

Politique de santé de la reproduction en Côte d'Ivoire et Objectif de développement durable

Reproductive health policy in Côte d'Ivoire and the Sustainable Development Goal.

Auteur 1 : ZAH BI Tozan.

ZAH BI Tozan

Maitre de conférences

Université Alassane OUATTARA (Côte d'Ivoire)

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : ZAH BI Tozan (2026) « Politique de santé de la reproduction en Côte d'Ivoire et Objectif de développement durable », African Scientific Journal « Volume 03, Num 36 » pp: 3717 – 3736.



DOI : 10.5281/zenodo.21335336

Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

La Côte d'Ivoire s'est engagée à réaliser les Objectifs de développement durable, adoptés par les États membres des Nations Unies, en septembre 2015. Pour l'atteinte des résultats escomptés quant à la santé de la reproduction, définis dans l'objectif 3, elle a mis en œuvre deux plans de développement sanitaire (2016-2020 et 2021-2025). Cet article vise à analyser le niveau de cohérence de ces plans avec l'objectif 3, afin de déterminer leur effet sur les indicateurs de santé de la reproduction ainsi que les défis à relever pour les réaliser en 2030. La méthodologie repose sur la collecte des données existantes. Ces données ont été exploitées afin de projeter les indicateurs de santé de la reproduction. Il ressort une certaine cohérence entre les orientations stratégiques des plans de développement sanitaire et l'objectif 3 de développement durable. La mise en œuvre de ces plans, durant ces dix dernières années, a permis d'améliorer les indicateurs de santé de la reproduction. Cependant, le rythme de progrès de ces indicateurs est dans l'ensemble faible, et ne permet pas à la Côte d'Ivoire, de réaliser l'objectif 3 de développement durable en 2030. Pour y arriver, elle devra plus que doubler ses efforts en termes financiers et de ressources.

Mots clés : Politique, santé de la reproduction, ODD, mortalité, Côte d'Ivoire

Abstract

Côte d'Ivoire has committed to achieving the Sustainable Development Goals adopted by United Nations member states in September 2015. To achieve the expected reproductive health outcomes defined in Goal 3, it implemented two health development plans (2016-2020 and 2021-2025). This article aims to analyze the level of alignment between health development plans and Goal 3, in order to determine their impact on reproductive health indicators and the challenges to be met to achieve them by 2030. The methodology is based on the collection of existing data. These data were used to project reproductive health indicators. A certain degree of alignment emerges between the strategic directions of health development plans and Sustainable Development Goal 3. The implementation of these plans over the past ten years has led to improvements in reproductive health indicators. However, the pace of progress on these indicators is generally slow and does not allow Côte d'Ivoire to achieve Sustainable Development Goal 3 by 2030. To achieve this, she will have to more than double her efforts in terms of finances and resources.

Keywords: Policy, reproductive health, SDGs, mortality, Côte d'Ivoire

1. Introduction

La politique de santé représente les décisions, les plans et les actions, entrepris pour atteindre des objectifs spécifiques en matière de soins de santé, en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population (OMS, 2025). En Côte d'Ivoire, cette politique a évolué dans le temps. De 1960 à 1970, la priorité a été d'accroître les infrastructures et le personnel de santé afin de doter chaque zone géographique d'un secteur de santé rural (B. T. Zah, 2007). Dans les années 1980, suite à l'adoption de la déclaration de la conférence d'Alma-Ata en 1978, l'enjeu de la politique était d'assurer les soins de santé primaire.

Cependant, la crise économique des années 1980 a contraint le gouvernement à axer la politique de santé sur les enfants et les femmes en âge de procréer (Ministère de la santé, 2002). La réforme du système de santé a commencé vers la fin de cette décennie, avec la création des directions régionales, et la pratique du recouvrement des coûts des actes de soins dans les établissements publics. Face à la dégradation de la santé, la Côte d'Ivoire a décidé d'élaborer des programmes spécifiques de santé. Ainsi, cinq Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS), traduisant sa vision en matière de santé sur une période donnée, ont été élaborés : 1996-2005, 2009-2013, 2012-2015, 2016-2020 et 2021-2025.

Parallèlement, depuis 2015, la Côte d'Ivoire, à l'instar de tous les États membres des Nations Unies, a adopté les Objectifs de développement durable. L'objectif 3 comporte des cibles qui sont entre autres : réduire la mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans, lutter contre les maladies transmissibles, assurer la couverture sanitaire universelle, améliorer l'accès à la planification familiale et aux soins de santé sexuelle et reproductive. En effet, il prend en compte la santé de la reproduction qui implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risques et que la reproduction ait une issue heureuse (OMS, 2025).

La littérature scientifique montre que la politique nationale de développement sanitaire constitue le principal mécanisme permettant de transformer les engagements internationaux relatifs à l'objectifs 3, en actions concrètes. En effet, les pays ont progressivement aligné leur politique sanitaire, sur les cibles de cet objectif (W. D. Odoch et *al.*, 2021). Selon M. Kshatriya et *al.* (2026), les domaines prioritaires dans lesquels cette politique doit être alignée sont entre autres, le renforcement des soins de santé primaires, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles. Dès lors, il est pertinent de mener des recherches sur la politique de santé de la reproduction et l'objectif 3 de développement durable. La Côte d'Ivoire s'étant engagée à réaliser cet objectif en 2030, il convient de se demander, si les PNDS 2016-2020 et 2021-2025 y sont alignés. Quels est la

tendance des indicateurs de santé de la reproduction ? Ce pays pourra-t-il réaliser à l'horizon 2030, les indicateurs de l'objectif 3 en lien avec la santé de la reproduction ?

Cet article ambitionne d'analyser le niveau de cohérence des plans de développement sanitaire avec l'objectif 3, afin de déterminer leur effet sur les indicateurs de santé de la reproduction ainsi que les défis à relever pour les réaliser en 2030. En s'appuyant sur la collecte et l'exploitation des données existantes, il présente d'abord le lien entre les plans de développement sanitaire et l'objectif 3 de développement durable. Ensuite, avec les données des enquêtes démographiques et de santé, réalisées en Côte d'Ivoire, il décrit la tendance des indicateurs de santé de la reproduction. Ce qui permet enfin de projeter ces indicateurs afin de voir si ce pays peut les réaliser en 2030.

En tenant compte des résultats de G. O'Brien et *al.* (2020) qui montrent que la politique de santé n'atteint pas souvent ses objectifs à cause de l'influence du contexte, nous pensons que malgré les progrès réalisés en matière de santé de la reproduction durant ces dix dernières années, il serait difficile pour la Côte d'Ivoire d'atteindre en 2030, les niveaux des indicateurs y associés, du fait des contraintes socioéconomiques.

2. Méthodologie

Cette étude repose sur la collecte et l'exploitation des données littéraires et statistiques existantes. Les données littéraires ont été collectées sur le site du ministère en charge de la santé, et dans les districts sanitaires. Les documents exploités sont les plans nationaux de développement sanitaire, les plans de suivi et d'évaluation, les plans de travail et les rapports annuels des districts sanitaires pour les cinq dernières années.

Les données statistiques ont essentiellement concerné les enquêtes démographiques et de santé (EDS). Ces enquêtes ont été exploitées pour décrire la tendance des indicateurs de santé de la reproduction. Réalisées depuis 1994 en Côte d'Ivoire, leurs bases de données sont téléchargeables sur le site de macro international. Le logiciel Statcompiler a été utilisé pour leur exploitation secondaire.

Afin d'estimer l'atteinte de l'objectif 3, le taux d'accroissement annuel moyen des indicateurs de santé de la reproduction a été estimé sur la période séparant la réalisation des EDS 2012 et 2021. Appelé g_X [$g_X = (X_{2021}/X_{2012})^{(1/(2021-2012))}-1$], il matérialise le rythme des transformations sociales effectives qui ont eu lieu sur la période considérée, grâce aux réformes et actions mises en œuvre par le gouvernement. Le taux d'accroissement annuel moyen sur la période 2021 et l'année d'achèvement de l'objectif 3 (2030) a été aussi estimé pour les mêmes indicateurs. Noté g'_X [$g'_X = (X_{2030}/X_{2021})^{(1/(2030-2021))}-1$], il représente la croissance

moyenne annuelle anticipée, nécessaire pour que la variable X atteigne l'objectif défini par la cible sur la période 2021-2030 en prenant comme valeur de référence, la valeur de X en 2021. Le ratio g'_X/g_X donne une idée des défis à relever pour réaliser les indicateurs de l'objectif 3 en lien avec la santé de la reproduction. Lorsqu'il est proche de 1, les efforts en termes financiers et de ressources sur la période 2021-2030 sont similaires à ceux qui ont été réalisés sur celle 2012-2021 pour qu'on obtienne les transformations escomptées de la variable X en 2030. Par contre, s'il s'éloigne de 1, plus les défis à relever pour atteindre l'objectif fixé en 2030 sont importants, sinon impossible à relever.

Les valeurs projetées des indicateurs et de leur probabilité de réalisation en 2030 ont été estimées, en appliquant les taux de croissance annuel moyen à la base de référence des indicateurs à l'année de l'EDS 2021. Le calcul de la probabilité de réalisation de l'objectif fixé à l'horizon 2030 fait intervenir la définition des cibles pour chaque indicateur dont le niveau escompté dans la marche vers la réalisation de l'objectif 3 figure dans leur intitulé. Pour les indicateurs dont le libellé du niveau escompté en 2030 n'est pas quantitatif, mais vise l'élimination du phénomène, un seuil résiduel a été retenu comme cible en 2030. Il s'agit des indicateurs tels que mettre fin à l'épidémie de sida et réduire la fécondité adolescente.

Notons X_{2030}^{cible} , la valeur cible de l'indicateur X en 2030. Le calcul de la probabilité p_X^i de réalisation de l'objectif en 2030 pour chaque indicateur X se fait comme suit :

$$p_X^i = \frac{X_{2030}^i - X_{2021}}{X_{2030}^{cible} - X_{2021}}$$

$0\% < p_X^i \leq 50\%$	Objectif peu probable
$50\% < p_X^i \leq 80\%$	Objectif probable
$p_X^i > 80\%$	Objectif très probable

3. Résultats

Les résultats de l'étude sont présentés en trois sections : prise en compte de l'objectif 3 dans les plans de développement sanitaire, tendance des indicateurs de santé de la reproduction et défis à relever pour les réaliser en 2030.

3.1.Prise en compte effective de l'objectif 3 dans les plans de développement sanitaire

3.1.1. Objectif 3 et santé de la reproduction

L'objectif 3 de développement durable vise à assurer à toutes les populations, la santé et le bien-être, en améliorant la santé maternelle et infantile, en éradiquant les maladies transmissibles et en garantissant l'accès pour tous aux médicaments et aux vaccins abordables. Il comprend neuf cibles, dont cinq ont des indicateurs, en rapport avec la santé de la reproduction. Le Tableau 1 présente ces cibles et leurs indicateurs.

Tableau 1 : Cibles et indicateurs de l'ODD 3 en lien avec la santé de la reproduction

Cibles	Indicateurs
(1) D'ici à 2030, faire passer le taux de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes	Taux de mortalité maternelle
	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié
(2) D'ici à 2030, ramener les mortalités néonatales et des enfants de moins de 5 ans à 12‰ et 25‰, respectivement	Taux de mortalité néonatale
	Taux de mortalité infanto-juvénile
(3) D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie du SIDA, au paludisme, aux maladies tropicales négligées et les maladies transmissibles	Incidence du VIH chez les 15-49 ans
	Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants
	Incidence du paludisme pour 1 000 habitants
	Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants
(4) D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des méthodes de planification familiale	Proportion de femmes de 15-49 ans utilisant les méthodes contraceptives
	Taux de natalité chez les filles âgées de 10-14 ans
	Taux de natalité chez les filles âgées de 15-19 ans

Source : Nations Unies, Résolution adoptée par l'Assemblée Générale le 6 juillet 2017

Les cibles 1 et 2 visent à réduire significativement la mortalité en 2030, de sorte à inscrire la Côte d'Ivoire dans un régime de faible mortalité. Pour la cible 1, il s'agit à cette échéance, de faire passer le taux de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances. Les deux indicateurs associés sont le taux de mortalité maternelle et la proportion d'accouchements assistés par le personnel de santé qualifié. Quant à la cible 2, elle vise à éliminer les décès évitables de nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans. Les indicateurs associés sont le taux de mortalité néonatale et le taux de mortalité infanto-juvénile, ils doivent être respectivement ramenés en dessous de 12 et 25 pour 1 000 naissances.

La cible 3 vise à éliminer les causes de la mortalité, puisqu'elle recommande aux pays de mettre fin en 2030, à l'épidémie du VIH/SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées. Les indicateurs associés sont : le taux de prévalence du VIH, l'incidence du paludisme et celle de la tuberculose.

En plus de la mortalité et de ses causes, la cible 4 s'intéresse à la fécondité et à son déterminant proche qu'est la contraception. Elle vise à assurer l'accès de tous aux services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale. L'indicateur associé est le taux de natalité pour 1 000 adolescentes. Si la Côte d'Ivoire parvient à gommer la fécondité adolescente, l'ISF baisserait de 11,2%. L'autre indicateur est la proportion des femmes de 15-49 ans, qui utilisent les méthodes contraceptives. L'utilisation de ces méthodes est une variante importante dans la transition de fécondité puisque la hausse du taux d'utilisation de 16% peut faire baisser la fécondité entre 1 et 2 enfants par femme (CEA/CUA, 2013).

3.1.2. Objectifs des plans de développement sanitaire en cohérence avec l'objectif 3

Après l'adoption des ODD à l'unanimité par les 193 pays membres de l'ONU en 2015, la Côte d'Ivoire a élaboré deux plans de développement sanitaire qui traduisent sa vision en matière de santé. Celui couvrant la période 2016-2020 vise à améliorer l'état de santé de la population à travers une offre de services de santé de qualité dans toutes les régions. A cet objectif, sont associés six axes d'intervention dont le cinquième, intitulé la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes, est entièrement consacré à la santé de la reproduction. Quatre effets sont attendus de cet axe : *la mortalité maternelle est réduite de 30% d'ici 2020 ; la santé sexuelle et reproductive des adolescents, des jeunes et des femmes est renforcée ; l'utilisation des méthodes modernes de contraception est améliorée d'ici 2020 ; la mortalité du nouveau-né et de l'enfant est réduite de 30%.*

Le plan 2021-2025 est adossé à la loi n° 2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la politique de santé publique en Côte d'Ivoire. Il pose les bases du partenariat renouvelé entre le gouvernement et ses partenaires à s'engager pour la réalisation de l'objectif 3 en 2030. La vision est « *une Côte d'Ivoire dans laquelle la santé et le bien-être des populations sont les plus élevés possible à travers un système de santé performant, accessible à tous et résilient* ». Sa réalisation passe par une série de changements intermédiaires portés par les trois axes stratégiques. C'est surtout le second axe, renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité, qui explicite le changement en matière de santé de la reproduction.

Le tableau 2 présente le niveau escompté des indicateurs de santé de la production en 2025. Il montre que les efforts à fournir pour atteindre ces niveaux varient entre les indicateurs. Il est plus élevé pour la prévalence contraceptive (93%), le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (-72%), le taux de mortalité maternelle (-39%), les besoins non satisfaits en planification familiale (-38%) et la mortalité infanto-juvénile (37%). Malgré ces efforts importants à réaliser, le niveau escompté des indicateurs en 2025 est loin de créer les conditions de réalisation des cibles des indicateurs de l'objectif 3 en 2030. A titre illustratif, le PNDS 2021-2025 ambitionne d'atteindre un taux de mortalité maternel de 377 pour 100 000 naissances. Pour la mortalité néonatale et infanto-juvénile, le taux attendu est respectivement de 22,2‰ et 60,5‰. Ces niveaux escomptés restent faibles par rapport à ceux à réaliser à l'horizon 2030. Le grand différentiel à combler par le PNDS en cours d'adoption (2026-2030) montre que ces indicateurs ne seront probablement pas atteints en 2030.

Tableau 2 : Niveau des indicateurs de santé de la reproduction à atteindre en 2025

Indicateurs de santé de la reproduction	Niveau estimé en 2020	Niveau attendu en 2025	Variations (%)
Proportion de personne vivant à moins de 5 km d'un centre de santé	70 %	80 %	14,3
Taux de mortalité maternelle	614‰00	377 ‰00	-38,6
Taux de mortalité infanto-juvénile	96 ‰	60,5 ‰	-37,0
Taux de mortalité néonatale	33 ‰	22,5 ‰	-31,8
Couverture vaccinale en DTC-HépB-Hib 3	90 %	95 %	5,6
Couverture vaccinale en Rougeole-Rubéole	86 %	95 %	10,5
Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	7,06 %	2 %	-71,7
Taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	71,6 %	81,8 %	14,2
Pourcentage des femmes enceintes ayant suivi au moins 4 CPN	51,3 %	63,15 %	23,1
Proportion des besoins non satisfaits en planification familiale	21,5 %	13,25 %	-38,4
Prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans	21 %	40,5 %	92,9

Source : PNDS 2021-2025

3.2.Tendance des indicateurs de santé de la reproduction

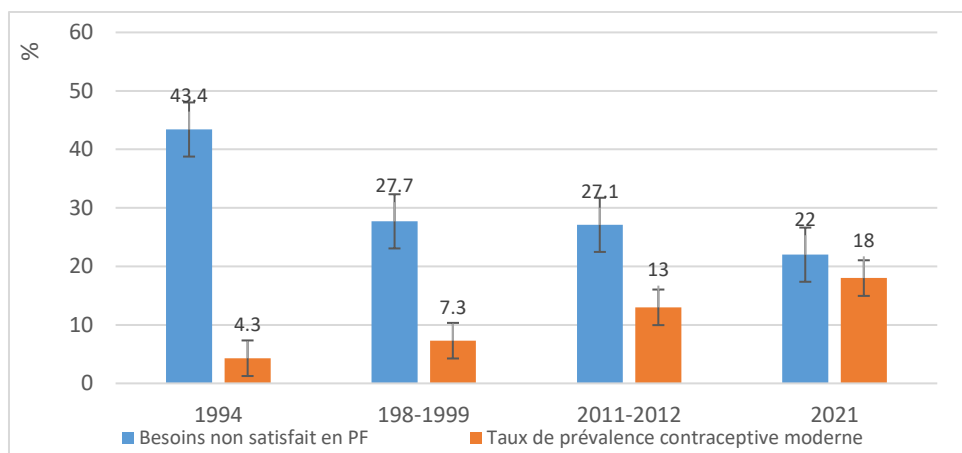
Cette section décrit la tendance des indicateurs de santé de la reproduction en Côte d'Ivoire. Il s'agit d'indicateurs disposant de données continues dans les bases de données nationales de référence et les enquêtes démographiques et de santé.

3.2.1. Une prévalence contraceptive en-deçà des attentes malgré des besoins élevés en PF

Les enquêtes démographiques révèlent une évolution lente de la prévalence contraceptive en Côte d'Ivoire. Pourtant, dans le cadre du partenariat de Ouagadougou, le pays s'est engagé à atteindre une prévalence contraceptive de 36%, et à augmenter le nombre de nouvelles utilisatrices à 514 000 femmes sur la période 2015-2020. Pour opérationnaliser l'engagement et suivre les progrès réalisés en matière de planification familiale (PF), il a élaboré le Plan d'action national budgétisé pour la planification familiale (PANB/PF), et a adopté l'outil *Performance Monitoring and Accountability* 2020 pour son suivi-évaluation. Malgré l'exécution de ce plan qui a coûté 33,6 milliards, soit 5,6 milliards en moyenne par an, la planification familiale a faiblement progressé (Figure 1)

Chez les femmes en union, le taux de prévalence contraceptive est passée de 7,3% en 1999, à 13% en 2012. Malgré la mise en œuvre du PANB/PF sur la période 2016-2020, ce taux n'était que de 18% en 2021, soit une hausse de 5 points de pourcentage. Cette prévalence qui est largement en-deçà de la proportion des utilisatrices attendues en 2020, met en cause les effets de ce plan d'action. Pourtant, certaines femmes mariées qui n'utilisent pas la contraception, ont déclaré ne plus vouloir d'enfant, ou vouloir attendre deux ans ou plus, avant de faire un enfant. Ces femmes qui ont des besoins non satisfaits en planification familiale représentaient 22% des non utilisatrices de la contraception en 2021. Ces besoins ont fortement diminué puisqu'ils concernaient 43,4% des femmes en 1994. La tendance est telle que lorsque le taux d'utilisatrice de la contraception augmente, les besoins non satisfaits diminuent. Si ces besoins sont entièrement satisfaits, plus de 40% des Ivoiriennes utiliseront la contraception.

Figure 1 : Prévalence contraceptive moderne et besoins non satisfaits en PF chez les femmes en union de 1994 à 2021



Source : EDS 1994, 1998-1999, 2011-2012 et 2021

3.2.2. Une mortalité maternelle élevée malgré la baisse au cours de la dernière décennie

La mortalité maternelle demeure élevée en Côte d'Ivoire avec près de la moitié qui intervient au sein des établissements sanitaires (Notification des décès maternels). Elle est passée de 597 à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes entre les EDS 1994 et 2012. Ce qui veut dire que sur 1 000 naissances, environ 6 femmes sont décédées pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans les 42 jours suivant l'accouchement ou la fin de la grossesse. Cette mortalité représente 17% des causes de décès des femmes en âge de procréer. Selon l'enquête SONU de 2018, les hémorragies représentaient la principale cause de décès maternelle (42,2%).

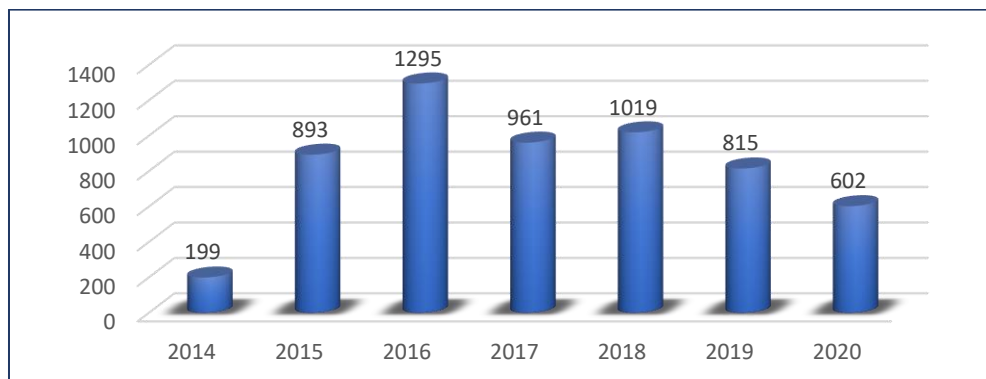
Pour réduire la mortalité maternelle, l'OMS s'est engagée à appuyer la Côte d'Ivoire à introduire dans le dispositif existant de surveillance intégrée des maladies et riposte, la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR). Il s'agit d'une surveillance

continue qui crée un lien entre l'information sanitaire et le processus d'amélioration de la qualité depuis le niveau local jusqu'au niveau national. Elle permet l'identification routinière, la notification, la quantification, la cartographie et la détermination des causes évitables de tous les décès maternels. Ces informations sont utilisées pour mettre en place des actions permettant d'empêcher que d'autres décès évitables ne surviennent.

Depuis 2014, avec le soutien des agences du système des Nations Unies, la SDMPR devient effective en Côte d'Ivoire avec les premières notifications. En 2015, un arrêté portant institutionnalisation de la SDMPR a été pris. Tous les districts sanitaires, les CHU, les CHR, les hôpitaux de la police et de l'armée ont été formés et notifient les décès maternels.

La figure 2 montre que les décès maternels ont été plus importants en 2016 et 2018 avec plus de 1 000 cas. Le faible effectif en 2014 résulte du non enregistrement de tous les cas de décès dû aux difficultés liées au démarrage de la SDMPR. Avec les différentes actions menées par le ministère de la santé et les partenaires, le taux de mortalité maternelle est passé de 614 à 457 pour 100 000 naissances vivantes entre 2012 et 2021, soit une baisse de 34,3% sur la période décennale.

Figure 2 : Evolution de la notification des décès maternels de 2014 à 2020



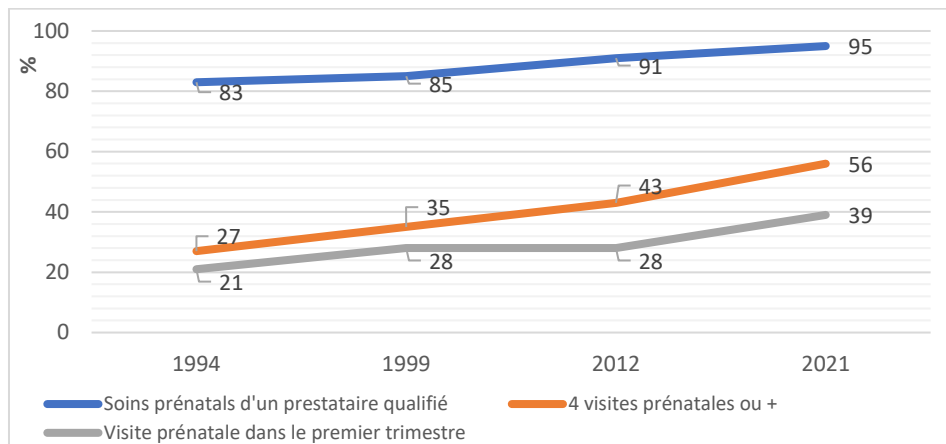
Source : Rapport de la surveillance des décès maternels 2014-2020

3.2.3. Hausse de la couverture en soins prénatals

Les services de soins pendant la grossesse et l'accouchement, et après la naissance, sont importants pour la survie et le bien-être de la mère et du nourrisson. Les soins prénatals peuvent réduire les risques de santé pour les mères et leurs nourrissons grâce au suivi de la grossesse et au dépistage d'éventuelles complications. Un accouchement dans un établissement de santé, associé à des soins médicaux qualifiés et à de bonnes conditions d'hygiène, réduit les risques de complications et d'infections pendant le travail et l'accouchement. En outre, des soins postnatals en temps approprié permettent de traiter les complications liées à l'accouchement et d'enseigner à la mère à prendre soin d'elle-même et de son nouveau-né.

La Figure 3 ci-dessous montre l'amélioration du suivi prénatal depuis 1994 puisque la couverture en soins prénatals est passée de 83% en 1994, à 95% en 2021. Dans la même période, le pourcentage de femmes ayant effectué au moins quatre visites a aussi augmenté, passant de 27% à 56%, et le pourcentage de femmes ayant effectué leur visite prénatale dans le premier trimestre de la grossesse est passé de 21% en 1994 à 39% en 2021. Cette tendance suit les résultats des prévisions des interventions du plan stratégique mère-enfant 2021-2025.

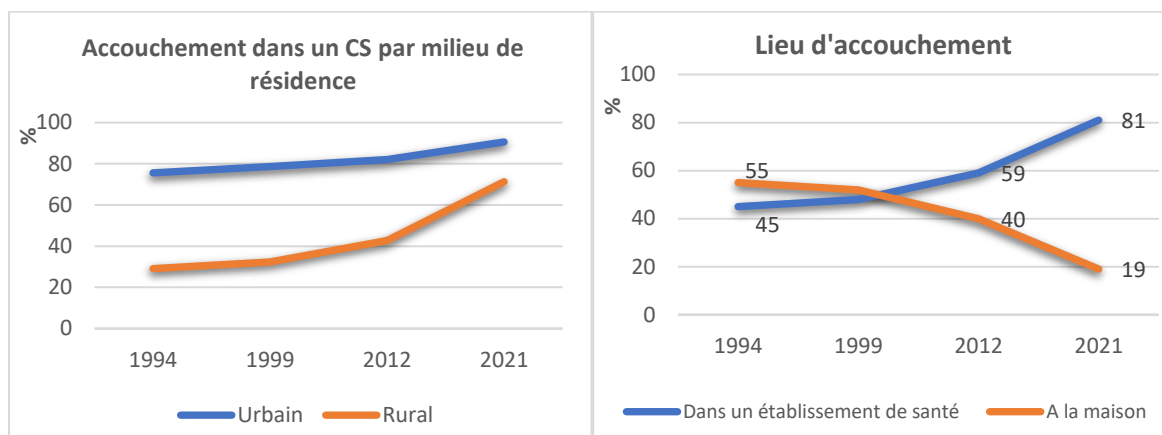
Figure 3 : Evolution de la couverture en soins prénatal de 1994 à 2021



Source : EDS 2021

L'encadré 1 ci-dessous montre que le taux d'accouchement dans un centre de santé est passée de 45% en 1994, à 48% en 1999, à 59% en 2012, puis à 81% en 2021. Ce qui représente une hausse de 80% en 27 ans. Cette hausse qui est plus rapide en milieu rural résulte de l'amélioration de la disponibilité des établissements sanitaires de premier contact (ESPC). Selon le ministère de la santé (2022), les ESPC sont passés de 2 023 en 2016 à 2 479 en 2018, dont 67,9% en milieu rural et 32,1% en milieu urbain. Le ratio ESPC-Population est passé de 0,9 ESPC pour 10 000 habitants en 2017, à 1,01 ESPC pour 10 000 Habitants en 2018. Le taux d'utilisation des services de santé au niveau des ESPC était de 38,4% en 2018 contre 37,8 % en 2017 et 34,6 % en 2016. Du fait de la hausse du nombre des ESPC, le pourcentage des naissances qui ont lieu à domicile a diminué, passant de 55% en 1994 à 19% en 2021.

Encadré 1 : Lieu d'accouchement et pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un centre de santé selon le milieu de résidence

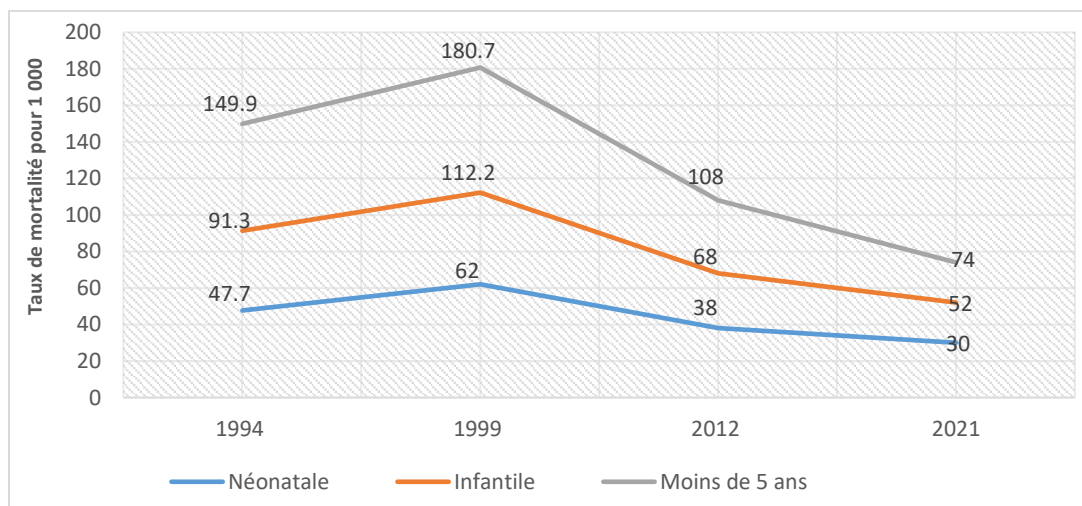


Source : EDS 2021

3.2.4. Tendence baissière de la mortalité des enfants et hausse de la couverture vaccinale

La Figure 4 montre que les indicateurs de la mortalité des enfants ont continuellement baissé depuis la fin des années 1990. Le taux de mortalité infantile est passé de 112‰ en 1999, à 68‰ en 2012 puis à 52‰ en 2021. La mortalité infanto-juvénile a connu la même évolution passant de 181‰ en 1999 à 108‰ en 2012 et à 74‰ en 2021. Il en est de même pour le taux de mortalité néonatale estimé 30‰ en 2021.

Figure 1: Evolution des indicateurs de la mortalité des enfants de 1999 à 2012 (en ‰)



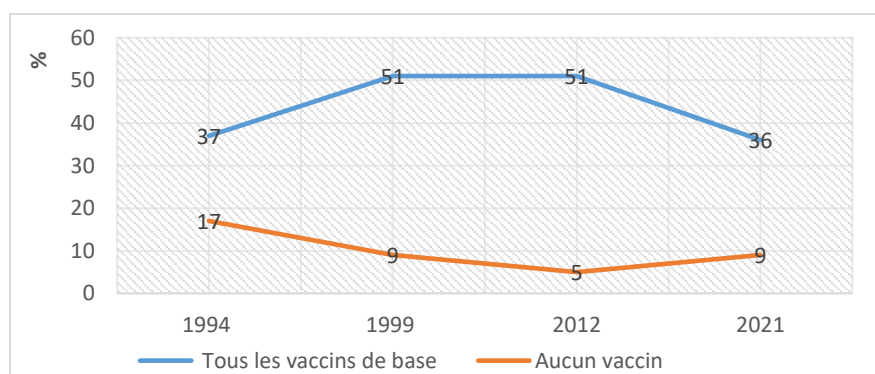
Sources : EDS 2021

La baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans révèle l'effet du programme élargi de vaccination (PEV). Ce programme a pour principale mission de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables, par la vaccination. Il est chargé d'organiser à l'échelle nationale, la vaccination des populations vulnérables, principalement les enfants et les femmes

enceintes, et d'assurer la surveillance d'une douzaine de maladies. Le PEV considère un enfant complètement vacciné lorsqu'il a reçu tous les vaccins.

La Figure 5 ci-dessous montre que le pourcentage d'enfants vaccinés complètement a augmenté entre 1994 et 1999, puis s'est stabilisé à 51% entre 1999 et 2012 avant de baisser en 2021, passant à 36 %. Dans la même période, le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin qui avait diminué entre 1994 et 2012 (de 17 % à 5 %) a augmenté de nouveau pour atteindre 9% en 2021. En 2018, 45 districts sanitaires sur les 113 éligibles ont atteint l'objectif national de 93% de taux vaccinale, soit 54,2% des districts. Entre 2017 et 2018, la couverture vaccinale en Penta 3 est passée de 97,6% à 98%. Sur la même période, la couverture nationale de la vaccination Antirougeoleuse est passée de 90,7% à 94%, et celle en VAT2+ (vaccin Antitétanique) a augmenté de 0,5 point de pourcentage (84,5% à 85%).

Figure 5 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base à un moment quelconque avant l'enquête



Source : EDS 2021

3.2.2. Une tendance baissière de la prévalence du VIH/sida

La Côte d'Ivoire a mis en place très tôt avec le soutien des institutions internationales, des programmes afin de réduire la progression du VIH/SIDA. Il s'agit entre autres du Programme national de lutte contre le sida (PNLS) en 1987, du premier Plan à moyen terme sur la période 1988-1993, suivi du second Plan sur la période 1993-1998. Au cours des périodes quinquennales 2001-2005 et 2006-2010, deux plans stratégiques ont été élaborés avec le soutien de la Banque Mondiale et l'ONUSIDA, afin de prévoir les conditions de la prise en charge des malades et des séropositifs identifiés.

Malgré ces programmes qui ont amélioré la prévention de la transmission sexuelle, sanguine et mère-enfant par des actions accrues de sensibilisation auprès des populations, le nombre de personnes atteintes par le VIH n'a cessé d'augmenter au fil des ans. Ce nombre est passé de 466 en 1987, à 18 679 en 1995, soit une multiplication par 40 en huit ans. De 2005 à 2012, la prévalence de la maladie en Côte d'Ivoire était l'une des plus importantes en Afrique de l'Ouest

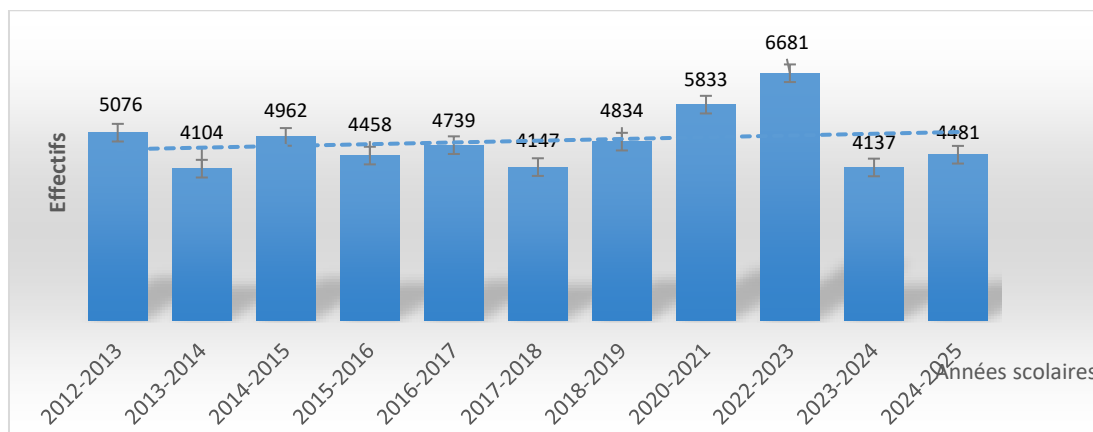
puisque'elle était respectivement de 4,7% et 3,7%. Elle a par la suite baissé puisque l'OMS l'a estimé à 2,8% en 2018. Il existe une forte exposition des jeunes à l'infection au VIH en raison de leurs comportements à risque : 2/3 des nouvelles infections les concernent avec un taux de prévalence de 11% chez les 15-20 ans (SONU, 2018).

3.2.3. Persistance de la fécondité adolescente

La fécondité des adolescentes, qualifiée de précoce, est une préoccupation du gouvernement puisqu'elle constitue un obstacle à la politique de scolarisation obligatoire. Elle influence la fécondité générale puisque les filles ont suffisamment de temps pour faire d'autres enfants et avoir une descendance nombreuse, si elles le désirent. Le taux de fécondité des adolescentes est passé de 151‰ en 1994, à 127‰ en 1999, à 129‰ en 2012 puis 96‰ en 2021. Leur niveau de fécondité montre qu'elles commencent précocement leur vie sexuelle.

L'évolution des grossesses en cours de scolarité (Figure 6) atteste la persistance de la fécondité précoce. Elles ont une tendance irrégulière, preuve que le phénomène n'est pas encore maîtrisé. Entre les rentrées scolaires 2012-2013 et 2024-2025, le nombre de grossesses est passé de 5076 à 4 481. Elles surviennent parce que seulement 13,2% des adolescentes utilisent la contraception moderne. Pourtant, un peu plus du quart (25,5%) a exprimé des besoins non satisfaits en planification familiale. Ce résultat implique de renforcer la communication sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Figure 6 : Evolution du nombre de grossesses en cours de scolarité de 2012 à 2025



Source : Ministère de l'éducation nationale, 2025

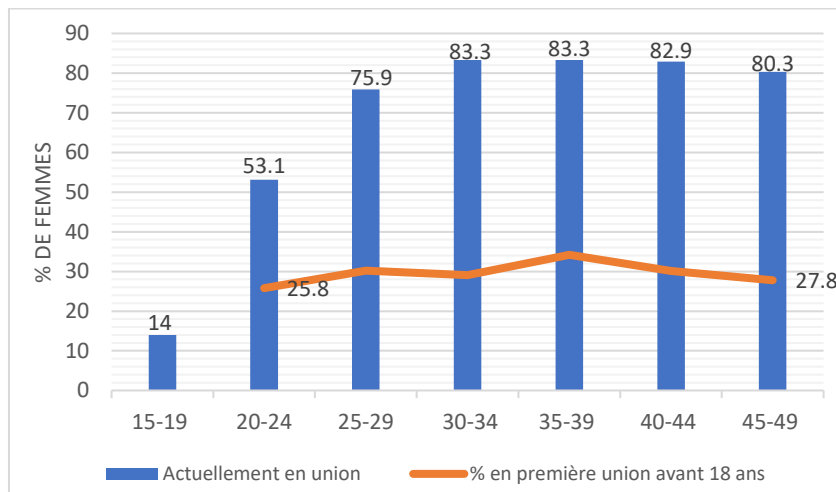
3.2.4. Une proportion considérable de femmes se marient avant 18 ans

La nuptialité est un déterminant proche de la fécondité parce qu'elle expose directement les femmes au risque de procréer. En Côte d'Ivoire, des dispositions légales existent en vue d'uniformiser les pratiques liées au mariage. Une de ces dispositions condamne les mariages

précoces, c'est-à-dire contractés par les filles avant 18 ans (Article premier de la loi n° 83-800 du 02/08/1983). Pourtant, certaines femmes se marient encore en violation du cadre légal.

La proportion des femmes actuellement en union augmente rapidement jusqu'à 34 ans (Figure 7). A cet âge, plus de 8 femmes sur 10 sont en union. L'allure de la courbe qui est quasi linéaire atteste la persistance du mariage précoce en Côte d'Ivoire. Quel que soit le groupe d'âges, un peu plus d'une femme sur quatre s'est mariée pour la première fois avant l'âge légal qui est 18 ans. Une femme âgée de 35-39 ans sur trois était en première union avant 18 ans. En fait, durant cinq groupes de génération, la proportion des femmes en première union avant 18 ans est passée de 27,8% à 25,8%, soit une baisse de 2 points de pourcentage en 25 ans. Cette baisse qui est faible, invoque la persistance les comportements traditionnels de nuptialité précoce.

Figure 7 : Femme actuellement en union et unies avant 18 ans selon le groupe d'âges



Source : EDS 2021

3.1. Défis à relever pour atteindre les indicateurs de santé de la reproduction et probabilité de réalisation en 2030

3.1.1. Défis à relever pour atteindre les indicateurs de santé de la reproduction

Le Tableau 3 présente les années de réalisation des indicateurs de santé de la reproduction et les défis à relever pour les attendre, en 2030.

Tableau 3 : Réalisation des indicateurs de la santé de la reproduction et défis à relever pour les atteindre en 2030

Indicateurs de santé de la reproduction	Taux de croissance EDS 2012-2021	Année de réalisation de la cible	Taux de croissance pour atteindre la cible	Défis à relever
Taux de mortalité maternelle	-0,02	2117	-0,175	8,9
Taux de mortalité infanto-juvénile	-0,041	2047	-0,114	2,8
Incidence du VIH/sida chez les 15-49 ans	-0,107	2036	-0,182	1,7
Incidence du paludisme pour 1 000 habitants	-0,093	2102	-0,626	6,7
Incidence de tuberculose pour 100 000 habitants	-0,145	2031	-0,158	1,1
Taux de fécondité des filles de 10-14 ans	-0,167	2024	-0,067	0,4
Taux de fécondité des filles de 15-19 ans	-0,018	2056	-0,063	3,6
Taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union	0,041	2049	0,132	3,2
Femmes de 20-24 ans en union avant 15 ans	-0,081	2038	-0,145	1,8
Femmes de 20-24 ans en union avant 18 ans	-0,056	2041	-0,117	2,1
Taux d'accouchement dans un centre de santé qualifié	0,036	2027	0,023	0,63

Source : Calculs de l'auteur à partir des données des EDS 2011-2012 et 2021

Les indicateurs de santé de la reproduction ne seront probablement pas réalisés en Côte d'Ivoire à l'échéance des Objectifs de développement durable, si les efforts en termes financiers et de ressources restent constants. Hormis le taux d'accouchement dans un centre de santé qui est probable avant cette échéance, les autres indicateurs seront réalisés dans les décennies suivantes. En fait, les taux de prévalence contraceptive de 50% chez les femmes en union et de mortalité infanto-juvénile de 25%, seront atteints respectivement en 2049 et 2047. Néanmoins, si la Côte d'Ivoire veut le faire en 2030, elle devra tripler ses efforts en termes de demande, d'offres et d'environnement habilitant de la contraception. Au regard de son niveau élevé et de son rythme d'évolution, le taux de mortalité maternelle est sans doute l'indicateur qui ne sera pas réalisé en 2030. Il en est de même pour l'incidence du paludisme, première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire.

3.1.2. Probabilité de réalisation de l'objectif fixé à l'horizon 2030

Le tableau 4 montre que le taux d'accouchement dans un centre de santé, le taux de fécondité des filles de 10-14 ans et l'incidence de la tuberculose sont les indicateurs dont la réalisation en 2030 est très probable. Les valeurs projetées en 2030 indiquent un taux de fécondité de 0,3‰ chez les filles de 10-14 ans, et un taux d'accouchement dans les centres de santé de 111%. Les indicateurs dont la réalisation est probable sont l'incidence du VIH/SIDA, la proportion des filles en union avant 18 ans et l'incidence du paludisme. Cette réalisation est par contre peu probable pour le taux de mortalité maternelle, le taux de prévalence contraceptive et le taux de fécondité des filles de 15-19 ans. Leur probabilité de réalisation étant inférieure à 35%, le gouvernement doit mettre en place un plan visant à accélérer leur réalisation.

Tableau 4 : Probabilité de réalisation de l'objectif fixé pour les indicateurs de santé de la reproduction en 2030

Indicateurs de la santé de la reproduction	Valeur projetée en 2030	Probabilité de réalisation (%)
Taux de mortalité maternelle	393,7 ‰	21
Mortalité infanto-juvénile	50,7 ‰	47,5
Incidence de la tuberculose	35,3 ‰	95,4
Incidence du paludisme	119,2 ‰	54,3
Incidence du VIH/sida	0,2 ‰	74,2
Taux de fécondité des filles de 10-14 ans	0,3 ‰	168
Taux de fécondité des filles de 15-19 ans	86,5 ‰	34,1
Prévalence contraceptive chez les femmes mariées	25,6 %	21,1
Proportion des filles de 20-24 ans en union avant 15 ans	3,5 %	70,3
Proportion des filles de 20-24 ans en union avant 18 ans	15,4 %	59,7
Taux d'accouchement dans un centre de santé	111 %	166,9

Source : Calculs de l'auteur à partir des données des EDS 2011-2012 et 2021

4. Discussion

Les objectifs stratégiques des plans de développement sanitaire mis en œuvre en Côte d'Ivoire depuis 2016 sont cohérents avec l'objectif 3 de développement durable. Ces plans visent à : accroître l'offre, la qualité et l'utilisation des services de santé ; renforcer la lutte contre les maladies ; et améliorer la santé maternelle et infantile. En effet, ils sont indispensables pour la

réalisation des indicateurs de santé de la reproduction à l'horizon 2030. En analysant la contribution des politiques de santé au développement durable, S. Tizio (2004) montre que ces politiques, en renforçant le capital humain, améliorent les indicateurs de santé. Pour B. Yanful et *al.* (2023), la qualité des soins et la couverture sanitaire universelle dépendent fortement des politiques de santé mises en œuvre par les États. Ils soulignent que des politiques efficaces sont indispensables pour atteindre les objectifs de santé durable.

Durant ces dix dernières années, les indicateurs de santé de la reproduction se sont améliorés en Côte d'Ivoire. La mise en œuvre des plans de développement sanitaire, à travers les axes stratégiques qui y sont dédiés, a contribué à cette amélioration. Ce qui est le but ultime de la politique de santé, qui, selon S. Tizio (2004), doit permettre une amélioration de l'état de santé des populations. Il insiste sur la notion d'efficacité qui est conditionnée par une véritable prise en compte des besoins individuels et collectifs en matière de santé *stricto sensu*. Une amélioration de l'efficacité productive du système de santé passe par la formation de personnels de santé à l'épidémiologie, afin que ces derniers puissent cerner les besoins les plus cruciaux des populations. Aussi, la formation aux fonctions de gestion des infrastructures sanitaires s'avère-t-elle indispensable.

Les projections révèlent que la Côte d'Ivoire ne pourra pas atteindre l'objectif 3 de développement durable en 2030. Cela n'est possible qu'à condition de tripler ses engagements en termes financiers et de ressources. Ce résultat est conforté par R. K. Dowou et *al.* (2023) qui montre qu'en Afrique subsaharienne, l'augmentation des investissements publics dans les systèmes de santé est essentielle pour atteindre les cibles de l'objectif 3. L'OMS (2025) renchérit en reconnaissant que le financement public des services de santé reste insuffisant pour assurer la performance des systèmes sanitaires. Selon W. D. Odoch et *al.* (2021), les pays à revenu faible et intermédiaire restent confrontés à un sous-financement chronique de leur système de santé, limitant ainsi l'atteinte des cibles de l'objectif 3. Cet objectif étant transversal, J.-F. Guégan et *al.* (2017, p.114) estiment que sa réalisation nécessite des politiques nationales de santé cohérentes, associées à la recherche et à des stratégies de santé publique adaptées. Ils évoquent sa complexité au regard du cadre de vie et des crises socioéconomiques, et recommandent la participation active des citoyens à l'amélioration de leurs conditions de vie, et donc des déterminants indirects de santé. L'absence de données continues dans les pays africains implique la réorganisation en profondeur des systèmes de veille, de surveillance et de suivi des statistiques publiques de santé, indispensable pour atteindre les cibles de l'objectif 3.

Conclusion

Cette étude a permis de montrer que les plans de développement sanitaires, couvrant les périodes quinquennales 2016-2020 et 2021-2025, sont en cohérence avec l'objectif 3 de développement durable. Ces plans ont été adoptés par la Côte d'Ivoire à la suite de son engagement à réaliser les Objectifs de développement durable à l'horizon 2030. Ils visent à : accroître l'offre, la qualité et l'utilisation des services de santé ; renforcer la lutte contre les maladies ; et améliorer la santé maternelle et infantile. Leur mise en œuvre a amélioré les indicateurs de santé de la reproduction, même si leur progression demeure faible au regard des résultats attendus à l'échéance du plan de développement sanitaire couvrant la période 2021-2025. Hormis le taux d'accouchement dans les centres de santé, les autres indicateurs de santé de la reproduction ne seront pas réalisés en 2030 puisque les défis à relever pour le faire sont élevés. En effet, la Côte d'Ivoire devra considérablement renforcer ses efforts en termes financiers et de ressources.

Référence bibliographique

CEA/CUA, 2013, *Comment bénéficier du dividende démographique ?* Commission de l'Union Africaine, Addis Abeba, 44 p.

DOWOU Robert Kokou, AMA Hubert, SAAH Farrukh Ishaque, ADEAGBO Oluwafemi et BAIN Lucuo Engelbert, 2023, *Increased investment in Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa is crucial to attain the Sustainable Development Goal 3 targets on maternal and child health*, In Archives of Public Health, 6 p. DOI : [10.1186/s13690-023-01052-z](https://doi.org/10.1186/s13690-023-01052-z)

GARENNE Michel, 1996, « Les politique de santé publique et leur incidence démographique », in *Démographie : analyse et synthèse*, Paris, CFPD, p.237-269

GUÉGAN Jean-François, SUZÁN AZPIRI Gerardo, KATI-COULIBALI Séraphin, NKOKO BONPAMGUE Didier et MOATTI Jean-Paul, 2017, «L'ODD 3 ou la nécessité d'une approche de santé globale », In *Un défi pour la planète : Les ODD en débat*, Marseille, IRD Editions, p.107-120.

INS, 2023, Enquête Démographique et de Santé de 2021, Abidjan, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, 766 p.

KSHATRIYA Maya, SYAL Ruby, MURALIDHARAN Oviya, AKINDOLE Busayo, PADHANI Zahra, DAS Jai, BHUTTA Zulfiqar, 2026, *Implementation of health and health-related sustainable development goals: Progress, challenges and opportunities- A systematic literature review update*. BMJ Global Health, 15p. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-021623>

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, 2021, *Plan d'Action Nationale Budgétisé pour la planification familiale*, Abidjan, Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), 139 p.

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, 2021, *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS)*, Abidjan, DIIS, 593 p.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2018, *Evaluation rapide des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) dans les structures de références et dans les centres de santé urbains en Côte d'Ivoire*, Rapport final, 80 p.

Ministère de la santé publique, 2002, *Revue des dépenses publiques dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire (période 1995-2001)*, Rapport final, Tome I, Abidjan, 407p.

O'BRIEN Gary, SINNOTT Sarah-Jo, WALSHE Valerie, MULCAHY Mark and BYRNE Stephen, 2020, *Health policy triangle framework: Narrative review of the recent literature*, Health policy Open, 11 p. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100016>Get rights and content

ODOCH Walter Denis, SENKUBUGE Flavia and HONGORO Charles, 2021, *How has Sustainable Development Goals declaration influenced health financing reforms for universal*

health coverage at the country level? A scoping review of literature. Globalization and Health, 17, 50. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00703-6>

OMS, 2025, *La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, Rapport sur la santé dans le monde, Rapport du Directeur général, 78^e Assemblée mondiale de la Santé, 6 p. Voir : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_7Rev1-fr.pdf

République de Côte d'Ivoire, 2021, *Plan national de développement sanitaire*, Abidjan, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, 175 p.

République de Côte d'Ivoire, 2016, *Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020*, Abidjan, Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 88 p.

TIZIO Stéphane, 2004, « Etat de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : La contribution des politiques de santé au développement durable », dans *Mondes en développement*, Editions De Boeck Supérieur, p. 110-117

YANFUL Bernice, KIRUBARAJAN Abirami, BHATIA Dominika, MISHRA Sujata, ALLIN Sara and DI RUGGIERO Erica, 2023, *Quality of care in the context of universal health coverage: a scoping review*, in *Health Research Policy and Systems*, 29 p. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00957-5>

ZAH Bi Tozan, 2007, *La transition de la fécondité en Côte d'Ivoire: comment la politique démographique l'a influencée ?* Lille, ANRT, 310 p.