

3375

République du Sénégal
Un Peuple - Un But - Une Foi

AGENCE DU FONDS DE DEVELOPPEMENT SOCIAL



Projet Fonds de Développement Social
Crédit IDA n° 3446 SE

**EVALUATION EX POST DES MICROPROJETS D'INFRASTRUCTURES ET
D'EQUIPEMENTS DE SANTE FINANCES PAR L'AFDS**

**Présenté par Dr Kamadore Touré, Médecin, Spécialiste en Santé Publique,
PhD en Santé Publique,
Service de Médecine Préventive et de Santé Publique, Faculté de
Médecine, Pharmacie et Odontologie, UCAD-Dakar, Sénégal**

Date : le 05 Juillet 2005

Sommaire

Résumé	1
1- Introduction	5
1-1- Contexte.....	5
1-2- Justification.....	7
1-3- Objectifs.....	9
2- Méthodologie	10
3- Analyse de l'évaluation détaillée	14
3-1- Analyse et interprétation des données statistiques issues des questionnaires et de la grille d'observation.....	14
3-1-1- Caractéristiques sociodémographiques de la population à l'étude.....	14
3-1-2- Pertinence des microprojets.....	16
3-1-3- Efficacité des microprojets.....	18
3-1-4- Efficience des microprojets.....	18
3-1-5- Contraintes.....	20
3-1-6- Qualité des services offerts.....	20
3-1-7- Participation communautaire.....	21
3-1-8- Opinions du personnel de santé sur la fonctionnalité et la pertinence des MIP.....	22
3-1-9- morbidité au niveau des MIP.....	22
3-1-10- Gestion financière et des médicaments.....	23
3-1-11- les points forts, faiblesses et suggestions.....	27
3-2- Discussions et analyses des résultats.....	30
4- Synthèse des recommandations	37
5- Références bibliographiques	40
6- Annexes	42

Acronymes

AFDS : Agence du Fonds de Développement Social

ASC : Agent de Santé Communautaire

GPF : Groupement de Promotion Féminine

IB : Initiative de Bamako

ICP : Infirmier Chef de Poste

MIP : Microprojet

MSPM : Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

MSPAS : Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale

OADC : Opérateur d'Appui au Développement Communautaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WHO : World Health Organization

Résumé

Introduction

Le Projet Fonds de développement Social est un programme de lutte contre la pauvreté conçu par le Gouvernement du Sénégal avec l'appui de l'IDA. Il s'inscrit dans la dynamique du IXème Plan de Développement Economique et Social et dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté dont l'objectif est de réduire de 50% l'incidence de la pauvreté des ménages d'ici 2015

Les évaluations participatives des besoins (EPB) menées par l'AFDS dans les différents villages et quartiers ont révélé une forte demande en santé dans les régions de Fatick (département de Foundiougne), Kolda (département de Kolda), Kaolack (département de Kaffrine) et Louga (départements de Linguère, Louga et Kébémér).

En réponse à cette demande, l'AFDS a été amenée à financer 74 microprojets de santé (construction et équipements de case de santé, réfection et/ou équipements de postes de santé, maternités rurales etc...) conformément à la politique du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

L'approche de l'AFDS en matière de réalisation d'infrastructures et équipements de santé met en avant la communauté de base autour des organes représentatifs (c'est-à-dire les Comités de Santé) qui mettent en œuvre le projet dans le cadre de la maîtrise d'ouvrage directe.

Les collectivités locales, les Médecins de District et/ou les Régions Médicales, les Infirmiers Chefs de Poste (ICP) concernés ont été impliqués à toutes les étapes d'identification, d'évaluation et de suivi des réalisations.

C'est dans cette optique que l'AFDS a entrepris une évaluation technique des réalisations dans le secteur de la santé en vue de recenser les changements apportés par le projet Fonds de Développement Social, les progrès réalisés mais aussi de détecter l'efficacité, les forces et les faiblesses de la stratégie développée.

Methodologie

La méthodologie utilisée consistait en une enquête évaluative des microprojets de santé financés par l'Agence du Fonds de Développement Sociale. Elle s'est déroulée du 24 Mai 2005 au 03 juin 2005 au niveau des différentes zones ciblées du projet. Elle était de type qualitatif qui s'est déroulée du 24 mai au 03 juin 2005s. 17 microprojets de santé ont été visités et 157 personnes interviewés;

Différents instruments de collecte de données ont été élaborés en rapport avec les objectifs de l'étude. Ainsi, des guides d'entretien pour les personnes-clés (32), le personnel de santé communautaire (21 ASC/Matrone, 14 vendeurs de ticket, gestionnaire de dépôt de pharmacie), les membres du comité de santé (23), les groupements de promotion de femmes (14)/les associations de jeunes (13) ainsi qu'une grille d'observation pour la case de santé ont été confectionnés et administrés. Nous avons procédé par une analyse de contenu pour les réponses ouvertes alors que les variables continues et les réponses aux questions fermées ont été saisies avec un ordinateur à l'aide du logiciel SPSS version 10.0 pour Windows. Des analyses univariées ont été effectuées avec un risque d'erreur de 5%.

Résultats

Il découle des résultats obtenus que toutes les personnes interviewées ont jugé pertinents les microprojets de santé. Les populations ont toutes été impliquées dans le processus décisionnel et la réalisation avec une contribution en nature essentiellement en fournissant la main-d'œuvre, le sable, l'eau et le béton représentant 5% du montant global du coût du projet. Selon les personnes interviewées, les microprojets de santé répondaient bien aux normes d'une case de santé sur le plan architectural et de l'équipement en vigueur dans la localité et ils étaient bien intégrés dans le système de santé du district qui leur assurait un soutien et appui constant. Ils menaient des activités en rapport avec les principes de fonctionnement d'une case de santé définis par le Ministère de la Santé et de la Prévention (Consultations curatives primaires, promotion et prévention, accouchement, pansement) soutenues par le poste de santé à travers des

supervisions et des stratégies avancées de consultations prénatales, de vaccination entre autres au niveau de la case de santé. Le coût moyen de réalisation d'une case de santé était de 13 970 671 FCFA comprenant la construction (une salle de consultation servant aussi de bureau et de pharmacie pour l'ASC, une salle de soins, une salle d'accouchement, une salle d'attente, un hangar, des toilettes (WC et salle d'eau), un incinérateur et un puits), l'équipement de la case de santé et la formation du personnel qui y officie. Les 157 personnes interviewées ont reconnu la fonctionnalité des cases et étaient satisfaites de la réalisation de ces microprojets de santé. Les femmes et les jeunes participent au fonctionnement de la case de santé (causeries, fonctionnement du Comité de santé en occupant des postes de président, trésorier, secrétaire ou leur adjoint, selon les principes du décret 92-118 du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale relatif au fonctionnement des comités). La morbidité diagnostiquée était représentée par le paludisme, les diarrhées vomissements, les douleurs abdominales, les plaies, l'asthénie physique nécessitant des médicaments dont la dotation initiale répondait aux besoins de la population. Le personnel communautaire était dans leur majorité formé sur la gestion des médicaments sans qu'il y'ait de problèmes de gestion. Toutes les cases de santé disposaient d'un compte bancaire et les ressources générées par la vente des médicaments et des tickets servaient au renouvellement des stocks, à l'entretien des infrastructures et à la motivation du personnel communautaire.

Le projet comportait des points forts en rapport avec une amélioration de la santé des populations (accessibilité géographique et financière aux soins, hygiène du milieu), contribution au développement socio-économique de la localité, empowerment des groupes vulnérables.

Cependant, le projet comportait des faiblesses en rapport avec le faible niveau d'instruction du personnel communautaire, la non disponibilité des outils de suivi et de pérennisation de l'AFDS, l'absence de toilettes intérieures pour les femmes qui viennent accoucher et en post-partum, la faible motivation du personnel communautaire.

Recommandations

Pour l'amélioration de ce projet ainsi que la pérennisation des cases de santé, il est nécessaire de développer le partenariat avec les Ministères de la Santé et de la Prévention Médicale, de l'Agriculture - Hydraulique, des Télécommunications, les autres organisations pour une amélioration de l'équipement des cases (eau, téléphone, électricité, outils de gestion), la formation continue du personnel communautaire et du comité de santé. La contractualisation ainsi que la poursuite du soutien et de l'accompagnement des cases de santé par l'AFDS pourraient permettre d'améliorer la motivation du personnel communautaire. Dans le cadre des futures constructions, il faudrait augmenter la surface des pièces, installer des toilettes intérieures au niveau de la salle d'accouchement mais aussi séparer les salles d'accouchement et de suites de couches pour le respect de l'intimité de ces femmes.

I- Introduction

1-1- Contexte

Le Sénégal a connu au cours des années 1970 une crise économique suivie au début des années 1980 par le programme d'ajustement structurel dont le but était de créer de meilleures conditions de retour à une croissance économique durable. Malheureusement, ce dernier n'a pu atteindre les objectifs escomptés, entraînant une aggravation de la pauvreté des ménages, la multiplication de l'exclusion sociale, une dégradation de l'état de santé des populations en particulier celles des femmes, des jeunes et des enfants. Cette situation s'est aggravée en 1994 lors de la dévaluation du FCFA exacerbant les problèmes socio sanitaires des populations sénégalaises surtout celles vivant dans les zones rurales. Ces mutations ont conduit les décideurs à procéder à un recentrage des priorités de développement en ciblant le maximum les populations les plus touchées par une approche communautaire en concertation avec les populations et surtout avec la pleine participation de ces dernières à la gestion de tout programme de développement qui leur est destiné.

Le Projet Fonds de développement Social est un programme de lutte contre la pauvreté conçu par le Gouvernement du Sénégal avec l'appui de l'IDA. Il s'inscrit dans la dynamique du IXème Plan de Développement Economique et Social et dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté dont l'objectif est de réduire de 50% l'incidence de la pauvreté des ménages d'ici 2015. D'une durée de 10ans, le projet Fonds de Développement Social est exécuté selon trois phases successives durant la période 2001-2011 :

- la phase d'une durée de 3 ans vise essentiellement à i) mettre en place et rendre opérationnelles les structures du projet; ii) sensibiliser les bénéficiaires sur le projet; iii) mettre à l'essai les structures et stratégies retenues dans le cadre d'opérations à faible échelle favorisant le processus d'apprentissage;
- la phase 2 d'une durée de 3 ans, consistera à mettre en œuvre les composantes du projet sur une plus grande échelle de manière à toucher l'ensemble des zones défavorisées du pays;

Vélingara, Koungheul et Dakar dans deux communes d'arrondissement (Yeumbeul Nord et Yeumbeul Sud). Ce choix a été guidé par des raisons d'efficacité compte tenu du fait que l'objectif du projet vise la réalisation d'au moins 525 microprojets à la fin de la première phase (2004).

L'échantillon a été tiré en tenant compte du rôle de pôle de développement que devraient jouer les villages et quartiers retenus dans cette phase pilote du projet sur la base des critères comme la dynamique organisationnelle, l'accès à l'eau potable et la taille de la population. Les choix ont été faits en procédant à un croisement des variables énumérées ci-dessus.

La stratégie du projet est une stratégie de responsabilisation des communautés dans l'identification, la mise en œuvre ainsi que le suivi et la pérennisation des infrastructures et équipements mis en place.

A ce titre et conformément à la stratégie du faire faire, l'Agence du Fonds de Développement Social a recruté des Opérateurs d'Appui au Développement Communautaire (OADC) ayant accompagné les Organisations Communautaires de Base (OCB) bénéficiaires durant tout le processus d'assistance technique et d'appui conseil qui s'est déroulé en trois étapes :

- la première étape d'Évaluation Participative de la Pauvreté permet d'établir une situation de référence sur la base des principaux indicateurs de pauvreté;
- la deuxième étape d'Évaluation Participative des Besoins et de formulations des Demandes de Microprojets indique comment les besoins ont été priorisés et décrit le processus d'élaboration et de mise en cohérence de la priorité par les bénéficiaires;
- la troisième étape concerne le processus de mise en œuvre des microprojets, le suivi et la pérennisation des infrastructures et équipements des microprojets. Durant cette étape, différentes stratégies de maintenance et d'entretien calquées sur les pratiques locales des communautés sont observées.

- la phase 3 d'une durée de 4 ans aura pour but d'ajuster au mieux le mécanisme opérationnel adopté, d'élargir le groupe cible tout en maintenant des structures viables capables de répondre aux besoins exprimés par les populations.

Les actions du projet sont menées à travers quatre composantes épousant les objectifs assignés au Fonds de Développement Social :

- la composante 1 vise à améliorer l'accès des populations aux services sociaux de base aux infrastructures et équipements de base surtout ceux sanitaires.
- la composante 2 permet l'accès aux services de micro finances;
- la composante 3 vise au renforcement des capacités des groupes vulnérables et des OCB;
- la composante 4, suivi et analyse des conditions de vie des ménages et des communautés.

Le projet cible les communautés de base, les villages et quartiers les plus pauvres ainsi que les Groupes Vulnérables et les marginalisés. La stratégie de ciblage du Projet s'est déroulée en deux phases :

(i) la première phase déjà réalisée a permis d'identifier à partir d'une cartographie de la pauvreté réalisée par la Direction de la Statistique et de la Prévision (DPS), 57 communautés rurales parmi les plus pauvres dans les régions de Dakar, Louga, Kaolack, Kolda et Fatick représentant 3300 villages et cinq communes urbaines. Les critères utilisés pour ce ciblage se référaient essentiellement à l'existence de services sociaux de base notamment dans les domaines de l'éducation, de la santé et de l'hydraulique, à l'accès à une route et à l'accès à un lieu de commerce. Ces critères ont permis de calculer pour chaque communauté rurale un indice d'accès et le choix a porté sur les communautés rurales ayant un indice d'accès inférieur à 250.

(ii) en vue de la sélection des communautés, villages et quartiers qui sont partenaires du projet au cours de la première phase, il a été nécessaire de procéder à un deuxième ciblage qui a permis de tirer un échantillon de 967 villages dont 864 sont tirés des 3300 villages du premier ciblage et 133 village des poches de pauvreté identifiés dans les autres départements et les 5 communes urbaines que sont Foundiougne, Linguère,

1-2- Justification

Il découle des différentes études réalisées dans le cadre de l'analyse des impacts sur la pauvreté et les inégalités de revenus des politiques macroéconomiques et d'ajustement structurel au Sénégal que le profil des inégalités de pauvreté révèle :

1-2- Justification

Il découle des différentes études réalisées dans le cadre de l'analyse des impacts sur la pauvreté et les inégalités de revenus des politiques macroéconomiques et d'ajustement structurel au Sénégal que le profil des inégalités de pauvreté révèle :

- un indice national de 0,48 jugé relativement élevé;
- de plus fortes inégalités entre les hommes qu'entre les femmes;
- les inégalités sont beaucoup plus marquées en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les évaluations participatives des besoins (EPB) menées par l'AFDS dans les différents villages et quartiers ont révélé une forte demande en santé dans les régions de Fatick (département de Foundiougne), Kolda (département de Kolda), Kaolack (département de Kaffrine) et Louga (départements de Linguère, Louga et Kébémér).

En réponse à cette demande, l'AFDS a été amenée à financer 74 microprojets de santé (construction et équipements de case de santé, réfection et/ou équipements de postes de santé, maternités rurales etc...) conformément à la politique du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

L'approche de l'AFDS en matière de réalisation d'infrastructures et équipements de santé met en avant la communauté de base autour des organes représentatifs (c'est-à-dire les Comités de Santé) qui mettent en œuvre le projet dans le cadre de la maîtrise d'ouvrage directe.

Les collectivités locales, les Médecins de District et/ou les Régions Médicales, les Infirmiers Chefs de Poste (ICP) concernés ont été impliqués à toutes les étapes d'identification, d'évaluation et de suivi des réalisations.

C'est dans cette optique que l'AFDS a entrepris une évaluation technique des

1-3- Objectifs de l'évaluation

1-3-1- Objectif général

Cette étude avait pour objectif de vérifier le niveau d'amélioration de l'accès aux services sociaux de base des communautés et la qualité des infrastructures et équipements sanitaires au niveau des zones ciblées par le projet depuis le démarrage du Projet Fonds de Développement Social.

1-3-2- Objectifs spécifiques

Pour atteindre cet objectif général, il fallait:

- 1)- analyser la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des microprojets dans le secteur de la santé;
- 2)- identifier et analyser les différentes contraintes ayant influencé la mise en œuvre des microprojets sur les plans techniques et organisationnels;
- 3)- évaluer la qualité des services offerts dans les microprojets récemment érigés par le projet;
- 4)- déterminer le niveau de participation des communautés de base en particulier les groupes vulnérables (femmes et jeunes) aux séances d'IEC sur le SIDA, les IST, l'hygiène et la prévention;
- 5)- mesurer le degré de la participation et de l'adhésion des populations en général, des groupes vulnérables en particulier dans l'organisation et le fonctionnement des comités de santé;
- 6)- apprécier les opinions et avis des bénéficiaires du second degré (ASC, matrones, ICP et Médecin Chef de District) et des collectivités locales sur l'opérationnalité et la pertinence des infrastructures et outils de suivi et de pérennisation des infrastructures et des équipements de santé réalisés;
- 7)- comparer et analyser les tendances pour les maladies les plus courantes (paludisme, diarrhée, et parasitoses);

- 8)- dénombrer les accouchements et les consultations pris en charge par le personnel communautaire;
- 9)- analyser les tendances (fréquences des maladies) épidémiologiques ante et ex post;
- 10)- vérifier et apprécier la conformité de la gestion financière des médicaments par rapport aux règles édictées par l'Initiative de Bamako;
- 11)- comparer le rythme de renouvellement des médicaments par rapport aux structures hors zone du projet.

II- Méthodologie

2-1- Les sites de l'étude

Cette étude a été menée au niveau des microprojets de santé (MIP) financés par l'AFDS soit dans le cadre d'une réalisation ou d'une réhabilitation. C'est ainsi que des cases de santé réalisées et réhabilitées, des postes de santé réhabilités ont été visités. En plus, des relais communautaires dont des activités ont été financées à travers l'octroi d'équipement et de matériel ont été interviewés durant la période de l'étude. Des critères ont été définis pour la sélection des microprojets de santé : le fait d'être réalisé ou réhabilité avant 2004 et d'être fonctionnel durant la période d'étude pour atteindre les objectifs de l'étude. Ainsi, sur les 74 microprojets de santé réalisés ou réhabilités dans les différentes zones ciblées du projet, seuls 35 dont 9 dans la région de Kolda, 5 dans la région de Fatick, 14 dans la région de Kaolack et 7 dans la région de Louga répondaient à ces critères. Etant donné que les 35 microprojets de santé déjà bouclés ne pouvaient être visités de façon exhaustive (risque de redondance dans les informations), nous avons décidé de sélectionner un échantillon de 23 MIP soit 65% pour tirer des conclusions valides sur l'ensemble des réalisations du projet et sur les ~~départements~~ cibles (Foundiougne, Kaffrine, Kébémér, Kolda, Linguère, Louga). Afin de pouvoir les visiter dans leur ensemble, nous avons choisi dans un premier temps tous les MIP réhabilités et équipés par le projet (au nombre de 05 MIP) ainsi que les relais de Foundiougne (au nombre de 02).

Secondairement, par un sondage proportionnel et en concertation avec l'équipe de l'AFDS au niveau national et régional, nous avons porté des choix sur des MIP au niveau des différents départements : Foundiougne, Kaffrine, Kébémér, Kolda et Louga.

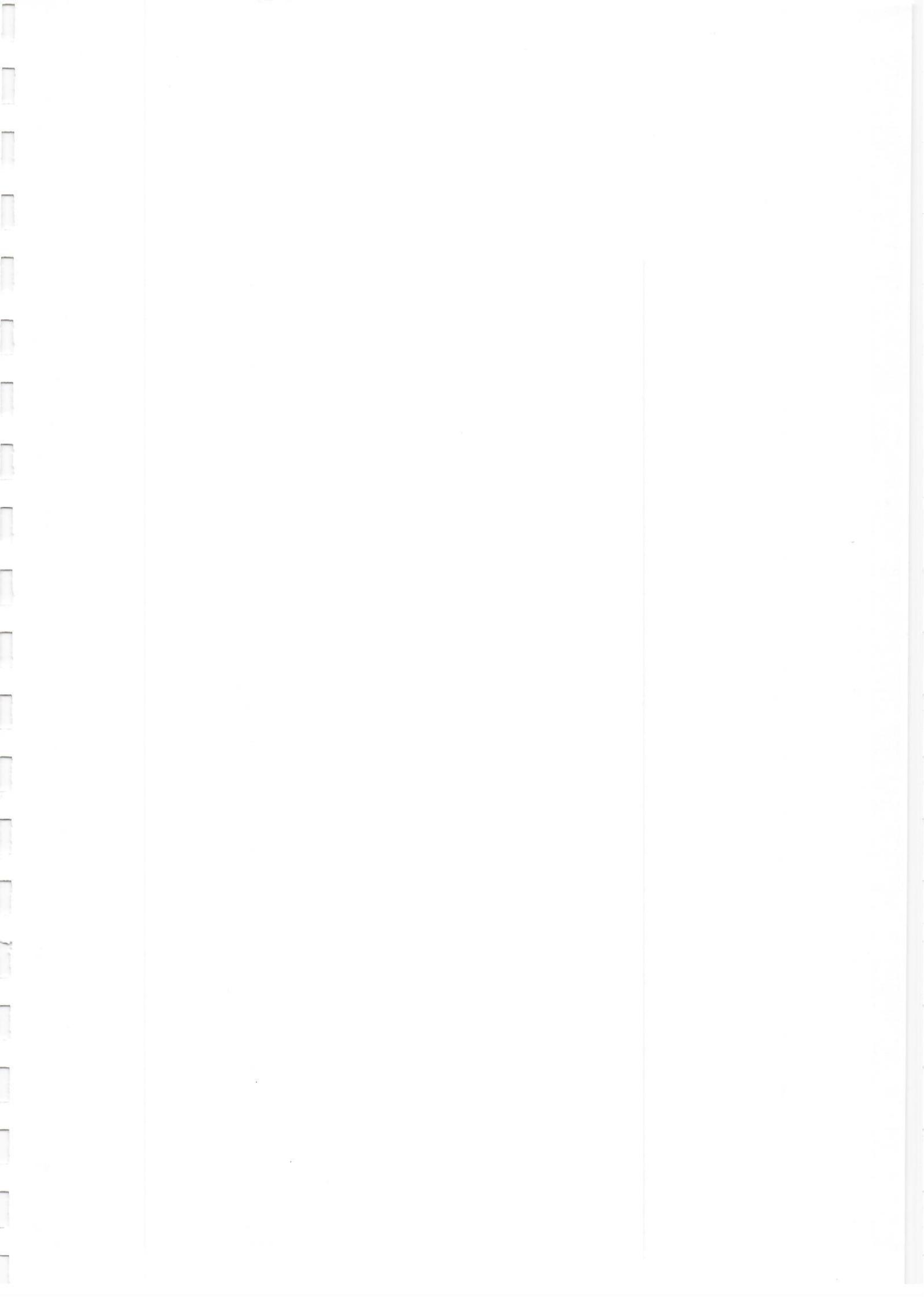
A la fin, du fait de contraintes de temps et de logistiques, seuls 15 MIP (13 cases de santé et 2 postes de santé) et 02 relais ont pu être visités durant la période d'étude.

2- 2- Population à l'étude

Elle était constituée de plusieurs personnes ciblées par le projet de manière directe ou indirecte. Ainsi, nous avons interviewé:

- les personnes-clés constitués par:
 - au niveau local : les Chefs de villages, les Présidents de Conseil Local ; les Infirmiers-Chefs de Poste ;
 - au niveau du district : le Médecin Chef de District,
 - au niveau régional : les Coordonnateurs Régionaux de Projet de l'AFDS, les Responsables Administratifs et Financiers de l'AFDS , les Opérateurs d'Appui au Développement Communautaire,
 - au niveau national : le Responsable de la Composant Amélioration de l'Accès aux Services Sociaux de Base de l'AFDS, le Chef de la Division des Soins de Santé Primaires du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale;

- les autres personnes interviewées :
 - les personnels de santé qui officient dans les MIP avec les Agents de Santé Communautaires (ASC), les matrones, les vendeurs de tickets, les gestionnaires de dépôt de pharmacie, les relais communautaires ainsi que les ICP dont le poste de santé a été réhabilité par l'AFDS ;
 - les membres du bureau du comité de santé : Président, Secrétaire et Trésorier ;
 - les Présidentes de Groupement de Promotion Féminine ;
 - les Présidents de l'Association des Jeunes ;



rencontré le Responsable de la Cellule d'Appui aux Communautés de Base au niveau national de l'AFDS pour discuter de l'organisation du travail et du choix des villages à visiter en rapport avec les Coordonnateurs Régionaux. Le planning de visite de terrain a été partagé avec les Coordonnateurs Régionaux de l'AFDS.

2- 4- 2- 2- Visite de terrain

Elle a été précédée par une sélection d'enquêteurs (au nombre de 6), ces derniers étant été informés et formés au préalable sur les objectifs de l'étude, les informations à recueillir. Puis un planning de travail a été élaboré en rapport avec les itinéraires à prendre. Puisque nous ne disposons que d'un seul véhicule, nous procédions par tir groupé. En effet, dès notre arrivée au niveau d'une région, un contact était pris avec les autorités sanitaires (Médecin Chef de Région et Médecin Chef de District) et le bureau régional de l'AFDS en particulier le Coordonnateur Régional. Ce dernier nous mettait en rapport avec un OADC pour la visite de terrain et un planning était établi. Arrivés au niveau du village, nous nous dirigeons d'abord au domicile du chef de village puis à la case de santé pour rencontrer le personnel communautaire. Les objectifs de notre visite ont toujours été précisés ainsi que les activités à mener. Après les salamecs de routine et l'identification des personnes à interviewer, l'équipe de recherche administrait les guides d'entretien et la grille d'observation. Une évaluation journalière s'opérait dès notre retour pour préparer la journée suivante.

2- 5- Compilation et analyse des données

Les données sociodémographiques ainsi que les réponses aux questions fermées ont été saisies avec un microordinateur à l'aide du logiciel SPSS version 10.0 pour Word. Quant aux réponses aux questions ouvertes, elles ont été saisies de manière manuelle.

A cet effet, nous avons procédé par une analyse de contenu pour les réponses aux questions ouvertes.

Quant aux données sociodémographiques et réponses aux questions fermées, seules des analyses univariées ont été effectuées avec un seuil de significativité de 5%.

- les bénéficiaires habitant la localité dans leurs différentes composantes en particulier les groupes vulnérables (femmes et jeunes) qui ont eu à utiliser les services du MIP ;

Enfin, nous avons complété par une observation des cases de santé ciblées par le projet.

2- 3- Type d'étude

Cette étude consistait en une enquête évaluative des microprojets de santé financés par l'Agence du Fonds de Développement Sociale. Elle s'est déroulée du 24 Mai 2005 au 03 juin 2005 au niveau des différentes zones ciblées du projet. Elle était de type qualitatif.

2- 4- Collecte des données

2- 4- 1- Instruments de collecte des données

Différents instruments de collecte de données ont été élaborés en rapport avec les objectifs de l'étude. Ainsi, des guides d'entretien pour les personnes-clés, le personnel de santé communautaire (ASC/Matrone, vendeur de ticket, gestionnaire de dépôt de pharmacie), les membres du comité de santé, les groupements de promotion de femmes/les associations de jeunes ainsi qu'une grille d'observation pour la case de santé ont été confectionnés (voir Annexes).

2- 4- 2- Phase de collecte des données proprement dite

2- 4 -2- 1- Préparation

Cette étude a débuté au niveau de Dakar par une revue documentaire du projet pour pouvoir nous imprégner des différentes activités menées. Puis, en fonction des objectifs de recherche assignés à cette étude, nous avons confectionné des instruments type guide d'entretien pour chacune de nos cibles ainsi qu'une grille d'observation. Puis, nous avons

III- Analyse de l'Evaluation détaillée

3- 1- Analyse et interprétation des données statistiques issues des questionnaires et grille d'observation

157 personnes ont été interviewées dans 17 microprojets de santé financés par l'AFDS durant la période de l'étude. 13 cases de santé ont été construites et équipées (Saré Bilaly, Niandiaye, Missira Koutayel, Saré Dickel, Port Ndrané, Touba Aly Mbenda, Coura Mouride, Sorom, Keur Samba Nosso, Maka Diop, Medina Nguéyene, Malla, Syer 3); 2 cases de santé ont été réhabilitées et équipées (Méo Ndiobène, Sanghé), et 2 postes de santé ont été aussi réhabilités et équipés par l'AFDS (Karang, Koungueul Escale). En plus, l'Association des relais de Foundiougne a reçu un financement pour le renforcement de l'équipement communautaire pour des activités d'IEC. Nous vous donnons les principaux résultats obtenus.

3- 1- 1- Les caractéristiques sociodémographiques de la population à l'étude

3- 1- 1- 1- Les personnes-clés

32 personnes-clés ont été interviewées dont 3 Médecins-chefs de district, 6 Infirmiers-Chefs de Poste, 12 Chefs de village dont 1 Président de Conseil Local, 6 opérateurs d'appui aux communautés de base, 3 Coordonnateurs de Projets, 1 Responsable Administratif et Financier de Projet, 1 Chef de Division au Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

Cette population avait un âge moyen de $49,3 \pm 15$ ans, avec des extrêmes de 30 et 87 ans. Vingt et un (67,7%) avaient un âge entre 30 et 49 ans. Vingt neuf étaient de sexe masculin (90,6%) et mariés (93,2%). Quatorze (43,8%) avaient le niveau universitaire et 11 (34,4%) étaient instruits en arabe (voir Tableau 1).

3-1-1-2 - Le personnel de santé

Il s'agissait de 21 personnels de santé dont 12 agents de santé communautaire, 5 matrones, 2 infirmiers chefs de poste, 2 relais communautaires. La moyenne d'âge était de $35,6 \pm 8,9$ ans avec des extrêmes de 20 et 49 ans. 41,1% avait entre 30 et 39 ans. Quinze étaient de sexe masculin et 18 mariés. Huit avaient le niveau du secondaire alors que 3 et 4 avaient appris l'arabe et la langue nationale dans le cadre de l'alphabétisation respectivement. Treize avaient moins de 1 an dans la profession de personnel de santé (voir Tableau 2).

En plus de ce personnel, nous avons interviewé 7 autres dont 3 vendeurs de tickets, 4 gestionnaires de dépôt et 1 qui était vendeur et gestionnaire du dépôt de pharmacies. 7 avaient une triple fonction de vendeur de ticket, ASC ou matrone et gestionnaire du dépôt de pharmacie.

3-1-1-3- Le comité de santé de la case de santé

23 membres du Comité de Gestion ont été interviewés dont 8 Présidents, 7 Secrétaires et 8 Trésoriers. L'âge moyen était de $39,4 \pm 20$ ans avec des extrêmes de 20 et 70 ans. 13 (56,6%) avaient entre 40 et 59 ans. Seize étaient de sexe masculin; ils étaient tous mariés. Neuf ont été à l'école coranique et 6 étaient analphabètes (voir Tableau 3).

3-1-1-4- Les Association de Jeunes

13 Présidents de l'Association des Jeunes ont été interviewés dont 12 étaient mariés. La moyenne d'âge était de $32,3 \pm 6,6$ ans avec des extrêmes de 22 et 44 ans. Sept (53,8%) avaient un âge compris entre 30 et 39 ans. Cinq présidents ont été à l'école coranique alors que 3 ont été jusqu'au niveau secondaire à l'école française. (voir Tableau 4).

3-1-1-5- Les Groupements de Promotion Féminine avec les femmes (GPF)

Quatorze femmes ont été interviewées et elles étaient toutes mariées. L'âge moyen était de $41,5 \pm 8,2$ ans avec des extrêmes de 26 et 57 ans. Neuf (64,3%) avaient un âge compris

entre 40 et 49 ans. Sept Présidentes de GPF étaient analphabètes alors que 3 étaient à l'école coranique et 3 autres alphabétisées en langue nationale (voir Tableau 5).

3- 1- 1- 6- *Les Bénéficiaires*

Trente trois bénéficiaires qui ont eu à utiliser les microprojets de santé ont été interviewés. Ils étaient tous mariés et 25 étaient de sexe féminin. La moyenne d'âge était de $33,4 \pm 13,8$ ans avec des extrêmes de 15 et 67 ans. Dix (31,2%) avaient entre 45ans et plus. Ils étaient dans la majorité des cas analphabètes (11 soit 33,3%) ou ont fréquenté l'école coranique (12 soit 36,4%) (voir Tableau 6).

3- 1- 1- 7- *les vendeurs de tickets et gestionnaires de dépôt de pharmacie*

14 ont été interviewés dont 2 vendeurs de tickets, 4 gestionnaires de dépôt de pharmacie, 2 vendeurs de tickets et gestionnaires. 7 exerçaient la triple fonction d'ASC/matrone, vendeur de tickets et gestionnaire de dépôt. L'âge moyen était de $34,6 \pm 9,4$ ans avec des extrêmes de 20 et 47 ans. 50% (6) avaient entre 30 et 39 ans. Onze (91,7%) étaient de sexe masculin; 10 (83,3%) étaient mariés. Quatre (28,6%) avaient atteint le niveau primaire et 2 (14,3%) ont été à l'école coranique (voir Tableau 7).

3- 1- 2- Pertinence des microprojets

Tous les acteurs que nous avons interviewés jugent pertinents la réalisation des microprojets de santé au niveau des villages où ils sont implantés. Les populations ont toutes été impliquées dans le processus de décision et de réalisation. En effet, le choix des villages était le résultat d'une enquête sur la pauvreté pour déterminer les priorités d'investissement menée par l'AFDS. Après l'enquête, par une démarche participative, il revenait aux populations de les hiérarchiser et la demande de microprojet de santé demeurait la priorité numéro 1. C'est lors d'une assemblée générale de la communauté qu'avait été toujours décidée la réalisation du microprojet en rapport avec le chef de village. Les autorités sanitaires du district (Médecin- Chef et Infirmier Chef de Poste) ont

donné leur accord et parfois même participé aux sessions du Comité Technique d'Evaluation des Microprojets.

La contribution des populations où sont implantés les microprojets de santé était soit en nature soit en espèces représentant 5% du montant du projet. Dans 13 /15 cases de santé (86,7%), elle était en nature (apport de sable, eau, gravillon et main-d'oeuvre) alors que dans 2/15 cases de santé (13,3%), la contribution était financière (5% du montant du projet), ces dernières représentant les cases de santé de première génération.

Toutes les 157 personnes interviewées reconnaissaient que les microprojets de santé répondaient aux standards en vigueur dans la région voire même de meilleure qualité sur le plan de l'architecture et de l'équipement. Les cases de santé comportaient 1 salle servant de bureau, de salle de consultation et de pharmacie pour l'ASC, 1 salle de soins/pansement, 1 salle d'accouchement. Il y'avait en plus une salle d'attente, un hangar, une toilette/WC et une salle d'eau pour le personnel, un puits, un incinérateur, des chaises et tables banc, un mur de clôture.

Le personnel en vigueur répondait au profil recommandé pour l'exercice et les microprojets étaient intégrés dans le système de santé du district. En effet, il était recruté sur la base de critères fixés par le district (Poste de Santé ou Centre de Santé) et le choix se faisait par la communauté lors d'assemblée générale. Il était formé et menait régulièrement des activités de santé en rapport avec son profil. Le district par l'intermédiaire du poste de santé participait aux différentes activités de la case de santé à travers des consultations médicales, des séances de vaccination, des consultations prénatales en stratégie avancée et ceci dans la majorité des microprojets de santé que nous avons visité durant cette étude. 13/15 cases de santé (86,7%) ont reçu un soutien/appui de la part du Poste de Santé pour mener leurs activités, les 2 restantes (13,3%) venant juste de démarrer leurs activités. Le personnel communautaire de 13/15 cases de santé (86,7%) ont participé aux activités de formation continue organisées par le Poste de Santé/le District Sanitaire de la localité. Les rapports d'activités réalisés sont tous envoyés au niveau du poste de santé et à l'AFDS, activités comptabilisées au niveau du Poste de Santé. Aucun problème n'a été identifié dans le fonctionnement de la case de santé ni entre le personnel communautaire des cases de santé et celui du Poste de Santé/District Sanitaire.

3-1-3- Efficacité des microprojets

Le démarrage des activités au niveau des microprojets de santé était variable. En effet, 6 MIP /15 ont débuté leur fonctionnement en Avril 2005, 2/15 en Mai 2005, 2/15 en janvier 2005 et 5 en 2004. Un poste de santé a démarré en 2004 alors que 1 a toujours poursuivi ses activités avant 2001.

7/12 agents de santé communautaire (58,3%) ont été formés au niveau du poste de santé et 5/12 (41,7%) au niveau du Centre de Santé du district sanitaire. Quant aux matrones, 4/5 (80%) ont été formées au niveau du Centre de Santé du District Sanitaire et 1/5 (20%) au niveau de l'Hôpital Régional. La durée de la formation a été variable, entre 3 mois (3), 6 mois (1), 11 mois (1) et 12 mois (1) pour l'ASC et 3 mois (2), 6 mois (1), 9 mois (3) et 14 mois (1) pour la matrone.

La formation était axée sur la prise en charge de l'accouchement par la matrone, les consultations primaires curatives (CPC), les pansements, la causerie pour l'ASC, la pesée.

5 / 15 (33,3%) cases de santé n'ont pas encore commencé leur activités d'accouchement; 1/15 (6,7%) case de santé menait uniquement des activités de causerie, pesée, accouchement et de pansement et pas encore de consultations primaires curatives; les autres menant toutes les activités dévolues aux cases de santé.

En 2004, les cases de santé ont réalisées au total 572 consultations curatives primaires, 57 accouchements, 15 causeries sur le SIDA/IST, 24 causeries sur le paludisme 22 activités d'hygiène et de prévention à travers l'assainissement.

3- 1- 4- Efficiencie des microprojets de santé

Nous avons estimé le coût de réalisation et de réhabilitation des microprojets de santé financés par l'AFDS.

3- 1- 3- 1- Cases de santé

3- 1- 3- 1- 1- *Coût total de la réalisation des cases de santé*

13 cases de santé ont été réalisées. Le coût moyen du projet de réalisation était de 13 970 671 F CFA avec des extrêmes de 10 338 844 FCFA et 16 676 678 FCFA.

3- 1- 3- 1- 2- Coût total de la subvention pour la réalisation de la case de santé

Le coût de financement de la case était de 13 264 513 FCFA avec des extrêmes de 9 821 124 FCFA et 15 841 095 FCFA.

3- 1- 3- 1- 3- Coût total de réhabilitation des cases de santé

2 cases de santé ont été réhabilitées avec une estimation moyenne du coût du projet qui était de 7 824 207 FCFA et des extrêmes de 4 351 812 FCFA et 11 296 603 FCFA.

3- 1- 3- 1- 4- Coût de la subvention pour la réhabilitation des cases de santé

Le coût moyen était de 7 411 339 FCFA avec des extrêmes de 4 090 910 FCFA et 10 731 768 FCFA.

3- 1- 3- 2- Poste de santé

3- 1- 3- 2- 1- Coût total de la réhabilitation des postes de santé

2 Postes de Santé ont été réhabilités pour un coût moyen de 13 275 873 FCFA avec des extrêmes de 7 396 260 FCFA et 19 155 487 FCFA.

3- 1- 3- 2- 1- Coût total de la subvention pour la réhabilitation

Le coût moyen était de 10 083 029 FCFA avec des extrêmes de 2 026 447 FCFA et 18 139 612 FCFA.

3- 1- 3- 3- Equipement des Associations de Relais

Les relais du centre de santé de Foundiougne et du district ont reçu un financement pour un montant de 3 477 500 FCFA.

3-1-5- Contraintes dans la réalisation des microprojets de santé

Nous avons interviewé les personnes-clés pour identifier d'éventuelles contraintes observées avant et après le démarrage des microprojets de santé. Pour recueillir plus d'informations, nous avons aussi interviewé tous les autres acteurs. A cet effet, aucun d'entre eux n'a signalé une éventuelle contrainte avant et après le démarrage du projet qui

pouvait avoir un impact sur la réalisation et fonctionnalité des cases de santé. En effet, tous les microprojets de santé ont été réalisés dans le temps et ont commencé à fonctionner dans le délai.

3- 1- 6- Qualité des services offerts dans les MIP

Toutes les personnes interviewées (157) ont reconnu que les MIP ont permis d'assurer une meilleure accessibilité géographique et financière aux soins et aux structures de santé pour les populations habitant les zones ciblées.

En effet, selon elles, la réalisation de ces MIP a permis de diminuer le temps imparti pour des offres/demandes de soins au niveau du poste de santé ou le centre de santé; elle a permis de diminuer les dépenses de santé au niveau des ménages et enfin de sécuriser les accouchements. Elles ont toutes reconnu que les microprojets de santé étaient en conformité avec les standards en vigueur dans la localité et qu'ils fonctionnaient très bien voire de meilleure architecture et équipement par rapport à ceux réalisés par d'autres organismes.

Au niveau des 15 cases de santé que nous avons visitées, il a été créé des comités de salubrité pour le village et la case de santé et qui mènent des activités de "Set Sétal" au niveau du village mais aussi de la case de santé. Ces actions étaient renforcées par celles de l'ASC et de la matrone qui assuraient l'hygiène et la propreté de la case de santé ainsi que l'entretien du matériel et de l'équipement. L'équipement était composé de table de consultation, de bureau et d'armoire de pharmacie pour l'ASC, de table de soins avec une trousse d'instruments de pansements, de deux balances électroniques pour les enfants et les adultes, d'une table d'accouchements, un berceau, deux lits pour la suite de couche au niveau de la salle d'accouchement avec une trousse d'accouchement.

Ainsi, à travers les résultats de la grille d'observation, toutes les 15 cases de santé avaient une architecture et un équipement en bon état. En plus, elles disposaient de toilettes pour le personnel, d'un système de gestion des ordures avec des incinérateurs qui était fonctionnel chez 13/15 (86,7%). 7/15 (46,7%) des cases de santé ne disposaient de salle d'eau pour le personnel. Seule 1 case de santé était branchée à l'électricité à l'aide de panneaux solaires installés par une organisation non gouvernementale.

Aucune de ces cases ne disposait ni de toilette ni de salle d'eau intérieures pour les bénéficiaires. Dans 6 /15 (40%) cases de santé, nous avons noté de petites fissurations au niveau du revêtement des murs. Les bâtiments ainsi que le matériel et équipements sanitaires étaient de bonne qualité et bien entretenus sur le plan hygiène et propreté.

Cependant, certains équipements et matériels sanitaires manquaient dans les cases;

- la table de consultation était absente dans 2 cases de santé;
- la table de soins dans 3 cases de santé;
- l'autoclave ou un matériel de stérilisation dans 3 cases de santé.

Les outils de gestion pour les médicaments (fiche de commande et de sortie) n'étaient pas disponibles 4 cases de santé. Ailleurs, il s'agit de registre d'accouchement qui était absent dans toutes les cases de santé. Quant aux outils de suivi et de pérennisation de l'AFDS, ils n'étaient pas encore disponibles au niveau des cases de santé. Seule deux cases de santé disposaient de matériel d'IEC.

Tous les 33 bénéficiaires interviewés étaient très satisfaits des soins reçus au niveau des cases de santé ainsi que tous les personnes-clés, les membres du comité de santé, les femmes et les jeunes qui étaient satisfaits des microprojets de santé.

3- 1- 7- Participation communautaire

3- 1- 7- 1- Participation des populations aux activités de la case de santé

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, des activités de causeries sont organisées au niveau des cases de santé. Selon les 21 personnels de santé interviewés, les femmes et les jeunes ont participé de façon importante aux différentes causeries organisées à un niveau élevé. Toutes les présidentes de GPF, les présidents de jeunes ont reconnu le rôle important que joue ce personnel communautaire dans l'organisation, l'animation et aussi la pérennisation de ces activités en rapport avec le SIDA/IST, paludisme, hygiène et assainissement.

Ceci est d'autant plus important qu'à travers le comité de santé, ils participaient au fonctionnement de la case de santé.

3- 1- 7- 2- Participation des groupes vulnérables au fonctionnement comité de santé

Qu'il s'agisse des jeunes ou des femmes, ils sont bien représentés dans la composition du bureau du comité de santé.

En ce qui concerne les jeunes, 2 ont été élus Président, 1 vice-président, 2 secrétaires, 2 trésoriers, 1 adjoint trésorier et 4 ont été cooptés pour être membres du comité de santé des cases de santé.

Quant aux femmes, 3 ont été élues présidentes du comité de santé, 5 vices présidentes, 4 secrétaires, 8 trésorières, 2 adjointes trésorières et seule 1 a été élue membre.

3- 1- 8- Opinions du personnel de santé sur la fonctionnalité et la pertinence des MIP

Tous les Médecins-chefs de District, les Infirmiers Chefs de Poste, les personnels de santé communautaire que nous avons interviewés étaient d'accord de la pertinence des microprojets de santé, de leur fonctionnalité et étaient très satisfaits de la réalisation de ces MIP. Pour 1 ASC, il s'agissait du premier projet de plusieurs millions dans le village et qu'il y'avait une nécessité d'assurer sa pérennisation. Malheureusement, selon eux, les outils de suivi et de pérennisation de l'AFDS n'étaient pas encore disponibles au niveau de la case de santé.

3- 1- 9- La Morbidité au niveau des MIP

Par rapport aux données de morbidité, nous nous sommes intéressés essentiellement aux statistiques des cases de santé. Nous n'avons pu accéder aux différents rapports fournis au niveau des cases de santé parce que soit ils n'étaient pas encore disponibles (la case de santé venait de démarrer les activités (donc pas encore de rapport) soit ils étaient déjà envoyés au niveau du poste de santé et de l'AFDS et il n'existait pas de copie. Cependant, avec les registres de consultation disponibles, nous avons pu répertorier les principaux problèmes de santé qui ont été diagnostiqués au niveau de la case de santé :

- le paludisme;
- les diarrhées vomissements;
- les douleurs abdominales;
- les plaies; les dermatoses (surtout la gale);
- les conjonctivites;
- l'asthénie physique;
- les céphalées;
- la rhinite;
- la bilharziose urinaire et intestinale.

3- 1- 10- Gestion financière et des Médicaments

A ce niveau, nous avons interviewé les membres du comité de santé (Président, Secrétaire et Trésorier), le personnel communautaire (ASC, Matrone, Vendeur de Ticket et Gestionnaire de Médicaments) pour recueillir toutes les informations en rapport avec la gestion financière et des médicaments.

3- 1- 10- 1- *La gestion des médicaments*

Nous avons interviewé 12 gestionnaires de dépôt de pharmacie. L'âge moyen était de $34,5 \pm 9$ ans avec des extrêmes de 21 et 47 ans. Six (50%) avaient entre 30 et 39 ans. Ils étaient gestionnaires de dépôt uniquement (4 soit 33,3%) ou assurait une triple fonction de gestionnaire, vendeur de ticket et ASC/Matrone (7 soit 58,3%). Ils étaient de sexe masculin (11 soit 91,7%) et mariés (10 soit 83,3%). Un (8,3%) a eu le niveau universitaire, 4 (33,3%) le niveau primaire et 2 (16,7%) instruit en arabe. Sept (58,3%) ont été informé sur l'Initiative de Bamako et 10 (63,6%) formés sur la gestion des médicaments au niveau du Poste de Santé (7 soit 70%) ou au niveau de la case de santé (1 soit 10%). Selon les personnels communautaires de santé, la dotation initiale en médicament était estimée en moyenne de $183\ 969$ FCFA \pm $63\ 693$ avec un minimum de $85\ 675$ FCFA et un maximum de $275\ 000$ FCFA. En fonction de la morbidité diagnostiquée, les médicaments les plus utilisés au niveau de la case de santé étaient constitués par :

- le paracétamol (9 cases de santé / 15)
- les antipaludéens surtout la sulfadoxine-pyriméthamine (7 cases de santé/15), l'amodiaquine (8 cases de santé/15), la quinine injectable (3 cases de santé/15); la chloroquine (1 case de santé/15);
- les antianémiques, surtout le fer (7 cases de santé/15);
- l'acide acétyl salicylique (5 cases de santé/15)
- la vitamine C (4 cases de santé/15)
- l'antiparasitaire le mébendazole (3 cases de santé/15);
- le parégorique et le spasfon* (2 cases de santé/15);
- les antibiotiques surtout le cotrimoxazole (1 case de santé/15) , la tétracycline en collyre et en pommade (1 case de santé/15), l'amoxicilline (1 case de santé/15);
- autres : les antinflammatoires en particulier l'ibuprofène (1 case de santé/15); le Vogalène injectable* (1 case de santé); le Méthergin injectable,;
- les consommables : la SRO (5 cases de santé/15), bande (2 cases de santé/15).

Les médicaments les moins utilisés étaient :

- tétracycline pommade (1 case de santé)
- la bétadine solution (1 case de santé);
- le leucoplast (1 case de santé);
- l'acide acétyl salicylique (1 case de santé);
- le mébendazole (2 cases de santé);
- l'acide acétylsalicylique (1 case de santé);
- le parégorique (1 case de santé).

Les médicaments dont a besoin le personnel ont aussi été répertoriés et il s'agissait de :

- cotrimoxazole (6 cases de santé);
- quinine injectable (5 cases de santé);
- vitamine C (4 cases de santé);
- amodiaquine (3 cases de santé);
- paracétamol (3 cases de santé);
- antitussif (2 cases de santé);
- Lasilix* injectable (1 case de santé);

- autres : Spasfon* injectable, Vitamine B 12 injectable, Atropine injectale, Spasfon injectable, Heptamyl injectable, Ciprofloxacine (1 case de santé).

Seuls 3 (25%) ont rencontré des problèmes en rapport avec la gestion des médicaments en particulier 4 ruptures de stock qui concernaient la Chloroquine, la Vitamine C, la Sulfadoxine-Pyriméthamine (2 fois 2 ruptures) et 1 péremption avec l'Indométacine. Sept gestionnaires de dépôt sont supervisés régulièrement par l'ICP (6 soit 85,7%) ou le Médecin-Chef de District (1 soit 14,3%).

Quant à la commande de médicaments, elle se faisait de manière irrégulière dans 7 cases de santé (70%), 1 fois par deux mois (2 cases de santé soit 20%) et 1 fois par mois (1 case de santé soit 10%).

3- 1- 10- 2- *La gestion financière*

Vingt trois membres du bureau du comité de santé et 10 vendeurs de tickets ont été interviewés.

3-1-10- 2 -1- Résultats de l'interview avec les membres du comité de santé

Tous les 23 membres du comité de santé ont été choisis lors d'assemblée générale par les populations des MIP. Ils ont affirmé s'impliquer de manière élevée dans la gestion de la case de gestion. Ils ont bien défini le rôle et les fonctions du président, du secrétaire et du trésorier. 22 (95,1%) ont été formés sur la gestion de la case de santé. Douze (52,2%) ont été supervisés soit par l'Infirmier Chef de Poste (4 soit 33,3%), soit par l'AFDS (7 soit 58,3%). Vingt deux (95,7%) ont affirmé que la dotation initiale en médicaments répondaient à leur besoin.

Le prix du médicament a été fixé par l'ICP en accord avec la population au niveau de 17 cases de santé (73,9%), par le comité de santé (4 soit 16,4%), celui du ticket modérateur (ticket adulte=100 FCFA, ticket enfant=50 FCFA, ticket accouchement= 1000-1500 FCFA) par la population au niveau de toutes les cases sur proposition de l'ICP. La marge bénéficiaire était celle appliquée au niveau du Poste de Santé en rapport avec l'Initiative de Bamako. Toutes les cases de santé disposent d'un compte bancaire.

Pour 19 membres du bureau du comité de santé (82,6%), c'était le comité de santé qui décidait de l'utilisation de l'argent généré avec la vente des médicaments et des tickets. Quant à l'utilisation de l'argent au niveau des cases de santé, il fallait la signature du comité de santé pour 13 membres (61,9%) et celle du président (8 soit 38,1%). L'argent des médicaments servait au renouvellement du stock et celui des tickets à la motivation du personnel et à l'entretien de la case de santé. Quant aux membres du comité, ils ne sont pas motivés. En plus, il n'existe aucun mécanisme d'exemption pour les démunis. Il n'a été noté aucun problème dans la gestion financière.

3- 1- 10- 2- 2- Résultats de l'interview avec le personnel communautaire

Quant à la motivation financière du personnel de santé communautaire, elle est variable. En effet, différents schémas ont été observés au niveau des cases de santé :

- utilisation de l'argent des tickets pour motiver ASC et matrone (5 cas soit 33,3%) ou pour l'ASC uniquement (2 cas soit 13,3%);
- utilisation du bénéfice généré par la vente des médicaments et des tickets pour l'ASC uniquement ou l'ASC et la matrone (5 cas soit 33,3%);
- utilisation de l'argent généré par la vente de tickets d'accouchement pour la motivation de la matrone (2 cas soit 13,3%);
- salaire forfaitaire mensuel (1 cas soit 6,7%);
- absence de motivation de l'ASC et la matrone (ces cases de santé viennent de démarrer leurs activités).

Quant aux membres du comité, ils ne sont pas motivés. En plus, il n'existe aucun mécanisme d'exemption pour les démunis. Il n'a été noté aucun problème dans la gestion financière de l'argent généré au niveau de la case de santé.

3- 1- 11- Les points forts, faiblesses, suggestions et mécanismes de pérennisation du projet

Nous avons interviewé tous les 157 acteurs du projet pour recueillir des informations en rapport avec les points forts, les faiblesses, les suggestions pour améliorer et pérenniser les microprojets de santé.

3- 1- 11-1- *Les points forts*

Certains points forts ont été identifiés par les 157 personnes interviewées lors de l'enquête en rapport avec les objectifs du projet. En effet, il ressort de l'enquête que :

- sur le plan sanitaire
 - le projet a permis une meilleure accessibilité de la population à une structure de santé avec comme conséquence une diminution des dépenses de santé, des soins à domicile, des accouchements sécurisés (absence d'accouchement à domicile), et une disponibilité de médicaments de base;
- sur le plan socioéconomique
 - le projet a été une réponse à la demande sociale avec une participation de la communauté à toutes les étapes décisionnelles par une démarche participative;
 - l'adhésion de la population, son engagement et implication dans la réalisation et le fonctionnement des microprojets de santé ainsi que l'utilisation de l'expertise locale a été salutare;
 - le projet a contribué au développement socio-économique des villages et de la communauté à travers la création d'emplois lors de la réalisation et le fonctionnement des microprojets de santé ce qui a permis de renforcer la lutte contre la pauvreté dans ces dits villages;
 - le projet a permis le renforcement de la capacité managériale des populations locales à travers les formations reçues en gestion, santé entre autres;
 - le projet a apporté unité, concertation et cohésion au niveau des villages;

- sur le plan de l'hygiène et des conditions de vie
 - il a été noté une amélioration du cadre de vie à travers l'hygiène, la propreté du milieu;
- sur les groupes vulnérables
 - le projet a permis un "empowerment" des groupes vulnérables surtout les femmes et les jeunes qui se sont impliqués davantage dans la réalisation et le fonctionnement des microprojets de santé.

3- 1- 11 -2- *les faiblesses du projet*

Les 157 personnes interviewées ont aussi identifié des points faibles. Il s'agit essentiellement de :

Au niveau du personnel communautaire et la case de santé:

- la faible motivation du personnel communautaire;
- le faible niveau d'instruction du personnel communautaire;
- le manque de place au niveau du district pour assurer la formation du personnel communautaire en particulier les matrones;
- l'étroitesse des pièces ainsi que le problème de l'électrification, du téléphone et de l'adduction d'eau au niveau des cases de santé;
- l'absence de certains équipements et matériels sanitaires dans certaines cases de santé;
- la motivation financière du personnel du district qui n'est pas pris en compte;
- l'absence de toilette intérieure dans la salle d'accouchement.

Au niveau de la communauté

- la faible qualification et le faible niveau d'instruction des maîtres d'ouvrages locaux;
- la lenteur/difficulté dans la mobilisation des apports au niveau de la communauté.

- l'application des principes directeurs de l'Initiative de Bamako au niveau de la case de santé : renouvellement du comité de santé, une transparence dans la gestion des ressources générées;
- la sensibilisation de la population sur l'importance de l'utilisation de la case de santé;
- la nécessité pour l'AFDS d'une poursuite des efforts d'appui et de soutien au niveau de la population et de la case de santé.

Cependant, d'autres suggestions ont été formulées en rapport avec la mise à la disposition de la case d'un véhicule pour les références, l'affectation d'un ICP voire même d'un médecin et donc la transformation de la case de santé en Poste de Santé.

3- 2- Discussions et analyse des résultats

L'ampleur des problèmes de santé dans le monde mais surtout dans les pays en voie de développement mais également les insuffisances notées dans la distribution des services disponibles aux populations surtout celles les plus démunies ont amené l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1977 à fixer l'objectif social de la Santé Pour Tous en l'An 2000. La Conférence d'Alma Ata en 1978 a adopté les Soins de Santé Primaires (SSP) comme stratégie pour l'atteinte de l'objectif social de Santé Pour Tous (OMS, 1978).

Comme approche des problèmes sanitaires, les SSP sont une stratégie qui prend en compte la santé dans sa composante globale multifactorielle. En effet, ils sont « des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et acceptables, rendus universellement accessibles à toute la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assurer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système de national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent (OMS, 1978).

Ils répondent à des principes d'équité, d'efficacité et d'efficience, de participation communautaire et de collaboration (OMS, 1978).

Au niveau financier et administratif

- les lenteurs administratives au niveau des banques pour l'ouverture de compte bancaire;
- la lenteur dans les procédures de décaissement des ressources financières du fait de l'enclavement des villages ciblés pour les microprojets de santé.

3- 1- 11-3- Les suggestions formulées par les interviewés pour améliorer et pérenniser le projet

Pour améliorer la mise en oeuvre des microprojets de santé et ainsi assurer leur pérennisation, nous avons interviewé les 157 personnes de notre population à l'étude. Ainsi, face à ces points forts et faiblesses du projet, des suggestions ont été formulées dont :

Pour le personnel communautaire

- l'appui de la communauté au niveau local pour assurer une autre source de revenu au personnel communautaire (un champ pour le personnel par exemple);
- l'AFDS doit continuer pendant au moins deux ans à assurer une motivation au personnel communautaire;
- le renforcement des capacités du personnel communautaire en allongeant la durée de la formation (jusqu'à 1an), par l'alphabetisation mais aussi par une supervision régulière du district.

Pour la case de santé

- la création d'un fonds pour l'entretien et la maintenance de la case de santé à travers des activités génératrices de revenu (champ collectif, moulin à mil, télé centre) ou par des cotisations régulières mensuelles;
- le renforcement de l'équipement sanitaires et des médicaments;
- l'électrification, l'adduction d'eau et le téléphone pour les cases. A ce niveau, le partenariat avec d'autres organisations et agences sera d'un grand apport;

Le Sénégal, à l'instar d'autres pays, a adopté cette stratégie et s'appuie sur elle pour mener sa politique de santé. Cette option s'est renforcée par la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako qui vise au financement des SSP à travers le financement et la participation communautaires (WHO, 1988).

Dans un contexte socio-économique difficile découlant de la crise économique, de l'ajustement structurel avec comme corollaire la paupérisation des populations, la dégradation de leur état de santé et l'accès difficile aux infrastructures de base, l'AFDS a initié un vaste projet de lutte contre la pauvreté au niveau des villages et quartiers défavorisés du Sénégal, qui vise à améliorer l'accès aux services sociaux, infrastructures et équipements de base, l'accès à la micro finance, au renforcement des capacités et au suivi et analyse des conditions de vie des ménages et communautés. L'objectif de cette étude était de faire une évaluation des microprojets de santé financés par l'AFDS.

En effet, il ressort de cette étude que tous les acteurs ont jugé pertinents la réalisation de ces microprojets de santé qui étaient une réponse à une demande sociale, répondaient aux normes en vigueur, étaient efficaces en menant des activités dévolues à la case de santé avec une pleine participation des communautés surtout les femmes et les jeunes. Tous les acteurs étaient satisfaits des prestations et de la fonctionnalité.

La gestion de ces microprojets de santé répondait aux principes directeurs de l'Initiative de Bamako renforcée par la formation du personnel de santé communautaire et des membres du comité de santé (MSPAS, 1993; WHO, 1988).

Cette approche de l'AFDS est très innovatrice et répond aux principes directeurs de la Stratégie des Soins de Santé Primaires et à l'Initiative de Bamako. En effet, le Sénégal a compris très tôt l'impact du secteur de la santé dans l'activité économique. Le pays a encore réaffirmé cette volonté à travers la Constitution.

Le Sénégal a également fait sienne la Déclaration D'Alma Ata et les conclusions du Sommet de Copenhague de 1995 pour l'élimination de la pauvreté. Il a aussi ratifié chartes et conventions internationales, tous visant à améliorer les conditions socioéconomiques des populations.

Pertinence, efficacité et efficience des MIP

La réalisation des microprojets a vu la participation de tous les acteurs du développement (personnel de santé, communauté, autorités locales, AFDS). Ceci dénote le respect des principes directeurs de l'engagement communautaire

Les cases de santé sont des structures légères construites par les populations et gérées par elles-mêmes jouant un rôle dans la prévention. Au niveau des cases de santé officient des ASC et matrones. Les cases de santé de l'AFDS sont toutes situées dans des villages distants du poste de santé ou du centre de santé, polarisant des villages très éloignés de ces structures et très enclavés. Pour y accéder, il faut emprunter des chemins sinueux et cahoteux avec au moins 3 heures de route. A titre d'exemple, la distance entre la case de santé de Malla et le poste de santé de Keur Momar Sarr est 27kms avec un accès difficile par une route en latérite; Syer est à 25km de Diaglè; Sorom est à 6km de Ndiaye Ndiaye (AFDS, 2002; 2003). Ces infrastructures de santé participent ainsi à améliorer l'accessibilité géographique aux services de santé, un des principes majeurs de la stratégie de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires dans les pays : le principe de l'équité (OMS, 1978). Le fait qu'elles soient construites dans des villages et non en ville est en adéquation avec le respect des normes du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale concernant la conformité géographique des cases de santé et ne risque pas de poser de problème de fréquentation par la population et donc de pérennisation (MSPAS, 1997). Et c'est au niveau de ces zones reculées et enclavées que l'on retrouve les populations les plus démunies qui posent le plus de problème d'accessibilité aux soins. Heureusement, l'AFDS a pensé réaliser des microprojets de santé à ce niveau. Et c'est cet enclavement qui expliquerait les lenteurs administratives observées avant l'acceptation des projets et aussi dans le décaissement dont ont fait mention certaines personnes-clés.

Le profil du personnel communautaire, l'équipement ainsi que les activités réalisées au niveau de ces cases de santé sont dans la majorité des cases de santé conformes aux recommandations du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale (MSPAS, 1993, 2005). En effet, selon le MSPM, l'ASC ou la matrone doit être un homme ou une femme jeune, marié (e) de préférence, résidant dans le village, être volontaire et choisi (e) par la communauté, disponible, crédible, sociable, discret, dynamique pouvant disposer d'une

activité professionnelle compatible avec son poste (MSPAS, 1993, 2005). Au niveau des cases de santé de l'AFDS, c'est ce même profil que l'on retrouve chez le personnel est jeune, marié, réside dans le village où il mène la seule activité d'ASC ou de matrone sachant lire et écrire soit en français, arabe ou dans la langue nationale. Les activités au niveau des cases de santé doivent être promotionnelles et préventives mais aussi s'intéresser aux consultations curatives primaires et aux accouchements (MSPAS, 1993, 2005). La majeure partie des cases de santé de l'AFDS mène ces activités, ce qui est conforme aux normes du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPAS, 1993; 2005).

Cependant, dans quelques cases de santé nous avons remarqué que l'ASC pratiquait des injections. Ceci pourrait s'expliquer par le profil de ce personnel qui a acquis une certaine expérience dans le métier d'ASC avant même la réalisation de ces microprojets qui vit dans une zone enclavée et dont la structure de santé la plus proche est distante de plus de 5 kms. A cet effet, devant l'urgence qui se pose, force est de reconnaître la nécessité de recourir à cette pratique. Mais cela nécessite une formation adéquate (déjà acquise lors de leur exercice et formation) et aussi une supervision par le poste de santé. Ce dernier assure la supervision des cases de santé, apporte un soutien et appui dans la réalisation de leurs activités et à la formation continue du personnel communautaire. Ceci dénote déjà de l'intégration de ces cases de santé dans le système sanitaire mais aussi de leur acceptation par ce système. En effet, cette activité contribue au renforcement des capacités du personnel communautaire et crédibilise les cases de santé constituant un facteur essentiel de pérennisation. Selon le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, l'ASC est formé pendant 3 mois (théorie et pratique) au niveau du Centre de Santé et du Poste de Santé sous la supervision du major et de l'Infirmier Chef de Poste. La matrone, quant à elle, est formée pendant 6 mois au niveau du centre de santé par la maitresse sage-femme (MSPM, 2005). Même si la durée de formation du personnel communautaire répond aux normes édictées par le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, le souci de la qualité des soins offerts au niveau des cases doit amener les autorités de l'AFDS et du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale à augmenter cette durée de 6 à 12 mois dans un centre de santé. Cependant, certaines personnes-clés ont posé le problème de la disponibilité de place au niveau du district pour

la formation du personnel communautaire avec comme conséquence l'absence de prestations de soins surtout d'accouchement. Ceci pourrait être lié au fait qu'il n'existe pas encore de cadre juridique formel de partenariat au niveau national entre le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale et l'AFDS permettant de résoudre ce problème de formation et qu'il serait impératif de le définir. S'y ajoute l'absence ou la faiblesse de la motivation du district qui doit assurer cette formation initiale du personnel communautaire affirmée par certains professionnels de santé. Heureusement, sur le plan technique au niveau local, ce problème est déjà résolu et les cases de santé sont bien intégrées au niveau de la pyramide sanitaire.

L'architecture des cases est de meilleure qualité comparée à celle de la localité. Le coût moyen de leur réalisation était de 13 970 671 FCFA couvrant toutes les activités en rapport avec sa réalisation et son équipement (technique, adduction d'eau etc...) ainsi que la formation du personnel communautaire qui y officie, la dotation en médicaments entre autre. Ce coût est raisonnable considérant les différents investissements inhérents à la réalisation de ces cases que les populations jugent de meilleure qualité comparé à celles qui existent dans leur localité. Il faut saluer cette initiative de l'AFDS d'avoir osé dépenser cette somme dans des villages où règne la pauvreté et surtout de confier la gestion de la réalisation à des populations qui ne disposaient d'aucun rudiment de gestion de projet avant son implantation. Ainsi, le projet a permis à ces populations de renforcer leur capacité managériale à travers des formations financées par l'AFDS et de mener à bien ces projets, ce qui explique l'absence d'écart dans la réalisation. Tous les acteurs interviewés reconnaissent que les cases de santé construites par L'AFDS ainsi que l'équipement étaient de meilleure qualité comparé aux cases de santé en vigueur dans la localité, ce qui est salubre.

Qualité des services

En effet, il est évident que l'appréciation de la qualité des services offerts est un facteur important d'utilisation des services mais aussi du vœu de la population à payer (Annis, 1981; Bitran, 1989). Le rôle important que joue le médicament dans cette appréciation a fait l'objet de nombreuses études surtout en Afrique. En effet, selon Knippenberg et al

(1980), la rupture de stock de médicaments a constitué l'une des causes majeures de sous-utilisation des services de santé au Bénin et en Guinée avant l'implantation de l'Initiative de Bamako dans ces pays. Ce même constat a été fait par Unger et al (1990) au Sénégal. C'est partant de cet état de fait que les pays africains ont lancé cette idée d'utiliser le Médicament pour financer les activités inhérentes à la mise en œuvre des SSP au niveau des structures de santé à travers l'application de l'Initiative de Bamako (OMS, 1987).

Dans notre enquête, la qualité des services offerts au niveau des cases de santé a été jugée satisfaisante par l'ensemble des personnes interviewées (personnels de santé, personnes-clés, membres du bureau du comité de santé, les femmes, les jeunes, les bénéficiaires, les dépositaires de pharmacie, les vendeurs de tickets). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les médicaments sont actuellement disponibles et accessibles financièrement au niveau des microprojets de santé de l'AFDS et qu'il s'avère important d'assurer leur pérennisation à travers une bonne gestion. Ce constat a été notifié dans plusieurs études africaines depuis la mise en œuvre de l'IB au niveau des structures de santé. Ainsi, une étude réalisée lors d'une enquête d'évaluation du processus de mise en œuvre de l'IB dans le district de Louga a montré une bonne appréciation de la qualité des soins par la population de bénéficiaires (Touré et al, 1993). En Guinée, cette perception de la qualité des services offerts a été unanimement positive et certaines communautés ont même pensé que des maladies comme la rougeole, la poliomyélite et le paludisme avaient disparu du fait de la mise en œuvre de l'IB dans leur localité (McPake, 1993).

Gestion de l'initiative de Bamako

L'Initiative de Bamako a été appliquée au Sénégal depuis les années 90 sous l'hospice du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSPAS, 1991).

Le comité de santé est un groupe limité de personnes désignées par la communauté chargé de se réunir pendant un temps plus ou moins long à intervalles plus ou moins rapprochés en vue de trouver une solution aux problèmes de santé qui se posent à cette communauté. Il est composé d'homme et de femmes avec une bonne représentativité des

femmes et des jeunes et les membres sont élus lors d'une assemblée générale. Il est renouvelable tous les deux ans (MSPAS, 1993).

Les normes d'un comité de santé sont définies par le Ministère de la Santé à travers le Décret N° 92-118 / MSPAS fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts types desdits comités. La gestion des médicaments nécessite la formation d'un agent dépositaire de la pharmacie et les médicaments sont vendus avec une marge bénéficiaire de 10% du district vers le poste de santé; la vente des tickets étant assurée par un vendeur de ticket formé au préalable. Les fonds générés par la vente des médicaments doivent servir au renouvellement des stocks, à la motivation du personnel communautaire et à l'entretien/maintenance de la case et des équipements (MSPAS, 1993).

Le mode de désignation du comité de santé des cases de santé réalisées par l'AFDS était conforme aux normes édictées par le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. En effet les membres du dit comité ont été élus lors d'assemblée générale avec une forte représentation des groupes vulnérables en particulier les femmes et les jeunes, une innovation. Les fonctions, tâches dévolues aux différents membres sont connues et appliquées. Les membres du comité ont participé à un niveau élevé (selon les personnes interviewées) aux activités de la case de santé. Les tarifs des prestations ainsi que la marge bénéficiaire sont conformes au décret 92-118. En effet, les comités de santé doivent garantir une allocation équitable des ressources financières et sanitaires dans un esprit d'équité et de justice sociale (Monékosso, 1994). Ils devront être préparés à l'autonomie et à la pérennisation quand les dotations initiales seront consommées. Ils devront davantage mobiliser les populations tout en sachant que le temps des populations ne correspond que très rarement à la logique budgétaire. La non-pluralité du financement constitue un obstacle au développement d'actions communautaires qui durent parfois des années. *Il n'est pas éthique d'accompagner des habitants vers une autonomisation si le soutien financier s'arrête avant même que celle-ci ne soit totalement acquise, le stade de la constitution d'une association ne pouvant être assimilée à une complète autonomisation* (Schapman, 2001). Ainsi, il revient à L'AFDS de poursuivre le soutien pour assurer une pérennisation de ces cases de santé comme souhaité.

pour conserver l'intimité des femmes et de construire des toilettes intérieures dans les salles d'accouchement;

- développer le partenariat avec le Ministère de l'Energie, le Ministère de l'Agriculture Hydraulique, le Ministère des Télécommunications mais aussi d'autres agences et organisations pour accompagner le projet dans un vaste programme d'électrification rurale, d'adduction d'eau et de téléphonie rurale afin de permettre aux cases de santé d'être mieux fonctionnelles et efficaces;
- en attendant, penser à la transformation de ces microprojets de santé en poste de santé ou centre de santé étant donné la poussée démographique et le développement économique qui vont accompagner ce projet au niveau des villages cibles;
- l'AFDS devrait renforcer les points forts identifiés par les personnes interviewées et corriger les faiblesses afin d'améliorer le projet;
- le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale devrait s'approprier ce projet pour renforcer la couverture sanitaire dans le pays.

V- Références bibliographiques

- 1)- AFDS (2003)- Réalisation des évaluations participatives de la Pauvreté. Rapport Village Communauté Rurale de Syer 3. AFDS, Dakar-Sénégal.
- 2)- AFDS (2003). Evaluation participative des besoins en vue de l'identification des sous-projets prioritaires. Rapport Village de Malla Tack.
- 3)- AFDS (2003). Microprojet de construction d'une case de santé du GIE de Sorom. AFDS; Dakar; Sénégal.
- 4)- AFDS (2003). Microprojet de construction et d'équipement d'une case de santé de l'ASC Diarbane de Malla. AFDS; Dakar; Sénégal.
- 5- AFDS (2003). Microprojet de construction et d'équipement de santé du GIE mame Fane de Syer 3. AFDS; Dakar; Sénégal.
- 6)- AFDS (2002). Manuel des procédures pour l'appui aux organisations communautaires de base (OCB).
- 1)- Annis S (1981). Physical access and utilization of health services in rural Guatemala. *Social Science and Medicine*; 15 :515-23.
- 7)- Bitran R (1989). Household demand for medical care in Santa Domingo, Dominican Republic. HC Flag Research report N°9, Stony Brook, New York, USA.
- 8)- Knipperberg B et al (1990). The Bamako Initiative-Primary Health Care Experience. *Children in The Tropics*, 184/185. International Children's Centre; Paris; France.
- 9)- McPake B et al (1993). Experience to date implementing the Bamako Initiative. A review and five country case studies. *Public Health and Policy*; Oxford University Press; London.
- 10)- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (1992). Décret fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts-types des dits comités. Decret NO 92-118/MSPAS, Sénégal.
- 11)- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (1993). Guide National du Comité de Santé. Stratégies et Conduites à tenir. MSPAS, Dakar-Sénégal.
- 12)- Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (1997). Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS), 1998-2007. MSPAS, Dakar-Sénégal.
- 13)- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2005). Aide Mémoire Formation de l'Agent de Santé Communautaire, Version 2. MSPM, Dakar; Sénégal.

- 14)- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2005). Aide Mémoire Formation de la Matrone, Version 2. MSPM, Dakar; Sénégal.
- 15)- Monekosso GL (1994). La gestion sanitaire au niveau du district. Directives de mise en œuvre. De la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires. OMS/AFRO.
- 16)- OMS/FISE (1978). Les Soins de Santé Primaires. OMS, Genève, Suisse.
- 17)- Schapman S; Oberlé D (2001). La démarche communautaire : de l'expérimentation à la conception. *La santé de l'homme*; 351 :14-20.
- 18)- Sonko N (2004). Evaluation du processus de mise en œuvre du programme de santé communautaire de la Croix Rouge Sénégalaise. Thèse Médecine; Dakar.
- 19)- Touré K; Kouadio K; Donelli E (1994). A process evaluation of drugs management in the implementation of Bamako Initiative in the district of Louga, Senegal. *Mémoire de Maîtrise en gestion des Services de Santé dans les pays en voie de développement*. Istituto Superiore di Sanita, Roma, Italy.
- 20)- Unger JP et al (1990). From Bamako to Kolda : a case study of medicines and the financing of district health service. *Policy and Planning*; 5 :367-377.
- 21)- WHO (1988). Guidelines for implementing the Bamako Initiative-Regional Committee for Africa, Thirty-eight session, Brazzaville, 7-14 Sept, AFR/RC38/18 Rev 1.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des cases où des faiblesses ont été notées

Faiblesses constatées	Liste des cases
Cases de santé qui n'ont pas encore commencé les accouchements	Coura Mouride, Touba Aly Penda, Ndiandiaye, Syer3, Malla
Case de santé menant des activités de causeries, accouchements, pansement et pesée : pas de Consultations primaires curatives	Méo Ndiobène
Cases de santé dont les outils de gestion des médicaments ne sont pas encore disponibles (causes : rupture d'outils de stock au niveau du district)	Keur Samba Nosso, Saré Dickel, Malla, Ndiandiaye
Cases de santé avec rupture de stock de médicaments (causes : rupture de stock au niveau du district)	Méo Ndiobène, Mérina Ngueyne, Ssaré Bilali
Cases de santé sans salles d'eau pour le personnel (mais toilettes extérieures existent)	Sorom, Keur Samba Nosso, Coura Mouride, Méo Ndiobène, Sanghé, Mérina Ngueyene, Maka,

Annexe 2: Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes-clés (N=32)

Variabes	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
<i>Age</i>		
Moyenne : 49,3±15 ans		
Minimum : 30 ans		
Maximum : 87 ans		
30-49 ans	21	67,7
50-69 ans	6	19,4
70 ans et plus	4	12,9
<i>Sexe</i>		
Masculin	29	90,6
<i>Statut matrimonial</i>		
Marié	30	93,2
Célibataire	2	6,8
<i>Education</i>		
Aucune	1	3,1
Secondaire	6	18,8
Universitaire	14	43,6
arabe	11	34,4
<i>Type de personne</i>		
Chef de village	12	37,5
PCL	1	3,1
ICP	6	18,8
MCD	3	9,4
OADC	6	18,8
Coordonnateur	3	9,4
Chef de Division	1	3,1

Tableau II : caractéristique du personnel de santé (N=21)

Variabes	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
<i>Age</i>		
Moyenne : 35,6±8,9 ans		
Minimum : 20 ans		
Maximum : 49 ans		
20-29 ans	5	26,3
30-39 ans	8	41,1
40 ans et plus	6	32,6
<i>Sexe</i>		
Masculin	15	71,4
<i>Statut matrimonial</i>		
Marié	18	85,7
Célibataire	3	14,3
<i>Education</i>		
Aucune	1	4,8
Primaire	4	19
Secondaire	8	38,1
Universitaire	1	4,8
Arabe	3	14,3
Alphabétisation	4	19,0
<i>Type de personnel</i>		
ASC	12	57,1
Matrone	5	23,8
ICP	2	9,5
Relais communautaire	2	9,5

<i>Ancienneté ASC/Matrone</i>		
≤ 1an	13	76,5
2 ans	1	5,9
5 ans	2	11,8
27 ans	1	5,8
<i>Lieu de la formation</i>		
<i>ASC</i>		
Poste de Santé	7	58,3
Centre de Santé	5	41,7
<i>Matrone</i>		
Centre de Santé	4	80
Hôpital Régional	1	20
<i>Durée de la formation</i>		
<i>ASC</i>		
3 mois	3	25
6 mois	6	50
11 mois	1	8,3
12 mois	2	16,7
<i>Matrone</i>		
6 mois	1	20
9 mois	3	60
14 mois	1	20

Guide d'entretien pour Les Femmes et les Jeunes

Date :

Microprojet :

Type : Réhabilité

Créé

Intervieweur :

Nom-Prénom de l'interviewé :

Age :

Sexe : Masculin ف

Féminin ف

Fonction:

Présidente groupement féminin ف

Président Association de jeune ف

Niveau d'instruction : Aucune ف **Primaire** ف **Secondaire** ف **Universitaire** ف

Situation matrimoniale

I- Information sur le projet

- 1- Qui a décidé du choix du site ?
- 2- Comment les populations ont-elles été impliquées dans le choix des sites d'implantation des microprojets de santé ?
- 3- Comment les populations ont été impliquées dans la réalisation du microprojet de santé ?
- 4- Comment le personnel de santé a-t-il été impliqué dans le choix des sites d'implantation des microprojets de santé?
- 5- Les microprojets de santé répondent-ils aux standards en vigueur au niveau de votre région ?
- 6- Les équipements des microprojets de santé répondent-ils aux standards en vigueur au niveau de votre région ?
- 7- Les personnels de santé de ces microprojets de santé répondent-ils aux profils recommandés ?
- 8- Les microprojets de santé sont-ils intégrés dans le système de santé de la région ?
- 9- Comment ont été recrutés les personnels de santé qui y officient ?
- 10- Qui a assuré la formation du personnel qui y officie ?
- 11- Quels ont été les domaines de formation du personnel ?

- 12- Quelles sont les activités en rapport avec la santé menées au niveau de l'infrastructure de santé ?
- 13- Pensez-vous que le personnel de santé mène régulièrement ces activités ? (en terme de planification et de description de tâches)
- 14- Est-ce que le poste de santé/district/région participe aux diverses activités organisées par le personnel de santé des microprojets de santé?
- 15- Est-ce que le personnel de santé des microprojets de santé reçoit un appui/soutien du district/région pour mener ses diverses activités en général?
- 16- Est-ce que le personnel de santé des microprojets de santé participe aux activités de formation continue organisées par le district/région ?
- 17- A quel niveau le personnel de santé envoie-t-il les rapports d'activités ?
- 18- Quels sont les problèmes que vous avez rencontrés dans la mise en oeuvre des microprojets ?

II- Information sur le comité de gestion

- 1- Quand a été créé le comité de gestion de votre microprojet ? (Pour les élus locaux seulement)
- 2- Comment ont été élus les différents membres du comité de gestion ?
- 3- Quel est le rôle de chaque membre du comité de gestion ?
 - Président
 - Secrétaire
 - Trésorier
- 3- Comment les femmes ont-elles été impliquées dans l'élection des membres du comité de gestion ?
- 4- Comment les femmes ont-elles été impliquées dans le fonctionnement du comité de gestion ?
- 5- Comment les jeunes ont-ils été impliqués dans l'élection des membres du comité de gestion ?
- 6- Comment les jeunes ont-ils été impliqués dans le fonctionnement du comité de gestion ?

7- Quel est le niveau d'implication de ce comité de gestion dans le fonctionnement des microprojets de santé par rapport aux activités de :

- soins
- vaccination
- IEC
- Hygiène et assainissement

6- Est-ce que les membres du comité de gestion ont été formés pour assurer leurs fonctions?

7- Si oui,

- a)- quand ?
- b)- durée de la session de formation ?
- c)- lister les principaux points de la formation

8- Si non, pourquoi ?

9- Comment a été impliqué le Ministère le poste de santé/le district/la région médicale dans la création du comité de gestion des microprojets de santé?

10- Comment a été impliqué le Projet AFDS dans la création du comité de gestion des microprojets de santé ?

11- Est ce que les populations reçoivent des feedbacks du comité de gestion?

12- Avez-vous rencontré des problèmes dans l'organisation et le fonctionnement du comité de gestion des microprojets de santé ?

13- Si oui, lesquels ?

III- Supervision

1- Est-ce que le personnel qui officie dans les infrastructures de santé est supervisé dans son travail ?

2- Si oui,

- 2-1- par qui ?
- 2-2- Quelle est la régularité de la supervision ?
- 2-3- Quelle est la date de la dernière supervision ?
- 2-4- Reçoivent-ils des feedbacks de supervision

3- Si non, pourquoi ?

4- Est-ce que les membres du comité de gestion sont supervisés dans leur travail?

5- Si oui,

4-1- par qui ?

4-2- Quelle est la régularité de la supervision ?

4-3- Quelle est la date de la dernière supervision ?

4-4- Reçoivent-ils des feedbacks de supervision

6- Si non, pourquoi ?

IV- Gestion financière

1- Qui a décidé de la marge bénéficiaire à appliquer au prix des médicaments ?

2- Quelle est le taux de la marge bénéficiaire ?

3- Comment a été décidé l'application de la marge bénéficiaire ?

4- Qui a décidé du prix des tickets ?

5- Qui garde l'argent généré ?

6- Disposez-vous d'un compte bancaire ?

6-1- Si non pourquoi ?

7- Si oui, qui dépose l'argent généré à la banque ?

8- Qui décide de l'utilisation de l'argent généré par les médicaments ?

9- Qui décide de l'utilisation de l'argent généré par la vente des tickets ?

10- Qui signe pour l'utilisation de l'argent ?

11- Comment est utilisé l'argent généré par la vente des médicaments ?

12- Comment est utilisé l'argent généré par la vente des tickets ?

13- Comment est motivé le personnel de santé qui officie dans les microprojets de santé ?

14- Comment sont motivés les membres du comité de gestion des microprojets de santé ?

15- Quel type de problème avez-vous noté dans la gestion de l'argent généré ?

V- Contraintes

A- Avant le démarrage du projet

1- Quelles ont été les contraintes administratives observées ?

2- Quelles ont été les contraintes financières observées ?

3- Quel a été leur impact sur le délai de réalisation des microprojets de santé
(demander les rapports si possible)

4- Quel a été leur impact sur le fonctionnement des microprojets de santé ?

5- Quel a été leur impact sur l'efficacité des microprojets de santé ?

B- Après le démarrage du projet

1- Quelles ont été les contraintes administratives observées ?

2- Quelles ont été les contraintes financières observées ?

**3- Quel a été leur impact sur le délai de réalisation des microprojets de santé
(demander les rapports si possible)**

4- Quel a été leur impact sur le fonctionnement des microprojets de santé ?

5- Quel a été leur impact sur l'efficacité des microprojets de santé ?

VI- Opinions

1- Quel est l'impact du microprojet de santé sur la santé des populations de la localité ?

2- Quelle est votre opinion sur la fonctionnalité de ces infrastructures de santé ?

3- Quelle est votre opinion sur la satisfaction des populations par rapport à la mise en oeuvre des microprojets de santé?

4- Quels sont les mécanismes que vous avez mis en place pour assurer la pérennisation de ces infrastructures ?

5- Que pensez-vous des outils de suivi et de pérennisation mis en place ?

VII- Suggestions

1- Quels sont les points forts de la mise en oeuvre des microprojets de santé ?

2- Quels sont les points faibles ?

3- Quelles sont vos suggestions pour améliorer la mise en oeuvre de ces microprojets et assurer leur pérennisation ?

- 13- Pensez-vous que le personnel de santé mène régulièrement ces activités ?
- 14- Est-ce que le poste de santé/district/région participe aux diverses activités organisées par le personnel de santé des microprojets de santé?
- 15- Est-ce que le personnel de santé des microprojets de santé reçoit un appui/soutien du district/région pour mener ses diverses activités en général?
- 16- Est-ce que le personnel de santé des microprojets de santé participe aux activités de formation continue organisées par le district/région ?
- 17- A quel niveau le personnel de santé envoie-t-il les rapports d'activités ?
- 18- Quels sont les problèmes que vous avez rencontrés dans la mise en oeuvre des microprojets ?

II- Formation

- 1- Comment avez-vous été recruté au niveau du microprojet de santé ?
- 2- Avez-vous été informé sur l'Initiative de Bamako ?
- 3- Avez-vous été formé sur la gestion des médicaments ?
- 4- Si oui,
 - où ?
 - quand ?
 - durée de la formation
 - responsable de la formation ?

III- Gestion des médicaments

- 1- Quels sont les médicaments les plus utilisés au niveau du microprojet de santé ?
 - 2- Quels sont les médicaments les moins utilisés ?
 - 3- Est-ce que tous les médicaments prescrits sont disponibles au niveau de la pharmacie ?
 - 4- Quel a été le montant de la dotation initiale ?
 - 5- les médicaments de la dotation initiale répondent-ils aux besoins de la population ?
- Si non, pourquoi ?
- 6- Existe-t-il des médicaments dont vous auriez besoin ?
 - 7- Où est ce que sont commandés les médicaments de la pharmacie ?
 - 8- Quel est le rythme de renouvellement de la commande de médicament ?

1 / mois

1/ 2 mois

1/ 3 mois

autres (à préciser)

aucune régularité

9- Avez-vous noté des ruptures de stock ?

10- Si oui, avec quel produit ?

et le nombre de rupture de stock

11- Avez-vous noté d'autres problèmes dans la gestion des médicaments ?

Vols

Péremption

Dommmages

12- Quels outils de gestion utilisez-vous pour le fonctionnement de la pharmacie ?

(Lister les outils de gestion)

IV- Gestion financière

1- Qui a décidé de la marge bénéficiaire à appliquer au prix des médicaments ?

2- Quelle est le taux de la marge bénéficiaire ?

3- Comment a été décidée l'application de la marge bénéficiaire?

4- Qui garde l'argent généré ?

5- Disposez-vous d'un compte bancaire ?

5-1- Si non pourquoi ?

6- Si oui, qui dépose l'argent généré à la banque ?

7- Qui décide de l'utilisation de l'argent généré par les médicaments?

8- Qui signe pour l'utilisation de l'argent de la vente de médicaments ?

9- Comment est utilisé l'argent généré par la vente des médicaments ?

10-Comment est motivé le personnel de santé qui officie dans les microprojets de santé ?

11 Comment sont motivés les membres du comité de gestion des microprojets de santé?

12- Quel type de problème avez-vous noté dans la gestion de l'argent généré ?

V- Supervision

1- Est-ce que le personnel qui officie dans les microprojets de santé est supervisé dans son travail ?

2- Si oui,

2-1- par qui ?

2-2- Quelle est la régularité de la supervision ?

2-3- Quelle est la date de la dernière supervision ?

2-4- Reçoivent-ils des feedbacks de supervision

3- Si non, pourquoi ?

VI- Opinions

1- Quel est l'impact du microprojet de santé sur la santé des populations de la localité ?

2- Quelle est votre opinion sur la fonctionnalité de ces infrastructures de santé ?

3- Quelle est votre opinion sur la satisfaction des populations par rapport à la mise en oeuvre des microprojets de santé ?

4- Quels sont les mécanismes que vous avez mis en place pour assurer la pérennisation de ce microprojet de santé ?

5- Que pensez-vous des outils de suivi et de pérennisation mis en place ?

VII- Suggestions

1- Quels sont les points forts de la mise en oeuvre des microprojets de santé ?

2- Quels sont les points faibles ?

3- Quelles sont vos suggestions pour améliorer la mise en oeuvre de ces microprojets et assurer leur pérennisation ?

Guide d'entretien pour le responsable de la vente des tickets du MicroProjet

Date :

Microprojet : Réhabilitéف Crééف Témoинف

Intervieweur :

Nom-Prénom de l'interviewé:

Age : Sexe : Masculinف Fémininف

Ancienneté dans la profession : /----/

Niveau d'instruction : aucuneف primaireف secondaireف universitaireف

Situation matrimoniale

I- Information sur le projet

- 1- Qui a décidé du choix du site ?
- 2- Comment les populations ont-elles été impliquées dans le choix des sites d'implantation des microprojets de santé ?
- 3- Comment les populations ont été impliquées dans la réalisation du microprojet de santé ?
- 4- Comment le personnel de santé a-t-il été impliqué dans le choix des sites d'implantation des microprojets de santé?
- 5- Les microprojets de santé répondent-ils aux standards en vigueur au niveau de votre région ?
- 6- Les équipements des microprojets de santé répondent-ils aux standards en vigueur au niveau de votre région ?
- 7- Les personnels de santé de ces microprojets de santé répondent-ils aux profils recommandés ?
- 8- Les microprojets de santé sont-ils intégrés dans le système de santé de la région ?
- 9- Comment ont été recrutés les personnels de santé qui y officient ?
- 10- Qui a assuré la formation du personnel qui y officie ?
- 11- Quels ont été les domaines de formation du personnel ?
- 12- Quelles sont les activités en rapport avec la santé menées au niveau de l'infrastructure de santé ?

- 13- Pensez-vous que le personnel de santé mène régulièrement ces activités ? (en terme de planification et de description de tâches)
- 14- Est-ce que le poste de santé/district/région participe aux diverses activités organisées par le personnel de santé des microprojets de santé?
- 15- Est-ce que le personnel de santé des microprojets de santé reçoit un appui/soutien du district/région pour mener ses diverses activités en général?
- 16- Est-ce que le personnel de santé des microprojets de santé participe aux activités de formation continue organisées par le district/région ?
- 17- A quel niveau le personnel de santé envoie-t-il les rapports d'activités ?
- 18- Quels sont les problèmes que vous avez rencontrés dans la mise en oeuvre des microprojets ?

II- Formation

- 1- Comment avez-vous été recruté au niveau du microprojet de santé ?**
- 2- Avez-vous été informé sur l'Initiative de Bamako ?**
- 3- Avez-vous été formé sur la vente des tickets?**
- 4- Si oui,**
 - Où ?**
 - Quand ?**
 - Durée de la formation**
 - Responsable de la formation ?**

III- Prix des tickets

- 1- Comment a été décidé le prix des tickets ?**
- 2- Qui a décidé du prix à appliquer pour les différentes activités ?**
- 3- Qui garde l'argent généré ?**
- 4- Disposez-vous d'un compte bancaire ?**
 - 4-1- Si non pourquoi ?**
- 5- Si oui, qui dépose l'argent généré à la banque ?**
- 6- Qui décide de l'utilisation de l'argent généré par la vente des tickets ?**
- 7- Qui signe pour l'utilisation de l'argent ?**
- 8- Comment est utilisé l'argent généré par la vente des tickets ?**
- 9-Comment est motivé le personnel de santé qui officie dans les microprojets de santé ?**

- 10- Comment sont motivés les membres du comité de gestion des microprojets de santé?
- 11- Quel est le mécanisme d'exemption pour certains membres de la communauté ?
- 12- Quel type de problème avez-vous noté dans la gestion de l'argent généré ?

IV- Supervision

1- Est-ce que le personnel qui officie dans les microprojets de santé est supervisé dans son travail ?

2- Si oui,

2-1- par qui ?

2-2- Quelle est la régularité de la supervision ?

2-3- Quelle est la date de la dernière supervision ?

2-4- Reçoivent-ils des feedbacks de supervision

3- Si non, pourquoi ?

V- Opinions

1- Quel est l'impact du microprojet de santé sur la santé des populations de la localité ?

2- Quelle est votre opinion sur la fonctionnalité de ces infrastructures de santé ?

3- Quelle est votre opinion sur la satisfaction des populations par rapport à la mise en oeuvre des microprojets de santé?

4- Quels sont les mécanismes que vous avez mis en place pour assurer la pérennisation de ce microprojet de santé?

5- Que pensez-vous des outils de suivi et de pérennisation mis en place ?

VI- Suggestions

1- Quels sont les points forts de la mise en oeuvre des microprojets de santé ?

2- Quels sont les points faibles ?

3- Quelles sont vos suggestions pour améliorer la mise en oeuvre de ces microprojets et assurer leur pérennisation ?

Guide d'entretien pour le bénéficiaire du MicroProjet

Date :

Microprojet : Réhabilitéة Crééeة Témoineة

Intervieweur :

Nom-Prénom de l'interviewé:

Age : Sexe : Masculineة Féminineة

Niveau d'instruction : aucuneة primaireة secondaireة universitaireة

Situation matrimoniale

I- Information sur le projet

- 1- Qui a décidé du choix du site ?
- 2- Comment les populations ont-elles été impliquées dans le choix des sites d'implantation des microprojets de santé ?
- 3- Comment les populations ont été impliquées dans la réalisation du microprojet de santé ?

II- Information sur le comité de gestion

- 1- Quand a été créé le comité de gestion de votre microprojet ? (Pour les élus locaux seulement)
- 2- Comment ont été élus les différents membres du comité de gestion ?
 - Président
 - Secrétaire
 - Trésorier
- 3- Comment les femmes ont-elles été impliquées dans l'élection des membres du comité de gestion ?
- 4- Comment les femmes ont-elles été impliquées dans le fonctionnement du comité de gestion ?
- 5- Comment les jeunes ont-ils été impliqués dans l'élection des membres du comité de gestion ?

6- Comment les jeunes ont-ils été impliqués dans le fonctionnement du comité de gestion ?

7- Quel est le niveau d'implication de ce comité de gestion dans le fonctionnement des microprojets de santé par rapport aux activités de :

- soins
- vaccination
- IEC
- Hygiène et assainissement

6- Est-ce que les membres du comité de gestion ont été formés pour assurer leurs fonctions?

7- Si oui,

- a)- quand ?
- b)- durée de la session de formation ?
- c)- lister les principaux points de la formation

8- Si non, pourquoi ?

9- Comment a été impliqué le Ministère le poste de santé/le district/la région médicale dans la création du comité de gestion des microprojets de santé?

10- Comment a été impliqué le Projet AFDS dans la création du comité de gestion des microprojets de santé ?

11- Est ce que les populations reçoivent des feedbacks du comité de gestion?

12- Avez-vous rencontré des problèmes dans l'organisation et le fonctionnement du comité de gestion des microprojets de santé ?

13- Si oui, lesquels ?

IV- Gestion financière

1- Qui a décidé de la marge bénéficiaire à appliquer au prix des médicaments ?

2- Quelle est le taux de la marge bénéficiaire ?

3- Comment a été décidé l'application de la marge bénéficiaire?

4- Qui a décidé du prix des tickets ?

5- Qui garde l'argent généré ?

6- Disposez-vous d'un compte bancaire ?

6-1- Si non pourquoi ?

- 7- Si oui, qui dépose l'argent généré à la banque ?
- 8- Qui décide de l'utilisation de l'argent généré par les médicaments?
- 9- Qui décide de l'utilisation de l'argent généré par la vente des tickets ?
- 10- Qui signe pour l'utilisation de l'argent ?
- 11- Comment est utilisé l'argent généré par la vente des médicaments ?
- 12- Comment est utilisé l'argent généré par la vente des tickets ?
- 13- Comment est motivé le personnel de santé qui officie dans les microprojets de santé ?
- 14- Comment sont motivés les membres du comité de gestion des microprojets de santé?
- 15- Quel type de problème avez-vous noté dans la gestion de l'argent généré ?

VI- Opinions

- 1- Quel est l'impact du microprojet de santé sur la santé des populations de la localité ?
- 2- Quelle est votre opinion sur la fonctionnalité de ces infrastructures de santé ?
- 3- Etes-vous satisfait des prestations reçues?
- 4- Quels sont les mécanismes qu'il faut mettre en place pour assurer la pérennisation de ces infrastructures ?
- 5- A quelle heure êtes-vous arrivé au niveau de la structure de santé ?
- 6- A quelle heure avez-vous quitté la structure ?

VII- Suggestions

- 1- Quels sont les points forts de la mise en oeuvre des microprojets de santé ?
- 2- Quels sont les points faibles ?
- 3- Quelles sont vos suggestions pour améliorer la mise en oeuvre de ces microprojets et assurer leur pérennisation ?

Grille d'observation pour l'évaluation de l'architecture du microprojet

Date :

Microprojet :

Intervieweur

Architecture

Toiture :	bon état	mauvais état	
Mur :	bon état	mauvais état	
Dalle :	bon état	mauvais état	
Salle de consultation	Bon état	mauvais état	
Salle d'accouchement	Bon état	mauvais état	
Salle de soins	Bon état	mauvais état	
Salle d'attente	Existe	n'existe pas	
Toilette pour le personnel	Existe	n'existe pas	
Toilette pour le bénéficiaire	Existe	n'existe pas	
Salle d'eau pour le personnel	Existe	n'existe pas	
Système d'évacuation des ordures	Fonctionnel	non fonctionnel	

Equipement

Table de consultation	Bon état	mauvais état	
Table de soins	Bon état	mauvais état	
Table d'accouchement	Bon état	mauvais état	
Matériel de soins	Bon état	mauvais état	
Matériel d'accouchement	Bon état	mauvais état	



Figure 1: une vue d'ensemble de l'architecture d'une case de santé

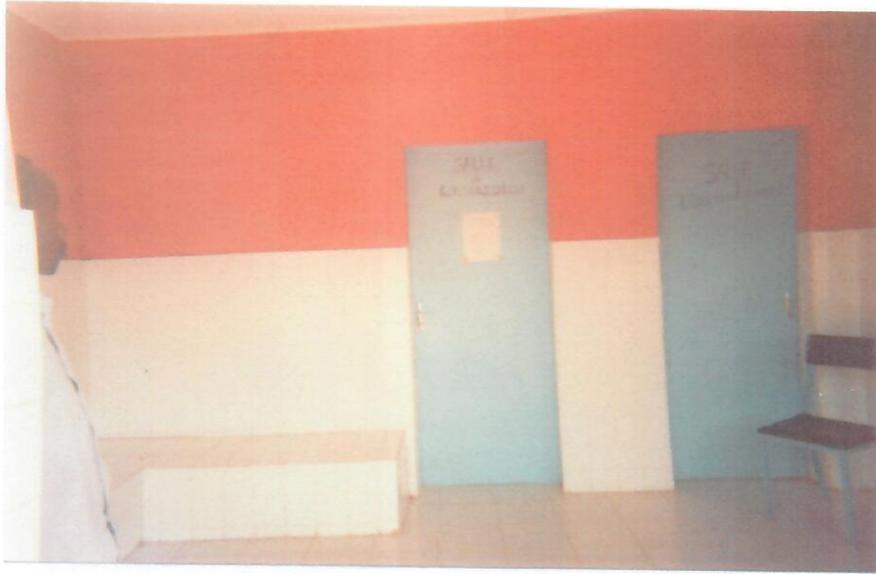


Figure 2: vue interne d'une case de santé

