

Perceptions des prestataires sur l'offre de soins dans des services de santé maternelle et infantile en Côte d'Ivoire

Auteurs : Doukouré D¹, Bayo S¹, Koumi-Mélédje MD¹, Coulibaly M¹, Agbré-Yacé ML¹, Tano-Kamelan A¹, Aké O^{1,2}

1. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire

2. Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : daouabass2017@gmail.com

Résumé

Introduction

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. L'objectif de cette étude était d'appréhender la perception des prestataires sur les offres de soins dans les services de santé maternelle et infantile.

Matériel et Méthodes

Une étude qualitative auprès des prestataires a été menée en septembre 2021 dans les districts sanitaires de Boundiali, Toulepleu et Tanda. Les données ont été recueillies à l'aide d'un guide d'entretien et au moyen d'un dictaphone. Les données ont été transcrites sur Word puis encodées à l'aide du logiciel NVIVO 12. Une analyse de contenu thématique a été réalisée.

Résultats

Au niveau de la perception de la disponibilité des équipements, bien que pour certains les services disposent d'un personnel en nombre suffisant apte à offrir des soins de qualité, la disponibilité du matériel et de l'équipement faisait défaut. Pour d'autres, ce sont les ressources humaines qui n'étaient pas suffisantes. La perception de la politique de la gratuité ciblée des soins n'est pas effective.

Conclusion

Une perception insuffisante de l'offre de soins par les prestataires requiert une mise à niveau pour combler les défis existants dans les différentes régions étudiées.

Message-clé de santé publique

La prise en compte des perceptions des acteurs de première ligne dans la prise de décision est nécessaire pour améliorer la qualité des soins.

Mots-clés : Perceptions, offre de soins, santé maternelle, santé infantile

Abstract

Introduction

The health care provision in Côte d'Ivoire is improving quantitatively, but it is still geographically and financially inaccessible for a large part of the population. The objective of this study was to understand the perception of providers on the supply of care in maternal and child health services.

Analysis methods

A qualitative study of providers was conducted in September 2021 in the health districts of Boundiali, Toulepleu and Tanda. Data were collected using an interview guide and a dictaphone. The data were transcribed into Word and then encoded using NVIVO 12 software. A thematic content analysis was carried out.

Results

At the level of availability of equipment, for some of the health workers, there is a lack of materials and equipment. For others, human resources were not sufficient. The perception of the policy of free targeted care is not really effective.

Conclusion

Inadequate provider perception of care delivery requires upgrading to address existing challenges in the different regions studied.

Key public health message

Take into account the perceptions of front-line actors in decision-making to improve the quality of care.

Keywords: Perceptions, health care provision, maternal health, child health,

Introduction

Le mécanisme de financement mondial (GFF), en appui à la stratégie « Chaque femme, chaque enfant », a été lancé par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 2015 pour renforcer les progrès vers les Objectifs du Développement Durable (ODD) d'ici 2030 en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition SRMNIA+N [1, 2]. Le GFF se focalise sur le renforcement des systèmes de santé, l'augmentation de la couverture effective des interventions SRMNIA+N et la fourniture d'une protection financière, afin de soutenir les pays en développement dans leurs efforts pour rendre effective la Couverture Maladie Universelle [1].

Comme beaucoup d'autres pays d'Afrique subsaharienne, la Côte d'Ivoire a rejoint le GFF pour accélérer le rythme de mise en œuvre des réformes de santé et mobiliser des fonds pour les priorités nationales dans les interventions pour la santé maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition [3, 4].

Dans le cadre du Projet Countdown to 2030 en Côte d'Ivoire, une équipe pays conduite par l'Institut National de Santé Publique (INSP) appuyée par 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 contexte, qu'une revue documentaire a été réalisée. Celle-ci a débouché sur une analyse infranationale qui a fait ressortir que les plus bas indicateurs prioritaires SRMNIA+N étaient dans les régions du Nord et de l'Ouest de la Côte d'Ivoire.

Les indicateurs prioritaires concernaient la couverture en Planification Familiale, la Consultation Prénatale, l'accouchement assisté par un personnel qualifié, les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence, les soins post-natals, le traitement de la diarrhée avec Sel de Réhydratation Orale (SRO) + zinc, le traitement des Infections Respiratoires Aigües (IRA) avec des antibiotiques.

Ainsi, malgré les actions initiées par les autorités sanitaires pour rapprocher les populations

des hôpitaux, à travers la mise en place des infrastructures sanitaires, les indicateurs de SRMNIA+N n'ont pas progressé de manière significative [4]. Cette faible utilisation des services pourrait avoir un impact sur l'état de santé des populations conduisant à des taux élevés de mortalité maternelle et infanto-juvénile. Face à ces constats, la présente étude se propose d'appréhender les perceptions des prestataires sur l'offre des services de SRMNIA+N, dans les régions sanitaires du Gontougo, de la Bagoué et du Cavally.

Méthodes

Une étude transversale suivant une approche essentiellement qualitative a été réalisée dans trois districts. Un choix raisonné du district qui présentait les indicateurs SRMNIA+N les plus faibles a été fait dans chaque région sanitaire identifiée. Cela a permis de sélectionner les districts de Boundiali, Tanda et Toulepleu. Au niveau de chaque district, l'Hôpital Général (HG) et un Centre de Santé Rural (CSR) en milieu rural ont été choisis de façon raisonnée. Ce dernier devait être situé dans un rayon de 20 et 40 km par rapport à l'hôpital de référence.

Sur chaque site retenu pour l'étude, nous avons sélectionné les prestataires, selon un choix raisonné, en fonction de leur capacité à fournir des informations détaillées et pertinentes en SRMNIA+N et de leur engagement dans le domaine. La collecte des données s'est déroulée du 6 au 12 septembre 2021.

Au total, 14 prestataires ont été recrutés et inclus dans l'étude. Les données ont été collectées auprès de ces acteurs à l'aide d'un guide d'entretien. Un dictaphone a été utilisé pour l'enregistrement des entretiens avec le consentement des enquêtés. Quant au traitement et à l'analyse des données, les informations collectées ont été transcrites puis analysées à l'aide du logiciel NVIVO 12. Le tableau ci-dessous récapitule la structure de collecte des données à travers les acteurs enquêtés par site.

Tableau I : Prestataires de soins interviewés par site d'étude et type d'établissement (N=14)

Type d'établissement de santé	District Boundiali	District Tanda	District Toulepleu
Hôpital Général	3	3	3
Centre de Santé Rural	2	2	1
TOTAL	5	5	4

Source : Enquêtes de terrain, septembre 2021

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a obtenu l'approbation du comité national d'éthique de Côte d'Ivoire (137-21/MSHPCMU/CNESVS-KM). Un consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les participants à l'étude.

Résultats

Perception de la disponibilité des équipements et intrants

Le manque de matériel et d'équipement était commun à tous les centres de santé visités, mais diversement interprété selon les besoins de chaque centre de santé. La majorité des enquêtés ayant des compétences avérées, disent qu'ils offrent des soins de qualité à la population. Toutefois, ils restent confrontés aux problèmes d'indisponibilité des médicaments et des équipements. Les différents propos de ces enquêtés le confirment :

« Les soins offerts à la mère sont très importants. Nous donnons des soins de qualité mais il faut noter l'indisponibilité des médicaments. Nous manquons d'équipements. Les équipements ne sont pas adaptés. Le personnel est qualifié. Nos diagnostics sont confirmés par les laboratoires. » (Prestataire CSR, Boundiali)

C'est le même constat relevé dans les dires de cet enquêté :

« On a souvent des ruptures de médicaments. On a des difficultés pour recevoir les médicaments. En général, le pharmacien nous fait croire que ce n'est pas à lui son niveau et que c'est au niveau de la Pharmacie de la Santé Publique. Mais, je pense que le minimum est là. Le minimum est là

en cas d'accouchement puisqu'il y a déjà un lit. Le petit matériel est là. Pour l'accouchement, le petit matériel est là. Mais, on n'a pas de stérilisateur en salle d'accouchement. » (prestataire CSR, Toulepleu)

Perception de la disponibilité des ressources humaines

Au niveau des ressources humaines, certains prestataires pensent disposer du personnel en nombre suffisant et compétent pour offrir des soins de qualité dans certains domaines. Par contre, d'autres prestataires indiquent une insuffisance de personnel. C'est ce qui ressort des propos de ce prestataire :

« Il faut dire qu'à notre niveau, on n'a pas de déficit au niveau des sage-femmes. On a un déficit en aide-soignant. Il n'y a pas de gynéco puisqu'au fait on n'a pas de bloc opératoire. Le bloc opératoire n'est pas fonctionnel. Avoir un gynécologue, il va servir à quoi ? Donc moi, je fais office de gynéco. Donc, souvent quand il y a des cas de pathologies sur des grossesses, je gère. Aussi, au niveau des accouchements, on essaie de s'aider avec les sage-femmes. Avec les sage-femmes, on a vraiment un nombre suffisant. C'est au niveau des aides-soignantes que le nombre est insuffisant. » (prestataire CSR, Toulepleu)

En revanche dans ce centre de santé, Il est notifié que les ressources humaines sont en nombre suffisant comme le confirme cet enquêté :

« Concernant le personnel ça va. Moi je suis formé. Donc avec mon personnel ici, j'arrive à leur inculquer ça. Tout ce qui est nouveau maintenant, je peux dire que les soins sont de qualité car nous respectons le protocole. Les intrants sont disponibles pour la femme enceinte. En tout cas, les trucs sont disponibles ici. Bon le personnel ça va pour le moment. » (prestataire-CSR-Tanda)

Perception de la politique de la gratuité ciblée des soins en vigueur au niveau national

La politique de la gratuité ciblée de soins est une décision gouvernementale. Elle a été initiée avec pour objectif d'offrir, à titre gracieux, des services et actes médicaux dans le cadre des consultations prénatales, des accouchements et leurs complications, des consultations pour les enfants de 0 à 5 ans et de la prise en charge du paludisme grave. En effet, cette politique est appréciée positivement par la majorité des prestataires. Mais dans son application, elle rencontre quelques difficultés dont le manque de moyens financiers pour accompagner la politique de la gratuité :

« La gratuité ciblée est une décision interministérielle, décision gouvernementale qui a été décidée et qui est appliquée. Maintenant, dans l'application évidemment qu'il y a des problèmes. Quand on décide de faire la gratuité ciblée, il faut aussi mettre les moyens pour accompagner la gratuité. Il n'y a pas de moyens pour accompagner la gratuité ciblée. Aussi, le manque dû aux hôpitaux qui pratiquent la gratuité ciblée de façon très généreuse n'est pas rendu à temps. Il n'est pas rendu en totalité. Je vous donne un exemple, l'année dernière nous avons fourni des prestations de plus de 25 millions de francs mais quand la gratuité ciblée est venue, c'est à peine 16 millions, à peine une dizaine de millions que nous avons reçu. Quand vous avez affaire à des fournisseurs qui vous poursuivent et vous menace de vous traduire en justice comme si vous êtes le voleur, c'est très compliqué. » (prestataire HG Boundiali)

Cet enquêté apprécie de façon positive la politique de gratuité. Cependant pour lui, elle n'est pas bien comprise par la population dans son fonctionnement. La population pense que tout est dans la gratuité :

« C'est une bonne politique mais ce que je voulais dire, c'est que ça ne doit pas être seulement sur le programme palu. Quand on dit la gratuité ciblée de 0 à 5 ans, quand les parents viennent, ils pensent que tout est gratuit. Or, il y a des médicaments qui viennent gratuitement par contre il y a d'autres, qui viennent payants. Vous voyez quand c'est comme ça, c'est le personnel soignant qui est mal vu. Donc si c'est gratuit, tout doit vraiment être gratuit. C'est un bon programme mais il faut renforcer ». (prestataire, Guindé- HG Tanda)

Pour cet enquêté, la politique de gratuité n'est pas véritablement effective dans la mesure où le kit d'accouchement qui est gratuit ne contient pas

tous les éléments nécessaires à la prise en charge. Par conséquent, les prestataires sont obligés de prescrire d'autres médicaments pour le kit dit gratuit :

« Chez nous l'accouchement est gratuit. Le kit même est gratuit. Mais le kit n'a pas tous les éléments. Donc quand les malades viennent, on est obligé de prescrire. La politique, il faut dire qu'elle est quand même déjà bien. Déjà le kit est gratuit, il y a des malades qui viennent, on fait l'accouchement sans prendre quelque chose. Tu viens, on fait la consultation gratuitement. Maintenant en ce qui concerne les médicaments, il y a des médicaments qui sont gratuits notamment les antipaludéens. Mais les autres, ne sont pas gratuits. Donc en conclusion, la politique n'est pas effective à 100%. » (prestataire, HG Toulepleu).

Discussion

La perception des prestataires par rapport à la disponibilité des équipements, des ressources humaines et à la gratuité des soins sont les résultats clés de notre étude. Concernant la perception de la disponibilité des équipements et intrants, les prestataires ont fait savoir que les centres de santé étaient de façon générale sous équipés, ce qui limitait l'offre de certaines prestations. Il a été constaté dans une étude réalisée au Togo que les Unités de Soins Périphériques (USP) étaient délabrées, sous équipées et pauvres en personnel de santé, limitant ainsi l'offre des soins aux patients [5]. Les équipements sont importants dans l'amélioration du système de santé. Ainsi, dans une étude réalisée au Sénégal, la majorité des prestataires ne se sentaient pas bien protégés dans l'exercice de leur fonction. Les équipements (masques, gants) mis à disposition par l'hôpital leur semblaient insuffisants. Certains affirmaient prendre des dispositions particulières personnelles pour se protéger en période de COVID 19 [6].

Dans certains centres de santé, les ressources humaines étaient disponibles quant dans d'autres, elles ont été jugées insuffisantes. Cette insuffisance est notifiée dans un rapport technique du Bénin. Ce rapport technique montre qu'il existe une insuffisance en Infirmiers, Sage-Femmes, Médecins Généralistes, Gynécologues et Pédiatres dans les zones rurales ainsi que dans les zones urbaines, mais les écarts sont plus criards dans les zones rurales. Dans les zones

urbaines, environ 70% des besoins en ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile (RHSMNI) sont couverts, tandis que dans les zones rurales seulement 14% des besoins en RHSMNI sont couverts [7]. Cette situation pose la question de la politique de l'attraction et de la fidélisation des personnels de santé. En Afrique subsaharienne, elle est d'une acuité particulière, compte tenu du faible nombre de prestataires de soins disponibles [8].

La gratuité des soins est une politique idéale pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les prestataires ont notifié une perception positive de la gratuité ciblée des soins, mais qui connaît quelques difficultés dans son fonctionnement. Au Burkina Faso, comme au Niger et au Mali, la politique de gratuité des soins au profit des personnes vulnérables a été mise en œuvre dans une sorte d'impréparation [9]. Cette situation engendre d'énormes difficultés accentuées par les mauvaises pratiques (vol de médicaments, rackets, etc.).

Une autre difficulté est liée au fait que les remboursements par l'État des prestations offertes gratuitement aux femmes et aux enfants, se font tardivement au profit des entités sanitaires. Cette situation pose des difficultés pour le bon fonctionnement des formations sanitaires (baisse des recettes, renouvellement des achats de médicaments, ruptures de stocks). C'est le même constat au Niger. En effet, entre 2008 et 2010, les remboursements des factures liées à la gratuité des soins ont été respectivement de 30%, 52% et 73% dans les districts sanitaires de Dosso, de Douchi et de Loga [10].

L'étude des perceptions relatives à l'offre de soins permet la mise en exergue des dysfonctionnements et des blocages dans le système de santé. Il est à noter que trop souvent les politiques ignoraient les pratiques de routine et présupposaient un système de santé bien loin de la réalité. La prise en compte des perceptions des acteurs de santé notamment ceux en première ligne des soins pourrait permettre d'engager les parties prenantes à une prise de décision contextualisée en vue d'améliorer les indicateurs de SRMNIA+N.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'appréhender les perceptions des prestataires sur l'offre des services de SRMNIA+N, dans les régions sanitaires du Gontougo, de la Bagoué et du Cavally. Il est ressorti à travers leurs perceptions, que les offres de soins dans les centres de santé sont dans une certaine mesure insuffisantes. Une politique plus accrue devrait permettre l'équipement des centres de santé, le renforcement de ressources humaines et le renforcement de la politique de gratuité ciblée des soins pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit des appuis techniques et financiers notamment les membres du Groupe de recherche en santé de la mère et de l'enfant de l'Institut National de Santé Publique (INSP), de la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire (CRESAR-CI) et de l'African Population and Health Research Center partenaire (APHRC).

Contributions des auteurs

Doukouré et Bayo ont contribué à la conception et la rédaction du manuscrit. Doukouré et Agbré-Yacé ont contribué à la conception des outils de collecte et à l'analyse des résultats. Koumi-Mélédje, Aké, Tano-Kamelan, Coulibaly ont approuvé la version finale.

Références

1. Chou VB, Bubb-Humfries O, Sanders R et al. (2018). Pushing the envelope through the Global Financing Facility: potential impact of mobilising additional support to scale-up life-saving interventions for women, children, and adolescents in 50 high-burden countries. *BMJ Glob Health* 2018; 3: e001126.
2. Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child | Speeches of World Bank Presidents, <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/24303> (accessed 12 April 2022).
3. Côte d'Ivoire: Countdown Country Collaboration – Countdown 2030, <https://www.countdown2030.org/country-collaborations/cote-divoire-countdown-country-collaboration> (accessed 12 April 2022).
4. Côte d'Ivoire | Global Financing Facility, <https://www.globalfinancingfacility.org/cote-divoire> (accessed 12 April 2022).
5. Lare B et Ouro-Gbele Z. (2020). Les disparités socio- spatiales dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'Oti (Nord-Togo), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé,* [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 07-01-2023, 21:46:03, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=130>
6. Sougou NM, Diouf JB, Diallo AA et al. (2020). Analyse des risques perçus des prestataires de santé en milieu hospitalier dans le cadre de la pandémie à COVID-19 : une étude qualitative dans le Centre Hospitalier Roi Baudouin de Guédiawaye, lors de la réception du 1er cas communautaire du Sénégal, *Pan Afr Med J.* 2020; 37(Suppl 1): 23. Published online 2020 oct. 13. French. DOI: 10.11604/pamj.supp.2020.37.1.25389, PMID: 33456647.
7. République du Bénin (2014). Rapport-Technique. Les ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile au Bénin de 2014 à 2024-Planification stratégique. in site internet : <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2019/10/Benin-rapport-techniqueVF-23-janvier-2014.pdf> [consulté le 12 décembre 2022]
8. Dussault G, Codjia L, Zurn P, et al. (2018). Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone : Les apports du Projet Muskoka., *Santé Publique*, 30, HS, p9-17. Doi 10.3917/spub.180.0009.
9. De Sardan J-PO , Ridde V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Les contradictions des politiques publiques Dans Afrique contemporaine* 2012/3, 243, p11-32.
10. Ousséini A, Kafando Y. (2012). La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité. *Les comités de gestion au Niger, Afrique contemporaine*, 2012/3, 243, p. 65-76. DOI: 10.3917/afco.243.0065.