



RAPPORT DE RECHERCHE

L'IMPACT DE LA PRIVATISATION ET DE LA MARCHANDISATION DE LA SANTÉ SUR LE DROIT À LA SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE

Table des matières

INTRODUCTION	7
I. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	8
1. Le contexte	8
2. La méthodologie.....	9
2.1. La recherche de terrain	9
2.2. Zones d'exécution de l'étude.....	10
2.3. Choix de l'échantillon	11
2.4. L'analyse des données	11
2.5. Considérations éthiques	12
II. REVUE DOCUMENTAIRE.....	13
1. Aperçu du secteur de la santé en Côte d'Ivoire.....	13
1.1. Organisation du système de santé en Côte d'Ivoire	14
1.2. Les acteurs privés du secteur de la santé en Côte d'Ivoire	17
1.3. La Couverture Maladie Universelle (CMU)	18
2. Le cadre normatif de la santé en Côte d'Ivoire	18
2.1. Le cadre juridique international	19
2.2. Le cadre juridique régional	20
2.3 Le cadre juridique national	21
III. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	24
1. Un nombre impressionnant d'établissements sanitaires privés non autorisés	24
2. Le manquement de l'État à financer et à fournir des services de santé de qualité accessibles à toutes et tous.....	26
2.1. Le financement de la santé.....	26
2.2. L'offre des services de santé	30
3. La privatisation de la santé : facteur de discrimination	32
3.1. De l'accès des personnes handicapées aux établissements sanitaires privés	32
3.2. Discrimination à l'égard des femmes	33
4. La marchandisation de la santé	36
4.1. Dans le secteur privé.....	36
4.2. Dans le secteur public.....	37
CONCLUSION	42
IV. RECOMMANDATIONS.....	44

REMERCIEMENTS

Cette recherche a été réalisée par le Mouvement Ivoirien des Droits Humains (MIDH). Créé le 08 octobre 2000, le MIDH est une association à but non lucratif œuvrant pour la défense et la promotion des droits de l'homme. Le Mouvement compte plus de trois cents membres et dix sections dans les localités suivantes : Bouaké, Daloa, Gagnoa, Korhogo, San Pédro, Yamoussoukro, Dimbokro, Toumodi, Odienné et Katiola.

Fondé sur des valeurs de responsabilité, de transparence, de solidarité et d'équité, le MIDH a pour vision l'avènement d'une société ivoirienne dans laquelle tous les droits sont respectés, protégés et appliqués.

Le MIDH a pour but de défendre et de promouvoir les droits humains. Pour réaliser ses objectifs, il se donne comme moyens d'actions :

- des investigations, interpellations, informations, déclarations et dénonciations ;
- des conférences ;
- des séminaires et des formations ;
- des manifestations publiques ;
- des actions en justice ;
- des aides psychologiques, juridiques et parfois médicales aux victimes des violations des droits humains.

Le MIDH est dirigé par un Conseil d'Administration composé de onze (11) membres.

Ce rapport a été rédigé conjointement par Amadou DAHOU, Kouamé AMANI, Stéphane Koffi KOUADJO et Youssouf BAMBA (MIDH) et Aya DOUABOU de la Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR).

GI-ESCR et le MIDH remercient, enfin, toutes les personnes interrogées pour cette recherche, notamment le Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, les responsables des ESCOM de Ouassakara et d'Anono, les patients des différents établissements sanitaires de Cocody, Yopougon et Bouaké et le personnel sanitaire.

LES ACRONYMES

CADHP : Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CNRAO : Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara

CSU : Couverture Santé Universelle

ESCom : Établissement de Santé à base Communautaire

ESPC : Etablissement Sanitaire de Premier Contact

ESPr : Etablissement Sanitaire Privé

FAP : Femme en Age de Procréer

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine

GFF: Global Financing Facility

GI-ESCR : Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights

GIZ : Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit

HG : Hôpital Général

ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan

IMENA : Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan

INHP : Institut National de l'Hygiène Publique

INSP : Institut National de Santé Publique

IRFCI : Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire

JICA : Japanese International Cooperation Agency

LNSP : Laboratoire Nationale de Santé Publique

MIDH : Mouvement Ivoirien des Droits Humains

MSHP CMU : Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

NPSP CI : Nouvelle Pharmacie de Santé Publique de Côte d'Ivoire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PIB : Produit Intérieur Brut

PIDESC : Pactes Internationaux des Droits Économiques Sociaux et Culturels

PND : Plan National de Développement

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

INTRODUCTION

Le rôle croissant des acteurs privés dans les systèmes de santé à travers le monde peut aggraver les inégalités dans l'accès aux services de santé, mettant en péril la jouissance du meilleur état de santé physique et mentale possible (ci-après : le droit à la santé) consacré par plusieurs instruments internationaux, notamment la Constitution de 1946 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 (article 25), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (article 12) et la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples (article 16).

Lorsque les soins de santé sont privatisés, l'accès aux soins médicaux, aux traitements vitaux et à une vie digne dépend largement du statut socio-économique. Un rapport de Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR) montre que les inégalités et les obstacles socio-économiques à l'accès aux services de santé au Nigeria sont liés à la privatisation et à la marchandisation du système. La même dynamique a été identifiée au Kenya et en Ouganda, en Afrique de l'Est¹, ainsi qu'en Afrique du Sud². En outre, la logique de marché des services privatisés s'est infiltrée dans le secteur public, où des actes de marchandisation entraînant des violations des droits de l'Homme ont été allégués dans la presse.³

En Côte d'Ivoire, l'accès aux soins de santé de qualité oscille entre modernisation du système et insuffisance de politique publique en matière de droit à la santé. S'il est vrai qu'on note plusieurs réformes et une part importante des investissements de l'Etat dans le domaine de la santé, des dysfonctionnements ont été également constatés à plusieurs niveaux de la pyramide sanitaire.

Cependant, peu de recherches ont été menées sur la privatisation et la marchandisation des soins de santé dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Pour contribuer à combler cette lacune, le Mouvement Ivoirien des Droits Humains (MIDH) et GI-ESCR ont étudié l'impact de la privatisation et la marchandisation des soins de santé en Côte d'Ivoire, à travers le prisme des droits de l'Homme. Le rapport établit la cartographie des acteurs du secteur privé de la santé, analyse l'impact de l'offre privée des soins de santé

¹ Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights, *Patients or Customers? The Impact of Commercialised Healthcare on the Right to Health in Kenya during the COVID-19 Pandemic*, (2022), <https://gi-escr.org/en/resources/publications/the-impact-of-commercialised-healthcare-in-kenya>; Initiative for Social and Economic Rights, *Profiteering in a Pandemic*, (2022), <https://iser-uganda.org/publication/profiteering-off-a-pandemic-private-sector-and-health-services-in-uganda-during-covid/>.

² Rossella De Falco, Timothy Fish Hodgson, Matt McConnell, & A. Kayum Ahmed, « Assessing the Human Rights Framework on Private Health Care Actors and Economic Inequality », *Health and Human Rights Journal*, 25(2), 125 (2023), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10733764/>

³ Voir par exemple : Jeune Afrique, « Côte d'Ivoire : ce que l'on sait sur le décès d'Awa Fadiga », 1 avril 2014, <https://www.jeuneafrique.com/164649/politique/c-te-d-ivoire-ce-que-l-on-sait-sur-le-d-c-s-d-awa-fadiga/>

sur le droit à la santé et met en évidence la manière dont la marchandisation de la santé affecte les droits de l'Homme dans le secteur public comme dans le secteur privé.

La manière dont les services de santé sont fournis et financés a un impact considérable sur le niveau de jouissance du droit à la santé. À ce titre, ce rapport approfondit les connaissances sur le rôle des acteurs privés de la santé du point de vue des droits de l'Homme en récoltant des données dans une région peu étudiée.

I. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

1. Le contexte

Le 6 janvier 1992, la Côte d'Ivoire a ratifié la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples qui consacre le droit à la santé dans son article 16. Puis, le 26 mars 1992, la Côte d'Ivoire ratifia le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui consacre le droit à la santé en son article 12. De plus, le pays dispose du Plan National de Développement (PND) 2021-2025 visant à améliorer l'état de santé des populations vivant en Côte d'Ivoire (Pilier 4).

En Côte d'Ivoire, le système de santé est composé du secteur public, du secteur privé, et de la médecine traditionnelle qui continue à occuper une place importante dans l'offre de soins en Côte d'Ivoire.⁴ Le secteur public est l'acteur principal et est divisé en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Par contraste, le secteur privé est très hétérogène. En 2011, la Côte d'Ivoire comptait 2 036 établissements sanitaires privés, dont 73% n'étaient pas autorisés par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.⁵ Finalement, on estime que 80% de la population - particulièrement en milieu rural - a recours à la médecine traditionnelle.⁶

Malgré son statut de pays à revenu intermédiaire et la reconnaissance juridique du droit à la santé, le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire reste comparable à celui des pays à faible revenu, et les résultats sanitaires sont parmi les plus faibles de la région et du monde.⁷

⁴ MIDH, Human Dignity et SciencePo, *Le droit à la santé en Côte d'Ivoire : état des lieux*, (Paris : SciencePo, 2017), <https://www.sciencespo.fr/ecolededroit/sites/sciencespo.fr/ecolededroit/files/rapport-recherche-dt-santei-010817.pdf>

⁵ Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, *Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015*, p.20, <https://www.pnisci.com/wp-content/uploads/2022/06/2012-plan-national-de-de%CC%81veloppement-sanitaire-pnds-2012-2015.pdf>

⁶ Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, « *Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle* » (2014).

⁷ Duran, D., Sieleunou, I. and Ozaltin, E, *Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire*, (Washington DC: World Bank, 2020). Available at: <https://doi.org/10.1596/33763>.

2. La méthodologie

Les informations ont été collectées auprès de deux sources : la revue documentaire et le recueil d'informations auprès de groupes cibles. La revue documentaire a permis de rassembler principalement un nombre important de documents existants sur la politique publique de la santé et le cadre juridique du droit à la santé, notamment des lois, des décrets, des Conventions, des articles de presse, et des documents du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (rapport sur la situation sanitaire, Plan National de Développement Sanitaire, rapports des Directions du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, etc.). Ces documents ont été sélectionnés sur les sites web du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle ainsi que les sites des institutions nationales et internationales.

2.1. La recherche de terrain

Le recueil de données de terrain s'est fait à partir d'un questionnaire, d'un guide d'entretien et d'une grille d'observation. Avant le démarrage de cette phase, 06 agents de collecte à raison de deux par localité ont été formés aux techniques d'adressage du questionnaire auprès des patients, des responsables d'établissements sanitaires publics et privés, des agents de santé, des responsables syndicaux, des responsables d'ONG, des leaders communautaires et des autorités traditionnelles.

Les questionnaires étaient composés à la fois de questions fermées et ouvertes. Pour ces dernières, les chercheurs ont pris des notes approfondies, ce qui a permis d'illustrer ce présent rapport avec des extraits de citation. Dans certains cas, étant donné que le nombre d'interlocuteurs était très faible, il n'a pas été possible de tirer de tendances générales. À côté des données issues de questionnaires et de guides d'entretien, des données déclaratives ont été recueillies à l'aide de téléphone et d'un dictaphone pour mieux comprendre certains aspects de la privatisation et la marchandisation des soins de santé en Côte d'Ivoire.

Le coordonnateur du projet, son adjoint et deux consultants ont conduit les entretiens avec la Direction des Affaires Juridiques et du Contentieux du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP CMU), les Responsables des établissements sanitaires publics et privés et les Chefs traditionnels.



Rencontre entre des membres du MIDH (à droite) et les représentants de la Direction des Affaires Juridiques et du Contentieux du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (à gauche). Crédit photo : MIDH.

2.2. Zones d'exécution de l'étude

Dans le cadre de cette étude, la collecte de données a eu lieu dans les 3 communes suivantes : Yopougon, Cocody et Bouaké. Le critère de sélection de ces communes est d'avoir à la fois des espaces urbains et ruraux, ainsi qu'au moins une formation sanitaire publique et une formation sanitaire privée.

Tableau des groupes cibles

Enquêtés/Localités	Bouaké	Cocody	Yopougon	Total
Patients	25	25	22	72
Responsables établissements sanitaires privés	0	1		1

Responsables établissements sanitaires publics	0	0	1	1
Agent de santé public	1	0	1	2
Agent de santé privé			1	1
Responsable ONG	2	1	1	4
Leaders communautaires	3	2	3	8
Total	31	29	29	89

2.3. Choix de l'échantillon

Le choix de l'échantillon retenu pour l'enquête est l'échantillonnage non aléatoire à choix raisonné. Cette technique a permis de sélectionner dans les quartiers à faible revenu de chaque localité un établissement ou plusieurs établissements sanitaires publics et privés. À partir des établissements sanitaires sélectionnés, nous avons utilisé la même technique pour sélectionner les patients, les responsables des centres de santé, les leaders communautaires et les chefs traditionnels.

2.4. L'analyse des données

L'analyse documentaire a consisté à comparer des textes officiels pour mettre en exergue les évolutions, les régressions et les contradictions au regard du droit à santé d'une part, et d'autre part, d'apprécier dans quelle mesure ces textes officiels (politique santé formelle) se concrétisent ou sont en voie de se concrétiser (politique santé effective) sur le terrain. Un troisième niveau d'analyse des textes juridiques a consisté à les comparer aux textes juridiques régionaux et internationaux pour en dégager les insuffisances.

S'agissant de l'analyse des données primaires, chaque outil de recueil de données comportait des dimensions liées à nos questionnements de départ portant sur l'impact

de la privatisation et la marchandisation de la santé et la couverture maladie universelle et reprises dans la partie 3 de ce rapport.

2.5. Considérations éthiques

Dans le cadre de cette étude, tous les acteurs ont été impliqués dans la recherche sur la base d'un consentement libre et éclairé. Ils ont donné leur accord formel en signant le formulaire de consentement. Le questionnaire et les entretiens ont été conduits séparément pour garder l'anonymat des personnes qui ont bien voulu nous accompagner.

3. Définitions des concepts clés

Qu'est-ce que la privatisation et la marchandisation des soins de santé ?

Dans ce rapport, nous définissons la **privatisation** des soins de santé comme l'augmentation de la part du secteur privé dans les soins de santé, ou l'adoption de pratiques du secteur privé dans le secteur des soins de santé. Cette évolution peut prendre plusieurs formes. Une plus grande participation du secteur privé dans la propriété, le financement, la gestion, la gouvernance ou l'offre de services de santé peut être considérée comme une privatisation des soins de santé. Les exemples de privatisation sont la vente d'actifs publics à des acteurs privés, ainsi que des changements dans la gouvernance ou la gestion des services de santé du secteur public au secteur privé⁸.

La privatisation est donc un terme générique qui peut entraîner ou englober la marchandisation qui est l'expansion progressive des mécanismes de marché dans le domaine de la santé afin de générer du profit.

⁸ Pour une définition générale de la privatisation, voir Fons Coomans et Antenor Hallo de Wolf, *Privatisation and Human Rights in the Age of Globalisation* (2005), p. 241, https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/Coomans%20Hallo_de_Wolf_Privatisation_of_Education_and%20ORTE_2005.pdf

La notion de **marchandisation**⁹ fait référence à l'organisation d'un secteur de production dans lequel il est fait appel aux instruments du marché pour coordonner les activités des producteurs et des utilisateurs. Ces instruments sont la concurrence entre les producteurs pour attirer la demande et un système d'incitations qui agit à la fois sur l'offre et sur la demande. La marchandisation de la santé peut être considérée comme la transformation de la santé en un produit marchand source de profit.

Si ces mécanismes de marché sont le cadre naturel dans lequel fonctionnent les entreprises privées, ils peuvent être instaurés à l'intérieur du secteur public, par le biais de l'introduction d'une concurrence entre producteurs. Pour créer cette concurrence, il suffit de laisser aux utilisateurs le libre choix de leur fournisseur et de faire en sorte que ce choix entraîne des conséquences financières sur les producteurs.

Pour faire le parallèle avec l'éducation, l'Appel de la société civile francophone contre la marchandisation de l'éducation de 2016¹⁰ définit la marchandisation de l'éducation comme « la transformation de l'éducation en un produit marchand source de profit ».

II. REVUE DOCUMENTAIRE

La revue documentaire de cette recherche sera organisée autour de deux (2) grandes parties. La première donnera un aperçu du secteur de la santé et la deuxième présentera le cadre normatif de la santé en Côte d'Ivoire.

1. Aperçu du secteur de la santé en Côte d'Ivoire

Dans cette partie, nous présenterons l'organisation du système de santé en Côte d'Ivoire, dresserons un tableau des acteurs privés du secteur de la santé dans le pays et aborderons la question de la Couverture Maladie Universelle.

⁹ Nous nous sommes inspirés de la définition de la marchandisation de l'éducation dans notre rapport conjoint : MIDH et GI-ESCR, *l'impact de la privatisation et de la marchandisation de l'éducation sur le droit à l'éducation en Côte d'Ivoire au regard des Principes d'Abidjan*, (2022), p. 29, <https://gi-escr.org/fr/ressources/publications/rapport-de-recherche>

¹⁰ Réseau francophone contre la marchandisation de l'éducation, *Appel de la société civile francophone contre la marchandisation de l'éducation*, (2016), <https://nevendezpasleducation.org/notre-plaidoyer/appel-francophone-contre-la-marchandisation-de-leducation/>

1.1. Organisation du système de santé en Côte d'Ivoire

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec trois (03) échelons et deux (02) versants (un versant administratif ou gestionnaire et un versant offre de soins ou prestataire) dans lesquels interviennent les différents acteurs, qu'ils soient publics, privés, confessionnels ou de la société civile.¹¹

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec un versant administratif ou gestionnaire et un versant offre de soins ou prestataire, répartis chacun en trois échelons.¹²

Le versant administratif ou gestionnaire, du système sanitaire comprend :

Au niveau central, le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux et les Programmes de santé. Ces structures sont chargées de la définition de la politique sanitaire ainsi que de l'appui et de la coordination globale de la santé¹³ ;

Au niveau intermédiaire, 33 Directions Régionales qui ont pour mission d'appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de la politique sanitaire¹⁴ et ;

Au niveau périphérique, 113 Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé.¹⁵

Quant au *versant offre de soins ou prestataire*, il comprend également trois niveaux :

Le niveau primaire ou périphérique est composé de tous les établissements sanitaires publics et privés qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel.¹⁶ En 2020, l'on a recensé 3 411 Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC)¹⁷ dont 3 311

¹² Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, *Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025*, p. 7, <https://ucp-fm.com/uploads/documentations/6388a0fde5e42-sui-vis-plan-national-de-developpement.pdf>

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Il existe plusieurs types de ESPC : Centre médical social (CMS) ; Centre de santé intégré (CSI) ; Centre de santé urbain (CSU) ; Formation sanitaire urbaine (FSU) ; Dispensaire urbain (DU), Dispensaire rural (DR) ; etc. Voir

ESPC Publics et 1 100 ESPC privés dont 760 établissements privés lucratifs de premier niveau, 96 privés confessionnels, 190 privés ONG et 54 privés d'entreprise. Le ratio ESPC/population est de 1,29 ESPC pour 10 000 habitants en 2020, soit 1 ESPC pour 7 755 habitants.¹⁸

Parmi les ESPC, il existe également les établissements de santé à base communautaire (ESCom) qui ont statut spécial. « Les ESCom sont des établissements sanitaires à but non lucratif à travers lesquels les populations sont incitées à participer à leurs soins de santé dans un système de gestion autonome tant pour le recouvrement que pour la gestion des fonds recueillis. »¹⁹ « Ces établissements sont liés à l'État par une Convention de service public, et liés à la municipalité par une Convention de concession de domaine public ou de cession d'immeuble. (...) Leur originalité tient sur ce partenariat inédit et innovant développé entre la communauté, l'État et l'autorité municipale. »²⁰ Les Formations Sanitaires Urbaines à base communautaire (FSUCOM) sont passées de 02 structures mises en place en 1994 à 39 établissements à ce jour sur le district sanitaire d'Abidjan avec un taux d'offre de 80% des soins de premier contact aux populations du district sanitaire d'Abidjan.²¹ « Les travailleurs communautaires que sont les agents de santé communautaires (environ 114 009) sont des membres des communautés dans lesquelles ils travaillent, après avoir été sélectionnés par elles. Ils sont encadrés et supervisés par les agents de santé des ESPC (infirmier et [/] ou sage-femme). »²²

Le niveau secondaire constitue le point de référence immédiat du niveau primaire. Il comprend tous les établissements sanitaires assurant une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire et possédant une capacité

Liste des établissements sanitaires de premier contact construits de 2011 à 2018,
https://psgouv.ci/assets/fichiers/Liste_des_623_ESPC_construits_2011-2018.pdf

¹⁸ Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP CMU), *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) (2020)*, p. 22, <https://www.snisdiiis.com/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-Annuel-sur-la-Situation-Sanitaire-RASS-2020-VF.pdf>

¹⁹MSHP CMU- Direction de La Santé Communautaire, *Analyse de la situation (dans le cadre de l'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire)*, (2021), p. 32.

²⁰ Programme d'appui aux stratégies sociales (PASS), "Dossier De Reportage : Santé Communautaire : Le PASS réalise une étude sur Les défis de la pérennisation du modèle des Escom en Côte d'Ivoire" 14 décembre 2022, <https://pass-mut.org/actualites/889-dossier-reportage-sante-communautaire-pass-realise-etude-sur-defis-perennisation.html>

²¹ Ibid.

²² *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025*, p. 8-9.

technique de diagnostic et de traitement. Le pays compte 131 hôpitaux de référence (100 hôpitaux généraux publics, 12 confessionnels et 19 Centres Hospitaliers Régionaux) et 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké).²³

Le niveau tertiaire est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche.

Ce niveau compte: les 5 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)²⁴, l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA), le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (Nouvelle PSP CI), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).²⁵

Enfin, il existe un secteur en pleine expansion de **médecine traditionnelle** dont l'exercice et l'organisation sont réglementés par la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Code d'Éthique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles par le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016. Le répertoire national des Praticiens de Médecine Traditionnelle a enregistré en 2020, 7020 praticiens.²⁶ La médecine traditionnelle est considérée comme appartenant au secteur privé selon la Direction des Établissements Privés et Professions Sanitaires.²⁷

²³ Idem. p. 32. Voir aussi PNDS 2021-2025, p. 8.

²⁴ CHU d'Angré, CHU de Cocody, CHU de Treichville, CHU de Yopougon et CHU de Bouaké

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid., p. 9.

²⁷ Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle - Direction des Établissements Privés et des Professions Sanitaires (DEPPS), *Cartographie des établissements sanitaires privés en Côte d'Ivoire* (2023), p.26, https://www.depps.sante.gouv.ci/DocPDF/DOCUMENTS%20DE%20R%C3%89F%C3%89RENCE/RAPPORT%20CARTOGRAPHIE%20ESPr%20IQVIA%20-%20BM_DEPPS.pdf

1.2. Les acteurs privés du secteur de la santé en Côte d'Ivoire

Le pays compte pour le secteur privé, 3187 établissements privés de santé répertoriés en 2023²⁸. « Il s'agit de 565 établissements médicaux (17,7%), 448 établissements pharmaceutiques (14,1%), 17 centres de diagnostic (0,5%) qui regroupent les laboratoires d'analyses biologiques, les centres d'imagerie médicale, les laboratoires d'analyses médicales, et les laboratoires médicaux d'anatomie pathologie (LAPA), 1231 établissements paramédicaux (38,6%), 355 établissements de médecine alternative et traditionnelle (11,1%), et 571 établissements socio-sanitaires (17,9%). La majorité de ces établissements (52,9%) était concentrée dans les régions sanitaires d'Abidjan 1 et Abidjan 2. »²⁹



Les natures et nombres d'établissements cartographiés

Établissement Médical	Nombre total : 565
Établissement pharmaceutique	Nombre total : 448
Centre de Diagnostic	Nombre total : 17
Établissement Paramédical	Nombre total : 1231
Établissement de Médecine Alternative et Traditionnelle	Nombre total : 355
Établissement Socio-Sanitaire	Nombre total : 571
<hr/>	
Total : 3 187 établissements sanitaires privés	

Source : Cartographie des établissements sanitaires privés en Côte d'Ivoire, Direction des Etablissements Privés et des Professions Sanitaires (DEPPS), Septembre 2023

Selon la DEPPS³⁰, parmi les 3187 établissements sanitaires privés (ESPr) répertoriés, 2279 appartiennent à des personnes physiques (environ 71,5%) ; 899 (environ 28,2%) à des personnes morales (société commerciales, confessions religieuses, ONG, etc.) et 9 ESPr ont indiqué ne pas avoir de statut formel (environ 0,3%).

²⁸ Ibid., p.11.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid., pp. 27-28.

Les ESPr représentent 40% de l'offre des soins en Côte d'Ivoire³¹, et compte tenu de la densité de population et du milieu urbain, plus de la moitié des établissements sanitaires privés (52,9%) enquêtés par la DEPPS sont concentrés dans le District d'Abidjan.³²

1.3. La Couverture Maladie Universelle (CMU)

À la date du 13 novembre 2023, 7 847 093 personnes ont été enrôlées (soit environ 27% de la population)³³ et 377 698 assurés (soit environ 1,3%) ont bénéficié des prestations de la CMU.

« Le bénéfice de ces prestations est soumis au paiement sur place d'un ticket modérateur de 30% du coût des actes médicaux et des médicaments, les 70% qui restent étant à la charge de la [Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)]. »³⁴

Toutefois, il existe un déphasage entre les attentes en matière de couverture maladie universelle et la réalité. Tout d'abord, de nombreuses populations rurales n'ont pas accès aux documents requis pour se faire enrôler, tels que les extraits d'actes de naissance. De plus, la CNAM n'informe pas les requérants du panier de soins dont ils peuvent bénéficier. Enfin, la CMU ne prend pas en compte les médicaments essentiels des patients ou si elle le fait, les médicaments ne sont pas disponibles à la pharmacie de l'hôpital.³⁵

2. Le cadre normatif de la santé en Côte d'Ivoire

Le cadre normatif de la santé en Côte d'Ivoire est constitué : du cadre juridique international, du cadre juridique régional et du cadre juridique national.

³¹ MSHP CMU, RASS 2020, p.8.

³² DEPPS, *Cartographie des établissements sanitaires privés en Côte d'Ivoire* (2023), p.25.

³³ La Côte d'Ivoire avait une population d'environ 29 millions d'habitants en 2023, voir <https://fr.statista.com/statistiques/687716/population-totale-cote-d-ivoire/>

³⁴ SERVICEPUBLIC.GOUV.CI, « Procédure relative aux prestations délivrées par la CMU », <https://servicepublic.gouv.ci/accueil/detaildemarcheparticulier/1/190/14>, consulté le 22 mai 2024.

³⁵ GI-ESCR et MIDH, *L'accès aux soins de santé en Côte d'Ivoire : Enseignements d'une recherche-action participative* (2024), pp. 32-33, <https://gi-escr.org/fr/ressources/publications/acces-aux-soins-de-sante-en-cote-divoire-une-recherche-action-participative>. Voir également les recommandations spécifiques à la CMU à la page 35 du même rapport.

Pour rappel, les traités régulièrement ratifiés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve, pour chaque Traité ou Accord, de son application par l'autre partie.³⁶

2.1. Le cadre juridique international

La Côte d'Ivoire a ratifié le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) en 1992. Son article 12, consacrant le droit à la santé, dispose que : « [l]es Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. »

Afin de clarifier les obligations des États en ce qui concerne la mise en œuvre du droit à la santé en vertu du PIDESC, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a élaboré *l'Observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. L'Observation générale no. 14 indique par exemple que : « [l]e coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. »

À ce qui précède, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé ajoute que les gouvernements à tous les niveaux ont l'obligation légale de veiller à ce que les individus et les communautés défavorisés jouissent, dans la pratique, du même accès que les personnes plus favorisées.³⁷ Ces principes s'appliquent également lorsque des acteurs privés, y compris des acteurs commerciaux, offrent ou financent des services de santé. Par exemple, les principes directeurs des Nations unies relatifs aux entreprises et aux droits de l'Homme soulignent que les États ont le devoir de respecter, de protéger et de

³⁶ Article 87 de la Constitution ivoirienne de 2016.

³⁷ Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, A/HRC/7/11/Add.4, (29 février 2008).

mettre en œuvre les droits de l'Homme lorsque des tiers (tels que des établissements sanitaires privés à but lucratif et les entreprises pharmaceutiques) sont impliqués.³⁸

2.2. Le cadre juridique régional

En 1991, la Côte d'Ivoire a ratifié la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, dont l'article 14 oblige les États « à assurer la fourniture de l'assistance médicale et des soins de santé nécessaires à tous les enfants, en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires ».

La Côte d'Ivoire a également ratifié la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples (Charte africaine) en 1992. Son article 16 consacrant le droit à la santé prévoit que : « [t]oute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » et que « les États parties prennent les mesures nécessaires pour protéger la santé de leur population et garantir qu'elle reçoive des soins médicaux lorsqu'elle est malade. »

La Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples, qui surveille la mise en œuvre de la Charte africaine, a adopté une résolution historique qui aborde le rôle des acteurs privés dans la santé et l'éducation. La résolution réaffirme que les États africains sont « responsables de la protection et de la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels, en particulier les droits à la santé et à l'éducation sans discrimination, pour lesquels des services publics de qualité sont essentiels. »³⁹ et exprime ses inquiétudes quant à la tendance actuelle de certains donateurs bilatéraux et institutions internationales à faire pression sur les États parties pour qu'ils privatisent ou facilitent l'accès aux acteurs privés dans leurs secteurs de la santé et de l'éducation, au mépris de ces obligations.⁴⁰

³⁸ Conseil des droits de l'Homme, Protéger, respecter et réparer : un cadre pour les entreprises et les droits de l'homme, *Rapport du Représentant spécial du Secrétaire général sur la question des droits de l'homme et des sociétés transnationales et autres entreprises*, John Ruggie et autres entreprises, John Ruggie, A/HRC/8/5, (2008)

³⁹ Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, « Résolution sur l'obligation des États de réglementer les acteurs privés impliqués dans la fourniture des services de santé et d'éducation » (2019) Res. 420 (LXIV) <<https://bit.ly/31u1VSu>> consulté le 26 octobre 2024.

⁴⁰ Ibid.

La Commission appelle également les gouvernements à : étudier minutieusement les risques que présentent les partenariats public-privé pour la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels ; s'assurer que tous les éventuels accords de partenariat public-privé sont en harmonie avec leurs obligations en matière de droits de l'Homme qu'elles portent sur le fond, la forme ou le fonctionnement ; et ne sont pas en contradiction avec les normes et principes des droits garantis par la Charte africaine. ⁴¹

2.3 Le cadre juridique national

L'article 9 de la Constitution ivoirienne de 2016 dispose que « toute personne a droit à l'éducation et à la formation professionnelle. Toute personne a également droit à un accès aux services de santé. »

L'article 32 de la Constitution ivoirienne de 2016 dispose que « L'Etat s'engage à garantir les besoins spécifiques des personnes vulnérables. Il prend les mesures nécessaires pour prévenir la vulnérabilité des enfants, des femmes, des mères, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il s'engage à garantir l'accès des personnes vulnérables aux services de santé, à l'éducation, à l'emploi et à la culture, aux sports et aux loisirs. »

Comme le rapport du Mouvement Ivoirien des Droits Humains⁴² le souligne, ces deux articles sont les seuls de la Constitution ivoirienne faisant référence au droit à la santé. Ils ne mentionnent que l'accès à la santé, particulièrement pour les personnes vulnérables et, donc, ne prennent en compte qu'une composante du droit à la santé. Selon ce rapport, le droit à la santé ne peut être réalisé simplement lorsque l'accès à la santé est garanti pour toutes et tous, et y compris pour les personnes vulnérables. Le MIDH, réitère l'Observation générale no. 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, qui souligne que le droit à la santé « englobe une grande diversité de facteurs socio-économiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine. » Il s'étend aux « facteurs fondamentaux déterminants de

⁴¹ Ibid.

⁴² MIDH, Human Dignity et SciencePo, *Le droit à la santé en Côte d'Ivoire : état des lieux*, (Paris: SciencePo, 2017), <https://www.sciencespo.fr/ecole-de-droit/sites/sciencespo.fr.ecole-de-droit/files/rapport-recherche-dt-santei-010817.pdf>

la santé (alimentation, nutrition, logement, accès à l'eau salubre et potable, un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain) »⁴³

La signature du décret n° 96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés et du décret n° 96-878 du 25 octobre 1996 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professions de santé dans le secteur privé marque le début de la croissance du secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire. En effet, l'ouverture d'un établissement sanitaire privé est soumise à une procédure selon le décret n° 96-878 du 25 octobre 1996. Comme cité plus haut, le secteur privé de la santé est en plein essor et contribue au niveau national à environ 40% de l'offre de service de santé (PNDS 2021-2025). Il prend de plus en plus le pas sur le secteur public et constitue le réel du droit à la santé dans le pays.

On note également le décret n° 2013-557 du 05 août 2013 mettant en place le Comité National de Lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des médicaments (COTRAMED) pour répondre à la présence du marché illicite et de la contrefaçon de médicaments estimé à environ 30 % du marché pharmaceutique national. Malgré cette initiative, les marchés connus pour la vente illicite de médicaments sur l'ensemble du territoire restent actifs.⁴⁴ Par ailleurs, la mise en œuvre de la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles par le décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 n'a pas véritablement amélioré la situation. La médecine traditionnelle contribue énormément aux soins de santé et joue un rôle considérable dans la recherche en science médicale. Toutefois, la prestation des soins est purement du domaine privé. L'Etat Ivoirien en formalisant ce secteur n'a pas défini les conditions pour lesquelles le citoyen pourrait bénéficier de ces différents services dans le secteur public de la santé.

Globalement, le Ministère de la Santé estime que le renforcement du cadre institutionnel et juridique du secteur privé de la santé est toujours nécessaire. En effet, les dispositions

⁴³ CDESC, Observation générale n° 14 (2000), Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), parag. 4.

⁴⁴ PNDS 2021-2025, p. 40.

institutionnelles existantes pour la régulation et le contrôle du secteur privé de la santé sont complexes, lourdes et se chevauchent. L'assainissement du secteur privé de la santé dans toutes ses composantes reste l'un des défis principaux incluant les questions d'autorisation d'ouverture ou de renouvellement des autorisations.⁴⁵

Cela dit, on note une légère amélioration dans la formulation des textes récemment adoptés même si certains problèmes demeurent.

Par exemple, la loi n°2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la politique de santé publique en Côte d'Ivoire⁴⁶ élargi la définition de la santé en disposant qu'il s'agit « d'un état, de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁴⁷ Ce texte prévoit également que la politique nationale de santé donne « les dispositions pour offrir à la communauté de façon permanente des soins de santé de qualité acceptable par tous et accessibles à tous, géographiquement et économiquement. »⁴⁸ L'article 4 de cette loi prévoit que la politique nationale de santé repose sur les principes d'équité, d'égalité, de justice sociale, d'éthique, de solidarité nationale, de rigueur, de transparence et d'innovation.

Enfin, on note et la loi n°2019-678 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière qui indique être fondée, entre autres, sur les principes d'équité dans la prise en charge des usagers, d'offre de soins et services de qualité et de financement équitable des établissements hospitaliers entre autres.⁴⁹ Néanmoins, cette loi présente des insuffisances au niveau de certaines de ses dispositions. Par exemple, son article 15 dispose qu'en dehors des cas d'urgence, aucun patient ne peut accéder à l'établissement public hospitalier et y recevoir des soins sans l'accomplissement préalable des formalités administratives et financières. Cette disposition contredit l'article 4 du même texte qui prévoit que l'un des principaux fondamentaux de la réforme hospitalière est l'accessibilité

⁴⁵MSHP CMU, *Plan stratégique national d'intégration et de développement du secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire 2021-2025*, <https://www.depps.sante.gouv.ci/DocPDF/DOCUMENTS%20DE%20R%C3%89F%C3%89RENCE/PLAN%20STRATEGIQUE%20NATIONAL%20IDSPS.pdf>, consulté le 29 mai 2024

⁴⁶Loi n°2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la politique de santé publique en Côte d'Ivoire, <https://www.sante.gouv.ci/assets/fichiers/loi-n-2019-677-du-23-juillet-2019-portant-orientation-de-la-politique-de-sante-publique-en-ci.pdf>

⁴⁷ Article 1.

⁴⁸ Article 5.

⁴⁹ Article 4, <https://drive.google.com/file/d/15jp49Dyfk5MBJkMNRiE-YTD6WDAfDr9D/view>

aux établissements hospitaliers. De plus, cette disposition reste régressive du point de vue des droits de l'Homme. En effet, l'Observation générale no. 14 du CDESC (paragraphe 18 et 19) rappelle que la discrimination dans l'accès aux soins de santé est interdite, notamment quant aux moyens permettant de se les procurer tels que la fortune, et que les Etats doivent garantir l'accès à la santé aux personnes vulnérables.⁵⁰

Le cadre juridique national souffre de lacunes qui contribuent à la croissance incontrôlée de la privatisation de la santé et conduisent à sa marchandisation. On observe également un laxisme concernant l'application des textes dans les établissements sanitaires du pays.

La Côte d'Ivoire s'est engagée aux niveaux national, régional et international à garantir le droit à la santé à sa population.

Ce qui passe nécessairement par des investissements dans des infrastructures de qualité et une prestation de service de haut niveau. Toutefois, les données factuelles montrent qu'on est bien loin d'atteindre les résultats attendus. On observe plusieurs insuffisances au niveau du financement et de l'offre des services de santé dans le secteur public (construction des infrastructures, prestation de service, équipements etc.). Cette situation fait du pays un terrain propice à la prolifération d'acteurs privés de la santé à but lucratif insuffisamment régulés et conduit également à la marchandisation de la santé en Côte d'Ivoire tant dans le secteur privé que le secteur public.

Il est donc impératif pour le pays d'inverser la tendance.

III. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

1. Un nombre impressionnant d'établissements sanitaires privés non autorisés

Le nombre d'établissements sanitaires privés (ESPr) dans le système de santé ivoirien est important. Comme mentionné plus haut, on en dénombre trois mille cinq quatre-vingt-

⁵⁰ CDESC, Observation générale No 14 (2000) Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), E/C.12/2000/4

sept (3 187) en 2023.⁵¹ Les ESPr représentent 40% de l'offre de soins.⁵² Fait inquiétant, 92% des ESPr en Côte d'Ivoire exercent dans l'illégalité, selon la Direction des Établissements Privés et des Professions Sanitaires (DEPPS).⁵³

Lors de la collecte de données sur le terrain dans le cadre de notre étude, les personnes interrogées ont indiqué que 30 % des centres de santé privés n'affichent pas leurs plaques d'immatriculation et 22 % ont déclaré qu'ils ne savaient pas si ces centres de santé avaient une plaque d'immatriculation.

Cet état de fait traduit une violation des textes car les arrêtés ministériels d'autorisation d'ouverture obligent les ESPr à apposer leurs plaques d'immatriculation et rendre disponible tout document attestant de leurs autorisations d'ouverture et d'exploitation ainsi que de leurs immatriculations.⁵⁴

Cela soulève également de sérieuses inquiétudes quant au risque que l'écrasante majorité des ESPr présente pour la vie et la sécurité des citoyens, étant donné qu'ils travaillent sans autorisation du MSHP CMU. Récemment, le 6 décembre 2023, à la suite d'un conseil des ministres, le MHSP CMU a ordonné la fermeture de 1 022 centres de santé privés illégaux à l'intérieur du pays.⁵⁵

⁵¹ Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle - Direction des Établissements Privés et des Professions Sanitaires (DEPPS), *Cartographie des établissements sanitaires privés en Côte d'Ivoire* (2023), p.11, https://www.depps.sante.gouv.ci/DocPDF/DOCUMENTS%20DE%20R%C3%89F%C3%89RENCE/RAPPORT%20CARTOGRAPHIE%20ESPr%20IQVIA%20-%20BM_DEPPS.pdf

⁵² PNDS 2021-2025

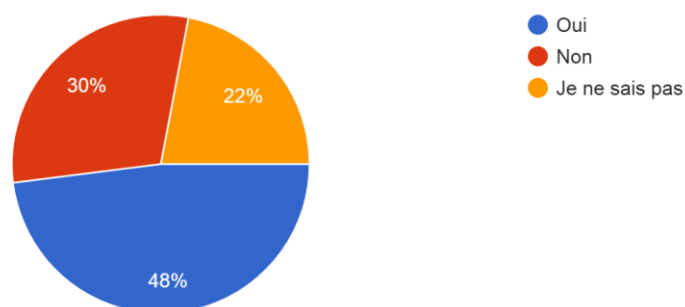
⁵³ DEPPS, *Bulletin Trimestriel d'informations Générales de la DEPPS - N° 0008 - Avril-Juin 2023*, https://www.depps.sante.gouv.ci/DocPDF/BULLETIN_DEPPS.pdf

⁵⁴ Voir par exemple Arrêté no. 00572 /MSHPCMU/DGS/DEPPS du 04 octobre 2023 portant autorisation d'ouverture et d'exploitation de l'établissement sanitaire privé dénommé « DOCTEUR EXPRESS » <https://docteurexpress-ci.com/wp-content/uploads/2023/11/MINISTERE-DE-LA-SANTE-DE-LHYGIENE-PUBLIQUE.pdf>

⁵⁵ Portail Officiel du Gouvernement de Côte d'Ivoire, « Dispositif Sanitaire Et Qualité Des Soins : Le Gouvernement Ivoirien Vise 'Zéro Clinique Illégale D'ici 2025' », 1er avril 2024, <https://www.gouv.ci/actualite-article.php?recordID=16626>

2. Ces centres de santé affichent ils leurs plaques d'identification (numéro d'immatriculation, autorisations d'ouverture et d'exercer) ?

50 réponses



Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

2. Le manquement de l'État à financer et à fournir des services de santé de qualité accessibles à toutes et tous

2.1. Le financement de la santé

En Côte d'Ivoire, le financement public de la santé reste encore très faible malgré les efforts consentis par l'Etat.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour que toutes et tous y compris les plus démunis aient accès aux services de santé, les États doivent allouer au moins 5 à 6% de leur Produit Intérieur Brut (PIB) au secteur de la santé ainsi qu'aux cotisations de l'assurance maladie conjointement.⁵⁶

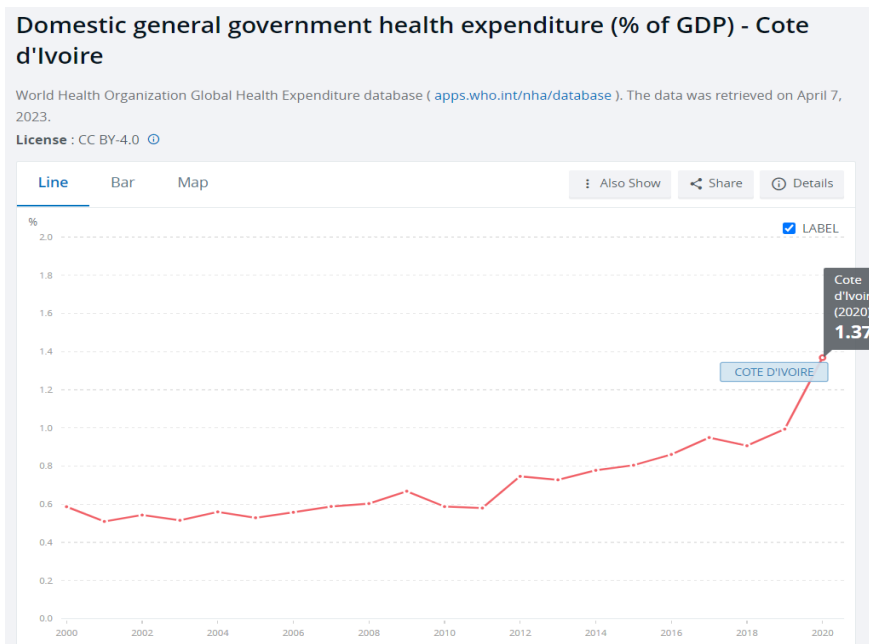
Les données de la Banque mondiale indiquent que la Côte d'Ivoire a consacré 1,37% de son PIB à la santé⁵⁷, chiffre bien en deçà du minimum recommandé par l'OMS.

⁵⁶ World Health Organization, "Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage", *The World Health Report*, (2010), p. 50,

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1

⁵⁷ The World Bank, "Domestic general government health expenditure (% of GDP) Cote d'Ivoire, data retrieved on April 7, 2023, consulté le 15 décembre 2023,

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?locations=CI>



Source : Banque mondiale (2023)

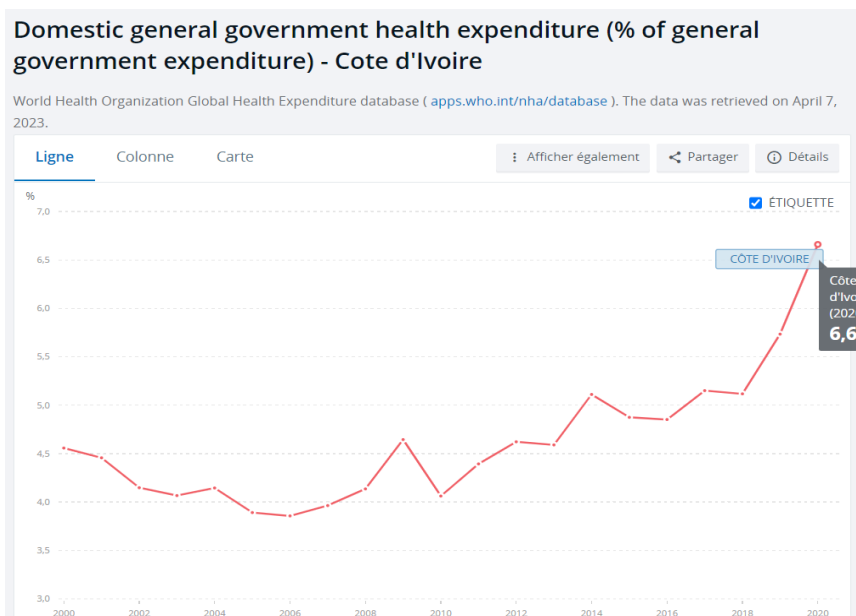
De plus, les Etats membres de l'Union africaine (UA) dont la Côte d'Ivoire se sont engagés à travers la Déclaration d'Abuja de 2001 à consacrer au moins 15% de leur budget annuel à la santé.⁵⁸

En dépit de l'accroissement du financement public de la santé au cours des dernières années (de 330,4 milliards FCFA en 2016 à 588 milliards FCFA en 2019)⁵⁹, ayant porté les dépenses publiques de la santé à 6,66% en 2020⁶⁰, ces efforts restent insuffisants au regard du seuil minimum des 15% du budget national.

⁵⁸ Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related infectious diseases (2001), para. 26, <https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>

⁵⁹ PNDS 2021-2025, p. 28

⁶⁰ The World Bank, "Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure) - Cote d'Ivoire", data retrieved on April 7, 2023, consulté le 15 décembre 2023 <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.GHED.GE.ZS?locations=CI>.

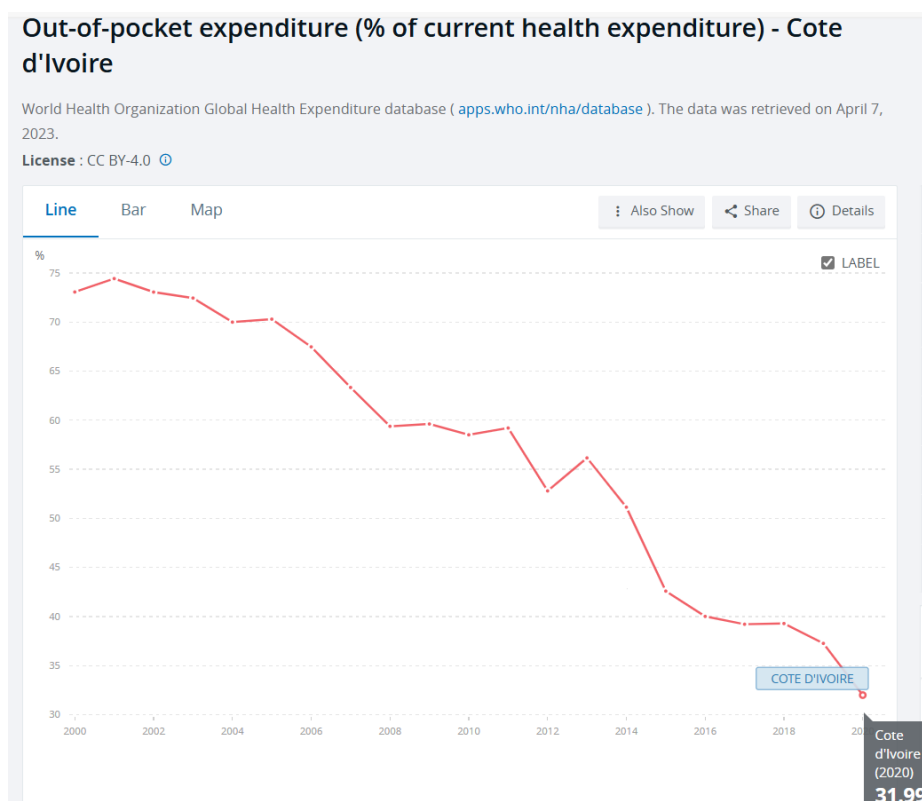


Source : Banque mondiale (2023)

Les dépenses publiques en matière de santé sont si insuffisantes qu'en Côte d'Ivoire, les ménages contribuent à hauteur de plus de 43% au financement de la santé.⁶¹ Malgré leur baisse drastique observée entre 2000 et 2020, les paiements directs par les patients restent tout de même importants et représentent 31,99% des dépenses en santé en 2020.⁶²

⁶¹ Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, Financement de la Santé - Dossier d'Investissement de Côte d'Ivoire 2020-2023, https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Cote-dIvoire-Investment-Case_Resume-fr.pdf

⁶² The World Bank, "Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Côte d'Ivoire", data retrieved on April 7, 2023, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=CI>, consulté le 28 mai 2024



Source : Banque mondiale (2023)

Enfin, « [l]e niveau de dépendance à l'aide extérieure de certains programmes reste très élevé. Les ressources des partenaires représentent 78,24% du financement de la santé en matière de VIH et autres IST, 85,73% pour la tuberculose, 41,5 % pour le Programme Elargi de Vaccination et 10,41% pour le paludisme. La dépendance excessive vis-à-vis des financements des bailleurs de fonds pour la mise en œuvre d'interventions portant sur des maladies spécifiques menace de manière significative la viabilité du financement de la santé sur le long terme. »⁶³

⁶³ PNDS 2021-2025, p. 28.

2.2. L'offre des services de santé

a. Le personnel médical

L'OMS estime qu'il faut au moins 2,5 membres du personnel médical (médecins, infirmières et sage-femmes) pour 1 000 habitants afin d'assurer une couverture adéquate des soins de santé primaires.⁶⁴

En Côte d'Ivoire, le nombre de personnels de santé a progressé pour atteindre la norme que le pays s'est fixé bien que, globalement, des efforts considérables restent encore à fournir afin d'atteindre la norme de l'OMS.

« Ainsi entre 2016 et 2020, le ratio médecin-population est passé de 1,3 à 1,4 médecins pour 10 000 habitants. 39,82% des districts sanitaires ont atteint la norme que le pays s'est fixé (1 médecin pour 10 000 habitants) en 2020 contre 31,7% en 2016. »⁶⁵

« Le ratio infirmier-population est de 2,36 infirmiers pour 5 000 habitants en 2020 contre 2,04 en 2016 au plan national. Au niveau des districts sanitaires 92,03% en 2020 contre 34,14% en 2016 ont atteint la norme que le pays s'est fixé (1 infirmier pour 5 000 habitants). »⁶⁶

« Concernant le ratio sage-femme/femme en âge de procréer au plan national, il est en 2020 de 3,05 sage-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer soit une sage-femme pour 984 [femmes en âge de procréer] contre 2,07 en 2016. Au niveau des districts sanitaires 98,23% en 2020 contre 93% en 2016 ont atteint la norme que le pays s'est fixé (1 sage-femme pour 3 000 femmes en âge de procréer). »⁶⁷

Au niveau de la formation initiale du personnel médical, on note des lacunes. On peut citer par exemple l'insuffisance des capacités d'accueil des établissements de formation du personnel paramédical, des sites de stage pour la formation, du matériel didactique et l'insuffisance de financement à laquelle font face les institutions étatiques en charge de

⁶⁴ Banque mondiale, Glossary | DataBank (worldbank.org), <https://databank.worldbank.org/metadataglossary/health-nutrition-and-population-statistics/series/SH.MED.PHYS.ZS> consulté le 15 février 2024.

⁶⁵ PNDS 2021-2025, p. 33.

⁶⁶ Idem.

⁶⁷ Ibid. p. 33-34.

la formation initiale. On pourrait également citer l'inadaptation des formations initiales aux besoins du Ministère en charge de la santé.⁶⁸

« S'agissant de la formation continue, on note une insuffisance de la mise en œuvre de la politique nationale de formation continue et de la recherche et une insuffisance du financement par l'État pour la formation continue. »⁶⁹

« En matière de recrutement et de déploiement, on note une insuffisance de spécialistes dans plusieurs districts de l'intérieur du pays et des faiblesses au niveau de la densité des prestataires de soins pour 10000 habitants qui est de 8,57 personnels de santé pour 10 000 habitants au niveau national en 2020. »⁷⁰

b. Les infrastructures sanitaires

« En ce qui concerne les capacités opérationnelles des infrastructures sanitaires, le système sanitaire était confronté en 2020 à la non-fonctionnalité de 46 blocs opératoires, 8 laboratoires de biologie médicale, 18 services de radiologie. Tous les [Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)] et [Hôpitaux Généraux (HG)] sont vétustes et ont besoin de réhabilitation et d'équipement. »⁷¹

« Malgré sa relative bonne couverture, l'offre de services de laboratoire reste limitée par différents facteurs dont, i) l'inadéquation et/ou l'insuffisance de la formation dispensée au personnel de laboratoire ; ii) la faiblesse de l'infrastructure des laboratoires ; iii) l'insuffisance dans la maintenance préventive et curative du matériel et des dysfonctionnements dans l'approvisionnement en réactifs et produits consommables essentiels ; iv) les faiblesses des protocoles d'assurance et de contrôle de la qualité et dans la gestion de l'information de laboratoire et v) les insuffisances dans les systèmes de référence contre référence des échantillons. »⁷²

« En matière d'infrastructures sanitaires, bien qu'une amélioration soit constatée sur la période 2016-2020, les résultats restent en deçà des besoins prioritaires en

⁶⁸ Ibid., p.35.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid., p.38.

⁷² Ibid.

infrastructures au regard de la demande sans cesse croissante. L'accessibilité géographique aux services de santé demeure encore un obstacle majeur à l'utilisation des services par les populations. En effet en 2020, encore environ 30% de la population vit à plus de 5 kilomètres d'un établissement pour un objectif de 0%. »⁷³

De plus, il a été noté que le réseau de laboratoire en Côte d'Ivoire n'est pas fonctionnel et que la prise en charge biologique intégrée des pathologies prioritaires (VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose, autres maladies infectieuses) organisée par les programmes de lutte contre la maladie et à la surveillance épidémiologique reste limitée à quelques laboratoires. Au sujet des mobiliers médicaux (capacité d'hospitalisation), on note en 2019 pour les lits que : i) au niveau des CHU, 1000 ne répondent pas aux normes ; ii) au niveau des CHR, 1 281 ne répondent pas aux normes et sont vétustes ; iii) au niveau des HG, 1 655 sont vétustes et iv) au niveau des ESPC, 17 029 sont vétustes ; iv) pour les secours en électricité (CHU, CHR et HG), 12 groupes électrogènes sont défaillants.⁷⁴

3. La privatisation de la santé : facteur de discrimination

3.1. De l'accès des personnes handicapées aux établissements sanitaires privés

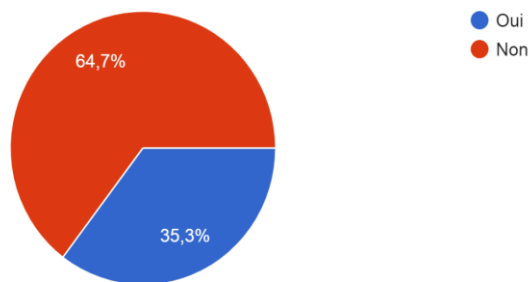
Notre enquête a révélé que 64,7% des centres de santé privés ne disposent pas de rampes d'accès pour les personnes handicapées. Ceci constitue une violation du droit à la santé pour cette catégorie de personnes car cela les exclut. La mobilité des personnes handicapées dans ces centres médicaux est un des défis majeurs auxquels il faut répondre.

⁷³ *PNDS 2021-2025*, p. 37.

⁷⁴ *Ibid.*

2. Ces centres de santé disposent-ils de rampes pour les personnes en situation de handicap ?

51 réponses



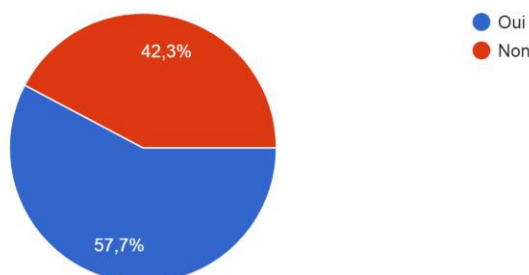
Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

3.2. Discrimination à l'égard des femmes

On note aussi une discrimination à l'égard des femmes. Un nombre important de cliniques (42,3%) qui ne dispose pas de toilettes séparées (Homme/Femme). Les établissements sanitaires sont censés guérir les malades et non en créer de nouvelles sources de maladie. L'objectif de développement durable 6 propose d'assurer l'accès universel à des services d'assainissement. Il insiste notamment sur les efforts particuliers nécessaires pour combler les besoins des femmes et des filles. Toutefois, l'étude montre que les femmes et les filles continuent de souffrir de l'insuffisance des infrastructures d'hygiène de façon disproportionnée. Les besoins des hommes et des femmes diffèrent pour diverses raisons ; on peut citer en exemple les facteurs biologiques comme la menstruation et la grossesse.

3. Ces centres de santé disposent-ils de toilettes séparées (homme et femme) ?

52 réponses



Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

3.3. Discrimination socio-économique

Lors de la collecte de données sur le terrain, 31,1 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles fréquentaient les centres de santé privés en raison de la qualité des services. Généralement, les individus s'orientent vers les cliniques privées en espérant une meilleure prise en charge et un meilleur traitement. Ils arrivent dans ces espaces, malades ou préoccupés par leur état de santé. La qualité de la prestation permet d'apaiser et de trouver du réconfort. Au sein des centres de santé privés, on note que les patients sont bien accueillis dans l'ensemble. Ils bénéficient d'une meilleure prise en charge, vue que la relation est marchande.

Comme le soulignent vertement plusieurs enquêtés dans ces verbatims : « *Un accueil favorable, c'est le privé et les patients viennent avec leur argent. Donc pour ne pas perdre de temps, ils sont mieux pris [en charge]* » ; « *Les patients sont bien traités vu qu'ils paient cher pour avoir accès à la santé.* » Cela signifie que tous n'ont pas accès à des soins apparemment meilleurs dans les cliniques privées, car cela requiert une certaine capacité financière. Cette situation aggrave les inégalités car elle exclut les pauvres de l'accès à des services de santé perçus comme décents.

En ce qui concerne le matériel médical, la qualité diffère en fonction de la taille et du prestige de la clinique. Dans les zones où l'étude a été exécutée, les patients fréquentent des cliniques de haut standing, des cliniques de standing intermédiaire et des cliniques de bas standing.

Ces catégories de clinique leur offrent une qualité de service et de soins en fonction de leurs bourses. L'on comprend donc que l'offre de soins est fragmentée et que sa qualité dépend du statut socio-économique du patient.



À gauche une clinique de haut standing dans le quartier chic les Oliviers à Cocody. À droite un centre de santé de bas standing dans un quartier pauvre de Cocody.

Crédit photo : MIDH

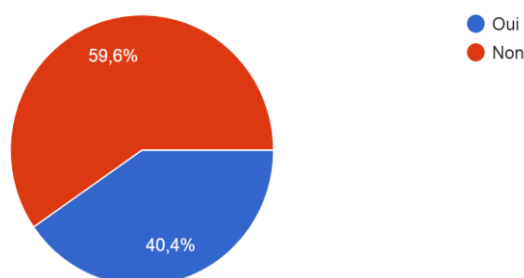
59,6 % des personnes interrogées ont déclaré que tout le monde n'a pas accès aux services de santé privés. Pour eux, aller dans une clinique privée, c'est avoir les moyens financiers de payer les soins et les services.

Par exemple, un patient du quartier de Nimbo à Bouaké a déclaré : *“Clinique là c'est l'argent, si tu n'as pas d'argent, faut même pas aller la bas ; ils ne vont pas s'occuper de toi”*

Ces résultats sont contraires à l'article 2 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, qui interdit toute discrimination fondée sur le sexe, la fortune ou tout autre statut empêchant la jouissance par tous de leurs droits économiques, sociaux et culturels.

4. Les prestations de santé (services et/ou soins) sont-elles abordables pour tous, y compris les personnes défavorisées ?

52 réponses



Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

4. La marchandisation de la santé

La marchandisation de la santé dans cette étude s'apprécie aussi bien au niveau du secteur privé de la santé que du secteur public. Elle permet de révéler les systèmes marchands autour de l'accès aux soins de santé dans les communes de Cocody, Yopougon et Bouaké.

4.1. Dans le secteur privé

La prestation de soins et de services dans le secteur privé s'apparente à une relation marchande, calculée sur la base de l'offre et de la demande.

Certaines personnes interrogées ont déclaré que lors des consultations, le personnel de l'hôpital exigeait d'abord un acompte avant toute prestation de soins et/ou de services. Voici quelques verbatims illustrant cette situation :

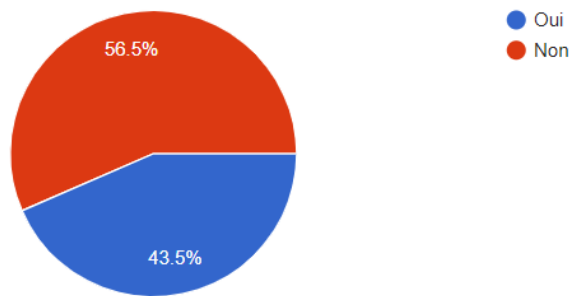
« On a déposé une caution de 150.000 FCFA [environ 250 USD] d'abord avant de traiter ma sœur » ; « On paie d'abord avant d'être reçu par le Docteur. »

Dans le secteur privé, la marchandisation de la santé est caractérisée par le fait de payer d'abord avant d'être soigné.

Par ailleurs, 56,5% des personnes enquêtées ont indiqué que les établissements privés qu'elles fréquentent n'acceptent pas d'assurance maladie ; ce qui laisse entendre que les patients doivent payer les prestations directement de leurs poches.

6. Les établissements sanitaires privés où vous êtes allé acceptent-ils une assurance maladie ?

46 réponses



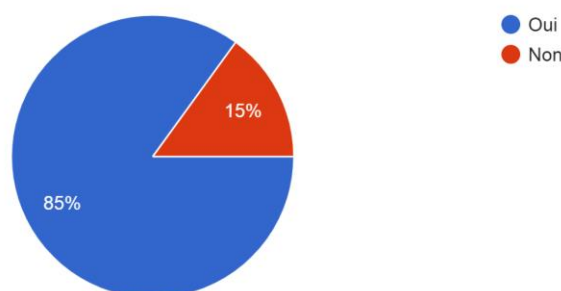
Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

4.2. Dans le secteur public

D'entrée de jeu, il faut souligner que la majorité des personnes enquêtées dans les zones d'exécution de l'étude fréquentent les établissements sanitaires publics. En effet, 85% des personnes interrogées l'ont attesté.

1. Fréquentez-vous les centres de santé publique ?

60 réponses



Source : Enquête réalisée par le MIDH en 2023

Dans le secteur public, la marchandisation des soins de santé se traduit principalement par le manque de transparence au niveau des coûts des prestations dans les hôpitaux.

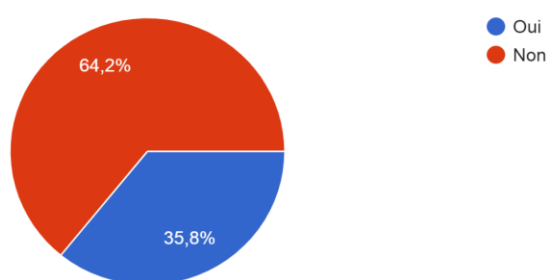
D'autres éléments tels que le refus de soigner en cas d'urgence et la rétention du patient par manque de moyens viennent de manière secondaire.

a. Le manque de transparence au niveau des coûts des prestations

Lors de la collecte des données, la majorité (64,2%) des personnes interrogées dans le graphique ci-dessous ont déclaré que les établissements publics de santé n'affichent pas tous les coûts des services de santé. Il s'agit d'une exigence en termes de transparence et de lutte contre la corruption dans les établissements publics de santé. Les patients doivent être informés des coûts des services dont ils ont besoin et chaque service a l'obligation d'afficher les coûts des services de santé. Cette réciprocité permet de lutter efficacement contre la corruption et les infractions similaires.

4. Existe-t-il un tableau des coûts des prestations de soins dans les établissements sanitaires publics ?

53 réponses

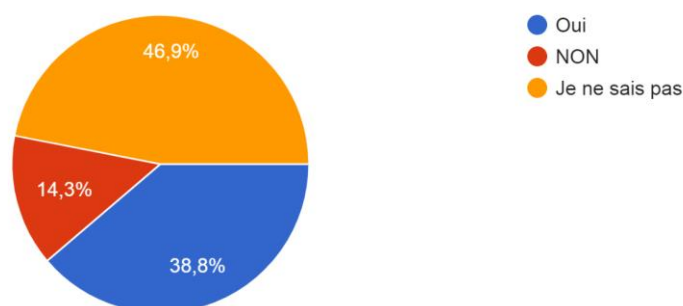


Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

De plus, dans les centres de santé où ces tableaux existent, l'application des coûts des services n'est pas toujours effective. Des cas de corruption ont été signalés dans différents services. Plus de la moitié des personnes interrogées ont déclaré que ces coûts n'étaient pas respectés ou n'en avaient aucune idée.

6. Ces coûts sont-ils effectivement appliqués ?

49 réponses

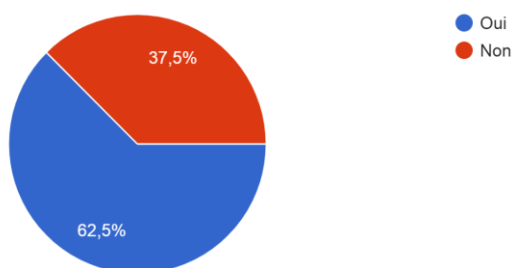


Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

À la question de savoir si les patients reçoivent toujours des reçus lors des consultations, 62,5 % des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative. Même si ce chiffre est important, il n'en demeure pas moins que 37,5% des personnes interrogées ont répondu par la négative et cela soulève des inquiétudes. La transparence dans la gestion des établissements de santé publique passe par la délivrance d'un reçu pour chaque soin ou service fourni.

8. Recevez vous toujours un reçu des prestations dans les centres de santé publique ? (A explorer : reçu conforme à la prestation payée)

56 réponses



Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

En ce qui concerne la facturation des certificats médicaux, 34,5% des répondants affirment que ce service est payé directement au médecin.

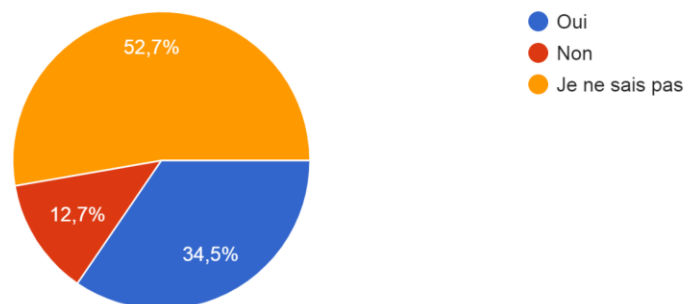
Les échanges ont montré qu'il existe un flou autour de qui doit recevoir cette somme. Pour les uns, cette somme doit être reversée directement au praticien. En revanche, d'autres soutiennent qu'elle doit être reversée à la caisse de l'hôpital.

Le Secrétaire général de la FSUCOM Ouassakara appuie le fait que cette somme doive être versée au praticien. Il souligne à cet effet : *“Puisque c'est une tâche qui relève de sa responsabilité directe, ça ne concerne pas l'établissement. Donc, cela lui est payé comme son dû.”*

Est-il légal qu'un médecin reçoive directement un tel paiement dans un hôpital public ? La question reste posée.

10. Dites nous si les certificats médicaux (exemples : certificat de vaccination, certificat médical, etc.) sont facturés dans les centres de santé publique ?

55 réponses



Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

Ces différentes situations révèlent une atteinte au principe de transparence qui sous-tend la politique nationale de santé telle qu'énoncé à l'article 4 de la loi n°2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la politique de santé publique en Côte d'Ivoire.

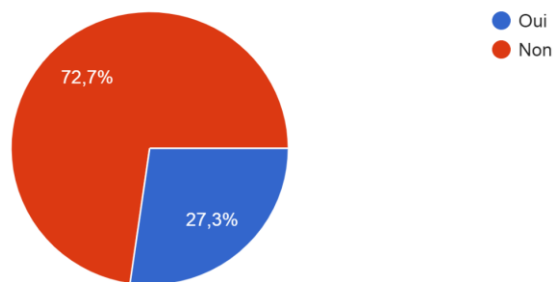
b. Du refus de soigner en cas d'urgence

On note par ailleurs le refus de certains établissements sanitaires publics de traiter des patients dans des cas d'urgence parce qu'ils ne disposent pas de moyens financiers. 27,3% des enquêtés en témoignent. Il s'agit d'une violation grave du droit à la santé, d'autant plus qu'elle peut entraîner une violation du droit à la vie. Par ailleurs, cette situation porte

atteinte à la loi portant réforme hospitalière dont l'article 15 dispose qu'en dehors des cas d'urgence, aucun patient ne peut accéder à l'établissement public hospitalier et y recevoir des soins sans l'accomplissement préalable des formalités administratives et financières.⁷⁵ Cependant, même cette disposition est régressive du point de vue des droits de l'Homme tel que relevé plus haut dans l'analyse du cadre juridique national.

14. Avez-vous déjà été refusé d'être traité dans un cas d'urgence par manque de moyens financiers ?

55 réponses



Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

c. De la rétention des patients dans les hôpitaux

Le graphique ci-après montre que 85,2% des personnes interrogées n'ont jamais fait l'objet de rétention lors de leur séjour médical.

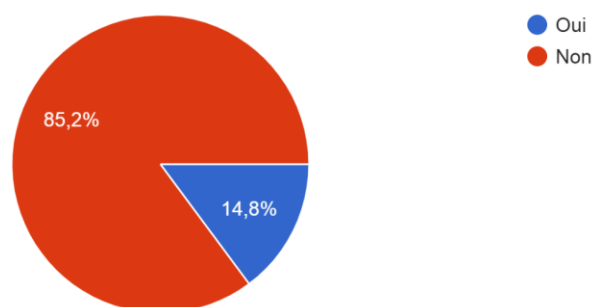
Toutefois, 14,8% des répondants soulignent le fait qu'ils ont été retenus en raison d'une dette qu'ils n'avaient pas soldée. Ainsi, pour les contraindre à payer, les documents d'identité sont souvent confisqués par le personnel médical.

Nous avons à titre d'illustration les propos d'un patient dans la commune de Yopougon :
"Oui, j'étais malade, j'avais pas d'argent pour payer, ils ont gardé ma CNI"

⁷⁵Loi n°2019-678 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière,
<https://drive.google.com/file/d/15jp49Dyfk5MBJkMNRiE-YTD6WDAfDr9D/view>

12. Avez-vous été retenu au moins une fois, dans un établissement sanitaire, en raison de votre incapacité à payer les frais des soins de santé ?

27 réponses



Source : enquête réalisée par le MIDH en 2023

La marchandisation des soins de santé, que ce soit dans le secteur privé ou public, viole principalement les normes régionales et internationales en matière de droits de l'Homme. Or, l'Observation générale n° 7 de la CADHP sur les obligations des États en vertu de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples dans le contexte de la prestation privée de services sociaux souligne le caractère non commercial des services sociaux, y compris les soins de santé, et leur nature publique, car les services sociaux sont des conditions préalables essentielles à la jouissance des droits de l'homme.

CONCLUSION

Le système de santé ivoirien est sous-financé. Les services de santé publique ne suffisent pas à répondre à la demande de soins, ce qui se traduit par des inégalités généralisées et des discriminations notamment basées sur le statut socio-économique.

Dans le même temps, la faiblesse du système de santé public crée un terrain propice à la création de centres de santé privés illégaux. Bien que nous félicitons le Ministère ivoirien de la Santé qui a ordonné la fermeture de 1 022 centres de santé illégaux, il convient de pousser la réflexion sur les causes profondes de cette situation et de s'y attaquer de manière durable en vue de renforcer l'offre publique de soins de qualité pour toutes et tous et de contrôler et réguler strictement les acteurs privés du secteur de la santé. Cela garantira la réalisation du droit de tous et toutes à la santé.

Enfin, cette recherche a montré que la marchandisation des soins de santé, associée à des pratiques non transparentes dans le secteur de la santé, aggravent les inégalités dans l'accès aux soins. En particulier, cette recherche expose les mécanismes par lesquels la privatisation et la marchandisation favorisent la discrimination à l'encontre des personnes défavorisées, qui ne peuvent pas s'offrir des soins médicaux privés onéreux ; ce qui pose de sérieux risques de violations des droits de l'Homme.

Cette étude était un projet pilote dans un environnement peu exploré. En Afrique de l'Ouest francophone, peu de recherches ont été menées sur le droit à la santé, et les études sur les systèmes de santé demeurent rares.

Il est nécessaire de continuer à combler le manque de connaissance sur la question en continuant de recueillir des données sur la privatisation et la marchandisation de la santé et en les interprétant du point de vue des droits de l'Homme.

La santé est un droit humain et il est nécessaire d'accroître la sensibilisation dans l'espace francophone pour que les individus commencent à demander des comptes à l'État et aux acteurs privés du secteur de la santé.

IV. RECOMMANDATIONS

Au gouvernement de la République de Côte d'Ivoire

1. Augmenter les recettes nationales par une fiscalité équitable et progressive⁷⁶ pour augmenter la taille du budget national et investir suffisamment dans les services publics.
2. Renforcer la qualité des soins de santé dans le secteur public en augmentant :
 - a. À au moins 5 % ou 6%, la part du PIB destinée au financement de la santé y compris pour la Couverture Maladie Universelle, conformément aux orientations énoncées dans le Rapport sur la santé dans le monde de l'OMS.
 - b. À au moins 15 % la part du budget national à la santé, conformément à la Déclaration d'Abuja.
3. Renforcer la régulation et les mécanismes de reddition des comptes des prestataires privés des services de santé en droit et en pratique ; notamment sur la base de l'Observation Générale 7 de la Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples qui fournit aux Etats les orientations nécessaires relatives à l'offre public des services sociaux y compris la santé et à la régulation des acteurs privés intervenant dans l'offre de ces services ;
4. Sensibiliser les acteurs privés et les patients sur les conséquences des pratiques discriminatoires dans les centres de santé y compris privés afin d'endiguer le phénomène ;
5. Assainir le système de santé publique en vue de mettre fin aux actes de marchandisation en mettant en œuvre des mécanismes de transparence et de reddition des comptes ;
6. Préciser où doivent être effectués les paiements pour les services et les soins dispensés dans les centres de santé publics. Plus précisément, se prononcer sur la

⁷⁶ L'imposition progressive fait référence à des taux d'imposition plus élevés pour les personnes ayant un revenu plus élevé ou une plus grande richesse, de sorte que ceux qui gagnent ou possèdent plus sont imposés à un taux plus élevé." ActionAid, *ActionAid's Progressive Taxation Briefings*, (Johannesburg: ActionAid, 2018), 1, https://actionaid.org/sites/default/files/progressive_taxation_introduction.pdf

qualité du destinataire du paiement des certificats médicaux dans les centres de santé publics.

BIBLIOGRAPHIE

Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related infectious diseases (2001), para. 26. <https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels. *Observation générale n° 14 (2000), Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*.

Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. "Résolution sur l'obligation des États de réglementer les acteurs privés impliqués dans la fourniture des services de santé et d'éducation." 2019. Res. 420 (LXIV). <https://bit.ly/31u1VSu>.

Conseil des droits de l'Homme. "Protéger, respecter et réparer : un cadre pour les entreprises et les droits de l'homme, Rapport du Représentant spécial du Secrétaire général sur la question des droits de l'homme et des sociétés transnationales et autres entreprises, John Ruggie," A/HRC/8/5. 2008.

Constitution ivoirienne de 2016.

Coomans, Fons, and Antenor Hallo de Wolf. *Privatisation and Human Rights in the Age of Globalisation*. 2005. https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resourceattachments/Coomans%20Hallo_de_Wolf_Privatisation_of_Education_and%20ORTE_2005.pdf.

De Falco, Rossella, Timothy Fish Hodgson, Matt McConnell, and A. Kayum Ahmed. "Assessing the Human Rights Framework on Private Health Care Actors and Economic Inequality." *Health and Human Rights Journal* 25, no. 2 (2023): 125. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10733764/>.

DEPPS. *Bulletin Trimestriel d'informations Générales de la DEPPS - N° 0008 - Avril-Juin 2023*. https://www.depps.sante.gouv.ci/DocPDF/BULLETTIN_DEPPS.pdf.

Duran, D., Sieleunou, I., and Ozaltin, E. *Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire*. Washington DC: World Bank, 2020. <https://doi.org/10.1596/33763>.

Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights. *Patients or Customers? The Impact of Commercialised Healthcare on the Right to Health in Kenya during the COVID-19 Pandemic*. 2022. <https://gi-escr.org/en/resources/publications/the-impact-of-commercialised-healthcare-in-kenya>.

Human Rights Council. "Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health," A/HRC/7/11/Add.4. 29 février 2008.

Initiative for Social and Economic Rights. "Profiteering in a Pandemic." 2022. <https://iser-uganda.org/publication/profiteering-off-a-pandemic-private-sector-and-health-services-in-uganda-during-covid/>.

Jeune Afrique. "Côte d'Ivoire : ce que l'on sait sur le décès d'Awa Fadiga." 1er avril, 2014. <https://www.jeuneafrique.com/164649/politique/c-te-d-ivoire-ce-que-l-on-sait-sur-le-d-c-s-d-awa-fadiga/>.

MIDH, Human Dignity, and SciencePo. *Le droit à la santé en Côte d'Ivoire : état des lieux*. Paris: SciencePo, 2017. <https://www.sciencespo.fr/ecole-de-droit/sites/sciencespo.fr.ecole-de-droit/files/rapport-recherche-dt-santei-010817.pdf>.

GI-ESCR et MIDH. *L'accès aux soins de santé en Côte d'Ivoire : Enseignements d'une recherche-action participative*. 2024, pp. 32-33. <https://gi-escr.org/fr/ressources/publications/acces-aux-soins-de-sante-en-cote-divoire-une-recherche-action-participative>.

Loi n°2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la politique de santé publique en Côte d'Ivoire. <https://www.sante.gouv.ci/assets/fichiers/loi-n-2019-677-du-23-juillet-2019-portant-orientation-de-la-politique-de-sante-publique-en-ci.pdf>.

MIDH et GI-ESCR. *L'impact de la privatisation et de la marchandisation de l'éducation sur le droit à l'éducation en Côte d'Ivoire au regard des Principes d'Abidjan*. 2022. <https://gi-escr.org/fr/ressources/publications/rapport-de-recherche>.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA. *Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015*. 2012. <https://www.pnsci.com/wp-content/uploads/2022/06/2012-plan-national-de-de%CC%81veloppement-sanitaire-pnds-2012-2015.pdf>.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. *Financement de la Santé - Dossier d'Investissement de Côte d'Ivoire 2020-2023*. https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Cote-dIvoire-Investment-Case_Resume-fr.pdf.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. *Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025*. <https://ucp-fm.com/uploads/documentations/6388a0fde5e42-suivis-plan-national-de-developpement.pdf>.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS)*. 2020. <https://www.snisdiiis.com/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-Annuel-sur-la-Situation-Sanitaire-RASS-2020-VF.pdf>.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle - Direction de La Santé Communautaire. *Analyse de la situation (dans le cadre de*

l'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire). 2021.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle - Direction des Établissements Privés et des Professions Sanitaires (DEPPS). *Cartographie des établissements sanitaires privés en Côte d'Ivoire*. 2023. https://www.depps.sante.gouv.ci/DocPDF/DOCUMENTS%20DE%20R%C3%89F%C3%89RENCE/RAPPORT%20CARTOGRAPHIE%20ESPr%20IQVIA%20-%20BM_DEPPS.pdf.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. *Plan stratégique national d'intégration et de développement du secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire 2021-2025*. Consulté le 29 mai 2024. <https://www.depps.sante.gouv.ci/DocPDF/DOCUMENTS%20DE%20R%C3%89F%C3%89RENCE/PLAN%20STRATEGIQUE%20NATIONAL%20IDSPS.pdf>.

Portail Officiel du Gouvernement de Côte d'Ivoire. "Dispositif Sanitaire Et Qualité Des Soins : Le Gouvernement Ivoirien Vise 'Zéro Clinique Illégale D'ici 2025'." 1er avril 2024. <https://www.gouv.ci/actualite-article.php?recordID=16626>.

Programme d'appui aux stratégies sociales (PASS). "Dossier De Reportage : Santé Communautaire : Le PASS réalise une étude sur Les défis de la pérennisation du modèle des Escom en Côte d'Ivoire," 14 décembre 2022. <https://pass-mut.org/actualites/889-dossier-reportage-sante-communautaire-pass-realise-etude-sur-defis-perennisation.html>.

Réseau francophone contre la marchandisation de l'éducation. "Appel de la société civile francophone contre la marchandisation de l'éducation." 2016. <https://nevendezpasleducation.org/notre-plaidoyer/appel-francophone-contre-la-marchandisation-de-leducation/>.

SERVICEPUBLIC.GOUV.CI. "Procédure relative aux prestations délivrées par la CMU." Consulté le 22 mai 2024. <https://servicepublic.gouv.ci/accueil/detaildemarcheparticulier/1/190/14>.

Statista. "Population totale de la Côte d'Ivoire de 2023." Consulté le 22 mai 2024. <https://fr.statista.com/statistiques/687716/population-totale-cote-d-ivoire/>.

The World Bank. "Domestic general government health expenditure (% of GDP) Cote d'Ivoire, data retrieved on April 7, 2023." Consulté le 15 décembre 2023. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?locations=CI>.

The World Bank. "Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure) - Cote d'Ivoire", data retrieved on April 7, 2023. Consulté le 15 décembre 2023. <https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SH.XPD.GHED.GE.ZS?locations=CI>

The World Bank. "Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Côte d'Ivoire", data retrieved on April 7, 2023. Consulté le 28 mai 2024.

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=CI>

WHO. "Glossary | DataBank", consulté le 15 février 2024.

World Health Organization. "Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage," *The World Health Report* (2010), p. 50.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1.