



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union • Discipline • Travail



MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

POLITIQUE NATIONALE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTE EN COTE D'IVOIRE

JUIN 2016



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

**PROJET ASSISTÉ
DE L'USAID**
*Application de la Science pour le
Renforcement et l'Amélioration des Systèmes*

SIGLES ET ACRONYMES

AMD: Atelier de Maintenance de District

ASSIST: Applying Science to Strengthen and Improve Systems

CDC: Control Diseases Center

CDMT: Cadre de Dépenses à Moyen Terme

CMU: Couverture Maladie Universelle

CNTS: Centre National de Transfusion Sanguine

COGES: Conseil de Gestion

CPN : Consultation Périnatale

CREMM : Centre Régional de l'Équipement, du Matériel et de la Maintenance

CRESAC: Centre Régional d'Evaluation en Education, Environnement, Santé et
Accréditation en Afrique

DCEPN: Direction de la Coordination des Etablissements Publics Nationaux

DMH: Direction de la Médecine Hospitalière

DPML: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires

DPPEIS: Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information
Sanitaire

ESCOM: Etablissements Sanitaires à base Communautaires

ESPC: Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts

FSUCOM: Formations Sanitaires Urbaines à base Communautaires

HTA: Hypertension Artérielle

LANEMA: Laboratoire National d'Essai de Qualité, de Métrologie et d'Analyses

LMG: Leadership, Management, Gouvernance

LNSP: Laboratoire National de Santé Publique

MSHP: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

MSLS: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

NPSP: Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

OOAS: Organisation Ouest Africaine de la Santé

PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief

PIB: Produit Intérieur Brut

PIP: Projet d'Investissement Public

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente

SNIS: Système National d'Information Sanitaire

SPAQS : Service de la Promotion de l'Assurance Qualité en Santé

USAID: United States Agency for International Development

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

PREFACE

Face au défi actuel en matière de santé et dans la perspective d'améliorer la qualité des prestations des soins et services de santé aux populations, devenues de plus en plus exigeantes, le Ministère en charge de la santé s'est doté de documents de politique en l'occurrence le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), la Politique Nationale de l'Hygiène Hospitalière (PNHH) et le Document National de Stratégie de la Réforme Hospitalière (DNSRH).

Si le PNDS définit les orientations générales en matière de santé, la PNHH est axée sur l'hygiène hospitalière et la lutte contre les infections nosocomiales. Aussi le DNSRH vise-t-il l'amélioration du cadre de gestion pour un système de santé plus compétitif.

Le présent document de Politique Nationale d'Amélioration de la Qualité des Soins et des Services (PNAQS) vient fédérer tous les efforts du ministère en charge de la santé pour garantir en termes de qualité, l'offre des soins aux populations.

La PNAQS est un document d'orientation qui définit le cadre général du développement de la qualité dans le secteur de la santé.

La mise en œuvre de cette politique permettra de garantir à tous les citoyens une qualité des soins en termes d'efficacité et d'efficience d'une part et de développer la culture qualité chez les acteurs de santé d'autre part.

J'exhorte donc l'ensemble des acteurs du secteur de la santé aussi bien public que privé de s'approprier le présent document de Politique et de s'en inspirer pour l'élaboration du document de stratégie car la qualité des soins constitue aujourd'hui un levier incontournable à l'amélioration de la santé de nos concitoyens.

Dr Raymonde GOUDOU COFFIE
Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

REMERCIEMENTS

Le présent document de Politique est le résultat d'un processus de réflexion de plusieurs acteurs et partenaires impliqués dans le domaine de la qualité des soins et services de santé. C'est un outil de promotion de la démarche qualité, destiné aux différents acteurs du système de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il constitue aussi un document de plaidoyer auprès des partenaires financiers.

La mise en œuvre de cette politique passe par l'élaboration d'un plan stratégique établi par le Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique avec le soutien du Gouvernement Ivoirien.

L'élaboration de ce document a été possible grâce aux conseils avisés, à l'appui des partenaires techniques et financiers en particulier du projet USAID/ASSIST à qui nous renouvelons nos sincères remerciements.

Que tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce document de politique, soient vivement remerciés. Nos remerciements s'adressent également aux structures et personnes qui ont apporté aide, appui et soutien à cette entreprise.

Puisse ce document de référence contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services dans nos établissements.

Dr Raymonde GOUDOU COFFIE
Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACRONYMES	2
REMERCIEMENTS	5
Introduction	8
1 Contexte général.....	10
1.1 Présentation de la Côte d'Ivoire	10
1.1.1 Contexte géographique.....	10
1.1.2 Contexte démographique.....	10
1.1.3 Contexte socioculturel.....	10
1.1.4 Contexte économique	11
1.1.5 Contexte Sociopolitique	11
1.2 Contexte sanitaire	11
1.2.1 Organisation et fonctionnement du système de santé ivoirien	11
1.2.2 Contexte épidémiologique.....	13
1.2.2.1 Morbidity	13
1.2.2.2 Mortalité.....	15
1.2.3 Les facteurs environnementaux et risque à la consommation	15
2 Analyse de la situation de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé	16
2.1 Analyse de la problématique de la qualité des soins et services de santé	16
2.1.1 La compétence professionnelle	16
2.1.2 La performance technique	17
2.1.3 L'efficacité des soins	17
2.1.4 L'efficience de la prestation de services.....	18
2.1.5 La sécurité	19
2.1.6 L'accès aux services	20
2.1.7 Les relations interpersonnelles	21
2.1.8 La continuité des services.....	21
2.1.9 Utilisation des services.....	22
2.2 Analyse de la problématique du management de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé.....	22
2.2.1 Gouvernance et Leadership.....	23
2.2.2 Prestations des services de santé.....	25
2.2.3 Ressources Humaines de la Santé.....	27
2.2.4 Médicaments et Intrants stratégiques, Infrastructures, Equipements et Maintenance	28
2.2.5 Financement de la santé au profit de l'amélioration de la qualité.....	30
2.2.6 Information sanitaire et qualité des soins et services de santé	31
2.2.7 Recherche et qualité des soins et services de santé	32
2.2.8 Participation communautaire.....	32
2.3 Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	32
2.3.1 Forces	33
2.3.2 Faiblesses.....	36
2.3.3 Opportunités	39
2.3.4 Menaces	40
2.4 Défis majeurs de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé	40
2.4.1 Au niveau de la gouvernance et du leadership	40
2.4.2 Au niveau des prestations des soins et des services de santé	41
2.4.3 Au niveau des ressources humaines	41
2.4.4 Au niveau des médicaments, des intrants stratégiques et des vaccins.....	41
2.4.5 Au niveau des infrastructures, équipements et de la maintenance	41
2.4.6 Au niveau de l'information sanitaire	41
2.4.7 Au niveau du financement de la santé	42
2.4.8 Au niveau de la recherche opérationnelle	42
2.4.9 Au niveau des partenaires communautaires de soins.....	42
3 Vision et principes	42
3.1 Vision	42

3.2	Les principes directeurs	43
3.2.1	Principe de la gestion intégrée	43
3.2.2	Principe de gestion axée sur les résultats (GAR).....	45
3.2.3	Principe de la démarche participative	45
3.2.4	Principe de gouvernance	46
3.2.5	Principe de subsidiarité	46
3.2.6	Le principe du partenariat	46
4.2.7	Le principe de la reconnaissance	47
4	Les valeurs.....	47
4.1	Le respect	47
4.2	L'équité	47
4.3	La performance	47
4.4	L'amour du travail.....	48
4.5	Professionalisme, intégrité et éthique	48
4.6	Responsabilités du client	48
4.7	Responsabilité des prestataires	48
5	But.....	49
6	Objectifs	49
6.1	Objectif général	49
7	Axes prioritaires et stratégies.....	49
7.1	Axes prioritaires	49
7.2	Principales stratégies	50
7.2.1	Le renforcement de la gouvernance, de la gestion et du leadership des acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire.	50
7.2.2	Le renforcement des activités d'amélioration de la qualité au sein des structures du MSHP	52
7.2.3	La promotion d'une culture permanente de la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	52
7.2.4	La valorisation et la reconnaissance des efforts des acteurs.....	53
7.2.5	L'innovation par l'utilisation de l'information pour valider des méthodes et des outils qui ont fait leur preuve.....	53
7.2.6	La recherche dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé	54
7.2.7	La participation des communautés aux activités d'amélioration de la qualité des soins et services de santé.....	54
7.2.8	Le développement et la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires.....	55
8	Financement de la politique nationale.....	55
8.1	Sources de financement	55
8.1.1	Ressources publiques.....	55
8.1.2	Ressources privées.....	56
8.2	Mobilisation de financement.....	56
8.3	Gestion et contrôle	56
9	Cadre de mise en œuvre et rôles des parties prenantes	56
9.1	Au niveau central	57
9.2	Au niveau intermédiaire	57
9.3	Au niveau opérationnel	57
9.4	Au niveau des établissements sanitaires	58
9.5	Au niveau de la communauté.....	58
9.6	Au niveau des partenaires au développement	58

Introduction

La Côte d'Ivoire s'est engagée dans le développement de son système sanitaire pour assurer un bon état de santé à toutes les populations vivant sur le territoire. Cette initiative est orientée par la Politique Nationale de Santé (PNS) élaborée en décembre 2011 et prend en compte les priorités de la Côte d'Ivoire en matière de santé définies dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015. Ce développement du système sanitaire se traduit par le déploiement d'efforts pour :

- Le renforcement de la gouvernance du secteur de la santé et du leadership du Ministère de la santé,
- L'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de santé de qualité,
- L'amélioration de la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans,
- Le renforcement de la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales,
- Le renforcement de la prévention, de la promotion de la santé et de la médecine de proximité.

Ces actions doivent permettre à la Côte d'Ivoire d'être en conformité avec le chapitre 1 article 7 de sa constitution relatif entre autres à l'accès équitable des populations à la santé.

Dans cette disposition de sa loi fondamentale, la santé apparaît donc comme un droit inaliénable. Aussi, la qualité des soins et des services de santé est-elle une condition indispensable à la jouissance de ce droit.

En effet, la qualité des soins et des services de santé se définit selon l'OMS comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

La qualité permet ainsi, le meilleur soin au meilleur endroit, au meilleur coût par le meilleur dispensateur. De par ces effets, la qualité des soins et des services est un puissant levier de performance des systèmes de santé. Cependant en Côte d'Ivoire bien qu'il ait existé des directions en charge de la qualité, notamment la Direction de la Coordination des

Etablissements Publics Nationaux (DCEPN), le Service de la Promotion de l'Assurance Qualité en Santé (SPAQS) et aujourd'hui la Direction de la Médecine Hospitalière (DMH) créée par décret n° 2014-554 du 1^{er} octobre 2014, les manifestations de mécontentement des populations sont légion dans les établissements de santé lesquels sont devenus vétustes et inappropriés aux soins.

Cette situation est soutenue par une absence d'orientations générales dans lesquelles toutes les activités d'amélioration des soins et services de santé devraient trouver leurs sources. Pour pallier à cette faiblesse, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers la DMH a fait de l'élaboration dudit document une priorité. Cette initiative qui n'est pas un acte isolé, s'inscrit dans la traduction en action des directives suivantes :

- La Résolution de la 45^{ème} session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique sur les « stratégies d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements sanitaires dans la Région africaine » de septembre 1995, a marqué le début des initiatives pays dans le domaine de la qualité des soins en Afrique ;
- Les différents Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) de 1996-2005, 2009-2013 et 2012-2015 ;
- la recommandation de l'atelier de réflexion sur les stratégies nationales et les structures de soutien pour l'amélioration de la qualité des soins organisé en février 2014 par la Direction Générale de la Santé avec le soutien financier de PEPFAR/USAID.

Le présent document constitue un ensemble d'orientations fondées sur des valeurs et des principes de base visant les décisions et les actions à long terme. Il définit ainsi un cadre propice de référence où l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire trouvera une réponse efficace, efficiente et durable.

1 Contexte général

1.1 Présentation de la Côte d'Ivoire

1.1.1 Contexte géographique

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest entre les 5^{èmes} et 11^{ème} degré de latitude Nord et les 4^{èmes} et 8^{ème} degrés de longitude Ouest avec une superficie de 322.462 km². Le climat est de type équatorial humide au Sud et tropical au Nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2 300 mm de pluie au Sud et 900 mm au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt au Sud et la savane au Nord (24).

Elle est limitée au Nord par le Burkina-Faso et le Mali, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Ghana et à l'Ouest par la Guinée et le Libéria.

Le profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire (20).

1.1.2 Contexte démographique

La population de la Côte d'Ivoire est estimée à 23 250 385 habitants en 2015 (42). La densité démographique moyenne est de 64 habitants/km². C'est une population relativement jeune avec 36,2% dont l'âge oscille entre 15 et 34 ans, et 48,3% sont des femmes. Le taux de croissance annuel était estimé à 2,6% en 2014 avec un taux brut de natalité à 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité à 5 enfants par femme. La population vivant en zone rurale est de 50,3% contre 49,7% en zone urbaine (42).

1.1.3 Contexte socioculturel

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque). Le niveau d'alphabétisation est relativement faible (45% avec 53,3% d'hommes et 36,3% de femmes) (8).

1.1.4 Contexte économique

Le contexte socio-économique de la Côte d'Ivoire peut se résumer à travers l'évolution des deux indicateurs suivants : le niveau de pauvreté est passé 48,9% en 2007 à 46,3 % en 2015. Avec un taux de croissance réelle du PIB de + 9,2%, le PIB / Habitant est de 682 752,2 F CFA (8).

1.1.5 Contexte Sociopolitique

La Côte d'Ivoire est une République avec un régime démocratique de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique dans la sous-région et en Afrique, elle a traversé depuis ces dernières années, une série de crises socio-politiques notamment en 2002 et 2010. Depuis 2011, elle a retrouvé sa stabilité politique.

1.2 Contexte sanitaire

1.2.1 Organisation et fonctionnement du système de santé ivoirien

L'organisation et le fonctionnement du MSHP en vigueur découle du décret n°2014-554 du 1^{er} octobre 2014. Le système de santé ivoirien est de type pyramidal à trois niveaux et deux versants, l'un gestionnaire et l'autre prestataire :

❖ Le versant gestionnaire ou administratif comprend :

- (i) le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé,
- (ii) le niveau intermédiaire composé de 20 Directions Régionales qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire et
- (iii) le niveau périphérique composé de 82 Directions Départementales de la Santé ou Districts sanitaires qui sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle

la politique sanitaire. Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.

❖ Le versant prestataire comprend l'offre publique de soins et l'offre privée de soins.

➤ Le secteur sanitaire public comprend :

- (i) le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) dont 1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains, 127 centres de santé urbains spécialisés et 32 formations sanitaires urbaines,
- (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (82 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés) et
- (iii) le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés, 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui que sont : le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

➤ Le secteur sanitaire parapublic

L'offre de soins est aussi assurée par le secteur parapublic qui comprend les services corporatifs, le service de santé de l'armée et de la police, les services de santé pénitentiaires

➤ Le secteur sanitaire privé

Le secteur privé prestataire de soins est constitué de 2036 structures à but lucratif et non lucratif.

Il existe une association des cliniques privées dénommée Association des Cliniques Privées de Côte-d'Ivoire (ACPCI) qui compte 70 membres.

Le secteur pharmaceutique en plein essor est passé de 689 officines de pharmacie en 2007 à 900 officines en 2016 avec 04 grossistes répartiteurs.

Le secteur privé à but non lucratif offre, presque exclusivement, des soins de niveau primaire. Il est représenté d'une part par le secteur confessionnel et d'autre part, par les établissements sanitaires à base communautaire (ESCOM).

Concernant les Etablissements Sanitaires Communautaires (ESCOM), trois modèles sont identifiables : (i) le modèle des Formations Sanitaires Urbaines Communautaires (37 FSUCOM), (ii) le modèle de formation sanitaire à vocation communautaire gérée par une ONG et (iii) le modèle de formation sanitaire gérée par une association de professionnels de la santé en collaboration avec une association d'usagers.

Concernant la médecine traditionnelle, plus de 8500 praticiens de la médecine traditionnelle ont été recensés en 2007 et regroupés par spécialité (21). Cependant, 1445 ont été reconnus par le MSHP et l'OMS en 2013 (29).

1.2.2 Contexte épidémiologique

2.2.2.1 Morbidité

La morbidité générale en Côte d'Ivoire est élevée et reste caractérisée par les maladies transmissibles d'une part et d'autre part par les maladies non transmissibles dans un contexte nutritionnel préoccupant (6).

Les maladies transmissibles sont dominées par le paludisme qui est de loin la première cause de morbidité. Il représente environ 50% des motifs de consultations dans les ESPC (27). Son Incidence est passée de 106‰ en 2013 à 164‰ en 2014 (28)

La prévalence du VIH/sida dans la population âgée de 15-49 ans est estimée à 3,7 %. Cette prévalence est de 4,6 % chez les femmes et de 2,7 % chez les hommes (6). L'épidémie du VIH/Sida est caractérisée par la présence des deux virus, VIH 1 et VIH 2. Le nombre de personnes vivant avec le VIH était de 450 000 et le nombre d'orphelins rendus vulnérables du fait du Sida s'élevait à 440 000. Le nombre de personnes sous ARV est passé de 123 692 en 2013 à 140 710 en 2014 (28)

Avec une prévalence estimée selon le rapport 2010 de l'OMS à 156 cas pour 100 000 habitants pour toutes formes confondues et une incidence estimée à 139 cas pour 100 000 habitants pour les nouveaux cas à frottis positif, la Côte d'Ivoire est affectée, de manière sévère, par la tuberculose. L'Incidence est passée de 1,06 ‰ en 2013 et 1,05‰ en 2014 (28). La pandémie du VIH/sida demeure le facteur le plus propice à son développement.

Les autres maladies transmissibles sont constituées par des maladies à potentiel épidémique. Ce sont : la méningite cérébro-spinale, la rougeole, la fièvre jaune et le choléra dont l'évolution est marquée par des flambées épidémiques.

Les maladies non transmissibles restent dominées par les maladies métaboliques, les maladies cardio-vasculaires (HTA), les cancers. Le diabète sucré touche 5,7% de la population adulte, l'HTA est en nette progression. En 2008, selon les estimations de l'OMS pour la Côte d'Ivoire, la prévalence de l'HTA chez les 25 ans et plus était de 33,4%. 15 000 nouveaux cas de cancer sont attendus par an. Les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux avec une incidence de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 dont 25,2% de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus (21).

L'ulcère de Buruli occasionne des cas d'infirmité permanente notamment chez des enfants d'âge scolaire. Le nombre de cas cumulé est passé de 500 en 1994 à 25 000 en 2006. En 2007 et 2008, le nombre de nouveaux cas était respectivement de 1654 et 2085 (21).

Certaines pathologies telles que la trypanosomiase humaine africaine, l'onchocercose, les bilharzioses, la filariose lymphatique, le trachome et le pian persistent encore et nécessitent une attention particulière. D'autres maladies anciennes comme la dracunculose, la lèpre, et la syphilis sont en voie d'élimination, d'éradication ou en nette régression.

2.2.2.2 Mortalité

La mortalité générale avait baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. Le taux brut de mortalité (TBM) est passé de 12,3‰ en 1988 à 14‰ en 2006 (18). On a enregistré 968 décès, soit 121,50 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2013 (28).

1.2.3 Les facteurs environnementaux et risque à la consommation

A ce contexte épidémiologique, s'ajoute un contexte environnemental et d'hygiène publique qui se dégrade de jour en jour. En milieu urbain, les réseaux de collecte et d'évacuation des eaux pluviales et des eaux usées ne sont pas suffisamment entretenus ou sont en nombre insuffisant. Les ordures ménagères s'amoncellent partout faute de ramassage organisé et de traitements appropriés.

Ainsi, le manque d'hygiène, l'insalubrité, les déchets ménagers, industriels et médicaux, les agressions d'origine chimique, physique et biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive de pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations. Les conditions déplorables de sécurité sanitaire des aliments, la méconnaissance des normes en la matière au niveau national associées au boom de la restauration collective, constituent des menaces sanitaires quasi permanentes. Les risques à la consommation concernent également les médicaments contrefaits ou prohibés, l'insuffisance de contrôle sanitaire dans les lieux de restauration collective (21).

2 Analyse de la situation de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé

2.1 Analyse de la problématique de la qualité des soins et services de santé

Cette analyse sera faite selon les dimensions de la qualité en santé (13).

La définition de la qualité se heurte aux perceptions et aux sensibilités des différents acteurs (Agents de Santé, COGES, Patients, communauté en général, administrateurs). Ces perceptions, sur lesquelles une attention particulière doit être accordée sont couramment appelées les éléments ou dimensions de la qualité. Ces éléments constituent un cadre théorique d'appréciation de la qualité des soins et services de santé. Ainsi, ces différentes dimensions peuvent être déclinées en critères d'appréciation de la conformité des pratiques.

2.1.1 La compétence professionnelle

La compétence professionnelle s'applique aux aptitudes techniques, interpersonnelles, et de gestion des agents de santé, des gestionnaires, et du personnel de soutien. Elle inclut la démarche clinique, le savoir (connaissances techniques) et le savoir-faire (gestes techniques). Dans les établissements sanitaires, beaucoup d'efforts doivent être fournis dans la maîtrise des gestes techniques (prise des constantes, recherche des signes de danger) qui sont supposés être assimilés par tous les agents et les clients.

La compétence professionnelle des agents de santé doit être mesurée par des évaluations des pratiques professionnelles. Or ces évaluations ne se limitent qu'aux supervisions effectuées par les différents niveaux du système sanitaire malgré l'existence d'un référentiel de compétence. Il est à noter une insuffisance de systèmes d'évaluation tant au niveau de la qualité dans les établissements (40%) qu'au niveau des pratiques des professionnels de santé (28%) (35).

2.1.2 La performance technique

La performance technique est ce que le professionnel de la santé fait en situation de travail. Elle ne doit pas être confondue avec la compétence professionnelle. C'est la mesure dans laquelle les tâches effectuées par les agents de santé et les établissements sanitaires répondent aux attentes en matière de qualité technique (c'est-à-dire le respect des standards). Cette performance est donc l'utilisation effective et judicieuse des directives et des standards de soins et services de santé.

En Côte d'Ivoire, les domaines de certification et d'accréditation en santé, ne sont pas clairement définis malgré l'existence de structures qui pourraient jouer ces rôles (35). Des guides de bonnes pratiques tels que les documents du « paquet minimum d'activités des établissements de premiers contacts et des hôpitaux de référence des districts et des régions », « les référentiels du CRESAC » et d'autres standards de soins élaborés par les programmes de contrôle des maladies existent. Toutefois, on note une insuffisance dans leur application en raison de leur faible diffusion dans les structures décentralisées et du manque de formation du personnel de santé à leur utilisation (24). A cela, s'ajoute le fait que ces documents ne sont pas actualisés dans la plupart des cas. L'on relève que seulement 34% des traitements faits respectent les protocoles/directives nationaux de prise en charge des cas (30).

Cela traduit une insuffisance des dispositifs méthodologiques sur l'assurance qualité des soins avec un taux de conformité moyen de 46,6% (35).

2.1.3 L'efficacité des soins

L'efficacité est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin (3).

Afin de mesurer l'efficacité du système de santé ou des interventions dans des domaines spécifiques, on tient compte souvent des résultats utilisant les indicateurs de mortalité ou de morbidité par cause, par groupe cible, etc. Au niveau global, on compare souvent la mortalité prématurée, ou les taux de mortalité par cause spécifique, comme le cancer ou les maladies cardiaques ischémiques, pour lesquels des soins efficaces, fournis à temps,

peuvent éviter les décès, sachant qu'ils peuvent parfois être influencés par d'autres facteurs en dehors du système de soins. Le taux de survie après un diagnostic de cancer est considéré comme un indicateur plus pertinent ou direct dans ce domaine (14). Un taux de survie élevé peut être dû à la bonne qualité des soins fournis ou à des diagnostics précoces obtenus grâce à des programmes préventifs. On compare ainsi les taux de dépistage ou d'immunisation des populations fragiles ou cibles comme des indices d'efficacité d'un système de soins.

En Côte d'Ivoire, le taux brut de mortalité se caractérise de la façon suivante :

- la mortalité maternelle s'élevait à 968 décès pour 100 000 naissances vivantes (28).
- La mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 108‰ naissances vivantes dont 38‰ pour la mortalité néonatale et 68‰ pour la mortalité infantile (6).

2.1.4 L'efficacité de la prestation de services

L'efficacité se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir des bénéfices ou de meilleurs résultats. Le but visé est la maximisation des services offerts (ou la maximisation des résultats) au regard du budget disponible. Selon ce concept, chaque service fourni, doit l'être au moindre coût, présentant des avantages dont la valeur est égale ou excède le coût et qu'il entraîne une allocation optimale des ressources investies. L'efficacité se distingue de l'efficacités en ce qu'elle relativise les coûts par rapport aux avantages.

L'évaluation du niveau d'efficacité des interventions et des techniques médicales permet d'établir des priorités dans l'allocation des ressources (33). Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindre frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables (5). Ce que l'on mesure sont les niveaux de ressources consacrées au système de santé. On peut comparer le niveau global ou celui de domaines spécifiques.

En Côte d'Ivoire, si les ressources allouées et dépensées dans le système de santé sont connues à travers les comptes nationaux de la santé, le rapprochement de ces allocations avec les résultats, les bénéfices et leur utilité sont inexistantes.

L'analyse situationnelle n'a mis en évidence aucune étude relative au coût-efficacité, coût-bénéfice ou coût-utilité.

2.1.5 La sécurité

La sécurité des soins est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients. La sécurité s'organise autour de risques qui peuvent être regroupés en risques produits, risques prestations, risques professionnels, risques environnementaux et autres risques dans la perspective d'une meilleure analyse des conditions de survenue (21).

En Côte d'Ivoire, il y a très peu de données probantes sur la situation des infections nosocomiales malgré la précarité de l'hygiène dans les établissements sanitaires (26). Au CHU de Cocody et de Yopougon, la prévalence des infections nosocomiales était respectivement de 9% et 11% en 1999 (21). Au CHU de Treichville, ce chiffre était estimé à 12% en 2002 (11).

L'hygiène hospitalière contribue durablement à l'amélioration de la qualité des prestations des services de santé, mais elle est insuffisante dans les établissements sanitaires ivoiriens (25) et en particulier dans les laboratoires d'analyses médicales (1). De plus, les risques professionnels font peser sur les salariés, la menace d'une altération de leur santé qui peut se traduire par une maladie ou un accident. Par contre, les services de santé au travail en charge de la gestion des risques sont méconnus de l'ensemble du personnel de santé (21).

2.1.6 L'accès aux services

L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux services de santé adéquats au moment opportun. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, organisationnel ou linguistique et exige que les services de santé soient à priori disponibles.

L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race, de leur religion et de leurs ressources financières. Dans ce contexte, il s'agit de la fourniture des soins entre différents groupes de populations quelles que soient leurs situations géographiques, économiques, sociales, organisationnelles ou linguistiques.

Cette dimension peut être mesurée par la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durée d'attente. Les indicateurs le plus souvent employés sont : les délais d'attente aux urgences, le temps d'accès aux médecins généralistes et spécialistes, les problèmes d'accès liés au coût des soins.

En Côte d'Ivoire, l'accessibilité géographique est passée de 65% en 2013 à 66% en 2014 pour les populations vivant à moins de 5 km d'un établissement sanitaire de premier contact. Si la cible du PNDS est atteinte, des efforts restent à faire pour celle de l'OMS qui est de 100%. La contribution des ménages au financement de la santé est très élevée. Elle représentait respectivement 72% et 69% de la dépense totale de santé en 2007 et 2008 et 51,08% en 2013. Elle reflète l'iniquité du système de santé et l'absence de mécanisme de prépaiement. Cette situation met les ménages dans une position de grande vulnérabilité face à la maladie (24).

Pour les personnes malades, qu'elles soient pauvres ou pas, le coût reste le principal obstacle à la consultation (46,9% dont 56,2% chez les malades pauvres et 39,9% chez les malades non pauvres) (8).

Pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins en Côte d'Ivoire, une mesure de gratuité totale en 2011 puis ciblée en 2012 a été prise. Cette dernière concernait l'accouchement, la césarienne, les pathologies les plus fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans, le paludisme et les 48 premières heures des urgences. Aussi

la Couverture Maladie Universelle (CMU) est en train d'être mise en place.

Les données sur les délais d'attente ne sont pas prises en compte par le système d'informations sanitaires si bien qu'aucune analyse ne peut être faite sur ces indicateurs.

2.1.7 Les relations interpersonnelles

Les relations interpersonnelles en milieu de soins se basent sur la confiance, le respect, la confidentialité, la courtoisie, la sensibilité aux besoins, l'empathie, l'écoute active et la communication entre les prestataires et les clients. Elles renvoient à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins. Elles se rapportent à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé et aux explications fournies par les prestataires.

La revue documentaire n'a pas permis de faire une analyse de cette dimension de la qualité des soins et services de santé.

2.1.8 La continuité des services

La continuité signifie que le client peut recevoir une gamme complète de services de santé dont il a besoin sans interruption, sans cessation ou répétition inutile des examens, du diagnostic ou du traitement.

Ainsi on distingue (39) :

- La continuité informationnelle : elle désigne la disponibilité et l'utilisation des renseignements antérieurs ou provenant d'autres sources touchant la santé ou dans le but d'adapter les soins courants au malade et à sa condition actuelle en tenant compte de ce qui est connu du passé. Cette connaissance permet d'éviter les bris de continuité, la duplication d'actes figurant déjà au dossier et la multiplication des actes inutiles.
- La continuité relationnelle : elle désigne la relation thérapeutique qui s'instaure entre un professionnel de la santé et le malade. La poursuite de cette relation dans

le temps est un facteur important de la création d'un lien de confiance, d'une compréhension réciproque favorisant l'établissement d'un partenariat de soins et de la responsabilisation envers la personne soignée. La stabilité du personnel est à ce point de vue un atout important.

- La continuité du plan d'intervention : elle se réalise par la coordination cohérente des actions de soins, qu'elles soient médicales ou infirmières. Là aussi, la synchronisation est une donnée précieuse.

La revue documentaire n'a pas permis de faire une analyse de cette dimension de la qualité des soins et services de santé. Cependant, pour le continuum de soins dans la communauté, des réflexions sont en cours pour définir un cadre légal.

2.1.9 Utilisation des services

Le degré avec lequel la population cible reçoit un service de santé spécifique ou utilise les structures de santé est une caractéristique de la qualité du système de santé, fortement influencée par la qualité de l'organisation des services et des soins qui sont fournis.

En Côte d'Ivoire, le taux d'utilisation des établissements sanitaires est passé de 27,5% en 2013 à 33,21% en 2014 (28).

Concernant le suivi de la femme enceinte, quelques indicateurs d'utilisation des services de santé ont été répertoriés :

- ainsi la couverture en CPN1 est passée de 88% en 2013 à 85,25% en 2014 ;
- entre 2013 et 2014, la couverture en CPN4 est passée de 33% à 34,76% (24).

2.2 Analyse de la problématique du management de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé

L'analyse de la problématique du management de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé est basée sur les six piliers de renforcement des capacités des systèmes de santé qui sont :

- la gouvernance et le leadership ;
- les prestations des services de santé ;
- les ressources humaines de la santé ;
- les médicaments et intrants stratégiques, infrastructures, équipements et matériels ;
- le financement de la santé ;
- l'information sanitaire,

En plus de ces six piliers, cette analyse s'est intéressée à la communauté et au domaine de la recherche relatif à l'amélioration de la qualité des soins et services de santé.

2.2.1 Gouvernance et Leadership

Ce pilier du système de santé permet de :

- Définir une vision stratégique pour le système dans sa globalité, et d'obtenir l'adhésion de toutes les parties prenantes (publique et privée)
- Accorder une haute priorité, à la conception du système de santé fondée sur une approche holistique qui implique pour les autorités nationales, la capacité d'agir à la fois de façon équilibrée sur tous les aspects du système de santé ;
- Refléter cette vision dans un cadre stratégique qui sert de creuset pour la définition des politiques et stratégies sectorielles ;
- Instaurer une gestion efficiente, dans le respect de l'exigence de transparence et de l'obligation de rendre compte;
- Formuler un plan de renforcement du système de santé.

Une consultation organisée par l'OMS en 2007 a relevé que les capacités en matière de leadership et de gestion sont actuellement insuffisantes, tant dans le secteur public que privé, et que rares sont les pays à revenus faibles qui se préoccupent de façon systématique de la problématique de gestion.

En 2013, une enquête du MSLS a révélé qu'en Côte d'Ivoire, la planification et la coordination des actions de santé restent insuffisantes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ceci limite la performance globale du système de santé.

Par ailleurs, les mécanismes de redevabilité incitant les gestionnaires du système de santé à rendre compte systématiquement de leur gestion restent insuffisants tant au niveau programmatique que financier (24).

La gestion par la qualité n'échappe pas à ces réalités. Le taux moyen de conformité pour le développement de la qualité des soins et services de santé est insuffisant et représente environ 50,2% (35).

En effet, bien que devenue une priorité révélée par des faits dans les établissements sanitaires (manifestations de mécontentements de la population) et inscrite comme telle dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé n'est pas guidée par des orientations stratégiques nationales devant être opérationnalisées au niveau décentralisé du ministère en charge de la santé. En revanche, il est à noter l'existence de documents de politique de l'hygiène et de la gestion des risques et de la sécurité des patients en milieu hospitalier qui traitent des aspects de la qualité.

D'autres documents existent tels que le manuel des directives du paquet minimum d'activités, des référentiels sur l'accueil, le dossier du client, les risques infectieux, la gestion des déchets, le groupage sanguin, etc. Cependant, la diffusion et la mise en œuvre de ces documents restent insuffisantes.

Dans son organisation, le Ministère en charge de la santé dispose d'une direction centrale en charge de la qualité des soins et services de santé. Cette direction, dénommée Direction de la Médecine Hospitalière a été créée par décret Numéro 2014-554 du 1^{er} octobre 2014.

Au niveau décentralisé, des activités qui concourent à l'amélioration de la qualité de l'offre de service sont réalisées notamment la supervision, le coaching des agents de santé et le monitoring des activités des ESPC. Toutefois, l'insuffisance du personnel maîtrisant les outils de la gestion par la qualité et faute de moyens logistiques et de ressources financières, les objectifs qualité ne sont pas atteints.

Il existe un organisme sous régional d'accréditation dénommé Centre Régional d'Evaluation en Education, Environnement, Santé et Accréditation en Afrique (CRESAC). Le CRESAC est membre de l'International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC),

organisme mondial qui fédère les organismes d'accréditation.

En outre, en partenariat avec le Ministère en charge de la santé et le CDC/PEPFAR, le CRESAC a engagé les laboratoires de biologie médicale à l'accréditation (arrêté n° 184/MSHP/CAB du 26 octobre 2010 déterminant les modalités d'accréditation des laboratoires de biologie médicale).

Pour affirmer son leadership et son engagement pour l'amélioration de la qualité des soins et services de santé, le Ministère en charge de la santé a adhéré à des conventions internationales telles que les résolutions de la 55^e assemblée de l'organisation mondiale de la santé sur la qualité des soins(36).

Au niveau national, il existe des textes législatifs et réglementaires pour l'amélioration de la qualité des soins et des services (Loi n°2013-866 du 23 décembre 2013 relative à la normalisation et à la promotion de la qualité et ses décrets d'application). Toutefois, un certain nombre de textes sont insuffisamment appliqués en pratique. D'autres sont insuffisamment vulgarisés, suivis ou ne sont plus d'actualité face aux évolutions constatées dans le secteur et doivent donc être révisés (24).

Il existe des accords internationaux relatifs à l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé avec des partenaires dans le cadre des projets tels que le projet USAID-ASSIST, JHPIEGO et le projet Leadership/Management/Gouvernance.

2.2.2 Prestations des services de santé

De nombreux outils ont été développés pour améliorer la qualité des prestations. On peut citer entre autres, les manuels du paquet minimum d'activités des ESPC et des hôpitaux de référence, le manuel des algorithmes de symptômes-diagnostic et traitement, le guide d'accréditation des districts sanitaires, le guide national de supervision, les directives nationales de l'organisation de la référence et contre-référence et des urgences, les directives pour la prise en charge des pathologies chroniques. Si ces documents qui servent de référence à l'organisation et au fonctionnement des établissements de santé existent, on note une insuffisance dans la diffusion et la formation du personnel de santé.

L'Inspection Générale du Ministère en charge de la Santé garant de la diffusion et de

l'application de ces directives dispose de peu de ressources pour mener à bien des missions d'inspection et de contrôle tant au niveau du secteur public que du secteur privé (24).

Concernant l'offre des soins et des services, les standards nationaux de performance (modèle de soins et services de santé) ont été développés par les partenaires de mise en œuvre du PEPFAR dans le domaine du VIH. Ces standards ne sont appliqués qu'aux établissements de santé assurant la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Dans ce domaine des standards (la norme ISO 15189 et la liste de vérification SLIPTA de l'OMS) pour l'offre de services des laboratoires dans le cadre du programme OMS-AFRO d'accréditation des laboratoires de biologie médicale ont été élaborés. Pour les autres domaines de santé, en dehors du paludisme et de la tuberculose, notre revue documentaire n'a pas mis en évidence des standards qui sont disponibles dans les établissements sanitaires et qui sont utilisés pour faire des audits de la qualité des soins et services.

Par ailleurs, il n'existe pas de directives nationales des audits internes et externes de la qualité, d'évaluation du coût de la non-qualité et de la surveillance de la qualité dans les établissements sanitaires. L'absence de ces directives nationales d'évaluation de la qualité des soins dispensés est un frein à l'amélioration des prestations et services fournis.

Il n'existe aucun système de classement des établissements respectueux de la qualité des soins (16%). permettant aux patients de réaliser un choix des structures à fréquenter. Les journées portes ouvertes sur la qualité et la sécurité des soins, plateforme d'échange entre les professionnels de la santé et les usagers ne sont plus organisées depuis quatre ans (30%) (35).

Des projets d'amélioration de la qualité des soins et services de santé sont exécutés dans les établissements de santé sans une grande implication et ni de coordination du niveau central. Des projets sont exécutés par des partenaires financiers selon des approches qui leur sont propres. Les approches identifiées étaient basées sur des méthodes d'assurance qualité et des méthodes d'amélioration continue de la qualité. Ces projets étant limités aux zones d'intervention de ces partenaires financiers, leur effet au plan national est peu visible. Il n'existe pas de plan d'extension, de pérennisation et d'institutionnalisation. En outre ces projets d'amélioration adressent des domaines prioritaires qui n'épousent pas

les priorités nationales quand elles sont définies.

Au niveau du secteur privé, l'amélioration des prestations de soins et services de santé s'inscrit dans un contexte de certification pour les cliniques et d'accréditation pour les laboratoires.

2.2.3 Ressources Humaines de la Santé

Entre 2013 et 2014, le ratio médecin/habitants est passé de 1 pour 9899 à 1 pour 9014, le ratio infirmier/habitants est passé de 1 pour 4020 à 1 pour 2881 et le ratio sage-femme/femmes en âge de procréer est passé de 1 pour 3317 à 1 pour 2068 (28).

Malgré l'importance numérique du personnel de la santé en Côte d'Ivoire, l'offre de soins demeure insuffisante et est caractérisée par une forte disparité dans la répartition du personnel de la santé avec une concentration au profit des régions du Sud du pays, notamment à Abidjan (26).

Concernant la formation, il n'existe pas de modules de formation formels en management par la qualité dans les établissements de formation de base des agents de santé. Mais cette insuffisance est corrigée avec la présence d'unités d'enseignement relatives à la gestion par la qualité dans le cadre de l'application du système Licence, Master, Doctorat. Ces modules nationaux n'existent pas non plus dans le cadre de la formation continue pour le personnel en activité.

Par ailleurs, il n'existe pas de directives nationales relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de la santé.

Concernant la gestion des compétences du personnel de la santé, l'emploi de gestionnaire de la qualité n'existe pas dans la nomenclature des emplois de la direction des ressources humaines du ministère en charge de la santé.

Cependant, des responsables qualité ont été nommés dans certains établissements sanitaires. Par ailleurs, dans les régions et districts sanitaires, il existe des services d'action sanitaire, qui ont en charge la mise en œuvre de la démarche qualité dans leurs aires de responsabilité (16, 17, 19). Si les responsables qualité des EPN ont une formation en management par la qualité avec une description de poste connue et diffusée, cela n'est

pas le cas pour les chefs d'actions sanitaires, principaux animateurs des services d'actions sanitaires des régions et districts sanitaires.

Les questions de motivation des ressources humaines sont d'ordre général. Elles concernent l'absence de valorisation des cadres ayant eu accès à une formation continue, l'insuffisance de valorisation du profil de carrière, l'insuffisance du système de reconnaissance au travail, l'absence de plan de carrière pour certaines catégories de personnels de santé, la non reconnaissance des spécialités des médecins sont autant de freins à la motivation des ressources humaines en santé (38).

Cependant, des mécanismes nationaux de reconnaissance et de valorisation des ressources humaines existent. Ils sont soit d'ordre général comme le prix de l'excellence attribué en marge de la commémoration de l'indépendance de la Côte d'Ivoire et le prix ivoirien de la qualité.

Au sein du ministère de la santé, d'autres mécanismes existent tels que la désignation des meilleurs agents, la fourniture des équipements par des partenaires au développement. L'enquête pays sur l'organisation du dispositif national en matière de qualité des soins, gestion des risques et de sécurité des patients dans le système de santé en Côte d'Ivoire a montré un taux de conformité des systèmes d'intéressement et de motivation des personnels de santé de 50% (35).

2.2.4 Médicaments et Intrants stratégiques, Infrastructures, Equipements et Maintenance

La Côte d'Ivoire dispose, depuis 2009 d'une Politique Pharmaceutique Nationale. Un plan directeur pharmaceutique a été élaboré pour sa mise en œuvre. La Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML), chargée de la réglementation pharmaceutique, rencontre des difficultés dans la mise en œuvre de ses missions notamment ses activités de régulation, d'inspection pharmaceutique, de pharmacovigilance et de contrôle post-commercialisation de la qualité des médicaments.

Avec le statut de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP), les outils de gestion des médicaments ne sont plus produits et diffusés.

Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), en charge du contrôle de la qualité des médicaments entrant et circulant en Côte d'Ivoire, ne dispose pas de moyens techniques suffisants (infrastructures, installations techniques, réactifs, etc.) pour effectuer un contrôle de qualité rigoureux et régulier des produits pharmaceutiques (24).

Cependant, cette structure assure depuis 2009 la surveillance post-commercialisation des médicaments (physico-chimie et microbiologie) importés par la PSP, actuellement NPSP. Le laboratoire de contrôle des médicaments est accrédité ISO CEI/17025 depuis 2013. Son accréditation a été renouvelée en 2015. Une démarche de pré-qualification OMS est en cours. Le LNSP dispose également de laboratoires de biologie médicale, bromatologie, toxicologie et radiométrie.

En ce qui concerne l'évaluation externe de la qualité (EEQ) des analyses de biologie médicale, une convention de partenariat existe entre le LNSP et le projet RETROCI/CDC depuis 2007 et des projets pilote d'EEQ sont conduits depuis cette date et portent sur l'ensemble des laboratoires publics d'analyses de biologie médicale et quelques laboratoires privés. Les stratégies de dévolution de cette activité sont en cours avec la signature des arrêtés ministériels en 2008. Concernant les infrastructures, équipements et maintenance, la Côte d'Ivoire dispose d'un important réseau d'établissements de soins aussi bien au niveau du secteur public que du secteur privé. Malgré cet important réseau, la satisfaction des populations n'est pas complètement assurée pour diverses raisons. En effet, les infrastructures sanitaires sont en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national. Elles sont vétustes et insuffisamment entretenues (24).

Pour assurer la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires, le Ministère en charge de la Santé dispose de 06 Centres Régionaux de l'Équipement, du Matériel et de la Maintenance (CREMM), 03 Ateliers de Maintenance de District (AMD) et des services techniques dans certains EPN, CHR et HG. Ces unités de maintenance sont sous-équipées, vétustes, en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national (24).

En outre, au niveau national, il existe le Laboratoire National d'Essai de Qualité, de Métrologie et d'Analyses (LANEMA) qui a en charge la métrologie sous tutelle du Ministère chargé de l'Industrie. Au niveau de la santé, il n'existe pas de structures chargées de la métrologie des équipements médicaux et de mesure.

On note une grande disparité entre les plateaux techniques des établissements de santé de même niveau dans la pyramide sanitaire. Bien que référencé dans les documents de paquet d'activités des établissements sanitaires, les plateaux techniques de certains établissements sanitaires sont inadaptés à leur niveau dans la pyramide sanitaire (24).

2.2.5 Financement de la santé au profit de l'amélioration de la qualité.

La part annuelle du budget de l'Etat alloué au Ministère en charge de la Santé est passée de 4% en 2013 à 6% en 2014. Elle reste encore en dessous des 15% recommandés lors du sommet des chefs d'Etat de la CEDEAO tenu à d'Abuja en 2001. Ce budget ne fait pas ressortir de façon spécifique la part allouée à la gestion de la qualité. Mais, il peut être apprécié à travers celui de la Direction de la Médecine Hospitalière (DMH) qui elle-même est limitée dans le développement de ces activités du fait de l'insuffisance de son budget. Ainsi le financement des actions liées à la qualité des soins, à la gestion des risques et la sécurité des soins est quasi inexistant (16,2%) (35).

Dans le cadre de la mobilisation additionnelle, il faut noter également que l'appui financier du secteur privé à la résolution des questions de santé est encore à l'état embryonnaire et se fait généralement de manière ponctuelle. De plus, les fonds alloués par les partenaires au développement pour la qualité sont relativement insuffisants. Ces financements sont souvent attribués aux programmes nationaux de santé (24). Le projet PEPFAR à travers des projets comme USAID-ASSIST, LMG, JHPIEGO soutient des activités d'amélioration de la qualité mais uniquement dans les établissements sanitaires impliqués dans la prise en charge des PVVIH.

Par ailleurs, la politique de décentralisation qui devrait en principe constituer une opportunité pour le développement des infrastructures, équipements et matériels reste limitée dans ses interventions dans le secteur de santé.

En somme, peu de ressources financières sont allouées à la promotion et au développement de l'amélioration de la qualité des soins et aucune évaluation des conséquences économiques de la non qualité (coût de la non-qualité) n'est réalisée à travers le système de santé.

2.2.6 Information sanitaire et qualité des soins et services de santé

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est organisé autour des trois niveaux de la pyramide sanitaire où sont produites les données selon un circuit bien défini (24). Des documents de gestion décrivent la périodicité de transmission des données, les rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux de la pyramide.

Les outils de la collecte des données sont standardisés et mis à la disposition des établissements sanitaires. Il existe un dictionnaire des indicateurs et des audits de la qualité des données sont organisés périodiquement. Cependant, ces indicateurs font la part belle aux processus et non aux résultats. Aussi, aucun outil ni support d'information n'aborde la problématique de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. Les données collectées pour le renseignement des indicateurs sont à visées programmatiques et épidémiologiques. Elles ne donnent pas d'informations sur les progrès d'amélioration continue de la qualité ou sur la conformité des soins et services de santé avec les directives nationales et les standards de soins et services quand ils existent. Le taux de conformité moyen des exigences portant sur l'information sanitaire/ suivi et évaluation pour l'amélioration de l'assurance qualité et sécurité des patients est insuffisant avec une valeur de 31,1% (35).

Le SNIS est également confronté à une irrégularité des supervisions, à une insuffisance de la rétro information, de l'organisation et de l'utilisation des données pour la prise de décision liée principalement à l'absence d'un système de centralisation des résultats (24). On note une insuffisance de données relatives à la non-qualité des soins et services de santé au niveau des différents niveaux de la pyramide sanitaire expliquant l'absence de données sur ce phénomène.

Le secteur privé est insuffisamment représenté dans la collecte des données. Ces écarts du SNIS relatifs à la gestion de la qualité des soins et des services de santé ne favorisent pas l'émergence d'une masse critique d'idées innovantes qui doivent être collectées, stockées pour produire une banque de connaissances pour la résolution des problèmes du système de santé.

2.2.7 Recherche et qualité des soins et services de santé

La recherche en amélioration de la qualité des soins et services de santé s'inscrit dans le cadre général de la recherche en santé.

La Côte d'Ivoire dispose d'un potentiel considérable en matière de recherche tant en infrastructures, équipements et logistiques qu'en ressources humaines (21).

Cependant, très peu de recherches sont effectuées dans le domaine l'amélioration de la qualité des soins et services de santé.

2.2.8 Participation communautaire

Concernant la participation communautaire, plusieurs initiatives ont été développées pour permettre une réelle implication des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé notamment la mise en place des COGES et l'évaluation de la satisfaction des usagers (les boîtes de suggestion et les enquêtes de satisfaction clients,...). Cependant, ces COGES ne sont pas fonctionnels dans certains établissements sanitaires (24). En général, la satisfaction des usagers n'est pas évaluée. Elle représente un score de 38% de conformité (35).

Les COGES/Conseils de Gestion des hôpitaux de référence y compris les CHU sont ouverts à la population et sont fonctionnels. Les ESPC, quant à eux, n'enregistrent que 30% d'ouverture et ne sont pas fonctionnels (30).

2.3 Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces

Suite à la description du système de santé de la Côte d'Ivoire et à l'analyse des dimensions de la qualité des soins et services de santé, l'amélioration de la qualité des soins et services de santé présente des forces, faiblesses, opportunités et menaces.

2.3.1 Forces

Le domaine de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé en Côte d'Ivoire présente des forces pour permettre son développement harmonieux au sein du système de santé. Ce sont :

- **Au niveau de la gouvernance et du leadership**
 - Volonté politique affichée pour l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé ;
 - Création au MSHP d'une direction centrale en charge de la promotion de la qualité des soins et services de santé (DMH) ;
 - Création au MSHP d'une direction centrale chargée de la qualité des soins infirmiers et maternels (DSIM) ;
 - Existence de la PNS, du PNDS, des directives, des PMA des ESPC et hôpitaux de références, du guide d'accréditation des districts sanitaires, etc.
 - Existence de documents de politiques sectorielles, de plans stratégiques, de documents et outils dans certains domaines liés à la qualité des soins et services de santé (pharmaceutique, biologie médicale, hygiène, recherche, sécurité des patients) ;
 - Existence de textes réglementaires pour la mise en place d'équipe qualité dans les régions et districts sanitaires ;
 - Existence de service d'action sanitaire dans les régions et districts en charge de la mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité ;
 - Existence de la DFRS dans le cadre de la formation continue.

- **Au niveau des prestations des services de santé**
 - Organisation du système de santé en pyramide sanitaire à trois niveaux.
 - Existence d'initiatives de démarche de certification et d'accréditation au niveau des établissements sanitaires privés et publics et particulièrement pour les laboratoires de biologie médicale.
 - Existence d'initiatives d'amélioration par la qualité des soins de santé dans les établissements sanitaires avec l'appui des partenaires au développement.

- **Au niveau des ressources humaines**

- Existence d'un personnel qualifié dans les différents emplois de santé ;
- Existence de personnel qualifié dans tous les établissements sanitaires publics ;
- Existence de ressources humaines formées à la qualité.

- **Au niveau des médicaments, intrants stratégiques et vaccins**

- Existence d'une autorité de régulation dans le milieu pharmaceutique (DPML) ;
- Existence d'une structure de contrôle qualité des médicaments et intrants de laboratoire (LNSP, accrédité ISO/CEI 17025 depuis 2013) ;
- Existence au LNSP d'un service de dosimétrie et de surveillance radiologique du personnel et des malades des services de radiographie médicale et industrielle reconnu par l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA) ;
- Existence au LNSP d'un service de contrôle des préservatifs ;
- Existence d'une centrale d'achat publique (Nouvelle PSP-CI) ;
- Existence d'une structure en charge du traitement et de la distribution des produits sanguins labiles (CNTS) ;
- Existence de chaînes d'approvisionnement et de distribution publique et privée ;
- Disponibilité de médicaments essentiels sur tout le territoire national ;
- Existence de structures publiques et privées assurant la distribution de médicaments dans les établissements sanitaires publics et privés ;
- Existence d'une structure en charge de l'approvisionnement et de la distribution de vaccin en respectant la chaîne de froid (INHP) ;
- Disponibilité des vaccins dans les officines privées ;
- Existence d'un comité interministériel de lutte contre la vente des produits illicites ;
- Existence d'un cadre de collaboration entre la médecine traditionnelle et le LNSP.

- **Au niveau des infrastructures, équipements et de la maintenance**
 - Existence d'une direction centrale (DIEM) qui détermine les normes et les spécifications des infrastructures et des équipements ;
 - Existence de normes et spécifications des infrastructures et des équipements ;
 - Couverture du territoire national en établissements de santé ;
 - Existence d'antennes (CNTS, SAMU, l'INHP) ;
 - Existence de six (6) centres régionaux, du matériel et de maintenance (CREMM) ;
 - Existence de trois (3) ateliers de maintenance de districts (AMD) ;
 - Existence de services techniques dans certains EPN de santé et hôpitaux.

- **Au niveau de l'information sanitaire**
 - Existence d'une direction centrale (DPPEIS) en charge de l'information sanitaire ;
 - Existence d'une application Web-base de collecte et de traitement des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
 - Existence d'un système informatique et de gestion (SIG) et d'une carte sanitaire dynamique (cartographie des établissements sanitaires publics et privés, des ratios de couverture, de l'accessibilité géographique ;...).
 - Existence d'un mécanisme de collecte et de traitement des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
 - Existence d'un dictionnaire des indicateurs de santé ;
 - Existence d'outils d'audit interne et externe de la qualité des données ;
 - Existence des rapports périodiques d'audits ;
 - Existence d'un dossier patient électronique.

- **Au niveau du financement de la santé**
 - Progression du budget de la santé de 4% à 6% entre 2013 et 2015 ;
 - Existence des comptes nationaux de la santé ;
 - Existence de cadres de dépense à moyen termes (CDMT) ;
 - Adoption d'une nouvelle méthode d'allocation budgétaire ;

- Existence d'une programmation triennale étatique des investissements publics :
Projet d'Investissements Publics (PIP).
- **Au niveau de la recherche opérationnelle**
 - Existence d'un document de politique nationale de recherche en santé
- **Au niveau des partenaires communautaires de soins**
 - Existence d'un document cadre nationale de mise en œuvre des interventions à base communautaire
 - Existence de comités de gestion des structures de santé (COGES).

2.3.2 Faiblesses

L'amélioration de la qualité des soins et services de santé présente des insuffisances. Ce sont :

- **Au niveau de la gouvernance et du leadership**
 - Absence de politique qualité et de plan stratégique ;
 - Insuffisance dans la planification et la coordination des actions de santé ;
 - Faible dissémination des documents (politiques, directives et guides) élaborés au niveau national ;
 - Insuffisance dans le processus de transfert de compétence du Ministère en charge de la santé aux collectivités territoriales ;
 - Insuffisance de partenariat public-privé ;
 - Absence de statut des agents communautaires ;
 - Insuffisance de la coordination intersectorielle.
 - l'absence de textes réglementaires ordonnant les Directeurs Départementaux de santé, les médecins chef des CSU et Directeurs d'hôpitaux et Directeurs Communaux (administrateurs délégués de crédit), à rendre disponible l'information budgétaire et financière aux populations et à leur hiérarchie (30)
 - Il n'existe pas de stratégie de sensibilisation et d'information des populations sur leurs droits en matière de santé. (30)

- **Au niveau des prestations des soins et services de santé**
 - Insuffisance d'évaluation des pratiques professionnelles ;
 - Manque d'appropriation des initiatives d'amélioration de la qualité ;
 - Insuffisance de l'outil de supervision ;
 - Insuffisance dans la coordination des initiatives d'amélioration de la qualité initiées par des partenaires au développement ;
 - Faible accessibilité aux soins (géographique, financière et protection contre le risque maladie) ;
 - Insuffisance de la référence et contre référence ;
 - Insuffisance de certification et d'accréditation des établissements sanitaires publics et privés.

- **Au niveau des ressources humaines**
 - Inégale répartition des ressources humaines sur toute l'étendue du territoire ;
 - Insuffisance de mesures incitatives à l'endroit du personnel de la santé ;
 - Non reconnaissance de l'emploi de qualicien dans le système de santé ;
 - Non qualification en gestion par la qualité du personnel de santé des services d'actions sanitaires des directions régionales et départementales ;
 - Absence de modules de formations en lien avec la gestion par la qualité des soins et services de santé dans les établissements de formations initiales.

- **Au niveau des médicaments, intrants stratégiques et vaccins**
 - Insuffisance dans la gestion des produits pharmaceutiques ;
 - Rupture fréquente de stock des médicaments et intrants stratégiques ;
 - Insuffisance dans l'application des directives en matière de gestion des produits pharmaceutiques.

- **Au niveau des infrastructures, équipement et de la maintenance**
 - Absence d'une politique de maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires ;
 - Absence d'une politique de construction et d'équipement des infrastructures

sanitaires ;

- Insuffisance dans la décentralisation des services spécialisés ;
- Absence de structure de métrologie pour les instruments médicaux de mesures ;
- Inadaptation du plateau technique de certains établissements de santé par rapport à leur niveau dans la pyramide sanitaire ;
- Non-respect des normes en matière de construction des infrastructures sanitaires par certains partenaires du système de santé.

- **Au niveau de l'information sanitaire**

- Non intégration des données des initiatives d'amélioration de la qualité dans le système d'information sanitaire ;
- Insuffisance dans la réalisation et l'appropriation des résultats des audits de la qualité des données ;
- Insuffisance de l'utilisation des informations sanitaires pour la prise de décision.
- L'inexistence de portail web accessible aux directions productrices des rapports
- L'absence de service de documentation et d'archivage dans les structures du MSHP.

- **Au niveau du financement de la santé**

- Insuffisance du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé
- Insuffisance de protection des personnes aux risques maladies (90% de la population non couverte) ;
- Insuffisance des budgets alloués à la promotion de la qualité des soins et des services de santé ;
- Absence de mécanismes de redevabilité incitant les gestionnaires du système de santé à rendre compte systématiquement de leur gestion ;
- Absence de données financières sur le coût de non qualité ;
- La faible allocation de budgets aux établissements sanitaires (30).

- **Au niveau de la recherche opérationnelle**

Insuffisance de production relative à la recherche dans le domaine de la qualité des soins et services de santé.

- **Au niveau des partenaires communautaires de soins**

- Méconnaissance par les clients de leurs droits et devoirs ;
- Insuffisance de l'implication de la communauté à la prise de décision dans les établissements de santé ;
- Insuffisance d'enquêtes de satisfaction des usagers dans les établissements de santé ;
- Insuffisance d'implication des patients dans la gestion de la qualité des soins et des services de santé ;
- Insuffisance de plateforme de collaboration entre associations de patients et établissements de santé.

2.3.3 Opportunités

L'amélioration de la qualité des soins et services de santé bénéficie d'un environnement présentant des opportunités suivantes :

- Reprise de la croissance économique de la Côte-d'Ivoire depuis 2011 après une longue crise ;
- Priorisation de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé par les partenaires techniques et financiers ;
- Volonté d'accompagnement des partenaires techniques et financiers ;
- Allocation des budgets à l'amélioration des prestations par de nombreux projets et programmes de contrôle des maladies prioritaires ;
- Développement de modules d'enseignement sur l'amélioration de la qualité dans les établissements supérieurs privés ;
- Existence de structures d'accompagnement pour l'accréditation et pour la certification.

- Existence de partenaires techniques spécialisés dans le domaine de l'amélioration de la qualité ;
- Développement du partenariat public-privé pour le financement des activités d'amélioration de la qualité des soins et services de santé.
- Reformes de l'enseignement supérieur par l'application du système Licence, Master, Doctorat

2.3.4 Menaces

Le système de santé, malgré les opportunités suscitées pourrait être confronté aux menaces qui auraient une incidence sur la qualité des soins et services de santé. On pourrait citer notamment :

- Une instabilité sécuritaire du pays ;
- Des conflits intercommunautaires ;
- Des menaces terroristes ;
- Une survenue de nouvelles épidémies et de catastrophes naturelles.

2.4 Défis majeurs de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé

De l'analyse situationnelle relative à l'amélioration de la qualité des soins et services de santé, les défis suivants se dégagent :

2.4.1 Au niveau de la gouvernance et du leadership

Les défis de la gouvernance concernent :

- La gestion de la qualité par une structure du MSHP clairement identifiée autour de laquelle seront bâties toutes les initiatives qualité au niveau national ;
- La clarification des statuts, rôles et responsabilités des organismes d'accréditation à caractère sous régional ou international comme le CRESAC ;
- Le renforcement du cadre institutionnel par le développement de textes législatifs et réglementaires et des capacités des structures gestionnaires à tous les niveaux de

la pyramide sanitaire.

Concernant le leadership, il s'agit de créer un cadre de coordination nationale relatif à la gestion de la qualité et de développer la culture de la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

2.4.2 Au niveau des prestations des soins et des services de santé

Les prestations de santé devront faire l'objet d'interventions qui intègrent l'utilisation d'approches d'amélioration afin de mettre en œuvre celles basées sur les preuves, à fort impact, coût-efficacités et axées sur le client. Cela permettra de combler l'écart entre les standards de soins et services de santé et les pratiques.

2.4.3 Au niveau des ressources humaines

Le défi pour ce pilier se résume en la disponibilité des ressources humaines, formées, motivées et compétentes pour la réalisation des activités d'amélioration de la qualité des soins et services de santé faisant l'objet d'une supervision régulière.

2.4.4 Au niveau des médicaments, des intrants stratégiques et des vaccins

Le principal défi consistera en la disponibilité permanente des médicaments de qualité, des intrants stratégiques, des vaccins ainsi que la production et la traçabilité du sang et des produits sanguins.

2.4.5 Au niveau des infrastructures, équipements et de la maintenance

Le principal défi consistera à maintenir les infrastructures et les équipements sanitaires, et à développer l'activité de métrologie sanitaire.

2.4.6 Au niveau de l'information sanitaire

Le système national d'information sanitaire ivoirien (SIG...) devra être intégré, fiable et dynamique pour alimenter une carte sanitaire comportant tous les indicateurs (épidémiologie, gestion des ressources) sur la situation sanitaire exploitables pour la planification et la prise de décision.

2.4.7 Au niveau du financement de la santé

C'est un défi qui devra permettre de mobiliser et de garantir des ressources financières suffisantes pour soutenir la mise en œuvre durable des interventions en matière d'amélioration de la qualité des soins et services au niveau du système de santé.

2.4.8 Au niveau de la recherche opérationnelle

Pour la recherche, le défi sera de faire des études et enquêtes axées sur les problèmes prioritaires de santé afin d'identifier les interventions cout-efficacité, utiles et bénéfiques pour les acteurs et le système de santé.

2.4.9 Au niveau des partenaires communautaires de soins

Pour ce pilier, le défi sera d'impliquer la communauté dans la gestion des activités d'amélioration de la qualité des soins et services de santé.

3 Vision et principes

3.1 Vision

La Côte d'Ivoire aspire à être un état émergent à l'horizon 2020. L'un des éléments sur lequel repose cette vision est son système de santé. Celui-ci doit être performant et capable de garantir à tous les citoyens, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays comme annoncé dans le PNDS 2016-2020.

De cette vision de la santé, découle celle de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. Dans cette perspective, la qualité est l'essence recherchée dans chaque geste posé par chaque personne et par chaque organisation du réseau de la santé; pour que les soins et les services contribuent le mieux possible au bien-être des citoyens.

Cette vision se traduira par le fait que :

- tout citoyen a le droit de recevoir les soins et les services que son état requiert. Il

doit être bien accueilli, bien informé, traité avec équité et doit bénéficier dans des délais raisonnables des soins et prestations dont il a besoin dans le respect de ses droits et libertés (dignité, intégrité, sécurité, etc.).

- toute personne œuvrant dans une organisation de santé doit s'engager à promouvoir la santé et le bien-être, à être vigilante et active pour que cette préoccupation s'inscrive dans les actions quotidiennes, et cela, dans un esprit de coopération. Cette personne doit être soutenue et reconnue dans son organisation et par ses partenaires.
- tout gestionnaire doit rechercher la cohérence entre les soins et services fournis et les besoins de la population. Ces efforts doivent être soutenus et reconnus par les différents niveaux hiérarchiques.
- toute organisation de santé doit créer et maintenir en permanence des relations dynamiques de coopération avec les autres organisations avec lesquelles elle interagit pour offrir des services intégrés à la population dont elle a la charge. Elle doit assurer la continuité des services et contribuer à la réalisation de projets collectifs.

3.2 Les principes directeurs

La politique d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé doit être soutenue par sept (7) principes.

3.2.1 Principe de la gestion intégrée

Ce principe de gestion intégrée s'applique à deux niveaux : l'intégration des perspectives et l'intégration dans la gestion.

a) L'intégration des perspectives

La gestion intégrée de la qualité englobe quatre perspectives : qualité attendue, qualité voulue, qualité perçue et qualité rendue.

- **La qualité attendue** est celle que les personnes bénéficiant de soins et des services désirent au regard de leurs besoins ou de leurs expériences antérieures ou des informations reçues sur l'organisation des services. Le service donné atteint son niveau d'excellence quand il répond aux besoins et aux attentes de ces personnes. Ainsi, l'expression des besoins et attentes des bénéficiaires est à prendre en compte dans tout programme d'amélioration de la qualité des soins et des services (dimension axée sur la population ou approche communautaire).
- **La qualité voulue** est celle que les professionnels et les gestionnaires de santé recherchent en fonction de l'état de leurs connaissances, des normes professionnelles, cliniques et administratives ainsi que des guides de bonnes pratiques. Les actions porteuses touchant cette perception de la qualité font référence aux dimensions de la qualité telles que l'accessibilité, la sécurité, l'environnement du travail, les services centrés sur le client et la continuité des services.
- **La qualité rendue** est celle délivrée par les professionnels et l'organisation en général. Ces processus permettent de juger de l'atteinte des cibles, de mesurer les effets et de vérifier si les résultats escomptés sont atteints. Ainsi, la qualité rendue permet de mesurer les écarts entre les autres perceptions de la qualité et contribue à apporter des améliorations. Elle touche l'évaluation sous une forme plus objective. Elle traduit le niveau d'excellence réellement offert en lien avec les services obtenus par le client. Les dimensions qui sont touchées sont notamment l'efficacité et l'efficience.
- **La qualité perçue** est celle que l'on mesure lorsqu'un soin ou un service a été rendu et que les personnes soignées ou leur proche témoignent ou portent un jugement de la qualité obtenue à partir de leur expérience. Ainsi, elle fait référence aux perceptions et à la satisfaction des personnes sur les services rendus et les résultats obtenus. Elle peut englober également les perceptions des partenaires et

du personnel. Ainsi, elle fait appel à une évaluation sous une forme plus subjective. Aussi, l'analyse des écarts entre les différentes perceptions de la qualité permet-elle d'identifier des zones d'amélioration à l'échelle de l'organisation.

b) L'intégration dans la gestion

La qualité est un engagement mobilisateur, porteur d'actions concrètes au quotidien. L'approche qualité n'équivaut pas à une tâche supplémentaire ou parallèle, voire isolée, mais elle constitue en soi une nouvelle façon de gérer. Elle suppose que la qualité fait partie intégrante des modes de gestion et qu'elle devient une préoccupation constante dans la prise de décision. Cette gestion intégrée de l'organisation doit englober une démarche multisectorielle, voire transversale.

3.2.2 Principe de gestion axée sur les résultats (GAR)

La GAR sous-entend une notion d'engagement et de redevabilité de chacun de ses acteurs par rapport aux ressources utilisées et aux résultats obtenus. Les résultats affectent les bénéficiaires et d'autres parties prenantes qu'il est important d'inclure dans toutes les activités d'amélioration, afin de bien comprendre leurs besoins et leurs enjeux propres, de vérifier leur degré de satisfaction, et d'obtenir leur implication active dans la réussite des projets d'amélioration.

3.2.3 Principe de la démarche participative

Dans la démarche qualité, les axes stratégiques sont fixés à un niveau institutionnel et l'atteinte des objectifs opérationnels fait l'objet d'un suivi. Ces objectifs sont expliqués et compris pour permettre leur appropriation. Les modalités de déclinaison des objectifs font largement appel à la responsabilité et à l'autonomie des acteurs.

Tous les acteurs, quel que soit leur positionnement dans la pyramide sanitaire, doivent s'impliquer dans les activités d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. Cette participation est d'autant plus nécessaire que les clients (internes et externes) et que les besoins (internes et externes) sont de plus en plus complexes. Ce qui requiert

des compétences multiples des acteurs du système de santé, y compris celles des communautés.

3.2.4 Principe de gouvernance

La gestion des activités d'amélioration de la qualité doit faire l'objet d'un ensemble de règles, de décisions, d'informations et de surveillance permettant aux parties prenantes de voir leurs intérêts respectés et leurs voix entendues.

Une meilleure gouvernance du secteur de la santé se traduit par la rigueur et la transparence dans la gestion et un contrôle permanent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.2.5 Principe de subsidiarité

Par une délégation efficace et juste de l'autorité, la responsabilité sera donnée à l'échelon de décision le mieux approprié pour agir efficacement en faveur de l'intérêt des patients, du personnel de santé, de la communauté et de l'environnement.

3.2.6 Le principe du partenariat

Un accord formel entre les parties prenantes qui ont convenu de travailler en coopération dans la mise en œuvre de cette politique d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé devra être établi pour l'atteinte des objectifs communs.

3.2.7 Le principe de la reconnaissance

La reconnaissance sera l'un des piliers important de cette politique. Elle implique la considération des qualités, des compétences et des contributions individuelles et collectives qui génèrent des résultats voire des innovations permettant d'améliorer les soins et les services de santé.

4 Les valeurs

Les valeurs devant accompagner l'opérationnalisation de cette politique d'amélioration de la qualité et des soins de santé sont les suivantes :

4.1 Le respect

Le respect consiste en un sentiment de considération, d'égard envers quelqu'un ou quelque chose, manifesté par une attitude déférente envers celui-ci et le souci de ne pas lui porter atteinte. Tout acteur doit respecter, accepter et reconnaître les opinions et les points de vue de tout le personnel, des patients et leurs accompagnants et enfin des organismes avec lesquels il communique et collabore.

4.2 L'équité

L'équité est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacun et de chacune, sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. C'est également un principe qui conduit à corriger des inégalités que subissent des personnes ou des groupes moins favorisés.

4.3 La performance

La performance vise la recherche constante des solutions les plus adéquates, ainsi que l'entraide et le support mutuel, contribuant à l'atteinte des meilleurs résultats possibles.

Tous les acteurs de la santé doivent viser l'excellence en appuyant leur travail sur des

faits et en prenant des décisions éclairées autant sur le plan individuel qu'institutionnel, et en encourageant le développement personnel et professionnel, tout en améliorant de façon continue le système de santé.

4.4 L'amour du travail

Tout acteur du secteur de la santé doit contribuer par ses efforts à créer un système de santé performant et le plus sécuritaire possible. Nul ne doit prendre plaisir à mal faire son travail. Il faut avoir une vision claire de ce qui est attendu, comprendre en quoi l'on contribue au projet de l'équipe, bien connaître, comprendre et accepter les contraintes en termes de coût, de délai et de qualité. Ces éléments sont le gage d'un travail de qualité fait avec abnégation.

4.5 Professionalisme, intégrité et éthique

Les agents de santé doivent effectuer leur travail avec le plus haut niveau de professionnalisme, d'intégrité et de confiance tel que prévu dans le code d'éthique appliqué par les ordres et associations professionnels auxquels ils sont affiliés.

4.6 Responsabilités du client

Il incombe à toute personne, la responsabilité ultime des décisions prises conformément à son style de vie. Les clients ont la responsabilité de solliciter les soins, en veillant au strict respect du traitement et des agents de santé.

4.7 Responsabilité des prestataires

Il est nécessaire de maintenir un niveau élevé d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité et de responsabilité dans l'élaboration et la gestion du système national de la santé. Le service de santé sera responsable de sa performance, non seulement vis-à-vis du système politique et administratif, mais aussi et surtout de l'ensemble de ses clients.

5 But

Le but de cette politique d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé est d'assurer une bonne qualité de vie et de bien-être des populations.

6 Objectifs

6.1 Objectif général

L'objectif général du présent document de politique est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et services de santé en Côte d'Ivoire

6.2 Objectifs spécifiques

- Renforcer la gouvernance, de la gestion et du leadership des acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Développer les activités d'amélioration de la qualité des soins et des services au sein des structures du MSHP ;
- Améliorer les équipements et des infrastructures dans les structures du MSHP.

7 Axes prioritaires et stratégies

7.1 Axes prioritaires

Suite à l'analyse de la situation réalisée dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé, des axes prioritaires ont été identifiés. Ces axes prioritaires tiennent compte des priorités du PNDS 2016-2020 et des documents de politiques existant afin de créer une complémentarité et une synergie d'actions. Les axes prioritaires identifiés sont:

- Le renforcement de la gouvernance, de la gestion et du leadership des acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire;
- La promotion des activités d'amélioration de la qualité au sein des structures du

MSHP ;

- La promotion du développement d'une culture permanente de la qualité à tous les niveaux, y compris le secteur privé, les organismes professionnels, les institutions de formation initiales, les autorités de la santé au niveau régional et du district, les directeurs des établissements et les praticiens ;
- La valorisation et la reconnaissance de la contribution des efforts d'amélioration des acteurs dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé ;
- L'innovation par l'utilisation de l'information pour valider des méthodes et des outils qui ont fait leur preuve ;
- Le développement de la recherche dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé ;
- La communication avec la communauté et sa participation aux activités d'amélioration de la qualité des soins et services de santé ;
- L'amélioration des équipements et des infrastructures dans les établissements de santé.

Ces axes se déclineront en stratégies qui seront développées et traduites dans les plans opérationnels.

7.2 Principales stratégies

7.2.1 Le renforcement de la gouvernance, de la gestion et du leadership des acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Stratégie 1: Renforcement de la bonne Gouvernance.

Cette stratégie vise à renforcer le cadre organisationnel de coordination des activités d'amélioration de la qualité des soins et services de santé depuis le niveau central au niveau périphérique de la pyramide sanitaire avec les compétences et l'autorité nécessaire. Elle vise également à faire élaborer, diffuser et suivre l'application des textes

législatifs, réglementaires et éthiques, ainsi que des documents normatifs et référentiels (directives du MSHP) pour l'amélioration de la qualité des soins

Stratégie 2 : Renforcement de la bonne gestion et l'intégration des ressources aux différents niveaux de la pyramide pour une synergie d'action et une pérennisation des activités en matière d'amélioration de la qualité des soins

Elle vise à rendre les responsables des structures du MSHP plus compétents dans le domaine de la gestion des ressources, et d'instauré une gestion efficiente, dans le respect de l'exigence de la transparence et de l'obligation de rendre compte.

Stratégie 3 : Renforcement du Leadership des acteurs du système des différents niveaux de la pyramide.

Il s'agira de susciter un engagement personnel et un engagement commun en faveur de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé.

Stratégie 4 : Renforcement des capacités nationales de certification et d'accréditation dans le secteur de la santé.

Il s'agira pour le MSHP de faire la promotion de la certification et de l'accréditation par l'exploitation des référentiels pertinents existants au niveau national et international, le développement en collaboration avec les organismes nationaux de normalisation et de réglementation de nouveaux référentiels de soins et de services de santé.

Stratégie 5: Développement du partenariat public-privé

Il s'agira de créer un cadre de collaboration formel entre les institutions publiques et privées dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé.

7.2.2 Le renforcement des activités d'amélioration de la qualité au sein des structures du MSHP

Stratégie 6 : Intégration des outils et méthodes d'amélioration de la qualité dans le mode de gestion des structures du MSHP

Il s'agira de faire de la gestion par la qualité un outil d'usage permanent dans le fonctionnement et l'organisation quotidiens des structures du MSHP pour l'atteinte des objectifs du système de santé.

7.2.3 La promotion d'une culture permanente de la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Stratégie 7 : Sensibilisation des acteurs à la Pratique des activités d'amélioration de la qualité au sein des structures du MSHP.

Elle consistera au partage, à l'appropriation de la vision de la qualité des soins et services de santé et à la mobilisation des acteurs impliqués dans la gestion intégrée de la qualité.

Stratégie 8 : Intégration dans le cursus des institutions de formation initiale des agents de la santé des unités d'enseignement relatifs à l'amélioration de la qualité des soins et services de santé.

Il s'agira de faire en sorte que les agents de santé puissent acquérir les connaissances requises dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé au cours de leur formation de base.

Stratégie 9 : Formation continue des agents de santé.

Il s'agira de renforcer les capacités des agents de santé par le maintien des connaissances et des aptitudes au regard des innovations dans le domaine de la qualité et à l'évolution des besoins des clients.

Stratégie 10 : Mise en place d'un répertoire de compétences en amélioration de la qualité des soins et services de santé

Ce répertoire de compétences sera le référentiel en termes de personnes ressources en amélioration de la qualité des soins et services de santé. Il permettra d'identifier les compétences avec une cartographie précise dans ce domaine mais aussi d'identifier les besoins en formation.

7.2.4 La valorisation et la reconnaissance des efforts des acteurs

Stratégie 11 : Création d'un environnement de travail incitatif à l'amélioration de la qualité des soins et services de santé

Il s'agira de créer un environnement favorable à la saine émulation et de mettre en place des mécanismes de récompense et de reconnaissance des efforts des acteurs quel que soit le corps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

7.2.5 L'innovation par l'utilisation de l'information pour valider des méthodes et des outils qui ont fait leur preuve

Stratégie 12 : Promotion d'une culture de la mesure des processus et des résultats liés aux soins et services de santé

Elle permettra de faire la production, la diffusion et la vulgarisation des mesures valides, fiables à l'aide d'indicateurs entérinés au plan national.

Stratégie 13 : Promotion des Innovations et du Cycle d'Apprentissage Rapide.

Cette stratégie favorisera la capitalisation et la création d'un cadre formel de collecte, de stockage, de partage et de mise à jour des connaissances produites au cours des efforts d'amélioration.

7.2.6 La recherche dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé

Stratégie 14 : Développement de la recherche

Il s'agira de promouvoir et de renforcer les capacités des professionnels dans le domaine de la recherche appliquée à l'amélioration de la qualité des soins et services de santé.

Stratégie 15 : Publication des résultats des recherches

Il s'agira de développer et d'exploiter des supports de communication pour la publication des résultats de la recherche. Cela favorisera leur capitalisation en vue de la création d'une banque de connaissances pour les meilleures pratiques.

7.2.7 La participation des communautés aux activités d'amélioration de la qualité des soins et services de santé

Stratégie 16 : Implication de la communauté dans les activités de promotion de l'amélioration de la qualité des soins et services de santé.

Il s'agira de :

- développer des mécanismes pour informer les populations sur leurs droits et devoirs ;
- les mettre à contribution à l'égard de l'organisation des prestations de soins et services ;
- connaître leurs satisfactions au regard des résultats obtenus.

7.2.8 Le développement et la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires

Stratégie 17 : Promotion des documents de référence en matière de construction et d'équipement des infrastructures sanitaires

Il s'agira de faire connaître les normes et standards relatifs aux infrastructures et équipements sanitaires et veiller à leur application sur toute l'étendue du territoire. Ce qui permettra de règlementer la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires.

Stratégie 18 : Promotion des documents de référence en matière de maintenance des infrastructures et équipement sanitaires

Il s'agira de définir la politique de gestion de la maintenance en milieu hospitalier afin de conserver une fonctionnalité et une fiabilité des équipements et des infrastructures.

Stratégie 19 : Renforcement de la gestion de la métrologie des équipements médicaux et de mesure

Il s'agira de mettre en place une organisation pour développer les activités de métrologie des équipements médicaux et de mesure.

8 Financement de la politique nationale

8.1 Sources de financement

Les financements proviendront de deux sources :

8.1.1 Ressources publiques

Elles proviennent du budget général de l'Etat, des collectivités territoriales du fait de la loi portant transfert des compétences et des ressources propres pour les EPN. Les lignes budgétaires existantes devront être adaptées au financement des besoins des activités d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

8.1.2 Ressources privées

Les ressources privées seront recherchées auprès:

- de la communauté ;
- des partenaires privés ;
- des partenaires techniques et financiers.

8.2 Mobilisation de financement

La mobilisation des ressources financières pourra se faire à travers des mécanismes de financement innovant, le renforcement du partenariat public-privé et un plaidoyer auprès des partenaires et opérateurs économiques privés (nationaux et internationaux).

8.3 Gestion et contrôle

La gestion des ressources financières sera soumise à la procédure d'exécution des dépenses publiques de l'Etat de Côte d'Ivoire.

Un mécanisme de contrôle de gestion des ressources financières devra être mis en place pour permettre de retracer la contribution des partenaires.

9 Cadre de mise en œuvre et rôles des parties prenantes

La mise en œuvre de la politique de l'amélioration de qualité des soins et services de santé se fera à travers tout le système de santé. Les stratégies identifiées seront déclinées en activités dans un plan stratégique, lequel fera l'objet de plans opérationnels élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les organes (Comité de pilotage et Comité technique) et les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé devront faire partie intégrante de l'organigramme du MSHP. Aussi, ce document de politique préconise-t-il la redynamisation des structures existantes en charge de gestion de la qualité. Ainsi :

9.1 Au niveau central

Le Cabinet du MSHP devra affirmer son engagement pour la mise en œuvre de cette politique d'amélioration de la qualité des soins et services de santé par l'élaboration d'une déclaration de politique qualité. Le Ministre en charge de la santé présidera le Comité de pilotage.

La Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique assurera la coordination nationale de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan national stratégique qui découlera de ce document de politique. Le DGS assurera la présidence du Comité Technique.

La Direction de la Médecine Hospitalière assurera le secrétariat du comité technique qui aura la responsabilité de la mise en œuvre, du suivi et de la revue du document de politique. La composition de ce comité technique devra être précisée par arrêté ministériel.

9.2 Au niveau intermédiaire

A ce niveau, la Direction régionale assurera la promotion de la politique de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé à travers son Service d'Action Sanitaire. Ce service développera un plan régional d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé et la coordination régionale, le suivi et évaluation de l'exécution dudit plan.

9.3 Au niveau opérationnel

Le District sanitaire assurera la mise en œuvre de la politique de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé à travers son Service d'Action Sanitaire. Ce service développera un plan départemental d'amélioration de la qualité des soins et services de santé et en assurera la coordination, le suivi et l'évaluation.

9.4 Au niveau des établissements sanitaires

C'est le lieu de l'opérationnalisation de la politique d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé par les cercles qualité et les équipes d'amélioration de la qualité. La création de ces structures opérationnelles de la politique d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé dans les établissements sanitaires fera l'objet d'un arrêté ministériel précisant leur mode de fonctionnement et organisation.

9.5 Au niveau de la communauté

Il est bon de noter que l'assurance des résultats de qualité n'est pas l'apanage des prestataires de services de santé. Les communautés et les usagers des services y contribuent également. Ceux-ci devront influencer la politique de qualité et la manière dont les services de santé leur sont fournis. A cet effet, il faudra mettre en place des mécanismes permettant la mesure de la satisfaction des clients.

9.6 Au niveau des partenaires au développement

Un plaidoyer devra être réalisé auprès des partenaires au développement pour leur soutien technique et financier pour la mise en œuvre de cette politique d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé.

REFERENCES

1. Adeoti MF, Lasm S, Sess ED. Etude des dysfonctionnements de mesures d'hygiène et de sécurité dans les laboratoires de biologie médicale. *Immuno-analyses & Biologie spécialisée*, Volume 21, Issue 3, 2005, Pages 56-61.
2. Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2011, <http://www.santelaurentides.qc.ca/18/02/2016>
3. Arah O, Klazinga N, Delnoij D, Asbroek A, Custers T. (2003), Conceptual frameworks for health system performance : a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 : 377-98.
4. Déclaration de Salzburg, Meilleurs soins pour tous à chaque instant, Mai 2012
5. Donabedian A. (2003), *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press; 2003; 240 p.
6. EDS-MICS 2011-2012 Rapport de synthèse
7. Etude sur l'utilisation des services et la répartition des ressources de santé en Côte d'Ivoire, CPS avril 2008 62, [http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp350-f.htm#INTRODUCTION\(txt\)](http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp350-f.htm#INTRODUCTION(txt)) /15/02/2016
8. Institut National de la statistique, Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire, 2015
9. Irdes, La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? DT n° 19, Décembre 2008
10. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>/10 février 2016
11. Laboratoire de Bactériologie-Virologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Rapport 2002
12. Margot Phaneuf, Inf. PhD. La qualité et la continuité des soins. Conférence prononcée dans le cadre du congrès de Coimbra, Portugal, février, 2005
13. Massoud R et al. (2001). A modern paradigm for improving healthcare quality. QA Monograph Series 1 (1). Bethesda, MD, Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
14. Mattke S, Kelly E, Scherer P. et al. (2006), Health care quality indicators project: Initial indicators report, OECD Health Working Papers, no.22, OCDE Paris.
15. Miller MA, Pisani E. – The cost of unsafe injection. *Bull WHO* 1999; 77: 808-11.
16. Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, Arrêté N° 400 MSHP/CAB du 18 décembre 2007, fixant les attributions, l'organisation et le fonctionnement des Directions Départementales de la Santé Publique
17. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Arrêté n°401 Mshp/cab du 18 décembre 2007 fixant le Paquet Minimum d'Activités des Directions Régionales et Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique

18. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Base de données de l'annuaire statistique, 2001-2006
19. Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, l'Arrêté N° 399 MSHP/CAB du 18 décembre 2007, fixant les attributions et l'organisation des Directions Régionales de la Santé Publique
20. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, document de politique nationale de recherche en santé, Mai 2013
21. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, document de politique nationale de gestion des risques et de sécurité des patients en milieux de soins en côte d'ivoire
22. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière, 2011
23. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, DIEM, données administratives 2013
24. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, plan national de développement sanitaire, 2013 – 2015, mai 2012
25. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, plan stratégique de lutte contre la tuberculose, 2011-2015
26. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, Politique nationale de la sante, décembre 2011
27. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, programme national de lutte contre le paludisme, 2010
28. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, Rapport annuel sur la situation sanitaire, 2013, 2015
29. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, répertoire national des praticiens de la médecine traditionnelle, 2em version, 2013
30. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, évaluation de la gouvernance du secteur de la santé, Avril 2014
31. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, répertoire, référentiel et codification des emplois du niveau 1 et niveau 2 de la pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire, Mai 2014
32. OCDE 2010, "Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé", OCDE Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, no 2.
33. Odette Madore, le régime de soins de santé du canada : efficacité et efficience, 1993
34. OOAS, Profil des différents domaines de la gestion des risques en milieu de soins en Côte d'Ivoire. Session spéciale sécurité des patients, assemblée des ministres de la santé, OOAS 2009 Yamoussoukro
35. OOAS, Mission de réalisation de l'enquête pays sur l'organisation du dispositif national en matière de qualité des soins, gestion des risques et de sécurité des patients dans le système de santé en Côte d'Ivoire, mars 2015

36. Organisation mondiale de la Santé. Cinquante-cinquième assemblée mondiale de la santé Qualité des soins : sécurité des patients 23 mars 2002
37. Organisation mondiale de la Santé : Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire, 30 avril 2008
38. Partners for Health Reformplus, Evaluation des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire Août 2005
39. Qualité et continuité des soins,
http://www.infiressources.ca/bd/recherche/infiressources_documents/Qualite_continuite_soins.pdf/10 février 2016
40. Rapport d'activités, DCPEV 2011
41. Rapport d'activités, INHP 2011
42. Rapport d'activités, INHP 2011
43. RGPH 2014,
44. USAID Health Systems 20/20. 2012. The Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual Version 2.0.
<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/> le 18/02.16

Liste des membres du Comité technique de travail

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION
1	ASSOHOU A. Guy Marcel	LNSP	Responsable Hygiène sécurité-environnement
2	BROU Yao Leopold	DIEM	Chef de cellule qualité
3	Dr DEM Niacadié	DMH	S/Directrice organisation des soins
4	Dr DOSSO Youssouf	USAID-ASSIST	CTS
5	Dr MELEDJE Akre Adrien	INSP	Médecin
6	EGOU Assi Hugues	DGS	CE
7	KOUAKOU N. Hyacinthe	CHU Treichville	Chef de service (SACE)
8	KOUAKOU Yao Paulin	DMH	Qualiticien
9	KOUAME Kouadio Alphonse	DMH	Qualiticien
10	KRAMO Brou Denis	DMH	Qualiticien
11	OGOUMOND TANO Chimène	DMH	Pharmacienne
12	SILUE Aly	DMH	Chef de service

Liste des membres du comité de lecture

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION
1	Pr. Rémi SEKA	ICA	Directeur Général
2	Pr SESS E Daniel	CRESAC	Président du Comité de Suivi
3	Pr LOUKOU Yao G	LNSP	Chef de Service
4	Pr AKA Joseph Hepkangjin	CRESAC	Vice-Président

Liste des participants à l'atelier d'élaboration

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION
1.	ASSOHOU A. Guy Marcel	LNSP	Responsable hygiène sécurité-environnement
2.	BLEOU Georges Vincent Boris	DPPEIS	Chargé d'études
3.	BROU Yao Leopold	DIEM	Chef de cellule qualité
4.	CLEGBAN Mathieu	CRESAC	Coordonnateur
5.	DAKOURI Armand	Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire (ACPCI)	Secrétaire Exécutif
6.	Dr ACKAH Alain	USAID—ASSIST	Directeur Technique
7	Dr AKA Olivier	DFR	Chef de service
8	Dr ANGUI Pierre	Inspection Générale Santé	Inspecteur Technique
9	Dr ASSIE KOFFI Justine	CHR Yamoussoukro	Directrice
10	Dr BOLOU Chantal	DDS Yamoussoukro	Médecin CSAS
11	Dr DEM Niacadié	DMH	S/Directrice organisation des soins
12	Dr DIABATE Conombo Joséphine	DGS/MSHP	DGA-VIH
13	Dr DOSSO Youssouf	USAID—ASSIST	Conseiller Technique Senior

14	Dr EDI Ossohou Albert	Direction de la Médecine Hospitalière (DMH)	Directeur
15	Dr EHOUMAN Sylvain	USAID-ASSIST	Conseiller Technique
16	Dr MELEDJE Akre Adrien	INSP	Médecin
17	Dr N'DJOMON Franck Angodji	DMH	S/Dir réforme hospitalière
18	Dr TRA Gaston	DRSHP Belier	Directeur Régional
19	Dr TRAORE Melly	USAID-ASSIST	Chef de projet
20	Dr ZOUNDI Ouattara Odile	ICAP	Coordonnatrice soutien aux sites
21	EGOU Assi Hugues	DGS	CE
22	KOUAKOU Kan Nestor	DSIM	Sous Directeur
23	KOUAKOU N. Hyacinthe	CHU Treichville	Chef de service (SACE)
24	KOUAKOU Yao Paulin	DMH	Qualiticien
25	KOUAME Kouadio Alphonse	DMH	Qualiticien
26	KRAMO Brou Denis	DMH	Qualiticien
27	LASSANA Bamba	DMH	ITS
28	M. MOLO Kadio Jean Louis	PNLS	Epidemiologiste S/E
29	N'DRAMAN Kottia Charlotte	DGS	Chargé d'études
30	OGOUMOND TANO Chimène	DMH	Pharmacienne
31	SILUE Aly	DMH	Chef de service

Liste des participants à l'atelier de validation

N°	NOMS ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION
1	ALLECHI Anona	DFRS	Chef de Service
2	AMANI Roland	PNSME	Pharmacien
3	ANASTASIE Kadja	CGECI	Assistante Questions Sociales et Emploi
4	ANGAMAN Ehouman	DCPEV	CE com
5	ANGBO Effik Odile	CHU Bouaké	Chef de Service
6	ASSEMIEN Ouattara Jeanne d'Arc	Expertise France	Coordonnatrice Pays Dpt Santé
7	ASSOHOU Adje Guy- Marcel	LNSP	Responsable Hygiène
8	BI DJETI	AQDCI	Conseiller du President
9	BINI Ba Ouattara	AQDCI	A S
10	BHAUNIS	PNLP	Service Prévention
11	BOKBI Moïse	L'intelligent d' Abidjan	Journaliste
12	BOMISSO Germaine	VCP Santé	Responsable M&E
13	BOUAZO L Auguste	MSHP	Inspecteur
14	CLEGBAN Yao Mathieu	CRESAC	Coordonnateur
15	Col Major KOMARA Aminata Kané	Ministère de la defense	Chef de Cabinet
16	DAKOURI Armand	ACPCI	Secrétaire Exécutif
17	DOSSO Affoussiata	DMH	Hygiéniste
18	Dr ACKAH Alain	USAID-ASSIST	Directeur Technique
19	Dr ASSIE Koffi Justine	CHR Yakro	Directrice
20	Dr ASSOU	SAMU	Responsable
21	Dr BOBY Bernadette	CCM Fonds Mondial	Chargée de Programme
22	Dr BOLLOU Chantal	CSAS/DD Santé Yakro	Médecin
23	Dr DA epse Danho Viviane Teyima	Conseil National de l'Ordre des chirurgiens- dentistes	Assistant UFROS
24	Dr DEM Nacadié	DMH	S/Directrice organisation des soins
25	Dr DOSSO Youssouf	USAID-ASSIST	Conseiller Technique Senior
26	Dr EHOUMAN Sylvain	USAID-ASSIST	Conseiller Technique
27	Dr EDI Ossohou Albert	DMH	Directeur
28	Dr HYDA Jules	CNTS	Coordonnateur Sce TS
29	Dr JULES N'Draman	Ariel Glaser	CTS/Qualité
30	Dr KOUADIO Thierry	PNLS	Médecin
31	Dr KOUAME	DPML	Pharmacien

32	Dr MELEDJE Akre	INSP	Responsable Qualité
33	Dr N'DHATZ Comoé	CHU Yop	Responsable Qualité
34	Dr N'GUESSAN Rose	MSH/LMG	Deputy /Directeur adjoint
35	Dr OYOUROU Olga	INSP	R Q Adjoint
36	Dr RAYMONDE Goudou Coffie	MSPH	Ministre
37	Dr SANOGO Sangha A	CHU Cocody	Responsable Qualité
38	Dr SEKA Joseph Didier	DHES/ASLS	Sous-Directeur
39	Dr TOURE Oumar	JHPIEGO	Conseiller Technique
40	Dr TRA Gaetan	DR Santé Yakro	Directeur Regional
41	Dr TRAORE Melly	USAID-ASSIST	Chef de projet
42	FOFANA Paul	SCRP/MSHP	Assistant Com
43	HAIDARA Hamadou	Nouvelle PSP-CI	PGGCR
44	KADY Diabaté	RADIO CI	Journaliste
45	KOBENAN D Félix	DSIM	Chef de Sce Com
46	KOFFI Marcelin	Clinique le grand centre	Chef DPT Qualité
47	KONAN N'Goran Sebastien	DHF/MSHP	Chargé d'Etudes
48	KONAN N'Guessan Eloi	INFAS	Responsable Qualité Adjoint
49	KONE Nanaco Paul	Ministère de l'Intérieur	Chef de Police
50	KOUADIO Aka Zachée	DMH	Hygiéniste
51	KOUAKOU Hyacinthe	CHU Treichville	Responsable Chef de Service
52	KOUAKOU Yao Paulin	DMH	Chef de Service
53	KOUAME Alphonse	DMH	Qualiticien
54	KOUASSI Boutchoué Henri Joël	Ministere de l'Industrie et des Mines	Chef de Service
55	KOUASSI Andre Joanel	USAID-ASSIST	CAO
56	KOUASSI Gustave	CHU Treichville	Consultant Qualité
57	KOUE Gouanou	USAID-ASSIST	Agent Comptable
58	KRAMO Brou	DMH	Qualiticien
59	LAGO Kourai Valerie	HAI	Chef de Bureau Abidjan
60	LEBEOU Roger	CHU Bouake	Chef de Service
61	LOUKOU Yao G	LNSP	Chef de Service
62	Mme ZOHE epse Yaon	S/F ORL FSU Plateau	ORL/S/F
63	MONATIN née Goli SH	FSU Attécoubé	Directrice
64	Mr ASSI Allet P A	HFG/ABT	HRH Specialist
65	Mr DJEZOU Serge	MSHP	Chef Com SCRIP
66	N'GUESSAN Faustin	SEV- CI	M&E
67	N'ZI Ahou	CHU Bouaké	SUS
68	OGOUMOND Tano	DMH	Pharmacienne

	Chimène		
69	Pr DICK Ruffin	CHU Yopougon	DMS
70	Pr EHUA Somian F	CHU Yopougon	Chef de Servicece Urgence
71	Pr KACOUCHIA Niamke B	CHU Bouaké	DMS
72	Pr SAMBA	DDPEIS	Directeur
73	Pr SESS E Daniel	CRESAC	PCS
74	Pr TANON	UFR/SMA	Representante Doyen UFR
75	Pr. Rémi Seka	ICA	Directeur General
76	SILUE Aly	DMH	Chef de Sce Qualité
77	SILUE épouse Yeo Thérèse	DMH	Secrétaire M
78	TANOHO Kouamé Parfait	PNLS	Assistant S&E
79	TCHIMOU Guepie	CNTS	S/Directeur
80	TOURE Bénédicte Epse Ouattara	AQDCI	Conseillère
81	TOURE Vamara	CHU Bouaké	Chef SCRP/ Responsable Qualité
82	YEDO Richeline	Pharmacie	Assistante
83	ZOH Diabaté	HG Koumassi	Directeur