

ÉVALUATION FINALE

CONSOLIDATION ET EXTENSION D'UNE OFFRE DE SOINS DE SANTÉ ADAPTÉE, INTÉGRÉE ET ACCESSIBLES AUX USAGERS DE DROGUES PRÉCAIRES ET VULNÉRABLES AUX 3 PANDÉMIES

ÉVALUATEURS : MATHURIN DEMBELE, CHRISTELLE BOULANGER - HMST
DATE DE L'ÉVALUATION : JUILLET - NOVEMBRE 2023



PAYS DE MISE EN ŒUVRE :
COTE D'IVOIRE



BUDGET :
2 418 081 €



PORTEUR DE PROJET :
Médecins du Monde

PARTENAIRES :
Espace Confiance,
ENDA SANTÉ,
ASAPSU



DATE DE DÉBUT :
01/01/2021

DATE DE FIN :
31/12/2023

LE PROJET

Contexte

En Côte d'Ivoire, la population usagère de drogues (PUD) précaire est estimée à 10 000 à Abidjan, 621 à Bouaké et 1200 à San Pedro. Les PUD, qui vivent dans les fumeurs, dans des conditions extrêmes de précarité et exposées à de nombreuses maladies présentent une forte prévalence du VIH et de la tuberculose comparativement à celle de la population générale. De plus, elle fait face à un faible accès aux soins dû à une forte stigmatisation dans le système de santé et à la criminalisation de l'usage de drogues. Les interventions de réduction des risques (RdR) auprès des PUD sont mises en œuvre depuis 2015 à Abidjan, grâce à l'action de Médecins du monde (MdM) et de ses partenaires. Suite à l'étude qui montrait un besoin à Bouaké, Yamoussoukro et San Pedro, l'extension de l'intervention a été proposée dans ces 3 villes.

Mode opératoire du projet

Le projet reposait sur un « modèle » expérimenté par MdM et ses partenaires à Abidjan :

- La stratégie « d'aller vers » (outreach) consistant à rapprocher l'offre de soins des PUD par des sorties de dépistage et soin des maladies ;
- La prise en charge intégrée consistant à renforcer les établissements sanitaires à base communautaire par un appui technique et financier pour une prise en charge adaptée des PUD ;
- La prise en charge dédiée aux PUD consistant à créer des centres de prise en charge holistique, médicale, psychosociale et juridique.

OBJECTIFS

Objectif général

Contribuer à réduire l'incidence et la prévalence de la tuberculose et du VIH chez les personnes usagères de drogue en Côte d'Ivoire.

Objectifs spécifiques

- **OS1** : Accompagner les partenaires de mise en œuvre (PMO) dans le renforcement et la duplication des modèles d'intervention spécifiques auprès des PUD, avec une attention spécifique aux femmes.
- **OS2** : Soutenir les acteurs nationaux dans un dispositif de renforcement des capacités pour un transfert et une mise à l'échelle des interventions de réduction des risques.
- **OS3** : Capitaliser les données et les bonnes pratiques pour alimenter le plaidoyer, notamment pour une mise à l'échelle des traitements de substitution des opiacés (TSO).

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Pertinence

Le projet est pertinent et répond à un besoin identifié dans les documents stratégiques et normatifs du pays qui incluent les PUD comme des populations clés vulnérables. Il répond également, et traduit de manière opérationnelle, la nouvelle loi sur les addictions élaborée et promulguée avec l'appui de MdM et de ses partenaires en collaboration avec le Programme National de Lutte contre les Addictions. Enfin, il est complémentaire des actions financées dans le cadre de la subvention VIH/TB du cycle NFM3 du Fonds mondial (FM).

Efficacité

2 des 3 objectifs spécifiques ont été partiellement atteints :

- ▶ Le projet a été un excellent moyen d'offrir une prise en charge des PUD via un modèle composé d'un paquet d'interventions ciblées
- ▶ Le transfert du modèle de MdM s'est effectué sur les nouveaux sites de San Pedro et de Bouake, alors que le site de Yamoussoukro a été abandonné
- ▶ Les centres intégrés fixes ont peu à peu connu une baisse de fréquentation liée à l'épuisement du stock de médicaments
- ▶ Le taux de succès des traitements antituberculeux a été insuffisant (58%).

Efficience

Il est peu aisé de juger de l'efficience des approches déployées dans le projet car il n'existe aucune étude de coût-efficacité ou de coût-bénéfice social. C'est un aspect fondamental à creuser afin d'évaluer la faisabilité d'une mise à l'échelle comparée aux ressources nationales disponibles pour la RdR.

De nombreux aléas financiers ont émaillé la mise en œuvre du projet, dus à l'arrêt programmé de certains co-financements et à des lenteurs récurrentes dans le décaissement des fonds du FM.

Impact

- ▶ Un meilleur accès aux soins pour les PUD grâce à une offre de prise en charge holistique structurée et lisible : soins de santé primaire, dépistage des IST, VIH et TB et référence pour le traitement
 - ▶ Une reconnaissance officielle des PUD comme un groupe clé et vulnérable dans le nouveau PSN et la subvention du FM (GC7)
 - ▶ Un cadre légal favorable aux interventions de RdR
 - ▶ Une contribution démontrée à la baisse de la prévalence du VIH chez les PUD des 4 sites du projet passant de 3,4% en 2020 à 2% fin 2022
- L'attention doit être portée sur le faible taux de succès apparent des patients TB parmi les PUD, qui pourrait avoir un impact négatif sur l'émergence de résistances s'il était confirmé.

Durabilité

Il existe des éléments solides qui favorisent une pérennité institutionnelle et opérationnelle du projet : les acteurs des PMO ont été formés et supervisés en vue de renforcer et maintenir leurs capacités, les autorités sanitaires sont réceptives aux interventions du projet et les ont insérées dans leur plans d'actions et la loi sur les addictions votée récemment promeut un environnement favorable pour la RdR. Cependant, aucune stratégie de sortie n'a été clairement formulée et le dialogue de MdM avec les autorités et les bailleurs est trop peu soutenu pour assurer une adhésion des autorités de santé et une pérennité financière.



Conclusions et recommandations

- ▶ La phase 3 de ce projet n'est pas stabilisée et elle s'est révélée trop ambitieuse au regard des défis externes mais aussi propres au financement du projet. Le travail de stabilisation passe par la remise en place d'une offre de services gratuits dans les centres fixes, d'une référence accompagnée vers les hôpitaux, ainsi que l'inclusion de nouveaux patient.e.s pour la TSO.
- ▶ L'absence de financement additionnel a privé les bénéficiaires de médicaments utilisés durant les activités d'outreach, pourtant les plus demandées et qui touchent un nombre très important de patient.e.s. Avant que la phase 4 ne débute, il est impératif de trouver un financement pour ces activités qui ont fait la réputation du projet.
- ▶ Certaines activités psychosociales ont cessé d'être financées alors que l'un des enjeux est d'aider les PUD qui le souhaitent à débiter la thérapie de substitution tout en sortant de la grande précarité dans laquelle elles vivent. Il est recommandé d'élargir le partenariat d'Espace Confiance et de ses PMO à d'autres secteurs en lien avec la réinsertion sociale.
- ▶ Une attention plus grande est nécessaire sur l'enregistrement et l'analyse des résultats des traitements antituberculeux. Une formation du personnel des CASA sur l'analyse de cohorte TB est indispensable.
- ▶ Au vu du taux d'incidence de la TB chez les PUD, la radio thoracique en première intention chez tous les PUD devrait être mise en place. La TPT pourrait aussi être étudiée dans ce groupe à haut risque de TB.
- ▶ Il est important d'inclure dans la prochaine phase une étude coût-efficacité qui fournisse des informations sur le coût des différents modèles et qui constituera un document de plaidoyer auprès des autorités nationales pour l'apport de ressources de l'Etat.
- ▶ La question d'un accès facilité à la méthadone n'a pas été complètement réglée, ce qui met en péril le succès de la TSO dans les centres construits à cet effet. Il est urgent de travailler à un ravitaillage régulier en méthadone afin de ne pas perdre les patient.e.s qui se découragent et désertent les CASA. Une meilleure compréhension des blocages, notamment ceux liés à un processus long de validation des patient.e.s choisis, au manque de coordination entre le PNLs et le PNLTA et un dialogue constant sur le sujet avec le ministère sont nécessaires.
- ▶ Les activités de plaidoyer pour une bonne application de la loi et de sensibilisation auprès des autorités et des forces de l'ordre, doivent continuer être financées et renforcées, notamment en dehors d'Abidjan. Un plaidoyer important devrait être mené pour que des ressources étatiques (humaines, matérielles, financières) soient placées au niveau des structures de prise en charge.
- ▶ Plus généralement, il est recommandé de ne financer une nouvelle phase que si cette dernière présente des garanties de co-financement fermes sur toute la durée du projet et une stratégie de pérennisation réaliste pour l'intégration de la RdR dans la pyramide sanitaire.

DÉCEMBRE 2023