

République de Côte d'Ivoire

Enquête de collecte de données sur la  
politique du secteur de la santé pour la  
couverture sanitaire universelle des  
femmes, des enfants et des personnes à  
faible revenu en Côte d'Ivoire  
Rapport final

Mars 2022

Japan International Cooperation Agency (JICA)

Mitsubishi UFJ Research and Consulting Co., Ltd.

International Development Center of Japan Inc.

6R
JR
22-023

## Table des Matières

1. Aperçu de la collecte d'informations et des études.....	1
2. Situation actuelle et défis du développement du secteur de la santé, et positionnement du soutien proposé par la JICA .....	3
2.1. Situation actuelle et défis du développement dans le secteur de la santé.....	3
3. Situation actuelle et mesures contre la COVID-19.....	21
3.1. Situation actuelle et mesures pour la COVID-19.....	21
3.2. Suffisance des vaccins .....	22
3.3. Ressources financières et tendances des bailleurs de fonds pour la COVID-19.....	24
3.4. Suffisance de la chaîne du froid, des kits de tests, etc. ....	27
3.5. Impact de la propagation de la COVID-19 sur le secteur de la santé .....	27
4. Tendances du soutien des partenaires de développement dans le secteur de la santé, aperçu du soutien de la JICA.....	29
4.1. Tendances en matière de soutien des partenaires de développement.....	29
4.2. Aperçu du soutien de la JICA .....	43
5. Résultats de la compilation d'informations et de l'analyse des questions sur les politiques du secteur de la santé, la planification budgétaire et les lacunes financières.....	45
5.1. Politique du secteur de la santé .....	45
5.2. Planification budgétaire .....	54
5.3. Le déficit financier du secteur de la santé.....	60
6. Résultats de la compilation d'informations et de l'analyse des questions relatives à la santé maternelle et infantile .....	66
6.1. Décès maternels, mortalité, décès néonataux, décès de nourrissons, décès d'enfants de moins de cinq ans.....	66
6.2. Prestation de services de santé maternelle et infantile .....	71
6.3. Défis dans le domaine de la santé maternelle et infantile .....	74
6.4. Défis et améliorations des services de santé maternelle et infantile (césarienne).....	75
7. Résultats de la compilation d'informations et de l'analyse des questions relatives à la sécurité médicale.....	80
7.1. Aperçu du système de sécurité médicale .....	80
7.2. Aperçu du système de sécurité médicale .....	81
7.3. Statut de la CMU .....	86
8. Politiques et initiatives proposées dans le secteur de la santé, indicateurs proposés pour mesurer l'impact de ces initiatives, et soutien proposé pour la coopération technique qui pourrait être mise en œuvre conjointement avec les politiques et initiatives proposées afin de générer des synergies.....	94

8.1. Politiques et initiatives proposées .....	94
8.2. Indicateurs proposés pour mesurer l'efficacité de l'initiative .....	95

## Figure

Figure 1: Pyramides des âges en 2000 et 2020 (à gauche : 2000, à droite : 2020) .....	3
Figure 2: Pyramide des âges en 2040.....	4
Figure 3: Années de vie corrigées de l'incapacité en Côte d'Ivoire (comparaison entre 1990 et 2019).....	5
Figure 4: Pyramide de la Santé de la Côte d'Ivoire .....	14
Figure 5: Nombre de cas et de décès liés au COVID-19 en Côte d'Ivoire .....	21
Figure 6: Taux cumulatif de positivité au COVID-19 par région en Côte d'Ivoire (2020).....	22
Figure 7: Organigramme de l'ancien ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.....	45
Figure 8: Tendances des dépenses de santé par habitant (graphique).....	57
Figure 9: Relation entre les différents documents de planification dans le processus budgétaire .....	58
Figure 10: Évolution du taux de mortalité maternelle, 1994-2018 (pour 100 000 naissances vivantes).....	66
Figure 11: Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) enregistré dans les régions sanitaires en 2020 .....	67
Figure 12: Taux de mortalité maternelle enregistré dans les districts sanitaires, 2020 (pour 100 000 naissances vivantes).....	68
Figure 13: Proportion de mortinatalité par région sanitaire en 2020 .....	69
Figure 14: Proportion de mortinatalité par district de santé en 2020 .....	70
Figure 15: Évolution de la mortalité infantile entre 1999 et 2016 .....	71
Figure 16: Taux d'utilisation des services de santé maternelle et infantile.....	72
Figure 17: Taux d'utilisation des services de santé maternelle et infantile.....	73
Figure 18: Pourcentage de césariennes par État de santé en 2020 .....	77
Figure 19: Pourcentage de césariennes par secteur de santé en 2020 .....	78
Figure 20: Nombre d'inscrits à la CNAM.....	87
Figure 21: Répartition des abonnés de la CNAM par catégorie .....	87
Figure 22: Organigramme du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale .....	88
Figure 23: Organigramme de la CNAM .....	89

## Tableau

Tableau 1: Tendances des différents indicateurs du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose avant et après la COVID-19 .....	11
Tableau 2: Incidence des MTN avant et après COVID-19 .....	12
Tableau 3: Répartition des professionnels de santé par état de santé (2017) .....	15
Tableau 4: Estimation du nombre nécessaire de vaccins contre la COVID-19 .....	23
Tableau 5: État de l'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 .....	24
Tableau 6: Plan d'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 (en date de février 2021) .....	24
Tableau 7: Première ventilation du budget pour les campagnes de vaccination.....	25
Tableau 8: Soutien financier des bailleurs de fonds (partiel).....	26
Tableau 9: Coopération de la JICA dans le secteur de la santé (depuis 2015).....	43
Tableau 10: Principaux plans et politiques de développement .....	46
Tableau 11: Axes stratégiques et résultats attendus du PNDS 2021-2025.....	47
Tableau 12: Indicateurs de référence et objectifs pour le PNDS 2021-2025 .....	50
Tableau 13: Principaux indicateurs de financement de la santé (2018).....	55
Tableau 14: Évolution des dépenses de santé par habitant (en dollars US).....	56
Tableau 15: Calendrier d'élaboration du budget national de la Côte d'Ivoire .....	58
Tableau 16: Soins de santé du gouvernement par rapport au budget (2015-2019) (FCFA) .....	60
Tableau 17: Montant total requis dans le plan d'investissement santé (en millions de FCFA)...	61
Tableau 18: Le plan d'investissement du gouvernement pour la santé (en millions de FCFA) .....	61
Tableau 19: Résultats des entretiens sur les questions de santé maternelle et infantile .....	75
Tableau 20: Comparaison des régimes de couverture médicale .....	82
Tableau 21: Détails du régime d'assurance médicale de la CMU .....	83
Tableau 22: Budget du programme de médecine gratuite (millions de FCFA) .....	85
Tableau 23: Plan financier de la CNAM.....	90

## Liste des Abréviations

AFD:	Agence française de Développement
AIIB:	Asian Infrastructure Investment Bank
AMD:	Ateliers de maintenance de district
ANOPACI:	Association Nationale des Organisations Professionnelles Agricoles de Côte d'Ivoire
ARV:	Médicaments antirétroviraux
ASC:	Agents de santé Communautaire
AVATT:	Africa Vaccine Acquisition Task Team
BAD:	Banque africaine de développement
BAoD:	Banque Asiatique de Développement
BEmONC:	Basic Emergency Obstetric and Newborn Care (Obstétrique d'urgence et soins néonataux)
CEDEAO:	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CERC:	Contingencies, Emergency, Response to Epidemics
CGRAE:	Caisse Générale de Retraite Des Agents de l'Etat
CHR:	Centre hospitalier régional
CHU:	Centre hospitalier universitaire
CIRES:	Centre ivoirien de recherches économiques et sociales
CMU:	Couverture Maladie Universelle
CNAM:	Caisse nationale de l'Assurance Maladie
CNPS:	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS:	Conseil National de Sécurité
COVID-19:	Coronavirus Disease 2019
COGES:	Comités de gestion; comités de santé dans les structures de soins de santé primaires
CPN:	Consultations prénatale
CREMM:	Centres d'État pour l'équipement, le matériel et la maintenance,
CSR:	Centre de santé rural
CSU:	Centre de santé urbain
DAP:	Direction de l'Activité Pharmaceutique
DCPEV:	Direction de coordination du programme élargi de vaccination
DGBF:	Direction générale du Budget et des Finances
DGDDL:	Direction Générale de la Décentralisation et du Développement Local
DGPS:	Direction générale de la protection sociale
DGS:	Direction générale de la Santé

DHIS2:	District Health Information System 2
DI:	Dossier d'Investissement
DIEM:	Direction des infrastructures, de l'équipement et de la maintenance
DOB:	Direction de l'Orientation et des Bourses
DPBEP:	Document de Programmation Budgetaire et Economique Pluriannuelle
DPPD:	Document de programmation pluriannuelle des dépenses
EDS:	Enquêtes démographiques et sanitaires
EEC:	Evaluation Externe Conjointe
EmONC:	Emergency Obstetric and Newborn Care
ES:	Établissements sanitaires
ESPC:	Établissements sanitaires de premier contact
FBR:	Financement basé sur les résultats
FMI:	Fonds monétaire international
FNUAP:	Fonds des Nations Unies pour la population
FSU:	Formation sanitaire urbaine
GAVI:	Gavi, The Vaccine Alliance
GFF:	Global Financing Facility
GFP:	Gestion des finances publiques
HAQ:	Healthcare Access and Quality
HG:	Hôpital général
IDE:	Infirmiers Diplômés d'État
IHME:	Institute for Health Metrics and Evaluation
INFAS:	Instituts Nationaux de Formation des Agents de Santé
INHP:	Institut national d'hygiène publique,
IPS-CNAM:	Institution de Prévoyance Sociale –Caisse Nationale d'Assurance Maladie
ISF:	Indice synthétique de fécondité
LMD:	Licence-master-doctorat
MBPE:	Ministère du Budget et du Portefeuille de l'État
MDR-TB:	Multidrug-resistant tuberculosis (Tuberculose multirésistante)
MEF:	Ministère de l'Économie et des Finances
MEPS:	Ministère de l'Emploi et de la Protection sociale
MICS:	Multiple Indicator Cluster Surveys
MILDA:	Moustiquaires résistants aux insecticides de longue durée d'action
MNT:	Maladies non transmissibles
MSHP:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSHPCMU:	Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie

	universelle
MTN:	Maladies tropicales négligées
NGAMBCI:	Nomenclature générale des actes médicaux et biologiques de Côte d'Ivoire
NPSP:	Nouvelle pharmacie de la santé publique
ODD:	Objectifs de développement durable
OGD:	Organismes gestionnaires délégués
OMD:	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS:	Organisation mondiale de la santé
ONG:	Organisation non gouvernementale
PA:	Plan d'activités
PAACA:	Projets d'assainissement et d'amélioration du cadre de vie d'Abidjan
PANSS:	Plan d'action national pour la sécurité sanitaire
PA-PS Gouv:	Projet d'appui au programme social du Gouvernement
PASA:	Programmatic Advisory Services and Analytics
PASS	Programme d'Appui aux Strategies Sociales
PCR:	Polymerase Chain Reaction
PDRHS:	Plan de Développement des Ressources Humaines de Santé
PEV:	Programme élargi de vaccination
PEPFAR:	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PFE:	Pratiques familiales essentielles
PIB:	Produit Intérieur Brut
PIP:	Plan d'investissement public
PNAQS:	Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins
PNCFC:	Plateforme sur le Financement de la Santé
PNCFS:	Plateforme nationale de coordination du financement de la santé
PND:	Plan National de Développement
PNL Ca:	Programme National de Lutte contre le Cancer
PNLP:	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS:	Programme National de lutte contre le Sida
PNLT:	Programme National de Lutte contre Tuberculose
PNN:	Programme National de Nutrition
PNS:	Politique nationale de santé
PNSME:	Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant
PNSSU-SAJ:	Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire- Santé Adlesents et Jeunes
PRDS:	Plan Régional de Développement Sanitaire

PSGouv:	Plan social national du gouvernement, 30; Programme social du Gouvernement
PSPR:	Plan stratégique de préparation et de réponse
PTME:	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
RAM:	Régime d'assistance médicale
RASS:	Rapport annuel sur la situation sanitaire
RDC:	République démocratique du Congo
RGB:	Régime Général de la Base
RR-TB:	Rifampicin Resistant Tuberculosis (Tuberculose résistante à la rifampicine)
RSI:	Règlement sanitaire international
SARA:	Service Availability and Readiness Assessment (Évaluation de la capacité opérationnelle des services de santé)
SBA:	Skilled Birth Attendant (Accoucheuses spécialement qualifiées)
SFDE:	Sages-femmes diplômées d'État
SIDA:	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR:	Surveillance intégrée des maladies et de riposte
SNPS:	Stratégie nationale de protection sociale
SNSS:	Stratégie nationale de sécurité sociale
SUCCESS:	Scale Up Cervical Cancer Elimination with Secondary Prevention Strategy
TIC:	Technologies de l'information et de la communication
TMM:	Taux de mortalité maternelle
TPI:	Traitement préventif intermittent
UNICEF:	United Nations International Children's Emergency Fund
UPPH:	Unité de pilotage du programme hospitalier
USAID:	United States Agency for International Development
VIH:	Virus de l'immunodéficience humaine

## 1. Aperçu de la collecte d'informations et des études

En République de Côte d'Ivoire, l'impact de la division Nord-Sud causée par la guerre civile a entraîné des disparités dans le développement du système de santé du pays. En conséquence, les indicateurs sanitaires de base sont faibles ; le taux de mortalité maternelle est de 645 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (moyenne subsaharienne de 546)<sup>1</sup>, le taux de mortalité néonatale est de 33 pour 1 000 naissances vivantes en 2019 (moyenne subsaharienne de 27) et le taux de mortalité des moins de cinq ans est de 79 pour 1 000 naissances vivantes (moyenne subsaharienne de 76)<sup>2</sup>. Les indicateurs de santé de base sont faibles par rapport aux pays voisins. Des défis se posent également en ce qui concerne les mesures budgétaires du gouvernement en matière de soins de santé, les dépenses de santé en pourcentage des dépenses publiques s'élevant à 5,4% en 2018, ce qui n'atteint pas la norme de la déclaration d'Abuja de 15 % en 2001. En conséquence, la proportion des dépenses de santé du pays qui sont à la charge des patients est élevée ; elle a oscillé autour de 40% ces dernières années, dans un contexte de dysfonctionnement du système de soins de santé gratuits et d'augmentation des traitements médicaux non couverts par le système de soins de santé gratuits en raison de l'évolution de la structure des maladies.

Dans ce contexte, le gouvernement de la Côte d'Ivoire a fait du « développement du capital humain et de la promotion de la protection sociale » l'une des stratégies clés du Plan National de Développement (PND, 2016-2020), visant à améliorer l'état de santé de la population en augmentant la fréquence d'accès à des services de soins de santé de qualité, et à étendre la sécurité sociale à la population, notamment aux groupes vulnérables, en promouvant la Couverture Maladie Universelle (CMU). En outre, le Programme Social du Gouvernement (PSGouv) promulgué en 2018 identifie la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) comme un enjeu prioritaire, avec pour objectifs de réduire la mortalité maternelle et infantile et d'atteindre une couverture CMU à 100%. Conformément à ses plans, le gouvernement de la Côte d'Ivoire a lancé une politique d'assurance maladie basé sur la loi sur la couverture maladie universelle (loi CMU), qui a été adoptée par l'Assemblée nationale en décembre 2013, dans plus de 700 établissements médicaux à l'échelle nationale en octobre 2019, parallèlement au système de soins médicaux gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans mis en œuvre depuis 2012.

D'autre part, bien que le gouvernement fournisse progressivement des services de santé et des services médicaux à la population et aux groupes vulnérables, il y a une pénurie d'établissements de soins et de personnel médical pouvant fournir des services de santé et des services médicaux de haute qualité, en particulier aux pauvres. Et la fourniture d'équipements

---

<sup>1</sup> MSHP(2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>2</sup> UNICEF (2021) The State of the World's Children 2021

médicaux de base et de médicaments essentiels est encore insuffisante. Dans ce contexte, le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans étaient respectivement de 39 et 61 pour 1 000 naissances vivantes, contre 83 et 120 pour le groupe le plus pauvre, soit presque le double<sup>3</sup>. En outre, les établissements de santé du pays sont sous-financés en raison du remboursement insuffisant des services de soins de santé gratuits, ce qui entraîne une baisse chronique de la qualité des services de soins de santé fournis. Bien que le nombre de personnes enrôlées à la CMU soit en hausse, en août 2020 seules 2,53 millions de personnes, soit environ 12% de la population, étaient inscrites. Cependant, il n'existe pas de stratégie claire pour intégrer la CMU au système actuel de soins de santé gratuits, et aucun plan budgétaire n'a été formulé. Pour promouvoir la santé universelle dans le pays, il est nécessaire de fournir des services de soins de santé de haute qualité et d'en améliorer l'accès. Il est urgent de formuler une stratégie et un plan d'action concrets à cette fin, et d'obtenir un budget suffisant.

En outre, l'épidémie mondiale de COVID-19, qui a débuté fin 2019 et se poursuit à ce jour, a un impact profond en Côte d'Ivoire, mettant encore plus à rude épreuve le système de santé fragile décrit ci-dessus (y compris le financement de la santé) et rendant difficile l'accès des populations aux services de santé.

#### <Aperçu des activités>

Sur la base des défis du secteur de la santé en Côte d'Ivoire, cette étude collecte et analyse les informations nécessaires pour la formation de futurs projets de coopération, y compris les prêts d'appui à la politique de développement, et, à travers des discussions entre la JICA et les organisations affiliées au gouvernement de Côte d'Ivoire, visera un soutien aux activités d'amélioration de l'accès à des soins de qualité, de renforcement de la lutte contre la maladie et de renforcement de la gouvernance.

---

<sup>3</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

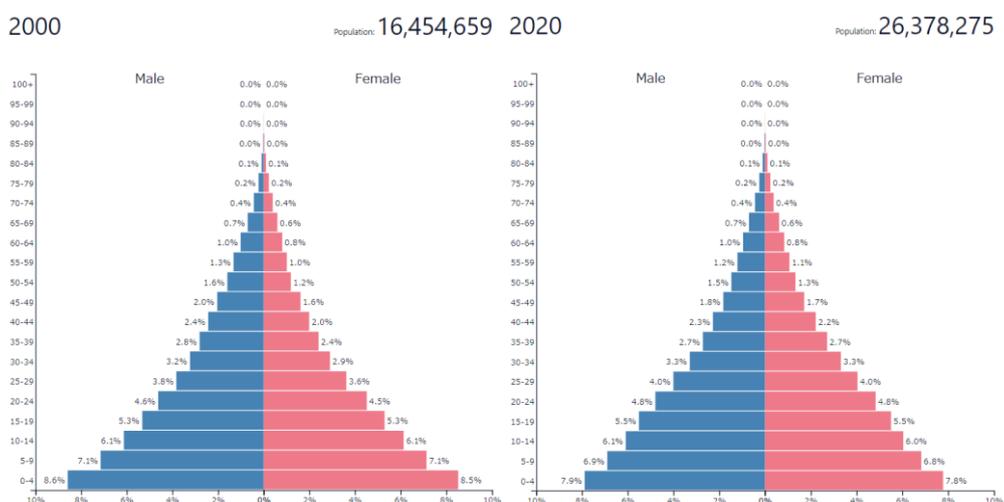
## 2. Situation actuelle et défis du développement du secteur de la santé, et positionnement du soutien proposé par la JICA

### 2.1. Situation actuelle et défis du développement dans le secteur de la santé

#### 2.1.1. État de santé de la population

##### (1) Structure de la population

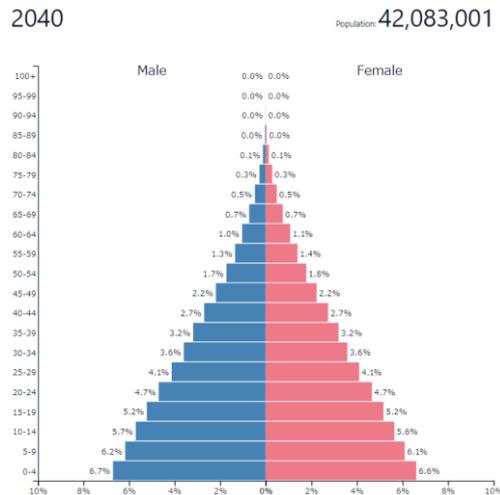
Bien que l'indice synthétique de fécondité (ISF) en Côte d'Ivoire ait diminué depuis 1990, il reste élevé<sup>4</sup>. Comme le montrent les figures 1 et 2, l'ISF est passé de 16,45 millions en 2000 à 26,38 millions en 2020, soit un taux de croissance d'environ 60% en 20 ans. Ce taux est supérieur au taux de croissance moyen mondial de 27% sur la même période.



**Figure 1: Pyramides des âges en 2000 et 2020 (à gauche : 2000, à droite : 2020)**

Comme le montre la figure ci-dessous, la pyramide projetée pour 2040 continuera également à avoir la forme du mont Fuji et la population devrait continuer à croître.

<sup>4</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage



**Figure 2: Pyramide des âges en 2040**

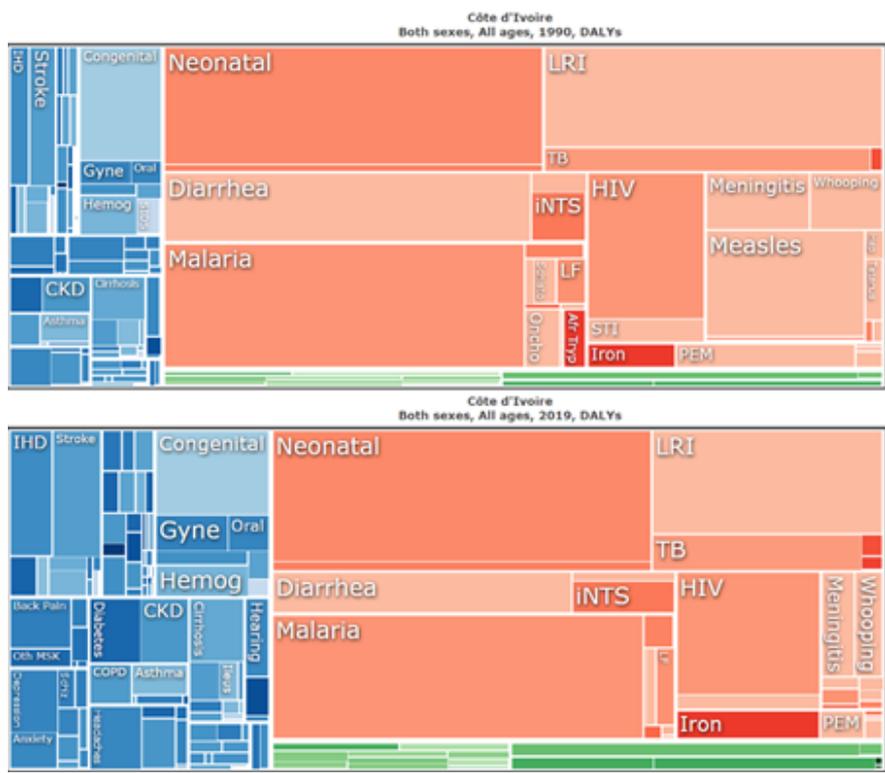
Source : Ci-dessus PopulationPyramid.net (2019) Population par âge :

<https://www.populationpyramid.net/>

## (2) Structure des maladies

En Côte d’Ivoire, les maladies infectieuses, les maladies maternelles et infantiles et la malnutrition sont les principales causes d’invalidité et de décès, représentant 63% de la charge de morbidité, contre 72% en 1990. Le VIH, la tuberculose et le paludisme représentent ensemble 24% des décès annuels, ce qui indique que les maladies infectieuses restent une charge de morbidité majeure. En outre, les maladies non transmissibles (MNT) augmentent en raison de l’urbanisation croissante et des modes de vie malsains, ce qui entraîne une double charge de morbidité<sup>5</sup>. Les principaux indicateurs de santé, tels que les taux de mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans, sont tous inférieurs à la moyenne subsaharienne. Dans le même temps, le tableau ci-dessous montre que les causes de décès en 2019 n’ont pas changé par rapport à 1990, et bien que les proportions de maladies liées à la santé maternelle et infantile et de maladies transmissibles aient diminué, elles occupent toujours une place majeure dans la structure des maladies, tandis que les décès dus aux maladies non transmissibles (MNT) ont augmenté.

<sup>5</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d’Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage



**Figure 3: Années de vie corrigées de l'incapacité en Côte d'Ivoire (comparaison entre 1990 et 2019)**

Source : IHME (2019) GDB compare, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

(3) Santé maternelle et infantile (décrite au chapitre 6)

#### (4) Nutrition

La dénutrition des nouveau-nés reflète le mauvais état nutritionnel des femmes enceintes. L'objectif national (12%) a été atteint en 2020 puisque le pourcentage d'enfants pesant moins de 2,500 grammes à la naissance est passé de 10,23% en 2019 à 9,90% en 2020. En revanche, le pourcentage de sous-nutrition à la naissance est élevé dans les régions sanitaires de Kabadougou (14,73%), Béré (13,07%) et Iffou (12,70%), alors qu'il est faible dans les régions sanitaires d'Abidjan 1 (7,49%), Abidjan 2 (7,49%) et Grands Ponts (7,60%), ce qui indique qu'il existe des disparités régionales. De même, l'incidence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans a diminué de 11,7% en 2019 à 9,39% en 2020, mais il existe de grandes différences régionales, comme 31,28 % dans la région sanitaire de Bounkani, et 1,19 % dans celle de l'Agneby-Tiassa<sup>6</sup>.

En outre, selon le Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie universelle (MSHPCMU), ils sont confrontés à une triple charge de malnutrition, de carences en vitamines et micronutriments, et de surnutrition. Un défi pour la nutrition dans le système de santé est la faible utilisation des services de santé préventifs et curatifs, qui a été attribuée à la faiblesse des activités de publicité et de prévention, au manque de formation des professionnels de la santé en matière de conseil en nutrition, et au manque d'équipement et de directives pour le suivi de la croissance dans les établissements de santé. En outre, le système de santé manque de fonds pour les interventions en matière de nutrition et la réponse multisectorielle fait défaut en raison de politiques cloisonnées<sup>7</sup>. Le MSHPCMU a également constaté que la supplémentation en vitamine A (53%), la surveillance de la croissance (63%) et l'administration de SRO/zinc (75%) étaient les services préventifs et thérapeutiques les moins fournis aux enfants<sup>8</sup>.

#### (5) Infection

Comme on peut le voir à la figure 3, les maladies infectieuses continuent de représenter une charge de morbidité importante.

##### <Paludisme>

Selon le MSHPCMU, l'incidence du paludisme a diminué de 24,5% pour descendre à 229 cas pour 1 000 personnes en 2019 et à 173 cas en 2020<sup>9</sup>. Le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) a distribué environ 16 millions de Moustiquaires Imprégnées insecticides à Longue Durée d'Action (MILDA) lors d'une grande campagne en 2017-2018. Des améliorations ont également été constatées dans la couverture des femmes enceintes sous leur

---

<sup>6</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>7</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>8</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>9</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

troisième dose de sulfadoxine-pyriméthamine, qui est passée de 23% en 2016 à 53% en 2019, et dans 93% des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans traités par la polythérapie à base d'artémisinine<sup>10</sup> dans les établissements publics. D'autre part, la lutte antivectorielle<sup>11</sup> intégrée à chaque niveau de la pyramide des soins de santé, du primaire au tertiaire, donnera de nouveaux résultats<sup>12</sup>.

En outre, selon le MSHPCMU, les services de lutte contre le paludisme sont fournis dans 99% des établissements de santé, mais il manque la fourniture du traitement préventif intermittent (TPI)<sup>13</sup> et le diagnostic du paludisme par microscopie. Dans tous les districts sanitaires, le score moyen de la capacité opérationnelle de 9 éléments (existence de directives sur le diagnostic et le traitement du paludisme; personnel formé sur le diagnostic et le traitement du paludisme dans les trois dernières années ; directives pour le TPI ; personnel formé sur la TPI ; capacité de diagnostic du paludisme ; l'existence d'au moins deux antipaludiques de première ligne en stock ; la disponibilité du paracétamol ; moustiquaires imprégnés d'insecticide) des centres de santé pour la lutte contre le paludisme est 77%<sup>14</sup>.

#### <VIH/SIDA>

La prévalence du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire en 2017 était de 2,5% (3,6% pour les femmes et 1,4% pour les hommes). Ces dernières années, le nombre de nouvelles infections au VIH a diminué (de 54% entre 2010 et 2019), les décès ont diminué de 52% et la transmission de la mère à l'enfant a diminué de 15,4%. Les efforts visant à mettre en œuvre des programmes de santé scolaire pour les jeunes ont également du succès. Cependant, dans 80 des 86 districts de santé le taux de prévalence est supérieur à 1%, et il dépasse les 5% dans les populations clés<sup>15,16</sup>. La Politique Nationale de Santé (PNS) 2021-2025 identifie les principaux défis comme étant 1) la couverture des populations clés et 2) la promotion du dépistage indiciaire et des consultations prénatales (CPN) en début de grossesse et le dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites, sous strict contrôle et dans le respect des droits de la personne.

---

<sup>10</sup> La polythérapie à base d'artémisinine (Artemisinin-based combination therapy (ACT)), qui associe des dérivés de l'artémisinine à d'autres antipaludiques, est recommandée par l'OMS depuis 2001 et constitue désormais la norme mondiale pour le traitement du paludisme.

<sup>11</sup> Les vecteurs sont des insectes qui transmettent les maladies transmises par les insectes (moustiques, mouches, drosophiles, etc.) et le contrôle de ces insectes réduit le nombre de maladies transmises. Dans le cas du paludisme, le vecteur est le *Plasmodium falciparum*, qui transmet le parasite du paludisme.

<sup>12</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>13</sup> Procédé de prévention de la transmission du paludisme aux futures mères lors de leurs visites régulières dans les maternités, par l'administration d'une prophylaxie du paludisme qui est efficace dans la région.

<sup>14</sup> MSHP (2016) Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA)

<sup>15</sup> Les « populations clés » de la lutte contre le sida comprennent les toxicomanes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les travailleurs du sexe.

<sup>16</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

Le MSHPCMU souligne également que si les services de conseil et de dépistage du VIH sont disponibles dans 76% des établissements de santé, les préservatifs masculins et les services de soins et de soutien en matière de VIH sont moins bien fournis, à 57% et 48% respectivement, et davantage en zones urbaines (71%) qu'en zones rurales (32%). Les services de prescription d'antirétroviraux (ARV) ou de suivi du traitement sont fournis dans 47% des établissements, ce qui est également plus faible dans les zones rurales (31%) que dans les zones urbaines (72%). Les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) sont fournis dans 68% des établissements de santé<sup>17</sup>.

#### <Tuberculose>

Selon le MSHPCMU, le taux de notification de la tuberculose en 2020 sera de 74,53 pour 100 000 habitants. Ce chiffre est inférieur au taux de notification de 83 en 2019. Le taux de co-infection par le VIH en 2020 était de 14,65%<sup>18</sup>. Pour renforcer la lutte contre la tuberculose, le gouvernement a augmenté le nombre d'unités GeneXpert<sup>19</sup> et renforcé le réseau de laboratoires. Le taux de réussite du traitement a ainsi été amélioré, passant de 81% en 2016 à 85% en 2019. La gestion des patients atteints de tuberculose résistante a été améliorée grâce à l'introduction d'électrocardiographes et d'audiogrammes. Elle a également été renforcée dans la communauté par la détection des cas suspects et l'orientation par les agents de santé communautaire.

En 2019, 99% des patients tuberculeux ont été testés pour le VIH et 97% des patients co-infectés ont reçu une thérapie ARV. Cependant, les défis à relever comprennent les cas non diagnostiqués dans la communauté, la tuberculose pédiatrique non déclarée et sous-diagnostiquée, les taux de mortalité élevés chez les patients tuberculeux, les techniques de diagnostic inadéquates et les retards dans l'obtention des principaux médicaments antituberculeux<sup>20</sup>.

Selon le MSHPCMU, les services de lutte contre la tuberculose sont peu nombreux, n'étant offerts que dans 17% des établissements de santé (26% dans les zones urbaines et 11% dans les zones rurales)<sup>21</sup>.

#### <Maladies tropicales négligées (MTN)>

En Côte d'Ivoire, la chimiothérapie préventive a largement permis de contrôler la

---

<sup>17</sup> MSHP (2016) Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA)

<sup>18</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>19</sup> Un dispositif qui permet de réaliser des tests génétiques pour *Mycobacterium tuberculosis* dans des établissements ne disposant pas de microbiologiste. Recommandé par l'OMS comme test au « Point of care » (PoC) en raison de sa facilité d'utilisation.

<sup>20</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>21</sup> MSHP (2016) Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA)

prévalence de la filariose lymphatique, de l'onchocercose, de la schistosomiase, des helminthiases transmises par le sol et du trachome. Les MTN, dont la trypanosomiase africaine, l'ulcère de Buruli et la lèpre, représentent 0,92 cas pour 10 000 habitants. En Côte d'Ivoire, la fourniture d'un traitement de masse gratuit pour lutter contre les MTN a été un succès, la couverture du traitement atteignant 73,73% en 2019. D'autre part, les défis comprennent l'expansion des stratégies de diagnostic et de traitement précoce, la gestion des cas, la surveillance et les changements de comportement liés à l'eau potable et à l'assainissement<sup>22</sup>.

#### <Maladies infectieuses à potentiel épidémique>

Les maladies infectieuses à potentiel épidémique (par exemple, la maladie à virus Ebola, la maladie à virus Zika, la fièvre de Lassa et la COVID-19) doivent faire l'objet d'une surveillance régulière à des fins d'alerte précoce, de recherche de cas et de contrôle. Les systèmes de surveillance et de notification, la capacité de réaction des prestataires de services et des réseaux de laboratoires, ainsi que la lutte antivectorielle doivent être renforcés. En ce qui concerne la sécurité sanitaire, les problèmes suivants sont signalés : l'absence de planification des urgences de santé publique dans les zones frontalières et dans les ports d'Abidjan et de San Pedro ; l'absence de cartographie des risques et de hiérarchisation de l'allocation des ressources de santé publique au niveau des régions et des districts sanitaires ; les maladies humaines, animales et environnementales et la santé publique ; les interfaces multiples pour les systèmes de notification électronique des maladies et événements humains, animaux et environnementaux ; le manque de capacité pour la surveillance des antimicrobiens ; le manque de capacité pour la surveillance basée sur les événements ; et le manque de formation en matière de stratégie de surveillance intégrée des maladies et de riposte (SIMR)<sup>23</sup>. La COVID-19 est examinée en détail au chapitre 3.

Une évaluation externe conjointe (EEC) des capacités essentielles du Règlement sanitaire international (RSI) a été réalisée en décembre 2016. Sur la base des résultats, un Plan d'action national pour la sécurité sanitaire (PANSS) a été élaboré, qui vise à prévenir, contrôler et répondre à la propagation nationale et internationale des maladies infectieuses par des activités adaptées aux risques pour la santé publique. Une évaluation intermédiaire du PANSS, requise par le RSI, a été réalisée en août 2021. Un atelier a été organisé pour préparer la présentation du rapport annuel basé sur l'auto-évaluation requise par le RSI. En conséquence, la performance globale de PANSS en 2020 était de 30%, tandis qu'au premier semestre 2021, elle ne s'est que légèrement améliorée pour atteindre 32%<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>23</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>24</sup> OMS (2021), Atelier d'Evaluation Annuelle des Performances du Plan d'Action National de la Sécurité Sanitaire (PANSS), de la Mise à Jour de la Cartographie des Partenaires Financiers et du Remplissage du Rapport Annuel de Capacité du Pays (SPAR)

<Incidence de COVID-19 sur le contrôle des trois principales maladies animales et des MTN>

Alors que la charge sur le système de santé augmente sous l'impact de la COVID-19, l'OMS a noté l'importance de maintenir les services de santé de base. Voici un résumé de la situation actuelle du paludisme, du VIH/SIDA, de la tuberculose et des MTN en Côte d'Ivoire dans le contexte de la pandémie COVID-19.

En ce qui concerne le paludisme, les premières projections indiquaient qu'une réduction de 75% de la distribution de moustiquaires imprégnées de médicaments entraînerait une augmentation de 23,2% des nouveaux cas et de 111,4% des décès. Cependant, le gouvernement a augmenté le budget consacré aux moustiquaires et aux kits de diagnostic rapide même pendant la pandémie, et le nombre de moustiquaires distribuées a augmenté de 12% en 2020<sup>25</sup>. En revanche, la distribution de kits de diagnostic rapide a diminué de 25,1 %<sup>26</sup>. L'incidence du paludisme a diminué de 24,5%, passant de 229,8% (2019) à 173,43% (2020)<sup>27</sup>.

Pour le VIH/SIDA, le nombre de centres de dépistage a diminué de 3,4 %, passant de 2 692 (2019) à 2 600 (2020), et le nombre de diagnostics, de dépistages et de personnes séropositives a également diminué<sup>28</sup>. En revanche, le pourcentage de cas positifs est passé de 2,4% (2019) à 3,07% (2020).

En ce qui concerne la tuberculose, le nombre d'installations de diagnostic et de traitement a augmenté de 6,55%, passant de 336 (2019) à 358 (2020), tandis que le nombre de diagnostics de tuberculose a diminué de 10,2%, passant de 83/100 000 (2019) à 74,53/100 000 (2020).<sup>29</sup> D'autre part, bien qu'il n'existe pas de données statistiques spécifiques à la Côte d'Ivoire, la région africaine a signalé une diminution des nouveaux cas de tuberculose en 2020, mais une augmentation des décès dus à la tuberculose<sup>30</sup>.

Cela suggère qu'à court terme, le nombre de nouveaux cas de tuberculose a pu diminuer en raison de la baisse des taux de dépistage des trois principales maladies infectieuses due à la pandémie et de l'absence d'activités de sensibilisation, mais qu'à long terme, le nombre de personnes n'ayant pas reçu un diagnostic et un traitement appropriés a pu augmenter, de même que le nombre de décès.

---

<sup>25</sup> ALMA (2020), Côte d'Ivoire ALMA Quarterly Report Quarter four, 2020

<sup>26</sup> WHO (2021), World malaria report 2021

<sup>27</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>28</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>29</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>30</sup> WHO website, "COVID-19 pandemic slows progress against tuberculosis" , <https://www.afro.who.int/news/covid-19-pandemic-slows-progress-against-tuberculosis>

**Tableau 1: Tendances des différents indicateurs du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose avant et après la COVID-19**

	Indicateur	2019	2020	Taux de changement (%)
<b>Paludisme</b>	Nombre de moustiquaires distribuées	1,410,391	1,579,505	+12.0%
	Nombre de RDTs distribués	6,456,625	4,837,781	-25.1%
	Nombre de cas de paludisme (%)	229.8	173.43	-24.5%
<b>VIH/SIDA</b>	Installations de dépistage	2692	2600	-3.4%
	Nombre de consultations	12,828,217	12,366,885	-3.6%
	Nombre de projections	1,743,762	1,052,943	-39.6%
	Nombre de personnes séropositives	42,399	32,354	-23.7%
	Taux de séropositivité (%)	2.4%	3.07%	+27.9%
<b>Tuberculose</b>	Nombre d'installations de diagnostic et de traitement de la tuberculose	336	358	+6.55%
	Nombre de diagnostics de tuberculose (pour 100 000 personnes)	83	74.53	-10.2%

Source : Compilé par l'équipe d'étude sur la base du Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

En ce qui concerne les MTN, l'OMS a publié des directives en avril 2020 pour suspendre temporairement la recherche communautaire, la surveillance active et les campagnes d'administration massive de médicaments (AMM) liées aux MTN et encourager une réponse prioritaire au COVID-19, reportant les efforts liés aux MTN jusqu'en juillet 2020<sup>31</sup>. Depuis, les MDA et la notification de la filariose lymphatique, de l'onchocercose, du trachome et de la schistosomiase ont repris en Côte d'Ivoire malgré le COVID-19. Une diminution significative des nouveaux cas est attendue en 2020, à l'exception du pian.

<sup>31</sup> Kabore, A., Palmer, S. L., et al. (2021) Restarting Neglected Tropical Diseases Programs in West Africa during the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned and Best Practices. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene

**Tableau 2: Incidence des MTN avant et après COVID-19**

Indicateur (pour 100 000 personnes)	2019	2020	Taux de changement (%)
<b>Ulcères bleus</b>	4.6	0.88	-80.1%
<b>Lèpre</b>	0.02	0.015	-15.0%
<b>Onchocercose</b>	0.5	0.17	-66.0%
<b>Schistosomiase</b>	0.08	0.07	-12.5%
<b>Flambézia (gonflement des fraises)</b>	5.3	5.81	+9.62%

Source : Compilé par l'équipe d'étude sur la base du Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

#### <Maladies non transmissibles (MNT)>

En 2000, les MNT représentaient 23% de tous les décès précoces, mais en 2016 ce chiffre est passé à 37%. Les principales MNT sont les cardiopathies ischémiques, les maladies respiratoires chroniques, le cancer, le diabète et les maladies mentales ; les facteurs contribuant à l'augmentation des MNT comprennent les changements de mode de vie (manque d'exercice, abus d'alcool et tabagisme) ; les MNT ne sont incluses dans aucun ensemble de prestations, de sorte que plus de 90% des dépenses associées aux MNT sont autofinancées<sup>32</sup>.

Pour améliorer les MNT, le MSHPCMU a renforcé les capacités des établissements de santé en matière de dépistage et de gestion adéquate des cas, a créé 11 unités de gestion intégrée du diabète et de l'hypertension dans les hôpitaux publics (CHR) et a construit des centres de radiothérapie. En outre, le gouvernement a subventionné le coût des médicaments contre le cancer du sein et le diabète, ce qui a fait baisser le coût du traitement de ces maladies. Des mesures ont également été prises pour interdire de fumer dans les lieux publics. Cependant, les activités de contrôle et de prévention des MNT, notamment au niveau primaire, sont encore insuffisantes<sup>33</sup>. De plus, les mesures de lutte contre les MNT peuvent également faire augmenter les coûts des soins de santé nationaux. Comme nous le verrons plus loin, l'Agence française de développement propose d'instaurer une taxe sur le tabac et l'alcool afin d'encourager les gens à améliorer leur mode de vie et de contribuer à renforcer le financement de la santé.

Selon le MSHPCMU, le diagnostic et le traitement du diabète sont couverts par l'assurance maladie dans 33% des établissements de santé, bien que la proportion varie selon le type d'établissement (100% dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), 100% dans les polycliniques, 86% dans les CHR/hôpitaux généraux et 29% dans les établissements sanitaires de premier contact (ESPC)). On observe également des variations régionales : 56% dans les zones

<sup>32</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

<sup>33</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

urbaines et 18% dans les zones rurales. De même, le diagnostic et le traitement des cardiopathies ischémiques sont couverts par l'assurance maladie dans 44% des établissements de santé, avec des variations selon la région (64% en milieu urbain, 32% en milieu rural) et le type d'établissement (100% dans les CHU, 87% dans les CHR/GR, et 41% dans les ESPC)<sup>34</sup>.

### 2.1.2. Systèmes de santé et services de santé publique

L'impact de la guerre civile a entraîné des lacunes dans l'état de développement du système de santé du pays. La Banque Mondiale a notamment identifié : (i) le manque d'infrastructures et de personnel adéquat pour faire face à la croissance de la population ; (ii) la mauvaise qualité des services due à un manque de personnel qualifié et motivé ; (iii) les graves pénuries de consommables, de médicaments et d'équipements ; (iv) la concentration des ressources dans les grandes villes comme Abidjan ; (v) l'accès physique limité aux établissements sanitaires dans certaines régions et le financement insuffisant des soins primaires ; (vi) le manque d'appropriation et de participation des communautés bénéficiaires ; et (vii) la collaboration limitée avec le secteur privé<sup>35</sup>. Voici un résumé de la situation actuelle et des défis à relever pour chaque élément du système de santé.

#### (1) Gouvernance

Le système médical de la Côte d'Ivoire comprend trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Au niveau tertiaire et central, il est géré par le Secrétariat du ministre et le bureau général du niveau central. et le principal prestataire de services est l'hôpital tertiaire, qui est arbitre des établissements de niveau secondaire et fournit les diagnostics et traitements qui ne peuvent pas être effectués au niveau secondaire. Au niveau secondaire et régional, il existe 33 régions sanitaires ; le principal prestataire de services est l'hôpital public, qui est le premier arbitre des établissements de niveau primaire et fournit les diagnostics et traitements qui ne peuvent pas être effectués au niveau primaire. Au niveau primaire et au niveau des services, il existe 113 districts sanitaires chargés de la mise en œuvre des politiques de santé. Le principal prestataire de services est l'ESPC, qui est le point d'entrée des systèmes de santé. Il offre des services simples de prévention, de traitement, d'éducation et de promotion de la santé. Il y a plus de 4 000 établissements publics et privés pour l'ensemble des trois niveaux. En Côte d'Ivoire, le secteur privé joue un rôle important dans la prestation des soins, mais la structure de gouvernance pour

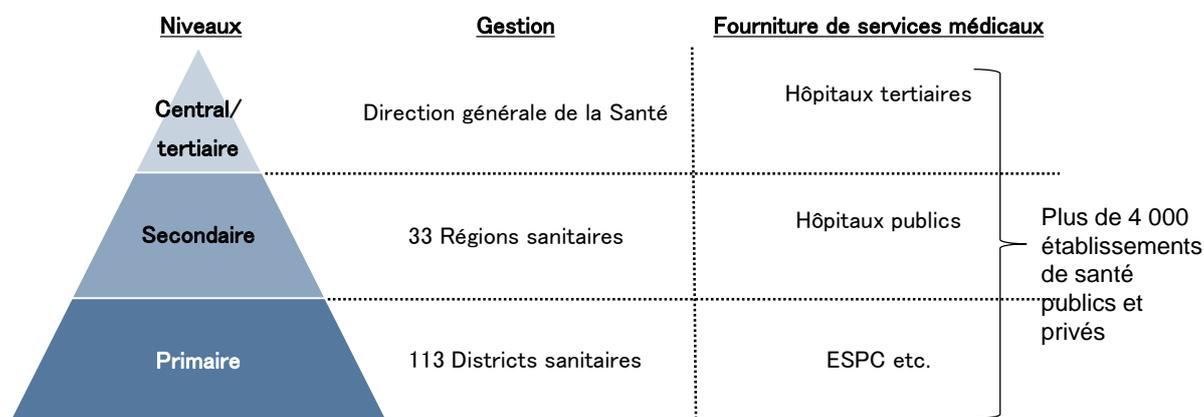
---

<sup>34</sup> MSHP (2016) Évaluation de la Disponibilité et de la Capacité opérationnelle des Services de santé (SARA)

<sup>35</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

sa supervision n'est ni bien définie ni bien réglementée<sup>3637</sup>.

**Figure 4: Pyramide de la Santé de la Côte d'Ivoire**



Source : Compilé par l'équipe d'étude sur la base du rapport de la Banque mondiale

Le processus de décentralisation du système de santé est en cours et le Plan Régional de Développement Sanitaire (PRDS) a été formulé en 2016 avec la participation des acteurs locaux dans 20 districts sanitaires, mais ce plan n'a pas encore été mis en œuvre. Bien que certains efforts aient été faits, les réalisations s'avèrent insuffisantes pour le fonctionnement des régions et districts de santé : un document de politique sur la décentralisation du secteur de la santé n'a pas été élaboré, le système des directeurs de région et de district de santé manque de coordination, le leadership est insuffisant à chaque niveau de la structure de décentralisation, etc. Par ailleurs, bien que le suivi et la supervision de la performance du système de santé doivent être assurés par les mécanismes nationaux et régionaux conformément au plan de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020, ces mécanismes n'ont pas été mis en place et un suivi régulier n'a pas été effectué<sup>38</sup>.

<sup>36</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

<sup>37</sup> Selon le bureau de la JICA Côte d'Ivoire, l'administration et la gestion au niveau central sont assurées par la Direction Générale de la Santé, ainsi que par le Cabinet du Ministre, le Commissariat, les Services Centraux et le Programme de Santé. 2 988 ESPC sont situés au niveau primaire, 141 hôpitaux généraux, 17 centres hospitaliers régionaux et 2 centres hospitaliers spécialisés sont situés au niveau secondaire. Au niveau tertiaire, il existe cinq centres hospitaliers universitaires qui sont des institutions de référence secondaire, l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA), le Centre National de Radiothérapie d'Allassan Ouattara (CNRAO), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), l'Institut national de santé publique (LNSP) et la Nouvelle pharmacie de santé publique (parmi neuf autres instituts nationaux spécialisés). En outre, le secteur privé de la santé contribue à environ 40% de la prestation de services.

<sup>38</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

(2) Financement de la santé

Le financement de la santé est examiné en détail au chapitre 5.

(3) Personnel de santé

L'analyse situationnelle du personnel de santé a mis en évidence la répartition disproportionnée des agents de santé, les faibles taux de rétention dans les zones rurales et reculées et le manque de gestion du personnel dans les établissements de santé privés. Pour améliorer cette situation, le MSHPCMU sera impliqué dans la gestion des mouvements du personnel de santé à l'échelle nationale, en offrant des incitations à l'affectation dans les zones pauvres, des partenariats public-privé dans l'utilisation du personnel de santé et en renforçant les cadres organisationnels qui garantissent la santé et la sécurité du personnel de santé. Le cadre réglementaire devrait être renforcé par le texte.

En ce qui concerne le placement du personnel de santé, les recrutements récents ont considérablement amélioré la proportion de médecins, d'infirmiers diplômés d'État (IDE) et de sages-femmes diplômées d'État (SFDE). Cependant, il y a 0,78 agent de santé pour 1 000 habitants, ce qui est inférieur aux 2,3 pour 1 000 habitants recommandés par l'OMS. En ce qui concerne le déséquilibre des effectifs médicaux, par exemple, comme le montre le tableau ci-dessous, le ratio médecin/population est plus faible dans les régions de CAVALLY-GUEMON, GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO, PORO-TCHOLO-GO-BAGOUE et HAUT-SASSANDRA. En outre, il existe encore des défis en termes de taux de fidélisation et de rétention des travailleurs de la santé dans les zones reculées, et des mesures obligatoires et des incitations sont nécessaires<sup>39</sup>.

**Tableau 3: Répartition des professionnels de santé par état de santé (2017)**

	Régions de santé	Nombre de personnes couvertes par chaque professionnel de santé		
		Médecins	Infirmières	Sages-femmes <sup>40</sup>
1	ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	7 790	3 332	1 400
2	ABIDJAN 2	5 266	3 300	1 245
3	AGNEBY-TIASSA-ME	8 922	1 992	1 246
4	BELIER	6 817	1 890	1 227
5	BOUNKANI-GON-TOUGO	14 971	2 799	2 185
6	CAVALLY-GUEMON	20 496	4 055	2 380
7	GBEKE	12 828	3 034	1 494
8	GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO	18 765	4 117	2 327
9	GÔH	12 116	2 337	1 368

<sup>39</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>40</sup> Rapport entre la population et les femmes en âge de procréer

10	HAMBOL	11 890	2 781	1 603
11	HAUT SASSANDRA	18 032	3 243	1 817
12	INDENIE DUABLIN	9 071	1 809	1 227
13	KABADOUGOU-BA-FING-FOLON	8 831	3 104	1 508
14	LÔH-DJIBOUA	16 472	2 671	1 402
15	MARAHOUÉ	17 623	2 856	1 904
16	N'ZI-IFOU	10 912	2 448	1 643
17	PORO-TCHOLO-GO-BAGOUE	18 760	3 954	2 550
18	SUD-COMOE	5 646	1 605	917
19	TONKPI	15 782	3 203	2 207
20	WORODOU-GOU-BERE	14 518	3 804	2 062
	Total	7 390	2 335	1 333

Source : Compilé par l'équipe d'étude sur la base du rapport du Plan de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2018-2022

En outre, le plan de développement des ressources humaines en santé (PDRHS) 2018-2022 a été formulé et, conformément à ce plan, le plan national d'investissement dans les ressources humaines en santé a été élaboré. Le plan de développement des ressources humaines dans le domaine de la santé vise à assurer à la population un accès équitable à des professionnels de la santé de qualité, et les piliers de sa politique concernant les professionnels de la santé sont (i) l'amélioration de la gouvernance et du financement, (ii) le renforcement des capacités, (iii) le déploiement rationnel, (iv) la rétention, et (v) la collecte et l'utilisation des données relatives aux ressources humaines. En outre, le plan d'investissement dans les ressources humaines de la santé est un plan détaillé visant à concrétiser le plan de développement des ressources humaines de la santé. Toutefois, ces plans n'ont pas été pleinement mis en œuvre en raison du manque de financement.

Dans le cadre de la formation initiale des professionnels de la santé, les modules de l'INFAS ont été révisés pour le dispositif LMD (licence-master-doctorat)<sup>41</sup>. Pour la formation continue, le Programme de développement a formé 1 121 cadres et agents de santé<sup>42</sup>.

La répartition inégale du personnel médical étant un enjeu majeur, il est nécessaire d'optimiser et de gérer le processus de gestion du personnel de santé (recrutement et affectation du personnel, gestion des opérations et des compétences, gestion des contrats, gestion du

<sup>41</sup> Le système LMD est un système d'enseignement supérieur composé de programmes de licence, de master et de doctorat, adopté dans les pays de l'UE et ailleurs. Selon le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, le système LMD vise à répondre aux besoins de qualifications plus élevées, à améliorer l'efficacité interne de l'éducation, à gérer l'offre d'éducation et à développer l'apprentissage tout au long de la vie.

<sup>42</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

personnel, formation)<sup>43</sup>.

Selon la Banque mondiale, les ressources humaines du pays dans le domaine de la santé sont gérées directement par la fonction publique, plutôt que par le MSHPCMU, et les districts et établissements de santé n'ont pas le pouvoir d'embaucher ou de licencier, ce qui limite leur capacité à traiter les problèmes potentiels de qualité au niveau des établissements<sup>44</sup>.

La stratégie de santé communautaire 2017-2021 définit le rôle des agents de santé communautaire (ASC) pour fournir des services de promotion (comportements de base en matière de santé familiale, nutrition, hygiène, utilisation d'eau potable, services de planification familiale, etc.), des services de prévention (comportements de base en matière de santé familiale, etc., comportements de santé, interventions nutritionnelles, interventions en matière d'hygiène, dépistage actif de maladies chroniques telles que l'hypertension, le diabète et le VIH), des services de traitement (gestion intégrée des maladies néonatales et pédiatriques (par exemple, paludisme, infections respiratoires, diarrhée) et des services de suivi et contrôle du traitement de la tuberculose au niveau communautaire. En outre, la stratégie prévoit que les ASC assurent la surveillance des maladies au niveau communautaire grâce à un système d'alerte précoce pour les maladies infectieuses. Toutefois, cette stratégie n'est pas mise en œuvre actuellement<sup>45</sup>. Notez que les ASC en Côte d'Ivoire ne sont pas qualifiées au niveau national.

#### (4) Information sur la santé et utilisation des TIC

En Côte d'Ivoire, le secteur des TIC représente 7 à 8% du PIB, 90% de la population possède un téléphone portable et l'utilisation de l'internet se répand rapidement. En revanche, la numérisation des services publics a pris du retard, et le gouvernement encourage la numérisation des soins de santé dans le cadre de sa politique PND 2016-2020 visant à « intégrer l'utilisation des TIC dans tous les domaines de la vie nationale ».

La plateforme District Health Information System 2 (DHIS2) a été introduite en 2013 et est en cours de déploiement dans tous les districts et établissements de santé. Les établissements primaires utilisent des formulaires papier pour enregistrer les données, qui sont envoyées au district avant le 15 du mois suivant. Les données sont ensuite transmises de la circonscription au niveau national. Cela représente toutefois une charge pour les agents de santé en raison du grand nombre d'indicateurs, et la qualité des données pose problème.

Un problème au sujet des informations sur la santé est que le système national d'information sur la santé n'est pas intégré et prêt à être utilisé pour la planification et la prise de décision. Cela nécessite l'extension de la plateforme DHIS2 à tous les ESPC, aux établissements

---

<sup>43</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>44</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

<sup>45</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

publics, privés et communautaires, ainsi qu'aux établissements de santé des autres ministères, afin de permettre l'interopérabilité des différents logiciels de gestion des données de santé, la production en temps opportun des rapports annuels sur la situation sanitaire (nationale et régionale) et des cartes de santé, et des infrastructures appropriées pour la protection des données et des équipements de gestion desdites données<sup>46</sup>.

Selon le PNDS 2021-2025 (version provisoire d'octobre 2021), il a été démontré que l'utilisation des TIC pour former les professionnels de la santé et soutenir les personnes dans les zones reculées dans la fourniture de services continus à certains patients atteints de maladies chroniques réduit la charge de la COVID-19. L'OMS soutient l'Institut National de la Santé Publique (INSP) dans la mise en place d'une plateforme d'apprentissage en ligne, principalement pour traiter la COVID-19 (lancement prévu fin septembre 2021). Elle est également utilisée pour former les ressources humaines dans le domaine de la santé, notamment la santé maternelle et infantile, et peut former 100 000 personnes en 10 jours.

Le ministère de la Santé a également élaboré un plan national de télémédecine (Plan national de télémédecine 2021-2025 (successeur du PNT 2019-2023)), qui met l'accent sur la télémédecine des établissements de soins secondaires et tertiaires vers les établissements de soins primaires, la surveillance continue de la santé maternelle et infantile et des maladies chroniques, et la mise en œuvre de la télémédecine avancée (principalement les traitements médicaux spécialisés d'urgence). D'autre part, la mise en œuvre sociale présente divers défis, tels que la nécessité de développer des infrastructures et des équipements pour les hôpitaux et les centres de soins, le développement des ressources humaines, le suivi et l'évaluation après l'introduction de la télémédecine, et la mise en œuvre de projets pilotes.

##### (5) Installations, équipements et médicaments médicaux

Le gouvernement et les partenaires de développement sont engagés dans un programme de réhabilitation massive des infrastructures de santé. En termes d'infrastructures, entre 2012 et 2019, 10 hôpitaux généraux ont été construits, 22 hôpitaux d'État (CHR) ont été réhabilités, 78 hôpitaux généraux et 233 centres de santé urbains et ruraux ont été réhabilités. Le nombre total d'ESPC est passé de 2 023 en 2016 à 2 252 en 2017 et à 2 705 en 2019, dont les installations en milieu rural représentaient 73,03% ; le ratio de population des ESPC est passé de 0,9 pour 10 000 habitants en 2017 à 1,05 pour 10 000 habitants en 2019. L'utilisation des services de santé (consultations externes) est passée de 44 % en 2012 à 69 % en 2018<sup>47</sup>.

La gestion et la maintenance des infrastructures, des équipements et des installations techniques impliquent six Centres d'État pour l'équipement, le matériel et la maintenance

---

<sup>46</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>47</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

(CREMM), trois Ateliers de maintenance de district (AMD) et trois CREMM nouvellement créés (Abidjan, Bouaké et Korhogo)<sup>48</sup>. La DIEM manque de budget pour l'entretien des infrastructures et des équipements vieillissants, et manque d'outils pour la gestion en temps réel des infrastructures et des équipements<sup>49</sup>. En outre, le DIEM a envisagé une réorganisation dans le courant de l'année 2021 ; en février 2022, la réorganisation n'a pas encore été mise en œuvre, mais il y aura des modifications du mandat et l'adoption de nouvelles procédures, et il est urgent de renforcer la capacité à faire face à ces changements.

Selon une enquête de 2017, 45% des établissements primaires et secondaires n'ont pas d'électricité, 35% n'ont pas d'eau et 32% n'ont ni eau ni électricité. Selon une enquête d'évaluation de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA) dans cinq domaines, ladite capacité serait en moyenne de 57%, avec 81% pour la prévention des infections, 73% pour les équipements de base, 28% pour les médicaments essentiels, 57% pour le confort et 47% pour les diagnostics. Seuls 22% des établissements disposaient de tous les éléments nécessaires à la prévention des infections, et 4% seulement de tous les équipements nécessaires au diagnostic. En revanche, la situation était différente selon les niveaux, les hôpitaux tertiaires ayant une capacité supérieure (91%) à celle des établissements primaires (55%). Les établissements primaires avaient également une capacité moindre à fournir des services de santé généraux par rapport aux établissements secondaires (56% contre 70%). La chaîne d'approvisionnement en médicaments est marquée par des inefficacités et des ruptures de stock, qui ne sont pas gérées de manière adéquate par le gouvernement. La Nouvelle pharmacie de la santé publique (NPSP) est responsable de l'achat, du stockage et de la distribution des médicaments à tous les établissements publics. La liste des médicaments essentiels donne la préférence aux médicaments génériques et les critères de sélection sont basés sur la sécurité, la valeur thérapeutique et le prix, mais cette liste n'a pas été mise à jour récemment. Les médicaments sont disponibles dans le secteur privé, mais les prix sont élevés, même pour les génériques, à sept fois la norme internationale<sup>50</sup>.

## (6) Qualité des services de soins de santé

Le MSHPCMU a adopté le document de politique nationale d'amélioration de la qualité des soins (PNAQS) pour améliorer la qualité des services de santé. Le document définit un cadre pour améliorer la qualité des services en termes d'offre de soins, d'extension et de renforcement de la gratuité des soins et d'amélioration de l'utilisation des services<sup>51</sup>.

Selon l'indice d'Healthcare Access and Quality (HAQ) de l'Institute for Health Metrics

---

<sup>48</sup> Selon le bureau de la JICA en Côte d'Ivoire, à la fin du mois de février 2022, le CREMM de Bouaké n'est pas encore installé et le CREMM de Korhogo n'est pas encore opérationnel.

<sup>49</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>50</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte D'Ivoire

<sup>51</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

and Evaluation (IHME), la Côte d'Ivoire se classe 187<sup>e</sup> sur 195 pays en termes de nombre de décès qui pourraient être évités si des soins appropriés étaient fournis<sup>52</sup>.

### 2.1.3. Régimes de sécurité médicale

Régimes de sécurité médicale est décrit en détail au chapitre 7.

### 2.1.4. Progrès sur l'ODD 3

La Côte d'Ivoire n'a atteint aucun des OMD liés à la santé (objectifs 4, 5 et 6). Par conséquent, sur la base des enseignements tirés des OMD et afin d'atteindre l'ODD 3 qui consiste à « Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », des initiatives spécifiques ont été mises en œuvre dans le PNDS 2016-2020, le programme multisectoriel de nutrition, le plan stratégique régional de santé 2017-2020, le programme VIH/SIDA au travail, le plan stratégique de suivi et d'examen des décès maternels et des applications, et le plan de développement des ressources humaines en santé 2018-2022, entre autres documents d'orientation. En outre, les réponses aux défis au moment de l'évaluation comprenaient : (i) l'amélioration de l'efficacité de la couverture sanitaire universelle ; (ii) le renforcement du Programme national de santé infantile et du Programme national de nutrition pour répondre aux besoins des enfants ; (iii) le renforcement du Programme élargi de vaccination ; (iv) l'amélioration de la couverture et de la qualité des services de santé, en particulier dans les zones rurales ; (v) le renforcement de l'efficacité du système de santé et l'utilisation accrue des centres de santé dans les zones pauvres, rurales, périurbaines et touchées par la crise ; (vi) l'amélioration des ratios de médecins par habitant, de sages-femmes par femme en âge de procréer, d'infirmières par habitant et d'agents de santé communautaires par village ; (vii) l'accélération de la réponse nationale au VIH et au SIDA, tant dans le domaine du traitement que dans celui de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; et (viii) la réduction des grossesses en milieu scolaire<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte D'Ivoire

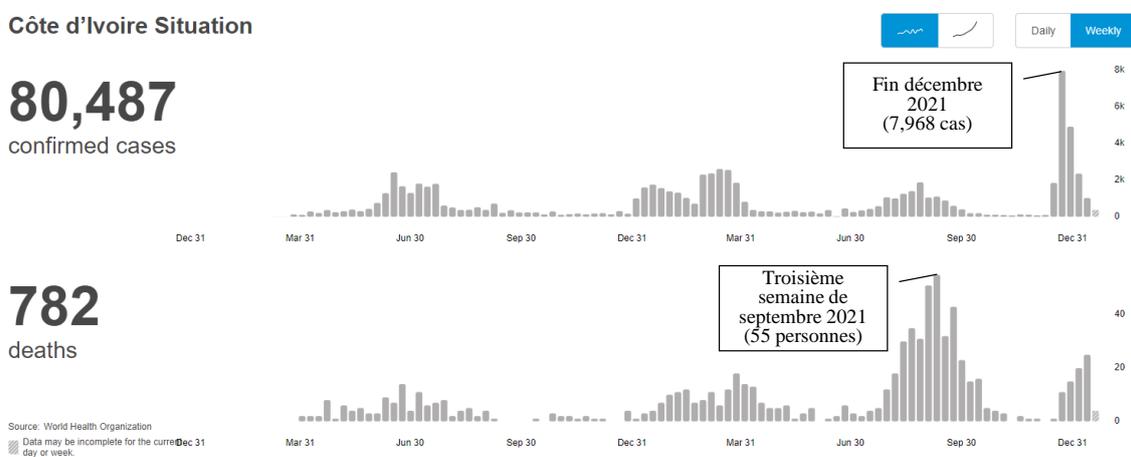
<sup>53</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

### 3. Situation actuelle et mesures contre la COVID-19

#### 3.1. Situation actuelle et mesures pour la COVID-19

En Côte d'Ivoire, depuis la notification des premiers cas en mars 2020, des mesures ont été prises par le Conseil National de Sécurité (CNS), qui a déclaré l'état d'urgence en mars 2020 pour contenir la zone du Grand Abidjan, centre de l'épidémie. Treize centres de dépistage ont été mis en place dans le Grand Abidjan pour isoler, traiter et suivre les personnes infectées. Au 28 janvier 2022, le nombre total de personnes infectées était de 80 487 et le nombre total de décès de 782<sup>54</sup>. Rien qu'en décembre 2021, environ 10 000 personnes ont été infectées en raison du variant Omicron. Le nombre de décès a été d'environ 70 en décembre et janvier, soit une faible proportion du nombre total de personnes infectées. Selon le rapport du CNS, le nombre de personnes infectées a fortement augmenté au mois d'août de cette année en raison de l'arrivée de la troisième vague du variant Delta dans le pays et d'une augmentation du flux humain pendant les vacances d'été. 112 personnes sont décédées en août, ce qui représente 25,4% du nombre total de décès, toutes non vaccinées<sup>55</sup>.

Selon la Banque mondiale, la pandémie de COVID-19 a durement touché l'économie du pays, la croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) ayant été revue à la baisse, passant d'environ 7% avant la COVID-19 à environ 1,8% aujourd'hui.



**Figure 5: Nombre de cas et de décès liés au COVID-19 en Côte d'Ivoire**

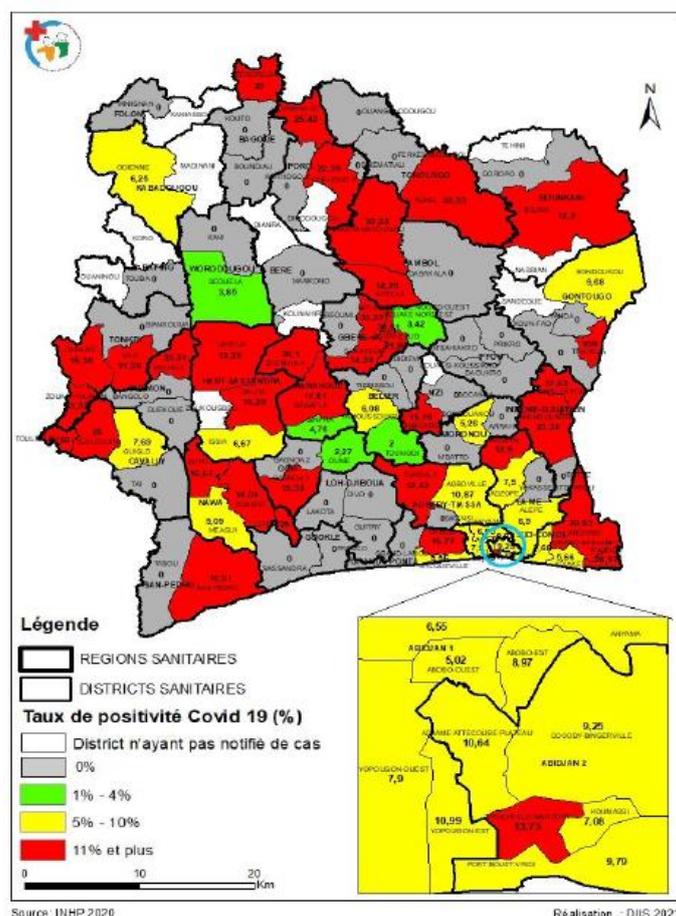
Source : WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard

En 2020, 43 des 113 districts sanitaires (38% du total) avaient un taux de positivité

<sup>54</sup> WHO (2021) WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, <https://covid19.who.int/table>

<sup>55</sup> Le Conseil National de Sécurité, Communiqué du Conseil National de Sécurité 9 Sept. 2021, <https://www.gouv.ci/doc/1631215316Communiqué-du-Conseil-National-de-Sécurité-jeudi-09-septembre-2021.pdf>

cumulé de 5% ou moins, tandis que 39 (35%) avaient un taux cumulé de plus de 10%.



**Figure 6: Taux cumulatif de positivité au COVID-19 par région en Côte d'Ivoire (2020)**

Source : MSHP (2021) RASS2020

### 3.2. Suffisance des vaccins

Le Plan national de vaccination du MSHP/CMU estime qu'environ 19,65 millions de personnes, soit 69,3% de la population totale de 28,35 millions, seront ciblées, ce qui nécessitera 43 675 300 doses de vaccin à raison de deux doses par personne, l'objectif étant d'atteindre 70% de chaque cible d'ici la fin 2021. Les objectifs sont divisés en phases, comme suit<sup>56</sup>.

- Phase 1 (3% de la population totale) : personnel médical, forces de sécurité et de défense, enseignants, etc.
- Phase 2 (17% de la population totale) : personnes âgées de 50 ans et plus, personnes souffrant

<sup>56</sup> MSHP (2021) Plan National de Vaccination et de Déploiement des Vaccins Contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire

de pathologies sous-jacentes, etc.

- Phase 3 (49% de la population totale) : personnes âgées de 16 à 49 ans

Selon la CNS, une importante campagne de vaccination est en cours afin de garantir que les personnes les plus à risque parmi les cibles susmentionnées (personnel de santé, forces de sécurité et de défense, enseignants, personnel judiciaire, travailleurs de l'industrie alimentaire et hôtelière, personnes souffrant de pathologies sous-jacentes et personnes âgées de 60 ans et plus) reçoivent au moins leur première dose de vaccin d'ici le 15 octobre 2021. Une grande campagne de vaccination est en cours. Les vaccins peuvent être obtenus par l'intermédiaire du centre COVAX, de la Banque mondiale, de dons de pays tiers ou d'achats dans le pays d'origine. La CNS déclare avoir reçu 2 257 700 doses de vaccin à ce jour, dont 1 185 530 doses de vaccin Pfizer par le biais du dispositif COVAX le 20 août 2021 et 108 000 doses de vaccin Johnson & Johnson par le biais de l'initiative AVATT le 2 septembre 2021. Environ 20% seulement des 12 131 030 doses commandées ont été reçues. Cela signifie qu'environ 6% seulement des 43 675 300 doses requises pour l'ensemble de la population cible ont été reçues, bien qu'il existe des plans d'approvisionnement de la Banque mondiale et de la Nouvelle pharmacie de la santé publique (NPSP). En octobre 2021, la Banque mondiale a acheté 5 millions de doses de vaccin.

Dans le Grand Abidjan, où surviennent 95% des cas de COVID-19, 55% citoyens ont reçu leur première dose et 34% ont reçu deux doses. Dans le Grand Abidjan, où surviennent 95% des cas de COVID-19, 55% de la population ont reçu leur première dose et 34% ont reçu deux doses. L'achat de vaccins se poursuit, 16,5 millions de doses ayant été reçues à ce jour<sup>57</sup>. Dans le but de promouvoir la vaccination, les doses de vaccins différents seront autorisées à l'avenir, la première dose étant fabriquée par AstraZeneca et la seconde par Pfizer. La vaccination est désormais disponible dans les 113 districts sanitaires de Côte d'Ivoire.

**Tableau 4: Estimation du nombre nécessaire de vaccins contre la COVID-19**

Population totale	Fournisseur de vaccins	Nombre de personnes cibles	Nombre de vaccinations (2 doses)
28 349 073	COVAX : 20%	5 669 815	12 611 600
	Autres : 49,3%	13 976 093	31 063 700
Total	69,3%	19 645 908	43 675 300

Source : MSHP (2021) Plan National de Vaccination et de Déploiement des Vaccins Contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire

<sup>57</sup> CNS (14 janvier 2022), <https://www.gouv.ci/actualite-article.php?recordID=13026&d=1>

**Tableau 5: État de l’approvisionnement en vaccins contre la COVID-19**

Date d’approvisionnement	Source d’approvisionnement	Type de vaccin	Nombre de vaccinations
26 février 2021	COVAX	AstraZeneca	504 000
Après avril 2021	COVAX	AstraZeneca	272 250
Après avril 2021	COVAX	Pfizer	100 620
Après avril 2021	Inde	AstraZeneca	50 000
Après avril 2021	Chine	Pharmaceutique nationale chinoise	100 000
2 août 2021	COVAX	Pfizer	1 180 530
2 septembre 2021	AVATT	Johnson & Johnson	100 800
Sous-total			2 308 200
Incertain			269 500
Total			2 577 700

Source : CNS, « Communiqué du Conseil National de Sécurité », République de Côte d’Ivoire, « Plan opérationnel de vaccination contre la COVID-19 dans le cadre de la riposte contre la maladie à coronavirus en Côte d’Ivoire »

En plus de l’approvisionnement en vaccins susmentionné, le plan d’approvisionnement suivant est mentionné. La source des 16,5 millions de doses de vaccins reçues est inconnue. Le dernier plan, le Plan Vaccins 2022-2023, est en cours de finalisation au sein du gouvernement de la Côte d’Ivoire en vue de sa publication.

**Tableau 6: Plan d’approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 (en date de février 2021)**

Date	Designation	Source/Origine	Quantité	Total
juillet 2021	Astrazeneca	NPSP	500 000	768 800
		France (COVAX)	268 800	
août 2021	Astrazeneca	NPSP	500 000	855 000
		COVAX	355 000	
sept-2021	Astrazeneca	Banque Mondiale	2.000 000	2 000 000
nov-2021	Johnson&Johnson	Banque Mondiale	1 000 000	1 000 000
déc-2021	Johnson&Johnson	Banque Mondiale	1 000 000	1 000 000
janv-2022	Johnson&Johnson	Banque Mondiale	1 000 000	1 000 000
Quantité Total Attendue				6 623 800

Source : République de Côte d’Ivoire, « Plan opérationnel de vaccination contre la COVID-19 dans le cadre de la riposte contre la maladie à coronavirus en Côte d’Ivoire »

### 3.3. Ressources financières et tendances des bailleurs de fonds pour la COVID-19

Le premier budget pour la vaccination est estimé à 104 217 888 692 FCFA (194 944 816 USD), dont environ 83% seront utilisés pour l’achat de vaccins et de fournitures connexes et environ 17% pour les coûts opérationnels. Le dispositif COVAX financera 24 646 708 455 FCFA

(46 068 614 USD), soit 24% du budget total ; dans le cadre du Plan Stratégique de Préparation et de Réponse (PSPR) COVID-19, une stratégie programmatique multiphases avec la Banque mondiale est en cours pour fournir des fonds afin de couvrir les vaccins supplémentaires et les coûts opérationnels, avec un total de 28 137 568 263 FCFA, soit 27% du budget total. L'autre moitié du budget total sera couverte par des partenariats avec des institutions telles que la BAD, la BAsD, la CEDEAO et l'USAID. Le deuxième budget sera examiné après les résultats du premier budget.

**Tableau 7: Première ventilation du budget pour les campagnes de vaccination**

	<b>Objet</b>	<b>Montant total (FCFA)</b>	<b>Montant total (USD)*</b>	<b>Montant total (yen)</b>
1	Gestion et coordination du programme	75 955 000	142 078	14 431 450
2	Planification / préparation	85 839 500	160 567	16 309 505
3	Mobilisation sociale / concertation	1 812 904 417	3 391 129	344 451 839
4	Formation / Réunion	609 158 317	1 139 461	115 740 080
5	Préparation des documents	364 157 482	681 175	69 189 922
6	Obtention des ressources humaines	155 259 000	290 420	29 499 210
7	Équipement de la chaîne du froid	6 553 610 350	12 258 859	1 245 185 967
8	Organe de mise en œuvre / de surveillance	4 300 178 046	8 043 700	817 033 829
9	Matériel de vaccination	3 250 963 927	6 081 092	617 683 146
10	Traitement des déchets	78 390 858	146 634	14 894 263
11	Gestion des effets indésirables des vaccins	376 975 275	705 151	71 625 302
12	Achat de vaccins	86 276 240 869	161 384 059	16 392 485 765
13	Évaluation du processus d'introduction du vaccin	139 127 825	260 246	26 434 287
14	Évaluation de l'impact de la vaccination	139 127 825	260 246	26 434 287
	<b>Total</b>	<b>104 217 888 692</b>	<b>194 944 816</b>	<b>19 801 398 851</b>

※ 1 USD = 534 602 FCFA, 1 JPY = 5 193 FCFA (janvier 2021)

Source : MSHP (2021) RAAS 2020

En mars 2020, le gouvernement de la Côte d'Ivoire a annoncé une aide de 95,88 milliards de FCFA (environ 170 millions de dollars US) pour des mesures de santé en réponse à

la COVID-19. Les fonds ont été utilisés pour établir un système de contrôle et d'isolement des personnes infectées et pour acheter des équipements médicaux. Cette mesure a été suivie d'un plan d'assistance économique de 1,7 trillion de FCFA (environ 3 milliards de dollars) pour soutenir les pauvres et les entreprises<sup>58</sup>. Plus précisément, le gouvernement met en œuvre des politiques fondées sur trois piliers de mesures d'assistance économique, sociale et humanitaire, notamment par le versement d'aides au secteur privé, par le report du paiement des impôts et des cotisations de sécurité sociale, et par l'extension du délai de paiement des factures d'électricité, d'eau et d'autres infrastructures. Pour compenser le manque de ressources financières, le gouvernement émet des obligations d'État sur les marchés financiers régionaux et collecte des fonds auprès de la communauté internationale, notamment le FMI et la Banque mondiale.

En collaboration avec les bailleurs de fonds, le FMI a approuvé un prêt de 886,2 millions de dollars (environ 99,2 milliards de yens) à la Côte d'Ivoire en avril 2020, et la Banque mondiale a approuvé un prêt de 117,7 milliards de FCFA (environ 22,4 milliards de yens)<sup>59</sup>. En juin 2020, la BAD a déboursé un prêt de 75 millions d'euros (environ 9,5 milliards de yens)<sup>60</sup>. Par ailleurs, l'AFD a financé le projet APHRO-CoV dans cinq pays, dont la Côte d'Ivoire, à hauteur de 1,5 million d'euros pour renforcer le système de référence, notamment le diagnostic précoce de la COVID-19 et la coordination entre les institutions médicales<sup>61</sup>. Dans le cadre et en dehors de ces budgets, la Banque mondiale soutient la surveillance du COVID-19, l'achat de vaccins, etc. (voir chapitre 4, 4-1(2), Banque mondiale, pour plus de détails).

**Tableau 8: Soutien financier des bailleurs de fonds (partiel)**

Objet	Montant total (devises respectives)	Montant total (USD)	Montant total (yen)
FMI	-	886 200 000	92 164 800 000
Banque mondiale	FCFA117 700 000 000	220 160 000	22 363 000 000
BAD	EUR75 000 000	86 560 125	9 472 500 000
	Total	1 192 920 125	124 000 300 000

※ 1 USD = 104,29 JPY 1 FCFA = 0,19 JPY、1 EUR = 126,3 JPY (janvier 2021)

Source : Site Web de chaque institution

<sup>58</sup> Ministère des Finances, <https://finances.gouv.ci/actualites/65-contenu-dynamique/actualite/720-point-des-actions-gouvernementales-aux-senateurs>

<sup>59</sup> IMF, Country Report Cote d'Ivoire, <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2020/04/23/Cote-d-Ivoire-Requests-for-Disbursement-Under-the-Rapid-Credit-Facility-and-Purchase-Under-49367>

<sup>60</sup> AfDB, Project Appraisal Report, <https://www.afdb.org/en/documents/cote-divoire-covid-19-response-support-programme-project-appraisal-report>

<sup>61</sup> AFD, APHRO-CoV, <https://aphro-cov.com/le-projet/>

### 3.4. Suffisance de la chaîne du froid, des kits de tests, etc.

Les vaccins sont stockés dans des sites de stockage aménagés par la Direction de coordination du programme élargi de vaccination (DCPEV), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), les districts, etc.<sup>62</sup> Sur les 113 districts sanitaires, 110 ont une capacité de stockage insuffisante et 1 641 réfrigérateurs supplémentaires (pour un coût de 8 802 057 USD) ont été installés. Le renforcement des installations de la chaîne du froid est un défi pour le développement des établissements de santé au niveau du district plutôt qu'au niveau national ou régional.

Les stocks de vaccins sont gérés par SMT et le logiciel SaH Analytics, et les vaccins endommagés sont retournés à la DCPEV. Le plan opérationnel de vaccination comprend le plan de vaccination, les procédures de vaccination, la formation à la vaccination, la sécurité et la gestion des risques.

Le CNS a également déclaré qu'il entendait renforcer les tests PCR et les tests antigéniques gratuits dans les établissements de santé publics et privés. Lors de l'entretien avec le DGS, la délégation a indiqué qu'elle s'attendait à ce que la JICA apporte son soutien pour obtenir des kits de tests PCR et antigènes. En ce qui concerne les kits de tests antigéniques, Das Labor, une entreprise allemande soutenue par le ministère allemand de la Coopération économique et du Développement, a établi la première usine africaine pour la production de kits de tests antigéniques COVID-19 dans la zone économique spéciale de Grand-Bassam, à 30 km au sud-est d'Abidjan. Le 13 août, l'usine a reçu l'autorisation officielle de produire et a commencé ses activités<sup>63</sup>.

### 3.5. Impact de la propagation de la COVID-19 sur le secteur de la santé

L'un des principaux impacts de la propagation de la COVID-19 a été le déclin de l'utilisation des services de santé : selon le MSHPCMU, l'utilisation des services de santé a chuté de plus de 50% entre mars et avril 2020, lorsque l'épidémie a été confirmée.<sup>64</sup> Selon le MSHPCMU, cela est dû au fait que les gens perçoivent les établissements de santé comme le centre de l'infection, et à une réduction du nombre de consultations, car les rassemblements de plus de 50 personnes ont été interdits et les visites à l'hôpital doivent être faites sur réservation. Face à cette situation, des formations du personnel de santé et des campagnes de sensibilisation du public ont été menées pour rassurer les utilisateurs des services de soins de santé.

---

<sup>62</sup> CI, Plan Opérationnel de vaccination contre la COVID-19 dans le cadre de la riposte contre la maladie a coronavirus en Côte d'Ivoire (Février 2021)

<sup>63</sup> JETRO, Brèves d'affaires (3 septembre 2021)  
<https://www.jetro.go.jp/biznews/2021/09/6eca4959bcdd304f.html>

<sup>64</sup> CI, Plan Opérationnel de vaccination contre la COVID-19 dans le cadre de la riposte contre la maladie a coronavirus en Côte d'Ivoire (Février 2021)

En outre, en raison de la privation économique causée par la COVID-19, les groupes vulnérables avaient tendance à dépenser plus pour la nourriture que pour les soins de santé et à compter sur l'automédication pour la prévention et le traitement de la COVID-19. Dans les enquêtes du MSHPCMU, de l'OMS et autres, 144 (18,3 %) des 788 patients séropositifs à revenu réduit ont déclaré avoir des difficultés à accéder aux services de prévention et de soins du VIH<sup>65</sup>. Ainsi, les effets directs et indirects de la COVID-19 ont créé des défis pour l'accès aux services de soins de santé.

---

<sup>65</sup> MSHP, DIIS, WHO, Fonds Mondial, PEPFAR (Juin 2021), Évaluation des effets de la crise sanitaire à COVID-19 sur l'offre et la demande des services VIH en Côte d'Ivoire

## 4. Tendances du soutien des partenaires de développement dans le secteur de la santé, aperçu du soutien de la JICA

### 4.1. Tendances en matière de soutien des partenaires de développement

Les informations obtenues sur le site web et celles obtenues lors des entretiens de décembre 2021 sont résumées ci-dessous.

#### (1) Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>66</sup>

##### 1) Aperçu de la coopération

Le bureau national a été créé en 1961. Il développe et soutient la stratégie pays de l'OMS (5 ans) en accord avec le PNDS de la Côte d'Ivoire. Les principaux domaines de soutien sont le renforcement des systèmes de santé et la gouvernance, les crises de santé publique (y compris les maladies transmissibles et non transmissibles), et la santé maternelle et infantile. Il est également chargé de la coordination avec les partenaires de développement afin d'éviter la duplication des aides et d'encourager une coopération plus efficace.

##### 2) Principaux bailleurs de fonds en Côte d'Ivoire

Les partenaires par le biais d'organisations internationales dans le domaine du financement de la santé comprennent la Banque mondiale et le FMI, tandis que les partenaires bilatéraux comprennent la France et le Japon ; GAVI pour la vaccination, PEPFAR et le Fonds mondial pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, etc., et l'OMS et d'autres organismes pour la santé maternelle et infantile, l'aide à l'amélioration de la qualité des services, etc. Par ailleurs, nous avons demandé à plusieurs reprises de partager la carte des donateurs pour 2018, mais à la fin du mois de février, elle n'est pas disponible.

##### 3) Réflexions sur les défis de la CSU

Si l'accès physique est le plus grand défi, le manque d'accès économique pour les pauvres et le fait que la majorité de la population n'est pas assurée constituent également des défis majeurs. L'équilibre entre les installations de niveau primaire et tertiaire est important, car la construction de grands hôpitaux pose des problèmes en termes de personnel et de maintenance.

##### 4) Santé maternelle et infantile

---

<sup>66</sup> Enquête par entretiens avec des fonctionnaires de l'OMS (28 septembre 2021)

La faible qualité des services est un problème majeur, et il a été convenu que la qualité suivra si les ressources humaines et les installations sont augmentées. En particulier, il y a une pénurie de spécialistes (médecins pouvant pratiquer des césariennes, obstétriciens et gynécologues) et ils sont inégalement répartis dans les villes. Le gouvernement tente donc d'améliorer la qualité des services et de réduire la mortalité maternelle et infantile en plaçant des spécialistes dans les zones rurales.

5) À propos du suivi de la CSU

Une enquête financée par l'OMS pour déterminer les indicateurs permettant de mesurer la CSU a été réalisée en 2015, et une enquête pour suivre les progrès en matière de CSU est actuellement prévue et commencera bientôt.<sup>67</sup> La prochaine SARA devrait également débiter au début de l'année prochaine.

6) À propos de la COVID-19 et des TIC

Nous avons pu confirmer que l'Institut national de santé publique soutient le développement d'une plateforme d'apprentissage en ligne pour la lutte contre les coronaires, mais nous n'avons pas reçu de réponse à nos plusieurs demandes d'avis sur l'utilisation des TIC dans la lutte contre le COVID-19.

(2) Banque mondiale<sup>68</sup>

1) Aperçu de la coopération

- L'objectif principal du projet actuel de la Banque mondiale est le projet d'achat stratégique et d'alignement des ressources et des connaissances dans le domaine de la santé (SPARK-HEALTH). Il s'agit d'un projet de six ans qui a débuté en 2019 et qui vise à fournir des services de santé de qualité pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Le budget se compose de 200 millions USD de l'IDA (crédit) et de 20 millions USD du GFF (subvention). Un montant supplémentaire de 118 millions USD a déjà été décaissé, et des fonds supplémentaires sont prévus pour 2022 et au-delà, qui seront utilisés pour renforcer la CMU. Il se composera de quatre éléments.
  - (i) Renforcement national des achats stratégiques (financement basé sur les résultats (FBR), promotion de la CMU, soutien aux réformes et renforcement des capacités).
  - (ii) Renforcement des systèmes de santé pour une meilleure gouvernance

---

<sup>67</sup> Il est probable que cela suive le Rapport de suivi mondial sur la protection financière en matière de santé (2019), mais une confirmation est nécessaire.

<sup>68</sup> Entretiens avec des fonctionnaires de la Banque mondiale, 15 octobre et 7 décembre 2021.

(réhabilitation, équipement et assainissement, santé reproductive et nutrition, renforcement des ressources humaines en santé et renforcement de la gouvernance), également soutenu par le FNUAP et l'UNICEF. Sur la base des résultats d'une enquête compilée par la Direction des ressources humaines pour 2020, la formation, le déploiement équitable et la rétention du personnel médical (au niveau du premier cycle universitaire) seront abordés. En termes de gouvernance, le système d'information sur la santé est en cours de renforcement et de numérisation ; le dossier médical électronique sera introduit dans tous les hôpitaux régionaux et de district, et il est envisagé pour les établissements de soins primaires. La télémédecine est également incluse.

- (iii) Gestion de projet
- (iv) Contingences, urgences et réponse aux épidémies (CERC : Contingencies, Emergency, Response to Epidemics) : il a été décidé de dépenser 40 millions USD en réponse à la demande du gouvernement avant la formulation du projet dédié au COVID-19.

- Il s'agit d'une réponse au COVID-19, et elle se compose des trois piliers suivants.
  - (i) CERC : réponse immédiate au premier cas positif de COVID-19 dans le cadre de SPARK-HEALTH (iv) ci-dessus. 40 millions USD à dépenser entre mai 2020 et juin 2022.
  - (ii) Projet de préparation et de réponse aux urgences de COVID-19 (projet parent) : surveillance de soutien. 35 millions USD seront dépensés de mai 2020 à juin 2022. Le projet soutiendra : 1) la détection précoce des infections, la gestion des cas et les mesures de prévention des infections (93,6 millions USD) ; 2) la communication et l'engagement communautaire (pour lutter contre l'évasion vaccinale) (1,9 million USD) ; et 3) la gestion du projet (4,4 millions USD), notamment numérique (création d'une plateforme en ligne) pour les campagnes de vaccination).
  - (iii) Financement additionnel (FA) COVID-19 : soutien à l'achat de vaccins et aux coûts opérationnels, qui devraient s'élever à 1,0 million USD entre mai 2021 et juin 2022, pour atteindre 5,6 millions de personnes (19% de la population). En octobre, 5 mois se sont écoulés et 51 millions de dollars ont été dépensés pour acheter 5 millions de doses de vaccin, COVAX ayant acheté le vaccin Sinopharm et AVATT le vaccin Johnson & Johnson.
  - (iv) Un deuxième financement supplémentaire pour la COVID-19 est en cours

de préparation avec la Banque asiatique d'investissement dans les infrastructures (AIIB) ; l'AIIB contribuera à hauteur de 100 millions d'USD et la Banque mondiale à hauteur de 14 millions d'USD. L'objectif est de renforcer le système ainsi que l'approvisionnement et la distribution des vaccins, y compris l'introduction de cliniques mobiles qui seront utilisées dans les campagnes de vaccination communautaires, les services de vaccination de routine pour les zones rurales et la fourniture de la télémédecine.

- PASA (Programmatic Advisory Services and Analytics). Soutien technique et opérationnel de 800 000 dollars pour trois ans à partir d'octobre 2020. L'objectif est d'améliorer la qualité des services de santé, d'accroître la mobilisation des ressources et de garantir une utilisation équitable et efficace des ressources internes et externes pour la santé.

## 2) La relation entre le programme FBR et la CMU

Le programme SPARK a été lancé en 2016. L'objectif est d'accroître la qualité des soins, l'autonomie des établissements sanitaires (ES) et la motivation. De 18% au départ, le programme a été étendu à 60% des districts de santé ; les ES ont reçu des comptes bancaires et pouvaient recevoir des fonds directement. Chaque ES est tenu de préparer un plan d'activités (PA) et de produire des résultats conformément au PA. Une fois par trimestre, une vérification est effectuée par l'ONG et l'ES est payé en fonction de ses résultats. La moitié de l'incitation est utilisée pour la motivation du personnel et l'autre moitié pour le renforcement de l'ES. Lors de la mission de supervision actuelle, il a été observé qu'en réalité la motivation est souvent réduite à 30-40% et que le reste est utilisé pour renforcer l'ES (par exemple, pour le traitement des eaux de drainage). Il est prévu d'étendre ce programme à tous les districts sanitaires d'ici 2022. Actuellement, la plupart des fonds proviennent de la Banque mondiale, mais il est prévu que le gouvernement contribue au financement, par étapes. La question est de savoir ce qu'il faudra faire si le gouvernement ne peut pas couvrir les coûts en raison d'un manque de budget.

## 3) Défis pour la CMU

La Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), en tant qu'agent d'achat, est l'agence de mise en œuvre du MEPS, mais les parties prenantes ne sont pas coordonnées au sein de la CMU, car la prestation de services de santé est effectuée au sein de la MSHPCMU, y compris le service médical gratuit Ciblée. La CNAM gère également deux régimes et est chargée à la fois de la gestion des ressources et de la

réglementation. D'autre part, il s'agit d'une agence externe qui n'a pas de fonction de coordination politique. Le bureau du Premier ministre a donc mis en place un comité de pilotage avec 110 parties prenantes, mais cela n'a pas fonctionné. Il n'y a pas eu de point focal au sein du ministère de la Santé. Parmi les difficultés opérationnelles, on peut citer l'ensemble limité de prestations, qui ne couvre pas les soins préventifs, le diabète et l'hypertension, et le fait que la CMU n'est pas pour les groupes vulnérables qui en ont réellement besoin <sup>69</sup>. En 2022, la Banque mondiale envisage d'encourager la restructuration du programme de CMU.

#### 4) Santé numérique

L'une des priorités du ministre est la numérisation, et il a également soutenu la création d'un centre de données. Les données électroniques (données du FBR, des établissements privés et de la CMU (CNAM)) seront toutes intégrées dans un système de santé électronique. Il s'agit d'un financement supplémentaire du MOP PAGDS (MPE), et un projet d'amélioration de la gouvernance est en cours.

### (3) Banque africaine de développement<sup>70</sup>

#### 1) Aperçu de la coopération

Il n'y a pas de projets dédiés à la santé, mais les quatre programmes/projets suivants comportent une composante santé.

- (i) Projets d'assainissement et d'amélioration du cadre de vie d'Abidjan (PAACA) : lutte contre les maladies d'origine hydrique et construction de centres de santé.
- (ii) Projets multisectoriels (projets de filets sociaux productifs) : protection sociale (y compris la construction de 11 centres sociaux), emploi des jeunes et construction de 40 centres de réhabilitation. Formation de professionnels de la santé en matière de santé maternelle et infantile, ainsi qu'une étude de faisabilité visant à créer une base de données de 96 centres sociaux. La gestion sociale concernera également les personnes âgées. Le montant total de l'aide est de 11 à 12 millions d'euros.
- (iii) Projet d'appui au programme social du Gouvernement (PA-PS Gouv) : lancé en tant que projet de la Banque mondiale, avec l'appui de la BAD. Le soutien total

---

<sup>69</sup> Les membres de la CMU sont des fonctionnaires, des travailleurs salariés, des indépendants et autres, mais il convient de souligner que la plupart des paiements sont effectués à des fonctionnaires. Les fonctionnaires sont couverts par un syndicat distinct, la MUGEF-CI, qui s'occupe de leur assurance maladie. D'autre part, il a été commenté que la MUGEF-CI ne couvre pas les médicaments, donc elle facture la CNAM.

<sup>70</sup> Enquête par entretiens avec des fonctionnaires de la BAD (21 septembre et 7 décembre 2021)

de la BAD s'élève à 79 millions d'euros en 2019 et à 75 millions d'euros en 2020. 100 000 ménages sont ciblés. La BAD soutient également la création de l'Association d'épargne villageoise, qui vient en aide aux parents ayant des enfants d'âge scolaire, touchant ainsi un total de 250 000 ménages. En 2020, elle commencera également à financer les PME dans le cadre du programme COVID-19, qui n'est pas directement lié aux soins de santé primaires, mais qui renforcera les infrastructures, les conditions favorables et les capacités.

- (iv) Programme d'appui aux réformes économiques et sociales (PARES), phase 1 (2019-2021) et phase 2 (2022) : prêts-programmes dans le budget financier général pour fournir un soutien selon une matrice politique convenue. Les résultats escomptés comprennent le soutien au renforcement de l'inclusion sociale en tant que sous-composante de la composante 2, qui appelle au renforcement de la protection sociale et de la gestion de l'assurance sociale, et la matrice politique comprend l'adoption de la loi sur la réforme des hôpitaux et l'adoption de lois établissant l'assurance sociale des indépendants. La phase 2 envisage actuellement l'adoption d'un plan de déploiement du vaccin COVID-19 et la promotion d'une réglementation détaillée pour la mise en œuvre de la loi sur la réforme hospitalière.

## 2) Réflexions sur les défis de la CSU

La coordination entre les différentes organisations gouvernementales, telles que le ministère de l'emploi et de la protection sociale et le MSHPCMU, et l'identification des pauvres (c'est-à-dire ceux qui ont droit à un traitement gratuit) posent des problèmes. Il est également important d'améliorer les infrastructures, le soutien en équipements et la qualité des soins. Il est également difficile de traiter le secteur informel en relation avec le système de soins de santé gratuits. L'amélioration de l'accès dans les zones rurales est également une question importante. Il est nécessaire d'identifier les besoins et de trouver des sites pour les centres de santé. La construction de centres de réhabilitation et la fourniture d'équipements médicaux sont également importantes. Les districts sanitaires devraient être renforcés dans le cadre du processus de décentralisation. Les questions relatives au système de santé comprennent la formation des professionnels de la santé (y compris l'utilisation de la santé numérique) et l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels. La responsabilisation des professionnels de la santé doit également être améliorée.

## 3) Points de vue sur l'utilisation de la santé numérique pour atteindre la CSU

La santé numérique est importante, car elle permet de réduire la paperasse pour les professionnels de la santé et peut être utilisée pour former des professionnels de la santé dans des zones reculées, fournir de la télémédecine, surveiller les prescriptions des patients et améliorer la sensibilisation pour encourager l'utilisation des services de santé. Cela est particulièrement important en période de COVID-19. Le transport de médicaments, de sang et de vaccins par drones est également préconisé.

#### 4) Indicateurs pour les projets de prêt concernant la santé

Il existe des indicateurs de résultats tels que le nombre de centres de santé construits et le nombre d'agents de santé formés, mais pas d'indicateurs d'impact (le nombre de personnes utilisant les centres de santé et le niveau de développement des compétences des agents de santé). La santé est une sous-composante du projet, donc on ne s'y intéresse pas beaucoup.

#### (4) Agence française de développement (AFD)<sup>71</sup>

##### 1) Aperçu de la coopération

La coopération, qui s'élève actuellement à 200 millions d'euros (100 millions d'euros de prêts gouvernementaux et le reste en subventions du gouvernement français), porte sur les trois questions suivantes :

- (i) Renforcement du système de santé : création et réhabilitation d'hôpitaux, et création de centres de transfusion sanguine (principalement dans le Nord-Ouest) ; achèvement de la réhabilitation des 4 hôpitaux (San Pedro, Soubré, Duekoue et Guiglo) d'ici 2022 ; et création de 4 hôpitaux (Odienné, Tengrela, Bondoukou et Tanda) dont 4 étaient initialement visés. L'étude de deux des quatre hôpitaux initialement ciblés (Odienné, Tinguera, Munduk et Tonda) a commencé. En outre, un consultant sera sélectionné pour 8 hôpitaux dans la région du Grand Abidjan ; nous sommes conscients du soutien de la JICA à la santé maternelle et infantile et il pourrait y avoir un potentiel de collaboration avec l'AFD pour renforcer les services de soins de santé.
- (ii) Renforcement du secteur pharmaceutique : appui aux organismes publics d'accréditation (IFP, Pharmacie Centrale, MBSP, DAP, ANSP, Centre national de transfusion)
- (iii) Développement des ressources humaines dans le domaine de la santé : renforcement des infrastructures et de l'enseignement à l'INFAS, soutien à la

---

<sup>71</sup> Enquête par entretiens auprès des responsables de l'AFD (6 septembre 2021)

formation, développement des diplômes, réforme des hôpitaux (reflétant la décentralisation). Autres mesures contre le COVID-19 : renforcement des mesures de laboratoire en collaboration avec l'Institut Pasteur, soutien financier, etc. Sur les 100 millions d'euros (prêt), 18 millions d'euros ont été alloués aux mesures contre le COVID-19.

Des négociations sont en cours entre les gouvernements français et ivoirien sur le prochain milliard d'euros d'aide.

## 2) Défis pour la CSU

- (i) Amélioration de la qualité des services de santé : mise en œuvre de projets par l'intermédiaire de l'AFD ainsi que de projets de prêts privés (IPPH) pour améliorer la qualité des services de santé dans chaque établissement de santé (en particulier pour assurer la qualité des hôpitaux privés où la moitié de la population se rend, car il n'existe aucune réglementation pour eux).
- (ii) Développement des infrastructures et des ressources humaines : formation des hôpitaux et du personnel médical, soutien au renforcement de leurs compétences pour répondre aux normes internationales, soutien aux institutions médicales internationales et nationales (soutien à l'autonomie et à la planification médicale, car il n'y en a pas).
- (iii) Renforcement de la décentralisation : il n'existe pas de plan directeur pour les soins de santé (y compris le secteur public, le secteur privé et le système d'orientation) dans chaque province sanitaire (il n'existe pas de plan directeur dans chaque province sanitaire pour indiquer quel traitement les patients doivent recevoir et où ils doivent le recevoir, seul Anivyasa a un PDRS). Une stratégie générale a été formulée pour 2019, mais elle est encore en cours de finalisation. Une politique de décentralisation pour le développement des ressources humaines est également à l'étude, et elle sera discutée entre les gouvernements français et ivoirien.
- (iv) Coopération insuffisante entre les bailleurs de fonds et le gouvernement
- (v) Traitement du personnel médical : il n'existe pas de salaire spécial pour les médecins spécialisés. L'allocation pour les médecins affectés dans les zones rurales (éloignées) est également insuffisante.
- (vi) Réflexion sur un modèle de financement pour les soins de santé universels : des primes d'assurance pour le secteur informel, des taxes (tabac, alcool), etc. sont envisagées.

3) Santé maternelle et infantile

Le vieillissement des installations hospitalières, le manque d'organisation locale et de formation du personnel médical, l'absence d'une organisation appropriée pour gérer les finances et la qualité des services fournis par les hôpitaux publics et privés.

4) Réforme hospitalière

La décision a été prise de mettre en œuvre la réforme hospitalière en 2019. L'objectif est d'améliorer la gestion des hôpitaux, notamment la coopération entre les différents hôpitaux (hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux, hôpitaux de l'État de santé et établissements de santé).

5) Besoins de soutien

Le soutien au développement des ressources humaines fait défaut et le gouvernement prévoit d'investir dans les universités locales d'ici 2025. Le développement des ressources humaines est nécessaire pour améliorer la qualité des services de santé. Dans la situation actuelle, le développement des ressources humaines et la qualité des services ne sont pas à la hauteur des investissements dans les infrastructures.

6) Possibilité de coopération avec la JICA

Il y a possibilité d'une collaboration entre la JICA et l'AFD dans le développement des infrastructures (rénovation des hôpitaux) et les mesures de santé maternelle et infantile. En particulier concernant la construction du bâtiment mère-enfant du CHU Bouaké, le MSHPCMU souhaite une installation similaire au CHU Cocody soutenu par la JICA, mais comme le montant d'argent est important, ils aimeraient discuter de la possibilité d'un investissement conjoint avec la JICA.

(5) Expertise France<sup>72</sup>

1) Aperçu de la coopération

Grâce à la stratégie SUCCESS (Scale Up Cervical Cancer Elimination with Secondary Prevention Strategy), Expertise France travaille à l'élimination du cancer du col de l'utérus. Le cancer du col de l'utérus est un défi dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais il est curable avec un vaccin et une détection précoce, conformément à la stratégie de l'OMS de 90% de vaccination, 70% de dépistage et 90% de traitement d'ici 2030. Ils travaillent avec l'OMS, Unitaid, JHPIEGO (une ONG américaine), UICC

---

<sup>72</sup> Étude des entretiens avec les responsables d'Expertise France (15 septembre 2021)

(Union internationale contre le cancer) et d'autres. SUCCESS est également actif au Burkina Faso, au Guatemala et aux Philippines. Les coûts des tests et du traitement sont couverts par le projet. Il n'a pas encore été décidé si le cancer du col de l'utérus sera couvert par la CMU.

## 2) Financement de la santé

L'OMS organise un groupe de travail sur le financement de la santé, qui devait tenir des consultations avec les partenaires du développement en avril 2021, mais n'a pas pu le faire. Outre les agences françaises, la Banque mondiale, USAID et d'autres y participent. Le gouvernement n'a pas précisé la voie à suivre pour renforcer le financement de la santé, malgré son engagement en faveur d'un système de santé universel. Il n'existe de stratégie pour aucun des quatre aspects du financement de la santé : la collecte de recettes, les achats, la mise en commun et le conditionnement, ce qui soulève des questions sur l'approche du gouvernement. Par exemple, le dépistage du cancer aurait dû être inclus dans le paquet de base comme recommandé par l'OMS, mais il ne l'est pas, et les services que les gens désirent ne sont pas inclus dans le paquet actuel. Il n'est pas non plus clair si la CNAM est un agent d'achat unique.

## 3) CMU

En pratique, la CMU ne fonctionne pas ; elle a démarré en novembre 2019, mais il est question que les paiements des patients restent inchangés. La prime actuelle de 1 000 FCFA par mois est insuffisante, car elle est la même pour toutes les catégories de revenus et elle est régressive.

## 4) Renforcer les infrastructures

Il est nécessaire de renforcer les centres de soins de santé locaux comme le prévoit le gouvernement. Une version actualisée de la SARA est nécessaire. Si un prêt de la JICA doit être utilisé pour le soutien aux infrastructures, nous aimerions collaborer avec la JICA sur la partie soft.

## 5) Exemples d'utilisation des TIC

Le projet SUCCESS utilise le système de suivi DHIS2, qui envoie par SMS les résultats des diagnostics, les rappels de dépistage primaire et secondaire, etc. En Côte d'Ivoire, la couverture SMS des autorités nationales est supérieure à 60%, et il existe un intérêt pour l'intégration des données, mais la protection des données personnelles doit être prise en compte.

(6) Programme d'Appui aux Stratégies Sociales (PASS)<sup>73</sup>

1) Aperçu de la coopération

Le PASS milite pour l'amélioration du secteur de la santé et le soutien à la CSU en Côte d'Ivoire. Plus précisément, il soutient la santé communautaire par le biais d'installations sanitaires décentralisées, en utilisant les centres de santé comme pilotes. Alors que les centres de santé du secteur public sont confrontés à des défis majeurs en termes de ressources humaines, d'infrastructures et de qualité, les structures décentralisées ont montré qu'elles fonctionnaient très bien.

2) Défis pour la CSU

Actuellement, 10% de la population du secteur formel est couverte par l'assurance maladie, tandis que la majorité du secteur informel, tant urbain que rural, est quasiment sans protection. En matière de santé communautaire, la CNAM, l'Association nationale des organisations professionnelles agricoles de Côte d'Ivoire (ANOPACI) et le Centre ivoirien de recherches économiques et sociales (CIRES) promeuvent l'adhésion à la CNAM dans les zones rurales. Le gouvernement s'implique également dans ce domaine et, en juin 2008, il a adressé un avis officiel à trois groupes d'agriculteurs — producteurs de canne à sucre, d'huile de palme et de graines de coton — pour qu'ils rejoignent la CNAM, mais cela a été difficile. La prime de 1 000 FCFA par personne et par mois est importante lorsque le ménage compte de sept à huit membres. Le seuil de pauvreté est d'environ 200 000 FCFA par an<sup>74</sup>, et pour une famille de sept personnes la prime s'élèverait à 84 000 FCFA. Deuxièmement, les trois groupes mentionnés ci-dessus ont été faciles à organiser en raison de leurs cultures d'exportation, mais il n'y a pas d'adhésion pour les petits agriculteurs produisant d'autres aliments. Nous pouvons également souligner le problème de la qualité des soins de santé. Les gens pensent que le service ne vaut pas la prime. Cependant, la plateforme considère la CMU comme un outil financier et est d'avis que la qualité et l'accès doivent être améliorés.

3) La relation entre la CMU et le système de santé

Le système de santé du MSHPCMU se compose d'une vingtaine de programmes

---

<sup>73</sup> Enquête par entretiens avec les responsables du PASS (24 septembre 2021)

<sup>74</sup> Pour être précis, le seuil de pauvreté international est de 473 FCFA/jour (172 645 FCFA par an), tandis que le seuil de pauvreté fixé par la Côte d'Ivoire (seuil national de pauvreté) est de 269 075 FCFA par an. Il s'agit là de données de 2015 et, compte tenu de la croissance économique enregistrée depuis, il est probable que le nombre de pauvres ait considérablement diminué, mais on peut comprendre que les dépenses d'assurance maladie aient un impact important. (Et en cas de maladie réelle, un supplément de 30 % du coût est versé au guichet).

verticaux, qui n'ont pas la latitude des établissements de santé ou des districts sanitaires pour répondre aux besoins sanitaires locaux. Nous pensons que la déconcentration, suivie de la décentralisation, est un moyen efficace d'y remédier. Actuellement, les agents au niveau du district ont peu de pouvoir discrétionnaire, mais en donnant un pouvoir discrétionnaire au médecin-chef, il sera possible de répondre aux besoins locaux et d'allouer des ressources humaines dans les régions éloignées. Dans le cadre de la santé communautaire, il a été décidé de responsabiliser chaque établissement de santé, mais il n'y a toujours pas de pouvoir discrétionnaire sur les ressources, donc les résultats sont limités. Des discussions politiques sont en cours avec le ministère de l'Intérieur, qui est responsable de la décentralisation. Le gouvernement entreprend actuellement une réforme de la gestion des finances publiques (GFP), et un certain nombre de changements sont intervenus dans le secteur de la santé.

#### 4) Investissements dans les infrastructures

Bien que le gouvernement entreprenne un vaste projet d'infrastructures hospitalières appelé UPPH (Unité de pilotage du programme hospitalier), la gouvernance des établissements de santé publique est très faible, car il n'y a pas de pouvoir discrétionnaire, et souvent le personnel est soit non envoyé, soit absent. Faute de confiance, il ne sert à rien de seulement construire des infrastructures.

### (7) Global Financing Facility (GFF)<sup>75</sup>

#### 1) Aperçu de la coopération

Elle a commencé son travail dans le pays en 2018. Il s'agit de la principale plateforme de financement soutenant la stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants (*Every Woman Every Child*), qui vise à améliorer la santé génésique et la santé et la nutrition des mères, des enfants et des adolescents. Elle soutient l'élaboration et la mise en œuvre des politiques dans le pays, mobilise des fonds sur la base de résultats et encourage les partenariats par le biais d'une plateforme multipartite. Ses quatre activités spécifiques sont les suivantes.

- Gestion de la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS), une plateforme de coordination, d'action efficace et de suivi des acteurs du secteur de la santé.
- Élaboration de plans d'investissement pour le financement intérieur et extérieur du secteur de la santé

---

<sup>75</sup> Enquête par entretiens avec des fonctionnaires de la GFF (3 décembre 2021)

- Réforme du financement de la santé conformément au plan d'investissement
- Suivi de la mise en œuvre du plan d'investissement

## 2) Défis pour la CSU

Outre le fait que les dépenses de santé du gouvernement restent à un niveau d'environ 7% par an (l'objectif de la déclaration d'Abuja est de 15%), la plupart de ces dépenses sont consacrées à l'expansion des services de santé au niveau tertiaire. Il est donc urgent d'améliorer les services de santé au niveau primaire, en particulier les établissements de santé. Même si les établissements de santé ont été rénovés, nombre d'entre eux ne sont toujours pas en mesure de fournir des services en raison du manque d'équipements modernes. En outre, le gouvernement s'est engagé à réformer la gestion des finances publiques (GFP), ce qui, en cas de succès, conduira à une gestion financière plus efficace.

## 3) PNCFS

Le PNCFS est pratiquement inactif depuis la mort du précédent Premier ministre, qui l'avait fondé. Le PNCFS est composé de quatre acteurs principaux : le ministère de la Santé, les autres ministères concernés, le secteur privé et la société civile.

## (8) Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)<sup>76</sup>

### 1) Aperçu de la coopération

- En Côte d'Ivoire, huit programmes sont mis en œuvre dans quatre domaines : 1) la santé reproductive, 2) le soutien aux enfants et aux jeunes, 3) le soutien aux femmes et 4) le soutien communautaire. Il s'agit plus précisément de la promotion de la santé sexuelle et reproductive et du planning familial, de la sensibilisation des communautés, du développement des ressources humaines pour améliorer la qualité des services de santé et de l'éducation sexuelle des jeunes et des adolescents.
- Les activités spécifiques du plan quinquennal (résultat 1 du plan : santé sexuelle et reproductive 2021-2025) sont les suivantes.
  - Promotion du planning familial : le nombre et le moment des grossesses ne sont pas contrôlés de manière adéquate. La planification familiale est également encouragée pour réduire la mortalité maternelle.
  - Formation continue pour les sages-femmes : Nous soutenons le mentorat pour les sages-femmes. La disponibilité limitée des stages constitue un défi.
  - Soutien à la mise en réseau des établissements de santé : nous avons créé un

---

<sup>76</sup> Enquête par entretiens avec des fonctionnaires du FNUAP (26 novembre 2021)

établissement de santé doté d'une fonction de centre d'excellence à partir duquel d'autres établissements de santé peuvent être encadrés. Il en va de même pour la distribution des médicaments.

## 2) Défis pour la CSU (principalement dans le domaine de la santé maternelle et infantile)

- Le personnel médical est confronté à trois problèmes principaux.
  - Affectation disproportionnée et faible qualité du personnel médical : la faible affectation aux zones rurales pourrait être résolue en offrant des incitations à l'affectation en milieu rural.
  - Formation continue insuffisante pour renforcer les capacités des professionnels de la santé : bien qu'il existe des établissements d'enseignement spécialisés pour former les médecins, les sages-femmes et le personnel de laboratoire, les possibilités de formation continue sont limitées une fois que les professionnels de la santé commencent à travailler.
  - Manque de spécialisation du personnel de santé : il y a des médecins généralistes, mais seulement un nombre limité de gynécologues, et un nombre insuffisant de médecins pouvant intervenir pour prévenir les décès maternels et traiter les fistules.
- L'FNUAP a dispensé une formation aux agents de santé communautaire (ASC) et leur a demandé de signaler les cas de décès.
- Le gouvernement recommande aux femmes de rester dans les établissements de santé pendant 72 heures après l'accouchement, mais il n'y a qu'un seul lit dans les établissements de santé ruraux, et lorsque le calendrier des accouchements est chargé, les femmes sont parfois obligées de partir dans les 72 heures pour faire de la place pour l'accouchement suivant.

## 3) Mesures contre la COVID-19

La réponse a été mise en place dès les premiers jours de la pandémie en mars 2020. À l'époque, les professionnels de la santé abandonnaient leur travail, parfois par peur de se contaminer, alors nous leur avons fourni une formation et les avons encouragés à rester au travail. Nous avons encouragé les personnes qui hésitaient à se rendre dans les centres de santé à les utiliser. Nous avons également fait appel aux chefs religieux influents de la communauté pour aider à contrôler le nombre de nouvelles infections en promouvant la prévention des infections et la vaccination dans la communauté. D'autre part, la quantité de vaccins est toujours perçue comme insuffisante.

#### 4.2. Aperçu du soutien de la JICA

Depuis juillet 2017, la formation d'un programme visant à soutenir la réalisation d'une situation où « les femmes et les enfants, y compris les pauvres, ont accès à des services de santé maternelle et infantile de qualité (soins prénatals, accouchement et soins aux nouveau-nés) lorsqu'ils en ont besoin, à un coût qu'ils peuvent se permettre » a été envisagée. Le programme visait le district pauvre d'Abobo, dans le Grand Abidjan, et consistait en la construction du Centre de santé maternelle et infantile du CSU de Kokodi (aide non remboursable), un projet de coopération technique visant à renforcer les soins continus à la mère et au nouveau-né, un projet de coopération technique visant à soutenir le système de sécurité sanitaire, l'envoi d'un conseiller de programme et l'octroi de prêts de politique de développement. L'objectif était de contribuer au système de santé universel en apportant un soutien tant du côté de l'offre que de la demande. Un projet de coopération technique visant à améliorer le continuum des soins de santé à la mère et au nouveau-né est actuellement mis en œuvre avec le même objectif.

**Tableau 9: Coopération de la JICA dans le secteur de la santé (depuis 2015)**

Année du projet	Schème	Nom du projet	Aperçu	Montant de la coopération (Unité : milliards de yens)
2021	Aide non remboursable	Plan visant à améliorer la capacité de gestion des frontières pour répondre aux crises de santé publique, y compris la COVID-19 (collaboration OIM)	Mise en place d'installations de santé publique de base et d'équipements connexes, y compris des mesures de lutte contre la COVID-19, aux frontières de l'« Anneau de croissance » de l'Afrique de l'Ouest, un important corridor économique international.	5.44
2019-2024	Coopération technique	Projet d'amélioration des soins continus pour les femmes enceintes et les nouveau-nés	Développer un modèle de soins maternels et néonataux en Côte d'Ivoire, réfléchir aux directives nationales, mettre en œuvre et valider le modèle, et l'intégrer dans la formation des professionnels de la santé, afin d'améliorer la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé ciblés et d'accroître l'utilisation de	6

			ces établissements par les patients, contribuant ainsi à une réduction des décès maternels et néonataux dans les zones relevant des établissements de santé ciblés.	
2019	Aide non remboursable	Projet de développement du CHU de Cocody pour améliorer les services de santé maternelle et infantile dans le Grand Abidjan	Agrandissement des services d'obstétrique, de néonatalogie et autres de l'hôpital universitaire de Cocody, et amélioration de l'équipement.	41.63
2018-2020	Coopération technique	Conseiller auprès du ministère de la Santé	Conseiller sur la politique de santé, la conclusion d'accords et la coordination avec d'autres partenaires de développement.	NA
2017	NA	Enquête d'identification de la pauvreté	Collaboration avec la Banque mondiale pour identifier les plus pauvres.	NA
2015-2019	NA	Projet de renforcement du réseau régional du personnel de santé	NA	NA

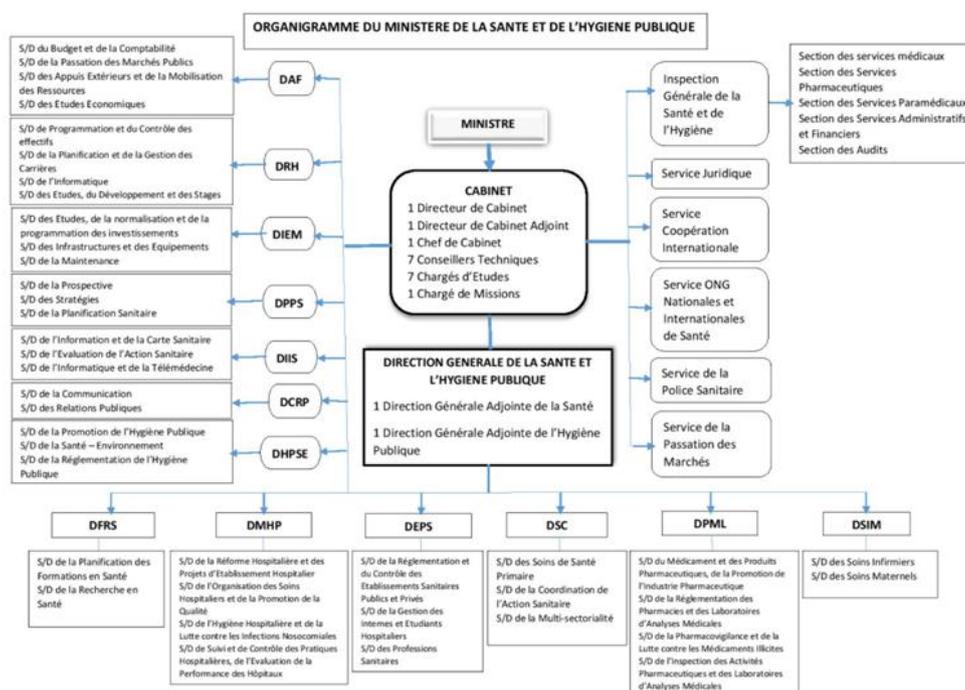
Source : Compilé par l'équipe d'étude sur la base du site web de la JICA

## 5. Résultats de la compilation d'informations et de l'analyse des questions sur les politiques du secteur de la santé, la planification budgétaire et les lacunes financières

### 5.1. Politique du secteur de la santé

<Administration de la santé>

En avril 2021, à la suite d'un remaniement ministériel, il a été annoncé que l'ancien ministère de la Santé et de l'Hygiène publique serait rebaptisé ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie universelle (« MSHPCMU ») et que le MSHPCMU prendrait en charge la couverture maladie universelle. Normalement, après l'annonce de la réorganisation, un décret concernant le champ de responsabilité et l'organigramme est promulgué, ce qui est suivi par le transfert de compétence. En conséquence, il est prévu que l'organigramme post-réorganisation soit publié en même temps que la publication du décret correspondant, qui intégrera les départements de la CMU<sup>77</sup>. La structure organisationnelle à partir de janvier 2022 est présentée dans le tableau ci-dessous.



**Figure 7: Organigramme de l'ancien ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (en date d'octobre 2021)**

Source : Site Web du MSHPCMU, <https://www.sante.gouv.ci/welcome/ministere/3> (Accès le 17 décembre 2021)

<sup>77</sup> Enquête par entretiens avec des fonctionnaires de l'MSHPCMU (1 octobre 2021)

<Politique et plan de développement>

Dans le Plan national de développement (PND 2016-2020), l'une des stratégies clés est de « promouvoir le développement du capital humain et le bien-être social », et d'améliorer l'état de santé de la population en augmentant la fréquence d'accès à des services de santé de qualité, et d'étendre la sécurité sociale à la population, en particulier aux groupes vulnérables, en promouvant la couverture maladie universelle (CMU). Son successeur, le PND 2021-2025, a été retardé en raison de COVID-19 et est en cours d'approbation par le gouvernement<sup>78</sup>. En outre, le Plan social national du gouvernement 2018-2020 (PSGouv) promulgué en 2018 identifie la couverture sanitaire universelle (CSU) comme une priorité, avec des objectifs de réduction de la mortalité maternelle et infantile et de couverture à 100% de la CMU. Dans ce contexte, le Plan national de développement sanitaire 2021-2025 (PNDS 2021-2025), examiné ci-dessous, devrait refléter l'intention d'étendre les services de santé et la sécurité sociale aux groupes vulnérables. D'autres politiques et plans de développement clés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 10: Principaux plans et politiques de développement**

Politique/plan de développement	Aperçu
Plan national de développement (PND 2016-2020)	Les cinq piliers de la politique sont 1) l'amélioration de la qualité liée à l'organisation et à la gouvernance nationales, 2) l'accélération du développement du capital humain et du bien-être social, 3) la transformation structurelle de l'économie par l'industrialisation, 4) le développement harmonieux des infrastructures et la conservation de l'environnement, et 5) l'intégration régionale et le renforcement de la coopération internationale.
Plan national de développement sanitaire (PNDS 2016-2020)	Les six piliers sont 1) le renforcement de la gouvernance et du leadership de la pyramide du système de santé, 2) l'amélioration de la fourniture de fonds au système de santé du pays et de l'étranger, 3) l'amélioration de la fourniture et de l'utilisation de services de santé de haute qualité, 4) la diminution de 50%, d'ici 2020, des décès et de la morbidité dus aux principales maladies, 5) l'amélioration de la santé maternelle et infantile, et 6) la promotion de la santé publique et de la prévention.
Stratégie nationale de protection sociale (SNPS 2013)	L'objectif est de renforcer les capacités des groupes vulnérables et de construire progressivement un système de sécurité sociale qui permet aux personnes de gérer les risques. Les cinq piliers sont 1) l'amélioration du niveau de vie des plus pauvres, 2) l'accès aux services sociaux de base et l'investissement dans le capital humain, 3) la prévention des abus, de la violence, de l'exploitation, de la discrimination et de l'exclusion, 4) promotion d'un niveau supérieur de sécurité sociale, et 5) le

<sup>78</sup> Enquête par entretiens avec des fonctionnaires de l'MSHPCMU (1 octobre 2021)

	renforcement du cadre institutionnel de la sécurité sociale, des capacités administratives et du financement.
Plan de développement des ressources humaines en santé (PDRHS 2018-2022)	Il vise à assurer à la population un accès équitable à des professionnels de la santé de qualité. Les piliers de cette politique concernent les professionnels de la santé : 1) amélioration de la gouvernance et du financement, 2) renforcement des capacités, 3) déploiement rationnel, 4) rétention, et 5) collecte et utilisation des données sur les ressources humaines.
Financement de la santé, Dossier d'investissement 2020-2023	Plan d'investissement basé sur le plan national de développement et le plan national de développement sanitaire. Se concentre principalement sur les plans d'investissement pour renforcer les finances de la santé, faire face aux risques économiques grâce à l'assurance maladie, améliorer l'accès à des services maternels, néonataux et infantiles de qualité et renforcer la gouvernance de la santé.

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base de divers documents.

<Plan national de développement sanitaire 2021-2025 (PNDS2021-2025)>

En octobre 2021, le Plan national de développement sanitaire 2021-2025 (PNDS 2021-2025) du MSHPCMU était en cours d'élaboration. Il est en cours d'approbation par le gouvernement et, bien que provisoire, il devrait avoir le contenu général suivant. La vision est celle d'une « Côte d'Ivoire où la santé et le bien-être de la population sont maximisés grâce à un système de santé robuste, efficace et accessible à tous les citoyens », avec pour objectif global « l'amélioration de l'état de santé de la population ». En outre, les orientations de la stratégie (objectifs secondaires) sont : 1) l'amélioration de la gouvernance en matière de santé ; 2) le renforcement de l'offre et de l'accès aux services de santé pour la population ; et 3) le renforcement de la prévention et du contrôle des maladies. Les axes stratégiques et les résultats individuels attendus sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 11: Axes stratégiques et résultats attendus du PNDS 2021-2025**

<b>Axe stratégique 1 : Gouvernance de la santé</b>	Résultat 1 : Assurer un leadership, une gestion et un financement efficaces et complets pour les niveaux central et local du système de santé	Résultat 1.1 : Renforcer la capacité des acteurs du système de santé à élaborer et à mettre en œuvre des politiques, des normes et des réglementations.
		Résultat 1.2 : Le MSHP a la capacité de s'engager dans le leadership, la coordination, la réglementation à différents niveaux de la pyramide de la santé et une collaboration efficace avec les entreprises privées, les gouvernements locaux, la société civile et les partenaires de développement.

		Résultat 1.3 : Améliorer la capacité des acteurs centraux et locaux du système de santé à mobiliser et gérer efficacement les ressources financières.
	Résultat 2 : Utilisation appropriée de l'information sur la santé grâce à des systèmes de planification, de suivi et d'évaluation pour prendre des décisions concernant la mise en œuvre efficace des interventions de soins de santé	Résultat 2.1 : Les acteurs centraux et locaux (national, privé, ONG, autres agences) améliorent leur capacité à créer et à gérer des informations de santé de qualité.
		Résultat 2.2 : Le personnel au niveau central et opérationnel du système de santé renforce ses capacités de planification, de suivi et d'évaluation des activités de soins de santé.
		Résultat 2.3 : Les capacités de recherche et de développement de l'innovation dans le système de santé seront renforcées.
<b>Axe stratégique 2 : Offrir des services de qualité</b>	Résultat 3 : Le système de santé garantit des investissements suffisants dans des services de santé de qualité accessibles au public	Résultat 3.1 : Le système de santé dispose d'un personnel de qualité suffisant, bien réparti et ambitieux.
		Résultat 3.2 : Le système de santé dispose d'infrastructures et d'équipements adéquats à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et il les maintient en bon état.
		Résultat 3.3 : Renforcer la capacité des systèmes de santé à accroître l'accès à des produits de santé adéquats et de qualité.
	Résultat 4 : Le système de santé fournit de meilleurs soins pour des groupes prioritaires spécifiques	Résultat 4.1 : Développer un système de santé pour fournir des services complets qui répondent aux besoins des mères, des nouveau-nés et des enfants.
		Résultat 4.2 : Développer un système de santé pour fournir des services intégrés et appropriés aux adolescents et aux adolescents.
	Résultat 5 : Le système de santé garantit une meilleure prévention et une meilleure gestion des maladies	Résultat 5.1 : Mettre en place un système de santé pour gérer efficacement les maladies infectieuses.
		Résultat 5.2 : Mettre en place un système de santé pour traiter efficacement les maladies non infectieuses.
		Résultat 5.3 : Développer un système de santé pour traiter efficacement les maladies tropicales négligées.
		Résultat 5.4 : Améliorer les installations de contrôle des maladies infectieuses et de gestion des déchets médicaux/pharmaceutiques dans les établissements médicaux.
		Résultat 5.5 : Améliorer la capacité de tous les niveaux de la pyramide sanitaire à gérer la qualité des soins.

		Résultat 5.6 : Renforcer la capacité des systèmes de santé à fournir des services nutritionnels de qualité.
	Résultat 6 : Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique	Résultat 6.1 : Le système de santé a la capacité de se préparer aux urgences et de prévenir les crises de santé publique.
		Résultat 6.2 : Le système de santé a la capacité de détecter et de répondre tôt aux crises de santé publique.
		Résultat 6.3 : Avoir un système de santé avec une capacité accrue pour assurer la continuité des services de santé essentiels en cas d'urgence.
<b>Axe stratégique 3 : Utilisation des services de santé</b>	Résultat 7 : Les personnes, en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et prennent les mesures appropriées pour améliorer leur santé	Résultat 7.1 : Les individus et les communautés ont les connaissances, les compétences et les ressources nécessaires pour prévenir les maladies.
		Résultat 7.2 : Les personnes, en particulier les plus vulnérables, ont accès à des services de santé de meilleure qualité.
		Résultat 7.3 : Les personnes, en particulier les plus pauvres, disposent de mécanismes de protection sociale et de moyens pour faire face au risque de maladie et accéder à des soins de qualité.
		Résultat 7.4 : Les collectivités locales (administrations locales, etc.), les organisations locales et les agents de santé ont la capacité de s'engager dans une meilleure prévention des maladies, la promotion de la santé et l'accès à des services de santé de qualité.

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du PNDS 2021-2025, version provisoire

Le PNDS 2021-2025 fixe des indicateurs de référence et des objectifs, comme le montre le tableau ci-dessous. L'objectif principal est la couverture de la CMU (le nombre de personnes assurées par rapport à la population totale), qui est fixée à 32% en 2025, contre un indicateur de référence de 11% en 2020.<sup>79</sup> D'autre part, certains des indicateurs et des objectifs sont encore en cours de discussion et de formulation : il faudra donc attendre la publication de la version finale du PNDS 2021-2025 pour en vérifier à nouveau le contenu<sup>80</sup>.

<sup>79</sup> La progression des objectifs est de 14% (2021), 18% (2022), 23% (2023) et 28% (2024).

<sup>80</sup> En janvier 2022, la publication de la version finale n'était pas confirmée.

**Tableau 12: Indicateurs de référence et objectifs pour le PNDS 2021-2025<sup>81</sup>**

Indicateur	Année de référence	Ligne de base	Valeur cible (2025)	Source de citation pour les indicateurs
Espérance de vie moyenne	2020	57	62	Profil Pays OMS
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	2020	614	377	EDS 2012
Prévalence de la tuberculose (pour 1 000 habitants)	2020	137	96	Rapport d'activités PNLT
Prévalence des infections respiratoires aiguës chez les moins de 5 ans	2020	3.6	2.3	Rapport d'activités PSME
Incidence du paludisme (pour 1 000 habitants)	2020	17 173	141	RASS 2020
Nouveaux cas de VIH	2020	10 631	3 189	Spectre 2020
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)	2020	96	60,5	-
Taux de déficience intellectuelle pour les enfants de moins de 5 ans	2016	21,6%	18%	EDS / MICS 2016
Pourcentage de nourrissons de faible poids à la naissance	-	14%	8,5%	-
Prévalence des maladies sexuellement transmissibles chez les adolescents et les jeunes	2020	1,5%	0,5%	Rapport d'activités PNSSU-SAJ
Nombre d'adolescentes et de jeunes enceintes	2020	5 430	1 779	Rapport d'activités PNSSU-SAJ
<b>Résultat 1 : Les niveaux central et local des systèmes de santé assurent un leadership, une gestion et un financement efficaces et complets</b>				
Nombre de lois relatives à la santé promulguées et appliquées	-	-	-	-
Taux de croissance annuel du budget MSHP	2020	-16%	15%	-
Pourcentage des dépenses publiques de santé dans le PIB	2018	1,27%	5,32%	CS <sup>82</sup>
Pourcentage du budget national alloué au secteur de la santé	2018	7,43%	8%	CS
Dépenses directes des ménages liées aux soins médicaux (pourcentage des dépenses médicales dans les ménages)	2018	39,43%	20%	CS
Pourcentage de documents relatifs à l'application et à la mise en œuvre des réformes dans le secteur	-	-	-	-

<sup>81</sup> « - » est la case qui manque de donnée dans la figure. L'indice de référence est tiré par des statistiques des organismes internationaux ou du gouvernement. L'indice est provisoire est peut-être modifié ultérieurement. Dès que l'indice est défini, les chiffres seront mis à jour.

<sup>82</sup> Statistiques officielles

de la santé spécifiées par le PNDS				
Pourcentage de municipalités avec des plans de développement qui incluent des activités spécifiques pour la prévention, la promotion et l'utilisation des services de santé	2020	100%	100%	Rapport d'activités DGDDL
<b>Résultat 2 : Les informations sur la santé sont utilisées de manière appropriée par le biais de systèmes de planification, de suivi et d'évaluation pour prendre des décisions concernant la mise en œuvre efficace des interventions de soins de santé</b>				
Score d'utilisation des données de santé	-	-	-	-
Pourcentage d'indicateurs dont la cible a été atteinte parmi les indicateurs de performance du PNDS 2021-2025	-	-	-	-
Pourcentage d'indicateurs de sortie du PNDS 2021-2025 dont les objectifs ont été atteints	-	-	-	-
<b>Résultat 3 : Le système de santé garantit des investissements suffisants dans des services de santé de qualité accessibles à la population</b>				
Pourcentage de personnes vivant à moins de 5 km des établissements de santé	2020	70,17%	80%	RASS 2020
Pourcentage d'hôpitaux qui répondent aux critères fonctionnels	-	-	-	-
Pourcentage d'établissements médicaux privés certifiés	2020	-	-	-
Ratio agents de santé / population	2020	8,57%	11,91%	RASS 2020
<b>Réalisation 4 : Le système de santé fournit de meilleurs soins pour des groupes prioritaires spécifiques</b>				
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans guéris de la malnutrition	2020	86%	95%	Rapport d'activités PNN
Pourcentage de femmes en âge de procréer supplémentées en fer et en acide folique	-	-	-	-
Pourcentage de consultations prénatales (premier examen) au cours du premier trimestre de la grossesse	2020	33,88%	46,38%	Rapport d'activités PNSME
Ratio des besoins non satisfaits à la planification familiale	2020	21,5%	13,3%	Rapport d'activités PNSME
Pourcentage de besoins satisfaits pour les complications liées à l'obstétrique dans les établissements de santé	2020	11,1%	68%	Rapport d'activités PNSME
Pourcentage de femmes qui ont reçu des soins post-partum (dans les 72 heures suivant l'accouchement)	2020	83,2%	89,1%	Rapport d'activités PNSME
Taux de transmission mère-enfant	2020	7,06%	2%	Spectre

du VIH (y compris pendant la période d'allaitement)				
Pourcentage de patients diarrhéiques de moins de 5 ans traités par SRO + zinc	2018	18%	10%	Plan stratégique PNSME, 2021-2025
Taux de vaccination DTC-HepB-Hib	2020	90%	100%	Rapport d'activités DC-PEV
Taux de vaccination pour la rougeole et les oreillons	2020	86%	100%	Rapport d'activités DC-PEV
Taux de vaccination BCG	-	-	-	-
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans évalués sur le plan nutritionnel	-	26%	70%	Rapport d'activités PNN
Pénétration des contraceptifs modernes	2020	21%	40,5%	Plan stratégique PNSME, 2021-2025
Pourcentage d'enfants de moins de 1 an qui n'ont pas pu être suivis dans un programme de vaccination	2020	13%	4%	Rapport d'activités DC-PEV
<b>Réalisation 5 : Le système de santé garantit une meilleure prévention et une meilleure gestion des maladies</b>				
Pourcentage de personnes infectées par le VIH qui sont au courant de leur infection à la fin de la période de référence	2020	84%	95%	Rapport d'activités PNLS 2020
Pourcentage d'enfants et d'adultes recevant un traitement ARV parmi toutes les personnes infectées par le VIH qui sont au courant de leur infection à la fin de la période de référence	2020	78%	95%	Rapport d'activités PNLS 2020
Pourcentage de personnes infectées par le VIH recevant un traitement antirétroviral qui n'ont pas détecté le virus	2020	82%	95%	Rapport d'activités PNLS 2020
Taux de réussite du traitement pour les cas nouveaux et réchutes de tuberculose (patients guéris / patients ayant terminé le traitement)	2019	84%	90%	Rapport d'activités PNLT
Taux de réussite du traitement pour les patients tuberculeux présentant une résistance à la rifampicine (RR-TB) et une multirésistance (MDR-TB)	2019	74%	84%	Rapport d'activités PNLT
Pourcentage de patients tuberculeux séropositifs nouveaux et récurrents qui ont reçu un traitement antirétroviral pendant le traitement de la tuberculose	2019	96%	100%	Rapport d'activités PNLT
Pourcentage de femmes âgées de 25 à 49 ans testées positives pour	2017	0,597	0,7	Rapport d'activités PNLCa

le cancer du col de l'utérus				
Nombre de patients tuberculeux multirésistants/résistants à la rifampicine (début du traitement de deuxième étape)	-	-	-	-
Taux de notification des patients atteints d'hépatite virale (indice lié à la prise en charge des patients atteints d'hépatite virale)	-	-	-	-
Pourcentage de ménages à risque protégés par la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent (portée du soutien à la lutte contre les maladies infectieuses)	-	-	-	-
Pourcentage d'établissements médicaux qui satisfont à 80% ou plus des normes de qualité	-	-	-	-
Nombre de patients de MTN recevant une chimioprévention	2020	-	500	Rapport annuel des programmes MTN
MTN pourcentage de patients nécessitant une prise en charge clinique et recevant des soins et un traitement (couverture du traitement MTN-PC)	2020	-	-	Rapport annuel des programmes MTN
Pourcentage d'institutions médicales engagées dans des processus d'amélioration de la qualité avec un taux de satisfaction des patients de 60% ou plus	-	-	-	-
Pourcentage de patients atteints de paludisme bien pris en charge	-	-	-	-
Taux d'abandon dans les plans d'extension de la vaccination	2020	10%	5%	Rapport d'activités CNAM
Couverture Assurance universelle (CM)UM Couverture (nombre de CMU assurées dans la population totale)	2020	11%	32%	Rapport d'activités DC-PEV 2020
<b>Réalisation 6 : Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique</b>				
19 niveaux de compétence requis en vertu du Règlement sanitaire international (RSI)	2019	19%	70%	Rapport de l'évaluation à travers l'outil Remap
<b>Réalisation 7 : Les personnes, en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et prennent les mesures appropriées pour améliorer leur santé</b>				
Pourcentage de ménages ayant accès à l'eau potable	2016	8,9%	10,2%	MICS 5
Pourcentage de personnes qui se sont couchées avec des moustiquaires la veille	2019	63,2%	80%	Rapport d'évaluation post-campagne
Pourcentage de ménages utilisant des toilettes sanitaires	-	-	-	-

Pourcentage de personnes forcées de vivre à l'extérieur	-	-	-	-
Pourcentage d'enfants de moins de 6 mois qui sont principalement allaités	2016	23,5%	72%	Rapport d'activités PNN
Pourcentage d'assurés CMU n'ayant jamais perçu les prestations attendues pendant la période applicable	2020	-	-	Rapport d'activités CNAM
Pourcentage de ménages qui appliquent les Pratiques familiales essentielles (PFE)	-	-	-	-
Besoins non satisfaits liés à l'utilisation des services de santé	2016	-	-	MICS 5

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du PNDS 2021-2025, version provisoire

## 5.2. Planification budgétaire

### 1) Situation du financement de la santé

Les principaux indicateurs de financement de la santé pour la Côte d'Ivoire et les pays et régions voisins sont présentés dans le tableau ci-dessous. Comme indiqué au chapitre 1, la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques (indicateur (iv)) est faible et n'atteint pas les 15 % déclarés à Abuja. Cela implique que le secteur de la santé n'est toujours pas une priorité élevée dans les dépenses publiques. Quant aux dépenses de santé récurrentes (indicateur (i)), elles se situent dans la fourchette basse des 4 % en pourcentage du PIB. Ce chiffre est comparable à la moyenne des pays à revenu faible ou intermédiaire, mais inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne et du Kenya. La même tendance est observée pour les dépenses publiques de santé : les indicateurs (2), (3) et (4) sont plus élevés qu'au Sénégal, mais le taux d'autofinancement et les dépenses provenant de sources autres que le gouvernement (indicateurs (5) à (8)) sont plus élevés que dans les autres pays.

Selon l'enquête de la JICA au Sénégal,<sup>83</sup> les valeurs de réalisation des CHU sont les suivantes : l'indicateur (5) est inférieur à 20% (39,43 en Côte d'Ivoire), les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB sont supérieures à 5% (indicateur (2), 1,21 en Côte d'Ivoire), et les dépenses publiques de santé par habitant sont de 86,3 \$ (indicateur (3), 20,71 en Côte d'Ivoire). 71). La Côte d'Ivoire n'atteint aucun de ces objectifs et a besoin d'une mobilisation financière du gouvernement et d'une priorisation du secteur de la santé.

<sup>83</sup> Agence japonaise de coopération internationale (2021) Information Collection and Verification Study on UHC in Senegal Final Report, page 15, citant Xu (2010), McIntyre (2017) et d'autres.

**Tableau 13: Principaux indicateurs de financement de la santé (2018)**

INDICATEURS	CÔTE D'IVOIRE	SÉNÉGAL	KENYA	MOYENNE DE L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	MOYENNE DE PAYS À FAIBLE ET MOYEN REVENU	MOYENNE DE PAYS À FAIBLE REVENU
(1) DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB (%)	4.19	3.98	5.17	5.16	4.1	5.23
(2) DÉPENSES PUBLIQUES INTÉRIEURES DE SANTÉ EN % DU PIB	1.21	0.95	2.18	1.92	1.47	1.12
(3) DÉPENSES DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT NATIONAL PAR HABITANT (EN DOLLARS US)	20.71	14.00	37.24	30.25	35.35	7.19
(4) DÉPENSES PUBLIQUES INTÉRIEURES DE SANTÉ DANS LES DÉPENSES PUBLIQUES	5.07	4.26	8.55	n/a	5.62	n/a
(5) CO-PAIEMENT DES USAGERS EN POURCENTAGE DES DÉPENSES DE SANTÉ RÉCURRENTES (%)	39.43	55.89	23.62	33.39	51.23	43.41
(6) DÉPENSES PRIVÉES INTÉRIEURES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ (%)	58.87	62.50	42.35	51.41	61.15	49.73
(7) DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE VOLONTAIRE EN POURCENTAGE DES DÉPENSES DE SANTÉ RÉCURRENTES (%)	7.49	4.21	9.78	n/a	n/a	n/a
(8) AIDE ÉTRANGÈRE EN % DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ (%)	12.32	13.72	15.51	12.26	2.66	29.5
(9) ASSURANCE SOCIALE EN POURCENTAGE DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ (%) <sup>84</sup>	1.20	3.52	12.42	n/a	n/a	n/a

<sup>84</sup> La part de l'assurance sociale dans les dépenses courantes de santé en Côte d'Ivoire est la même que la part de l'assurance obligatoire dans les dépenses courantes de santé, qui peut être obtenue séparément

Source : 1) ~8) Base de données de la Banque mondiale (2022), <https://data.worldbank.org/topic/health>, 9) Base de données de l'OMS à partir de la base de données des dépenses mondiales de santé de l'Organisation mondiale de la santé. Préparé par l'équipe de recherche

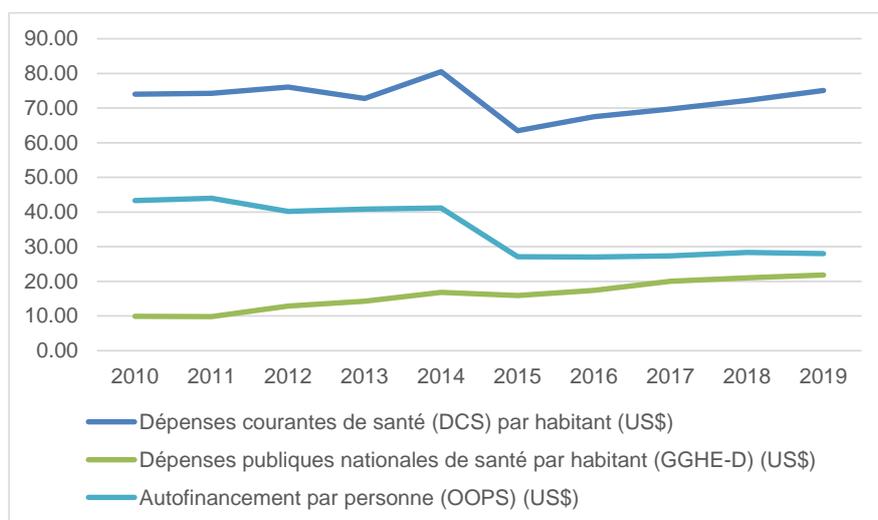
En Côte d'Ivoire, l'allocation budgétaire du gouvernement au secteur de la santé est restée longtemps à un niveau faible. Depuis la fin de la guerre civile, le gouvernement a mis en œuvre des initiatives telles que le programme médical gratuit et la CMU, et tente maintenant d'augmenter les dépenses de santé. Le tableau 22 montre la dépense courante de santé (DCS) par habitant, la dépense publique de santé intérieure (DPSC) et les dépenses personnelles (DPP), chacune en dollars par habitant. On constate que si les dépenses de santé ont augmenté ces dernières années grâce aux efforts du gouvernement et que les dépenses récurrentes ont également augmenté, la réduction des tickets modérateurs n'a guère progressé.

**Tableau 14: Évolution des dépenses de santé par habitant (en dollars US)**

INDICATEUR S/YEAR	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ PAR HABITANT (CHE)	74.05	74.29	76.09	72.76	80.53	63.51	67.48	69.77	72.17	75.09
DÉPENSES PUBLIQUES NATIONALES DE SANTÉ PAR HABITANT (GGHE-D)	9.85	9.80	12.82	14.24	16.78	15.87	17.33	20.04	20.98	21.84
AUTO-PAYÉ PAR PERSONNE (OOPS)	43.33	43.99	40.17	40.86	41.19	27.05	27.00	27.36	28.35	28.00

---

dans la base de données de l'OMS. On suppose donc que les régimes de CMU obligatoire sont inclus dans cet indicateur. On peut également souligner que la valeur de cet indicateur a augmenté d'un point de pourcentage lorsque le pilote CMU a été lancé en 2017.



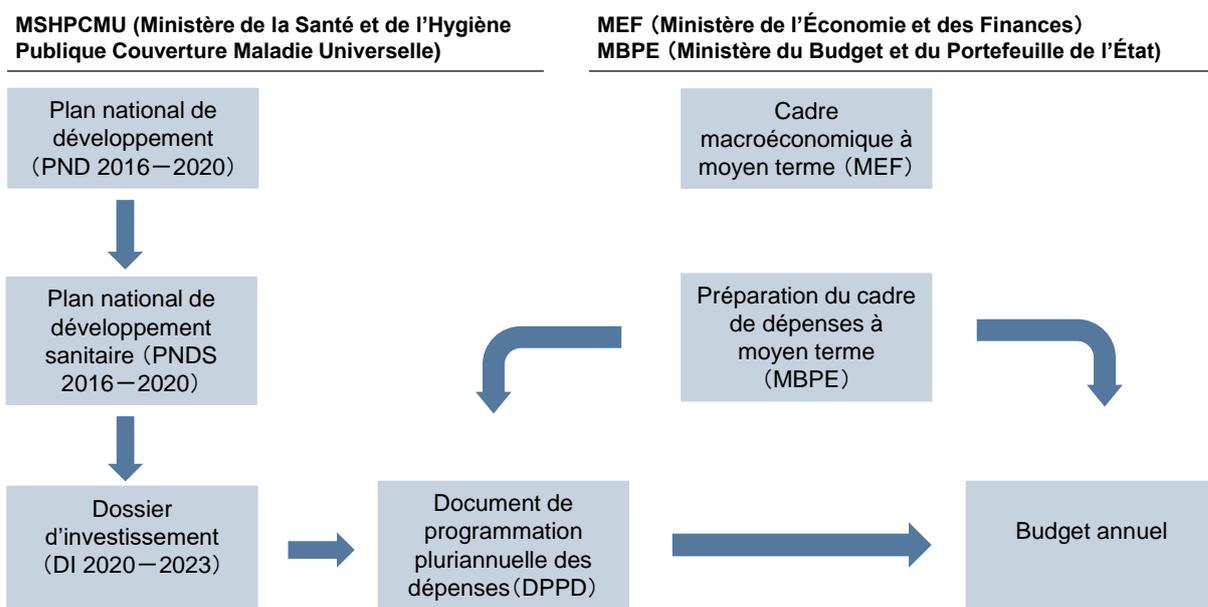
**Figure 8: Tendances des dépenses de santé par habitant (graphique)**

Source : Compilation de l'équipe de recherche à partir de la base de données de la Banque mondiale

## 2) Préparation des budgets annuels et à moyen terme

En réponse aux politiques et plans de développement décrits au point 5-1, des ressources doivent être mobilisées pour les mettre en œuvre. Dans le cas du secteur de la santé, le plan d'investissement à moyen terme pour le financement de la santé, intitulé « Dossier d'Investissement » (DI) et qui inclut le chiffrage des mesures, est un instrument de mobilisation des ressources internes et externes pour l'ensemble du secteur et pour l'allocation budgétaire réelle.

D'autre part, l'allocation effective du budget est un processus à l'échelle du gouvernement, incluant d'autres ministères, dirigé par le ministère de l'Économie et des Finances (MEF) et par le ministère du Budget et du Portefeuille de l'État (MBPE). Le gouvernement dans son ensemble négocie avec les ministères en utilisant le CDMT, qui est un cadre de dépenses à moyen terme servant d'outil d'allocation des ressources limitées à la lumière de la situation macroéconomique, ainsi qu'un cadre macroéconomique basé sur des projections de ressources nationales et internationales, y compris les recettes pour l'année. Le MSHPCMU préparera un programme glissant de dépenses basé sur le CDMT, et demandera un budget pour chaque année, avec une perspective à moyen terme. La relation entre les différents plans dans le processus budgétaire est illustrée dans le graphique ci-dessous.



**Figure 9: Relation entre les différents documents de planification dans le processus budgétaire**

Source : Compilé par l'équipe de recherche à partir des données du Ministère du Budget et du Portefeuille de l'Etat

L'année budgétaire en Côte d'Ivoire va de janvier à décembre. Le calendrier de formulation du budget est présenté à la tableau 15. Pour le soutien budgétaire des mesures dans le secteur de la santé et de la CSU, il est important qu'elles soient placées dans les plans à moyen terme (PIP, DPBEP) des secteurs concernés (santé et sécurité sociale). Pour les budgets annuels à plus court terme, le Premier ministre émettra des directives sur les limites budgétaires, qui seront suivies par la préparation de plans de dépenses annuels et à moyen terme par les ministères (Tableau 15, point 8). En particulier, les actions politiques devront être plus explicitement définies dans ces budgets l'année suivante et au-delà.

**Tableau 15: Calendrier d'élaboration du budget national de la Côte d'Ivoire**

	Étapes de la budgétisation	Programme	Ministère responsable
1	Formulation du plan d'investissement public (PIP) 2022-2024	Jusqu'au 30 avril 2021	Ministère du plan et du Développement
2	Élaboration d'un cadre macroéconomique à moyen terme 2022-2024	Au plus tard le 4 mai 2021	Direction générale de l'Économie, ministère des Finances et de l'Économie
3	Formulation du cadre budgétaire à moyen terme 2022-2024	Au plus tard le 18 mai 2021	Direction générale du Budget et des Finances (DGBF), ministère du Budget et du Portefeuille

			d'État (MBPE)
4	Formulation du Plan budgétaire et économique pluriannuel (DPBEP) 2022-2024	Avant le 27 mai 2021	DGBF
5	Examen et adoption du Plan budgétaire et économique pluriannuel (DPBEP) par le Conseil des ministres	Au plus tard le 2 juin 2021	Conseil des ministres
6	Organisation du débat sur le budget (DOB)	D'ici le 16 juin 2021	MBPE/Parlement
7	Notification des limites budgétaires dans un document-cadre par le Premier ministre	D'ici le 23 juin 2021	Primature
8	Prise en compte par les ministères sectoriels, les institutions et les autorités locales	Du 6 au 16 juillet 2021	Institutions et ministères
	Soumission des plans de dépenses pluriannuels (DPPD) par les ministères et les institutions au ministère des Finances et du Budget.	Avant le 22 juillet 2021	
	Préparation et soumission des plans d'allocation du budget d'investissement pour les autorités locales	16 août 2021	
9	Organisation des réunions budgétaires	26 juillet - 27 août 2021	DGBF / Institutions et ministères
10	Organisation des conférences ministérielles	Du 6 au 17 septembre 2021	MBPE / Présidents d'institutions et ministres
11	Conférences ministérielles	Du 21 au 29 septembre 2021	Conseil des ministres
12	Examen et adoption du projet de loi budgétaire par le Conseil des ministres	D'ici le 14 octobre 2021	Secrétariat général du gouvernement
13	Soumission du projet de budget au Parlement	10 janvier 2022	DGBF

Source : Compilé par l'équipe de recherche à partir des données du Ministère du Budget et du Portefeuille de l'Etat

Le budget de la santé comprend le budget du MSHPCMU et le budget des services de santé d'autres ministères (par exemple, l'armée et le ministère de l'Éducation). Le budget final pour la période 2015-2019 est présenté dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 16: Soins de santé du gouvernement par rapport au budget (2015-2019) (FCFA)**

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Budget de la santé</b>	<b>268 453 473 655</b>	<b>294 514 500 797</b>	<b>321 979 382 445</b>	<b>307 055 182 836</b>	<b>354 561 088 678</b>
MSHP	247 334 649	272 990 963	305 266 489	295 479 029	343 904 656
CMU	045	684	763	922	686
(%)	92,13%	92,69%	94,81%	96,23%	96,99%
Année précédente	-	110%	112%	97%	116%
Autres ministères	21 118 824 610	21 523 537 113	16 712 892 682	11 576 152 914	10 656 431 992
(%)	7,87%	7,31%	5,19%	3,77%	3,01%

Source : Entretien avec le DAF, Département des finances et de l'administration du MSHPCMU

### 5.3. Le déficit financier du secteur de la santé

Le gouvernement de la Côte d'Ivoire n'a pas explicitement identifié d'écart fiscal, bien que le MSHPCMU note qu'il est possible de générer un écart fiscal ou budgétaire par le biais de la planification et de la simulation, mais que cela finira par s'écarter de la situation réelle. Le PNDS n'analyse pas les coûts opérationnels de routine, et il est donc impossible d'estimer avec précision l'écart. Cependant, dans le cadre de cette étude, il est nécessaire d'identifier l'écart budgétaire comme moyen de déterminer les besoins de soutien et d'examiner comment le gouvernement envisage de financer ses plans à moyen terme. D'autre part, étant donné qu'une vision gouvernementale actualisée de la situation actuelle n'est pas disponible, comme décrit ci-dessus, et que cette étude considérera également le soutien par le biais des finances publiques, il est important de considérer : 1) le déficit de financement général, 2) le déficit de financement du secteur de la santé, et 3) le déficit de financement du secteur de la santé. L'étude se concentrera donc sur : 1) le déficit de financement des finances générales ; 2) le déficit de financement du secteur de la santé ; et 3) le déficit de financement des vaccins et d'autres mesures, notamment pour la COVID-19.

#### 1) Déficit de financement du fonds général

Le déficit de financement des finances publiques peut être estimé en se référant notamment au cadre budgétaire à moyen terme du gouvernement. Selon la BAD, le déficit de financement entre 2021 et 2023 est tel que présenté dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 17: Montant total requis dans le plan d'investissement santé (en millions de FCFA)**

	2021	2022	2023
Solde budgétaire global	- 1 775	-1 583	-1 353
Financement national	220	4	192
Financement externe	1 303	751	703
Déficit de financement	244	812	815
Financement attendu des partenaires de financement (BM, BAD, bailleurs de fonds bilatéraux)	244	0	0
Déficit de financement	0 00	812	815

Source : Entretien avec la Banque africaine de développement (décembre 2021)

En 2021, le gouvernement prévoit de dépenser 54,8 milliards de FCFA pour le budget, mais ne recevra que 75,25 milliards de FCFA de recettes, d'où un déficit de 17,754 milliards de FCFA dans le solde budgétaire. Il sera financé principalement par des emprunts intérieurs et extérieurs, auxquels s'ajoutera un déficit de financement de 243,6 milliards de FCFA. La projection actuelle d'un déficit de financement d'environ 810 milliards de FCFA après 2022 confirme qu'il existe une marge importante pour un soutien financier.

## 2) Écart budgétaire à moyen terme

Le plan d'investissement du gouvernement pour le secteur de la santé (Financement de la santé, Dossier d'Investissement 2020-2023) estime le coût des mesures. Le Plan d'Investissement sanitaire définit les priorités du secteur de la santé et estime que le montant total requis pour les projets d'investissement est de 1 413 milliards de FCFA.

**Tableau 18: Le plan d'investissement du gouvernement pour la santé (en millions de FCFA)**

Programme d'investissement en priorité	2020	2021	2022	2023	Total
Revitalisation des communautés	12 804	5 070	5 859	8 011	31 745
Augmenter/déployer les ressources humaines pour la santé de manière efficace	28 074	8 415	1 387	113	37 989
Revitaliser le secteur privé	2 472	1 648	1 621	393	6 134
Garantir la qualité des soins de la santé primaire	301 212	189 852	189 354	188 634	869 052

Fournir de la médecine de qualité avec un prix abordable	130 783	55 967	37 592	36 352	260 694
Améliorer la qualité des données pour faciliter la prise de décision	52 425	37 187	12 859	13 218	115 690
Augmenter/utiliser efficacement les ressources de la santé	19 643	14 236	26 191	31 948	92 018
Total	547 413	312 375	274 864	278 669	1 413 321

Source : Le Financement de la santé (Dossier d'investissement 2020-2023)

Ce scénario de base repose sur l'hypothèse que le gouvernement de la Côte d'Ivoire continuera à jouer un rôle de premier plan, que le budget de la santé augmentera de 5% par an et que 25% de ce budget sera alloué aux priorités d'investissement. En outre, ce scénario est basé sur l'hypothèse que le soutien technique et financier des partenaires de développement est imprévisible. Ainsi, l'analyse du déficit de financement montre que 105,9 milliards de FCFA supplémentaires devront être mobilisés pour les priorités nationales sur quatre ans. Bien qu'il s'agisse d'un scénario fondé sur un certain nombre d'hypothèses et que le chiffre lui-même ne doive pas être considéré comme un absolu, il indique qu'une augmentation du budget de l'État est essentielle si le gouvernement veut mettre en œuvre ses priorités. D'autre part, la participation continue des partenaires de développement et une efficacité accrue dans les priorités seront également nécessaires.

En outre, le plan d'investissement présente trois analyses de scénarios : de référence (situation actuelle), réaliste et optimiste. Le premier scénario reflète grosso modo la situation au moment de sa création en 2019, les fonds publics alloués au secteur de la santé continuant à augmenter par rapport au niveau de 5% de l'époque. Il suppose que les partenaires de développement continuent à apporter leur soutien à la santé au moins au même niveau qu'en 2019 et qu'ils allouent au moins 79% aux priorités de leurs plans d'investissement.

Le deuxième scénario reflète l'engagement du gouvernement à augmenter le budget national alloué à la santé de 15% chaque année, et suppose également que les partenaires de développement continuent à soutenir la santé à un niveau équivalent à celui de 2019, ce qui en fait le scénario le plus « réaliste » du plan d'investissement. Le scénario réaliste propose que la contribution du pays passe de 91 milliards de FCFA en 2020 à 138 milliards de FCFA en 2023. Pendant cette période, les investissements des partenaires de développement resteraient au même niveau, soit 210 milliards de FCFA par an. Au cours de cette période, la contribution nationale serait de 452 milliards de FCFA et la contribution des partenaires de développement serait de 842 milliards de FCFA. Dans ce scénario, l'écart de 118 milliards de FCFA resterait non comblé et l'analyse montre que le pays et les partenaires de développement devraient augmenter leur

financement.

Le troisième scénario repose sur une hypothèse plus optimiste : le budget national augmentera de 25% chaque année, l'allocation au secteur de la santé atteindra 14% en 2024, et les partenaires de développement continueront de soutenir le secteur de la santé au moins au même niveau qu'en 2019. Les investissements de l'État passeront de 99 milliards de FCFA en 2020 à 193 milliards de FCFA en 2023. Les budgets des partenaires de développement resteront au même niveau que celui du scénario précédent, 221 milliards de FCFA. La contribution nationale sur cette période serait de 568 milliards de FCFA et celle des partenaires de développement de 842 milliards de FCFA. Ce n'est que dans le cadre du scénario 3 que les besoins d'investissement du plan d'investissement seraient couverts.

D'autre part, il convient de noter que ce plan d'investissement a été annoncé en avril 2019, avant le début de l'impact de la COVID-19. En outre, le gouvernement n'a pas publié de mise à jour sur le déficit de financement dans le plan d'investissement, de sorte que les détails, y compris les tendances de financement des bailleurs de fonds, ne sont pas disponibles et doivent être interprétés comme des données seulement indicatives.

### 3) Mesures comprenant celles contre la COVID-19

La pandémie de COVID-19 a également eu un impact négatif important sur l'économie de la Côte d'Ivoire, avec des taux de croissance du PIB réel supérieurs à 6% en 2018 et 2019, tandis que la croissance en 2020 devrait être de 2%<sup>85</sup>. De plus, les mesures d'urgence prises par le gouvernement en réponse à la COVID-19 s'élèvent à 1,4% du PIB, dont 0,3% pour la surveillance sanitaire, 0,9% pour les mesures économiques d'urgence et 0,3% pour les allègements fiscaux. En tout état de cause, les ressources financières du gouvernement seront en grande partie consacrées à la COVID-19. L'impact de la réponse d'urgence du gouvernement sur les plans d'investissement ci-dessus doit être évalué, mais pour l'instant le gouvernement n'a pas fourni d'analyse.

En ce qui concerne l'approvisionnement en vaccins et autres fournitures, le gouvernement a pour objectif d'atteindre 70% de la population avec une immunité collective. La Banque mondiale participe et soutient le programme d'approvisionnement en vaccins, et, comme décrit à la section 4-1 (2), a apporté son soutien par le biais de la composante de soutien d'urgence du projet SPARK-Health, du projet de réponse d'urgence à la COVID-19 et de son financement supplémentaire, et par sa contribution au développement du programme de vaccins. En outre, un autre cycle de financement supplémentaire sera fourni en coordination avec l'AIIB, qui, selon les estimations de la Banque mondiale, sera en mesure de soutenir 70% de la population. En revanche,

---

<sup>85</sup> IMF (2020) p3

il y aura un déficit de financement même pour l’approvisionnement en vaccins, car les 30% restants — vaccins pour les jeunes, rappels et nouvelles variantes — ne devraient pas être couverts. Cela devra être analysé après la collecte d’informations sur le budget du gouvernement et les mesures de soutien des bailleurs de fonds.

#### 4) Perspective à long terme

En ce qui concerne le financement de la santé en Côte d'Ivoire, le budget du gouvernement a besoin d'être augmenté à moyen et long terme. En 2015, une stratégie de financement de la santé a été préparée par le MSHPCMU (alors ministère de la Santé et de la lutte contre le sida). En 2015, le MSHPCMU (alors ministère de la Santé et de la lutte contre le sida) a préparé une stratégie de financement de la santé qui définissait les domaines stratégiques de la couverture sanitaire universelle, notamment (i) la mobilisation de ressources adéquates pour la CHU, (ii) la protection de la population contre les risques financiers par la mise en commun des ressources, (iii) l'amélioration de l'allocation des ressources pour la fourniture et l'achat de services de santé de qualité, (iv) l'amélioration de la disponibilité de services de qualité et équitables, (5) le renforcement des capacités des parties prenantes en matière de soins de santé primaires, et (6) le suivi et l'évaluation. En particulier, le cœur de la stratégie est (i) de partager la sensibilisation aux problèmes avec les parties prenantes en vue de mobiliser le budget et (ii) de mettre en place des institutions, notamment le système CMU.

Cette stratégie ayant été élaborée en 2015, elle ne reflète pas l'accroissement ultérieur de l'attention portée aux politiques sociales depuis la fin du pilote du système CMU jusqu'à sa diffusion nationale et la mise en œuvre du PS-Gouv. En fait, les responsables de la MSHPCMU ont reconnu la nécessité de mettre à jour cette stratégie, car cela fait longtemps qu'elle a été élaborée.

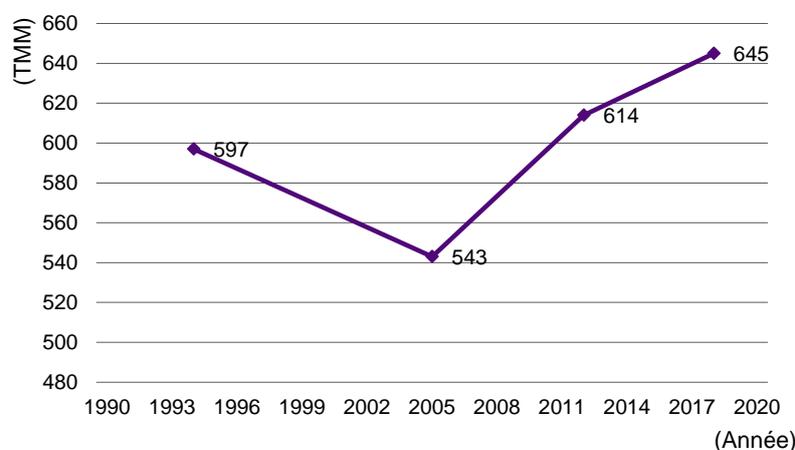
Actuellement, l'initiative visant à trouver une vision à long terme du financement de la santé est la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS), créée en avril 2019. Le PNCFS a été créé à l'initiative du Premier ministre avec l'appui du GFF pour coordonner et suivre les initiatives internes et externes visant à améliorer le financement de la santé et à mettre en œuvre les stratégies du secteur de la santé. Un comité de pilotage présidé par le bureau du Premier ministre supervise l'ensemble du processus, tandis que le MSHPCMU est chargé de gérer le secrétariat technique. Dans ce cadre, quatre groupes de travail techniques ont été mis en place : (i) promotion de la couverture sanitaire universelle et du FBP ; (ii) réforme hospitalière et opérationnalisation des zones de santé ; (iii) efficacité du financement et sécurisation des ressources internes ; et (iv) suivi et évaluation. Le PNCFS a été créé et a commencé à se réunir en avril 2019, mais peu après la pandémie mondiale du nouveau coronavirus, ses activités ont stagné pendant un certain temps. Le PNCFS a été créé et a

commencé à se réunir en avril 2019, mais il est rapidement devenu inactif en raison de la pandémie mondiale.

## 6. Résultats de la compilation d'informations et de l'analyse des questions relatives à la santé maternelle et infantile

### 6.1. Décès maternels, mortinatalité, décès néonataux, décès de nourrissons, décès d'enfants de moins de cinq ans

Le taux de mortalité maternelle (TMM) du pays était de 645 (pour 100 000 naissances vivantes) en 2018, un chiffre qui reste élevé<sup>86</sup>. D'autre part, selon le RASS du MSHP (2021), 966 décès maternels ont été signalés en 2020 pour 697 473 naissances vivantes, ce qui se traduit par 138,50 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 150,10 en 2019<sup>87</sup>. Selon le rapport d'évaluation du PNDS du MSHP (2021), bien que les lois et règlements régissant la surveillance et l'examen des décès maternels soient entrés en vigueur en août 2019, les gouvernements central et local n'ont pas bien fonctionné<sup>88</sup> et la coopération en matière de surveillance communautaire n'a pas été suffisante. Le rapport d'évaluation du PNDS du MSHP (2021) note que, bien que la législation soit entrée en vigueur en août 2019, définissant la réponse à la surveillance et à l'examen des décès maternels, seuls 20% de tous les décès maternels ont été signalés en 2019 en raison du mauvais fonctionnement du gouvernement central et local et, de fait, d'une coopération insuffisante en matière de surveillance communautaire<sup>89</sup>.



**Figure 10: Évolution du taux de mortalité maternelle, 1994-2018 (pour 100 000 naissances vivantes)**

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du rapport d'évaluation du PNDS du MSHP (2021)

Par région sanitaire, les taux de mortalité maternelle les plus élevés sont à Kabadougou

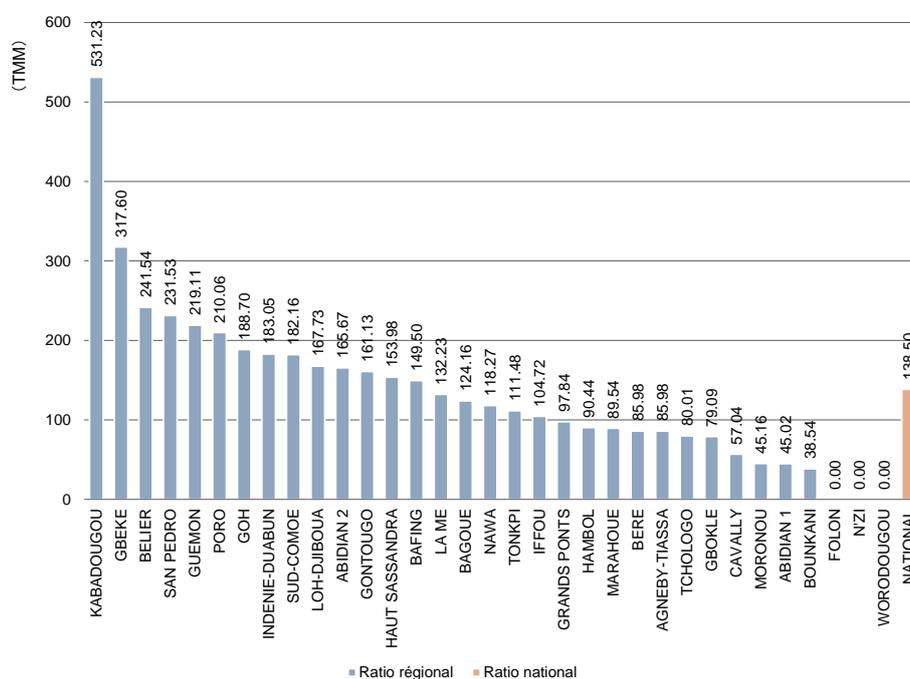
<sup>86</sup> MSHP ((2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>87</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>88</sup> Selon le bureau de la JICA en Côte d'Ivoire, une rénovation est prévue dans le futur.

<sup>89</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

(531,23 pour 100 000 naissances vivantes), Gbêkê (317,60) et Bélier (241,54). À Folon, N’Zi et Worodougou, aucun décès maternel n’a été signalé<sup>90</sup>.



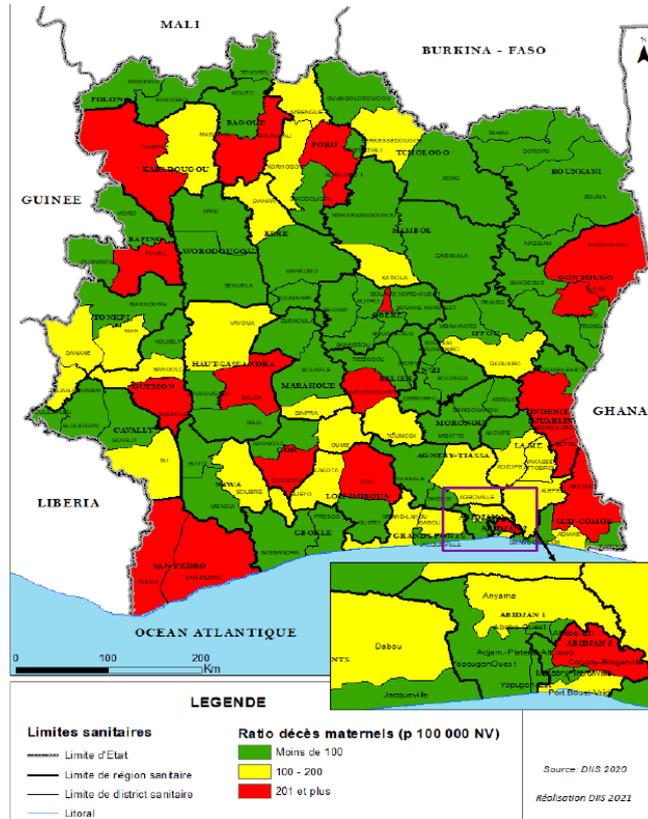
**Figure 11: Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) enregistré dans les régions sanitaires en 2020**

Source: Compilé par l’équipe de recherche sur la base du rapport d’évaluation du RASS2020 du MSHPCMU (2021)

Par district sanitaire, les taux de mortalité maternelle les plus élevés se situent dans le nord-ouest, à Bouaké (1833,90 pour 100 000 naissances vivantes), Odienné (669,76) et Cocody Bingerville (534,42), tandis que les taux les plus faibles se situent à Ouangolodougou (24,37), Guitry (19,36) et Méagui (14,56). 28 districts sanitaires n’ont signalé aucun décès maternel en 2020<sup>91</sup>.

<sup>90</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>91</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

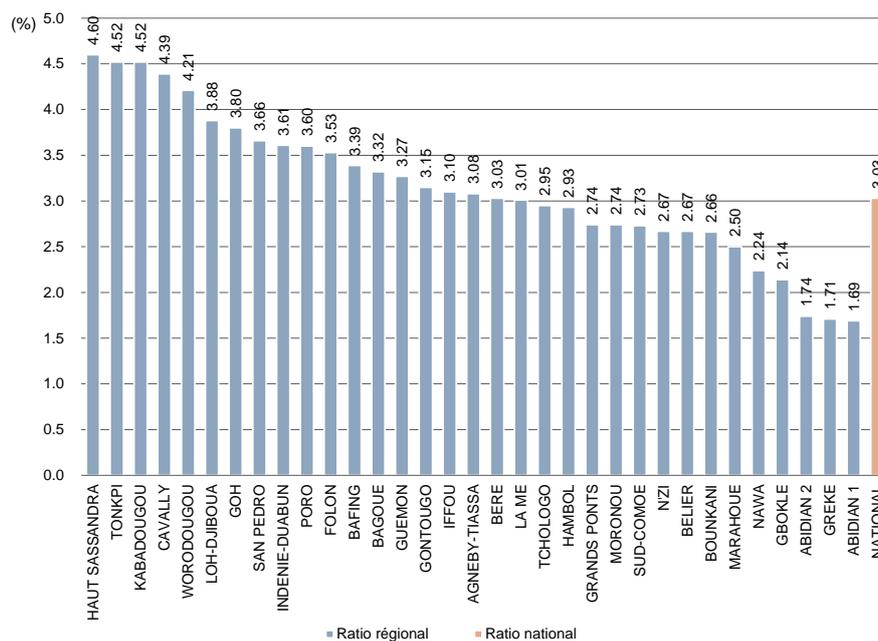


**Figure 12: Taux de mortalité maternelle enregistré dans les districts sanitaires, 2020 (pour 100 000 naissances vivantes)**

Source : RASS 2020 du MSHP (2021)

En ce qui concerne la mortinatalité, sur 697 473 naissances enregistrées dans les établissements publics en 2020, 21 127 étaient des mort-nés, soit un taux de 3,03%, presque identique à celui de 2019 (3,0%). Les régions sanitaires ayant la plus forte proportion de mortinatalité sont le Haut Sassandra (4,60%), le Tonkpi (4,52%) et le Kabadougou (4,52%), tandis que les plus faibles proportions sont celles d'Abidjan2 (1,74%), de Gbèkè (1,71%) et d'Abidjan 1 (1,69%)<sup>92</sup>. Celles-ci ont tendance à être quelque peu différentes des régions sanitaires à fort taux de mortalité maternelle mentionnées ci-dessus.

<sup>92</sup> MSHP/CMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

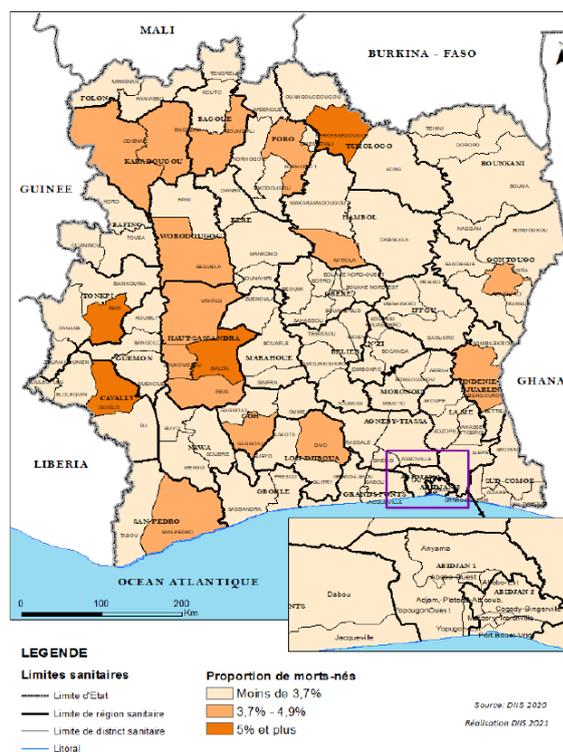


**Figure 13: Proportion de mortinatalité par région sanitaire en 2020**

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du rapport d'évaluation du RASS2020 du MSHPCMU (2021)

Les taux les plus élevés de mortinatalité par district sanitaire ont été enregistrés à Guiglo (8,04%), Man (6,51%) et Daloa (5,47%), et les plus faibles à Tehini (1,06%), Bouaké-Sud (1,04%) et Bouaké Nord-Ouest (0,92%)<sup>93</sup>.

<sup>93</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

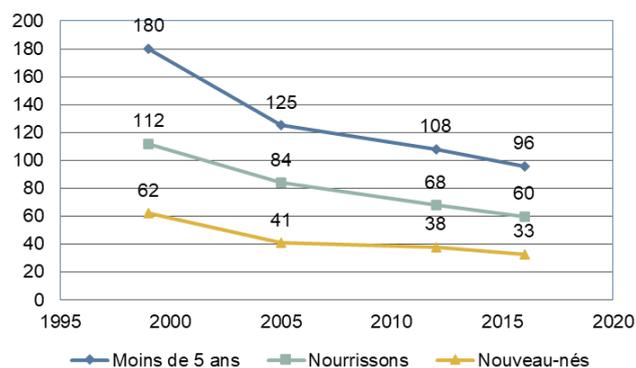


**Figure 14: Proportion de mortalité par district de santé en 2020**

Source : MSHP (2021) RASS2020

L'analyse du rapport d'évaluation du PNDS du MSHP (2021), qui utilise les données des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), montre que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué, passant de 181 des morts pour 1 000 naissances vivantes en 1999 à %96 pour 1 000 naissances vivantes en 2016, mais il reste supérieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (78 des morts). Le taux de mortalité infantile a diminué de 112 en 1999 à 60 en 2016, et le taux de mortalité néonatale de 62 en 1999 à 33 en 2016. Sachant que la mortalité néonatale représente environ la moitié de la mortalité infantile et un tiers de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, il est nécessaire d'intensifier les soins néonataux pour réduire la mortalité infantile globale<sup>94</sup>.

<sup>94</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020



**Figure 15: Évolution de la mortalité infantile entre 1999 et 2016**

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du rapport d'évaluation du PNDS du MSHP (2021)

Le rapport d'évaluation du PNDS du MSHP (2021) identifie les six causes sous-jacentes suivantes de décès maternels et d'enfants de moins de cinq ans.

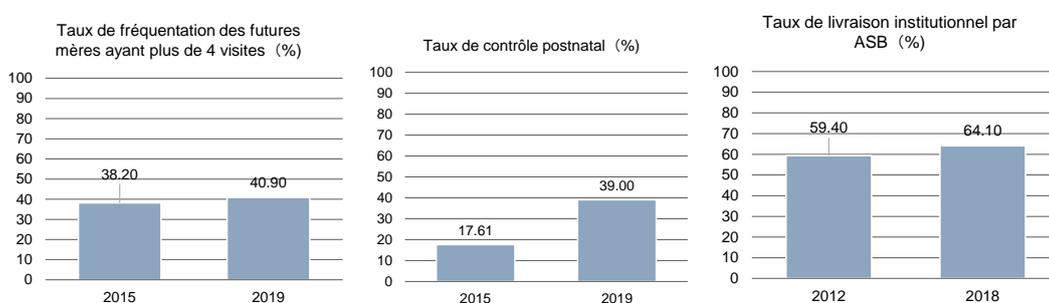
- (1) Nombre élevé de grossesses précoces
- (2) Manque d'accès à des services de planification familiale et de contrôle prénatal et postnatal de qualité.
- (3) Inefficacité de l'orientation et de la prise en charge des complications obstétriques
- (4) Manque d'accès à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et aux services pédiatriques liés au VIH
- (5) Manque d'accès à une alimentation de qualité
- (6) Manque d'accès à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène gérés de manière sûre

Source : MSHP (2021) Rapport d'évaluation du PNDS

## 6.2. Prestation de services de santé maternelle et infantile

Selon le rapport d'évaluation du PNDS du MSHP (2021), le RASS 2019 indique que seulement 33,5% des femmes enceintes ont bénéficié de leur premier examen prénatal en début de grossesse. Bien que le pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié de quatre examens prénatals ou plus soit passé de 38,2% en 2015 à 40,9% en 2019, le taux d'abandon élevé de 57,7% (pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié de leur premier examen prénatal, mais n'ayant pas poursuivi jusqu'au quatrième examen) constitue un défi. Il existe des différences régionales dans le taux d'abandon : 70,5% à Hambol, 71,7% à Kabadougou, Folon et Bafing et 77,4% à Worodougou Béré, contre 40,9% à Abidjan. Bien que le taux de contrôles postnatals soit passé de 17,61% en 2015 à 38,20% en 2019, les disparités régionales sont tout aussi importantes. Le taux d'accouchements en établissement par des accoucheuses spécialement qualifiées (SBA) est passé de 59,4% en 2012 à 64,1% en 2018. Cependant, le taux d'accouchement assisté par l'ASB

est de 92,2% en milieu urbain et de 61,3% en milieu rural ; à Abidjan il atteint 94,4%, contre 59,4% dans la région ouest et 48,8% pour les femmes des groupes à faibles revenus<sup>95</sup>.



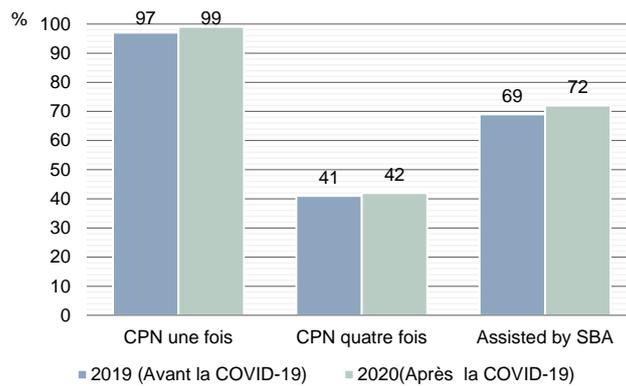
**Figure 16: Taux d'utilisation des services de santé maternelle et infantile (2015 et 2020)**

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du rapport d'évaluation du PNDS du MSHP (2021)

En ce qui concerne l'impact de la propagation de la COVID-19 sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, on considère que l'impact est limité, du moins en ce qui concerne les chiffres disponibles publiquement, car la santé maternelle et infantile est une priorité pour le gouvernement et divers efforts sont déployés indépendamment de l'épidémie de COVID-19. Par exemple, dans l'année post-pandémique 2020, les taux d'un ou quatre examens prénatals et d'accouchements assistés par l'ASB sont légèrement plus élevés que dans l'année pré-COVID-19 (2019)<sup>96</sup>. D'autre part, les entretiens avec les organisations d'aide indiquent que les résidents hésitent parfois à utiliser les services de santé par peur de l'infection, de sorte que la situation devra être suivie de près.

<sup>95</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>96</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020



**Figure 17: Taux d'utilisation des services de santé maternelle et infantile (2019 et 2020)**

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du RAS 2020 du MSHPCMU (2021)

En termes de ressources humaines pour les soins de santé maternelle et infantile, 99%, 97% et 96% des établissements de santé disposent respectivement d'au moins une sage-femme, d'une infirmière diplômée d'État et d'un médecin généraliste, mais seulement 13% disposent d'un chirurgien ou d'un pédiatre et 22% d'un obstétricien et d'un gynécologue car les spécialistes ne sont disponibles que dans les hôpitaux supérieurs<sup>97</sup>.

Les services de santé les plus courants qui peuvent être fournis dans les établissements sont les services de planification familiale (88%), les soins prénatals (88%) et la vaccination des enfants (82%). En revanche, la proportion d'établissements équipés pour fournir des soins obstétricaux de base (59%), des soins obstétricaux complets (60%) et des soins préventifs et curatifs pour les enfants (53%) tend à être faible. Les services les plus fréquemment proposés parmi les 19 paquets de soins obstétriques et néonataux d'urgence de base (*Basic Emergency Obstetric and Newborn Care*, BEmONC) étaient les services d'accouchement (85%), l'hygiène du cordon ombilical (84%), l'allaitement précoce et complet (84%), la protection thermique pour prévenir les hémorragies post-partum, l'accouchement vaginal assisté et l'administration d'ocytocine (83%). En revanche, les services non fournis étaient l'administration de corticostéroïdes en cas de travail prématuré (14%), la réanimation du nouveau-né (21%) et l'administration parentérale d'anticonvulsivants (25%). La disponibilité des césariennes et des transfusions sanguines était de 100% dans les deux établissements de soins tertiaires, mais de 64% et 74% respectivement dans les établissements de soins secondaires<sup>98</sup>.

<sup>97</sup> SARA (2016) Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé

<sup>98</sup> SARA (2016) Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé

### 6.3. Défis dans le domaine de la santé maternelle et infantile

La santé maternelle et infantile a été identifiée comme l'une des priorités du gouvernement, un point de vue partagé par plusieurs bailleurs de fonds interrogés. Selon le rapport d'évaluation du MSHP (2021), les principaux défis dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile sont les suivants.

- (1) Élaborer une législation sur la santé sexuelle et génésique.
- (2) Renforcer la capacité des prestataires de services en matière de soins obstétriques et néonataux d'urgence (*Emergency Obstetric and Newborn Care*, EmONC), de planification familiale, de surdité obstétricale (fistule), de gestion des fistules et des nouveau-nés.
- (3) Mettre en œuvre la politique nationale de délégation de tâches aux agents de santé communautaires (ASC) pour la prestation de services de planification familiale et de santé maternelle et infantile.
- (4) Mise en œuvre du Dossier d'investissement (DI) 2020-2023.
- (5) Revitalisation du comité sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile
- (6) Augmentation de l'offre de services de qualité dans les centres de santé
- (7) Déclarer les soins obstétriques et néonataux d'urgence de base (*Basic Emergency Obstetric and Newborn Care*, BEmONC) comme une priorité nationale et intensifier leur mise en œuvre.

Source : Rapport d'évaluation du PNDS du MSHP (2021)

L'actuel « Programme de promotion des soins de santé universels pour les femmes, les enfants et les pauvres » de la JICA couvre la zone du Grand Abidjan et vise à promouvoir les soins de santé universels en soutenant la gestion efficace et efficiente d'un système de sécurité médicale capable de fournir les services médicaux nécessaires sans surcharger les utilisateurs, et en faisant de la prise en charge continue des femmes enceintes et des nouveau-nés une question centrale. Le programme vise également à promouvoir la CSU en renforçant le système d'orientation dans les communautés et dans les établissements de soins sanitaires (des établissements primaires aux établissements tertiaires), ainsi qu'en renforçant le système de prestation de services de santé à tous les niveaux et en promouvant son utilisation. Une fois que le programme aura établi un modèle de promotion de la CSU dans les zones cibles, il sera nécessaire de déployer ce modèle au niveau régional pour atteindre la population rurale plus marginalisée. Il s'agira de modifier le modèle urbain pour l'adapter aux besoins des zones rurales cibles et de fournir une voie pour un déploiement durable. Les questions de santé maternelle et infantile soulevées lors des entretiens avec les bailleurs de fonds, y compris les experts japonais du programme, sont les suivantes.

**Tableau 19: Résultats des entretiens sur les questions de santé maternelle et infantile**

Bailleurs de fonds/Programmes	Les défis de la santé maternelle et infantile
JICA « Programme de promotion de CSU pour les femmes, les enfants et les pauvres ».	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'existe pas de politique intégrée de santé maternelle et infantile en Côte d'Ivoire.</li> <li>• Les activités sont cloisonnées, ce qui rend difficile l'obtention d'une image complète du budget et des activités.</li> <li>• La façon dont les activités prévues sont mises en œuvre n'est pas claire, ce qui en fait une boîte noire.</li> <li>• Évaluation basée uniquement sur le taux d'exécution du budget.</li> </ul>
Organisation mondiale de la santé (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a une pénurie de médecins pouvant pratiquer des césariennes, d'obstétriciens et de gynécologues.</li> <li>• La répartition du personnel médical dans les villes est inégale.</li> </ul>
Banque africaine de développement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilité insuffisante des personnels de santé</li> <li>• Il existe un fossé entre les sexes.</li> </ul>
Agence française de développement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anciennes installations hospitalières</li> <li>• Manque d'organisation locale et de formation des professionnels de la santé</li> <li>• Absence d'une organisation appropriée pour gérer les finances</li> <li>• Qualité des services dans les hôpitaux publics et privés</li> </ul>
Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement disproportionné et mauvaise qualité du personnel médical</li> <li>• Apprentissage continu insuffisant pour renforcer les capacités du personnel médical</li> <li>• Manque de spécialisation du personnel médical</li> <li>• Les décès maternels dans les zones rurales ne sont pas signalés avec précision au gouvernement central.</li> <li>• En raison du nombre limité de lits dans les établissements de santé ruraux, les patients sont contraints de partir même dans les 72 heures lorsque les accouchements se chevauchent.</li> </ul>

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base d'entretiens avec des organisations d'aide

#### 6.4. Défis et améliorations des services de santé maternelle et infantile (césarienne)

En Côte d'Ivoire, les statistiques nationales pour 2020 font état de 1,40 médecin pour 10 000 habitants, de 2,36 infirmiers pour 5 000 habitants et de 3,05 sages-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer, ce qui correspond aux ratios recommandés par l'OMS (1 médecin pour 10 000 habitants, 1 infirmière pour 5 000 habitants, 1 sage-femme pour 3 000 femmes en

âge de procréer<sup>99</sup>), mais il existe de grandes disparités dans les effectifs entre les régions<sup>100</sup>. Comme mentionné au point 6-2, seuls 22% des hôpitaux disposent d'obstétriciens et de gynécologues, et la pénurie d'obstétriciens et de gynécologues est particulièrement aiguë dans les zones rurales.

Le taux de césariennes du pays en 2020 était de 4,33 %, légèrement supérieur au taux de 2019 (3,59 %) mais inférieur à l'objectif national de 4,5 %<sup>101</sup>. Les disparités régionales sont également importantes, puisque seuls 15 des 33 États dépassent l'objectif national en matière de taux de césariennes, et l'écart est considérable entre les trois premiers États que sont Sud-Comoe (8,20%), Agneby-Tiassa (7,39%) et Belia (7,10%), et les trois derniers sont Folon (0,00%), Bere (0,10%) et Gbeke (0,10%). Il existe une différence significative entre les trois derniers États, Folon (0,00%), Bere (0,10%) et Gbeke (0,67%). En particulier, dans la région de Folon, il n'y a pas du tout de césariennes, faute de salles d'opération.

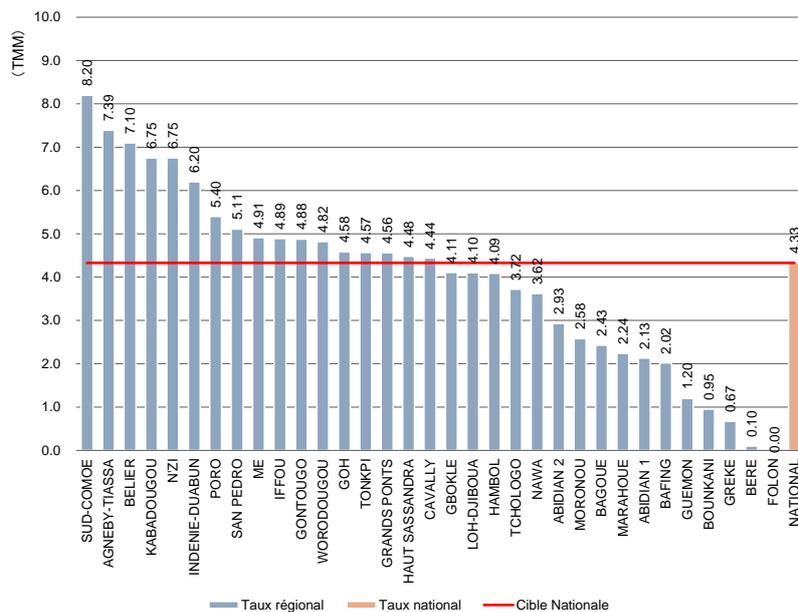
---

<sup>99</sup> D'autre part, l'OMS a fixé un objectif de 2,3 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1 000 habitants en 2006, et les objectifs de développement durable (ODD) visent à atteindre 4,45 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1 000 habitants en 2030 (Source: OMS (2016) Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250330> )

Calculé à partir des statistiques nationales de la Côte d'Ivoire pour 2020, le nombre de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes pour 1 000 habitants sera de 0,85 (médecins 0,14, les infirmières 0,47 et les sages-femmes 0,24 (ce qui est calculé selon le même rapport, en utilisant les femmes en âge de procréer comme 24% de la population totale de 22 671 331)), ce qui reste inférieur aux normes de l'OMS et aux objectifs des ODD.

<sup>100</sup> MSHP (2019) Politique Nationale de Délégation des tâches en Santé de la reproduction/ planification familial

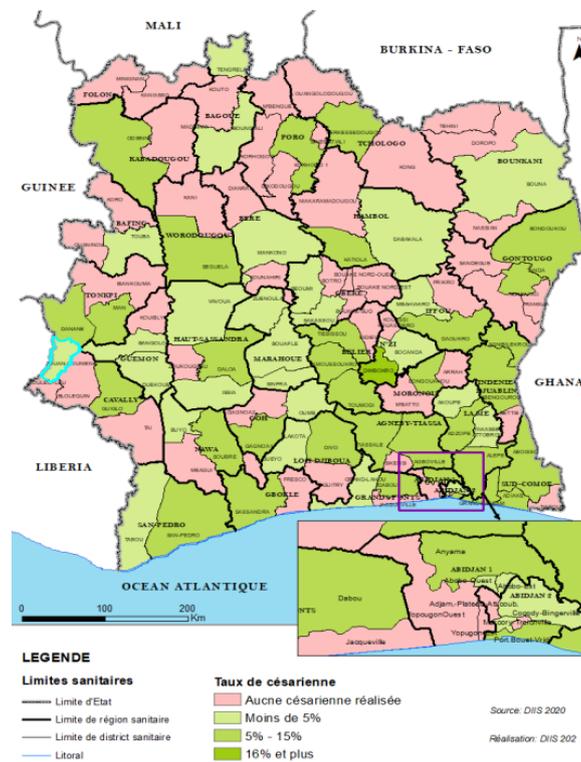
<sup>101</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020



**Figure 18: Pourcentage de césariennes par État de santé en 2020**

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du rapport d'évaluation du RASS2020 du MSHPCMU (2021)

Si l'on considère le taux de césariennes par district sanitaire, seuls 38 des 113 districts sanitaires ont atteint l'objectif national : Dimbokro (16,94%), Katiola (14,67%) et Anyama (14,44%) ont des taux élevés, tandis que les taux sont inférieurs à 1% pour les trois secteurs, Bocanda (0,02%), Zouan-Hounien (0,09%) et Mankono (0,18%).



**Figure 19: Pourcentage de césariennes par secteur de santé en 2020**

Source : MSHPCMU (2021) RASS2020

Selon l'OMS (2015)<sup>102</sup>, lorsqu'elles atteignent un taux de 10% de toutes les césariennes sont efficaces pour réduire les décès maternels et néonataux,<sup>103</sup> mais le taux de césariennes dans le pays est bien inférieur à 10%, en particulier dans les zones rurales. Cela est dû en partie au fait que les médecins généralistes ne sont pas autorisés par la loi à pratiquer des césariennes, et que de nombreuses femmes enceintes qui ont besoin d'une césarienne sont envoyées dans des hôpitaux où seuls des médecins généralistes sont disponibles, et nombreuses vies sont donc perdues parce que ces femmes ne peuvent pas avoir de césarienne.

Pour améliorer cette situation, le MSHPCMU lancé en 2019 la « Politique Nationale de Délégation des tâches en Santé de la reproduction/planification familiale »<sup>104</sup>, et en 2021 le DIMBA PIERRE N'GOU de la MSHPCMU annoncera un engagement à mettre en œuvre la politique et à développer un plan d'intervention d'urgence en obstétrique et gynécologie pour 2022-2024. Le plan comprend une décision visant à faire de la délégation de tâches telles que la

<sup>102</sup> WHO (2015) WHO statement on caesarean section rates

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/)

<sup>103</sup> Cependant, le document indique qu'il n'est pas nécessaire de se préoccuper du "taux" de césarienne, et que la césarienne devrait être offerte à toutes les mères qui en ont besoin.

<sup>104</sup> MSHP (2019) Politique Nationale de Délégation des tâches en Santé de la reproduction/ planification familial

réalisation de césariennes et autres procédures chirurgicales par des médecins généralistes une politique nationale afin de combler les lacunes régionales en matière de spécialistes (obstétriciens et chirurgiens). D'ici 2024, 150 médecins généralistes seront formés à l'obstétrique, à la gynécologie, aux urgences néonatales (césarienne, arrêt cardiaque) et aux urgences chirurgicales (hernie, appendicite). La délégation de tâches nécessitera également la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation. Un certain nombre d'actions sont donc organisées, notamment une réunion des ministères et des parties prenantes pour échanger des points de vue sur la qualification des médecins et la mise en place de programmes de formation.

En 2021, le MSHPCMU a établi les Normes et Protocoles en Santé sexuelle reproductive, maternelle néonatale et infantile,<sup>105</sup> qui deviendront la norme pour fournir des services de haute qualité. Dans ce pays, le premier document de politique, normes et procédures de santé familiale a été élaboré en 2008 et est continuellement mis à jour. L'édition révisée de 2021 contient divers indicateurs tels que des approches et des manuels pour les questions de santé reproductive, les taux d'exécution des césariennes et les méthodes de calcul de la mortalité maternelle.

---

<sup>105</sup> MSHP (2021) Normes et Protocoles en Santé sexuelle reproductive, maternelle néonatale et infantile

## 7. Résultats de la compilation d'informations et de l'analyse des questions relatives à la sécurité médicale

### 7.1. Aperçu du système de sécurité médicale

#### (1) Contexte du système de sécurité médicale

En Côte d'Ivoire, le taux élevé de contribution des patients aux soins de santé conventionnels a constitué un défi en termes de sécurité sanitaire : comme la montre (5) dans le tableau 13 du chapitre 5, les tickets modérateurs en pourcentage des dépenses de santé récurrentes restent lourds. En ce qui concerne l'un des indicateurs de réalisation du CSU, la proportion de la population ayant des dépenses de santé élevées en pourcentage des dépenses ou des revenus du ménage, le pourcentage de la population ayant des dépenses de santé supérieures à 10% était de 12,4% (2015), ce qui est similaire à la moyenne mondiale de 12,7% (2015) et supérieur à la moyenne régionale africaine de 7,3% (2015)<sup>106</sup>. Le taux de pauvreté dû aux frais de santé à la charge des patients est également de 2,25 % (2015) en Côte d'Ivoire, en utilisant un seuil de pauvreté de 1,90 \$/jour, ce qui est supérieur à la moyenne mondiale de 1,4 (2015) et à la moyenne régionale africaine (2015). La réduction de ce fardeau pour les ménages, notamment la réduction des risques et l'allègement de la charge financière pour les pauvres, a été un objectif majeur dans le développement du système de couverture des soins de santé en Côte d'Ivoire.

Après les élections présidentielles de 2010, des tentatives ont été faites pour introduire un système de soins de santé gratuits<sup>107</sup>, mais un système plus viable financièrement pour un groupe plus large de bénéficiaires a été envisagé. Le discours inaugural du Président en 2011, avec sa référence à la réduction de la pauvreté par l'introduction d'une couverture maladie universelle, a également conduit à envisager un système d'assurance maladie universelle (Couverture Maladie Universelle, CMU) pour la population, qui est devenu une loi en 2014, et les pilotes de préparation et d'institutionnalisation ont commencé. Les résultats et leur diffusion générale sont un des engagements présidentiels et une priorité lors des élections de 2020.

Dans le même temps, le gouvernement s'est engagé dans les dépenses sociales et sa vision est exprimée dans le Plan national de développement social (PS-Gouv). Le PS-Gouv affirme le renforcement de la dimension sociale dans la mise en œuvre des politiques du président et a été préparé en 2018 comme un programme visant à promouvoir l'amélioration et le développement dans cinq domaines : (i) la santé et la protection sociale, (ii) l'éducation, (iii) l'accès aux services essentiels minimums, (iv) l'emploi et l'autonomisation des femmes et des

---

<sup>106</sup> WHO (2019) Global monitoring report on financial protection in health 2019

<sup>107</sup> Selon USAID (2014) « Measuring and Monitoring Progress Toward Universal Health Coverage : A case study of Cote D'Ivoire », la gratuité des soins a été introduite après la crise politique de 2011, mais seulement pour une période de 10 mois. Cette mesure a été suivie en 2012 par l'introduction de la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et le paludisme pour l'ensemble de la population.

jeunes, et (v) l'amélioration des moyens de subsistance dans les zones rurales. Le programme sera lancé en 2019. Le programme devait également être mis en œuvre en 2019-2020. Dans le domaine de la santé et de la protection sociale, des progrès ont été réalisés dans quatre projets prioritaires : le renforcement du programme de gratuité des soins, le renforcement du programme élargi de vaccination (PEV), la mise en œuvre progressive de la couverture maladie universelle (CMU)<sup>108</sup> et le programme de transferts monétaires comme filet de sécurité sociale. Le rapport sur les résultats du PS-Gouv en 2021 fait également état d'avancées significatives dans ce domaine de la santé et de la protection sociale : la diffusion de la CMU et la prise en charge budgétaire de programmes médicaux gratuits se sont poursuivies après la fin du PS-Gouv. Ainsi, même dans le cadre plus large, la volonté de promouvoir les soins de santé et la protection sociale a été renforcée.

Ainsi, en Côte d'Ivoire, la couverture des soins de santé est mise en place sous la forme d'un système d'assurance sociale universelle. La CMU est en partie parallèle en substance au système fiscal, car le ministère du travail et de la protection sociale (MEPS) paie les primes publiques pour les nécessiteux<sup>109</sup>, et des programmes médicaux gratuits pour des groupes de population, des procédures et des maladies spécifiques sont mis en œuvre indépendamment de la CMU, avec le budget du MSHPCMU. Toutefois, à l'avenir, le gouvernement a l'intention de procéder à la mise en place du système d'assurance sociale, car il entend unifier le système dans le cadre de la CMU<sup>110</sup>. En plus de la CMU, la Côte d'Ivoire dispose d'un système distinct de sécurité sociale pour les fonctionnaires, la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEFCI), qui a pour but d'assurer la sécurité sociale des fonctionnaires. Parmi les autres régimes d'assurance maladie, il y a la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), qui est principalement chargée de la protection sociale des salariés privés (voir le tableau ci-dessous dans la rubrique "Comparaison des régimes d'assurance maladie"). En outre, il existe des sociétés privées d'aide mutuelle et des compagnies d'assurance, dont la combinaison constitue le système d'assurance maladie.

## 7.2. Aperçu du système de sécurité médicale

La sécurité sanitaire en Côte d'Ivoire est mise en œuvre par plusieurs dispositifs dans les institutions concernées, comme décrit au chapitre 7-1. Un résumé des principales d'entre elles

---

<sup>108</sup> Dans ce rapport, nous utilisons le terme français Couverture Maladie Universelle (CMU) pour traduire la couverture sanitaire universelle, bien que CMU soit parfois traduit par couverture sanitaire universelle. La CMU est parfois traduite par Universal Health Coverage, tandis que Universal Health Coverage est l'équivalent français de Couverture Sanitaire Universelle. La CMU mise en place par la CNAM en Côte d'Ivoire vise à fournir une assurance maladie à tous les citoyens, et donc la couverture maladie universelle est appropriée pour les besoins de ce rapport.

<sup>109</sup> Un groupe de personnes qui ne sont pas en mesure de payer les primes d'assurance. Il est défini séparément du groupe situé sous le seuil de pauvreté (les pauvres), tel qu'il est défini dans les enquêtes sur les ménages, et est donc présenté comme le groupe des nécessiteux dans ce rapport.

<sup>110</sup> D'après les entretiens avec le MSHPUHC et MEPS

est présenté dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 20: Comparaison des régimes de couverture médicale**

SCHÉMA	(1) SCHÉMA DE BASE GÉNÉRAL DE LA CMU (RGB)	(2) REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE DE LA CMU (RAM)	(3) ASSURANCE MALADIE DES FONCTIONNAIRES	(4) ASSURANCE MALADIE DES SALARIES DU SECTEUR PRIVE	(5) PROGRAMMES MEDICAUX GRATUITS CIBLES SPECIFIQUES
CIBLE	Tous les citoyens, à l'exception de ceux qui sont couverts par un régime distinct en tant que groupe défavorisé.	Les nécessiteux (ceux qui ont des difficultés à payer leurs primes)	Fonctionnaires et employés du gouvernement	Salariés privés	Femmes enceintes et mères allaitantes Moins de 5 ans Paludisme Soins d'urgence
AGENCE DE MISE EN ŒUVRE	IPS-CNAM	IPS-CNAM	MUGEFCI	IPS-CNPS	MSHPCMU
RESSOURCES FINANCIÈRES	Primes d'assurance	Taxes (coûts du projet MEPS, subventions pour IPS-CNAM)	Impôts et rémunération des services publics	Employeurs et salariés	Budget du MSHPCMU
POOL DE FONDS	La Fondation du CNAM	La Fondation du CNAM	Pools et fonds CNAM gérés par MUGEFCI	Pool de fonctionnement de la CNPS et fonds de la CNAM	Taxe
SERVICES D'ACHAT					
PACKAGES	Paquet indiqué dans le tableau 21	Similaire à RGB	Mêmes services que RGB, plus des services supplémentaires disponibles avec MUGEFCI		Examens prénataux, accouchement (y compris césarienne), traitement des enfants de moins de 5 ans, paludisme.
STRUCTURE DE L'OFFRE	Hôpitaux et pharmacies publics et privés à vocation publique accrédités par le CANM	Similaire à RGB			Installations publiques

MODE DE PAIEMENT	Les personnes éligibles paient 30% au guichet et l'institution facture 70% à la CNAM.	Gratuit pour les personnes éligibles, les établissements de santé facturent la CNAM en totalité			Gratuit au comptoir et facturé au ministère de la santé par l'établissement.
------------------	---	---	--	--	--

Source : Compilé par l'équipe de recherche

#### (1) Régime général de base de la CMU

Le Régime Général de la Base (RGB) de la CMU et le Régime d'Assistance Médicale (RAM) sont tous deux gérés par IPS-CNAM. Si vous vous affiliez au régime général de base (RGB), vous payez une prime mensuelle de 1 000 FCFA par personne. En apportant la carte dans un établissement de santé agréé par la CNAM (public ou privé avec une mission publique), il est possible de consulter un médecin au guichet pour 30% du prix officiel du gouvernement pour les procédures et traitements médicaux éligibles. La CNAM prend alors en charge 70% du coût pour l'établissement médical.

Le tableau ci-dessous résume la nature du traitement médical dans le RGB des CMU.

**Tableau 21: Détails du régime d'assurance médicale de la CMU**

Installations médicales éligibles	Les établissements de santé publics et les établissements de santé privés à vocation de service public (950 au total) et les pharmacies inscrites à la CMU (environ 950).																	
Groupe cible	Tous les citoyens. Elle est actuellement en cours de généralisation.																	
Primes d'assurance	1 000 FCFA (environ 1,5 €) par personne et par mois																	
Traitement médical	<p>1) Diagnostic Consultation médicale, traitement médical, traitement chirurgical (pour les pathologies couvertes par la CMU), hospitalisation, soins bucco-dentaires et radiologie, césarienne et accouchement, suivi, transfusion sanguine, examens de biologie médicale, examens d'imagerie médicale.</p> <p>2) Prix Le tarif d'une consultation dépend de la catégorie à laquelle appartient la structure sanitaire, comme suit :</p> <table border="1" data-bbox="491 1688 1348 2000"> <thead> <tr> <th>Type d'établissement</th> <th>Médecin généraliste (FCFA)</th> <th>Médecins spécialistes (FCFA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Centre de santé rural (CSR)</td> <td>100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Centre pour la santé urbaine (CSU)</td> <td>500</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>Établissements de santé urbains (FSU)</td> <td>500</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>Hôpital général (HG)</td> <td>1 000</td> <td>2 000</td> </tr> </tbody> </table>			Type d'établissement	Médecin généraliste (FCFA)	Médecins spécialistes (FCFA)	Centre de santé rural (CSR)	100		Centre pour la santé urbaine (CSU)	500	500	Établissements de santé urbains (FSU)	500	500	Hôpital général (HG)	1 000	2 000
Type d'établissement	Médecin généraliste (FCFA)	Médecins spécialistes (FCFA)																
Centre de santé rural (CSR)	100																	
Centre pour la santé urbaine (CSU)	500	500																
Établissements de santé urbains (FSU)	500	500																
Hôpital général (HG)	1 000	2 000																

	Hôpitaux communautaires (CHR)	1 500	2 500
	Hôpital universitaire (CHU)	5 000	

Pour les actes médicaux, conformément au décret n° 2016-865 de l'2016 année, la nomenclature générale des actes de médecine et de biologie de Côte d'Ivoire, les tarifs d'une série d'actes médicaux sont définis dans ce document. Les taux d'hospitalisation sont fixés en fonction du niveau de l'établissement de santé.

3) Thérapeutique  
 Les médicaments couverts par la CMU sont les suivants :  
 Analgésiques et antipyrétiques, anti-inflammatoires stéroïdiens, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antianémiques, anti-asthmatiques, antibiotiques, anticoagulants, anticonvulsivants, antiémétiques, antifongiques, anti-goutteux, anti-hémorragiques, anti-non-hypnotiques, antihistaminiques, antitussifs, antihypertenseurs, anti-malariques, anti-parasitaires, antiseptiques, anticonvulsivants et anti-musculaires, anti-ulcéreux, antiulcéreux, kératolytiques, cicatrisants, mydriatiques, perfusions, sympathomimétiques

Source : Compilé par l'équipe de recherche à partir de CNAM (2019) Actes et Tarification de la Couverture Maladie Universelle

Selon les entretiens avec le MSHPCMU et la CNAM, l'étendue de la couverture de la CMU est plus étroite que le paquet essentiel recommandé par l'OMS, et exclut les maladies chroniques afin d'équilibrer les besoins et les coûts. La même couverture est prévue pour les médicaments. Le champ d'application de la CMU a été élaboré en consultation avec une série de parties prenantes du gouvernement, du secteur privé et du public, et sera révisé tous les deux ans.

## (2) Régime d'aide médicale

Le régime d'assistance médicale (RAM) est un régime gouvernemental qui fournit une aide financière aux personnes dans le besoin. Les ménages qui ne sont pas en mesure de payer les primes peuvent bénéficier de la RAM s'ils remplissent les conditions de l'examen des ressources par procuration et sont exemptés des primes mensuelles et des paiements de guichet. La CNAM estime qu'il y a un peu moins de 3 millions de personnes dans le besoin et prévoit de les identifier et de les enregistrer d'ici 2024. A la fin du mois d'août 2021, environ 35% de cette cible, soit 1 million de personnes, ont été identifiées pour la RAM.

## (3) Assurance maladie des fonctionnaires

Le régime des fonctionnaires est mis en œuvre par la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) et concerne les fonctionnaires, les agents des collectivités locales, les militaires et les policiers ainsi que leurs retraités. Elle couvre les fonctionnaires, les employés des administrations locales, les militaires et les policiers,

ainsi que leurs retraités. Couvrant à l'origine les médicaments, les soins dentaires et la correction de la vue, le régime supplémentaire permettra d'accéder à un éventail plus large de services médicaux.

(4) Assurance maladie des travailleurs salariés privés (assurance sociale)

Pour les salariés privés, la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) fait traditionnellement office d'assurance maladie. Les entreprises sont tenues d'inscrire leurs employés salariés et de verser une prime de 14% de leur salaire au fonds (Le ratio employeur-employé est de 55%:45%). En ce qui concerne la répartition des membres pour 2020, il y a 39 000 employés et 863 000 salariés.

(5) Programme de gratuité médicale pour les cibles éligibles (Gratuité Ciblée)

Avant la création de la CMU, en 2012, le gouvernement avait mis en place un programme médical gratuit pour réduire la charge des patients et lutter contre certains groupes démographiques et certaines maladies, notamment les accouchements (y compris les examens de routine et les césariennes) et le traitement des enfants de moins de cinq ans. Des soins médicaux et des traitements contre le paludisme sont également fournis gratuitement à tous. Toutefois, selon la Banque mondiale (2020), ce programme de soins de santé gratuits est inefficace et ne fonctionne pas dans la pratique. Le rapport indique que la sous-budgétisation, les retards dans l'allocation du budget et les ruptures de stock de matériel médical entravent l'efficacité. Le rapport indique également que le programme de soins médicaux gratuits a eu un impact négatif sur les patients qui ne peuvent pas être traités dans les établissements primaires en raison de ruptures de stock de médicaments et d'autres facteurs, car ils sont orientés vers des établissements de niveau supérieur sans être référés, ce qui augmente la congestion des établissements de niveau supérieur.

Le gouvernement reconnaît également qu'il existe un manque de budget pour le programme de soins de santé gratuits. Selon le gouvernement, les coûts directs de la mise en œuvre du seul programme de gratuité des soins sont estimés à 41,5 milliards de FCFA (hors CMU), mais comme le montre le tableau ci-dessous, le budget des trois dernières années se situe entre 15 et 18 milliards de FCFA, ce qui constitue une sous-allocation. Le rythme d'augmentation est également lent.

**Tableau 22: Budget du programme de médecine gratuite (millions de FCFA)**

CIBLE	2018	2019	2020	2021	2022
<b>FRAIS D'ACCOUCHEMENT</b>	4 795	4 850	5 800	5 850	5 850
<b>FRAIS DE CÉSARIENNE</b>	4 644	4 650	5 650	5 650	5 650
<b>COÛTS DU TRAITEMENT DU PALUDISME</b>	4 550	4 800	5 850	5 800	5 800

<b>AUTRES RÉGIMES MÉDICAUX GRATUITS</b>	700	700	700	700	700
<b>TOTAL</b>	14,688	15,000	18,000	18,000	18,000

Source : Préparé par l'équipe de recherche sur la base de documents du MSHPCMU et des documents budgétaires 2021 et 2022.

### 7.3. Statut de la CMU

#### (1) Statut de l'inscription à la CMU

En septembre 2021, 3 175 000 personnes étaient enregistrées dans le système de la CMU. Parmi eux, 2 091 mille (70%) ont reçu une carte d'enregistrement (à prendre et à présenter lorsqu'ils reçoivent des services dans les établissements enregistrés par la CNAM) et 140 mille ont effectivement reçu des services.

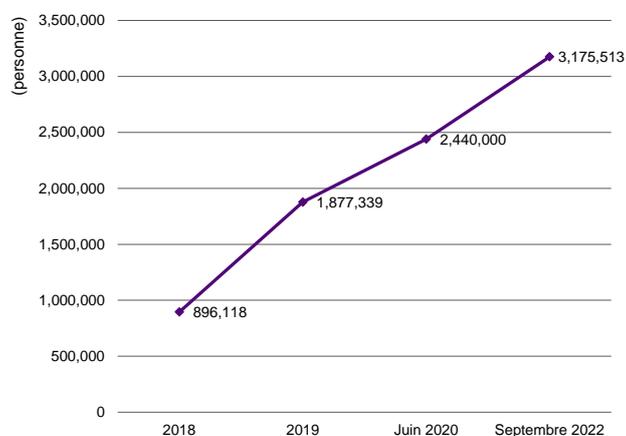
Le nombre d'enregistrements est indiqué dans la figure 20 et la répartition par catégorie à la fin du mois de septembre 2021 est indiquée dans la figure 21. Cette catégorisation est basée sur les catégories socio-professionnelles utilisées par la CNAM. Le nombre d'enregistrements est dominé par les "professions libérales informelles", les étudiants et les autres travailleurs indépendants qualifiés (Autre ayant droit). Malheureusement, les définitions de cette classification socioprofessionnelle et d'autres informations n'étant pas disponibles, il est difficile de savoir où sont classés les travailleurs agricoles décrits par la CNAM, mais nous supposons qu'ils appartiennent soit à la catégorie des "indépendants informels", soit à celle des "indépendants qualifiés". Il y a également eu une augmentation du nombre de personnes enregistrées qui sont supposées être des salariés (10%), des fonctionnaires (6%) et leurs familles (femmes au foyer et étudiants). Le groupe des nécessiteux représente 2% du nombre total d'inscriptions.

En revanche, les bénéficiaires réels du traitement et de la fourniture de médicaments s'avèrent être principalement des fonctionnaires (52% des subventions pour l'achat de médicaments et 35% des actions de traitement sont destinées aux fonctionnaires). À cet égard, il existe un décalage entre les attentes en matière de couverture sanitaire universelle et la réalité.

La lenteur des inscriptions s'explique par plusieurs raisons. Tout d'abord, de nombreuses populations rurales n'ont pas accès aux documents requis, tels que les certificats de naissance, et il y a des retards dans l'émission et la réception des cartes par les contractants. Il est également fait état d'ensembles de prestations limités mis à la disposition des citoyens au moment de l'inscription, ce qui rend difficile l'accès au traitement qu'ils souhaitent, et d'installations d'inscription peu nombreuses ou de services médiocres.

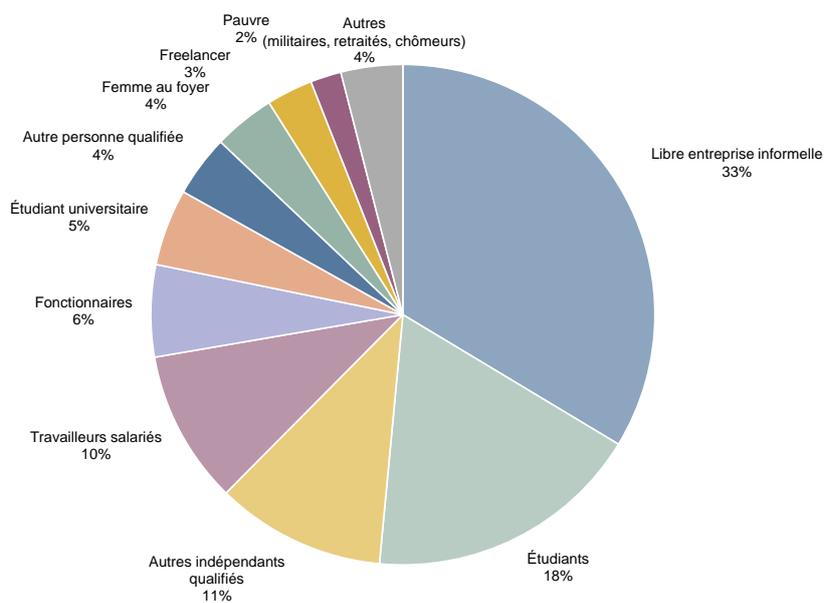
En ce qui concerne le régime RAM pour les personnes dans le besoin, en septembre 2021, il y avait 40 000 titulaires de cartes et seulement 1 600 bénéficiaires réels des services, et il y a eu un certain nombre de cas où des titulaires de cartes se sont vu refuser des services en raison

d'un manque d'information approfondie dans les établissements.



**Figure 20: Nombre d'inscrits à la CNAM**

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du questionnaire de la Banque mondiale à la CNAM (septembre 2021)



**Figure 21: Répartition des abonnés de la CNAM par catégorie**

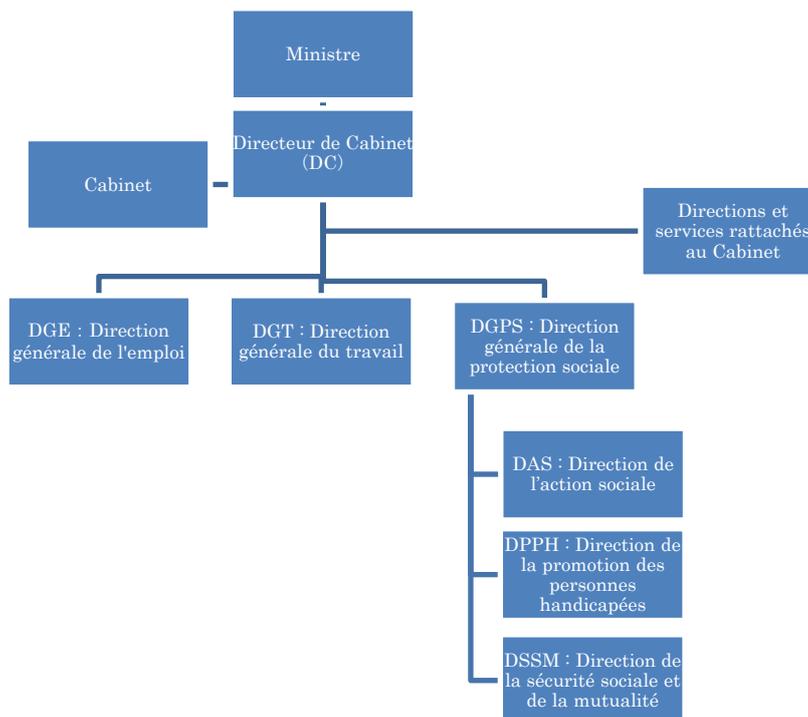
Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du questionnaire de la Banque mondiale à la CNAM (septembre 2021)

(2) Structure de mise en œuvre de la CMU

1) Ministère de l'emploi et de la protection sociale

En Côte d'Ivoire, la formulation et la mise en œuvre des politiques relatives aux services

de santé relèvent presque exclusivement du MSHPCMU, mais la couverture des soins de santé est assurée par la Direction générale de la protection sociale (DGPS) du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (MEPS), qui, dans le cadre de sa politique de protection sociale, supervise l'IPS-CNAM, l'agence d'exécution du système CMU. L'organigramme du MEPS est présenté ci-dessous.



**Figure 22: Organigramme du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale**

Source : Compilé par l'équipe de recherche sur la base du site Web MEPS

Les Documents de Programmation Pluriannuelles des Dépenses Projets Annuels de Performance (DPPD-PAP) du gouvernement prévoient que d'ici 2024, en coordination avec les ministères concernés La Direction générale de la protection sociale, en coordination avec les ministères concernés, a réservé un budget pour la promotion de la CMU, y compris les campagnes d'information du public, la promotion de l'enregistrement, la collecte des contributions, la gestion des fonds, le développement des régimes, la gestion des programmes pour les nécessiteux et la coordination entre les régimes. Outre le budget de coordination du ministère (2 millions de FCFA), le budget prévoit des subventions pour la gestion de la CNAM (environ 3 milliards de FCFA par an) et pour l'administration de la RAM (12,7 milliards de FCFA par an).

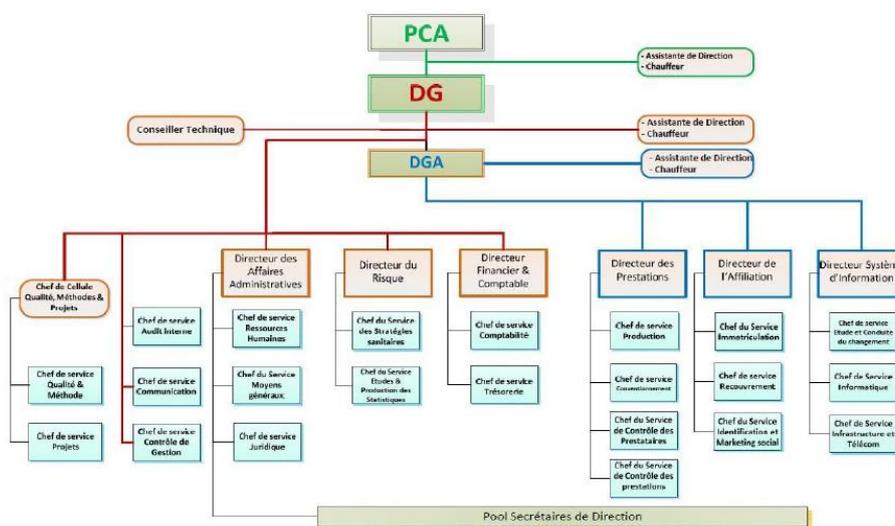
En ce qui concerne le renforcement de la mise en œuvre de la CMU, l'ancien ministère de la Santé et de la Santé publique doit être réorganisé pour devenir le ministère de la Santé et de

la Santé publique de la Couverture Sanitaire Universelle au premier semestre 2021, et le MSHPCMU devrait jouer un rôle dans l'administration de la CMU (voir chapitre 5-1).

2) Organisation, mandat et gouvernance de l'IPS-CNAM, agence de mise en œuvre

La Caisse nationale d'assurance maladie a été créée par le décret du 25 juin 2014 (n° 2014-395) en vertu de la loi CMU (n° 2014 - 131 du 24 mars 2014). L'IPS-CNAM a pour but d'administrer et de réguler le système de santé universel en Côte d'Ivoire et, afin de conserver une organisation de taille réduite, elle a été créée par la CNPS (Caisse nationale de prévoyance sociale), la Caisse nationale de sécurité sociale, la CGRAE (Caisse générale de retraite des agents de l'État), l'entraide et les assurances privées ; elle délègue certaines de ses fonctions aux Organismes gestionnaires délégués (OGD). Les tâches déléguées sont définies de manière générale comme suit.

- 1) Fonctions uniquement liées à l'identification des personnes éligibles et au remboursement des contributions à la CNAM.
- 2) Fonctions liées à la gestion des services (gestion médicale, compensation des factures, paiement des prestataires médicaux).



**Figure 23: Organigramme de la CNAM**

Source : Site Web de l'IPS-CNAM

La situation financière de l'IPS-CNAM n'est pas publiquement disponible. Les informations sur les recettes et les dépenses prévues pour les trois organisations de protection sociale gérées par le gouvernement sont disponibles dans le plan budgétaire économique pluriannuel (DPBEP) 2021-2023 et 2022-2024. Cela inclut l'IPS-CNAM, qui confirme la

politique et fournit quelques informations sur la perception actuelle. Le gouvernement est actuellement d'avis que l'excédent peut être maintenu, car le plan prévoit que le revenu des primes augmentera dans le contexte d'une perception de croissance régulière provenant des activités visant à promouvoir l'inscription au régime général de base (RGB), alors que dans le même temps, les paiements de sinistres n'augmenteront pas de manière significative en comparaison. Toutefois, cet excédent devrait être limité au cours des années suivantes par la croissance des paiements, l'inflation et d'autres facteurs. Le plan financier devra être revu chaque année, car il devient moins sûr au cours des années suivantes. L'analyse des risques du gouvernement reconnaît également que l'excédent actuel est équilibré et stable, mais qu'il existe un risque de déséquilibre à long terme en raison du coût élevé des services de santé par rapport aux primes versées par les assurés. Cependant, la politique actuelle est que le risque est faible, avec une prime de 1 000 FCFA par personne et un nombre limité de services médicaux dans la CMU pour maintenir les paiements des sinistres constants<sup>111</sup>.

**Tableau 23: Plan financier de la CNAM**

10 million de FCFA

Le plan financier de la CNAM	2020	2021	2022	2023	2024
Revenu total	38.6	33.2	44.1	54.8	65.5
Revenus des primes d'assurance (c)	33.6	29.3	39.8	50.2	60.6
Revenu des primes d'assurance du RGB	26.4	20.6	27.1	33.9	41
Subventions pour la RAM	8.7	8.7	12.7	16.3	19.6
Subventions opérationnelles	3	3	3	3	3
Produits financiers	0.5	0.9	1.3	1.6	1.9
Total des dépenses	30.3	20	20.5	33.7	50.1
Indemnités versées (P)	23.2	12	12.5	23.7	38
Dépenses d'exploitation	7.1	8	8	10	12.1
Sinistres - primes d'assurance (C-P)	10.4	17.3	27.3	26.5	22.6
Recettes et dépenses	8.3	13.2	23.6	21.1	15.3

Source : Compilé à partir du DPBEP 2021-2023 et 2022-2024

### 3) Défis pour la promotion de la sécurité médicale

Les défis de la promotion de la sécurité médicale ou de la CMU peuvent être résumés comme suit.

- La compétence en matière de promotion de la CMU n'est pas clairement spécifiée.

La loi de 2014 portant création de la couverture maladie universelle (2014-131) et le

<sup>111</sup> GCI (2021) Déclaration sur les risques budgétaires 2022-2024, p52

décret portant création de la CNAM (2014-395) stipulent que la couverture maladie universelle (CMU) relève de la compétence du MEPS et de la CNAM. D'autre part, en 2021 l'ancien ministère de la Santé et de la Santé publique est rebaptisé et devient le ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) ; à la fin du mois de novembre, l'organisation était toujours en cours de modification. La CMU était à l'origine l'un des engagements du président actuel lors de la dernière élection présidentielle, et un point focal a été mis en place dans le bureau du Premier ministre, dirigé par le Premier ministre Coulibaly. Cependant, lorsque le Premier ministre est décédé et que le Cabinet a été modifié, M. Kamara, qui avait assuré la coordination en tant que conseiller spécial auprès de l'ancien Premier ministre, est devenu Ministre de l'Emploi et de la Sécurité Protection, et ce point focal a été dissous, car « il n'était plus nécessaire de l'avoir au sein du Cabinet du Premier ministre ». Par conséquent, aucun département n'a été créé au sein du bureau du Premier ministre pour coordonner spécifiquement les CMU, et le ministère responsable de la coordination de la politique relative aux CMU n'est pas toujours clair. Bien que le rôle du MEPS soit important du point de vue de la sécurité des soins de santé et de la protection sociale, il est prévu que le MSHPCMU joue un rôle plus actif depuis que la CMU a été ajoutée au nom du ministère de la santé. D'autre part, les entretiens avec la MSHPCMU indiquent que " le rôle reste le même qu'avant, mais le nom a été changé pour approfondir la promotion de la CMU en termes de services de santé. " La manière dont la coordination interministérielle sera mise en œuvre à l'avenir n'est pas claire, car elle n'exprime pas nécessairement l'intention de diriger la politique de la CMU. La Banque est consciente de ce défi de leadership et encouragera la restructuration nécessaire du système de la CMU dans le cadre du soutien et du dialogue politique à venir.

➤ Manque de clarté sur la politique d'adhésion et d'expansion régionale de la CNAM

La CNAM dispose de deux régimes, le RGB et la RAM, mais il est urgent d'étendre le régime ordinaire (RGB) aux membres cotisants afin de mettre en place un système d'assurance maladie universel basé sur des finances saines. Après un projet pilote pour les étudiants, le gouvernement a fini d'inscrire les fonctionnaires et le secteur formel (employés salariés) et s'étend au secteur informel. Les abonnements sont également encouragés dans certains groupes professionnels, par exemple chez les agriculteurs (producteurs de palmiers, de canne à sucre et de graines de coton). Cependant, le secteur informel urbain, qui représente la majeure partie de l'emploi, et les travailleurs ruraux du secteur primaire n'ont pas adhéré, et le taux de croissance des adhésions a été plus lent que prévu.

Le MSHPCMU considère les problèmes liés à l'offre (sous-représentation des établissements de santé, non accompagnée de la qualité des services) comme la cause principale, mais aussi le poids des primes d'assurance et d'autres facteurs comme des goulots d'étranglement.

Comme il est difficile d'améliorer le système de santé à court terme et rapidement, il est nécessaire d'identifier une politique pour étendre la couverture.

- L'expansion lente de l'adhésion parmi les pauvres.

Dans le RAM, autre dispositif de la CMU, le nombre d'inscrits et de bénéficiaires a été faible. La méthodologie d'identification des groupes vulnérables a été développée avec le soutien de la Banque mondiale et de la JICA. Les groupes vulnérables sont identifiés par le biais d'un test de moyens par procuration (une méthode d'identification des personnes éligibles aux programmes sociaux en notant le poids d'indicateurs observables tels que les actifs et la structure familiale), qui est ensuite validé par les chefs communautaires et le centre social responsable (le point de contact du MEPS). La CNAM s'est fixé des objectifs quantitatifs et temporels, avec pour objectif d'identifier 2,5 millions de personnes d'ici 2024. Toutefois, peu d'éléments permettent de penser qu'il existe environ 3 millions de groupes vulnérables<sup>112</sup>. En outre, la vulnérabilité et la pauvreté sont de nature temporaire, il est donc nécessaire de prendre en compte et de suivre les aspects dynamiques de ceux qui sont nouvellement pauvres et de ceux qui sortent de la pauvreté. Le coût de l'identification et de la surveillance de ce phénomène sera un problème à l'avenir. Par ailleurs, le problème du décalage entre la délivrance et la distribution des cartes, que l'on retrouve également dans le régime général, a été signalé dans la RAM. En outre, comme mentionné précédemment, dans les zones rurales, une grande partie de la population cible ne dispose pas des certificats d'identité et de naissance requis pour l'enregistrement et la production de cartes. C'est pourquoi, en coopération avec le ministère de la justice et le ministère de l'intérieur, des mesures doivent être prises pour que la carte soit délivrée en même temps que la carte d'identité, ce à quoi on travaille actuellement.

- La CNAM est une jeune organisation et il y a des inquiétudes quant à ses capacités.

Le CNAM est une organisation relativement jeune, créée en 2014. Avec 12 directeurs nommés parmi les ministères et les acteurs privés et un personnel réparti dans sept bureaux, elle doit gérer l'administration et le contrôle réglementaire du système d'assurance maladie universelle, ainsi que la gestion des entreprises et des organisations auxquelles elle sous-traite son travail. D'autre part, le développement du système et son fonctionnement réel viennent seulement de commencer, et bien qu'il y ait eu de vastes activités promotionnelles pour augmenter le nombre

---

<sup>112</sup> Il existe plusieurs façons de mesurer la pauvreté ou d'identifier et de définir les pauvres, la plus utilisée est de définir la pauvreté comme étant en dessous du seuil de pauvreté international (consommation en dollars par jour 1.9), où le taux de pauvreté est de 39.5% (2018) (<https://data.worldbank.org/indicator/>). Il convient de noter que la population en dessous du seuil de pauvreté est plus importante que la population couverte par le RAM de la CNAM, et il n'y a pas de discussion ou d'orientation sur la façon de fournir une couverture de soins de santé à la population en dessous du seuil de pauvreté, bien qu'elle ne soit pas couverte par le RAM.

d'inscriptions, il est fort probable que le système n'a pas été exploité à fond, car il existe une perception selon laquelle les CMU ne fournissent pas de services réels<sup>113</sup>. En ce qui concerne l'émission des cartes d'assurance maladie, SNEDAI a obtenu le contrat d'émission des cartes pour sept ans, à partir de 2015 ; le contrat expirera à la fin de 2021 et doit être renouvelé, mais comme le gouvernement a directement contracté et mis en œuvre le projet, IPS-CNAM doit le poursuivre après la budgétisation. Cependant, IPS-CNAM dit qu'elle doit dépenser 4 milliards de FCFA par an, y compris les frais de personnel pour les 280 personnes envoyées par la SNEDAI, et a une capacité financière limitée avec son budget de fonctionnement actuel de 7-8 milliards de FCFA par an, donc la poursuite de l'opération d'émission de cartes est un défi à relever.

A l'avenir, avec l'augmentation du nombre de membres de la CNAM, la gestion des coûts de fonctionnement et des primes de l'organisation deviendra un problème majeur, mais la façon de résoudre ce problème n'est pas claire, donc un plan pour renforcer les aspects financiers de l'organisation sera nécessaire. À l'heure actuelle, les informations sur le revenu des primes et les paiements des sinistres ne sont pas divulguées sur les sites web ou par d'autres moyens facilement accessibles. En outre, la société n'a pas répondu aux multiples demandes de divulgation financière et n'est pas nécessairement proactive dans la divulgation d'informations. Les capacités doivent être renforcées en termes d'instauration de la confiance. En tant que tel, des défis institutionnels et opérationnels subsistent, et il y a un fort besoin de renforcement.

À moyen terme, le gouvernement est préoccupé par le risque de surconsommation de services médicaux (c'est-à-dire le risque que les institutions médicales fournissent des services médicaux excessifs pour obtenir des revenus de la CNAM) et de demandes frauduleuses de services. Il est nécessaire de surveiller les institutions médicales, et l'étude de la manière de le faire est une question urgente. Il est également nécessaire d'améliorer la capacité organisationnelle à traiter les questions techniques et politiques telles que la pertinence des primes actuelles (adéquation du montant et de la nature des soins couverts, nature régressive des primes par tête et nécessité de répondre à la demande d'une plus grande couverture des soins).

---

<sup>113</sup> Résidents locaux non-membres et personnel des donateurs

## 8. Politiques et initiatives proposées dans le secteur de la santé, indicateurs proposés pour mesurer l'impact de ces initiatives, et soutien proposé pour la coopération technique qui pourrait être mise en œuvre conjointement avec les politiques et initiatives proposées afin de générer des synergies

### 8.1. Politiques et initiatives proposées

Au début de cette étude, nous avons commencé à examiner les politiques et initiatives proposées dans le but de contribuer à la réalisation de la CSU en renforçant l'infrastructure soutenant les services, en améliorant la qualité des services et de la gouvernance, et en construisant un système de santé résilient. Mais compte tenu de l'impact énorme de la propagation du COVID-19 à partir de la fin de 2019 qui touchera également la Côte d'Ivoire, cette orientation de l'examen a été brusquement modifiée pour se concentrer sur le renforcement de la capacité de réponse à la COVID-19. La Côte d'Ivoire a approuvé ce changement d'orientation et a déclaré qu'il était important de renforcer le système de santé en renforçant la capacité de réponse à la COVID-19, étant donné le manque de financement et l'évitement de la vaccination dans la réponse à la COVID-19, l'impact de la COVID-19 sur le système de santé et sur l'accès aux services de santé. À cet égard, le projet de matrice de politique du prêt d'urgence en yens COVID-19 pour le soutien à la réponse à la crise, qui vise à « contribuer à la promotion de la stabilité économique et aux efforts de développement en Côte d'Ivoire en renforçant la capacité du pays à répondre à la crise, en améliorant l'accès économique et physique à des services de santé de qualité, et en facilitant la mise en œuvre de politiques visant à améliorer le financement de la santé », a été élaboré. Après des discussions répétées entre la Côte d'Ivoire et le Japon (mission d'examen et consultants de la JICA), les deux parties se sont mises d'accord sur la matrice politique.

La matrice politique convenue conserve les trois piliers initialement proposés par la Côte d'Ivoire, à savoir « renforcer la lutte contre les maladies », « renforcer l'accès aux soins de qualité » et « renforcer la gouvernance et le financement de la santé », et y ajoute une composante d'urgence.

Les MNT ont été incluses comme domaine d'action dans le cadre du « renforcement de la lutte contre les maladies », car elles constituent un problème croissant dans le pays et que leur traitement est essentiel pour empêcher l'aggravation des symptômes de la COVID-19. Quant à « l'amélioration de l'accès à des services de soins de santé de qualité », les principaux défis sont la faiblesse des infrastructures de santé, en particulier dans les zones rurales, et la faible qualité des ressources humaines dans le domaine de la santé. L'amélioration de la qualité et de l'accès à ces services est essentielle pour renforcer la capacité à répondre à la COVID-19, ainsi qu'à prévenir les catastrophes liées à la COVID-19 tout en assurant la continuité de la prestation normale des services de santé. Par conséquent, les domaines politiques pertinents et les actions

correspondantes ont été inclus. En particulier, le DIEM envisage une réorganisation et le défi consiste à renforcer sa capacité à mener à bien de nouvelles tâches et de nouvelles procédures.

La section « Renforcement de la gouvernance et du financement de la santé » présente les domaines d'action et les mesures visant à renforcer la capacité des provinces et des districts sanitaires en réponse à la décentralisation, à renforcer le financement de la santé et à renforcer le système de sécurité sanitaire. La gouvernance et le financement sont nécessaires de manière urgente et continue pour soutenir le « renforcement du contrôle des maladies » et « l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité ».

## 8.2. Indicateurs proposés pour mesurer l'efficacité de l'initiative

Deux indicateurs liés au domaine politique « renforcement de la lutte contre les maladies » ont été définis : 1) taux de vaccination pour la COVID-19 et 2) nombre de districts sanitaires formés sur la base du plan de formation révisé pour les équipes de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. En effet, le renforcement de la lutte contre les maladies nécessite non seulement une réponse plus forte à la COVID-19, mais aussi la capacité de répondre à des pandémies autres que le COVID-19. En ce qui concerne le point 1), la valeur de référence est fixée à 9% à partir de novembre 2021, et l'objectif national est fixé à 70%. Pour 2), la valeur de référence a été fixée à zéro et la valeur cible à 113 (tous les districts sanitaires).

En ce qui concerne les indicateurs du domaine politique de « l'amélioration de l'accès à des services de soins de santé de qualité », quatre indicateurs sont établis dans le PNDS 2021-2025, parmi lesquels le « pourcentage de résidents vivant à moins de 5 km d'un établissement de soins de santé » et le « ratio agents de santé / population ». Dans la matrice politique, l'indicateur « proportion de résidents vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé » est appliqué, avec une base de référence de 70% et un objectif de 75%. Cette valeur cible est inférieure de 5% à la valeur cible de 80% établie dans le PNDS 2021-2025.

En ce qui concerne les indicateurs du domaine politique « renforcement de la gouvernance et du financement de la santé », les deux indicateurs suivants ont été établis : 1) le nombre d'équipes de district sanitaire formées aux fonctions standard des districts sanitaires (comme stipulé dans le document explicatif sur les normes de gestion des districts sanitaires) ; et 2) la part du budget du secteur de la santé dans le budget total du gouvernement. La valeur cible pour 1) a été fixée à 113 districts sanitaires. L'objectif pour 2) est de 6,7%, ce qui constitue une révision à la baisse, de l'ordre de 80%, par rapport aux 7,43% établis dans le PNDS 2021-2025.

La matrice politique est composée de deux tranches. A la fin du mois de février 2022, les documents pertinents sur les moyens de réaliser les actions politiques de la première tranche sont en cours de préparation.