

## RESUME ANALYTIQUE

Le Gouvernement ivoirien ambitionne d'assurer une politique de soins équitables et de qualité à l'ensemble de la population. Pour cela, l'État a dû opter au départ pour la gratuité des soins. Mais cette politique s'est avérée non seulement assez onéreuse pour les finances publiques mais encore porteuse d'un double déséquilibre d'une part, entre Abidjan et les villes de provinces et, d'autre part, entre les zones urbaines et les milieux ruraux. Cette option a été progressivement abandonnée à partir de 1978 (N'Dri, 2008). Parallèlement, la Côte d'Ivoire a souscrit à divers objectifs et principes définis à des niveaux supranationaux pour affiner et conduire sa politique sanitaire nationale : la [déclaration d'Alma Ata](#) en 1978 qui met en exergue les soins de santé primaire ; l'approche District en 1985 qui privilégie le développement de secteurs sanitaires basés sur une unité opérationnelle ; l'[initiative de Bamako](#) en 1987 centrée sur l'appel à la participation communautaire pour le développement sanitaire ; et en 1990, les Objectifs du Millénaire pour la Santé (OMS) issus des [Objectifs du millénaire pour le développement](#) (OMD). Ces OMS pour l'an 2015 visent à éradiquer l'extrême pauvreté, réduire la mortalité infantile de 2/3, réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle, lutter contre le VIH-sida et les autres endémies, diviser par 2 le nombre de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable et favoriser l'accès aux médicaments essentiels.

Depuis, la Côte d'Ivoire met en œuvre une série de projets et programmes visant à réaliser cet objectif. En juin 2007, avec l'appui de l'UNICEF, elle a créé le projet "Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant (SASDE)" devenu ensuite Programme de Coordination de la SASDE en ?. Cette stratégie est basée sur un ensemble d'interventions intensives susceptibles d'améliorer qualitativement la santé maternelle et infantile. Ces interventions sont relatives à la nutrition, l'eau, l'hygiène et assainissement, la santé et au VIH/sida. Trente sept (37) districts sanitaires ont été choisis pour la première phase, parmi les 71 que comptait le pays, pour l'expérimenter. Parmi ceux-ci, six districts appliquent le paquet complet qui contient un ensemble d'interventions à haut impact sur la mortalité infantile et maternelle.

Après trois années de mise en œuvre, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui de l'UNICEF voudrait réaliser une évaluation à mi-parcours du programme afin de savoir s'il produit les résultats escomptés et si les interventions méritent d'être généralisées à l'ensemble du pays. La CAPEC a été retenue pour réaliser cette évaluation avec pour mission de reprendre les objectifs initiaux du programme pour analyser leur pertinence, étudier le processus d'implémentation et l'état d'avancement du programme, en faisant ressortir les progrès enregistrés, les contraintes majeures et les faiblesses, afin de proposer d'éventuelles réorientations et de suggérer des axes de réflexion dans la perspective d'un passage à l'échelle.

La méthodologie utilisée à cette fin a consisté à faire une revue documentaire et à analyser des données sanitaires de routine. Des entretiens avec les prestataires et gestionnaires du programme ont été réalisés ainsi que des focus group avec les femmes et les autres communautés bénéficiaires. Les interviews avec les populations bénéficiaires ont permis de déterminer leur niveau de participation, leurs perceptions du programme et le degré

d'appropriation. Les entretiens auprès des prestataires ont permis d'appréhender les contraintes opérationnelles du programme. Les investigations ont été faites dans 13 districts sanitaires dont l'ensemble des districts bénéficiant du paquet complet d'interventions. L'analyse a été faite selon les quatre axes suivantes : (i) la pertinence du programme, (ii) l'efficacité, (iii) l'efficience et (iv) la viabilité du programme. Les résultats obtenus ont permis de faire des constats et de proposer les recommandations.

## **Pertinence**

La pertinence du programme est analysée par rapport au contexte sanitaire, économique et aux politiques nationales de santé. La pertinence du programme est analysée aussi en rapport avec la couverture géographique et la cohérence avec les interventions des autres partenaires.

Malgré les efforts entrepris par le gouvernement ivoirien, la santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante. La couverture en soins prénatals de rang 1 était en 2005 de 87% et 45% pour les soins prénatals de rang 4. Selon EIS (2005), la mortalité maternelle était de 543 pour 100 000 naissances vivantes. Les taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile étaient respectivement de 41 pour 1 000, 84 pour 1 000 et 125 pour 1000 naissances vivantes.

L'enquête SMART réalisée en 2008 a révélé une dégradation de la situation nutritionnelle. Dans le Nord du pays, la malnutrition aiguë est passée de 12% à 17,5% (MICS 2006) dépassant ainsi le seuil critique qui est de 10%. Au problème de malnutrition sont associées les carences en micronutriments : Fer, Vitamine A, iode, etc.

La situation sanitaire de la mère et de l'enfant ci-dessus décrite montre bien la nécessité d'élaborer une stratégie particulière de prise en charge de leur soins. D'où l'utilité de la SASDE qui vise une meilleure accessibilité des soins de santé à la mère et à l'enfant à travers cinq paquets d'interventions intensives (PEV+, SMN+, PCIME+, PTME+, Eau, Hygiène, Assainissement).

Les interventions de la SASDE s'inscrivent dans la ligne droite des priorités définies par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013 de la Côte d'Ivoire dont les objectifs, entre autres, sont : (i) l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des prestations des services de santé, (ii) l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments et autres intrants stratégiques de qualité, et (iii) le renforcement de la promotion de santé. Ces interventions s'inscrivent également dans la ligne du Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté 2009-2013 qui vise l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services sociaux de base.

Du point de vue des prestataires les interventions de la SASDE répondent aux besoins de santé de la population maternelle et infantile à travers notamment la promotion, la prévention et la prise en charge des maladies mais aussi le renforcement des capacités des prestataires. Toutefois, pour satisfaire davantage les besoins des populations d'autres dimensions doivent être prises en compte (eau potable, électrification, latrine, etc.).

Les régions couvertes par le programme avaient, en 2008, des taux de pauvreté rurale de plus de 50%, d'où la pertinence de mise en œuvre du programme dans ces régions. Il faut souligner cependant qu'aucun district du Centre Est n'est bénéficiaire des interventions de la SASDE. Pourtant, cette région est plus touchée par la pauvreté que les régions du Sud, du Sud Ouest et Nord Est en 2008. Il est souhaitable qu'elle soit appuyée dans les phases ultérieures d'extension progressive du programme.

Enfin, si le projet a été effectivement lancé en juin 2007, sa mise en œuvre effective s'est faite de façon progressive. Il en résulte un niveau de mise en œuvre et d'appui variable d'un district sanitaire à un autre. Par exemple, certains aires sanitaires ne bénéficient pas encore de quelques interventions (WASH, distribution de MII, déparasitage, soins néonataux et PTME notamment).

## **Efficacité**

L'efficacité du programme est analysée en étudiant les indicateurs de couverture et d'utilisation des services de santé. Ces indicateurs sont comparés, d'une part aux objectifs initiaux fixés par le programme, et d'autre part à ceux des aires sanitaires qui ne bénéficient pas des interventions du programme.

Le programme SASDE vise à porter à terme, les couvertures à au moins 60% pour le PEV+, la SMN+ et la PCIMNE+. Ensemble ces efforts devraient contribuer à réduire la mortalité infanto-juvenile de 15% après trois années de mise en œuvre.

La comparaison des niveaux actuels de couverture de ces interventions avec les objectifs initiaux révèle que l'objectif de 60% fixé pour le PEV est atteint dans tous les districts d'intervention. En effet, la prévention des maladies de l'enfance s'est nettement renforcée en 2007 avec une augmentation de la couverture vaccinale dans l'ensemble des districts. Cette augmentation s'avère plus forte dans les aires ayant bénéficiés des interventions à haut impact. Toutefois, cette hausse ne s'est pas maintenue du fait des ruptures de stock dans les vaccins. Les défis majeurs pour l'accélération des progrès en matière de vaccination concernent essentiellement la disponibilité des vaccins et autres matériels de vaccination au niveau des districts sanitaires.

Les couvertures en MII, en vitamine A, déparasitant connaissent quelques améliorations notables dans les aires d'intervention, mais celles-ci restent faibles et en-deçà de la cible de 60%. Le taux de couverture en moustiquaires imprégnées demeure faible (13,60% en 2009 contre 6,8% dans les aires sanitaires bénéficiaires de paquet complet). Il en est de même du taux de couverture en déparasitant

Concernant les maladies de l'enfance, il est regrettable de noter que l'incidence du paludisme et de l'anémie est en hausse dans les districts d'intervention même si elle se situe à un niveau inférieur à celui observé dans les districts non bénéficiaires. Au contraire, l'incidence de la diarrhée est en baisse depuis 2007. Quant aux IRA, elles ont connu une baisse importante en 2007 et 2009 suivie d'une résurgence en 2009. La prise en charge intégrée de ces maladies reste conditionnée par la disponibilité de médicaments dans les centres de santé. La prise en

charge gratuite du paludisme et des IRA ainsi que l'acceptation du test VIH et l'administration des ARV à la mère et à l'enfant se sont significativement améliorées.

La tarification des prestations pratiquée par certains centres sanitaires, bien que modeste, peut affecter l'accessibilité des populations rurales aux services de soins.

## **Efficienne**

Au niveau central, la coordination des activités est assurée par la Direction de la SASDE du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Cette structure réalise des activités de suivi au niveau des zones d'implémentation du projet. Pour réaliser sa mission, la Direction de la SASDE a mis en place un système et rédigé des manuels de procédures distribués au niveau des districts et aires sanitaires. Dans 89% des établissements visités lors de l'enquête auprès des prestataires, il existe des documents qui permettent de faire le suivi des activités de la SASDE. On note cependant, que le nombre de rapports de suivi reste en deçà des objectifs et leur réalisation régulière n'est pas toujours assurée faute de moyens financiers. Le suivi des activités a connu un ralentissement en 2008 et pris un coup d'arrêt en 2009 dans certaines aires sanitaires à cause de la démotivation des agents de santé communautaire et de manque de matériels de travail (cahiers, moyen de transport, etc.).

La Direction de la SASDE est appuyée principalement par l'UNICEF. Il existe cependant d'autres organismes et des ONG qui interviennent, parfois directement sur le terrain et dont les actions échappent à la Direction de la SASDE. Cela ne permet pas de cerner les moyens matériels, humains et financiers mis en œuvre pour atteindre les objectifs du programme.

L'absence de données désagrégées sur les coûts par intervention et par aire sanitaire n'a pas permis d'analyser le rapport coût-résultat. En rapportant les dépenses totales effectuées pour les interventions de la SASDE à la population totale, le coût unitaire est passé de 1 500 FCFA en 2007 à 1 926 FCFA en 2009 qui peut s'expliquer par la volonté d'accroître les dépenses de santé en faveur de la mère et de l'enfant.

## **Viabilité**

Les données préliminaires des Comptes nationaux de la santé indiquent que pour 2008 le plus gros contributeur aux dépenses totales de santé en Côte d'Ivoire était le secteur privé (principalement les ménages) (70%) puis le secteur public (17%) et enfin le reste des partenaires techniques et financiers (13%). Les dépenses faites par les ménages concernent principalement les médicaments achetés dans le secteur privé (environ 75% de leurs dépenses) et sont des versements directement faits par les ménages. L'Etat ivoirien ne consacre que 5% de son budget total à la Santé, ce qui est particulièrement faible. Cela explique aussi pourquoi la part des dépenses de santé financée par les ménages (près de 70%) est la plus élevée de la sous-région.

De façon particulière, la santé maternelle et infantile bénéficie de moins de 10% du budget public de santé ; cela s'avère insuffisant quant on sait que la mortalité infantile représente plus de 25% de la mortalité totale en Côte d'Ivoire. De plus, le peu de ressources dont dispose le Ministère de la Santé est essentiellement consacré au financement de l'administration publique et des établissements de niveau tertiaire. La part des établissements de premier et de deuxième niveau est faible (moins de 5%). Cette situation accentue encore plus le caractère « anti-pauvre » des dépenses publiques de santé. Le PNDS 2009-2013 prévoit un

rééquilibrage au profit des soins primaires. Cette intention doit se traduire concrètement et financièrement dans les plans de mise en œuvre du PNDS.

La mise en œuvre des interventions souffre des problèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels en raison des difficultés financières de la PSP.

Au niveau communautaire, le niveau d'appropriation du programme reste faible. Le taux de fréquentation des centres de santé par les populations n'est pas encourageant et toutes les interventions ne sont pas effectivement mises en œuvre de façon intégrée dans les aires sanitaires. Il en est ainsi du WASH, PTME+ et la PCIMNE+ qui ne sont encore effectives dans certaines aires sanitaires du projet. Les ASC qui jouent le rôle de relais communautaires n'assurent plus leur mission faute de motivation financière et de moyens matériels. Les COGES n'assurent pas toujours leur rôle du fait d'un manque d'information sur les programmes mis en œuvre dans les districts. Par ailleurs la composition des COGES ne permet pas de garantir la continuité des expériences acquises étant donné que les affectations des agents de l'administration dans d'autres structures réduisent la capitalisation des expériences.

## **Conclusion**

La SASDE a permis d'améliorer des indicateurs de santé dans les aires sanitaires bénéficiaires, particulièrement dans celles où le paquet complet est mis en œuvre. Cependant il existe des contraintes et dysfonctionnements qui entravent la bonne exécution du programme et amoindrissent les résultats. Il s'agit principalement des ruptures fréquentes des vaccins et médicaments essentiels, de l'insuffisance d'équipements et de matériels, de la non application de toutes les interventions dans certaines aires sanitaires, la faible implication des communautés, le faible équipement des ASC et leur démotivation, la difficulté d'accessibilité géographique dans certaines régions et de l'insuffisance du personnel formé aux interventions de la SASDE.

## **Recommandations**

La SASDE peut concourir à la réduction significative de la mortalité maternelle et infantile dans les milieux défavorisés. Pour cela, il faut redynamiser le suivi des activités et la sensibilisation des communautés en mettant en place un système de motivation des agents de santé communautaire. Il s'agit de :

- redynamiser la sensibilisation et le suivi des activités de la SASDE à travers la mise en place d'un système d'incitation et d'amélioration des conditions de travail des ASC (primes, moyens de déplacement et matériels de travail) ;
- renforcer les capacités des femmes et des membres des communautés en matière de prévention des maladies infantiles ;
- assurer la disponibilité des médicaments essentiels et vaccins dans les districts sanitaires ;
- mettre en place une meilleure coordination des activités afin de suivre la traçabilité et mieux optimiser les ressources.
- améliorer le système de collecte de données démographiques et d'informations sanitaires.

Concernant le passage à l'échelle, l'équipe pense qu'il faut le différer et poursuivre les interventions au niveau des aires sanitaires actuelles jusqu'à ce qu'elles soient capables de délivrer effectivement des soins de qualité, plutôt que de s'étendre rapidement à d'autres aires alors que celles où sont mises en œuvre le programme ne sont pas encore toutes suffisamment couvertes.