

**Comité des donateurs
de Médecins du Monde**

Marc Chabert

Isabelle Félix

**Rapport sur la visite des missions
en Côte d'Ivoire**

7 au 15 janvier 2019

Introduction.

La visite des missions de Médecins du Monde (MdM) en République de Côte d'Ivoire (RCI) présentait aux yeux du Comité un quadruple intérêt.

Il faut en premier lieu noter l'ancienneté de la présence de MdM dans le pays, puisqu'à l'exception de la période 2007 - 2011, l'association travaille en RCI depuis 1986.

Avec des financements de l'Union européenne ou sur ses fonds propres, elle a soutenu des programmes de vaccination, de soins de santé primaires, de lutte contre le Sida, de prise en charge d'enfants des rues, appuyé le système de santé ivoirien, soutenu divers acteurs associatifs locaux. En 2011, après la période de guerre civile, elle a relancé dans un périmètre élargi ses programmes d'appui aux structures de santé, puis construit un programme de réduction des risques pour les usagers de drogue précaires, et un projet de lutte contre les grossesses non désirées ciblé sur les adolescent(e)s et les jeunes.

Cette longue présence dans le pays et la variété des interventions menées ont fait de MdM un partenaire dont le savoir-faire est reconnu, tant des pouvoirs publics que des associations locales, non seulement dans la capitale mais aussi dans des régions plus éloignées.

Le deuxième point intéressant tient au fait que, MdM ayant depuis plusieurs années organisé ses interventions selon quelques grandes thématiques, deux des principales d'entre elles sont en chantier en Côte d'Ivoire aujourd'hui : la santé sexuelle et reproductive (SSR) et la réduction des risques (RdR). Et, en pleine adaptation aux spécificités ivoiriennes, elles le sont sous un angle original (SSR ciblée sur les adolescent(e)s et les jeunes, RdR destinée aux usagers de drogue des « fumeurs »).

La taille significative du budget en jeu, et son évolution, ainsi que les sources de financement (bailleurs multiples et générosité du public) offrent un intérêt supplémentaire : près de 1,2 M€ sur l'exercice 2017, environ 1,9 M€ sur l'exercice 2018, et un budget prévu de 2,6 M€ pour l'exercice 2019.

On peut ajouter à ces trois raisons un dernier point important, lié à la volonté de Mdm d'inscrire son action en RCI de façon durable : de nouveaux projets sont à l'étude, pour poursuivre et élargir les programmes existants, et pour engager de nouveaux chantiers. Ainsi par exemple une mission exploratoire a été faite pour un programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

1) Le contexte général de l'intervention de Mdm en RCI.

Rapide historique de l'action de Mdm en RCI

Les actions de Mdm en RCI ont été durables, nombreuses et variées, et ont été menées dans plusieurs régions du pays.

Ainsi, de 1986 à 2007, on peut retenir les actions suivantes :

- appui aux structures de santé ivoiriennes : vaccination, soins de santé primaires, formation maïeutique (région de Khorogo, de 1986 à 1997) ;
- lutte contre le sida (Dikodougou et Guiembé, de 1990 à 1997) ;
- appui à un centre hospitalier et aux dispensaires environnants (Séguéla, de 2002 à 2005) ;
- et à Abidjan, de 1996 à 2007, projet à destination des enfants des rues, et soutien d'une association locale, à vocation sanitaire, éducative et sociale, créée par du personnel Mdm.

Depuis la reprise de l'activité en 2011 :

- appui de 21 structures de santé à Abidjan en 2011 ;
- appui de 17 structures de santé dans la région sud-ouest (Soubré, San Pedro) en 2011 et 2012 ;
- projet ensuite élargi à 45 structures de santé dans la même région (districts sanitaires de San Pedro, Sassandra, Guéyo) ;
- puis projet de renforcement du système de santé (PRSS), dans les mêmes secteurs et à Soubré, de 2014 à 2017 ;
- durant la même période, projet visant la prévention et la prise en charge de l'épidémie de fièvre Ebola, à Abidjan et dans la région sud-ouest ;
- enfin, depuis 2015 (après des études menées en 2013 et 2014) pour la RdR et depuis 2017 (après une étude menée en 2016) pour la SSR (voir ci-dessous).

Quelques éléments de contexte.

La situation générale actuelle du pays est très contrastée.

Pays d'une superficie équivalant aux trois cinquièmes de celle de la France, peuplé d'environ 25 millions d'habitants, dont plus de la moitié vivent aujourd'hui dans les villes (données 2017 : 55% ; Abidjan compterait actuellement 6 millions d'habitants), la RCI figure au nombre des états africains jouissant d'une croissance forte (le PIB a crû de 8,6 % en 2016), portée essentiellement par la production pétrolière et par l'agriculture (cacao, café, hévéa, huile de palme).

Mais ce dynamisme ne suffit pas à assurer la prospérité générale, dans un pays en forte progression démographique (43 % de la population a moins de 15 ans, pour 3% de plus de 65 ans).

Ainsi, alors qu'elle mobilise 46 % de la population active, l'agriculture représente moins du quart du PIB. Et si 80 % de la population utilisent un téléphone portable, moins des deux tiers ont accès à l'eau potable, à l'électricité et à l'utilisation de WC.

Avec un indice de développement humain (IDH) de 0,47, la Côte d'Ivoire se trouve ainsi en 37ème position sur les 54 pays africains.

On peut enfin noter que les équilibres politiques ayant assuré une certaine stabilité depuis 2011 restent fragiles. Si les élections régionales et municipales de l'automne 2018 se sont bien passées, l'épisode tout récent de la relaxe prononcée par la Cour Pénale Internationale (CPI) en faveur de Laurent Gbagbo (la décision a été rendue publique par la CPI le 15 janvier dernier, dernier jour de la visite effectuée par les auteurs du présent rapport) pourrait impacter la prochaine élection présidentielle, prévue en 2020.

Au plan sanitaire, les besoins sont importants.

Concernant plus particulièrement la situation sanitaire, les besoins restent très importants, dans un pays où il n'y a qu'un médecin pour 7 000 habitants, où plus de 40 % de la population sont atteints de paludisme, et où l'espérance de vie est de 52 ans pour les hommes, et 55 ans pour les femmes (pour comparaison, respectivement 58 et 61 en République Démocratique du Congo, 65 et 69 au Sénégal).

Si l'objectif de consacrer 15 % du budget à la santé a été proclamé, il est loin d'être traduit dans les faits, puisqu'il n'atteint qu'un peu plus de 4 % en 2012, et 6 % en 2016.

Ces besoins sont tout particulièrement criants dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et dans celui de la prise en charge des addictions.

Concernant la SSR, le taux de mortalité infantile a enregistré de nets progrès, mais reste élevé : encore 64 pour mille en 2017 (pour comparaison, 69 en RDC, mais 39 au Sénégal) ; comme l'est le taux de mortalité maternelle : 597 pour 100 000 naissances vivantes en 1998, 614 en 2012.

De ce point de vue, la situation des jeunes est préoccupante :

23 % des adolescentes de 15 à 19 ans ont eu déjà au moins un enfant ;

75 % des grossesses contractées par des adolescentes se terminent par un avortement ;

seulement 56 % des filles de cet âge ont accouché dans un établissement de santé ;

et la proportion d'utilisation de méthodes contraceptives modernes est chez elles inférieure à 12 %.

Or ni le cadre législatif ni l'environnement familial ne facilitent les progrès dans ce domaine. Si les soins post-avortement peuvent être pris en charge par le système de santé national, l'avortement, lui, reste encadré par la loi dans des limites très restrictives. Quant au regard porté par la société ivoirienne sur le planning familial ou sur les grossesses non désirées, il reste plus marqué par une approche morale traditionnelle que par une dynamique émancipatrice.

Concernant la prise en charge des usagers de drogue précaires, les spécificités locales (voir ci-dessous) ont des conséquences sanitaires marquées.

Les prévalences du VIH et de la tuberculose sont très supérieures à celles de la population générale : 3 fois plus élevée pour le VIH (9,5 % contre 3,7 %), et 50 fois plus élevée pour la tuberculose (9,8 % contre 0,2 %).

Et dans ce domaine comme dans le premier, le contexte légal et social ne favorise guère la prise en charge : approche purement répressive du phénomène, criminalisation des usagers, refus des traitements de substitution, absence de toute approche médico-psycho-sociale, forte stigmatisation des personnes concernées.

2) Description des programmes que nous avons pu observer.

Le projet SSR de Soubré : Prévention et prise en charge des grossesses non désirées en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui

C'est le projet "Go-Mogo yéré" ("fille-garçon dans le coup" en langue bété) : « sans contraception, pas de connexion ».

La région de Soubré et Méagui

Soubré et Méagui font partie de la région de la Nawa au sud-ouest de la Côte d'Ivoire, dans le district du Bas-Sassandra. C'est une région essentiellement agricole, première région productrice de cacao avec près de 20 % de la production nationale, mais aussi de café, hévéa, ... où une grande partie de la population vit dans des villages et des campements, loin des villes, à proximité des plantations.

La Nawa compte un peu plus d'un million d'habitants, le chef-lieu, Soubré, environ 200 000 habitants ; Méagui est une plus petite ville. La région est bien connue de MDM qui y mène des programmes depuis 2011.

Le problème des grossesses non désirées en temps de scolarité, et la particularité des « entrer-coucher »

Les jeunes à partir de la classe de 6ème, vers 10 ans, sont scolarisés dans des établissements secondaires de Soubré ou Méagui.

Lorsqu'ils n'ont pas de famille sur place ou de tuteur, cas très fréquent, les adolescents habitent des "entrer-coucher", co-locations très sommaires, sans supervision d'un adulte, où ils vivent dans une grande promiscuité et une grande précarité. Celle-ci est accrue par le fait que les revenus des agriculteurs varient selon les périodes de l'année, certains jeunes se retrouvent sans argent au cours de l'année scolaire, obligés de se débrouiller pour se nourrir et payer le loyer.

Les liens avec les acteurs locaux : autorités territoriales et organisations de la société civile

Afin de construire une offre de planification familiale adaptée à la population des jeunes et adolescents en période scolaire, MDM s'appuie sur tous les acteurs locaux concernés.

Au niveau local, la mobilisation des **autorités territoriales** que nous avons rencontrées est forte. Qu'il s'agisse des responsables sanitaires et sociaux (les directeurs départementaux de la Santé de Soubré et de Méagui ; le médecin-chef du centre de santé urbain de Méagui ; le Directeur du Centre social de Soubré), des responsables de l'éducation (le Directeur régional de l'éducation nationale, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle de Soubré ; le médecin-chef du centre de santé scolaire et universitaire de Méagui), de la Mairie ou de la Préfecture (le Secrétaire général de la Préfecture à Soubré), tous apportent leur soutien, voire manifestent leur enthousiasme, pour l'action de MdM.

Des relations étroites ont été tissées avec les **organisations de la société civile** chargées de la mobilisation communautaire et des activités de sensibilisation, afin de mettre en place une approche qui implique aussi les bénéficiaires.

Des agents de santé communautaires sont organisés en équipes supervisées par MdM. Une « coalition » de cause commune, la coalition Namané, a été créée pour le plaidoyer (voir ci-dessous).

L'ensemble de ces acteurs, orchestrés et soutenus par l'équipe de MdM, semble très mobilisés.

Les objectifs du projet

Le projet vise à contribuer à la réduction de la morbi-mortalité associée aux grossesses non désirées, chez les adolescentes et les jeunes (10-24 ans) scolarisés dans les districts sanitaires de Soubré et Méagui :

- améliorer la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées selon une approche par les droits, en particulier chez les jeunes et les adolescents ;
- renforcer l'expertise de MdM et de ses partenaires ;
- soutenir la mobilisation régionale et internationale pour le respect des engagements en faveur des droits sexuels et reproductifs, notamment à l'endroit des jeunes et des adolescent(e)s.

Le public cible est important : 16 500 ados (10-18 ans) et jeunes (18-24 ans) en cible directe, et 226 000 en cible indirecte.

Les moyens mis en oeuvre

Le projet a démarré en mai 2017 pour une durée de deux ans. Il a été précédé d'une étude socio-anthropologique conduite par MdM sur financements AFD ⁽¹⁾.

MdM intervient en appui pour la formation, l'équipement en matériel et la mise en oeuvre des activités. A Soubré, les interventions se déroulent dans quatre établissements scolaires publics, le service de santé scolaire et universitaire et l'hôpital général ; à Méagui, dans un lycée public, un centre de santé urbain et le service de santé scolaire et universitaire.

Volet Santé

MdM a pris en charge l'aménagement de quatre centres de santé à Soubré et Méagui, dont tout récemment un conteneur équipé pour qu'une sage-femme et une infirmière de l'hôpital de Méagui puissent recevoir en toute discrétion des jeunes et des ados.

—Les déterminants socio-culturels des grossesses non désirées, focus sur la sexualité des élèves adolescents" - 1^oDistrict sanitaire de Soubré, par Marie-Laure Deneffe-Dobrzynski - juillet 2016), étude multi-pays (RCI, RDC,

L'association apporte un appui en formation du personnel des centres de santé et des agents de santé communautaire sur les droits en SSR pour les jeunes afin de réaliser des actions de sensibilisation auprès des communautés et dans les établissements scolaires (consultations foraines).

MdM assure également l'approvisionnement en matériel et en intrants : contraceptifs, médicaments.

Volet éducation

MdM a aménagé un centre d'accueil et d'écoute des jeunes dans le service de santé scolaire et universitaire de Méagui. Il met à disposition des acteurs éducatifs et des pairs des outils de communication et les accompagne vers une plus grande autonomie.

Volet social

Les visites au domicile des jeunes pour des actions de sensibilisation ou de soutien psycho-social sont assurées par des travailleurs sociaux et agents de santé communautaires organisés en équipes qui se répartissent les terrains, en particulier les « entrer-coucher », et sont coordonnées par un superviseur local. Dans les communautés, des "tontons et tatas" bénévoles font remonter les cas aux travailleurs sociaux. Les agents de santé communautaires sont également des bénévoles que MdM rémunère à la vacation pour les visites à domicile (environ 10 000 CFA/mois soit 15 €). MdM finance également des kits de sensibilisation.

Les actions réalisées

- Première action mise en place par MdM : faire tomber la barrière d'accès aux centres de santé par les jeunes. Les études préliminaires ayant mis l'accent sur les préjugés des personnels de santé à l'égard de la SSR des jeunes en âge scolaire, MdM a mis en place dès le démarrage du projet une formation de "clarification des valeurs" destinée à toutes les parties prenantes, à commencer par les équipes MdM, mais aussi les autorités locales et partenaires du projet (les responsables des administrations concernées, le maire, le préfet et les ONG et associations communautaires)
- Actions de sensibilisation :
 - les agents de santé communautaires organisés en équipes/secteurs organisent des "consultations foraines" dans les établissements scolaires et des animations dans les campements ou les villages
 - des visites à domicile de sensibilisation à la SSR et d'accompagnement psycho-social de jeunes filles et jeunes gens, en particulier dans sept sites "entrer-coucher", sont faites par des travailleurs sociaux et agents de santé communautaires
 - des "Jeunes ambassadeurs" (élèves des collèges et lycées) animent une émission de radio communautaire de la région Nawa sur les questions de SSR (voir ci-dessous, partie 3).
- Prise en charge de cas difficiles : tous les mois se tient une réunion de tous les acteurs (santé, éducation, social, agents de santé communautaires) pour étudier les cas difficiles. Dans le cas de grossesse non désirée, le but est d'impliquer, selon les cas, le jeune père, la famille de la jeune fille, et de permettre que celle-ci ne soit exclue ni de sa famille, ni de l'école, et puisse reprendre ses études après l'accouchement ou après un traitement post-avortement.
- Suivi/évaluation et collecte de données : cette fonction est assurée au sein de l'équipe MdM, notamment pour alimenter le plaidoyer. En janvier 2019, un document récapitulait les résultats du programme pour la période septembre 2017 à décembre 2018 en fonction d'un certain nombre d'indicateurs. Quelques chiffres issus de ce document figurent ci-dessous :

- les premiers rapports sexuels ont lieu à un âge médian de 16 ans ;
- 14 % des filles ont été au moins une fois enceintes et dans 75 % des cas la grossesse se termine par un avortement ;
- 14 % des filles sexuellement actives recourent à une méthode de contraception et 7 % sur l'ensemble des filles en âge de procréer ;
- 11 335 adolescents et jeunes ont été sensibilisés sur leur droits en matière de santé sexuelle ;
- 808 jeunes filles ont adopté la contraception via les consultations foraines et 425 jeunes ont été référés vers les centres de santé, dont 45 grossesses ;
- 10 000 préservatifs ont été distribués à 3 300 adolescents ;
- 3 483 jeunes, dont 88 très vulnérables, ont bénéficié d'un accompagnement psychosocial.

Volet plaidoyer

En Côte d'Ivoire, les grossesses non désirées ne sont pas prises en charge faute de compétences et de moyens. Par ailleurs, la loi concernant l'avortement est très restrictive (il n'est permis qu'en cas de danger pour la vie de la mère après avis de trois médecins) et les actes autorisés (contraception d'urgence et soins post-avortement) ne sont pas disponibles.

Le but du plaidoyer est d'accompagner les acteurs locaux dans leurs actions sur les droits et la santé sexuelle des adolescents et des jeunes, au niveau local, mais aussi national, afin d'améliorer le cadre réglementaire et d'assurer le financement des médicaments et moyens de contraception par les pouvoirs publics.

Parmi les moyens mis à disposition pour le plaidoyer :

- la "Coalition Namané pour le plaidoyer en faveur de la santé sexuelle et reproductive " à Soubré, coalition de cause commune, réunit tous les mardi, sous la houlette de MDM, organisations de la société civile, ONG, associations, dans le district sanitaire de Soubré afin de soutenir des initiatives de plaidoyer en faveur de l'accès effectif au droit à la SSR ;
- certaines personnes influentes, les "Champions du plaidoyer", qui se voient décerner ce titre en raison de leur motivation (le Secrétaire général de la Préfecture, le directeur régional de l'éducation nationale et de l'enseignement technique DRENET, le maire), sont également mises à contribution.

Un premier résultat a été acquis en 2018 avec l'apport par la Mairie de Soubré de 500 000 FCFA (760 €) pour l'achat de produits contraceptifs et l'inscription de cette ligne dans son budget annuel afin d'en assurer la pérennité.

Les financements en cours et à venir

En 2018, le montant du projet GND s'est élevé à environ 368 000 €, n'ayant démarré effectivement qu'au milieu de l'année. Le budget prévisionnel se monte à 1,3 M€ pour 2019, à 0,8 M€ pour 2020 et à 0,6 M€ pour 2021.

L'année 2019 est une année charnière qui va voir le financement AFD s'arrêter en avril et l'Union européenne prendre le relais pour deux ans (et pour environ 400 000 euros). Deux autres bailleurs, Amplify Change et PAI, interviennent respectivement pour 44 000 € et 6 000 €.

Est également attendue la confirmation d'un bailleur américain (anonyme) : sa contribution se monterait à 2,3 millions d'euros sur les trois années 2019, 2020 et 2021. Des discussions sont en cours entre le triptyque, la direction et le bailleur pour définir le nouveau périmètre de l'intervention que ce dernier souhaite beaucoup plus large que le projet actuel.

L'utilisation de l'argent des donateurs (RNA) par ce projet s'est élevée à 23 000 € en 2018 et devrait être environ de 150 000 € pour la période 2019 à 2021.

Le programme RdR d'Abidjan

Projet de consolidation d'une offre de soins de santé adaptés, intégrés et accessibles en direction des usagers de drogue précaires et vulnérables aux trois pandémies de manière conjointe à Abidjan

La grande ville d'Abidjan et ses bidonvilles

Mégapole de 6 millions d'habitants, représentant un cinquième de la population totale du pays, Abidjan est la capitale économique de la Côte d'Ivoire, la capitale politique et administrative étant officiellement Yamoussoukro, même si le Président de la République et le Parlement sont restés à Abidjan. Composée de 13 communes (Yopougon, Abobo, Plateau, etc.), Abidjan connaît une urbanisation galopante et désordonnée, notamment en raison de l'afflux d'une population rurale attirée par les opportunités de la ville : on estime qu'un million de personnes vivent dans des bidonvilles en périphérie et au sein même de la ville. Les opérations de "déguerpissement", c'est à dire de démolition de ces quartiers insalubres, sont courantes.

Les particularités de la toxicomanie en Côte d'Ivoire

L'Afrique de l'Ouest est considérée par l'ONU comme une plateforme de transit de la cocaïne sud-américaine vers l'Europe, et la Côte d'Ivoire a constaté une augmentation de la toxicomanie depuis les années 2000. Les usagers de drogues ne sont pas des injecteurs (moins de 4 %), mais essentiellement des fumeurs de cocaïne, de crack, d'héroïne. Abidjan compterait une centaine de « fumoirs » (MdM accède actuellement à une cinquantaine d'entre eux), lieux cachés répartis dans la ville, surtout dans les quartiers pauvres, où se retrouvent les toxicomanes (voir ci-dessous, partie 3). Un fumoir peut compter 300 personnes. Il est dirigé par un chef (le « babaché ») qui fournit la drogue, le matériel pour fumer (pipe à crack appelée « zeb ») et gère les relations à l'intérieur du site et vis-à-vis de l'environnement. Les usagers de drogue vivent dans des conditions extrêmement précaires et sont pourchassés par la police qui les envoie en prison et démantèle les fumoirs. La population totale d'usagers de drogues est estimée à 6 à 10 000 personnes.

Les objectifs du programme

L'objectif principal est de faire comprendre que la Réduction des risques est une approche qui donne des résultats en mettant en place un modèle innovant basé sur une démarche d'accès direct ("outreach") aux usagers de drogue.

Le projet vise à consolider l'accès à des soins de santé adaptés aux usagers de drogue, personnes précaires et vulnérables aux trois pandémies (tuberculose, VIH, hépatite) présentes à Abidjan.

Quatre objectifs spécifiques sont visés :

- accompagner la mise en place d'une unité d'addictologie proposant une prise en charge globale
- renforcer les capacités des acteurs impliqués dans le dispositif d'accès à des soins adaptés aux usagers
- documenter les pratiques afin d'en favoriser une meilleure connaissance
- réaliser des actions de plaidoyer sur la question du respect des droits humains et de l'accès effectif aux services adaptés.

Les moyens mis en oeuvre

Le programme a démarré en janvier 2018 pour une durée de trois ans. Il a été précédé en 2014 par une étude bio-comportementale menée pendant six mois auprès des usagers de drogue afin d'évaluer la prévalence en VIH, VHC et VHB ainsi que les besoins sanitaires de cette population. De 2015 à 2017, une première phase du projet a été engagée dans le but de renforcer la réponse nationale au VIH et à la tuberculose chez les usagers de drogue précaires.

Le projet se déroule en partenariat avec les autorités sanitaires, les associations et les organisations de la société civile. Le Ministère de la Santé et ses différents départements, le ministère de la justice et le ministère de l'intérieur sont associés au projet. Trois associations partenaires ont oeuvré à son démarrage : Espace Confiance qui est impliqué dans le CASA, ASAPSU qui gère trois centres de santé avec l'appui de MdM et l'association Croix Bleue. D'autre part, les organisations de la société civile sont également mobilisées.

MdM apporte au projet des moyens matériels pour l'aménagement, l'équipement et la fourniture d'intrants au CASA et aux trois centres de santé ASAPSU, mais aussi des moyens humains très importants afin d'accéder aux usagers de drogue et les amener à fréquenter des centres de santé. Une quarantaine d'éducateurs pairs, eux-mêmes issus des fumoirs travaillent pour MdM, visitent régulièrement les fumoirs, participent aux sorties de soins et dépistage ainsi qu'aux maraudes. Plusieurs voitures sont utilisées chaque jour à cette fin.

Les actions réalisées

Le programme en cours comporte trois actions principales : le CASA, les sorties soins et dépistage, le plaidoyer.

Premier centre communautaire de prise en charge des usagers de drogue en Afrique francophone, le CASA (Centre d'accompagnement et de soins en addictologie), géré par le partenaire Espace Confiance, a ouvert ses portes en août 2018 (voir ci-dessous, partie 3).

Une équipe de vingt personnes, dont sept éducateurs pairs, assure le fonctionnement du CASA. Une unité d'addictologie doit ouvrir prochainement pour proposer des traitements de substitution aux opiacés (méthadone), produits non disponibles aujourd'hui en Côte d'Ivoire, qui seront fournis par le Ministère de la Santé. Un psychiatre spécialisé en addictologie est en cours de recrutement par MdM.

Des sorties soins et dépistage sont assurées quatre fois par semaine dans les fumoirs par les partenaires Espace Confiance (une sortie) et ASAPSU (trois sorties) avec le soutien de Mdm afin de permettre aux usagers de drogue blessés, malades ou dépistés positivement de se faire soigner ou d'être référés vers un hôpital ou un centre de santé. En cas de traitement sur une longue durée (tuberculose, ARV), un suivi est assuré par un éducateur pair.

Le plaidoyer vise à convaincre les autorités qu'une réponse sanitaire est plus efficace qu'une réponse policière criminalisante, la seule utilisée à ce jour vis-à-vis des usagers de drogue. Les autorités concernées, Ministère de l'intérieur, Ministère de la santé et de l'hygiène, sont associées le plus étroitement possible, le but étant de faire évoluer les mentalités et la réglementation autour des thématiques du respect des droits humains et de l'accès effectif aux services adaptés. Mdm et ses partenaires travaillent sur un avant-projet de loi sur l'usage de drogues qui intègre des alternatives à l'incarcération.

Les financements en cours et à venir

En 2018, le montant du projet RDR s'est élevé à 1 M€. Il est prévu à 1,2 M€ pour 2019.

Le financement provient de quatre bailleurs différents : le Projet régional PARECO (financement du Fonds mondial via l'Association nationale Sénégal) ; le Fonds mondial via l'Association nationale Côte d'Ivoire ; Initiative 5 % ; et enfin l'AFD (convention CPP sur la RDR).

Cette multiplicité des bailleurs entraîne une gestion complexe et lourde, qui a un coût (voir ci-dessous).

Pour les années 2020 et 2021, le budget prévisionnel se situe respectivement à 1,1 M€ et 0,7 M€.

En 2020, le financement PARECO s'arrêtera, et en 2021 n'est acquis pour le moment qu'un financement AFD d'environ 157 000 € (un bailleur est recherché pour un montant de 400 000 €).

A partir de 2021, les deux associations Espace Confiance et ADAPSU devraient recevoir directement les financements du Fonds Mondial, ce qui explique la baisse du budget prévisionnel 2021.

Les RNA consacrées à l'opération se sont élevées à un peu plus de 100 000 € en 2018, niveau qui devrait se maintenir pour les trois années suivantes (88 000 € en 2019 ; 77 000 € en 2020 ; et 140 000 € en 2021).

3) Quelques images de notre visite.

Le programme de notre visite était très dense, parce qu'en quelques jours, il faut tenter de comprendre le mieux possible les projets mis en oeuvre, d'en rencontrer sinon tous les acteurs, du moins les principaux, et de se rendre sur le terrain, non seulement dans les lieux où Mdm accueille les bénéficiaires, mais aussi dans ceux où Mdm va directement à leur rencontre.

Retenons en ces quelques images, ces quelques moments, dans la Nawa (la région de Soubré et Méagui, dans le sud-ouest de la RCI), et à Abidjan.

La base d'Abidjan



Accueil par le coordinateur général et l'ensemble de l'équipe d'Abidjan
autour d'une galette des rois



Projet Grossesses non désirées - Soubré et Meagui



Soubré : la responsable du projet devant les locaux de MdM



Soubré : le studio de la radio
La voix de la Nawa



Meagui : réunion avec le Directeur Départemental de la santé



Meagui : le conteneur aménagé par MdM pour les consultations des jeunes



Meagui : échanges avec les agents de santé communautaires



Meagui : visite à domicile

Programme RDR - Abidjan



Le responsable du programme RDR entouré de quelques membres de son équipe



CASA - le président d'Espace Confiance et le médecin coordinateur du centre



CASA - groupe d'auto-support "Petit poteau"



CASA - Repas préparé par les bénéficiaires



Centre de santé urbain du partenaire ASAPSU à Yopougon



Accueil par une bénéficiaire

Soubré et Méagui

Des locaux bâtis grâce à MdM.

La première image est celle de locaux bâtis.

A Soubré, les lieux occupés aujourd'hui par MdM sont situés dans un ensemble de bâtiments qui rassemblent autour d'une cour centrale à la fois des locaux de soin, des bureaux administratifs et des locaux techniques. Là se trouvent le siège de la direction régionale de la santé ivoirienne, et des salles utilisées par des associations locales. C'est là que par exemple se réunit la « coalition » Namané (« prenons conscience » en langue bété) créée pour rassembler tous les acteurs, associations ou particuliers, impliqués au niveau régional dans le plaidoyer en faveur d'un meilleur financement des produits contraceptifs et d'une évolution de l'encadrement législatif de la contraception et de l'IVG. Un peu en arrière, un grand bâtiment abrite les locaux réfrigérés destinés à la conservation des médicaments.

Tous ces bâtiments, comme l'atteste un panneau mural, ont été construits grâce à MdM, dans le cadre d'un programme, aujourd'hui en cours d'achèvement, dit PRSS (Programme de renforcement du système de santé), dont le fruit principal, davantage encore que ces preuves matérielles, se trouve probablement dans la qualité des rapports construits au fil du temps avec les pouvoirs publics locaux et les partenaires de la société civile.

Une autre réalisation est celle du « conteneur » (orthographe locale !) de Méagui. Le besoin s'était fait sentir de pouvoir accueillir les jeunes, les adolescentes surtout, dans un lieu dédié, sans l'obstacle d'un passage obligatoire par un centre de soins, pour y rencontrer une sage-femme. Grâce à MdM, un conteneur abandonné a été récupéré, rénové et aménagé, puis installé, doté d'un large portique et d'un toit, un peu à l'écart des autres bâtiments du centre de soins de Méagui, pour offrir maintenant une salle d'attente et deux cabinets de consultation. Nous l'avons visité alors qu'on y mettait les derniers coups de pinces, bon exemple de réponse simple et efficace à un vrai besoin, constaté au plus près du terrain par les acteurs concernés.

Le studio de La voix de la Nawa.

La deuxième image est celle du studio d'enregistrement d'une radio, « La voix de la Nawa ».

Nous assistons à l'émission, en direct, d'un échange entre l'animateur (en fait, l'homme orchestre de cette émission, à la fois animateur, technicien, ingénieur du son, etc) et un groupe de « jeunes ambassadeurs ». Il s'agit de jeunes, filles et garçons, d'âge scolaire, choisis pour diffuser auprès de leurs camarades toute l'information utile sur la santé sexuelle et reproductive et les droits des jeunes dans ce domaine (ceci dans le cadre du « protocole de Ouagadougou », programme conjoint de différents pays de la région d'Afrique de l'ouest, visant à améliorer l'accès à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive et aux produits contraceptifs).

Le local est exigu, l'isolation phonique plutôt sommaire. Mais l'échange est activement mené, les jeunes ont visiblement bien préparé l'émission, ils semblent être à l'aise, et tous les sujets, droits des jeunes, relations avec leurs parents, méthodes contraceptives, information sur les maladies sexuellement transmissibles, sont abordés.

Quel rapport avec MdM ? C'est que le programme de SSR mis en oeuvre à Soubré soutient (et s'appuie sur) la convergence des efforts de tous ceux qui, à un titre ou à un autre, peuvent s'impliquer dans la lutte contre les grossesses non désirées chez les jeunes en âge scolaire. Aux côtés des représentants du système de santé ou de ceux de l'éducation nationale, les médias en font partie : le responsable de « La voix de la Nawa » est membre de la coalition Namané.

Visite à domicile.

Une dernière image. Nous sommes à Méagui. Nous avons assisté à une réunion d'un groupe d'agents de santé communautaires. Sur la base du volontariat, et en fait souvent choisis par leur communauté, ils travaillent avec diverses associations, dont MdM. Sorte de travailleurs sociaux occasionnels, ils assurent l'information de la population et le lien entre elle et les intervenants, publics ou associatifs.

Nous avons accompagné l'un d'entre eux. Il a un rendez-vous avec une lycéenne, chez elle. Il arbore un gilet MdM (jaune, il y en a quelques-uns !). La rencontre a lieu en plein air, devant la maison de la jeune fille. La lycéenne, en uniforme national (jupe bleue et chemisette blanche) est assise à l'ombre d'un grand arbre. Non loin de là, une tente, avec un feu sur lequel une femme, la mère ou la tante, cuisine activement. De nombreux enfants en bas âge, regroupés autour de l'arbre, observent la scène. Deux soeurs de la lycéenne, plus âgées, l'ont rejointe, tout comme plusieurs camarades de classe, elles aussi en uniforme. L'intervenant a expliqué notre présence, mais nous nous sommes mis un peu en retrait pour laisser l'échange se dérouler normalement. L'intérêt d'une telle intervention paraît évident : ici l'information est donnée dans un cadre familial, l'auditoire s'est constitué naturellement, et la démarche est très complémentaire du travail pédagogique effectué en milieu scolaire ou dans un centre de santé.

Abidjan

Le CASA.

Nous voici à Abidjan, assez loin du centre, mais juste à côté d'une gare routière.

Entre l'entrée d'une banque et celle d'une laverie de voitures, un portail discret, sans aucune indication extérieure, donne accès à un passage au bout duquel un autre portail permet d'entrer dans une cour. Nous sommes au CASA (Centre d'accompagnement et de soins en addictologie).

Trouver ce local n'a pas été facile pour MdM et l'association qui le gère, Espace Confiance. Il le fallait assez grand pour satisfaire aux besoins d'un centre d'accueil, et facilement accessible par les transports urbains. Son aménagement est récent. Disposés autour d'une cour centrale dont une partie est abritée par un préau, tous les locaux nécessaires ont été conçus pour répondre aux besoins des usagers de drogue qui y viennent : un espace cuisine, un local avec douche et WC, plusieurs salles de visite médicale, un bureau pour une assistante sociale, une pharmacie, un laboratoire d'analyses.

Créée en 2004, partenaire de MdM depuis 2014, Espace Confiance est une association importante (80 salariés et 110 bénévoles), d'abord orientée sur la lutte contre le VIH, et qui gère actuellement quatre autres centres.

Le CASA (dont le nom a été choisi par les bénéficiaires) s'est donné pour objectif « de contribuer à améliorer le bien-être et l'autonomisation des usagers de drogues tout en favorisant leur insertion sociale et l'amélioration de leurs relations familiales ». Il offre aux usagers de drogue un endroit où se poser, prendre soin de soi, se faire soigner, se rencontrer, être accompagné et éventuellement se soutenir mutuellement. Le centre fonctionne, grâce au financement de plusieurs bailleurs, avec une vingtaine de permanents ; un médecin salarié et un vacataire y assurent une vingtaine de consultations par jour (avec un objectif de 30). Des consultations de psychiatrie sont prévues. Les soins y sont totalement gratuits, mais en revanche le coût des transports pour y venir est à la charge des usagers.

Par ailleurs, le centre peut accueillir des réunions, notamment celles des « groupes d'auto-support », qui y sont légalement domiciliés. Il s'agit de groupes de quinze à vingt usagers de drogue, regroupés selon des critères identitaires (groupes exclusivement composés de jeunes, d'hommes adultes, de femmes, etc), et qui ont vocation à faciliter les échanges, les discussions sur des sujets d'intérêt commun, et l'entraide dans le combat contre l'addiction.

Nous y avons partagé un repas avec les usagers présents ce jour-là, et participé à la réunion d'un groupe d'hommes (le groupe « Petit poteau », qui tire son appellation de celle d'une forme de football de rue, qui se joue avec des cages de but miniatures), dont plusieurs nous ont raconté avec beaucoup de spontanéité leur parcours et leurs difficultés. Pour nombre d'entre eux le centre semble offrir un substitut de la cellule sociale qui sans doute leur fait défaut.

Le fumoir d'Abobo.

Changement de décor. Nous avons traversé une bonne partie d'Abidjan (la ville est gigantesque, plus de 2000 km²) pour nous rendre dans le quartier d'Abobo, commune pauvre située au nord de l'agglomération.

L'objectif est d'accompagner une équipe conjointe MdM-ASAPSU, qui, comme elle le fait quatre fois par semaine, se rend à proximité d'un fumoir.

Il y a à Abidjan une centaine de fumoirs. MdM a accès à une quarantaine d'entre eux. Selon un rythme d'une fois environ tous les trois mois, une séance d'information et de soins est organisée pour les usagers de ces fumoirs.

Trois jours auparavant, contact a été pris avec le chef du fumoir (le « babaché ») pour s'assurer que la séance sera possible. Vérification est faite la veille, puis encore le matin du jour prévu.

Ce matin, à Abobo, nous entrons en voiture dans un bidonville. Dans un espace libre constitué par le croisement de plusieurs ruelles, trois tentes sont dressées. L'une est consacrée à l'accueil, tenu par MdM. Dans la seconde, une équipe médicale d'ASAPSU fait du dépistage (essentiellement VIH, avec résultat immédiat, et tuberculose, avec prise d'échantillon pour un résultat différé). Dans la troisième enfin, un médecin et un infirmier assurent les soins possibles sur place. Les cas plus graves sont référés au système de santé public. La file d'attente est déjà assez longue, et il n'est apparemment pas facile de faire respecter la distance minimale pour assurer la confidentialité des consultations.

Le fumoir lui-même est un peu plus loin. Il faut encore marcher entre les maisons, puis descendre, au milieu de monceaux d'ordures, dans le lit pour l'instant desséché d'un ruisseau. De l'autre côté, une équipe de gardes du fumoir veille, il faut montrer patte blanche auprès du chef du groupe. On longe ensuite une voie ferrée. Après un virage, en bordure de la voie, en contrebas de l'arrière du bidonville, voici le fumoir, ou plutôt ce qui en reste : la police a fait ici une descente hier, et a détruit une bonne partie des lieux. Mais il y a malgré tout du monde, des hommes, quelques femmes aussi, assis autour de petites tables de bois, abritées de bâches. Le babaché, ou son second, nous accueille. Les fumoirs passent pour être très hiérarchisés. Les vrais patrons sont évidemment invisibles, et sans doute vivent-ils, eux, dans les beaux quartiers. Mais la drogue s'achète et se fume sur place, dans une ambiance très collective et solidaire, unique paraît-il en Afrique. Les pratiques de consommation (l'échange des pipes notamment) sont propices à toutes formes de contamination. La réduction des risques a encore de beaux jours devant elle. Des embouts individuels sont proposés aux usagers, mais, nous dit-on, leur emploi n'est pas encore suffisamment entré dans les pratiques.

4) Quelques réflexions.

De ces journées passées auprès des équipes de MdM, à Soubré et Méagui, et à Abidjan, on retiendra tout d'abord un sentiment très rassurant : en découvrant l'action de MdM en Côte d'Ivoire, on constate que les équipes fonctionnent avec rigueur, que les locaux sont bien tenus, que l'ambiance de travail semble empreinte de bonne humeur, et que l'adhésion aux objectifs communs est réellement partagée. Lorsqu'on examine les programmes, qu'on rencontre les partenaires, qu'on observe les bénéficiaires, on constate surtout la qualité des projets en cours et on se rend compte qu'ils répondent à de vrais besoins, et qu'ils se construisent et sont mis en oeuvre dans une coopération confiante et efficace avec les acteurs locaux.

Cette satisfaction n'exclut cependant pas quelques interrogations, qui dépassent sans doute le seul cas de la Côte d'Ivoire, mais que celui-ci illustre pleinement.

La première touche aux possibilités d'action qui s'offrent aujourd'hui à une grande ONG à l'international.

Les deux programmes que nous avons vus nous semblent en effet en représenter les deux limites opposées : d'un côté, l'acceptation de jouer sa partition dans un orchestre dont la direction échappe à l'association, mais où l'efficacité de son investissement est assurée ; de l'autre, la volonté d'explorer des chemins plus nouveaux, de façon beaucoup plus libre, mais à un coût très élevé.

A Soubré, le programme de lutte contre les grossesses non désirées chez les jeunes en âge scolaire a succédé à plusieurs programmes, qui ont largement consisté à appuyer le système de santé local. Cet appui comportait un volet d'appui matériel et financier plaçant de fait l'association dans une situation de substitution qui ne correspond pas totalement à ses objectifs affirmés de renforcement des capacités locales.

Or le programme GND n'échappe pas non plus à cette situation. L'action de MdM s'insère dans un dispositif choisi par les pouvoirs publics, à un échelon supérieur même à celui de la RCI, puisqu'il s'agit d'une politique publique de planning familial et de santé sexuelle décidée et pilotée à l'échelon international, notamment dans le cadre du Partenariat de Ouagadougou.

L'efficacité de l'antenne de MdM est incontestable, y compris en termes financiers : un public en cible directe de plus de 16 000 jeunes, et de 226 000 en cible indirecte, a mobilisé un budget de seulement 358 000 euros pour 2018.

Mais cette efficacité prend place dans une machine où les marges de manoeuvre sont réduites. Les exigences des grands bailleurs qui financent l'action renforcent ces contraintes. On pourrait avoir à certains égards le sentiment que les salariés de MdM sont ceux d'un service de l'état ivoirien, ou d'un sous-traitant missionné. Dans ces conditions, l'originalité de MdM trouve ses limites. Quand nous avons posé la question de l'avenir aux responsables ivoiriens que nous avons rencontrés, il nous a été répondu qu'en l'état actuel c'est surtout la question de l'approvisionnement en intrants (médicaments, produits contraceptifs) qui se poserait.

Au-delà de cette efficacité très (trop ?) encadrée, seul le plaidoyer offre un petit espace de liberté, MdM pouvant tenter, en coopération avec les organisations de la société civile locale partageant ses objectifs, d'aller au-delà du cadre tracé par les pouvoirs publics en matière de liberté sexuelle et d'avortement.

A Abidjan, on observe plutôt une situation inverse.

MdM y explore en effet une problématique nouvelle, peu de gens jusque là s'étant intéressés à la santé des usagers de drogue issus des populations précaires de la capitale. Et elle le fait avec une approche sans doute originale.

Mais, en tous cas au stade actuel du programme, il faut constater que les difficultés d'accès au public concerné, ainsi que la personnalisation de la prise en charge imposée par la fragilité, parfois l'imprévisibilité, de beaucoup des bénéficiaires, impliquent nécessairement un nombre élevé d'intervenants. Il peut arriver par exemple que le besoin de rechercher tel usager soumis à un traitement régulier mais tout à coup perdu de vue, ou la nécessité d'accompagner tel autre vers les instances de droit commun, qu'elles soient administratives ou sanitaires, mobilise deux voire trois personnes en même temps. Une action de même nature, faite en France, le serait en grande partie avec des intervenants bénévoles. Ici, ce sont des personnels salariés, ou des intervenants défrayés, qui la conduisent.

Cette dernière observation, les rapporteurs tiennent à insister sur ce point, n'emporte aucune appréciation quant à l'engagement des personnels dans l'action, l'implication d'intervenants salariés pouvant être tout aussi forte que celle de bénévoles.

Elle n'est que le constat d'un mode de fonctionnement, et de ses conséquences sur le modèle économique du programme, dont le coût, particulièrement sur le volet des ressources humaines, est très élevé. Pour un public en cible directe de 2300 usagers de drogue précaires, et 6000 en cible indirecte, le budget a dépassé un million d'euros en 2018.

Et, comme pour le programme de SSR, la problématique des intrants, aujourd'hui fournis par MdM, reste posée pour la suite.

C'est pourquoi, plus encore que dans le cas précédent, l'importance du plaidoyer est grande. Si le programme doit être poursuivi et généralisé, ce ne pourra être que dans un cadre organisé et supporté par l'état ivoirien, et ceci ne sera possible que si l'évolution du regard social porté sur les usagers de drogue évolue, et surtout si l'encadrement législatif est modifié.

La deuxième touche à l'évolution de l'économie de l'univers humanitaire, et à ses conséquences sur le profil des acteurs.

Dans les discussions internes à MdM, la question de l'indépendance vis-à-vis des bailleurs est souvent abordée sous l'angle de leur nombre : si un programme dépendait d'un seul bailleur, l'indépendance de l'association serait menacée ; mais si plusieurs bailleurs financent en même temps ce programme, le pilotage par MdM ne risque pas d'être entravé.

L'observation du projet de SSR de Soubré, et bien davantage encore du programme de RdR d'Abidjan, montre les limites de cette approche.

La multiplicité des bailleurs y semble plus une réalité subie qu'un choix volontaire. Et ses conséquences en termes de gestion administrative, de complexité comptable, de lourdeur dans la reddition des comptes aux différents bailleurs, qui tous ont leur calendrier spécifique (programmes de deux, trois, voire quatre ans), leur rythme particulier (reporting trimestriel, semestriel, et/ou annuel) et imposent leurs propres grilles d'analyse, leurs propres critères d'évaluation, etc, sont coûteuses à la fois en temps et en énergie.

Ainsi, le programme de RdR d'Abidjan est financé par quatre bailleurs différents. Pour ne parler que du service comptable et financier de la base ivoirienne, il faut pour le suivre une équipe de cinq personnes à temps plein. On devrait y ajouter l'existence d'un contrôleur financier basé à Abidjan,

mais oeuvrant au niveau régional, pour la RCI, la RDC et le Burkina-Fasso, sans parler du suivi assuré au siège parisien.

Cette complexité, qui n'est pas propre au programme d'Abidjan, explique sans doute une évolution dans le profil des intervenants salariés, y compris nationaux, de plus en plus formés à la « gestion de projets », et pour qui MdM n'est peut-être qu'une ONG parmi d'autres, comme une autre, et donc un point de passage fortuit dans une « carrière », facilitée par la dimension internationale présente de l'association².

On ne peut que prendre acte de cette évolution, qui éloigne progressivement la nature des interventions de MdM en France, où les acteurs bénévoles restent indispensables, et celles faites à l'international, où ils ont de moins en moins de place.

On ajoutera une dernière réflexion sur la place des acteurs nationaux dans la définition des programmes.

En 2016, une étude sur les déterminants socio-culturels des grossesses non désirées a été conduite par une chercheuse venue de France, missionnée par MdM, et qui a passé quinze jours dans la région de Soubré pour les besoins de sa recherche.

On peut s'étonner qu'il n'ait pas été fait appel pour ce type d'étude à un spécialiste local. On a du mal à croire qu'il n'y aurait dans les universités ivoiriennes aucun sociologue chevronné, connaissant le terrain mieux que n'importe quel étranger, ou aucun jeune thésard tout prêt à s'investir sur un tel sujet.

Les salariés nationaux sont désormais nombreux dans les programmes internationaux de MdM. Sans doute pourrait-on étendre cette ouverture aux chercheurs et aux experts, en amont des programmes, pour leur définition, ou en aval, pour leur évaluation.

Conclusion.

La découverte des programmes conduits en Côte d'Ivoire par MdM nous a beaucoup intéressés parce qu'elle nous semble particulièrement à même d'illustrer à la fois la réussite et les difficultés de son action internationale actuelle.

Cette réussite, notre visite nous a permis de la mesurer, par le constat de l'efficacité du fonctionnement des équipes, comme par l'adhésion manifeste des partenaires.

Ces difficultés, ce sont celles qui naissent de la confrontation d'une réalité de terrain compliquée, largement investie par de grandes machines internationales, et les valeurs d'indépendance et d'originalité revendiquées par une ONG de la taille de MdM.

Cette tension ne nous semble pas un obstacle à l'action, à la condition qu'elle soit pleinement consciente, c'est-à-dire perçue et assumée, par les acteurs sur le terrain, par les responsables de l'association au siège, et in fine par les donateurs eux-mêmes.

Ce que ce rapport, modestement, essaie de contribuer à permettre.

² On peut aujourd'hui être bi-national franco-ivoirien, et être recruté en RCI sur un poste d'expatrié ; ou être ivoirien salarié national de MdM et envisager pour l'avenir un poste d'expatrié, à MdM ou ailleurs, dans un pays voisin.

ANNEXES - Programme de la visite et personnes rencontrées
Budget de la mission
Effectifs de la mission

Programme de la visite et personnes rencontrées

Lundi 7 janvier : Abidjan

8h10 Briefing matinal
8h30 Briefing sécu
9h Petit déjeuner d'accueil
10h GenCo, Jean Luc Lambert
14h AdminCo, David Pelletier
15h LogCo, Jean Louis Ekra
16h Resp plaidoyer, Aboudou Soro

Mardi 8 janvier : Abidjan - Soubré

8h Voyage Abidjan - Soubré ; "kiss" à Divo
16h RV Directeur régional de l'éducation nationale, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle (DRENET), M. Moustafa Coulibaly,
17h RV Directeur départemental de la santé (DDS), Dr Zoni
18h Briefing Coordinatrice site, Florence Kouadio

Mercredi 9 janvier : Soubré

8h Présentation équipe programme Grossesses non désirées (GND)
10h Echanges avec le partenaire Coalition Namané
12h RV Secrétaire général de la Préfecture, M. Bonaventure Tiegbe
14h Emission radio La Voix de la Nawa par les Jeunes ambassadeurs

Jeudi 10 janvier : Meagui - Soubré

8h Voyage Soubré - Meagui
9h Réunion DDS Meagui, Dr Hugues-Arsène Kouakou ;
Médecin-chef du Centre de santé urbain (CSU), Dr Germaine Bregnon ;
Médecin-chef du Centre de santé scolaire et universitaire, Dr Kouyate.
10h Visite du conteneur aménagé par MDM ; échanges avec la sage-femme
11h Echanges avec les Agents de santé communautaires (ASC)
12h Visite du Centre de santé scolaire et universitaire (CSSU)
13h Visite à domicile avec un ASC
14h Voyage Meagui - Soubré
16h Visite du Centre social de Soubré et échange avec le responsable et une bénéficiaire
17h Debriefing coordinatrice du site

Vendredi 11 janvier : Soubré - Abidjan

Lundi 14 janvier : Abidjan

8h10 Briefing matinal
9h Responsable du programme, Renaud Boulet et équipe projet
12h Visite du CASA (Centre d'accompagnement et de soins en addictologie) avec le Médecin coordinateur du centre, Dr Feriole Zahoui et le président de l'association partenaire Espace Confiance
13 h Déjeuner préparé par les bénéficiaires
14h Réunion du Groupe d'auto-support (GAS) "Petit Poteau"

Mardi 15 janvier : Abidjan

8h10 Briefing matinal
9h Visite du Centre de santé urbain de Yopougon avec le partenaire ASAPSU, Dr Fé
11h Sortie terrain Soins Dépistage au fumoir d'Abobo
16h Debriefing mission avec GenCo

Tableau 1-2

		EFFECTIFS MISSION COTE D'IVOIRE AU 31.12.2018			
Coordinateur général et assistant		Chargé suivi-évaluation et capitalisation			
		Chargée d'appui aux prestataires de santé			
	Coordinatrice GND Soubré	Chargée des activités sociales			TOTAL GND 10 personnes
		Chargée des activités communautaires			
		Assistant chargé du plaidoyer			
		Logisticien adjoint + 2 chauffeurs 1 femme de ménage			
		Coord PARECO			
		Référente centre de prise en charge			
	Coordinateur RDR Abidjan	Chargé suivi/évaluation et reporting + assistant			TOTAL RDR 13 personnes (hors logistique)
		Chargé d'appui à la dynamique communautaire			
		Responsable des activités terrain	Superviseur médiateurs communautaires	3 Médiateurs communautaires	
		Référent médical	Infirmier superviseur		
	Coordinateur médical (recrutement en cours)				1 personne (+ 5 fonctionnels RDR et 2 GND)
	Responsable plaidoyer				1 personne (+ 1 fonctionnel GND)
		Administrateur Soubré	4 comptables pour Soubré et Abidjan		
	Coordinateur Admin-fin	Administrateur Abidjan			9 personnes
		Chargée des RH et administration			
		Responsable admin et financier (recrutement à lancer)			
	Coordinateur Logistique	1 Logisticien + assistant	4 chauffeurs plein temps + 3 temps partiel + 2 femmes de ménage		12 personnes (+ 4 fonctionnels GND)
				TOTAL 48 personnes (dont 6 expatriés)	

ETAT FINANCIER MISSION COTE D'IVOIRE

En EUROS	REALISE 2017	REAL 2018 (estim)	PREVISION 2019
Projet RDR			
RH expatriés	74 360	133 652	167 267
RH nationales	224 584	269 450	293 123
Etudes/suivi/évaluation/formation/séminaires	14 938	34 169	79 453
Activités	103 342	210 986	194 155
Subventions partenaires	128 290	268 449	398 552
Coûts logistiques	26 108	20 718	14 962
Coûts administratifs et communication	58 707	76 877	49 337
Autres charges	6 838	7 930	7 252
Total Dépenses Projet RDR	637 166	1 022 231	1 204 101
Financement subventions bailleurs, fondations, collecte affectée	585 877	885 207	1 108 345
Financement RNA	51 289	137 024	95 756
Projet SSR GND milieu scolaire			
RH expatriés	0	0	0
RH nationales	96 097	194 357	267 781
Etudes/suivi/évaluation/formation/séminaires	4 234	16 938	21 265
Activités	42 426	64 002	170 648
Subventions partenaires	0	32 248	64 357
Coûts logistiques	12 608	16 998	171 386
Coûts administratifs et communication	13 747	31 729	68 115
Autres charges	6 800	1 843	1 634
Total Dépenses Projet SSR GND Milieu scol	175 912	358 115	765 186
Financement subventions bailleurs, fondations, collecte affectée	106 754	334 639	637 987
Financement RNA	69 158	23 476	127 199
COORDINATION ABIDJAN			
RH expatriés	257 159	300 095	350 728
RH nationales	39 951	80 369	151 295
Etudes/suivi/évaluation/formation/séminaires	7 013	17 178	17 794
Activités	0	0	0
Subventions partenaires	0	0	0
Coûts logistiques	11 705	22 885	19 971
Coûts administratifs et communication	29 552	53 556	41 376
Autres charges	483	1 899	8 896
Total Dépenses COORDINATION	345 864	475 982	590 060
Financement subventions bailleurs, fondations, collecte affectée	170 364	231 375	346 716
Financement RNA	175 499	244 607	243 344

