



PROJET D'ACHAT STRATÉGIQUE ET D'HARMONISATION  
DES FINANCEMENTS ET DES COMPÉTENCES DE SANTÉ

 **SPARK**  
sante  
P167959

**RAPPORT BILAN**  
**2019-2024**



## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>ACV</b>	Agence de Contractualisation et de vérification
<b>AVEI</b>	Agence de Vérification Externe Indépendante
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Université
<b>CMU</b>	Couverture Maladie universelle
<b>CNAM</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
<b>COS</b>	Conseil d'Orientation et de Surveillance
<b>CPN</b>	Consultation Pré Natale
<b>CSR</b>	Centre de santé rural
<b>CSU</b>	Centre de Santé Urbain
<b>CTN-FBP</b>	Cellule Technique Nationale du Financement Basé sur la Performance
<b>DAF</b>	Direction des Affaires Financières
<b>DDS</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DEPS</b>	Direction des Établissements et Professions sanitaires
<b>DFRS</b>	Direction de la Formation et de la Recherche en Santé
<b>DHES</b>	Direction de l'Hygiène Environnement Santé
<b>DIEM</b>	Direction des Infrastructures, Équipements, Maintenance
<b>DIIS</b>	Direction de l'Information Sanitaire
<b>DMHP</b>	Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité
<b>DPPS</b>	Direction de la Prospective, Planification Stratégique
<b>DRHS</b>	Direction des Ressources Humaines en Santé
<b>DRS</b>	Direction Régional de la Santé
<b>EPHD</b>	Etablissement Public Hospitalier Départemental
<b>EPHN</b>	Etablissement Public Hospitalier National
<b>EPHR</b>	Etablissement Public Hospitalier Régional
<b>ESPC</b>	Établissement Sanitaire de Premier Contact

<b>FSUCOM</b>	Formation sanitaire urbaine à base communautaire
<b>HG</b>	Hôpital Général
<b>INFAS</b>	Institut National de Formation des Agents de Santé
<b>INSP</b>	Institut National de Santé Publique
<b>IST</b>	Infection Sexuellement transmissible
<b>MEPS</b>	Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale
<b>MSHPCMU</b>	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
<b>PF</b>	Planning Familial
<b>PHSE</b>	Plan Hygiène Santé Environnement
<b>PMNDPE</b>	Projet multisectoriel pour la nutrition et le développement de la petite enfance
<b>PNN</b>	Programme National de Nutrition
<b>PNSME</b>	Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>PSDRHS</b>	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé
<b>PSNDPE</b>	Programme de Santé Nutrition et Développement de la
<b>PPM</b>	Plan de Passation des Marchés
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PTAB</b>	Plan de Travail Annuel Budgétisé
<b>SICF</b>	Système d'information Comptable et Financière
<b>STASS</b>	Secrétariat Technique de l'Achat Stratégique en Santé
<b>SOGOCI</b>	Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire
<b>SONU</b>	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
<b>SONU C</b>	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
<b>UNICEF</b>	The United Nations Children's Fund/Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>UNFPA</b>	The United Nations Population Fund/Fonds des Nations unies pour la population



# TABLE DES MATIERES

<b>3</b>	<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b>	<b>70</b>	<b>État d'exécution de la passation des marchés</b>
<b>9</b>	<b>MOT DU COORDONNATEUR</b>	<b>71</b>	<b>Difficultés rencontrées et recommandations</b>
<b>11</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>71</b>	<b>Difficultés liées aux processus de passation des marchés</b>
<b>12</b>	<b>FICHE TECHNIQUE DU PROJET</b>	<b>71</b>	<b>Autres Difficultés</b>
<b>19</b>	<b>REALISATIONS DU SPARK-SANTE</b>	<b>71</b>	<b>Recommandations</b>
<b>20</b>	<b>COMPOSANTE 1 PASSAGE À ÉCHELLE DE L'ACHAT STRATÉGIQUE</b>	<b>72</b>	<b>BILAN DE LA GESTION FINANCIÈRE</b>
<b>22</b>	Sous Composante 1.1 Financement base sur la performance (fbp)	<b>72</b>	<b>Audits internes et externes</b>
<b>30</b>	Sous Composante 1.2 Extension de la Couverture Maladie Universelle	<b>72</b>	<b>Au titre de l'Audit externe</b>
<b>34</b>	Sous Composante 1.3 Appui aux réformes et renforcements des capacités	<b>72</b>	<b>Au titre de l'audit interne</b>
<b>38</b>	<b>COMPOSANTE 2 RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE</b>	<b>72</b>	<b>Au titre de la supervision de la gestion financière par la Banque Mondiale</b>
<b>40</b>	Sous Composante 2.1 Réhabilitation-équipements et Assainissement des établissements	<b>73</b>	<b>Dispositions générales de l'Accord de financement et de la lettre de décaissement</b>
<b>44</b>	Sous Composante 2.2 Santé de la Reproduction et Nutrition	<b>73</b>	<b>Accord de Financement</b>
<b>50</b>	Sous Composante 2.3 Ressources humaines DE Santé	<b>73</b>	<b>Accord de financement IDA Prêt</b>
<b>54</b>	Sous Composante 2.4 Gouvernance - Systèmes d'Information Sanitaire	<b>73</b>	<b>Accord de financement GFF Don</b>
<b>60</b>	<b>COMPOSANTE 3 GESTION DE PROJET</b>	<b>74</b>	<b>Analyse des décaissements par catégorie de financement</b>
<b>62</b>	Sous Composante 3.1 Coordination du projet	<b>75</b>	<b>Tableau d'exécution budgétaire à la date du 31 mars 2024</b>
<b>64</b>	Sous Composante 3.2 Suivi et évaluation	<b>76</b>	<b>ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU SPARK- SANTÉ</b>
<b>66</b>	<b>COMPOSANTE 4 INTERVENTION D'URGENCE CERC</b>	<b>76</b>	<b>Indicateurs de développement</b>
<b>70</b>	<b>BILAN DE LA PASSATION DES MARCHES</b>	<b>79</b>	<b>Indicateurs de résultats intermédiaires</b>
		<b>83</b>	<b>Dispositions à prendre au moment de l'évaluation finale du projet</b>
		<b>84</b>	<b>CONTRIBUTION DU SPARK AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE</b>
		<b>86</b>	<b>SUCCES STORIES</b>





**UCP** SANTÉ  
NUTRITION  
Unité de Coordination des Projets  
Santé • Nutrition • Banque mondiale



# RAPPORT BILAN 2019-2024



GLOBAL  
FINANCING  
FACILITY



LA BANQUE  
MONDIALE  
IBRD • IDA





## MOT DU COORDONNATEUR

L'amélioration de la santé maternelle et infantile, constitue un des défis majeurs pour la Côte d'Ivoire ; aussi le gouvernement avec l'appui de ses partenaires au développement a élaboré dès la sortie de crise en 2011, un vaste programme social visant à faciliter l'accès des populations vulnérables aux services de base de qualité.

Le projet d'achat stratégique et d'harmonisation des financements et compétences en santé (SPARK-Santé) financé par la Banque mondiale à partir de juillet 2019, vient dans la foulée stratégique, tactique et opérationnelle d'étendre les résultats prometteurs du Projet de renforcement du système de santé et de réponses aux urgences épidémiques (PRSE 2015-2020).

Conçu de manière cohérente et inclusive, le SPARK-Santé a donc à la fois une portée nationale dans la logique d'un appui global au renforcement de la gouvernance et du financement du secteur de la santé ; une portée départementale en contribuant efficacement à l'opérationnalisation et au passage à échelle de ces réformes de santé.

Ce projet répond à l'ambition de créer un système sanitaire performant capable d'infléchir les indicateurs de morbidité et mortalité des populations vulnérables.

La mise en œuvre marquée par la survenue de la pandémie à COVID 19 a permis de révéler la résilience de l'ensemble des acteurs du système.

La conjonction de l'engagement des équipes des structures techniques et de la banque mondiale ainsi que le soutien politique ont permis d'avoir des avancées notables et même d'achever le projet avant terme en atteignant les objectifs.

C'est le lieu de remercier toutes les parties prenantes responsables de ces succès : à savoir les autorités gouvernementales pour le leadership, les structures d'exécution et les acteurs opérationnels pour leur pleine implication, les spécialistes de la Banque mondiale pour



**KONAN KOUASSI CLOVIS**  
Coordonnateur

leur appui technique ainsi que toute l'équipe de l'unité de coordination du projet.

Notre stratégie a été d'actionner les leviers d'amélioration de la qualité et l'utilisation des services de santé que son : (i) le renforcement de la régulation et des ressources humaines en santé, (ii) la mise aux normes des infrastructures et équipements, (iii) la disponibilité des médicaments et intrants pharmaceutiques, (iv) la digitalisation des données et (v) l'intégration des secteurs privé et communautaire.

Sur la base des résultats probants et significatifs du SPARK Santé, l'État de Côte d'Ivoire a signé depuis le mois de juillet 2023, un nouveau financement avec la Banque mondiale, dans une perspective multiphasique décennale qui a pour objectifs à travers l'intégration d'approches sensible de disposer à terme d'un système évoluant dans un cadre unique de protection sociale de santé.





N DE SOHO

MATERNITE

GNINNGAMOU

2023

DON KADI

J



# INTRODUCTION

Le gouvernement de Côte d'Ivoire, depuis la dernière décennie, s'est engagé à bâtir un système sanitaire efficient, performant et résilient, à même d'assurer un accès équitable aux soins et services de santé de qualité sur toute l'étendue du territoire. Ceci dans le but de garantir l'atteinte des objectifs de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) s'est inscrit dans l'adoption et le développement de plusieurs réformes en santé que sont : (i) la gratuité ciblée, (ii) le financement basé sur la performance (FBP), (iii) la couverture maladie universelle (CMU), (iv) la réforme hospitalière, (v) le budget programme et (vi) l'intégration du secteur sanitaire privé.

Les différents Plans Nationaux de Développement Sanitaires (PNDS) depuis 2012 décrivent les stratégies de mise en œuvre de ces réformes. Dans la mobilisation des ressources financières pour l'opérationnalisation de ces PNDS, le ministère en charge de la santé a obtenu l'appui financier de la Banque mondiale pour la mise en œuvre du Projet de Renforcement du Système de Santé et de réponse aux urgences Épidémiques (PRSSE) financé sur la période 2015-2020 à hauteur de 70 millions USD. Ce projet, dont l'objectif était d'améliorer l'utilisation et la qualité des services et des soins, a permis de (i) mener une phase pilote de la stratégie du FBP, (ii) développer la couverture maladie universelle, (iii) réhabiliter des structures sanitaires, (iv) renforcer l'information sanitaire et la nutrition chez les enfants.

Les résultats satisfaisants obtenus par le PRSSE ont permis de mobiliser des ressources financières supplémentaires pour étendre les acquis au niveau national. Ainsi, un second accord de financement a été signé en Avril 2019 entre l'État de Côte d'Ivoire, la Banque Mondiale et le Global Financing Facility (GFF) pour la mise en œuvre d'un nouveau projet intitulé « Projet d'achat stratégique et d'harmonisation des financements et compétences de santé (SPARK-Santé) ». D'un montant de 220 millions

USD, le projet a été mis en vigueur le 18 juillet 2019 pour une durée de six ans (Juillet 2019-Juin 2025).

Le SPARK-Santé s'articule autour de quatre (04) composantes que sont : Le passage à échelle de l'achat stratégique, le renforcement du système de santé, la gestion de projet et la composante Contingences, Urgences et réponses aux épidémies (CERC).

Face à l'urgence imposée pour la riposte à la pandémie au COVID-19 en Mars 2020, la composante CERC a été déclenchée. Initialement coté à 0 dollar le CERC a bénéficié de l'affectation d'une partie des ressources du projet à hauteur de 40 millions USD pour la mise en œuvre des interventions.

En Novembre 2023, la Banque mondiale en accord avec le gouvernement, a convenu de la clôture du projet en Mars 2024 au regard de l'épuisement des ressources.

Le présent document fait le bilan de l'exécution du projet SPARK Santé du 18 Juillet 2019 au 31 Mars 2024. Il s'agit de rendre compte de l'exécution des interventions, des principaux résultats obtenus, des contraintes et difficultés rencontrées ainsi que des perspectives.





# FICHE TECHNIQUE DU PROJET

## Objectif de développement du projet (ODP)

Pays	Nom du projet	
Côte d'Ivoire	Projet d'achat stratégique et d'harmonisation des financements et des compétences de santé (SPARK-Santé)	
N° du projet	Instrument de financement	Catégorie d'évaluation environnementale
P167959	Financement de projets d'investissement	B – Évaluation partielle

DONNÉES FINANCIÈRES DU PROJET (USD Millions)	
RÉSUMÉ	
Coût total du projet :	220,00
Financements du Groupe de la Banque mondiale	
International Development Association (IDA)	200,00
IDA Credit	200,00
Financements hors Groupe de la Banque mondiale	
Trust Funds	20,00
Global Financing Facility	20,00
<b>Objectif de développement initial</b> Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé afin de réduire la mortalité maternelle et infantile dans le territoire bénéficiaire.	

COMPOSANTES	
Nom de la Composante	Coût (USD millions)
Passage à l'échelle nationale du processus d'achat stratégique	116,39
Renforcement du système de santé pour de meilleures performances	91,58
Gestion de projet	12,02
Intervention d'urgence (CERC)	0,00

DATES CLÉS			
Signature accord financement	Entrée en vigueur	Levée des dernières conditions de décaissements	Clôture initiale
19-Avril-2019	18-Juil 2019	15-01-2020	30 juin 2025

RESTRUCTURATION DU PROJET		
Date(s)	Montant décaissé	Révisions clés
05-Oct-2020		Modification de l'objectif de développement du projet
		Réaffectation entre les catégories de décaissement
		Déclenchement de la composante 4 CERC
		Modification du cadre de résultats du projet
15- Déc-2021		Prorogation de la date de clôture du GFF
Novembre 2023		Modification du cadre de résultat et de la date de clôture du projet
31 Mars 2024		Nouvelle date de clôture
<b>Objectif de développement révisé</b> Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé de manière à réduire la mortalité maternelle et infantile et apporter une réponse immédiate et efficiente aux crises ou urgences sanitaires, en Côte d'Ivoire.		

Révision des catégories de dépenses	
Catégorie	Coût (USD millions)
Catégorie 1	80,02
Catégorie 2	9,40
Catégorie 3	32,78
Catégorie 4	15,99
Catégorie 5	36,00



## Rappel du cadre de performance du projet

Le cadre de performance du projet a connu plusieurs restructurations au cours de la vie du projet. La version présentée ci-dessous est issue de la dernière restructuration réalisée pour les motifs suivant :

- Affectation d'une partie des ressources du projet (40 millions de \$ US) à la riposte à la COVID19 à travers le déclenchement du CERC
- Epuisement des ressources sur le projet
- Date de clôture du projet ramenée au 31 mars 2023

Cette restructuration a touché les points suivants :

- Révision des cibles intermédiaires et de fin du projet en tenant compte de la contrainte temporelle et de l'épuisement des ressources
- Date de fin du projet ramenée au 31 mars 2024
- Intégration au niveau PDO d'un indicateur préalablement au niveau du CERC
- Des commentaires en bleu indiquent l'action posée sur chaque indicateur

Objectif de développement du projet (ODP)

N°	INDICATEURS	Unité de mesure	CIBLES (Valeurs cumulatives par année fiscale)					Fréquence de collecte	Source de vérification	Responsable
			FY 2020	FY 2021	FY 2022	FY 2023	31 Mars 2024 (Fin projet)			
INDICATEURS DE DEVELOPPEMENT DU PROJET										
1.	Nombre de personnes ayant reçu des services de santé essentiels, de nutrition et de population <i>*cible révisée</i>	Nombre	755,033	1,733,337	2,240,842	3,465,528	6,143,621	Trimestriel	Rapport trimestriel / Portail FBP	CTN-FBP
2.	Nombre d'enfants complètement vaccinés <i>*cible révisée</i>	Nombre	150,023	364,396	630,425	910,991	1,208,276	Trimestriel	Rapport trimestriel / Portail FBP	CTN-FBP
3.	Nombre d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié <i>*cible révisée</i>	Nombre	123,985	255,455	386,006	948,221	1,541,807	Trimestriel	Rapport trimestriel / Portail FBP	CTN-FBP
4.	Score moyen de la qualité des soins dans les établissements de santé <i>*cible révisée</i>	Pourcentage	61%	63%	65%	69%	70%	Trimestriel	Rapport trimestriel / Portail FBP	CTN-FBP
5.	Taux d'utilisation des services sanitaires <i>*cible révisée</i>	Pourcentage	40%	43%	43%	45%	48%	Annuel	Rapport trimestriel / Portail FBP / RASS / DHIS2	DIIS / CTN-FBP
6.	Nombre de bénéficiaires directs touchés par le projet (dont 60% de femme) <i>*cible révisée</i>	Nombre	3,983,190	9,429,066	16,660,649	25,357,426	32,493,668	Trimestriel	Rapport d'activité / Portail FBP	CTN-FBP / UCPS-BM
7.	Pourcentage de districts sanitaires qui ont reçu des équipements de protection (y compris les produits barrières) ou médicament financé par le projet <i>*Indicateur CERC déplacé au niveau PDO</i>	Pourcentage	30%	100%	100%	100%	100%	Trimestriel	Rapport d'activités/Plan de distribution	Nouvelle PSP

N°	INDICATEURS	Unité de mesure	CIBLES (Valeurs cumulatives par année fiscale)					Fréquence de collecte	Source de vérification	Responsable	
			FY 2020	FY 2021	FY 2022	FY 2023	31 Mars 2024 (Fin projet)				
INDICATEURS DE RESULTATS INTERMEDIAIRES											
Composante 1 : Passage à échelle de l'achat stratégique											
1.	Nombre de districts sanitaires couverts par l'AS	Nombre	71	96	113	113	113	113	Trimestriel	Rapport trimestriel CTN-FBP / Portail FBP	CTN-FBP
2.	Nombre de personnes économiquement faibles qui ont bénéficié des prestations avec la carte CMU <i>*indicateur reformulé et cible révisée</i>	Nombre	1,000	1,800	2,200	5,800	8,200	Trimestriel	Rapport d'activités CNAM	CNAM	
Composante 2 : Renforcement du système de santé pour l'amélioration de la performance											
3.	Structures de santé réhabilitées et/ou équipées dans le cadre le projet <i>*indicateur reformulé et cible révisée</i>	Nombre	300	480	720	960	1,200	Trimestriel	Rapport d'activités	DIEM / UCPS-BM	
4.	Nombre de femmes en âge de procréer, nouvelles utilisatrices de méthodes modernes de contraception	Nombre	67,143	176,470	340,987	559,660	836,103	Trimestriel	Portail FBP / RASS	CTN-FBP / DIIS	
5.	Nombre d'enfants "sains" de 12 mois à 59 mois vus en consultation pour suivi nutritionnel <i>*cible révisée</i>	Nombre	422,062	991,910	1,032,398	1,214,397	1,414,113	Trimestriel	Portail FBP / DHIS2	CTN-FBP / DIIS	
6.	Nombre d'enfants de 0-59 mois diagnostiqués pour malnutrition aigüe sévère avec ou sans complication déclaré guerris <i>* nouvel indicateur</i>	Nombre	-	-	-	14,047	18,550	Trimestriel	Portail FBP / DHIS2	CTN-FBP / DIIS	
7.	Nombre de personnes formées <i>*cible révisée</i>	Nombre	10,249	16,066	19,477	19,632	19,663	Trimestriel	Rapport trimestriel / Rapport d'activités	CTN-FBP / UCPS-BM	
8.	Disponibilité du RASS au 1er semestre de l'année n+1 <i>*cible finale révisée</i>	OUI/NON	Oui	Oui	Oui	Oui	NA	Annuel	RASS de l'année n	DIIS	

N°	INDICATEURS	Unité de mesure	CIBLES (Valeurs cumulatives par année fiscale)					Fréquence de collecte	Source de vérification	Responsable
			FY 2020	FY 2021	FY 2022	FY 2023	31 Mars 2024 (Fin projet)			
9.	Proportion d'établissements sanitaires des zones cibles dans lesquels le DPI est déployé <i>* nouvel indicateur et dénominateur révisé</i>	Pourcentage	-	-	-	100%	100%	Annuel	Rapport d'activités	DIIS / UCPS-BM
10.	Nombre de femmes vues en CPoN 3 <i>*cible révisée</i>	Nombre	84,728	179,963	238,480	501,059	894,770	Trimestriel	Portail PBF / DHIS2	CTN-FBP / DIIS
11.	Engagement de la communauté dans la planification, l'implémentation et l'évaluation des programmes de développement	OUI/NON	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Annuel	Rapport d'activités	ITPC
Composante 3 : Gestion de projet										
12.	Nombre de personnel de l'UCPS-BM formé <i>*cible révisée</i>	Nombre	-	-	-	10	13	Annuel	Rapport d'activités	UCPS-BM
Composante 4 : Contingences, Urgences et Réponse aux Épidémies (CERC)										
13.	Nombre de bénéficiaires des interventions d'urgence <i>*indicateur COVID19 marqué pour suppression</i>	Nombre						Trimestriel	Rapport d'activités	INHP / UCPS-BM
14.	Proportion d'équipes d'intervention rapide appuyées par le projet <i>*indicateur COVID19 marqué pour suppression</i>	Pourcentage						Trimestriel	Rapport d'activités	INHP / UCPS-BM
15.	Nombre de personnes touchées par les messages de sensibilisations diffusés sur la Pandémie via les centres d'information U-Report <i>*indicateur COVID19 marqué pour suppression</i>	Nombre						Trimestriel	Plateforme U-report / Rapport d'activité	UNICEF

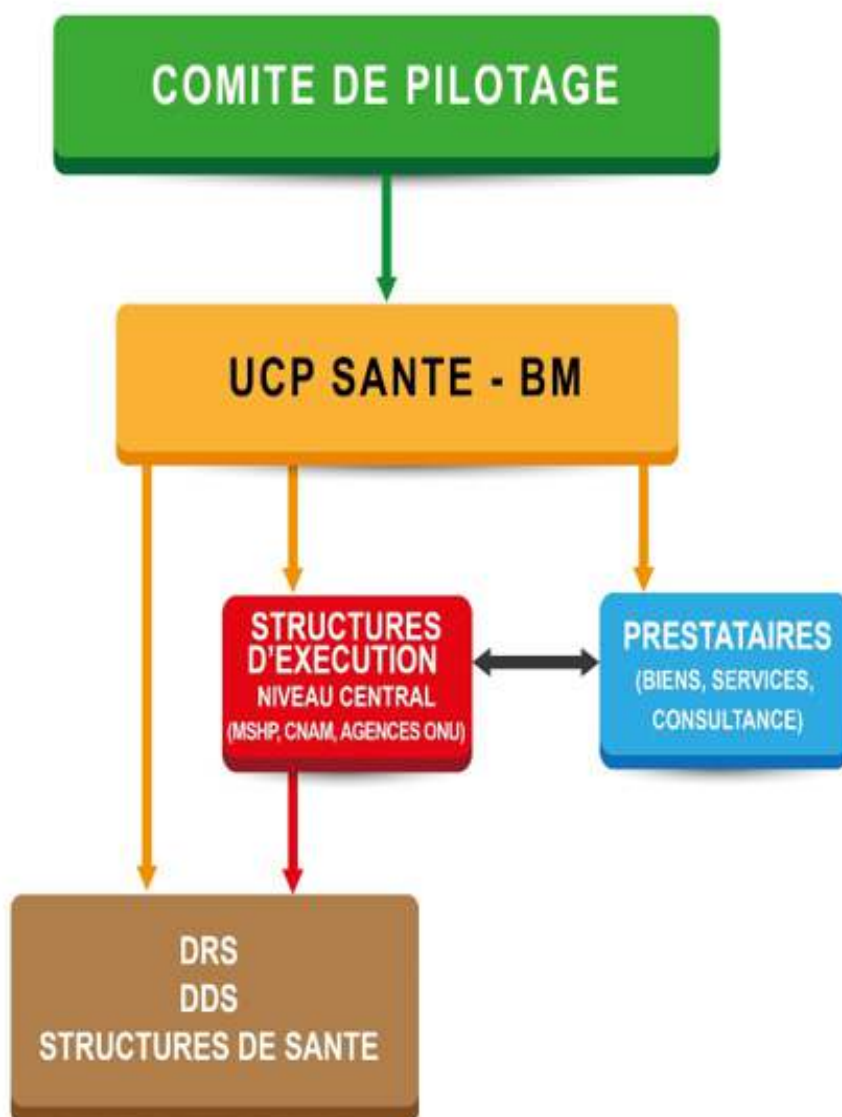
## Montage institutionnel du projet

MSHPCMU – MEF – MB – MEPS – MP – Min  
INTERIEUR- SECTEUR PRIVE SANTE – SOCIETE

### Structures d'Exécution du niveau central :

- \* MSHP : DGS /CTNFBP – DAF – IGS – DIIS – DPPS – DIEM – DEPS –DMH – DRH- DFRS – PNN – PNSME-INHP- INFAS-INSP-PNDAPDHES-CMU/MSHP
- \* MEPS : CNAM

AGENCES DU SYTEME DES NATIONS UNIES : UNICEF  
et UNFPA





# REALISATIONS DU SPARK-SANTE

## Evènements marquants de la vie du projet

Depuis la mise en vigueur du projet SPARK-Santé le 18 Juillet 2019, plusieurs évènements survenus ont eu un effet significatif sur la mise en œuvre :

## Au niveau du management et de la gouvernance

### 2019

- La nomination de nouveaux Directeurs généraux et centraux après la signature du Projet a entraîné **un ralentissement du processus de levée des conditionnements de décaissement** ;

### 2019 puis 2020

- La modification du découpage sanitaire a augmenté les données de base de planification du SPARK de 86 Districts sanitaires à 102 puis 113. Ce qui a entraîné **la déstabilisation des hypothèses de base de calcul du costing du projet**.
- **La nomination de nouveaux régulateurs (DRS/ DDS) non formés au FBP des districts de la phase pilote a entraîné** une perte de l'expérience acquise dans ces districts.
- La succession de trois (03) Responsables de projets au niveau de la Banque mondiale a eu pour conséquence la nécessité d'une adaptation à un nouveau mode de management avec le gouvernement.

### 2020

Le projet a été exécuté sur chevauchement de deux cycles quinquennaux de planification de planification nationales (PNDS 2021-2025).

- La survenue de la pandémie à COVID 19 a occasionné le déclenchement de la composante CERC du projet initialement budgétisé à 0 francs.

### 2021

- La nomination du nouveau ministre de la Santé, de l'hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle a nécessité **l'intégration de nouvelles orientations tout en insufflant une nouvelle dynamique**.

### 2023

- Du fait de l'épuisement des ressources (dû au déclenchement du CERC), le projet a été restructuré avec une révision de la date de clôture au 31 mars 2024 et une révision des cibles des indicateurs de performance.

## Au niveau sanitaire

### 2020

- La survenue de la pandémie à coronavirus (dont le 1er cas a été notifié le 11 mars 2020) a conduit à la prise de mesures restrictives de déplacement et de rassemblement de personnes. Conséquences : **interruption de l'exécution de certaines activités** (ateliers, missions de terrain, etc.) ; **réduction de la fréquentation des établissements** sanitaires par psychose au sein de la population ; **réorientation des priorités sanitaires** vers la riposte contre la COVID 19.

## Au niveau de l'environnement socio-politique

### 2020

- L'organisation des élections présidentielles s'est tenue dans un climat de tensions avec des affrontements armés dans certaines villes. Conséquences : **Arrêt ou ralentissement du fonctionnement des administrations publiques**.

### 2021

- Modification du décret portant attribution du gouvernement avec nomination d'un nouveau ministre en charge de la santé ainsi que l'extension du champ d'intervention du MSHP à la couverture maladie universelle. Conséquence : Nouvelles orientations définies par le ministre ; Nécessité d'accorder une priorité à l'intégration des réformes FBP et CMU.

# COMPOSANTE 1

# PASSAGE À ÉCHELLE

# DE L'ACHAT

# STRATÉGIQUE





**REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTÉ**  
**CELLULE TECHNIQUE NATIONALE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE**  
**TN-FBP**

## INTENSIFICATION DES ACTIVITÉS DE VACCINATION, MOYEN DE RÉDUCTION DU TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE

### DEFIS LIES AU CONTEXTE

En Côte d'Ivoire, la vaccination est une priorité de santé publique. Selon les Objectifs nationaux du Programme Élargi de Vaccination (PEV), un enfant doit recevoir, depuis la naissance jusqu'à l'âge d'un an, tous les vaccins pour lui éviter certaines maladies, causant de nombreux décès dans l'enfance. Selon le rapport MICS 5, l'utilisation des services de vaccination a connu une augmentation de 2012 à 2016. Cependant la proportion des enfants n'ayant reçu aucun vaccin avant leur premier anniversaire a doublé passant de 5,4% en 2012 à 11,9% en 2016. La Couverture vaccinale complète, c'est-à-dire le Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois ayant reçu toutes les vaccinations recommandées par le programme national de vaccination avant leur premier anniversaire était de 32,5% en 2016.

La couverture vaccinale complète est encore plus faible en zone rurale à cause des traditions – les us et coutumes – et des préjugés sur les vaccins du fait de leurs effets secondaires.

Kayéta, localité située au centre-ouest de la Côte d'Ivoire, dans le District sanitaire de Sintra (Région de la Marahoué), connaît ces mêmes réalités.

### STRATEGIES

Au départ financé sur fonds propres, cette fête a connu une plus grande envergure grâce au FBP. La Fête organisée annuellement a lieu pendant la période de fin d'année. A cette occasion, les mères ayant complètement et correctement suivi le calendrier vaccinal de leurs enfants sont honorées et récompensées. Cette fête qui fait l'objet de communication à la radio de proximité locale, soutient efficacement la stratégie de sensibilisation mise en œuvre à chaque séance de vaccination de routine et avancée, avec l'appui inestimable des agents communautaires.

Cette approche est la meilleure, car les récompenses incitent les mères à venir régulièrement faire vacciner leurs enfants avant que ceux-ci n'atteignent leur premier anniversaire. Elles bénéficient aussi du soutien de leurs maris qui les accompagnent à chaque rendez-vous, malgré les routes difficilement praticables. Sous cette approche, la sensibilisation sur l'importance de la vaccination passe mieux au niveau des chefs et des leaders communautaires qui encouragent donc leurs populations au respect du calendrier vaccinal.

### RESULTATS

Reduction considérable du taux d'abandon des villages de la vaccination. Les mères ont commencé à aller vacciner leurs enfants avant qu'ils n'atteignent leur premier anniversaire.

### REDUCTION DU TAUX D'ABANDON VACCINATION

Année	Taux d'abandon (%)
2012	5.4
2016	11.9
2017	4.8

### OBJECTIFS

Atteindre les objectifs vaccinaux du CSR.

### PERSPECTIVES & DEFIS

La mise en performance et l'organisation de la fête de vaccination au CSR de Kayéta a permis de changer les mentalités des populations sur la vaccination. Les perspectives du CSR c'est d'adopter la culture du centre et continuer à améliorer le plateau technique du centre.

### PARTENAIRES

**WORLD BANK GROUP** **Le Fonds mondial**

Cellule Technique Nationale de Financement Basé sur la Performance  
 Avenue Charles de Gaulle, Zone Frontière, BP 2148 de La Cote d'Ivoire  
 Tel : +225 20 37 81 80 Fax : +225 20 37 81 80





## Sous Composante 1.1

# FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE (FBP)



## OBJECTIFS VISÉS DANS LE PAD

- Étendre la couverture du FBP aux 113 districts sanitaires
- Assurer le paiement des fonds de démarrage et des subsides aux structures sous contrats
- Assurer les mécanismes de vérification des données
- Étendre le FBP au niveau central, tertiaire et privé
- Assurer l'institutionnalisation du FBP dans le système national

### Déploiement du FBP dans 113 districts sanitaires

Du démarrage du projet SPARK-Santé jusqu'en 2021, la contractualisation s'est poursuivie dans les 402 établissements de santé des 21 districts sanitaires de la phase pilote. Ce retard était principalement dû i) à la survenue de la pandémie à Covid-19 qui limitait les déplacements et les rassemblements, ii) au temps consacré à la révision et la validation de la stratégie nationale FBP, iii) au long délai de recrutement des agences de contractualisation et de vérification, ne permettant pas le déploiement de la stratégie de contractualisation.

La première étape de mise sous performance qui consiste en la formation des acteurs a effectivement démarré à partir de Mars 2021. À ce jour, l'ensemble des 113 districts sanitaires du pays soit 100% sont sous performance. Ce sont **au total 2 577 structures sanitaires mises sous performances** : 2 431 établissements de santé (19 CHR, 98 HG et 479 CSU et 1 835 CSR), 33 DRS et 113 DDS. Les ESPC constituent 71% des structures sous performance.

À partir de 2021, l'extension du FBP a été réalisée en plusieurs phases selon une logique d'intervention assez spécifique. Dans un premier temps, étaient ciblés les districts non couverts des régions sanitaires de la phase pilote PRSSE ainsi que les districts d'intervention du projet PMNDPE<sup>1</sup> pour soutenir les activités de nutrition. Dans un deuxième temps, ont été intégrés les districts des régions sanitaires présentant les taux de mortalité maternelle les plus élevés. Et enfin, le reste des districts sanitaires du pays ont été progressivement mis sous performance.

La stratégie de contractualisation consistait en i) la formation et le coaching des acteurs sur le FBP et la gestion financière, ii) la signature des contrats, iii) l'ouverture

des comptes bancaires et la nomination de régisseurs d'avance, iv) la vérification et la contrevérification des données et v) l'édition et le paiement des factures.

#### • Formation des acteurs sur le FBP et la gestion financière

Par le biais d'une méthodologie de formation en cascade combinant des sessions théoriques suivie de coaching sur site, près de **6000 acteurs ont été formés sur le FBP** de mars 2021 au dernier trimestre 2022. Il s'agit des Directeurs Régionaux de la santé, des Directeurs départementaux de la santé, des CSAS régionaux et de districts, des gestionnaires de district et des prestataires de santé. Pour une meilleure gestion des ressources financières, **800 acteurs de la chaîne d'exécution des dépenses** (Régisseurs, DRS, DDS, gestionnaires ACV, inspecteurs généraux du Trésor) **ont été formés** sur les outils révisés. Les ACV et les régulateurs poursuivent les activités de formation sur la gestion financière à travers des coachings des prestataires.

#### • Ouverture des comptes bancaires, nomination et accréditation des régisseurs

Dans la continuité de la dérogation qu'ont obtenue les établissements sanitaires pour l'ouverture des comptes bancaires sur la phase pilote du FBP, le ministre de l'Économie et des Finances (MEF) a procédé à la signature d'un nouvel arrêté<sup>2</sup> pour la phase d'extension. Cet arrêté octroie également la dérogation d'ouverture des comptes bancaires à l'ensemble des établissements sanitaires à l'effet de recevoir non seulement des financements issus du FBP mais aussi des remboursements de la CMU.

De façon progressive, 2541 comptes bancaires ont été ouverts au niveau de la Banque du Trésor pour les structures sous contrats. Toutefois de longs délais ont été observés pour l'ouverture des comptes, ayant

<sup>1</sup> Projet Multisectoriel sur la nutrition et le développement de la petite enfance  
<sup>2</sup> Arrêté N°0291/MEF/DGTC/DEMO du 18 septembre 2020

pour conséquence la démotivation des prestataires et régulateurs. Les régulateurs ne pouvant réaliser les évaluations de qualités dans les principes établis et les prestataires ne pouvant avoir accès rapidement au fonds de démarrage pour une amélioration de la qualité technique des services.

La gestion de ces comptes est confiée à des régisseurs (151) nommés par arrêté ministériel et formés aux procédures de gestion financière simplifiée.

Toutefois, une des difficultés majeures identifiées dans la gestion de ces comptes et qui fragilisent l'utilisation des comptes est le turn-over des régisseurs qui sont régulièrement nommés à d'autres fonctions ou mutés dans d'autres postes ou régies financières. Le délai d'attente d'une nomination et l'accréditation de nouveaux régisseurs ou de régisseurs intérimaires rendent difficile l'utilisation de ressources pour le fonctionnement des structures.

La gestion des comptes bancaires et le rôle des régisseurs sont au cœur des réflexions sur l'institutionnalisation.

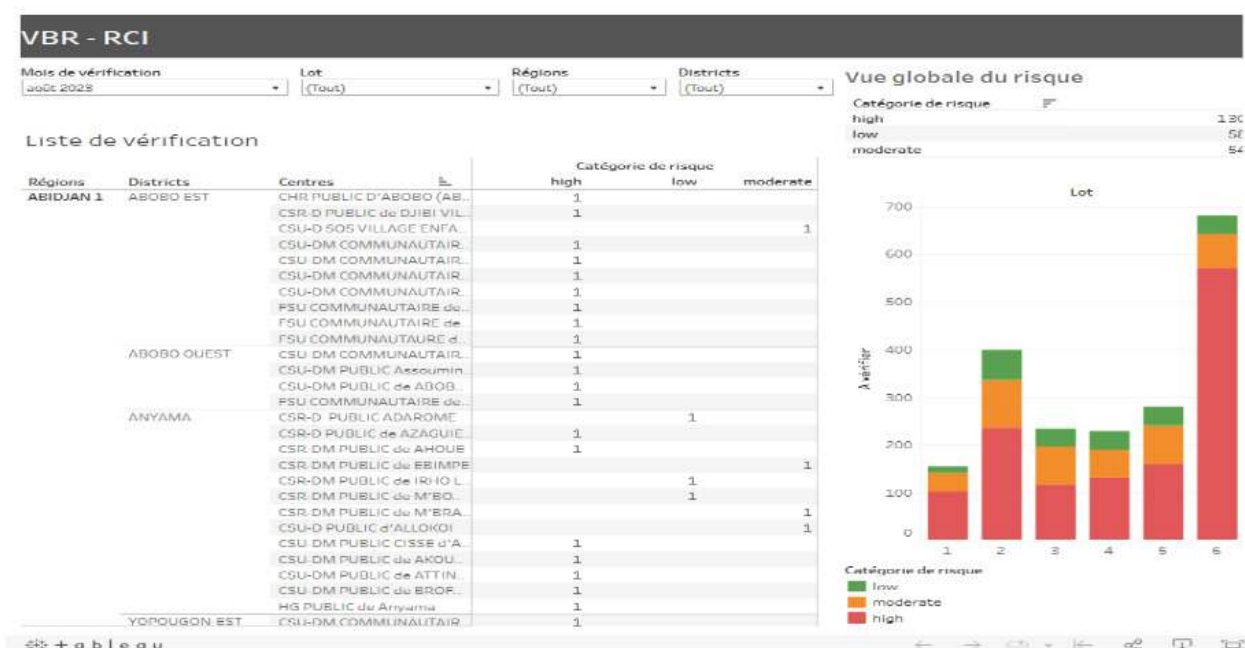
#### • Vérification des données FBP

Le passage du PRSSE au SPARK-Santé a nécessité de nouveaux contrats sur la vérification des données du FBP. Le contrat de l'agence MSH international qui assurait la fonction d'agence contractualisation et la vérification (ACV) est arrivé à terme au 31 janvier 2020. Le processus de sélection de nouvelles agences locales a été plus long.

La contractualisation et la vérification des données ont été confiées à des agences de contractualisation et de vérification (ACV) que sont GCC-ACCIA, Enaudit et AG Consulting. Ces agences sont déployées sur l'ensemble du territoire par zone d'intervention.

Afin de disposer d'une base des données initiales de la performance des structures de santé avant leur mise sous performance, les ACV ont réalisé l'évaluation de base des nouveaux districts. Il s'en est suivi le démarrage du processus d'élaboration des plans d'affaires et la signature des contrats avec l'ensemble des structures sanitaires formées au FBP. Les ACV conduisent depuis lors, de façon régulière les vérifications (mensuelle) et la saisie des données sur le portail FBP en vue de l'édition des factures.

Avec l'assistance technique de Bluesquare, la vérification basée sur le risque (VBR) a été implémentée à partir de T2 2023 afin de (i) minimiser le coût de la vérification par rapport au budget du programme FBP, (ii) maximiser le nombre d'établissements de santé à visiter pour garder un contrôle sur la qualité des données et (ii) payer le montant juste à chaque établissement de santé sur base de critère de qualité. Les centres sont répartis en trois catégories (faible risque, moyen risque et haut risque). Un bilan de cette méthodologie sera fait au T2 2024 pour tirer les leçons apprises et faire des ajustements.





- **La gestion des données FBP**

Le développement d'une version améliorée du portail FBP (<https://fbpcotedivoire.org>) a été assuré par le cabinet Bluesquare. Les modules mis en place dans le cadre de cette mission sont actuellement fonctionnels. Pour assurer la prise en main du portail, un transfert de compétences (développement, maintenance, gestion des données) a été réalisé à travers la formation d'acteurs techniques du STASS et de la direction de l'information sanitaire en charge du DHIS 2.

Dans le cadre de l'internalisation des fonctions du FBP, il a été décidé d'héberger les données du FBP au niveau national. On note l'effectivité de cette mesure avec le transfert de la base de données depuis la plateforme de Bluesquare à celle de la SNDI au niveau national est effectif depuis le 1<sup>er</sup> trimestre 2024.

Le défi est d'arriver à l'interopérabilité entre les données du DHIS 2 national et le DHIS 2 FBP pour lequel les discussions sont en cours notamment sur la sécurité des données nationales.



- **La Contre-Vérification des données et du fonctionnement du dispositif FBP**

Démarrées en août 2020, quatorze (14) missions trimestrielles de contrevérification ont été réalisées par le cabinet Ginger International en tant qu'Agence de Vérification Externe et Indépendante (AVEI). La contrevérification dans l'approche FBP est importante et porte sur les données quantitatives et qualitatives et sur l'appréciation du niveau de respect des procédures par chaque acteur. Au bout de la 14<sup>ème</sup> mission, l'ensemble des districts ont été contrevérifiés et on note une amélioration progressive notamment sur :

- La réduction des écarts significatifs entre les résultats de la vérification et ceux de la contrevérification pour les performances relatives aux ACV, DRS, DDS ;

- L'amélioration de la rigueur et de l'objectivité dans le travail des ACV et des pools d'évaluateurs des structures de régulation.
- Le délai moyen du processus de paiement des subsides est passé de 242 jours à 35 jours en moyenne entre la 1<sup>ère</sup> et la 10<sup>ème</sup> mission de contre-vérification.

Cependant, plusieurs insuffisances ont été déclarées lors des dernières missions après l'effectivité du passage à échelle notamment : (i) le mauvais archivage des outils primaires du SIG ; (ii) l'absence de preuve de réalisation de certaines activités ; (iii) le retard dans la réalisation des évaluations qualité par les régulateurs (DDS, DRS) du fait de l'indisponibilité de ressources financières pour conduire l'activité ; (iv) le non-respect des procédures de gestion financière par les régulateurs et les établissements de santé.

Pour renforcer les capacités des gestionnaires sur les procédures de gestion financière simplifiée et de s'assurer de la bonne utilisation des ressources, les ACV ont recruté des assistants comptables pour renforcer le coaching des établissements de santé et des régulateurs. En outre, des missions de suivi-supervision (STASS, UCP Santé) sont organisées pour s'assurer de la disponibilité des acquisitions et corriger les mauvaises pratiques.

Toutefois, le turn-over (mutations, nouvelles affectations, mise à disposition pour poursuite d'études) du personnel de santé ne permet pas de consolider les acquis en matière de gestion financière, de rapportage et d'archivage. Ce qui fragilise la performance de l'établissement ou de la structure de régulation.

## **Performance des structures sous contrats**

- **Qualité technique des soins et services dans les établissements de santé**

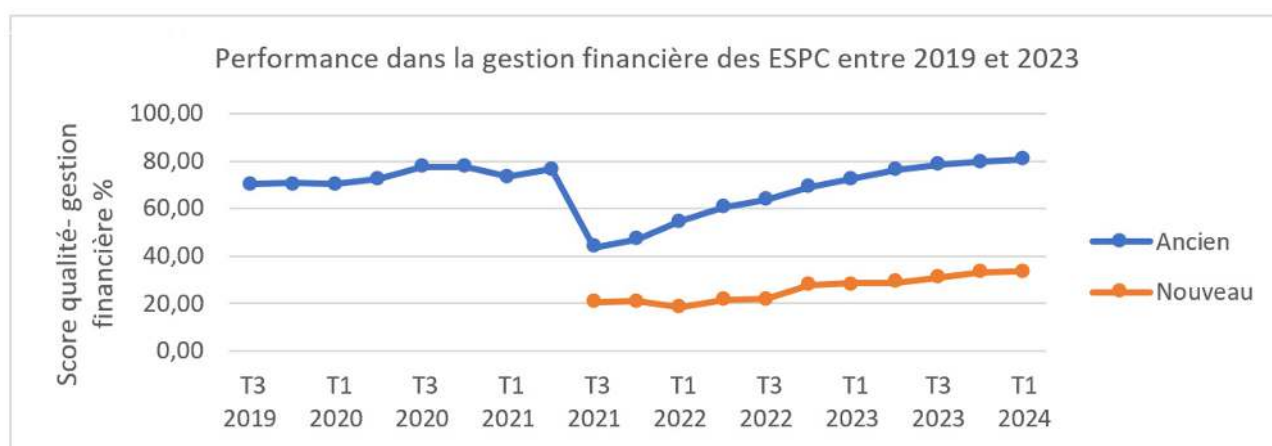
Les évaluations de la qualité technique des soins conduites par les ECD ont permis l'amélioration de la qualité des services. Le score qualité globale est passé de 81% au 3<sup>ème</sup> trimestre 2019 puis à 63% au 4<sup>ème</sup> trimestre 2024. Cette baisse apparente du niveau de score qualité est due à deux facteurs : (i) la révision de la grille d'évaluation qualité avec l'intégration de nouveaux indicateurs et de critères permettant de mieux apprécier la qualité technique des services et des soins et (ii) l'intégration de nouveaux districts sanitaires ayant un faible score qualité.



- **Amélioration de la gestion financière dans les établissements de santé**

Avec l'approche FBP, les structures sanitaires ont disposé d'outils de gestion financière pour leur permettre d'utiliser efficacement des ressources à leur disposition (ressources propres, subsides FBP, ressources PTF, etc.). L'évaluation de la gestion financière lors des évaluations de la qualité technique est liée à la disponibilité des documents financiers et comptables (*Rapports mensuels de trésorerie prenant en compte l'ensemble des ressources de la structure, des rapports, rapport financier*

*trimestriel d'utilisation de l'ensemble des ressources*) et le management (utilisation des ressources, évaluation du personnel pour la répartition des primes de performance). Les résultats des évaluations montrent un bon niveau de performance dans les districts de la phase pilote malgré une baisse observée lors de l'introduction de la nouvelle grille. Le faible niveau de disponibilité et/ou la tenue des documents dans les nouveaux ESPC peuvent s'expliquer par le fait que le FBP introduise un nouveau mode de gestion dans un grand nombre de structures sanitaires ; le changement des pratiques peut donc être lent.



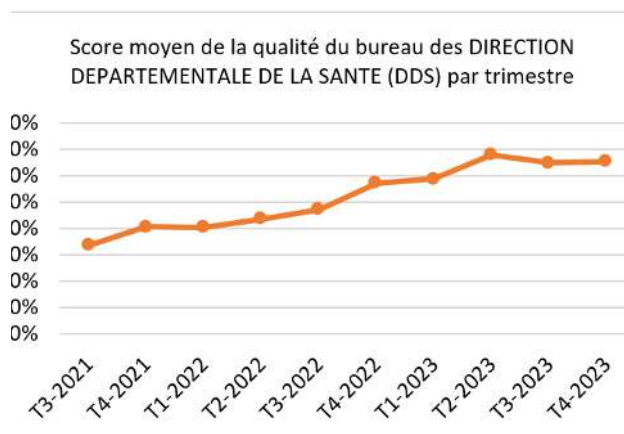
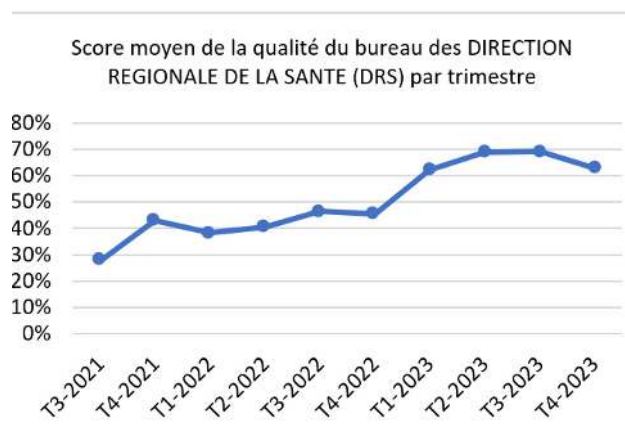
- **Amélioration de la qualité des données dans les établissements de santé**

Dans le cadre du processus d'intégration des données du FBP dans le SNIS, le MSHPCMU a fait le choix de ne retenir que des indicateurs collectés en routine dans le DHIS2 national. Ainsi, les rapports mensuels SIG élaborés par les établissements sanitaires et saisis dans le DHIS2 font aussi office de données déclarées dans le cadre du FBP avant vérification par les ACV. L'avantage de cette approche est d'améliorer la qualité des données saisies dans le DHIS2 national qui bénéficient alors systématiquement d'une vérification sur site à partir des outils de collecte primaire. À l'issue des vérifications

des données par les ACV, on note que le FBP a permis une réduction importante des écarts entre les données déclarées, vérifiées et validées.

- **Performance des régulateurs (DRS, DDS)**

Les DRS et DDS ont vu également leur performance en tant qu'entité de régulation et de supervision opérationnelle. Leur mise sous performance a montré des acquis en matière de cadre de planification dans leur région et district sanitaire. On note également la régularité des supervisions des établissements de leur aire sanitaire.



## Païement et utilisation des subsides

- **Païement des fonds de démarrage et des subsides aux structures sanitaires sous FBP**

Après le système de vérification des données, les ACV éditent les factures qui sont transmises à l'UCP Santé-BM pour paiement ; le STASS s'assurant en amont de leur conformité. Sur le SPARK-Santé, les subsides payés couvrent la période du T3 2019 au T4 2022. Ce sont 25,80 millions de CFA de subsides qui ont été payés aux structures sous contrats, y compris les **fonds de démarrage**.

- **Utilisation des subsides**

Selon le manuel de gestion financière simplifiée à l'attention des établissements de santé et des régulateurs, les subsides sont utilisés pour le fonctionnement et les primes du personnel. Au niveau des établissements de santé, l'utilisation de la prime du personnel est soumise à la condition d'avoir un minimum de 60% de score de la qualité technique.

Ces fonds ont servi à l'équipement en matériels biomédical (toises bésés, lits d'hospitalisation, lits d'accouchement, boîtes d'accouchement, chariot de faubert, des lampes chauffantes, etc.) et de fournitures de bureau, à des réhabilitations des centres (fosses à brûlage ou à placenta, dispensaire, maternité). On note également de bonnes pratiques, où des établissements prennent en charge les évacuations des patients en budgétisant le carburant de l'ambulance ou en offrant des repas à des parturientes pour les maintenir pour la surveillance postnatale. Grâce aux subsides, les cas de réhabilitation des centres de santé à l'aide des subsides sont notifiés tels que la maternité de la PMI de Bouaflé ou le CSR de Zuzuko dans le DS de Fresco. Un ensemble de bonnes pratiques est répertorié dans la section bonnes pratiques.

## Institutionnalisation du FBP

Au regard des enjeux des réformes en santé entreprises en Côte d'Ivoire (avec le défi d'une généralisation harmonisée de la stratégie de contrat de performances couplée à l'effectivité de la CMU), une réflexion est en cours en vue d'institutionnaliser le financement basé sur les performances.

Dans ce sens, un atelier de partage d'expérience a été organisé au niveau national en février 2022, au bénéfice de l'ensemble des parties prenantes (MSHPCMU, MEF, ministère du Budget, Société civile, secteur privé, etc.) afin de mobiliser et engager les décideurs.

Globalement cela a consisté à mener la réflexion sur les fonctions FBP à institutionnaliser, les acteurs et le renforcement de leur capacité, les mécanismes à adopter ou à adapter, cela pouvant induire éventuellement de prise de textes réglementaires.

En vue d'accompagner le STASS dans le processus d'institutionnalisation des fonctions du FBP, le nouveau contrat de l'AVEI prévoyait une assistance technique pour une internalisation des fonctions FBP dans un contexte de développement de l'achat stratégique qui va se faire autour de la couverture maladie universelle (CMU). La réflexion a été initiée en 2021 par le ministère afin de définir des critères rigoureux et le montage institutionnel de contre vérification afin d'une identification adéquate de la structure nationale devant être renforcée pour assurer le relai de l'AVEI.

Un groupe technique composé d'acteurs du MSHP, du STASS, de l'UCPS-BM, du MEF, du MBPE et de l'AVEI a travaillé à l'élaboration d'une note conceptuelle à adresser au ministre de la santé, des TDR du processus pour l'élaboration d'une feuille de route de l'institutionnalisation du FBP.

Le processus d'identification de structures nationales pouvant prendre le relais à la vérification et à la contre vérification n'a pas pu aboutir. En effet, pour la contre vérification, l'Inspection générale de la santé (IGS) initialement identifiée a été formée et a participé aux missions de contre vérifications. Cependant, étant donné que les contrats de l'AVEI et des ACV n'étaient pas encore signés dans l'attente de la mise en place du nouveau projet PSNDPE, il revenait difficile aux entités de supporter les frais d'un transfert de compétences aux structures nationales.

En outre, les réflexions ont abouti à ce que le transfert de compétences ne se limiterait pas seulement à la compétence technique mais également devrait intégrer un transfert de moyens matériels et techniques. La vision étant de véritablement chercher des gains d'efficacité dans le transfert des compétences aux entités nationales.

Aussi, depuis octobre 2023, un appui à la réflexion sur l'harmonisation des dispositifs de financement de la santé a été initié avec l'appui du Global Financing Facility (GFF), de l'OMS et de la BM. Ainsi, trois (3) webinaires sur le financement de la santé et un atelier international sur l'achat stratégique ont été organisés avec la PNCFS, le MSHPCMU, le MEPS, le MBF, la société civile et le secteur privé. Cela devrait aboutir à la définition de documents normatifs et stratégiques sur le financement de la santé, sur l'achat stratégique et l'institutionnalisation du FBP.

### **Mise sous performance des acteurs du STASS, du niveau central, tertiaire et du secteur privé**

Avec l'assistance technique des experts du cabinet Ginger International, le processus de contractualisation des entités du secteur privé, central et tertiaire a été entamé.

Pour le niveau central, à l'issue de plusieurs séances de travail avec les directions centrales, des cadres de performance ont été produits. Plusieurs discussions ont permis de valider in fine les modalités de contractualisation du STASS et du niveau central. Le STASS a été mis sous performance au premier trimestre 2024.

Pour le secteur privé, la DEPPS a développé en collaboration avec le STASS, une note conceptuelle pour l'intégration de ses structures dans le FBP. Par la suite, une séance d'information et de présentation a été organisée avec les représentants du secteur privé que sont la plateforme du secteur privé de la santé (PSPS-CI) et ses principales faitières (...).

Sous la coordination de la DMHP, des séances de travail ont été organisées avec les responsables des CHU sur les possibilités de contractualisation de certains services. En raison du statut particulier des CHU qui sont des entités autonomes, il a été proposé d'aller vers un processus d'accompagnement d'une démarche qualité et vers l'accréditation des services en lien avec la contractualisation. Le processus devant mieux prendre

effet dans le nouveau programme santé, développement de la petite enfance (PSNDPE).

Cependant, pour le niveau tertiaire, privé et central, le processus de contractualisation n'a pu aboutir à la validation des modalités et la signature des contrats. La priorité a été de maîtriser au mieux le passage échelle des structures sanitaires dont les problèmes de gestion et de l'utilisation des ressources étaient récurrents.

En outre, face à l'épuisement des ressources du projet, la mise sous performance qui nécessitait la formation, le déploiement des instances de vérification et de facturation ainsi que le paiement des subsides ne pouvaient être supportés par le projet. Il fallait attendre les ressources additionnelles pour déployer la stratégie de contractualisation.

### **Renforcement des capacités techniques du STASS**

En mai 2023, par arrêté n°0224 du MSHPCMU/CAB du 25 Mai 2023, la CTN-FBP est devenue le Secrétariat technique de l'achat stratégique en santé (STASS). Ses missions ont évolué à la coordination de l'harmonisation des réformes de financement de la santé.

Par ailleurs, les capacités du STASS ont été renforcées à travers le recrutement d'un nouveau coordonnateur en 2021 et d'assistants techniques (gestion des finances publiques, économiste de la santé, juridique, conseiller technique) . L'AVEI a également mis à disposition un assistant technique international pour l'appui à l'institutionnalisation du FBP.

Le personnel a été équipé en matériel informatique et de bureau et a été installé dans de nouveaux locaux. Ces appuis techniques ont véritablement permis au STASS d'accélérer et de réussir le passage à échelle du FBP au niveau géographique et d'amorcer le processus d'institutionnalisation du FBP en Côte d'Ivoire.



POUR UN SYSTEME DE SANTE PERFORMANT AU SERVICE DES POPULATION

# **HOPITAL GENERAL DE BINGERVILLE**

**PAVILLON D'HOSPITALISATION  
DE 20 LITS DU BLOC OPERATOIRE**



Sous Composante 1.2

# EXTENSION DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



## OBJECTIFS VISÉS DANS LE PAD

- Procéder au ciblage des ménages économiquement faibles (631 834) selon le plan du FBP
- Mettre en place le système d'information et de gestion du RAM
- Intégrer le secteur informel à la CMU

Dans la mise en œuvre du SPARK santé, en sa sous-composante 1.2 : Passage à échelle de la couverture maladie universelle, une convention a été signée entre l'UCPS-BM et la CNAM pour accompagner la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle (CMU).

De façon générale, la mise en œuvre du SPARK-Santé a créé un environnement favorable à l'opérationnalisation de la CMU. Cet environnement s'est traduit par l'instauration d'un cadre de travail dynamique réunissant les décideurs du MEPS, du MSHPCMU et de la Banque mondiale. Ainsi, quatre (4) réunions de concertation de haut niveau ont été organisées et une feuille de route conjointe a été élaborée pour l'accélération de l'extension de la CMU.

### Identification des indigents

La couverture maladie universelle comprend deux régimes. Un régime général de base qui est contributif et un régime d'assistance médicale (RAM), non

contributif. Selon le décret n°2018-925 du 12 décembre 2018 fixant les conditions et les modalités particulières d'assujettissement des personnes économiquement faibles ou démunies au régime d'assistance médicale de la couverture maladie universelle, les bénéficiaires sont issus de trois méthodes de désignation : (i) Les bénéficiaires de plein droit, (ii) Les bénéficiaires à la recherche et (iii) Les bénéficiaires à la demande.

Sur la période 2020 à 2021, suivant la méthode à la recherche, avec l'appui de l'UCP Santé Banque mondiale, des enquêtes ménages ont été conduites dans les localités majoritairement rurales du pays pour identifier les bénéficiaires du RAM. Ces enquêtes visaient à rechercher uniquement les personnes indigentes. Ainsi, 16 régions, 39 départements, 177 sous-préfectures et 2 741 localités ont été visités. Au total, 102 302 ménages ont été identifiés comme économiquement faibles, ce qui correspondait à 608 056 personnes indigentes, bénéficiaires du Régime d'Assistance Médicale.

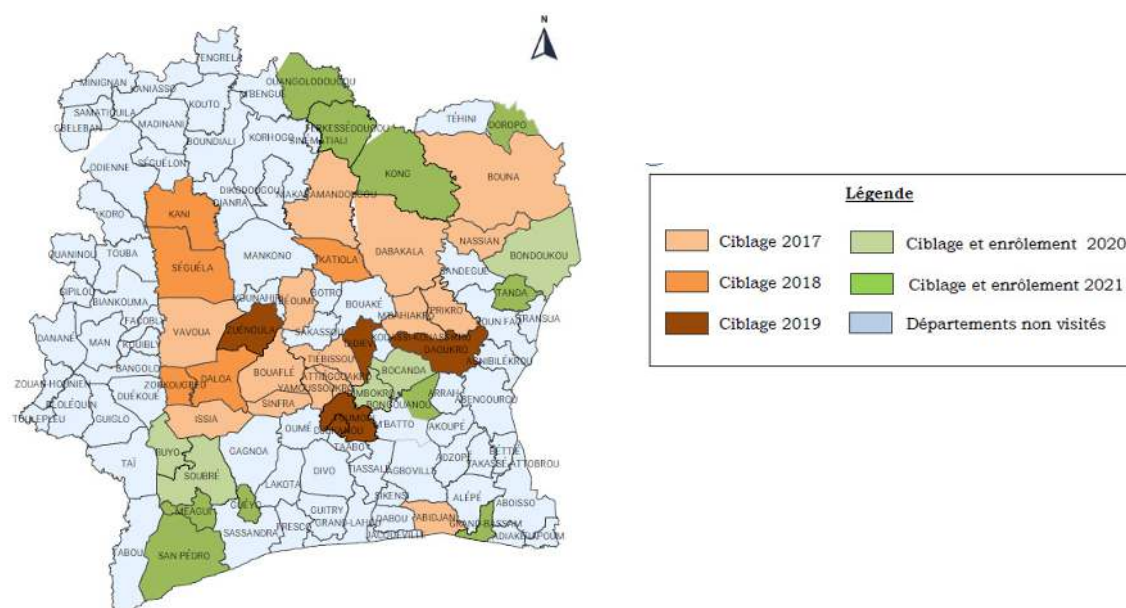


FIGURE 1 : CARTOGRAPHIE DES DÉPARTEMENTS VISITÉS PAR L'EII



## Enrôlement de la population

À la fin de 2021, 1 662 594 personnes indigentes ont été identifiées sur l'ensemble du territoire (**608 056** dans le cadre du projet SPARK-santé et 1 054 538 dans le cadre des filets sociaux). Les opérations de ciblage-enrôlement conduites entre de 2020 et 2021 ont permis d'enrôler 519 043 personnes dans les localités visitées dont 143 868 personnes indigentes. Par ailleurs, dans le cadre des enrôlements de routine, 455 221 indigents ont été enrôlés ; ce qui porte à 599 089 le nombre total d'indigents enrôlés, soit 36% des personnes économiquement faibles identifiées. Le problème majeur rencontré au cours des opérations d'enrôlements est lié à l'état civil. Près de 60% des personnes identifiées ne disposaient pas de documents administratifs. L'organisation des audiences foraines pour la délivrance des documents administratifs a été envisagée mais n'est pas encore mise en œuvre. La réflexion est en cours pour déterminer la méthodologie de la conduite des audiences foraines.

Aussi, pour aider à la réalisation de l'enrôlement **520 kits de ciblage** et d'enrôlement des ménages (terminaux Famoco, mini-imprimante, rouleau d'impression de récépissé, Power Bank) ont été acquis. En plus, quatre (4) box d'enrôlements ont été installées dans les établissements sanitaires afin de rapprocher les sites d'enrôlement aux populations.



(INSÉRER PHOTO DES BOX)

## Production et distribution des cartes des indigents

Sur 599 089 cartes attendues pour les indigents enrôlés, 406 807 cartes ont été produites, soit 68%. Pour résoudre les difficultés liées au processus de distribution des cartes, une organisation a été mise en place depuis 2023. Avec l'appui des directeurs régionaux de la protection sociale (DRPS) et des gestionnaires des opérations d'enrôlement, les cartes produites sont acheminées auprès des bénéficiaires. À ce jour, 386 025 cartes produites ont été distribuées, soit 95%.

## Extension du réseau de soins CMU

Afin d'améliorer l'offre de soins et faciliter leur intégration dans les réseaux des soins CMU, 22 Établissements de Santé à base Communautaire (ESCOM) ont été équipés en matériels biomédicaux. Le choix de ces établissements a été motivé du fait de leur haut volume d'activité et de leur proximité avec les populations.

Par ailleurs, 70 établissements de santé à Abidjan et à l'intérieur du pays ont bénéficié de branding dans l'optique de faciliter l'accès aux soins de santé et d'améliorer la visibilité de la CMU.





## Évaluation globale de la CMU en CI

Sept années après l'institutionnalisation de la CMU, les résultats paraissaient relativement peu satisfaisants. Le déploiement de la CMU semblait se heurter à des contraintes structurelles et à des difficultés opérationnelles. Ainsi, une évaluation externe s'est avérée importante pour identifier les causes profondes des dysfonctionnements ainsi que les mesures de redressement et de réformes à mettre en œuvre. Cette évaluation a été conduite par le cabinet R4D du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> septembre 2022, suivi d'un atelier de partage d'expériences sur la CMU.

L'évaluation a permis d'apprécier l'efficacité du dispositif institutionnel, des mécanismes de coordination de la CMU, de documenter les forces, les faiblesses, les opportunités ainsi que les menaces dans le processus de mise en œuvre de la CMU. Elle a également permis d'identifier les contraintes à l'efficacité opérationnelle et les goulots d'étranglement et d'analyser les effets de la politique de la CMU sur le droit à la santé des populations, en particulier celles les plus vulnérables et défavorisées.

Au terme de l'évaluation, une restitution a été faite en présence du Premier ministre et des ministres en charge de la santé et de la protection sociale. Une note synthèse résumant les principaux constats ainsi que les recommandations a été rédigée et adressée au Premier ministre et aux ministres en charge de la question de la CMU.

## Application de gestion des assurés CMU (MIRKA)

Dans le cadre de l'opérationnalisation de la Couverture Maladie Universelle (CMU), l'applicatif métier « ACTIV PREMIUM » a été déployé par la SNEDAI suite à un accord de partenariat Public Privé qui la liait à l'État de Côte d'Ivoire. Au cours du déploiement progressif et à l'utilisation à grande échelle de cet applicatif, d'énormes dysfonctionnements ont été rencontrés. Ainsi, le projet SPARK-santé a apporté son appui à la CNAM pour la conception et le développement d'un autre applicatif métier pour la gestion de la CMU. Cet applicatif dénommé « MIRKA » a été livré et est en production depuis novembre 2023 à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Il est pour sa première phase déployé au niveau central de la CNAM. À ce jour, ce sont 800 000 flux de cartes intégrées à MIRKA pour traitement. Aussi sur, 7 000 000 de flux de cartes issus des applications (ACTIV PREMIUM, CAPTIV SOUTION et ZETES), 4 000 000 de flux de cartes ont été intégrés au nouvel outil DERMALOG implémenté dans MIRKA pour l'immatriculation à la CMU. L'applicatif MIRKA couvre à ce jour, 80% des processus internes du métier. Au regard des résultats probants de cette première phase et de la nécessité de garantir une interaction complète avec tout l'écosystème de la chaîne de la santé, une deuxième phase s'avère nécessaire pour étendre la plateforme de gestion intégrée MIRKA à l'ensemble des autres acteurs par la digitalisation des processus sortants et entrants. Cette phase prendra effet dans le PSNDPE 1.



# APPUI AUX RÉFORMES ET RENFORCEMENTS DES CAPACITÉS



## OBJECTIFS VISÉS DANS LE PAD

- Mettre en œuvre un système de gestion comptable et d'information financière dans les différentes unités du MSHPCMU
- Apporter un appui à la mise en œuvre de la réforme hospitalière
- Appuyer la mise en œuvre d'une budgétisation fondée sur les programmes dans le secteur de la santé

Le ministère en charge de la santé met en œuvre plusieurs réformes dont la réforme budgétaire avec le budget-programme, la réforme hospitalière et la CMU. Cette sous-composante adresse :

### Mise en œuvre de systèmes de gestion comptable et d'information financière dans les différentes unités du MSHPCMU

Cette intervention devrait permettre d'assurer l'alignement des financements sur les résultats en matière de santé. Il s'agit de mettre en place dans les établissements de santé et dans chaque unité du MSHPCMU, des outils de suivi de l'emploi des ressources financières et de leur allocation par le biais d'un système de gestion comptable intégré.

Pour ce faire, un document projet a été élaboré avec une phase pilote dans 12 établissements sanitaires (CSU Aboboté, CSU Andokoi 2, CSU Yopougon Kassemblé, CSU Azito, CSU Banco Sud, CSR Attiékoï, CSR Ebimpe, CSR Ahoue, CSR Azaquie Blida, CSR Andokoi 2, HG Yopougon attié, DDS Anyama) et une phase d'extension dans 144 unités du ministère en charge de la santé.

Les acteurs des établissements cibles ont été sensibilisés à la mise en place du Système d'information Comptable et Financière (SICF). Un comité multisectoriel composé du ministère en charge de la santé, de l'économie et des finances et du budget assure le suivi et la validation des résultats du projet. Une analyse situationnelle a été réalisée dans les établissements pour évaluer le niveau de sensibilité (RH et système de management) des structures au principe comptable et le niveau d'utilisation des TIC. Cette démarche holistique part du principe que la mise en place d'un système de comptabilité de gestion touche à tous les niveaux de l'entreprise dont elle doit retranscrire tous les flux physiques et financiers.

À l'issue des travaux, ont été produits et validés par le GTT, les documents suivants : *les plans comptables, le manuel de procédures et guides d'imputation comptable, le modèle de comptabilité analytique par type d'établissement de santé, les fiches de postes et de profils* pour la comptabilité de gestion.

Le modèle s'appuie sur le fonctionnement d'une organisation administrative, comptable et Financière globale dans les structures cibles suivant deux modes :

- Un pôle administration comptabilité et finance pour les entités comptablement autonomes (cas des CHR, HG, CSU, C/FSUCOM) ;
- Un pôle de centralisation administratif et financier pour les entités sous administration centralisée (cas des CSR dont la gestion migrera des DD aux HG).

Une consolidation des informations du système de comptabilité de gestion est prévue au niveau régional et national.

L'issue de cette phase a permis pour la première fois d'éditer des bilans d'ouverture et de clôture de ces établissements cibles.

Toutefois, le système nécessite une réorganisation ou un renforcement des effectifs comptables par redéploiement, par recrutement ou par affectation et un renforcement des TIC. La mise en œuvre de cette phase pilote n'a pas pu bénéficier de ces effectifs dans l'attente du ministère en charge de la santé.

Les difficultés rencontrées au cours de cette phase sont classées en deux ordres : 1) technique : le profil du personnel à rendre disponible dans les établissements dès le démarrage du projet ; 2) politique : l'adhésion des responsables des établissements et la mise à disposition des données pour l'analyse situationnelle et l'élaboration des bilans d'ouverture. Ces éléments constituent des



leçons apprises à prendre en compte pour la phase d'extension.

## Appui à l'opérationnalisation de la loi portant réforme hospitalière

Dans le cadre de l'opérationnalisation de la loi N° 2019-678 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière, les ressources du SPARK-Santé ont permis à la Direction de la médecine hospitalière et de proximité (DMHP) de juillet 2020 à décembre 2023 d'élaborer et valider une série de 29 textes réglementaires (décrets et arrêtés) d'application de ladite loi. Il s'agit entre autres de textes fixant les conditions et modalités (i) de mise en œuvre du contrat de performance, (ii) de la mise en œuvre du dossier patient informatisé (DPI), (iii) de la certification et l'accréditation des établissements publics hospitaliers (EPH), (iv) de la rémunération, des indemnités et avantages des ressources humaines de la santé et les droits et devoirs des usagers de l'EPH.

**Défi:** Le cadre réglementaire étant fixé, l'accompagnement du projet se situera dans l'élaboration des outils de mise en œuvre de ces décrets notamment i) la mise en place de toute l'architecture du nouveau régime comptable et financier, ii) l'analyse de la cohérence au sein du cadre réglementaire édité et iii) la révision de la stratégie d'opérationnalisation de la réforme hospitalière.



## Appui à la mise en œuvre d'une budgétisation fondée sur les programmes dans le secteur de la santé

Le ministère de la Santé a démarré depuis 2020 la mise en œuvre du budget-programme au sein des unités opérationnelles. Cette décision s'inscrit dans le cadre de la réforme de la gestion des Finances Publiques débutée en Côte d'Ivoire en 2010 qui est une initiative communautaire lancée par les pays membres de l'UEMOA en 2009. L'approche budget-programme permet de formuler le budget sous la forme d'interventions tangibles traduisant la mise en œuvre des politiques publiques, notamment les politiques publiques de santé.

Pour réaliser la réforme, les attributions/missions du Ministère ont été traduites en séries d'actions réparties entre trois programmes : i) *Programme 1-Gouvernance*, ii) *Programme 2-Amélioration de l'offre et de l'accessibilité aux soins* et iii) *Programme 3- Amélioration de la lutte contre les maladies*. La mise en œuvre de ce cadre de financement appelle des réorganisations substantielles dans la chaîne des responsabilités budgétaires au sein du MSHPCMU. Elle nécessite la formulation de nouveaux outils de gestion pour cette chaîne. En lien avec les objectifs du SPARK-Santé, le projet a accompagné l'élaboration des outils tels que les contrats de performances et les drafts des arrêtés de nomination des responsables du budget opérationnel (RBOP), Responsable d'Unité Opérationnel (RUO), les formulaires de plans d'action annuel, les tableaux de bord et les rapports annuels de performance. Ces outils viennent ainsi opérationnaliser les dispositions du budget-programme. Le MSHPCMU conduit la production d'un rapport annuel de performance dans le cadre du budget-programme.

Les ressources du projet ont donc permis de mettre en place ces outils mais également d'instaurer un cadre de redevabilité des ressources mises à disposition des trois programmes.







COMPOSANTE 2

# RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE







SERVICE	
DATE	
NOM	
PRENOM	
AGE	
SEXE	
Enfant bien soigné - Enfant bien protégé	



# RÉHABILITATION-ÉQUIPEMENTS ET ASSAINISSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS



## OBJECTIFS VISÉS DANS LE PAD

- Réhabiliter et/ou équiper 50 centres de santé
- Assurer la connexion de 420 établissements à une alimentation électrique et/ou un réseau d'eau potable
- Élaborer un plan directeur des infrastructures et équipements nationaux.
- Mettre en place des mesures de sauvegardes environnementales et sociales

### Réhabilitation/équipement des structures de santé

Le projet a contribué au renforcement du plateau technique des structures de santé à travers (i) la réhabilitation de **52 établissements de santé** et de **02 Antennes de transfusion sanguine** (Man et Bouaké) ; (ii) l'équipement de **60 établissements de santé** en matériels de banque de sang, de réanimation et stérilisation, de maternité et de dispensaire.

Ce sont au total **1 679 établissements réhabilités et/ou équipés**, y compris ceux ayant utilisé leurs subsides FBP pour rehausser leurs plateaux techniques.

En plus des établissements sanitaires, le projet a procédé à la réhabilitation et l'équipement du Centre d'hébergement (40 lits d'accueils) et de la salle multimédia de l'INSP, de 09 Salles de simulation de l'INFAS pour les stages pratiques, d'un data center du MSHPCMU et de 04 Box d'enrôlement destinés à la CMU.



### Connexion en eau potable

Une mission de prospection de **100 ESPC a été réalisée**. Les perspectives sont le recrutement d'un consultant pour l'élaboration des cahiers de charge.

La mise en œuvre de cette intervention se fera à travers le PSNDPE 1.

### Mesures de sauvegardes sociales et environnementales

#### Instruments de sauvegarde

Pour limiter les éventuels effets négatifs issus de la mise en œuvre du projet, trois (3) instruments de sauvegardes environnementale et sociale notamment, le **Cadre de Gestion Environnementale et Sociale (CGES)**, le **Cadre de Politique de Réinstallation (CPR)** et le **Plan de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS)** ont été élaborés, diffusés en Côte d'Ivoire et publiés sur le site web de la Banque mondiale le 15 janvier 2019. Le **Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP)** et le **Plan d'Action VBG/EAS/HS** ont également été élaborés.

#### Diagnostic environnemental et social

Le CGES comprend un processus de sélection environnementale et sociale des activités. Cette sélection a été réalisée à travers le diagnostic environnemental et social (Screening). Les missions réalisées en collaboration avec l'Agence Nationale de l'Environnement (ANDE) sur 67 sites ont conclu que les activités du SPARK santé n'auront que des impacts négligeables, temporaires et de portée spatiale très limitée (effets circonscrits aux périmètres des travaux et aux environs immédiats des chantiers).

Les sous-projets ont donc été classés en catégorie de projet à « risque faible » de la Banque mondiale et aucune autre évaluation environnementale n'a été requise après la « sélection environnementale et sociale ». Des prescriptions environnementales et sociales nécessaires pour une gestion optimale des impacts environnementaux et sociaux ont été identifiés et inclus sous forme de clauses environnementales et sociales dans les DAO et les Contrats des prestataires.

### Suivi environnemental et social

Toutes les entreprises de réhabilitation ont produit un **Plan Hygiène Sécurité Environnement (PHSE)** pour chaque site qui ont été examinés et validés avant le démarrage des travaux. Des séances de consultation des parties prenantes ont été organisées et les services à réhabiliter ont été délocalisés de façon temporaire et dans des conditions acceptables avant le démarrage des travaux.

Les Responsables des entreprises prestataires ainsi tout leur personnel ont respectivement signé les codes de conduite prestataires et individuels.

Les missions de suivi environnemental et social ont été réalisées sur les sites réhabilités.

- Ces missions ont révélé que (1) les mesures d'atténuation des impacts négatifs notamment et (2) les mesures de bonification des impacts positifs des activités de réhabilitation ont été mises en œuvre conformément aux Plans Hygiène Sécurité Environnement (PHSE).
- Les entreprises prestataires ont privilégié l'emploi de la main-d'œuvre locale pour les travaux ne nécessitant pas de qualification particulière. Pour la gestion des effets éventuels de l'afflux de main-d'œuvre extérieure sur les populations locales, notamment les risques de propagation de maladies, des campagnes de sensibilisation contre les IST, VIH/SIDA et COVID-19 ont été réalisées par les entreprises prestataires.
- Par ailleurs, aucun incident/accident n'a été rapporté ou constaté sur les sites pendant les travaux de réhabilitation.
- Pour veiller à la bonne application des instruments de sauvegarde préparés en conformité avec les politiques activées par le projet, l'UCP a recruté deux spécialistes : l'un en charge de la sauvegarde environnementale et l'autre en charge de la sauvegarde sociale, aidés dans leur tâche par des

assistants qui assurent le suivi de la mise en œuvre des exigences.

- Pour renforcer le suivi, les Directeurs Départementaux de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (DDSHPCMU) ainsi que les responsables des établissements sanitaires cibles ont été sensibilisés et se sont impliqués dans le suivi régulier des travaux pour une application systématique des mesures de sauvegardes par les entreprises contractantes et leurs sous-traitants.
- 113 points focaux sauvegarde ont été désignés au niveau des Districts Sanitaires pour renforcer le suivi local et quotidien des mesures environnementales et sociales.

### Gestion des déchets sanitaires

Le projet a mené plusieurs actions dans le cadre du renforcement des capacités nationales et locales pour la gestion des déchets.

Ainsi, le cadre politique, normatif et de planification a été renforcé à travers :

- L'élaboration du Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2021-2025 (PNGDS 2021-2025). Ce plan a été validé en atelier national en mars 2021. Il a été adopté en réunion de Cabinet et préfacé par le ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle ;
- La révision du Document de politique nationale gestion et des Directives nationales de gestion des déchets sanitaires ;
- L'élaboration du Manuel de bonnes pratiques E&S et de normes de sécurité.

Aussi un Consultant a-t-il été recruté le 08 février 2022 pour accompagner vingt (20) Districts sanitaires dans la **polarisation et la contractualisation** sur une période d'un an. Sa mission a été de mettre à la disposition des Districts sanitaires les outils suivants pour l'opérationnalisation de la polarisation et la contractualisation :

- Canevas de microplan ;
- Formulation de la stratégie de polarisation ;
- TDR type pour le recrutement de prestataires dans le cadre de la contractualisation ;
- Cahier de charge type pour les prestataires ;
- Projet de Convention type niveau District sanitaire ;
- Outils de traçabilité : Bordereau de suivi.
- Mobilisation des parties prenantes





## Mobilisation des parties prenantes

Dans le cadre de l'élaboration du CGES du Projet, les parties prenantes de Korhogo, Man, Agboville, Guiglo et Divo ont été consultées en vue d'une part de les informer sur le projet et d'autre part de recueillir leurs points de vue et préoccupations.

Pour renforcer l'implication des acteurs locaux dans la gestion des déchets sanitaires, **47** personnes issues des directions départementales, des établissements de santé et des mairies ont été formées à la **gestion des déchets sanitaires** et à **l'utilisation optimale des incinérateurs** en juin 2021 sous la supervision de la DHPSE.

Par ailleurs, il a été installé vingt (20) **Comités de Gestion des Plaintes** (CDP) composés de dix (10) à douze (12) membres dans les Districts sanitaires de *Cocody-Bingerville, Port-Bouët-Vridi, Marcory-Treichville, Abobo Est, Anyama, Koumassi, Yopougon Est, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Grand-Bassam, Aboisso, Odienné, Man, Bondoukou, Bouna, Daloa, Gagnoa, Abengourou, San-Pedro, Korhogo et Bouaké*. Ensuite, des sessions de formation ont été organisées à l'endroit de **230 membres**. Ces CGP initialement installés pour la COVID-19 sous la composante CERC ont également servi pour les activités du SPARK-Santé.

## Études

Une (01) étude environnementale et sociale a **été réalisée** en octobre 2023. Il s'agit de **l'Audit environnemental et social** (AES) des sous-projets réhabilitation du SPARK Santé.

### Mesures qualité, d'hygiène, de sécurité et d'environnement

Afin de renforcer son système de gestion ainsi que celui des entités avec lesquelles elle travaille et les rendre plus performants par l'adoption d'une démarche qualité selon la norme internationale ISO 9001 (2015), l'UCPS-BM s'est inscrit dans une démarche qualité. Ainsi, l'appui de l'UCPS-BM **à l'endroit** des contractants et de leurs sous-traitants, des établissements sanitaires cibles et des agences d'exécution porte sur : (i) les pratiques pour la satisfaction des bénéficiaires ainsi que les agents travaillant sur le Projet, (ii) la sécurité et la santé au travail pour les travailleurs et (iii) le traitement des plaintes et réclamations des clients.

Comme perspectives, l'UCPS-BM prévoit donc de (i) faire un diagnostic de l'organisation, du fonctionnement et des différentes procédures des structures concernées y compris l'UCPSBM par rapport aux exigences normatives, (ii) identifier les points forts et les points faibles, les opportunités, les problèmes/contraintes, (iii) dégager les axes d'amélioration du système et les valider, et (iv) élaborer et mettre en œuvre un plan d'action.



Sous Composante 2.2

# SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET NUTRITION



## OBJECTIFS VISÉS DANS LE PAD

- Intensifier les interventions de (SR/PF)
- Rapprocher les services prénataux aux populations vivant au dernier kilomètre dans 10 districts sanitaires
- Étendre les activités de nutrition à la totalité des 113 districts sanitaires

### Intensification des interventions de SR/PF

Conformément au document projet du SPARK-Santé, une convention a été signée en mai 2020 avec l'UNFPA pour une assistance technique au PNSME en vue de la mise en place d'un réseau de 221 maternités SONU sur une période de 03 ans. Les stratégies clés de cette convention sont : (i) le renforcement des capacités des établissements sanitaires en médicaments, matériels et formation pour offrir des services SONU et PF, (ii) l'amélioration de la qualité de l'offre des services SONU /PF ; (iii) le renforcement des capacités des communautés à l'utilisation des services SONU/PF et (iv) le renforcement de la coordination et du suivi-évaluation des interventions SONU/PF.

Pour le renforcement de capacités des prestataires et des établissements sanitaires ainsi que l'amélioration de la qualité de l'offre des services SONU /PF : ce sont 219/221 maternités, soit 99% équipées et plus de 2 000 prestataires formés en SONU et en technologie contraceptive pour une offre de services de qualité. 148 Consultations foraines de sensibilisation ont été réalisées, et ont permis de toucher plus de 146 000 personnes.

Afin d'impliquer davantage la communauté, 33 PAD (Prêt à Diffuser) ont été produits et diffusés en langues locales sur l'importance des SONU/PF dans les 33 régions sanitaires. Plus de 400 leaders communautaires et religieux se sont engagés pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Environ 569 321 personnes ont été informées sur la SR/PF. Par ailleurs, les capacités de 515 ASC dont environ 61% des femmes ont été renforcées en communication pour le changement de comportement (CCC) sur les SONU/PF et 14 blogueurs ont été formés et sensibilisés sur des thématiques clés.

Pour soutenir le dossier d'investissement du GFF relatif à l'établissement dans les régions sanitaires de comités d'examen de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et périnatale, les acteurs ont été encadrés à l'établissement du rapport de la Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR) de 2017 à 2020. Cette activité a permis d'identifier des actions de riposte pour éviter la survenue de décès maternels de causes évitables.

Par ailleurs, dans le cadre de la politique de délégation des tâches, 25 Médecins généralistes ont bénéficié des formations théoriques et pratiques pour l'offre de SONUC (césarienne, accouchements, etc.) pendant 04 mois. Plus de **150 consultations prénatales** et **50 césariennes** ont été effectuées par ces médecins au cours des stages pratiques durant 01 mois.

Des documents majeurs ont été élaborés :

- Les dossiers obstétricaux et néonataux standardisés révisés pour intégrer l'innovation du « e-dossier » et prendre en compte les nouvelles directives de l'OMS et de l'OOAS ;
- Le document de la politique nationale de délégation des tâches et le plan opérationnel pour la prise en charge des urgences obstétricales, néonatales, gynécologiques (césarienne, GEU) et chirurgicales (hernie, appendicite, laparotomie).

Les perspectives sont la formation de 215 nouveaux médecins généralistes à la délégation des tâches, l'intégration de ces médecins au CES de Gynécologie et leur redéploiement dans les districts à fort taux de décès maternels.





CÉSARIENNE EFFECTUÉE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU CHR DE DALOA DANS LE CADRE DE LA DÉLÉGATION DES TÂCHES

## Mise en œuvre du projet "See your baby "

Ce sous-projet complémentaire aux interventions de la convention d'assistance technique avec l'UNFPA a contribué à (i) rapprocher les services SRMNI des populations vivant à plus de 15 km des centres de santé et à (ii) rendre disponibles les services SRMNI de qualité au niveau communautaire. Il a été implémenté dans 10 districts pilotes : *Dimbokro, Sintra, Gagnoa 1, Méagui, Bondoukou, Korhogo, Odienné, Aboisso, M'bahiakro, Man*.

Les résultats enregistrés sont : (i) la réalisation de la collecte des données de base en août 2020 au sein des districts sanitaires de mise en œuvre du projet et des districts contrôle ; (ii) la formation de 71 des agents de santé communautaire sur la stratégie avancée et mobile ; (iii) la formation de **80 formateurs dont 30 médecins et 50 sages-femmes à la pratique de l'échographie** (iv) la réalisation de **2 032 échographies dont 79 anormales soit 3,76%** (v) et la formation de 71 prestataires de santé à la collecte et au rapportage des données. Ce sont au total **7 044 personnes** qui ont bénéficié des services de santé de qualité à travers ce sous-projet à la date du 31 Mars 2024.

## Sous projet RASSUR

Dans le but de renforcer l'accès aux services d'accueil d'urgence au niveau périphérique dans le district autonome d'Abidjan, le MSHPCMU à travers la DMHP a sollicité un appui pour la mise en œuvre d'un sous projet de renforcement de l'accessibilité aux soins et services d'urgences (RASSUR). L'objectif du projet est d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services d'urgences gynécologiques, médicales et pédiatriques à travers : i) l'aménagement d'une unité de prise en charge des urgences au sein de l'établissement ; ii) la production de documents nationaux de prise en charge des urgences gynécologiques, pédiatriques et médicales ; et iii) la formation des prestataires sur ces protocoles de prise en charge. Initialement le projet était conçu pour être mis en œuvre dans 24 établissements de santé (16 ESPC et 08 HG/CHR) de 11 districts sanitaires. Les cibles du projet ont été revues avec le MSHPCMU pour une phase test dans 06 établissements de santé de premier contact et un hôpital général.

Ainsi, les unités d'urgences de 04 sites ont été aménagées (CSU Attinguié, FSUCOM GESCO, HG Dabou, de FSU Niangon sud). Des équipements biomédicaux et des matériels de bureau ont été acquis et mis à disposition des établissements de santé. En outre, avec l'implication des sociétés savantes de gynécologies, de pédiatrie et de médecine interne (SOGOCI, SIP, SIMI), des documents sur les protocoles de prise en charge des urgences pour chaque spécialité ont été élaborés ainsi que des manuels de formateur et d'apprenant. Ce sont 35 prestataires (médecins, infirmiers et sages-femmes) qui ont été formés et coachés par les professeurs.

## Disponibilité des médicaments au dernier kilomètre

Le projet SPARK-Santé a permis le déploiement de MSUPPLY, logiciel national de gestion de stock dans les districts sanitaires Buyo, Nassian, Dabakala et Tiébissou. Au total, 101 structures sanitaires (ESPC, HG, CHR et DS) ont été dotées d'équipements informatiques (tablettes et ordinateurs) et de connexion internet. Par structure sanitaire, les capacités de l'agent en charge de la gestion de la pharmacie ont été renforcées à l'utilisation de l'application de gestion de stock.

Le déploiement de l'application a contribué à l'amélioration de la complétude et de la promptitude des rapports mensuels des pharmacies des structures sanitaires ; ce qui a permis de prévenir les ruptures des produits de santé.

Par ailleurs, l'identification d'une personne en charge de la gestion de la pharmacie, permet aux prestataires de soins d'avoir plus de temps pour la consultation des patients, ce qui a contribué au renforcement de la qualité de l'offre de soins.

Au 31 mars 2024, le taux d'utilisation du logiciel était de 51,51%.



## L'enquête sur l'offre de services sanguins

En vue de contribuer à la réduction de la pénurie de sang en Côte d'Ivoire, Le Centre National de transfusion Sanguine (CNTS CI) et Innovative Healthcare Solution (IHS) ont conduit une mission exploratoire de diagnostic approfondi du système de collecte et de distribution du sang en Côte d'Ivoire en novembre 2021. Cette mission a permis d'identifier les besoins en termes de réhabilitation, d'équipement, de ressources humaines et financières des Centres de Transfusions Sanguines (CTS), Antenne de Transfusion Sanguine (ATS), et les Sites de Prélèvement (SP).



## Nutrition

Le projet SPARK Santé a contribué au renforcement des interventions de nutrition. En effet, en vue d'accélérer le passage à échelle d'un paquet d'interventions à haut impact et de renforcer les capacités des acteurs du système de santé en nutrition, le MSHPCMU a signé le 12 mai 2020 une convention avec l'UNICEF pour un appui technique au Programme National de Nutrition (PNN). D'un montant initial de dix millions (10 000 000) d'euros sur une période de 2 ans, un avenant pour une extension sans coût a été signé en février 2023. Cet avenant a permis de revoir le montant alloué à l'UNICEF à huit millions cinq cent quatre-vingt-deux mille neuf cent quarante-deux (8 582 942) euros. Le reliquat du montant initial de la convention a donc fait l'objet d'une exécution directe par l'UCPS-BM.



Le projet SPARK-santé a contribué l'extension de la couverture nationale des structures de santé offrant des services de nutrition : la proportion des services de santé offrant des services de prise en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) dans les établissements sanitaires publics est passée de 46,45% à 83%.

Spécifiquement, le projet a permis l'offre du paquet complet de nutrition dans 1 382 établissements sanitaires (ouverture de 74 UNT dans les CHR/HG et 1 308 UNTA dans les ESPC). Ces unités nutritionnelles thérapeutiques ont assuré de 2021 à 2023, la prise en charge de plus de 136 000 enfants malnutris sévères dans les UNTA avec un taux de guérison de 83,39%. Cela a été rendu possible grâce au renforcement des capacités des districts sanitaires.

Par ailleurs, un pool de 26 formateurs nationaux et 174 formateurs régionaux a été mis en place et a assuré la formation de 2 216 prestataires de soins de 1 364 structures sanitaires (74 hôpitaux de référence et 1308 établissements sanitaires de premier contact) sur le paquet complet de nutrition.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution des indicateurs de performance du PNN avec l'appui du projet SPARK-SANTE et des autres partenaires techniques et financiers.

TABLEAU 2 : L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	2021	2022	2023
Nombre d'enfants pris en charge dans les UNTA	34 236	45 450	56 737
Taux de guérison	76,60%	84%	89%
Taux d'abandon	2,40%	15%	10%
Taux de décès	0,30%	1%	0,52%

Les performances du programme sont satisfaisantes au regard de l'évolution des normes sphères au fil des années (Taux de guérison >75%, Taux de décès <3%, Taux d'abandon <15%).

Les structures sanitaires nouvellement formées ont été équipées en matériels anthropométriques, matériels culinaires, jeux d'éveil et éducatifs, outils de travail et de rapportage, et supports de communication pour la mise en œuvre des activités nutritionnelles. L'ensemble des structures sanitaires fournissant des services de nutrition ont été approvisionnées en intrants nutritionnels. De 2021 à 2023, le projet SPARK-Santé a permis l'acquisition de 47 764 cartons de Produits Alimentaires Spécialisés (46 408 cartons de Plumpy Nut, 361 cartons de F100, et 995 cartons de F75) et de 146 265 boîtes de déparasitant.





Les premières heures et les premiers jours de la vie d'un nouveau-né représentent un moment critique pour la lactation et pour fournir aux mères le soutien dont elles ont besoin pour allaiter avec succès. L'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) aide à motiver les établissements fournissant des services de soins maternels et néonataux pour un meilleur soutien à l'allaitement.

En redynamisant l'IHAB et en veillant à ce que toutes les structures sanitaires en charge du couple mère-enfant respectent les recommandations fondées sur des données probantes des soins maternels et néonataux, le taux d'allaitement peut être considérablement amélioré ainsi que la santé des mères et des enfants d'où la nouvelle appellation « Initiative Structure Sanitaire Amie des Bébés » (ISSAB).

Ainsi de 120 Structures Sanitaires ont été labélisées SSAB et doté de kit (téléviseur, clé USB, blouses, plaque de label, tableau de la politique de l'allaitement, algorithme de la mise au sein précoce et 1 tableau communautaire de la courbe de croissance). Par ailleurs, les capacités de 2449 prestataires de soins de 465 établissements sanitaires ont été renforcées sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ainsi que sur celui de la mère. Cette formation a été assurée par un pool de 201 formateurs nationaux et régionaux.

La faiblesse des activités promotionnelles et préventives menées par le système de santé est l'une des raisons expliquant les problèmes centraux de la lutte contre la malnutrition dans le système de santé. En effet, 5 188 957 enfants de 12 à 59 mois avaient été déparasités (dont 4 991 103 en campagne et 197 854 en routine) en 2020. Concernant la vitamine A, 5 506 830 enfants de 6 à 59 mois ont été supplémentés en campagne et 285 194

enfants en routine. Le projet SPARK-Santé a contribué à la réalisation de bien meilleures performances.

11 699 431 enfants de 12-59 mois ont été déparasités (stratégies de campagne et de routine confondues) et 16 903 504 enfants de 6 à 59 mois ont été supplémentés en vitamine A. Les activités promotionnelles et préventives ont aussi concerné :

- L'appui à l'organisation d'activités éclatées célébrant la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM). 6 854 544 personnes y compris sur les réseaux sociaux ont été sensibilisées sur les bonnes pratiques nutritionnelles dans les 113 DDS de 2021 à 2023 ;
- La diffusion de 950 émissions interactives sur la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles sur 61 stations de radio de proximité ;
- La traduction du PAD visuel sur les 1000 premiers jours en Malinké ;
- La diffusion de 08 PAD visuels et 4 PAD audio dans les salles d'attente de 1 130 centres de santé ;
- La formation de 06 coachs de « YES Communication » et 11 enfants dans le cadre de la télé-réalité « 1 à 12 » sur les Bonnes Pratiques Nutritionnelles à travers les ateliers culinaires pour la confection de mets à base d'aliments locaux ;
- La Sensibilisation de 4 000 personnes sur les Bonnes Pratiques Nutritionnelles lors de la finale de la télé-réalité « 1 à 12 ».

Le projet a également renforcé les capacités du PNN pour un meilleur suivi et évaluation des interventions de nutrition. Le personnel du PNN a été formé sur le DHIS2. Deux consultants (un logistique et un suivi et évaluation) ont été mis à disposition du programme. Les missions terrain du PNN ont été facilitées par la dotation de deux véhicules de type 4x4.



# RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ



## OBJECTIFS VISÉS DANS LE PAD

- Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques clés de ressources humaines en santé
- Appui au déploiement d'un système national d'information sur les ressources humaines comme aide à la décision
- Appui à l'augmentation des capacités de formation initiale et à l'amélioration de la qualité des agents de santé
- Appui à l'harmonisation des programmes de formation continue et Intensification du tutorat, du mentorat et de la supervision

Les interventions planifiées dans le cadre de l'appui au renforcement des ressources humaines de santé ont été révisées en cours d'exécution. En effet, la primature ayant initié en 2020 la conduite d'une étude analytique des ressources humaines en santé sur l'optimisation de l'organisation des soins et du dimensionnement des effectifs des professionnels du secteur public de la santé, le projet a convenu d'attendre les résultats et les recommandations de ladite étude. Ceci, dans le but de s'aligner sur les recommandations et la vision du gouvernement et spécialement du MSHPCMU sur la question des ressources humaines.

Sur la base des recommandations de l'étude, la DRH a élaboré en fin d'année 2021 un document projet de renforcement de la fonction ressources humaines en santé. Ce document projet adresse entre autres, le développement de la formation continue du personnel de santé pour les spécialisations, le développement de mécanismes de rétention, de fidélisation et d'incitation du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées et un déploiement équitable des ressources humaines sur toute l'étendue du territoire.

Dans l'optique de réduire les coûts de la formation continue en présentiel par la disponibilité d'infrastructures de formations modernes pour les enseignements, le centre d'hébergement de l'INSP et son centre multimédia ont été réhabilités. Des modules de formation e-learning ont été élaborés à cet effet. Par ailleurs, à travers la politique de délégation des tâches, 25 Médecins généralistes ont bénéficié des formations théoriques et pratiques pour l'offre de SONUC (Césarienne, accouchements, etc.). Le défi est de disposer d'une vision/plan directeur en matière de formation continue des ressources humaines.

Sur le plan de la formation initiale et au regard des objectifs du SPARK, le projet a contribué à renforcer les capacités des étudiants de l'INFAS sur les gestes et techniques de soin. Cet appui s'est fait par l'installation et l'équipement de neuf (9) salles de simulation au sein des sites de stages pratiques de l'INFAS.





De même, à la faveur de la mise en œuvre de la politique d'optimisation des compétences cliniques des étudiants de l'INFAS et des facultés des sciences médicales, une stratégie a été développée pour l'octroi de primes de stages communautaires. Cette stratégie nationale des modalités d'exécution des stages communautaires a été validée avec l'ensemble des structures techniques impliquées. Ce document prend en compte les spécificités liées aux stages communautaires des étudiants issus des écoles de formation initiale des prestataires de soins.

Par ailleurs, le projet a permis l'évaluation du Plan Stratégique de Développement des Ressources humaines en Santé (PSDRHS) 2018-2022 puis l'élaboration du Plan Opérationnel de Développement des Ressources humaines en Santé en alignement au PNDS 2021-2025. Il a également contribué à l'élaboration d'une stratégie nationale de fidélisation des personnels de santé en Côte d'Ivoire ainsi qu'au déploiement d'un système national

d'information sur les ressources humaines comme outil d'aide à la décision. Cette stratégie s'appuie sur le document-cadre de l'OMS : « Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : Recommandations pour une politique mondiale ». Ce document définit : (i) les éléments constitutifs du kit de fidélisation des personnels de santé en Côte d'Ivoire (les indicateurs de criticité et kit de fidélisation en fonction de la criticité des zones) ; (ii) les procédures d'octroi du kit de fidélisation (les bénéficiaires du kit, la durée du kit et la définition des zones de mise en œuvre de la stratégie de fidélisation) ; et (iii) les mesures d'accompagnement en termes de mobilité et d'octroi de bourses de formation. Le défi est l'appropriation de ces documents nationaux de stages communautaires et de stratégie de fidélisation du personnel de Santé.







# GOUVERNANCE - SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE





## OBJECTIFS VISÉS DANS LE PAD

- Renforcement des capacités opérationnelles des directions de la santé, au niveau des régions et des districts (Renforcement des capacités de la DIIS)
- Mettre en œuvre un système électronique de gestion des dossiers médicaux
- Soutenir l'intégration de données provenant du portail FBP, du système d'information de la CMU et d'établissements privés
- Appuyer la production du rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) et des enquêtes (EDS, SDI)
- Mettre en place des actions de renforcement de l'expression des populations et de la redevabilité

### Mise en place d'un datacenter pour le MSHPCMU

Au regard des enjeux importants liés à l'information sanitaire et au choix d'exploiter les solutions technologiques et numériques dans le système santé, le projet SPARK-SANTE a apporté un appui technique et financier au MSHPCMU pour l'acquisition et la mise en service d'un Datacenter. Ce Datacenter hébergera à terme toutes les applications en cours et à venir au MSHPCMU. Sa mise en place s'est exécutée en deux phases. La première phase a porté sur les travaux d'infrastructures (réhabilitation, aménagement du local identifié, câblerie courant fort et courant faible, etc.) ainsi que l'acquisition et l'installation de groupes électrogènes et onduleurs et des équipements de sécurité (incendie et électronique). La seconde phase a concerné l'acquisition, l'installation et la configuration de matériels informatiques et logiciels.

À ce jour, le Datacenter a été livré dans sa structure globale.

L'étape en cours est l'interconnexion du Datacenter aux structures sanitaires d'où proviendront les données. Dans cette perspective, le MSHPCMU à travers la Direction de l'Informatique et de la Santé Digitale (DISD) et l'UCPS-BM ont entrepris des rencontres avec différentes structures chargées des télécommunications (ANSUT, HUAWEI Côte d'Ivoire, Orange Côte d'Ivoire, MTN Côte d'Ivoire, Moov Africa, etc...).



DATA CENTER

Par ailleurs, dans la perspective d'une future collaboration et d'en faire le site de réplication du Datacenter, une visite de travail a eu lieu au Centre National de Calcul de Côte d'Ivoire (CNCCI). Le simulateur hébergé dans

ce centre de calcul est sous-utilisé (environ 18 % de sa capacité) et offre une réelle opportunité au MSHPCMU pour collaborer avec ledit centre.

En attendant la montée en compétence des agents du ministère pour la gestion du datacenter, le recrutement d'un intégrateur de solutions est envisagé. Ce dernier devra dans ces missions préparer l'équipe du MSHPCMU pour une prise en main de la gestion du Datacenter avec l'élaboration et l'exécution d'un plan de montée en compétences du personnel.

Enfin, pour une amélioration du fonctionnement du datacenter, il faut noter que :

- De nouvelles licences complémentaires du SGBD ORACLE sont nécessaires pour la migration des bases de données du MSHPCMU vers le Datacenter afin de sécuriser les données qui y seront hébergées et d'en assurer leur redondance et leurs fiabilités ;
- Des équipements additifs pour le stockage des données (mise en place d'un cloud privé pour la santé) et le renforcement des équipements de sécurité informatique du réseau du Datacenter sont nécessaires à acquérir pour la suite du projet ;
- Un plan de renforcement des capacités est à élaborer pour la formation des agents de l'équipe de gestion du datacenter.

## Conception et déploiement d'un Dossier patient Informatisé (DPI)

La mise en œuvre d'un système électronique de gestion des dossiers médicaux dans les hôpitaux de référence et les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) a conduit à la conception d'un applicatif dénommé Dossier Patient Informatisé (DPI). C'est le fruit d'une collaboration tripartite entre le MSHPCMU, l'UCPS-BM et Winlogic, le partenaire qui a développé l'application. Le DPI a été conçu de manière à garantir un suivi exact du patient et des indicateurs de qualité, à réduire la charge de travail liée à des tâches manuelles de traitement des données et à fournir une aide à la décision. Sa mise en place a suivi un processus rigoureux depuis sa conception, la phase test, l'évaluation par les utilisateurs et son amélioration. Une version adaptée aux ESPC a été également développée pour prendre en compte tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Son déploiement nécessite la réalisation de travaux de câblage dans les hôpitaux cibles afin de relier tous les bâtiments de l'établissement. La construction ou la réhabilitation de locaux pour servir de local technique

dans chaque hôpital est indispensable. L'utilisation du DPI requiert l'acquisition, l'installation et la configuration des équipements informatiques et logiciels ainsi que la fourniture d'internet. Au total, dix-huit (18) locaux techniques serveurs équipés ont été construits dans les hôpitaux, 1396 Ordinateurs et 937 imprimantes ont été fournis pour faciliter le déploiement et l'utilisation du DPI. Quant aux ESPC, 339 tablettes, 217 imprimantes et 80 points d'accès wifi ainsi que des onduleurs ont été acquis et mis en service.

Un volet important à relever est le renforcement des capacités des agents de santé et des responsables des établissements sanitaires pour l'utilisation du DPI. Ainsi, vingt (20) formateurs nationaux ont été formés pour assurer la formation et le coaching des utilisateurs les hôpitaux et les ESPC dans lesquels le DPI est déployé.

Le DPI est à ce jour en cours d'utilisation dans dix (10) hôpitaux et vingt (20) ESPC.

Le défi actuel reste l'interopérabilité du DPI avec les autres applicatifs tel que le SIH, le portail FBP, les systèmes d'information de la CMU, etc.

Il est aussi essentiel de veiller au renforcement des capacités des agents de santé et des responsables des établissements sanitaires en matière d'utilisation des systèmes électroniques.

## Rapport Annuel sur La Situation Sanitaire (RASS)

Le système d'information de gestion (SIG) mis en place depuis 1995 et géré par la Direction de l'Information Sanitaire (DIS) permet de collecter sur le plan national des données de qualité consolidées. À ce titre, l'une de ses missions consiste à élaborer annuellement le Rapport annuel sur la Situation Sanitaire nationale (RASS) qui se veut un document d'aide à la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La méthodologie pour disposer du RASS national nécessitait les étapes d'harmonisation des données sanitaires, la production du draft des RASS régionaux, la validation des RASS régionaux, la finalisation du draft du RASS national et enfin la validation du RASS national. Les RASS 2019, 2020, et 2021 ont été élaborés selon la méthodologie en vigueur et sont disponibles. En juin 2021, pour la toute première fois depuis l'appui de l'UCPSBM, le RASS 2020 a été rendu disponible au premier semestre conformément à l'indicateur du cadre de performance du projet. Des réflexions entre l'UCPS BM et la DIIS

concernant le processus d'élaboration du RASS 2022 ont abouti à une révision de la méthodologie en trois étapes afin de la rendre plus fluide et assurer la pleine participation des DRS et DDS. Il s'agit d'harmonisation des données sanitaires, la rédaction du RASS et la validation.

## Enquêtes EDS, SDI

Les enquêtes sur les indicateurs de prestation de service de santé (IPS-SANTE-CI) et l'Enquête Démographique de Santé (EDS) ont été réalisées en 2021 pour l'actualisation des données sanitaire en vue d'orienter la prise de décision pour le bien-être de la population. Les résultats de ces enquêtes ont permis pour le SDI de mettre en place plusieurs stratégies d'amélioration de la qualité des services de santé à travers le projet de fidélisation des ressources humaines de santé. Pour EDS les résultats ont permis d'actualiser les données, de mesurer les progrès réalisés et de définir les Baseline du cadre de performance du programme et d'estimer les cibles pour les FY de certains indicateurs du nouveau programme (PSNDPE).

## Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)

Dans l'objectif de renforcer les cadres de planification et de mise en œuvre des politiques de santé, le projet a appuyé l'élaboration du nouveau PNDS 2021-2025. Suite à l'évaluation du précédent plan, l'UCP Santé-BM a recruté un consultant international principal et un consultant suivi-évaluation pour appuyer la conduite du nouveau cycle de planification. À ce jour le diagnostic du secteur santé, la vision et les orientations stratégiques, le cadre de résultats ainsi que la matrice d'actions prioritaires ont finalisé en alignement au PND et au dossier d'investissement.

## Appui aux comptes nationaux de santé

Une partie des ressources du projet a été dédiée en 2022-2023 à soutenir la DAF pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé 2019-2020. Ce financement a permis de produire les matrices et annexes des dépenses de santé du compte global ; (ii) produire les matrices et annexes des dépenses par pathologie ; (iii) constituer les matrices et annexes des indicateurs sur l'accessibilité financière des ménages aux soins de santé, iv) de réaliser le traitement et le mapping des données des PTF/ONG dans l'outil SHA 2011 et v) de produire la note

de politique sur l'accessibilité financière des ménages aux soins de santé en Côte d'Ivoire.

## Régulation du secteur privé de la santé

- **Renforcement du cadre institutionnel, législatif et réglementaire**

Le projet avec l'appui du PASA a contribué à l'élaboration du **document de politique et de la stratégie d'intégration et de développement du secteur privé 2021-2025**. La vision de la politique adoptée est « *Un accès à des soins de santé de qualité et abordables pour toute la population de Côte d'Ivoire d'ici 2030, avec un secteur privé de la santé performant, pleinement intégré, développé et résilient* ».

Pour accompagner cette stratégie, le cadre réglementaire a été actualisé en intégrant la révision de la classification des établissements privés et l'élaboration de projets de textes législatifs et réglementaires. Dans un processus participatif et inclusif public privé, ce sont : (i) Un (01) répertoire de textes en vigueur pour l'intégration et le développement du secteur privé de la santé ; (ii) Vingt et un (21) projets de textes législatifs et réglementaires validés et introduits dans le circuit de signature.

- **Assainissement du secteur privé**

Les défis majeurs du secteur privé de la santé sont la disponibilité des données et la réduction du pourcentage d'établissements sanitaires privés illégaux. Pour adresser ces questions, le projet a apporté un appui pour la réalisation de la cartographie de **3 178 établissements sanitaires privés** répartis dans les 113 DDS, afin d'améliorer la gestion et la réglementation des structures sanitaires privées. Cette cartographie a montré une faible intégration des données du secteur privé dans le SNIS. Ainsi avec la plateforme du secteur privé de la santé (PSPSCI), des travaux relatifs à une stratégie d'intégration des données du secteur privé dans le SNIS ont été entamés.

Par ailleurs, pour faciliter l'enregistrement des établissements privés et la délivrance des agréments d'exercice, le projet a permis de développer une plateforme web interactive E-DEPPS ([www.deps.sante.gouv.ci](http://www.deps.sante.gouv.ci)) lancée par le ministre de la Santé le 5 octobre 2022. Ce lancement a été couplé au démarrage de l'opération « zéro clinique » illégale d'ici 2025.





Pour atteindre cet objectif, le Ministère a impliqué les autorités administratives, sanitaires, la société civile et la presse dans plusieurs régions sanitaires de la Côte d'Ivoire. Ainsi, d'octobre 2022 à fin mars 2024, 1 851 établissements sanitaires privés ont été contrôlés dont 83 disposant d'une autorisation d'ouverture et d'exploitation à jour, soit 4,42 %.

En termes d'impact de la campagne de communication et des contrôles des ESPr, 803 établissements sanitaires privés ont bénéficié d'autorisation d'ouverture et d'exploitation, ainsi que 1500 cartes professionnelles délivrées à fin mars 2024 ; une grande première en Côte d'Ivoire depuis plus de dix ans.

#### • Renforcement du dialogue public-privé

Le projet a accompagné la tenue de plusieurs réunions de la commission paritaire, ce qui a permis d'obtenir des consensus sur les actions de régulation du secteur privé dans sa participation aux réformes relatives à l'achat stratégique en santé avec un focus sur financement basé sur la performance et la couverture maladie universelle.

Par ailleurs, un appui a été accordé à la Plateforme du Secteur Privé de la Santé (PSPSCI) pour l'organisation en juillet 2023, de la conférence sur la contribution du secteur privé à l'atteinte de la CSU à l'horizon 2030 en Afrique.

## Engagement citoyen et communication

### Renforcement de l'expression des populations et de la redevabilité afin d'améliorer la qualité des soins

En vue de renforcer la participation communautaire à l'amélioration de la qualité des soins et services de santé, une convention a été signée en novembre 2020 entre l'UCPS-BM et l'organisation internationale ITPC WA (International Treatment Preparedness Coalition West Africa, d'un montant 950 000 000 F CFA pour une durée de 02 ans à travers le sous projet « Engagement citoyen ». Ce projet vise à renforcer la participation active des citoyennes et citoyens aux activités de santé pour améliorer la qualité et l'offre des services de santé en faveur des femmes enceintes, femmes allaitantes, femmes en âge de procréer et des enfants de moins de 5 ans dans 20 districts sanitaires en Côte d'Ivoire d'ici fin 2022. Les axes d'interventions visent à : (i) Renforcer l'engagement citoyen à la réduction de la mortalité maternelle et infantile à travers la redynamisation des Comités de Gestion (COGES) des centres de santé et la création des comités locaux d'action sanitaire (CLAS) ; (ii) Accroître la surveillance de la qualité des services de santé par les communautés à travers l'observatoire communautaire ; (iii) Mettre en œuvre des actions de plaidoyer pour une amélioration de la qualité des services de santé pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans ; (iv) Assurer la coordination et le suivi-évaluation des interventions.

Depuis sa signature, le taux d'exécution à ce jour est de 89% du montant reçu. Les résultats obtenus sont (i) le recrutement de l'équipe projet et des 12 ONG sous bénéficiaires ; (ii) l'acquisition du matériel roulant et

informatique ; (iii) la réalisation de la cartographie et de l'analyse des capacités des COGES et des CLAS en vue d'élaborer un plan de renforcement pour la redynamisation l'évaluation ; (iv) l'identification des indicateurs et l'élaboration des outils de collecte de données ; (v) la présentation du sous-projet au niveau des acteurs communautaires des districts cibles.

Par ailleurs, ce sont :

- 132 campagnes médiatiques organisées pour renforcer la sensibilisation sur la santé maternelle et infantile dans les districts sanitaires ;
- 133 campagnes trimestrielles de sensibilisation organisées par les CLAS ;
- 10 878 ménages touchés par 4013 visites à domicile ;
- 55 consultations foraines prénatales organisées par CLAS avec les prestataires de santé ;
- 17 968 entretiens individuels ont été réalisés par 75 agents communautaires formés pour la collecte de données ;

- 75 établissements sanitaires visités en routine par les collecteurs pour la collecte de données quantitatives et qualitatives

Concernant les bonnes pratiques, elles portent sur :

- Le Renforcement de l'engagement des communautés particulièrement des leaders communautaires autour de la question Mère-Enfant ;
- L'adhésion des femmes enceintes qui fréquentent de plus en plus des centres de santé ;
- La dynamique de collaboration entre les communautés et les prestataires qui s'est améliorée ;
- La présence des acteurs communautaires sur les sites sanitaires comme collecteurs, ce qui a contribué à plus d'engagements du personnel médical dans l'exécution de leurs tâches.





# COMPOSANTE 3

# GESTION DE PROJET

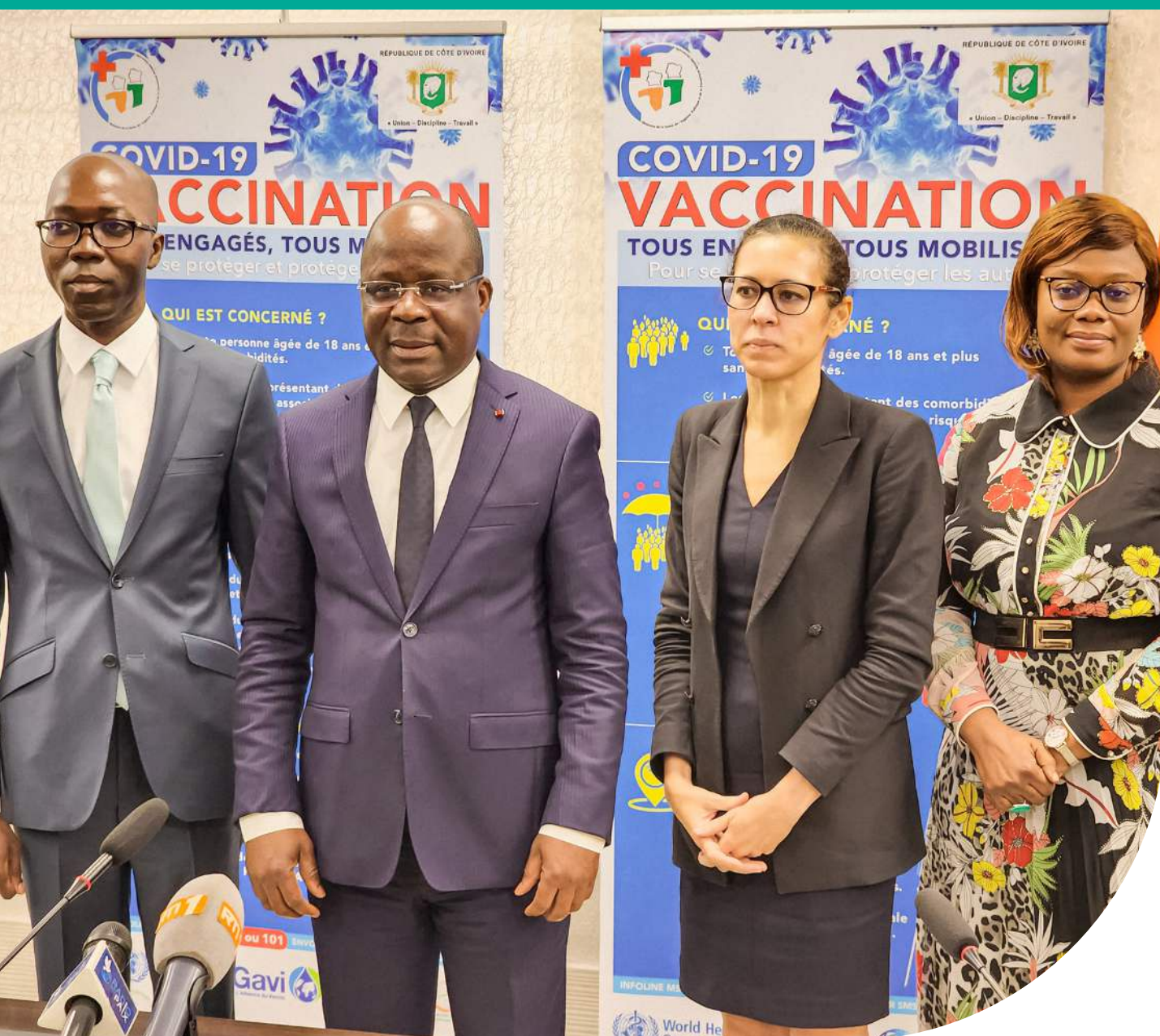








# COORDINATION DU PROJET





Le projet a organisé le lundi 16 mars 2020, la double cérémonie officielle (i) de clôture du Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux Urgences Épidémiques (PRSE) et (ii) de lancement du Projet d'Achat Stratégique et d'Harmonisation des financements et compétences en Santé (SPARK-Santé). La présente cérémonie a fait suite à la journée scientifique organisée le 4 mars 2020 sur les effets

transformateurs du PRSE sur le système, et qui a été le cadre pour les acteurs de mise en œuvre de présenter les résultats, les défis et les succès des interventions opérationnelles.

En matière de ressources humaines, l'unité de coordination s'est progressivement étoffée pour répondre aux besoins de gestion du portefeuille.





# SUIVI ET ÉVALUATION



## Comité de pilotage

Huit (8) réunions du comité de pilotage du projet SPARK-Santé se sont tenues de 2019 au 2024. Ces réunions ont porté sur les bilans programmatiques, financiers et de passation de marché du SPARK-Santé, et de la validation des plans de travail annuels.

## Planification

De juillet 2019 à mars 2024, l'exécution des interventions du projet SPARK-Santé a été faite à travers 06 plans de travail (PTAB-2019, PTAB-2020, PTAB-2021, PTAB-2022, PTAB-2023, PTAB-2024) pour lesquels les avis de non-objection (ANO) de la BM ont été obtenus respectivement le 07 octobre 2019, le 19 mars 2020, le 25 janvier 2021, le 06 janvier 2022, le 16 décembre 2023, le 16 février 2024).

## Missions de supervision

Le projet a bénéficié de 08 missions d'appui à la mise en œuvre des interventions. Ces missions de supervision ont été des occasions de réorientation des quelques interventions du projet ou du cadre de performance en fonction des priorités du moment d'une part et préparation d'autres projets notamment le PSNDPE.

## Revue à mi-parcours

La revue à mi-parcours s'est tenue du 23 mai au 03 juin 2022. La RMP a réuni tous les acteurs du système de santé issus du MSHPCMU (Cabinet, directions centrales, régionales et départementales) et des ministères en charge de la protection sociale (MEPS), de l'économie et des finances (MEF), du budget (MPBE), et des partenaires techniques et financiers. Au terme de la revue, la mission s'est satisfaite de l'organisation de la revue et à adresser les principales recommandations en vue d'accélérer la mise en œuvre du projet et un accent a été mis sur l'accélération du fonctionnement de la CMU.

## Préparation des projets PA & FA COVID

L'UCP a, depuis le déclenchement du CERC, conduit la préparation des projets d'appui à la lutte contre la Covid-19 puis la préparation et l'évaluation des financements additionnels en appui au plan national de déploiement de la vaccination contre la COVID-19. L'équipe projet a également préparé les documents pour les financements additionnels du projet PA COVID (FA COVID) pour l'acquisition des vaccins contre la covid-19 et les dispositifs de renforcement des capacités du ministère de la Santé.

## Préparation du PSNDPE

Au cours de la mise en œuvre du projet SPARK Santé l'UCP BM a préparé à partir du mois d'octobre 2022, un Programme multiphasique de Santé Nutrition et Développement de la Petite Enfance (PSNDPE) sur une période 10 ans. Ce programme s'appuie sur les acquis mais aussi des défis des projets SPARK Santé et PMNDPE et a pour objectif de développement : (i) réduire la mortalité maternelle et le retard de croissance (ii) augmenter les résultats en matière de DPE et (ii) améliorer la résilience du système face aux épidémies. Il est mis en œuvre depuis le 18 juillet 2023.





# COMPOSANTE 4

## INTERVENTION D'URGENCE CERC







Dès la survenue de la pandémie à COVID-19 au niveau mondial, le projet a soutenu le plan d'urgence de préparation d'un montant de 342 062 720 F CFA. Ce plan était axé sur la prise en charge des malades, la désinfection des ambulances, la surveillance épidémiologique et l'information et la sensibilisation de la population.

Le déclenchement de la composante CERC du projet SPARK-Santé est intervenu après la déclaration officielle en mars 2020 de la crise sanitaire à COVID-19, suite à la confirmation du 1er cas positif dans le pays.

Le CERC a donc été activé le 08 mai 2020, pour un montant de 40 millions de USD. Il est structuré en 03 composantes qui s'alignent sur les 05 piliers du plan de riposte national. Les principales interventions menées ont concerné :

## Surveillance épidémiologique

Pour l'investigation des alertes, le projet a acquis 200 motos, et 10 ambulances qui ont été mises à la disposition des structures sanitaires. Certaines activités, notamment celles en lien avec le transport des échantillons et les équipements d'information de la DGS et équipement de vidéoconférences du COUSP, ont été réallouées sur le projet PA Covid, également financé par la Banque Mondiale.

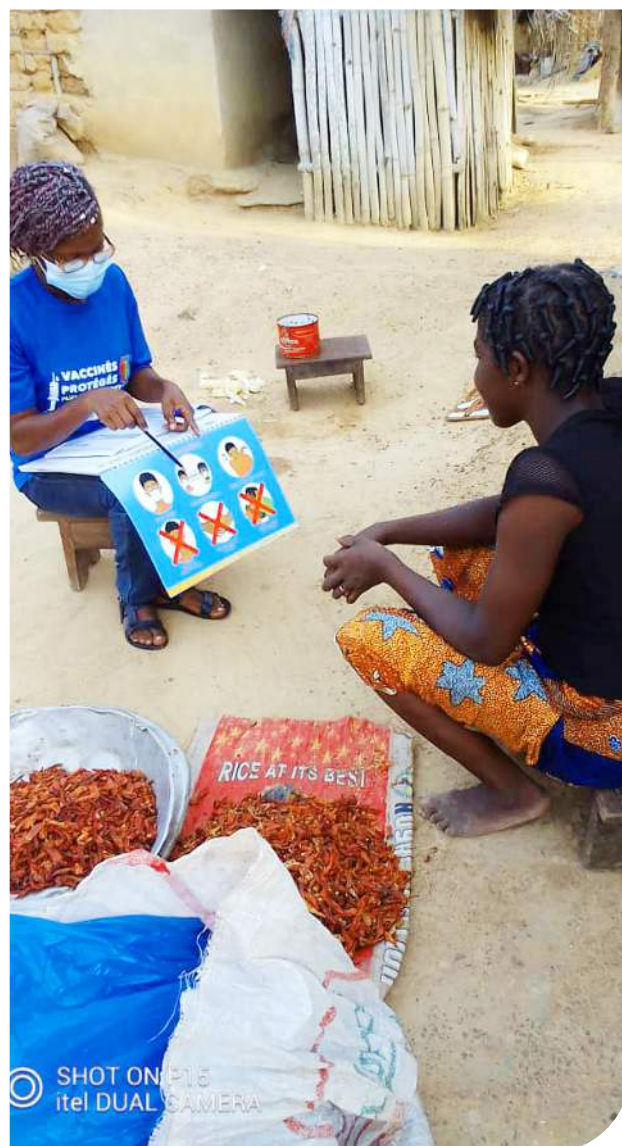
## Prise en charge des cas positifs et suivi des contacts

En vue d'augmenter les capacités d'accueil pour la prise en charge des malades de Covid, le projet a réhabilité la salle de réanimation du service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Treichville, et l'a doté en lits et équipements de soins intensifs (09 lits, 09 Respirateurs, 09 Moniteurs de surveillances, 02 Aspirateurs, 01 Défibrillateur, etc.). La salle d'isolement de l'Aéroport Félix Houphouët Boigny d'Abidjan a également été réhabilitée et équipée pour l'isolement des personnes arrivant en Côte d'Ivoire et suspecte d'infection.

En outre, des frais d'hébergement et de restauration ont été payés pour les cas positifs et personnes contacts, confinés dans les quatre (4) réceptifs réquisitionnés (l'INJS, IBIS Hôtel, VITIB AFRIKLAND, sur la période de mai 2020 à décembre 2021. Les levées de réquisition de ces réceptifs ont été faites à différentes dates par le ministère du Tourisme, tenant compte de l'évolution de la pandémie, et de l'utilisation effective ou pas du site.

## Prévention de la transmission de la maladie

19 000 produits de désinfection et médicaments de prise en charge, 114 800 consommables et réactifs de dépistage COVID, ainsi que 79 450 000 masques de protection des produits barrières ont été acquis pour les districts sanitaires. Ces acquisitions ont été mises à la disposition de la NPSP pour la distribution.



## Communication sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire

Le projet a appuyé la stratégie de communication sur la Covid-19 à travers :

- La signature de convention avec : (i) l'UNICEF pour soutenir et élargir les fonctionnalités de U-REPORT dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 en vue d'amplifier la sensibilisation des jeunes sur la Covid-19 ; (ii) FENOSCI (Fédération Nationale des Organisations de la Société Civile), pour la mise en œuvre d'activités de redevabilité sociale, veille citoyenne et prévention en riposte au Covid-19. Ce sont 12 comités de veille sanitaire sur 35 qui ont été installés et plus de vingt mille (20 000) personnes touchées par la sensibilisation dont la moitié a reçu au moins une dose de vaccin ; (iii) ANADER pour la sensibilisation des producteurs et communautés agricoles rurales à la prévention contre la Covid-19. À travers la plateforme digitale E-ANADER 71 agents ont été formés. De plus, 2 712 personnes ont été sensibilisées par les agents formés. Par ailleurs, 60 000 PAD de message de sensibilisation traduits en six (6) langues nationales ont été produits et diffusés ; (iv) ALLIANCE CI pour la sensibilisation des populations avec les ASC : 864 ASC ont été formés, plus de trente mille (30 000) personnes sensibilisées dans les ménages, les centres de santé, les communautés sur la Covid-19 et la vaccination, et dix mille (10 000) personnes ayant reçu une 1<sup>ère</sup> dose de vaccin ; (v) ARSIP pour la mobilisation de six (6) hautes autorités religieuses nationales (COSIM, CECCI, EMUCI, CNEPECI, FECI, CODIS) et des chefs coutumiers de 50 districts sanitaires dans la promotion de la vaccination et la mobilisation sociale. Le plaidoyer à l'endroit des guides religieux et communautaires a permis l'organisation de séances de vaccination dans les lieux de culte. Un total 2 338 654 personnes ont été sensibilisées dont 76 822 ont reçu au moins une dose de vaccin.
- Les masses média par la production et la diffusion d'une série télévisée de sensibilisation de 26 épisodes avec le concours de l'icône national et artiste humoriste Gohou Michel sur cinq chaînes de télévision (RTI, LIFE TV, LMTV, ALBAYANE et TRACE TV) ;
- La formation sur la vaccination a concerné 83 personnes (professionnels de santé et leaders de structures associatives) afin de mieux informer et lever les barrières à l'adhésion vaccinale chez les porteurs de maladie chronique encore réticents (couverture vaccinale est très faible (3%)). Des formations ont également été faites à l'endroit de 34 agents des centres d'appel (143 et 125) du MSHPCMU et permis d'actualiser leurs connaissances sur les nouvelles directives nationales pour la vaccination contre la COVID-19.





# BILAN DE LA PASSATION DES MARCHES

## État d'exécution de la passation des marchés

De juillet 2019 au 31 mars 2023, le Plan de Passation des Marchés (PPM) a fait l'objet de 49 révisions avec un nombre total de 452 marchés planifiés pour un montant total de 81 751 920 000 F CFA.

Pendant la mise en œuvre du projet, 159 marchés prévus ont fait l'objet d'annulation et n'ont pas donc pas été déclenché, ce qui ramène le nombre total des marchés prévus à 293.

Le montant total de ces 293 marchés prévus au PPM et effectivement déclenchés depuis le début de la mise en œuvre du projet est de 56 626 773 800 F CFA soit 51,47% sur le montant total du projet.

Tous ces marchés ont été déclenchés et ont fait l'objet d'allotissements ; pour aboutir à 334 contrats signés d'un montant total de 78 367 497 356 F CFA.

Les contrats de 3 marchés (d'un montant de 300 697 019 F CFA) ont dû être résiliés pendant la mise en œuvre du projet.

Finalement, ce sont 331 marchés qui ont effectivement été achevés, soit un montant total de 78 066 800 337 F CFA.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DU BILAN DE LA PASSATION DES MARCHÉS PROJET SPARK-SANTE

TYPE DE MARCHÉ	MARCHES PREVUS	MONTANT ESTIME EN FRANCS CFA	MARCHES ANNULES	MARCHES DECLENCHEES	MARCHES APPROUVES	MONTANT MARCHES SIGNES	MARCHES RESILIES	MONTANT MARCHES RESILIES	MARCHES ACHEVES	MONTANT MARCHES ACHEVES
Fournitures	125	26 939 400 000	41	84	107	21 099 422 844	1	125 316 000	106	20 974 106 844
Travaux	69	8 453 400 000	24	45	46	7 537 181 667	2	175 381 019	44	7 361 800 648
Services assimilés	91	7 615 680 000	24	67	74	12 637 135 944	0	0	74	12 637 135 944
Consultants	167	38 743 440 000	70	97	107	37 093 756 901	0	0	107	37 093 756 901
TOTAL	452	81 751 920 000	159	293	334	78 367 497 356	3	300 697 019	331	78 066 800 337

# DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET RECOMMANDATIONS

## Difficultés liées aux processus de passation des marchés

- Lenteur dans le traitement des dossiers de passation (DAO, AMI, DP etc.) dans l'applicatif Système Intégré de Gestion des Opérations de Marchés Publics (SIGOMAP) ;
- Retard dans l'attribution des marchés liés, à l'absence de réponse ou du non-respect du délai accordé pour les demandes d'authentications des documents de soumission.

## Autres Difficultés

- Retard dans la transmission des TDR, cahiers de charges, spécification technique, DQ, par les services techniques bénéficiaires des activités ;
- Mauvaise évaluation et estimation des besoins et des délais conduisant à des avenants multiples ;
- Dualité des procédures (Contrôleur financier, Agence Comptables, Direction générale des Marchés Publics) ;
- Lourdeur administrative au niveau des différents ministères de tutelle ;
- Mauvaise qualité des offres, des manifestations d'intérêts, des propositions techniques conduisant à déclarer l'infructuosité de certains marchés ;
- La compréhension du terme "offre conforme pour l'essentiel" n'est pas perçue de la même façon par les membres des Commissions d'Ouverture et de Jugements des Offres (COJO) ;
- Manque de communication entre le Contrôle financier, l'Agence comptable et l'UCPS-BM entraînant des longs délais de paiement ;
- La méconnaissance des procédures du bailleur par les partenaires d'exécution ;
- Des difficultés dans l'élaboration des termes de référence, spécifications techniques et cahier des charges par les structures bénéficiaires du projet ;
- Mauvaises estimations des marchés par les structures bénéficiaires.
- Difficultés liées aux documents administratifs (DFE, registre de Commerce, Attestation de régularité Fiscale) à fournir par les Consultants Individuels

en vue du visa du Contrôleur Financier et pour le paiement de leurs honoraires ;

- Retard dans la validation des livrables transmis par les consultants (individuels ou cabinets), conduisant à un dépassement du délai contractuel ;
- Mauvaise compréhension par l'Agence Comptable du projet de la notion « frais remboursables » pour les contrats à rémunération forfaitaire lors des paiements.

## Recommandations

- Renforcer les capacités des membres du Département Gestion des Marchés pour une meilleure gestion de contrats ;
- Meilleure appropriation du projet par les partenaires d'exécution (DIEMP, DIIS, DEPS...) ;
- Former les partenaires d'exécution aux procédures du Bailleur ;
- Renforcer les capacités des acteurs, pour une meilleure estimation des coûts des activités à marchés ;
- Renforcer la communication avec le Contrôle Financier, l'Agence comptable, et les autres services impliqués pour le respect des délais de Visa et de paiements.



# BILAN DE LA GESTION FINANCIÈRE

## Audits internes et externes

### Au titre de l'Audit externe

Année	Nature de la mission	Observation
2019-2020	Une mission d'audit financier et comptable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un rapport de certification des comptes sans réserve</li> <li>- Un rapport de recommandation</li> </ul>
2021	Une mission d'audit financier et comptable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un rapport de certification des comptes sans réserve</li> <li>- Un rapport de recommandation</li> </ul>
2022	Une mission d'audit financier et comptable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un rapport de certification des comptes sans réserve</li> <li>- Un rapport de recommandation</li> </ul>
2023	Une mission d'audit financier et comptable	La mission démarre le 29 Avril 2024

### Au titre de l'audit interne

Année	Nature de la mission
2019-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission de suivi de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel consolidé de l'UCPS-BM ;</li> <li>- Mission de contrôle des transactions financières d'octobre 2019 à mars 2020</li> </ul>
2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission d'évaluation du processus de gestion des marchés ;</li> <li>- Mission d'assistance à l'élaboration de la cartographie des risques ;</li> <li>- Mission de supervision des régies auprès des districts sanitaires</li> </ul>
2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission de suivi des recommandations des missions d'audit interne et externe ;</li> <li>- Mission d'évaluation du dispositif de gestion du financement basé sur la performance ;</li> <li>- Mission de revue de la gestion du personnel</li> </ul>
2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission de suivi des recommandations des missions d'audits interne et externe de 2022 ;</li> <li>- Mission d'évaluation de la procédure d'exécution des dépenses des directions régionales et départementales sous contrat PBF ;</li> <li>- Mission de contrôle des transactions financières du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022</li> </ul>

### Au titre de la supervision de la gestion financière par la Banque Mondiale

Année (période couverte par la mission)	Nature de la mission	Observation
De juillet 2019 à Février 2020	Mission de supervision de la gestion financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ISR Rating actuel</b> : Modérément satisfaisante</li> <li>- <b>Évaluation actuelle du risque de gestion financière</b> : substantiel</li> </ul>
De Mars 2020 à Mars 2021		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ISR Rating actuel</b> : Modérément satisfaisante</li> <li>- <b>Évaluation actuelle du risque de gestion financière</b> : substantiel</li> </ul>
De Janvier 2021 à Mars 2022		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ISR Rating actuel</b> : Modérément satisfaisante</li> <li>- <b>Évaluation actuelle du risque de gestion financière</b> : substantiel</li> </ul>
De janvier 2022 à Juin 2022		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ISR Rating actuel</b> : Modérément satisfaisante</li> <li>- <b>Évaluation actuelle du risque de gestion financière</b> : substantiel</li> </ul>
De juin 2022 à Décembre 2022		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ISR Rating actuel</b> : Modérément satisfaisante</li> <li>- <b>Évaluation actuelle du risque de gestion financière</b> : substantiel</li> </ul>
De janvier 2023 à Juin 2023		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ISR Rating actuel</b> : Satisfaisante</li> <li>- <b>Évaluation actuelle du risque de gestion financière</b> : Modéré</li> </ul>

# DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE L'ACCORD DE FINANCEMENT ET DE LA LETTRE DE DÉCAISSEMENT

## Accord de Financement

Le SPARK, abréviation de Strategic Purchasing And Alignment Of Resources And Knowledge In Health Project (Spark-Health), est la partie crédit de ce financement, référencée IDA 63870 dans le système de la Banque Mondiale, pour un montant de cent soixante-quatorze millions (174 000 000) d'euros, soit deux cents millions de dollars US (200 000 000) \$ US et cent quatorze milliards deux cent soixante-sept millions six

cent quatre-vingt-un mille cinq cent vingt-huit francs (114 267 681 528) francs CFA.

Le Projet a une partie DON, financé par le GFF TF A9692 pour un montant de 20 000 000 de Dollars US soit douze milliards deux cent quatre-vingt-huit millions quatre cent huit mille neuf cent soixante F CFA (12 288 408 960) Francs CFA.

## Accord de financement IDA Prêt

Les dispositions financières de l'accord de financement initialement ne prévoyaient pas le CERC (Catégorie 5), il a été amendé en mars 2020, pour tenir compte de cette composante, déclenchée à cause de la pandémie de la COVID 19.

Les montants des catégories de financement 1, 3 et 4 ont également été restructurés en 2023 pour tenir

compte du manque à gagner sur ces catégories de financement dû à leur diminution en 2020 au profit de la catégorie du CERC.

Les dispositions financières de l'accord de financement amendées et restructurées se résument dans le tableau suivant :

Catégories	Crédit Alloué (En EUR)	Crédit Alloué (En F CFA)	% de dépenses financées
(1) Goods, Works, non-consulting services, operating costs and training for parts 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, and 3 of the Project	89 459 513	58 681 439 004	100%
(2) Performance based payments for part 1.1 of the project	46 248 100	30 336 684 922	100%
(3) CNAM payments for parts 1.2 and 1.3 of the project	9 060 150	5 943 053 139	100%
(4) CERC Under part 4 of the project	29 432 237	19 306 230 968	100 %
<b>TOTAL AMOUNT</b>	<b>174 200 000</b>	<b>114 267 408 034</b>	

## Accord de financement GFF Don

Catégories	Crédit Alloué (En Dollars)	Crédit Alloué (En F CFA)	% de dépenses financées
(1) Goods, Works, non-consulting services, operating costs and training for parts 1.3	5 000 000	3 072 102 240	100
(2) Goods, Works, non-consulting services, operating costs and training for parts 2.4	15 000 000	9 216 306 720	100
<b>TOTAL AMOUNT</b>	<b>20 000 000</b>	<b>12 288 408 960</b>	



# ANALYSE DES DÉCAISSEMENTS PAR CATÉGORIE DE FINANCEMENT

TABLEAU RÉCAPITULATIF AU 31 MARS 2024 DES DÉCAISSEMENTS PAR CATÉGORIES  
DE DÉPENSES IDA SELON CLIENT CONNECTION (EN FRANCS CFA).

Category	Category Description	Allow XOF	Disbursed XOF	Undisbursed XOF
Totals		114 267 408 034	113 127 198 732	1 140 209 975
1	G, WK, N/CS, OS, TN PT1, 1, 2.1, 2.2, 2.3, 3	58 681 439 004	51 235 186 029	7 446 252 975
3	PERFORMANCE BASED PAYMENTS PT1	30 336 684 922	25 808 845 859	4 527 839 064
4	CNAM PAYMENTS PT1.2, 1.3ii	5 943 053 139	5 815 755 311	124 297 828
5	CERC PT4	19 306 230 968	18 912 007 210	
DA-A	IDA 63870 DA-A	0	10 205 014 798	-10 205 014 798
UC1	UN Commitments	0		-1 048 757 685
UC2	UN Commitments	0	0	0
UN3	UN Advances	0	101 631 840	-101 631 840

Au regard des tableaux ci-dessus, sur le montant du financement de 114,267 milliards de F CFA, le Projet a décaissé à la date du présent rapport, 113,127 milliards de FCFA soit 99,1% de taux de décaissement.

La catégorie 1 du Projet est la plus importante en termes de crédit alloué (51% du financement global). Elle regroupe les activités décrites dans les Points 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 et 3 décrites dans l'AF (accord de financement). Il s'agit pour les plus significatives des charges liées au fonctionnement de la cellule technique (STASS ex CNTPBF), aux ateliers et séminaires de formation du PBF, aux honoraires des consultants techniques (PBF), aux honoraires des structures de vérification (ACV, AVEI) aux coûts des réhabilitations et des réformes du système de santé et aux charges des conventions (SNU, structures du ministère de la Santé).

Elle présente un montant décaissé de 51,23 milliards de F CFA sur les 58,68 milliards F CFA prévus ; ce qui fait ressortir un taux de décaissement de 87,93% de taux de décaissement au 31 mars 2024.

Quant à la catégorie 3, dédiée au financement sur le crédit IDA des subsides du PBF aux structures de santé, elle représente la deuxième catégorie ayant

un pourcentage de décaissement relativement élevé (85,06% par rapport au financement initial) pour un montant de 25,80 milliards de F CFA.

Il convient de souligner que sur cette catégorie, le reliquat de 4,5 milliards de F CFA à la date du présent rapport (31 mars 2024) sera entièrement décaissé à la fin de l'année fiscale (30 juin 2024) aux regards des engagements initiés dans le circuit de dépenses.

La catégorie 4, dédiée aux activités de la CNAM a été décaissée à ce jour à 97,81%, soit un montant de plus de 5,81 milliards de F CFA.

L'avènement de la pandémie de la COVID 19 en mars 2020 a vu le déclenchement de la catégorie 5 du Projet, dénommée CERC (Contingence Urgence et Réponse aux épidémies). L'enveloppe allouée après la restructuration est de 19,30 milliards de F CFA. Le taux de décaissement se situe à 97,9%, soit à ce jour 18,91 milliards de F CFA décaissés.

TABLEAU RÉCAPITULATIF AU 31 MARS 2024 DES DÉCAISSEMENTS PAR CATÉGORIES  
DE DÉPENSES GFF SELON CLIENT CONNECTION (EN FRANCS CFA)

Category	Category Description	Alloué XOF	Décaissé XOF	Reliquat XOF
Totals		12 288 408 960	11 200 237 192	1 088 171 768
1	GD, NCS & CS - Pt 1.3(i)	3 072 102 240	42 183 122	3 029 919 118
2	GD, NCS & CS - Pt 2.4	9 216 306 720	10 857 180 580	- 1 640 873 860
3	CERC Pt4	0	0	0
DA-B	TF A9692	0	300 873 491	- 300 873 491

La majorité des dépenses (75%) du GFF est imputée sur la catégorie 2. Cette catégorie a financé outre les activités liées à la Gouvernance du système de santé, celles liées au RASSUR et au coût d'acquisition et de fonctionnement du Data Center du ministère de la Santé.

Le montant total décaissé de ce Financement est de 11,200 milliards de F CFA, soit un taux de décaissement de 92% à la date du 31 mars 2024.

Toutes les activités ont été entièrement engagées et réceptionnées au 31 décembre 2023 (date de clôture du financement).

À la date du 30 juin 2024, le taux de décaissement prévisionnel est d'environ 98% aux regards des factures en attente de paiement.

# TABLEAU D'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE À LA DATE DU 31 MARS 2024

## AU TITRE DU PRÊT

	MONTANT FINANCEMENT	BUDGET NOTIFIE	BUDGET EXECUTE	RELIQUAT BUDGET	TAUX D'EXECUTION BUDGETAIRE	OBSERVATIONS
PROJET SPARK		114 043 913 964	113 321 518 535	722 395 429	99,37%	
SPARKIDA2019	114 267 724 730	4 233 533 333	253 669 161			
SPARK-IDA/ CERC2020		26 372 086 219	16 205 470 466			
SPARK-IDA/ CERC2021		18 000 000 000	26 360 747 973			
SPARK-IDA/ CERC2022		20 000 000 000	23 042 071 148			
SPARK-IDA/ CERC2023		10 060 400 000	14 647 944 514			
SPARK-IDA/CERC INTEGRATION- BUDGET SPARK- IDA/CERC 2023		35 377 894 412	32 811 615 273			

## AU TITRE DU DON GFF

FINANCEMENT	MONTANT FINANCEMENT	BUDGET NOTIFIE (2019-2023) (A)	BUDGET EXECUTE (2019-2023) (B)	RELIQUAT BUDGET (A)-(B)	TAUX D'EXECUTION BUDGETAIRE
GFF (DON)	12 447 022 360	12 447 022 360	12 140 391 507	306 630 853	98%

# ANALYSE DE LA PERFORMANCE DU SPARK-SANTÉ

L'analyse de la performance projet SPARK-santé se fera sur la base de dix-neuf (19) indicateurs contractuels autour desquels la performance de la mise en œuvre du projet sera appréciée. Parmi ces indicateurs on dénombre (07) indicateurs de développement et douze (16) indicateurs de résultats intermédiaires dont quatre (04) ont été introduit suite au déclenchement du CERC avec la pandémie de COVID-19.

Le cadre de résultats présenté est celui restructuré et validé au cours de la mission de supervision de la Banque mondiale tenue du 13 au 24 Novembre 2023. Trois motifs expliquent cette restructuration. Ce sont : **i) Affectation d'une partie des ressources du projet (40 millions de \$ US) à la riposte à la COVID19 à travers le déclenchement du CERC ; ii) Epuisement des ressources sur le projet et iii) Date de clôture du projet ramené au 31 mars 2023.** Les principales modifications apportées au cadre de résultats sont :

- Révision des cibles intermédiaires et de fin du projet en tenant compte de la contrainte temporelle et de l'épuisement des ressources ;
- Date de fin du projet ramenée au 31 mars 2024 ;
- Intégration au niveau PDO d'un indicateur préalablement au niveau du CERC ;
- Des commentaires en bleu indiquent l'action posée sur chaque indicateur.

Nos commentaires et analyses se feront sur la base des données disponibles sur le portail FBP au 27 avril 2024. Les données issues du portail FBP devront être extraites après le 15 mai 2024, date butoir de saisie et de validation des données par les ACV afin d'avoir des données exhaustives et complètes.

## Indicateurs de développement

Le tableau ci-dessous résume pour chacun des indicateurs de développement, les cibles à atteindre à la fin du projet (Au 31 mars 2024), les résultats obtenus à cette date et ainsi les cibles initialement prévues dans le PAD à l'année fiscale 2025 (FY 2025).

Globalement, durant tout le cycle de vie du projet, les indicateurs de développement ont connu des accroissements d'année fiscale en année fiscale. Sur la base des données du tableau 3 ci-dessous, sur les 07 indicateurs de développement, six (06) ont atteint les cibles prévues à la fin du projet (31 mars 2024). Ils réalisent ainsi une bonne performance (>100%). Cependant l'indicateur « Score moyen de la qualité des soins dans les établissements de santé » pourrait atteindre la cible fixée après extraction des données du T4-2024.



TABLEAU 3: INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT<sup>3</sup>

N°	INDICATEURS	FY 2020		FY 2021		FY 2022		FY 2023		31 Mars 2024 (Fin projet)		FY 2025 (PAD)	
		Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Tx réélis cible PAD
INDICATEURS DE DEVELOPPEMENT DU PROJET													
1.	Nombre de personnes ayant reçu des services de santé essentiels, de nutrition et de population <i>*cible révisée</i>	755 033	824 457 (109%)	1 733 337	2 297 644 (132%)	2 240 842	3 465 474 (154%)	3 465 528	5 279 571 (152%)	3 465 528	5 279 571 (152%)	8 572 968	71%
2.	Nombre d'enfants complètement vaccinés	150 023	131 066 (87%)	364 396	269 211 (74%)	630 425	560 534 (89%)	910 991	1 069 128 (117%)	910 991	1 069 128 (117%)	1 525 326	84%
3.	Nombre d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié <i>*cible révisée</i>	123 985	123 850 (100%)	255 455	254 900 (100%)	386 006	624 810 (161%)	948 221	1 374 010 (145%)	948 221	1 374 010 (145%)	3 182 938	53%
4.	Score moyen de la qualité des soins dans les établissements de santé	61%	82% (134%)	63%	83% (131%)	65%	49% (75%)	69%	60% (87%)	69%	60% (87%)	75%	84%
5.	Taux d'utilisation des services sanitaires <i>*cible révisée</i>	40%	38% (95%)	43%	42% (97%)	43%	44% (102%)	45%	49% (109%)	45%	49% (109%)	60%	82%
6.	Nombre de bénéficiaires directs touchés par le projet (dont 60% de femme) <i>*cible révisée</i>	3 983 190	2 899 726 (73%)	9 876 466	5 825 255 (62%)	16 660 649	11 908 338 (71%)	25 357 426	26 797 433 (106%)	25 357 426	26 797 433 (106%)	52 780 127	62%
7.	Pourcentage de districts sanitaires qui ont reçu des équipements de protection (y compris les produits barrières) ou médicament financé par le projet <i>*indicateur CERC déplacé au niveau PDO</i>	30%	30% (100%)	100%	100% (100%)	100%	100% (100%)	100%	100% (100%)	100%	100% (100%)	Indicateur ne figurant pas dans le PAD	

<sup>3</sup> Résultat au 31 décembre 2023. Les données du T4-2024 pas encore disponibles sur portail FBIP





## Indicateurs de résultats intermédiaires

Le tableau ci-dessous fait le récapitulatif des réalisations des indicateurs intermédiaires, les cibles à atteindre à la fin du projet (Au 31 mars 2024), les résultats obtenus à cette date et ainsi les cibles initialement prévues dans le PAD à l'année fiscale 2025 (FY 2025).

Globalement sur les douze (12) indicateurs de résultats intermédiaires du projet, contenu dans le tableau 4, onze (11) ont été atteints les cibles fixées à la fin du projet. Ces indicateurs réalisent donc une performance supérieure ou égale à 100% par rapport à la cible fixée.

Cependant, du fait de la non exhaustivité des données à la période de rapportage, un seul indicateur bien

qu'ayant réalisé une bonne performance, n'a pas encore atteint la cible fixée. Il s'agit du « Nombre de personnes économiquement faibles qui ont bénéficié des prestations avec la carte CMU (87%) ».

En somme,

- Deux (02) indicateurs ont atteints la cible fixée à 100%,
- Neuf (09) autres ont performé aux delà de la cible fixé (Performance >100%)
- Un (01) seul (Nombre de personnes économiquement faibles qui ont bénéficié des prestations avec la carte CMU) à une performance de 87%.





TABEAU 4: INDICATEURS DE RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES<sup>4</sup>

N°	INDICATEURS	FY 2020		FY 2021		FY 2022		FY 2023		31 Mars 2024 (Fin projet)		FY 2025 (Cible finale PAD)	
		Cible	Réalisation (Tx réalisés)	Cible	Réalisation (Tx réalisés)	Cible	Réalisation (Tx réalisés)	Cible	Réalisation (Tx réalisés)	Cible	Réalisation (Tx réalisés)	Cible	Réalisation (Tx réalisés)
INDICATEURS DE RESULTATS INTERMEDIAIRES													
Composante 1 : Passage à échelle de l'achat stratégique													
1.	Nombre de districts sanitaires couverts par l'AS	71	21 (30%)	96	21 (22%)	113	102 (90%)	113	113 (100%)	113	113 (100%)	113	100%
2.	Nombre de personnes économiquement faibles qui ont bénéficié des prestations avec la carte CMU <i>*Indicateur reformulé et cible révisée</i>	1 000	820 (82%)	1 800	1 600 (88%)	2 200	2 090 (95%)	5 800	5 064 (87%)	8 200	7 151 (87%)	Indicateur ne figurant pas dans le PAD	
Composante 2 : Renforcement du système de santé pour l'amélioration de la performance													
3.	Structures de santé réhabilitées et/ou équipées dans le cadre le projet <i>*Indicateur reformulé et cible révisée</i>	300	255 (85%)	480	301 (63%)	720	425 (59%)	960	1 255 (131%)	1 200	1 679 (139%)	890	189%
4.	Nombre de femmes en âge de procréer, nouvelles utilisatrices de méthodes modernes de contraception	67 143	68 685 (102%)	176 470	141 417 (80%)	340 987	322 212 (94%)	559 660	684 112 (122%)	836 103	840 378 (101%)	1 300 625	65%
5.	Nombre d'enfants "sains" de 12 mois à 59 mois vus en consultation pour suivi nutritionnel <i>*cible révisée</i>	422 062	422 062 (100%)	991 910	991 850 (100%)	1 032 398	1 204 513 (116%)	1 214 397	1 380 222 (114%)	1 214 397	1 441 710 (102%)	2 592 390	56%
6.	Nombre d'enfants de 0-59 mois diagnostiqués pour malnutrition aigue <b>severe avec ou sans complication déclaré</b> guerris <i>* nouvel indicateur</i>	-	-	-	-	-	-	14 047	14 047 (100%)	14 047	19 268 (104%)	Indicateur ne figurant pas dans le PAD	
7.	Nombre de personnes formées <i>*cible révisée</i>	10 249	250 (2%)	16 066	3 603 (22%)	19 477	16 945 (87%)	19 632	21 386 (109%)	19 663	21 386 (109%)	31 764	67%
8.	Disponibilité du RASS au 1er semestre de l'année n+1	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	NA	Oui	Non
9.	Proportion d'établissements sanitaires des zones cibles dans lesquels le DPI est déployé <i>* nouvel indicateur</i>	-	-	-	-	-	-	100%	100% (100%)	100%	100% (100%)	Indicateur ne figurant pas dans le PAD	

4. Données partielles, ne tiennent pas compte des données de mars 2024

N°	INDICATEURS	FY 2020		FY 2021		FY 2022		FY 2023		31 Mars 2024 (Fin projet)		FY 2025 (Cible finale PAD)	
		Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Réalisation (Tx réélis)	Cible	Réalisation (Tx réélis)
10.	Nombre de femmes vues en CPoN 3 <i>*cible révisée</i>	84 728	83 150 (98%)	179 963	179 963 (100%)	238 480	351 605 (147%)	501 059	726 060 (145%)	894 770	895 197 (91%)	1 822 389	49%
11.	Engagement de la communauté dans la planification, l'implémentation et l'évaluation des programmes de développement	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Composante 3 : Gestion de projet													
12.	Nombre de personnel de l'UCPS-BM formé <i>*cible révisée</i>	-	-	-	-	-	-	10	13 (130%)	13	13 (130%)	Indicateur ne figurant pas dans le PAD	
Composante 4 : Contingences, Urgences et Réponse aux Epidémies (CERC)													
14.	Nombre de bénéficiaires des interventions d'urgence <i>*indicateur COVID19 marqué pour suppression</i>												
15.	Proportion d'équipes d'intervention rapide appuyées par le projet <i>*indicateur COVID19 marqué pour suppression</i>												
16.	Pourcentage de districts équipés en produits barrières <i>*indicateur COVID19 marqué pour suppression</i>												
17.	Nombre de personnes touchées par les messages de sensibilisations diffusés sur la Pandémie via les centres d'information U-Report <i>*indicateur COVID19 marqué pour suppression</i>												

## Réalisation des objectifs du projet

L'objectif prioritaire initial du projet est « Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé afin de réduire la mortalité maternelle et infantile dans le territoire bénéficiaire ». Les indicateurs de développement et les indicateurs intermédiaires du projet analysés plus haut indiquent clairement que cet objectif a été atteint. Cela s'est mesuré par :

### Au niveau des indicateurs de développement :

- L'augmentation au fil des différents années fiscales du **nombre d'enfants complètement vaccinés** (Ayant reçu tous les vaccins du PEV selon le calendrier vaccinal) FY de 2020 à FY 2023. En effet, ce chiffre est passé d'environ **131 066 au cours de l'année 2020 à 1 069 128 à la fin de l'année 2023**.

FY 2020	FY 2021	FY 2022	FY 2023	Résultat au 31 Mars 2024 Fin du projet	FY 2025 (PAD) Cible (Réalisation )
131 066 (87%)	269 211 (74%)	560,534 (89%)	1,069,128 (117%)	1 286 861 (107%)	1 525 326 (84%)

- Évolution progressive du **nombre d'accouchements assistés par un personnel de santé Qualifié dans les établissements sanitaires**. Les résultats nous montrent que ce chiffre est passé au cours de l'année 2020 de **123 850 accouchements à 1 374 010 à la fin de l'année 2023**.

FY 2020	FY 2021	FY 2022	FY 2023	Résultat au 31 Mars 2024 Fin du projet	FY 2025 (PAD) Cible (Réalisation )
123 850 (100%)	254 900 (100%)	624,810 (161%)	1,374,010 (145%)	1 681 471 (109%)	3 182 938 (53%)

- Amélioration de la **qualité technique des services de santé les établissements sanitaires**. En 2020, le score moyen de la qualité des services dans les établissements sanitaires était de **82% dans les 21 districts de la phase pilote jusqu'en 2021. Après la mise sous FBP de certains districts sanitaires et à la suite de la révision de la grille d'évaluation dévaluation de la qualité, ce score a connu une chute en 2022 et a légèrement progressé en 2023**.

FY 2020	FY 2021	FY 2022	FY 2023	Résultat au 31 Mars 2024 Fin du projet	FY 2025 (PAD) Cible (Réalisation )
82% (134%)	83% (131%)	49% (75%)	60% (87%)	64% (90%)	75% (84%)

- L'accroissement progressif du taux d'utilisation des services de santé par les populations. **En 2020, le taux d'utilisation était de 38%. Ce taux s'est amélioré en 2021 à 42%, et ensuite 44% en 2022. A la fin de l'année 2023, ce taux est passé à 49% soit 109% de performance par rapport à la cible**.

FY 2020	FY 2021	FY 2022	FY 2023	Résultat au 31 Mars 2024 Fin du projet	FY 2025 (PAD) Cible (Réalisation )
38% (95%)	42% (97%)	44% (102%)	49% (109%)	49% (102%)	60% (82%)

- Augmentation du volume de prestation dans les établissements sanitaire : Nombre de personnes ayant reçu des services de santé essentiels, de nutrition et de population à rapidement grimpé au cours des différentes années. **En effet, ce chiffre est passé de 824 547 en 2020 à 5 279 571 en 2023 notamment avec la mise sous performance des 113 districts sanitaires en 2022**.

FY 2020	FY 2021	FY 2022	FY 2023	Résultats au 31 Mars 2024 Fin du projet	FY 2025 (PAD) Cible (Réalisation )
824 457 (109%)	2 297 644 (132%)	3 465 474 (154%)	5,279,571 (152%)	6 331 056 (103%)	8 572 968 (71%)



### Au niveau des indicateurs de intermédiaires :

Les indicateurs de résultats intermédiaires obtenus indiquent aussi clairement que l'utilisation accrue des services s'est améliorée assortie d'une meilleure qualité des soins offerts aux patients.

Cela est illustré par les indicateurs suivants :

- Le nombre de districts sanitaires structure sanitaires couverts par l'achat stratégique : **100%**
- L'utilisation d'une partie des subsides reçus par les centres de santé pour renforcer le plateau technique et améliorer les conditions de travail reflète une appropriation collective et le choix des investissements pour répondre aux besoins réels des populations
- 1679 Structures de santé réhabilitées et/ou équipées dans le cadre le projet soit 131% de performance
- L'augmentation des femmes enceintes reçues en CPN1 au premier trimestre et par ricochet le nombre de CPN4 au 9ième mois par un personnel de santé.

### Dispositions à prendre au moment de l'évaluation finale du projet

- Un grand nombre d'indicateurs étant récompensés par la stratégie du FBP, les données issues du portail FBP devront être extraites après le 15 mai 2024, date butoir de saisie et de validation des données par les ACV.
- L'indicateur « **Disponibilité du RASS au 1er semestre de l'année n+1** » sera « Non Applicable » à la clôture du projet. L'on pourra considérer la dernière valeur obtenue à FY2023. Cela est dû à la définition de cet indicateur dont la période de rapportage ne sera pas échue au moment de la clôture du projet.



# CONTRIBUTION DU SPARK AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

AXES STRATEGIQUES PNDS 2021-2025	CONTRIBUTION DU SPARK-Santé
FINANCEMENT DE LA SANTE ET GOUVERNANCE	
<b>AXE 1 : AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE ET DU FINANCEMENT DE LA SANTE</b>	<p><b>Effet 1 : Les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces et inclusifs</b></p> <p>Produit 1.3 : Les acteurs aux niveaux central et local du système de santé sont mieux outillés pour la mobilisation et la gestion efficace des ressources financières</p> <p>La mise en œuvre du FBP a permis de renforcer les capacités de planification et de gestion des régulateurs et des prestataires de santé à travers l'élaboration des plans d'affaires permettant de planifier les ressources au regard des objectifs sanitaires.</p> <p>Par ailleurs, la mise en place d'un système de gestion comptable et financier dans les établissements permettra d'assurer la traçabilité des dépenses et d'évaluer au mieux les coûts des activités de l'établissement. Ce qui in fine renforcera la gestion des ressources financières.</p> <p>Produit 1.2 : Le ministère en charge de la Santé dispose de capacités renforcées pour assurer son leadership, la coordination, la régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et la collaboration effective avec les autres secteurs (les ministères sectoriels, le secteur privé, les collectivités territoriales, la société civile) et les partenaires au développement.</p> <p>Concernant la régulation et développement du secteur Privé (<i>Action 1.2.2: Renforcer la régulation et le développement du secteur privé de la santé</i>), le projet a contribué à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposer des informations clés sur les établissements sanitaires à travers la réalisation de la cartographie des établissements privés et le développement d'une plateforme E-DEPPS d'enregistrement des établissements privés (<a href="http://www.depps.sante.gouv.ci">www.depps.sante.gouv.ci</a>) afin de mieux orienter les stratégies sur la régulation du secteur privé</li> <li>• Reviser le cadre réglementaire régissant les établissements sanitaires privés qui datait pour la majorité des textes des années 60.</li> </ul> <p><b>Effet 2 : Le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision</b></p> <p>En matière de système d'information sanitaire, le projet a permis au MSHPCMU de disposer de données factuelles sur la qualité des soins et services à travers l'enquête SDI et l'EDS-CI. La vulgarisation et l'extension du DPI permettront de renforcer la traçabilité des données sanitaires.</p> <p>La mise en place du Datacenter est un acquis majeur pour le système de santé en matière de sécurité et de disponibilité des données en temps réel.</p>
RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	
<b>AXE 2 : RENFORCEMENT DE L'OFFRE ET L'ACCESSIBILITÉ DES POPULATIONS AUX SOINS DE QUALITÉ</b>	<p><b>Effet 3 : Le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessibles</b></p> <p>En matière de renforcement des ressources humaines de Santé (<i>Produit 3.1 : Le système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante, équitablement réparties et motivées</i>), le projet a permis d'accroître les capacités de formation sur site (i) des agents paramédicaux de l'INFAS à travers l'équipement en matériels de simulation de 09 salles de travaux pratiques pour l'INFAS et ses antennes, (ii) des apprenants de l'INSP par la réhabilitation du centre d'hébergement pour les formations en présentiel et (iii) la formation en ligne avec la réhabilitation d'une salle multimédia e-learning de l'INSP et l'appui à l'élaboration de modules de formation e-learning.</p> <p>En outre, le sous-projet « renforcement des RHS » élaboré a permis de développer des mécanismes de fidélisation et d'incitation en prenant comme base les acquis du FBP mais également de déployer les outils de gouvernance des RHS au niveau local et central.</p> <p>Sur la réhabilitation et l'équipement des Infrastructures sanitaires (<i>Produit 3.2: Le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</i>), le projet a permis de renforcer le plateau technique des établissements réhabilités (ESPC, HG, Centre de transfusion sanguine) et équipés. Les ressources octroyées dans le cadre du FBP permettent aux établissements sanitaires d'investir dans l'acquisition de matériels et équipements pour offrir des soins de qualité aux populations. De même, la mise en œuvre du projet RASSUR dans les établissements cibles contribue à améliorer le plateau technique de ces établissements pour la prise en charge des urgences.</p> <p>Au niveau du produit 3.3 « <i>Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer un accès accru à des produits de santé de qualité et en quantité suffisante</i> », le projet a permis de renforcer les capacités des gestionnaires des produits de santé dans quatre (4) districts (Buyo, Nassian, Tiébissou et Dabakala) à la gestion des stocks afin de réduire les ruptures de produits de santé. L'utilisation du logiciel mSupply est effective et enregistre un taux d'utilisation de 80%.</p>

AXES STRATEGIQUES PNDS 2021-2025	CONTRIBUTION DU SPARK-Santé
<p><b>AXE 2 : RENFORCEMENT DE L'OFFRE ET L'ACCESSIBILITÉ DES POPULATIONS AUX SOINS DE QUALITÉ</b></p>	<p><b>Effet 4 : Le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires</b></p> <p>Produit 4.1 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant</p> <p>L'objectif du projet étant de réduire la mortalité maternelle et infantile, la mise en œuvre de la sous composante 2.2 « santé de la reproduction » a consacré plusieurs interventions qui ont permis d'intensifier l'offre de services de santé maternelle et infantile à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La stratégie avancée « See your Baby » permettant d'offrir des services d'échographie aux femmes enceintes afin de prendre en charge les anomalies de grossesse et de réduire la mortalité chez les populations vivant à plus de 15 km d'un centre de santé ;</li> <li>• La mise en réseau de 221 maternités pour offrir des services complets de SONU B et C et en planification familiale ;</li> <li>• La redynamisation des comités de revues des décès maternels permettant d'identifier les causes des décès maternels et d'orienter les stratégies.</li> <li>• L'opérationnalisation de la délégation des tâches en SONUC permet aux médecins généralistes de procéder à l'acte gynéco-obstétriques encadré.</li> </ul> <p><b>Effet 5 : Le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies</b></p> <p>Produit 5.4 : Les structures de santé sont mieux outillées pour assurer la prévention et le contrôle des infections, l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et la gestion des déchets sanitaires</p> <p>Le projet a apporté une assistance technique au MSHPCMU pour l'élaboration de politique et des directives nationales de gestion des déchets et l'accompagnement des DDS dans l'opérationnalisation de la polarisation et de la contractualisation de la gestion des déchets.</p> <p>Le projet a été un catalyseur de l'opérationnalisation de la CMU à travers le renforcement de la coordination et le leadership autour de cette réforme : ceci s'est traduit notamment par l'accroissement de l'enrôlement ; l'intensification de la communication ; la mise en place d'un nouveau système de gestion de la CNAM.</p> <p>Produit 5.5 : Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés pour la gestion et la fourniture de soins de qualité.</p> <p>Afin d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé (Action 5.5.3), le projet a permis d'accroître l'accessibilité des populations économiquement faibles (indigents) à la CMU à travers leur enrôlement. En outre, l'évaluation de la CMU réalisée a permis de disposer d'informations permettant de renforcer les dispositifs institutionnels, d'orienter les stratégies d'extension de la CMU dans tous les établissements de santé et de développer des mécanismes de cotisation de toutes les franges socio-économiques de la population.</p> <p>Par ailleurs, la mise en œuvre des interventions en lien avec le FBP est un catalyseur pour améliorer la qualité des soins et des services en lien avec le produit 5.5 « Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés pour la gestion et la fourniture de soins de qualité ». En effet, les établissements de santé sont soumis trimestriellement à une évaluation de la qualité des services et des soins prenant en compte tous les services de l'établissement. En outre, le projet accompagne la DMHP dans la mise en œuvre de la démarche qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Pour l'atteinte du produit 5.6 « Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer une offre de services de nutrition de qualité », le projet a permis de l'ouverture de 1449 établissements d'offrir des interventions de nutrition en assurant la formation de 1560 prestataires et en mettant à disposition des intrants et équipements pour la conduite des activités promotionnelles préventives et curatives. Ces interventions permettant d'améliorer les indicateurs en lien avec la prise en charge des enfants malnutris et la supplémentation en vitamine A.</p>
<p><b>AXE 3 : RENFORCEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES</b></p>	<p><b>Effet 7 : Les populations en particulier les plus vulnérables utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé</b></p> <p>Produit 7.1 : Action 7.2.2: Renforcer les capacités des Organisations de la société civile pour l'évaluation de la qualité des services et la satisfaction des bénéficiaires et Action 7.1.5 : Renforcer la participation et l'engagement communautaire</p> <p>Le projet a contractualisé avec les OBC dans 25 districts sanitaires dans le cadre de la participation et l'engagement communautaire à travers d'une part la redynamisation des COGES et des CLAS et d'autre part d'assurer de la qualité des services offerts dans les établissements de santé.</p>



# SUCCESS STORIES

Pendant l'exécution du projet, des stratégies innovantes et ingénieuses ont été pensées et implémentées par les acteurs de terrains afin de faciliter l'accès des populations à des soins de qualité et accroître l'utilisation des services.

Ainsi, de bonnes pratiques ont concerné pratiquement toutes les thématiques du projet :

**Dossier Patient Informatisé (DPI) :** « Fort Leadership de la Direction du CHR de Bouaflé pour l'utilisation effective du dossier patient informatisé (DPI) par le personnel de santé dans tous les services »

L'hôpital général de Bouaflé est une référence en matière d'utilisation de l'application. Le directeur de l'hôpital a mis en place plusieurs mesures pour l'utilisation effective du DPI dans tous les services. Les prestataires de soins sont formés et coachés sur le DPI. L'affectation d'un informaticien fonctionnaire accompagne au quotidien les utilisateurs et un prix du meilleur utilisateur du DPI a été instauré par la direction de l'hôpital.

**Couverture Maladie Universelle (CMU) :** « Mise en place d'un circuit fluide des patients assurés CMU au niveau du CSU Com de Pangolin »

Le CSU Communautaire de Pangolin du district sanitaire de Koumassi est un modèle de fonctionnalité de la CMU. Cela grâce au leadership du médecin chef ; plusieurs actions ont été menées pour arriver à ce résultat : (i) Sensibilisation et formation du personnel du CSU Com PANGOLIN sur les directives/procédures de la CMU ; (ii) Organisations de réunions avec les leaders communautaires dans les différents quartiers de Koumassi par le médecin chef pour informer les populations sur l'effectivité de la fonctionnalité de la CMU ; (iii) Mise en place d'une stratégie de coercition des agents réfractaires à la mise en œuvre de la CMU au CSU Com Pangolin ; les agents réfractaires devraient adresser un courrier à l'administration pour signifier leur refus de participer à la mise en place de la CMU dans le CS ; (iv) Intégration du personnel de la CNAM au service accueil du CSU Com Pangolin sous la supervision directe du responsable du service ; (v) Dotation en ordinateurs aux agents de la CMU par le CSU Com Pangolin sur fonds propres ; (vi) Initiation de sessions d'enrôlements pour la CMU avec l'appui de la CNAM ; (vii) Accompagnement

des assurés CMU non à jour de leurs cotisations par le service accueil pour le paiement des arriérés et faciliter ainsi leur prise en charge.

**Nutrition (ISSAB) :** « Obtention de l'engagement de la communauté à travers le groupe de soutien pour la réussite de l'allaitement » CSR de Djoroplo District sanitaire de Sassandra.

Le CSR de Djoroplo labélisé Structure sanitaire Amie des Bébés (SSAB) a mis en place un groupe de soutien à l'allaitement qui sensibilise les femmes enceintes sur la mise au sein précoce et les femmes allaitantes sur les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif sur les – premiers mois de la vie. Le Groupe de soutien accompagne également les mères sur la diversification de l'alimentation de l'enfant. Les mamans modèles qui suivent les recommandations pour une bonne alimentation des bébés sont récompensées par une donation de kits à 6 mois et au sevrage.

**See Your Baby :** « Accès à l'échographie obstétricale en milieu rural »

Dans le District sanitaire de M'Bahiakro aucune structure de santé ne disposait d'appareil échographique. Cette situation rendait difficile la détection de certaines complications qui pouvait engager le pronostic vital de la mère et de l'enfant. Pour les besoins d'échographie, les femmes enceintes devaient se rendre à Bouaké, cela jusqu'en 2022 ; année de mise à disposition d'une échographie grâce au projet See Your Baby.

Pour faciliter l'accessibilité et accroître l'adhésion des femmes à l'offre du service d'échographie, les prestataires de soins du CSR d'Amankro ont entrepris les activités de sensibilisation, les visites à domicile, les causeries de groupe avec la participation des groupements féminins. Une semaine avant la date de l'arrivée de l'ambulance See Your Baby et aussi la veille, des appels de rappels sont faits aux femmes devant bénéficier d'une échographie. Un repas gratuit est offert aux femmes pendant les séances d'échographie. À ce jour, 208 échographies de gestantes ont été réalisées au CSR d'Amankro. Aucun accouchement à domicile n'a été notifié depuis la mise en place du projet See Your Baby.

**Financement basé sur la performance (PBF) :** de nombreuses bonnes pratiques ont été constatées au niveau, des ESPC, des DDS et des DRS.

De façon générale, le fort leadership du responsable, l'implication effective de tout le personnel de la structure sanitaire, le partage des informations (communication), l'implication des communautés bénéficiaires sont les facteurs clés qui ont permis de réaliser les bonnes pratiques.

Les ESPC ont mis en place un ensemble d'activités dans le cadre d'une stratégie visant à renforcer la fréquentation de leur aire sanitaire et améliorer la qualité des prestations de service.

Comme bonnes pratiques ayant booster la fréquentation des ESPC et donc contribué à l'amélioration des performances dans le cadre du PBF, on a noté :

- Consultation et mise à disposition des médicaments quand bien même les patients n'ont pas de ressources financières, ils s'acquittent de leurs dettes après avoir recouvré la santé ;
- Don de kits d'accouchement aux femmes ayant respectés le planning de leurs CPN après l'accouchement dans la structure sanitaire ;

- Réalisation de tests urinaires gratuits (bandelettes urinaires) pendant les CPN ;
- Concours du plus beau bébé : le plus beau bébé étant celui qui effectué tous ses vaccins dans le cadre du PEV ;
- Implication et motivation des matrones pour lutter contre les accouchements à domicile : la matrone assiste à l'accouchement de parturiente qu'elles accompagnent au CS pour son accouchement et elle revoit un forfait transport pour son retour.
- Repas offert aux femmes après l'accouchement ;
- Travaux de réhabilitation du centre de santé ;
- Acquisition d'équipements médicaux ;

Quant aux DDS et DRS : l'accent a été mis un l'accompagnement des ESPC en vue de l'amélioration de leur performance PBF qui impacte positivement la performance des régulateurs que sont les DDS et DRS. Pour ce faire, les entités régulatrices se sont appropriées la grille d'évaluation du PBF qu'elles ont intégré à la grille de supervision des ESPC. Afin de renforcer leur productivité, certains DDS se sont dotés d'appareils permettant de lutter contre l'absentéisme de leur personnel et mis en place une stratégie de renforcement de leur performance par la fixation d'objectifs hebdomadaire.









**UCP SANTÉ  
NUTRITION**

Unité de Coordination des Projets  
Santé - Nutrition • Banque mondiale

Siège social : Abidjan, Cocody  
II Plateaux, 7<sup>e</sup> tranche, IIôt 234 Bis,  
Lot 4153, Quartier Zinsou 1.  
01 BP 3006 Abidjan 01, Côte d'Ivoire

Tél : 27 22 51 51 55

Fax: 27 22 51 51 59

[www.ucpsante-bm.org](http://www.ucpsante-bm.org)

**PARTENAIRES :**



GLOBAL  
**FINANCING**  
FACILITY



**LA BANQUE  
MONDIALE**  
IBRD • IDA