte d'Ivoire.

Il faut saluer la participation d'acteurs divers et variés à cette retraite : ONG, universitaires, ordres du secteur de la santé et membres du Cabinet, soit 74 participants au total. L'objectif fixé était de "contribuer au renforcement de la performance du système de santé en analysant des thématiques (objets de défis résiduels), d'identifier les problèmes, afin de proposer des solutions et d'élaborer un plan de mise en œuvre."

La politique d'amélioration comprend : un référentiel pour les agents de santé, 17 recommandations sur différentes thématiques (ressources humaines, gestion des urgences, financement, gouvernance et infrastructure, équipements et maintenance) et un plan de

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, "Santé/Retraite du Ministère de la santé et de l'hygiène publique : un comité de coordination de suivi et évaluation mis en place", 3 octobre 2016, disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.gouv.ci/index2.php?page=actu&ID=361

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, "Santé/Retraite du Ministère de la santé et de l'hygiène publique : un comité de coordination de suivi et évaluation mis en place", 3 octobre 2016, disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.gouv.ci/index2.php?page=actu&ID=361

financement des services.

A priori, les 17 recommandations répondent aux attentes et aux besoins du secteur sanitaire ivoirien, à savoir:

- 1) thématique ressources humaines : renforcer la formation initiale de base et organiser des sites de stages dans le cadre de la formation pratique.
- 2) thématique Gestion des urgences :
  - formalisation du tutorat et le réseautage et mise à échelle soutenue par les moyens de communication et de transport pour le désengorgement des urgences;
  - réorganiser les services d'urgence au niveau périphérique ;
  - mise en place d'un comité de coordination dans le cadre de la Gestion des catastrophes au niveau du Ministère de la Santé.
- 3) thématique Financement :
  - relever le niveau d'allocation budgétaire du Ministère de la Santé en tenant compte des normes d'Abuja (en avril 2001, les chefs d'Etat des gouvernements africains se sont réunis à Abuja, au Nigéria, pour prendre l'engagement d'allouer 15% de leur budget national à la santé) et rechercher des sources de financement additionnelles et innovantes (secteur privé, parafiscalité);
  - impliquer le Ministère de la Santé dans l'exécution des ressources transférées aux collectivités décentralisées et revoir la clé de répartition des fonds de recouvrement des actes de santé.
- 4) thématique Gouvernance :
  - instaurer le contrôle interne à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et améliorer le suivi de la gestion des services extérieurs ;
  - divulguer les référentiels en vigueur en matière de droits et devoirs des personnels de santé et des usagers des établissements sanitaires et instaurer un dispositif de coaching, de sanction et de motivation du personnel.
- 5) thématique Infrastructures, équipements de maintenance : actions en cours pour la mise à niveaux à travers plusieurs projets dans le cadre du partenariat public-privé.

Par ailleurs, la politique énoncée met également en place un comité national de suivi et d'évaluation de cette politique. La composition de ce comité est encore incertaine à l'heure de la publication de ce rapport.

Le rapport devait être présenté et adopté par l'ensemble du gouvernement "dans quelques jours" selon le site internet du Ministère de la Santé, le 3 octobre 2016. Pour l'heure, aucun document ou communiqué du Gouvernement publié ne confirme l'adoption de cette politique, qui constituerait une prise d'initiative louable de la part de l'Etat Ivoirien dans le domaine de la santé, et répondrait par ailleurs aux recommandations formulées jusqu'à présent dans ce rapport.

## II. La prévention des risques environnementaux et industriels permet-elle de garantir le droit à la santé?

Les changements climatiques et ses effets néfastes sur la qualité de l'air, de l'eau ou encore la sécurité alimentaire constituent un réel défi dans la lutte pour la protection de la santé en Côte d'Ivoire.

Dans une étude du Centre Suisse de Recherche Scientifique en Côte d'Ivoire (CSRS), dirigée

par la doctorante Lhaur-Yaigaiba Annette Ouattara, sur le "Renforcement des capacités face aux effets néfastes des changements climatiques sur la santé des populations défavorisées en milieu urbains et périurbains en Côte d'Ivoire", les chercheurs ont identifiés un certain nombre d'évènements imputés aux changements climatiques survenus dans les années 2000 dans la quasi-totalité du pays, qui pourraient favoriser "la propagation de maladies diarrhéiques, et de maladies à transmission vectorielle notamment lorsque les services d'assainissement et d'eau sont endommagés, détruits ou inexistants."

Dans ces recommandations, l'étude insiste sur la nécessité d'adapter une politique d'information concernant le changement climatique, vu la diversité ethnique en Côte d'Ivoire, afin de permettre l'acceptation et la compréhension des implications de l'information véhiculée. De même, une politique de la promotion sanitaire et une campagne de sensibilisation en amont auprès des spécialistes de santé sont recommandées.<sup>30</sup>

En 2014, le Ministère de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement Durable s'est doté d'un Programme National Changement Climatique (PNCC) prévu sur la période 2015-2020 qui vient compléter les principaux textes régentant le Secteur de l'Environnement dans la législation nationale. Le PNCC s'articule en priorité autour de sept axes stratégiques, majoritairement définis à Bali lors de la COP13 en 2007, notamment la vision partagée, l'adaptation, l'atténuation, le transfert de technologies et le financement.<sup>31</sup>

Dans le domaine de la prévention de la pollution de l'air, la mise en place du PNCC ainsi que l'élaboration de plans d'information adaptés apparaissent comme cruciaux au vu des études menées par une équipe de recherche franco-ivoirienne, pilotées par le laboratoire d'aérologie du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) de Toulouse, publiées en 2014. Ces études consistent en une série de cartes de la pollution atmosphérique en Afrique, pays par pays, et dressant d'inquiétantes projections d'accroissement de cette pollution pour 2030. En effet, l'équipe de recherche met en cause des mesures insuffisantes et une sous-estimation de l'ampleur du problème. Ce constat tend à rejoindre les conclusions apportées par la Commission Européenne et le Consortium Agrifor Consult en été 2006 sur l'évolution de ces tendances environnementales constatées. Faisant face à "la déstabilisation de la société, à l'appauvrissement de la population, à une croissance démographique élevée, à une forte pression foncière, à une recrudescence des maladies infectieuses et parasitaires et à une dégradation galopante de son environnement naturel", la Côte d'Ivoire doit mettre en place des mesures strictes conduisant à l'inversion des tendances.

En particulier, l'OMS souligne dans un communiqué de presse de 2014 que la pollution de

<sup>&</sup>lt;sup>30</sup> Lhaur-Yaigaiba Annette Ouattara, "Renforcement des capacités face aux effets néfastes des changements climatiques sur la santé des populations défavorisées en milieu urbains et périurbains en Côte", Centre Suisse de Recherche Scientifique en Côte d'Ivoire, disponible à l'adresse suivante : <a href="http://www.sifee.org/static/uploaded/Files/ressources/actes-des-colloques/piamev/simultanee-3/8">http://www.sifee.org/static/uploaded/Files/ressources/actes-des-colloques/piamev/simultanee-3/8</a>, OLIATTARA comm pdf

colloques/niamey/simultanee-3/8 OUATTARA comm.pdf

31 Ministère de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement Durable, "Document de Stratégie du Programme
National Changement Climatique", Programme National Changement Climatique, (2014), disponible à l'adresse suivante :
http://reddplus.ci/wp-content/uploads/2016/02/RCI-PNCC\_sep14.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>32</sup> Observatoire Midi-Pyrénées, "Coup de projecteur sur la pollution en Afrique", 2014, disponible à l'adresse suivante : http://www.obs-mip.fr/actualites/actualites-scientifiques/pollution afrique

<sup>33</sup> Commission Européenne, "Profil Environnemental de la Côte d'Ivoire", 2006, disponible à l'adresse suivante : http://reddplus.ci/wp-content/uploads/2016/02/RCI-Profil-environnemental\_aug06.pdf

l'air est imputable à plusieurs composantes à la fois gazeuses et solides. De fortes concentrations de ces particules polluantes petites et fines sont particulièrement associées à un nombre élevé de décès par cardiopathies et accidents vasculaires cérébraux, ainsi qu'à des décès par maladies respiratoires et cancers<sup>34</sup>

Afin de lutter efficacement contre la pollution de l'air due au gaz d'échappement des véhicules, le Ministère de l'Environnement, de la Salubrité urbaine et du Développement durable a organisé, en collaboration avec le Programme des Nations unies pour l'Environnement (PNUE), du 19 au 20 novembre 2015, un atelier d'élaboration de la stratégie nationale de réduction du soufre dans le carburant. A la suite de cet atelier, portant notamment sur "les avantages de la réduction du soufre dans les carburants, la qualité des carburants en Afrique, l'évolution des spécifications de produits pétroliers, la production de gasoil à faible teneur en soufre", les experts nationaux et internationaux ont validés les axes stratégiques et le plan national d'action, qui reste à ce jour à mettre en place.<sup>35</sup>

Dans le domaine de la sécurité alimentaire, une évaluation du Programme Alimentaire Mondial (PAM) publiée en 2013, situait en situation de crise postélectorale les ménages jugés en insécurité alimentaire. La prévalence de l'insécurité alimentaire globale (modérée et sévère) était de 20 % dans le district des Montagnes et de 18 % dans le district des Savanes, dues notamment à la fois à l'insécurité, aux mouvements de populations et à un choc pluviométrique. Afin de continuer et renforcer le suivi des ménages dans les districts des Savanes et des Montagnes, le Ministère de l'agriculture, avec l'appui financier et technique du PAM, de l'Organisation des Nations unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et de l'Institut national des statistiques (INS) avait conduit une évaluation de la sécurité alimentaire auprès des ménages dans ces zones humanitaires prioritaires.<sup>36</sup>

En 2016, suite au constat de plus en plus pressant des effets pervers du changement climatique sur les cultures, et donc sur la sécurité alimentaire, un atelier de renforcement de capacité portant sur l'opérationnalisation d'un système d'alerte précoce capable de fournir des informations à temps utiles pour une meilleure prise de décision a eu lieu à Abidjan. Ce dispositif, avec l'appui du comité permanent inter-Etats contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS), a pour but de mettre en place des outils qui permettent de faire des alertes précoces, notamment un système d'information villageois basé sur des informations en temps réel fournies par les paysans. Ce système innovant d'un coût de 1,5 milliard de FCFA (soit 2 286 100 euros<sup>37</sup>) sera en théorie financé à 70% par les partenaires techniques et 30% par l'Etat ivoirien. Selon le représentant du Ministère de l'Agriculture et du Développement Durable, Bernard Kouassi Kouamé, cette rencontre permettra de "lancer les bases d'un environnement politique et financier favorable fournissant aux agriculteurs le savoir et l'accès aux ressources et services pour la transition vers des systèmes de production durables, productifs, réalisables

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> Organisation Mondiale de la Santé, "La qualité de l'air se détériore dans de nombreuses villes du monde", disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/air-quality/fr/

<sup>&</sup>lt;sup>35</sup> Site d'information Abidjan.net, "Pollution de l'air : le pays veut se dotér d'une stratégie nationale de réduction du soufre dans les carburants élaborée", disponible à l'adresse suivante : http://news.abidjan.net/h/573864.html

<sup>&</sup>lt;sup>36</sup> Programme Alimentaire Mondial, "Côte d'Ivoire – Evaluation de la sécurité alimentaire à l'Ouest et au Nord", 2013, disponible à l'adresse suivante : http://www.ins.ci/n/templates/docss/secualim\_o\_n.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>37</sup> Taux au 1er janvier 2017: 1 EUR = 656,139 francs CFA.

<sup>&</sup>lt;sup>38</sup> Site d'information Abidjan.net, "Côte d'Ivoire Sécurité alimentaire / Ouverture d'un atelier sur « l'opérationnalisation » du système d'alerte précoce en Côte d'Ivoire", 2016, disponible à l'adresse suivante : http://news.abidjan.net/h/590791.html

#### **Recommandations:**

- Mettre en place dans les plus brefs délais les comités de suivi et d'évaluation de la gratuité ciblée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Adopter et mettre en place et la politique d'amélioration de la qualité des soins et services de santé en Côte d'Ivoire.
- Collecter et mettre à disposition du public des données récentes ventilées sur la santé en Côte d'ivoire.
- Renforcer la sensibilisation environnementale, vulgariser les textes législatifs existants à l'aide de documents simples et d'émissions à l'attention des médias de masse, tout en assurant la transparence des informations environnementales à tous les niveaux.
- Clarifier les rôles, tâches des intervenants et structures relatifs à l'environnement.
- Simplifier le cadre institutionnel pour la gestion de l'environnement et de ses risques.
- Finaliser la signature de certains décrets et assurer la mise en application efficace des politiques, des réglementations et des contrôles environnementaux existants.
- Encourager la gouvernance locale des ressources naturelles tout en renforçant les capacités des communes, tel que le prévoit le système d'alerte précoce discuté en 2016.

#### III. La disponibilité des ressources

#### A. Des efforts budgétaires insuffisants

La Côte d'Ivoire doit mettre en œuvre le droit à la santé, "tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice" de ce droit, conformément à l'article 2 du PIDESC et à l'Observation Générale<sup>40</sup> afférente.

La Côte d'Ivoire a signé l'engagement d'Abuja en avril 2001<sup>41</sup>, c'est-à-dire gu'elle s'est engagée à consacrer 15% de son budget national à la santé. Depuis la directive 06/2009/Cm/UEMOA du 26 juin 2009, cela n'est plus la logique de moyens mais la logique d'objectifs et de résultats qui est applicable dans tous les pays membres, en vertu des articles 12 et 13 de la directive. Cela signifie que l'on s'intéressait auparavant davantage au volume des moyens consacrés à une politique. Désormais, il s'agit d'examiner les résultats concrets

<sup>&</sup>lt;sup>39</sup> Agrici.net. "Sécurité alimentaire : la Côte d'Ivoire se dote d'un plan de transition vers l'agriculture intelligente", 2016, disponible à l'adresse suivante : http://www.agrici.net/2016/08/26/securite-alimentaire-cote-divoire-se-dote-dun-plan-de-transition-verslagriculture-intelligente/

<sup>&</sup>lt;sup>40</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, "Observation générale no 3: La nature des obligations des États parties (art. 2, par. 1, du Pacte)", 1er janvier 1991

41 Déclaration adoptée par les dirigeants africains au Sommet d'Abuja, ayant eu lieu du 24 au 27 avril 2001

obtenus grâce à ces moyens, c'est-à-dire l'efficacité des dépenses, par rapport à des objectifs définis pour chaque programme.

En 2012, la recommandation VI de la Commission africaine à la Côte d'Ivoire sur son "rapport cumulé" couvrant la période de 1994 à 2012 était de "rendre les mesures nécessaires pour augmenter le budget alloué à la santé (...) notamment dans les zones rurales."<sup>42</sup>

En 2016, dans le cadre de l'examen de son second rapport par la Commission africaine, la Côte d'Ivoire, en réponse à la recommandation VI de 2012, argue que "la part du budget alloué au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) est passée de 190 milliards FCFA (soit 289 572 788 euros) en 2013 à 245 milliards FCFA (soit 373 396 490 euros) en 2014 soit une hausse de 29%."

Par ailleurs, la Côte d'Ivoire affirme qu'en 2015, un investissement de 10,5 milliards FCFA (soit 160 027 067 euros) a été prévu pour la mise en place "effective" de la CMU à partir du premier trimestre 2015 avec des "efforts additionnels prévus pour la lutte contre le virus Ebola". Selon la Côte d'Ivoire, "de façon générale, il convient de noter au niveau sanitaire, que de 2010 à 2015, les dépenses ont été multipliées par 2,5 dont 6,4% ont été affecté à la réhabilitation et la création de centres de santé."

Cependant, si les dépenses en valeur nominale ont augmenté, la part des dépenses sanitaires dans le produit intérieur brut (PIB) ivoirien a chuté de 10% en 19 ans. Pour l'ensemble de la période 1995-2014, on enregistre une moyenne annuelle de 5,99% du PIB alloué à la santé, avec le plus haut niveau enregistré en 1998 (7,3%) et le plus bas en 2002 (4,47%). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 10%. Pour effectuer ce calcul, Perspective Monde dispose des résultats pour 20 années de la période 1995-2014.<sup>43</sup>

Aujourd'hui, la loi de finance de 2016 de la Côte d'Ivoire, tablant sur une croissance de +9,8%<sup>44</sup>, prévoit un budget en augmentation pour la santé quaternaire (hygiène publique, médicaments et matériels médicaux, 375 millions d'euros, +12%)... Cependant cela se fait au détriment de la santé primaire (17 millions d'euros, -53%), ainsi que de l'assainissement l'eau et l'électricité (404 millions d'euros, -16% par rapport à 2015) dont les budgets ont été diminués.

Cette absence de ressources est combinée à une allocation inefficace des ressources existantes : en se basant sur la logique d'objectifs et de résultats de la directive 06/2009/Cm/UEMOA du 26 juin 2009, le système ivoirien est déficient. Cela représente évidemment un frein à toute avancée dans le domaine de la santé.

<sup>&</sup>lt;sup>42</sup> Le 4 juillet 2012, la Côte d'Ivoire a soumis son premier rapport à la Commission africaine, faisant figure de rapport initial et de rapport périodique (appelé "rapport cumulé") couvrant la période de 1994 à 2012. La Commission africaine l'a examiné lors de sa 52e session ordinaire du 9 au 22 octobre 2012 à Yamoussoukro en Côte d'Ivoire. Voir Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples, Observations finales sur le rapport Périodique initial et cumulé de la République de Côte d'Ivoire à la Commission africaine des droits de l'homme et de peuples de l'union africaine, 1994-2012, disponible à l'adresse suivante : http://www.achpr.org/files/sessions/52nd/conc-obs/1-1994-2012/cbservations\_conclusives\_cote\_divoire.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>43</sup> Perspectives Monde, "Côte d'Ivoire - Dépenses en santé total (%PIB)", disponible à l'adresse suivante : http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=CIV&codeStat=SH.XPD.TOTL.ZS &codeStat2=x

<sup>&</sup>lt;sup>44</sup> Ministère de l'Economie et des Finances français, "Budget Côte d'Ivoire 2016", 17 février 2016, disponible à l'adresse suivante : http://www.tresor.economie.gouv.fr/13094\_budget-cote-divoire-2016

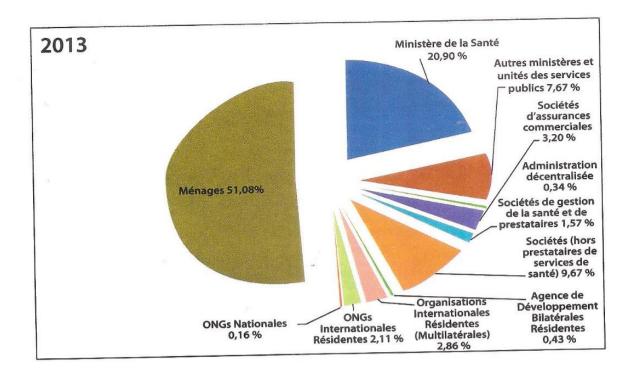
Par exemple, en 2009-2013 déjà, sous son PNDS, la Côte d'Ivoire s'était fixée l'objectif de rendre les biens et services de santé accessibles à toute la population nationale et notamment aux plus démunis. Or, la structuration des financements dans le domaine de la santé en 2010 traduisait un système sanitaire extrêmement inégalitaire, en déphasage avec les priorités fixées sous le PNDS.

Malgré les financements importants dont disposait alors le système de santé ivoirien par rapport aux autres pays d'Afrique subsaharienne, la part financière que les ménages devaient apporter restait trop importante. Ils étaient en effet la principale source de financement du secteur (69% de la dépense totale de santé financée par les ménages). Pourtant, seuls 4% de leurs dépenses passaient par les systèmes de couvertures de risque maladie, qui concernent pour l'essentiel les travailleurs du secteur formel localisé dans les principales zones urbaines du pays (à cause des problèmes de financement de la CMU). Le poste des médicaments constituait la principale dépense des ménages alors que la constatation avait été faite que souvent, les médicaments existaient dans les pharmacies publiques (où ils sont moins coûteux), mais étaient cachés, détournés, forçant ainsi les ménages à s'approvisionner dans les officines privées où ils sont bien plus chers.

En 2013, malgré les efforts consentis, l'objectif du PNDS n'était toujours pas atteint. Le financement de la santé reposait toujours majoritairement sur les ménages, qui finançaient 51.08% des dépenses totales de santé. Par ailleurs, les pharmacies privées ont reçu en 2013 la plus grosse part des ressources de dépenses totales de santé, soit 283.5 milliards de FCFA (432 073 082 euros) soit 32.48%, alors que les médicaments y sont plus chers qu'en pharmacie publique où ils manquent.

Graphique 1 : dépenses totales de santé par agent de financement<sup>45</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>45</sup> Tableau tiré de : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Comptes Nationaux de la Santé en Côte d'Ivoire, 2013.



#### B. Recours à la coopération et à l'aide internationales

L'article 2 paragraphe 1 du PIDESC précise que chaque Etat partie s'engage à agir pour assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte, au besoin en ayant recours à l'assistance et la coopération internationales.

Dans le cas de la Côte d'Ivoire, il s'agit des "partenaires au développement": l'Union Européenne (UE), l'Allemagne, la France, les Etats-Unis, l'Italie, entre autres. Ces derniers appuient notamment la Côte d'Ivoire dans le domaine de la santé. Par exemple, une enveloppe de 24 milliards de FCFA (soit 36 577 615 euros) a récemment été accordée à la Côte d'Ivoire par USAID dans le cadre d'un projet d'appui aux entités du MSHP. <sup>46</sup> Ce projet vise principalement à renforcer le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Or, plusieurs praticiens et académiques, dont le Dr. Sanogo Yanourga, ont pointé l'effet contre-productif que l'aide financière de partenaires au développement peut avoir. Selon eux, financièrement, l'Etat ivoirien peut contribuer à hauteur de 15% du budget national à la santé. Or, il pourrait être probable qu'il ne le fasse pas en raison de l'existence de cette aide internationale. Les partenaires au développement qui apportent une telle aide ne peuvent être sans savoir que l'Etat ivoirien ne consacre que 4 ou 5% de son budget à la santé et continuent pourtant de donner à la Côte d'Ivoire, sans condition d'augmentation du budget alloué à la santé par l'Etat ivoirien.

Ce système contribuerait donc à conforter le manque de volonté politique de la part de l'Etat

<sup>&</sup>lt;sup>46</sup> Khadim Mbaye, "Santé en Côte d'Ivoire: l'USAID débloque 24 milliards de FCFA", 5 avril 2017, disponible à l'adresse suivante : http://afrique.latribune.fr/afrique-de-l-ouest/cote-d-ivoire/2017-04-05/sante-en-cote-d-ivoire-l-usaid-debloque-24-milliards-de-fr/a html

ivoirien d'augmenter cette part budgétaire pour la santé, de peur que les aides internationales relativement abondantes ne diminuent.47

#### Recommandations:

- Augmenter le budget alloué à la santé afin que les moyens soient donnés au personnel hospitalier de faire leur travail dans les meilleures conditions possibles.
- continuer ses efforts d'approvisionnement et de distribution des médicaments, en mettant en place un système d'éradication de la corruption et du détournement de médicaments qui parasitent le système dont les ménages assument le coût.
- respecter son engagement pris à Abuja en 2001 d'allouer 15% de son budget national à la santé.
- Accélérer la mise en œuvre de la directive 06/2009/Cm/UEMOA du 26 juin 2009 dans son système de budgétisation en matière de santé afin d'orienter les fonds en priorité aux postes de dépenses en ayant davantage besoin (niveaux de premiers recours de la pyramide sanitaire, personnes démunies, zones rurales), soutenir et renforcer le financement de la prise en charge des affections périnatales, des affections maternelles et des carences nutritionnelles pour alléger la charge des dépenses sur les ménages.
- Continuer ses efforts vers une couverture maladie universelle pour tous et renforcer les mécanismes de protection sociale avec un accent particulier sur la prévention des maladies.
- Adopter et effectivement appliquer la politique d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire, politique qui devrait être suivie par le comité créé à cet effet.
- Produire régulièrement les Comptes de la Santé et effectivement prendre en compte les informations y figurant dans la prise de décisions des politiques pour permettre une plus grande mobilisation et une meilleure allocation des ressources pour un système de santé efficient.
- Mettre à la disposition de la Pharmacie de Santé Publique des fonds adéquats afin de permettre d'assurer un approvisionnement correct des établissements en médicaments et intrants médicaux.
- Introduire les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTICS) dans la prise en charge des patients.

#### IV. Autres mesures prises pour progressivement réaliser le droit à la santé

Afin d'évaluer les efforts fournis par la Côte d'Ivoire dans la réalisation du droit à la santé, ce rapport s'appuie sur les directives des Nations unies. Les Etats ayant ratifié le Pacte

<sup>&</sup>lt;sup>47</sup> Entretien avec le Dr Sanogo Yanourga Moussa, Docteur en Droit Médical et Enseignant-chercheur à l'Université Péléforo Gon Coulibaly, le 12 décembre 2016

International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels ont l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour réaliser le droit à la santé, en fonction de leurs ressources disponibles. Indépendamment de ces ressources, les Etats doivent garantir à leurs citoyens de vivre dans la dignité humaine et en dehors de toute discrimination. Ils ne doivent pas non plus prendre de mesures qui pourraient être rétrogrades dans la réalisation du droit à la santé. D'après l'Observation Générale no.14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, les Etats se doivent de garantir l'accessibilité - que ce soit économique et physique -, la qualité et la disponibilité des services de santé.<sup>48</sup>

#### A. Accessibilité

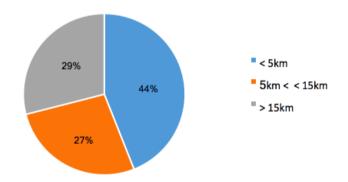
Pour être efficace, une institution nationale de santé doit être facile d'accès. Cela suppose trois éléments: que les gens connaissent l'existence des centres de santé et leur rôle, qu'ils soient à même, matériellement, de prendre contact avec eux et qu'ils soient traités comme il se doit dans leurs relations avec ses responsables de santé.

#### Accessibilité physique

Les établissements de santé sont insuffisants en Côte d'Ivoire, et leur répartition est très inégale. Comme on peut le voir à l'aide du diagramme ci-dessous, en 2007, 29% de la population vivait à plus de 15 kilomètres du centre de santé le plus proche.<sup>49</sup>

Graphique 2 : distance entre le lieu de vie et le centre de santé le plus proche (en part de la population)

# Distance entre le lieu de vie et le centre de santé le plus proche (en part de la population)



Ces chiffres varient beaucoup selon les régions. Par exemple, seulement 10% de la population du Haut Sassandra sont à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé. Le ratio des dispositifs sanitaires par habitant varie également selon les régions et leur population.<sup>50</sup>

<sup>50</sup> Dr N'dri Yoman, "Comment se soigne t'on aujourd'hui en Côte d'Ivoire", Vendredis du CERAP (Centre de Recherche et d'Action pour la Paix), 2008.

<sup>&</sup>lt;sup>48</sup> Conseil Economique et Social des Nation Unies, "Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint : 11/08/2000.E/C.12/2000/4. ", 2000, disponible à l'adresse suivante : http://www.cetim.ch/legacy/fr/documents/codesc-2000-4-fra.pdf

 <sup>&</sup>lt;sup>49</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012
 <sup>50</sup> Dr N'dri Yoman, "Comment se soigne t'on aujourd'hui en Côte d'Ivoire", Vendredis du CERAP (Centre de Recherche et d'Action

### Répartition des centres de santé

	Nombre d'habitants	Ratio dispositif sanitaire par nombre d'habitants
Centre-Est	409 528	1/11 153
Nord-Ouest	647 209	1/6 604
Nord	915 621	1/7 209
Sud-Ouest         1 303 021           Centre-Ouest         2 095 391		1/22 860
		1/14 158
Sud	5 296 515	1/19 260

### Effectifs de personnels médicaux par rapport à la population

Bien que le ratio du personnel médical par rapport à la population soit l'un des meilleurs d'Afrique subsaharienne, il demeure très faible, notamment depuis la crise sociopolitique que le pays a subie entre 2002 et 2007, puis entre 2010 et 2011.

Le ratio d'habitants par médecin était d'environ 9 000 habitants par médecin. Le PNDS de 1996 à 2005 avait pour objectif de passer à 6 600 habitants par médecin en 2005.<sup>51</sup> En 2007, on comptait 5 695 habitants par médecin. En ce qui concerne les infirmiers et les sagesfemmes, il y en avait un pour respectivement 2 331 habitants et 3 717 femmes en âge de procréer. En 2011, le pays disposait de 3 220 médecins, 7 361 infirmiers et 2 353 sagesfemmes.<sup>52</sup>

On retrouve également de grandes différences entre les régions : la région d'Abidjan compte 40% du personnel médical du pays, pour seulement 24% de la population. Alors que d'autres régions comme le Sud Bandama, le Nzi-Comoé le Moyen Cavally sont dépourvues de médecins.<sup>53</sup>

#### Personnes handicapées et personnes âgées

La loi ivoirienne oblige le gouvernement à assurer l'accès aux établissements publics, dont les établissements de santé, aux personnes en fauteuil roulant. Cependant, de tels aménagements restent rares, tout comme les efforts du gouvernement pour faire respecter ces règles.<sup>54</sup>

Pour garantir une bonne hygiène sanitaire aux personne âgées qui ne se déplacent que très rarement dans des établissements de santé, le Ministère en charge des personnes âgées a mis en place des campagnes médiatiques. Ces campagnes de sensibilisation donnent notamment des conseils de nutrition et encouragent à l'activité physique. Des programmes de dépistages ont aussi été mis en place : en 2014, 2 000 personnes ont été dépistées de

<sup>&</sup>lt;sup>51</sup> Dr N'dri Yoman, "Comment se soigne t'on aujourd'hui en Côte d'Ivoire", Vendredis du CERAP (Centre de Recherche et d'Action pour la Paix), 2008.

 <sup>&</sup>lt;sup>52</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.
 <sup>53</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.

<sup>&</sup>lt;sup>54</sup> Voir United States Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, "Côte d'Ivoire 2015 Human Rights",

maladies métaboliques par exemple.55

#### Accessibilité économique : une santé abordable pour tous

Couverture universelle et gratuité des soins

Lors du scrutin de 2010, la CMU était une « promesse de campagne » d'Alassane Ouattara, qui avait été finalement élu face à Laurent Gbagbo. En 2011, le gouvernement a donc instauré une CMU dans tous les établissements publics pendant une durée déterminée. La fréquentation des établissements de santé a donc fortement augmenté, ce qui a conduit à un épuisement du personnel et des stocks. Pour cette raison, à partir de février 2012, cette gratuité universelle s'est transformée en gratuité ciblée pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.<sup>56</sup>

La loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la CMU offre une protection sociale à ceux qui n'en ont pas, grâce à une cotisation mensuelle de 1 000 FCFA (soit 1,52 euros) par assuré, mais on ne dispose que de très peu d'informations sur les prestations offertes par cette couverture (70 à 80% des soins couverts). En 2015, le budget pour les dépenses de la santé a été adapté, et un crédit de 10,5 milliards de FCFA (soit 160 027 067 euros) a été prévu pour pouvoir mettre en place cette couverture maladie universelle.<sup>57</sup>

Le président Alassane Ouattara avait d'abord mis en place la gratuité totale des soins en avril 2011, avant de revenir à une "gratuité ciblée" (incluant les 48 premières heures dans les services d'urgence médico-chirurgicales). En avril 2011, le gouvernement avait ainsi instauré une CMU dans tous les établissements publics pendant une durée déterminée.

EN conséquence de cela, la fréquentation des établissements de santé a fortement augmenté, conduisant à un épuisement du personnel et des stocks. La Ministre de la Santé de l'époque, Yoman N'dri Thérèse, a annoncé avoir constaté des cas d'indiscipline de certains malades qui passaient dans les différents centres de santé pour constituer leur stock de médicaments qu'ils revendaient par la suite, et conclu qu'en raison de ces abus, il était nécessaire de réformer le système pour remédier à cet état de fait. La CMU avait au départ été instaurée comme réellement universelle. Il n'était pas prévenue de faire marche arrière pour rétrocéder à une gratuité ciblée. Pour cette raison, à partir de février 2012, cette gratuité universelle s'est transformée en gratuité ciblée Ainsi, pour l'heure, la "CMU" n'est que partielle en Côte d'Ivoire.

Elle permet la prise en charge totale des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans les hôpitaux publics.<sup>58</sup> En cas d'hospitalisation, ces personnes ne doivent payer que 30% des frais totaux, selon les pathologies. Ce système de CMU a vocation à s'étendre à l'intégralité de la population, mais se heurte à des obstacles de mise en application pour

<sup>&</sup>lt;sup>55</sup> Côte d'Ivoire, "Rapport Périodique de la République de Côte d'Ivoire à la Commission africaine des droits de l'homme et de peuples de l'Union africaine", 2012-2015, disponible à l'adresse suivante : http://www.achpr.org/files/sessions/59th/state-reports/2nd-2012-2015/rapport\_\_de\_la\_cte\_divoire\_2012\_2015.pdf

 <sup>&</sup>lt;sup>56</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.
 <sup>57</sup> Voir, "Le régime Ivoirien de Sécurité Sociale", 2016, disponible à l'adresse suivante <a href="http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\_cotedivoire.html">http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\_cotedivoire.html</a>

<sup>58</sup> Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.

l'instant. En effet, une cotisation à hauteur de 1 000 FCFA (soit 1,52 euros) par mois est demandée à tous les citoyens pour financer cette CMU. Or le salaire moyen des salariés est inférieur à 120 000 FCFA (soit 182 euros) mensuels et, selon les dires du ministre du Commerce, de l'Artisanat et de la Promotion des PME, Jean-Louis Billon, "si près de 60% d'ivoiriens ont une activité (qui peut ne pas être rémunérée), la rémunération est inférieure au SMIG, le Salaire minimum interprofessionnel garanti, c'est-à-dire 60 000 FCFA" (soit 91 euros)<sup>59</sup>.

Pour les fonctionnaires et les personnes ayant un emploi stable cela n'est pas un problème. Cependant, une catégorie de la population ivoirienne ne survit qu'à l'aide de leurs revenus saisonniers (la culture de cacao par exemple ne se pratique que 3 mois par an). Cette catégorie de citoyens se retrouve donc dans l'impossibilité de payer la cotisation mensuelle les mois où ils ne peuvent pas cultiver leurs terres. Ils ne pourront donc bénéficier de la CMU. Bien que le montant soit dérisoire, il est difficile d'exiger d'une population à 60% active, dont seulement environ 25% seraient employés comme salariés dans le secteur formel, de contribuer au-delà. 60

Le chemin vers une couverture maladie réellement universelle est encore long et suppose que les difficultés aujourd'hui rencontrées dans le dispositif de gratuité ciblée, soient traitées avec davantage de diligence. Les OSC dénoncent notamment une indisponibilité permanente de médicaments comme perpétuel goulot d'étranglement à la mise en œuvre correcte de la mesure de gratuité ciblée. Cela a eu pour conséquence le recours permanent des populations "cibles" (bénéficiaires de la gratuité) au "paiement direct", c'est-à-dire qu'elles avancent le montant censé être pris en charge et se font rembourser par la suite, pour faire face aux ordonnances médicales. Or, d'importants retards se font sentir, allant de 6 à 12 mois, dans le remboursement des redevances non perçues.

Les OSC regrettent également l'absence de mécanisme de contrôle et d'évaluation<sup>62</sup>, pourtant prévu par la circulaire n°0731/MSLS/CAB du 27 février 2012 : des comités de suivi étaient censés suivre l'évolution et la gestion de la mesure de gratuité ciblée au niveau central, régional et districts et n'ont jamais été mis en place.<sup>63</sup> Au vu des difficultés actuelles rencontrées dans la mise en place de la gratuité ciblée, il est donc compréhensible que les premières ambitions de gratuité totale aient été revues à la baisse. Le processus vers une CMU pour tous est enclenché, mais a besoin d'être adapté aux réalités aux conditions locales.

Enfin, de nombreux cas de discriminations quant aux moyens financiers dans le secteur de

<sup>&</sup>lt;sup>59</sup> Manuella Yapi, "La Côte d'Ivoire compte 25% de salariés", 25 janvier 2015, disponible à l'adresse suivante : http://alerte-info.net/alerte\_details.php?f=9660

<sup>&</sup>lt;sup>60</sup> Manuella Yapi, "La Côte d'Ivoire compte 25% de salariés", 25 janvier 2015, disponible à l'adresse suivante : http://alerte-info.net/alerte\_details.php?f=9660

<sup>&</sup>lt;sup>61</sup> Médecins du Monde, Save the Children, Convention de la Société Civile Ivoirienne, "Déclaration commune de la société civile relative à la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire", mai 2014, disponible à l'adresse suivante : http://www.lepointsur.com/wp-content/uploads/2014/07/D%C3%A9claration-des-ONG-sur-la-Couverture-Maladie-Universelleok.pdf

<sup>62</sup> Médecins du Monde, Save the Children, Convention de la Société Civile Ivoirienne, "Déclaration commune de la société civile relative à la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire", mai 2014, disponible à l'adresse suivante : http://www.lepointsur.com/wp-content/uploads/2014/07/D%C3%A9claration-des-ONG-sur-la-Couverture-Maladie-Universelleok.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>63</sup> L'administration territoriale est déconcentrée en circonscriptions qui sont les districts, les régions, puis les départements (pour plus d'informations : Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012).

santé publique ont été rapportés. La gratuité grâce à la CMU n'est pas toujours mise en place et certains patients se voient refuser des soins s'ils n'ont pas les moyens de payer.

#### **Recommandations:**

- Continuer ses efforts pour aller d'une gratuité ciblée vers une couverture maladie réellement universelle.
- Le dispositif mis en place par la Pharmacie de Santé Publique pour l'approvisionnement des établissements sanitaires en médicaments doit être renforcé pour répondre aux exigences d'une demande croissante de soins de santé induite par la CMU. Cela pourrait être fait par le biais d'une nouvelle loi, qui donne priorité à l'approvisionnement et au financement des pharmacies publiques sur les officines privées.
- Les délais de remboursement des redevances non perçues doivent être améliorés, et ce conformément aux dispositions de la circulaire n°0731/MSLS/CAB du 27 février 2012, afin de permettre aux établissements sanitaires de faire face à leurs charges les plus essentielles.

#### B. La qualité du matériel hospitalier

#### Centres médicaux

Les services publics de santé ont un taux d'utilisation de 18%. Ce taux augmente si le service privé est pris en compte, mais les services de santé demeurent inaccessibles à la plupart des ménages. Les raisons qui expliquent ce faible résultat comprennent : la qualité de l'offre, un coût trop important, la distance au domicile, la non disponibilité du personnel, ou encore le temps d'attente jugé trop long. On retrouve également des disparités en fonction de l'ethnie, le niveau d'éducation, le sexe des individus, et l'existence d'une assurance de santé.<sup>64</sup>

#### Equipement

Certains centres de santé, notamment en milieu rural, ne disposent pas d'accès à l'eau courante et potable, et à l'électricité. Les équipements techniques sont souvent insuffisants et vétustes ou hors-service. On compte aussi de nombreux bâtiments délabrés.

Cela est dû à un manque de moyens alloués à l'entretien et la maintenance des établissements de santé. De plus, les actions des collectivités territoriales ne sont pas forcément en accord avec les normes nationales. Les structures en charge de la gestion du patrimoine sanitaire ne disposent d'aucun moyen de pour évaluer le travail et la formation des agents de maintenance. Elles manquent également de politiques bien définies et d'outils de gestion.

Les PNDS successifs ont appelé à la rénovation et la réhabilitation de nombreux établissement de santé. Par exemple, l'année 2010 a vu l'ouverture de 140 centres de

<sup>&</sup>lt;sup>64</sup> Dr N'dri Yoman, "Comment se soigne t'on aujourd'hui en Côte d'Ivoire", Vendredis du CERAP (Centre de Recherche et d'Action pour la Paix), 2008.

diagnostic et traitement dont 16 centres antituberculeux.

Le Plan Présidentiel d'Urgence a permis la réhabilitation des hôpitaux régionaux de Bondoukou, Korhogo, Bouna, Grand-Lahou, Grand Bassam et Jacquesville. Mais aussi l'ouverture de centres de transfusion sanguine, l'hôpital St Joseph de Moscati de Yamoussoukro et de l'hôpital régional de Gagnoa. <sup>65</sup> En 2013, les infrastructures routières ont aussi été réhabilitées avec l'inauguration de dix ambulances, pour faciliter l'accès aux centres de santé.

#### C. Disponibilité et qualité des médicaments

#### Stocks

En 2011, suite à l'embargo de l'UE, la Côte d'Ivoire a subi une pénurie importante de médicaments, ce qui a contribué au développement d'un marché noir. Les médicaments qui y sont vendus sont d'abord très chers et peuvent être dangereux puisqu'ils ne sont pas contrôlés.

Pour rendre les médicaments plus accessibles à toute la population, le gouvernement a :

- centralisé l'approvisionnement du secteur public en créant la Pharmacie de la Santé publique,
- adopté une liste de médicaments essentiels.
- favorisé l'utilisation de médicaments génériques, et
- déconditionné des classes thérapeutiques.

Ces mesures montrent une volonté du gouvernement d'élargir l'accès aux médicaments. Cependant, très peu d'informations sont disponibles sur les effets concrets qu'elles ont pu avoir sur les stocks de médicaments disponibles.

Par ailleurs, les pharmacies publiques restent confrontées à un autre problème : elles ne sont pas suffisamment approvisionnées ou les médicaments sont détournés. La corruption demeure une réalité du milieu hospitalier ivoirien et il arrive qu'il y ait parfois un accord entre la pharmacie publique et une officine privée: la pharmacie oriente les patients vers les officines privées qui appartiennent à des proches, prétextant la pénurie d'un type de médicament dans les hôpitaux publics. Il y a quelques mois, le directeur du CHU de Treichville a ainsi été licencié pour "mauvaise gestion" car il avait détourné des médicaments qu'il revendait dans sa clinique privée. Au CHU de Cocody également des agents ont été pris en train de détourner des médicaments. 66

#### <u>Qualité</u>

Pour améliorer la qualité des médicaments consommés, le gouvernement a lancé une

<sup>&</sup>lt;sup>65</sup> Côte d'Ivoire, "Rapport Périodique de la République de Côte d'Ivoire à la Commission africaine des droits de l'homme et de peuples de l'Union africaine", 2012-2015, disponible à l'adresse suivante : http://www.achpr.org/files/sessions/59th/state-reports/2nd-2012-2015/rapport\_\_de\_la\_cte\_divoire\_2012\_2015.pdf.

<sup>&</sup>lt;sup>66</sup> Urgences-ci.net, "Côte d'Ivoire: Vol de matériels et de médicaments dans les hôpitaux – Deux agents du Chu de Cocody mis aux arrêts", août 2013, disponible à l'adresse suivante : http://urgences-ci.net/cote-divoire-vol-de-materiels-et-de-medicaments-dans-les-hopitaux-deux-agents-du-chu-de-cocody-mis-aux-arrets/

campagne de sensibilisation pour faire prendre conscience à la population des dangers de médicaments achetés dans la rue : "les médicaments de la rue, c'est la mort dans la rue".

La Politique Pharmaceutique Nationale, en établissant une liste de médicaments de référence, visait à aider les pharmaciens à donner les bons médicaments. Cependant, il est difficile d'évaluer l'utilisation de cette liste et les connaissances des prescripteurs afin d'en mesurer l'impact. Le budget alloué à la Direction de la Pharmacie et du Médicament est cependant insuffisant et ne permet pas des contrôles de qualité.

En Côte d'Ivoire, la sécurité transfusionnelle, bien qu'insuffisante, est relativement bonne. Ce n'est pas le cas pour les vaccins, à cause des conditions de stockage inappropriées, et le manque de contrôle dû à des moyens techniques insuffisants.

#### Prix

Les difficultés d'approvisionnement en médicaments essentiels et les prix élevés dans le secteur public ont contraint les populations à s'approvisionner auprès du secteur privé.

#### **Recommandations:**

- Renforcer le cadre réglementaire des structures en charge du médicament ainsi que le développement d'un tissu industriel pharmaceutique local compétitif, à même de répondre aux besoins essentiels du système sanitaire national<sup>68</sup>.
- Evaluer l'impact des mesures prises pour favoriser l'accès aux médicaments afin de mesurer les progrès accomplis et les efforts restant à accomplir.
- Allouer une part du budget plus importante à la Direction de la Pharmacie et du Médicament.
- Renforcer le dispositif mis en place par la Pharmacie de Santé Publique pour l'approvisionnement des établissements sanitaires en médicaments afin de répondre à demande croissante de soins de santé induite par la CMU.
- Promouvoir la politique des médicaments génériques.

#### D. Ressources humaines et formation du personnel

#### Formation

En moyenne, chaque année, les centres de formation produisent 322 nouveaux médecins, 60 pharmaciens et 33 chirurgiens-dentistes. En 2014, 4161 professionnels de santé ont été recrutés en plus, un réel progrès.<sup>69</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>67</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, "Ma santé ma vie", disponible à l'adresse suivante : https://www.youtube.com/watch?v=earqgQSGNag#action=share

<sup>68</sup> Liste nationale des médicaments essentiels en Côte d'Ivoire, disponible à l'adresse suivante http://www.who.int/selection\_medicines/country\_lists/LME\_CotedIVOIRE.pdf

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, "Politique pharmaceutique nationale", 2009, disponible à l'adresse suivante : http://www.pndap-ci.org/pdf/PPN.pdf

<sup>69</sup> Commission Nationale des Droits de l'Homme en Côte d'Ivoire, "L'Etat des Droits de l'Homme en Côte d'Ivoire, rapport annuel",

Une formation efficace des cadres est essentielle à une bonne gestion des ressources humaines du secteur. C'est pour cette raison qu'en 2014, les directeurs départementaux et les chargés de surveillance épidémiologique ont pu assister à un séminaire de "renforcement de compétences en techniques de collecte et d'analyse des données sanitaires relatives à la santé de la mère et de l'enfant, en vue de l'amélioration de la planification des interventions pour la réduction des décès maternels."

Cependant, il est difficile d'évaluer le niveau et la qualité de la formation d'une grande partie du personnel médical.

#### Gestion du personnel

Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du secteur de la santé de 2009-2013 vient compléter le PNDS en apportant une analyse et des recommandations plus précises sur le personnel médical. Ce sont notamment les problèmes de gestion du personnel qui menaçaient le bon fonctionnement du système de santé ivoirienne.

Dans le cadre de ce plan, un nouveau logiciel de gestion des ressources humaines a été adopté, mais il concerne uniquement 34% des établissements de santé.<sup>70</sup> Pour le suivi du personnel, trois éléments ont été créés : un répertoire des emplois des niveaux 1 et 2 (sagesfemmes, infirmiers, médecins), un référentiel des compétences du secteur de la santé ainsi qu'une carte de mobilité des professionnels de santé.<sup>71</sup>

Un des points faibles du système de santé est la très forte mobilité du personnel : il est important d'offrir des salaires plus avantageux pour faire en sorte que les efforts du personnel médical soit récompensés et qu'il soit plus fidèle et que les dynamiques de gestion soient moins complexes.

Assurer un traitement et des soins appropriés dans des établissements psychiatriques et instituts d'internement: un défi qui reste à relever

D'après un rapport de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés sur les soins de santé mentale à Abidjan, le manque de médecins est ressenti de manière plus prononcée dans les spécialités médicales. Une analyse confirmée par un rapport d'Amnesty International de janvier 2007 qui dénonçait l'extrême rareté, voir l'inexistence, de psychothérapeutes qualifiés dans les régions isolées. En 2007, le nombre de psychiatres en Côte d'Ivoire s'élèverait à 31. Les personnes atteintes de maladie mentale restent par ailleurs fortement stigmatisées et le recours à la médecine traditionnelle dans le domaine de la médecine mentale est largement répandu, que cela soit avant, durant mais également après l'hospitalisation ou le traitement pour confirmer la guérison.<sup>72</sup>

<sup>2014</sup> 

<sup>70</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012.

<sup>&</sup>lt;sup>71</sup> Commission Nationale des Droits de l'Homme en Côte d'Ivoire, "L'Etat des Droits de l'Homme en Côte d'Ivoire, rapport annuel", 2014.

<sup>72</sup> Amnesty International, "Les femmes, victimes oubliées du conflit", 2007 ; Organisation suisse d'aide aux réfugiés, "Côte d'Ivoire - Soins de santé mentale à Abidjan", 2007, disponible à l'adresse suivante : https://www.refugeecouncil.ch/assets/herkunftslaender/afrika/elfenbeinkueste/cote-divoire-soins-de-sante-mentale-a-

#### E. Santé maternelle et infantile

En 2013, le taux de fertilité était de 4,9 enfants par femme, et n'avait pas bougé depuis 2011.

#### Santé maternelle

#### Contraception

En Côte d'Ivoire, les services publics de santé ne gèrent et n'approvisionnent que certains centres de Planning Familial. Ces derniers sont gérés par l'Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial<sup>73</sup>. Dans une lettre à Mme Ouattara, le docteur Frederick Sai, consultant international en santé génésique, explique que "8% seulement des femmes mariées ont régulièrement recours à la contraception. Chacune aura, en moyenne, cinq enfants au cours de sa vie et court une chance sur 44 de succomber pendant la grossesse ou l'accouchement"<sup>74</sup>. L'accès à la contraception est une réelle demande puisque 30 à 36% des femmes en couple auraient voulu pouvoir utiliser des moyens contraceptifs.

#### Mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle n'a pas évolué de façon positive. En 2006, seul 56,8% des accouchements étaient réalisés par un personnel qualifié.<sup>75</sup>

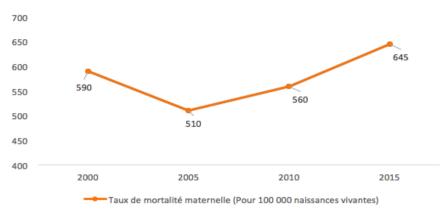
#### Graphique 3 : évolution du taux de mortalité maternelle

abidjan.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>73</sup> John F. Stewart, Guy Stecklov et Alfred Adewuyi, "Structure et performance des programmes de planning familial en Afrique occidentale, Perspectives Internationales sur le Planning Familial", 1999, disponible à l'adresse suivante : https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/2501799F.pdf

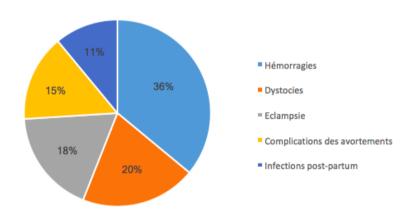
<sup>&</sup>lt;sup>74</sup> news.abidjan.net, "Accès au planning familial: Dr Frederick Sai appelle Mme Ouattara et des dirigeants africains à amplifier la lutte contre la mortalité maternelle", novembre 2011, disponible à l'adresse suivante: http://news.abidjan.net/h/416828.html
<sup>75</sup> United States Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, "Côte d'Ivoire 2015 Human Rights Report", 2015.

#### Evolution du taux de mortalité maternelle



#### Graphique 4 : causes principales de mortalité maternelle

#### Causes principales de mortalité maternelle



Les chiffres alarmants de la mortalité maternelle en ont fait un enjeu sanitaire prioritaire pour le gouvernement, comme le montrent les nombreuses mesures mises en place ces dernières années et notamment :

- la gratuité ciblée des soins pour les mères et les enfants de moins de 5 ans, qui prend en charge les césariennes, l'accouchement par voie basse, et d'autres étapes de la grossesse comme les échographies;
- depuis juillet 2013, des moustiquaires imprégnées sont distribuées dans le cadre de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique;
- deux structures de prévention et prise en charge du VIH ont été construites à Bouaké et Man pour lutter contre la transmission de la mère à l'enfant. En 2014, 751 419 grossesses ont fait l'objet d'un dépistage, 14 436 ont été dépistées positives, et 17 763 (dont des femmes qui se savaient déjà séropositives) ont pu bénéficier d'une

#### prophylaxie ARV.76

Malgré cette volonté de lutter contre la mortalité maternelle, les résultats ne sont pas encore visibles puisqu'elle continue d'augmenter.

#### Protection des enfants

#### Mortalité post-natale et malnutrition

En 2015, 94,4 enfants de moins de 5 ans sur 1 000 mourraient, contre 113,5 en 2009.<sup>77</sup> Les causes principales de mort infantile sont l'asphyxie, les diarrhées congénitales, la pneumonie, la prématurité, et le tétanos. Le paludisme est aussi responsable de beaucoup de morts de jeunes enfants ; en 2014, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 139, alors qu'elle était de 280 chez les moins de 5 ans.

En 2011, la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans s'élevait à près de 30%, avec une insuffisance pondérale de 15% environ. Cependant, le goitre (augmentation du volume de la thyroïde) par carence en iode est passé d'une prévalence de 40% en 1994, à 4.8% en 2004.<sup>78</sup>

Aussi, les femmes incarcérées qui tombent enceintes gardent leur enfant en prison avec elles, sans qu'aucun soin et aucune nourriture ne soit fournis par les prisons.<sup>79</sup>

Trop peu d'efforts de la part du gouvernement ont été recensés pour réduire efficacement la mortalité post-natale, due notamment à la malnutrition. Il est important que cette population sensible bénéficie d'un suivi pour régulier et de meilleure qualité, en particulier pour les enfants qui naissent en prison.

#### Travail

L'âge minimum légal de travail est de 16 ans (et 14 ans pour les apprentissages)<sup>80</sup>. Cependant, le contrôle et les sanctions ne sont pas efficaces, et ne permettent pas réellement de lutter contre le travail des enfants, qui est commun dans la production agricole et le travail domestique, ou même dans les mines d'or et de diamant.

40% des enfants entre 5 et 14 ans travaillent, et près d'un quart d'entre eux va aussi à l'école. La plupart de ces enfants travaillent pour aider leurs parents. Le travail des enfants met en danger leur santé car les tâches qui leur sont confiées sont parfois dangereuses. Ils peuvent être confrontés à des expositions à des produits chimiques par exemple. Les enfants sont une population particulièrement vulnérable car ils sont en plein développement physique et mental

<sup>&</sup>lt;sup>76</sup> Côte d'Ivoire, "Rapport Périodique de la République de Côte d'Ivoire à la Commission africaine des droits de l'homme et de peuples de l'Union africaine", 2012-2015, disponible à l'adresse suivante : http://www.achpr.org/files/sessions/59th/state-reports/2nd-2012-2015/rapport\_\_de\_la\_cte\_divoire\_2012\_2015.pdf

<sup>77</sup> Voir childmortality.org

<sup>&</sup>lt;sup>78</sup> Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, "Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015", avril 2012

<sup>&</sup>lt;sup>79</sup> United States Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, "Côte d'Ivoire 2015 Human Rights Report", 2015

<sup>&</sup>lt;sup>80</sup> Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire, Loi 1t0 2015-532 du 20 juillet 1015 portant Code du travail, 2015, disponible à l'adresse suivante : https://www.droit-afrique.com/uploads/RCI-Code-2015-travail.pdf

: soulever des charges lourdes ou travailler de longues heures ainsi que la nuit peuvent y nuire.<sup>81</sup>

Le département de la lutte contre le travail des enfants, au sein du Ministère du Travail, a lancé pour la période 2015-2017 un Plan d'Action National avec un budget de près de 10 milliards de FCFA (soit 152 406 673 euros). Le but est d'améliorer l'accès à l'éducation et à la santé de ces enfants.<sup>82</sup>

#### Abus sexuel

L'abus sexuel à l'égard des enfants est reconnu et sanctionné, mais les autorités classent souvent ces affaires comme "abus indécent", ce qui entraîne une punition plus légère. Trois ministères travaillent sur ce sujet : celui du Travail, celui de la Justice et celui de la Solidarité, mais n'arrivent pas à coopérer efficacement. Ce qui fait que l'abus sexuel sur mineurs est un problème contre lequel le pays ne lutte pas suffisamment.

Ce manque d'efficacité est en partie dû au fait que ces abus peuvent survenir dans des contextes très différents. En effet, la Côte d'Ivoire reste aussi un lieu de transit et de destination pour le trafic d'enfants, même si de nombreux trafiquants ont été arrêtés par les forces de police.

Le mariage forcé est également très présent dans le pays et favorise grandement les abus sexuels. Il reste traditionnel de marier des filles de 14 ans, bien qu'il soit interdit avant 20 ans pour les hommes, et 18 ans pour les femmes sans consentement parental.<sup>83</sup>

Le trafic d'enfants et le mariage forcé devraient être l'objet de mesures plus strictes afin de limiter les abus sexuels à l'égard des mineurs.

V. Absence d'un mécanisme pour suivre les progrès accomplis en vue de la réalisation progressive du droit à la santé

Hormis le Comité potentiellement créé par la politique d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire, il ne semble pas existé de mécanisme de suivi des progrès accomplis en vue de la pleine réalisation du droit à la santé.

#### Conclusion

La Côte d'Ivoire a connu plusieurs périodes de crises engendrées par des conflits politiques.

<sup>&</sup>lt;sup>81</sup> Organisation Mondiale de la Santé, "Travail dangereux des enfants", disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/ceh/risks/labour/fr/

<sup>&</sup>lt;sup>82</sup> United States Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, "Côte d'Ivoire 2015 Human Rights Report", 2015

<sup>&</sup>lt;sup>83</sup> United States Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, "Côte d'Ivoire 2015 Human Rights Report", 2015.

En conséquence, les infrastructures de santé du pays, le budget y étant destiné, la qualité des services prodigués ont été sérieusement affectés et la population ivoirienne a rencontré de nombreux problèmes dans son accès au droit à la santé, le droit à l'accès à la santé étant pourtant explicitement mentionné dans la Constitution ivoirienne de 2016.

Depuis la sortie de la crise, l'Etat ivoirien a fait des efforts notables pour améliorer l'accès et la réalisation du droit à la santé pour les ivoiriens, en construisant de nouvelles infrastructures et renouvelant les anciennes, en menant des campagnes de sensibilisation pour inciter la population à recourir aux services de santé, en tentant d'instaurer un système de gratuité (du moins partielle) du système de santé ivoirien.

Cependant, tous ces efforts restent bien en deçà des obligations de la Côte d'Ivoire en vertu du PIDESC et de la CADHP. C'est le système structurel de santé en Côte d'Ivoire qui doit être réformé : une formation poussée du personnel médical sur leurs obligations envers leurs patients, l'accès des ivoiriens à un conseil juridique en cas de violation de leurs droits, des mesures pour mettre fin à la corruption dans le commerce de médicaments qui favorise les officines privées au détriment des pharmacies publiques, des mesures législatives pour adapter les textes juridiques actuels aux réalités pratiques actuelles et la mise en place d'un réel suivi de leur mise en œuvre, entre autres.

Les ressources maxima disponibles existent mais ne sont pas dédiées à l'amélioration du droit à la santé. Suite au sommet d'Abuja, la Côte d'Ivoire ne satisfait toujours pas son engagement d'allouer 15% du budget national à la santé, alors qu'elle en a les moyens et s'y est engagée, et est au contraire bien en deçà du seuil fixé (4 ou 5%!). Ce manque de fonds induit de mauvaises conditions de travail du personnel médical ivoirien, qui utilise donc cette excuse en cas (souvent fréquent) de travail mal exécuté. Or, ce sont les patients qui en paient le prix.

#### **Annexes**

Annexe A : Compte rendu de la séance de travail MIDH-MSHP et les modifications apportées au rapport initial

Compte rendu de la séance de travail MIDH-MSHP sur le recueil des observations du MSHP relatif au rapport conjoint MIDH-Human Dignity et Sciences Po Paris sur « l'état des lieux du droit à la santé en Côte d'Ivoire » tenue le mercredi 19 juillet 2017 à la Tour C 13 eme étage de 11h à 13h.

Les deux délégations étaient conduites respectivement par Me Doumbia Yacouba (MIDH) et Dr Niangue Joseph (MSHP). Voire liste de présence.

L'ordre du jour de la séance de travail a porté sur deux points essentiels à savoir la présentation des observations et les échanges.

La présentation du MSHP s'est faite à travers un Powerpoint dont le contenu est annexé au rapport. (Annexe B). Ces observations ont porté essentiellement sur l'actualisation des données, la période de l'enquête, la méthodologie adoptée et le référencement de certaines données. En réponse à ces observations, la délégation du MIDH a répondu à toutes les préoccupations soulevées par le Ministère de la santé.

Les deux délégations sont convenus de ce qui suit :

- le Ministère de la Santé se propose de mettre à la disposition du MIDH des données plus récentes pour étayer le rapport.
- le MIDH et ses partenaires préciserons dans le rapport la période de l'enquête et la méthodologie de rédaction adoptée.
- le Ministère transmettra ses observations au plus tard le vendredi 21 juillet 2017 par écrit
- le MIDH tiendra compte de ces observations pour amender des parties du rapport en lien avec sa conception du travail.
- les observations non retenues par le MIDH seront annexées au rapport comme étant la position du ministère.

Rapporteur : DAHOU Amadou, Chargé de Programme Education/ MIDH.

**NB**: Au vue de ce qui précède, le MIDH a reporté le point de presse de publication du rapport, initialement prévu le 24 juillet, au 1<sup>er</sup> Août 2017 à 10h 00 mn à son siège pour permettre les modifications nécessaires au rapport. Cependant, au jour de finalisation du rapport (vendredi 28 juillet 2017) le Ministère n'a transmis aucune donnée d'actualisation du rapport, en dehors de sa présentation de ses observations.

Pour leur part, le MIIDH et Human Dignity ont amandé des parties du rapport en lien avec les observations du Ministère de la Sante et de l'Hygiène Publique, notamment sur l'insertion de la méthodologie, la précision de la période de recherche et de recueil des informations ainsi que le retrait de l'intervention de Madame le Ministre non référencée.

Annexe B : observations des structures concernées par l'état des lieux sur le droit à la santé transmises par le MSHP lors de la réunion du 19 juillet 2017 sous forme de Power Point - converties en Word par le mouvement ivoirien des droits humains (MIDH)

Structures concernées par l'état des lieux sur le droit à la santé :

- 1. DC du Programme National de Lutte contre le paludisme
- 2. DC du Programme National de Lutte contre la Tuberculose
- 3. DC du Programme Élargi de Vaccination
- 4. DC du Programme de Lutte contre le VIH
- 5. Service Juridique
- 6. Direction de la Médecine Hospitalière
- 7. Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement
- 8. Direction des Affaires Financières
- 9. Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
- 10. Nouvelle PSP-CI
- 11. Direction des Ressources Humaines
- 12. Direction des Soins Infirmiers et Maternels
- 13. Direction de l'Information Sanitaire
- 14. Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies
- 15. Direction de la Communication et des Relations Publiques

#### CHAPITRE: Organisation du système de santé

- Décentralisation non encore formalisée
  - Cependant, Loi n° 2003-208 du 07 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'État aux collectivités territoriales en attente de prise de décrets d'application
- Préciser la période de l'enquête pour juger de la pertinence des données
- « Secteur privé » : premier paragraphe, page 3, sans objet
- 73% établissements privés non autorisés : à vérifier

#### **CHAPITRE:** Maladies principales

- Préciser la période de l'enquête pour juger de la pertinence des données
- Maladies hydriques : La référence 14 est une donnée mondiale ; donner les chiffres nationaux
- Programme de vaccination : maladies évitables par la vaccination
- données de vaccination à actualiser
- VIH/Sida : données à actualiser
- Remplacer « rapport » par « bilan »

#### **CHAPITRE: Cadre juridique national**

- Référencer les assertions
- Justiciabilité du droit à la santé:
  - Non spécifique au MSHP
  - Existence de structures chargées du contrôle, de la réglementation, de la régularité, de la conformité de l'action sanitaire
  - Ces structures interviennent quand elles sont saisies d'atteintes supposées

#### CHAPITRE : Amélioration de la politique de santé

- « volonté apparente d'améliorer... »
  - Titre et affirmations inexactes
- « Politique Nationale de Développement Sanitaire »
  - Ce document n'existe pas
- « Selon la Ministre... »
  - Préciser la source

#### **CHAPITRE:** Accessibilité économique

- Données incomplètes et à actualiser
- CMU et gratuité : Données incomplètes et à actualiser
- Recommandation 2 sur l'approvisionnement non pertinente (voir page 26)

#### CHAPITRE : Qualité du matériel hospitalier

- Equipement : page 26
- Remplacer « manque » par « insuffisance »
- Préciser de quels agents de maintenance il s'agit (public ou privé)
- Existence d'outils de gestion de la maintenance
- Pas de CHR à Bouna, Grand-Lahou, Grand Bassam ni Jacques-ville

#### CHAPITRE : Disponibilité et qualité des médicaments

- Existence du marché illicite du médicament antérieure à 2011
- Source des accusations
- AUCUNE INFORMATION SUR LES STOCKS
- DPML procède à des contrôles de qualité malgré un budget insuffisant
  - Informations inexactes sur la sécurité transfusionnelle et les vaccinations Informations sur le prix inexactes

#### **CHAPITRE: Ressources humaines**

- Nommer précisément les UFR concernées
- Faire mention de l'INFAS

#### Annexe C : Liste de présence de la séance de travail MIDH-MSHP et photos



#### LISTE DE PRESENCE

Date: mercredi 19 juillet 2017

Nature de la réunion: RENCONTRE MSHPET MIDH SUR LES GNCLUSIONS DU MIDH EN LIASON AVEC LE DROIT DE LA SANTE EN COTE D'IVOIRE

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION	CONTACTS	E-MAIL	EMARGEMENT
1	Dr. MikNEUE Joseph	Dinectur de Cabiret adjoint		Joseph warguel	L 1
2	on MBUL 6. Amber31	Inspector		allexim Egahir f	
	DAHOU AMADOU	charle de Programme/ Education	01-01-12-20	add-Jehin @ hotmail-fr	>
			09909015	Lyanto Dyskay	
5	COULTRALY Brakens	SGMIDH	0504 1044	0715732004@Yoh	wh AD
6	GANISU Abdul Latif	Transvier de MISH	05038372	ganialdulatif@yahoo	+ Glut

	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	CONTACTS	E-MAIL	EMARGEMENT
	n. Sylla Gove Stephil	Journal to Conseiller Con Chef Deputemnt NPSP	59278904	Syllas delatit	8 Am
	GRAVE ISAAC LEWIS	Chef departemnt	56736632	î. gbale @ hpsp. li	4
	Conference Coper	DLP Harvelle Pre	56 39 83 89	8. company ou bate a	1 Cho
	o Dromande Brahima auto	Juriste MASP	£999283	L. Liomande @ 1888	Lock A
	, AKUNIN LIBOHNIE	CE/SGS/MSHP	42352016	akuninvirginie. 2017 Demailcom Lastykadya gmail. Com	Job
	2 TRAORE KADY Laitithia	- P DIFT	57-83-74-23	Lasty kadya gmail.	tampu
	Bou A Basile	SUS Roper Ja.		banledour Bogmil	
	4 DILBERT MABO	DHPSE	08-41-37-77.	gilmabolagmail.co-	11-5
,	s DOABLE 1				
	« KASSI N. Victor	S/Directeur	2223689	Shasnitay 4,2	
1	Sa BOUBOUTON O.	Inspetur	2473135	oumballo yatrant	~



Photo 1 : Délégation du MIDH



Photo 2 : délégation du Ministère de la Sante et de l'Hygiène Publique



Photo 3 : Vue générale des deux délégations