



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

-----  
INSPECTION GÉNÉRALE  
DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE  
SIDA



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union-Discipline-Travail

## EVALUATION DE LA GOUVERNANCE DU SECTEUR SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE

Avril 2014



## Table des matières

INTRODUCTION .....	4
1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	6
<b>2- CADRE DE L'ETUDE</b> .....	7
2-1 Cadre conceptuel .....	7
.....	10
2-2 Indicateurs .....	11
2-2-1 Indicateurs pilier 1: Médicaments et Infrastructures Sanitaires .....	11
2-2-2 Indicateurs pilier 2: Information Sanitaire .....	11
2-2-3 Indicateurs pilier 3: Financement .....	11
2-2-4 Indicateurs pilier 4: Gouvernance et Leadership .....	11
2-2-5 Indicateurs pilier 5: Prestations des Services .....	12
2-2-6 Pilier 6 : Ressources Humaines .....	12
<b>2-3 Champ géographique</b> .....	13
3- OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	14
3-1 Objectif général .....	14
3-2 Objectifs spécifiques .....	14
<b>4- METHODOLOGIE</b> .....	15
4-1 Type et durée de l'étude.....	15
4-2 Population cible .....	15
4-3 Echantillonnage .....	15
4-3-1 Echantillonnage des régions sanitaires .....	15
4-3-2 Echantillonnage des districts et formations sanitaires .....	16
4-3-3 Echantillonnage du Personnel de santé.....	16
4-3-4 Echantillonnage des usagers .....	17
4-4 Supports de collecte.....	18
4-4-1 Questionnaire « établissement » .....	18
4.4.2 Questionnaire « usagers ».....	19
4.4.3 Questionnaire « agent de santé » .....	19
4.4.4 Questionnaires spécifiques (Directions centrales, NPSP) .....	19
4.5 Etapes de collectes .....	19
4.5.1 Phase préparatoire .....	19
4.5.2 Collecte des données .....	20
4.5.3 Traitement et analyse des données .....	20
4-8 Considérations éthiques .....	21
4-9 Difficultés et limites de l'étude.....	21
4-9-1 Difficultés .....	21

4-9-2 Limites .....	21
5- Résultats et analyses.....	21
5-1 Caractéristiques des populations enquêtées .....	22
5-1-1 Caractéristiques des responsables enquêtés en fonction du genre .....	22
5-1-2 Caractéristiques du personnel d'exécution enquêté en fonction du genre .....	23
5-1-3 Caractéristiques des usagers enquêtés en fonction du genre.....	25
5-2 Situation de la gestion des médicaments et des infrastructures sanitaires .....	28
5-2-1 Respect des prix de vente homologués par la PSP .....	28
5-2-2 Conformité de l'inspection des médicaments .....	31
5-2-3 Disponibilité des médicaments essentiels .....	35
5-2-4 Conformité de passation des marchés d'achat des médicaments .....	37
5-2-5 Disponibilité d'équipements pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né .....	38
5-3 Situation de financement du système de santé et de l'utilisation des ressources .....	39
5-3-1 Variation entre le budget proposé et le budget alloué .....	39
5-3-2 Disponibilité de l'information budgétaire.....	40
5-3-3 Situation d'exécution du budget des ESPC par rapport à leur budget au District.....	41
5-4 Situation de participation communautaire dans la gestion des établissements.....	41
5-4-1 Existence des comités de gestion .....	41
5-4-2 Niveau de participation communautaire au management des comités de gestion.....	43
5-5 Situation des prestations .....	43
5-5-1 Problématique des paiements informels.....	43
5-5-2 Sensibilisation des populations sur leurs droits à la santé .....	48
5-5-3 Transparence dans la tarification des actes de santé.....	48
5-5-4 Qualité des prestations de soins.....	49
5-6 Situation de management des ressources humaines.....	56
5-6-1 Circonstances d'embauche .....	56
5-6-2 Circonstances d'affectations et de mutations .....	58
5-6-3 Adéquation poste/Formation .....	60
5-6-4 Absentéisme des agents de santé.....	60
5-7 Situation de gestion de l'information sanitaire.....	60
5-7-1 Disponibilité des documents de politique et de stratégie .....	60
5-7-2 Disponibilité des rapports d'activités .....	62
5-7-3 Diffusion des rapports d'activités .....	63
5-7-4 Qualité de la production des rapports.....	63
Conclusion .....	65
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>66</b>

Références .....	78
ANNEXES .....	80

## INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la Côte d'Ivoire a entrepris de nouvelles réformes dans tous les secteurs de développement. Dans le secteur de la santé, ces réformes concernent (i) la gratuité ciblée qui doit, à terme, faire place à (ii) la Couverture Maladie Universelle (CMU), (iii) la réforme hospitalière, (iv) le financement basé sur la performance, (v) la décentralisation (vi) l'organisation des interventions à base communautaire, (vii) l'organisation des urgences, de la référence/contre référence. Toutes ces initiatives visent à permettre au système de santé ivoirien de garantir une offre de services et de soins de qualité, financièrement et géographiquement accessibles à toutes les franges de la population, en particulier les plus démunies et cela dans le respect strict de la pyramide sanitaire.

Ces réformes ne sauraient prospérer sans un environnement assaini dans lequel, chaque acteur, à quelque niveau qu'il soit dans la chaîne de production des services de santé, se sente responsable, comptable et redevable de tous les actes qu'il pose. Ceci est synonyme de la « bonne gouvernance » telle que promue par l'Institut de la Banque Mondiale (Meisel et Ould Aoudia, 2007). Celle-ci mérite d'être promue dans tous les secteurs de développement en particulier, dans celui de la santé où la mal-gouvernance met en péril des vies humaines.

Selon une étude du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 2011), les pratiques corrompues qui sont courantes dans le secteur de la santé incluent l'absentéisme, le vol de fournitures médicales, les paiements informels, la fraude, les faibles procédures réglementaires, les procédures d'achat opaques et mal conçues, le détournement de fournitures provenant du circuit de distribution à des fins personnelles et les détournements de fonds appartenant au système de santé.

La corruption réduit ainsi les ressources disponibles pour le secteur de la santé, érode la qualité, l'équité, l'efficacité des services médicaux, diminue le volume et accroît les coûts des services fournis ; elle décourage les citoyens de recourir aux services de santé et de les payer ; et a de ce fait un impact ravageur sur la santé publique (U4 Issue, 2009).

Les indicateurs servant à mesurer la gouvernance sont classés en deux groupes par de nombreux auteurs au niveau international : les indicateurs mesurant les déterminants de la gouvernance (c'est-à-dire les facteurs comme les lois, règlements et institutions qui ont une influence sur le fonctionnement du système) et les indicateurs mesurant la performance de la gouvernance. C'est sur la base de cette classification que le MSLS a développé des indicateurs de la gouvernance dans son secteur.

L'Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le Sida (IGSLS), garante du respect des normes et procédures en matière d'offre de services de santé, en a la mission.

Après avoir conduit l'atelier de définition de ces indicateurs, avec la contribution des partenaires financiers, des acteurs du système de santé et de la société civile, elle a diligenté l'étude d'évaluation initiale de la gouvernance dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

Cette étude s'est déroulée du 11 au 23 novembre 2013 dans plusieurs régions et districts sanitaires du territoire national. Le présent document en constitue le rapport.

## 1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Cette étude s'inscrit dans un contexte de promotion de la bonne gouvernance et des conditions de l'émergence à l'horizon 2020. Pour ce faire, plusieurs engagements internationaux ont été pris par la Côte d'Ivoire.

Ainsi, en ce qui concerne l'éligibilité au Millenium Challenge Corporation (MCC), la Côte d'Ivoire, astreinte à l'atteinte d'objectifs d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, et des objectifs de vaccination et de contrôle de la corruption, s'est engagée à mettre en place des reformes qui créeront les conditions de base pour son éligibilité.

Concernant la lutte contre la corruption, la Côte d'Ivoire a signé en 2003 la convention des Nations Unies pour sa réduction et l'a ratifiée en 2011. Par conséquent, le pays est astreint à mettre en place tous les mécanismes de lutte dans un délai d'un an après la date de ratification.

Il convient également de noter que Transparency International (2013), affirme que la Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus corrompus avec un score de 27/100, la classant 136<sup>ème</sup> sur 175 pays au monde et 31<sup>ème</sup> sur 48 pays en Afrique sub-saharienne.

L'objectif de satisfaction de ces conditionnalités, place la gouvernance au centre des préoccupations de l'Etat de Côte d'Ivoire. Entre autres secteurs concernés, celui de la santé se révèle comme une préoccupation majeure.

Ainsi, le gouvernement ivoirien, conscient des faiblesses de son système de santé, s'est appuyé sur un diagnostic précis pour indiquer clairement les grands principes qui doivent soutenir les grandes réformes du secteur de la santé.

Pour cause, au niveau institutionnel, de nombreux textes législatifs et réglementaires existent pour la régulation du secteur à savoir ceux relatifs aux recouvrements des coûts<sup>1</sup> dont certains sont insuffisamment appliqués. Il s'agit notamment des circulaires relatives à la gratuité ciblée. Certains sont peu vulgarisés tels que le PMA des ESPC et des Hôpitaux Généraux (HG)/Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

---

<sup>1</sup> Décret n° 93-216 du 3 février 1993 portant institution d'une redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics ; décret n° 94-302 du 01 juin 1994 fixant les modalités de recouvrement de la redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics ; Arrêté n° 284/MSPAS/MIC/MEFP du 03 juillet 1995 portant modification de l'arrêté n° 258/MSPAS/MEFP/MIC du 13 septembre 1994 fixant la tarification des actes de santé dispensés par les établissement sanitaires publics autres que les établissements publics nationaux.

D'autres ne sont plus d'actualité face aux évolutions constatées dans le secteur et doivent donc être révisés. Ce sont les textes relatifs aux COGES<sup>2</sup>, les textes régulant le fonctionnement des ESCOM, les textes sur les EPN, etc.

En outre, des documents de normes et standards ainsi que des manuels de procédures ont été développés, mais ne sont pas encore édités.

A ce jour, il n'existe pas de plan unique de contrôle et de suivi-évaluation assorti d'un mécanisme unique de gestion fiduciaire et de code de la santé publique.

Au niveau organisationnel et gestionnaire, l'on observe un chevauchement entre les attributions de certaines directions centrales ; et entre certains services centraux et directions centrales, de sorte qu'il se pose une difficulté de coordination des activités.

Par ailleurs, l'on note une faiblesse des mécanismes de redevabilité, devant inciter les gestionnaires du système de santé à rendre compte systématiquement de leur gestion tant au niveau administratif, programmatique que financier.

Face à ce défi et afin de rendre opérationnelle la vision du gouvernement, l'IGSLS a entrepris des démarches auprès des partenaires techniques et financiers (USAID et HFG), pour l'appuyer dans la mise en place d'outils de gouvernance. Cela, en vue de permettre l'utilisation optimale des ressources et de renforcer le devoir de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans son approche de la bonne gouvernance.

## **2- CADRE DE L'ETUDE**

Ce point s'articule autour de la définition du cadre conceptuel, de l'identification des indicateurs et de la présentation du champ géographique.

### **2-1 Cadre conceptuel**

Pour l'OMS (2000), le système de santé regroupe toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Sa gouvernance fait ressortir les notions de transparence, de redevabilité et de participation communautaire. Six piliers sont définis par cette organisation. Ce sont : (i) Prestation des services, (ii) Ressources Humaines pour la Santé, (iii) Information Sanitaire et Recherche, (iv) Médicaments, Vaccins et Technologies ; Infrastructures et Equipements, (v) Financement de la Santé, (vi) Leadership et Gouvernance.

***Prestation des services*** : c'est la fonction principale d'un système de santé. Des bons services de santé sont ceux qui fournissent des soins efficaces, sûrs et de qualité à ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin, avec un minimum de perte de ressources.

---

<sup>2</sup> Décret n° 93-218 du 03 février 1993 fixant les règles de gestion des Formations Sanitaires Rurales ; Décret n° 93-219 du 03 février 1993 portant création d'une indemnité particulière en faveur des personnels des établissements sanitaires publics



Au niveau national les critères suivants ont permis d'analyser la performance des prestations de services : il s'agit de (i) l'existence de paiements informels, (ii) l'existence de stratégies et l'information des populations sur leur droit aux services de santé et sur les coûts des actes, (iii) l'utilisation des services et de protocole au niveau opérationnel, (iv) la satisfaction des usagers, (v) la mortalité due aux maladies et (vi) la surveillance de l'accouchement.

**Ressources Humaines pour la Santé** : la performance d'un système de santé dépend de la connaissance, des compétences, de la motivation et de la distribution du personnel chargé d'organiser et de fournir des prestations.

Dans le cadre de l'étude sur la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire, les critères d'évaluation de ce pilier ont porté sur : (i) la qualification des ressources humaines, (ii) le niveau de corruption des décisions d'embauche, d'affectation et de mutation, (iii) l'effectivité des prestataires de santé au travail.

**Information Sanitaire et Recherche** : la transparence, l'allocation des ressources, l'amélioration des programmes et les décisions en matière de gestion dépendent de la qualité de l'information sanitaire.

Ici, (i) la complétude, (ii) la promptitude des données sanitaires et (iii) l'accessibilité de la population à l'information sanitaire ont été les critères de choix.

**Médicaments, vaccins, infrastructures et technologies** : un système de santé performant doit assurer l'accès équitable et rationnel aux médicaments essentiels, vaccins et technologies de qualité, sûrs, efficaces, avec un bon rapport coût-efficacité.

Pour cette étude, les critères de performance ont concerné (i) le respect des prix des médicaments par les prestataires, (ii) la proportion des produits contrefaits, (iii) la conformité de la procédure d'inspection des médicaments avec les meilleures pratiques internationales, (iv) l'existence de circuit parallèle d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, (v) l'utilisation d'outils de gestion des médicaments et équipements et (vi) la fonctionnalité des hôpitaux dans la prise en charge des populations vulnérables notamment la mère et l'enfant.

**Financement** : le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds suffisants pour s'assurer que les personnes qui en ont besoin, utilisent les services et sont protégées de l'appauvrissement lié au paiement des services de santé.

A ce niveau, l'étude sur la gouvernance a porté sur (i) l'effectivité des budgets au niveau central et périphérique, (ii) l'accès des populations à l'information relative au budget, (iii) l'utilisation optimale des fonds par les gestionnaires, (iv) la transparence dans les passations de marché des médicaments aux niveaux national et international.

**Gouvernance et leadership ou Administration générale des systèmes de santé** : la notion de « *stewardship* » ou administration générale des systèmes de santé, parfois définie plus étroitement sous le terme de gouvernance, désigne l'ensemble des fonctions assumées par les pouvoirs publics en vue d'atteindre les objectifs nationaux de santé.

Dans le cadre de notre étude, le mécanisme de participation effective des populations à la gestion de leurs propres problèmes de santé et la fonctionnalité de la participation communautaire ont été les critères de choix pour ce pilier.

Le graphique ci-dessous présente le modèle théorique de systématisation de la gouvernance.

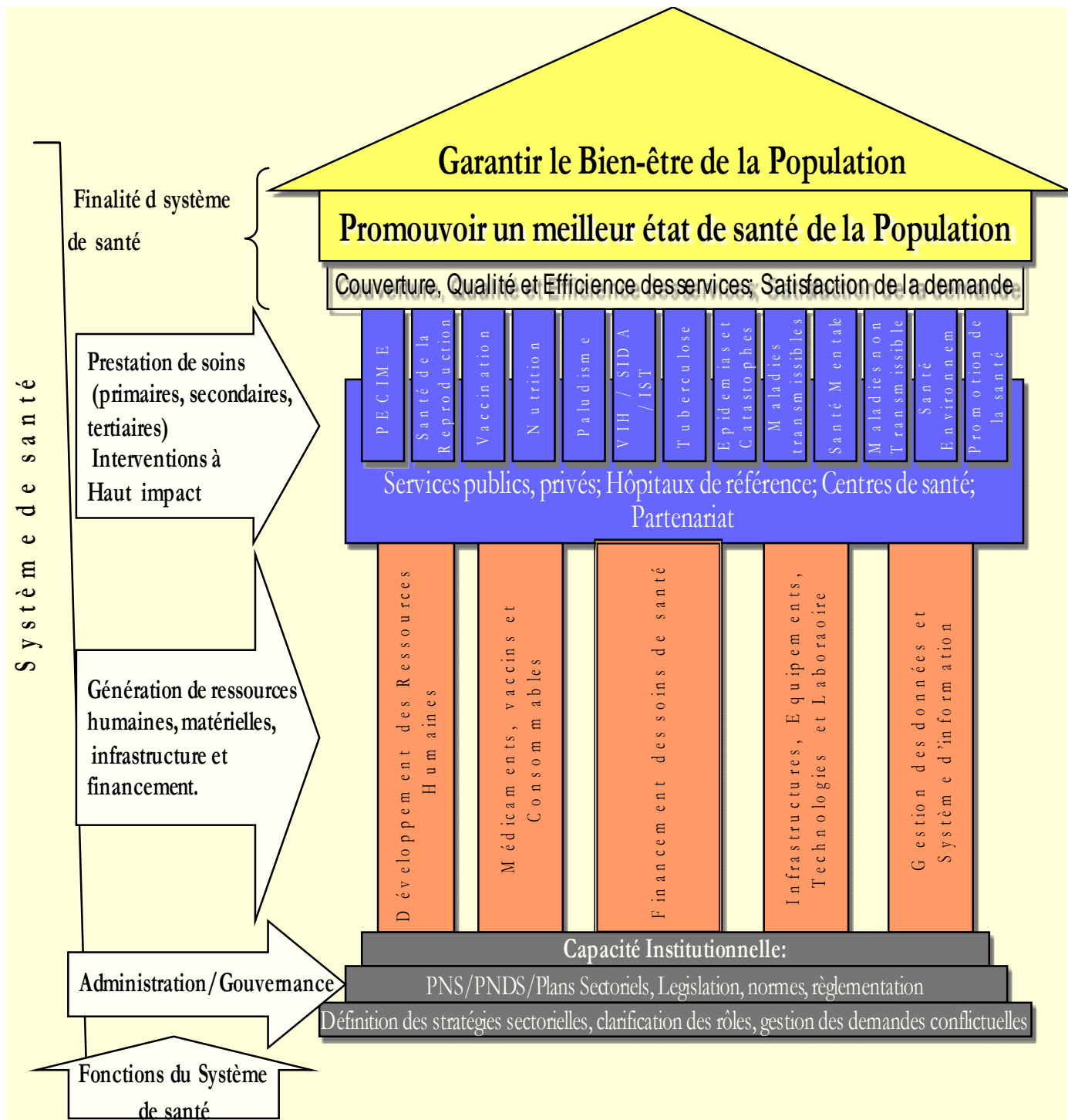


Figure 1 : Piliers du système de santé ; OMS, Consultation Régionale OSC, Dakar, 13 au 15 septembre 2011

## 2-2 Indicateurs

Cette étude évalue le niveau de performance de la gouvernance de 31 indicateurs répartis sur les 06 piliers du système.

### 2-2-1 Indicateurs pilier 1: Médicaments et Infrastructures Sanitaires

- Proportion des établissements de santé qui respectent les prix de vente homologués par la PSP
- Proportion de produits pharmaceutiques contrefaits
- Taux de conformité de la procédure d'inspection des médicaments selon les meilleures pratiques internationales ;
- Taux de rupture en ME ;
- Durée des ruptures en médicaments essentiels ;
- Proportion des HG et CHR disposant d'un bloc opératoire, d'une couveuse, d'un laboratoire, d'un service de radiologie, d'une lampe chauffante et d'un aspirateur de mucosité fonctionnels pour le service de gynécologie obstétrique.

### 2-2-2 Indicateurs pilier 2: Information Sanitaire

- Niveau de disponibilité des rapports des activités des Services de santé (ESPC, programmes, DRS, DDS, Directions centrales) aux populations bénéficiaires ;
- Proportion des rapports d'activités complètement renseignés ;
- Proportion des rapports d'activités arrivés à temps à la DDS.

### 2-2-3 Indicateurs pilier 3: Financement

- Taux de variation entre les propositions budgétaires du MSLS et les budgets notifiés par le MEF ;
- Taux de variation entre les propositions budgétaires de l'ESPC et le budget notifié par le District sanitaire ;
- Niveau de disponibilité de l'information budgétaire ;
- Taux d'exécution du budget de l'ESPC par rapport au budget du district ;
- Proportion des achats de médicaments par la PSP conformes aux normes nationales et internationales.

### 2-2-4 Indicateurs pilier 4: Gouvernance et Leadership

- Proportion de **comités de gestion** permettant une participation ouverte des populations à la gestion de leurs problèmes de santé ;

- Proportion de comités de gestion fonctionnels (à la gestion des services de santé) ouverts au public.

#### **2-2-5 Indicateurs pilier 5: Prestations des Services**

- Proportion d'actes payés de façon informelle dans le système de santé public ;
- Existence de stratégie de sensibilisation et d'information des populations sur leurs droits en matière de santé ;
- Proportion des ES qui affichent les coûts des actes de santé et des médicaments essentiels à des endroits facilement accessibles pour les usagers ;
- Proportion de prestataires formés au niveau opérationnel qui utilisent des protocoles nationaux de prise en charge des pathologies ;
- Proportion de cas traités selon les protocoles en vigueur (TB, HIV/AIDS, Paludisme, Santé de l'enfant, Santé de la mère) ;
- Durée moyenne de séjour ;
- Taux moyen d'occupation des lits d'hospitalisation.
- Taux de satisfaction
- Létalité
- Taux de partogrammes correctement renseignés.

#### **2-2-6 Pilier 6 : Ressources Humaines**

- Proportion de paiements des décisions d'embauche ;
- Proportion de paiements des décisions d'affectation et de mutation ;
- Proportion des agents de santé en poste diplômés ;
- Taux d'absentéisme ;
- Taux d'agents engagés non affectés.

## 2-3 Champ géographique

La carte ci-dessous représente les quinze (15) régions sanitaires couvertes par l'étude.



**Figure 2 : Cartographie de la zone de couverture**

Une partie de l'ancienne zone CNO<sup>3</sup> (Centre-Nord-Ouest) n'a pu être visitée pour des raisons de sécurité au moment de l'enquête.

<sup>3</sup> Appellation de la partie du territoire nationale occupée par les « forces nouvelles » au moment de la crise politico-militaire pendant la décennie 2002-2011

La collecte de données s'est effectuée dans sept (07) régions sanitaires, quinze (14) districts sanitaires, treize (13) localités et 225 établissements publics de soins des différents niveaux de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire. Le tableau ci-dessous en fait le récapitulatif.

**Tableau I: Nombre d'établissements retenus par type et par région**

REGIONS SANITAIRES	CHU	CHR	HG	CSU	CSUS	CSR	Total
Abidjan 2		0	2	5	15	2	24
Agnéby-Tiassa-Mé		1	1	10	4	17	33
Bélier		1	1	8	4	14	34
Gboklé-Nawa-San Pedro		1	1	1	11	20	34
Haut Sassandra		1	1	8	2	22	34
Bounkani Gontougo		1	1	8	4	21	35
Gbèkè		0	0	9	4	14	27
Total	4	5	7	49	45	115	225

NB : Compte tenu de leur effectif, tous les établissements accessibles et éligibles des régions du Gbèkè et d'Abidjan 2 ont été retenus.

### 3- OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

#### 3-1 Objectif général

Il s'agit d'évaluer la gouvernance dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

#### 3-2 Objectifs spécifiques

- Evaluer la disponibilité des documents de politique et d'orientations stratégiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Evaluer la gestion des médicaments et des infrastructures sanitaires ;
- Evaluer l'utilisation des ressources financières et le financement du système de santé ;
- Evaluer le niveau de participation de la communauté dans le cycle de gestion du système de santé ;
- Evaluer la qualité des prestations des services de santé ;
- Evaluer le système de gestion des ressources humaines de santé ;
- Evaluer le système de gestion de l'information sanitaire.

L'atteinte de ces objectifs nécessite une approche méthodologique qu'il convient d'élucider.

## **4- METHODOLOGIE**

Dans cette rubrique sont présentés respectivement le type et la durée de l'étude, la population cible, l'échantillonnage, les supports de collecte, les étapes de collectes, les considérations éthiques, les difficultés et limites.

### **4-1 Type et durée de l'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective et transversale. En effet, elle a consisté à passer en revue les documents de gestion des structures visitées, à interroger les responsables (informateurs clés) des structures sur leur gestion, et les usagers sur leur niveau de satisfaction quant aux prestations fournies par les établissements sanitaires.

Elle s'est étendue sur cinq (5) mois (de mi-novembre 2013 à mi-avril 2014) de la collecte à la diffusion du rapport final et a concerné les données de gestion de janvier 2012 à fin octobre 2013.

### **4-2 Population cible**

La population interrogée dans le cadre de cette étude est constituée par :

- le personnel d'encadrement (Directeurs centraux, Directeurs régionaux, Directeurs départementaux et les Directeurs d'établissements sanitaires) ;
- le personnel d'exécution (Médecins, Pharmaciens, IDE, SFDE, Aide soignants, Techniciens supérieurs de santé, personnel technique de l'administration) ;
- et les usagers des CHU, CHR, HG et ESPC.

### **4-3 Echantillonnage**

Le sondage à choix raisonné et le sondage aléatoire sont les deux approches d'échantillonnage utilisées dans l'étude. Les régions et les districts ont été choisis selon des critères définis, ensuite les établissements de façon aléatoire. La première strate a consisté au choix des régions et la seconde à celui des districts sanitaires. Des établissements ont été retenus par la suite dans les districts choisis. Après quoi, nous avons échantillonné les individus enquêtés.

#### **4-3-1 Echantillonnage des régions sanitaires**

Le territoire national a été subdivisé en 10 domaines d'études du fait de leur situation géographique et du profil épidémiologique semblable. Des régions sanitaires ont été fusionnées pour obtenir les 10 domaines homogènes. Cependant, sept (7) domaines ont fait effectivement l'objet d'investigation.

Une région sanitaire a été choisie dans chaque domaine, notamment la région sanitaire la plus importante du domaine de par son budget général en 2012. Pour les domaines 1 et 2 où les budgets par région n'étaient pas disponibles, le choix s'est porté sur la région renfermant le plus grand nombre d'établissements de soins. Dans le cas où les régions avaient le même



nombre d'établissement de soins, celle qui avait le plus grand nombre d'hôpitaux de référence a été retenue (Cf. tableau I p12)

#### 4-3-2 Echantillonnage des districts et formations sanitaires

Pour chaque région choisie, deux districts sanitaires ont été retenus. Le district situé en chef-lieu de région a été d'emblée choisi. Le second district a été retenu sur la base du plus grand nombre d'établissements sanitaires couverts. Dans le cas où les districts avaient le même nombre d'établissements sanitaires, celui qui avait le budget le plus élevé a été choisi. Dans le cas où plusieurs districts avaient le même nombre d'établissements et le même budget, un tirage aléatoire simple a été fait. Lorsque la région sanitaire ne comptait que deux (02) districts, les deux districts étaient retenus d'emblée. Le récapitulatif est ainsi fait dans le tableau ci-après.

**Tableau II : Liste des districts retenus par région**

DOMAINES	REGIONS SANITAIRES	DISTRICTS SANITAIRES
Domaine 1	ABIDJAN 2	Cocody Bingerville
		Koumassi Port Bouët Vridi
Domaine 2	AGNEBY TIIASSA MÉ	Agboville
		Adzopé
Domaine 3	BELIER	Yamoussoukro
		Toumodi
Domaine 4	GBOKLÉ NAWA SAN PEDRO	San Pedro
		Soubré
Domaine 5	HAUT SASSANDRA	Daloa
		Issia
Domaine 6	BOUNKANI GONTOUGO	Bondoukou
		Bouna
Domaine 7	GBÈKÈ	Bouaké Nord-Ouest
		Bouaké Nord-Est

Du fait de leur particularité et de leurs modes de fonctionnement et de financement, les établissements enquêtés ont été répartis selon leur typologie : CHU, CHR/HG, ESPC (CSU, CSR, CSUS, FSU, etc.). Compte tenu de leur poids financier relativement important et de leur faible nombre tous les quatre (4) CHU ont été retenus. Les CHR (05) et HG (07) ont été systématiquement retenus. Quant aux établissements de premiers contacts (ESPC), ils ont été sélectionnés sur la base d'un tirage aléatoire simple dans les Districts sanitaires retenus. Ce qui donne : CSU (49), CSUS (45), CSR (115).

#### 4-3-3 Echantillonnage du Personnel de santé

Le nombre d'agents retenus dans les établissements sanitaires a été obtenu sur la base des postes disponibles au sein du type d'établissement (méthode de choix par quotas). Ainsi, dans les CSR où le nombre habituel de personnel de santé est limité à deux, cet effectif a été retenu. Dans les CSU/CSUS, l'effectif est généralement plus étoffé que celui des CSR à cause

du PMA plus élevé et de la présence d'au moins un médecin. Pour ces types, il a été retenu d'interviewer trois (03) agents. En tenant compte également de leur PMA plus élevé, 10 agents ont été prévus pour les HG/CHR et 15 dans les CHU.

En considérant le nombre d'établissements tirés par type, on obtient un échantillon de 692. Sur la base de la loi de Bernoulli pour déterminer la taille d'un échantillon, il faut faire intervenir 3 paramètres : la représentativité, l'homogénéité et la précision de l'échantillon.

Cette loi part de l'hypothèse d'un partage des opinions à parts égales. Selon elle, sans présumer de la répartition des réponses, la bonne et la mal gouvernance des établissements sanitaires se partagent à part égale (P=0,5).

La formule de calcul de la taille de l'échantillon est la suivante :

$$n = \frac{(1,96)^2 * N}{(1,96)^2 + l^2 * (N-1)} \quad \text{Où :}$$

- n = taille de l'échantillon à interroger
- N = taille de la population investiguée
- l = largeur de la fourchette exprimant la marge d'erreur

(Pour un niveau de confiance de 95%)

La taille de l'échantillon étudié fluctue ainsi uniquement en fonction de la largeur de la fourchette d'incertitude.

Avec les paramètres N = 17 247<sup>4</sup> (Total des agents), la largeur de fourchette de 8% et le seuil de confiance de 95%, on obtient un échantillon de 580 agents. Ainsi nous avons réservé les 112 individus pour pallier aux non-réponses.

**Tableau III : Echantillon agents de santé**

Types d'établissements	Nombre d'agent a interrogé par type d'Ets	Nombre Ets par type	Total agent à interroger
CHU	15	4	60
CHR/HG	10	12	120
CSUS/CSU	3	94	282
CSR	2	115	230
Total			692

Pour le choix d'agents enquêtés dans les établissements où le nombre d'agents prévus était inférieur à l'effectif constaté dans l'établissement, un tirage aléatoire simple sans remise a été effectué jusqu'à atteindre le nombre escompté d'agents selon le type d'établissement sanitaire.

#### 4-3-4 Echantillonnage des usagers

Les modèles réduits ont été obtenus sur la base des chiffres de consultations dans les établissements sanitaires en 2011 ; cela en l'absence de certaines données de 2012. Le tableau ci-dessous en fait la présentation.

<sup>4</sup> Source : MSLS/BNETD, Carte Sanitaire Primaire 2012

**Tableau II: Les consultations dans les établissements sanitaires en 2011**

Niveau pyramide	Consultations	Pourcentage
CHU	186 263	2%
HG/ CHR	3014167	28%
ESPC	7 405 571	70%
<b>Total</b>	<b>10 606 001</b>	<b>100%</b>

Source : DIPE/ Annuaire des statistiques 2011

La méthodologie utilisée pour le choix des agents a été appliquée au choix du nombre d'usagers par type d'établissement visité. Ainsi, 30 usagers étaient prévus dans les CHU et 20, 6 et 3 usagers respectivement dans les autres hôpitaux de référence (CHR/HG), les CSU/CSUS et les CSR.

En considérant le nombre d'établissements tirés par type, on obtient un échantillon de 1269. Sur la base de la loi de Bernoulli ayant servi aux calculs des échantillons précédents avec les paramètres  $N = 10.606001$  (Total des consultations), une largeur de fourchette de 6,2% et un seuil de confiance de 95%, on obtient un échantillon de 909 agents. Ainsi nous avons réservé une marge de non-réponses de 270 individus.

**Tableau III : Effectif des usagers par type d'établissement sanitaire**

Types d'établissements	Nombre d'usager a interrogé par type d'Etablissement	Nombre Ets par type	Total agent à interroger
CHU	30	4	120
CHR/HG	20	12	240
CSUS/CSU	6	94	564
CSR	3	115	345
<b>Total</b>			<b>1269</b>

L'enquête a été menée auprès des personnes sortant de l'établissement sanitaire de soins. L'enquêteur était posté à la sortie de l'établissement sanitaire, et a interviewé les usagers au fur et à mesure de leur sortie. Quand l'enquête avait lieu au moment où il n'y avait pas de soins, l'enquêteur se rendait dans la communauté pour y interviewer les usagers ayant eu recours aux services de l'établissement dans les sept (7) jours précédant le passage des enquêteurs. Cela s'est fait à partir de la technique du hasard qui donne la chance aux habitations d'être choisies en observant un pas de sondage de Trois (03) à partir de la maison la plus proche de l'établissement sanitaire.

#### 4-4 Supports de collecte

##### 4-4-1 Questionnaire « établissement »

Le questionnaire « établissement sanitaire » était adressé aux structures effectuant des soins de santé. Il contenait les questions sur les pratiques des prix des médicaments, la disponibilité des médicaments traceurs, la fonctionnalité des services de gynéco obstétrique, l'accessibilité

de l'information sanitaire, la promptitude et la complétude de l'information sanitaire, la gestion du budget des ESPC, la fonctionnalité des COGES, l'affichage des coûts des actes, l'utilisation des protocoles, l'utilisation des hôpitaux de référence, la surveillance de l'accouchement et la présence effective des agents à leur poste de travail.

#### **4.4.2 Questionnaire « usagers »**

Ce questionnaire a documenté les interrogations sur les paiements informels, et la satisfaction des usagers par rapport aux services de santé.

#### **4.4.3 Questionnaire « agent de santé »**

Quant à l'outil ciblant les agents de santé, il renfermait les questions liées au recrutement, à l'affectation et à la mutation des ressources humaines de santé.

#### **4.4.4 Questionnaires spécifiques (Directions centrales, NPSP)**

- *Questionnaire DPM* a traité de la conformité des procédures d'inspection des médicaments selon les meilleures pratiques internationales ;
- *Questionnaire DAF* a traité des propositions et notifications du budget du ministère de la santé et de la lutte contre le Sida ;
- *Questionnaire DRH* a abordé la problématique des fonctionnaires payés sans poste et la qualification des prestataires ;
- *Questionnaire PSP* a abordé les procédures d'achats des médicaments ;
- *Questionnaire DIPES* a concerné la politique d'information des populations sur leur droit en santé ;
- *Questionnaire DIPE* a concerné la disponibilité de l'information sanitaire ;
- *Questionnaire district sanitaire* a adressé la gestion du budget de l'ESPC ;
- *Le questionnaire des indicateurs déterminants* a adressé la production des documents politiques et stratégiques ainsi que leurs diffusions.

### **4.5 Etapes de collectes**

#### **4.5.1 Phase préparatoire**

Suite à l'atelier de Grand-Bassam (17 au 21 juin 2013) qui a permis d'arrêter des indicateurs déterminants et des indicateurs de performance de la gouvernance de façon consensuelle, une équipe technique a été mise en place. Elle a eu pour mission de conduire l'évaluation initiale de la gouvernance dans le secteur de la santé.

Cette équipe technique a bénéficié de l'appui d'une consultante internationale pour élaborer les documents devant servir à cette étude. Il s'agit (i) du protocole d'étude, (ii) des questionnaires et guides d'entretien, (iii) du Guide de l'enquêteur.

Elle a également conduit l'enquête pilote qui a eu lieu du 24 au 26 Septembre 2013 dans la Région Sanitaire d'Abidjan 1- Grands Ponts. Cette phase a permis de réadapter les différents instruments ayant servi à l'étude.

#### **4.5.2 Collecte des données**

Pour mener à bien l'enquête, deux types d'équipes ont été constituées et les membres préalablement formés pendant deux (2) jours.

Le premier type, composé de sept (7) équipes avait en charge la collecte des données des établissements sanitaires de soins, leur personnel et les usagers qui fréquentent ces structures. Ces équipes ont sillonné les sept régions retenues pour l'enquête en raison d'une équipe par région. Chaque équipe comprenait deux personnes dont un médecin avec au moins cinq années d'expérience dans les prestations de soins et un agent spécialiste en gestion ou en santé publique ou en statistiques.

Le second type, composé de deux (2) équipes était chargé de collecter les données de la NPSP, la DRH, la DPM, la DAF, la DIPES et la DIPE et les trois (3) CHU d'Abidjan.

La première équipe constituée d'un enquêteur expérimenté en gestion financière et un médecin avait pour tâche de collecter les données auprès de toutes les structures, la DRH, la DAF, la DIPES et la DIPE et les trois (3) CHU d'Abidjan.

La deuxième équipe, composée d'un inspecteur technique et deux spécialistes en passation de marché, était chargée de collecter les données au niveau de la NPSP et DPM.

La collecte a duré Treize (13) jours allant du 11 au 23 novembre 2013.

#### **4.5.3 Traitement et analyse des données**

L'exploitation des données de cette enquête s'est faite en deux étapes. La première a consisté en la vérification manuelle et la seconde en l'exploitation informatique.

La phase manuelle a porté sur la vérification et la codification des questions ouvertes.

La phase d'exploitation informatique a eu trait à la saisie, au nettoyage des fichiers et à la tabulation. Pour l'enregistrement des données, un masque de saisie a été développé sous EPI DATA.

Le nettoyage des fichiers a permis d'éliminer les incohérences de manière à obtenir des données de qualité nécessaires à la production des tableaux pour l'analyse.

Les données ont été mises en format rectangulaire pour lequel un enregistrement correspond à un répondant. Elles ont ensuite été exportées dans des logiciels appropriés tels que SPSS et Excel afin de faire le nettoyage et la constitution des fichiers prêts pour l'analyse.

L'analyse des données a été effectuée selon les indicateurs consensuels retenus et suivant le plan d'analyse défini par l'équipe technique de l'étude.

Les critères d'appréciation (faible, moyen ou fort) de chaque indicateur sont ceux définis par l'atelier du 17 juin 2013 à Grand Bassam ; quant au niveau de gouvernance de chaque pilier et au niveau global de la gouvernance dans le secteur santé, ils ont été obtenus à partir de la moyenne de score attribué à chacun des indicateurs.

Ainsi pour la mesure du niveau de performance des piliers de la gouvernance, un score de 1 a

été affecté à tout indicateur faible, 2 pour un niveau moyen de l'indicateur, et 3 pour un indicateur à bonne performance (forte). La moyenne des scores de performance des indicateurs de chaque pilier a constitué le niveau de gouvernance dudit pilier.

La performance globale a été obtenue à partir de la moyenne arithmétique des scores moyens de chaque pilier.

La performance est qualifiée de (i) faible si le score moyen est inférieur à **1,8** ; (ii) moyenne si le score oscille entre **1,8** et **2,5** et jugée (iii) forte lorsque ce même score excède **2,5 (2,6-3)**.

La matérialisation de la synthèse de l'appréciation de la gouvernance dans le secteur de la santé s'est faite sur la base de couleur. Ainsi la performance :

- **Forte** est représentée par une la **cellule verte** ;
- **Moyenne** apparaît en **orange**
- **Faible** est représentée par une cellule **rouge**.

#### **4-8 Considérations éthiques**

La participation des répondants à cette étude a été volontaire sur la base d'un consentement éclairé. Des engagements ont été pris par l'équipe de recherche auprès des enquêtés de n'utiliser les informations que dans le seul cadre de l'étude. Pour garantir l'anonymat, l'identité des répondants a été remplacée par un code identifiant.

#### **4-9 Difficultés et limites de l'étude**

Trois types de difficulté ont été constatés ce sont :

##### **4-9-1 Difficultés**

- Le refus de coopérer de certains agents de santé
- Les hésitations des populations à donner certaines informations mettant en cause la conscience professionnelle d'agents indécents
- Les tests pour la vérification des médicaments contrefaits n'ont pu être faits pour cause de manque de moyens financiers.

##### **4-9-2 Limites**

A ce niveau deux constats sont à relever.

- Certains indicateurs relatifs aux produits pharmaceutiques n'ont pu être renseignés.
- En ce qui concerne la documentation de l'absentéisme dans les CHU, la distinction n'a pu être faite entre les enseignants et le personnel hospitalier. Ce qui justifie le taux élevée d'absentéisme

### **5- Résultats et analyses**

Cette rubrique présente les caractéristiques des populations enquêtées dans leur diversité et l'analyse de la situation de gouvernance de chacun des six piliers.

## 5-1 Caractéristiques des populations enquêtées

### 5-1-1 Caractéristiques des responsables enquêtés en fonction du genre

Celles-ci sont montrées tant dans le versant administratif que dans le versant offre de soins à travers les graphiques et tableaux ci-dessous.

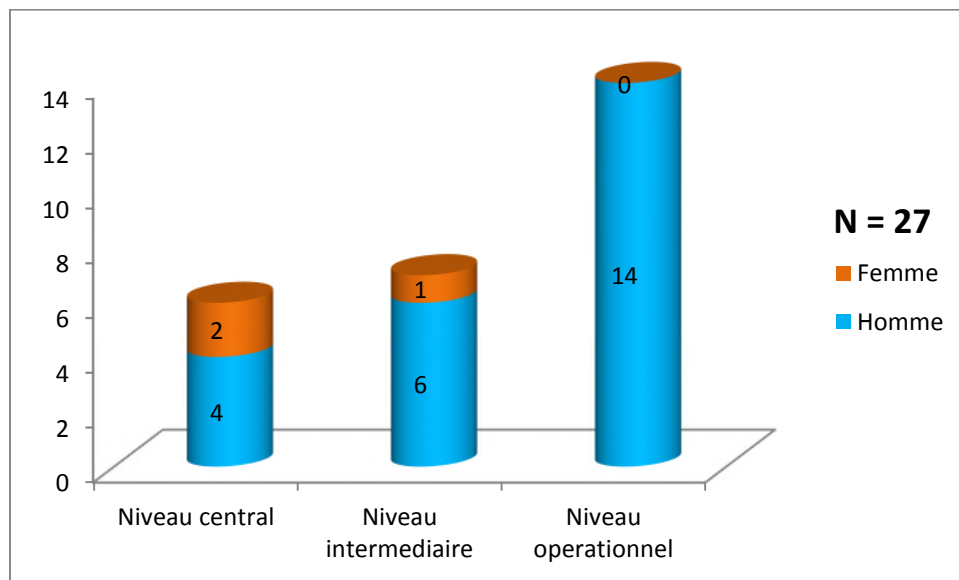


Figure 3 : Répartition des responsables enquêtés dans le versant administratif selon le sexe du responsable de la structure et le niveau de la pyramide

Au niveau central, 33% des responsables enquêtés sont des femmes contre 67% qui sont des hommes. Au niveau intermédiaire (CHU, CHR, HG), 14% des responsables interrogées sont des femmes contre 86% d'hommes. Quant au niveau des Districts, tous les districts visités sont tenus par des hommes.

Tableau III : Répartition des responsables enquêtés dans le versant offre de soins en fonction du sexe et du type d'établissement

		Masculin		Féminin		Total	
Type d'établissement		VA	VR	VA	VR	VA	VR
CHU	CHU	4	(2%)	0	(0%)	4	(2%)
HG/CHR	CHR	4	(2%)	1	(0%)	5	(2%)
	HG	7	(3%)	0	(0%)	7	(3%)
ESPC	CSU	43	(19%)	6	(3%)	49	(22%)
	CSUS	30	(13%)	15	(7%)	45	(20%)
	CSR	107	(48%)	8	(7%)	115	(51%)

Total	195 (87%)	30 (13%)	225 (100%)
-------	-----------	----------	------------

87% des responsables interrogés au niveau des structures du versant offre de soins sont des hommes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire contre 13% qui sont des femmes.

Les proportions désagrégées dans le tableau montrent que peu de femmes occupent les postes de responsabilité au niveau des établissements sanitaires par rapport à la norme internationale qui est de 30%<sup>5</sup>.

### 5-1-2 Caractéristiques du personnel d'exécution enquêté en fonction du genre

Les différents figures et tableaux présentent la distribution du personnel d'exécution sous différents angles.

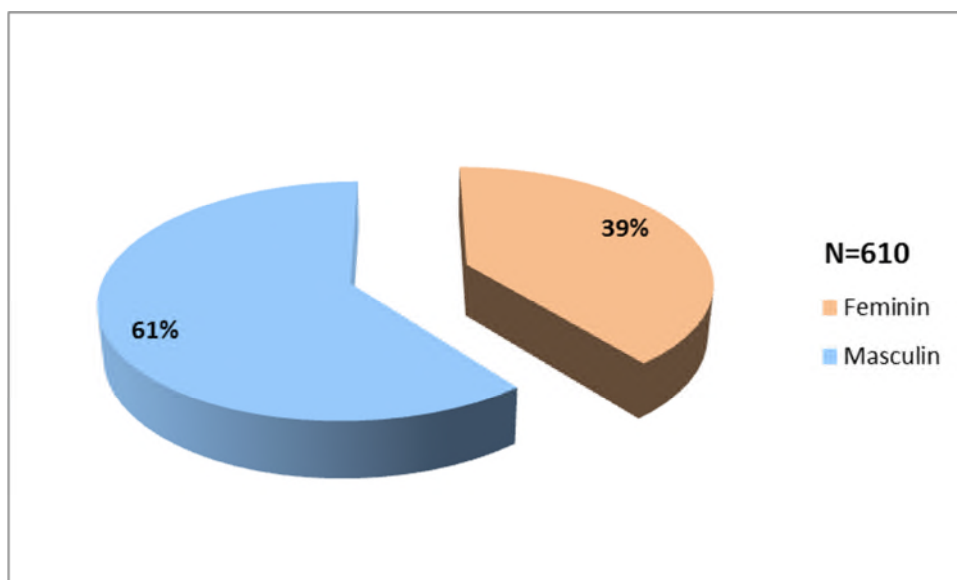


Figure 4 : Répartition du personnel de santé interrogé par sexe

Dans les établissements sanitaires visités la majorité des personnels de santé interrogés était de sexe masculin.

<sup>5</sup> Conférence Beijing 2009



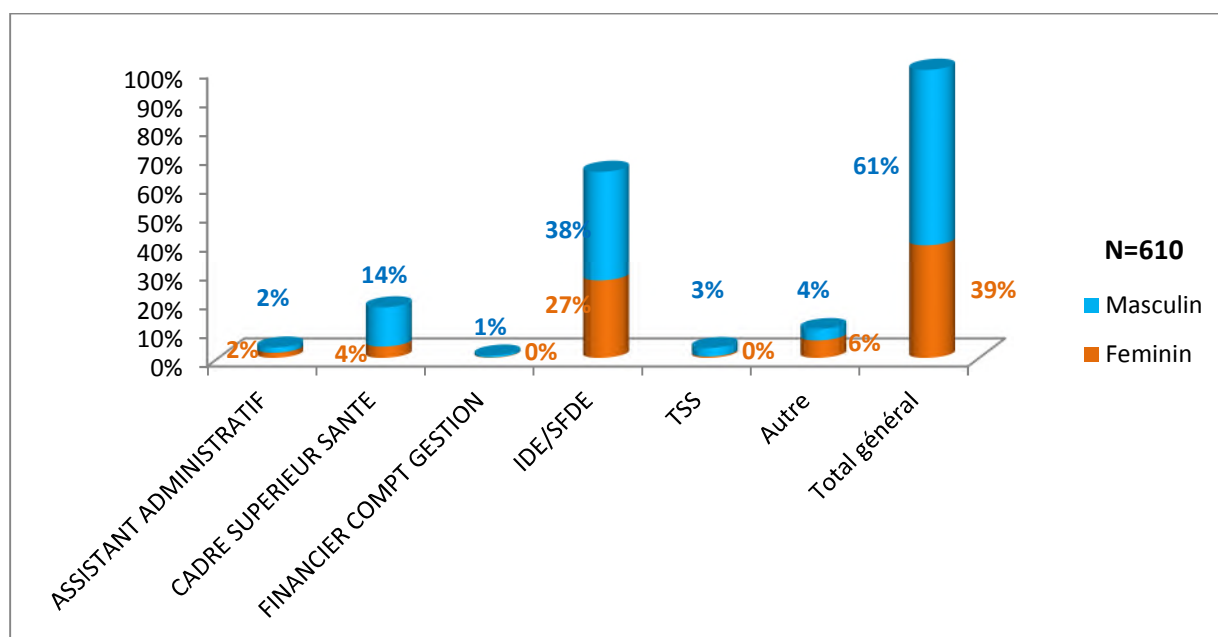


Figure 5 : Répartition du personnel interrogé par formation initiale et par sexe

La majorité du personnel interrogé (65%) est issue du corps des infirmiers et Sages-Femmes Diplômés d'Etat. Les cadres supérieurs (médecins, pharmaciens) ne représentent que 18% de l'ensemble des personnels des établissements sanitaires visités. Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que 76% des établissements visités sont tenus par des infirmiers et sages-femmes. Selon les données de la carte sanitaire primaire 2012, le ratio Infirmier-Sage-femme/médecin est de 3,5. Aussi, 51% des établissements visités (CSR) sont-ils gérés par cette catégorie de personnel.

Tableau IV : Répartition du personnel enquêté selon la formation initiale et le type d'établissement

Formation Initiale	CHU	CHR	HG	CSUS	CSU	CSR	Total général
ASSISTANT ADMINISTRATIF	17		3		2	-	22
CADRE SUPERIEUR SANTE	9	16	24	19	36	-	104
FINANCIER COMPTABLE GESTIONNAIRE	4	-	1	-	-	-	5
IDE/SFDE	17	25	46	61	93	152	394
TSS	6	3	6	3	3	-	21
AUTRE	9	5	6	18	13	10	61
<b>Total général</b>	<b>62</b>	<b>49</b>	<b>86</b>	<b>101</b>	<b>147</b>	<b>162</b>	<b>607</b>

Il ressort que deux agents sur trois se retrouvent dans les ESPC. Ces agents sont majoritairement composés de SFDE et des IDE. Les cadres supérieurs de santé sont dans les établissements sanitaires situés en milieu urbain. Le quart (26%) du personnel de santé occupe des postes dans les CSR.

### 5-1-3 Caractéristiques des usagers enquêtés en fonction du genre

Les spécificités des usagers sont décrites dans cette articulation à travers les situations professionnelles, les niveaux d'étude et les distances parcourues pour se faire prendre en charge.

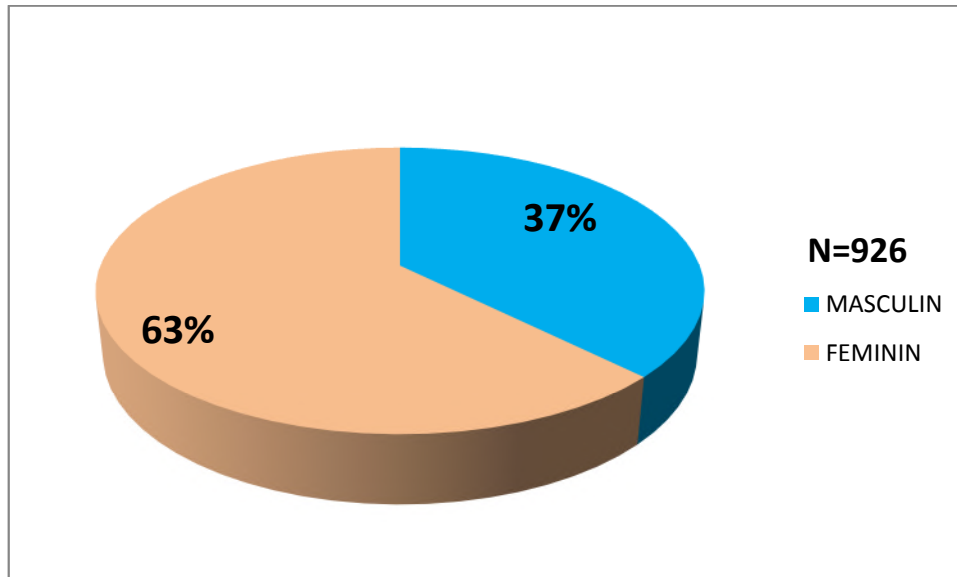
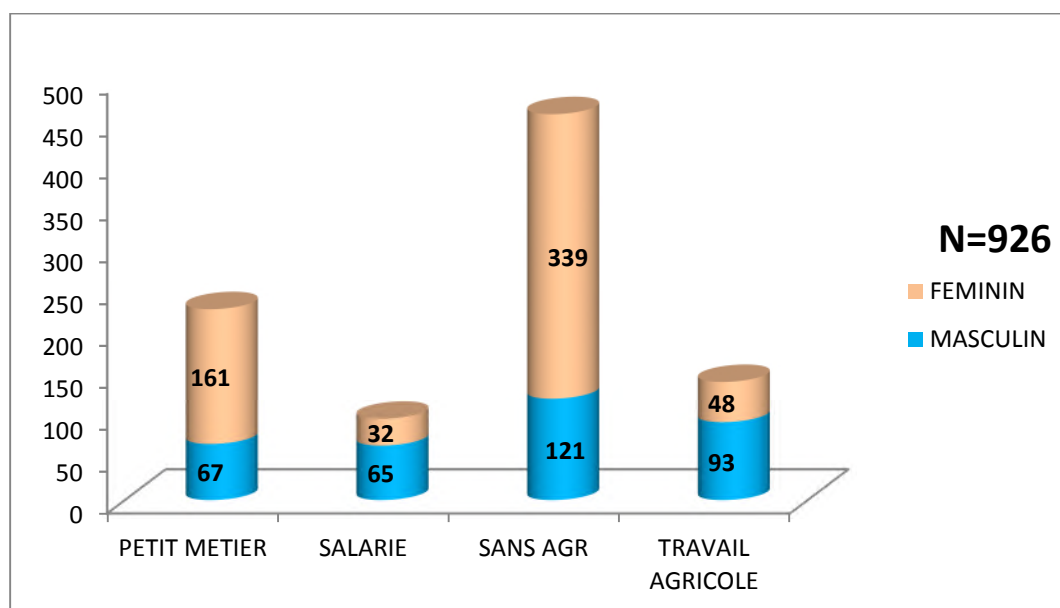


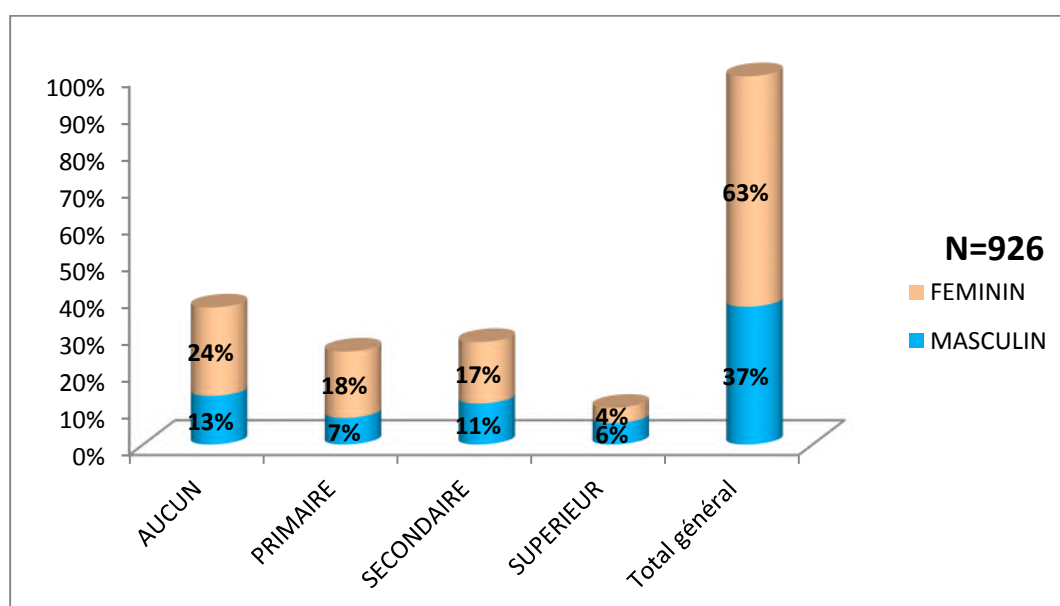
Figure 6 : Répartition des usagers par sexe

Sur les 926 usagers interrogés dans les établissements visités, 63% étaient de sexe féminin. Cette fréquentation reflète l'image de l'utilisation des services de santé de Côte d'Ivoire (cellule de prospective et stratégie avril 2008). La proportion élevée des femmes (63%) s'explique par la responsabilité première de la femme à s'occuper dans la famille des soins des enfants et des personnes âgées. En outre la fonction reproductrice de la femme fait qu'elle est prioritairement utilisatrice des services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie. Par ailleurs, la femme dans ses fonctions naturelles de reproduction est chargée de surveiller l'enfant jusqu'à l'âge d'adolescence.



**Figure 7 : Répartition des usagers en fonction de la situation professionnelle et par sexe**

La moitié des usagers interrogés étaient sans activité génératrice de revenu (AGR). Il s'agit soient : des ménagères, des étudiants ou des élèves, soient des personnes âgées qui ne mènent pas des activités génératrices de revenus. Environ trois usagers sur quatre (74%) sans AGR sont de sexe féminin. En ce qui concerne les métiers informels (petit commerce, coiffure, couture, maçonnerie, menuiserie ...) ils sont tenus par 228 individus de l'échantillon soit le quart des usagers ayant participé à l'étude. Les travailleurs agricoles sont en majorité des hommes (66%), et représentent 15% de la population investiguée. Les usagers exerçant une activité salariale sont au nombre de 97 dont les deux tiers sont des hommes.



**Figure 8 : Répartition des usagers selon le niveau d'étude et par sexe**

Le graphique montre que la majorité des usagers interrogés (62%) n'a pas atteint le niveau secondaire et est surtout féminine (42%).

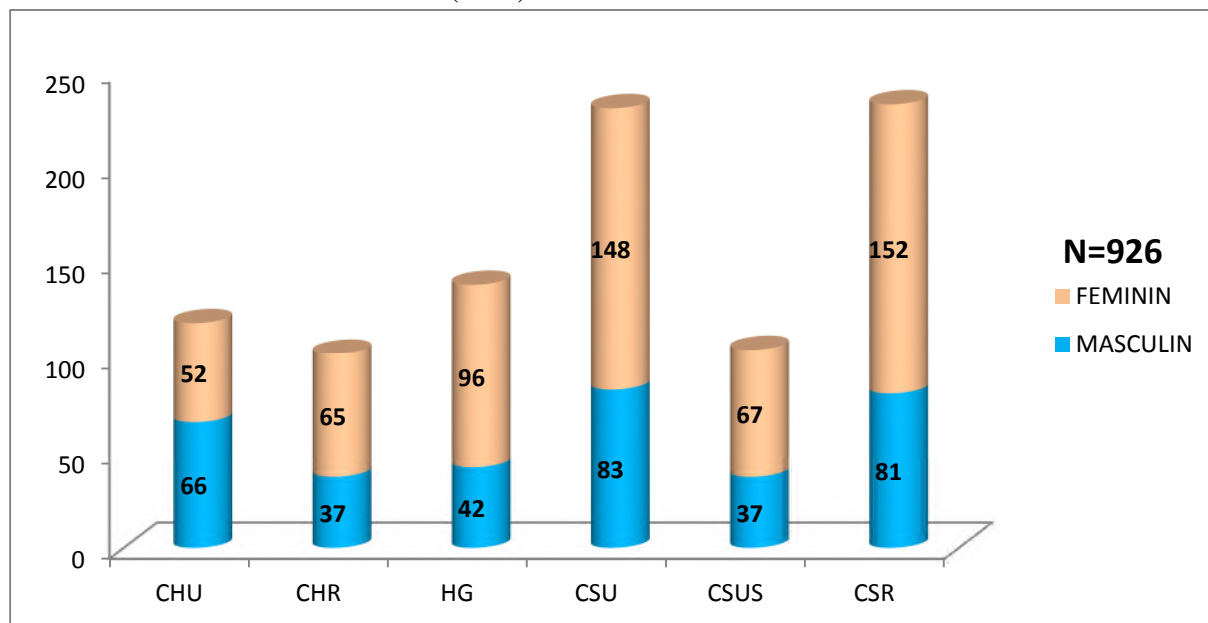


Figure 9 : Situation des usagers selon le type d'établissement et par sexe

La moitié des usagers interrogés a été prise en charges dans les CSU et CSR. A l'exception du CHU, la proportion des usagers femmes est supérieure à celle des hommes dans tous les autres types d'établissements.

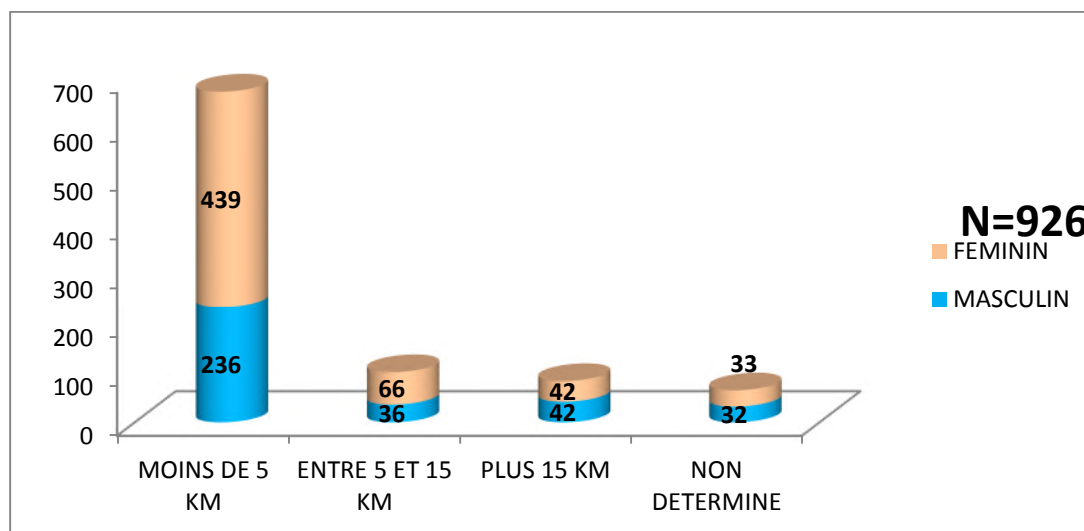
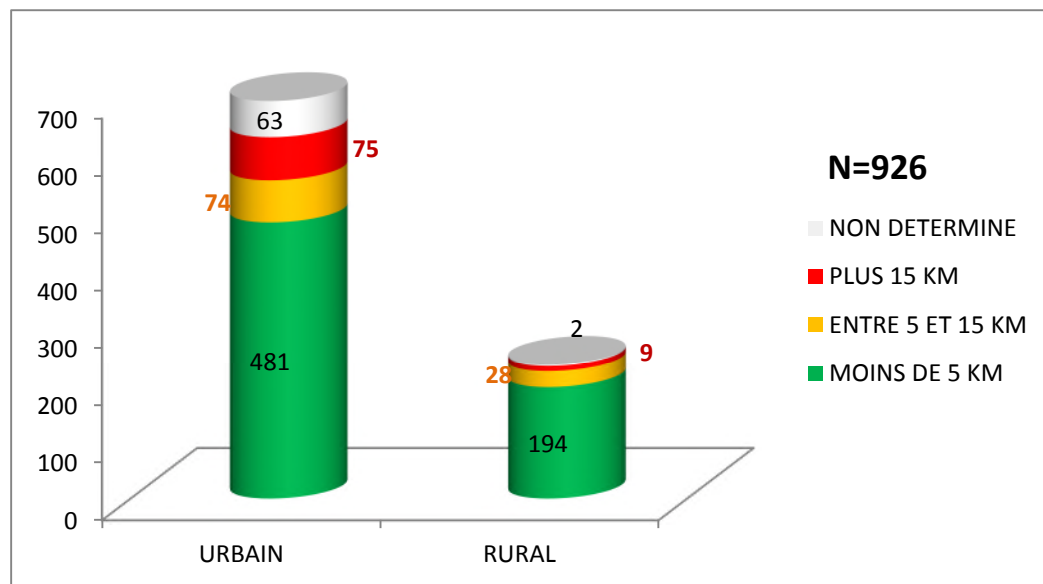


Figure 10 : Répartition des usagers par distance parcourue pour l'accès aux soins

Près des trois quart (73%) des usagers interviewés ont parcouru moins de 5 kilomètres pour se rendre dans les établissements de soins où ils ont été interrogés. La proportion des femmes (76%) à moins de 5 km est plus importante que celle des hommes (68%). Les usagers à plus de 15 km au nombre de 84 (9%), se répartissent à part égale entre les femmes et les hommes. La différence des répartitions des usagers habitant à 'PLUS 15 KM' et le sexe est significative

(chi2= 5,97, 1-p = 98,54%) autrement dit, par rapport aux femmes, plus d'hommes parcourent plus de 15 km pour bénéficier des services de santé.

Parmi ceux qui habitent à plus de 15 km d'un centre de santé, la proportion d'hommes est identique à celle des femmes.



**Figure 11 : Répartition des usagers par distance parcourue pour l'accès aux soins et par milieu de résidence**

En milieu urbain, 12% des usagers rencontrés ont parcouru plus de 15km avant de se faire prendre en charge dans un établissement sanitaire. Aussi, 76 % d'entre eux ont parcouru moins de 5km.

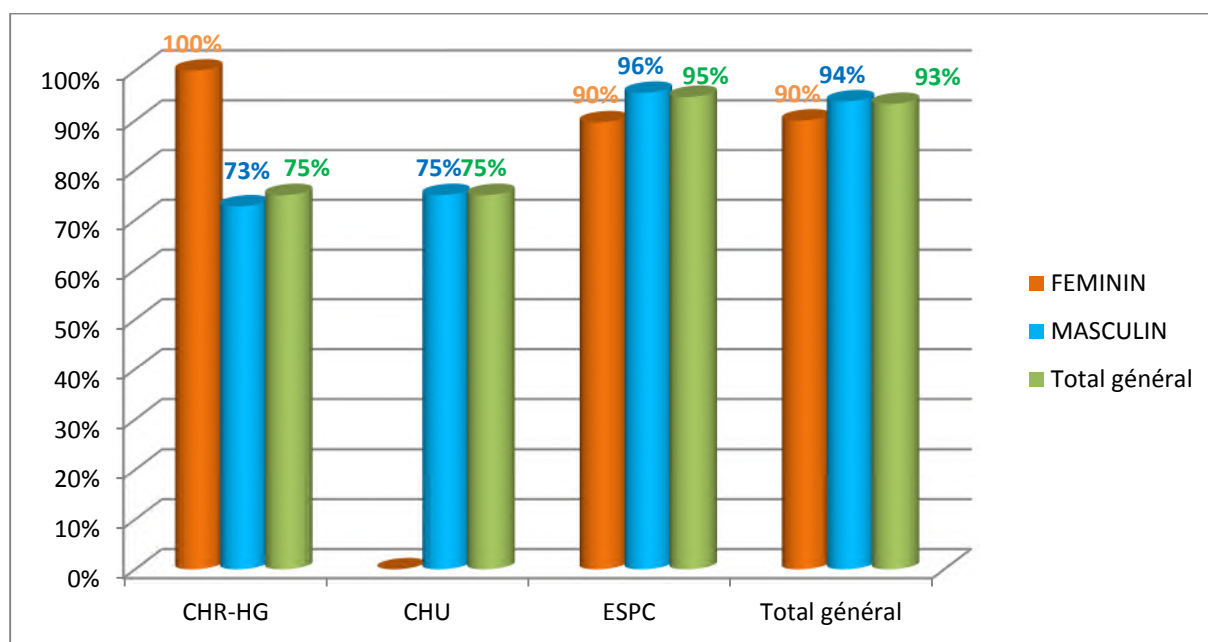
Au niveau du milieu rural, les usagers ont parcouru moins de distance qu'en milieu urbain. En effet 83 % d'entre eux habitent dans un rayon inférieur à 5km du centre de santé et moins de 5% au-delà de 15km.

Cette distance relativement longue parcourue par les usagers des établissements du milieu urbain peut s'expliquer par le fait que ses établissements sanitaires ont un niveau technique (personnel et équipements) supérieur à ceux du milieu rural et constituent pour la plupart la référence des établissements ruraux.

## **5-2 Situation de la gestion des médicaments et des infrastructures sanitaires**

### **5-2-1 Respect des prix de vente homologués par la PSP**

210 établissements visités n'utilisent pas d'ordonnance facture pour la vente des médicaments et autres intrants, soit 93%. Ce score est réparti de la façon ci-dessous



**Figure 12 : Proportion de la non-utilisation des ordonnances-factures selon le sexe du responsable et le type d'établissement**

Le graphique donne de constater que 75% des CHU et 75% CHR/ HG n'utilisent pas d'ordonnance facture au moment du passage des enquêteurs. Cette proportion est de 73% dans les hôpitaux tenus par les hommes. Il en est de même dans la seule structure hospitalière tenue par une femme.

Les taux de non-utilisation des ordonnances factures sont encore plus élevés dans les ESPC. En effet, 93% de ces ESPC ne disposent pas d'ordonnances factures lors de la collecte des données. Cette proportion est légèrement plus élevée dans les centres tenus par des hommes (94%) que dans ceux tenus par les femmes (90%).

Dans 80% des cas, la rupture de stock des ordonnances factures à la pharmacie du District sanitaire ou à la PSP est évoquée comme raison principale.

Par ailleurs à la vérification du respect des prix homologués, il ressort qu'aucun (0%) des établissements ne pratique les prix recommandés par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

Il existe donc un problème de transparence au niveau du respect des prix homologués parce que les ordonnances factures qui permettent de retracer les prix pratiqués ne sont pas utilisées dans les établissements sanitaires. Les enquêtes similaires menées au Bénin expliquent ce fait par des comportements contraires à l'éthique (OMS, 2009).

Dans la figure ci-dessous, on remarque que les colonnes des prix unitaires et des montants ont été expressément coupées par le personnel en charge de la gestion des produits pharmaceutiques.

**BON DE LIVRAISON** N° 0000874

Nom du Client : [REDACTED]

Commande N° : ..... du ..... livré le 23/10/2013

QUANTITE	DESIGNATION
03	Gants prévision Utérile
10ct	Javel Super Clean 8°
01ct	Savon liquide Super Clean 1L
10	Serpieres double
10	Gants de ménage
02	Sac poubelles 50L
02	Sac poubelles 100L
02	brosse à manche
02	balai à manche
01ct	OMO 1 dose
01	Agri-Pense
02	litte Agri-Pense
02	litte poubelle
02	litte thombaines
02	Pate Crayon HB
01ct	Lame
02	Pate Blanche diluant
01	Encreur

Nom et Signature du Client : [REDACTED]

Figure 13 : Modèle de bordereau de livraison de produits trouvé dans un ESPC enquêté

Au regard de ce qui précède, il se pose pour le cas du respect des prix homologués, les problèmes de traçabilité, de transparence et de l'accès des usagers aux médicaments.

## 5-2-2 Conformité de l'inspection des médicaments

Pour cette évaluation, le calcul du taux de conformité de la procédure d'inspection des médicaments a consisté en la vérification de la prise en compte des 10 meilleures pratiques internationales tel que résumé dans le tableau ci-après.

Tableau V : Résultats de l'évaluation des 10 meilleures pratiques internationales d'inspections de médicaments

LES MEILLEURES PRATIQUES INTERNATIONALES	Existe	Pratiqué	SCORE	JUSTIFICATION/OBSERVATIONS
1. la disposition législative et réglementaire portant sur l'inspection des fabricants et distributeurs de médicaments existe	Oui		10 /10	
2. la disposition législative et réglementaire portant inspection des fabricants et distributeurs de médicaments est mise à la disposition des entités inspectées	Non		0/10	Article 6 de l'arrêté 105/MSHP /Cab du 10 février 2010
3. la disposition relative à l'inspection est assez exhaustive	Non	Oui	8,5 /10	
a) Cette disposition donne aux inspecteurs le pouvoir d'inspecter toutes les activités des structures de fabricants de médicaments y compris les locaux.	Oui	Oui	2.50/2.50	
b) Elle donne aux inspecteurs le pouvoir d'entrer à toute heure raisonnable dans un endroit où les médicaments sont fabriqués, emballés, entreposés, distribués ou testés afin de procéder à une inspection.	Non	Oui	1 /2.50	
c) Elle précise les fonctions et les responsabilités des inspecteurs. Cela inclut le pouvoir de prendre des sanctions en cas de violation des dispositions de la législation sur les médicaments et/ou la réglementation.	Oui	Oui	2.50/2.50	Décret N°92594du 30/09/1992 portant produits cosmétiques
d) La disposition exige que les inspecteurs soient munis d'un document d'identité spéciale.	Oui		2,50 /2.50	Ordre de mission signé par DPM



LES MEILLEURES PRATIQUES INTERNATIONALES	Existe	Pratiqué	SCORE	JUSTIFICATION/OBSERVATIONS
<p>4. les <u>directives écrites</u>, sur la non-conformité avec la classification des Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF) ou les Bonnes Pratiques de Distribution (BPD) qui décrivent les types de déficiences et les mesures correspondantes à prendre par l'Autorité de régulation des médicaments (DPM). Incluant un mécanisme d'interpellation des entreprises en faute, et prévoyant une révision du processus d'inspection par une personne autre que l'inspecteur d'origine existent.</p>	Non		4.5 /10	Ce qui est fait n'est pas basé sur une directive écrite
<p>a) Les directives écrites sur les bonnes pratiques de fabrication et de distribution existent.</p>	Oui		2.5 /2.50	Pas de directives écrites A partir des directives de l'UEMOA, l'DPM est entraîné d'élaborer un décret unique d'homologation
<p>b) Ces directives précisent les mesures à prendre en cas de non-respect de ces bonnes pratiques.</p>	Non		0 /2.50	
<p>c) Ces directives décrivent le mécanisme d'interpellation des entreprises en faute.</p>	Non		0 /2.50	
<p>d) Elle Prévoit une vérification de ces procédures par une personne autre que l'inspecteur d'origine.</p>	Oui		2 /2.50	Elle est faite en pratique mais il n'y a pas de texte écrit

LES MEILLEURES PRATIQUES INTERNATIONALES	Existe	Pratiqué	SCORE	JUSTIFICATION/OBSERVATIONS
<p><b>5. Les procédures / mécanismes écrits pour prévenir la collusion (capture réglementaire) entre les inspecteurs et les fabricants ou distributeurs inspectés existent.</b></p> <p><b>Et au moins l'un des points comme ce qui suit est pratiqué</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un plan de rotation des inspecteurs existe. <b>OU</b></li> <li>• Un mécanisme de rotation nécessitant qu'un inspecteur d'une zone géographique inspecte les entreprises d'une autre zone géographique <b>OU</b></li> <li>• Les inspecteurs visitent les sites en équipe avec un chef d'équipe sous la supervision d'un autre inspecteur qui leur rend compte de ses observations <b>OU</b></li> <li>• une autre pratique similaire</li> </ul>	<b>5/5</b>	<b>5 /5</b>	<b>10 /10</b>	
<p><b>6. Les lignes directrices sur les conflits d'intérêts en ce qui concerne les activités d'inspection des fabricants et distributeurs de médicaments existent.</b></p>	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>0 /10</b>	
<p><b>7. Les conclusions spécifiques et générales de l'inspection sont soumises à un examen interne régulièrement, et des examens externes périodiquement.</b></p>	<b>Plus ou moins</b>	<b>Plus ou moins</b>	<b>5 /10</b>	Elle est faite seulement en interne
<p>a) Les conclusions spécifiques et générales de chaque inspection sont soumises à un examen interne.</p>	<b>oui</b>	<b>oui</b>	<b>5 /5</b>	
<p>b) Les conclusions spécifiques et générales des inspections sont soumises périodiquement à des examens externes.</p>	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>0 /5</b>	
<p><b>8. Les procédures standards des opérations (SOP) sont écrites pour les inspecteurs.</b></p>			<b>5 /10</b>	

<b>LES MEILLEURES PRATIQUES INTERNATIONALES</b>	<b>Existe</b>	<b>Pratiqué</b>	<b>SCORE</b>	<b>JUSTIFICATION/OBSERVATIONS</b>
a) Ces procédures précisent les exigences relatives aux activités de pré et de post-inspection.	<b>Plus ou moins</b>	<b>Plus ou moins</b>	<b>2.5 /5</b>	Les procédures existent et non validées. La mise à jour
b) Ces procédures précisent le chronogramme d'inspection des entreprises en raison des fréquences prédéterminées, ainsi que le format et le contenu des rapports d'inspection (Plan Opérationnel d'Inspection).	<b>Plus ou moins</b>	<b>Plus ou moins</b>	<b>2.5 /5</b>	Oui pour les entreprises industrielles seulement
<b>9. Les critères écrits de sélection et de recrutement des inspecteurs des entreprises de fabrication et de distribution des médicaments existent.</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>0/10</b>	
a) Ces critères incluent les qualifications professionnelles requises.	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>0 /3.33</b>	Pas de corps assermentés d'inspecteurs
b) Ces critères incluent le nombre d'années d'expérience.	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>0 /3.33</b>	
c) Ces critères incluent les avis favorables des anciens employeurs.	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>0 /3.33</b>	
<b>10. Tous les documents requis par ces pratiques sont disponibles pour le public, idéalement sur l'internet, mais au moins disponible sur demande.</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>0 /10</b>	La DPM conseille aux industriels de visiter le site de l'OMS et de l'UEMOA sur les bonnes pratiques  Formation des industriels sur les bonnes pratiques
Documents disponibles sur internet.	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>0 /5</b>	
Documents disponibles à la demande.	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>0/5</b>	

LES MEILLEURES PRATIQUES INTERNATIONALES	Existe	Pratiqué	SCORE	JUSTIFICATION/OBSERVATIONS
<b>TOTAL SCORE</b>			43 /100	

Il apparaît que la conformité de la procédure d’inspection est de **43%**. Ainsi, la performance de la redevabilité est **faible**.

A l’analyse des documents d’inspection des médicaments de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), garante de la conformité de la procédure d’inspection des médicaments, six (6) bonnes pratiques internationales sont respectées avec des scores oscillant entre 5 et 10. Les quatre (4) autres restantes sont totalement ignorées. Il s’agit de :

- La mise à disposition des entités inspectées de la disposition législative et réglementaire portant inspection des fabricants et distributeurs de médicaments ;

L’article 6 de l’arrêté N° 105/MSPH/Cab du 10 février 2010 relatif à l’inspection des médicaments, ne prend pas en compte ces dispositions légales.

- L’existence des lignes directrices sur les conflits d’intérêt en ce qui concerne les activités d’inspection des fabricants et des distributeurs de médicaments ;
- L’existence des critères écrits de sélection et de recrutement des inspecteurs des entreprises de fabrication et de distribution des médicaments ;
- Et la disponibilité pour le public, idéalement sur l’internet ou au moins sur demande, de tous les documents requis par ces pratiques.

### **5-2-3 Disponibilité des médicaments essentiels**

Sur les six médicaments retenus, tous ont connu une rupture au cours des trois mois précédant l’enquête (août, septembre et octobre 2013). Cela correspond à un taux de rupture de **100%**. Sur l’ensemble des fiches de stock de médicaments analysées, 55% ne sont pas correctement renseignées. Ce qui rend difficile l’appréciation des seuils d’alerte par les prestataires des ESPC, les responsables de certaines pharmacies de districts sanitaires et des hôpitaux de référence. Les fiches de stock sont souvent inexistantes dans certaines structures sanitaires.

Les ruptures constatées sont parfois consécutives à une absence d’approvisionnement des districts et des centres hospitaliers par la centrale d’achat qui en assure la distribution (NPSP). Le taux de rupture étant supérieur à 20%, la performance de la gouvernance/redevabilité pour cet indicateur est **faible**.

A propos de la durée des ruptures en médicaments essentiels, le tableau suivant présente les données relatives aux centres visités.

**Tableau VI : Répartition du nombre moyen de jours de rupture des médicaments traceurs par niveau du système de santé durant les mois d'août, de septembre et d'octobre 2013**

Type d'Établissement Sanitaire	Paracét /AAS	Kit Accht	Amoxi /Cotrimo	CTA	Fer + Folate	Vit A	SRO + Zinc	Total moyen
CHU (n = 4)	71	69	69	92	69	92	92	79
CHR/HG (n = 12)	50	43	38	20	40	65	92	50
ESPC (n = 209)	49	58	49	38	61	68	92	59
<b>Total général (N = 225)</b>	<b>49</b>	<b>57</b>	<b>48</b>	<b>38</b>	<b>60</b>	<b>69</b>	<b>92</b>	<b>59</b>

La durée moyenne de rupture est de **59 jours** pour le trimestre, soit deux (2) jours de rupture sur trois (3) jours. Cette rupture est plus marquée pour les produits qui sont utilisés dans la politique de la gratuité des soins tels que le fer +folate (60 jours), la Vitamine A (69 jours) et le SRO +Zinc (92 jours), les kits d'accouchement (57 jours), Antibiotiques (48 jours) et les CTA (38 jours).

On note également que, quel que soit le niveau du système de soins, les médicaments traceurs ont enregistré des ruptures dont la durée moyenne pour les trois (3) mois oscille entre 59 jours dans les ESPC, 50 jours dans les CHR/HG et 79 jours dans les CHU.

Cette longue durée de rupture pourrait s'expliquer par le fait que la chaîne d'approvisionnement a souvent enregistré des ruptures dues à la gratuité (généralisée puis ciblée) des soins. La majorité des fiches de stocks sont mal renseignées, et les agents de santé ne font pas régulièrement les commandes de médicaments. Par ailleurs, 39% des établissements sanitaires ne disposent pas de fiches de stock. Lorsque ces fiches étaient disponibles, elles étaient insuffisamment renseignées dans 77% des cas.

**Tableau VII : Gestion des fiches de stock par type d'établissements sanitaires**

Étiquettes de lignes	Nombre d'établissements	Fiches			Renseignement	% remplissage
		Attendues	Dispo	%disponibilité		
CHU	4	28	7	25%	6	86%
CHR-HG	12	84	69	82%	46	67%
ESPC	209	1463	571	39%	316	55%
Total	225	1575	647	41%	368	57%

La disponibilité des fiches est plus observée dans les CHR/HG que les CHU et les ESPC, cependant le bon remplissage de ces fiches de stock est mieux pratiqué dans les CHU.

**Tableau VIII : Gestion des fiches de stock par sexe du responsable de l'établissement**

Étiquettes de lignes	Nombre d'établissements	Fiches			Renseignement	% remplissage
		Attendues	Dispo	%disponibilité		
Ets tenus par les Hommes	195	1365	577	33%	331	53%
Ets tenus par les femmes	30	210	70	42%	37	57%
Total	225	1575	647	41%	368	57%

Les établissements tenus par les femmes ont une meilleure disponibilité et une meilleure tenue des fiches de stocks par rapport à ceux dirigés par les hommes. En effet les fiches sont disponibles dans 42 % des structures gérées par des femmes contre 33% dans celles tenues par les hommes. Aussi la proportion de fiches correctement renseignées est de 4% de plus supérieure dans les structures avec un responsable de sexe féminin.

Pour cet indicateur, la performance de la gouvernance/redevabilité est **faible** puisque la durée moyenne des ruptures excède les 10 jours.

#### **5-2-4 Conformité de passation des marchés d'achat des médicaments**

Les procédures d'achats de médicaments doivent se faire en conformité avec des documents de normes nationales qui elles-mêmes doivent tenir compte des normes internationales en la matière.

Pour cette évaluation, le calcul de la proportion « des achats de médicaments par la NPSP conformes » aux normes nationales et internationales s'est fait en deux étapes.

La première a consisté à voir la conformité des procédures d'achat des médicaments. A ce niveau, il ressort que cette conformité avec les 10 meilleures pratiques internationales est de 65%. Mais, la NPSP, n'étant pas totalement indépendante dans ce domaine, est obligée de respecter les procédures particulières de la Direction des Marchés Publics. Ce qui constitue un autre niveau de contrôle pour en garantir la qualité.

La deuxième étape s'est appesantie sur la vérification de la conformité des achats de médicaments par la NPSP avec les normes internationales. Cette vérification s'est faite sur trois achats consécutifs et a montré qu'aucun ne respecte l'ensemble des 10 meilleures pratiques internationales.

Ce qui fait une proportion d'achats conformes de **0% selon les 10 meilleures pratiques internationales**. La performance de la gouvernance/redevabilité à ce niveau est **faible**.

La directive N° 04/2005/CM/UEMOA portant procédures de passation, d'exécution et de règlement des marchés publics et des délégations de service public, dans l'UEMOA, a été transposé dans le droit national. Cependant, la non-appropriation de ce nouveau texte réglementaire par les structures publiques explique en partie le non-respect des procédures internationales de passation de marché par la NPSP.

### 5-2-5 Disponibilité d'équipements pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né

Les hôpitaux de référence ne disposent pas en majorité des infrastructures, équipements et ressources humaines indispensables à leur bon fonctionnement.

Tableau IX : Situation de disponibilité d'équipements de services gynéco-obstétrique et de Pédiatrie

Equipement existant	Nombre	
	Hôpitaux (N=12)	Pourcentage
Blocs opératoires	10	83%
Laboratoire	9	75%
Service de radiologie	8	67%
Aspirateur de mucosité	9	75%

Tableau X : Situation des ressources humaines des services de gynéco-obstétrique et de Pédiatrie

Disponibilité de Ressources Humaines Qualifiées	Nombre	
	Hôpitaux (N=12)	Pourcentage
Chirurgien	8	67%
Biologiste	9	75%
Radiologue	8	67%

Le tableau montre que les CHR/HG disposent :

- de blocs opératoires dans 83% des cas et sur cet ensemble, il y a un chirurgien certifié dans 8 CHR/HG ;
- de laboratoires d'analyses médicales dans 75% des cas et tous ces laboratoires sont tenus par des biologistes ;
- de services de radiologie dans 67% des cas et tous sont tenus par des radiologues et
- d'aspirateurs de mucosité dans 75% des cas.

Sur les 12 hôpitaux de références (5 CHR et 7 HG) visités, aucun (0%) ne dispose de l'ensemble des infrastructures, équipements et ressources humaines requises pour leur niveau de prestation.

Ce constat est dû au fait que les mises aux normes des hôpitaux de référence ne sont pas faites systématiquement lorsqu'un est érigé par une décision administrative en hôpital de référence. De même le faible niveau du budget d'investissement alloué à ses établissements explique leur sous-équipement.

Par ailleurs, les moyens financiers, matériels et humains qui devraient accompagner la mise à niveau des structures de santé sont insuffisants.

Enfin, la performance de la gouvernance/redevabilité est **faible** pour la fonctionnalité des services de gynécologie des CHR/HG car le score est nul (inférieur à 60%).

### **5-3 Situation de financement du système de santé et de l'utilisation des ressources**

Malgré les efforts du Gouvernement, force est de constater que le budget 2012 alloué au MSLS représente 04,62% du budget de l'Etat. Cette proportion reste largement en deçà des besoins exprimés et des 15% tels que recommandés par les chefs d'Etats Africains à Abuja (Nigeria) en 2001.

La non-participation de la majorité des administrateurs délégués de crédit à l'élaboration des budgets des établissements sanitaires organisée par la DAF du MSLS et la non-maitrise de la méthode d'élaboration des budgets d'investissement, expliquent probablement la faible allocation desdits budgets aux établissements.

#### **5-3-1 Variation entre le budget proposé et le budget alloué**

Dans les Dépenses de Programmation Pluriannuelles (DPPD) et le projet annuel de performance (PAP) 2012-2014, le financement global attendu pour la mise en œuvre des activités du MSLS est estimé à 682 408 394 634(6) Francs CFA dont 206 480 394 634 Francs CFA pour la gestion 2012.

En effet, sur cette demande de 2012, la dotation accordée au MSLS par le MEF est de 164 480 394 634 francs CFA (y compris les Salaires, les Abonnements et les Collectivités) dont 128 375 886 628 francs CFA pour le fonctionnement et 36 104 508 006 francs CFA pour les investissements ; soit des taux respectifs de 78,05% et de 21,95% du budget total au 31 décembre 2012 selon la base SIGFIP.

Le financement à rechercher sur la période 2012 à 2014 est évalué à 517 988 000 000 Francs CFA soit **moins 75,90%**. Pour la gestion 2012, le gap à rechercher s'élevait à 42 000 000 000 Francs CFA soit un taux de variation de **moins 20,34%**. La performance de la gouvernance est forte car les taux de variation sont inférieurs à 20%.

Ces faibles niveaux des budgets sont liés à la rareté des ressources intérieures.

Au niveau des Départements, la situation de variation entre les propositions de budget des ESPC et les budgets notifiés par les districts sanitaires est indiquée dans le tableau ci-après.

---

(6) Hormis les FinEx et les RP des structures sanitaires, pour ce financement, les lignes budgétaires ont été regroupées en quatre grands postes de dépenses à savoir : les salaires, le fonctionnement hors personnel, l'investissement, les transferts (les abonnements, les collectivités et les Opérations sécurisées (Gratuité ciblée, Soutien des prix INHP).



**Tableau XI : Notification des budgets des ESPC par les districts**

Nombre d'ESPC dont le budget est détenu au district	Nombre d'ESPC Participant à l'élaboration du budget	Nombre d'ESPC ayant reçu une notification de leur budget
128	16	6

Sur un effectif de 209 ESPC, 128 établissements dont 115 CSR et 13 CSU de la commune de Bouaké, ont leurs crédits budgétaires gérés directement par les Directeurs Départementaux de la santé. Parmi eux, seuls 16 responsables d'établissements dont deux (2) femmes sur les 128 soit 12%, participent effectivement à l'élaboration de leurs budgets respectifs.

Cependant, six (6) établissements sanitaires ont reçu une notification non formelle du budget qui leur est alloué. Parmi ces établissements un (1) était tenu par une femme

Le manque d'information sur le budget n'a pas permis de calculer le taux de variation entre les propositions budgétaires des ESPC et les budgets notifiés par les administrateurs de crédit délégués.

En définitive, il existe un réel problème de transparence dans la gestion budgétaire des ESPC. La performance de la gouvernance est donc faible pour cause d'impossibilité de déterminer le taux de variation entre les propositions budgétaires des ESPC et les budgets notifiés par leurs districts sanitaires.

Cet écart de gestion budgétaire est dû à la non-participation de la majorité des responsables d'établissements (CSR) à l'élaboration de leur projet de budget d'une part, et de la non notification de ces budgets par les directeurs départementaux (administrateur délégués de crédit des CSR) d'autre part.

**NB** : le cas de la Ville de Bouaké est une exception dans la mesure où ces CSU n'ont pas d'administrateurs délégués de crédit direct.

### **5-3-2 Disponibilité de l'information budgétaire**

L'analyse des données recueillies sur la disponibilité de l'information budgétaire montre que celle-ci n'est pas disponible dans l'ensemble des établissements sanitaires dont les premiers responsables ne sont pas administrateurs de crédit délégués.

En effet, l'état budgétaire est disponible dans les CSU, HG/CHR et CHU mais ne l'est pas dans 115 CSR et 13 CSU de la commune de Bouaké.

Par ailleurs, cette information disponible au niveau des Districts n'est pas accessible aux prestataires et à la population.

Cette situation s'explique en partie par l'absence de textes réglementaires ordonnant les Directeurs Départementaux de santé, les médecins chef des CSU et Directeurs d'hôpitaux et Directeurs Communaux (administrateurs délégués de crédit), à rendre disponible

l'information budgétaire et financière aux populations et à leur hiérarchie. Cela pose un réel problème de traçabilité et de transparence.

La performance de gouvernance/redevabilité pour cet indicateur est donc faible puis ce qu'aucun établissement (0%) ne dispose de son état budgétaire.

### **5-3-3 Situation d'exécution du budget des ESPC par rapport à leur budget au District**

De façon générale, sur les 115 CSR visités aucun n'a l'état d'exécution de son budget.

Selon les responsables de ces structures, cette situation s'explique par le fait qu'aucun d'entre eux ne dispose d'outils pour le suivi de l'exécution du budget. Aussi, ce sont les DDS qui en sont les ordonnateurs de crédit. En plus, sur les 94 CSU visités, 13 d'entre eux soit (14%) ont les mêmes caractéristiques que les CSR. Ainsi, l'étude n'a pas pu évaluer de façon exhaustive le niveau d'exécution budgétaire des ESPC.

Cette situation ne permet pas d'apprécier le niveau exact d'exécution des budgets. Par conséquent, la performance de la gouvernance/redevabilité est faible pour cet indicateur.

### **5-4 Situation de participation communautaire dans la gestion des établissements**

Le pilier gouvernance et leadership a été documenté par la participation communautaire.

#### **5-4-1 Existence des comités de gestion**

Le tableau suivant présente le niveau d'ouverture des COGES dans le système de santé de la Côte d'Ivoire.

**Tableau XII : Niveau d'ouverture des COGES/Conseils de Gestion à la population**

	<b>CHU n = 4</b>	<b>CHR/HG n = 12</b>	<b>ESPC n = 209</b>	<b>Ensemble N = 225</b>
COGES /Conseil de Gestion dont au moins 80% des postes sont pourvus	100%	100%	30%	<b>35%</b>
Disponibilité des textes régissant le fonctionnement des COGES/Conseil de Gestion	100%	83%	25%	<b>29%</b>

Pour cet indicateur, la vérification de l'effectivité de l'existence d'un **Comité de Gestion (COGES) / Conseil de Gestion** dans l'établissement sanitaire et l'appréciation de leur ouverture à la population telle que prescrite par les textes légaux, ont été faites à partir des listes officielles formalisant leurs compositions. Ainsi, chaque fois qu'au moins 80% des postes prévus étaient pourvus, le COGES/Conseil de Gestion a été déclaré ouvert à la population donc permettant sa participation à la gestion de ses problèmes de santé.

De l'évaluation, il ressort que tous les COGES/Conseils de Gestion des hôpitaux de référence y compris les CHU sont ouverts à la population. Les ESPC, quant à eux, n'enregistrent que **30%** d'ouverture. Le niveau global de la gouvernance/redevabilité de cet indicateur est **faible** soit **35%**.

Cette faible redevabilité peut s'expliquer en partie par la non-disponibilité des textes (71%) régissant le fonctionnement des COGES des ESPC (3 ESPC sur 4 n'en disposent pas). Il s'agit surtout des décrets, arrêtés interministériels et ministériels, arrêtés préfectoraux de formalisation des COGES.

## 5-4-2 Niveau de participation communautaire au management des comités de gestion

Le tableau ci-après présente le niveau de fonctionnalité des COGES

Tableau XIII : Niveau de fonctionnalité des Comités de Gestion/Conseils de Gestion

	CHU n = 4	CHR/HG n = 12	ESPC n = 209	Ensemble N = 225
Fonctionnalité des COGES/Conseils de Gestion	100%	17%	1%	4%

La **fonctionnalité des COGES/Conseils de Gestion** est **faible** au regard des critères retenus. En effet, pour être considéré comme fonctionnel, un COGES/Conseil de Gestion, en plus d'être formalisé, doit avoir tenu régulièrement des réunions documentées (PV et CR) en respectant le nombre et la périodicité recommandé par les textes réglementaires (statuts et règlements intérieurs). Cette fonctionnalité est de **4%** (9 sur 225) pour l'ensemble des établissements sanitaires visités, de **17%** (2 sur 12) pour les CHR/HG et de **1%** (3 sur 209) pour les ESPC ; tous les Conseils de Gestion au niveau des quatre CHU sont fonctionnels (100%).

Cette irrégularité dans le fonctionnement des COGES est d'abord due à la méconnaissance des textes réglementaires par les parties prenantes. De plus, les conflits nés de la gestion des fonds sont une cause explicative de ce problème de fonctionnalité. Par ailleurs, il n'existe pas de source de motivation pour l'ensemble des membres statutaires.

La performance de la gouvernance/redevabilité (**4%**) est **faible** puisqu'elle est inférieure à 50%.

## 5-5 Situation des prestations

### 5-5-1 Problématique des paiements informels

Selon la réglementation, tout paiement dans un établissement sanitaire doit se faire auprès d'une personne habilité à le faire. Et, tout achat doit être justifié par un reçu. Les prix des services offerts doivent correspondre aux coûts homologués par le ministère en charge de la santé. Tout paiement en dehors des critères suscités est considéré comme paiement informel. Ainsi sur 926 usagers ayant effectué un paiement, 405 ont effectué des paiements informels soit **44%**. Cela veut dire que près de la moitié des usagers des établissements sanitaires publics ont effectué un paiement informel.

*« Je vous avoue que je suis très surpris car je n'ai rien payé aujourd'hui. L'infirmier m'a donné ce médicament gratuitement aujourd'hui. Alors que d'habitude, je paie au moins 5.000 francs pour ce médicament du paludisme ».* **Propos d'un usager.**

Il convient de relever que 39% des paiements informels se sont faits dans les CHU, 48% dans les CHR/HG et 43% dans les ESPC.

**Tableau XIV : Répartition des paiements informels selon le milieu de résidence et par rapport au sexe des usagers**

Milieu	Urbain	Rural	Total
Masculin	116 (29%)	26 (6%)	142 (35%)
Féminin	191 (47%)	72(18%)	263 (65%)
Total	307 (76%)	98 (24%)	405 (100%)

De l'analyse il ressort que le paiement informel s'observe dans trois quarts des cas en milieu urbain (76%) et concerne dans deux tiers des cas, les usagers de sexe féminin. Ces faits s'expliquent par :

- l'insuffisance d'information (les coûts des différentes prestations ne sont pas affichés)
- et le délai d'attente trop long.

Pour la cible spécifique des femmes, les situations d'analphabétisme et de faible taux de scolarisation sont en cause. Cette tendance se justifie pour l'ensemble des usagers selon le tableau ci-après.

**Tableau XV : Répartition des usagers ayant effectué un paiement informel selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Paiement informel	Proportion de Paiement informel
Supérieur	44	11%
Secondaire	107	26%
Primaire	106	26%
Aucun	148	37%
Total	405	100%

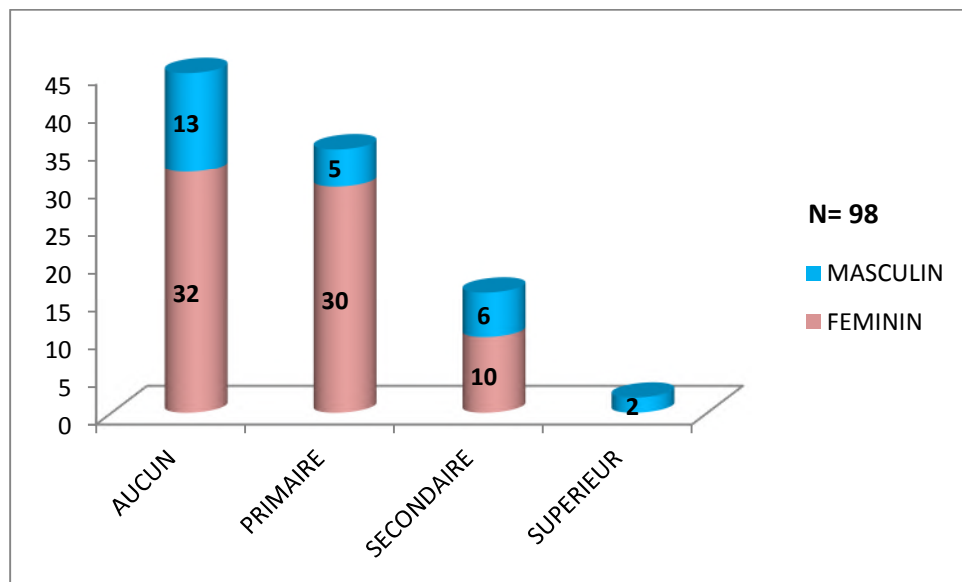
Quel que soit le niveau d'instruction, les usagers sont victimes de paiements informels, mais les usagers sans niveau d'instruction sont plus objets des paiements informels (37%).

**Tableau XVI: Répartition des paiements informels selon le milieu de résidence par rapport au niveau d'instruction**

Niveau d'instruction \ Milieu	Milieu		
	urbain	Rural	Total
Supérieur	10,4%	0,5%	10,9%
Secondaire	22,5%	4%	26,5%
Primaire	17,5%	8,6%	26,1%
Aucun	25,4%	11,1%	36,5%
Total	76%	24%	100%

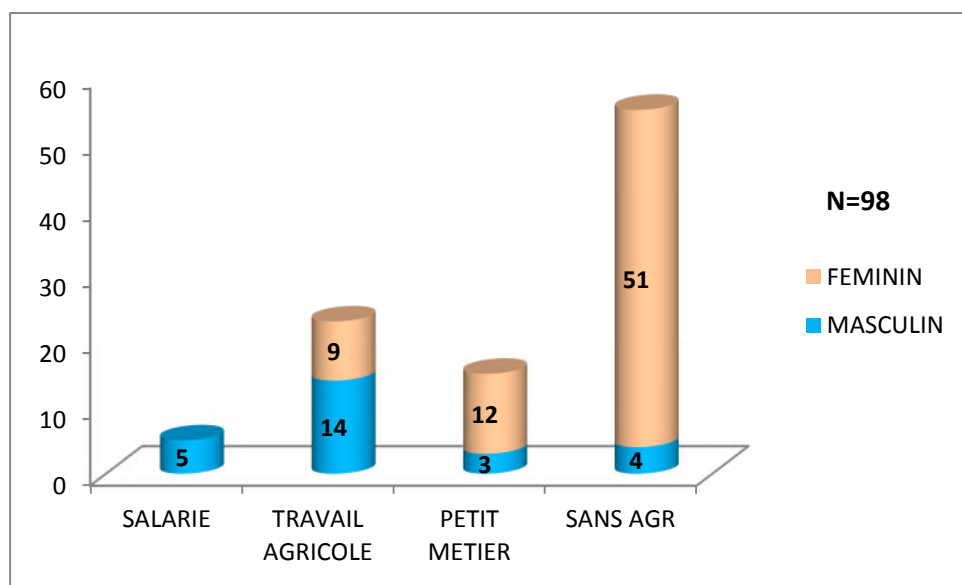
Quel que soit le milieu de résidence, les usagers sans niveau d'instruction sont les premières victimes de paiements informels. En effet, les usagers ayant fait des paiements informels en

milieu rural et sans niveau d’instruction représentent près de la moitié (11,1% sur 24%) de l’effectif contre le tiers (25,4% sur 76%) en milieu urbain.



**Figure 14 : usagers ayant effectué un paiement informel par sexe et par niveau d’instruction dans le milieu rural**

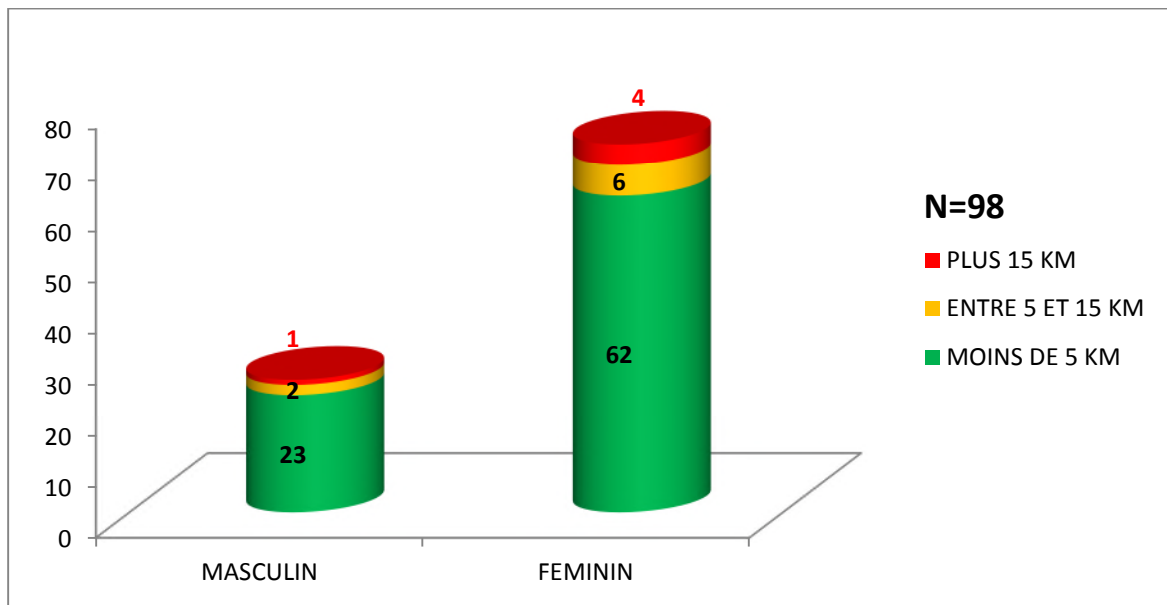
98 usagers ont effectué un paiement informel dans le milieu rural. Parmi eux, 73% sont de sexe féminin et 46% n’ont aucun niveau d’instruction. Les deux individus du niveau supérieur ayant effectué un paiement informel sont de sexe masculin.



**Figure 15 : usagers ayant effectué un paiement informel par sexe et par situation professionnelle dans le milieu rural**

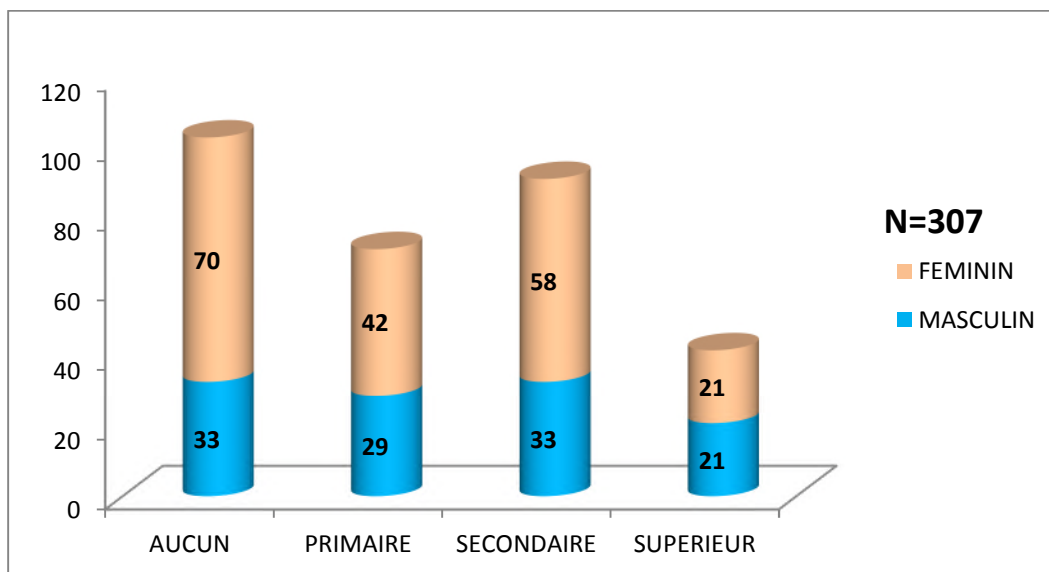
Plus de la moitié des usagers (52%) ayant effectué un paiement informel en milieu rural sont sans activités génératrices de revenus et de sexe féminin. Ce sont notamment les ménagères.

Les travailleurs agricoles occupent 23 % des cas de paiement informel.



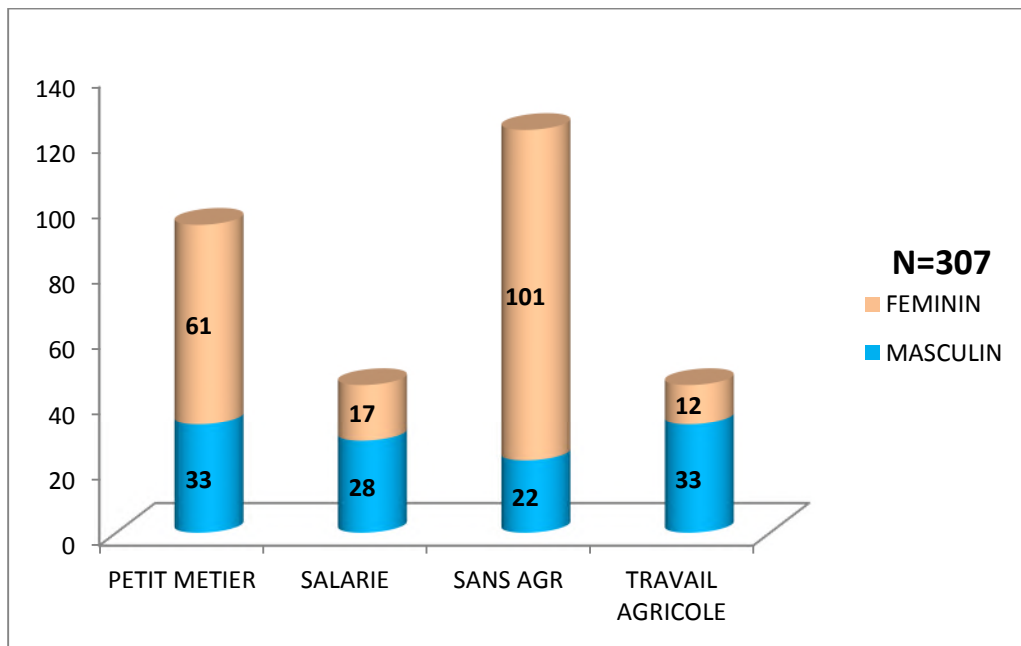
**Figure 16 : usagers ayant effectué un paiement informel par sexe et par distance parcourue dans le milieu rural**

Près des deux tiers des usagers (63%) ayant effectué des paiements informels sont de sexe féminin et résident dans un rayon de 5km du centre de santé ayant assuré leur prise en charge.



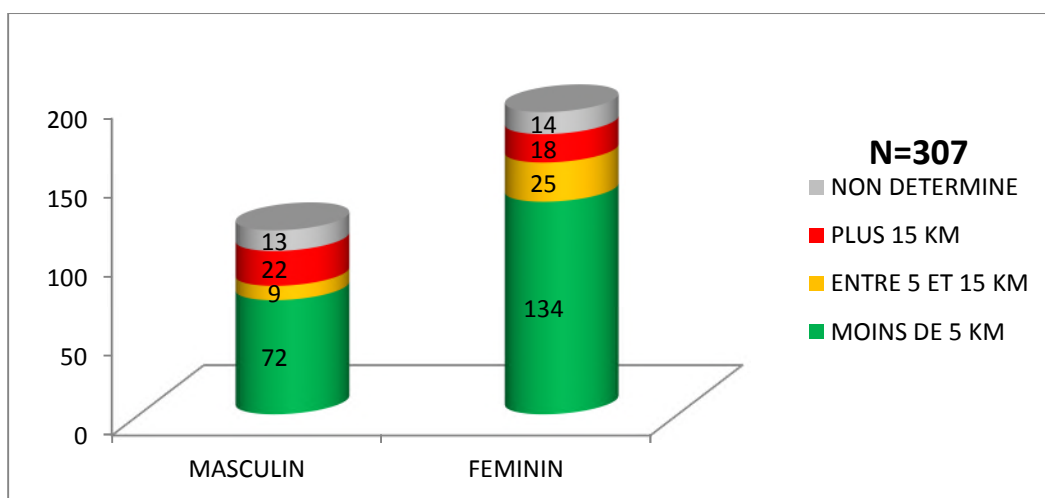
**Figure 17 : usagers ayant effectué un paiement informel par sexe et par niveau d'instruction dans le milieu urbain**

Le tiers (33%) des usagers ayant effectué un paiement informel n'a aucun niveau d'instruction dans le milieu urbain. Ce taux descend progressivement à 30% au secondaire, 23% dans le primaire et 14% dans le supérieur. On note également que la proportion des usagers féminins coupable ou victime de paiement informel est toujours supérieure ou égale à celle des usagers masculins au sein des usagers de même niveau d'instruction.



**Figure 18 : usagers ayant effectué un paiement informel par sexe et par situation professionnelle dans le milieu urbain**

La plupart des paiements informels constatés ont été effectués par des usagers sans revenus (40%) ou exerçant dans l'économie informel comme la coiffure, la couture, le petit commerce ou autres petits métiers (31%).



**Figure 19 : usagers ayant effectué un paiement informel par sexe et par distance parcourue dans le milieu urbain**

Les deux tiers des usagers (67%) ayant effectué des paiements informels résident dans un rayon de 5km du centre de santé ayant assuré leur prise en charge. Parmi cette proportion les usagers de sexe féminin occupent 44%.

Par ailleurs la proportion des usagers de sexe masculin (7 %) ayant effectué un paiement informel et habitant à plus de 15 km est supérieure à celle des usagers féminins (6%).

Pour l'ensemble des structures, les raisons des paiements informels sont, l'impatience des usagers du fait des délais d'attente jugés longs d'une part, et d'autre part la volonté d'être vite et bien reçus par les prestataires ;



- la volonté de réduire les délais d'attente trop longs.

La performance de la gouvernance/redevabilité pour cet indicateur (**44%**) est **moyenne** car elle est comprise entre 15 et 50%.

### 5-5-2 Sensibilisation des populations sur leurs droits à la santé

Il n'existe pas de stratégie de sensibilisation et d'information des populations sur leurs droits en matière de santé.

Ce qui fait que la performance de la gouvernance/redevabilité pour cet indicateur est **faible**.

Cependant, un draft de document de stratégie existe au niveau de la Direction de l'Information, de la Promotion et de l'Education pour la Santé (DIPES). L'examen de ce draft montre une insuffisance de renseignement sur les droits majeurs, en particulier sur l'offre des services de santé.

### 5-5-3 Transparence dans la tarification des actes de santé

Le tableau ci-dessous fait la situation de l'accessibilité des usagers à l'affichage des prix.

Tableau XVII : Niveau d'accessibilité de l'affichage des prix des actes et des médicaments aux usagers

	<b>CHU n = 4</b>	<b>CHR/HG n = 12</b>	<b>ESPC n = 209</b>	<b>Ensemble N = 225</b>
Etablissements affichant les prestations	0%	67%	28%	<b>29%</b>
Etablissements affichant les coûts des actes	0%	50%	22%	<b>24%</b>
Etablissements affichant le prix des médicaments	0%	8%	5%	<b>5%</b>
Accessibilité des affiches aux usagers	0%	50%	17%	<b>18%</b>

Le niveau d'accessibilité des usagers à l'affichage des prix des actes et des médicaments est de **18% dans l'ensemble** des 225 établissements visités. Cette accessibilité est plus élevée dans les CHR/HG où elle atteint 50%. Au niveau des CHU, l'on note qu'il n'y a pas d'affichage (0%), tandis que les ESPC pratiquent l'affichage dans 17% des cas.

Par ailleurs, si l'accessibilité des usagers aux prix des actes par affichage est globalement de **24%**, elle chute à **5%** pour les prix des médicaments.

La performance de la gouvernance pour cet indicateur est **faible (18%)** car inférieure à 40%.

Cette absence de l'affichage des prix des actes et des médicaments est due au non-respect des directives et à l'insuffisance de supervision par les responsables hiérarchiques.

Cette faiblesse traduit également le manque de transparence dans la gestion des médicaments et des ressources propres issues du recouvrement des coûts des actes de santé.

#### 5-5-4 Qualité des prestations de soins

- Au niveau du protocole de prise en charge

Le tableau qui suit présente les proportions de structures disposant de protocoles nationaux de prise en charge par pathologie.

**Tableau XVIII : Proportion de structures disposant de protocoles nationaux de prise en charge par pathologie**

<b>Existence des protocoles/directives de prise en charge des pathologies</b>	<b>CHU n = 4</b>	<b>CHR/HG n = 12</b>	<b>ESPC n = 209</b>	<b>Ensemble N = 225</b>
Paludisme	100%	80%	78%	<b>78%</b>
Diarrhée chez l'enfant	100%	33%	47%	<b>47%</b>
Suivi de l'accouchement	100%	58%	54%	<b>55%</b>
IST	100%	50%	57%	<b>58%</b>
VIH/Sida	100%	83%	57%	<b>59%</b>
<b>Total moyen</b>	<b>100%</b>	<b>61%</b>	<b>59%</b>	<b>59%</b>

Le problème de disponibilité des protocoles de prise en charge des pathologies est plus accentué au niveau des CHR/HG et des ESPC.

Le tableau suivant présente la proportion de prestataires formés à l'utilisation des protocoles nationaux de prise en charge par pathologie.

**Tableau XIX : Proportion des prestataires formés à l'utilisation des protocoles nationaux de prise en charge par pathologie et par niveau de soins**

<b>Formation des prestataires à l'utilisation des protocoles/directives de prise en charge des pathologies</b>	<b>CHU n = 4</b>	<b>CHR/HG n = 12</b>	<b>ESPC n = 209</b>	<b>Ensemble N = 225</b>
Paludisme (n = 1250)	100%	69%	72%	<b>71%</b>
Diarrhée chez l'enfant (n = 797)	100%	51%	47%	<b>50%</b>
Suivi de l'accouchement (n = 619)	100%	52%	63%	<b>63%</b>
IST (n = 884)	100%	74%	57%	<b>62%</b>
VIH/Sida (n = 463)	100%	69%	94%	<b>72%</b>
<b>TOTAL MOYEN</b>	<b>100%</b>	<b>63%</b>	<b>67%</b>	<b>64%</b>

Le tableau ci-après fait ressortir les proportions de prestataires utilisant effectivement les protocoles nationaux de prise en charge par pathologie.

**Tableau XX : Proportion des prestataires utilisant effectivement les protocoles nationaux de prise en charge par pathologie et par niveau de soins**

<b>Utilisation effective des protocoles/directives de prise en charge des pathologies</b>	<b>CHU n = 4</b>	<b>CHR/HG n = 12</b>	<b>ESPC n = 209</b>	<b>Ensemble N = 225</b>
Paludisme (n = 891)	100%	54%	89%	<b>76%</b>
Diarrhée chez l'enfant (n = 395)	100%	77%	93%	<b>90%</b>
Suivi de l'accouchement (n = 388)	100%	96%	84%	<b>90%</b>
IST (n = 547)	100%	64%	91%	<b>82%</b>
VIH/Sida (n = 333)	100%	87%	86%	<b>87%</b>
<b>Total moyen</b>	<b>100%</b>	<b>76%</b>	<b>89%</b>	<b>85%</b>

Pour l'utilisation des protocoles/directives de prise en charge des pathologies, en moyenne **85%** des prestataires formés les utilisent effectivement de façon globale avec des proportions variant de 76% dans les CHR/HG à 100% dans les CHU d'une part et d'autre part, de 76% pour le paludisme à 90% pour la diarrhée chez l'enfant et le suivi des accouchements.

La performance de la gouvernance est forte puisque plus de 4 agents de santé sur 5 utilisent effectivement les protocoles/directives de prise en charge des pathologies.

Malgré ce fort taux d'utilisation, les protocoles ne sont disponibles aux postes de consultation que dans 59% des cas. Ce taux chute pour atteindre 47% pour la diarrhée chez l'enfant et 59% au niveau du CHR/HG.

Pour le niveau de formation, 64% des prestataires affectés à la prise en charge des pathologies sont formés à l'utilisation des protocoles/directives. Cette proportion est de 63% au niveau des CHR/HG et de 50% pour la diarrhée chez l'enfant.

A l'analyse de ces résultats, il apparaît que le niveau CHR/HG est le moins outillé pour l'application/utilisation des protocoles/directives et les taux les plus faibles sont enregistrés pour la prise en charge de la diarrhée chez l'enfant. Les prestataires ne bénéficient pas en général de formation continue.

Ce constat général est dû à :

- la non-disponibilité du manuel des algorithmes des symptômes – diagnostics-traitements (document non actualisé) ;
- l'insuffisance de la supervision formative, (Rapport d'audit du district sanitaire de Cocody-Bingerville 2013 effectué par l'IGSL/Inspection d'Etat) ;
- l'inexistence des pools des formateurs régionaux dans la majorité des cas ;
- l'insuffisance de monitoring (DSCMP).
- Au niveau du traitement des usagers

Le tableau qui suit donne les proportions de cas traités selon les protocoles en vigueur pour les problèmes prioritaires de santé.

**Tableau XXI: Proportion des cas traités selon les protocoles en vigueur par niveau de soins**

Cas traités selon les protocoles en vigueur	CHU n = 4	CHR/HG n = 12	ESPC n = 209	TOTAL
Dossiers investigués	120	365	5550	<b>6035</b>
Traitements conformes	90	65	1904	<b>2059</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>75%</b>	<b>18%</b>	<b>34%</b>	<b>34%</b>

Des investigations menées dans 6 035 dossiers de malades, l'on relève que seulement 34% des traitements faits respectent les protocoles/directives nationaux de prise en charge des cas. Cette proportion varie entre 75% au CHU et 18% dans les CHR/HG.

La performance de la gouvernance/redevabilité pour cet indicateur (**34%**) est **moyenne** puisqu'elle est comprise entre 25% et 50%.

Les investigations relatives au séjour d'hospitalisation révèlent que la durée moyenne de séjour (DMS) est de 3 jours pour l'ensemble des hôpitaux. Elle est de 4 jours dans les CHU et de 3 jours dans les CHR/HG.

La performance de la gouvernance pour cet indicateur est moyenne puisque la DMS est comprise entre 3 et 7 jours.

Concernant l'occupation des lits d'hospitalisation, le taux moyen de leur occupation est globalement de 37%. Il est de 53% pour les CHU, et 35% au niveau des CHR/HG.

La performance de la gouvernance/redevabilité de cet indicateur est faible car elle est inférieure à 40%.

Ce taux s'explique par la faible utilisation et fréquentation des structures hospitalières par les populations.

La clarification des dispositions de prise en charge fait suite à la détermination du niveau de satisfaction des prestations reçues par les usagers.

- Au niveau de l'appréciation des prestations par les usagers

La satisfaction globale est la résultante de l'appréciation cumulative par l'utilisateur de :

- Qualité des soins reçus (contact entre l'utilisateur et le prestataire)

**Tableau XXII: Appréciation de la qualité de soins par les usagers selon le sexe**

Appréciation de la qualité de soins	MASCULIN	FEMININ	Total général
Pas satisfait	2%	2%	4%
Pas du tout satisfait	1%	0%	1%
Satisfait	28%	48%	75%
Très Satisfait	8%	12%	20%
<b>Total général</b>	<b>37%</b>	<b>63%</b>	<b>100%</b>

**Tableau XXIII: Appréciation de la qualité de soins par les usagers selon le type d'établissement**

<b>Appréciation de la qualité de soins</b>	<b>CHU</b>	<b>CHR-HG</b>	<b>ESPC</b>	<b>Total général</b>
Pas satisfait	2%	1%	1%	4%
Pas du tout satisfait	1%	0%	0%	1%
Satisfait	8%	20%	46%	75%
Très Satisfait	2%	5%	13%	20%
<b>Total général</b>	<b>13%</b>	<b>26%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>

Les deux tableaux sur l'appréciation de la qualité de soins indiquent un taux de non satisfaction de la qualité des soins de 5%. Les usagers de sexe féminin se déclarent moins satisfaits (2%) que les usagers de sexe masculin (3%). Par ailleurs au niveau des CHU, ce sont 3% des usagers qui ont déclaré ne pas être satisfait quant à la qualité des soins.

Ces faibles proportions s'expliquent par le fait que les usagers lient leur satisfaction à la sortie effective de leur malade et non aux péripéties qui entourent la prise en charge.

- Au niveau de l'accueil (y compris le temps d'attente)

**Tableau XXIV : Appréciation de l'accueil par les usagers selon le sexe**

<b>Appréciation de l'accueil</b>	<b>MASCULIN</b>	<b>FEMININ</b>	<b>Total général</b>
Pas satisfait	4%	6%	10%
Pas du tout satisfait	1%	1%	2%
Satisfait	25%	47%	72%
Très Satisfait	8%	9%	16%
<b>Total général</b>	<b>37%</b>	<b>63%</b>	<b>100%</b>

**Tableau XXV: Appréciation de l'accueil par les usagers selon le type d'établissement**

<b>Appréciation de l'accueil</b>	<b>CHR-HG</b>	<b>CHU</b>	<b>ESPC</b>	<b>Total général</b>
Pas satisfait	3%	3%	4%	10%
Pas du tout satisfait	0%	1%	1%	2%
Satisfait	19%	7%	45%	72%
Très Satisfait	4%	1%	11%	16%
<b>Total général</b>	<b>26%</b>	<b>13%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>

A la question « *quel est votre niveau de satisfaction par rapport à l'accueil, y compris le temps d'attente avant d'être reçu ?* », 12 usagers sur 100 ont affirmé ne pas être satisfaits.

Cette non satisfaction a été plus déclarée par les femmes (7%) d'une part et dans les ESPC (5%) d'autre part.

- Appréciation du coût des prestations

**Tableau XXVI: Appréciation du coût de prestation de soins par les usagers selon le sexe**

<b>Appréciation du coût de la prise en charge</b>	<b>MASCULIN</b>	<b>FEMININ</b>	<b>Total général</b>
Pas satisfait	3%	5%	8%
Pas du tout satisfait	1%	2%	3%
Satisfait	26%	43%	69%
Très Satisfait	7%	11%	19%
<b>Total général</b>	<b>37%</b>	<b>63%</b>	<b>100%</b>

**Tableau XXVII: Appréciation du coût de prestation de soins par les usagers selon le type d'établissement sanitaire**

<b>Appréciation du coût de la prise en charge</b>	<b>CHU</b>	<b>CHR-HG</b>	<b>ESPC</b>	<b>Total général</b>
Pas satisfait	3%	3%	3%	8%
Pas du tout satisfait	1%	1%	1%	3%
Satisfait	8%	18%	44%	69%
Très Satisfait	1%	4%	14%	19%
<b>Total général</b>	<b>13%</b>	<b>26%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>

En ce qui concerne l'appréciation du niveau de satisfaction du coût des soins pratiqués, 11% des usagers les trouvent élevés. Cette perception est plus accentuée chez la femme (7%) que chez l'homme (4%). Dans toute la pyramide sanitaire, le niveau de non satisfaction reste le même (4%).

- Satisfaction globale des usagers

**Tableau XXVIII : Satisfaction globale par type d'établissement**

<b>Appréciation globale</b>	<b>CHU</b>	<b>CHR-HG</b>	<b>ESPC</b>	<b>Total général</b>
Pas du tout Satisfait	0%	0%	0%	0%
PAS SATISFAIT	3%	2%	2%	7%
SATISFAIT	9%	21%	49%	78%
TRES SATISFAIT	1%	3%	10%	15%
<b>Total général</b>	<b>13%</b>	<b>26%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>

**Tableau XXIX : Satisfaction globale par sexe**

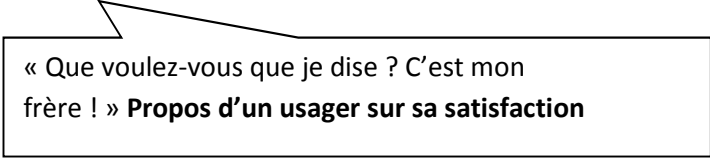
<b>Appréciation globale</b>	<b>MASCULIN</b>	<b>FEMININ</b>	<b>Total général</b>
Pas du tout Satisfait	0%	0%	0%
PAS SATISFAIT	3%	4%	7%
SATISFAIT	29%	49%	78%
TRES SATISFAIT	6%	9%	15%
<b>Total général</b>	<b>37%</b>	<b>63%</b>	<b>100%</b>

En sommes, 9% des usagers interviewés ont affirmé ne pas être satisfaits. De façon globale, les femmes sont moins satisfaites que les hommes et les usagers des CHU sont plus mécontents des prestations de soins que dans le reste de la pyramide sanitaire.

La proportion de satisfaction élevée chez les femmes pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction relativement bas qui fait qu'elles ignorent leurs droits et les coûts des actes de santé.

Le taux d'absentéisme élevé dans les CHU (67%) augmente le temps d'attente des usagers et peut justifier la non-satisfaction des usagers de ce type d'établissement.

Il ressort des rapports des enquêteurs qu'il y avait une hésitation des usagers à donner des avis qui mettraient en cause la conscience professionnelle des prestataires. Aussi l'utilisateur déclarait être satisfait après guérison, quand bien même qu'il soit victime de corruption et qu'il ait attendu longtemps avant d'être pris en charge. L'appréciation de la prise en charge est plutôt pour l'utilisateur le résultat du traitement reçu, et non la qualité des services.



« Que voulez-vous que je dise ? C'est mon frère ! » **Propos d'un usager sur sa satisfaction**

Il est également possible que les usagers trouvent « normal » les paiements informels du fait de leurs cultures ou étant habitués à les payer.

- Au niveau de la létalité

Pour cette évaluation, c'est la létalité hospitalière due au paludisme qui a été prise en compte.

Ainsi, au cours du mois de septembre 2013, ce sont **2 633 cas de paludisme** qui ont été hospitalisés et confirmés dans les CHU, CHR et HG. Sur cet ensemble, **216 cas de décès** ont été enregistrés ; soit une létalité hospitalière due au paludisme de **8%**.

La performance de la gouvernance pour cet indicateur est faible puisque la cible attendue pour 2015 est de 0 décès dû au paludisme selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015.

- Au niveau de la vérification du partogramme correctement renseigné.

Pour chaque partogramme, il s'est agi de vérifier d'abord le remplissage correct et complet de chaque partie. Ensuite de faire l'appréciation de l'enregistrement de :

- l'évolution des bruits du cœur fœtal ;
- l'aspect du liquide amniotique ;
- la survenue ou non d'un chevauchement crânien ;
- l'évolution de la dilatation du col, de la descente de la tête du fœtus et d'éventuelles actions entreprises ;
- le nombre de contractions utérines par 10 minutes de façon régulière (en général toutes les heures) ;

- l'utilisation d'ocytocine tout en précisant le nombre de gouttes par minute ;
- des médicaments prescrits ainsi que des solutés en intraveineuse ;
- des constantes (pouls, Tension Artérielle et Température) ;
- du volume des urines, de la protéinurie et de l'acétonurie.

L'identification correcte de la parturiente (Nom et Prénoms, gestité, parité), la date et l'heure d'admission, l'heure éventuelle de rupture des membranes et le numéro d'enregistrement ont été vérifiés.

Lorsque toutes ces informations ci-dessus énumérées étaient consignées et matérialisées conformément aux symboles arrêtés, le partogramme était considéré comme correctement renseigné.

Sur **2 863 partogrammes** examinés lors de cette évaluation, seulement **245** sont correctement renseignés soit **9%**.

Pour cet indicateur, la performance de la redevabilité est **faible** puisqu'elle est inférieure à 25%.

Ce faible taux s'explique par le fait que certains items du partogramme tels que la quantité d'urine émise, la recherche de l'albuminurie et de l'acétonurie ne sont jamais consignés. Par ailleurs, les constantes (Température, Tension Artérielle, pouls) sont irrégulièrement mentionnées et lorsqu'elles le sont, elles ne respectent pas toujours les normes de notation arrêtées au niveau national.

Le partogramme est insuffisamment ou non renseigné dans la plupart des cas (**9%**). Ce constat est dû à :

- la non-disponibilité du manuel des algorithmes des symptômes – diagnostics-traitements, document non actualisé ;
- l'insuffisance de la supervision formative ;
- l'inexistence des pools des formateurs régionaux dans la majorité des cas ;
- le manque de responsabilité des chefs de service ;
- l'insuffisance de la formation de base des agents de santé (peu d'encadreurs, nombre pléthorique d'étudiants, stages pratiques insuffisants) ;
- la prise en compte des IDE dans l'évaluation de cet indicateur alors qu'ils sont exclus des différentes formations tant au niveau de l'école de base comme en formation continue-SONU doit être considérée.

Par ailleurs, le taux de mortalité maternelle est estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période 2005-2011 selon l'EDS-MICS 2012. En d'autres termes, en Côte d'Ivoire, pour 1 000 naissances vivantes de 2011 à 2012, près de six femmes (6,14) sont décédées pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les deux mois suivant l'accouchement. Mis en rapport avec le remplissage du partogramme, la non-maitrise de l'instant de décision pour référer la parturiente pour une meilleure prise en charge, peut contribuer en partie à justifier ce taux élevé de décès maternel.



## 5-6 Situation de management des ressources humaines

### 5-6-1 Circonstances d'embauche

Tableau XXX : Proportion des professionnels ayant entendu parler ou été victimes de paiement des décisions d'embauche

Possibilité de paiement des décisions d'embauche	Personnels CHU n = 62	Personnels CHR/HG n = 135	Personnels ESPC n = 413	MOYENNE
Agents ayant entendu dire qu'il est possible de payer le Concours de la Fonction publique	58%	61%	59%	<b>59%</b>
Agents ayant payé le Concours de la Fonction publique	8%	4%	5%	<b>5%</b>

Sur un total de 610 agents de santé interrogés sur la possibilité de payer une décision d'embauche, plus de la moitié (59%) affirment avoir entendu dire que cela est possible. Mais lorsque les enquêteurs leur ont demandé s'ils l'avaient fait, seulement **5%** reconnaissent l'avoir fait soit pour eux-mêmes, soit pour un proche.

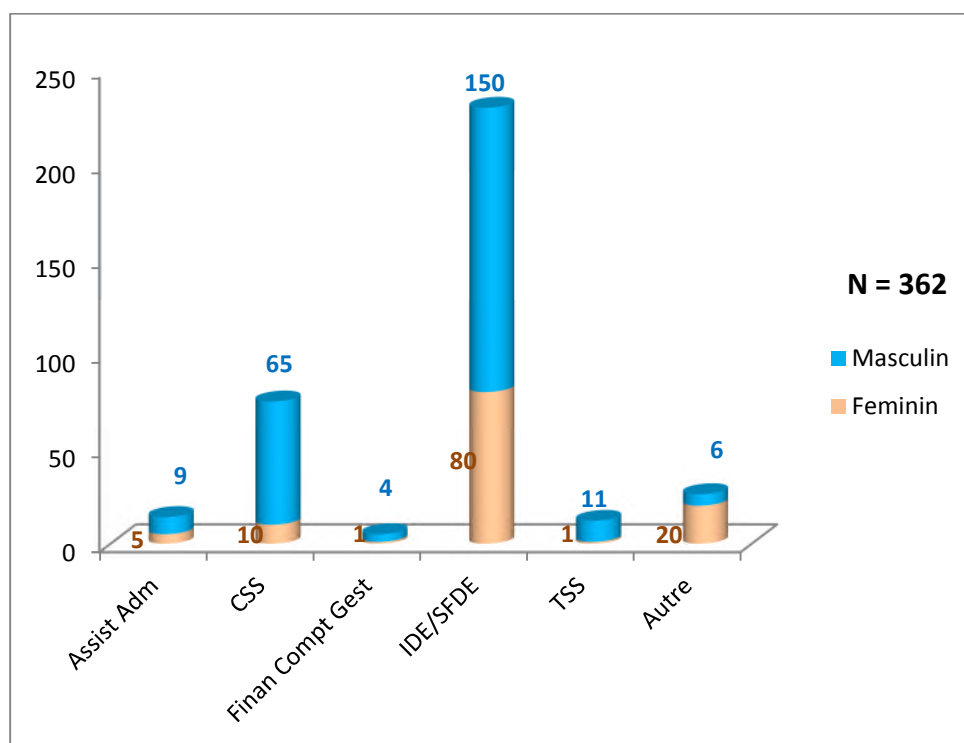
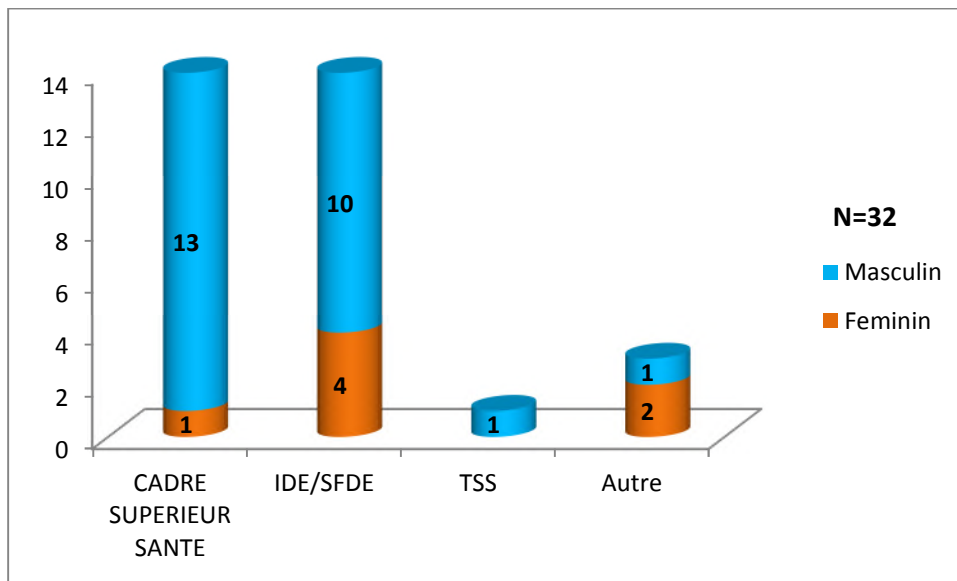


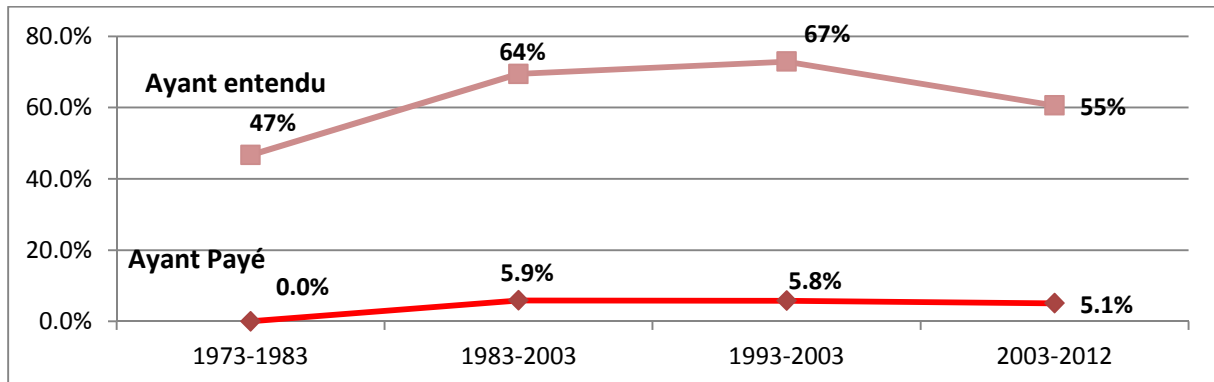
Figure 20 : Agents ayant entendu dire qu'il est possible de payer la décision d'embauche par formation initiale et par sexe

Plus de la moitié (63%) des agents ayant entendu dire qu'il était possible de payer sa décision d'embauche appartiennent au corps des infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat. Parmi ceux-ci, les deux tiers (68%) sont des hommes.



**Figure 21 : Agents ayant payé une décision d'embauche par formation initiale et par sexe**

Ce graphique donne de voir que 88% de ceux ayant reconnu avoir payé des décisions d'embauche se comptent à la fois parmi les cadres supérieurs de la santé, les infirmiers et les sages-femmes diplômés d'Etat. Par ailleurs, le nombre d'hommes ayant déclaré le paiement d'embauche est de 3,6 fois plus importants que celui des femmes.



**Figure 22 : Niveau global des avis sur le recrutement par période d'embauche**

Au terme de l'évaluation l'on constate un écart presque constant entre les agents ayant entendu dire qu'il est possible de payer son embauche et les pratiques de paiement. Cependant, les agents recrutés dans la période 1983 à 2003, étaient plus impliqués que les agents ayant des expériences professionnelles à la fonction publique de moins de 10 ans et de plus de 30 ans.

La performance de la gouvernance/redevabilité pour cet indicateur, en tenant compte de l'effectivité du paiement informel, est **forte** puisqu'elle est de **5%**, ce qui est largement inférieur à 25%.

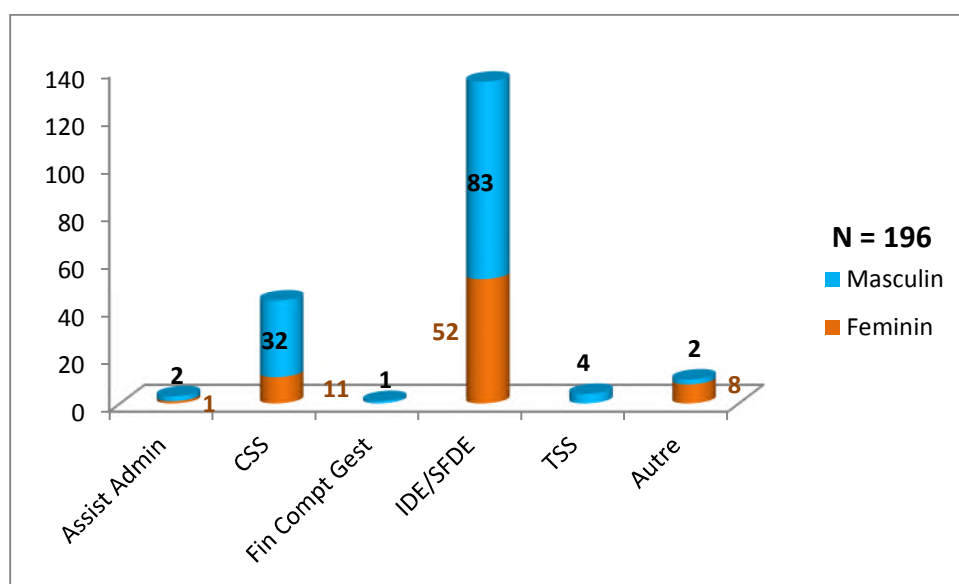
## 5-6-2 Circonstances d'affectations et de mutations

Le tableau ci-après présente les chiffres y afférents.

**Tableau XXXI : Proportion des agents ayant entendu parler ou été victime de paiement des décisions d'affectation ou de mutation**

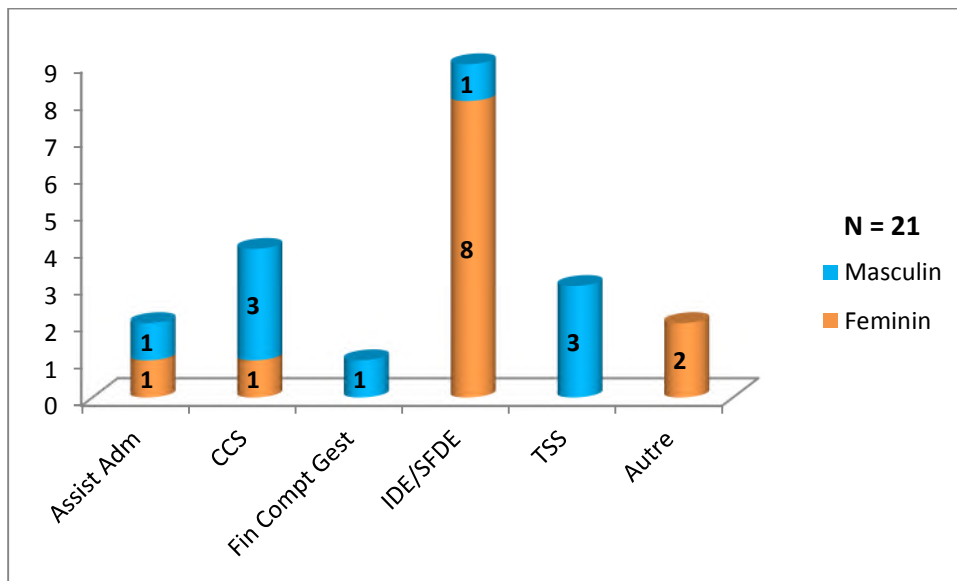
Possibilité de paiement des décisions d'affectation et de mutation	Personnels CHU n = 62	Personnels CHR/HG n = 135	Personnels ESPC n = 413	MOYENNE
Agents ayant entendu dire qu'il est possible de payer son affectation ou sa mutation	34%	36%	30%	<b>31%</b>
Agents ayant payé son affectation ou sa mutation	16%	1%	1%	<b>3%</b>

Pour ce qui est de la possibilité de paiement des décisions d'affectation et de mutation, la proportion d'agents de santé qui dit avoir entendu que cela est possible est de 31% et 3% d'entre eux affirme l'avoir fait.



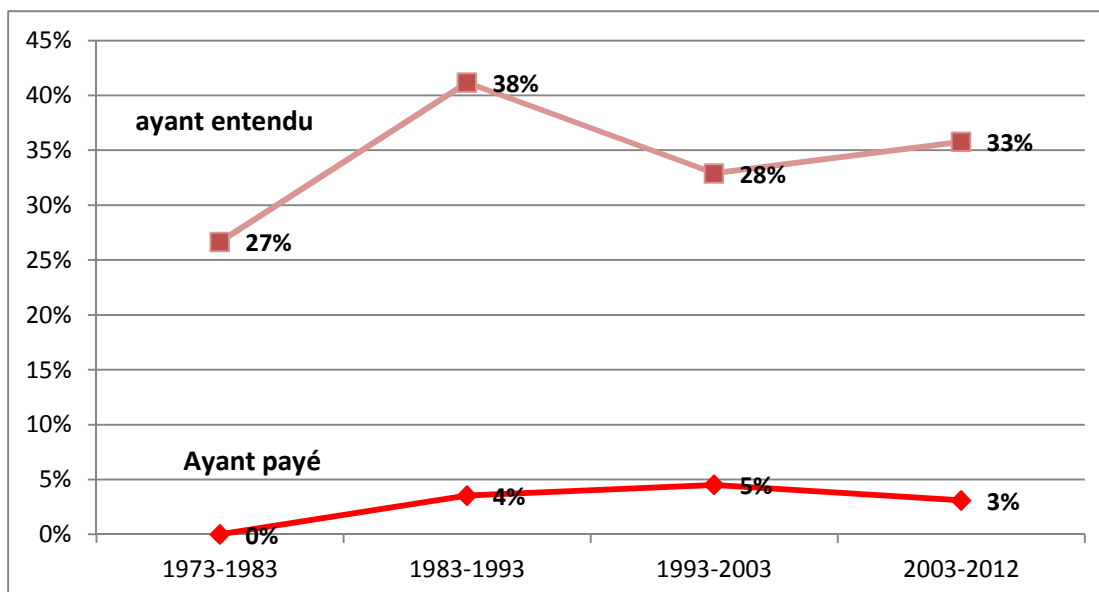
**Figure 23 : Agents ayant attendu dire qu'il est possible de payer la décision de mutation ou de d'affectation par formation initiale et par sexe**

Les deux tiers des individus interrogés et ayant déclarés avoir entendus dire qu'il y avait une possibilité de donner de l'argent pour être affectés ou muté dans la localité de son choix étaient des infirmiers ou des sages-femmes diplômés d'Etat. Aussi la majorité de ces fonctionnaires étaient-ils des femmes.



**Figure 24 : agents ayant attendu dire qu'il est possible de payer la décision de mutation ou d'affectation par formation initiale et par sexe**

21 fonctionnaires exerçant dans les établissements sanitaires ont déclaré avoir donné de l'argent afin d'être affecté ou muté dans des localités de leurs choix. Ce sont majoritairement (9) les infirmiers et sages-femmes.



**Figure 25 : Niveau global des avis d'affectation et de mutation**

On constate que les agents recrutés entre 1983 et 2003, ont le plus déclaré (4% à 5%) avoir payé de l'argent pour une affectation ou mutation. Cependant, parmi les agents interrogés ceux qui ont une expérience professionnelle dans la fonction publique comprise entre 20 et 30 ans ont le plus payé des affectations et mutations selon les déclarations.

La performance de la gouvernance pour cet indicateur (3%) est forte car elle est inférieure à 25%.

### 5-6-3 Adéquation poste/Formation

Le point des états du personnel colligés auprès des 225 établissements de santé visités, donne 2 889 agents de santé au total. Sur cet effectif, 300 soit environ 10% ont été tirés au hasard. Sur cet échantillon, la vérification de la conformité des diplômes avec la qualification requise pour les postes occupés montre que 298 agents soit **99,3%** ont les diplômes requis pour exercer aux postes.

La performance de la gouvernance/redevabilité pour cet indicateur (**99,3%**) est **forte**. Elle traduit que la quasi-totalité des ressources humaines de santé est qualifiée pour les postes occupés ; ce qui devrait garantir une certaine sécurité aux populations quant à la prise en charge de leur état de santé.

### 5-6-4 Absentéisme des agents de santé

Selon les informations recueillies auprès des premiers responsables des 225 établissements sanitaires visités, il ressort que, sur un effectif total 8073 agents, 449 étaient absents de leur poste lors du passage des enquêteurs soit 6%. Ce taux oscille entre 1% dans les CHU (30 absents sur 4 450) et 18% dans les ESPC (313 absents sur 1 705) en passant par 6% dans les CHR/HG (106 absents sur 1 918).

Le tableau ci-après présente les résultats de la vérification des présences physiques faites par les enquêteurs.

Tableau XXXII : Taux d'absentéisme par type d'établissement

Absentéisme	CHU n = 120	CHR/HG n = 232	ESPC n = 509	TOTAL n = 861
Absents sans autorisation	76	10	45	<b>131</b>
Pourcentage	63%	4%	9%	<b>15%</b>

Il apparait que 131 agents sur 861 étaient absents sans documents justificatifs officiels soit 15% de façon générale. Une analyse plus fine par niveau de soins montre que le taux d'absentéisme est de 9% dans les ESPC, 4% dans les CHR/HG et atteint 63% dans les CHU.

La performance de la gouvernance/redevabilité pour cet indicateur (**15%**) est **moyenne**. Elle est comprise entre 5% et 30%.

## 5-7 Situation de gestion de l'information sanitaire

### 5-7-1 Disponibilité des documents de politique et de stratégie

Tableau XXXIII : Niveau de production et de diffusion des documents de politiques et de stratégies

INTITULE DES INDICATEURS DETERMINANTS	EXISTENCE	DIFFUSION (A 80%)	SCORE
a) Politique Nationale de Santé	25%	0%	25%

b) Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)	25%	0%	25%
c) Plan de Suivi du PNDS	25%	0%	25%
d) Plan Régional de Développement Sanitaire (PRDS)	00%	0%	00%
e) Plan Stratégique de développement des RH en santé	25%	0%	25%
f) Document de politique nationale de la formation continue	25%	0%	25%
g) Plan national de formation continue	25%	0%	25%
h) Plan National de stratégie de la survie de l'Enfant	25%	0%	25%
i) Politique de santé infantile et de la survie de l'enfant	25%	0%	25%
j) Plan intégré de communication de la survie et du développement de l'enfant	25%	0%	25%
k) Plan National stratégique pour la santé de la mère	25%	0%	25%
l) Plan national stratégique pour la lutte contre le paludisme	25%	0%	25%
m) Document de politique nationale pour la lutte contre le VIH/Sida	25%	0%	25%
n) Budget général de l'Etat (pour la santé)	25%	0%	25%
o) Projet de performance annuelle du MSLS	25%	0%	25%
p) Document de programmation pluri annuel des dépenses de santé (DPPD)	25%	0%	25%
q) Comptes Nationaux de la Santé	25%	0%	25%
r) Rapport annuel sur la situation sanitaire	25%	0%	25%
s) Carte sanitaire	25%	0%	25%
t) Rapport annuel du budget des ressources propres	25%	0%	25%
u) Plan directeur du secteur pharmaceutique	25%	0%	25%
v) Politique pharmaceutique nationale	25%	0%	25%
w) Document de politique de l'information sanitaire	25%	0%	25%
x) Plan stratégique national de l'information sanitaire	25%	0%	25%

L'étude montre qu'aucun Plan Régional de Développement Sanitaire (PRDS) n'existe, alors que leur élaboration est inscrite aussi bien dans le PND que dans le PNDS.

A l'exception de ces PRDS, tous les documents retenus pour cette évaluation ont été élaborés mais aucun n'a été diffusé selon les critères ci-dessus définis. Cette absence de diffusion est due à :

- L'inexistence de portail web accessible aux directions productrices de ces rapports.
- L'insuffisance de la redevabilité du système de l'information du MSLS
- L'insuffisance de moyen de reproduction des documents stratégiques

- L'absence de service de documentation et d'archivage dans les structures du MSLS.
- La mise en œuvre de la phase de diffusion des documents de stratégie n'est pas exécutée.
- L'absence de mécanisme de diffusion formelle
- La mauvaise utilisation des ressources prévues pour la diffusion

On constate que les documents de politique et de stratégie qui constituent la boussole de la mise en œuvre des actions du Ministère de la santé ne sont aucunement mis à la disposition des acteurs qui doivent assurer leur opérationnalisation. Il ressort de cette analyse que la performance de la gouvernance/redevabilité des indicateurs déterminants est faible.

### 5-7-2 Disponibilité des rapports d'activités

Ce point concerne l'ensemble des documents qui doivent circuler entre les Directions centrales, les Directions exécutives des Programmes, les CHU, les CHR/HG, les DRS, les DDS, les ESPC et les populations à travers leur COGES.

Tableau XXXIV : Niveau de disponibilité de l'information sanitaire

Disponibilité de l'information sanitaire	CHU n = 4	CHR/HG n = 12	ESPC n = 209	Moyenne
Disponibilité des rapports d'activités (RASS, ASS, Carte sanitaire)	0%	8	1%	2%
Affichage des indicateurs clés des activités	0%	25%	50%	48%
Disponibilité de l'information sanitaire sur internet au niveau national				0%

Les documents stratégiques sur l'information sanitaire ne sont ni disponibles dans les structures sanitaires visitées, ni sur Internet.

Seulement moins de la moitié (**48%**) des établissements visités met à la disposition des populations bénéficiaires, les informations sanitaires, par affichage des indicateurs clés.

Tableau XXXV : Affichage des indicateurs essentiels par type d'établissement et par sexe du responsable de la structure

Niveau de la Pyramide	FEMININ	MASCULIN	Total général
CHU	0%	0%	0%
CHR-HG	0%	3%	3%
ESPC	8%	89%	97%
<b>Total général</b>	<b>8%</b>	<b>92%</b>	<b>100%</b>

Les établissements de référence n'affichent pas les résultats de leurs activités de santé. En effet, sur 108 établissements effectuant l'affichage des indicateurs clés, 97% (105) sont des ESPC. En ce qui concerne le genre, 92% des établissements qui font l'affichage sont dirigés des responsables du sexe masculin.

La performance de la gouvernance/redevabilité est **faible** pour cet indicateur car inférieure à 80%. La non-disponibilité des rapports de l'information sanitaire au niveau opérationnel est due à l'absence de diffusion. Par ailleurs, l'insuffisance dans l'affichage de l'information sanitaire est relative à un manque de sensibilisation des prestataires et à l'indisponibilité des outils d'affichage. Aussi, les directives sur les indicateurs à afficher ne sont-elles pas élaborées et connues.

### 5-7-3 Diffusion des rapports d'activités

L'analyse de la promptitude dans la production des rapports d'activités des établissements sanitaires montre des niveaux variables. Dans les CHR/HG, la promptitude des rapports est de 35% (faible performance) et dans les ESPC, elle est de 62% (performance moyenne). Pour l'ensemble de la zone d'étude, la moyenne des rapports disponibles est de **61%**.

Ce fait s'explique non seulement par les raisons citées plus haut (manque de culture de l'information sanitaire et de formation), mais également par le manque d'application pour la gestion des bases de données et par le manque de connexion internet à tous les niveaux.

La performance de la gouvernance/redevabilité pour cet indicateur, étant comprise entre 50% et 79%, est **moyenne**.

### 5-7-4 Qualité de la production des rapports

Tableau XXXVI : Nombre de rapports attendus par type d'établissement et selon le sexe du premier responsable

Niveau	FEMININ	MASCULIN	Total général
CHR-HG	3	30	33
CHU	0	3	3
ESPC	75	516	591
<b>Total général</b>	<b>78</b>	<b>549</b>	<b>627</b>

Tableau XXXVII : Nombre de rapport complètement renseigné par sexe du responsable de l'établissement

Niveau	FEMININ	MASCULIN	Total général
CHR-HG	3	13	16
CHU	0	0	0
ESPC	53	338	391
<b>Total général</b>	<b>56</b>	<b>351</b>	<b>407</b>

Tableau XXXVIII : Complétude de remplissage par sexe du responsable de l'établissement

Niveau	FEMININ	MASCULIN	Total général
CHR-HG	100%	43%	48%
CHU	0%	0%	0%
ESPC	71%	66%	66%
<b>Total général</b>	<b>72%</b>	<b>64%</b>	<b>65%</b>



Sur 627 rapports attendus dans les établissements visités, 407 ont été correctement renseignés par les structures. Ce qui donne un taux global de remplissage de 65%.

En ce qui concerne le remplissage de ces rapports par type d'établissements, les ESPC ont une meilleure performance (65%). Au niveau des CHU, aucun rapport SIG n'a pu être présenté aux évaluateurs.

Il ressort de cette analyse que des établissements tenus par un responsable de sexe féminin 72% des rapports SIG sont complètement renseignés contre 64% de ceux tenus par des responsables de sexe masculin.

Les CHU, du fait de l'absence d'un support standardisé SIG de recueil des données sanitaires, l'information qui y est produite échappe à la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE). Par contre, les supports existent dans les autres types de structures.

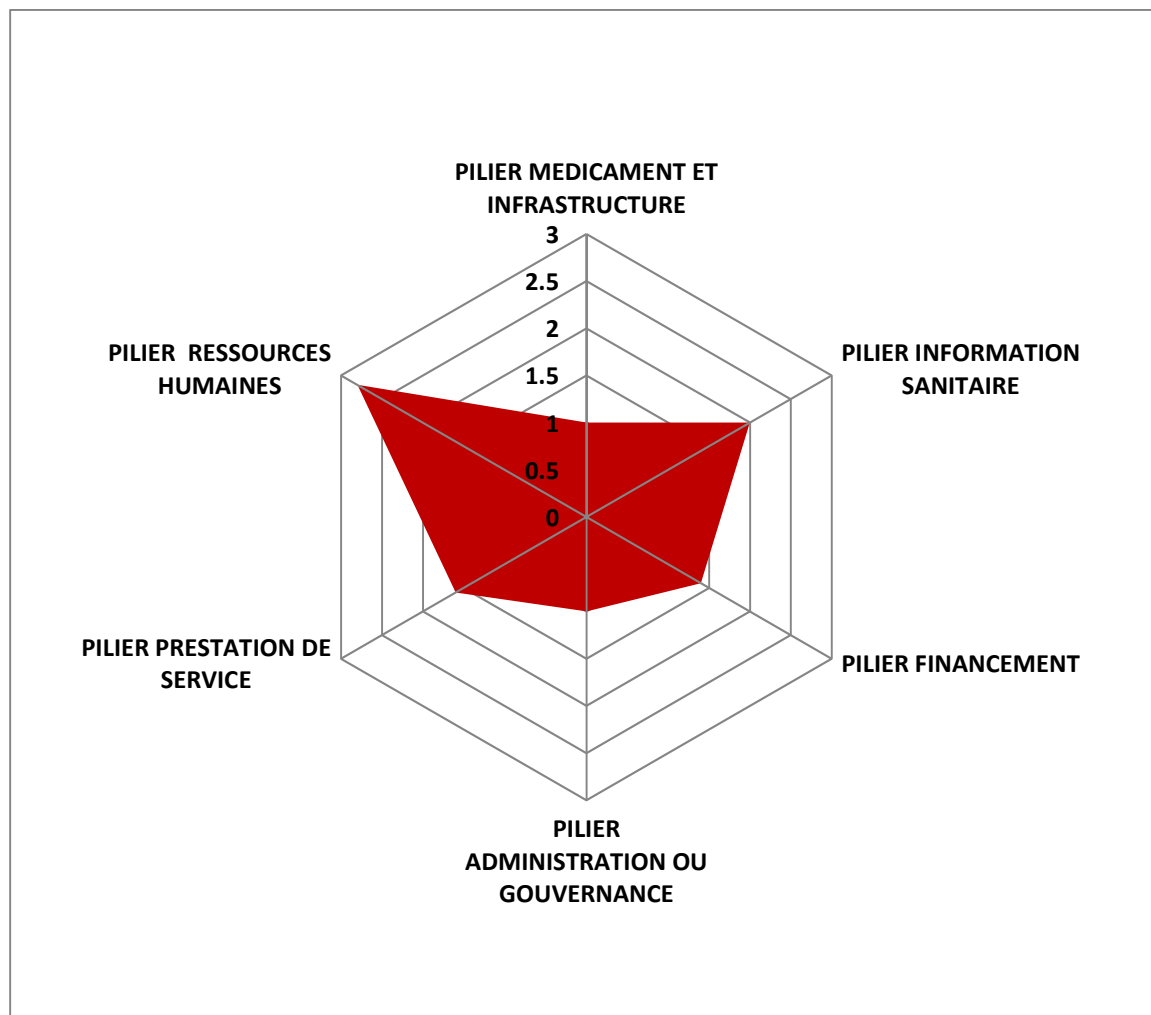
Cependant, les faibles complétudes et promptitudes constatées s'expliquent par :

- Une insuffisance de culture de l'information sanitaire ;
- Une insuffisance de formation et de sensibilisation des acteurs en charge de la gestion des données ;
- Une insuffisance de culture de redevabilité ;
- Une faiblesse dans la coordination des activités de production et de transmission de l'information sanitaire.

Pour cet indicateur, la performance de la gouvernance/redevabilité est **faible** car largement en deçà des 75%.

## Conclusion

L'évaluation des indicateurs de gouvernance dans le secteur de la santé montre que leur performance est faible en général comme le résume le graphique ci-dessous.



En effet, le seul pilier où la performance est acceptable est celui des ressources humaines. Quant aux cinq autres piliers, ils souffrent d'une léthargie alimentée par les problèmes budgétaires, les problèmes de transparence, de conflits de compétences, du déficit de la participation communautaire et de la faiblesse du devoir de redevabilité.

Devant cette faiblesse globale de la gouvernance, l'étude fait des recommandations axées autour de chaque pilier de la gouvernance du système de santé en Côte d'Ivoire.

## RECOMMANDATIONS

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
<b>Pilier 1 : Médicaments et Infrastructures Sanitaires</b>				
Proportion des établissements de santé qui respectent les prix de vente homologués par la PSP.	Amener 100% des établissements sanitaires à respecter les prix de vente homologués par la NPSP d'ici octobre 2014.	• Reproduire les ordonnances factures.	NPSP	Juin-14
		• Mettre à la disposition des structures sanitaires les ordonnances factures.	NPSP/DRS/DDS/le responsable de la structure sanitaire	Juil-14
		• Afficher les prix des médicaments dans les structures sanitaires.	Le responsable de la structure sanitaire	Mai-14
		• Sensibiliser les personnels prescripteurs à l'utilisation des ordonnances-factures.	DRS/DDS/le responsable de la structure sanitaire	Juil-14
		• Vérifier périodiquement la disponibilité et l'utilisation des ordonnances-factures.	Le responsable de la structure sanitaire (DRS/DDS) IGSLs	Juil-14
Taux de conformité de la procédure d'inspection des médicaments selon les meilleures pratiques internationales.	Améliorer le respect des procédures d'inspection des médicaments d'ici octobre 2014	• Elaborer un document prenant en compte les meilleures pratiques internationales d'inspection des médicaments (BPF, BPD, bonnes pratiques d'inspection)	DPM	Juil-14
		• Sensibiliser les représentants des fabricants et distributeurs de médicaments aux bonnes pratiques de fabrication, de stockage et de	DPM	Oct-14

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
		distribution.		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superviser les Inspecteurs de la DPM sur les bonnes pratiques d'inspection.</li> </ul>	IGSLS	Oct-14
Rupture de médicaments	Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels par niveau de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendre disponible les fiches de stocks dans toutes les structures sanitaires.</li> </ul>	NPSP/DRS/DDS/ Responsables des structures de santé.	Mai-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former le personnel au remplissage des fiches de stocks</li> </ul>	NPSP/ Pharmaciens des régions, Pharmaciens des districts	mai-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser le personnel au remplissage des fiches de stocks</li> </ul>	NPSP/ Pharmacien des régions, Pharmaciens des districts	mai-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire l'inventaire des stocks de façon périodique</li> </ul>	NPSP/ Pharmaciens des régions, Pharmaciens des districts, responsables de la gestion de stock des médicaments.	Mensuel Trimestriel Semestriel
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former le personnel aux méthodes de Gestion des médicaments et autres produits pharmaceutiques</li> </ul>	NPSP/ Pharmaciens des régions, Pharmaciens des districts, responsables de la gestion de stock des médicaments.	mai-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superviser de façon périodique les personnes en charge de la gestion des médicaments par niveau de la pyramide sanitaire</li> </ul>	NPSP/Pharmaciens des régions Pharmacien des districts	Bimestriel (Agents ESPC), Trimestriel (ECD) Semestriel (ERS)

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
Proportion des HG et CHR disposant d'un bloc opératoire, d'une couveuse, d'un laboratoire, d'un service de radiologie, d'une lampe chauffante et d'un aspirateur de mucosité fonctionnels pour le service de gynécologie obstétrique	Améliorer le plateau technique des CHR et HG pour le service de gynécologie obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre les CHR et HG aux normes de paquet minimum en ressources matérielles et logistiques</li> </ul>	CABINET (DIEM)	Déc-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Recruter les ressources humaines spécialisées nécessaires à l'offre de services de santé de qualité dans les CHR et HG.</li> </ul>	CABINET (DRH)	Déc-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre à la disposition des CHR et HG les ressources humaines spécialisées conformément aux normes.</li> </ul>	CABINET (DRH)	Déc-14
<b>Pilier 2 : Information Sanitaire</b>				
<b>I. De la Production des documents de politique et de stratégie</b>				
	Diffuser les documents de politiques et de stratégies du MSLS	Diffuser les documents de politiques et de stratégies du MSLS <ul style="list-style-type: none"> <li>Electronique</li> <li>Physique</li> </ul>	SI CABINET/ DGS/DRS/DDS	<b>Electronique Mai-14</b> <b>Physique juillet-14</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier sur site l'existence des documents politiques et de stratégies du MSLS selon les niveaux de la pyramide sanitaire.</li> </ul>	DGS/IGLS/ DRS/DDS	<b>Juillet-14</b>
<b>II. De la production des rapports d'activités</b>				
Niveau de disponibilité	Améliorer la disponibilité des	<ul style="list-style-type: none"> <li>Produire le RASS 2013 et la carte</li> </ul>	DGS/DIPE	Juin-14

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
<p>té des rapports des activités des Services de santé (ESPC, programmes, DRS, DDS, Directions centrales) aux populations bénéficiaires ;</p>	<p>rapports et des documents d'orientations stratégiques à chaque niveau de la pyramide sanitaire et pour la communauté</p>	sanitaire		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer le Plan Régional de Développement sanitaire (PRDS)</li> </ul>	DGS/SASED	Août-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer les Comptes de la Santé 2013.</li> </ul>	DAF	Nov-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer le Rapport Annuel 2013 d'utilisation des ressources financières (budgets et appuis des partenaires) par les responsables de nos structures aux différents niveaux de la pyramide sanitaire</li> </ul>	DAF/DRS/DDS	Déc-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coacher le personnel des districts et région à l'élaboration des RASS de la carte sanitaire régionale et départementale</li> </ul>	DGS/DIPE	Mai-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produire les rapports périodiques d'activités par niveau de soins et par structures (RASS et carte sanitaire)</li> </ul>	DIPE/DRS/DDS	Août-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffuser les rapports d'activités des districts et région</li> </ul>	DR/DD	Trimestriel
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les objectifs pertinents à atteindre de façon annuelle, semestrielle, trimestrielle au niveau régional et départemental</li> </ul>	DRS/ DDS	Juin-14

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Afficher les niveaux d'attentes des indicateurs des activités des ESPC</li> </ul>	Le responsable des établissements sanitaires	Trimestriel
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre sur le site web du cabinet et de la DIPE les données relatives aux indicateurs clés</li> </ul>	Cabinet /DIPE	Trimestriel
Proportion des rapports d'activités complètement renseignés	Améliorer la complétude des rapports d'activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibiliser les agents de sante sur le remplissage de tous les items des rapports d'activités</li> </ul>	DIPE/DRS/DDS	Déc. 2014
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Former les agents du public et du privé sur le remplissage des outils de collectes</li> </ul>	DIPE/DRS/DDS	Déc. 2014
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer la supervision des prestataires et les gestionnaires de données selon la pyramide sanitaire</li> </ul>	DIPE/DRS/DDS	Déc. 2014
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre à la disposition des EPN, secteur para publique et privé des outils standardisés de recueil de données sanitaires</li> </ul>	DGS/DIPE DEPS	Nov -14
Proportion des rapports d'activités arrivés à temps à la DDS	Améliorer la promptitude des rapports	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibiliser les prestataires et gestionnaires de données à l'importance de l'utilisation des données</li> </ul>	DRS DDS	Mai-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Superviser de façon périodique les agents responsables de l'information sanitaire (les prestataires et gestionnaires de</li> </ul>	DIPE/DRS	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
		données)		
<b>Pilier 3 : Financement</b>				
Taux de variation entre les propositions budgétaires du MSLS et les budgets notifiés par le MEF	Accroître le financement de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les administrateurs délégués de crédits / DAF à l'élaboration du budget projets PIP, CDMT/DPPD/PAP /RAP/S/E</li> </ul>	CABINET/DAF/Comité sectoriel du CDMT	Déc-14
Taux de variation entre les propositions budgétaires de l'ESPC et budget notifié par le District	Accroître le financement des ESPC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les responsables des structures à l'élaboration d'un document de plaidoyer</li> </ul>	MEF/DAF/DGS/IGSLS	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser les textes relatifs au recouvrement des coûts et fonctionnement des établissements</li> </ul>	MEF /CABINET/IGSLS/SJ/DGS	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les types de financement innovant (vol aérien, matière première, DUS, tabac, alcool, etc.)</li> </ul>	DAF/MEF	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les Responsables des ESPC à l'élaboration du budget</li> </ul>	DRS/DDS	Déc-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des conférences budgétaires au niveau des districts avec tous les</li> </ul>	DDS	Déc-14



Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
		gestionnaires des centres de santé ruraux.		
Niveau de disponibilité de l'information budgétaire	Améliorer le niveau de disponibilité de l'information budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notifier le budget aux structures avec copie à la hiérarchie et au comité de gestion des structures</li> </ul>	DAF/DGS/DRS/DS	Déc-14
Taux d'exécution du budget de l'ESPC par rapport au budget du district	Améliorer le suivi de l'exécution budgétaire au niveau des ESPC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à la disposition des ESPC les outils pour le suivi de l'exécution des budgets</li> </ul>	DAF/DRS / DDS	Déc-14
Proportion des achats de médicaments par la PSP conformes aux normes nationales et internationales	Renforcer la conformité des achats de la NPSP aux normes internationales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer un manuel de procédure d'achat de médicaments conformes aux normes internationales</li> </ul>	NPSP/DGS	Déc-14
<b>Pilier 4 : Gouvernance et Leadership</b>				
Proportion de comités de gestion permettant une participation ouverte des populations à la gestion de leurs problèmes	Améliorer la gestion des établissements sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualiser les textes des COGES</li> </ul>	SJ/DGS/DSCMP	Déc-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffuser largement les nouveaux textes</li> </ul>	DGS / DSCMP/ IGSLs/ SJ/ DRS/ DDS/ SI	Déc 14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redynamiser les COGES (renouvellement des comités)</li> </ul>	DGS/DSCMP	Juin-14

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
de santé				
Proportion de comités de gestion fonctionnels ouverts au public	Améliorer le fonctionnement des COGES	• Suivre le renouvellement des COGES selon le nouveau texte	DGS/DSCMP/DRS/DDS	Août-14
		• Suivre la fonctionnalité des COGES (revue trimestrielle des PV de réunions)	DGS/DSCMP/DRS/DDS	Nov-14
<b>Pilier 5: Prestations des Services</b>				
Proportion d'actes payés de façon informelle dans le système de santé public	Réduire au maximum les cas de paiement informel	• Rendre disponible les ordonnances facture à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (reproduction, disponibilité)	NPSP	Juil-14
		• Afficher le coût des actes et le prix des médicaments homologués dans des endroits accessibles à tous.	DIPES/IGSLS/DGS (DRS, DDS, CHU, CHR, HG)	Juin-14
		• Sensibiliser le personnel de santé au respect strict des coûts des actes et le prix des médicaments	CABINET/Inspection/DGS/DIPES/DRS/DDS	Mai-14
		• Vérifier périodiquement la disponibilité et l'utilisation des ordonnances factures.	Le responsable de la structure sanitaire (DRS/DDS) IGSLS	Juil-14
		• Organiser le circuit des malades de manière à réduire les délais d'attente	Responsable des structures	Oct-14

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
Existence de stratégie de sensibilisation et d'information des populations sur leurs droits et devoirs en matière de santé	Renforcer la stratégie de sensibilisation de la population aux droits et devoirs des clients.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser et valider le draft du document de stratégie de sensibilisation des droits et devoirs de la population</li> </ul>	DGS/DIPES	Août-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffuser le document de stratégie de sensibilisation des droits et devoirs de la population</li> </ul>	DGS/DIPES	Déc-2014
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser les populations sur leurs droits et devoirs en matière de santé</li> </ul>	DGS/DIPES/DRS/DDS	Oct-14
<b>Pilier 5: Prestations des Services</b>				
Proportion de prestataires formés au niveau opérationnel qui utilisent des protocoles nationaux de prise en charge des pathologies	Renforcer la prise en charge des pathologies par les prestataires selon les directives/protocoles nationaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendre disponible les protocoles/directives de prise en charge des pathologies dans tous les établissements de soins (réviser, reproduire et diffuser)</li> </ul>	DGS, DSCMP, (Programmes de santé, DRS, DDS)	Juin-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les prestataires à l'utilisation des protocoles/directives de prise en charge des pathologies</li> </ul>	DGS, DSCMP, (Programmes de santé, DRS, DDS)	Juin-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des supervisions pour le suivi de l'utilisation protocoles/directives de prise en charge des pathologies</li> </ul>	DGS, DSCMP, (Programmes de santé, DRS, DDS)	Oct-14

<b>Indicateurs faibles</b>	<b>Objectifs/Recommandations</b>	<b>Actions ou mesures à prendre</b>	<b>Responsables</b>	<b>Délais d'exécution</b>
Taux de satisfaction	Améliorer le taux de satisfaction des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser les agents de santé sur l'impact de la qualité de l'accueil sur les soins</li> </ul>	DGS/DRS/DDS	Juil-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer la satisfaction des usagers de façon semestrielle dans les structures sanitaires</li> </ul>	DRS/ DD/ Directeurs Hôpitaux responsables ESPC/ Observatoire du bénéficiaire	Juil-14
Létalité	Réduire la létalité hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser les acteurs des ESPC et des hôpitaux à la reconnaissance de forme grave et à une référence appropriée</li> </ul>	DGS/DSCMP	Juil-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualiser la PEC des formes graves des pathologies courantes</li> </ul>	DGS/DSCMP	Juil-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superviser la mise en œuvre de la PEC des formes graves des pathologies courantes</li> </ul>	DGS/DSCMP	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle
Taux de partogramme correctement renseigné.	Rendre la Prise en charge de l'accouchement efficace par la maîtrise de l'instant de décision pour la référence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer le partogramme dans les curricula de formation des agents de santé</li> </ul>	UFR sciences médicales et INFAS	Sept-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les stages pratiques pour les agents de santé</li> </ul>	Direction UFR sciences médicales et INFAS	Nov-14
Taux de partogramme correctement renseigné.	Rendre la Prise en charge de l'accouchement efficace par la maîtrise de l'instant de décision pour la référence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à niveau le personnel en fonction dans la salle d'accouchement</li> </ul>	DGS/DSCMP/ Programmes de santé/ DRS / DDS	Déc-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superviser le personnel sur terrain</li> </ul>	DGS/DSCMP/ Programme de santé/ DRS/DDS	Déc-14

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution
<b>Pilier 6 : Ressources Humaines</b>				
Taux d'absentéisme	Réduire le taux d'absentéisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibiliser les gestionnaires à la mise en place des outils de gestion de présence ou d'absence du personnel</li> </ul>	CHU/DDS/DDS	Juin-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre une note circulaire de rappel de procédure d'absence dans les structures sanitaires</li> </ul>	CABINET	Juin-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer la documentation des absences du personnel de santé</li> </ul>	CABINET	Juin-14
Taux d'agents engagés non affectés	Améliorer l'utilisation du personnel mise à la disposition de la DRH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire le répertoire des agents par emploi</li> </ul>	DRH	Juin-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Affecter sans délais les agents de santé mis à la disposition de la DRH</li> </ul>	DRH	Avr-14
<b>Suivi et évaluation du plan</b>				
Suivi de l'amélioration de la gouvernance	Améliorer la gouvernance au niveau déconcentré	<ul style="list-style-type: none"> <li>Automatiser l'outil de collecte de d'auto-évaluation de la gouvernance</li> </ul>	DIPE	Juin-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Former le niveau déconcentré à l'utilisation de l'outil d'auto-évaluation</li> </ul>	DIPE	Juin-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des auto-évaluations semestrielles du niveau déconcentré</li> </ul>	DD/DRS	Déc-14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser l'évaluation nationale sur les indicateurs de la gouvernance dans le secteur de la</li> </ul>	IGSLS	Nov-15

Indicateurs faibles	Objectifs/Recommandations	Actions ou mesures à prendre	Responsables	Délais d'exécution	
		santé			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire une inspection annuelle sur les pratiques de la bonne gouvernance</li> </ul>	IGSLS	Juin-15	
	Elaborer le plan de mise en œuvre des recommandions du rapport de l'enquête		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser un atelier d'élaboration du plan de mise en œuvre des recommandations</li> </ul>	IGSLS	Avr-14
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valider le plan de mise en œuvre des recommandations</li> </ul>	IGSLS	Avr-14
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer le plan de mise œuvre des recommandations</li> </ul>	DGS	Janv-15
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser des études et recherches sur la gouvernance dans le secteur santé</li> </ul>	Universités/ MSLS	

## Références

- KESSOU, L. & al, 2009. *Mesure de la transparence pour améliorer la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique public au Bénin*. OMS, Bureau Régional.
- MEISEL, N. & OULD AOUDIA, J., 2007. *La « Bonne gouvernance » est-elle une bonne stratégie de développement*.
- MSLS & MEMPD, 2013. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS). MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA. Abidjan, Côte d'Ivoire.
- MSLS, 2008. *Evaluation des Prestation de services*. Abidjan, Côte d'Ivoire.
- MSLS, 2011. *Document de politique Nationale de Santé*. Abidjan, Côte d'Ivoire.
- MSLS, 2011. *Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015*. Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Transparency International, 2006. *Rapport mondial sur la corruption 2006. Corruption et Santé* ». Ed. Economica 49, Rue Héricart, 7515 paris.
- WHO, 2010. *Leadership and Governance, sur WHO\_MBHSS\_2010\_section6\_Web pdf-Adobe Reader, consulté le 27 Mars 2014*.
- Anti-Corruption Resource Centre**, 2009. *La corruption dans le secteur de la santé*  
Disponible sur <http://www.U4.no/document/publications.cfm>
- The World Bank, (2011). *Governance in the health sector*
- WHO, (2008). *Health systems governance*.
- PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, (2003). *Accountability and health system: overview and framework, and strategies*. Disponible sur <http://www.undp.org/governance>
- OLIVER DE SARDAN JP. & al, 2005. *La corruption dans la santé au Bénin et au Niger. La corruption au quotidien*. Ed. Karhala et Zed Books.
- WHO, 2001. *Principes opérationnels de bonnes pratiques pour les achats de produits pharmaceutiques*.
- TARYN V.2007.*review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions*. Health policy and Planning 2008; 23:83-94
- TARYN V. & BURAK L.J.** (2006). *Beliefs about informal payments in Albania*.  
Disponible sur <http://heapol.oxfordjournals.org/>

**PNUD, 2011.** Lutte contre la corruption dans le secteur de la santé : Méthodes, outils et bonnes pratiques.

**TARYN V. & al, 2012.** *Perceptions of per diems in the health sector: evidence and implications.* Health Policy and Planning 2012:1-10.

**TARYN V. & al, 2011.** *Confronting corruption in the health sector in Vietnam: patterns and prospects.* Health and development. Discussion paper N°14.

**Millennium Challenge Corporation.** [www.cn-mcc.ci](http://www.cn-mcc.ci), consulté le 05 mars 2014 à 10h.

**Transparency International, 2013.** [www.transparency.org](http://www.transparency.org), consulté le 03 mars 2014 à 20 H 34.

**Transparency International, 2013.** Indice de perception de la Corruption. En ligne sur <http://www.transparency.org>. Consulté le 03 mars 2014.

**U4 Issue, 2009.** La corruption dans le secteur de la santé.



# **ANNEXES**