

RAPPORT D'ÉTUDE

ETUDE SUR L'OFFRE DES SOINS ET FACTEURS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE EN CÔTE D'IVOIRE



Renforcer les données probantes et les capacités d'analyse et de communication pour le suivi des performances en matière de Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents et la nutrition (SRMNIA-N) en Côte d'Ivoire – avec focus sur le dossier d'investissement GFF



TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES SIGLES	5
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	7
2. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	11
3. OBJECTIFS DE L' ETUDE	14
3.1. Objectif général.....	14
3.2. Objectifs spécifiques.....	14
4. METHODOLOGIE	15
4.1. Cadre de l'étude.....	15
4.2. Type d'étude.....	16
4.3. Echantillonnage, sélection des participants et processus de recrutement des participants.....	16
4.4. Techniques et outils de collecte.....	21
4.5. Traitement et analyse des données.....	23
5. RESULTATS	24
5.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	25
5.2. Connaissances de l'offre de service en SRMNIA par les enquêtes dans les régions sanitaires de la Bagoué, du Gontougo et du Cavally.....	26
5.2.1. Connaissances des directives, protocoles et normes par les enquêtés.....	27
5.2.2. Connaissances des prestataires du paquet SRMNIA offert au niveau des structures de sante.....	27
5.2.3. Connaissances des communautés du paquet SRMNIA+N offert dans les structures de sante.....	30
5.2.3.1. Connaissances des consultations prénatales par la communauté.....	30
5.2.3.2. Connaissance des comportements à risque et des pratiques à risque au cours de la grossesse par des communauté.....	33
5.2.4. Connaissances des soins d'accouchement offerts dans les structures de santé par la communauté.....	34
5.2.5. Connaissance de l'offre de consultation après accouchement par la communauté.....	34
5.2.6. Connaissance de la planification familiale par la communauté.....	35
5.2.7. Connaissance des soins offerts aux enfants de moins de cinq ans dans la structure de santé par la communauté.....	36
5.3. Perceptions des cibles par rapport a l'offre de soins en matière de SRMNIA+N.....	36
5.3.1. Perception par rapport à l'accessibilité géographique.....	37
5.3.2. Perception par rapport à la disponibilité des aménagements et éléments de confort au sein de la structure de santé.....	37
5.3.3. Perception par rapport à l'accessibilité financière des services.....	37
5.3.4. Perception des cibles par rapport au plateau technique.....	38
5.3.5. Perception de la disponibilité des médicaments et des produits sanguins.....	39
5.3.6. Perception des cibles par rapport à la référence et contre référence.....	40
5.3.7. Perception des cibles par rapport à la relation prestataires/usagers.....	41
5.3.8. Perception des cibles en matière de choix thérapeutique.....	42

5.4.1.	Barrières à l'offre des services de santé.....	43
5.4.2.	Les barrières en matière d'infrastructure et de plateau technique pour l'offre de soins.....	47
5.4.3.	Les barrières en matière de ressources humaines.....	49
5.4.4.	Insuffisance de disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques.....	49
5.4.5.	Facteurs favorables à l'offre des services de SRMNIA+N.....	51
5.4.5.1.	Existence des directives, normes et protocoles.....	51
5.4.5.2.	Renforcement des capacités des agents de santé.....	51
5.4.5.3.	Existence d'une ligne budgétaire au niveau des collectivités décentralisées (conseils généraux, mairies) comme atout pour améliorer l'offre de soins.....	52
5.4.5.4.	Existence de mécanismes d'utilisation locale des données pour améliorer l'offre des services au niveau local.....	52
5.4.5.5.	Mise en œuvre du financement basé sur la performance.....	52
5.4.5.6.	Mise en œuvre d'initiatives innovantes pour améliorer l'offre des soins.....	53
5.5.	Les barrières et facteurs favorables à l'utilisation des services de santé SRMNIA+N.....	53
5.5.1.	Les barrières à l'utilisation des services de santé SRMNIA+N.....	53
5.5.1.1.	Les perceptions erronées et le manque d'informations sur les services offerts.....	53
5.5.1.2.	Les pesanteurs socioculturelles.....	55
5.5.1.3.	L'absence d'autonomisation financière de la femme.....	56
5.5.2.	Les facteurs favorables à l'utilisation des services de santé SRMNIA+N.....	56
5.5.2.1.	Accessibilité géographique.....	56
5.5.2.2.	Relation patient-prestataire.....	56
5.5.2.3.	Sensibilisation de la communauté.....	57
6.RECOMMANDATIONS POUR L'AMELIORATION DE L'OFFRE DE SOINS ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SRMNIA+N DANS LES REGIONS SANITAIRES DE LA BAGOUE, DU GONTOUGO ET DU CAVALLY.....		58
6.1.	Au Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle.....	58
6.1.1.	Assurer la mise en œuvre des conventions, politiques, directives, normes, protocoles existants au niveau du pays.....	58
6.1.2.	Renforcer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé à offrir les services de SRMNIA de qualité.....	59
6.1.3.	Etendre les initiatives novatrices dans les établissements de santé des régions visitées.....	59
6.1.4.	Rendre effective l'assurance maladie universelle au niveau de toutes les régions du pays.....	60
6.2.	Aux collectivités décentralisées (conseils régionaux, mairies).....	60
6.3.	Aux autorités administratives, politiques, coutumières et traditionnelles locales.....	60
6.4.	Aux partenaires techniques et financiers.....	60
6.5.	A la société civile.....	60
CONCLUSION.....		61
REFERENCES.....		62

LISTE FIGURES

Figure 1: Cadre conceptuelle de l'étude sur l'offre de soins et utilisation des services SRMNIA+N.....	12
Figure 2: Représentation des sites de l'étude.....	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Régions prioritaires pour l'étude qualitative.....	17
Tableau 2 : Tableau récapitulatif des sites de l'étude.....	18
Tableau 3 : Répartition des enquêtés au niveau national.....	19
Tableau 4 : Répartition des enquêtés au niveau district par type d'entretien.....	20
Tableau 5 : tableau récapitulatif des outils de collecte par cible.....	22

LISTE DES SIGLES

APHRC	African Population and Health Research Center
CMU	Couverture Maladie Universelle
CSR	Centre de Santé Rural
CSU	Centre de Santé Urbain
CPON	Consultation post-natale
DD	Directeur départemental
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
GFF	Mécanisme de Financement Mondial
INFAA	Institut National de formation des agents de santé
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de la Santé Publique
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ODD	Objectif du Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNN	Programme National de Nutrition
PNSSU-SAJ	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire-Santé adolescents et adultes
PNDS	Programme National de Développement sanitaire
PNSME	Programme National de santé Mère- Enfant
RASS	Services Availability and Readiness Assessment
SRMNIA+N	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents et la Nutrition
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population



1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. [1]. Ce ratio élevé de mortalité maternelle reste une préoccupation en Afrique subsaharienne. En effet, avec 900 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce taux est de loin le plus élevé du monde [2].

En 2015, les Etats membres de l'ONU ont convenu d'atteindre à l'horizon 2030, les 17 Objectifs de Développement Durable (ODD) ; l'objectif 3 de développement durable est spécifiquement consacré à la santé et au bien-être. Il vise à « permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et a pour but de lutter contre les inégalités et de répondre en priorité aux besoins des femmes, des enfants et des personnes les plus pauvres, les plus défavorisés. [3].

De même, à l'instar de plusieurs pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, la Côte d'Ivoire a rejoint le Mécanisme de Financement Mondial (GFF) pour accélérer le rythme de mise en œuvre des réformes sanitaires et mobiliser des financements en faveur des priorités nationales pour la santé maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition, considérée comme point d'entrée pour le renforcement de l'ensemble du système de santé de la Côte d'Ivoire. [4]. Ces interventions sont fondées sur des données probantes ayant un haut impact pour remédier aux problèmes prioritaires du système de santé.

Ainsi, "Countdown to 2030" (CD2030) qui est la continuation d'un consortium multidisciplinaire et multi-institutionnel établi en 2003 (Countdown to 2015) fait le suivi des progrès des interventions visant à sauver des vies humaines dans le domaine de la santé de la reproduction, de la santé maternelle, néonatale et infantile, des adolescents et de la nutrition (SRMNIA+N) en collaboration avec les agences des Nations unies (UNICEF, OMS) et plusieurs universités et institutions académiques.

En Côte d'Ivoire, dans le cadre du Projet Countdown to 2030, une équipe locale conduite par l'Institut National de Santé Publique (INSP) en collaboration African Population and Health Research Center (APHRC) est chargée de suivre les progrès et performances du programme SRMNIA+N en se basant sur le dossier d'investissement 2020-2023 de la Côte d'Ivoire. C'est dans ce cadre qu'une revue documentaire des indicateurs du programme SRMNIA+N a été réalisée et a permis de connaître la situation actuelle de la SRMNIA+N en Côte d'Ivoire, de relever des gaps et d'identifier de nombreuses disparités dans la distribution ou la couverture de certains indicateurs au niveau régional.

Ainsi, l'on a pu relever qu'en Côte d'Ivoire, malgré les actions initiées par les autorités sanitaires en vue de rapprocher les populations de l'hôpital, les décès maternels demeurent un problème majeur de santé publique. En effet, la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire est estimée à 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDSCI-III, 2012) alors que dans les pays développés, ce taux est de 10 décès pour 100 000 naissances vivantes [5]. Selon le rapport sur la surveillance des décès maternels en Côte d'Ivoire, la moitié des décès survient dans la période du post-partum immédiat [6]. Par ailleurs, la couverture en CPN4 se situait à 51,3% en 2016 contre 61,1% en 2011 avec de faibles proportions observées dans les régions du Nord (32,1%) et du Nord-Ouest (35,7 %) (EDS, 2011, MICS, 2016) [5 ; 7].

Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié reste faible ; soit 73,6% par rapport à l'objectif national qui est de 80%. Ces taux sont de 59,4% dans l'Ouest et 61% dans le Nord-Ouest, (MICS, 2016) [7].

Aussi, les femmes en suites de couches ne restent pas dans les structures de santé pendant les trois jours réglementaires mais en sortent deux heures après l'accouchement lorsqu'elles ne présentent aucune complication [8].

Par ailleurs, l'accès aux services de Planning Familial (PF) reste limité dans les établissements sanitaires des régions avec des taux encore assez faibles. En effet, la prévalence contraceptive moderne nationale qui était de 8 % en 2006 avait connu une légère hausse et était estimée à 14,3% en 2016 selon le MICS 2016. On notait de fortes disparités selon les régions avec des taux faibles au Nord (4,9%) et au Nord-Est (10 %) (MICS, 2016) [7].

Concernant la mortalité néonatale, elle reste encore élevée à 33‰ selon la (MICS, 2016) avec la prématurité comme première cause des décès néonataux (31,6%), (Plan ENAP, 2018-2020) suivie de l'asphyxie (27,5%) et des infections (20,2%). Dans le cadre de la réduction de la mortalité néonatale liée à la prématurité, le Ministère en charge de la santé s'est engagé dans la mise en œuvre des Soins Mère Kangourou considérée comme « pratique à haut impact » sur la réduction de cette mortalité.

De même, la mortalité infanto-juvénile bien qu'en réduction passant de 108‰ (EDS, 2012) à 96‰ (MICS, 2016) reste encore élevée en comparaison à la cible nationale de 59‰, avec des quotients plus élevés dans les régions du Nord (125‰), du Nord-Ouest (118‰) et de l'Ouest (108‰) tandis qu'à Abidjan, il est de 64‰ selon les mêmes sources.

Il faut souligner que la morbidité et la mortalité infantiles restent dominées par les maladies infectieuses dont les plus couramment rencontrées sont le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (IRA). Concernant les maladies diarrhéiques, on note une hausse de l'incidence passant de 65‰ en 2018 à 126‰ en 2019 (RASS, 2018, 2019) [9]. De plus, l'utilisation de la SRO associée au Zinc comme traitement de la diarrhée reste encore faible. En effet, en 2016, le pourcentage des enfants atteints de diarrhée qui reçoivent la SRO + zinc était de 5,6% avec les taux les plus faibles enregistrés au Centre-Ouest (1,9 %), au Nord-Ouest (2,2%) et à l'Ouest (4,6%), (MICS, 2016). [7]. Il faut signaler également l'incidence croissante de la pneumonie passant presque du simple au double de 2016 à 2019 avec des taux respectifs de 175‰ et 379,4‰ selon le RASS.

Dans le cadre de la nutrition, on note un taux national du faible poids de naissance encore élevé quoiqu'en légère baisse passant de 10,8% en 2018 à 10,1% en 2019 (RASS, 2019) [9]. Sur les 20 régions sanitaires, 12, soit 60% ont une incidence de la malnutrition aigüe modérée (MAM) inférieure à la valeur nationale de 7,2‰. Les incidences de malnutrition aigüe modérée les plus élevées sont enregistrées dans les régions sanitaires du Tonkpi (19,9‰), du Bounkani-Gontougo (11,4‰) et du Gboklé-Nawa-San Pedro (11,0‰) (RASS, op.cit.).

Par contre, les incidences les plus élevées dans le cas de la malnutrition aiguë sévère (MAS) chez les enfants de moins de 5 ans par région sanitaire en 2019 sont observées dans les régions sanitaires du Tonkpi (18,8‰), du Kabadougou-Bafing-Folon (9,8‰) et du Cavally-Guémon (8,7‰) (RASS, idem).

De façon générale, l'offre de soins en Côte d'Ivoire s'améliore quantitativement mais elle reste encore inaccessible géographiquement et financièrement pour une large frange de la population ; celle vivant en zone rurale ou appartenant aux quintiles des plus pauvres.

En effet, selon les données de la carte sanitaire, plus de 29% de la population vit à plus de 15 km d'un établissement de santé [PNDS, 2016-2020] [10]. S'agissant de la protection financière, une trop grande partie de la population (plus de 90%) ne bénéficie d'aucune couverture-maladie, ce qui constitue une source d'appauvrissement pour les populations [11].

La disponibilité nationale des médicaments essentiels et de l'équipement reste encore faible. Le pourcentage des établissements sanitaires disposant des médicaments essentiels pour la santé des mères et des enfants est respectivement de 36% et 45% et 17% des établissements sanitaires publics et privés dispose de tout l'équipement essentiel [SARA, 2016] [12].

De plus, la Côte d'Ivoire est confrontée à une distribution inégale des agents de santé sur le territoire national. Les ratios prestataires de soins/population ont connu une hausse de 2018

à 2019 et ont atteint les normes respectives. En 2019, le ratio médecin prestataire/population est de 1,35 médecin pour 10 000 habitants. Le ratio infirmier prestataire/population est de 2,2 infirmiers pour 5000 habitants et le ratio sage-femme prestataire pour femme en âge de procréer est de 2,75 sage-femmes pour 3000 femmes en âge de procréer.

Cependant, la densité en professionnel de santé (médecin, infirmier et sage-femme) pour 10 000 habitants est de 08 pour 10 000 habitants en 2019 ; en deçà de la norme OMS qui est de 23 professionnels (médecin, infirmier et sage-femme) de santé pour 10 000 habitants. [RASS, 2019] [9].

Ces constats sur la faible offre des soins et le faible taux d'utilisation des services de santé pourraient avoir un impact sur l'état de santé des populations caractérisé par des niveaux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle.

Au regard des écarts documentés ci-dessus, il semble opportun d'approfondir la recherche et l'analyse des données sur les indicateurs prioritaires en SRMNIA+N tels que la couverture en Planification Familiale (PF), Consultation

Prénatale (CPN), accouchement assisté par un personnel qualifié, SONU, soins post-natals, traitement de la diarrhée avec SRO + zinc dans les régions du Nord et de l'Ouest de la Côte d'Ivoire.

Dès-lors, nous sommes amenés à poser les questions suivantes :

Quels sont les districts sanitaires du Nord et de l'Ouest de la Côte d'Ivoire qui enregistrent les indicateurs SRMNIA+N les plus faibles ?
Quels sont les facteurs explicatifs de la faible offre de soins et utilisation des services de santé maternelle et infantile dans ces zones ?

La réponse à ces questions permettra d'identifier des interventions ciblées et spécifiques qui pourraient inverser les tendances en conduisant à de meilleures couvertures en SRMNIA+N.

Ainsi, pour comprendre de façon spécifique le comportement de la population par rapport à l'offre de soins et de l'utilisation des services de santé SRMNIA+N, une étude qualitative a été menée dans les régions sanitaires du Gontougo, de la Bagoué et du Cavally en Côte d'Ivoire.

2. CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

Le cadre conceptuel de notre étude a été élaboré à partir des cadres théoriques d'Andersen et Adey et des trois retards. Le modèle à trois délais est un cadre largement utilisé dans de nombreux domaines de la santé mondiale pour évaluer les obstacles associés à la recherche, à l'obtention et à la réception de soins de santé [17].

Selon ce cadre conceptuel, l'utilisation des services SRMNIA+N dépend d'un certain nombre de facteurs liés à la prestation de soins de santé par le biais des services SRMNIA+N mais aussi des caractéristiques individuelles/communautaires qui peuvent affecter la demande. Ces différents facteurs sont influencés par le système de gouvernance et de leadership mis en place dans le secteur de la santé

Le modèle de recours d'Andersen et Adey conçu pour l'étude de l'accessibilité des soins peut être affilié au modèle antérieur d'Andersen et Newman qui, décrit des facteurs d'utilisation d'un service sanitaire.

Selon ce modèle, l'utilisation de services de santé s'explique par : (1) les facteurs prédisposant qui incluent des variables démographiques (âge, sexe, éducation, parité, statut matrimonial, morbidités passées; les indicateurs de la structure sociale : race, niveau d'éducation, occupation, ethnie, mobilité résidentielle, taille de la famille ; les indicateurs de valeurs et croyances : santé et perception des maladies, attitudes face au risque maladie, connaissance des maladies et de leur impact); des facteurs socio-économiques (éducation, richesse, exposition aux médias); (2) les facteurs permissifs tels que les obstacles à l'accès aux services de santé (distance aux centres de santé, coût des services); les interactions avec le système de santé (expériences antérieures, qualité perçue des services, interventions et activités de sensibilisation dans la communauté); la susceptibilité et la gravité perçues (connaissance des complications et risques encourus pendant la période prénatale, l'accouchement et la période postnatale et le mode d'accouchement); (3) Les facteurs déclenchant : Ces facteurs sont caractérisés par les besoins face à la maladie, exprimés par le niveau perçu de besoins, conséquences attendues de la maladie, symptômes, diagnostic effectué par l'individu. Pour ce qui concerne le modèle des trois retards, il identifie les trois types de retards pouvant contribuer à la probabilité de décès maternel :

- 1. Le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux services obstétricaux et néo-nataux d'urgence (SONU) ;**
- 2. Le temps nécessaire pour se rendre à un centre de SONU ; et**
- 3. Le temps écoulé entre l'arrivée au centre de SONU et la dispensation des soins.**

Ce modèle comprend les facteurs qui affectent l'utilisation et le rendement des SONU et la qualité des soins.

Dans le cadre de notre étude, il s'agissait de conduire une analyse approfondie permettant de comprendre les facteurs à l'origine du faible niveau des indicateurs prioritaires SRMNIA+N dans les régions du Nord et de l'Ouest de la Côte d'Ivoire.

Selon le cadre conceptuel de notre étude, les caractéristiques individuelles des populations, les facteurs socioculturels, économiques et environnementaux vont interagir dans l'utilisation des services et l'accès aux soins. En effet, les facteurs socioculturels (représentation, croyances, connaissance et perceptions de la population), économiques, sanitaires et environnementaux (les disparités économiques et géographiques) peuvent dans une certaine mesure limiter l'accès aux soins, favoriser son utilisation ou pas, mais également peut diversifier les itinéraires thérapeutiques.

Ces différents facteurs sont influencés par le système de gouvernance et de leadership mis en place dans le secteur de la santé.

En agissant sur ces différents facteurs résumés dans le cadre conceptuel, nous pourrions inverser ce cercle vicieux et conduire à de meilleures couvertures en SRMNIA+N. (Figure1)

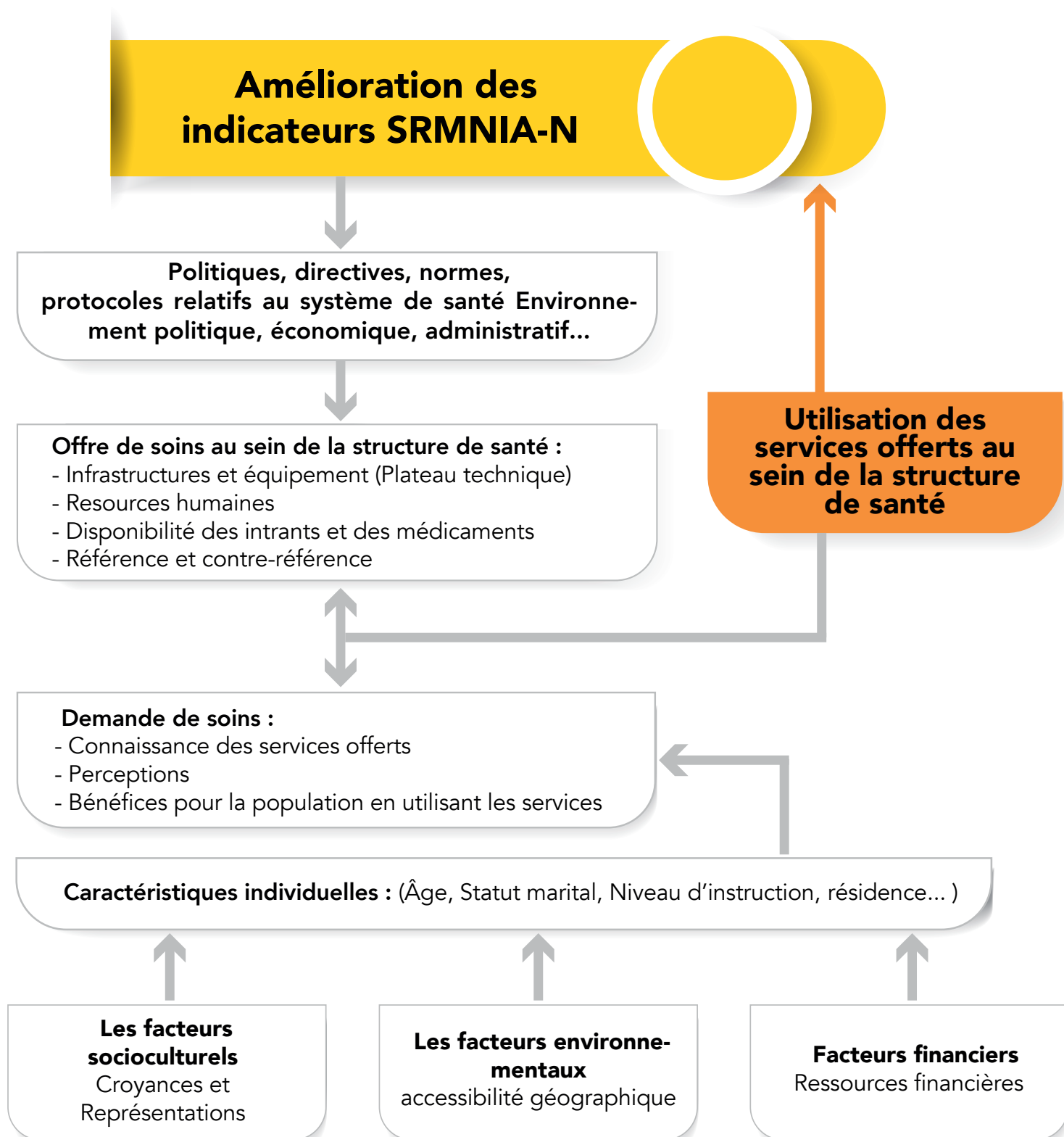


Figure 1: Cadre conceptuelle de l'étude sur l'offre de soins et utilisation des services SRMNIA+N

DEFINITION DES CONCEPTS CLES

– Perceptions des cibles :

La perception est non seulement comme un jeu de l'esprit mais comme un "œil qui pense". Le perçu est le perçu de l'imaginaire d'un sujet et son objet, un objet du désir. Ici, ce qui est perçu est l'expérience des populations par rapport à l'offre de soins de santé. (Diarrassouba, Abiba, 2015)

– L'Offre de Soins (OS) :

Ensemble des infrastructures et installations de Santé (fixes et mobiles), relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et des services afin de répondre de façon optimale aux besoins de Santé des individus et des collectivités. (Article 09 de la Loi cadre 34-09)

– Demande de soins :

On peut définir la demande comme le comportement par lequel un individu ou une communauté cherche un soulagement de sa souffrance; laquelle peut être physique, morale, sociale, etc.

– Utilisation des services de santé :

L'utilisation des services de santé est définie par le résultat de l'interaction entre un professionnel de santé et un patient.

– Obstacles à l'offre des soins:

Ce sont les facteurs qui contribuent à la disponibilité limitée des soins. Les obstacles à l'offre des soins peuvent être d'ordre technique, capacité des RH ou d'ordre stratégique et relationnel

– Barrières à l'utilisation des services:

Ce sont les facteurs contribuant à l'utilisation limitée des services de santé.

Les barrières peuvent être d'ordre culturel, financier qui peut entraver soit l'accès soit l'utilisation des services de santé.

– Domaines d'étude :

C'est la délimitation géographique déterminée par l'Institut National de la Statistique (INS) pour mener les différentes études qu'elles soient démographiques, sanitaires, socio-économiques dans les régions et départements de la Côte d'Ivoire. (Référence, INS)

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

3.1. Objectif général

Conduire une analyse approfondie permettant de comprendre les facteurs à l'origine du faible niveau des indicateurs prioritaires SRMNIA+N dans les régions du Nord et de l'Ouest de la Côte d'Ivoire.

3.2. Objectifs spécifiques

- Appréhender les connaissances et les perceptions des cibles par rapport à l'offre de soins en matière de SRMNIA+N dans les régions sanitaires de la Bagoué, du Gontougo et du Cavally.
- Identifier les obstacles et facteurs favorables à l'offre des services de SRMNIA+Nutrition dans les régions sanitaires de la Bagoué, du Gontougo et du Cavally.
- Identifier les barrières et facteurs favorables à l'utilisation des services de santé SRMNIA+N dans les régions sanitaires de la Bagoué, du Gontougo et du Cavally.
- Formuler des recommandations spécifiques pour l'ajustement des stratégies existantes ou l'élaboration de nouvelles stratégies en vue de l'amélioration de l'offre de soins et l'utilisation des services de SRMNIA+N dans les régions sanitaires de la Bagoué, du Gontougo et du Cavally.



4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans trois régions sanitaires et trois districts sanitaires dont une par région. Les régions qui ont été enquêtées étaient celles de la Bagoué, du Gontougo et du Cavally avec respectivement le district sanitaire de Boundiali, de Tanda et Toulepleu.

Les participants à l'étude étaient issus de certaines structures administratives, des établissements

de santé et de la communauté au niveau régional et district. En dehors de ces régions, les parties prenantes intervenant dans le domaine de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Infantile, Adolescents et Nutrition (SRMNIA) au niveau central ont également participé à l'enquête.

Figure 2: Représentation des sites de l'étude



4.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale suivant une approche essentiellement qualitative.

4.3. Echantillonnage, sélection des participants et processus de recrutement des participants

- **Sélection des sites de l'enquête**

Au niveau national, le choix des sites était basé sur les structures impliquées dans le domaine de la SRMINA+N. Ainsi, les programmes de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), de la Santé

Scolaire et Universitaire, Santé Adolescent et Jeune (PNSSU-SAJ), de la vaccination (PEV), de Nutrition (PNN) ont été retenus pour l'étude. En dehors des programmes, il faut citer les partenaires au développement (OMS, UNICEF, UNFPA), le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique de la couverture maladie Universelle (Officier de liaison de GFF).

Au niveau régional, le choix des districts a été réalisé en se basant sur un échantillon de districts qui présentaient les indicateurs prioritaires SRMNIA+N les plus faibles :

Les indicateurs prioritaires de SRMNIA-Nutrition concernés étaient les suivants :

Pour la santé maternelle :

- La couverture en CPN1 au 1er trimestre,
- La couverture en CPN4,
- Le taux d'accouchement par césarienne,
- La couverture en Consultations post-natale (CPoN)
- Le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm)

Pour la santé infantile :

- La proportion de Petit Poids De Naissance (PPDN)
- La proportion d'enfants atteints de diarrhées traitées avec SRO+Zinc
- La proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris

La sélection des sites s'est faite en 4 étapes selon le processus suivant :

- **Premier niveau de sélection**

La sélection des sites était basée sur les résultats de l'analyse des indicateurs prioritaires de SRMNIA+N effectuée au cours d'une revue documentaire ayant utilisé les données de l'enquête EDS, MICS 2016. A l'issue de cette analyse préliminaire, cinq (05) domaines d'études sur onze (11) selon le découpage de l'Institut National de Statistiques ont été identifiées comme ayant de faibles indicateurs SRMNIA+N. Il s'agissait des domaines du Nord, Nord-Est, Centre-Nord, Nord-Est, Nord-Ouest et Ouest.

- **Deuxième niveau de sélection : région sanitaire**

Un choix raisonné de trois domaines d'études sur les cinq retenus pour l'analyse infranationale a été fait en se basant sur les caractéristiques ethnoculturelles pour permettre de mieux appréhender les informations liées à des spécificités socio-culturelles aussi bien au sein du grand groupe ethnoculturel que dans les sous-groupes linguistiques. Ainsi ont été retenus les trois domaines d'études suivants à savoir le Nord, le Nord-Est et l'Ouest.

Ces domaines d'étude ont fait l'objet d'une correspondance en matière de régions sanitaires (tableau).

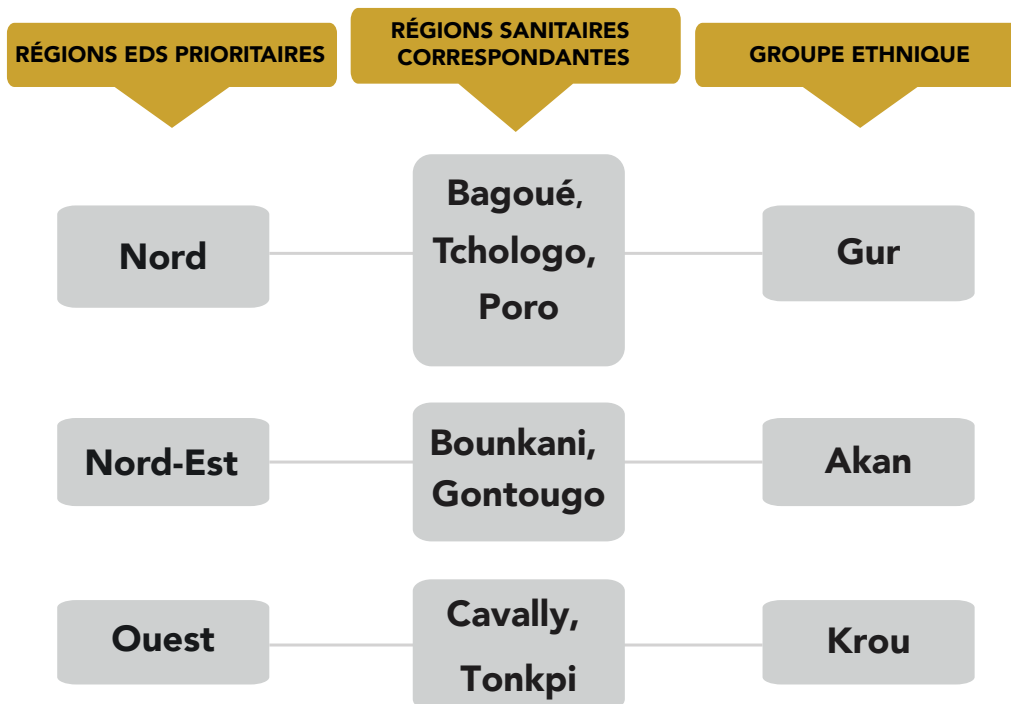


Tableau 1 : Régions prioritaires pour l'étude qualitative

Puis un Tirage au sort d'une région sanitaire a été effectué, en tenant compte des correspondances selon le découpage sanitaire dans chacun des trois domaines d'étude identifiés (les indicateurs s'équivalant). Soit un total de trois régions sanitaires sélectionnées à savoir : la Bagoué, le Gontougo et le Cavally.

- **Troisième niveau de sélection : Choix des districts sanitaires**

Dans chacune des trois régions sanitaires sélectionnées (Bagoué, Gontougo et Cavally), Un Choix raisonné (le district qui présentait les indicateurs les plus faibles) d'un district sanitaire a été fait dans chaque région sanitaire identifiée avec comme résultat les districts de de Boundiali, de Tanda et Toulepleu.

- **Quatrième niveau de sélection : Choix des structures sanitaires**

Au niveau de chaque district, l'hôpital de référence a été systématiquement choisi et un établissement sanitaire de premier contact (ESPC) en milieu rural a été choisi de façon raisonnée sur le critère suivant : il devait être situé dans un rayon de 20 et 40 km par rapport à l'hôpital de référence et choisi en tenant compte de celui qui était le plus proche.

RÉGIONS (DOMAINES STATISTIQUES (MISCS))	RÉGIONS SANITAIRES	DISTRICTS SANITAIRES	ETABLISSEMENT SANITAIRES
Nord	Bagoué	Boundiali	Hôpital Général
			CSR Ouazomon
Nord-Est	Gontougo	Tanda	Hôpital Général
			CSR Guiende
Ouest	Cavally	Toulepleu	Hôpital Général
			CSR Nezobly

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des sites de l'étude

- **Sélection des participants**

A partir d'un échantillonnage raisonné, nous avons sélectionné les participants considérés comme typique de la population cible pouvant fournir des informations détaillées et pertinentes en SRM-NIA+N et de leur engagement dans le domaine. C'est ce qui justifie la présence de plusieurs cibles dont les programmes de santé et les partenaires intervenant dans le domaine, les directeurs régionaux et départementaux de la santé ainsi que les points focaux SRMNIA+N, les prestataires, les agents de santé communautaires, les tradipraticiens ou matrones, les cibles communautaires (les femmes enceintes, les femmes en âge de reproduction et les hommes qui ont en charge un enfant de moins de 5 ans), les collectivités décentralisées ainsi que les ONG œuvrant dans le domaine. Les participants de la communauté ont été identifiés au sein de l'aire de santé que couvre le centre de santé rural avec l'appui des agents de santé communautaires qui travaillent dans la communauté.

Le tableau 2 et 3 présentent la répartition de ces différentes cibles par site.

- **Participants au niveau national**

Sur huit participants attendus, sept (07) ont été interviewés.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés au niveau national

Institution /Structure	Nombre de participant
OMS	1
UNICEF	1
OFFICIER DE LIAISON GFF	1
PNSME	1
PEV	1
PNN	1
PNSSU-SAJ	1
Total participants	7

Source : Enquête de terrain 2021

- Participants au niveau régional/district**

Tableau 4 : Répartition des enquêtés au niveau district par type d'entretien

TYPE D'ENTRETIEN	DISTRICT BOUNDIALI	DISTRICT TANDA	DISTRICT TOULEPLEU
Entretien individuel			
Directeur régional de la santé	1	1	1
Directeur départemental de la santé	1	1	1
Prestataires HG	2	2	2
Points focaux Santé Mère et Enfant	3	3	3
Prestataires CSR	2	2	1
Agent de santé communautaire	2	2	2
Collectivité décentralisée	1	1	1
Leaders communautaire	2	2	2
Tradipraticiens	1	1	1
ONG	0	1	0

TOTAL PARTICIPANTS ENTRETIENS INDIVIDUELS	15	16	14
Focus Femmes ayant au moins un enfant de moins de 5 ans ou en charge de moins de 5 ans d'un enfant	6	6	10
Focus Femmes enceintes	8	9	8
Focus Homme vivant en couple et/ou qui vit au moins avec un enfant de moins de cinq ans	6	8	6
Total participants focus group discussion	20	23	24

Le taux de couverture pour les entretiens individuels était de 92, 85 %.

Pour ce qui concerne les neuf (09) focus group planifiés le taux de réalisation était de 100 %.

4.4. Techniques et outils de collecte

- **Collecte de données**

La collecte des données s'est déroulée sur la période du 6 au 12 septembre 2021. Les données ont été collectées par 06 enquêteurs ayant une expérience qualitative à raison de 02 par district sanitaire. Ils ont reçu une formation de deux jours sur les procédures générales d'enquête et le contenu des guides avant le départ. Cette formation a permis de s'assurer de la compréhension des questions par les collecteurs de données et qu'ils conduiraient les entretiens et les focus group de manière identique.

La disponibilité en ressources et équipements a été évaluée au niveau des trois régions sanitaires sélectionnées pour l'étude qualitative, notamment les régions de la Bagoué, de Cavally et du Gontougo.

Avant les entretiens, tous les participants ont été invités à fournir un consentement écrit après leur avoir donné l'occasion d'obtenir des réponses à leurs questions. Tous les participants ont accepté que leur entrevue et les groupes de discussion soient enregistrés. Les focus groupes et les entretiens se sont déroulés en français et ont duré respectivement 1h 15 min et 50 min. Concernant les entretiens, ils ont tous été réalisés. Le principe de saturation n'a pas été directement utilisé pour terminer la collecte de données compte tenu de la variation d'échantillonnage utilisée dans l'étude, du fait que nous avons pu interroger tous les participants et de la richesse des données collectées. Cependant, deux participants supplémentaires ont été recrutés dans chaque district de santé pour s'assurer que la saturation des données était atteinte et qu'aucun autre entretien n'était nécessaire. Ces deux entretiens supplémentaires nous ont permis de confirmer la saturation des données mais n'ont pas été inclus dans les résultats. En ce qui concerne les groupes de discussion, des groupes de discussion supplémentaires n'ont pas été organisés après que la convergence ait été trouvée dans les données entre les trois groupes autour des questions de recherche centrales dans chaque district sanitaire.

- **Techniques de collecte**

Il s'agissait d'entretiens individuels approfondis et de Focus-Groups.

Les entretiens semi-directifs, reposaient sur des questions ouvertes élaborées dans un guide d'entretien. Les participants étaient invités à faire part de leur opinion, la discussion était libre et focalisée sur le sujet.

Deux techniques de collecte de données ont été utilisées : des entretiens individuels avec des informateurs clés et des discussions de groupe afin de trianguler les résultats, d'explorer le sujet sous différents angles et de fournir des données riches.

- **Outils de collecte**

Un questionnaire a été utilisé pour l'évaluation de la disponibilité des documents et ressources, tandis que des guides d'entretiens individuels et de focus group ont permis de recueillir les informations relatives à l'offre et à l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Dix guides d'entretien semi-directifs ont servi pour les entretiens. Les informations ont été recueillies à l'aide de dictaphones.

Les différents outils ont été pré-testés à l'issue de la formation des enquêteurs au niveau de l'Institut National de Santé Publique (INSP) au service de Santé maternelle et infantile, puis dans la communauté au sein du quartier Dallas situé dans l'aire sanitaire de l'INSP. A l'issue du prétest, des corrections mineures ont été apportées par l'équipe des chercheurs avant le départ sur le terrain.

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des outils de collecte par cible

GUIDE	TYPES
01 questionnaire d'évaluation	Région, district, structures de santé
01 Guide d'entretien	Partenaires
01 Guide d'entretien	Programmes
01 Guide d'entretien	Collectivité territoriale (conseil régional)
01 Guide d'entretien	Prestataires de soins
01 Guide d'entretien	ONG qui intervient dans le domaine de la SRMNIA+N
01 Guide d'entretien	Tradipraticien et accoucheuse traditionnelle
01 Guide de Focus Groups	Femmes ayant au moins un enfant de moins de 5 ans ou en charge d'un enfant de moins de 5 ans
01 Guide de Focus Groups	Homme vivant en couple et/ou qui vit au moins avec un enfant de moins de cinq ans
01 Guide d'entretien individuel	Agents de Santé Communautaire
01 Guide de Focus Groups	Femmes enceintes

L'évaluation de la disponibilité en ressources et équipements a concerné 7 volets clés qui sont : l'offre des soins, les ressources humaines du district, la disponibilité en infrastructures au niveau des structures enquêtées, la disponibilité en équipements au niveau des structures enquêtées, la disponibilité en médicaments et intrants stratégiques au niveau des structures enquêtées, la gouvernance et les finances et le suivi -évaluation.

Les items sur lesquels ont porté les guides d'entretien et focus groups sont les suivants : les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances sur l'offre de soins, les perceptions sur l'offre de soins, le niveau d'intervention des ONG, des Agents de Santé Communautaires, des collectivités, des leaders communautaires dans la communauté, des professionnels de la médecine traditionnelle, les facteurs limitant l'offre et l'utilisation des services de santé SRMNIA+N, les facteurs favorisant l'offre et l'utilisation des services de santé SRMNIA+N, la formulation des recommandations en vue de l'amélioration de l'offre de soins et l'utilisation des services de santé SRMNIA-N.



Enquête de terrain dans le cadre de l'étude qualitative : focus group avec les mères d'enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Toulepleu à l'Ouest de la Côte d'Ivoire du 5 au 11 septembre 2021

4.5. Traitement et analyse des données

A l'issue de la collecte des données, tous les entretiens individuels approfondis et de focus groups ont été transcrits dans le logiciel Word. A la suite de cette transcription, une analyse thématique a été réalisée selon une approche déductive. Le logiciel Nvivo 12 a été utilisé pour aider au codage des transcriptions. Sur la base du cadre conceptuel, un codebook structuré a été développé pour décrire les thèmes et sous-thèmes. L'investigateur principal et le Co- investigateur ont lu indépendamment chaque transcription plusieurs fois pour identifier les thèmes émergents pertinents à la question de recherche et ont codé les citations qui représentaient chaque thème. La transcription a été codée ligne par ligne et chaque idée a reçu un nom ou un mot résumant l'idée ou le concept principal. Le processus était itératif avec de nombreux échanges entre les codeurs et les autres membres de l'équipe de recherche. Ils ont comparé leurs codes lors de réunions régulières programmées pour revoir et affiner leurs codes, et pour discuter des thèmes émergents. Dix entretiens ont été codés entre eux avant qu'un accord ne soit trouvé. La catégorisation finale a été approuvée par tous les membres de l'équipe de recherche lors d'une réunion. Ensuite, trois des chercheurs ont passé en revue les thèmes et sous-thèmes. Les résultats du codage ont été synthétisés dans des matrices selon les thèmes. Toutes les divergences ont été résolues à travers les discussions de l'équipe de recherche. L'accord entre observateurs lors du codage mesuré avec un kappa de Cohen, était de 0,82. Une triangulation des sources de données a été réalisée. Les informations clés ont été illustrées à l'aide de verbatims.

Les critères de crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité équivalents aux critères de validité interne, externe, fiabilité et objectivité dans l'approche positiviste (Roederer, 2012) ont été respectés en ce qui concerne la validation des résultats.

Plusieurs stratégies ont été utilisées pour assurer la rigueur et la fiabilité des données. Pour établir la confirmabilité, les dossiers et les notes de terrain ont été conservés afin d'être disponibles pour une analyse plus approfondie. La crédibilité a été obtenue grâce à des entretiens suivis d'un débriefing par les pairs. La transférabilité a été établie en donnant une description détaillée des paramètres de l'étude. La fiabilité a été assurée en décrivant en détail le processus de recherche, en testant les guides d'entretien et en s'assurant que le processus de collecte de données était comparable entre les collecteurs de données, et en organisant des séances de débriefing. Pour améliorer la fiabilité, nous avons également utilisé des questions d'incitation et des sources de données triangulées.

5. RESULTATS

5.1. Caractéristiques sociodémographiques

Quatre grands groupes d'enquêtés ont participé à l'étude. Il s'agit notamment du groupe des responsables au niveau central et régional, le groupe des prestataires et celui de la communauté. Le groupe des responsables au niveau central est constitué par les Directeurs des programmes de santé impliqués dans la santé de la reproduction, maternelle, infantile, néonatale, adolescents et nutrition, les points focaux représentant les partenaires au développement. Au niveau régional, il s'agit des directeurs régionaux, directeurs départementaux de la santé et les points focaux SRM-NIA+N. La majorité de ces parties prenantes sont des médecins, sage-femmes, qui ont un niveau d'instruction allant du Baccalauréat au Doctorat, et ayant une ancienneté au poste actuel de 1 à 11 ans.

Pour ce qui concerne les collectivités territoriales, les représentants du conseil régional sont entre autres professeur d'éducation permanente, informaticien et professionnel de santé à la retraite.

Ils ont un niveau d'instruction en majorité de Baccalauréat et Baccalauréat plus c'est-à-dire avec d'autres années d'étude après l'obtention du BAC. Le nombre d'année au poste de conseil régional, varie entre 3 ans, 7 ans pour les uns et voire une dizaine d'années pour les autres.

Le groupe des prestataires de santé est en majorité constitué de médecins, de sage-femmes et infirmiers. Le nombre d'années au poste de ces professionnels de santé varie pour entre 1 pour les plus jeunes et 27 pour les plus anciens. Leur niveau d'instruction part du Baccalauréat au doctorat et l'âge de ces derniers se situent entre 29 ans et 54 ans. Ils sont dans la plupart des cas mariés, ou vivent en concubinage ou célibataires.

La communauté est représentée par les Agents de Santé Communautaires (ASC), les leaders communautaires, les tradipraticiens, les représentants des organisations non gouvernementales (ONG), les femmes enceintes et les hommes.

Les Agents de Santé Communautaires, sont en majorité mariés. Parmi eux, certains ont un niveau primaire et d'autres un niveau secondaire. Ils ont un nombre d'années d'expérience dans le domaine qui oscille entre 3 ans et 31 ans.

Le représentant de l'organisation non gouvernementale, est Conseiller communautaire au compte de HKI, et occupe le poste de conseiller communautaire VIH. Le nombre d'année d'expérience dans le domaine SRMNIA+N est de 10 ans ainsi que le nombre d'année au poste actuel.

Les leaders communautaires, sont des prêtres, pasteurs, imams, présidents des jeunes et des femmes, d'obédience chrétienne ou musulmane, dont la plupart sont mariés et quelques-uns parmi eux sont célibataires du fait de leur obédience spirituelle. De façon générale, ils ont un niveau d'étude primaire, secondaire et supérieur. Leur âge varie entre 27 ans et 62 ans.

Pour ce qui est des matrones, tradipraticiennes et tradipraticiens, ils ont une ancienneté de 25 à 66 ans. Ils sont animistes ou chrétiens et de façon générale, ils n'ont aucun niveau d'instruction et ont un âge qui varie entre 62 ans 71 ans, ce qui montre leur grande expérience dans ce domaine.

Pour ce qui est des femmes enceintes, les femmes en âge de procréer et les hommes, on note que la majorité de ces enquêtés exercent des professions libérales. En effet, les femmes sont dans le domaine de la couture, la coiffure, le commerce, l'agriculture. Quelques-unes de ces femmes sont des "femmes au foyer" ou encore dans les processus scolaires. Les hommes, quant à eux sont dans l'agriculture, la mécanique, la religion (pasteur, imam). Leur âge varie entre 16 et 53 ans. La majorité des enquêtés vivent en couple (marié ou concubinage) tandis que d'autres sont célibataires. Ils sont dans la majorité des cas d'obédience chrétienne, musulmane et les autres ne pratiquent aucune religion. Leur nombre d'enfant oscille entre 0 et 15 enfants. Pour ce qui est du niveau d'instruction, ils ont en général un niveau primaire et secondaire et d'autres n'ont aucun niveau.

Pour les enquêtées dont l'âge variait entre 15 et 20 ans, nous avons eu le consentement des parents et l'assentiment des jeunes filles en question. A partir de là, elles se sont prêtées à nos entretiens.



5.2. Connaissances de l'offre de service en SRMNIA par les enquêtes dans les régions sanitaires de la Bagoué, du Gontougo et du Cavally

5.2.1. Connaissances des directives, protocoles et normes par les enquêtés

L'offre de soins dans les établissements sanitaires au niveau du pays est basée sur les normes, directives, protocoles élaborés au niveau central et diffusés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Les résultats de l'enquête ont mis en évidence que les directives, normes, protocole en SRMNIA existaient dans les différentes institutions et structures visitées depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique. Il s'agit notamment au niveau central des Programmes en charge de la santé de la mère et de l'enfant, du programme en charge des adolescents et des jeunes et du programme national de nutrition ainsi que du Programme Elargi de vaccination. Ceci est corroboré par les propos de ce responsable au niveau central :

« Ah oui, non seulement les directives sont mises en place mais ce sont des directives qui sont mises à jour. Et la dernière mise à jour a été en mars 2020 avec la commission de directives de normes des procédures pour la prise en charge de la mère. ».

(EI, Programme Santé Mère Enfant).

Une fois ces directives élaborées, ces programmes de santé en assurent la dissémination au niveau des régions sanitaires, des districts sanitaires et structures de santé comme exprimé par ce responsable au niveau départemental :

« Effectivement, il faut dire qu'il y a des directives qui sont émises chaque fois dans les différents programmes de la santé Mère et Enfant. Nous disposons de ces directives une fois transmises par le biais de nos Directeurs Régionaux. Ces directives sont disponibles non pas seulement pour la santé mère-enfant mais pour la santé. Les programmes utilisent chaque fois des directives ».

(EI, direction Départementale-Toulepleu)

Et par cet autre prestataire au niveau de l'une des structures de santé visitée :

« Il y'a énormément de directives. Lesquelles directives nous permettent de vraiment nous occuper de la santé de la mère et de l'enfant avec pour objectif de réduire de façon drastique les décès maternels et les décès néonataux et infantiles »

(EI, Prestataire de soins, SRMNIA+N, région Cavally).

Par ailleurs, les partenaires techniques et financiers interviewés ont également montré une bonne connaissance de l'existence des documents SRMNIA+N dans la mesure où la majorité d'entre eux appuient l'élaboration, la diffusion, la formation, le coaching par rapport aux directives du pays.

« Ce sont les directives nationales que nous appuyons et nous avons une mission d'accompagnement ».

(EI, partenaire au développement)

5.2.2. Connaissances des prestataires du paquet SRMNIA offert au niveau des structures de santé

Notre étude s'est intéressée aux interventions dont les couvertures étaient faibles dans les différentes zones visitées à savoir : la planification familiale, la consultation prénatale, l'accouchement au centre de santé et la consultation post-natale. Pour les enfants, un focus a été fait sur la prise en charge des prématurés et des faibles poids de naissance, la diarrhée et les infections respiratoires.

Les résultats ont montré que pour la santé maternelle, les Consultations prénatales (CPN), la planification familiale (PF) et l'accouchement par un personnel qualifié étaient offerts dans toutes les structures sanitaires visitées. Par contre la césarienne et la réanimation n'étaient pas pratiquées à l'Hôpital Général de Toulepleu dans la région de Cavally, du fait du bloc opératoire qui n'était pas encore fonctionnel.

A la question de savoir quels étaient les services offerts en SRMNIA dans les structures visitées, dans l'ensemble, les prestataires ont cité les différents services offerts dans le cadre de la santé reproductive, maternelle, néo-natale, infantile et la nutrition dans leurs structures respectives :

« On fait d'abord les consultations prénatales, les accouchements, on fait également les CPON, on fait aussi la contraception, on fait aussi la vaccination, on fait aussi le dépistage VIH mère enfant, on fait aussi les consultations curatives, et puis qu'est ce qui est resté encore ? La supplémentation en vitamine on fait ça aussi. On fait la nutrition chez les enfants de 6 mois jusqu'à partir de 5 ans comme ça donc on fait »

(EI, Prestataire de soins, CSR Nézobly, Toulepleu)

Les connaissances sur le nombre de consultations prénatales recommandées et le contenu de chacune d'entre elle ont été explorées auprès des prestataires en vue d'appréhender leur niveau de connaissance. Les réponses ont montré l'ensemble des prestataires préconisaient au moins quatre (4) consultations prénatales comme l'explique cet enquêté :

« Avant son accouchement la femme enceinte doit avoir quatre consultations prénatales. Celles qui viennent tôt on va au-delà de quatre hein ».

(EI, Prestataire de soins, HG-Tanda).

Mais que malheureusement, les gestantes se présentaient très tardivement aux consultations prénatales dans la plupart des cas comme exprimé par ce prestataire :

« Là il faut dire que d'abord les CPN sont très tardives. Et la plupart des femmes viennent pour avoir le carnet pour juste se faire signaler dans le registre pour ne pas que demain on dise que tu n'as jamais pris de carnet. Donc on a ce problème avec les femmes, plein viennent de façon tardiveCe fléau, on ne veut même pas avoir d'accouchement à domicile surtout que les centres sont rapprochés des populations. »

(EI, Prestataire de soins, CSR Ouazomon)

Pour ce qui concerne le contenu du paquet de services offerts aux femmes enceintes lors des consultations prénatales, l'ensemble des prestataires ont cité les différentes prestations à offrir selon les directives nationales comme décrit par cet enquêté :

« Maintenant les différents services dont la femme gestante bénéficie, il y a la vaccination contre le tétanos...; il y a la prévention du paludisme les SP à partir du deuxième trimestre, ... maintenant il y a les moustiquaires que nous distribuons pour les protéger également contre les piqûres des moustiques et lors des consultations prénatales elle vérifie s'il y a pas d'éventuelles pathologies ou de signes apparents qui pourraient nuire peut-être à l'état de la gestante ; il y a l'échographie qui est là, qui permet de voir l'état du fœtus et son évolution. Donc je peux dire que c'est pratiquement tous ces services là que nous assumons ».

(EI, Prestataire de soins, HG Boundiali).

Les résultats de l'évaluation rapide de l'offre de soins en matière de santé du nouveau-né et de l'enfant a montré que, la vaccination, le traitement de la Diarrhée par SRO+ Zinc, le traitement des IRA par les ATB et les services de Nutrition sont offerts dans tous les services au niveau des différentes structures. Pour la prise en charge des petits poids de naissance et des prématurés selon la méthode des soins Mère Kangourou recommandé comme alternative des couveuses, seul le district sanitaire de Boundiali dans la région du Bagoué met actuellement en œuvre cette pratique. En effet, le programme National de la santé de la mère et de l'enfant a inscrit dans son plan stratégique et le dossier d'investissement l'installation progressive d'unités SMK à travers le pays. Les prestataires de soins interviewés n'ont pas connaissance de cette alternative de soins pour les prématurés et les petits poids de naissance que constitue les Soins Mère Kangourou. ils ont cité plutôt la couveuse comme un insuffisance à la prise en charge des prématurés qui les emmenait à faire la référence dans les structures ayant un plateau technique plus élevé mais assez éloignées de leur centre de santé.

« ...on n'a pas de couveuse. Ce sont les lampes chauffantes seulement que nous avons. Quand l'enfant sort comme ça, on le met sous la lampe et puis on essaie de faire les premiers soins... Si vraiment on sait que on ne peut pas, on évacue. ».

(EI, Prestataire de soins, HG-Toulepleu)

5.2.3. Connaissances des communautés du paquet SRMNIA+N offert dans les structures de santé



Les principaux résultats issus des entretiens et des discussions de groupe au niveau de la communauté a permis d'obtenir les informations sur les connaissances en matière de consultations prénatales, de comportements et pratiques à risque au cours de la grossesse, de soins d'accouchements, de consultation après accouchement, de la planification familiale ainsi que les connaissances sur l'offre de soins aux enfants.

5.2.3.1. Connaissances des consultations prénatales par la communauté

Les connaissances de la communauté ont porté sur l'existence des CPN, leur importance, leur nombre ainsi sur les comportements et pratiques à risque au cours de la grossesse.

- **Connaissance de la communauté sur l'existence des CPN**

Les différentes composantes de la communauté à savoir les relais communautaires, les femmes et les hommes qui ont été interviewées au cours de cette enquête ont montré qu'elles avaient une connaissance de l'existence des services de consultation prénatale au sein de leur centre de santé.

Les relais communautaires par le fait qu'ils servent de courroie de transmission entre le centre de santé et la communauté ont fait preuve d'une très bonne connaissance de l'existence des CPN comme l'atteste les propos de cet enquêté :

« Forcement faire la consultation prénatale. Là dès que vous faites la première consultation prénatale, déjà on prend le sang de la femme et on fait en même temps le test. Quand on dit test, on sait de quoi il s'agit ici et arrivé à un certain moment, la Sage-femme emmène la femme en grossesse à Boundiali pour faire la radio ce qui va nous montrer comment l'enfant est, si l'enfant est bien placé ça se fait ».

(EI, ASC, Boundiali)

- **Connaissance de la communauté sur l'importance des CPN**

Que ce soit les relais communautaires, les femmes et les hommes, la CPN doit être réalisée par la femme enceinte pour augmenter ses chances d'accoucher dans de bonnes conditions.

Les relais communautaires dans leur propos ont montré que la CPN était importante pour les femmes enceintes. Pour eux, le suivi régulier des consultations prénatales est bénéfique à la santé de la mère et de l'enfant. C'est ce qui ressort des propos de cet enquêté en ces termes :

« C'est très normal, parce que quand une femme commence la première CPN jusqu'à la dernière, jusqu'à l'accouchement ..., l'accouchement est facilité et là l'enfant naît bien portant c'est pour cela je trouve que c'est très important, c'est ce que nous disons aux femmes »

(EI, ASC, Boundiali)

De ce fait, dans leurs activités de suivi, les agents de santé communautaire orientent les femmes enceintes de la communauté au centre de santé pour la consultation prénatale ainsi que les perdus de vue selon les propos de cet enquêté :

« Oui, souvent même quand la date arrive, des consultations arrivent pour ceux qui sont dans les villages, on part nous- même leur rappeler avec les carnets ».

(EI, ASC, CSR-Ouazomon).

Concernant les femmes enceintes, elles reconnaissent que la consultation prénatale permet d'identifier ce qui ne va pas chez la mère et l'enfant au cours de la grossesse en vue d'un accouchement dans de bonnes conditions comme l'atteste ces propos ci-dessous :

« Je viens voir ma santé et celle de l'enfant que je porte. S'il y a des choses qui vont pas les docteurs peuvent m'aider c'est cela on vient au dispensaire ».

(FG, femme enceinte, Ouazomon-Boundiali)

Par ailleurs, elles ont également relevé le fait que la grossesse doit être suivie par un personnel qualifié au sein de l'établissement sanitaire. C'est ce qu'indique cet enquêté en ces termes :

« (...) c'est le professionnel de santé qui doit surveiller la grossesse »
(FG, femme enceinte, Ouazomon -Boundiali)

Les hommes ont exprimé également que fréquenter le centre de santé pour être suivi par un professionnel de la santé était important pour accoucher dans de bonnes conditions. Selon les propos de cet enquêté :

« C'est très important qu'une femme enceinte doit se rendre à l'hôpital pour se faire consulter par un agent de la santé. Pour sa santé et celui de l'enfant »
(FG, Homme vivant en couple, Nézobly-Toulepleu)

- **Connaissance de la communauté sur le nombre de CPN et la période à laquelle il faut la réaliser**

Pour ce qui est de la connaissance des différentes périodes auxquelles la femme enceinte doit se présenter au centre de santé, lors des focus group de femmes enceintes, il est ressorti que certaines savaient qu'il fallait faire plusieurs consultations prénatales sans toutefois définir clairement le nombre exact au cours de la grossesse comme ressorti lors des focus groups. Certaines femmes enceintes donnent exactement le jour de leur CPN sans avoir en esprit le nombre bien défini de CPN durant le « parcours » d'une femme gestante. C'est le cas de ces enquêtées :

Il est en de même pour cette enquêtée :

« C'est à l'hôpital parce que depuis le premier mois jusqu'à l'accouchement le docteur nous conseille de venir à l'hôpital et pour les consultations et pour l'accouchement pour notre santé et pour la santé et la sécurité de l'enfant ».
(FG, Femme enceinte. Ouazomon-Boundiali).

Les hommes aussi ont exprimé le fait que le suivi au cours de l'accouchement devait se faire au centre de santé. Cela est perçu dans les dires de cet enquêté :

« La femme doit venir à l'hôpital, régulièrement là si elle suit les conseils et les traitements demandés par la sage-femme elle peut accoucher facilement ».
(FG, homme ayant un enfant, Guindé-Tanda)

5.2.3.2. Connaissance des comportements à risque et des pratiques à risque au cours de la grossesse par des communautés

Lors des focus groups avec les femmes enceintes, celles-ci ont relevé certains comportements qui pourraient avoir des répercussions néfastes sur la grossesse. Il s'agit notamment de certaines pratiques au sein du ménage (travaux ménagers pénibles, violences conjugales) et le mauvais suivi de la consultation prénatale ou la non fréquentation du centre de santé en cas de grossesse.

Concernant, les pratiques à risque au niveau du ménage tels que les lourds fardeaux qu'il faut transporter. Propos soutenus par cette enquêtée :

« Bon ! Supposons, moi mon avis comme la fois passée, j'ai puisé l'eau et puis je suis allée à la maison y'avait pas quelqu'un pour me décharger donc j'ai versé l'eau là ; ce qui est resté dans bassine c'est beaucoup ; j'ai soulevé moi seule, par jour, tous les jours et donc ça fait que la nuit arrivée, j'ai eu mal »

(FG, Femme enceinte, Nézobly-Toulepleu).

Un autre comportement à risque évoqué, par une femme gestante au cours des discussions concerne les violences basées sur le genre. En effet, dans certaines communautés, battre une femme ou même une femme enceinte est une pratique qui n'est pas vue comme préjudiciable à la santé de la femme enceinte :

« Souvent, ça arrive que tu as ton type que tu connais bien. S'il est allé dehors goûter quelque chose, souvent ça les met en colère donc ça arrive souvent de frapper femme enceinte »

(FG, Femme enceinte, Nézobly-Toulepleu).

En dehors de ces risques encourus par certaines femmes enceintes au sein de leur foyer, on relève que certaines d'entre elles ne respectent pas les rendez-vous de la sage-femme ou bien ne prennent pas les médicaments prescrits à la consultation prénatale. En effet, le cas du respect des rendez-vous et la non fréquentation des centres de santé sont évoqués par ces enquêtées en ces termes :

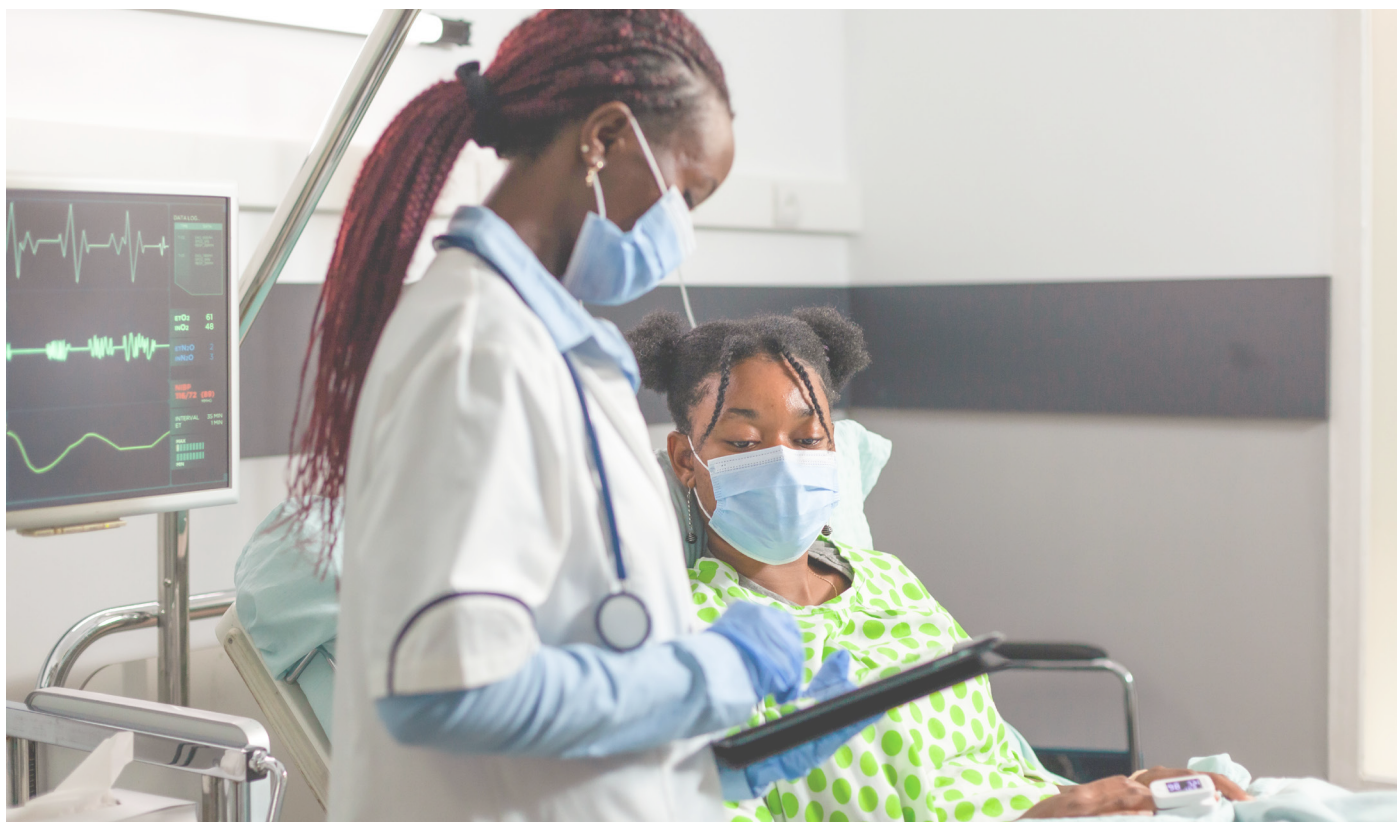
« Quand les femmes sont enceintes et le sage donne rendez-vous et elles ne respectent pas, elles ne viennent pas ».

(FG, Femme enceinte, Guindé-Tanda)

C'est le cas également de cette enquêtée, lorsqu'elle évoque l'idée de la non fréquentation du centre sanitaire en cas de survenu d'un problème de santé, elle affirme ne pas savoir nulle part aller.

« C'est quand une femme est enceinte et qu'elle ne fréquente pas les centres de santé, et quand tu as des problèmes, tu ne sais où partir. C'est un comportement à risque ».

(FG, Femme enceinte, Guindé-Tanda)



5.2.4. **Connaissances des soins d'accouchement offerts dans les structures de santé par la communauté**

Les différentes composantes de la communauté ont montré une bonne connaissance des avantages de l'accouchement dans une structure de santé et sont revenus plusieurs fois sur le fait que cela permet d'éviter les complications aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

« Normalement, la femme enceinte doit accoucher à l'hôpital pas au village, en cas de danger c'est pas bon ».

(EI, ASC, Ouazomon-Boundiali)

Il en est de même pour cette femme enceinte à travers ces propos ci-dessous :

« ... A l'hôpital, pour ne pas prendre des risques car il y a d'autres accouchements qui ne sont pas faciles ».

(FG, femme enceinte-Nézobly-Toulepleu)

Ainsi que cet homme qui montre l'importance de l'accouchement à l'hôpital.

« Je crois qu'il est important pour une femme de venir à l'hôpital régulièrement, ça lui permet d'accoucher facilement, et d'avoir aussi un enfant en bonne santé à l'accouchement. Je crois aussi que quand la femme enceinte est traitée, c'est en même temps avec son enfant qu'elle est traitée ».

(FG, homme ayant un enfant, Guindé-Tanda)

5.2.5. Connaissance de l'offre de consultation après accouchement par la communauté

Lors des focus groups, les hommes et les femmes ont montré qu'ils avaient connaissance des consultations après l'accouchement ou consultation post-natale (CPON). Ces consultations ont pour but de faire un contrôle de la santé de la mère et de l'enfant :

« Si elle accouche il y a une visite on appelle CPON. On doit suivre ça encore après l'accouchement, on lui donne rendez-vous une semaine et puis elle doit revenir encore ».

(EI, Présidente d'une association de femmes-Toulepleu).

Lors des focus groups avec les hommes, ceux-ci ont également montré leur connaissance de l'existence de la consultation après accouchement comme traduit en termes :

« Chez nous ici quand la femme a accouché elle fait trois jours ici. C'est l'entretien d'abord mais après ça encore, l'infirmier lui donne rendez-vous encore 2 à 3 semaines »

(FG, Hommes vivant en couple ayant un enfant-Nézobly-Toulepleu).

5.2.6. Connaissance de la planification familiale par la communauté

Dans la majorité des cas, les enquêtés connaissent les méthodes contraceptives modernes notamment les pilules, les produits injectables ainsi que les implants. Ceci est démontré par les propos de cet agent de santé communautaire :

« Il y a des contraceptifs de 1 mois, il y en a un qui dépasse 1 mois, il y a pour 1 an et 3 ans donc tu fais ton choix et puis tu vas te reposer. »

(EI, ASC Boundiali).

Il en est de même pour les femmes ayant participé aux focus group :

« Oui il y a des pilules, des comprimés, des injections ».

(FG, femme en âge de reproduction, Guindé-Tanda)

Les hommes ont quant à eux insisté sur les méthodes naturelles telles que l'abstinence, le coït interrompu et les préservatifs en évoquant le problème de l'accessibilité financière pour cette dernière méthode.

« Quant à moi je ne connais pas de médicament, là aussi on peut jouer aussi sur l'abstinence ».

(FG, homme vivant en couple, Né Zobly)

5.2.7. Connaissance des soins offerts aux enfants de moins de cinq ans dans la structure de santé par la communauté

La communauté a été également interviewée sur trois principales interventions : la prise en charge des nouveau-nés prématurés, la prise en charge de la diarrhée et des infections respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans.

« Non les enfants de petit poids et prématurés c'est à Toulepleu qu'on s'occupe d'eux »

(FG, femme en âge de reproduction, Nézobly).

- **Connaissance de la prise en charge des enfants prématurés**

Tous les enquêtés ont reconnu que la prise en charge des nouveau-nés de petits poids et prématurés ne se faisait pas au sein du centre de santé mais que ces nouveau-nés étaient évacués dans les hôpitaux.

- **Connaissance de la prise en charge de la diarrhée**

Concernant l'offre de soins pour la prise en charge de la diarrhée, les enquêtés ont connaissance que les soins sont offerts au centre de santé pour la prise en charge de la diarrhée chez les enfants comme exprimé par cet enquêté :

« S'il fait diarrhée au village et on l'envoie ici on peut le soigner ».

(FG, homme vivant en couple, Nezobly).

- **Connaissances de la prise en charge de la pneumonie**

En ce qui concerne la pneumonie, cette infection respiratoire est prise en charge dans les centres de santé visités comme l'exprime cette enquêtée :

« Pour les infections pulmonaires ? je dis oui, parce que ici d'abord on reçoit les premiers soins. Quand on reçoit les premiers soins que ça ne va pas à l'hôpital d'ici, si il voit que ça va pas, on nous envoie à Toulepleu mais néanmoins, ils font souvent le premier soins et puis ça va ».

(FG, homme vivant en couple, Nezobly).

5.3. Perceptions des cibles par rapport à l'offre de soins en matière de SRMNIA+N

Au cours de l'étude nous sommes intéressés à la perception que les prestataires et la communauté avaient par rapport à un certain nombre de facteurs qui interviennent dans l'offre de services aux populations. Il s'agit notamment de : (i) l'accessibilité géographique ; (ii) de la disponibilité des aménagements et éléments de confort au sein de la structure de santé ; (iii) de l'accessibilité financière des services ; (iv) du plateau technique des structures de santé ; (v) de la disponibilité des médicaments et des produits sanguins ; (vi) la référence et contre référence ; (vii) l'accueil par les prestataires ; (viii) les soins offerts par un prestataire de sexe opposé et ; (ix) le choix thérapeutique de la communauté.

5.3.1. Perception par rapport à l'accessibilité géographique

Dans l'ensemble, les enquêtés pensent que le centre de santé est accessible à tous. Cependant, pour certains d'entre eux qui vivent dans les campements, il a été signalé des difficultés d'accès en rapport avec le fait que les voies ne sont pas toujours praticables.

« Ceux qui sont en ville ont l'opportunité, l'accès est facile mais ceux qui sont dans les campements dans les endroits éloignés vraiment vis-à-vis de l'accessibilité géographique ... ».

(EI, prestataire Ouazomon)

5.3.2. Perception par rapport à la disponibilité des aménagements et éléments de confort au sein de la structure de santé

Au niveau de certains sites, les enquêtés pensent que les commodités ne répondent pas aux besoins des hospitalisés tel qu'exprimé par cette femme au niveau de l'aire sanitaire de Nézobly.

« Quand tu accouches ici-là, après accouchement une femme doit se laver. Douche, WC y'a pas. Elle est obligée de se laver dehors. Or pourtant dehors la y'a des gens qui passent donc c'est difficile pour nous femmes ».

(FG, femme enceinte, Nézobly, Toulepleu).

5.3.3. Perception par rapport à l'accessibilité financière des services

La perception de l'accessibilité financière aux soins est différente selon la cible.

Pour les prestataires de santé, la fixation des prix des actes de santé dans les établissements de santé est faite en fonction des directives indiquées par l'Etat de Côte d'Ivoire. C'est cette idée qui est mise en lumière par cet enquêté :

« Le coût des consultations sont des coûts homologués et ce n'est pas à discuter. Quand c'est 500 francs, c'est 500 francs, quand c'est 1000 francs c'est 1000 et les coûts ne posent pas de problème, mais toujours est-il qu'il y a des malades indigents. Et les malades indigents il y en a, et quand il y en a, il y a un processus, il y a un document à remplir et lorsqu'on a rempli le document, la direction de l'hôpital intervient pour que ces coûts soient allégés afin que la population puisse se soigner convenablement »

(EI, Prestataire de soins, HG- Boundiali).

Contrairement aux prestataires de soins, certains membres de la communauté pensent que les coûts des soins restent toujours élevés pour leur niveau socio-économique. L'épineux problème financier fait objet de refus pour certaines femmes qui vivent dans la précarité de fréquenter les centres de santé convenablement. Car fréquenter un centre de santé, c'est aussi disposer de moyens financiers comme exprimée par cette participante :

« Ordonnance là même c'est beaucoup, ici y'a pas l'argent donc je veux pas venir. On m'oblige souvent de venir. Toujours quand je viens ici c'est 3500 que je paie. Le premier jour j'ai payé 3500, le deuxième jour il a dit 3500 c'est ça je lui aie dit que j'ai pas et j'ai que 2000. C'est le jour-là que j'ai dit je viens plus ici si c'est pas mon accouchement qui va faire que je vais venir ici parce que j'ai pas les moyens de ça »

(FG, femme enceinte, Nézobly, Toulepleu).

Les propos d'une autre enquêtée dans une autre région corrobore le coût élevé des prestations de santé :

« Les médicaments, les consultations sont chères. Pour moi les prix sont chers »

(FG, femme enceinte, Ouazomon-Boundiali)

Concernant la politique de la gratuité ciblée des soins dans les établissements de santé, il existe une confusion chez la population entre ce qui rentre dans la gratuité ciblée et ce qui ne l'est pas. Elle pense que tout est gratuit au sein de l'établissement de santé, et ce fait entraîne un rapport conflictuel entre la population et le personnel de santé. Par ailleurs cette gratuité devrait être accompagnée de la disponibilité permanente des produits pour une véritable gratuité ciblée. C'est cette explication qui est donnée par cet enquêté :

« Mais il faut dire que la gratuité est une bonne réflexion mais en même temps qu'on le dit, il faut que les produits soient là pour pouvoir assurer effectivement la gratuité».

(EI, Direction Régionale Cavally)

5.3.4. Perception des cibles par rapport au plateau technique

En ce qui concerne la perception du plateau technique, ce sont les gestionnaires et les prestataires de soins qui ont exprimé ce qu'ils en pensaient. En effet pour ce groupe d'enquêté, il existe une importante disparité de la disponibilité des équipements essentiels au sein des établissements de santé selon les régions visitées.

Si certains centres de santé disposent de quelques matériels et équipement pour la prise en charge des usagers, d'autres, en revanche, n'en disposent pas en nombre suffisant, ou restent inexistant, tel que mentionné par cet enquêté :

« En ce qui concerne les équipements, il y a encore beaucoup à faire, parce que l'équipement n'y est pas du tout, comme l'État continue de se battre tous les jours, moi par exemple dans mon centre il y a encore beaucoup à faire en matière d'équipement »

(EI, Prestataire de soins- Ouazomon-Boundiali).

L'insuffisance du plateau technique au niveau des hôpitaux de référence a pour conséquence que deux fonctions essentielles de l'offre des soins obstétricaux et néo-natals d'urgence ne soient pas entièrement assurées. Il s'agit de la césarienne par manque de gynécologue et la transfusion sanguine par manque de banque de sang dans certains districts. Cette réalité est évoquée par cet enquêté dans les propos suivants :

« Mais présentement nous avons un souci de personnel parce qu'aujourd'hui le directeur est obligé de quitter son bureau pour être lui-même le gynécologue, parce qu'il n'y a pas de gynécologue présentement. Le service de la pédiatrie est géré que par les infirmiers, il y a une insuffisance de médecins ».

(EI, Prestataire de soins-HG- Boundiali).

5.3.5. Perception de la disponibilité des médicaments et des produits sanguins

Plusieurs gestionnaires ont déploré l'absence de disponibilité locale des produits sanguins ce qui concourt à augmenter les décès liés à l'hémorragie du post-partum. Ceci est résumé par ce responsable qui est obligé de s'adresser à d'autres régions pour l'approvisionnement en sang :

« Le plus souvent les décès maternels c'est l'hémorragie ... On prend un peu à Man, un peu à Bouaflé. Si ça chauffe je peux me rabattre sur celui de Tiébissou »

(EI, direction régionale Cavally).

Concernant les méthodes de contraception modernes, elles sont disponibles au niveau des établissements sanitaires comme l'atteste cet enquêté :

« Ce que moi, je connais c'est ça j'ai dit. J'ai parlé de coït interrompu, de l'utilisation de préservatifs, d'implants » et ces produits sont disponibles dans l'hôpital et en ville ».

(FG, homme vivant en couple, Nezobly)

Concernant la disponibilité des médicaments au centre de santé, il est ressorti que les médicaments existent mais en cas de rupture, une ordonnance est prescrite pour un achat en dehors de l'établissement de santé comme exprimée par cette enquête.

« Elle soigne les enfants qui ont la toux et la diarrhée, s'il y a des médicaments, elle te donne, s'il n'y a pas, elle te donne ordonnance et te montre comment tu donnes ça matin ou le soir pour que l'enfant soit guéri

(FG, femme en âge de reproduction, Guindé-Tanda)

5.3.6. Perception des cibles par rapport à la référence et contre référence

Les enquêtés pensent que la référence et contre-référence manque d'organisation. En effet comme rapporté par une participante au focus group dans le district de Toulepleu, il n'existe pas d'ambulance :

« Non il n'y a pas d'ambulance ici. C'est gâté. Lorsqu'il y'a des cas urgents, on appelle en ville »

(FG, femme en âge de reproduction, Nézobly-Toulepleu).

Dans le district de Bondoukou, c'est l'impraticabilité des voies et la distance à parcourir pour la référence des patients qui est ressorti comme problème :

« A ce niveau, c'est la distance qui pose problème et aussi les routes ne sont pas bonnes »

(EI, SRMNIA, Bondoukou)

Quant à la région de la Bagoué, l'absence de la retro information constitue une faiblesse dans le mécanisme de références et contre- selon les dires de cet enquêté :

« Concernant d'abord le dernier point de la référence et contre référence, pour l'instant le mécanisme n'est pas encore bien organisé... parce que ce que nous constatons c'est que souvent des références sont faites sur des feuilles de papiers volants et il n'y a pas de possibilité de retour d'information donc ce mécanisme-là doit être revu ».

(EI, direction régionale Bagoué)

5.3.7. Perception des cibles par rapport à la relation prestataires/usagers

La perception des relations entre les prestataires et les usagers concerne l'accueil et les soins offerts par un prestataire de sexe opposé.

- **Perception de l'accueil par la communauté**

Le type d'accueil et le délai de l'attente sont les deux principaux points qui ont été ressortis par les participants.

Au niveau de l'accueil, la majorité des enquêtés jugent l'accueil très satisfaisant au centre de santé. Aucun cas de maltraitance n'est signalé par ces derniers. Ces enquêtés traduisent la familiarité, la complicité existante entre le personnel soignant et les malades lors des consultations médicales. Cet enquête corrobore ce fait en ces termes :

« Ici (hôpital) nous sommes bien traitées. L'infirmier, la sage-femme nous reçoivent bien on ne dure pas. Ils sont à l'heure. Tout est bien ici, si ça ne va pas vous ne verrez pas des nourrices en forme ici »

(FG, femme enceinte, Ouazomon-Boundiali)

- **Perception des soins offerts par un prestataire de sexe opposé**

La relation avec le professionnel de santé est un moment crucial pour maintenir la confiance. Certains enquêtés parmi les femmes et les hommes ont une perception négative du personnel masculin qui offre les services aux femmes tels que les CPN et les accouchements. Pour ces enquêtés, l'intimité de la femme n'est pas respectée lorsqu'elle est examinée par un homme comme exprimé dans les propos ci-dessous :

« Quand une femme est enceinte et puis elle vient à l'hôpital là, ce n'est pas un garçon qui doit la recevoir. Parce que c'est pas mon mari. Quand je me déshabille devant lui souvent là j'ai la gêne donc on prie Dieu pour avoir la sage-femme là ça peut nous aider »

(FG, femme en âge de reproduction, Nézobly-Toulepleu).

Les prestataires de santé ont également souligné le fait que certains hommes refusent que leur femme soit examinée par un prestataire de sexe masculin car cette pratique, semble-t-il est en contradiction avec les valeurs morales de certaines communautés, comme le souligne cette enquêtée :

« ... Il y a des hommes qui ne supportent pas que leurs femmes viennent à l'hôpital surtout en milieu religieux islamique comme au nord ; qui ne supportent pas que leurs femmes viennent en consultation pour se faire examiner surtout quand ils savent que dans le service il y a du personnel de sexe masculin. »

(EI, Prestataire de soins, Ouazomon-Boundiali).

5.3.8. Perception des cibles en matière de choix thérapeutique

Le choix du type de médecine est justifié par deux raisons essentielles à savoir les croyances culturelles et religieuses d'une part et l'accessibilité financière d'autre part.

Concernant les croyances, il est ressorti des entretiens que dans la culture de ces populations, la maladie est rattachée dans la plupart des cas à quelque chose de surnaturel qu'il faut essayer de comprendre et résoudre. Cette culture explique le choix thérapeutique. Ainsi certains patients choisissent d'emblée la médecine traditionnelle, d'autres combinent la médecine moderne et traditionnelle comme l'explique cet enquêté :

« Ici, très souvent quand tu es malade on pense à un sort. On pense à quelque chose de surnaturel. Donc il faut d'abord consulter ; si on consulte qu'on ne trouve rien, il faut toi-même faire de l'automédication. C'est quand tout ça échoue que maintenant ils se rendent au centre de santé »

(EI, agent de santé, Ouazomon-Boundiali).

Au-delà de ces croyances, certains enquêtés ont justifié le choix de la médecine traditionnelle par le fait qu'elle était moins coûteuse.

« Si tu n'as pas les moyens de venir à l'hôpital tu vas traiter ton enfant à l'indigénat parce que quand tu viens ici on te donne ordonnance et si tu n'as pas l'argent, tu ne peux pas payer donc tu vas traiter ton enfant à la maison »

(FG, femme en âge de reproduction, Nézobly-Toulepleu).

5.4. Les barrières et facteurs favorables à l'offre des services de santé SRMNIA+N

Selon le cadre conceptuel de notre étude, l'offre des services SRMNIA dépend d'un certain nombre de facteurs qui sont relatifs aux infrastructures sanitaires (plateau technique), les ressources humaines, la disponibilité des intrants, la qualité des soins ainsi que le système de référence et contre référence. Ces différents facteurs sont sous l'influence du système de gouvernance et de leadership mis en œuvre dans le domaine de la santé.

Les résultats de la présente étude mettent en exergue ces différents facteurs en termes d'insuffisance ou de facteurs favorables à l'amélioration de l'offre de soins dans les zones visitées.

5.4.1. Barrières à l'offre des services de santé

5.4.1.1. Les barrières en matière de gouvernance

Le leadership et la gouvernance constituent un des piliers du système de santé. Plusieurs insuffisances ont été relevées par les enquêtés qui peuvent constituer des barrières à une offre de soins de qualité au niveau des structures visitées.

Ces barrières pour la plupart émanent du niveau central avec des répercussions au niveau périphérique. Il s'agit notamment de : (i) l'absence de loi sur la santé de la reproduction ; (ii) la non application des référentiels, normes relatives aux établissements sanitaires pour l'offre de soins en SRMNIA+N ; (iii) l'insuffisance dans la mise en œuvre des mécanismes de financement des soins ; (iv) l'insuffisance dans la mise en œuvre de la gratuité ciblée des soins ; (v) le coût des prestations de services dans les structures de santé ; (vi) l'absence de politique de rétention des ressources humaines.

- **L'absence de loi sur la santé de la reproduction**

Au niveau de la Côte d'Ivoire, jusqu'à ce jour, il n'existe pas de loi sur la santé de la reproduction. Cette situation ne permet pas de garantir des services équitables aux adolescents comme exprimé par cet enquêté :

« L'une des barrières par rapport à la santé reproductive, c'est leur âge car il n'y a pas de loi prise pour protéger le prestataire pour que lui à son tour prenne des décisions, les services couvrent les districts mais on n'en trouve pas partout ce qui fait que les jeunes ont besoin des services qui leur sont adaptés mais ils n'en trouvent pas »

(EI, Santé scolaire).

- **La non application des référentiels, normes relatives aux établissements sanitaires pour l'offre de soins en SRMNIA+N**

Bien que des textes, directives, normes régissant l'offre des soins en Côte d'Ivoire depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique existent au niveau du pays, l'ensemble des enquêtés ont relevé la faiblesse dans leur application.

En effet, concernant les établissements sanitaires, selon le niveau qu'ils occupent dans la pyramide sanitaire, le plateau technique ainsi que le nombre et la qualité des ressources humaines sont clairement décrits dans les documents du paquet minimum d'activité des centres de santé et des hôpitaux¹. Cependant, les gestionnaires (Directeur régional, Conseil général) ainsi que les prestataires ont relevé au cours de l'enquête une non-conformité du plateau technique de la plupart des établissements sanitaires dans les zones visitées. Ce constat est exprimé en ces termes par cet enquêté :

« C'est la gouvernance qui nous fait défaut. C'est une gouvernance du système de santé. Le système de santé a besoin d'une réhabilitation de sa pyramide pour rendre performant ce système ... Mettre les moyens dans la mise aux normes de ce qui existe ».

(EI, Programme National de Santé Mère-Enfant).

Pour ce responsable au niveau de la région sanitaire, certaines structures n'existent que par leur nom tel que le montre ces propos :

« ... Les structures de référence manquent de façon cruciale. Je veux parler des Hôpitaux Généraux. Il y en a deux qui sont identifiés : l'hôpital général de TENGRELA et de KOUTO. L'hôpital général de KOUTO n'existe que de nom parce qu'en réalité c'est un CSU ».

(EI, Direction Régionale Bagoué).

Pour ce qui relève des directives, les prestataires de soins ont noté que ces directives sont insuffisamment diffusées et ne parviennent pas aux centres de santé périphériques dans certains cas.

« Je peux dire que les directives existent, mais elles sont insuffisamment diffusées »

(EI, Prestataire de soins, HG- Boundiali).

Une autre insuffisance relevée par un des responsables au niveau central, c'est la non application de la loi sur la réforme hospitalière² du 23 juillet 2019. L'application de cette loi pourrait concourir à améliorer la qualité des services offerts en matière de SRMNIA+N.

- **L'insuffisance dans la mise en œuvre des mécanismes de financement des soins**

L'analyse des résultats de l'enquête ont mis en exergue que le financement des services de SRMNIA rencontrait des difficultés depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique. Trois niveaux d'application ont été identifiés. Le premier niveau concerne le budget global alloué à la santé, le deuxième est relatif à la répartition qui en est faite depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique et le troisième niveau est relatif à la gratuité ciblée.

La Côte d'Ivoire a souscrit aux recommandations d'Abuja qui recommandent que le budget de la santé puisse représenter 15% du budget global du pays. Malheureusement, la Côte d'Ivoire est en deçà de ce taux. La Côte d'Ivoire se situe largement en dessous des 15% à allouer aux dépenses de la santé (7,43%) en 2020³.

Par ailleurs, il a été relevé que les fonds disponibles ne bénéficient pas toujours d'une répartition adéquate pour l'offre des soins comme rapporté ici :

« Je pense que toutes les ressources sont disponibles, se sont leur allocation et gestion qui pose problème... En Côte d'Ivoire les ressources financières sont disponibles, les ressources humaines sont disponibles. Comment on les gère ? ».

(EI, Partenaire technique et financier)

Au niveau régional, les collectivités décentralisées bénéficient d'une ligne budgétaire mise à la disposition de la région par l'Etat. Ce budget alloué est géré selon le plan de développement de chaque région. Ainsi, pour cet enquêté, le budget mis à la disposition de leur région, peut servir à construire des maternités, subventionner les centres de santé, comme il l'indique dans les propos suivants :

¹Paquet minimum Activités

²Loi N° 2019-618 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière en Côte d'Ivoire

³Comptes de la Santé 2020

« On reçoit de l'argent de l'Etat et la collectivité met à disposition les structures de santé pour que cela soit. La construction des maternités, subventionner les centres de santé ; à la sous-préfecture de Néo et Nézobly le conseil a fait des dons mais cela est insuffisant... La collectivité va intervenir dans toutes les activités qui ont un caractère de sensibilisation ».

(EI, Conseil régional, Cavally).

- **Insuffisance dans la mise en œuvre de la gratuité ciblée des soins**

La gratuité ciblée en Côte d'Ivoire a été instituée par arrêté interministériel N° 0047 MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 portant institution de mesures d'exemption sélective de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics et communautaires conventionnés (Gratuité ciblée).

« Au niveau du centre peut être que ça émane de l'autorité le DD mais je veux dire au niveau du centre là, on est au village hein y'a une réalité communautaire qui est un peu difficile puisqu'on dit que c'est la communauté qui s'occupe de l'entretien, nettoyage de son centre. Mais expérience faisant en tout cas, c'est un peu difficile même de tomber sur des jeunes pour venir nettoyer de nos temps en tout cas. C'est les réalités de Nézobly qui sont là »

(EI, prestataire, Nézobly-Toulepleu).

La mesure d'exemption sélective de paiement concerne les actes et prestations de soins suivants :

- **La consultation des femmes enceintes et des enfants âgés de 0 à 5 ans ;**
- **Le bilan prénatal clinique, biologique et radiologique ;**
- **L'accouchement normal et ses complications ;**
- **La césarienne ;**
- **La prise en charge des enfants âgés de 0 à 5 ans ;**
- **La prise en charge au cours des premières 48 heures des urgences médico-chirurgicales ;**
- **La prise en charge thérapeutique du Paludisme après le diagnostic.**

Concernant cette gratuité ciblée, plusieurs enquêtés ont mis l'accent sur le fait que l'Etat devrait faire un meilleur suivi des coûts des prestations. En effet l'insuffisance d'informations sur la gratuité des médicaments par les structures compétentes constitue une barrière à l'utilisation des services. Pour la population, si les médicaments de la gratuité sont disponibles et que la population est informée de sa disponibilité effective dans les centres de santé ; cela va leur permettre d'utiliser plus aisément les services SRMNIA+N comme exprimé par ce enquêté :

« Je voulais mettre l'accent c'est la disponibilité des médicaments surtout ceux qui passent dans la gratuité. Je pense que si la population est informée de la gratuité des médicaments dans nos différents centres, elle sera plus motivée à fréquenter ces centres-là ».

(EI, point focal SRMNIA+N direction départementale)

Par ailleurs, les prix des médicaments restent très critiqués par les enquêtés du fait de son instabilité et sa cherté comme exprimé par cet enquêté :

« Je veux que l'Etat doit veiller sur le personnel qu'il envoie dans les zones rurales car quand on vient à l'hôpital quand le prix du médicament est en hausses les sage-femmes prescrivent les médicaments pour aller en pharmacie ce n'est pas normal ».

(FG, homme vivant en couple, Guindé-Tanda)

- **Insuffisance de la redevabilité par rapport à la gestion financière au sein des établissements de santé**

Il a été relevé lors de l'enquête que peu de structures avaient affiché les coûts des actes médicaux dans les structures de santé. En effet, les frais des Prestations étaient généralement affichés dans les Hôpitaux Généraux mais pas dans les Centres de santé ruraux (CSR) enquêtés.

Pour les prestataires de soins, les prix des actes médicaux sont connus par la population et les recettes générées par ces actes sont insignifiantes pour l'ensemble des structures de santé au niveau du pays :

« Les coûts sont bien connus. Il n'est même pas sûr que beaucoup de patients vont à la maison où disparaissent sans l'avis médical et donc les recettes liées à l'hospitalisation et à la mise en observation sont vraiment infimes à l'hôpital général et je pense que c'est aussi le cas de certains hôpitaux et de la plupart des hôpitaux en Côte d'Ivoire »

(EI, Prestataire de soins, Guindé-Tanda).

- **L'absence de politique de rétention des ressources humaines**

La rétention du personnel dans les zones défavorisées est un problème important évoqué au cours de l'enquête. Ceci est corroboré par les propos de ce gestionnaire :

« Il faut fidéliser. Il faut motiver. Ce n'est pas dans l'argent. Il faut motiver ailleurs. Faire de telle sorte que quand on va, on ait envie d'aller à l'intérieur »

(EI, Programme National de Santé Mère-Enfant)

- **L'insuffisance des mécanismes de coordination et de suivi des interventions au niveau des structures de santé**

La supervision et le coaching sur site constituent des moyens pour améliorer l'offre de service. Pour certains partenaires qui appuient le suivi des interventions dans ces zones, des insuffisances demeurent encore dans la supervision, le coaching et la transmission des données qui sont des éléments de base à la prise de décision comme résumé dans ces propos :

« Si je vous donne l'exemple des Staffs commun ou de revues des décès maternels qui ne sont pas régulièrement faites, ou ils ne transmettent pas les données à temps au niveau du programme Mère et Enfant, alors que nous appuyons ces missions, ces activités».

(EI, partenaire technique et financier)

5.4.2. Les barrières en matière d'infrastructure et de plateau technique pour l'offre de soins

De nombreuses insuffisances ont été constaté au niveau des districts de Toulepleu et Tanda en ce qui concerne les infrastructures et les équipements. Le district de Boundiali est mieux nanti dans ce domaine. En effet, l'eau courante, l'électricité ainsi que l'alimentation électrique de secours en cas de coupure ne sont présentes qu'à l'Hôpital Général et dans quelques structures sanitaires des districts sanitaires de Toulepleu et Tanda tandis qu'elles sont disponibles dans toutes les structures du district sanitaire de Boundiali.

Au niveau du District sanitaire de Boundiali, Les murs de clôture existent, les toilettes sont fonctionnelles et un dispositif de lavage de mains est effectif pour toutes les structures du DS de Boundiali (Bagoué) y compris les structures enquêtées, tandis qu'un laboratoire d'analyses et une radiologie ne sont disponibles qu'à l'HG.

Pour les District sanitaire de Toulepleu (Cavally) et de Tanda (Gontougouo), on retrouve un dispositif de lavage des mains dans toutes les structures enquêtées, mais les murs de clôtures et les toilettes fonctionnelles ne sont présents que dans les Hôpitaux Généraux qui, sont les seuls à avoir une clôture. Les propos de cette enquête corrobore les constats sur le terrain :

« Quand tu accouches ici-là, après accouchement une femme doit se laver. Douche, WC y'a pas. Elle est obligée de se laver dehors. Or pourtant dehors la y'a des gens qui passent donc c'est difficile pour nous femmes ».

(FG, femme enceinte, Nézobly, Toulepleu).

L'évaluation de la disponibilité du matériel et des équipements a montré que seuls les pèse-bébé, les toises et le matériel de suture étaient disponibles dans toutes les structures visitées. Les autres types d'équipement tels que les lampes chauffantes, les stérilisateurs et lampes d'examen étaient disponibles au niveau du DS de Boundiali (Bagoué) et de Toulepleu (Cavally), tandis que les sources d'Oxygène, aspirateurs, tables de réanimation, couveuses, Kits de césarienne et Kits d'accouchement étaient disponibles seulement pour l'HG de Boundiali. Les ventouses et les forceps n'étaient disponibles dans aucune structure des régions concernées, sauf à l'HG de Boundiali.

Dans l'ensemble, les participants à l'étude étaient unanimes sur le fait que l'état des infrastructures des établissements sanitaires ainsi que les matériels et les équipements n'étaient pas adéquat, ce qui constituait des barrières pour l'offre de soins. Cette situation a été décrite en différents termes par les cibles interviewées.

Cette autorité régionale insiste sur le fait que le matériel et les équipements ne répondent pas aux normes du niveau de la structure sanitaire :

« Il faut que les équipements techniques soient à la hauteur des centres de santé que les populations doivent fréquenter... Un hôpital général ou un hôpital régional doit avoir vraiment le matériel adéquat ».

(EI, collectivité territoriale, région de la Bagoué).

Les structures visitées ne disposaient pas de couveuses pour la prise en charge des prématurés et des faibles poids de naissance présentant des problèmes comme explique ce prestataire de Boundiali :

« Généralement chez nous quand on a un grand prématuré, puisque on n'a pas de couveuse, donc là même vraiment...Oui on n'a pas de couveuse. Ce sont les lampes chauffantes seulement que nous avons ».

(EI, prestataire, HG Toulepleu).

Les soins alternatifs de « Soins Mère Kangourou » pour les prématurés et faibles poids de naissance n'ont pas été retrouvés dans ces zones. Les professionnels de santé exerçant dans les zones visitées ont non seulement parlé du plateau technique mais également de l'état de l'infrastructure sanitaire qui nécessite une réhabilitation pour pouvoir présenter une image attirante pour les usagers. Cet autre prestataire dans le district de Tanda plaide pour une mise aux normes des centres de santé fortement dégradés :

« Je pense qu'on a fait vraiment le tour, ce qui reste à faire c'est par rapport à la réhabilitation, si on peut le faire vraiment rapidement parce que le service n'est pas aux normes ».

(EI, prestataire G, HG-Tanda).

5.4.3. Les barrières en matière de ressources humaines

L'évaluation rapide des ressources humaines dans les structures visitées ont mis en exergue certains gaps. En effet, concernant les ressources humaines, les spécialités comme la Pédiatrie et la Chirurgie ne sont pas dispensées aux populations dans les districts sanitaires de Boundiali (Bagoué) et Toulepleu (Cavally) et restent peu dispensés à Tanda (Gontougo) à raison de 1 chirurgien/50 000 hbts, et 1 pédiatre/45 000 hbts. Cependant, on y trouve des médecins généralistes, des sage-femmes et des infirmiers, conformément aux normes internationales recommandées par l'OMS qui sont de 1 Médecin /10 000 hbts, 1 Infirmier /5000 hbts et 1 sage-femme/3000 hbts.

Cette situation a été confirmé par les enquêtés en particulier les prestataires de soins lors des entretiens. Deux problèmes principaux ont été évoqués par les enquêtés. Le premier concerne l'absence de spécialistes dans certains hôpitaux de référence tels qu'un gynécologue-obstétricien, un pédiatre, un anesthésiste pour offrir les soins obstétricaux et néo-natals d'urgences (SONUC) tel

que le souligne ce prestataire :

« Des ressources humaines de qualité on n'en a pas assez, on n'a pas de spécialiste, il n'y a pas de pédiatre, il n'a pas de gynécologue, on n'a pas de médecin urgentiste, on n'a pas de chirurgien spécialiste, tout ça ce sont des freins ».

(EI, Prestataire de soins- HG Boundiali)

Le deuxième problème est relatif à l'effectif du personnel dans ces zones car on note une absence d'équité dans la répartition du personnel dans ces zones. Cet enquêté met l'accent sur la nécessité d'accroître le nombre de prestataires et d'assurer leur formation :

« Mon cri de cœur c'est que le personnel soit renforcé tant bien personnel infirmier, aide-soignant comme médecin spécialiste soit renforcé, que le personnel soit formé »

(EI, prestataire, HG-Boundiali)

5.4.4. Insuffisance de disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques

On note que certains médicaments essentiels chez les mères, ne sont pas disponibles dans les structures tel que le magnésium, le Misoprostol, la gentamycine, la quinine comprimée, le calcium, l'ampicilline qui n'étaient généralement pas disponibles dans les Centre de santé ruraux. Concernant les médicaments essentiels chez les enfants, la plupart sont disponibles au niveau des HG mais certains manquent au niveau des CSR visités dans les régions.

Les produits sanguins pour transfusion sont disponibles au niveau des Hôpitaux généraux dans les districts.

Le Taux de disponibilité des médicaments essentiels et intrants stratégiques étaient renseignés seulement pour le district sanitaire de Boundiali dans le Bagoué : District : 95%, Hôpital : 97%, CSR : 75%. Au niveau du district de Tanda (Gontougo) la disponibilité en médicaments du district s'élevait à 73%.

Du point de vue des enquêtés interviewés, l'instabilité des coûts des médicaments et les ruptures de stocks des médicaments de la gratuité constituent un facteur limitant dans l'utilisation des services de santé dans les régions visitées.

« ...Souvent quand ils viennent même ce qui est gratuit y'en a pas. Donc pour un parent qui vient avec un enfant on lui donne les médicaments gratuits ce mois-ci et le mois prochain on lui dit y'en a pas, d'aller acheter à la pharmacie. Ça devient un découragement pour lui »

(EI, Direction départementale-Toulepleu »

Certains intrants tels que les aliments thérapeutiques pour la prise en charge des malnutris sévères fait défaut dans les structures périphériques nécessitant une évacuation vers les hôpitaux

de référence. Même au niveau de l'hôpital de référence, la prise en charge des enfants malnutris, demeure un problème et très souvent le recours est fait à certaines ONG locale pour cette prise en charge comme exprimé par cet enquêté :

« C'est vraiment difficile de faire la prise en charge car la plupart du temps les parents qui envoient les enfants malnutris ici sont dans un cas de pauvreté très avancé. ... L'ONG a payé les médicaments et tous les compléments d'aliments jusqu'à ce que l'enfant soit rétabli définitivement ».

(EI, pédiatre, HG Tanda)

L'approvisionnement en produits sanguin constitue une faiblesse dans ces régions. Cette situation est en rapport avec l'absence de banque de sang. La situation difficile qui se vit dans la région du Cavally est décrite par ce responsable :

« Ici par exemple on est ravitaillé en sang par Man. On n'est pas les seuls. 1 ou 2 vous êtes en rupture de sang. On fait comment ? Or, le plus souvent les décès maternels c'est l'hémorragie. Même les enfants. Il y a Man qui nous ravitaille. On prend un peu à Man, un peu à Bouaflé ».

(EI, Direction Cavally)

Pour conclure, cette section montre quatre principaux résultats en matière de barrières à l'offre des soins :

- **Une insuffisance de gouvernance caractérisé par l'absence de loi sur la santé de la reproduction, la non application des référentiels, normes relatives aux établissements sanitaires pour l'offre de soins en SRMNIA+N, l'insuffisance dans la mise en œuvre des mécanismes de financement des soins, l'insuffisance dans la mise en œuvre de la gratuité ciblée des soins.**
- **Le non-respect des normes en matière d'infrastructure et de plateau technique pour l'offre de soins de qualité aux usagers dans la majorité des structures sanitaires visitées.**
- **L'absence d'équité dans la répartition des ressources humaines de la santé dans les zones visitées et la quasi-inexistence de spécialistes pour l'offre des SONUC dans la majorité des hôpitaux de référence.**
- **La faible disponibilité des médicaments et autres intrants stratégiques (aliments thérapeutiques, produits sanguins).**

5.4.5. Facteurs favorables à l'offre des services de SRMNIA+N

En dehors des barrières à l'offre des services SRMNIA+N, il faut noter certains facteurs qui sont favorables à cette offre qui existent déjà ou qui méritent d'être renforcer.

5.4.5.1. Existence des directives, normes et protocoles

Dans toutes les régions visitées dans le cadre de cette étude, il existe réellement des directives, des protocoles et normes pour la prise en charge de la santé de façon générale et plus spécifiquement de la santé mère enfant, nutrition comme le confirme les propos de cet enquêté.

« Il y'a énormément de directives. Lesquelles directives nous permettent de vraiment nous occuper de la santé de la mère et de l'enfant avec pour objectif de réduire de façon drastique les décès maternels et les décès néonataux et infantiles »

(EI, Prestataire de soins, SRMNIA+N, région Cavally). ns, SRMNIA+N, région Cavally).

5.4.5.2. Renforcement des capacités des agents de santé

Le renforcement des capacités des prestataires est un facteur favorable pour améliorer l'offre de soins. Ceci se fait à travers les formations mais également à travers les coachings tels qu'explique cet enquêté.

« Et je suis très heureux que depuis près de 5 ans il a été initié au niveau de la stratégie mère enfant, des sage-femmes coach des points focaux pour pouvoir accompagner leur collaboratrice, leurs collègues ».

(EI, Direction régionale-Bagoué)

Une autre initiative en vigueur est mise en œuvre par la société de gynéco obstétrique de Côte d'Ivoire à travers l'implantation des comités régionaux qui favorise une plateforme d'échange comme expliqué par ce responsable de la direction régionale :

« Il y a une plateforme pour pouvoir échanger avec les autres médecins qui sont dans les CSU pour les cas qui les dépasseraient. Oui il y a des initiatives pour pouvoir améliorer les prestations et ces initiatives-là doivent être renforcées ».

(EI, Direction régionale-Bagoué)

5.4.5.3. Existence d'une ligne budgétaire au niveau des collectivités décentralisées (conseils généraux, mairies) comme atout pour améliorer l'offre de soins

Lors des entretiens dans le cadre de cette étude, il a été révélé par les répondants, qu'il existe une ligne budgétaire mise à la disposition de la région par l'Etat, et ce budget est géré selon le plan de développement de chaque région.

Ce budget mis à disposition pour le développement d'une région est fonction des besoins prioritaires. Ces besoins peuvent porter sur les infrastructures, les matériels médicaux et autres. Les collectivités territoriales étant des acteurs de la santé interviennent dans la construction des

centres de santé et des logements sociaux pour le personnel de santé et de l'achat des équipements et matériels sanitaires. Ces appuis demeurent une force pour améliorer l'offre de soins.

5.4.5.4. Existence de mécanismes d'utilisation locale des données pour améliorer l'offre des services au niveau local

L'une des forces pour améliorer l'offre de soins est que toutes les structures (institution, programme, direction régionale ou départementale) ont mis des mécanismes en place qui aident les établissements de santé à collecter et analyser les données SRMNIA+N nécessaires pour prendre des décisions.

Parmi ces mécanismes, on peut relever l'expérience du district sanitaire de Tanda où les données collectées permettent de passer en revue les centres qui ont de bonnes performances et ceux qui ont des performances basses en vue d'apporter un appui à ces derniers lors des rencontres.

C'est cette réalité qui est dépeinte par cette enquêtée :

« On choisit le CSE qui nous fait le point de tous les centre et celui qui a le plus de difficultés on demande à ce centre d'analyser ses données et de venir les présenter pour que, ensemble on puisse le partager, aussi il y a des centres qui ont plus d'expérience, qui ont des performances solides, à eux on leur demande aussi de venir présenter leurs données afin de pouvoir encourager ceux qui tire le district un peu vers le bas »

(EI, Personnel de santé- SRMNIA+N Tanda)

5.4.5.5. Mise en œuvre du financement basé sur la performance

Cette stratégie qui a pour objectif d'améliorer la qualité, la disponibilité et l'adoption de services de santé est à ses débuts au niveau de deux districts visités à savoir Boundiali (CSR ouazomon) et le district de Tanda. Cet enquêté au niveau du district de Boundiali donne son point de vue quant à cette stratégie :

« ... Le PBF intègre tous les aspects individuels et collectifs voire communautaires de la gestion hospitalière, depuis l'agent de santé jusqu'à la communauté ... Et tout ça devrait pouvoir aboutir à l'amélioration des offres de soins d'ici 5 ans. Ça devrait aboutir parce que vraiment les paramètres qui sont indiquées dans le PBF ce sont des paramètres qu'il faut assainir si on veut avoir des offres de soins équivalentes aux ambitions de la Côte d'Ivoire»

(EI, direction départementale de la santé Boundiali)

A la fin de ce chapitre sur les facteurs favorables à l'offre de soins dans les régions visitées nous pouvons retenir l'existence des directives, normes, protocole pour l'offre des interventions en SRMNIA, l'existence de mécanisme de renforcement de capacité des prestataires à travers la formation, le coaching sur site, les échanges d'expériences lors des réunions au district.

Deux opportunités sont également offertes au niveau local pour améliorer l'offre des soins. Il s'agit de l'intégration du financement basé sur la performance et le développement de partenariat au niveau local par exemple avec les collectivités décentralisées en vue d'un appui dans la mise à niveau des infrastructures, de l'équipement et du matériel des structures de santé.

5.4.5.6. Mise en œuvre d'initiatives innovantes pour améliorer l'offre des soins

Certaines régions ont expérimenté des initiatives pour améliorer l'offre de soins.

On peut citer le chariot d'urgence, la référence avec un personnel qualifié dans la région du Cavally. Ce chariot dispose des médicaments de première nécessité disponibles qui sont utilisés à l'arrivée du patient.

Concernant la référence des patients, elle consiste à faire accompagner le patient par un personnel qualifié lors du transfert par l'ambulance comme exprimée dans les propos suivants :

« On met toujours une personne qualifiée dans l'ambulance qui peut changer la perfusion, qui peut même effectuer l'accouchement dans l'ambulance au cas où la dame voudrait expulser en cours de chemin ».

(EI, Prestataire de soins, région Cavally).

5.5. Les barrières et facteurs favorables à l'utilisation des services de santé SRMNIA+N

5.5.1. Les barrières à l'utilisation des services de santé SRMNIA+N

Un certain nombre de barrières ont été identifiées par rapport à l'utilisation des services de SRMNIA.

5.5.1.1. Les perceptions erronées et le manque d'informations sur les services offerts

Du point de vue des gestionnaires et des prestataires, les perceptions erronées sur certaines maladies ou traitement, le manque d'information pourraient être à la base d'une faible utilisation des services offerts. C'est l'exemple du cas rapporté sur la vaccination par un des responsables :

« L'année dernière il y avait la restriction, les gens disent que la vaccination coûte chère, est ce qu'on leur fait payer de l'argent ? Nous ne se savons pas, souvent il y a des questions de déplacement, le vrai facteur est l'ignorance et le manque de bonne information ; les rumeurs aussi qui circulent ».

(EI, Programme Elargi de Vaccination)

Certains prestataires ont relevé que pour la majorité des populations, l'origine d'une maladie n'est jamais naturelle et font recours à d'autres alternatives telles que la médecine chinoise ou les praticiens comme exprimé par ce prestataire :

« ils utilisent les vendeurs de médicaments ambulants là, chinois, malgré les sensibilisations. Et puis les villageois ont des préjugés sur certaines maladies comme oreillons, ils disent que la médecine conventionnelle ne connaît pas donc ils font recours à la médecine traditionnelle ».

(EI, Personnel de santé- Guindé-Tanda).

L'ignorance sur les consultations à faire obligatoirement au cours de la grossesse et la peur de devoir payer des prestations constitue également un frein à l'utilisation des services par les femmes enceintes.

Le mauvais accueil par certains prestataires de soins à été cité comme une barrière à l'utilisation des services SRMNIA+N. Cet enquête corrobore ce fait, en insistant sur le mauvais accueil qui pourrait éloigner les usages des centres de santé :

« Les préjugés, les mauvais accueils également constituent un frein pour les femmes enceintes ».

(EI, Prestataire de soins, HG Tanda).

5.5.1.2. Les pesanteurs socioculturelles

L'influence de la famille agit aussi sur l'utilisation des services de santé. Dans les communautés visitées, la femme n'a pas le pouvoir de décision ce qui rend difficile l'adhésion à certaines bonnes pratiques en matière de SRMNIA+N.

Dans le cas de la planification familiale, la difficulté réside dans le fait que la femme doit obtenir l'autorisation de son conjoint avant d'utiliser une méthode contraceptive. Cette adhésion rencontre des obstacles du mari ou de la famille pour lesquels l'enfant est un don de Dieu.

Concernant la consultation post-natale, les pratiques traditionnelles ont le dessus et les mères ne reviennent pas au centre de santé pour la majorité d'entre elle comme résumé par ce prestataire de soins :

« La difficulté avec la consultation postnatale, les parents trouvent que c'est pas utile puisque après l'accouchement elles sont pris en charge soit par la grand-mère, soit par le guérisseur du village et surtout aussi l'automédication qui vraiment rend les consultations postnatales très compliquées sur le champ »

(EI, prestataire, HG-Boundiali)

Dans toutes les régions visitées, la coutume reste toujours en vigueur. La soumission à la décision de l'homme entraîne le retard à consulter un personnel de santé.

« Il y a la coutume aussi qui est là, parce que tant que le mari n'a pas encore donné l'autorisation à sa femme de venir pour prendre le carnet pour la première consultation prénatale, la femme ne peut pas se décider à venir »

(EI, District sanitaire Gontougo)

Il faut également relever les croyances de préserver la grossesse contre des forces maléfiques qui sont un facteur limitant à consulter au premier trimestre de la grossesse.

« Il y a d'autres aussi qui veulent attendre que le ventre sorte, parce que si on te voit aller tôt à l'hôpital, on suspecte et certaines choses pourront se faire pour que la grossesse n'aboutisse pas. Donc il faut cacher la grossesse en attendant que ça sorte avant de venir prendre le carnet ». ».

(EI, District sanitaire Gontougo).

Pour certains hommes, le sexe opposé du prestataire est une barrière à l'utilisation des services par leurs femmes, pour cet enquêté c'est d'avoir une sage-femme dans son centre de santé :

« Il faut une sage-femme. Parce que les hommes sont fâchés hein. Nous les hommes. Faut pas les infirmiers-là vont regarder nos femmes ? Ils vont dire toi tu es belle et les convoiter. J'ai trop vu ça ».

FG, homme vivant en couple, Nézobly-Toulepleu)

5.5.1.3. L'absence d'autonomisation financière de la femme

Dans cette étude la majorité des femmes sont influencées par le fait qu'elles ne sont pas suffisamment autonomes financièrement et aussi n'ont pas le pouvoir en tant que chef de ménage. Cette situation pourrait être une barrière à l'utilisation des services également comme le montre les propos ci-dessous :

« La peur, elles aussi elles se disent qu'elles viennent à l'hôpital, les manques de moyens financiers constituent un frein pour les femmes enceintes ».

(EI, Prestataire de soins, HG Tanda).

5.5.2. Les facteurs favorables à l'utilisation des services de santé SRMNIA+N

Dans cette étude, plusieurs facteurs ont été cités comme pouvant favoriser l'utilisation des services SRMNIA+N. Il s'agit notamment de l'accessibilité géographique, l'existence d'un plateau technique et personnel adéquat pour offrir les soins à la population, l'implication des hommes dans la santé de la mère et de l'enfant, la sensibilisation de la population.

5.5.2.1. Accessibilité géographique

Pour l'ensemble des enquêtés, les centres de santé de premier contact visités sont d'accès facile car situés dans un rayon de cinq (5) km. La population a une facilité d'accès à travers les moyens de locomotion utilisés dans la zone. Selon le lieu d'habitation, la population se déplace à pied ou à moto pour venir dans le centre de santé, cette affirmation est faite par cet enquêté dans les propos suivants.

« Oui le centre de santé est accessible parce qu'il y a plus de 95 % de la population qui vit dans un rayon de moins de 5 km et l'accès est facile parce qu'aujourd'hui tout le monde a les motos pour se déplacer. Donc l'accessibilité est bonne. »

(EI, Prestataire de soins, HG-Toulepleu)

5.5.2.2. Relation patient-prestataire

La culture d'un meilleur traitement dans la relation patient-prestataire serait source de motivation pour la population à fréquenter les centres de santé, comme révélé par cette enquêtée :

« Si la sage-femme prend bien soins de nous on va venir »
(FG, femme en âge de reproduction, Guindé)

La bonne relation entre patient et prestataire est également évoquée par cette enquêtée, pour qui la courtoisie, l'accueil, un meilleur traitement humain pourrait inciter à fréquenter les centres de santé :

« Si on te parle bien, on te traite bien les autres vont venir »
(FG, femme en âge de reproduction, Guindé)

5.5.2.3. Sensibilisation de la communauté

Le continuum des soins est une stratégie qui non seulement intègre toutes les étapes de la vie depuis la période pré-conceptuelle jusqu'à la période infantile mais également la continuité des soins des établissements de santé à la communauté. Cette stratégie permet de renforcer l'utilisation des services de santé par la population.

Les résultats de l'enquête ont mis en exergue différentes stratégies de communication pour emmener les populations à utiliser les services SRMNIA qui leurs sont offerts au niveau des établissements de santé.

La première stratégie concerne les activités du centre de santé vers la communauté à travers l'agent de santé qui descend dans la communauté pour informer sur les différentes activités qu'il mène dans le centre de santé. Cette activité constitue une source de motivation pour la population à fréquenter le centre de santé, c'est cette observation qui est faite par cet enquêté en ces termes :

« Souvent l'infirmier lui-même passe nous sensibiliser sur les différentes activités qu'il mène ou qu'il compte mener ».

(FG, homme-Ouazomon-Boundiali)

La deuxième stratégie est la sensibilisation de la communauté à travers les relais communautaires (agent de santé communautaire, leaders religieux, responsables d'association féminine) qui sont l'interface entre le centre de santé et la communauté. Cette sensibilisation se fait soit à travers des visites à domicile pour le suivi des femmes enceintes pour les emmener à fréquenter les structures de santé comme l'explique cette enquêtée :

« On sensibilise les femmes enceintes, les nourrices, à venir à l'hôpital quand elles sont enceintes, pour qu'elles viennent à l'hôpital pour se faire soigner, pour faire la consultation prénatale. C'est ce qu'on fait au village ici. Moi-même je suis dedans on passe de maison en maison, on prend leur carnet et puis on les envoie ici. ».

(EI, Présidente d'une Association de femmes, Nézobly-Toulepleu).

Soit à travers des causeries organisées avec différents groupes selon la thématique. C'est ce que cet agent de santé communautaire exprime en ces termes :

« Au niveau des adolescents : « on peut faire les causeries de groupe, quand elles ont un problème, elles viennent me voir »

(EI, ASC, Guiendé- Tanda).

La sensibilisation de la communauté se fait également à travers les médias, les radios de proximité sur les thématiques de la santé mère enfant. Toutes ces actions menées constituent des facteurs qui peuvent améliorer l'utilisation des services de santé. Cette action est décrite par cette enquêtée en ces termes :

« Maintenant y'a des activités par contre que j'arrive à mener sans moyens comme la sensibilisation à travers les radios de proximités dont je fais déjà dans le Cavally »

(EI, Prestataire de soins, SRMNIA+N région Cavally)

6. RECOMMANDATIONS POUR L'AMELIORATION DE L'OFFRE DE SOINS ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SRMNIA+N DANS LES REGIONS SANITAIRES DE LA BAGOUE, DU GONTOUGO ET DU CAVALLY

Les recommandations présentées dans ce chapitre découlent des suggestions faites par les enquêtés d'une part et l'analyse faite de leurs connaissances et perceptions sur l'offre et l'utilisation des services de santé reproductive, maternelle, néo-natale, infantile, adolescent et jeunes ainsi que la nutrition d'autre part. L'ensemble de ces recommandations s'adressent au Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle et ses démembrements, aux collectivités décentralisées, aux partenaires techniques et financiers. Elles concernent les domaines qui nécessitent une amélioration :

- **Politiques, directives, normes, protocoles.**
- **Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé.**
- **Passage à échelle des initiatives novatrices dans les établissements.**
- **de santé (financement basé sur la performance, label de structure sanitaire amis de l'enfant et structure sanitaire 5 étoiles).**
- **Sensibilisation de la population à l'utilisation des services de santé avec l'implication de toutes les parties prenantes.**

6.1. Au Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique, et de la Couverture Maladie Universelle

6.1.1. Assurer la mise en œuvre des conventions, politiques, directives, normes, protocoles existants au niveau du pays

Au cours de l'enquête, les participants ont insisté sur la nécessité de mettre en application de manière effective les conventions internationales ratifiées, politiques, directives, normes, protocoles qui existent au niveau du pays et qui définissent un environnement favorable à la mise en œuvre des interventions en matière de SRMNIA+N pour améliorer les indicateurs.

Il s'agit notamment de :

- **Financement de la santé selon les recommandations d'Abuja (15% du budget attribué à la santé).**
- **Politique de rétention des ressources humaines de la santé**
- **Loi portant Réforme hospitalière.**
- **Directives nationales sur l'orientation des activités et services de santé mère enfant, adolescent, nutrition.**

6.1.2. Renforcer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé à offrir les services de SRMNIA de qualité

A ce niveau, il s'agit de rendre disponible les aménagements et les éléments de confort indispensables pour les patients, en termes d'installations sanitaires améliorées, augmentation de la capacité d'accueil en hospitalisation, organisation du transport d'urgence des patients en cas de nécessité (ambulance au niveau du centre ou en pool).

Comme autre recommandation, il s'agit de rendre disponible les équipements essentiels qui font défaut dans certains centres de santé et hôpitaux de référence dans les régions visitées pour poser des actes comme la césarienne par exemple.

Assurer la disponibilité des médicaments essentiels est également un défi à relever car le faible niveau socio-économique des populations visités a été relevé comme étant un facteur limitant à l'utilisation des services de santé d'où la préférence pour les tradipraticiens moins couteux.

A cet effet, des mécanismes doivent être mis en place pour s'assurer de la gratuité des actes dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant en vue de leur respect afin que les soins soient accessibles à la population.

Enfin, il faut assurer la disponibilité et la capacité des hôpitaux visités en matière d'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgences complet (SONUC) qui comprend la césarienne et la transfusion sanguine. Ainsi les enquêtés ont-ils recommandé la mise à niveau du plateau technique et la disponibilité des produits sanguins au sein des structures concernées.

La création des services dédiés aux adolescents et jeunes a été également suggérée dans la mesure où cette frange de la population n'est pas satisfaite des services qui lui sont offerts.

6.1.3. Etendre les initiatives novatrices dans les établissements de santé des régions visitées

Un certain nombre d'initiatives qui sont en cours au niveau du pays pourraient être étendues aux zones visitées pour améliorer l'offre et l'utilisation des services. Il s'agit notamment du financement basé sur la performance (PBF) qui a déjà commencé au niveau de deux districts. Quant à l'initiative label de structure sanitaire amis de l'enfant et structure sanitaire 5 étoiles, elle met en compétition les structures de santé dans le cadre du réseau d'amélioration de la qualité de soins. Les structures doivent atteindre des indicateurs clés pour bénéficier de ce qu'on appelle le label de structure de sanitaire amis de l'enfant et structure sanitaire 5 étoiles. La Côte d'Ivoire ayant intégré le réseau mondial de la qualité des soins, se doit de mettre en pratique cette initiative.

Les programmes de santé doivent faire intégrer dans leur plan de travail avec les partenaires ces interventions prometteuses dans les zones qui ont été visitées pour améliorer les indicateurs de la SRMNIA+N

6.1.4. Rendre effective l'assurance maladie universelle au niveau de toutes les régions du pays

L'assurance maladie universelle initiée par l'Etat doit pouvoir s'étendre à toutes les régions et à toutes les couches de la population surtout les plus démunies pour améliorer la prise en charge des populations en matière de santé.

6.2. Aux collectivités décentralisées (conseils régionaux, mairies)

Selon certains propos recueillis auprès des responsables des conseils régionaux, il existe une ligne budgétaire dédiée à la santé dans leur budget. Dans ce cadre, un plaidoyer doit être fait auprès de ces cibles pour qu'elles puissent travailler en collaboration avec les directeurs régionaux et départementaux de la santé en vue de l'identification des besoins des établissements sanitaires pour lesquels ils pourraient apporter un appui au niveau local.

Cet appui pourrait porter sur les infrastructures sanitaires comme déjà cités au cours des entretiens de l'enquête mais également dans la sensibilisation.

6.3. Aux autorités administratives, politiques, coutumières et traditionnelles locales

Pour certains enquêtés, la sensibilisation doit impliquer toutes les parties prenantes. A cet effet, toutes les autorités administratives, politiques, coutumières et traditionnelles avec les leaders religieux et communautaires devraient s'investir dans la sensibilisation, la communication auprès des mères, des sœurs, des frères sur les bienfaits des services SRMNIA+N. L'implication de tout ce corps social pourrait avoir un impact de façon durable sur l'utilisation des services SRMNIA+N.

6.4. Aux partenaires techniques et financiers

Les partenaires appuient déjà un certain nombre d'initiatives au niveau du pays cependant, pour respecter l'équité dans l'offre des soins aux populations, la priorité des appuis doit aller vers ces régions et districts qui tirent les indicateurs vers le bas en matière de SRMNIA+N

6.5. A la société civile

- **Renforcer la sensibilisation pour l'utilisation des services de santé.**
- **C'est à travers la sensibilisation que l'on peut changer le comportement de la population. Les perceptions des populations qui ne vont pas dans le sens d'inciter à l'utilisation des services de santé doivent faire l'objet de sensibilisation.**
- **Cette sensibilisation permettra de rétablir la confiance entre les populations et le personnel des structures sanitaires et elle devra permettre également d'informer sur ce qui est fait comme travail et traitement dans les centres de santé.**
- **Promouvoir des mécanismes pour la redevabilité en matière de gratuité ciblée des soins au niveau des régions.**
- **Faire le plaidoyer auprès du MSHP et les autres parties impliquées pour l'adoption de la loi sur la santé de la reproduction.**

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif de conduire une analyse approfondie, pour comprendre le faible niveau des indicateurs prioritaires SRMNIA+N afin de mener des actions ciblées pour améliorer ces indicateurs dans les régions du nord, ouest et de l'est de la Côte d'Ivoire.

Les résultats de cette étude ont montré que les enquêtés ont une connaissance des services offerts et les directives qui régissent le fonctionnement des structures sanitaires dans la prise en charge de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescents existent.

L'offre de soins en matière de SRMNIA+N est perçue favorablement par les uns et défavorablement par les autres. Les perceptions associées pourraient être des limites à l'utilisation des services et à l'offre des soins.

Par ailleurs, les facteurs qui pourraient favoriser l'utilisation des services et l'offre de soins sont d'une part d'ordre humains, structurels, communautaire et d'autre part d'ordre politique, stratégiques, financiers. Les connaissances, perceptions de l'offre et de l'utilisation des services ne diffère pas fondamentalement selon la région ou le groupe d'appartenance ethnoculturelle.

Pour améliorer l'utilisation des services et l'offre de soins, plusieurs actions, telles que le financement de la santé selon les normes d'Abuja, l'amélioration de la disponibilité et la capacité opérationnelle des services dans les zones visitées, l'implication communautaire dans la sensibilisation, la mise en échelle du label initiative amis des bébés, la politique de rétention des ressources humaines de la santé, le financement basé sur la performance, la mise en œuvre de la réforme hospitalière, l'application effective de la gratuité ciblée gagneraient à être soutenues par l'Etat, les collectivités, les partenaires techniques et financiers ainsi que la communauté pour inverser la tendances des indicateurs SRMNIA+N.

REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. Genève : WHO ; 2014. 68 p. [Visité le 30/09/2015]. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Statistiques sanitaires mondiales. Genève : OMS ; 2013. 172 p. [Visité le 30/09/2015]. En ligne : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/fr/
3. OMS. Objectifs du Développement Durable. <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/fr/>
4. MSHP, 2019. Financement de la santé. Dossier d'investissement 2020-2023. 42 pages.
5. Mosso EA, Ka Dore ED, Kouajou HA, Assi SB, Bakayoko M, Blibolo AD, et al. Côte d'Ivoire : enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011-2012. Calverton (MA) : ICF International ; 2012. 591 p. [Visité le 30/09/2015]. En ligne : <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR272/FR272.pdf>.
6. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Rapport national de la Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR). 2017-2020
7. Institut National de la Statistique (INS). 2017. Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2016, Rapport des Résultats clés. Abidjan, Côte d'Ivoire.
8. Organisation Mondiale de Santé (OMS). Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation. Recommandations pour une politique mondiale. Genève : OMS ; 2010. 73 p. [Visité le 21/04/2015]. En ligne : http://www.who.int/publications/2010/9789242564013_fre.pdf.

9. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire (MSHP), direction de l'informatique et de l'information sanitaire (DIIS). rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2018. Edition 2019, en ligne ; // <http://www.snisdiis.com> › uploads › 2020/08 › RASS.consulté le 05/07/2021
10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire (MSHP), PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2016-2020, en ligne : // <https://www.childrenandaids.org> › pnds_2016-2020, consulté le 05/07/2021
11. Tania Bissouma-Ledjou¹, Allarangar Yokouidé¹, Juliana Gnamon², et Laurent Musango³. SUIVI DES PROGRÈS VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE EN CÔTE D'IVOIRE. Analyse situationnelle de base. OMS, 2015 Bureau de la Représentation en Côte d'Ivoire
12. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire (MSHP), Direction de l'Information et de l'informatique sanitaire. Rapport SARA, disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé. Version finale Côte d'Ivoire, 2016. Abidjan.
13. ADAY, L. 1993. Access to What and Why? Toward a New Generation of Access Indicators. Washington D.C, Proceedings of the public Health Conference on Records and Statistics, Government Printing Office.
14. ADAY, L. A. et R.M. ANDERSEN. 1981. « Equity to Access to Medical Care : A Conceptual and Empirical Overview ». Medical Care; 19(12 supplement): 4-2
15. ANDERSEN R. M. 1995. « Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter? » Journal of Health and Social Behavior; 36(1): 1-10.
16. ADAY L. A., C. E. Begley, D. R. Lairson, Slater C.H. 1998. Evaluating the Healthcare System. Effectiveness, Efficiency, and Equity. Chigaco, Illinois, Health Administration Press 2nd ed.
17. Deborah Maine, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Angela Kamara Juin 1997 La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille École de santé publique Université Columbia
18. Côte d'Ivoire / Family Planning 2020. Côte d'Ivoire preneur d'engagement depuis 2012. <https://www.familyplanning2020.org/fr/cote-divoire>

19. Diarrassouba, Abiba. La perception et la communication de l'objet valeur : l'oralité dans la prose romanesque de Amadou Koné. Linguistique. Université de Limoges ; Université Alassane Ouattara (Bouaké), 2015. Français. ffNNT : 2015LIMO0004.

20. Yohou, Romain. Analyse de la politique d'exemption de paiement des soins en Côte d'Ivoire : cas de la politique de la gratuite ciblée des soins dans le district sanitaire de Tiassalé 120km d'Abidjan. Master II, santé internationale. Université Senghor d'Alexandrie

Elaboration par

L'Equipe de recherche de Countdown, INSP, Côte d'Ivoire :

Sassor Odile Aké-Tano^{1,2},

Marie Laurette Agbré-Yacé^{1,3},

Denise Kpebo^{1,2,3},

Marie Dorothée Koumi-Mélèdje^{1,3}

William Yavo¹

En collaboration avec

APHRC :

Fadima Yaya Bocoum⁴, Diarra Senghor⁴, Cheikh Mbacké Faye⁴

1. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire
2. Département de Santé Publique et Spécialités, Unité de Formation et de Recherche des Sciences Médicales d'Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire
3. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
4. African Population and Health Research Center (APHRC, Dakar)

Design et Mise en page

Bill Clinton Sambou

REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre gratitude aux différentes structures qui ont pris part à la mise en œuvre de cette étude :

Le Ministère en charge de la Santé à travers :

- La Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS)
- Le Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME)
- Le Programme National de Nutrition (PNN)
- Le Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire, Santé des Adolescents et Jeunes (PNSSU-AJ)
- Les districts sanitaires de Boundiali, de Tanda et de Toulepleu.

L'Institut National de la Statistique (INS)

Nos remerciements vont également à l'endroit de l'Officier de Liaison GFF qui nous a accompagné dans toutes les étapes de ce travail : rédaction et validation du rapport.

Enfin, l'élaboration et la validation de ce rapport ont été possibles grâce au soutien technique et financier de APHRC à qui nous adressons nos sincères remerciements.

