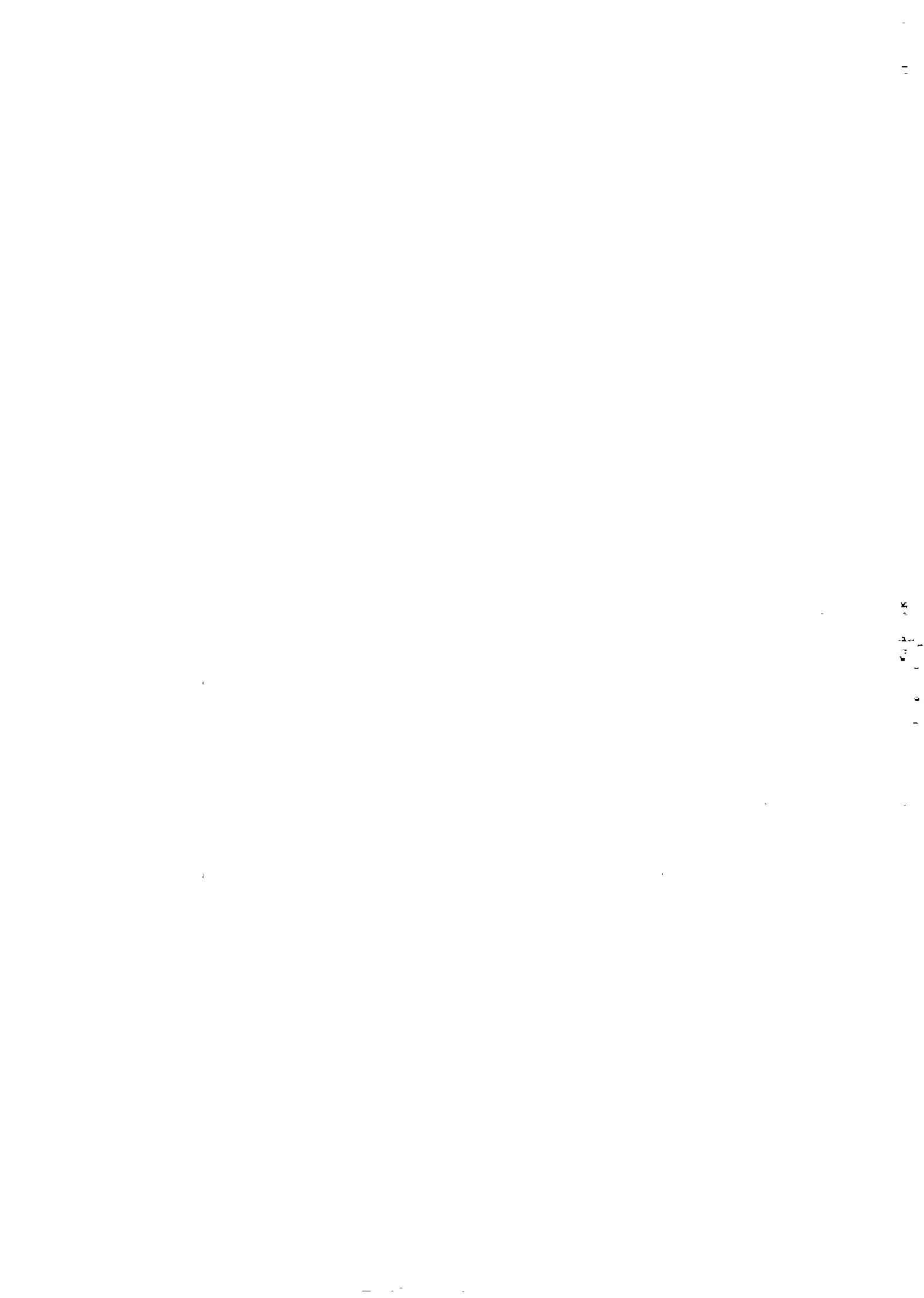


**ATELIER TECHNIQUE SOUS-REGIONAL
SUR LES ACTIVITÉS
À BASE COMMUNAUTAIRE (ABC)
REPERTOIRE DES COMMUNICATIONS
TOME 2**

(1er au 4 Novembre 1997, Nouakchott, Mauritanie)



Unicef BRAOC
Bureau Régional pour L'Afrique de l'Ouest et du Centre

ATELIER TECHNIQUE SOUS REGIONAL
SUR LA PROMOTION DES ACTIVITES DE
SANTE, NUTRITION, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT
A BASE COMMUNAUTAIRE (ABC).

Du 1 au 4 Novembre 1997
à Nouakchott, République Islamique de Mauritanie

TOME 2:

*REPertoire DES
COMMUNICATIONS*

Dr Jean Michel Ndiaye
Dr Hervé Périès
UNICEF BRAOC

LIBRARY IRC
PO Box 93190, 2509 AD THE HAGUE
Tel.: +31 70 30 689 80
Fax: +31 70 35 899 64
BARCODE: 14657
LO: 203.2 98AT



TABLE DES MATIERES

<u>Introduction du document</u>	p5
<u>Communication No 1:</u> ENDA-GRAFF: Participation communautaire, Acteurs, Perception et Enjeux	p6
<u>Communication No 2:</u> - Togo:- Renforcement des capacités communautaires (RCC)	p12
<u>Communication No 3:</u> - Mauritanie: Analyse participative de la situation de la Jeunesse	p17
<u>Communication No 4:</u> - BASICS: Surveillance de la croissance et Education nutritionnelle au niveau communautaire. Une expérience des Groupement de Femmes dans le District Sanitaire de Dioffor (Sénégal).	p21
<u>Communication No5:</u> - Niger: Promotion de la croissance à assise communautaire	p28
<u>Communication No6:</u> - Guinée: Système d'Information à assise communautaire (SIAC)	p35
<u>Communication No7:</u> - Mauritanie: Pôles de développement intégrés en milieu péri-urbain .	p39
<u>Communication No8:</u> - Burkina Faso: Programme Saniya "Communication en Santé Publique" à Bobo Dioulasso	p43
<u>Communication No9:</u> - OMS: Activités de santé à base communautaire - Note Introductive	p47
<u>Communication No 10:</u> - Mauritanie: Les Unités de santé de base (USB)	p54
<u>Communication No 11:</u> - Bénin: Participation communautaire dans le cadre des Systèmes de santé revitalisés (IB)	p94
<u>Communication No12:</u> - Niger: Surveillance épidémiologique intégrée	p96

- Communication No13:* p101
- Cameroun: Eradication de la dracunculose et activités ABC dans la Province de l'Extrême Nord .
- Communication No14:* p107
Tchad: Surveillance Communautaire au niveau District: Cas du PNEVG.
- Communication No15:* p108
- Bénin: Le système d'Information à base communautaire (SIBC)
- Communication No16:* p113
- Mali: Système d'Information sanitaire de premier échelon (centre de santé)
- Communication No17:* p116
- Burkina Faso: Les foyers de démonstration nutritionnelle
- Communication No18:* p118
- IRC: Rôles et Réalités des Hommes et des Femmes dans la Gestion des activités à base communautaire.
- Communication No19:* p122
- Mali: L'aire de santé revitalisée comme porte d'entrée pour la participation communautaire au Mali- Cas du district de BLA
- Communication No20:* p154
- Sénégal: Mise en place du Paquet Minimum d'activités
- Communication No21:* p157
- Cameroun: Présentation de l'atelier d'imprégnation aux activités de santé et de nutrition à base communautaire dans le District de santé de Mora
- Communication No22:* p164
- Burkina Faso: Les réseaux de Femmes animatrices villageoises
- Communication No23:* p172
- Sénégal: Soins primaires de l'Environnement porte d'entrée pour le développement d'une approche ABC. Film Vidéo présenté durant l'atelier.
- Communication No24:* p173
- Côte d'Ivoire: Partenariat UNICEF-Peace Corps dans le cadre des activités d'assainissement, d'AEP, d'hygiène et de lutte contre la Dracunculose.

Introduction du document

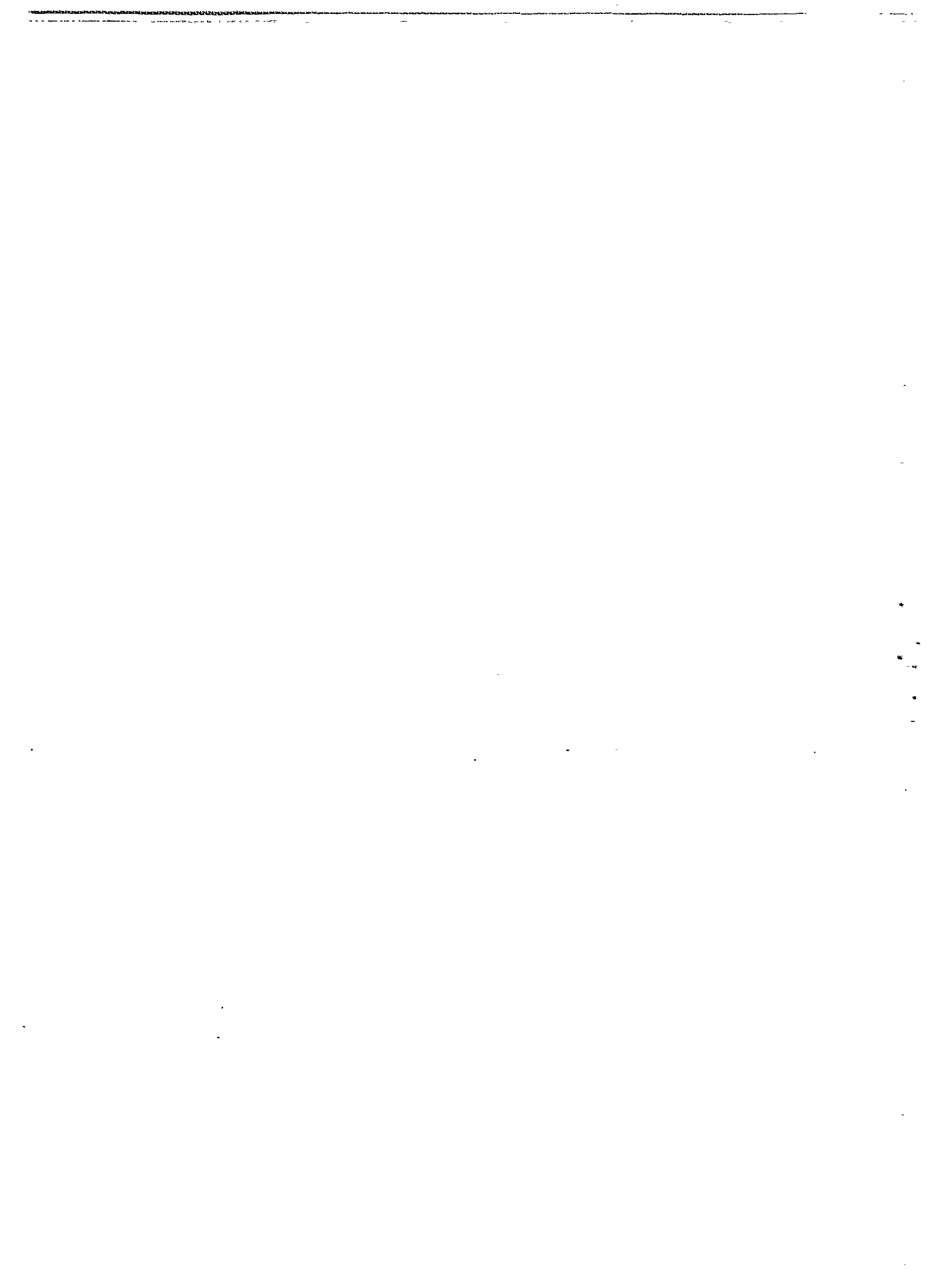
Ce document Répertoire des Communications (Tome 2) contient l'ensemble des communications qui ont été présentées durant l'atelier technique Sous-régional UNICEF sur la promotion des activités de Santé, nutrition et Hygiène Assainissement à base communautaire qui s'est tenu à Nouakchott du 1 au 4 Novembre 1997.

Il complète le Rapport final (Tome 1) qui lui assure la présentation générale du contenu de l'atelier ainsi que des principales conclusions issues des quatre journées de travail.

Nous voudrions remercier ici l'ensemble des personnes ou délégations qui ont assuré la présentation d'une (ou plusieurs) communication(s) durant l'atelier.

Ce document répertoire consigne généralement les documents tels que remis au Secrétariat de la réunion. Certaines communications ont été cependant complétés ou modifiées selon les orientations de leur auteur.

Nous invitons le lecteur intéressé par plus de précisions sur l'une ou l'autre des expériences présentées ici à s'adresser directement au présentateur de la communication ou au bureau UNICEF du pays concerné. Les adresses de ces personnes sont disponibles dans la liste des participants en Annexe 1 du tome 1.



THEME 1: ORGANISATION, PERCEPTION ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

COMMUNICATION 1:

PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, ACTEURS, PERCEPTION ET ENJEUX

Par Mamadou N'diaye, ENDA-GRAF

PLAN

- I- Vivre autrement avec et dans nos institutions
 - . Réinterroger les normes et nos pratiques institutionnelles
 - . Modèles de fonctionnement institutionnel et créativité
- II- Evolution des pratiques institutionnelles d'ENDA et impact sur le processus participatifs à la base
 - . Lutte pour la survie institutionnelle
 - . Position marginale de l'Institution
 - . Les leçons tirées des expériences
- III- La Centralité populaire
- IV- L'Appui aux dynamiques populaires : L'évaluation et la capitalisation
- V- Décloisonner la Santé

I. VIVRE AUTREMENT AVEC ET DANS NOS INSTITUTIONS

Depuis plusieurs années déjà, nous avons mis notre propre institution en situation de recherche sur elle même. Nous cherchons ainsi à interpellier nos pratiques et les normes institutionnelles qui orientent nos actions. La créativité et les possibilités de progrès de beaucoup d'organisations paraissent bloquées par des modes de fonctionnement hérités d'ailleurs ou du passé. Pour saisir cette problématique complexe, nous avons entrepris une recherche -action sur notre propre univers institutionnel. Sans entrer dans les détails, nous vous présenterons ici quelques étapes significatives de notre propre évolution institutionnelle.

II. EVOLUTION DES PRATIQUES INSTITUTIONNELLES D'ENDA GRAF

Dans les premières années de sa création, en 1975, ENDA GRAF (qui s'appelait CHODAK) était une structure qui exécutait des projets dans une logique d'intervention sectorielle et messianique.

Jusqu'aux débuts de années 1980, ENDA GRAF était encore essentiellement un relais du système de l'aide, sans véritable vision propre. Il reprenait à son compte, les analyses faites par d'autres qui épousaient plus ou moins les formes du discours de l'aide internationale. La lutte pour la survie institutionnelle dominait les perspectives, ce qui explique que les priorités imposées par les partenaires du Nord, poussaient à ignorer les préoccupations des populations locales.

Dans les années 80, nous avons progressivement découvert notre position marginale pour rapport aux dynamiques des populations. Notre position se situait largement en dehors de l'histoire des gens que nous prétendions aider.

Beaucoup de désillusions et d'échecs ont ponctué nos tentatives d'appui aux acteurs populations tout au long de ces années. A cette époque, nous ne retirions pas grand profit de nos échecs. Nous étions d'avis qu'il fallait que les autres s'adaptent à nos approches et à nos rationalités.

Cette étape nous aura tout de même permis de déceler le fossé qui sépare les professionnels du développement et les acteurs populaires. Quelques exemples peuvent nous aider à illustrer ce décalage.

- . Pour le développement de nos activités de santé dans le milieu urbain de DAKAR, nous avons mis en avant une approche quartier, en survalorisant des entités territoriales.

L'expérience aura montré que les populations s'organisent indépendamment de leurs lieux d'habitation. Nous avons compris que la proximité géographique n'induit pas forcément une proximité sociale. La leçon que nous avons tirée de ce constat est que nous n'avons pas les mêmes lectures de l'espace que les populations qui dans le cas d'espace ont privilégié la dimension sociale:

- . Alors que nous croyons que les activités de santé sont prioritaires pour les quartiers mal desservis en structures de santé, nous découvrons que les activités de santé infantile et maternelle que nous organisons dans les quartiers ne mobilisent nullement les femmes qui préfèrent développer des activités économiques. Les rares femmes qui participent aux activités sont préoccupées à tisser de relations avec les animateurs et de bénéficier de leurs soutiens.

- . Nous avons également centré nos interventions sur les groupes dits vulnérables alors que les populations ont des stratégies globales de gestion de leurs ressources humaines.

Le risque n'est pas analysé par rapport à l'enfant ou la femme en état de grossesse mais par rapport à la famille et au groupe social.

- . En matière d'assainissement, nous nous avons privilégié une approche hygieniste consistant à permettre la population de saisir les corrélations qui existent entre l'environnement et la santé. Ainsi nous avons été amenés à investir sur l'acquisition de connaissances par les populations.

Cette démarche s'est révélée fragile à l'expérience : " les gens ne passent pas forcément à l'action parce qu'ils ont compris quoi faire, comment et pourquoi. C'est l'illusion pédagogique, le piège dans lequel, nous sommes souvent tombés.

. Dans le domaine de l'assainissement, nous avons réalisé 1200 puisards familiaux. A l'origine de ce succès, se trouvent des facteurs que nous n'avons pas intégrés dans nos démarches au départ de l'action. Le raisonnement technique ne suffit pas pour faire agir les populations. Dans l'opération puisard, ce sont les motivations socio-culturelles des populations qui ont constitué les leviers de la participation : Marcher dans des eaux souillées, c'est compromettre sa pureté spirituelle, en milieu islamique Sénégalais.

. Pour les populations, participer à l'opération puisard ne signifie pas forcément épouser une logique hygiéniste. Bon nombre d'habitants ont adhéré à l'opération pour renforcer le poids social et politique du groupe qui a eu la charge de conduire l'opération .

Nous avons ainsi compris que c'est l'enjeu politique et social qui détermine en grande partie le niveau de participation des populations.

. Pour les populations, participer aux opérations proposées par les institutions, c'est contribuer à leur légitimité et à l'amélioration de leur visibilité. C'est pourquoi elles n'hésitent pas à marchander leur participation.

. L'expérience nous a également montré que les concepts de participation, de population et de communauté sont des concepts écrans qui induisent une vision homogénéisante de la réalité sociale. Ils ne rendent pas suffisamment compte de la diversité des situations vécues, des acteurs individuels ou collectifs en scène, des stratégies développées, les pouvoirs mis en oeuvre et les enjeux. Or, ce sont ces éléments qui structurent un processus participatif et sa durabilité.

III. LA RECONNAISSANCE DE LA CENTRALITE POPULAIRE

Pour sortir des impasses engendrées par notre dispositif institutionnel et nos approches, nous allons dans les années 83 rompre avec les logiques imposées par le "marché extérieur" de l'aide. Désormais pour ENDA-GRAF, la centralité des populations dans les processus de développement est une réalité incontournable .

Nos pratiques vont dorénavant être orientées vers la valorisation des lectures, des stratégies et des intérêts des populations. Nous favorisons l'échange et la confrontation afin de valoriser les différences et faciliter et les apprentissages mutuels.

L'évaluation et la capitalisation deviennent ainsi les ressorts de nos démarches de recherche action et le véritable terrain des changements que nous allons progressivement enregistrer.

En nous soumettant à une évaluation systématique nous comprenons désormais que :

- Les projets sont en grande partie conçus à partir des manques et sont orientés sur l'argent. Les démarches ne se préoccupent pas des connaissances et des enseignements accumulés au cours des actions mais plutôt du moule à respecter : D'où l'appui des "Sauveurs" qui vont répondre aux besoins;

- Nous étions peu disposés à prendre en compte les ressources déjà valorisées par les populations et les logiques sous-jacentes. De là, découlent plusieurs de nos constats.

. Les acteurs populaires ou institutionnels évaluent peu leurs expériences vécues ou les situations qu'ils ont traversées;

. Les projets financés et conçus de l'extérieur sont évalués de façon externe par des concepteurs dont les modes de pensée sont animés par des modèles exogènes;

. L'évaluation est rarement conçue et exécutée dans une optique d'apprentissage : peu d'analyse des situations, peu de recul sur soi par rapport aux autres;

. Les populations sont en général peu impliquées. Elles sont plutôt utilisées pour confirmer les hypothèses des concepteurs et donc, il y a peu d'échanges;

. Les acteurs n'évaluent pas souvent les hypothèses sur lesquelles ils se sont engagés dans l'action, ni le cadre dans lequel, ils les ont raisonnées : Souvent, seuls les résultats attendus sont examinés alors que la richesse se trouve souvent dans les résultats inattendus et dans les déviations;

. Après une activité, reprendre l'ensemble des résultats, rassembler les productions, prendre du recul et du temps pour exploiter sont des démarches que nous ne faisons pas assez auparavant;

Pourtant, elles sont nécessaires pour faire approprier le changement par les gens individuellement et le traduire en terme de démarche quotidienne.

. Nous convenons que l'expérience est toujours difficile à exploiter : On raconte bien ce qui a été vécu mais l'exploitation de ce vécu en termes d'enseignements, d'outils, de concepts latents, de retour sur sa propre expérience pour l'enrichir, reste une opération plus difficile à s'approprier;

IV. NOS HYPOTHESES ACTUELLES

Dans notre logique, le projet est une situation de recherche pour l'ensemble des acteurs. Tous les acteurs concernés sont en position de chercheurs avec leur angle de vue propre : C'est le fameux jeu du "Wouré"

- La capitalisation devient ainsi une activité de tous et pas simplement du "développeur".

De cette façon, on peut intégrer les différences et les relativiser. En pratique, nos principales hypothèses peuvent se définir en quelques points.

. Les projets constituent des opportunités de recherche pour l'évaluation et la capitalisation, ce sont des moments privilégiés d'une recherche action.

. L'action et la recherche combinées permettent des apprentissages mutuels et la valorisation de tous les acteurs qui deviennent ainsi les auteurs de leurs propres connaissances.

V. NOTRE STRATEGIE

. Partir des acteurs tels qu'ils se voient et des situations telles qu'ils les perçoivent, partir de leur vie perçue comme une expérience fondatrice.

. Partir des constats faits par les gens eux-mêmes sur eux mêmes, sur leurs situations et sur leurs intérêts ou enjeux.

. Partir de toutes les formes d'évaluation et de capitalisation mises en œuvre par les acteurs. Nous n'avons pas de protocole type ni une méthode "Adhoc". Sur place, là où l'action se déroule, nous produisons une démarche sur mesure.

VI. DECLOISONNER LA SANTE

. Notre Souci de decloisonner la Santé à l'ensemble des acteurs repose sur le constat suivant : le secteur de la santé n'échappe pas à l'emprise des centralités. La position des organisations internationales, des professionnels de la Santé et de l'industrie pharmaceutique est bien connue et se généralise en Afrique comme elle l'a été dans les pays occidentaux. Les effets de ces centralités ont progressivement conduit à la perte de contrôle des personnes et des groupes sur la gestion de leur santé, à la dévalorisation des savoirs et savoir faire locaux, à la disqualification de l'expertise endogène et à la marchandisation de la capacité à se soigner.

Pour inverser cette tendance, il est possible d'aborder les questions de santé à partir de concepts plus intégrateurs, comme celui de sécurité existentielle.

Le concept de Sécurité existentielle prend en compte plusieurs formes de sécurité entretenant d'étroites relations entre elles. Parmi ces formes de sécurité auxquelles les populations aspirent quotidiennement, on peut distinguer :

SECURITE A L'ACCES AUX RESSOURCES : pour permettre aux personnes et aux groupes de produire ce qui les fait vivre. A travers cette forme de Sécurité, les questions liées à l'alimentation, à la nutrition et de façon générale à l'environnement pourraient être abordées pour faire ressortir toutes les implications par rapport à la Santé.

- **SECURITE IDENTITAIRE** : L'insécurité la plus partagée aujourd'hui est la perte de sens. Les personnes et les groupes sont insérés dans des mécanismes d'uniformisation laissant peu de place aux différences pourtant nécessaires à l'équilibre des sociétés.

- **SECURITE ALIMENTAIRE** : C'est la possibilité pour les personnes et les groupes là ils vivent d'avoir accès à de aliments en quantité et en qualité de façon régulière et suffisante.

- **SECURITE SYMBOLIQUE** : Les personnes et les groupes fonctionnent selon des représentations et des référentiels liés à des valeurs qui leur sont propres. De plus en plus, les systèmes de représentation dominants s'imposent et excluent d'autres formes de représentation.

- SECURITE PHYSIQUE ET INTEGRITE DE SOI : Elle signifie que les personnes et les groupe ne sont pas agressés par des maladies et des guerres.

- SECURITE MONETAIRE : Les politiques d'ajustement structurel, la dévaluation du CFA, ont fragilisé la sécurité monétaire des groupes les plus démunis alors que l'économie marchande s'impose comme une donnée. Les nombreuses initiatives identifiées au Sénégal, avec la création de mutuelles de santé, de caisses d'épargne et crédit, de centrales d'achat nous indiquent que les populations ont des capacités à s'organiser pour payer ce qu'elles doivent acheter au moment où elles en ont besoin.

- SECURITE POLITIQUE : C'est la possibilité donnée aux personnes et aux groupes de produire des règles et des normes qui organisent leurs sociétés.

C'est également créer les conditions permettant aux groupes de s'exprimer sans entrave, d'entreprendre à leur manière et de s'associer sans restriction.

La Santé, vue dans l'optique plus globale de l'amélioration de la sécurité des personnes et des groupes nous offre un véritable champ d'investigation pouvant permettre aux populations d'assurer pleinement leur citoyenneté. Les populations nous y invitent. Dans leur quotidien, elles ne cessent de développer des stratégies qui recouvrent les différentes formes de sécurité, que nous avons tenté de décoder, à travers cette présentation.

THEME 2: ANALYSE DE SITUATION COMMUNAUTAIRE PARTICIPATIVE

COMMUNICATION No 2

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS COMMUNAUTAIRES au TOGO

Par Marfa Aye et Sissoko Younoussa Malé

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PROGRAMME:

Le Programme de Renforcement des Capacités Communautaires a été initié dans le cadre du Programme de Coopération Gouvernement du Togo/Unicef 1994-1996 (phase pilote 3 Préfectures). Il a été retenu et porté à l'échelle dans le cadre du Programme de Coopération 1997-2001 (8 Préfectures).

La situation des femmes et des enfants au Togo est caractérisée par des taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile élevés: 82,8% dus principalement au paludisme, IRA, à la rougeole, à la coqueluche, au SIDA, à la diphtérie, au tétanos, à la dracunculose, au petit poids à la naissance. Ces problèmes trouvent leurs causes dans

- **la fragilité de l'accès aux services de base y compris à l'information et à l'éducation de base sur les comportements à risques et leur qualité souvent faible**
- **l'insuffisance d'éducation de base encore plus prononcée chez les femmes (le taux de scolarité est de 49,9% chez les filles contre 72% chez les garçons)**
- **l'accès très inégal des femmes aux ressources et biens nationaux (bien qu'intervenant dans 40% des labours, 80% des semis, 70% des récoltes, 95% des transformations, les femmes ne possèdent que 1% des biens nationaux, 10% des revenus monétaires).**

Les causes structurelles qui soutendent ces problèmes sont d'ordre culturel, social et économique et limitent considérablement la portée des interventions. Les principales en sont :

- **la faiblesse de la planification locale liée à la forte centralisation de la planification et de la gestion des actions de développement,**
- **la faible implication des communautés, en particulier les femmes, dans la planification et la gestion de leurs objectifs de développement,**

- **le manque de coordination des interventions au niveau des communautés bénéficiaires** (tant des intervenants dans un même domaine qu'entre différents domaines concernant les femmes et les enfants).

I. OBJECTIF GENERAL:

Renforcer la maîtrise de la survie et du développement des enfants et des femmes par les communautés (en particulier les femmes) de 50% des villages des 8 Préfectures concernées dans les Régions des Savanes, Kara et Maritimes.

L'atteinte de cet objectif est recherchée à travers 2 projets:

Projet 01: MICRO-PLANIFICATION qui a pour objectif : **Améliorer les capacités de planification, de gestion et de suivi de 50% des communautés villageoises des Préfectures retenues, en garantissant une participation équitable des femmes à ce processus,**

Projet 02 : APPUI AUX SERVICES SPECIFIQUES POUR LES FEMMES : avec pour objectif : **Accroître l'accès de 80% des femmes aux services spécifiques qu'elles auront prioritairement identifiés dans les villages ayant élaboré un Plan d'action villageois (8 Préfectures), et garantir leur implication à la gestion.**

II. ZONE D'INTERVENTION: (voir carte)

III. STRATEGIES:

Les stratégies mises en oeuvre visent à réduire les disparités à l'encontre des femmes, en terme d'accès aux services de base, mais aussi de leur participation au processus de décision (gestion, suivi). Elles devront également améliorer équitablement et durablement leurs conditions de vie.

Habilitation des communautés : elle est matérialisée par

- une approche participative d'évaluation des problèmes de la communauté, en particulier des femmes, de recherche de solutions impliquant la mobilisation de ses ressources propres, de planification détaillée des actions retenues aboutissant à l'élaboration d'un **Plan d'Action Villageois (PAV)**. Une étape de **négociation entre les communautés et l'ensemble des intervenants au développement au niveau régional**, permet la **validation** des plans d'action villageois. L'objectif est d'appuyer les communautés dans l'adéquation des actions retenues aux différentes politiques sectorielles, et dans la recherche des ressources complémentaires auprès des services techniques et/ou organismes spécialisés,
- une stratégie concomitante d'information et d'éducation pour changer les comportements néfastes à la santé et à l'environnement, ainsi que les attitudes

discriminatoires à l'encontre des femmes. La formation des communautés (représentation des femmes tendant à la parité) dans les domaines où les besoins auront été identifiés (gestion, techniques) pour garantir la mise en oeuvre des projet

Renforcement des capacités institutionnelles (services techniques et des ONGs), ainsi que du partenariat avec les intervenants au développement. Il est matérialisé par

- l'appui (méthodologique et matériel) apporté aux agents des services techniques et ONGs, à conduire le processus de planification villageoise, notamment en suscitant la réflexion villageoise sur les problèmes de développement, ainsi que les comportements à risques et les techniques simples (sous scolarisation des filles, vaccination, TRO etc...),
- l'appui méthodologique et matériel apporté aux organes de planification (national, régional, et de district) à leur fonctionnement régulier, et une meilleure implication des communautés bénéficiaires (femmes), à l'identification, gestion et suivi de leurs objectifs de développement,
- l'exploitation optimale et le renforcement des synergies entre les intervenants au développement.

IV. ATOUTS ET CONTRAINTES:

Les résultats obtenus et les réalisations rendues possibles grâce à la mise en oeuvre du programme ont permis des **avancées notoires**. On note, au niveau communautaire, l'émergence d'une véritable dynamique qui se manifeste par:

- ▶ **une meilleure organisation des villages à travers le fonctionnement régulier des Comités Villageois de Développement.** *Les communautés se mobilisent plus facilement lorsque les rencontres portent sur des thèmes dont elles font un rapport direct avec les problèmes qu'elles vivent quotidiennement. Les femmes en particulier prennent ainsi largement part aux discussions et décisions aboutissant à l'identification d'actions de développement dans le villages. 105 CVD tiennent ainsi des réunions régulières sur leurs problèmes de développement (dans les 3 Préfectures pilotes), avec une représentativité moyenne des femmes : 2 à 3 sur 6 membres, depuis 1994, début de la mise en oeuvre du Programme, permettant ainsi l'élaboration de 105 PAVS,*
- ▶ **une plus forte implication des femmes à la gestion des actions de développement par leur large mobilisation au travers d'associations et de groupements à base du volontariat :** *21 groupements féminins gèrent des moulins communautaires dans autant de villages, 100 femmes de 20 villages, ont reçu une formation à la construction de foyers améliorés (qu'elles doivent repercuter sur 400 autres de leurs consoeurs), 58 groupements féminins de 38 villages ont bénéficié de*

petits crédits pour la mise en oeuvre d'activités génératrices de revenus allant de la fabrication de la bière locale au petit commerce, et la poterie.

Au niveau district, le Programme a permis :

- ▶ **une meilleure intégration de l'action des différents services techniques (Développement Social, Santé, Hygiène et Assainissement, etc...), des ONGs et autres intervenants au développement (jadis peu habitués à se concerter), grâce au fonctionnement régulier des comités de district (au moins une fois chaque mois).** *Le suivi et la supervision des actions de développement s'en sont trouvés mieux renforcés. 8 ONGs ont participé à la planification et à la mise en oeuvre des actions identifiées dans les villages, ainsi qu'aux formations diverses apportées aux communautés: (installation des moulins et formation des membres du comité de gestion, formation à la conservation de céréales, exécution de puits à grand diamètre, etc...),*
- ▶ **une intervention plus efficiente et plus motivée des agents chargés d'appuyer les communautés qui y trouvent un cadre plus favorable à la mise en oeuvre de leurs activités.** *100 agents ont reçu la formation à la méthodologie d'intervention du Programme,*

Sur le plan de l'intégration des différents Programmes de Unicef, dans sa Coopération avec le Gouvernement, le Programme RCC a permis dans le domaine de la santé:

- ▶ **la mise en place d'actions de santé au niveau communautaires: 3 cases de santé ont été installées dans 3 villages enclavés pendant la saison des pluies, 2 matrones ont été formées avec l'appui technique des centres de santé de district.** *Ces actions devraient pouvoir être renforcées à l'avenir pour couvrir des aspects touchant la représentativité des communautés dans les comités de gestion IB (entr'ouvrant ainsi des opportunités pour la constitution de stocks villageois de médicaments essentiels, et un investissement plus judicieux des ressources générées par l'IB, par les comités de gestion), et l'utilisation de techniques simples telles que la moustiquaire imprégnée et sel de réhydratation orale. A terme, ces actions devraient ainsi permettre la prise en charge de cas simples au niveau communautaire, de décongestionner l'USP et d'en faire un maillon du niveau de référence. Les cadre et modalité pour parvenir à une application de ces actions font l'objet de concertation entre la section Santé Eau et Assainissement et la section RCC (ajustement de l'approche, identification des agents d'appui, habiletés et connaissances à leur conférer);*

Dans les domaines de l'Eau et de l'Assainissement, le programme a permis:

- ▶ **la mise en place d'ouvrages alternatifs (eau), en fonction des besoins et de la configuration du terrain (15 puits à grand diamètre ont été exécutés),**

ainsi que le test et la validation d'options simples d'ouvrages d'assainissement (55 latrines ont été installées pour servir 186 familles);

Concernant le domaine de l'éducation, le Programme sert de:

- ▶ **porte d'entrée et d'instrument de gestion suivi au Programme Education de base des jeunes filles EDBF (actuellement les plans d'action spécifiques EDBF sont en cours d'élaboration dans villages des 8 Préfectures. Notons que l'appui aux communautés est donné par les mêmes agents chargés de la planification dans le cadre du Programme RCC).**

Il faut aussi signaler que le Programme cadre parfaitement avec la volonté de décentralisation et d'intégration de l'action des intervenants au développement qui anime le gouvernement du Togo. Cependant, des contraintes existent et méritent d'être signalées ici::

V. QUELQUES CONTRAINTES

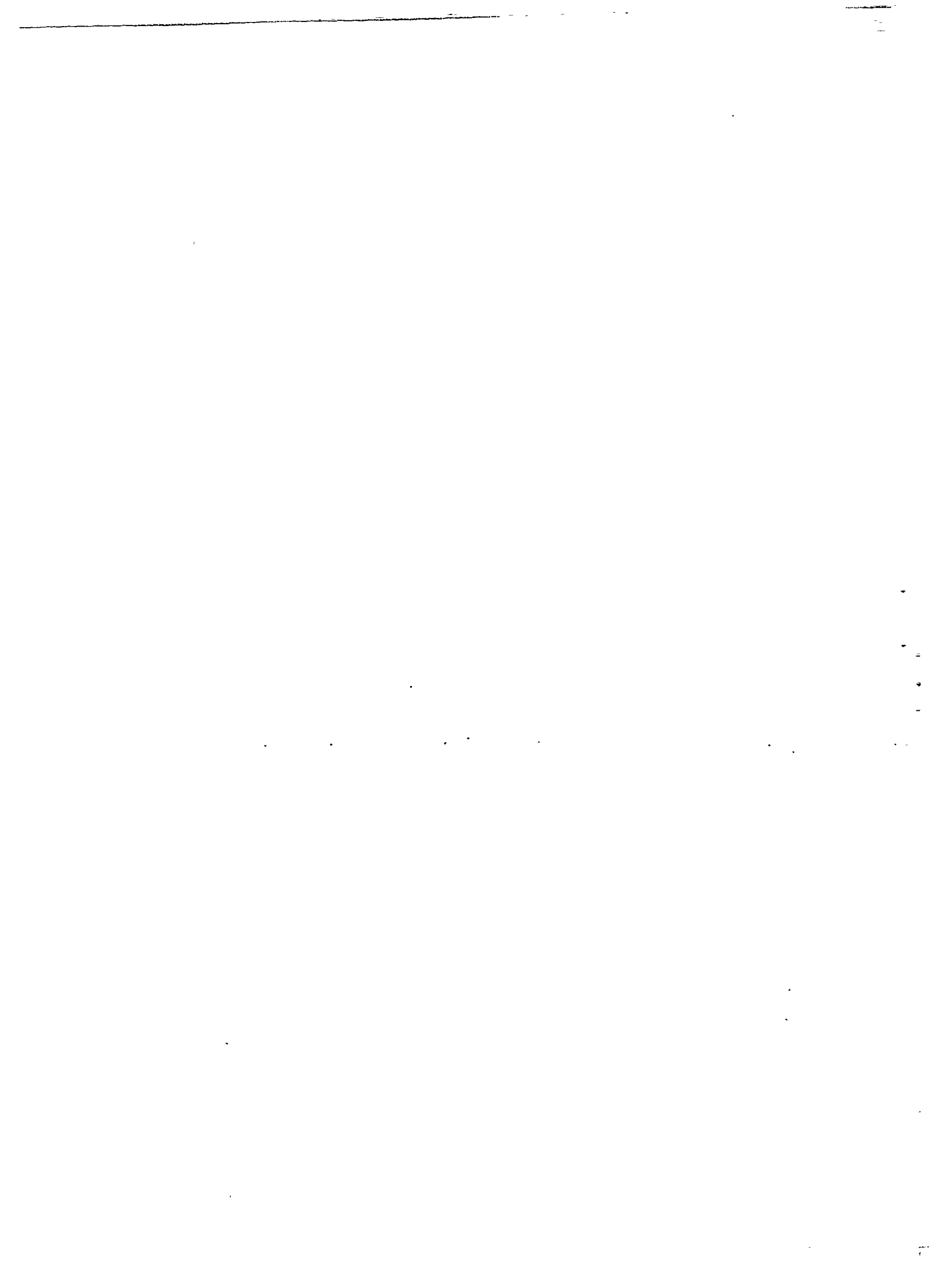
Elles sont à situer au niveau des points suivants:

- lenteur de la mise en oeuvre du processus de planification due à une inégale adaptation de la part des communautés et une inégale assimilation de la part des agents d'animation,
- difficultés des services techniques partenaires à mettre en place les ressources humaines nécessaires pour conduire la démarche de planification,
- insuffisance d'ONGs à forte capacité institutionnelle, susceptibles de pallier le manque de ressources des services techniques,
- difficultés pour les organes chargés de la planification et du suivi des actions de développement à mobiliser les ressources pour accompagner des actions identifiées dans les PAVs, et qui ne se situent pas dans le cadre classique des interventions de Unicef.

VI. LECONS APPRISES

✍ Opérer un diagnostic communautaire rapide, approfondir l'analyse sur les problèmes (sectoriels) clef qui auront pu être ainsi identifiés et commencer leur mise en oeuvre en attendant la finalisation du plan d'action villageois. La validation des plans d'action serait ainsi une synthèse des objectifs sectoriels.

✍ Caler le processus de mise en oeuvre de l'approche communautaire sur le rythme d'assimilation et d'évolution des différentes communautés (intervention à la carte),



☞ Mieux appuyer les communautés dans la recherche de moyens complémentaires pour la réalisation des actions qui ne relèvent pas des domaines classiques d'intervention de Unicef,

☞ Renforcer les capacités opérationnelles de jeunes ONGs pour pallier le manque de ressources humaines des services techniques ...

COMMUNICATION No 3

Analyse participative de la situation de la Jeunesse: Exemple de l'approche diagnostic-action utilisée dans le cadre du Programme de coopération Mauritanie/UNICEF

par

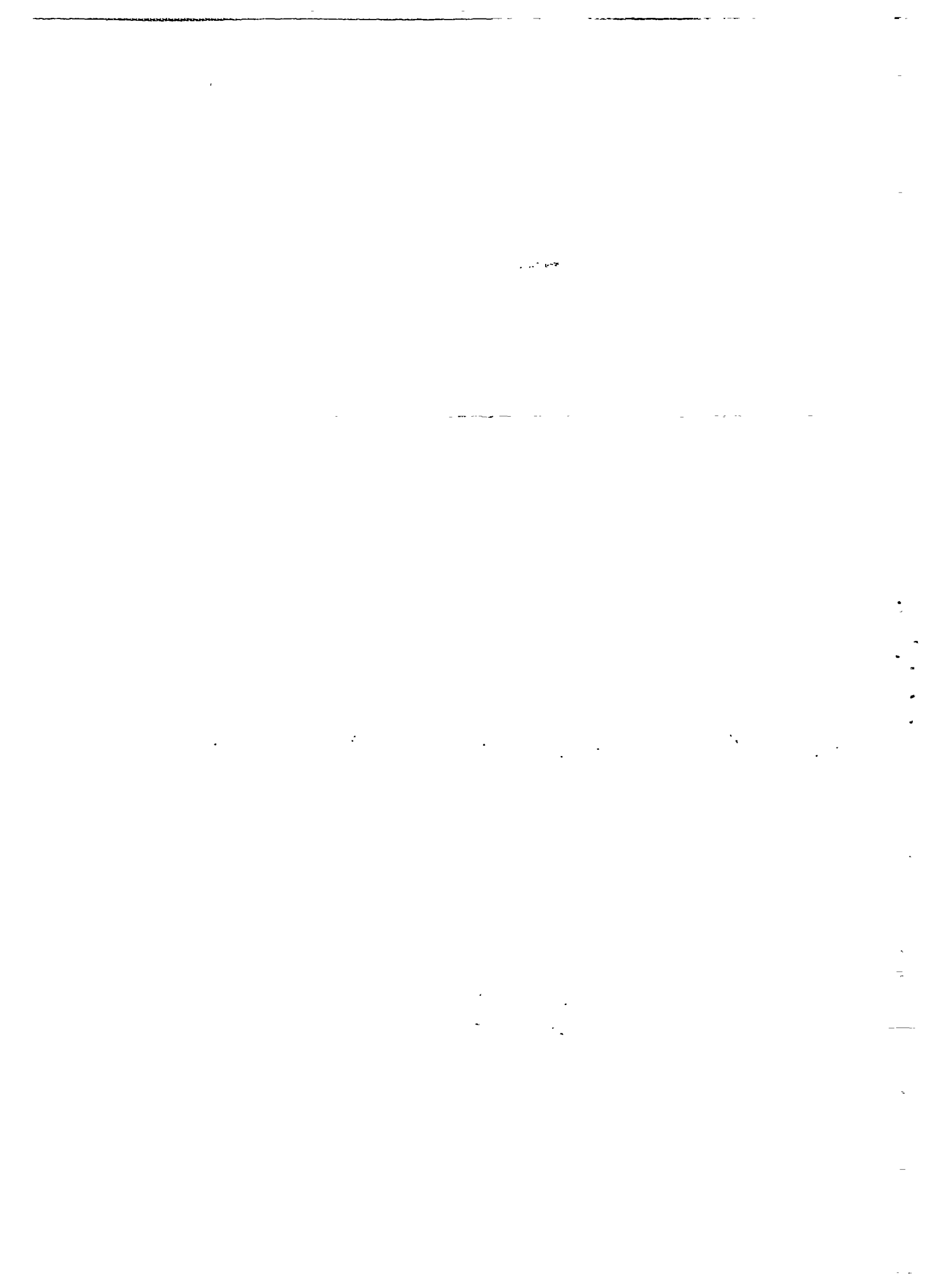
**Mamadou Abdoul Djigo (Direction de la Jeunesse, MFPTJS)
Abdellahi Boumediane (UNICEF)**

1. Contexte :

Plus du tiers de la population du continent Africain, soit 200 millions d'individus est constitué d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes âgés de 10 à 24 ans. En Mauritanie, comme la plupart des pays en développement, plus de la moitié de la population est âgée de moins de 25 ans. Cette jeunesse constitue un atout considérable susceptible de contribuer de manière significative au développement et à la croissance de notre pays, mais elle reste encore soumise à plusieurs contraintes, socio-culturelles, environnementale (famille, scolaire, social) et économique dont l'impact à court, moyen et long terme pourrait limiter sensiblement l'épanouissement de ces nouvelles et futures générations.

Dans ce contexte, la jeunesse mauritanienne dont le dynamisme et la maturité ne sont plus à démontrer, est exposée également à la précarité de la vie quotidienne qui affecte des fois le développement harmonieux de leur personnalité. Face à cette situation, le gouvernement Mauritanien s'est engagé dans un processus de revitalisation des activités de jeunesse et des sports. L'implication personnelle du président de la république, son excellence Maaouya Ould Sid Ahmed Taya, grâce à son appel historique du 20 août 1993 en faveur des activités de la jeunesse et des sports, a conduit à la création d'un comité inter-ministériel sur la jeunesse présidé par son excellence de premier ministre Cheikh El Avia Ould Mahomed Khouna afin d'alimenter le dynamisme engagé.

En Mai 1993 le MFPTJS, par l'approche gouvernement/UNICEF, un groupe de réflexion multi sectoriel a été mis en place. Il est composé de structures gouvernementales (ministères impliqués), organisations multilatérales et bilatérales (OMS, FNUAP, Coopération Française) et des organisations non gouvernementales, ASGM, Association Auberge de jeunesse et l'AFVP).



Ce groupe de réflexion qui est une structure opérationnelle, se réunissait sur un rythme bi-mensuel ou hebdomadaire en fonction des activités planifiées et des échéances proposées. Les objectifs retenus par le groupe sont:

- Réaliser une analyse de la situation de la jeunesse ;
- Contribuer à la définition d' une politique nationale en faveur des jeunes ;
- Contribuer à la formulation d' un vaste programme en faveur des jeunes qui prenne en compte leurs besoins/aspirations et favorise leur épanouissement et leur implication croissante dans l' effort de développement national.

Afin de supporter et augmenter cette formulation, le groupe de réflexion a proposé qu' une série d' enquêtes préalables soit réalisée et que les jeunes soient étroitement associés à l' ensemble de la démarche (analyse de situation, identification des problèmes, détermination des besoins et aspirations, évaluation, suivi des actions). La stratégie du groupe a consisté à impliquer de façon permanente des jeunes et des associations de jeunes au niveau central et régional dans l' ensemble du processus. Une telle démarche vise à :

- Améliorer la situation des jeunes ;
- Sensibiliser et mobiliser les jeunes et les associations et les partenaires au développement.

2. Enquêtes :

Dans cette optique, trois enquêtes complémentaires ont été réalisées par les jeunes eux-mêmes et notamment les scouts :

*** L' enquête institutionnelle :**

Dans la perspective de remédier à un environnement inadéquat et d' aboutir à des conclusions précises relatives à l' action publique en faveur de la jeunesse, le MFPTJS a procédé à une enquête auprès de nos différents ministères impliqués (MEN,SECF,MCOI,MCRP,MP,MSAS etc) afin de disposer des données fiables en matière de législation, de ressources humaines et financières, d' infrastructures et d' activités initiées au profit des jeunes.

*** L' enquête de recherche narrative (qui nous interesse plus particulièrement ici):**

L' enquête par la méthode de recherche narrative sur les besoins et aspirations de jeunes, organisée par l' ASGM en collaboration avec le MFPTJS, l'UNICEF, l'OMS et les Scouts de France (Association Française des Volontaires du Progrès) Ce type d' enquête a permis aux jeunes d' étudier leurs propres besoins de manière directe. Elle a impliqué directement les jeunes dans l' ensemble du processus (formulation des questions, réalisation, enquête sur le terrain et traitement des données). La narration a été l' outil de cette recherche participative. L' hypothèse de départ est : "les jeunes ont une idée de ce qu' ils attendent et de ce que l' on attend d' eux, et ces attentes sont en grande partie véhiculées par les contes de leur culture". Les animateurs ont pu aider les jeunes à élaborer une "tranche de vie" en créant un conte standard concernant la vie d' un jeune mauritanien.

Cette histoire à travers une narration a constitué un cadre d'interprétation pour comprendre leurs propres expériences et envisager un avenir meilleur. (Ci-joint: un tableau synthétique des principaux résultats).

***L' enquête "Jeunes et Parents"** :L' enquête "Jeunes et Parents" organisée par le MFPTJS/UNICEF/OMS/ASGM a permis d' explorer la situation, les besoins et aspirations des jeunes en accordant simultanément un intérêt particulier aux perceptions des parents vis à vis de la jeunesse. Les réponses recueillies tournaient autour des thèmes suivants :

- . Situation familiale, éclatement de la famille;
- . Éducation;
- . Santé ;
- . Besoins et aspirations (activités sportive et socio-culturelles) ;
- . Relations entre jeunes ;
- . Les aspects sentimentaux ou sexuels etc.

3. Résultats et suivi:

Sur la base des résultats de ces enquêtes, le MFPTJS a élaboré en collaboration avec l'UNICEF une stratégie de développement intégré de la jeunesse en tenant compte essentiellement de :

- L' importance démographique des jeunes, de leurs problèmes spécifiques, de leur droit à s' épanouir et de leurs devoirs ;
- La formation et l' éducation des jeunes ;
- L' emploi et l' insertion professionnelle ;
- Leurs besoins et aspirations pour mieux gérer leur temps de loisirs (temps libre) ;
- La protection des jeunes ;
- Le développement des activités génératrices de revenus.

4. Principaux succès :

En attendant l' adoption de cette stratégie soumise actuellement au gouvernement, certaines actions ont été entreprises avec l' appui de l'UNICEF :

- Création d' un conseil national de la jeunesse ;
- Adoption de la loi 021/97 portant organisation et développement de l' éducation physique et sportive ;
- Aménagement du parc didactique de l' eau en cours de finition ;
- Mise en place d' une radio FM pour jeunes à Nouadhibou ;
- Mise en service à Nouadhibou d' un pôle de développement autour d' une borne fontaine avec local d' animation pour scouts ;
- Cession d' un bus en faveur de l'ASGM;
- Sensibilisation et mobilisation à travers des ateliers auxquels ont participé plus de 100.000 jeunes sur des thèmes liés à l' enfance et à la jeunesse ;
- Appui l' Association scouts et guides ;
- Appui à la Direction de la jeunesse et aux inspections régionales ;
- Contribution au financement de 13 festivals dans 13 capitales régionales.

5. Principales contraintes :

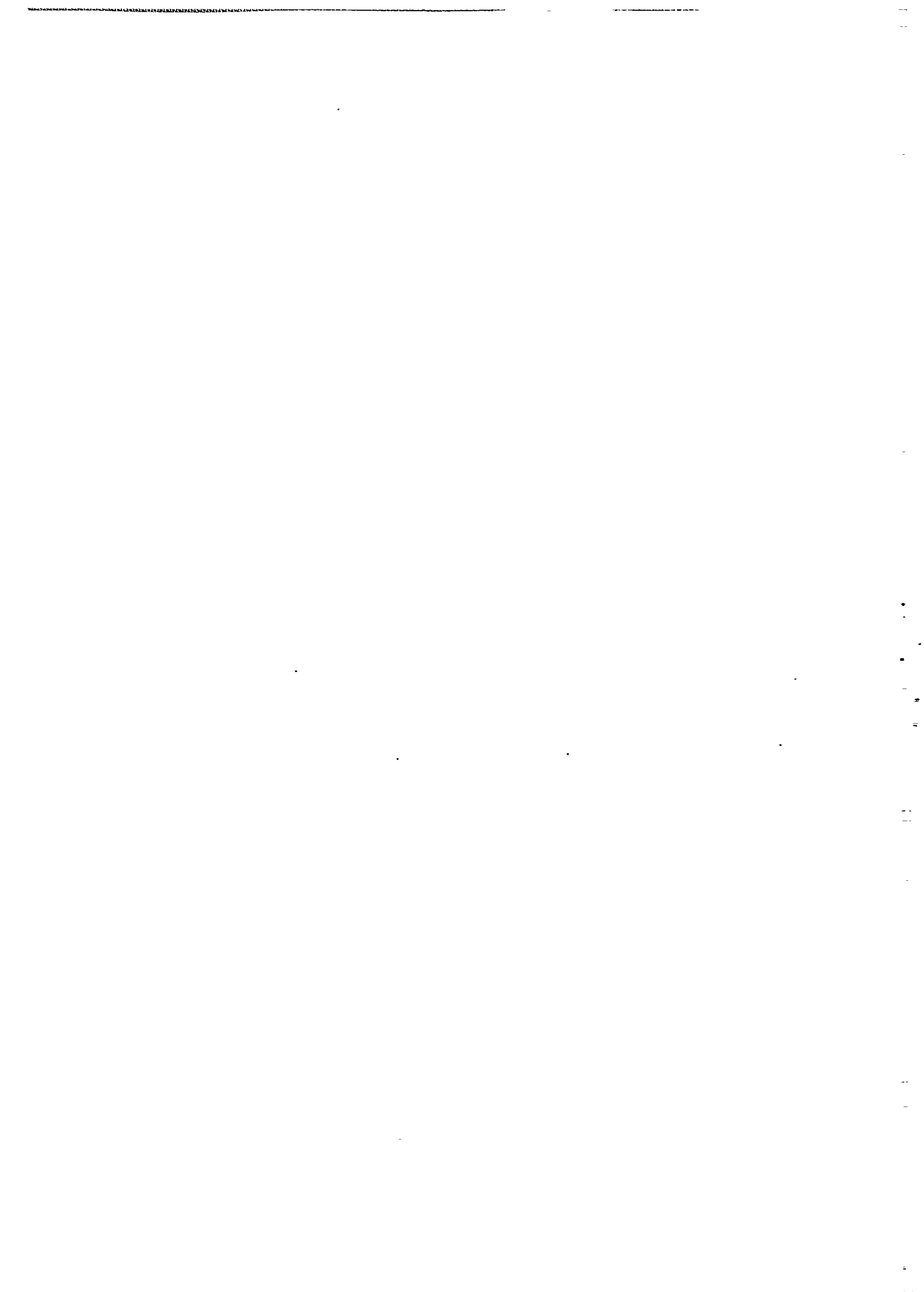
En plus de contraintes communes de défis de développement, les jeunes sont confrontés à d'autres problèmes qui leur sont spécifiques (délinquance, exclusion, tabac, drogue, prostitution etc.) et tant d'autres parmi lesquels :

- Manque d'infrastructures et d'institutions socio-éducatives et sportives ;
- Manque de moyens financiers et humains ;
- Contraintes institutionnelles.

6. Perspectives :

Cependant il convient de souligner la nécessité de surmonter les difficultés et de contribuer à mener des actions répondants aux attentes des jeunes pour leur offrir des perspectives réelles d'intégration. Il s'agira donc de renforcer les capacités offertes et de développer des activités prioritaires suivant un plan d'action adéquat. De ce fait, dans l'avenir nous efforcerons de :

- La redynamisation des structures d'animation ;
- La mise en place d'infrastructures de base déjà entamée avec la Coopération Française et le Programme DIU (Développement des infrastructures urbaines) ;
- L'acquisition de matériels et équipements indispensables ;
- L'insertion professionnelle et création d'emploi ;
- Le développement de la santé génésique des jeunes ;
- L'organisation des activités sportives et socio-éducatives ;
- Du renforcement des capacités centrales de planification, de mobilisation, suivi et évaluation (à travers des ateliers de formation déjà programmés avec l'appui de l'UNICEF).



THEME 3: ACTIVITES DE NUTRITION AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

COMMUNICATION No 4

SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE ET EDUCATION NUTRITIONNELLE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Une expérience des Groupements de Femmes d ans un District Sanitaire du Sénégal (Dioffor)

**Par: Serigne Mbaye Diène,
Conseiller Régional en Nutrition du Projet BASICS**

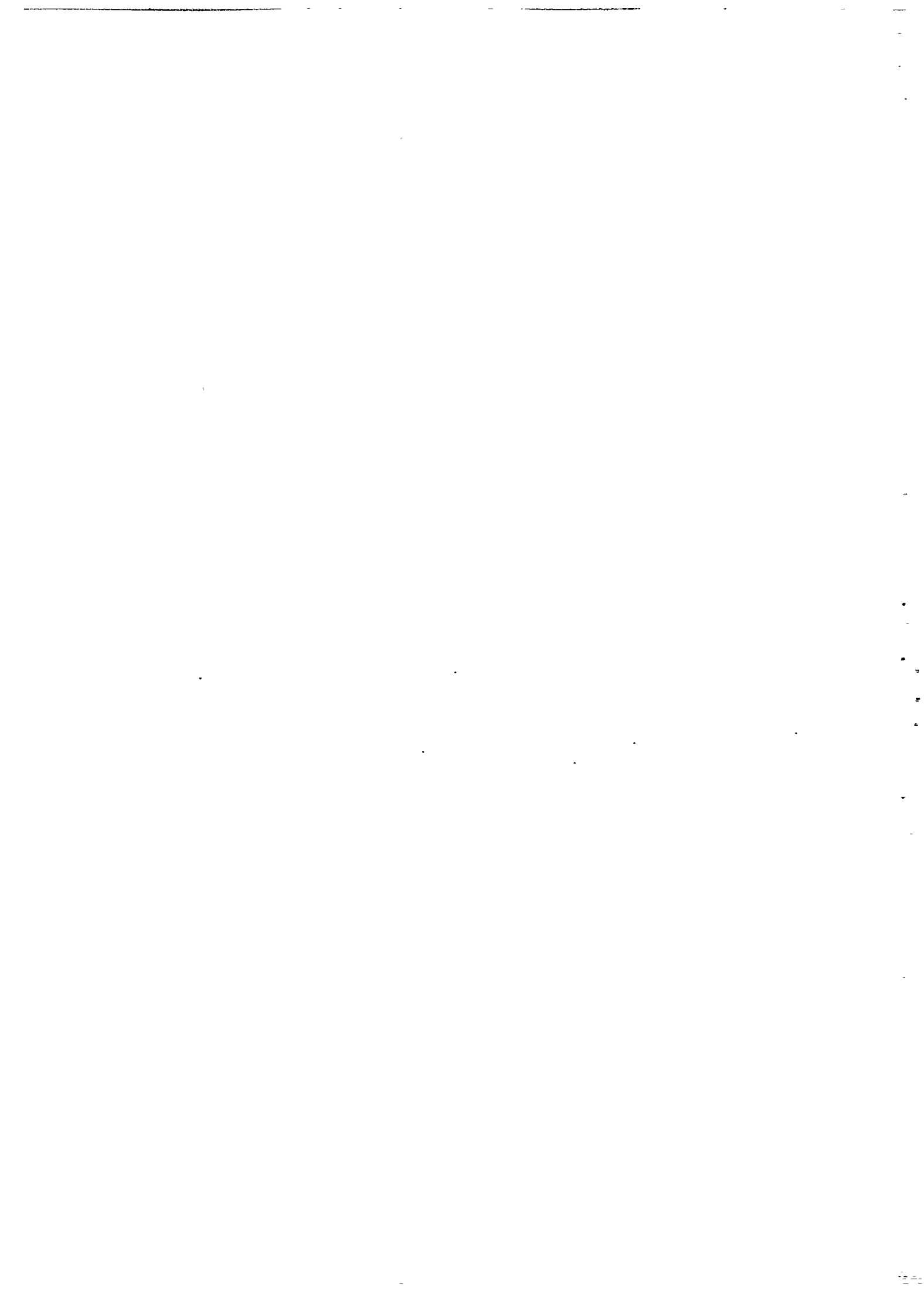
1. Introduction

Un modèle de responsabilisation technique directe de la communauté dans la conduite et la gestion des activités de nutrition a été expérimenté dans la région de Fatick au Sénégal. Cette expérience menée dans le district sanitaire de Dioffor, visait à tester par une recherche-action la faisabilité du transfert des compétences techniques aux mères elles-mêmes, issues des groupements féminins existants pour exécuter les activités de surveillance de la croissance de leurs enfants et l'éducation nutritionnelle des mères. Ce test démarré en 1993, a été évalué en 1996 et fait l'objet présentement d'une généralisation dans d'autres localités. Cette présentation décrit d'abord les objectifs et activités de nutrition concernés avant d'indiquer quelques résultats de l'évaluation du test ainsi que les principes de généralisation et dégager des leçons apprises de cette expérience pour la conception et la mise en oeuvre d'activités de nutrition à assise communautaire y compris un cadre conceptuel pour la recherche-action né de cette expérience la NPI/APO: Négotiation-Participation-Intégration et le Apprendre-en Pratiquant-tout en Observant.

2. Les objectifs et contexte de l'expérience de nutrition communautaire

Les objectifs de ce programme étaient les suivants :

- Former des mères appelées *promotrices de la nutrition*, choisies parmi les membres de Groupement de Promotion Féminine (GPF) pour mener la surveillance mensuelle de la croissance pondérale des enfants âgés de 6 à 36 mois, sous la supervision de l'infirmier du poste de santé le plus proche et de la monitrice rurale du Centre d'Expansion Rurale Polyvalent (CERP) qui encadre les activités habituelles du groupement .



□ Améliorer les connaissances et pratiques des mères des enfants suivis par l'éducation nutritionnelle dispensée par ces *promotrices de la nutrition*, à l'aide de cartes de conseils alimentaires appropriées.

L'expérience s'est fondée sur les résultats d'études et recherches préalables dont :

- une étude des contraintes et besoins en matière d'éducation nutritionnelle en milieu rural
- une recherche opérationnelle pour mettre au point les fiches de conseils alimentaires individualisées. Cette recherche a utilisé une méthodologie mixte combinant des approches quantitatives mais surtout des méthodes qualitatives rapides et participatives (observation de pratiques alimentaires à domicile, essais de pratiques alimentaires améliorées);

3. Les activités de surveillance nutritionnelle

Les modalités d'organisation pratique des séances de pesées (lieu, heure, conditions de participation) étaient laissées à l'entière discrétion des membres des groupements concernés. Le principe de base était qu'elles devaient s'adapter aux besoins des mères et réduire au maximum les contraintes de temps. Les activités de surveillance nutritionnelle menées par les promotrices consistaient à :

3.1 Enregistrer l'enfant inscrit à la pesée sur un registre et y noter son identité, l'identité de ses parents et leur adresse, sa date de naissance, la date de la pesée.

3.2 Peser l'enfant déshabillé sur une balance tarée, le poids étant lu avec une précision de 100g.

3.3 Apprécier l'état nutritionnel de l'enfant en reportant le poids lu sur la fiche de croissance nationale comportant 3 bandes tricolores établies en fonction de l'indicateur du poids par rapport à l'âge : la bande verte correspondant à un état nutritionnel normal selon l'indice Poids/Âge ($P/A \geq (90\%)$), la bande jaune correspondant à une malnutrition modérée ($90\% < P/A \leq (60\%)$), la bande rouge correspondant à une malnutrition grave ($P/A < 60\%$) ; l'état nutritionnel était noté sur une colonne du registre.

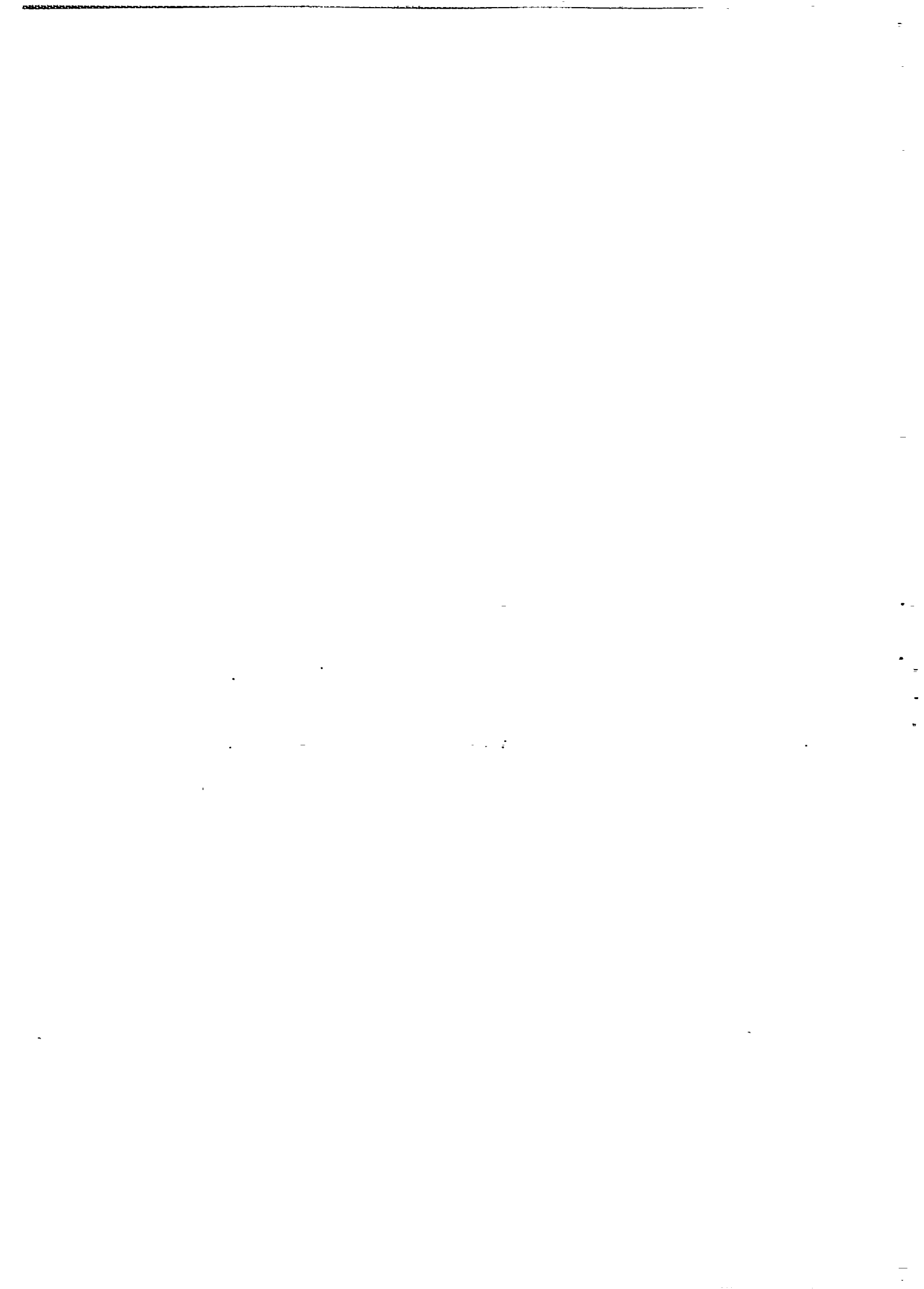
3.4 Matérialiser l'évolution du poids par une flèche :

- ascendante : (↑) pour une augmentation du poids par rapport à la pesée précédente
- horizontale : (→) pour un poids stationnaire
- descendante : (↓) pour une chute de poids.

L'évolution du poids était notée sur une colonne du registre.

3.5 Instaurer un dialogue avec la mère de l'enfant, dialogue portant sur l'état nutritionnel de l'enfant, l'évolution de son poids, son régime alimentaire ; des messages de félicitations, d'encouragement étaient lancés à la mère ; des conseils d'ordre nutritionnel lui étaient délivrés à l'aide des cartes de conseils alimentaires, conseils accompagnés, si l'état de l'enfant le nécessitait, d'une référence à la structure sanitaire la plus proche.

3.6 Remplir un rapport mensuel d'activités en 3 exemplaires dont un est envoyé à l'Infirmier chef du poste de santé, un à la Monitrice et le 3 ème gardé en archives. Ce rapport comporte les



données sur le nombre d'enfants inscrits, présents, vert, jaune, rouge, gain de poids, poids stationnaire, perte de poids.

4. Quelques faits saillants résultant de l'évaluation des activités

L'évaluation de ces activités, 3 ans après l'instauration du programme, en 1996, a conduit aux constats suivants :

Les activités se poursuivaient dans 3 des 4 villages où elles avaient été établies ; elles avaient cessé au bout de 15 mois de fonctionnement dans un village par suite de l'absence prolongée d'une promotrice.

Les activités, conçues au départ pour se tenir dans les quartiers, à proximité des mères (sauf dans un village où elles étaient localisées dès le départ dans le poste de santé) avaient intégré les structures sanitaires sans pour autant perdre leur assise communautaire. Ce transfert dans les structures sanitaires s'était fait pour plusieurs raisons :

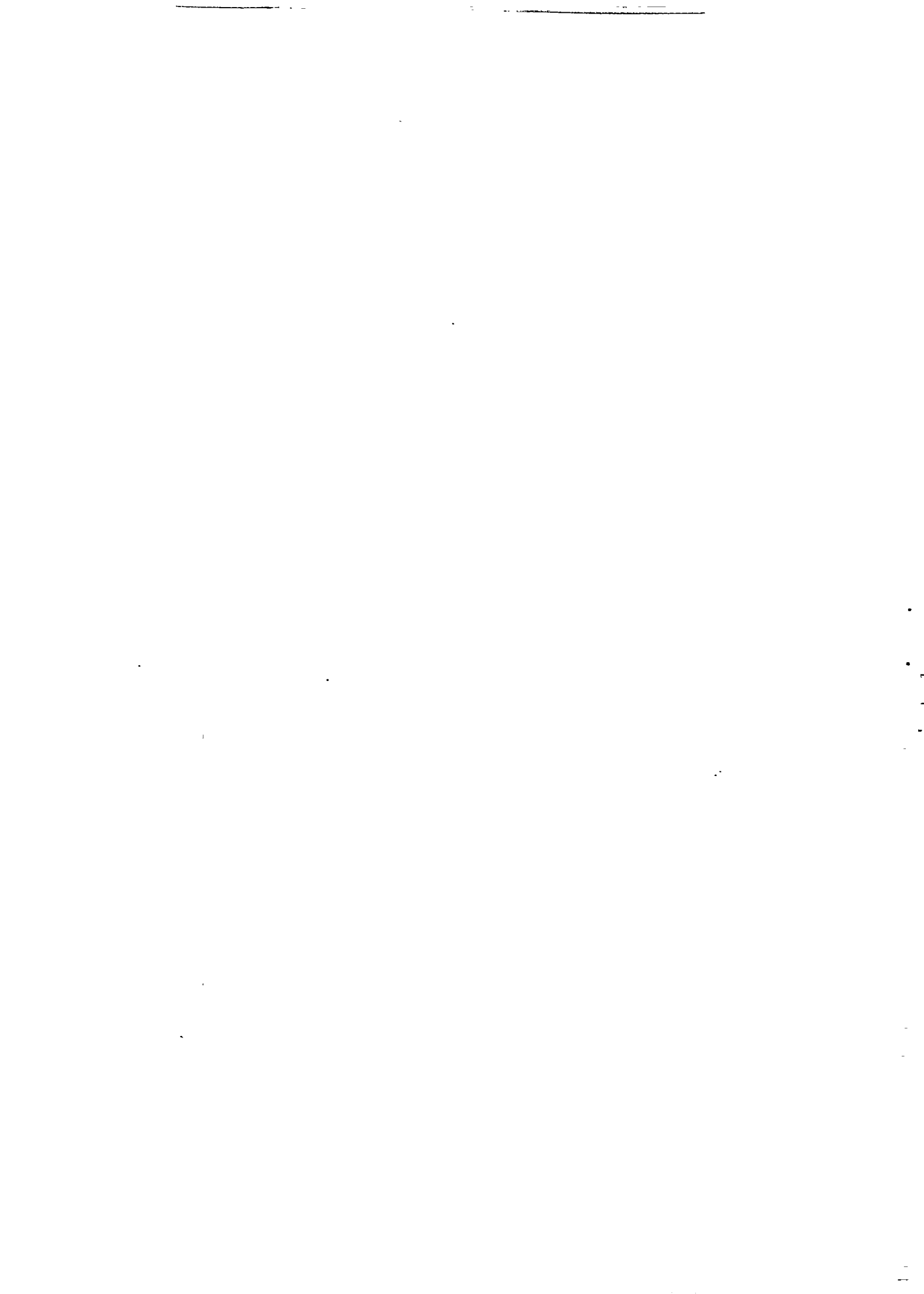
- il y a eu, de la part de certains membres du personnel de santé, la volonté de récupérer des activités qui leur étaient dévolues auparavant et qui avaient été transférées à des membres de la communauté sans leur réelle implication,
- cette volonté du personnel de santé avait rencontré l'assentiment des promotrices ; en effet, elles avaient éprouvé le besoin de se rapprocher des structures sanitaires pour abriter leurs activités suite aux désagréments causés par l'afflux des mères dans les domiciles où se tenaient les séances de pesées; elles voulaient donner plus de crédibilité à leurs activités en les menant sous le couvert des infirmiers ; elles voulaient améliorer l'assiduité des mères.

Ce transfert dans les structures sanitaires s'était fait dès la 1^{ère} séance dans un village, au bout de 15 mois et de 30 mois dans les autres.

En ce qui concernait le déroulement des activités, dans un des registres examiné, les données étaient correctement marquées dans la plupart des cas ; les poids étaient correctement reportés sur la courbe de croissance ;

les acquis des membres de la communauté impliqués dans ce programme de nutrition communautaire pouvaient se résumer ainsi :

- les mères faisaient le lien entre évolution du poids et état nutritionnel et sanitaire, elles savaient qu'il fallait enrichir le régime alimentaire de l'enfant malnourri et/ou diarrhéique, en particulier avec le mélange lait - huile - sucre ; selon la monitrice rurale, les mères étaient plus disponibles pour mener des activités rémunératrices, les enfants faisant moins d'épisodes de maladies, et il y a eu une certaine mobilisation sociale autour de ces activités de surveillance nutritionnelle qui a conduit à l'adhésion de mères ne faisant pas partie des groupements ciblés



- les leaders d'opinion (chefs de village, chefs de quartier, présidentes de groupements féminins, etc...) estimaient que, d'une manière générale, il y'avait émergence d'une dynamique communautaire autour de la santé de l'enfant
- pour le personnel de santé, il y avait moins d'enfants malnutris dans les consultations et moins d'enfants hospitalisés pour malnutrition.

En conclusion, les activités de surveillance nutritionnelle des enfants peuvent être menées au sein de la communauté, par des membres de la communauté, sous la supervision du personnel de santé.

5. Appropriation par le système de santé et extension de l'expérience dans d'autres localités

5.1 Processus d'intégration et de généralisation

- Consensus sur la validité du modèle obtenu à l'issu d'un atelier national de restitution des résultats de l'évaluation de l'expérience test (Juillet 1996).
- Développement et validation d'un manual national de formation des relais communautaires par les Infirmiers Chefs de Poste de santé (Mars 97) en collaboration avec l'UNICEF
- Réplication généralisée du modèle par les responsables du District sanitaire de Dioffior

5.2 Résultats de la phase d'extension dans le district de Dioffior

- Extension de la couverture

	1993	1997
Nombre de postes	4	8
Nombre de groupements	4	37
Nombre de promotrices par groupement	3	4
Nombre de promotrices au total	12	148
Nombre d'enfants inscrits	270	1506
Nombre d'enfants présents : Aout Septembre		1220 81%
		1149 76 %

- Supervision effective des activités des promotrices par les ICP
- Appui technique et même supervision des nouvelles (1997) par les anciennes promotrices (1993) dans 2 villages



6. Leçons apprises pour la conception et la mise en oeuvre de programme de nutrition à assise communautaire

Recours à des organisations communautaires existentes pour plus de durabilité

Responsabilisation des mères elles-mêmes

Partenariat négocié entre système de santé et communauté

L'émergence d'un cadre conceptuel pour la recherche-action: le modèle NPI/APO
Négotiation-Participation-Intégration avec le Apprendre-en Pratiquant-tout en observant

7. Le Cadre Conceptuel de recherche action pour la mise en oeuvre de l'approche communautaire: le modèle Négotiation-Participation-Intégration avec le Apprendre-en-Pratiquant-tout-en-Observant (NPI/APO)

Ce modèle inclut des principes essentiels interreliés d'opérationnalisation du processus de recherche action en vue de développer un partenariat avec les communautés qui doivent être des acteurs actifs de la recherche. Ces principes opèrent de la manière suivante:

La NÉGOCIATION:

Elle est la première étape qui suppose une volonté d'un partenariat entre parties avec des intérêts divergents et dont le résultat est un consensus sur les conditions de participation des uns et des autres dans l'entreprise envisagée.

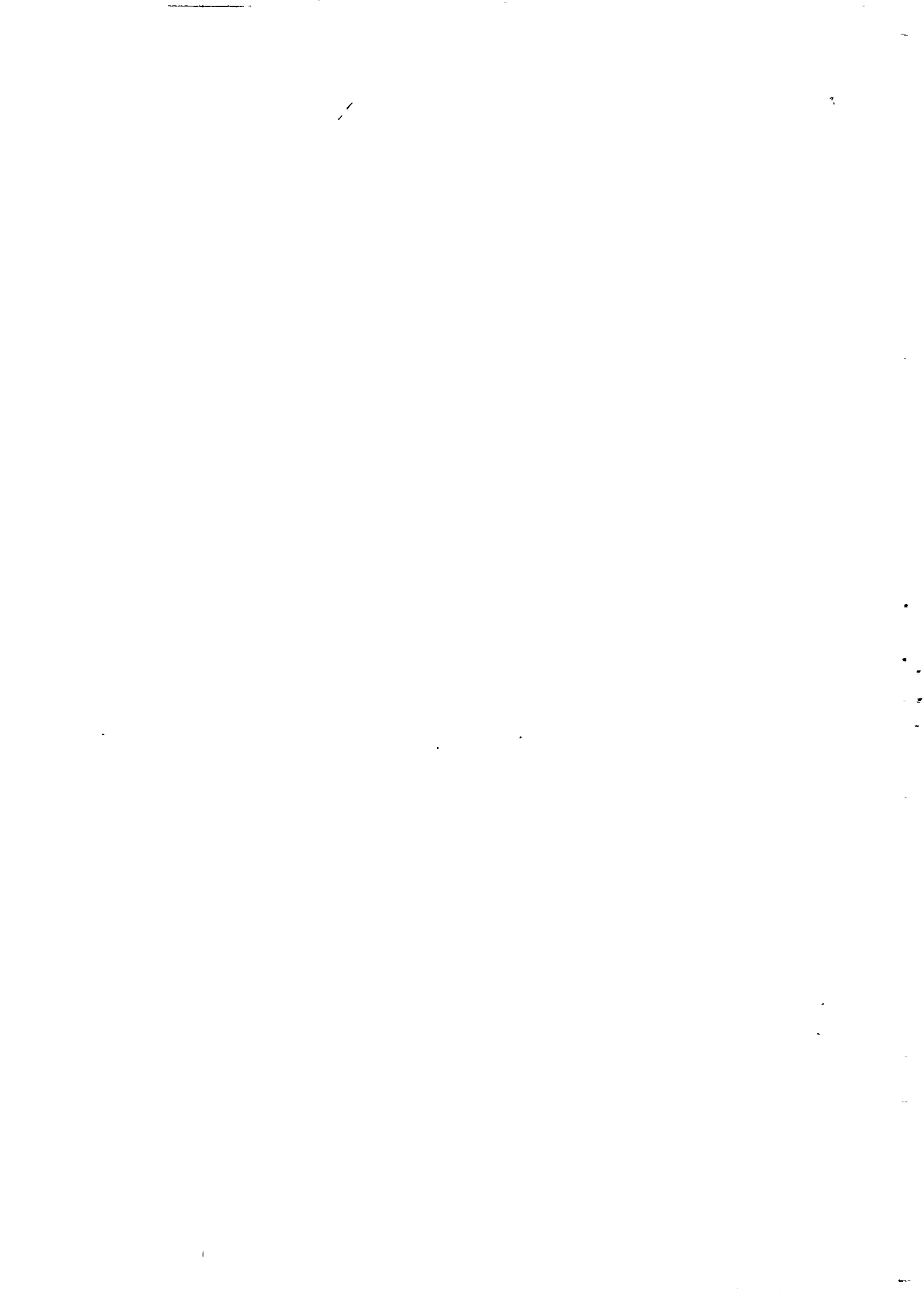
La PARTICIPATION

Elle est la pièce maîtresse qui appelle l'action conjuguée des parties devenues des partenaires. Elle s'exécute selon les principes du Apprendre-en Pratiquant-tout en Observant présenté ci-dessous.

L'INTÉGRATION

Elle est comme un indicateur d'une participation effective car le résultat de la participation est soit une internalisation des acquis sous la forme de connaissances ou compétences chez les acteurs ou une institutionalisation au niveau des organisations ou groupes concernés

Le Apprendre-en Pratiquant-tout en Observant est l'aspect opérationnel de la participation.



APPRENDRE

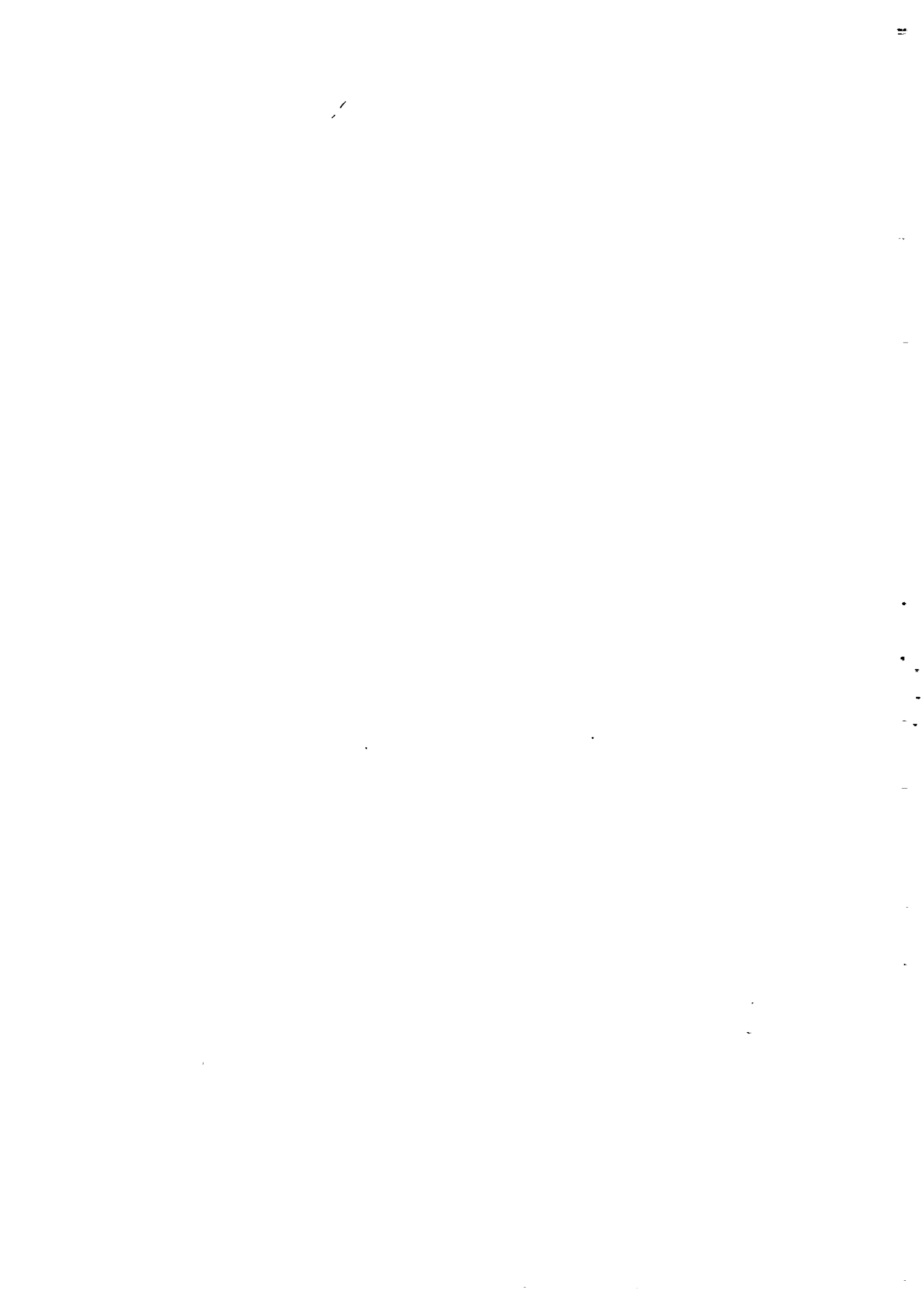
La démarche à suivre est un apprentissage permanent et ouvert de tous les acteurs (partenaires) impliqués pour réfléchir et analyser ensemble les situations en présence. Chacun apprend de l'autre et de la dynamique nouvelle créée par le partenariat. On apprend ensemble ce qu'il faut faire, pourquoi et comment.

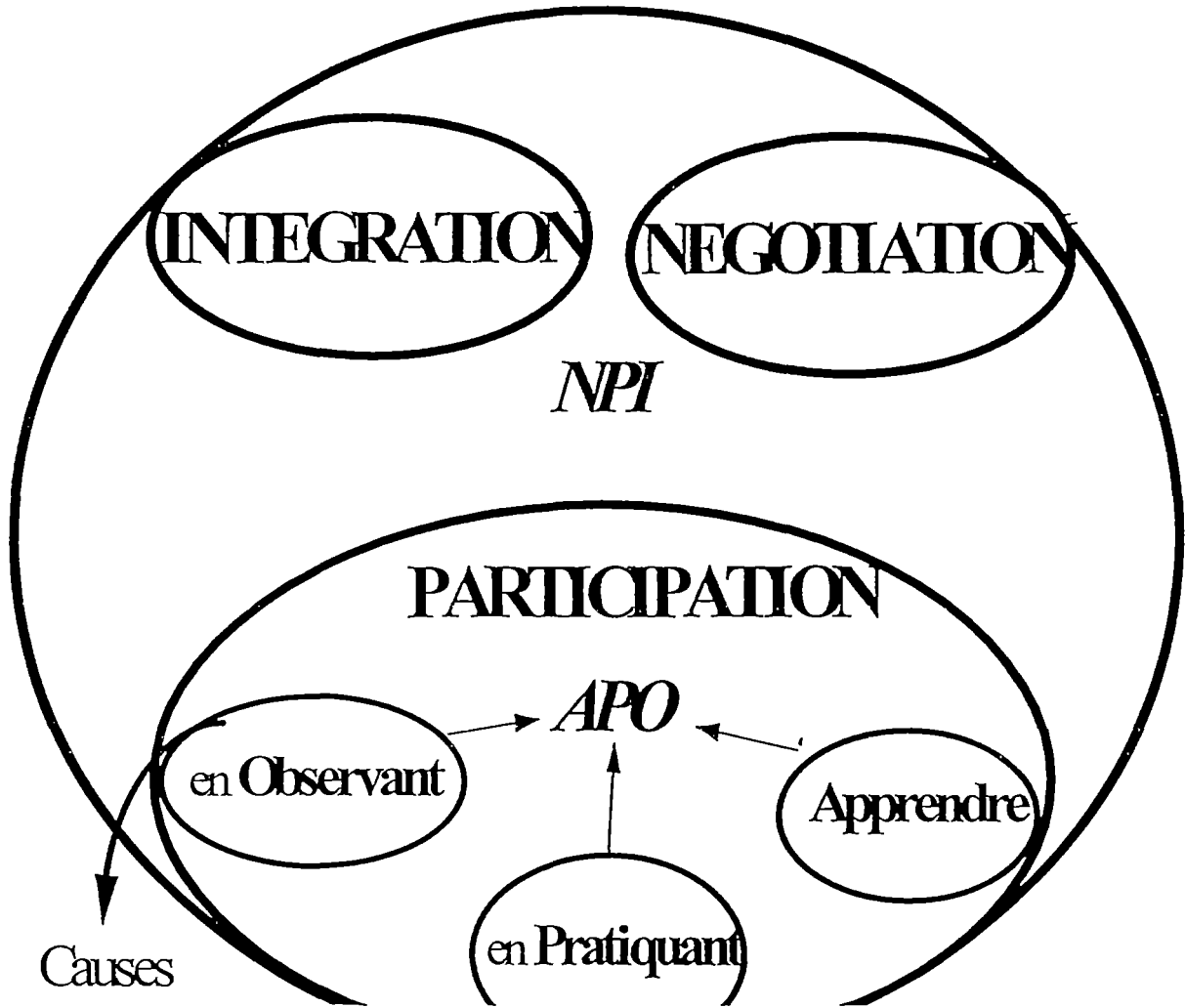
En PRATIQUANT

La forme d'apprentissage pratique suppose que chacun mette les mains à la pâte pour résoudre ensemble les problèmes découlant de l'analyse commune. On applique concrètement et immédiatement les leçons apprises.

Tout en OBSERVANT

Il faut observer et documenter de manière continue les Causes, le Contexte et Autres facteurs qui influencent le processus de mise en oeuvre. Il s'agit de capitaliser les leçons apprises tout au long du processus pour un éventuel partage et une réplique adaptée.







COMMUNICATION 5**PROMOTION DE LA CROISSANCE A ASSISE
COMMUNAUTAIRE AU NIGER****Niamey, Octobre 1997****INTRODUCTION**

Le Niger est un pays sahélien et enclavé occupant une superficie de 1.267.000 Km² avec une population estimée en 1996 à 9.621.301 habitants.

Il est confronté de façon chronique à des multiples problèmes alimentaires et nutritionnels, liés à plusieurs facteurs dont le principal est la sécheresse.

Les différentes enquêtes et études de portée nationale réalisées entre 1985 à 1992 montrent que la population a un statut nutritionnel précaire.

L'enquête démographique et de santé menée en 1992 a révélé les taux suivants :

- 32,3% d'enfants de moins de 5 ans sont des "malnutris chroniques" ($T/A \leq -2ET$)
- 15,8% d'enfants de moins de 5 ans sont des "malnutris aigus" ($P/T \leq -2ET$)
- 15% de nouveaux-nés avec un poids $\leq 2,5$ kg
- 2,6% des enfants de 24 à 59 mois souffrent de cécité nocturne;

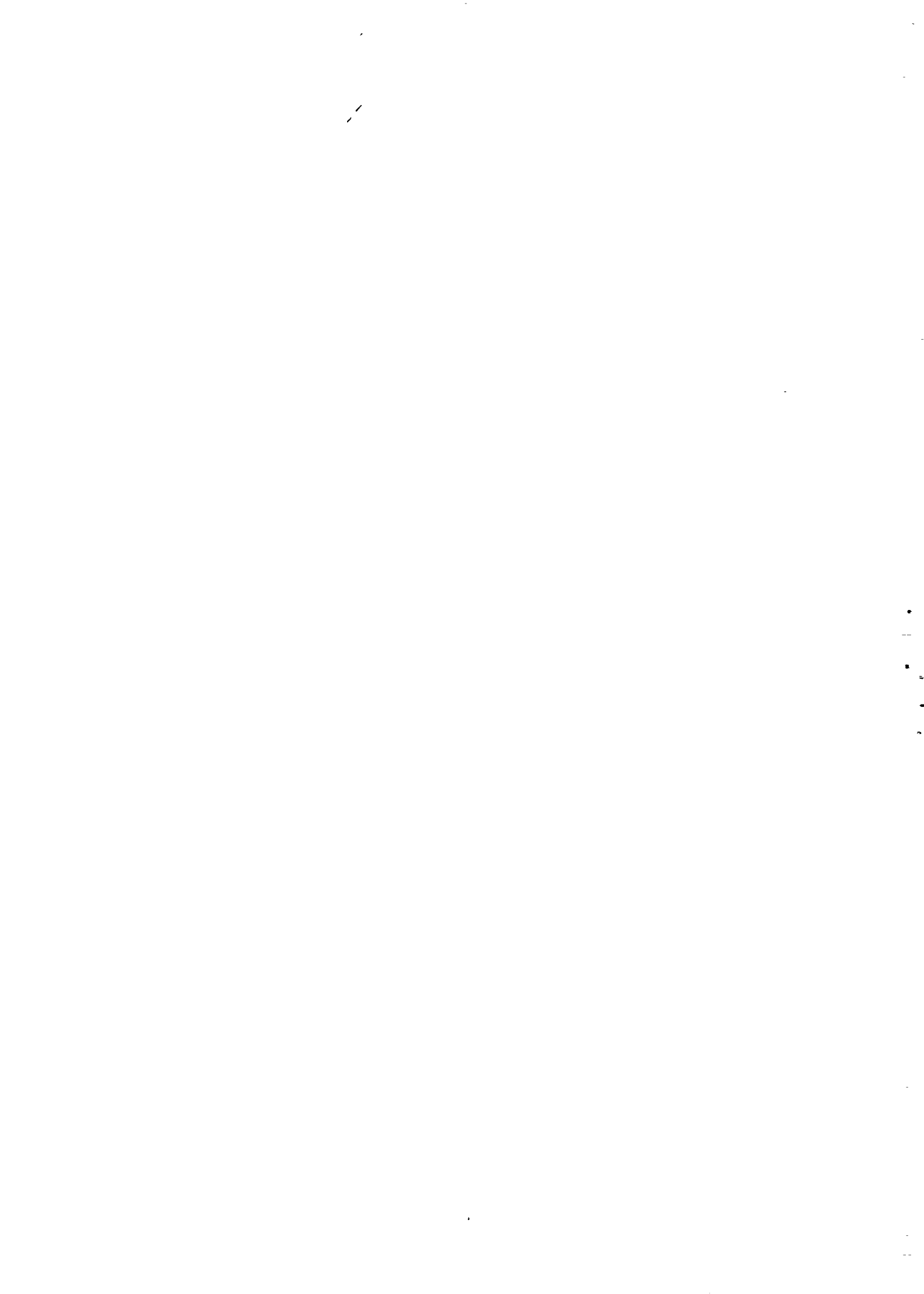
Au Niger, la surveillance de croissance des enfants d'âge pré-scolaire a commencé depuis 1963 dans les centres de Protection Maternelle et Infantile.

Cette surveillance n'était pas systématique et ne touchait qu'un petit nombre d'enfants dans les zones urbaines. La généralisation de cette activité dans toutes les formations sanitaires du niveau 3 (CSI) est intervenue au cours des années 1980.

La surveillance de croissance des enfants de moins de trois ans au niveau des Communautés a commencé en 1989 avec le Programme Conjoint d'Appui à la Nutrition (PCAN/OMS/UNICEF/NIGER). Deux arguments ont été à l'origine de cette initiative :

- *la couverture sanitaire faible (32,02%)*
- *la surveillance de la croissance des enfants est capitale dans la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge de la malnutrition.*

Après les résultats satisfaisants obtenus à travers le PCAN, la promotion de la croissance à assise communautaire (PCAC) a été retenue comme axe stratégique national pour la réduction de la prévalence de la malnutrition sur le plan national.



Ainsi la PCAC est devenue l'activité principale du Programme Nutrition Sécurité Alimentaire Familiale/Environnement (Programme Coopération Niger-Unicef) ; dont les principaux objectifs sont :

- *Doter les communautés d'un outil d'analyse et de prise en charge de leurs problèmes nutritionnels.*
- *Contribuer à la réduction du taux de la malnutrition.*

METHODOLOGIE DE LA MISE EN OEUVRE

Pour mettre en place le système de promotion de la croissance à assise communautaire dans des villages au niveau d'un arrondissement, il est souhaitable de suivre les étapes suivantes :

- 1 *La formation de l'équipe technique d'arrondissement chargée de la mise en place et du suivi : c'est une équipe pluridisciplinaire composée des agents de santé, du plan, de l'agriculture, de l'élevage, de l'éducation-alphabétisation, etc).*

Les objectifs de cette formation de formateurs sont :

- * *Expliquer, la philosophie, les objectifs et les étapes de la mise en place de la PCAC (choix des villages, formations des équipes, suivi et évaluation);*
- * *Initier les cadres techniques à approche triple A.*
- * *Former/recycler les cadres en matière de sécurité alimentaire, de nutrition et de lutte contre les carences nutritionnelles.*
- * *Former les cadres à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la malnutrition des enfants de 0 à 3 ans ;*
- * *Former les cadres à la conduite du « counselling » nutritionnel et à l'organisation des débats communautaires ;*
- * *Expliquer la démarche pédagogique pour former les équipes villageoises ;*
- * *Expliquer le mécanisme de suivi et d'évaluation de PCAC.*

2. *Le choix des villages*

- * *Identifier des villages éventuels le nombre de village doit être supérieur au nombre réel de village à couvrir pour cette année. Critères de choix sont :*
 - *villages à plus de 10 km d'un CSI*
 - *taux MPE élevé*
 - *densité*
 - *accessibilité*

- * *Première visite dans les villages : information et sensibilisation des villageois sur le but et les objectifs de la PCAC, les conditions de mise en oeuvre, leur contribution et la relation entre PCAC et les autres activités du programme.*
- * *Deuxième visite dans les villages : choix provisoire basé sur les critères suivants :*
 - *Degré de compréhension et d'acceptation*
 - *Volonté du village à contribuer au déroulement des activités (construction hangar, participation aux réunions, engagement à s'investir pour la résolution des problèmes...)*
 - *Choix de trois femmes volontaires et bénévoles de préférence alphabétisées ou lettrées, acceptées par les villages (âge au plus 35 ans, mariées ayant l'accord des maris");*
- * *Sélection des villages dans lesquels l'activité peut commencer ;*
- * *Troisième visite : confirmation et étude du milieu (nombre d'enfants de moins de trois ans, taux déficit pondéral au sein du groupe, les pratiques alimentaires, etc..).*
- 3. *Alphabétisation des femmes (2-6 mois) : la durée de la formation varie énormément vu le taux d'analphabétisme chez les femmes (96%) et le niveau d'alphabétisation :*
 - *les femmes lettrées reçoivent une alphabétisation intensive de 45 jours.*
 - *les femmes illettrées recevront une alphabétisation de 6 mois, suivie l'année suivante d'une alphabétisation fonctionnelle de 4 mois.*
- 4. *Formation des équipes PCAC : elle dure 10 à 15 jours et doit regrouper au maximum cinq équipes (chaque équipe compte 3-4 femmes dont une matrone). Elle comprend .*
 - *une séance théorique qui permet d'expliquer l'alimentation de l'enfant et les conséquences d'une alimentation inadéquate.*
 - *des séances pratiques pour permettre l'apprentissage de la pesée, du remplissage des supports, de la conduite du conseil nutritionnel et de débat communautaire.*
- 5. *Mise en place des équipes : après la formation, chaque équipe sera dotée :*
 - ▶ *d'une table*
 - ▶ *de quatre chaises*
 - ▶ *d'un tableau chevalet*
 - ▶ *de deux balances salter + culottes*
 - ▶ *des fiches, registres.*
 - ▶ *d'un classeur*

Elle sera accompagnée dans son village où au cours d'une assemblée villageoise, la date et le lieu de pesée seront déterminés. C'est aussi l'occasion de sensibiliser la population.

6. *Déroulement de PCAC dans le village*

✧ *La veille de la pesée, le crieur public sous l'ordre du chef de village, rappelle la tenue de la séance ;*

✧ *le jour de la pesée :*

- *tous les enfants présentés sont pesés après avoir été identifiés (Nom, Prénom, âge, etc....)*
- *pour chaque enfant, on évaluera son état nutritionnel avec l'indice Poids/âge et on fera le counselling nutritionnel avec sa mère;*
- *débat communautaire : il se fait en assemblée villageoise avec la participation des hommes, des femmes et des personnes influentes autour de fiche communautaire. Il présente l'avantage:*

- d'apprécier les résultats de la pesée les comparer à ceux des séances antérieures en vue d'identifier les problèmes socio-sanitaires et nutritionnels des enfants ;

- d'analyser les problèmes en vue de dégager les priorités et proposer des solutions;

- d'analyser les solutions pour mieux identifier les actions à entreprendre (court, moyen et long terme).

- de prendre des engagements à résoudre les problèmes identifiés.

Choix des problèmes prioritaires

Ne pouvant résoudre en même temps tous les problèmes identifiés, il est nécessaire de les hiérarchiser pour dégager ceux qui sont prioritaires. Pour ce faire, les cadres techniques et les villageois se réfèrent à quatre critères :

- ♪ *la gravité du problème*
- ♪ *l'influence sur l'état nutritionnel des jeunes enfants*
- ♪ *l'importance de la population touchée*
- ♪ *la perception du problème par la communauté*

Le Choix des actions

Le choix définitif des actions à mener découlera de leur analyse, en fonction de leur pertinence, leur faisabilité et des facteurs limitants et favorables les caractérisant.

Une fois retenues et détaillées, ces actions seront reprises par les cadres techniques sous la forme d'un plan d'action du village, spécifiant:

- ♪ *les objectifs visés*
- ♪ *les ressources nécessaires*
- ♪ *le rôle et l'engagement de chaque partenaire*
- ♪ *le calendrier d'exécution*
- ♪ *les indicateurs de suivi*

7. Suivi/Evaluation/Analyse des données

Les données collectées chaque mois soient envoyées au CSI de rattachement pour les traitements et l'analyse.

L'équipe villageoise PCAC est supervisée chaque mois par un membre de l'équipe technique (responsable de CSI), tous les trois mois par l'équipe technique d'arrondissement.

RELATION PCAC/ACTIVITES DU PROGRAMME

La Promotion de Croissance à Assise Communautaire constitue d'une part la porte d'entrée de toutes les activités de développement dans le cadre du Programme Nutritionnel/Sécurité Alimentaire Familiale/Environnement et de d'autre par l'instrument de mesure des effets des interventions sur le statut nutritionnel des bénéficiaires. Elle permet de faire le diagnostic communautaire, en vue de faciliter la responsabilisation et la participation communautaire

LES ACQUIS DU PCAC AU NIGER

En fin de premier trimestre 1997, 363 villages ont des équipes PCAC au niveau de onze arrondissements. Environ 65.000 enfants de moins de trois ans sont couverts, le taux de fréquentation varie énormément d'un village à un autre (18% à 82%).

Les rapports d'évaluation annuels 1995 ont fait ressortir une réduction de 4% du taux de déficit pondéral ($P/A \leq -2ET$) dans les villages de Mahayi touchés depuis 1994, par rapport au taux de déficit pondéral initial.

Aussi dans une étude comparative sur les connaissances et les attitudes des mères dans les villages cibles et des villages non touchés à Gouré, il est apparu que le niveau des connaissances relatives à l'alimentation de l'enfant et la prise en charge des enfants étaient nettement meilleurs dans les villages à PCAC. Ce constat a été confirmé par un thèse de doctorat effectué à Mayahi en 1995.

La mise en place de PCAC a permis de distribuer dans tous les villages des capsules de Vitamine A aux enfants de moins Dix (10) ans.

Les villages à vocation agricole ont bénéficié de l'appui aux cultures pluviales.

Les villages à points d'eau permanents, un appui au maraîchage.

Les difficultés rencontrés

- * *L'analphabétisme des femmes a été la première difficulté rencontrée dans la mise en oeuvre de cette activité. En effet, les taux d'analphabétisme est de 96% chez les femmes.*
- * *L'insuffisance des personnes qualifiées en nutrition au niveau régional et sous-régional*
- * *Difficulté d'intégration des données collectées avec la PCAC dans les autres données des services de santé, les indices d'évaluation de la malnutrition étant différents (P/A pour la PCAC et P/T pour service de santé).*

Les Opportunités

L'existence des structures de la société de développement (reposant sur la consultation, la concertation et la participation de tous les citoyens dans la gestion des affaires publiques et leurs responsabilisation dans la prise en charge de leur développement) dans les villages, la disponibilité des populations et leur participation ont été des atouts pour le démarrage de l'activité.

L'intérêt des autres partenaires vis à vis de l'approche (IDA, SNV).

Perspectives

La promotion de la croissance est retenue dans le plan d'action pour la nutrition comme stratégie. Ainsi d'ici 2001, il est prévu de couvrir 3.000 villages (642.680 enfants).

Aussi pour tenir compte des données PCAC dans la prise de décision d'envergure nationale, il est envisagé de revoir le support SNIS (Système National d'Informations Sanitaires).

Cette révision quand elle sera effectuée permettra de pérenniser la collecte de données sur cette activité au moins dans les aires de santé CSI.

Le renforcement du suivi et la concentration des efforts dans les zones d'interventions, sont envisager dans le cadre PNSAF/E. Ainsi qu'une étude du coût de stratégie.

Les questions en étude.

Comment assurer la pérennité de la PCAC avec toute sa philosophie de développement ?

Comment intégrer les autres aspects de soins de santé primaires à PCAC ?

Comment assurer dans chaque village retenu un PMA en matière de Nutrition ?

COUT DE LA PCAC EN 1990

La surveillance de la croissance coûte pour chaque enfant 4,7 dollars US par an. Ce chiffre inclut les investissements qui représentent 27% du coût, c'est à dire les moyens de locomotion pour la supervision (motocyclettes et véhicules tout terrain), la formation des cadres techniques, des équipes de santé villageoise et des comités villageois de développement et le petit équipement (balance, fiche de croissance. Il inclut aussi les charges récurrentes qui représentent 73% du coût, c'est à dire l'entretien des véhicules et le carburant, le recyclage des cadres techniques, des équipes de santé villageoise et des comités villageois de développement, le petit équipement (renouvellement des fiches de croissance communautaire et autres frais accessoires) et le salaire de l'infirmier du dispensaire et des cadres techniques de l'équipe de surveillance de la croissance.

Tableau 1: Détail des coûts de la surveillance de la croissance

	Investissement annuel (\$)	Charges récurrentes (\$)	Total (\$)
Logistiques	4,724	16,000	
Formation	3,115	7,600	
Petit équipement	5,163	3,758	
Salaires		7,762	
Total	13,002	35,120	48,122
% du total	27,0	73,0	

Pour ce qui est des coût d'investissements, on admet que les moyens logistiques, véhicules et Motos sont amortis sur trois années, de même que le petit équipement.

On admet aussi que la formation, du fait de la rotation du personnel, doit être renouvelée tous les trois ans pour les cadres techniques et toutes les cinq ans pour les cadres villageois. La formation est distinguée du recyclage qui entre dans les charges de fonctionnement. Pour ce qui est des charges récurrentes, les salaires des cadres d'arrondissement et de l'infirmier dispensaire a été pris en compte en considérant que chaque cadre consacre une journée par semaine au projet.

Le salaire des responsables nationaux du PCAN (nigériens et internationaux) et les frais de fonctionnement du bureau national n'ont pas été pris en compte dans les charges récurrentes dans la mesure où la surveillance de la croissance est, dans l'esprit actuel du projet, censée fonctionner dans le cadre du village seul avec l'aide des cadres de l'arrondissement.

Cependant, si on voulait en tenir compte, en prenant les mêmes bases de calcul que précédemment, le coût s'élèverait à 8,6 dollars US par enfant et par ans, soit près du double du coût initial.

COMMUNICATION No6

REPUBLICQUE DE GUINEE

Ministère de la Santé Publique

**SYSTÈME D'INFORMATION A ASSISE
COMMUNAUTAIRE (SIAC) EN GUINEE**

Préparé par:

- Facinet Yattara , UNICEF
- Dr Macoura OULARE, Ministère de la Santé Publique
- Dr Mamadou Diouhé Barry, Ministère de la Santé Publique

1. Présentation du pays:

Située au Sud-Ouest de l'Afrique Occidentale, la Guinée est limitée au Nord par le Sénégal, au Nord-Ouest par la Guinée Bissau, à l'Ouest par l'Océan Atlantique, au Sud par la Sierra Léone et le Libéria et à l'Est par le Mali et la Côte d'Ivoire.

Le pays couvre une superficie de 245.860 km² (dont 62.300 km² à vocation agricole) répartis en quatre régions naturelles: la Basse Guinée, la Moyenne Guinée couvrant les massifs du Fouta Djallon, la Haute Guinée constituée par la savane arborée et la Guinée Forestière. Le climat, de type tropical, comprend une saison pluvieuse et une saison sèche. La population totale est estimée à 6.699.000 habitants avec un taux de croissance de 2,7% par an.

On estime que 6 millions d'hectares, soit 25% de la superficie du pays, sont cultivables, dont en moyenne 1,5 million d'hectare sont mis en culture par an. Les principales cultures vivrières sont le riz, le fonio, le maïs, l'arachide et le manioc, tandis que les cultures pérennes sont les bananes, les agrumes, le palmier à huile et le café.

2. Système de santé:

La politique sanitaire repose sur la stratégie des soins de santé primaires selon l'initiative de Bamako basée sur la participation communautaire dont la mise en oeuvre a été effective à partir de 1988.

3. Situation Nutritionnelle :

La République de Guinée, à travers ses régions naturelles, possède d'immenses superficies de terres cultivables. Elle a une population agricole estimée entre 70 à 75% de sa population totale. Cependant des problèmes nutritionnels existent. Les récentes enquêtes nutritionnelles réalisées dans le cadre du programme de réforme structurelle (ENCOMEC, ENAMOG et PADSE, 1991) montrent les problèmes suivants:

- 11,5% des enfants de moins de cinq ans sont touchés par la maigreur avec des variations régionales;
- 31,6% des enfants de moins de 5 ans sont touchés par le retard de croissance;
- les prévalences d'anémies varient entre 60 et 65% chez les femmes enceintes selon les études isolées :
- la prévalence nationale du goitre se situe à 63,6%. Elle varie cependant entre 40,6% à 76,1%.
- Suite à la notification de cas de troubles de la vision crépusculaire dans les parties Nord-Est du pays. une enquête de prévalence a été réalisée dans ce cadre et les résultats sont attendus à la fin de 1997.

- 93% des femmes allaitent leurs bébés au sein. Cependant, le taux d'allaitement maternel exclusif de la naissance à l'âge de 4 à 6 mois est inférieur à 10%.

Du fait de la forte proportion de la population de 0 à 5 ans (17,8%) et compte tenu du taux très élevé de mortalité infantile (127 pour mille), la malnutrition est très préoccupante à cause de son niveau actuel dans le pays et de l'augmentation des risques de morbidité et de mortalité qu'elle entraîne. Pour faire face à ces problèmes, la Guinée a intégré dès le départ la nutrition au PEV/SSP/ME par le volet surveillance de la croissance chez les enfants de moins de cinq ans.

Ainsi la surveillance de la croissance ne se fait qu'au niveau des centres de santé. Les centres de santé ne se situent qu'au niveau des chef-lieux de sous-préfecture qui se trouvent à des distances variant entre 5 et 20 km en moyenne. Ceci constitue un handicap à la surveillance de la croissance de tous les enfants. De plus, cette surveillance n'est faite qu'à l'occasion d'une épisode de maladie ou quand l'enfant est amené pour la vaccination. Le poids et la courbe ne sont souvent pas reportés ou tracés sur la fiche de croissance. Ceci étant, il n'y a qu'une partie de la population infantile qui est surveillée et les conseils promulgués sont individuels. D'autre part, les enfants ne sont surveillés que de la naissance à l'âge de 11 mois (en fonction du programme élargi de vaccination). Au delà de cet âge, les enfants ne sont vus qu'en cas de maladies.

C'est pourquoi, la surveillance de la croissance et la promotion d'une alimentation correcte sont intégrées dans le développement communautaire pour que la communauté elle-même surveille la croissance de ses propres enfants en vue d'y apporter les solutions les plus appropriées. Ceci permet le passage de la forme médicale de la surveillance de la croissance à la forme communautaire.

4. Objectif Général

- Amener les populations à s'approprier la résolution des problèmes de santé au niveau communautaire.

5. Objectifs Spécifiques: d'ici l'an 2005:

- Mettre en place au niveau de 90 % des villages de la Guinée un système simple de collecte, d'analyse et de diffusion des informations nutritionnelles, sanitaires et démographiques.
- Développer dans chaque village des prestations de surveillance nutritionnelle des enfants de 0 à 3 ans par des pesées mensuelles suivies d'analyse et de résolution des problèmes.
- Promouvoir dans chaque village l'allaitement maternel, la thérapie de réhydratation orale, la vaccination des enfants et des femmes, la planification familiale, l'hygiène individuelle et collective et la lutte contre le paludisme et les TDCI.
- Promouvoir la collaboration intra et intersectorielle, la complémentarité et la concertation entre les différents intervenants dans la résolution des problèmes de la communauté.

6. Stratégie:

La mise en oeuvre du SIAC repose sur le cycle des 3 A: Appréciation, Analyse et Action. Ce processus utilise les données disponibles au sein de la communauté. A cet effet, les informations en rapport avec la nutrition, la santé et les données démographiques sont collectées, analysées en vue d'une prise de décision par la communauté elle-même. Dans un premier temps la surveillance nutritionnelle sert comme porte d'entrée, par la suite d'autres activités seront intégrées au fur et à mesure que le système s'améliore.

7. Activités.

7.1. Surveillance de la croissance de l'enfant: Tous les enfants du village âgés de 0 à 3 ans sont recensés et pesés régulièrement une fois par mois. Le poids des enfants est reporté sur la fiche individuelle de l'enfant et sur le tableau communautaire.

7.2. Activités promotionnelles: Basées sur l'IEC, elles comportent entre autres:

a. La promotion de l'allaitement maternel qui consiste en la préparation de la femme enceinte et de la nouvelle accouchée à l'allaitement maternel par l'agent communautaire (accoucheuse villageoise etc...) avec l'appui du groupe de soutien mis en place dans le village.

b. L'alimentation de complément du jeune enfant. Une liste d'aliments locaux par groupe est en train d'être dressée par zone pour permettre à l'agent communautaire de faire un choix correct des aliments locaux disponibles pour l'alimentation du jeune enfant et une bonne conduite de sevrage.

c. La promotion de la thérapie par réhydratation orale: une stratégie de promotion de la TRO et de distribution des SRO à base communautaire est développée en collaboration avec le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques

d. L'éducation des populations en matière d'hygiène, d'eau et d'assainissement

7.3. Récupération nutritionnelle: Les activités de récupération nutritionnelle sont consacrées au dépistage et à la prise en charge des formes précoces de malnutrition au niveau villageois. Elle est l'activité la moins développée à cette phase du SIAC.

7.4. Collecte, analyse des données et interprétation des résultats : Les données sont recueillies par les agents communautaires exécutant les activités de nutrition en collaboration avec la communauté. Toutes les activités du SIAC sont menées par les agents communautaires qui sont au nombre de 2 par village dont une femme. Ils sont choisis par le village au titre de bénévole.

Il est à noter que les préalables de toutes ces activités sont la formation des agents à tous les niveaux: district, sous-préfectoral et villages. La supervision est assurée au niveau sous-préfectoral par l'équipe des agents de développement une fois par mois. Le monitoring des activités est réalisé deux fois par an par l'équipe sous-préfectorale avec l'appui de l'équipe du district sanitaire. Les petites évaluations sont programmées tous les 2 ans.

Outils de Gestion et équipements: Fournis au départ par le Ministère de la Santé avec l'appui de ses partenaires, le kit standard du SIAC par village est composé de: 1 Registre d'enregistrement, 1 Registre de Procès verbal, les fiches individuelles de croissance (disponibles dans les CS), les craies de couleur, 1 tableau noir destiné au tracé de la courbe communautaire et les crayons de couleur, 1 balance pese-bébé type Salter ou Uniscale; Ce Kit est d'une valeur d'environ 200.00 \$.

9. Acteurs et responsabilités:

1. La communauté a pour rôle de choisir deux ou trois personnes intéressées dans chaque village. Ces personnes peuvent être des villageois engagés et reconnus comme tel pour défendre les intérêts de la communauté ou à défaut on peut choisir l'accoucheuse villageoise, l'enseignant, le grand élève, le guérisseur traditionnel, le vulgarisateur agricole ou les autres agents travaillant dans d'autres secteurs de développement et vivant au sein de la communauté. Ces agents doivent accepter le bénévolat. Ils doivent lire et écrire une des langues parlées dans le pays. La responsabilité de ces agents est de mobiliser et de sensibiliser la communauté, recenser tous les enfants de la communauté et les peser, interpréter les résultats aux mères et à la communauté, aider et guider la communauté dans l'analyse et la prise de décision basée sur les moyens locaux. La communauté doit, prendre des décisions à son niveau conformément à l'approche de résolution des problèmes, motiver les agents communautaires et identifier les modalités de remplacement des outils de gestion.

2. La collaboration intersectorielle. Au niveau opérationnel, on note avec satisfaction les participations effectives des différents secteurs, notamment les agents de l'éducation, et le développement et la décentralisation.

10. Niveau de mise en oeuvre:

Débuté en 1993 par deux préfectures tests de la Moyenne Guinée, Labé et Dalaba dont deux villages par préfecture avec l'appui de la Décentralisation et l'Unicef, le SIAC est aujourd'hui installé dans 146 villages sur environ 5000 villages dans le pays, dont 30 villages en Guinée Forestière, 52 villages en Haute Guinée, 62 villages en Moyenne Guinée et 2 villages en Guinée Maritime grâce à l'appui des partenaires du Ministère de la Santé. Chacun des villages est sous la dépendance d'un centre de santé fonctionnel qui assure la supervision des activités. La répartition de ces villages par centre de santé ou sous-préfecture est très variable. Cependant, c'est dans la seule sous-préfecture de Hafía à Labé (Moyenne Guinée) où tous les 36 villages sont des villages SIAC. Du point de vue paquet d'activités, 63 villages sur les 146 mènent d'autres activités de santé et de développement comme le maraîchage, couture, alphabétisation fonctionnelle des jeunes dans les centres NAFA, approvisionnement en eau potable ou autres activités génératrices de revenu (Saponification, teinture etc...).

11. Succès:

Les succès sont l'adoption de la stratégie du SIAC au niveau national, la décentralisation de l'Initiative de Bamako au niveau communautaire, la collaboration intersectorielle, l'implication des communautés et surtout des femmes dans les activités.

12. Difficultés:

Suite aux différentes missions de supervision et de monitoring, certaines difficultés ou contraintes sont à signaler: la faible mobilisation des populations après un longue période de mise en place du SIAC, surtout pour les mères d'enfants ayant dépassé la période cible du programme élargi de vaccination (11 mois), le déplacement des agents déjà formés pour d'autres places, la perception de monotonie de la simple séance de pesée s'il n'y a d'autres activités de santé ou de développement intégré au SIAC, le problème de rémunération pour certains agents quoique n'étant pas du coup signalé par tous les agents. D'autres contraintes sont l'insuffisance de documents de supports pour les agents communautaires, l'insuffisance de supervision des activités et la faible couverture des villages en structures SIAC.

13. Perspectives:

Le SIAC est la porte d'entrée de la santé au niveau communautaire en vue de son extension à toutes les communautés rurales avec intégration d'autres activités de santé au fur et à mesure que le programme évolue. Ce sont la distribution à base communautaire de contraceptifs non prescriptibles, de l'Ivermectin, de capsules iodées et de vitamine A, la promotion pour la consommation du sel iodé par les ménages, l'imprégnation de moustiquaires d'insecticides et la sensibilisation de la population à l'utilisation de ces moustiquaires. D'autres perspectives sont l'installation du SIAC en milieu urbain dans le cadre du programme de développement humain durable en milieu urbain, la conception de documents techniques de travail (aide-mémoires, dépliants, affiches et boîtes à images sont des préoccupations du Ministère de la Santé et de ses partenaires (Unicef, OMS, Manque Mondiale etc ...), le renforcement de la supervision.

THEME 4: ACTIVITES D'HYGIENE-ASSAINISSEMENT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

COMMUNICATION No 7

PÔLE DE DÉVELOPPEMENT INTÉGRÉ EN MILIEU PERIURBAIN EN MAURITANIE

par:
Arsène Azoudossessi, UNICEF Nouakchott

INTRODUCTION

La problématique de l'approvisionnement des quartiers périurbains ou populaires de la ville de Nouakchott se pose avec acuité. La capitale mauritanienne concentre, aujourd'hui, à elle seule, plus du tiers de la population du pays (environ 700000 habitants). Cette croissance démographique est accompagnée d'une forte croissance spatiale. Ces différents facteurs influent sur la politique d'approvisionnement en eau de la ville (faible extension du réseau d'adduction d'eau et coût du branchement individuel est assez élevé - 143 \$ US pour l'abonnement; soit 28% du revenu annuel d'un ménage pauvre-).

Dans ces quartiers l'eau est une denrée rare, chère et polluée. Elle fait l'objet d'une forte spéculation. Le fût d'eau de 200 litres acheté à 0.2 \$ US à la borne fontaine est revendu à 1.6 \$ US aux ménages, soit 8 fois plus chère. A cela, il faudrait ajouter les fortes prévalence de maladies liées à la qualité de l'eau (diarrhée chez les enfants, et choléra).

Pour répondre à ce épineux problème d'approvisionnement en eau, L'UNICEF, en collaboration avec la Mairie de Nouakchott et le Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine, a initié dans deux moughataas périurbaines de Nouakchott Dar Naim et Toujounine un modèle de borne fontaine¹ (type de raccordement à usage populaire), autour de laquelle s'articule un ensemble d'infrastructures sociales de base (latrines et douches communautaires, garderie pour enfants, locaux polyvalents pour la formation, boutiques communautaires) : *c'est le pôle de développement intégré.*

■ OBJECTIFS

-i - améliorer qualitativement et quantitativement l'approvisionnement en eau de 200 ménages autour de la borne fontaine;

0. La borne fontaine comprend les éléments suivants :

- un réservoir semi enterré en béton armé de 45 m³
- une éolienne de pompage pour faire monter l'eau
- un kiosque de distribution surmonté d'un réservoir en béton armé de 8 m³.

- ii - baisser et maintenir stable le prix de l'eau dans les zones ciblées;
- iii - mettre en place une gestion communautaire de type coopérative féminine pour la gestion des bornes fontaine;
- iv - développer et promouvoir à partir des revenus générés par la vente de l'eau des activités connexes de développement;
- v - développer et promouvoir autour des bornes fontaine l'éducation relative à l'hygiène et à la santé.

■ PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE

☞ L'eau point d'entrée du développement communautaire

L'eau étant la première priorité identifiée par les populations, elle sert de socle à l'approche communautaire développée. Cette une nouvelle approche intégrée, à l'échelle d'une communauté restreinte de 100 ménages.

Un pôle de développement passe par trois phases essentielles : la **phase d'initiation** qui commence par la vente de l'eau, la mobilisation et l'organisation des femmes; la **phase de développement** qui est caractérisée par la promotion et la diversification des activités génératrices de revenus et la **phase de maturité** qui correspond elle à un niveau suffisamment mature du groupe(en terme d'appropriation du projet par les communautés).

➔Phase d'initiation

Les femmes sont regroupées en coopérative sur la base d'une enquête d'identification des ménages les plus nécessiteux (femme chef de ménage, ayant un revenu quotidien inférieur ou égal à 1\$ US et ayant en charge au moins deux enfants). La coopérative constituée est composée de 100 membres. Ces membres élisent un bureau composé de 7 membres qui représente les intérêt de la coopérative.

Le bureau signe une convention, au nom de la coopérative, avec les partenaires institutionnels (Mairie et Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine) d'une part et l'UNICEF d'autre part. Dans cette convention la coopérative s'engage à assurer l'entretien des ouvrages qui lui sont concédés et la vente de l'eau aux ménages environnant dans des condition d'hygiène et de prix acceptables.

Les revenus générés par les activités de vente permettent de couvrir , en partie, les frais d'entretien, de réparation du matériel roulant (charrette et ânes) et les frais d'exploitation (salaire des charretiers et payement des redevances de la SONELEC²).

Les bénéfices (qui sont faibles compte tenu de la baisse du prix de l'eau) dégagés sont épargnés pour financer une partie des activités génératrices de revenus. L'ensemble des activités sont sous le contrôle du comité de suivi qui comprend la Commune de Nouakchott, le Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine, le Centre National d'Hygiène et l'UNICEF.

Le comité a pour tache essentielle de suivre la coopérative sur le plan comptable et d'orienter ses futurs investissements. De même, il veille sur la qualité et le prix de l'eau.

Cette phase qui dure environ 18 à 24 mois correspond essentiellement à l'organisation des femmes (formation en gestion à la base, alphabétisation fonctionnelle) autour de la vente de l'eau.

0. La SONELEC est la société nationale d'eau et d'électricité qui a le monopole de la production et de la distribution de l'eau en Mauritanie.

↳ La phase de développement

Plusieurs infrastructures sont aménagées à la demande des populations cibles :

- boutiques communautaires pour vendre les denrées de premières nécessités (thé, sucre, lait, riz, gaz et autres articles de fortes spéculation);
- jardin d'enfants pour accroître la disponibilité de temps travail des femmes (financement non disponible);
- latrines et douches communautaires pour augmenter le niveau d'hygiène des populations cibles.

Les populations peuvent sur leur demande et après analyse de rentabilité initier d'autres activités génératrices de revenus. Cette phase qui correspond à niveau d'investissement maximal dure 24 à 30 mois et correspond au renforcement des capacités des femmes, à la promotion de l'hygiène, à la diversification des activités génératrices de revenus, au micro-crédit, etc.

↳ La phase de maturité

Elle correspond à une phase d'appropriation par les populations cibles et des partenaires institutionnels (Mairie de Nouakchott, Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine). Elle dure 12 à 18 mois.

COÛTS

PHASES	Investissement en \$ US	Fonctionnement en \$ US
Total	91091.5	52615
Initiation	27923.5	18518
Développement	48168	24097
Maturité	15000	10000

■ RÉSULTATS OBTENUS

Au cours de la phase d'initiation

Les pôles de développement (bornes fontaines autour desquels sont initiées d'autres activités de développement) ont permis d'atteindre certains résultats, notamment :

i - la forte baisse du prix de l'eau: Le m³ d'eau est passé de 9 \$ US à 3 \$ US.

La dépense ménage/an pour l'eau est passée de 137.5 \$ US à 87.5 \$ US soit une économie de 36% en moyenne sur le poste budgétaire-eau.

ii - la consommation des ménages a augmenté de 40%, en passant de 25 m³/an à 35 m³/an ce qui a des répercussions non négligeables sur les usages de l'eau.

iii - amélioration de qualité de l'eau au niveau de la borne fontaine : on est passé de +180 coliformes fécaux/ 100 ml à 11 coliformes fécaux/100 ml.

iv - Organisation et formation des femmes

La structure associative permet le développement d'initiatives communes telles que l'ouverture d'une boutique sur cotisation des membres et l'assistance aux plus défavorisés par l'octroi de prêts.

La phase de développement vient de commencer et les projections laissent espérer des résultats importants sur le budget des ménages (possibilités d'économiser sur plusieurs postes du budget des ménages : eau, nourriture et énergie).

OPPORTUNITÉS/CONTRAINTE ET LEÇONS TIRÉES

- **Prix de l'eau**

L'avantage concurrentiel de la borne " fontaine type UNICEF" est de rompre la chaîne des intermédiaires (source de spéculation) en vendant directement aux ménages.

Outre les résultats directs sur les populations cibles, cette approche a permis de réajuster les prix dans la zone.

- **Qualité de l'eau**

La qualité de l'eau n'est garantie qu'à la source, c'est à dire à la borne fontaine. Des activités visant à garantir la qualité de l'eau au cours du transport (charrettes) et stockage dans les ménages doivent être initiées pour améliorer la qualité de l'eau sur toute la chaîne d'approvisionnement.

- **Aptitude à la gestion**

Le niveau de gestion de la coopérative s'est considérablement amélioré (tenue plus correcte des cahiers de gestion, compréhension et application plus optimale des textes réglementant l'organisation des coopératives...).

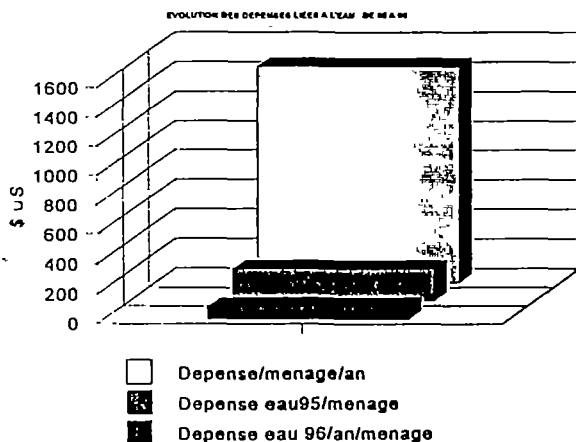
Cependant, des efforts restent à faire auprès des femmes pour les amener à mieux comprendre les principes de l'analyse financière simple.

- **Partenariat**

Le soutien des partenaires institutionnels est acquis surtout celui de la mairie de Nouakchott et du secrétariat d'état à la condition féminine.

- **Evolution du pôle**

La phase de développement est une phase cruciale qui doit commencée au minimum 6 mois après la phase d'initiation, car elle seule permet d'avoir un impact économique maximal.



• **Vers un plan de généralisation d'approvisionnement en eau de la Commune de Dar Naim et sur l'ensemble de la ville de Nouakchott.**

Après les résultats obtenus¹ notamment au niveau de la forme de gestion - gestion communautaire au détriment de la gestion privée - et son impact sur le prix de l'eau, d'autres partenaires au développement tels que la Banque Mondiale, la GTZ (Coopération Allemande), la coopération canadienne se sont intéressés au modèle et à l'approche.

En conclusion : Le pôle de développement intégré ne peut être durable que si en plus de son aspect social, il génère des bénéfices financiers palpables par la coopérative féminine. L'approche communautaire, si elle permet de mobiliser les populations, de créer un dynamisme réel au sein des communautés et de susciter l'espoir, elle ne doit pas perdre de vue un seul instant que sans un minimum de retombée financière et économique pour une communauté, elle ne peut aller au delà, hélas, d'un simple conglomérat d'activités, non soudées, peu motivantes pour la communauté et par conséquent sans grands impacts. N'est ce pas là le domaine de la non durabilité ?

COMMUNICATION No 8

PROGRAMME SANIYA
"COMMUNICATION EN SANTE PUBLIQUE"
BOBO-DIOULASSO, BURKINA FASO

Introduction.

Le programme SANIYA est un programme de communication en Santé Publique qui vise la promotion de l'hygiène en vue de réduire l'incidence des maladies diarrhéiques. Il fait suite à une étude pluridisciplinaire menée dans la ville de Bobo-Dioulasso de 1989 à 1993 qui a étudié les relations entre les diarrhées et les mauvaises pratiques d'hygiène.

L'originalité de ce programme tient essentiellement à la démarche utilisée pour identifier avec les communautés les mauvaises pratiques liées avec les diarrhées, et surtout la faisabilité des interventions, les messages et les meilleurs canaux de communication pour obtenir certains changements de comportement.

Le programme en lui-même ne constitue que la seconde étape d'un processus de recherche-action; il est naturellement indispensable puisqu'il permet de tester, dans des conditions réelles, la validité des conclusions apportées par toute l'étude préliminaire.

0. Ces résultats ont conduit l'équipe nationale chargée de la sélection de projets pour habitat II à choisir le modèle d'approche comme meilleure pratique innovatrice pour l'approvisionnement en eau potable en milieu périurbain en Mauritanie.

Ce programme se focalise sur *deux comportements* qui ont été trouvés comme étant fortement liés à la diarrhée des enfants:

- ☛ la défécation des enfants en plein air et la mauvaise évacuation des excréta,
- ☛ la contamination des mains par les selles lors du nettoyage anal après défécation.

Le programme développe une *stratégie de communication en santé publique* qui vise essentiellement 3 groupes cibles:

- ◇ un groupe cible de premier rang: mères d'enfants de moins de trois ans, les aides et gardiennes d'enfants et les écoliers.
- ◇ un groupe cible de second rang: il s'agit de l'environnement social immédiat du premier groupe (famille, vieilles femmes, agents de santé, leaders d'opinion).
- ◇ un groupe cible de troisième rang constitué par les décideurs et les partenaires au développement.

Les stratégies d'intervention sont les suivantes:

- ☛ Renforcement des capacités des communautés à susciter des changements de comportements à l'intérieur des groupes cibles:
- ☛ renforcement des capacités opérationnelles des structures nationales.
- ☛ plaidoyer pour une mobilisation effective des partenaires au niveau local, national et international en faveur des programmes de promotion de l'hygiène.
- ☛ prestations de services qui répondent aux problèmes immédiats des populations.

Les principaux succès.

Le programme étant toujours en cours de réalisation, il est difficile d'apprécier objectivement (grâce à des indicateurs) son impact sur les changements de comportement. Cependant, une première enquête à mi-parcours réalisée en janvier 1997 a permis d'évaluer la couverture du programme:

- ⇒ 74% des mères cibles ont déjà eu au moins un contact avec le programme et
 - ⇒ 50% d'entre elles sont capables de citer les deux messages principaux du programme.
- Ces pourcentages tombent à 47% pour les aides/gardiennes et à 56% chez les enfants.

La mise en pratique de ces comportements n'a pas encore été évaluée; cependant certaines réponses faites lors des entretiens de l'évaluation de janvier permettent de supposer qu'un changement est en train de se produire puisque

- ⇒ 75% des femmes ayant entendu les messages disent les avoir mis en pratique et
- ⇒ 50% d'entre elles disent avoir remarqué un changement dans leur environnement.

Si ces résultats encourageants se confirment, il est clair que l'un des principaux apports de ce programme sera la conceptualisation d'un programme de communication efficace à partir d'un certain nombre de "variables": ces variables ne doivent pas être fixées de façon externe mais bien en étudiant la ou les communautés auxquelles s'adressera le programme. On peut résumer ces variables ainsi:

☛ **identification des pratiques à risque** pour le problème considéré. Même si sur un problème connu les pratiques à risque sont déjà "scientifiquement" identifiées, il est utile de les ré-examiner dans le contexte d'une communauté précise afin d'évaluer leur pertinence. De plus il peut exister, dans certaines communautés, des pratiques à risque particulières et nouvelles.

☛ **La sélection des pratiques à modifier** doit se faire en fonction de sa fréquence (de son poids) dans la communauté afin qu'une intervention se justifie et puisse, à terme, avoir un réel impact sur le comportement des individus. Il faut également regarder soigneusement la faisabilité de l'intervention demandée.

☛ **La sélection des audiences cibles:** dans le cas du programme SANIYA, trois groupes ont été identifiés. Il est en effet pratiquement impossible d'obtenir un changement de comportement chez des individus si l'entourage, immédiat ou plus éloigné, ne soutient pas d'une façon active ces changements.

☛ **L'élaboration de messages motivants:** les approches classiques supposant qu'il suffit de dire aux individus ce qui est bon pour leur santé pour obtenir un changement de comportement à terme, sont maintenant réellement dépassées. Il est essentiel de savoir:

- comment les communautés perçoivent et interprètent le problème désigné afin de rendre les messages et les changements de comportement socialement acceptable alors que le risque est inacceptable.
- quels sont les avantages que les populations cibles pourront retirer des changements de comportement proposés.

☛ **La sélection des canaux de communication.** Ceci étant lié à la nature de la communauté, à ce qu'elle écoute et à qui les individus font d'abord confiance (Parents, pairs, radio, journaux ou affiches...).

En mettant en œuvre cette démarche, le programme s'appuie sur les *valeurs locales* et emploie les différentes *formes d'expression culturelles existantes* pour la sensibilisation et la mobilisation de la population. Il a réussi également à renforcer les capacités et les connaissances des groupes cibles, à créer une liaison entre la communauté, l'école et le centre de santé.

Les principales contraintes.

Le démarrage du programme s'est donc effectué après une longue période de recherche (1989 - 1993). Elle était naturellement indispensable pour donner tout son sens au programme. Comme tous les programmes demandant un changement de comportement, la contrainte temps doit être

respectée: il est indispensable de NE PAS VOULOIR ALLER TROP VITE. Cette condition vaut également pour l'approche des communautés dans leur ensemble.

La mise en œuvre effective du programme dans les écoles s'est heurté au problème de la disponibilité d'équipements (latrines notamment). Il a été nécessaire de trouver des partenaires pouvant, en collaboration avec les Parents d'élèves, prendre en charge la construction de ces latrines.

Comme tous les programmes au Burkina, celui-ci a connu et connaît certains problèmes d'ordre administratif et gestionnaire qui affectent le taux de réalisation des activités.

Les perspectives.

Pour le programme lui-même, son aboutissement permettra de valider les hypothèses de recherche qui ont présidées à sa conception. Il se terminera en fin 1998 et devra donc être évalué de façon approfondie.

Si cette évaluation donne les résultats attendus, l'approche proposée doit permettre de concevoir des programmes identiques mais focalisés sur d'autres problèmes comportementaux. Les variables proposés dans le cadre d'un programme de communication doivent également pouvoir servir pour la mobilisation des communautés dans le cadre de toutes activités à base communautaire.

Dans ce cadre, l'un des enseignements importants est donc que l'*observation communautaire, structurée ou non*, reste un élément fondamental de l'approche; cette observation doit permettre d'*élaborer ou d'affiner les variables* qui vont garantir un certain impact des programmes d'activités ou de formation à base communautaire. Cette approche nécessite de la part des intervenants une attitude de respect et de modestie à l'égard des communautés.

THEME 5: ACTIVITÉS DE SANTÉ A BASE COMMUNAUTAIRE

COMMUNICATION No 9

ACTIVITÉS DE SANTÉ A BASE COMMUNAUTAIRE

Note introductive

par

Dr EL Hadi Benzerroug

Représentant de l'OMS en Mauritanie

I. RAPPEL DES FAITS

Prière se référer à l'annexe sur "Les réalités nouvelles".

(NDLR: Voir en fin de communication le Document OMS, Pour une nouvelle stratégie de la santé pour tous).

II. CAPACITÉS DE RÉPONSE DES PAYS AUX BESOINS DE SANTÉ

Lors des travaux de groupe de la première journée, l'analyse des expériences de différents pays fait ressortir souvent des écarts entre les besoins de santé des populations et les offres de services disponibles.

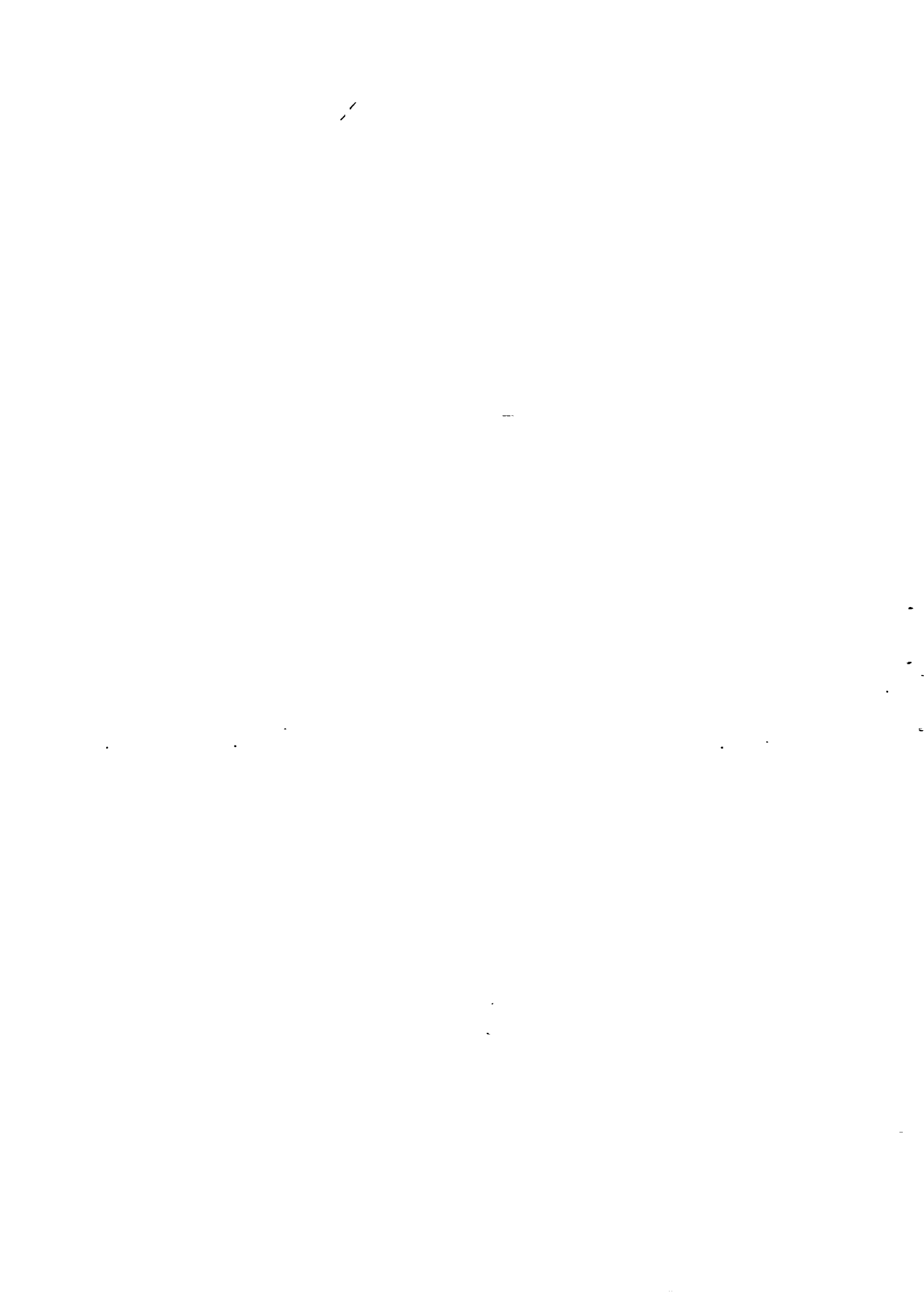
Les offres de services varient selon les pays d'une couverture de près de 100 % dans les pays ayant une bonne couverture sanitaire (cas des pays développés) à moins de 10 % dans les pays ne disposant pas d'une bonne couverture sanitaire. A la notion de couverture par les services de santé sur le terrain, il importe d'ajouter la performance de ces services. C'est la combinaison de la couverture et de la performance de ces services qui facilitera ou non la prise en charge correcte des besoins de santé d'une façon plus ou moins valable.

Il importe de souligner que dans les 2 cas de figure: d'une bonne ou insuffisante couverture par les services de santé, la participation des communautés à la prise en charge des problèmes de santé, et à la promotion des activités de nutrition, d'hygiène et d'assainissement est une nécessité largement reconnue.

III. L'IMPORTANCE DES ACTIVITÉS A BASE COMMUNAUTAIRE DANS LA LUTTE CONTRE LA MALADIE : Exemple de la lutte contre le paludisme

3.1 le fardeau du paludisme en Afrique

Le paludisme reste l'un des plus graves problèmes de santé publique du continent. Seuls 7 % des habitants de la Région africaine de l'OMS sont à l'abri de cette maladie ou vivent dans des



zones où le risque est négligeable. 19 % vivent dans des zones à risque épidémique et 74 % dans des zones de forte endémicité.

En Afrique subsaharienne, le paludisme contribue considérablement à la morbidité et à la mortalité; ce fléau est responsable de 30 % environ de tous les cas de fièvre observés dans les zones de forte endémicité. Et 80 à 90 % de tous les cas de paludisme enregistrés dans le monde (300 - 500 millions de cas cliniques par an) se trouvent en Afrique. De même, la grande majorité des 1,5 à 2,7 millions de personnes qui meurent du paludisme chaque année se trouvent en Afrique, en particulier des enfants.

Deux groupe cibles payent en fait un lourd tribut au paludisme: ce sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, notamment durant leur première et seconde grossesse.

On estime en effet qu'un enfant sur 20 meurt du paludisme avant l'âge de cinq ans. Et même lorsqu'elle n'entraîne pas la mort, cette maladie a des effets considérables sur la santé des enfants, surtout au cours des cinq premières années de la vie. L'anémie est considérée comme l'une des conséquences les plus graves du paludisme chez les jeunes enfants et pose un problème très sérieux dans les zones où la résistance à la chloroquine a été observée.

Le paludisme est particulièrement grave lorsqu'il survient au cours de la grossesse, car il contribue à la mortalité maternelle et néonatale et entraîne un faible poids à la naissance.

3.2 quelle stratégie pour combattre le fléau du paludisme ?:

Les composantes majeures de la stratégie régionale de lutte contre le paludisme ont été identifiées à savoir:

- (i) assurer l'accès à une bonne prise en charge du paludisme maladie incluant un diagnostic précoce, un traitement et des conseils appropriés ainsi qu'un système d'orientation/recours efficace;
- (ii) mener une lutte antivectorielle sélective et durable;
- (iii) prévenir et maîtriser les épidémies
- (iv) assurer une intégration de la lutte antipaludique dans les soins de santé primaires.

La prise en charge correcte des cas de paludisme et la protection personnelle par l'utilisation des moustiquaires et autres matériaux imprégnés d'insecticides représentent les interventions prioritaires à l'heure actuelle, ces interventions représentent les actions les plus directes pour réduire la sévérité et la mortalité palustre. La mise en oeuvre de ces interventions reposera essentiellement sur l'intégration des activités antipaludiques dans le cadre des soins de santé primaires en particulier au niveau district.

3.3 Le rôle des communautés dans la lutte contre le paludisme:

La qualité de la prise en charge des cas de paludisme dans les services de santé laisse souvent à désirer à cause d'une formation insuffisante du personnel et de l'absence de supervision et d'encadrement approprié. En outre les pénuries de médicaments et autres fournitures sont fréquentes dans les formations sanitaires.

Dans l'ensemble, la grande majorité (70-80 %) des personnes présentant les symptômes du paludisme se font traiter en dehors des services médicaux, parfois en recourant à la médecine traditionnelle ou en achetant des médicaments antipaludiques modernes dans des pharmacies, chez

des revendeurs ou dans des boutiques. Il n'y a pas beaucoup d'activités précises orientées vers les communautés, afin d'améliorer la prise en charge des cas à ce niveau.

Une plus grande attention doit dès lors être accordée au renforcement du rôle des communautés dans la lutte contre le paludisme. Les aspects suivants doivent particulièrement être considérés:

- * Accessibilité aux formations sanitaires dans un rayon de 5 km,
- * capacité des communautés à coopérer, à payer, ...
- * capacité organisationnelle des communautés,
- * habitudes thérapeutiques, habitudes à utiliser les moustiquaires,...

3.4 Le paquet minimum à mettre en oeuvre avec les communautés:

1) assurer une bonne prise en charge du paludisme maladie incluant un diagnostic précoce, un traitement et des conseils appropriés ainsi qu'un système d'orientation/recours efficace.

2) assurer une chimioprophylaxie des femmes enceintes, notamment durant les 1ère et 2ème grossesse,

3) assurer une protection personnelle à travers l'usage des moustiquaires ou autres matériaux imprégnés d'insecticides,

4) assurer un monitoring et une évaluation de la mise en oeuvre du paquet minimum.

Les réalités nouvelles

- bouleversements politiques, économiques et sociaux
- Disponibilité toujours plus réduite des ressources
- Accroissement de la population – en particulier des pauvres et des personnes vulnérables
 - La population mondiale a plus que doublé, passant de 2,5 milliards en 1950 à 5,6 milliards aujourd'hui.
 - Plus du cinquième de la population mondiale vit dans des conditions de pauvreté extrême.

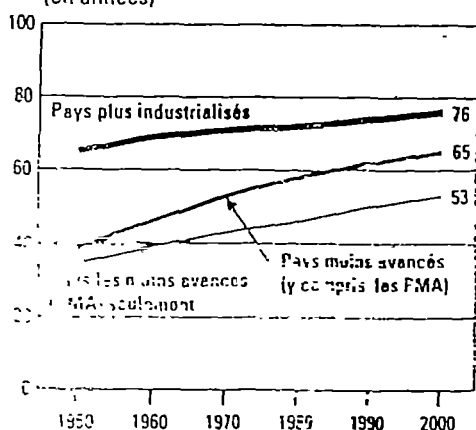
Améliorations au plan de la santé

- Augmentation de l'espérance de vie

Cependant

- L'espérance de vie est de 43 ans dans l'un des pays les moins avancés du monde et de 78 ans dans l'un des pays les plus industrialisés.
- Malgré l'augmentation générale de l'espérance de vie dans le monde – de 61 à 65 ans depuis 1980 – cinq pays au moins verront leurs taux d'espérance de vie chuter dans les cinq années à venir.

Espérance de vie à la naissance
(en années)



- Baisse de la mortalité infantile

Mais les écarts subsistent

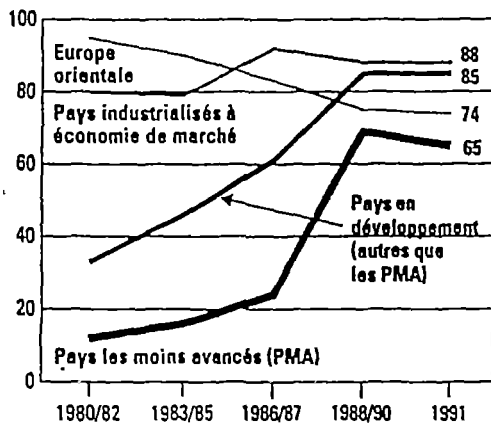
- Plus de 12 millions d'enfants de moins de cinq ans

RAPPEL DES
FAITS

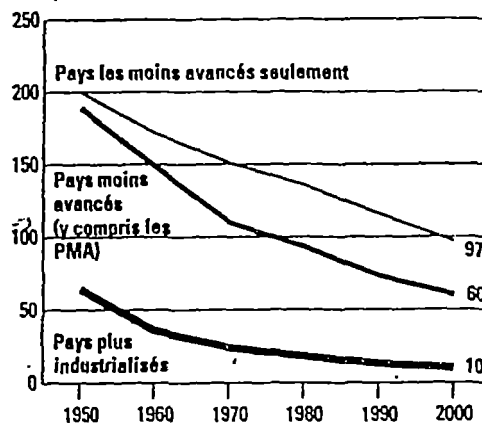
meurent chaque année dans les pays en développement, la plupart d'une combinaison de causes évitables.

- Plus de 4 millions d'enfants de moins de cinq ans succombent chaque année à des infections respiratoires aiguës, soit un mort toutes les huit secondes.
- Les maladies diarrhéiques tuent environ 3 millions d'enfants par an.
- La rougeole tue environ 1,2 million d'enfants par an.
- Le paludisme tue environ 1 million d'enfants par an.
- Plus d'un demi-million de nourrissons meurent chaque année du tétanos néonatal.
- Plus de 200 millions d'enfants – près du tiers de tous les enfants dans le monde – sont sous-alimentés.

Nourrissons vaccinés – DTC
(pourcentage)

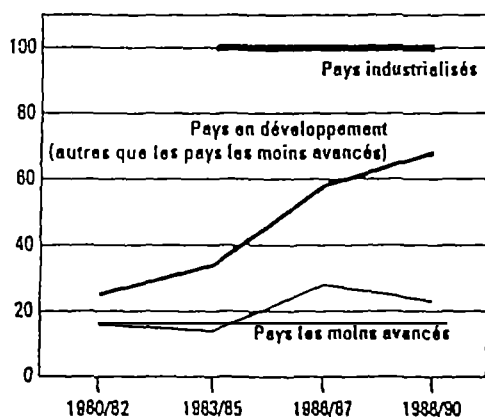


Taux de mortalité infantile
(pour 1000 naissances vivantes)



• Régression de l'assainissement

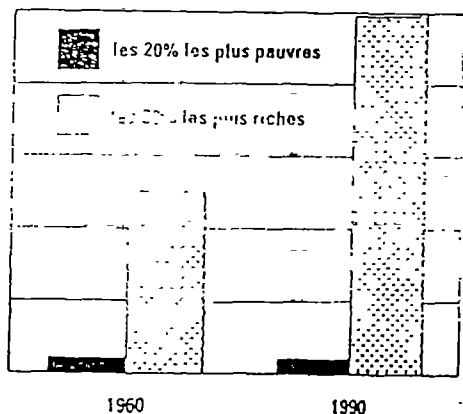
Accès aux réseaux d'assainissement
(% de la population)



Les défis restants

- Les efforts de lutte contre la maladie demeurent insuffisants
 - La moitié de la population mondiale n'a toujours pas régulièrement accès au traitement des maladies courantes ni aux médicaments essentiels les plus nécessaires.
 - Sur les 51 millions de décès recensés l'année dernière dans le monde, 40% étaient dus à des maladies transmissibles.
 - Les maladies du système circulatoire font 10 millions de morts par an et sont la cause principale de mortalité.
 - Au total, 99% des décès dus à des maladies transmissibles et à des causes maternelles, périnatales et néonatales surviennent dans les pays en développement.
 - Pour une femme enceinte, le risque de mourir en couches est 13,5 fois plus élevé en Afrique qu'en Europe cependant que les mères de plus de la moitié des bébés nés dans les pays les moins avancés ne bénéficient d'aucune sorte de soins prénatals.
 - Plus de 7000 adultes meurent chaque jour de la tuberculose et on enregistre plus de 1000 cas nouveaux par heure.
 - L'hépatite B fait environ 1 million de victimes chaque année, alors qu'elle peut être prévenue par la vaccination.
 - En Afrique, où surviennent neuf décès par paludisme sur dix, le coût social et économique de la maladie a atteint 2 milliards de dollars par an.
- Elargissement du fossé entre les riches et les pauvres

Ecart entre riches et pauvres



Que peut-on faire ?

Priorités stratégiques

- Combattre la pauvreté et en atténuer les conséquences sur la santé.
- Assurer l'équité de l'accès aux services de santé, de leur utilisation et de leurs résultats, et prendre des mesures spéciales en faveur de ceux qui souffrent le plus des inégalités, comme les femmes.
- Donner à la santé sa juste place dans le processus du développement d'ensemble, et garantir notamment aux systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires un financement adéquat, équitable et durable.
- Garantir la disponibilité des connaissances nouvelles partout où cela est nécessaire et veiller à l'application rationnelle des connaissances et des techniques existantes à l'appui du développement sanitaire.
- Mobiliser les différents acteurs de l'action internationale de santé, en fonction de leur mandat et de leurs capacités, pour des efforts coordonnés par les pays avec l'appui de l'OMS.

COMMUNICATION No 10**LES UNITES DE SANTE DE BASE
EN MAURITANIE****Par: Dr Kane Ibrahima, Directeur DPS, MSAS****1. STRUCTURE DE LA PYRAMIDE SANITAIRE EN MAURITANIE****AU NIVEAU CENTRAL**, on trouve les Hôpitaux de référence

- Le Centre Hospitalier National (CHN)
- Le Centre Neuro Psychiatrique (CNP)
- Le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnel (CNORF)
- Le Centre National d'Hygiène (CNH)

AU NIVEAU REGIONAL (Wilaya)

Il existe 10 hôpitaux régionaux présentant des situations et des potentialités très variées :

- Certains disposent d'infrastructures et d'équipements leur permettant de jouer le rôle de référence inter régionale (Kaédi, Néma)
- D'autres peuvent jouer le rôle de référence régional (Aioun, Kiffa, Tidjikja, Sélibaby, Atar, Nouadhibou, Rosso)
- Deux wilayas pour des raisons de faiblesse de la population d'ont pas d'hôpitaux mais des Centre de santé de catégorie A de 20 lits (Akjoujt, Zouératt).

AU NIVEAU DEPARTEMENTAL (Moughataa)

Le Centre de santé, composé d'une unité de soins curatifs et d'une Unité de soins préventifs, est la référence au niveau de la Moughataa. Ces centres de santé sont classés en type A (plus de 10 lits d'hospitalisation, un laboratoire, un service de radiologie et un service de chirurgie dentaire) et en type B (10 lits d'hospitalisation dont 4 lits pour la maternité et un laboratoire) Il y a actuellement 13 centres de santé de type A (dont 3 à Nouakchott) et 10 Centres de Type B (Tous ces centres sont dirigés par un médecin-Chef).

AU NIVEAU COMMUNAL

A la base de la pyramide on retrouve les postes de santé (225) qui comprennent des PMI/Maternités rurales au niveau de certaines agglomérations (1000) dirigés par des infirmiers et les Unités de santé de base au niveau des localités de plus de 300 habitants (497) dirigés par des agents de santé communautaire.

Accessibilité de la population par rapport aux différents types de structures

Type de formation sanitaire	Nbre de formation sanitaires dans le pays	Nbre de formations sanitaire couvertes par l'IB	Nbre d'Unité fixes de vaccination	Population couverte par l'IB	Pourcentage de la couverture par rapport à la population totale
Centre de Santé	53	53	53	1220311	52%
Postes de Santé	225	197	134	445882	19%
USB	497	497	0	164272	7%
Total	775	747	187	1830465	78%

Note: Globalement, le tableau précédent montre que les USB couvrent 7% de la population totale, mais ramené à la population cible des USB (populations rurales) on peut extrapoler que les USB couvrent environ 15% de la population rurale. Il est important de souligner aussi que les populations couvertes par les SB sont généralement les plus enclavées, les plus démunies et donc les plus vulnérables.

Justification du développement des activités de santé à base communautaire en Mauritanie à travers les USB

Le problème de l'accessibilité géographique et financière des populations périphériques aux services des soins (tant en milieu rural que péri-urbain défavorisé) a orienté la politique du Gouvernement vers la mise en place des USB. Cette situation est liée aux contraintes suivantes:

- Les conditions géographiques et climatiques défavorables qui limitent fortement l'accessibilité géographique aux services notamment en milieu rural.
- Le budget accordé au secteur de la santé qui est insuffisant (moins de 8%);
- On observe toujours une concentration du personnel de santé dans les grandes agglomérations au détriment des zones rurales.

Qu'est ce qu'une USB?

C'est une structure sanitaire communautaire de première intention reconnue par le le Ministère de la santé et des Affaires Sociales dont bénéficie une communauté. Elle comprend:

- L'agent de santé communautaire, choisi par la communauté de préférence une femme âgée de 25 à 45 ans ayant des enfants et la confiance des autres femmes,
- Un comité de santé qui assiste l'ASC dans la réalisation de ses activités, contrôle la gestion financière et assure le bon fonctionnement du système,

- La communauté bénéficiaire qui paie les prestations selon une tarification proposée par le MSAS pour permettre de recouvrir 100% du coût des médicaments.

Le paquet minimum d'activités au niveau de chaque structure

ACTIVITES	Niveau communautaire		Niveau structure sanitaires publiques			Priorité en terme de réduction TMI/TMM
	AVG	ASC	PS	CS	HR	
Activités préventives						
Vaccination	Mobile	Mobile	Mixte	Fixe		X
Surveillance Nutritionnelle		X	X	X		X
Prévention Avitamine A	X	X	X	X		X
Surveillance prénatale		X	X	X	X	X
Prophylaxie de l'anémie		X	X	X		X
Espacement des naissances				X		X
Activités Curatives						
Infection resp. aigue		X	X	X	X	X
Diarrhée/déshydratation	X	X	X	X	X	X
Paludisme	X	X	X	X	X	X
MST			X	X	X	X
Anémie		X	X	X	X	X
Tuberculose /lèpre				X	X	X
Maladies courantes		X	X	X	X	
Soins obstétricaux /acc.		X	X	X	X	X
Plaies/Brulures/Drac	X	X	X	X	X	
Soins bucco-dentaire				X	X	
CREN				X	X	X
Diagnostic laboratoire				X	X	
Urgences chirurgicales					X	X
Activi. Promotionnelles						
Savoir pour sauver	X	X	X	X	X	X
Eradication Dracunculose	X	X	X	X	X	
Surveillance épidémiologique						
Affections consignées dans le SNIS			X	X	X	
Dracunculose	X	X	X	X	X	

Poliomyélite	X	X	X	X	X	X
TNN	X	X	X	X	X	X
Rougeole	X	X	X	X	X	X
Paludisme	X	X	X	X	X	X
Diarrhées	X	X	X	X	X	X
Naissances	X	X	X	X	X	X
Décès	X	X	X	X	X	X

Fonctionnement de l'USB

----> Approvisionnement en Médicament

Il est assuré au niveau du dépôt régional. Dans certaines Moughataas, un dépôt de médicament est constitué pour desservir les villages ayant difficilement accès au dépôt régional

-----> Gestion des fonds générés

La gestion des fonds est assurée par le comité de gestion. Cette gestion se fait dans un cadre juridique qui prévoit l'utilisation des bénéfices générés comme suit: 40% pour constituer un fonds de sécurité afin de pallier aux situations indésirables; 30% pour appuyer le fonctionnement de la structure et 30% pour la motivation du personnel de santé.

-----> Suivi Monitoring

Le suivi est assuré au niveau national par un comité technique de suivi et de coordination et au niveau régional par le personnel de la DRASS.

----> Des problèmes persistent

- Coût élevé pour la mise en place et le suivi des USB;
- L'insertion des USB dans le système de santé reste encore insuffisante;
- La contribution des USB à la réduction de la mortalité maternelle et infantile n'est pas encore clairement établie;
- La capacité de gestion de certains ASC est parfois limitée;
- Difficultés d'approvisionnement persistent dans les zones enclavées;
- La prise en charge des accouchements n'est pas assurée systématiquement et de façon satisfaisante par les ASC.

Une étude a permis de décrire et documenter le fonctionnement des USB en Mauritanie. Vous en trouverez le contenu dans les pages suivantes.

PREMIERE PARTIE

DESCRIPTION DU PROGRAMME

- Remarque 1: l'ensemble des données théoriques disponibles dans cette première partie sont tirées du "Guide pour la mise en place d'un Programme National de Soins de Santé Primaires au niveau du village" (MSAS.R.I.Mauritanie / UNICEF, 237 pages, Première Edition - Juin 1990). Elles ont été appliquées dans les zones d'expérimentation MSAS/UNICEF.
- Remarque 2: cette partie permettra au lecteur de s'imprégner du contenu du programme SSP niveau USB avant de prendre connaissance des résultats obtenus dans les zones d'expérimentation et consignés dans la deuxième partie.

1. Unité sanitaire de base et agent de santé communautaire

1.1 *L'unité sanitaire de base* est une structure sanitaire communautaire de première intention reconnue par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales dont bénéficie une communauté pour laquelle soit:

- les services publics de santé sont géographiquement difficilement accessibles;
- des problèmes socio-sanitaires importants ont été identifiés (pauvreté, malnutrition...);
- le village ne dispose pas de structure sanitaire mais sa taille requiert une USB.

Elle comprend:

- l'agent de santé communautaire, choisi par la communauté;
- un comité de santé qui assiste l'ASC dans la réalisation de ses activités, contrôle la gestion financière et assure le bon fonctionnement du système (par exemple en résolvant les problèmes liés aux familles indigentes);
- la communauté bénéficiaire qui paie les prestations selon une tarification proposée par le MSAS pour permettre de recouvrir 100% du coût des médicaments, de payer les déplacements de l'ASC ou d'un membre du comité de santé dans le cadre d'activités liées au programme (supervision/recyclage fixe, réapprovisionnement en ME), de générer un bénéfice destiné à financer des activités communautaires.

La Direction Régionale à l'Action Sanitaire et Sociale doit:

- assurer la formation initiale de l'ASC;
- assurer la supervision de l'USB selon le protocole défini avec la communauté;
- améliorer les prestations de l'ASC par des recyclages périodiques;
- permettre contre paiement le réapprovisionnement en ME de l'USB au niveau de la capitale de la wilaya dans la limite d'une utilisation rationnelle des médicaments.

L'unité sanitaire de base doit:

- choisir avec soin l'ASC et le comité de santé;
- réaliser au niveau du village l'ensemble des activités demandées par la DRASS et ses représentants (superviseur régional SSP et responsable du centre de santé dont dépend l'USB) notamment les activités d'hygiène/prévention et de surveillance nutritionnelle;
- assurer une gestion transparente des ME et des fonds engendrés par la participation financière des populations;
- faciliter les déplacements de l'ASC dans le cadre des cycles de formation/recyclages/supervisions fixes qui sont obligatoires et conditionnent la poursuite du système

- 1.2 *L'agent de santé communautaire* est la pierre angulaire sur laquelle repose tout le système. De son choix et de sa motivation dépend principalement la réussite ou l'échec du programme dans le village.

Le profil recommandé répond aux critères suivants:

- personne originaire du village, stable, reconnue pour son dévouement et sa disponibilité;
- prête à réaliser l'activité de façon bénévole sans attendre de rémunération;
- prête à se déplacer deux fois par an vers la capitale de la wilaya pour suivre des activités de formation et de supervision;
- de préférence une femme âgée de 25 à 40 ans, ayant des enfants et la confiance des autres femmes;
- ayant un niveau suffisant pour effectuer les activités requises, notamment remplir consciencieusement les outils, assurer la bonne utilisation des ME et une gestion correcte des fonds collectés (donc si possible lettrée).

L'agent de santé communautaire doit:

- promouvoir les activités d'hygiène et d'assainissement dans le village;
- assurer la surveillance des femmes enceintes;
- réaliser les accouchements ou assister l'accoucheuse traditionnelle;
- donner les premiers soins au nouveau né;
- surveiller l'état nutritionnel des enfants;
- surveiller l'état vaccinal des enfants et des femmes en âge de procréer;
- identifier et soigner les maladies les plus courantes;
- savoir à quel moment on doit référer un malade vers le centre de santé;
- remplir correctement les outils de suivi des activités, d'utilisation des ME et de gestion des fonds communautaires.

2. Principaux objectifs

Le programme USB a trois objectifs principaux:

- ***Améliorer la situation sanitaire des zones rurales enclavées non desservies par le système de santé publique***, notamment dans les domaines de l'hygiène, de l'assainissement, des soins préventifs et curatifs en ciblant l'intervention sur les enfants et les femmes mais en assurant une couverture adéquate de toute la communauté;
- ***Mettre en place un programme pérennisable à faible coût de fonctionnement*** par l'identification d'agents de santé pris en charge par leur communauté, la réduction à son strict minimum de la logistique mobile et promotion des activités de supervision/recyclage fixe ou l'ASC se déplace vers le superviseur, et la prise en charge de 100% du coût des médicaments par les communautés;
- ***Générer une épargne communautaire*** par une diminution du coût des prestations sanitaires des évacuations vers le centre de santé et du coût des médicaments.

3. Principales étapes de mise en place du programme

3.1 *Planification* - elle est une phase incontournable qui comprend les étapes suivantes:

- analyse de la situation de base régionale;
- identification des ressources disponibles;
- détermination du rythme d'implantation du programme;
- choix des villages selon les critères retenus;
- calendrier des activités à court et moyen terme;
- identification des besoins opérationnels;
- mise en place de la logistique pharmaceutique.

Elle permet de renforcer les capacités de planification et de gestion de la DRASS, d'identifier les partenaires potentiels et leur niveau d'engagement humain et financier à moyen terme; donc de réaliser une adéquation entre ressources disponibles et taille du programme.

3.2 *Sensibilisation* - menée dans la première série de villages identifiés, c'est une phase essentielle de la mise en place du programme puisqu'elle engage par ses orientations les deux partenaires concernés (communauté et MSAS). Elle permet d'établir un contrat moral, de confiance entre les partenaires après que chacun ait exposé ses objectifs, ses contraintes et les solutions qu'il propose.

La qualité de la sensibilisation conditionne la bonne réussite du programme, elle doit donc être réalisée par une équipe disponible, à l'écoute de la communauté et maîtrisant parfaitement le système. En Mauritanie, le programme envisage 3 visites de sensibilisation à 1 mois d'intervalle; elles peuvent ainsi être couplées avec des activités de vaccination. C'est au cours de cette phase qu'est mis en place le comité de santé communautaire (CSC).

3.3 *Formation* - elle se déroule en 25 à 30 jours ouvrables dans la capitale de région, par session de 12 à 15 ASC maximum, chaque village assurant le transport de son ASC à partir du village et son hébergement sur le lieu de formation. Le MSAS participe à raison de \$2.5/ASC/jour soit un forfait de 70 \$/ASC pour la durée de la formation. Les thèmes étudiés sont répartis dans 6 modules théoriques et pratiques:

Module 1: Plaies et accidents

Module 2: Maladies courantes et leur traitement

Module 3: Nutrition et alimentation

Module 4: Hygiène et assainissement

Module 5: Santé de la femme enceinte, du nouveau-né et de la mère

Module 6: Système de gestion des médicaments et des fonds collectés

La formation est sanctionnée par un test final qui détermine si l'ASC est apte à réaliser correctement les tâches qui lui sont incombées. En fin de formation, une remise officielle des trousseaux a lieu dans les villages, en présence des comités de santé communautaires.

3.4 *Supervision et recyclage* - on distingue 2 phases:

- une phase de supervision mobile intensive qui suit immédiatement la formation au rythme de 3 supervisions mobiles à un mois d'intervalle. Elle est indispensable car elle permet de fiabiliser le système, de résoudre les problèmes in situ s'ils se présentent en début d'exercice de l'ASC. Elle requiert une logistique importante qui ne pourrait être soutenue à long terme. On peut aussi coupler cette phase avec des activités de vaccination ponctuelles dans un souci de rationalisation de l'utilisation des ressources.
- une phase d'entretien à composante logistique minimale où le programme exploite la capacité de l'ASC à se déplacer pour suivre de courtes sessions de recyclage (formation continue) associées à des "supervisions-fixes". Des évaluations de niveau sont effectuées régulièrement à cette occasion. Les besoins en logistique diminuent et la supervision mobile devient semestrielle puis annuelle.

3.5 *Calendrier d'implantation des activités SSP* - c'est ce calendrier qui a été suivi durant la phase de mise en place des zones de démonstration MSAS/UNICEF. En fonction des contraintes climatiques et agro-pastorales propres à chaque région, certaines variations en terme de planification dans le temps ont pu apparaître mais les activités ont été conservées.

1 ^{ère} Année	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Sensibilisation 1	7j											
Sensibilisation 2	7j											
Sensibilisation 3	7j											
Formation ASC	30j											
Installation au village	7j											
Supervision mobile 1	7j											
Supervision mobile 2	7j											
Supervision mobile 3	7j											

NB: Les durées (en jours) inscrites sous chaque activité correspondent à celles nécessaires pour la mise en place du programme dans 15 USB.

2 ^{ème} Année	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Recyclage/ Supervision Fixe	6j											
Supervision mobile	7j											
Recyclage/ Supervision Fixe	6j											
Supervision Mobile	7j											

3 ^{ème} Année	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Recyclage/ Supervision Fixe	6j											
Recyclage/ Supervision Fixe	6j											
Supervision Mobile	10j											

NB: Les durées (en jours) inscrites sous chaque activité correspondent à celles nécessaires pour la mise en place du programme dans 15 USB.

4. Présentation des zones d'apprentissage

Dans la phase actuelle, l'objectif des zones d'apprentissage est de mettre en évidence la faisabilité du système USB, son impact au niveau des communautés et d'analyser les résultats enregistrés en fonction des variations de stratégies, de zone climatique ou de profil des ASC. Deux zones d'apprentissage et un village de référence sont étudiés ici.

4.1 Zones d'apprentissage de Ouad Naga

- Superficie: environ 5000 km²
- Population: 12.000 habitants
- Climat: Saharien (précipitations: 100-150 mm/an)
- Accessibilité: permanente
- Infrastructure sanitaire: 1 Centre de santé
7 USB
- Distance moyenne villages-centre de santé: 40 km
- Distance moyenne villages-hôpital régional: 95 km
- Formation des USB: Novembre 1988

4.2 *Zones d'apprentissage de Kankossa*

- Superficie: 14.000 km²
- Population: 35.000 habitants
- Climat: Sahélien (précipitations: 300-350 mm/an)
- Accessibilité: difficile pendant l'hivernage
- Infrastructure sanitaire: 1 Centre de santé
1 Poste médical
12 USB (11 fonctionnels)
- Distance moyenne villages-centre de santé: 51 km
- Distance moyenne villages-hôpital régional: 105 km
- Formation des USB: Novembre 1989

4.3 *Village de référence Lemden*

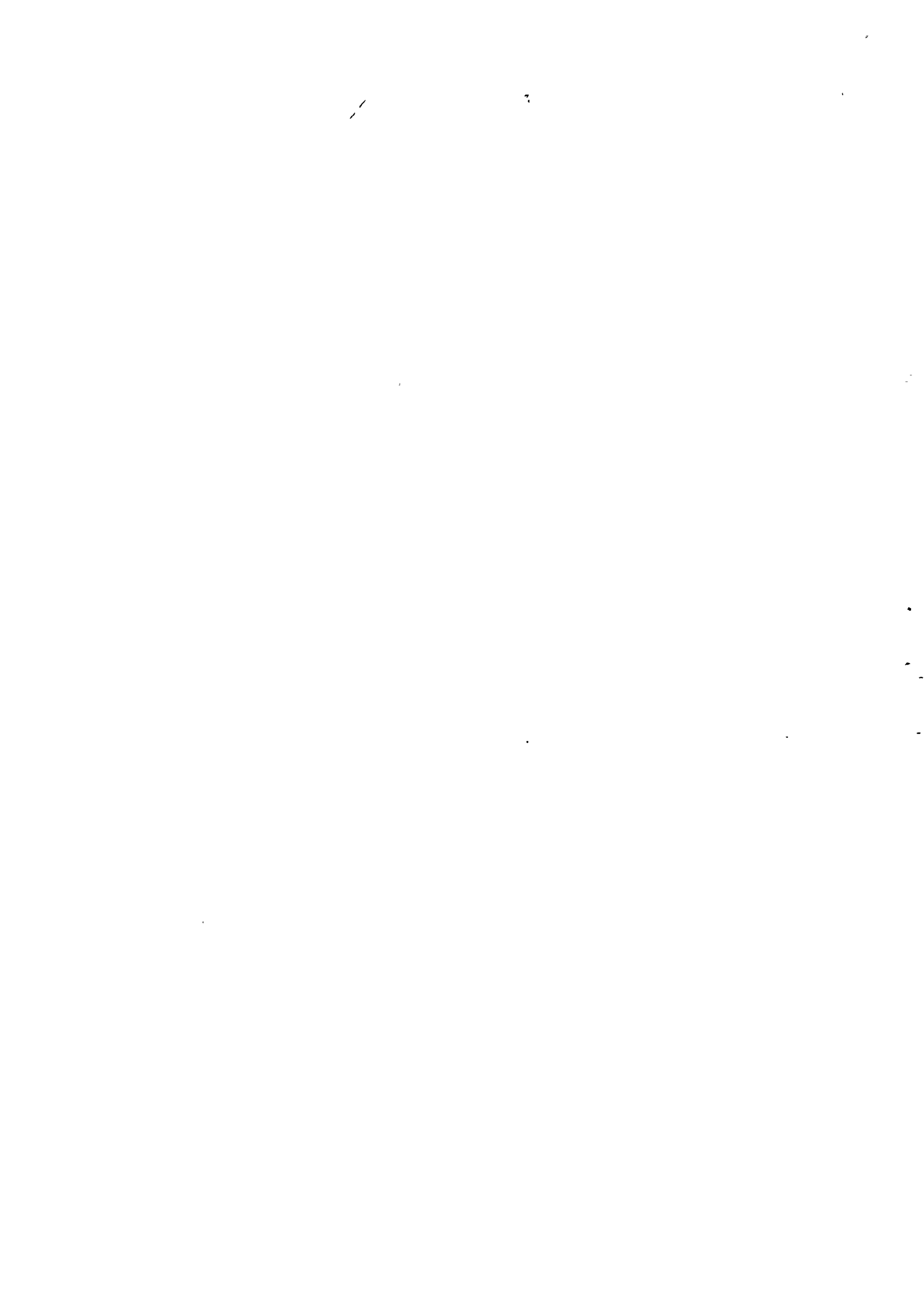
- Population: 500 habitants
- Climat: Sahélien
- Accessibilité: Permanente
- Infrastructure sanitaire: 1 USB
- Distance centre de santé/hôpital: 35km
- Formation USB: Mars 1989
- Particularité: Modèle de développement communautaire multisectoriel autogéré

DEUXIEME PARTIE

PRINCIPAUX RESULTATS OBTENUS DANS LES ZONES D'APPRENTISSAGE MSAS/UNICEF

Ces résultats proviennent de deux sources principales:

- la supervision régulière des activités (SRA) dans le cadre du programme à partir des données collectées durant les supervisions mobiles et les supervisions fixes. Les données relatives à cette source seront indexées SRA 90/91 MSAS-UNICEF.
- une enquête de recherche opérationnelle (ERO) menée dans la zone de démonstration de Ouad Naga à partir d'un échantillon de 14 villages (7 villages avec USB et 7 villages témoins dépourvus de structures sanitaires) Les données relatives à cette source seront indexées ERO Juin 91 MSAS-UNICEF.



1. Accessibilité aux services de santé

L'objectif est d'essayer d'évaluer l'impact de la présence d'un agent de santé communautaire sur l'accessibilité aux services de santé, sur les habitudes de traitement des communautés. On vérifiera si le sexe de l'ASC influe sur l'accessibilité.

Réponse de première intention aux épisodes-maladie dans un village ne disposant pas de centre de santé (voir Annexe 2)

TYPE DE REPONSE	VILLAGE SANS USB %	VILLAGE AVEC USB %
Consultation ASC	0,4	44,2
Centre de santé	18,8	6,9 **
Automédication	33,3	16,9
Guérisseur	1,6	2,1
Pas de traitement	45,9	29,9

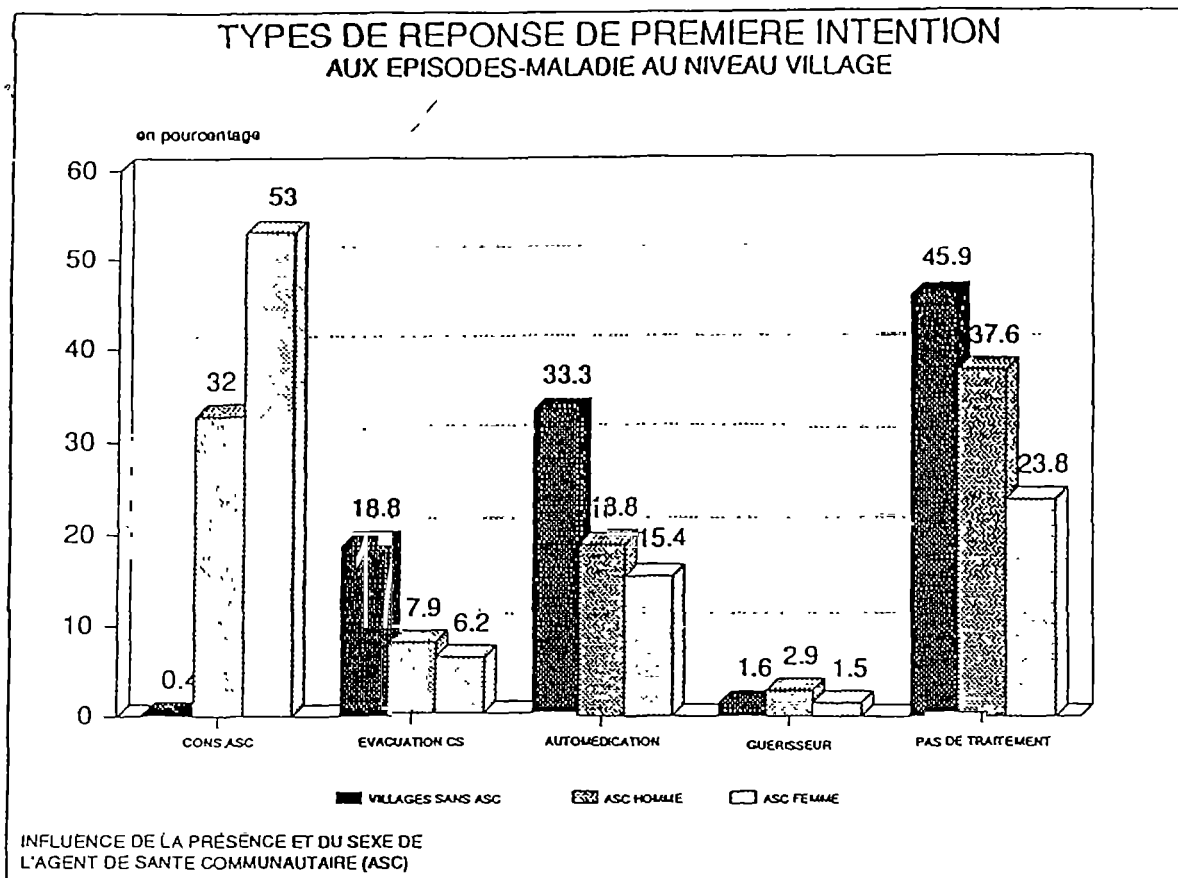
Source ERO Juin 91 MSAS-UNICEF

** La même enquête a permis de montrer que sur le nombre total de personnes ayant visité l'ASC en première intention, 13,7% des malades étaient partis vers le centre de santé le plus proche en deuxième intention dont 71% étaient référés par l'ASC. (Voir Annexe 3) Donc dans un village avec ASC, le nombre total de personnes ayant consulté le centre de santé soit directement, soit après référence par l'ASC représente 12,9% des malades.

Influence du sexe de l'ASC sur la réponse de première intention aux épisodes-maladie dans un village ne disposant pas de centre de santé

TYPE DE REPONSE	ASC HOMME %	ASC FEMME %
Consultation ASC	32,8	53,0
Centre de santé	7,9	6,2
Automédication	18,8	15,4
Guérisseur	2,9	1,5
Pas de traitement	37,6	23,8

Source ERO Juin 91 MSAS-UNICEF



Dans un village sans ASC, on remarque que:

- l'accessibilité aux services de santé est très faible (19,2%) ce qui explique la volonté du gouvernement de développer un système d'USB;
- dans 18,8% des cas, les malades se soignent dans le centre de santé le plus proche (40 km), ce qui représente une charge financière importante pour l'économie du village;
- 33,3% des malades se traitent par automédication avec les risques que cela comporte en terme d'utilisation rationnelle des médicaments;
- 45,9% des malades ne se traitent pas du tout.

La seule présence d'un ASC dans le village permet:

- d'augmenter l'accessibilité aux service de santé de 19,2% à 51,1% et même 59,2% si l'ASC est une femme;
- de diminuer les évacuations vers le centre de santé de 18,8% à 12,9% soit une réduction de 33% des évacuations sanitaires;
- de réduire le taux d'automédication de 33,3% à 16,9%;
- de réduire le nombre de personnes non traitées pour un épisode-maladie de 45,9% à 29,9% et même à 23,8% lorsque l'ASC est une femme.

On remarque aussi que, dans un village avec une ASC femme, plus de la moitié de la population consultant pour un épisode-maladie utilise les services de l'ASC. Néanmoins, même dans un village avec ASC, près de 25% des malades ne se traitent pas. Il est important d'en rechercher les causes (accessibilité financière ?, manque de confiance ?,...).

L'utilisation des services d'un guérisseur traditionnel est très faible dans la zone de l'Enquête (Ouad Naga) mais correspond à la structure socio culturelle de la zone. Des données sensiblement différentes seraient certainement collectées dans la zone de Kankossa.

1.1 *Accessibilité financière*

A partir du montant global des fonds collectés par les ASC et du nombre de consultations enregistrées, on peut estimer le coût moyen d'une consultation chez l'ASC. Notons que la consultation comprend la délivrance des médicaments essentiels nécessaires au traitement de la pathologie identifiée.

Le coût moyen d'une consultation ASC est 34 UM soit 0,40 \$US/consultation

En fonction des zones climatiques, on peut enregistrer des variations comme c'est le cas dans les zones d'apprentissage de Ouad Naga et Kankossa.

Coût moyen d'1 consultation ASC à Ouad Naga: 37,5 UM soit 0,46 \$US/cons.

Coût moyen d'1 consultation ASC à Kankossa: 32,0 UM soit 0,39 \$US/cons.

Cette différence entre les deux zones peut s'expliquer notamment par l'utilisation plus fréquente d'antibiotiques (cotrimoxazole) dans la zone sahélo-désertique de Ouad Naga ou la fréquence des affections respiratoires aiguës est sensiblement plus importante (19,1% des consultations contre 11,6% dans la zone de Kankossa).

L'Enquête de recherche opérationnelle (ERO Juin 91) a permis de quantifier le coût moyen d'une évacuation sanitaire pour une affection relevant du domaine d'un ASC dans les villages ne disposant pas d'ASC. L'Enquête a pris en compte à la fois les évacuations vers le système sanitaire public et le système privé (consultation secteur privé 500 à 700 UM + ordonnance).

Nombre moyen de personnes (malade + accompagnant):	1,9 personnes
Coût moyen du transport:	1400 UM (17 \$US)
Coût moyen d'une consultation:	310 UM (3,8 \$US)
Coût moyen des médicaments prescrits:	1050 UM (12,8 \$US)
Durée moyenne hors du village:	5,8 jours

La mise en place du système de soins de santé primaires, selon le concept Initiative de Bamako, dans les structures sanitaires publiques initiée depuis seulement 4 mois dans les zones d'apprentissage permet d'espérer une diminution sensible du coût des évacuations sanitaires puisque les premiers résultats montrent:

Le coût moyen d'une consultation curative comprenant le coût de la carte de consultation (20 UM soit 0,25 \$US, valable 1 mois) et les médicaments essentiels nécessaires est: 93 UM soit 1,15 \$US.

Notons que le coût du transport qui représente environ 50% du coût total de l'évacuation du malade reste lui incompressible.

2. Utilisation du service *(Source SRA 90/91 MSAS-UNICEF) Voir Annexe 1*

2.1 *Fréquentation*

Fréquentation moyenne ASC: 1,5 consultations/habitant/an

Le concept ASC semble donc bien être une réponse adéquate au besoin en service de santé dans les communautés enclavées dépourvues de structure sanitaire publique. De plus, la charge de travail modeste (estimée en moyenne à 2 ou 3 consultations par jour pour un village de 500 habitants) est compatible avec le statut de bénévole recherché lors de la phase de sensibilisation.

Fréquentation ASC femme: 2,2 consultations/habitant/an
Fréquentation ASC homme: 1,3 consultations/habitant/an

(Comparaison effectuée sur l'ensemble des 19 villages)

- On remarque alors que l'utilisation du service par les enfants et les femmes est 1,85 fois plus importante avec une ASC femme; une ASC femme consulte en moyenne 1,7 fois plus d'enfants de 0 à 5 ans qu'un ASC homme. De plus, les femmes consultent 2 fois plus une ASC femme qu'un ASC homme. Enfin, le nombre d'hommes consultant l'ASC est 1,3 fois plus important avec une ASC femme qu'avec un ASC homme.

En terme de couverture des populations cibles traditionnelles des programmes de santé, une stratégie fondée sur des ASC femmes est donc beaucoup plus pertinente.

3. Données épidémiologiques

(Sources SRA 90/91 MSAS/UNICEF)

3.1 Importance des affections fébriles dans les plaintes enregistrées par l'agent de santé communautaire

Dans la zone sahélienne (proche du fleuve Sénégal), près de 50% des affections traitées par l'ASC sont fébriles. La forte prévalence du paludisme dans la zone explique aisément ce résultat. Considérant que le paludisme en Mauritanie est essentiellement lié au plasmodium falciparum (neuropaludisme), on mesure l'importance du programme SSP dans la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile liée au paludisme. Dans la zone saharienne, à influence désertique, les affections fébriles représentent encore près du tiers des consultations d'un ASC (32%) et sont essentiellement liées aux infections respiratoires aiguës (IRA).

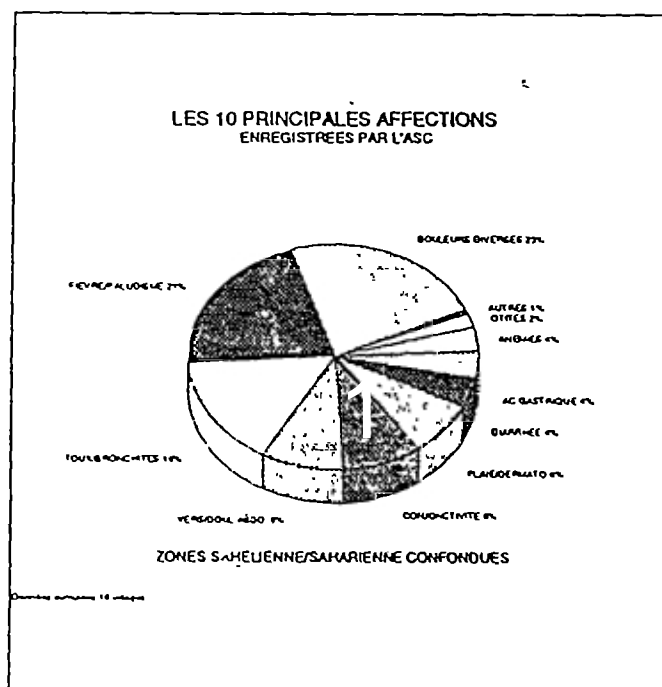
	Zone Sahel (Kankossa)	Zone Saharienne (Ouad Naga)
Affections fébriles enregistrées	4262	1430
Total des affections enregistrées	8930	4482
%	48 %	32 %

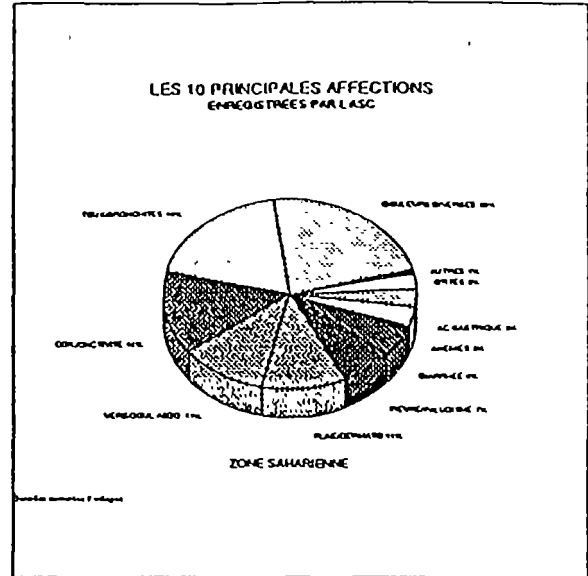
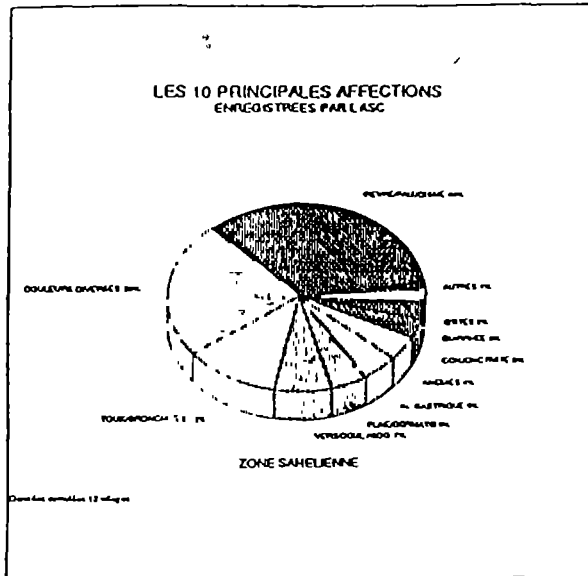
La suspicion de fièvre, même si elle reste un facteur à recherche aléatoire est un bon indicateur de suivi pour mesurer la gravité des affections traitées par les ASC. Une case spéciale, individualisée lui a été affectée dans le registre de consultation de l'ASC. Le superviseur doit, lors du traitement des données, différencier les affections fébriles simples et les symptômes différenciés avec fièvre associée.

3.2 Répartition des 10 principales affections enregistrées par l'agent de santé communautaire

AFFECTIONS	ZONE SAHELIENNE		ZONE SAHARIENNE		GLOBAL
	n	%	n	%	
Suspicion paludisme/fièvre simple	3186	35,7	304	6,8	21,3
Diarrhée	298	3,3	244	5,5	4,3
Conjonctivité	305	3,4	640	14,3	8,9
Plaies/aff.dermato	424	4,7	483	10,8	7,7
Douleurs diverses	2067	23,1	1021	22,8	23,0
Toux/bronchites	1035	11,6	856	19,1	15,6
Otitis	143	1,6	105	2,3	1,9
Anémie	354	4,0	142	3,2	3,5
Acidité gastrique	409	4,6	141	3,1	3,8
Vers intestinaux douleurs abdominales	656	7,4	495	11,0	9,2
Autres affections traitées par ASC	53	0,6	51	1,1	0,8
Total	8930	100	4482	100	100

La colonne "global" a été calculée à titre indicatif, en ramenant les colonnes liées aux zones écologiques distinctes à un dénominateur (nombre de consultations) commun. Elle indique un "profil général" des affections recensées au niveau ASC en Mauritanie.





On remarquera les spécificités du profil épidémiologique liées aux zones écologiques distinctes, notamment:

- l'incidence du paludisme (ou plutôt suspicion de paludisme) qui représente plus du tiers des motifs de consultation dans la zone sahélienne proche du fleuve;
- la fréquence des affections respiratoires, des conjonctivites ophtalmiques et des suspicions de vers intestinaux dans la zone saharienne (désertique).

Par contre, il faut noter la très faible fréquence des cas de diarrhées recensées au niveau de l'ASC qui est corroborée par une utilisation quasi insignifiante des sachets de réhydratation orale. Cette sous notification des cas de diarrhées a aussi été vérifiée au niveau centre de santé. Généralement, seules les diarrhées infectieuses ou parasitaires accompagnées de glaires, sang ou fièvre ou les diarrhées des nourrissons et jeunes enfants associées à une déshydratation prononcée sont recensées. Notons que les programmes d'éducation pour la santé en Mauritanie insistent sur la promotion de solutions de réhydratation traditionnelles (sucre/sel/eau; boissons à base de pain de singe = fruit du baobab...).

Il est important de noter que les agents de santé communautaires peuvent jouer un rôle très important dans la lutte contre les maladies cibles du PEV, notamment la rougeole, les infections respiratoires aiguës (IRA), les maladies diarrhéiques, le paludisme, les maladies cécitantes (complications des conjonctivites non traitées, trachome), les affections dégradant le statut nutritionnel des enfants (diarrhées, rougeole, versus intestinaux, paludisme...) en combinant les activités préventives (hygiène-assainissement, EPS, surveillance nutritionnelle et vaccinale, distribution de Vitamine A et de Fer, prévention du paludisme et de la dracunculose endémique

dans 5 régions...) et les activités curatives en utilisant les 12 médicaments essentiels disponibles à leur niveau.

Le rôle de l'ASC femme dans la surveillance prénatale reste encore à renforcer par une plus grande information et mobilisation des communautés mais déjà son rôle est primordial dans l'assistance à la délivrance-*"Clean delivery"* (faite par elle même ou par les accoucheuses traditionnelles du village) et les soins au nouveau-né et à l'accouchée:

- aseptie et soins du cordon (prévention du tétanos néonatal);
- prévention de la conjonctivite gonococcique du nouveau-né (Tétracycline 1%);
- distribution systématique de Vitamine A et de fer si nécessaire à la nouvelle accouchée.

4. Gestion financière et participation communautaire

En développant le concept unité de santé de base avec la formation d'agents de santé communautaires, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a répondu à deux impératifs:

- augmenter la couverture sanitaire des populations rurales enclavées sans augmenter le nombre et le coût des infrastructures sanitaires ni celui des fonctionnaires de santé conformément aux orientations du Gouvernement qui poursuit un ambitieux programme d'ajustement structurel;
- encourager les populations à participer aux dépenses de santé pour améliorer la qualité des prestations.

Cependant, la réussite du système USB est liée directement aux capacités de gestion du système par les communautés, au recouvrement intégral du coût des médicaments essentiels mis à la disposition des ASC et à l'accessibilité financière des populations au service de santé mis en place. C'est essentiellement pour vérifier ces derniers points que le MSAS, en collaboration avec UNICEF a mis en place les zones d'apprentissage dont nous présentons les résultats dans ce document.

Notons que le concept initial prévoyait une gestion du système collégiale avec la mise en place d'un comité de gestion villageois et la nomination d'un trésorier pour assurer la gestion des fonds collectés. L'expérience a prouvé que ces comités sont le plus souvent inactifs, que l'ASC est finalement mandaté par le village pour faire fonctionner le système. Il doit néanmoins rendre des comptes à la structure de décision traditionnelle du village (Jemaa) qui est l'interlocuteur de l'équipe de supervision et se prononce sur l'utilisation des bénéfices générés par le système.

4.1 Répartition des fonds collectés par postes de dépense

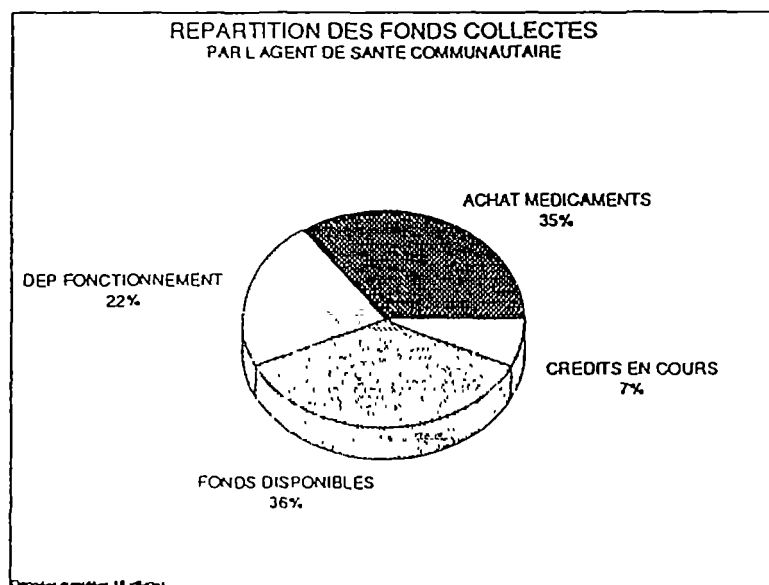
Villages	I Argent disponible	II Achat Médicament	III Crédits en cours	IV Autres dépenses	V Total argent collecté
1. Lemden	26.016	23.723	600	24.000	74.339
2. Enegoum	10.225	5.415	3.628	0	19.268
3. Evodjar	2.548	7.726	14.204	6.614	31.092
4. Sbeikhatt	5.360	8.680	0	15.850	29.890
5. Tenyachil	9.720	6.479	0	4.595	20.794
6. Awleigatt	14.411	4.655	0	0	19.066
7. Levrewa	5.570	11.364	0	21.450	38.384
8. Tendjekmadjekh	3.000	6.355	1.000	5.700	16.055
9. Akaraye	7.455	5.870	1.500	45	14.870
10. Bouhabcha	9.108	6.252	750	0	16.110
11. Haykama	6.312	9.740	0	3.100	19.152
12. Ligoueissi	5.025	5.733	6.097	1.945	18.800
13. Sadra	15.003	11.132	0	0	26.135
14. Sany	9.200	11.579	600	8.101	29.480
15. Tavra	6.833	9.633	0	1.590	18.056
16. Blajmil	8.078	6.975	0	3.085	18.138
17. Khachba	2.500	5.608	2.575	900	11.583
18. Seyal	12.008	9.472	208	5.600	27.288
19. Teguelweze	8.225	6.505	200	1.320	16.250
Total (en UM)	166.597	162.896	31.362	103.895	464.750

(montants exprimés en UM, 1 \$US = 82 UM)

- I. Argent disponible = Argent en nature disponible avec le trésorier
 II. Achat médicaments = Argent dépensé pour l'achat des médicaments
 III. Crédits en cours = Argent enregistré par l'ASC, non recouvert et enregistré en crédit par le comité
 IV. Autres dépenses = Dépenses autorisées par le comité (hors médicaments)
 V. Total argent collecté = I + II + III + IV

Le tableau de la page précédente nous permet de voir que sur l'ensemble des fonds collectés pendant la période de l'étude:

- 35% de la valeur a été consacrée au réapprovisionnement en médicaments, et l'on remarque que tous les villages ont assuré le paiement intégral de leurs médicaments;
- 22% de la valeur a servi à la prise en charge des dépenses de fonctionnement courantes (petit matériel, savon...), à la prise en charge ou à l'encouragement de certains ASC (Evodjar, Sbeikhatt, Seyal), ou au financement d'activités communautaires comme par exemple curage du puits (Levrewa), achat de grillage pour une coopérative féminine (Lemden). Dans deux cas des dépenses ont été engagées pour régulariser des achats faits par l'ASC sans autorisation du village et à des fins personnelles;
- 36% de la valeur totale collectée est encore disponible et son utilisation doit être débattue par les villages. Certaines propositions ont été faites, notamment l'encouragement des ASC (Evodjar, Sbeighatt, Sany...), la construction d'une case de santé (Enagoum), la protection du puits (Levrewa), l'achat de petit matériel pour le maraîchage (Lemden, Tenyachil, Akaraye);
- 7% de la valeur reste sous forme de crédits à des personnes qui n'ont pas pu encore payer leur traitement. Généralement ce crédit est garanti par les systèmes d'entraide existant dans la plupart des villages. C'est le plus souvent une façon déguisée de prendre en charge les soins des familles les plus démunies toujours très bien identifiées au niveau des villages. Notons que la prise en charge des indigents est laissée totalement à l'initiative de la communauté.



La valeur des crédits peut à certaines périodes de l'année devenir plus importante, en fonction des fluctuations de disponibilité monétaire des communautés:

- période où le crédit augmente: soudure, hivernage
- période où le crédit diminue : récolte, vente du bétail

L'équipe de santé exige que les crédits, comme les dépenses, soient enregistrés pour permettre une transparence de la gestion. A part le réapprovisionnement en médicaments, toutes les autres dépenses sont décidées exclusivement par la communauté sans intervention extérieure.

On peut remarquer que les systèmes de gestion sont très différents d'un village à l'autre. Ainsi, certains villages, n'ont engagé aucune dépense et réservent leurs fonds pour une activité communautaire d'envergure (Awleigatt, Enegoum, Sadra), d'autres mettent en place des systèmes de dépenses codifiées (X% médicaments, Y% ASC, Z% bénéfice communautaire).

Certains villages autorisent facilement les crédits aux indigents (Enegoum, Evodjar, Ligouessi) et d'autres interdisent tout crédit (Sbeikhatt, Awleigatt, Sadra...). Mais attention, cela ne veut pas dire que les villages où les crédits sont interdits n'ont pas développé de système d'aide aux indigents. Par exemple à Levrewa, le village est organisé en 8 quartiers et dans chaque quartier quelques familles assurent la prise en charge des indigents notamment pour leurs frais de santé; à Sbeikhatt par contre, c'est la Jemaa qui finance les médicaments des indigents; à Sadra et Awleigatt, c'est le chef du village qui prend en charge les médicaments des indigents.

La gestion communautaire autonome et le faible coût des médicaments a semble-t-il permis dans la plupart des cas de développer des systèmes de gestion fiables et pérennisables, adaptés aux réalités de chaque communauté et permettant de prendre en charge la plupart des coûts du système et autorisant l'accès au soin de la très grande majorité de la population.

4.2 Comparaison argent théorique/enregistré/collecté

Villages	I Argent théoriquement disponible	II Argent enregistré	III Argent collecté
1. Lemden	66.000	70.513	74.339
2. Enegoum	27.800	19.887	19.268
3. Evodjar	32.500	30.577	31.092
4. Sbeikhatt	26.100	25.868	29.890
5. Tenyachil	24.800	18.202	20.794
6. Awleigatt	21.500	18.379	19.066
7. Levrewa	35.000	26.456	38.384
8. Tendjekmadjekh	16.800	6.922	16.055
9. Akaraye	18.800	11.621	14.870
10. Bouhabcha	19.800	15.280	16.110
11. Haykama	28.600	16.108	19.152
12. Ligoueissi	21.000	15.869	18.800
13. Sadra	26.400	24.166	26.135
14. Sany	34.800	27.387	29.480
15. Tavra	24.500	17.093	18.056
16. Blajmil	20.000	12.032	18.138
17. Khachba	18.500	0	11.583
18. Seyal	21.100	25.463	27.288
19. Teguelweze	20.600	15.090	16.250
Total (en UM)	504.600	396.913	464.750

(Montants exprimés en UM, 1 \$US = 82 UM)

- I. Argent théoriquement disponible = Argent théoriquement obtenu par la vente des médicaments (médicaments consommés x marge bénéficiaire)
- II. Argent enregistré = Argent enregistré par l'ASC sur le registre de consultation
- III. Argent collecté = Argent effectivement reçu par l'ASC et remis au comité

Si l'on prend comme repère la valeur en argent théoriquement disponible (504,274 UM), calculée à partir des médicaments effectivement consommés et de la marge bénéficiaire affectée à chaque médicament on peut voir que globalement, les pertes liées au système sont donc tout à fait acceptables.

L'argent effectivement collecté représente 92% de la valeur théoriquement disponible.

En parcourant le tableau précédent, on peut distinguer plusieurs cas de figures:

- Les villages où l'argent collecté est supérieur à l'argent théorique
 - 1^{ère} hypothèse:* le village a reçu des médicaments gratuits par une autre voie que le programme régulier — C'est le cas de Lemden —
 - 2^{ème} hypothèse:* l'ASC ne respecte pas les schémas de traitements standardisés (posologies insuffisantes) ou ne respecte pas la tarification (surtaxe du patient)
- Les villages où l'argent collecté est inférieur à l'argent théorique
 - 1^{ère} hypothèse:* l'ASC n'enregistre pas tous les crédits accordés aux indigents du village — C'est le cas de Enegoum —
 - 2^{ème} hypothèse:* une partie des prestations est payée en nature dans un village enclavé à économie faiblement monétarisée — C'est le cas de Khachba —
 - 3^{ème} hypothèse:* l'ASC ne respecte pas la tarification proposée et dispense les prestations à un coût inférieur à celui conseillé.

L'argent enregistré représente seulement 79% de l'argent théoriquement disponible.

Cela s'explique en partie par la présence dans les zones d'apprentissage de certains ASC analphabètes qui n'enregistrent pas systématiquement les coûts des prestations (Khachba, Blajmil...). Néanmoins, on doit noter aussi que certains ASC lettrés n'enregistrent pas correctement leurs activités. Il faut alors rechercher les causes (soins gratuits aux indigents, négligence, malversation...).

5. Les médicaments essentiels

Une grande partie de la réussite du système USB est liée à la disponibilité des médicaments essentiels dans le village qui permet de renforcer la confiance de la communauté envers l'ASC. L'objectif final est d'utiliser cette confiance pour promouvoir et renforcer l'impact des activités préventives et d'hygiène/assainissement. De plus, en Mauritanie, tant au niveau USB que Centre de santé, ce sont les ME qui ont été identifiés comme le moteur financier du système.

5.1 *Consommation en médicaments essentiels*

MEDICAMENTS ESSENTIELS	Dosage	Trousse Initiale Remise au Village	Consommation Annuelle Zone Fleuve	Consommation Annuelle Hors Zone Fleuve
AC.ACETYL.SALICYLIQUE	500 MG	3000 CP	2500 CP	2400 CP
PARACETAMOL	500 MG	1000 CP	1000 CP	1125 CP
CHLOROQUINE	100 MG	3000 CP	4500 CP	725 CP
COTRIMOXAZOLE	400 MG	1500 CP	1250 CP	2575 CP
SELS REHYD.ORALE	QSP 1 L	300 sach.	50 s.	95 s.
TETRACYCLINE OPHTAL.	1%	15 tubes	17 t.	60 t.
MEBENDAZOLE	100 MG	600 CP	725 CP	825 CP
ALUMINIUM HYDROXYDE	500 MG	1000 CP	500 CP	250 CP
FER + ACIDE FOLIQUE	60+0,25MG	2000 CP	4000 CP	3450 CP
RETINOL (VIT.A)	200.000 UI	500 CAPS	225 CAP	150 CAP
BENZOATE DE BENZYLE	Sol.20%	1 Flac.(1 L)	0.3 FL	0.3 FL
CHLORHEXIDINE	Sol.20%	1 Flac.0,1L	0.6 FL	0.75 FL
VIOLET DE GENTIANE		1 Pot (25g)	0.7 PT	0.5 PT
COMPRESSES Gd.Modèle	200mmx6m	2	0.7	1.5
BANDE GAZE Pt Modèle	50mmx9m	40	23	17
COTON		1Roul (500g)	0.5	0.8
SPARADRAP	25mmx10m	2	0.5	0.85

(Consommation calculée pour un village moyen de 500 habitants pendant 12 mois)

On remarque la stabilité de la consommation de la plupart des molécules disponibles dans la trousse de l'ASC, notamment Acide Acétyl Salicylique, Paracétamol, Fer Antiseptiques et nécessaire de soins). Dans le cadre de la phase d'extension nationale du programme SSP, il sera donc facile de définir des trousse initiales et des stocks de réapprovisionnement adaptés à la réalité mauritanienne.

La consommation des médicaments reflète bien le profil épidémiologique des deux zones climatiques distinguées:

- consommation importante de chloroquine dans la zone du fleuve;
- augmentation de la consommation en cotrimoxazole et tétracycline ophtalmique dans la zone sahélo-désertique.

On remarque la sous utilisation en SRO dans les deux zones malgré une forte sensibilisation durant les formations, les supervisions et les recyclages. La même constatation est faite dans d'autres programmes (MSAS/GTZ, MSAS/AFVP...) tant au niveau USB que centre de santé et même lorsque les sachets sont gratuits. Nous sommes bien confrontés à un problème d'acceptabilité.

L'opportunité de l'introduction d'une pénicilline voie orale (pénicilline V ou amoxicilline) doit être envisagée vues les contre indications du cotrimoxazole chez la femme enceinte et allaitante, chez le nourrisson de moins de 2 mois. Une partie importante de notre population cible est donc actuellement sans recours niveau USB face aux infections respiratoires aiguës (IRA), ORL et dysenteries accompagnées de fièvre (bacillaires?). La question devient: Doit on substituer le cotrimoxazole par une pénicilline orale ou disponibiliser les 2 antibiotiques au niveau USB?

Jusqu'à présent l'utilisation des formes pédiatriques (sirops et comprimés de chloroquine, cotrimoxazole, AAS) n'a pas été retenue pour des raisons de prix et d'encombrement. Les ASC apprennent à réaliser les dilutions médicament+eau+sucre dans un verre à thé qui semblent adéquates. Une étude doit cependant être réalisée.

En s'appuyant sur la consommation de rétinol (Vit A) dans les deux zones, on peut avancer que la distribution semestrielle de capsules de Vit.A est globalement correctement effectuée chez les enfants de 0 à 5 ans (pop cible = environ 100 enfants/village de 500 habitants). L'avitaminose A étant considérée comme un problème majeur de santé publique en RIM (cf. Programme national de lutte contre la cécité) l'extension de la distribution semestrielle jusqu'à l'âge de 10 ans doit être généralisée. Un module de formation des ASC pour le dépistage et la lutte contre le trachome, endémique dans certaines wilayas, a été préparé (PNLCC; Chassot, Barry et col.). La tétracycline opht. 1% est disponible dans la trousse.

L'opportunité de la disponibilité du benzoate de benzyle au niveau de la trousse ASC est actuellement discutée vue sa très faible utilisation, son coût et les problèmes de péremption associés. On envisage un stock au niveau Centre de santé ou l'ASC pourrait se réapprovisionner en cas d'épidémie de gale.

La confiance dans la chlorhexidine est faible (pas d'odeur, pas de coloration, pas de sensation de brûlure à l'application). On propose maintenant à l'ASC de rajouter quelques grains de Violet de gentiane pour colorer la solution. Pour diminuer les

problèmes de précipitation en eau calcaire, on propose le remplacement de la chlorhexidine concentrée 20% par chlorhexidine 5% (type Hibitane).

5.2 Réapprovisionnement en médicaments essentiels

Actuellement, dans le cadre des zones d'apprentissage du MSAS, le réapprovisionnement des USB est assuré au niveau des centres de santé de référence départementaux, soit à une distance moyenne de 45 km des villages ou lors des supervisions fixes au niveau de la capitale régionale (où seront situés les futurs dépôts pharmaceutiques régionaux).

Chaque village est responsable de son réapprovisionnement. L'ASC ou un membre du comité de gestion sont habilités à retirer les ME autorisés dans les structures sanitaires dont ils dépendent. Ils doivent amener l'état complet de la trousse au moment du réapprovisionnement et l'argent nécessaire. Aucun crédit n'est accordé.

Lorsque le système national sera opérationnel, les USB devront s'approvisionner au niveau du dépôt pharmaceutique régional (1 par région, soit 13 sur l'ensemble du territoire pour faciliter le contrôle et le suivi du système). Seuls des dépannages exceptionnels seront autorisés au niveau des centres de santé qui assurent eux aussi une gestion autonome de leurs ME. Dans le cadre de la définition des stratégies, une enquête menée en 1988 a permis de montrer que les ASC se rendaient en moyenne 2,4 fois par an dans la capitale régionale pour leurs affaires personnelles. Le réapprovisionnement régional est donc bien possible. La présence de banques au niveau régional permet en plus d'assurer la transparence des transactions.

Dans les zones d'apprentissage, on a obtenu les résultats suivants:

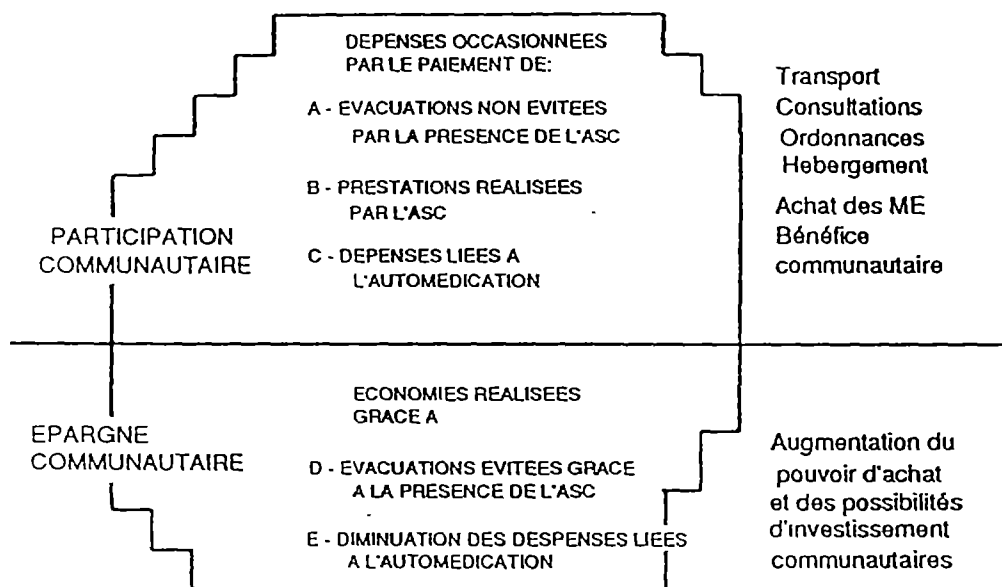
- Tous les villages, sans exception, ont pu assurer intégralement leur réapprovisionnement en ME soit 100% de recouvrement du coût des ME.
- Le réapprovisionnement en médicaments ne représente que 35% des fonds collectés par le village USB (voir IV).
- La valeur des médicaments achetés pendant la période de l'étude représente 88% de la valeur des médicaments effectivement consommés pendant cette même période.
- La valeur moyenne annuelle des médicaments consommés dans la zone du fleuve est 120\$ /500 hab /an soit 0,24\$ /hab/an.
- La valeur moyenne annuelle des médicaments consommés dans la zone hors fleuve

Un tableau comparatif des valeurs des médicaments consommés et achetés est disponible en Annexe 4.

6. La notion d'épargne communautaire

Nous avons calculé jusqu'ici ce que payent les gens pour accéder au service de santé. Néanmoins, il serait intéressant d'aborder maintenant le problème sous un autre angle, c'est à dire ce que la présence d'un ASC dans un village implique en terme d'épargne communautaire.

Depuis 1988, nous avons présenté cette théorie sous la forme d'un iceberg ou la partie émergée représente le coût de la participation communautaire, visible et facilement quantifiable et la partie immergée moins visible la valeur de l'épargne communautaire liée à la seule disponibilité du service USB dans la communauté.



A partir des données recueillies pendant la supervision régulière des activités (SRA....) et l'Enquête de recherche opérationnelle réalisée dans la Moughataa de Ouad Naga, on peut essayer d'estimer grossièrement les coûts de la santé et les économies réalisées par la seule présence d'un ASC dans un village moyen de 500 personnes de structure équivalente à celle rencontrée dans la zone de Ouad Naga (voir description de la zone en 1ère partie IV.)

On quantifiera les postes A,B,D du schéma de la page précédente; à l'heure actuelle, nous ne disposons pas de données permettant de quantifier C et E (coût et diminution des dépenses liées à l'automédication).

- village moyen 500 personnes
- nombre moyen de consultations chez l'ASC: 1,5 consultations/hab/an.
- 44,2 % des épisodes maladies de première intention sont traités chez l'ASC.
- 12,9 % des épisodes maladies sont évacués vers les centres de santé dans un village avec ASC. (dont 6,9 % en première intention)
- 18,8 % des épisodes maladies sont évacués vers les centres de santé dans un village sans ASC.
- coût moyen d'une prestation médicale chez l'ASC est de 34 UM.
- coût moyen d'une évacuation sanitaire est 2760 UM (transport 1400 UM; consultation 310 UM; médicaments 1050 UM)

On peut calculer en valeur prospective le nombre estimatif d'épisodes-maladie/an/500 personnes:

$$500 \times 1,5 \times 100/44,2 = 1697 \text{ épisodes maladies}$$



- A. Coût des évacuations non évitées par la présence de l'ASC
 $1697 \times 12,9/100 \times 2760 \text{ UM} = 604.200 \text{ UM} \text{ (7.370 \$US)}$
- B. Coût des prestations réalisées par l'ASC
 $500 \times 1,5 \times 34 \text{ UM} = 25.500 \text{ UM} \text{ (275 \$US)}$
- D. Valeur des évacuations évitées par la présence de l'ASC dans le village
 $1697 \times (18,8 - 12,9)/100 \times 2760 = 273.340 \text{ UM} \text{ (3.333 \$US)}$



Dans la zone de Ouad Naga et dans un village USB moyen de 500 personnes, on remarque:

- que les évacuations sanitaires représentent encore une charge financière d'environ 14,75 \$US/hab/an.
- que le coût des prestations réalisées par l'ASC représentent une charge financière de seulement 0,55 \$US/hab/an
- que l'épargne communautaire directe liée à la diminution du nombre d'évacuations sanitaires peut être estimée à 6,7 \$US/hab/an soit une augmentation du pouvoir d'achat familial moyen d'environ 30 à 35 \$US par famille et par an.

Bien entendu, cet exercice n'a qu'une valeur indicative, et devra être approfondi par des études plus complètes et plus représentatives en terme d'échantillon de population, de structures de zones enquêtées et de période de l'Enquête socio-économique de base. La même enquête de RO doit être réalisée dans la zone de Kankcssä et les données pourraient être sensiblement différentes notamment sur le poste "évacuations sanitaires" vu l'enclavement de certains villages, les distances importantes et la faible disponibilité des moyens d'évacuation sanitaire. Par contre, on trouvera certainement une plus forte augmentation de l'accessibilité aux services de santé liée à la présence d'un ASC.

Il est intéressant de noter ici que la collaboration étroite entre le MSAS, l'UNICEF et l'Office National des Statistiques (ONS) a permis d'intégrer dans l'"Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des Ménages" (EPCV) la collecte de données sur l'utilisation des services USB villageois et le coût de ces services. L'échantillonnage étant proche de 6500 familles et les données collectées à l'échelle nationale tous les 2 ans, on devrait disposer lors de l'extension nationale du système USB de données de monitoring et de quantification performantes.

7. Pérennité du système USB

7.1 Coûts de mise en place et de suivi du système

A partir du calendrier de mise en place d'un système USB (voir I.3.5) on peut présenter ici le coût de mise en place du système dans 15 villages USB de 500 habitants en moyenne et espacés de 40 Km les uns des autres (normes des zones d'apprentissage).

Activités	Année 1		Année 2		Année 3		Année 4		Sous-total		Total
	MSAS	POP	MSAS	POP	MSAS	POP	MSAS	POP	MSAS	POP	
Sensibilisation	1050	0	0	0	0	0	0	0	1050	0	1050
Formation + Installation	2950	200	0	0	0	0	0	0	2950	200	3150
Supervision Mobile	1050	0	700	0	350	0	350	0	2450	0	2450
Supervision Fixe et Recyclages	0	0	800	400	800	400	800	400	2400	1200	3600
Médicaments	1900	0	0	1900	0	1900	0	1900	1900	5700	7600
Total (en \$US)	6950	200	1500	2300	1150	2300	1150	2300	10750	7100	17850

(Coûts en \$ US; 1\$ US = 82 UM)

NB: A l'exception de l'amortissement du véhicule (dont la nécessité décroît après la deuxième année), l'ensemble des coûts ont été pris en charge y compris carburant, entretien du véhicule et primes de déplacement du personnel de supervision.

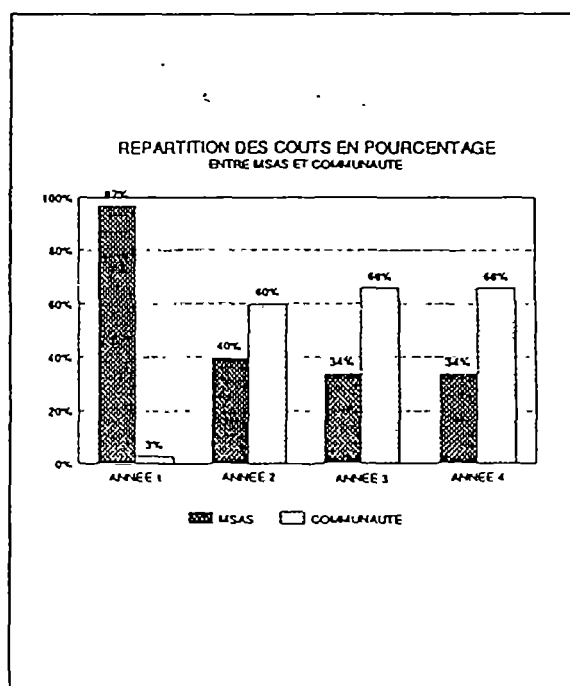
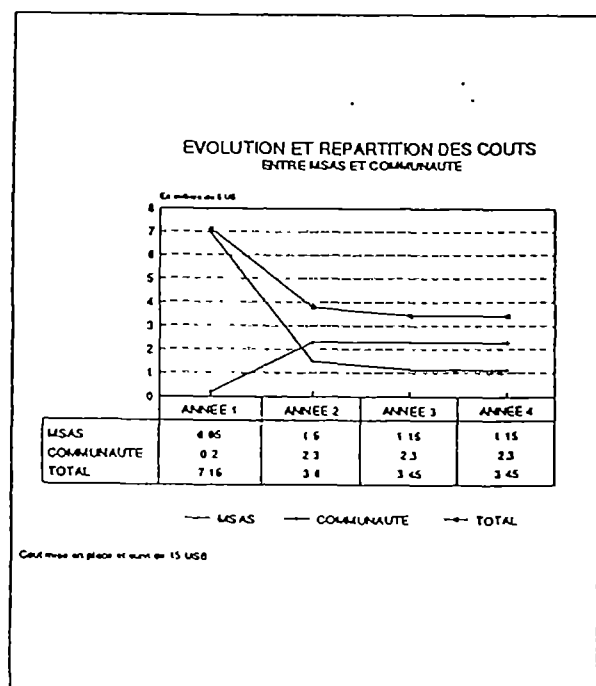
7.2 Evolution de la répartition des coûts entre les partenaires

Répartition des coûts	ANNEE 1		ANNEE 2		ANNEE 3		ANNEE 4		GLOBAL	
	MSAS	COM	MSAS	COM	MSAS	COM	MSAS	COM	MSAS	COM
	6950	200	1500	2300	1150	2300	1150	2300	10750	7100
%	97%	3%	40%	60%	34%	66%	34%	66%	60%	40%

On constate qu'à terme, la communauté soutient 66% des coûts annuels du système qui sont essentiellement constitués par les coûts de réapprovisionnement en ME. La première année de fonctionnement est supporté essentiellement par le MSAS et ses partenaires. Globalement, la mise en place et le suivi de 15 villages USB pendant 4 ans coûté directement au MSAS 10 750 \$ soit 715 \$/village/4ans. Pendant la phase d'entretien (années 3 et 4), le coût devient 1150 \$ soit 75 \$/village/an.

En extrapolant à un programme régional complet de 100 USB, on obtient un coût d'entretien du programme régional par le MSAS de 7500 \$/an auquel on doit ajouter le coût de l'affectation à plein temps de deux superviseurs régionaux SSP (6000 \$/an) et celui de l'amortissement/réparation du véhicule (5500 \$/an) soit au total environ 20 000 \$/an pour 100 villages et environ 50 000 personnes couvertes (qui ne bénéficiaient jusqu'alors d'aucune couverture sanitaire).

Le coût moyen de la couverture sanitaire minimum (USB) des personnes les plus enclavées peut être estimé à 0,4 \$/personne/an.



7.3 Compétence des agents de santé communautaires

La pérennité du système USB ne sera assurée que si le MSAS est capable de répondre aux aspirations des communautés en terme de qualité du service dispensé. C'est pourquoi, le niveau technique de l'ASC doit être évalué régulièrement, en fin de formation initiale et durant les activités de supervision fixe/recyclage. Les domaines activités préventives, hygiène/assainissement et curatives doivent être évalués.

Nous présenterons ici les résultats de l'évaluation de la qualité des activités curatives réalisées par les ASC qui ont été obtenus durant les évaluations effectuées lors des premiers recyclages fixes soit en moyenne 6 à 7 mois après la formation initiale dans les deux zones. On distinguera les résultats des ASC hommes lettrés, hommes illettrés, femmes (qui sont toutes lettrées dans ce cas). Notons que l'évaluation du niveau des ASC femmes qui a été effectuée après celle des ASC hommes a permis de tester un nouveau type de fiche d'évaluation qui inclue aussi posologie, durée et nombre de médicaments prescrits.

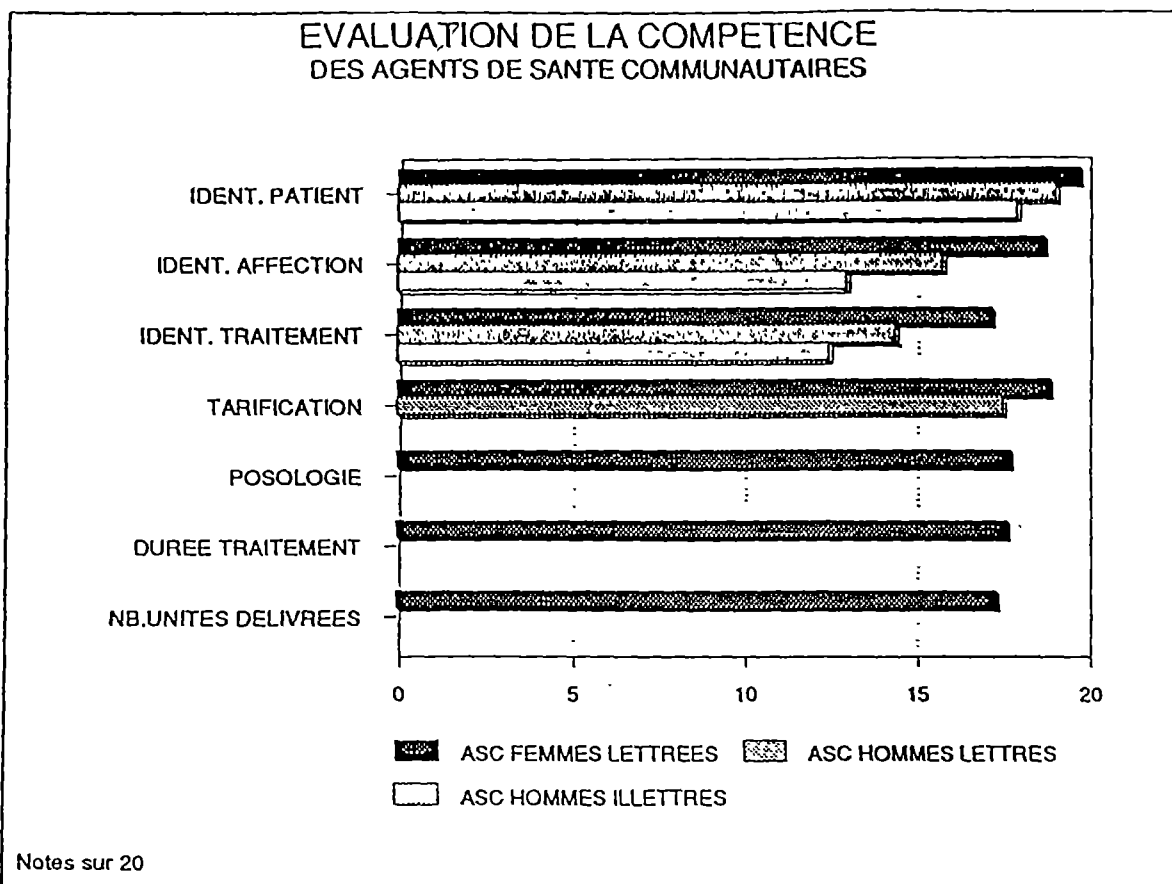
Durant les évaluations, les ASC disposaient de l'ensemble des outils qui leurs sont remis en fin de formation, notamment le guide d'utilisation des médicaments en vidéogramme. Un formateur jouait le rôle du malade et 20 cas différents étaient présentés successivement. Précisons que le test, disponible dans le "guide de mise en place des programmes SSP" est celui qui a été utilisé et contient la plupart des questions relatives aux contre-indications des ME utilisables au niveau ASC.

	ASC Femme	ASC Homme lettre	ASC Homme illetre
Identification du patient	19,75	19,10	18,00
Identification de l'affection	18,75	15,80	13,00
Identification du traitement	17,25	14,40	12,50
Tarifcation	18,90	17,60	NQ
Posologie	17,80		
Durée du traitement	17,70		
Nombre d'unités délivrées	17,40		

(la quotation est réalisée sur 20)

NQ=Non quoté

NB: Chaque poste a été traité de façon indépendante, c'est à dire que si par exemple, un ASC se trompe dans l'identification du traitement mais que la tarifcation ou la posologie correspondantes au traitement enregistré sont correctes, ces dernières sont considérées comme exactes. Cela permet d'identifier plus facilement le domaine où l'ASC a des problèmes.



On remarque:

- que la qualité des prestations curatives réalisées par les ASC femmes est très bonne tant dans les domaines de l'identification des affections et des traitements que dans ceux de l'utilisation rationnelle des médicaments;
- que les prestations des ASC hommes lettrés restent encore satisfaisantes et l'identification du traitement reste bonne dans 75% des cas (en rappelant que le test est assez difficile et contient de nombreux pièges);
- une différence de la qualité des prestations des ASC hommes illettrés qui arrivent néanmoins dans 60% à 65% des cas à identifier et à enregistrer la bonne affection et le bon traitement.

Pour ces ASC illettrés, afin d'éviter de les pénaliser sur erreur d'enregistrement et non sur erreur technique, il est maintenant proposé de faire des évaluations individuelles complétées par le suivi de l'exécution des gestes de délivrance des médicaments pour contrôler de visu la prescription.

L'expérience n'est pas encore assez avancée pour permettre de tirer une conclusion définitive sur le niveau des ASC illettrés. On recommandera néanmoins, par sécurité, chaque fois que c'est possible le choix d'une femme ASC lettrée (mais dans les villages très enclavés cette option reste très difficile et peu réaliste).

7.4 Propositions pour renforcer le système USB dans sa phase de généralisation à partir de 1992

A la lumière de l'ensemble de ces résultats et des difficultés rencontrées par le MSAS durant la phase de mise en place des zones d'apprentissage, nous pouvons donner les conseils suivants:

- 1) **Toujours choisir l'option ASC femme lettrée** lorsque cela est possible. En première intention, le village présente toujours un ASC homme, généralement faisant partie de la sphère de décision du village et espérant obtenir un salaire avec le système. Il est donc nécessaire d'insister sur le fait que le programme demande impérativement une femme et que celle-ci est bénévole ou reçoit des gratifications irrégulières qui dans tous les cas ne peuvent être considérées comme un salaire car variant entre 500 et 1500 UM par mois (soit 6 à 18 \$/mois). Le fait que l'ASC doit effectuer ou assister aux accouchements est un facteur facilitant l'orientation vers une femme.
- 2) Il est très souhaitable de créer au niveau central un pool de formateurs très performants, rodés aux techniques d'enseignement et maîtrisant parfaitement le programme USB pour dispenser les premiers cycles de formation complets avec l'équipe régionale. Ils assureront la formation des formateurs régionaux à partir du "Guide pour la mise en place d'un programme national SSP niveau village". De plus, ils s'associeront aux formateurs/superviseurs régionaux pour la sensibilisation, la formation, la supervision mobile et fixe des 30 premiers villages USB du programme régional. On obtiendra ainsi des formateurs régionaux de qualité pour assurer l'extension du programme et le suivi.

Les expériences de formations en cascades effectuées en Mauritanie dans ce cadre se sont soldées par une déperdition importante en terme de qualité du programme, de choix adéquat des ASC et de niveau de formation de ces ASC.

- 3) **La phase initiale de 2 ans de démarrage des projets USB réclame un appui financier et logistique important qui doit être assuré et continu durant cette période.** C'est pourquoi, nous recommandons que cette phase délicate fasse l'objet d'un partenariat solide entre la MSAS et les organismes de coopération. La phase d'entretien peut sans problème être soutenue par le MSAS et par les DRASS au niveau régional, d'autant que les perspectives de recouvrement des coûts au niveau des centres de santé laisse espérer un bénéfice important tout en

conservant une bonne accessibilité financière des populations aux services de santé.

- 4) Pour éviter de mettre en péril le système, il est conseillé dans un premier temps que **chaque communauté gère de façon autonome sa trousse de médicaments** et se réapprovisionne elle même, sans crédit possible au niveau du dépôt pharmaceutique régional. Le concept de groupement d'achat intercommunautaire, qui pourrait être envisagé par la suite ne semble pas dans la phase actuelle de mise en place du programme au niveau national une solution pertinente car une mauvaise gestion ou un détournement à ce niveau peut mettre en péril l'ensemble des USB dans la phase critique d'implantation.
- 5) **L'option logistique simplifiée** (diminution rapide de l'utilisation des véhicules) qui permet d'espérer à terme la pérennité du système doit être dès le début une priorité et les formations/supervisions fixes présentées comme des activités obligatoires de l'ASC. Heureusement, l'expérience des zones d'apprentissage prouve que les ASC sont demandeurs de ce type d'activités qui confortent sa crédibilité au niveau du village et lui permettent d'échanger des expériences avec d'autres ASC de la même région qui deviennent réellement des collègues de travail. La DRASS de son côté doit fournir des prestations de qualité en terme d'accueil des ASC, de contenu des formations et recyclages et de supervision des activités.

CONCLUSION

Après plus de dix années d'activités dans le domaine des soins de santé primaires au niveau du village, l'accumulation d'expériences diverses, de constats de réussites et d'échecs, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de la République Islamique de Mauritanie s'achemine vers la mise en place d'une politique d'"Unités Sanitaires de Base" efficiente et pérennisable.

Les résultats des zones d'expérimentation de Ouad Naga et Kankossa présentés dans ce document permettent, nous l'espérons, de mieux appréhender le concept d'agent de santé communautaire, son rôle dans la communauté, d'évaluer qualitativement et quantitativement ses prestations, de mesurer le coût du système et les structures de gestion communautaire développées pour le supporter. La large diffusion du concept Initiative de Bamako et les amendements qu'il propose pour renforcer la généralisation et la pérennité des soins de santé primaires a pu être mesurée grâce à cette expérience.

Certes la disponibilité des médicaments essentiels s'est révélée être un moteur financier incontournable et a pu assurer une crédibilité réelle à l'agent de santé communautaire en répondant aux besoins essentiels de la communauté; mais c'est bien l'importance du choix de l'ASC et sa motivation, la prise de conscience de l'amélioration du statut sanitaire communautaire, la constatation d'une réduction des dépenses liées à la santé et d'une épargne communautaire significative, l'autonomie locale de gestion du système et la responsabilisation des communautés qui ont su donner une réelle cohésion au système.

Devant le constat de l'impossibilité de mettre en place des structures de santé classiques pour une population clairsemée dans les zones rurales enclavées, en pleine politique d'ajustement structurel qui vise une rationalisation des dépenses et interdit d'espérer dans un proche avenir une augmentation sensible des structures sanitaires et du personnel de santé, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales propose donc cette alternative communautaire pour augmenter de façon significative l'accessibilité des plus éloignés et souvent des plus nécessiteux aux services de santé de base.

Actuellement, la même réflexion et des expérimentations similaires sont en cours au niveau des postes et des centres de santé et la conjugaison de ces efforts permet d'espérer une augmentation sensible de la couverture sanitaire des populations mauritaniennes à tous les niveaux de l'échelle de santé. Le "Plan directeur à moyen terme 1991-1994" élaboré cette année s'inspire de ces zones d'apprentissage pour la définition des objectifs, des stratégies et des coûts de mise en place du programme national de soins de santé primaires.

Au delà de la simple augmentation de la couverture sanitaire, le concept unités sanitaires de base propose d'engager une réflexion beaucoup plus globale pour la résolution de problèmes beaucoup plus larges dont les enjeux dans des pays comme la Mauritanie se mesurent en terme de.

- limitation de l'exode rural et de la croissance exponentielle des zone périurbaines, notamment dans la zone sahélienne, où la poussée du front de désertification séparè les populations agro-pastorales de leur terroir et les jette dans des bidonvilles insalubres sans espoir de retour ni d'avenir local;
- augmentation des capacités de production agro-pastorales en identifiant objectivement les zones potentiellement viables et productives à moyen et long terme et en ne ménageant aucun effort pour leur disponibiliser en priorité les services sociaux de base (hydraulique, santé, éducation...). Cette démarche impose une planification régionale réaliste et courageuse où l'orientation des ressources limitées répond à des critères objectifs;
- augmentation du pouvoir d'achat des populations rurales en ralentissant le flux financier vers les pôles urbains et en favorisant l'épargne communautaire;
- augmentation des capacités locales de gestion et d'investissement en s'appuyant sur la politique de décentralisation en cours et la création des communes rurales, pour sensibiliser les communautés sur leur rôle dans la mise en place de structures de décision et de gestion décentralisées, la nécessité d'une participation des populations, dans les limites de leurs possibilités à la prise en charge des charges locales, notamment dans les secteurs sociaux (santé, éducation).

COMMUNICATION No 11

**PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
DANS LE CADRE DES SYSTEMES DE SANTE
REVITALISE (I.B)
AU BENIN**

I/ CONTEXTE DES VILLAGES:

- ☞ un tiers de la population a un revenu en dessous du seuil de pauvreté globale
- ☞ il existe, au niveau villageois, diverses organisations qui animent la vie économique; ce sont les groupements de tontine, les groupements villageois et les groupements féminins.
- ☞ Le taux brut de scolarisation est de 69% avec de grandes disparités entre les milieux urbain et entre les filles et les garçons. Le Bénin est le deuxième pays au monde avec le plus grand écart entre la scolarisation des filles et celui des garçons (estimé à environ 30%).
- ☞ important déficit d'enseignants dans les écoles et le personnel de santé dans les formations sanitaires entraînant une surcharge de travail des fonctionnaires.
- ☞ l'approvisionnement en eau potable est autour de 50 pour cent,

II/ L'INITIATIVE DE BAMAKO (IB) AU BENIN: LES ACQUIS ET LES DEFIS**LES ACQUIS (a capitaliser):**

- une assez bonne couverture vaccinale 80% DTCP3 qui atteint dans une bonne proportion les milieux ruraux du pays.
- 3/4 des formations sanitaires publiques sont viables, arrivent à couvrir les frais de fonctionnement. Certaines formations sanitaires ont une épargne importante allant parfois jusqu'à \$ 40.000.
- la participation communautaire est une réalité à travers l'existence d'un réseau de 450 comités de gestion du financement communautaire

LES DEFIS SONT:

- la mortalité infantile ne baisse pas malgré tous les efforts (selon EDS 1996),
- 20% de la population n'a toujours pas accès au plateau de soins délivrés par les formations sanitaires.

- environ 10% de la population ne sont pas capables de payer les soins;
- l'automédication est encore très élevée à près de 54%
- l'utilisation des centres de santé est encore faible (environ 30% de la population).
- environ 20% des formations sanitaires ne sont pas viables.
- les COGEC ne sont pas suffisamment représentatifs des populations des villages et sont peu motivés pour jouer leur rôle d'interface entre les populations et les centres de santé.

III/ LES EXPERIENCES A BASE COMMUNAUTAIRE EXISTANT DANS LE CADRE DES SSP

Elles sont nombreuses et voici quelques unes:

- ☞ Le PNEVG (Programme national d'Eradication de la dracunculose),
- ☞ L'expérience de promotion sanitaire et nutritionnelle par les mères animatrices communautaires (SIBC),
- ☞ Le Projet Education et Communauté

ACTIVITES DES RELAIS COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DE CES EXPERIENCES:

- ☞ Les relais communautaires et la Vaccination .
 - IEC
 - recensement des cibles;
- ☞ Les relais communautaires et la lutte contre les maladies courantes.
 - IEC sur les MST/SIDA, la diarrhée, le paludisme.
 - cession des sachets SRO et des condoms;
 - fabrication et cession de moustiquaires imprégnées.
- ☞ Relais communautaires et activités de nutrition:
 - surveillance de croissance;
 - visites à domicile;
 - récupération nutritionnelle;
 - réunions trimestrielles de planification et de mise en oeuvre de diverses activités de développement.
- ☞ Relais communautaires et Education.
 - IEC pour la scolarisation des filles et leur maintien à l'école;
 - suivi de l'alphabétisation et d'autres formations;
 - mise en place de crédits pour les AGR

THEME 6: SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET ERADICATION DES MALADIES

COMMUNICATION No 12

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE INTEGREE AU NIGER.

INTRODUCTION

Avec une superficie de 1.267.000 km² et une population estimée à 9.621.301 habitants en 1996, le Niger fait face à une crise économique et financière liée à un environnement géo-économique difficile. Cette situation limite les investissements publics, notamment dans les secteurs sociaux (santé, éducation, eau, assainissement) ; d'où limitation d'accès à ces services sociaux de base pour plus de 80 % de la population, surtout celle de la zone rurale. Seulement 32 % des Nigériens habitent dans un rayon de 5 km d'une formation sanitaire. L'amélioration de la couverture sanitaire de ces populations rurales demeure une priorité d'intervention. Cette priorité est renforcée par le fait que l'atteinte des objectifs d'éradication de la dracunculose et de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal, de la lèpre, réduction de la mortalité infantile due à la rougeole, aux maladies diarrhéiques...) exige un renforcement de la couverture sanitaire périphérique.

Au niveau des villages, il y a nécessité d'accélérer l'intégration des activités ABC. L'intégration et la coordination du système de surveillance, la promotion de la polyvalence des agents villageois sont essentielles pour renforcer l'impact des activités de santé, de nutrition et d'assainissement ABC.

Le PNEVG a intégré quelques indicateurs (naissances, décès, LMD) dans la fiche de surveillance niveau village. D'autres possibilités d'intégration sont en étude : état nutritionnel, état vaccinal, lèpre, rougeole, polio, TNN.

D'ores et déjà le Niger a été sélectionné pour un test sur la surveillance épidémiologique intégrée à base communautaire, la détection précoce des cas de polio et TNN. Une enquête nationale intégrée lèpre/dracunculose sera bientôt organisée.

Nous présenterons dans ce document les opportunités d'intégration des activités de santé à base communautaire.



SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE INTEGREE ABC

PRINCIPES DE BASE :

1. La SEBC est basée sur l'infrastructure existante des PBC. Possibilités d'extension après.
 - choix de zone test : SSP/IB ; CARE; PNEVG
2. Ne pas menacer le système existant
Ne pas surcharger les AC
 - ☛ Nécessité d'une supervision intelligente
 - inscription volontaire
 - éléments développés ensemble
3. Prévoir un changement futur (arrivée de nouveaux projets)
 - projet SSP/BM
 - zone avec un faible système sanitaire
4. Responsabiliser la hiérarchie sanitaire
Assurer la formation, l'appui technique...
 - point focal : médecin-chef district
 - impliquer d'autres agents (CSI, ESV, AC...)
5. Toujours lier la SEBC avec les prestations de service
 - privilégier PEV
6. Supervision adéquate (détection problème, identification des solutions et réaction)
 - existence système de supervision (grille)
7. Avoir un mécanisme de coordination
 - réunion mensuelle , régulière
8. Promouvoir contact direct entre la communauté et les prestataires
 - à défaut introduire des intermédiaires tels que les LO (femmes relais chefs traditionnels)
9. Commencer avec quelques maladies/événement locaux et agrandir le système au fur et à mesure que les services sont maîtrisés par les AC
 - naissances
 - décès (enfants et femmes en âge de procréer)
 - paralysie flasque aigüe (PFA)
 - tétanos néonatal (TNN)
 - malnutrition (MPE)
 - lèpre
 - rougeole

11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

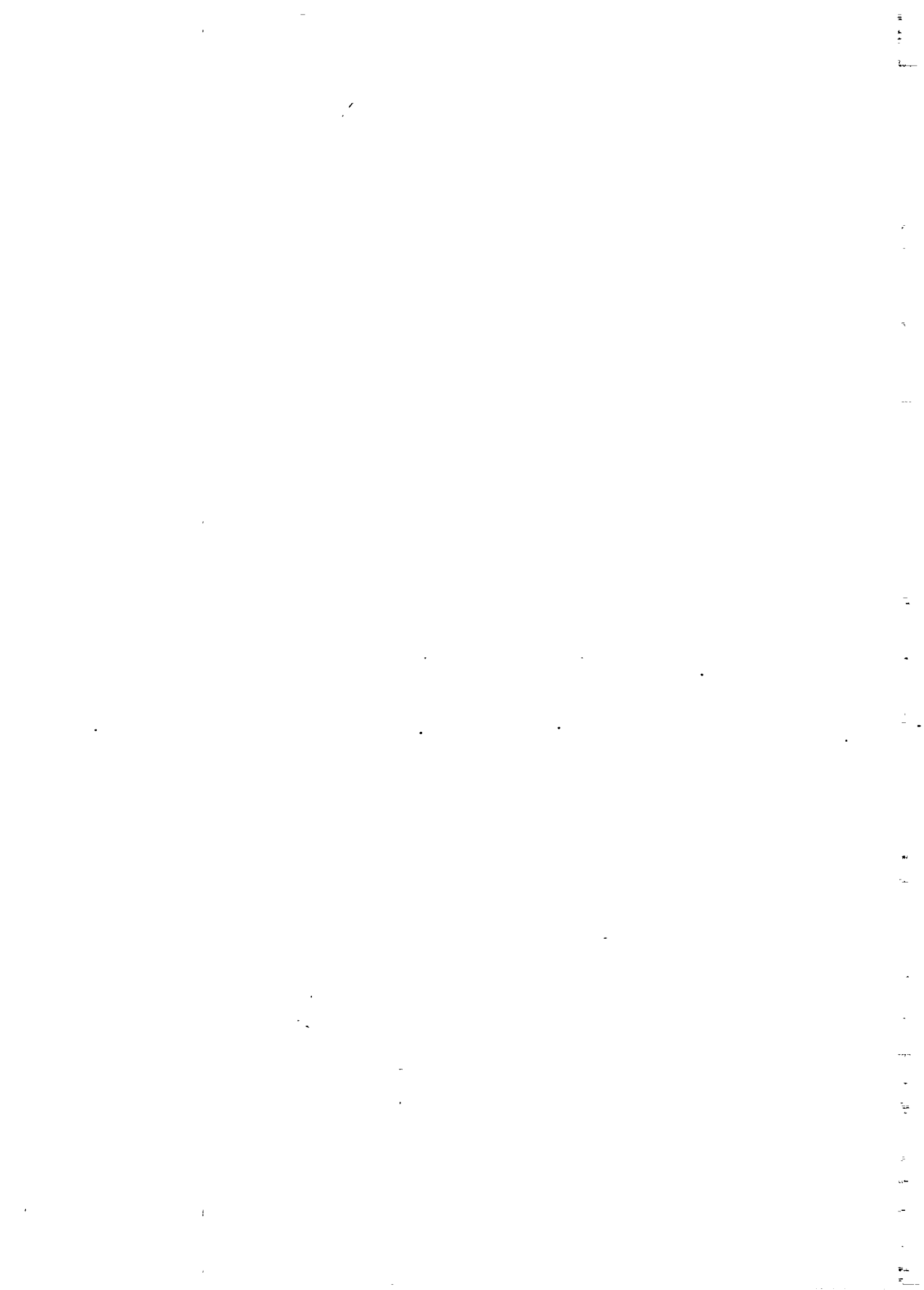
10. D'autres éléments épidémiologiques nécessaires au niveau de la communauté peuvent être surveillés, sans être rapportés dans la SEBC
- EPS
 - cas de diarrhées etc...
 - paludisme
11. L'introduction de nouveaux sites serait progressive, tout en consolidant les activités existantes.
- continuer la surveillance des maladies diarrhéiques avec le PNEVG. Mais les zones non PNEVG n'adopteront pas la surveillance LMD par défaut d'un partenaire disponible.

DESCRIPTION D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE A BASE COMMUNAUTAIRE

AU NIVEAU VILLAGE

NB : Les AC ne doivent pas travailler individuellement mais en équipe disponible comme dans les villages CARE ou SSP/IB où tous les membres de l'équipe sont impliqués.

- △ Les AC notent : les décès et naissances dans un dossier. L'information sur l'état vaccinal de chaque enfant serait donnée au superviseur lors de son passage mensuel. D'autres informations collectées seront transmises.
- △ Les cas suspects de MDO (TNN, PFA, Rougeole) en plus de leur notification dans les rapports, feront l'objet d'une déclaration obligatoire par l'AC ou une autre personne directement au CSI et y référer le cas.
- △ Pour identifier les naissances et décès, l'information "en air" est suffisante car tout le monde connaît ces événements majeurs
- △ Pour identifier les cas de PFA, l'AC reste en contact avec le tradi-praticien qui est la 1ère personne visitée souvent par les parents de malade.
- △ Pour identifier le cas de TNN, il faut sensibiliser les villageois pour contacter l'AC dès constatation des symptômes bien connus de tous. La sensibilisation renforcera la nécessité de contacter l'AC
- △ Pour tenir les dossiers sur l'état vaccinal, il y aura un recensement initiale et périodique chaque fois que l'équipe vaccinale arrive. Les AC effectueront des visites à domicile (VAD) à la recherche des enfants qui ne viennent pas aux séances vaccinales
- △ Dans le cas des épidémies émergentes, les maladies concernées seront des MDO (rougeole, méningite, coqueluche, fièvre jaune). Les AC assurent vite la déclaration et la notification dans les rapports mensuels



- △ En fonction de l'accès au CSI, l'AC y amènera le rapport (si c'est proche) ou attendre l'arrivée d'un superviseur (si c'est loin)
- △ L'AC et les villageois négocient avec le superviseur ou mieux les agents du CSI directement sur le calendrier des visites PEV et le partage des responsabilités. Par exemple : les villageois peuvent fournir le carburant et transporter les matériels PEV "cold boxes" au village et les ramener au CSI après la séance.

AU NIVEAU DU CHEF-LIEU DE DISTRICT

- △ Lorsqu'un rapport d'un cas suspect de PFA arrive, le médecin-chef est obligé d'aller au village prendre un pot de selles pour l'envoyer à Abidjan. pour avoir la réponse dans le délai prévu, le médecin-chef apprendra les mesures d'éradication de la polio
- △ Toute information qui viendrait des villages et qui n'avait pas passé par le CSI doit y être envoyé avec un aperçu de résultats par l'équipe de district.
- △ L'ensemble des rapports collectés par le superviseur ou CSI seront intégrés dans le processus de planification pour le district. Les composantes essentielles sont :
 - analyse par l'épidémiologiste (membre de l'ECD)
 - utilisation pour le service PEV pour : planifier le circuit de la stratégie mobile, recommander des actions PEV au niveau CSI et village
 - utilisation pour les animateurs (.....) pour choisir les sites de visites et les CSI à recycler.
- △ L'épidémiologiste et le service PEV se serviront des données pour suivre le taux de couverture vaccinale, décès... qu'ils ajouteront dans les rapports au niveau départemental et national

AU NIVEAU DU PROGRAMME ABC (exemple PNEVG, CARE)

- △ Le superviseur déposera le rapport au CSI, si c'est dans le circuit ou au niveau du district sanitaire
- △ Dans la mesure de leur disponibilité les PBC acceptent de superviser des villages hors programme ; en participant seulement dans la SEBC des activités PEV
- △ Les réponses seront planifiées en privilégiant les visites vaccinales par exemple dès que le temps et les ressources seront disponibles. Le PBC peut associer les villageois et les agents de CSI dans la recherche d'une solution.
- △ Le coordinateur présentera les résultats des rapports mensuels au partenaire. Le médecin-chef convoquera une réunion pour discuter des résultats et la programmation ultérieure

AU NIVEAU CSI

- △ Les infirmiers des CSI utiliseront les données de plusieurs façons :



- en décidant où ils doivent vacciner
- en commandant les vaccins et les fournitures pour réagir vite au cas suspect des PFA etc

Essentiellement les CSI deviendront **plus actifs**. Les rapports de SEBC serviront de "choc électrique" et laisse la passivité

- △ Avec l'assistance de l'équipe cadre de **district** les PBC et les villageois ainsi que les agents sanitaires peuvent planifier leur **circuit** pour les vaccinations avancées. Il y aura de la flexibilité pour la logistique et pour les rémunérations. S'il n'existe pas de budget, une réponse convenable à tous sera trouvée en fonction de la localité.

SEQUENCE DES ACTIVITES

Le Niger propose un test-pilote de neuf à dix mois. Ci-joint le contenu de la matrice du chronogramme des activités qui est en cours de finalisation au moment de cette communication:

ACTIVITES	PERIODE (en mois)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Préparation plan d'action									
Négociation avec les partenaires									
Mise à jour des outils									
Préparer modules de formation									
Recruter un coordinateur									
Former l'ECD									
Former les AC et superviseurs									
Mobilisation PEV									
Collecte 1ère série d'informations									
Analyse d'informations/PEV									
Réaction (prestations année)									
2e collecte d'informations									
3e collecte d'informations									
2e réunion des utilisateurs									
Transmission donnée									
Examen de possibilités d'intégration									
Répétition de activités									
Evaluation									
Fin du rôle de coordinateur									
Perspectives d'avenir									



COMMUNICATION No 13

ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE
ET ACTIVITES ABC
PROVINCE DE L'EXTREME NORD- CAMEROUN

par: Dr Dama Mana, MCD Mayo Sava

I. INTRODUCTION

Le Programme d'Eradication du Ver de Guinée a été élaboré en 1990 avec l'appui de l'UNICEF, GLOBAL 2000, OMS, et CARE International quatorze ans après l'identification de la dracunculose comme problème de santé publique. Il existe deux foyers actifs dans la Province de l'Extrême-Nord (Départements du Mayo Sava et Mayo Kani) et cinq foyers historiques dans les provinces de l'Extrême-Nord (Département de Mayo Danai), du Nord (Département de la Benoue et Mayo Rey), et du Sud Ouest (Département de la Manyu et Lebialem).

II. OBJECTIF GÉNÉRAL:

Eradiquer le Ver de Guinée au Cameroun

III. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES:

1. Approvisionner 35 villages du Mayo Sava en eau potable.
2. Rompre le cycle de transmission du Ver de Guinée au niveau de 185 points d'eau.

IV. STRATÉGIES:

1. Décentralisation de la gestion du projet du niveau central au niveau du foyer actif
2. La collaboration multi-sectoriel et la complémentarité des partenaires extérieurs
3. Développement d'un système de surveillance épidémiologique et d'isolement des cas pour le renforcement de la participation communautaire
4. Promotion de l'éducation sanitaire pour le changement des comportements
5. Promotion de l'utilisation des filtres
6. Approvisionnement en eau potable des villages d'endémie
7. Lutte antivectorielle à base de temephos (ABATE) au niveau des points d'eau
8. Mobilisation Sociale
9. Intégrer les activités du PEVG dans le paquet minimum d'activités des services de santé: Centre de Santé, Service de Santé de District.
10. Intégration des autres composantes de santé et nutrition dans le paquet minimum d'activités des agents communautaires



V. ACTIVITÉS

- Entreprendre des enquêtes épidémiologiques dans les foyers actifs et historiques
- Faire la recherche active hebdomadaire dans tous les villages d'endémie en 1993, mensuelle dans les villages avec antécédents des cas en 1992 ou à risque et la surveillance passive par la notification dans des registres au niveau de chaque canton
- Confectionner/Distribuer les tamis-filtres
- Entreprendre l'éducation sanitaire dans les villages sur les différents thèmes de nutrition, vaccination, hygiène etc..
- Approvisionner les villages d'endémie en eau potable par les puits, forages, construction des biefs traditionnels, aménagement des puits traditionnels et des mares.
- Organiser la gestion des points d'eau
- Lutter contre les cyclopes par l'application du Temephos (Abate*) dans les puits et les mares d'eau utilisés par les populations
- Former les personnels de santé à la détection, isolement des cas et la prise en charge des malades dans les formations sanitaires et aux techniques de traitement des points d'eau avec le Temephos.
- Former les Agents villageois à la détection, notification, isolement des cas; à la prise en charge des malades à domicile (extraction traditionnelle du ver, pansement des plaies, éducation sanitaire), la distribution des filtres et l'exécution des autres activités de santé/nutrition/hygiène (la vaccination, l'allaitement maternel, la prévention de l'avitaminose A, la gestion des points TRO, et éventuellement la notification des maladies du PEV, les décès et la surveillance nutritionnelle)
- Organiser des rencontres transfrontalières avec les pays limitrophes (Nigéria et Tchad) pour coordonner la surveillance épidémiologique.

VI. L'INTÉGRATION DU PMA COMMUNAUTAIRE DANS LE CADRE DU PEVG

NIVEAU	ACTEURS PRINCIPAUX	ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES
DISTRICT DE SANTÉ (Mora, Tokombéré, Kolofata, Guidiguis, Kalfou)	- Chefs de Service de Santé de Districts - Chef de Bureau Santé/superviseur	Gestion des SSP + PEVG: Formation/Recyclage, Supervision/Suivi & Evaluation, EPS/Mobilisation sociale Confirmation dans les 72 heures Notification (MSP, UNICEF, OMS)
Aire de Santé CSI	-Infirmiers-Chefs de Centres de Santé Intégrés	Activités curatives, préventives et promotionnelles du PMA niveau CS + Supervision hebdomadaire des Agents communautaires, confirmation des cas/EPS Notification au district dans les 48 heures
VILLAGES	-Agents Communautaires (1 par village d'endémie)	PMA de l'AC 1. Isolement des cas: identifier tous les cas avant l'émergence ou dans les 24 heures, appliquer immédiatement un pansement avec l'huile de Tamale sur le ver émergent, extraction, identifier tous les points d'eau susceptibles d'être contaminés, mise en place des mesures de protection des points d'eau, notification au surveillant dans les 24 heures qui suivent l'émergence 2. Surveillance épidémiologique journalière (recherche case par case) 3. Éducation sanitaire 4. Distribution des filtres 5. Animation au sein des comités de gestion de l'eau (identification, traitement de l'eau et protection des points d'eau) 5. Gestion des points TRO 6. Notification des cas de maladies cibles du PEV, les décès, la surveillance de l'état nutritionnel

VII. LES PRINCIPAUX SUCCÈS

- La décentralisation effective de prise des décisions et affectations des ressources au niveau de district
- Adhésion de la communauté pour lutter contre le Ver de Guinée et prendre en charge les problèmes de développement sanitaire
- Constitution d'une masse critique des volontaires villageois (Agents Communautaires) à participer efficacement dans la résolution des problèmes communs
- La naissance d'une dynamique de coordination et de collaboration entre les partenaires de l'assistance bilatérale, multilatérale ainsi que les ONG, le secteur public et privé, les institutions de recherches, les universités etc en vue de relever le défi d'un objectif ambitieux comme l'éradication du Ver de Guinée.
- Le renforcement des Soins de Santé Primaires à travers l'appui apporté par le PEVG
- Le développement de la base pour l'intégration progressive des activités de santé, nutrition, hygiène et assainissement dans le paquet minimum d'activité des agents communautaires
- L'interruption de la transmission des cas du VG au Cameroun.

VIII. LES PRINCIPALES CONTRAINTES

- L'insuffisance des fonds pour développer toutes les activités d'éradication surtout l'approvisionnement en eau potable et le payement des récompenses.
- La mobilité excessive des Agents Communautaires (commerce inter-communautaire et inter-états, travaux agro-pastoraux, transhumance, griotisme).
- La démobilisation de la plupart des agents communautaires due au rythme lent de leur intégration aux autres activités de santé et nutrition après l'interruption de la transmission des cas de Ver de Guinée dans les villages d'endémie .
- Terrain difficile (inondations, pistes impraticables pendant la saison des pluies, montagnes longues distances entre villages et Centres de Santé).

IX. LES PERSPECTIVES

- Le renforcement des activités à base communautaire et son extension à grande échelle
- La finalisation de la cartographie des tous les foyers d'endémie de VG et l'intégration des autres indicateurs de santé, nutrition, hygiène & assainissement dans les système d'information géographique.

Proposition d'un Paquet Minimum d'Activités A Base Communautaire (PMA-COM)

ACTIVITES	Proposition de PMA-COM	Observations
ACTIVITES PREVENTIVES		
Vaccination	Recherche enfants	
Surveillance nutritionnelle	X	
Prévention Avitaminose A	X	
Hygiène bucco-dentaire	X	
Surveillance prénatale	X	
Espacement des naissances	X	
ACTIVITES CURATIVES		
Diarrhées/déshydratation (TR0)	X	
Cas de dracunculose (extraction du VG/pansements)	X	
ACTIVITES PROMOTIONNELLES		
Messages de Savoir pour Sauver (Vaccination, nutrition/sevrage, Diarrhées/TRO, paludisme, Espacement des naissances, MST/SIDA...)	X	
Utilisation des moustiquaires imprégnées	X	
Eradication dracunculose	X	
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE (SNIS et Surveillance à base communautaire)		
Dracunculose	X	
Poliomyélite (paralysie flasque)	X	
Tétanos néo-natal (ou suspicion si décès NN - 1mois)	X	
Rougeole	X	
Méningite	X	
Choléra	X	
Naissances	X	
Décès	X	

COMMUNICATION No 14

**Surveillance Communautaire au niveau District :
Cas du Programme d'Eradication du Ver de Guinée du
TCHAD**

Par

Dr Gagde Hinn Dandjé, coordonnateur national PNEVG.

DONNEES DE BASE

- Taux brut de natalité 41‰
- Taux brut de mortalité 16,3‰
- Taux de mortalité infantile 132‰
- Taux de mortalité infanto 222‰
juvénile
- Accès à l'eau potable 25%
- Accès aux latrines 21%
- Accès aux services de santé 58%
- Taux brut de scolarisation 31,8%
/primaire

SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE AU TCHAD

I. SURVEILLANCE DE ROUTINE

- ☛ Système d'information sanitaire National
- ☛ Relevé épidémiologique (plutôt lié aux circonstances)
- ☛ Canaux informels
 - Autorités traditionnelles / Notables
 - Comités de santé

II. SYSTEME DE SURVEILLANCE (Cas du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée - PNEVG)

- ☛ Objectifs
 - Compléter le système de surveillance national
 - Dépister et isoler les cas de VDG
 - Orienter les actions du programme
 - Renforcer le partenariat avec les communautés

☛ Structure et Fonctionnement

- . Les niveaux impliqués
- . Responsabilités à chaque niveau
- . Collecte et Transmission des données
- . Traitement et Diffusion des données

☛ LES SUCCES

- Transmission régulière des données
- Données fiables
- Taux d'abandon des ASV faible
- Soutien des populations aux ASV

Ces succès s'expliquent par :

- La motivation des ASV
- Leur formation
- L'implication des populations au choix des ASV

☛ CONTRAINTES

- Difficultés d'accès à certaines zones pendant la saison des pluies
- Manque d'intégration de la surveillance VDG au système national s'expliquant par :
 - . Verticalité du PNEVG
 - . Faiblesse de la couverture nationale
 - . Méconnaissance de la maladie et manque d'intérêt de la part de certains responsables sanitaires des niveaux intermédiaires et périphériques
- Certaines croyances de populations (Fatalisme, sort maléfique)

III. PERSPECTIVES (échelle nationale)

- ☛ Nécessité d'étendre la Surveillance à d'autres maladies et à d'autres zones
- ☛ Volonté d'initier la Surveillance intégrée à Base Communautaire dans le cadre de la revitalisation des CS qui se met en place dans le pays.
- ☛ Démarrage dans un premier temps dans 2 districts sanitaires : Mongo (projet SMSR) et Fianga Zone du PNEVG

THEME 7: SUIVI ET MONITORING DES A.B.C / SYSTEMES D'INFORMATION

COMMUNICATION No 15

LE SYSTEME D'INFORMATION A BASE COMMUNAUTAIRE (SIBC) AU BENIN

INTRODUCTION

Depuis 1993, le Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine Béninois, avec l'appui de l'UNICEF, met en oeuvre une initiative dénommée Système d'Information à Base Communautaire (SIBC).

Le SIBC est un ensemble d'outils et d'activités permettant aux populations, surtout rurales, de participer pleinement à la collecte, à l'analyse des données et à la prise de décision conséquente en vue de la résolution de leur problèmes de santé et de développement.

Afin d'impliquer tous les secteurs de développement, la nutrition a été choisie comme porte d'entrée de ce système. En effet, la nutrition est un point de convergence de tous les secteurs (santé, agriculture, hydraulique, éducation, ...).

1- POURQUOI LE S.I.B.C ?

Au Bénin, le système sanitaire est calqué sur la structure politico-administrative. Le Centre de Santé de commune constitue la structure, la plus décentralisée. Des efforts louables ont été faits pour améliorer la qualité des services à ce niveau mais la couverture pose toujours problème malgré le développement des activités en stratégie avancée. Une partie importante de la population, surtout rurale est donc laissée pour compte par les services de santé.

Pour un plus grand impact des programmes de santé, les populations ont besoin d'être impliquée dans l'analyse de la situation sanitaire afin d'établir des objectifs spécifiques et prendre des décisions plus éclairées. Or, dans la majorité des villages, très peu d'informations démographiques et sanitaires sont accessibles. En effet, seuls les enfants nés dans une maternité sont inscrits dans un registre de naissance. Le taux d'accouchement assisté étant en moyenne de 50%, il est donc évident que la moitié des naissances n'est pas enregistrée à temps. Les déclarations de décès sont très rares.



Pour ce qui est du système d'information sanitaire, l'analyse de la situation révèle que, au niveau national, un certain nombre de problèmes entravent la bonne marche du système:

- retard dans la transmission et le traitement des données;
- absence de rétro-information,
- non prise en compte des informations provenant des Unités Villageoises de Santé fonctionnelles.

Au niveau communautaire, on note une absence totale d'analyse des données par les agents villageois de santé et l'absence de feed-back avec la population desservie.

C'est pour palier à ces problèmes et responsabiliser les populations dans l'analyse et la prise de décision pour leur développement socio-sanitaire que le système d'information à base communautaire a été initié.

2- OBJECTIFS DU S.I.B.C

2.1- Objectif général

Responsabiliser les populations dans la résolution de leurs problèmes de santé, voire de développement, par une meilleure décentralisation des activités socio-sanitaires.

2.2- Objectifs spécifiques

- créer ou redynamiser au niveau des villages un système simple de collecte et d'analyse des informations nutritionnelles, sanitaires et démographiques.

- assurer dans chaque village retenu l'analyse périodique (1 fois/trimestre) des informations recueillies

- organiser à tous les niveaux l'appui nécessaire à la résolution des problèmes identifiés sur la base des données et décisions issues du village.

- promouvoir la collaboration intra et intersectorielle et la concertation entre les différents intervenants.

3 - CADRE ET MODALITES DE MISE EN OEUVRE

En 1992, un atelier de planification de la mise en oeuvre a regroupé des représentants de différents secteurs (Santé, Affaires Sociales, Développement Rural, ONG). Cet atelier a défini les objectifs du système et retenu les données à collecter, les supports de données et les indicateurs. L'atelier a également planifié les activités de mise en oeuvre allant de l'identification des villages au suivi/évaluation en passant par l'information et la sensibilisation, le choix des acteurs, la formation.

3.1- Identification des localités

Au lieu de 20 villages prévus au départ, le système a démarré dans 19 villages

pilotes répartis dans 4 Sous-Préfectures. Les critères de choix des villages sont en annexe 1.

3.2- Données à collecter, indicateurs et supports

Comme déjà mentionné, la nutrition constitue la porte d'entrée du système. Ainsi, les informations de base sont l'âge et le poids qui permettent de juger de l'état nutritionnel de la population grâce aux indicateurs poids à la naissance qui reflète le statut nutritionnel de la mère et le poids par rapport à l'âge des enfants de moins de 3 ans. Les autres informations utiles concernent les naissances, les décès maternels et infantjuvéniles et les cas de maladies comme la rougeole, le tétanos néo-natale, la poliomyélite.

Comme supports de données il y a :

- le registre de recensement
- le registre des cas
- la carte de suivi individuel (détenue par la mère)
- la carte communautaire qui n'est qu'un modèle agrandi de la carte individuelle
- le cahier de décision
- le registre de compte.

3.3- Les acteurs du SIBC

le système est animé au niveau du village par un Comité appelé Comité Villageois de Décision (CVD). Il est composé de 7 membres dont l'agent communautaire (AC) qui est le point focal pour les activités. Ils sont choisis par la population en Assemblée générale du village. Les structures d'appui sont les comités de développement à différents niveaux. La composition du CVD et les critères d'éligibilité des membres sont en annexe 2.

4- ACTIVITES DES AC/CVD

L'agent communautaire, appuyé des autres membres du CVD, a pour principales tâches de :

- informer et mobiliser la population autour des objectifs du SIBC et le choix de la nutrition comme porte d'entrée.
- faire le recensement des enfants de moins de 3 ans et mettre régulièrement à jour le registre de recensement pour les nouvelles naissances et les absents revenus dans le village.
- enregistrer les autres informations utiles (cas de décès, de maladie)
- faire la pesée mensuelle des enfants
- interpréter la courbe de poids de chaque enfant et discuter des résultats avec la mère

- apprécier le statut nutritionnel des enfants du village
- présenter les résultats à la communauté une fois par trimestre
- participer à l'analyse des problèmes et dégager les actions correctrices
- faire des visites à domicile orientées vers les enfants malnutris.

Le fonctionnement du SIBC repose sur l'organisation des journées trimestrielles de santé au cours desquelles la situation nutritionnelle des enfants du village est présentée à l'aide de la carte communautaire. Les autres informations socio-démographiques sont également portées à la connaissance de toute la population.

Les principaux problèmes sont identifiés de même que leurs causes et des actions correctrices prioritaires sont arrêtées et planifiées.

5 - RESULTATS

Depuis le démarrage des activités par les CVD en 1993 (Avril pour les premiers et Novembre pour les autres) les résultats enregistrés sont encourageants. Les supports d'informations sont remplis. Les séances de pesée sont organisées.

Certains villages tiennent régulièrement les réunions trimestrielles au cours desquelles la communauté fait des analyses objectives et propose des actions pertinentes.

Par exemple dans un village l'augmentation subite du nombre d'enfants sous-poids est rattachée aux fréquents épisodes de diarrhée dus à l'absence d'eau potable pendant cette période de l'année. Dans un autre village, la population explique le mauvais état nutritionnel des enfants par la mauvaise qualité des aliments de sevrage. Dans le premier cas, sur décision de la communauté, le service de l'hydraulique est à pied d'oeuvre pour approvisionner le village en eau potable. Dans l'autre, en plus des séances de démonstration culinaire organisées par le CVD, un appui technique est apporté aux paysans pour la culture de soja.

6 - DIFFICULTES ET APPROCHES DE SOLUTIONS

Au nombre des difficultés rencontrées, on peut citer:

- l'insuffisance de supervision des CVD par les niveaux communes et sous-préfectures. Certains agents de santé impliqués dans le système au départ sont affectés et remplacés par d'autres. Des séminaires de formation-recyclage sont organisés à l'intention de ces agents.

- la non utilisation des informations collectées par les CVD aux niveaux supérieurs. Lors d'une réunion de concertation, un schéma de modalités de prise en compte de ces informations a été proposé.

- le relâchement des activités au niveau de certains villages dû au manque de motivation (insuffisance de supervision, bénévolat). Une tournée de recensement des différentes formes de motivation a été effectuée et les CVD sont en train d'être organisés pour des initiatives des activités génératrices de revenus mais il se pose le problème de disponibilité de fonds suffisants pour l'appui nécessaire.

- L'insuffisance des capacités des communautés en matière de planification et de gestion des micro projets. Une formation et une assistance technique sont indispensables.

CONCLUSION

A côté de ses insuffisances, le SIBC a des avantages certains. Il permet :

- de disposer d'informations fiables au niveau local
- d'assurer la surveillance épidémiologique de certaines maladies cibles
- d'impliquer réellement la population dans l'identification et la résolution de ses problèmes.

Pour lui garantir une meilleure chance de succès, il faut assurer une supervision régulière par tous les niveaux, organiser les CVD et leur donner l'appui technique et financier nécessaire pour mener des activités génératrices de revenus.

Avant d'évaluer ce système, il a été retenu d'étendre sa zone d'expérience afin de prendre en compte les différences régionales éventuelles en matière d'organisation communautaire pour créer un effet de synergie qui pourrait favoriser un meilleur impact.

ANNEXE 1

CRITERES D'ELIGIBILITE DES LOCALITES

- Avoir une structure de santé de commune fonctionnelle avec un personnel disponible et consciencieux, doté en moyens logistiques (moto)
- Avoir un esprit de cohésion et un niveau d'organisation satisfaisant
- Avoir une population de 500 habitants au plus
- Existence d'un noyau de personnes alphabétisés aptes à recevoir la formation technique
- Existence d'Agents villageois de santé déjà opérationnels ou accepter leur mise en place
- Disponibilité après la sensibilisation de la population d'adhérer un programme.
- Existence d'autres projets de développement souhaitable (hydraulique, agriculture, etc ..)

ANNEXE 2

COMPOSITION DU COMITE VILLAGEOIS DE DECISION

- 1 président
- 1 vice-président
- 1 gestionnaire
- 2 organisateurs
- 1 secrétaire
- 1 agent communautaire (AC)

Trois au moins de ces membres doivent être des femmes.

Critères d'éligibilité des membres

- résider dans le village
- jouir de la confiance totale des populations
- être animé de bonne volonté
- avoir une bonne moralité
- accepter le bénévolat
- être un bon rassembleur et un bon animateur
- être actif
- le secrétaire, le gestionnaire et l'AC doivent savoir lire et écrire en français.

COMMUNICATION No 16

**SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE DE PREMIER
ECHELON
(NIVEAU CENTRE DE SANTE)**

-CAS DU MALI-

CONTEXTE NATIONAL:

Réforme du système de sante basée sur:

- l'offre d'un paquet minimum d'activités (CSCOM, CSAR)
- un plateau technique minimum
- la notion d'aire de santé
- la gestion communautaire (ASACO)
- la décentralisation du système de santé

1

1
1
1

---> trois niveaux:

- * opérationnel
- * régional
- * central

- Système d'information sanitaire (SIS)

Il est basé sur deux instruments fondamentaux:

- * le rapport trimestriel d'activités
- * le logiciel DESAM (Développement Sanitaire du Mali) qui intègre:
 - # les données de production
 - # la carte sanitaire actualisée (Atlas gis)
 - # les bases de données sur les populations cible

Dans le contexte de ce système national d'information, le rapport d'activité du premier échelon (niveau centre de santé) comporte 5 sections:

SECTION 1

- Données liées au fonctionnement du centre:

- Personnel
- Supervision
- Autres visites
- Réunion du conseil de gestion

SECTION 2

- Données liées aux activités:

- * PMA - Population de l'aire
- * PMA - Population hors aire
- * PEC des tuberculeux
- * PEC de la lèpre
- * Traitement Communautaire de l'Onchocercose
- * Activités promotionnelles:
 - # IEC
 - # Séances démonstration nutritionnelle
 - # Animation hygiène - assainissement

SECTION 3

- Gestion des ressources
 - * Finances
 - * Médicaments
 - * Chaîne de froid
 - * Logistique

SECTION 4

- Identification des problèmes
 - * Problèmes
 - * Solutions envisagées
 - * Responsable de l'exécution

SECTION 5

- Rapports morbidité/ mortalité
- Observations ESCOM

PRINCIPAUX SUPPORTS DU SYSTEME LOCAL D'INFORMATION SANITAIRE :

- . Fiches opérationnelles (enfant, CPN,...)
- . Echancier classés par villages
- . Cahier d'ouverture et de clôture de FO
- . Collecte mensuelle des données par activités - village par village en analyse
- . Graphique cumulatif
- . Rapport trimestriel d'activités

ELEMENTS D'EVALUATION

- * Réunions statutaires :
 - . Réunion du comité de santé
 - . Réunion trimestrielle au niveau du cercle
 - . Réunion de CROCEPSS régional
- * Réunions ponctuelles de suivi.

THEME 8: REPRESENTATIVITE ET IMPLICATION DES FEMMES DANS LES ABC.

COMMUNICATION No 17

(extraite de l'introduction du thème- Voir Tome 1)

Exemple d'un projet de soins de sante à base communautaire qui a réussi en utilisant une approche de genre:

LES FOYERS DE DÉMONSTRATION NUTRITIONNELLE
AU BURKINA

par

Kate Lifanda, UNICEF WCARO

Ce projet a été développé dans une zone sahélienne avec des taux très élevés de malnutrition, de morbidité et de mortalité infantile.

- Province du Sahel au Burkina Faso après la sécheresse de 1984-85
- 70% des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition, (situation critique- malnutrition aigüe- pour 50% d'entre eux)
- Mortalité infantile est grimpé jusqu'à 80% dans certains villages/quartiers dû à la malnutrition la diarrhée, et la fièvre aggravée par le gavage

Dans cette situation nutritionnelle de gravité évidente, un programme d'urgence a été ajouté au projet initial de formation nutritionnelle

- Enquêtes et surveillance nutritionnelle
- Supplémentation alimentation d'urgence

La plupart des familles étaient extrêmement pauvres, avec les mères généralement seules responsables du bien-être familial

- Revenu annuel par habitant de moins de 50.000 FCFA
- La plupart des pères et des hommes jeunes étaient absents (exode rural et émigration) laissant seulement les personnes âgées, les femmes et les enfants au village

PRINCIPALES ACTIVITES DU PROJET
“FOYER DE DEMONSTRATION NUTRITIONNELLE”

- Recrutement et formation du personnel
- Développement d'un manuel de formation et de matériaux didactiques basés sur les réalités des villages.
- Animation et organisation au niveau du village pour introduire le programme et identifier les volontaires ----> Focalisation sur toute la communauté mais notamment sur les preneurs de décision (maris, belle-famille, marabout)
- Formation de monitrices de démonstration nutritionnelle (En complément des accoucheuses villageoises et des agents de santé villageois existants)
- Lancement d'une série d'ateliers ambulants de foyers de démonstration nutritionnelle utilisant les aliments et les méthodes de préparation locaux
- Renforcement des messages nutritionnels à travers des réunions communautaires régulières après les ateliers (Utilisation d' exemples pratiques et de la dynamique du groupe)
- Suivi et qualification des résultats du programme à travers la collecte et l'analyse des données de surveillance nutritionnelle

RESULTATS DES FOYERS DE DEMONSTRATION NUTRITIONNELLE

- Rétablissement de quasiment tous les enfants souffrant de malnutrition aigüe en deux à trois mois
- Surveillance continue des enfants et des familles jugés à risque par les membres de la communauté eux mêmes
- Baisse de 50 à 75% du taux de mortalité infantile (selon les villages/quartiers)
- Amélioration nette de la proportion d'enfants malades et du taux - de mortalité infantile dû à la diarrhée

CET EXEMPLE DEMONTRE PLUSIEURS DES FACTEURS CLES DE SUCCES
DES PROGRAMMES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

- Les besoins des femmes et des enfants ont été adressés avec toute la communauté villageoise et pas isolement

. En se focalisant sur les preneurs de décision et sur les sources d'influences clés, qui sont souvent des obstacles au changement;

. En se basant sur les traditions positives/ancestrales de responsabilité familiale et de solidarité communautaire

- Le programme n'a pas demandé d'investissements importants

. Tous les coûts en matériaux locaux ont été supportés par les villageois, à part les frais de déplacement des formateurs

. Approche de "Formation des formateurs" pour assurer la continuité;

- Les réussites enregistrées à court terme ont été mise en oeuvre pour combattre l'acceptation du status quo et les sentiments d'impuissance et de fatalité au niveau de la communauté.

. Par exemple, le rétablissement des enfants souffrant de malnutrition aiguë a été souvent considéré comme un symbole et une source de fierté pour le village.

COMMUNICATION No 18

Rôles et Réalités des Hommes et des Femmes dans la Gestion des Activités à Base Communautaire

Par

Jennifer Francis,

**Centre International pour l'eau et
l'assainissement (IRC), Pays-Bas**

Le problème de base qui nous concerne aujourd'hui est l'implication des communautés au sein des programmes pour favoriser la réussite et la pérennisation des activités. Pour que les membres des communautés puissent participer activement à l'amélioration des conditions de vie, il faut d'abord analyser la situation des groupes concernés.

- Qui utilise les services pour la santé, la nutrition et l'hygiène et l'assainissement et dans quel but?
- Qui a accès aux services et aux institutions et qui assure la prise de décision pour leur utilisation?
- Qui bénéficie des activités liées à l'eau potable, à l'hygiène et l'assainissement et à la nutrition?

Pour pouvoir répondre à ces questions, nous devons d'abord en savoir plus sur le rôle et la réalité quotidienne de tous les membres de la collectivité: hommes, femmes, enfants et personnes âgées.

J'entends par rôle et réalité quotidienne, le travail, les tâches, les besoins, l'accès aux ressources, et les pouvoirs de décision et de contrôle sur les ressources et sur les bénéfices. Ces rôles et ces occupations, qui sont différents pour les hommes et pour les femmes, sont déterminés par le cadre socioculturel, et peuvent varier d'un pays à l'autre.

La répartition du travail en fonction du sexe:

Dans la plupart des communautés rurales dans le monde, les hommes et les femmes ont chacun leurs tâches et leurs responsabilités spécifiques dans le domaine de l'agriculture.

Les hommes sont responsables de la préparation du sol et de l'irrigation tandis que les femmes s'occupent du repiquage, du désherbage et de la récolte et sont responsables des cultures pluviales. Elles fournissent deux fois plus de travail que les hommes dans les cultures irriguées, mais ce sont le plus souvent les hommes qui ont le contrôle de l'eau. Ils sont responsables de l'infrastructure et de la distribution de cette ressource.

Or Les femmes fournissent leur main-d'oeuvre pour assurer la disponibilité en eau. La production en provenance des champs des femmes et de leurs jardins potagers est également sous le contrôle des hommes.

Lors de la mise en place de certains projets d'irrigation, des collectivités ont été obligées de changer complètement leurs activités de subsistance. Ces changements ont eu des effets aussi bien pour les femmes que pour les hommes, étant donné que tous contribuent à leur façon à la subsistance du ménage. Par exemple, changer une culture vivrière en une culture purement commerciale peut entraîner des avantages commerciaux pour les hommes, mais aussi une diminution du contrôle par les femmes sur les moyens de subsistance familiale.

Quand l'eau se fait rare, il y a une situation de conflit et de rivalité, car les femmes ont besoin de l'eau pour le ménage, tandis que les hommes en ont besoin pour le bétail. Le fait de ne pas tenir compte des rôles, des responsabilités et des besoins des femmes, peut entraîner leur déplacement. En revanche, le fait de reconnaître la différence de mode d'utilisation de l'eau par les hommes et par les femmes dans l'agriculture et leurs bénéfices respectifs peut entraîner une augmentation de la productivité et la nutrition.

La recherche des compromis

Un des principaux points de désaccord entre les hommes et les femmes porte sur l'emplacement des points d'eau. Les hommes veulent souvent que la source soit placée à l'extérieur de la communauté pour abreuver le bétail, alors que les femmes préfèrent que la source soit près de leur maison pour l'usage domestique.

Après la construction d'une nouvelle adduction d'eau, on recrute d'habitude des femmes volontaires pour le nettoyage et la maintenance préventive, tandis que les hommes reçoivent une formation spécialisée, et sont payés pour faire les travaux de réparation et de maintenance.

Les hommes qualifiés ne sont pas très motivés pour visiter les points d'eau domestiques et pour assurer les travaux de maintenance, car ils ne se sentent pas directement concernés lorsque ce

système d'approvisionnement en eau tombe en panne. D'ailleurs, les visites fréquentes des hommes aux points d'eau utilisés par les femmes ne sont pas très appréciées.

Dans le domaine de l'éducation à l'hygiène, on demande aux femmes de changer les habitudes relatives à l'hygiène de toute la famille, mais on ne se rend pas compte que les femmes n'ont pas toujours le temps, ni les moyens financiers pour changer leurs propres comportements et qu'elles n'ont pas l'influence nécessaire pour changer les habitudes des hommes et des adolescents de la famille.

Si les projets ne tiennent pas compte des différences traditionnelles de la réalité quotidienne des hommes et des femmes, ils risquent d'empêcher aussi bien les hommes que les femmes d'agir dans les domaines où ils ont justement les compétences et les pouvoirs.

Approvisionnement en eau et assainissement

Une mauvaise évacuation des déchets humains, domestiques et industriels est la cause principale de la pollution de plus en plus grave des ressources en eau car les gouvernements attachent moins d'importance à l'amélioration de l'assainissement, qu'à l'amélioration de l'approvisionnement en eau. Les effets de la décennie internationale pour l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement (1981-1990) ont montré qu'au bout de 10 ans, 1350 millions de personnes bénéficiaient d'un meilleur service d'eau, alors que 750 millions seulement ont obtenu de meilleures installations sanitaires.

Une des raisons qui explique ce progrès relativement lent, est peut-être le fait que l'approvisionnement en eau potable est un besoin ressenti par les hommes et les femmes, ce qui représente un enjeu politique, alors que le besoin en assainissement (ressenti plus directement par les femmes) n'est pas une priorité politique.

Parmi les projets d'assainissement réussis, on peut citer les projets où les femmes ont été formées comme maçon pour construire des latrines. Comme elles ont déjà une certaine expérience de ce genre de travail, et comme elles sont très motivées pour améliorer l'assainissement, elles sont le mieux placées pour communiquer avec d'autres femmes.

Lorsque le travail est payé, ce sont souvent les hommes qui le font, et les femmes cessent de participer.

A cause des différences dans le domaine de la production, du travail, des responsabilités et de l'accès aux ressources, les bénéfices résultant des activités pour la santé, la nutrition et l'hygiène et l'assainissement sont perçus différemment par les hommes et par les femmes. En conséquence, ils ont souvent des critères différents pour évaluer l'efficacité, la justice l'opportunité et la qualité d'une intervention.

Participation et planification par objectifs bien déterminés par les communautés

Au cours des dix dernières années, les planificateurs des programmes ou projets ont beaucoup réfléchi aux problèmes liés au sexe, et ils sont arrivés à la conclusion que la participation est un élément essentiel dans la planification. Les techniques de recherche et de planification participatives peuvent être très utiles, à condition de tenir compte des facteurs socioculturels qui

déterminent les comportements des hommes et des femmes, et à condition d'être basées sur les connaissances traditionnelles.

Dans de telles recherches, le seul rôle du chercheur est de fournir une structure pour les informations. La collecte des données, le flux de l'information sont déterminés par les hommes et les femmes concernés eux-mêmes.

Des recherches sur la division du travail et des responsabilités entre les hommes et les femmes, ont montré que les hommes, les femmes, les enfants et les personnes âgées sont tous impliqués dans l'approvisionnement en eau et l'assainissement et la nutrition tant au niveau de la maison que de la collectivité et de la zone environnante.

Chacun a ses connaissances spécifiques, ses tâches et ses exigences.

Grâce aux résultats des recherches, les hommes et les femmes concernés ont pu voir leurs rôles respectifs et leur réalité quotidienne sous une nouvelle optique. Ils ont pu se rendre compte que leurs rôles et leurs responsabilités, bien que prédéterminés par des facteurs socioculturels, sont des processus dynamiques susceptibles de changement.

La planification participative permet aux hommes et aux femmes d'envisager une série d'options, et leurs conséquences. Elle leur permet aussi de choisir la technologie, le concept, les systèmes de maintenance, de gestion et de financement le mieux approprié à leurs besoins et à leurs capacités. La disponibilité d'eau, l'accès aux services et la gestion des activités à base communautaire peuvent avoir les effets néfastes, si les rapports humains ne sont pas pris en considération. En tant que responsables de la planification et de la mise en place des projets, nous devons assurer que:

1. il y a une connaissance de base suffisante sur l'accès et l'utilisation des ressources des services et des structures et sur l'attribution des droits et des responsabilités;
2. les femmes et hommes sont consultés pour déterminer les activités qu'ils sont capables de gérer,
3. l'accès aux ressources, aux services, à l'éducation et la formation est ouvert de façon égale aux hommes et aux femmes,
4. les personnels des projets sont sensibilisés et formés sur les aspects de genre (rôles et réalités des femmes et des hommes).

Proclamer le droit des communautés à l'accès de l'eau et à la santé, prôner la gestion des ressources et des activités au niveau approprié (le plus près des utilisateurs), plaider les mérites de la participation de toutes les parties intéressées, n'a aucun sens tant qu'on ne prendra pas en considération le fait que:

1. les femmes et les hommes participent aux activités de façon différentes;
2. ils influencent la qualité des activités de façon différente,
3. ils sont affectés par les activités de façon différente;
4. ils sont capables, socialement, économiquement et politiquement de contribuer à une gestion intégrée des activités santé, nutrition et l'hygiène et l'assainissement.

**THEME 9: AMELIORER LA PARTICIPATION DES
COMMUNAUTES DANS LES SYSTEMES DE
SANTÉ REVITALISES**

COMMUNICATION No 19

**L'AIRE DE SANTÉ REVITALISEE COMME PORTE D'
ENTREE POUR LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
au MALI.**

Cas du District de BLA, Région de Ségou.

Voir document complet page suivante



**ATELIER TECHNIQUE SOUS REGIONAL SUR LA PROMOTION DES
ACTIVITES DE SANTE, NUTRITION, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT
A BASE COMMUNAUTAIRE (ABC)**

NOUAKCHOTT-MAURITANIE 01/10/1997 au 04/10/1997.

Dr Alfani Shesoko E⁽¹⁾, Dr Magassa Nama⁽²⁾, Mme Victoria Wise⁽¹⁾ Dr Mme Diakite Sira Mama⁽³⁾
⁽¹⁾ Unicef Mali ⁽²⁾ District sanitaire de Bla ⁽³⁾ Division Santé Familiale Bamako

**AIRES DE SANTE COMME PORTE
D' ENTREE POUR LE DEVELOPPEMENT
COMMUNAUTAIRE**

Cas du District de BLA Région de Segou
République du Mali

1. Généralités

1.1. Politique sectorielle de santé au Mali

A l'instar des autres pays de la région africaine, le Mali a souscrit aux recommandations de la conférence internationale d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (SSP). Depuis les années 80, le Mali a bénéficié de nombreux appuis dans le cadre des projets spécifiques. Ces projets ont tous été financés par l'état et ses partenaires au développement, que se soient les coopérations bilatérales ou multilatérales, les ONGs ou les communautés.

La multiplicité et la diversité des appuis reçus ont contribué à développer des capacités nationales dans plusieurs domaines. Aujourd'hui, on peut palper les résultats de tous ces efforts.

Les principes de base formulés par l'Initiative de Bamako ont avantageusement servi de cadre de référence à cette politique, ils ont globalement présidé à l'organisation et au développement du secteur.

Aussi pour atteindre l'objectif de la « Santé pour tous », le Mali a fait une déclaration solennelle de sa politique sectorielle de santé et de population, entrepris une série de réformes structurelles d'accompagnement.

Les priorités, les objectifs, la stratégie et les ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette politique ont été décrits et surtout mis à la disposition de tous les partenaires intervenants dans le secteur socio sanitaire. Un système de santé porteur d'espoirs a vu le jour depuis lors et se consolide chaque jour davantage.

Les maîtres mots du système de santé et de population mis en place au Mali se nomment : performances techniques et viabilité économique; gestion transparente et participation communautaire, cofinancement et complémentarité multisectorielle, prestations de qualité et accessibilité de soins, etc...

Au cœur des préoccupations de cette politique on retrouve une ferme volonté d'améliorer l'état de santé de la population en général mais particulièrement celui du couple vulnérable mère-enfant.

La mise en œuvre d'une telle politique nécessite une disponibilité effective de ressources humaines et matérielles au niveau opérationnel, un engagement constant des cadres et des décideurs politiques de haut niveau.

Le principe de cofinancement et de complémentarité a été retenu et est recherché à tous les niveaux, la mobilisation et l'implication des bénéficiaires et des prestataires des soins sont conjuguées, des méthodes et outils de gestion appropriés sont mis en place.

Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique a conduit l'état malien à créer un Projet National, le PSPHR (Projet-Santé-Population et Hydraulique Rurale) pour servir de cadre de concertation périodique d'une part aux principaux bailleurs de fonds dont l'état, les représentants des communautés, l'Unicef, la Banque Mondiale, la KFW, l'USAID, le FED, le FAC et les acteurs de terrain d'autre part

1.2. Aire de santé

1.2.1. Définition

On entend par aire de santé, un ensemble des villages (en milieu rural) ou des quartiers (en milieu urbain et peri-urbain) plus ou moins homogènes, regroupés autour d'un même projet de développement communautaire, le CSCom

La **taille** de la population qui la compose (en moyenne 10.000 hab.) est un compromis observé entre :

- * le besoin de viabilité économique du CSCom d'une part; celui-ci doit en effet être suffisamment grand pour permettre de générer assez des ressources financières indispensables à son fonctionnement harmonieux, mais aussi être suffisamment petit pour garantir au sein de ses adhérents, un sentiment d'appartenance à un même corps social ...)
- * le besoin pour le personnel technique d'avoir à traiter d'autre part suffisamment des cas à la consultation afin d'entretenir et pourquoi pas d'améliorer son niveau de connaissance technique mais pas au point de la compromettre par une surcharge quelconque .

L'étendue de l'aire de santé est maintenue autant que possible dans les limites 15 km de rayon au maximum C'est la distance maximale qui sépare le CSCom des villages, distance que doivent parcourir les utilisateurs pour accéder aux soins de premier niveau.

La délimitation des aires de santé est une étapes cruciale de la planification sanitaire au niveau du district. L'ensemble des aires de santé d'un district sont délimitées lors de l'élaboration de la carte sanitaire, outils d'appoint à la négociation entre la communauté et les partenaires au développement (état, coopérations multi et bilatéraux, ONGs), dans la mise en œuvre des structures de soins de santé de base

1.2.2. Pourquoi le découpage d'un district sanitaire en aires de santé

Le découpage du district en aires de santé (carte sanitaire) représente pour les districts :

*Une base concrète et objective de négociation, une occasion favorable pour animer la participation communautaire au développement des activités socio-sanitaires dans le district Les négociations se font en termes d'adhésion des villages, d'engagements spécifiques des parties en présence, de contrats, de travaux à faire, de quote part financière, de règles de jeu à observer, etc).

*Un outil de planification, d'évaluation des activités d'implantation des structures socio sanitaires au niveau du premier echelon

*Un facteur d'équité dans la mesure où les ressources disponibles sont réparties et mises directement à la disposition des communautés

1.2.3.Méthodologie du découpage de district en aires de santé

Séquences du découpage

-Disposer d'une carte du district mentionnant les localisations exactes des villages, de populations actualisées par village, du relief (fleuves, montagnes, falaises, etc.)

Carte N° 1

-Disposer d'une carte du district mentionnant les localisations exactes des structures de soins existantes. Carte N° 2

-Sur la première carte, délimiter les villages en groupes de 10.000 habitants en moyenne dans un rayon de 15 km au maximum (dans la mesure du possible) en tenant compte des obstacles naturelles. Carte N° 3

- Superposer la Carte N° 2 et la Carte N° 3 pour mettre en évidence la cohérence ou l'incohérence entre la répartition géographique des structures actuellement disponibles dans le district par rapport à la répartition des villages ou des populations à desservir.

Discuter les différents scénarii qui en résultent à savoir :

- (i) Des aires dépourvues des structures soins de santé (sites de programmation de CSCCom)
- (ii) Des aires pourvues d'une structure de soins de santé (discuter la possibilité de revitalisation des structures en question en tenant compte de leur position centrale par rapport aux villages à desservir, de l'appartenance du centre par rapport à la collaboration future à établir)
- (iii) Des aires pourvues de plus qu'une structure de soins de santé (discuter du choix de la structure à revitaliser en tenant compte des critères énoncés au point (ii), et d'autres avantages comparatifs)

Elaborer la carte sanitaire théorique qui sera négociée avec les populations concernées.

Pendant la négociation tenir compte des autres critères sociales, ethniques, etc...

2. Le cercle de Bla (district de Bla)

2.1. Contexte

Le district sanitaire de Bla est situé dans la partie sud de la 4^{ème} région économique du Mali, Sagou. Sa superficie est de 7293 km², le relief est peu accidenté, le climat est du type soudanais (savane arborée) La hauteur des pluies varie de 600 à 1000 mm/an. Le réseau routier compte seulement 120 km de route goudronnée. Aussi certaines localités sont difficiles d'accès en période d'hivernage (juin – juillet – août).

Le district compte 193.495 habitants (données de 96), 207 villages sont repartis dans cinq arrondissements. La densité de la population est de 27 au km² et le taux d'accroissement démographique de 2,51 %.

Le respect voire l'attachement des populations aux cultures et traditions demeurent une réalité vivante sans être un obstacle incontournable au développement de la localité.

Les principaux services de l'état ainsi que les organisations politiques sont représentées au niveau du district.

Au plan économique, l'agriculture constitue la principale activité : le coton étant la source principale de revenu des paysans

2.2. Stratégie de la mise en œuvre de la politique sectorielle à Bla

La stratégie suivie par l'Equipe socio sanitaire du Cercle de Bla est conforme à la Politique Sectorielle de Santé et Population adoptée par l'état. L'accent est mis entre autres sur les points suivants :

- L'extension géographique de la couverture sanitaire dans le respect du découpage du district en aires de santé (carte sanitaire)
- La création ou la revitalisation d'une structure de soin de santé de base avec gestion communautaire au niveau de chaque aire de santé définie par la carte sanitaire, celle doit être économiquement viable et techniquement performante (compte d'exploitation équilibré, prestation des soins de qualité)
- Le développement des soins de qualité intégrés, globaux et continus, accessibles financièrement au plus grand nombre
- L'animation de la participation et de l'implication communautaire à tous les stades du développement socio sanitaire (planification, mise en œuvre, suivi et évaluation du plan de cercle et des microplans des CSCom et CSA-R)
- L'organisation, le développement et la rationalisation d'un système de référence au niveau du district (soins médico-chirurgicaux et obstétricaux, appui technique et administratifs aux centres de santé et aux organes de gestion communautaires, réseau de communication radio entre les deux échelons du système).

2.3. Constats sur la mise en œuvre de la Politique sectorielle dans le district sanitaire de Bla

L'ESSC a découpé le district en 17 aires de santé dont 9 sont déjà opérationnelles en 1996.

Les premières évaluations faites par l'équipe socio sanitaire de Bla indiquent d'assez bons résultats en termes d'extension géographique de couverture, d'amélioration de la qualité des prestations, de gestions des ressources et une maîtrise d'informations au niveau de structures opérationnelles.

Ainsi on observe que 89 % de recettes de fonctionnement de l'ensemble des CSCom proviennent du recouvrement des coûts tandis que 11 % proviennent de l'état et des autorités communales locales (respectivement 3 et 8 %)

Sur le plan de la qualité des soins et participation communautaire, le tableau suivant donne la synthèse de progrès observés

Organisation des soins	Rationalisation des soins	Participation communautaire	Suivi des activités
Organisation d'un PMA en centre fixe et en stratégie avancée	Existence des fiches techniques et arbrés de décision	Existence des délégués par village formés en gestion et suivi des activités)	Utilisation locale des informations
Polyvalence du personnel technique	Standardisation de la prescription en DCI	Tenues de réunions statutaires périodiques	Utilisation des Tableaux de bord comme outils d'auto évaluation
Existence des fiches opérationnelles et d'échéanciers	Mise à disposition du personnel des Instructions écrites		Organisation périodique des unités fonctionnelles Supervision intégrée et régulière par l'équipe d'encadrement du district
Organisation de mesures de récupération des perdus de vue	Adéquation des ressources humaines - charge de travail		
Existence d'un système de référence et contre référence	Listes définies des médicaments essentiels par niveau		Population prise en charge recensée et régulièrement remise à jour

Certains aspects posent cependant problèmes au niveau de la participation effective des communautés, de la mise en œuvre des activités socio sanitaires et .

Problèmes de communication

Le niveau et/ou la qualité de la communication entre CSCom et communautés à travers les leurs délégués accuse encore des faiblesses.

La perception des problèmes prioritaires du point de vue des communautés est souvent en opposition par rapport au point de vue du personnel technique des CSCom.

La tendance des communautés à attendre tout du personnel technique quand bien même les problèmes posés et les solutions identifiées restent du ressort des villages.

Les activités des CSCom ne sont pas assez connues des communautés

Les débats des conseils de gestion tournent presque exclusivement autour des questions de trésorerie financière au détriment des discussions et analyse des problèmes de santé de la population

Problèmes liés à la mise en place des ASACO

L'appropriation des CSCom par les communautés demeure insuffisante, entraînant souvent indifférence ou refus des utilisateurs face aux besoins d'entretien

Le choix des délégués des villages ne se font pas toujours en implication des personnes les plus concernées, notamment des femmes et des groupes des jeunes.

Nombreuses sont des personnes qui ignorent jusqu'à l'existence des délégués de leur propre village.

La participation communautaire n'est pas élargie à toutes les couches de la population, en particulier, les femmes sont presque systématiquement écartées des organes de gestions communautaires (conseils de gestions, délégations des villages etc.).

Problèmes liés à la programmation, coordination et aux performances des activités

Les activités promotionnelles du volet nutrition, hydraulique, hygiène et assainissement sont quasi inexistantes, ils ne sont généralement pas programmés, dans tous les cas, mal coordonnées

La disponibilité du personnel technique des CSCom est presque saturée par les seules activités médicales du centre de santé

Par manque de coordination au niveau local, certaines ONGs et autres partenaires présents dans certains villages travaillent sans liens avec les CSCom

Toutes ces contraintes sus-énumérées entraînent une perte d'efficacité et un gaspillage des ressources déjà insuffisantes

C'est suite à tous ces problèmes que des solutions alternatives ont été discutées par l'équipe cadre du district dont

- La création des sections composées des jeunes au sein des comités de gestion existants,
- La composition des membres de Comités à parité égale des femmes et des hommes
- L'organisation des réunions de comités de gestion dans tous les villages à tour de rôle
- La création des comités de gestions parallèles composés des femmes
- L'approche par village

Parmi toutes ces solutions l'ESSC de Segou a souscrit et expérimenté l'approche plus directe, sans médiation, appelée « approche par village ». Les autres solutions n'ayant pas connu de développement systématique n'ont pas été documentées.

Cette approche se caractérise par le fait que tous les problèmes qui requièrent la participation communautaire sont posés directement à l'échelle du village, aux groupes cibles concernés. Les problèmes posés jusqu'à ce jour relèvent de la santé, de la nutrition, de la gestion, de l'hygiène, et assainissement.

2.4 APPROCHE VILLAGE

2.4.1. Définition

Par “ **approche village** ” il faut entendre la mise en œuvre d'une série de décisions prises en vue de la recherche des solutions au niveau le plus périphérique d'une **communauté bien définie dans le cadre d'une aire de santé opérationnelle**.

Cette notion de communauté organisée autour d'un projet de développement global, le CSCCom en occurrence, est une conditionnalité essentielle, nécessaire car elle représente le lieu de convergence géographique optimale, un noyau crédible et capable chaque fois que cela est nécessaire, de peser et faire valoir son point de vue face aux différents programmes et projets de développement à base communautaire.

2.4.2. Aires concernées par l'expérience : Dougouolo, Touna, Diena, Kemeni et Nampasso.

Le CSCCom-test de Dougouolo était déjà opérationnel depuis 2 ans au moment du démarrage de l'approche village. L'évaluation des performances de ce CSCCom a servi de base pour l'extension de l'approche aux 4 autres aires opérationnelles de Touna, Diena, Kemeni et Napasso

Profil des aires de santé du district de Bla

Aire de Santé	Nom du Village	Nombre d'habitants du village	Distance du village au CSCom	Intervenants présents dans l'aire	Remarques
Dougouolo	Dougouolo	3587 hab.	0-1 km		Chef-lieu de l'aire Ouvert en avril 1993
	Petesso	1054 hab.	4 km		
	Dossoro-Bambara	617 hab.	12 km		
	Peguena-I	478 hab.	8 km		
	Peguena-II	436 hab.	8 km		
	Dossoro-Peuhl	221 hab.	12 km		
	Kagnieue	437 hab.	2 km	V.Mondiale CMDT SDID	
	Namanziela	157 hab.	7 km		
Total	Aire de Dougouolo	7037 hab.			Fonctionnelle depuis 4 ans

Aire de Santé	Nom du Village	Nombre d'habitants du village	Distance du village au CSCom	Intervenants	Remarque
2. Diena	Diena	3351 hab.	0 km		Dec 94
	Fan	275 hab.	5 km		
	Koloni	687 hab.	5 km		
	Nionina	808 hab.	7 km		
	Kondola	1134 hab.	11 km	CMDT	
	Tassona	1259 hab.	11 km	ASDAP	
	Pinteguella	166 hab.	13 km		
	TOTAL	7680 hab.			

Aire de Santé de	Nom du Village	Nombre d'habitants du village	Distance du village au CSCom	Intervenants	Remarque
3. Nampasso	Nampasso	3246 hab.	0 km		Dec 94
	Diakoro	697 hab.	3 km		
	BanMarkala	785 hab.	4 km		
	Wassasso	2220 hab.	5 km		
	Dingosso	268 hab.	8 km		
	Kazangasso	1062 hab.	8 km	CMDT	
	N'Golobasso P	158 hab.	8 km		
	Sofolo	1096 hab.	9 km		
	Sangoula B	548 hab.	9 km		
	Sangoula M	1654 hab.	9 km		
	N'Goson	912 hab.	15 km		
	Kotiala 1	259 hab.	5 km		
	Kotiala 2	725 hab.	5 km		
	Kotiala 3	282 hab.	5 km		
TOTAL	13912 hab.				

Aire de Santé de	Nom du Village	Nombre d'habitants du village	Distance du village au CCom	Intervenants	Remarque
4. Kemeni	Kemeni	2671	0-1 km	AMPPF, CMDT, CFAR, Vision-Mondiale	
	Kokosso	2705 hab.	3 km		
	Tereinesso	821 hab.	10 km		
	Kanouala	575 hab.	3 km		
	Soke	1015 hab.	1 km		
	Niakinesso	130 hab.	2 km		
	Total	5246 hab.			

AIRE DE SANTE	Nom du Village	Nombre d'habitants du village	Distance du village au CCom	Intervenants dans l'aire	Remarque
5. Touna	Touna	3079 hab.	0 km		1 puis, 3 pompes, 4 forages
	Niano	401 hab.	3 km		5 pompes
	Neguene	1250 hab.	4 km		2 forages
	Koumouni	391 hab.	4 km		
	Bougoula	1296 hab.	4 km		5 forages 1 pompe
	N'Tokorola	811 hab.	5 km	CMDT	
	Fana	801 hab.	9 km		
	Zaniela	847 hab.	8 km	ASDAP	
	Djina	2419 hab.	9 km		
	Sangoue	1400 hab.	9 km		
	Taoua	244 hab.	9 km		
	Tigana	844 hab.	10 km		2 forages
	Douna	459 hab.	12 km		
	Doukolo	125 hab.	-		
	Total	14367 hab.			

2.4.3.Méthodologie

Les approches par villages ont été organisées en trois phases solidaires qui sont

- **La collecte et l'analyse des données sur les des activités des CSCom fonctionnels:**

Pour le volet santé, l'équipe du district procède à une collecte des données suivie d'analyse sur l'utilisation des CSCom par village tandis que pour les volets nutrition, hygiène et assainissement, les données sont complétées par une revue des documents ou par des connaissances empiriques.

Ces données sont disponibles dans les CSCom grâce à l'existence et à l'utilisation systématique de la Fiche de pointage par village pour toutes les activités du PMA (indicateurs par village), le cahier de recensement de la population sur base duquel ces indicateurs sont calculés, le rapport mensuel, etc , qui sont tous autant des documents intéressants par rapport système d'information à base communautaire

Les conclusions de ces analyses ont abouti à la formulation des problème prioritaires qui ont permis d'élaborer un questionnaire à soumettre à l'ensemble des villages afin d'appréhender les tenants et les aboutissants des problèmes mis en évidence. Ce questionnaire est destiné à être administré aux focus groupes homme et femmes au niveau des tous les villages des aires de santé concernées (voir questionnaire en annexe)

- **La rencontres avec les habitants des villages.**

L'infirmier du CSCom établit en collaboration avec les personnes ressources, un calendrier de visites et fixe un rendez-vous avec le village.

Sur le terrain, deux focus groupes sont constitués, un pour les femmes, un autre pour les hommes afin d'apprécier, analyser et proposer des solutions aux problèmes posés

Dans un premier temps c'est le questionnaire du volet santé qui est administré groupes pour servir d'appât afin d'accéder dans un deuxième temps aux questionnaire relatifs aux autres volets à intégrer (nutrition, hygiène et assainissement).Chaque groupe séparément apprécie les problèmes posés et propose de solutions

Au sein des focus groupes des leaders (relais sociaux) sont identifiés et responsabilisés pour le suivi des recommandations

Une synthèse est faite en plénière au cours de laquelle une mise en commun des recommandations et des décisions est faite par rapport aux problèmes identifiés en focus groupes

Le principe est de toujours recourir et d'épuiser d'abord toutes les solutions locales, c.-à-d celles qui ne nécessitent pas une intervention extérieure au village

Ces recommandations et décisions sont consignées dans un document appelé «cahier des recommandations» qui est tenu par les relais sociaux. Le technicien qui administre le questionnaire tient lui aussi un document sur les mêmes recommandations et décisions par village

Au retour des techniciens, les recommandations et décisions de chaque village sont discutés en plénière au niveau du comité de santé de l'aire, en présence de l'infirmier responsable du CSCom et des partenaires locaux.

- **La formation des relais sociaux**

Des besoins en formation pour les relais sociaux sont déterminés au regard des responsabilités qu'ont leur sont attribuées.

Un plan de formation de relais sociaux est élaboré

Certaines recommandations ou décisions dépassent les capacités d'intervention des certains villages, d'autres sont communes à plusieurs villages, certains problèmes posés par les uns ont déjà des solutions dans d'autres villages, ..

Autant d'opportunités pour harmoniser les actions des uns et des autres ; pour améliorer l'intégration des partenaires etc

2.4.4. Résultats observés suite aux approches villages

Tous les 49 villages de 5 aires de santé ont été approchés sur la base du questionnaire élaboré

Des enseignements communs ont pu être tirés malgré la spécificité des problèmes posés par les villages approchés.

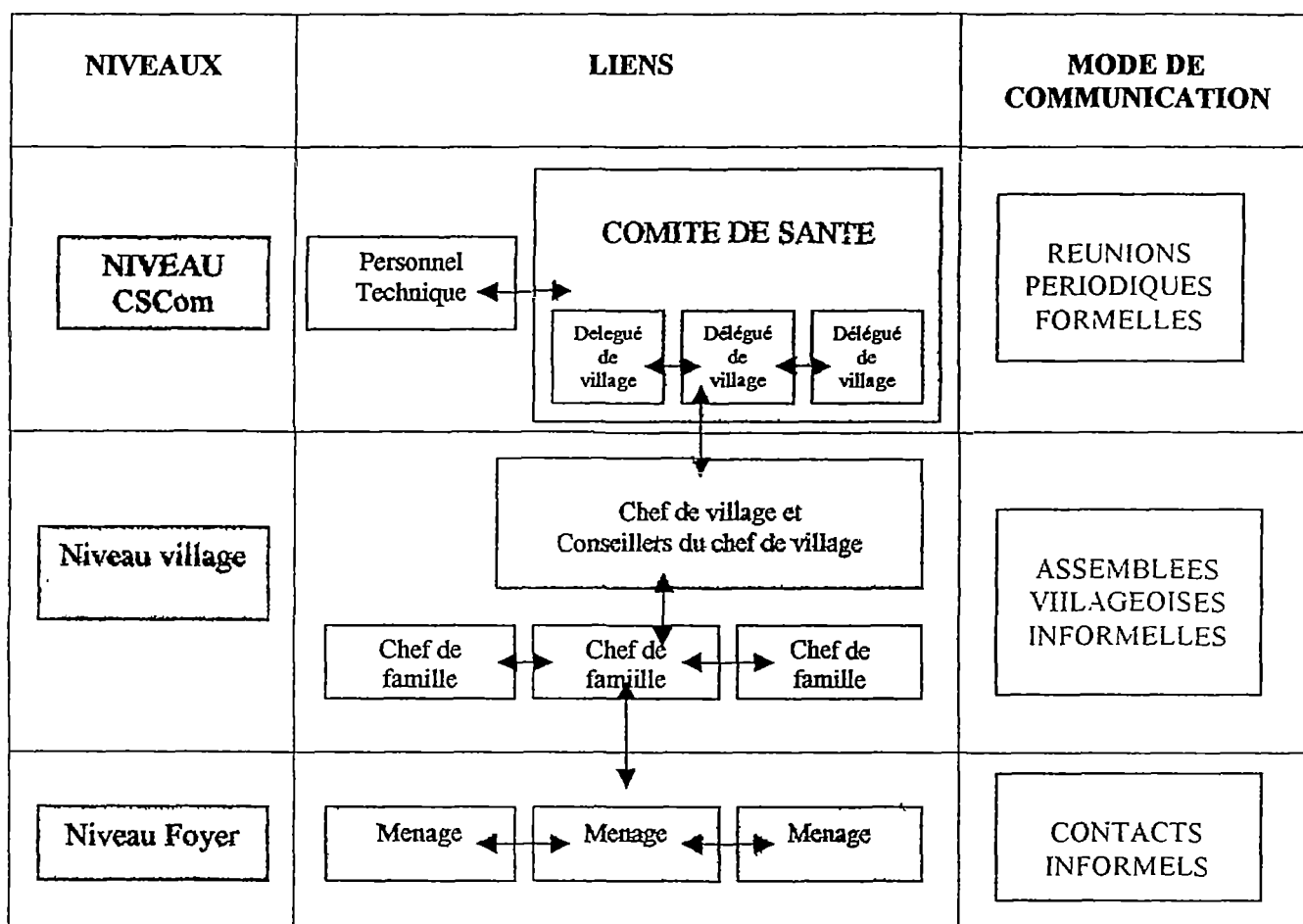
2.4.4.1. Au plan de la communication

L'approche village permet de mieux connaître le circuit de communication au niveau des villages et partant d'aider à contourner les goulots d'étranglement dans la circulations des informations et de renforcer les liens et les modes de communication les plus utiles.

CIRCUITS DE COMMUNICATION THEORIQUES

Le circuit ci-après correspond au modèle théorique de communication qu'on croyait d'une certaine efficacité avant la mise en œuvre des approches par village.

A l'évaluation des activités dans les aires de santé, on a dû se rendre à l'évidence des limites de ce circuit



D'une manière générale, la circulation des informations entre les CCom et les communautés a présenté des points forts mais pas mal de défaillances ont dû être mises en évidence et discutés aux cours des approches par villages pour cerner les vraies raisons:

Points forts

-Des conseils de gestion ont une existence réelle dans toutes les aires de santé opérationnelles

-Les équipes techniques de CCom reconnaissent l'autorité des conseil de gestion auxquels ils rendent compte par ailleurs

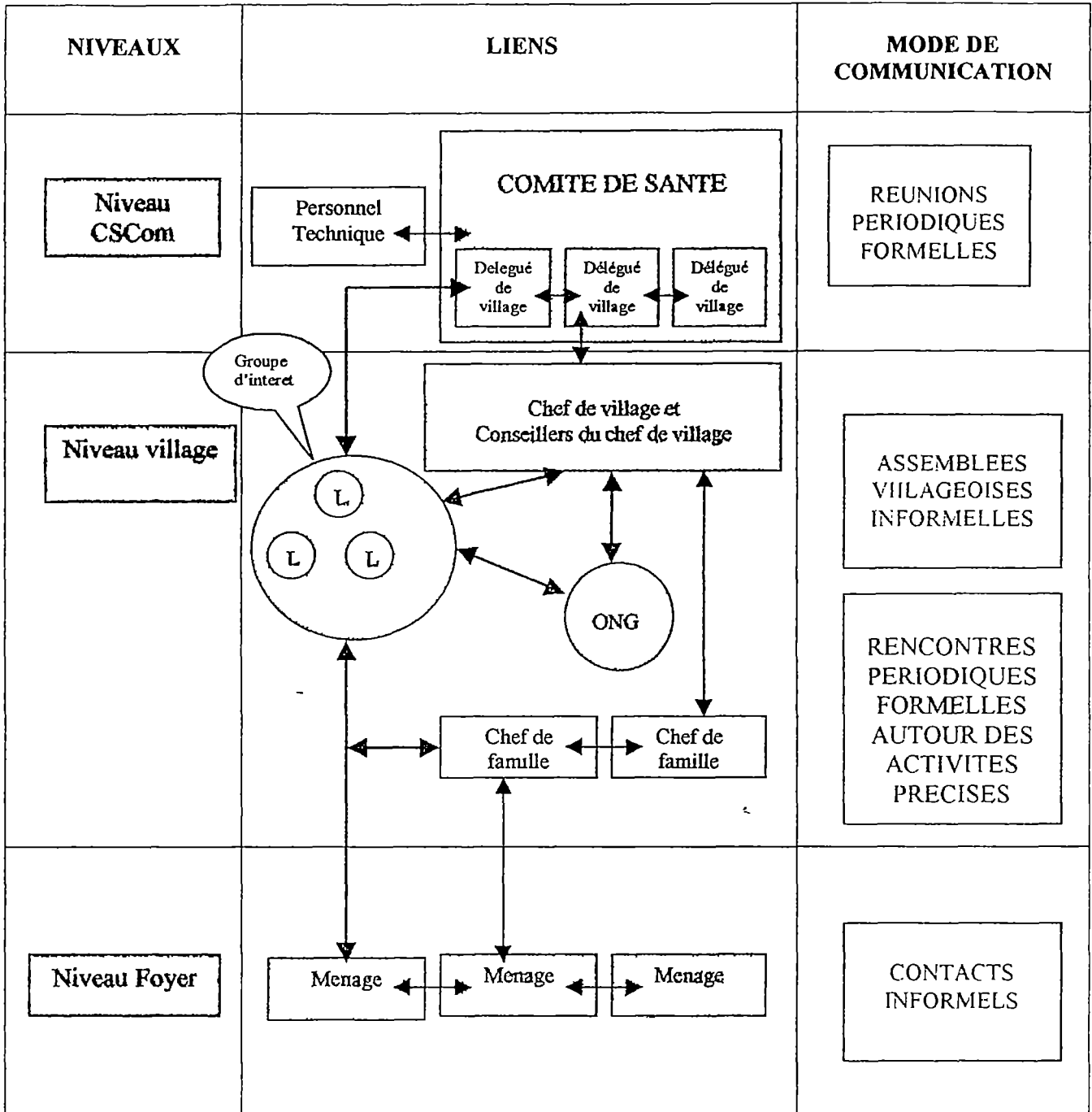
-Les circuits de communication sont fonctionnels dans beaucoup d'aires de santé malgré les insuffisances identifiées

Points faibles

- Irrégularité de la tenue des réunions de conseil de gestion
- Absences des délégués des villages aux réunions du conseil de gestion
- Les personnes le plus concernées par les activités du CSCom, notamment les femmes sont rarement déléguées par les villages,
- Les conseils des villages sont dans la plupart de cas réduits aux seules personnes du chef de village
- Censure, distorsion ou blocage des informations à différents niveaux
- Les informations sont souvent présentées dans des termes tellement techniques que les destinataires ne les exploitent pas.
- Les réunions ne débouchent pas toujours sur de décisions concrètes

Toutes ces faiblesses s'expliquent en partie par une insuffisance du circuit réel de communication au niveau des villages. Le tableau suivant met en évidence un certain nombre des leaders identifiés pendant les approches et qui se révèlent être les véritables chevaux de bataille en matière de communication au niveau des villages. (Voir tableau No....)

CIRCUITS DE COMMUNICATION REELS



L = Leader

Dans ce deuxième tableau, on voit apparaître d'autres circuits de communication qui sont plus importants que le circuit de communication officielle. Ces circuits sont contrôlés par divers groupements ; femmes, jeunes, ONGs, et bien d'autres encore à identifier. C'est au sein de ces groupements que les leaders émergent, et qui sont appelés relais sociaux.

4.4.2. Au plan des performances au niveau des CSCoM (couverture CPN et vaccinations)

En comparant les chiffres avant et après les approches par village, on note une augmentation nette de couverture en CPN et vaccinations PEV au niveau de tous les CSCoM (Cf. tableaux ci après)

Période	CPN		BCG		D1CP3		VAR	
	NOMBRE DE CAS	TAUX	NOMBRE DE CAS	TAUX	NOMBRE DE CAS	TAUX	NOMBRE DE CAS	TAUX
Janv-aout 1995	215	48%	313	87%	279	78%	241	67%
Sept-déc 1995	221	99%	301	166%	231	129%	190	106%
Total 1995	436	69%	614	114%	510	95%	431	80%

Période	CPN		BCG		D1CP3		VAR	
	NOMBRE DE CAS	TAUX	NOMBRE DE CAS	TAUX	NOMBRE DE CAS	TAUX	NOMBRE DE CAS	TAUX
Janvier-juin 1995	22	12%	160	106%	115	77%	116	77%
Juillet-décembre 1995	163	88%	203	134%	178	118%	131	87%
Total 1995	185	49%	363	120%	293	97%	247	82%

Période	CPN		BCG		D1CP3		VAR	
	NOMBRE DE CAS	TAUX	NOMBRE DE CAS	TAUX	NOMBRE DE CAS	TAUX	NOMBRE DE CAS	TAUX
Janv-sept 1995	209	71%	258	91%	170	60%	161	57%
Octobre-Déc 1995	115	116%	91	97%	162	172%	144	153%
Total 1995	324	82%	349	93%	332	88%	305	81%

(*) Le rattrapage pendant les 4 mois qui ont suivi l'approche village (Fin août 95) explique les taux de couverture observés supérieurs à 100%.

2.4.4.3. Connaissance et Perception des communautés sur les activités menées au niveau de l'aire de santé.

Les approches par village permettent d'évaluer le niveau d'informations des communautés sur les activités sectorielles et de se faire une idée sur leur perception des problèmes de développement

- Les activités de soins curatifs et de vaccinations offerts par les CSCom sont assez bien connues des villageois. Par contre les activités nutritionnelles et de planification familiale sont moins bien connues des hommes et des femmes
- L'approche par village a permis de découvrir qu'une mauvaise couverture d'un village était liée à un conflit interne sans rapport direct avec les activités du CSCom.
- Il existe des tabous dans certains villages ou familles qui interfèrent avec l'utilisation du CSCom (l'ethnie de l'infirmier ou de la matrone par exemple, certains lieux prétendus hantés et situés sur le trajet menant au CSCom, etc.).

2.4.4.4. Au plan nutritionnel

Des comportements à risque en matière de nutrition ont été identifiés et dénoncés par les villageois eux-mêmes au cours des approches par village.

- Age généralement tardif pour l'introduction des aliments complémentaires
- Sevrage brutal des enfants en cas de grossesses
- Introduction tardif du plat familial dans l'alimentation des enfants
- Des bouillies données aux enfants ne sont pas enrichies (beurre de karité, arachides, lait)

Des solutions aux problèmes identifiés et des changements de comportement ont été observés dans les villages suite aux approches par village. Des engagements ont été librement pris par les communautés: Introduction systématique du beurre de karité dans la bouillie des enfants

- Introduction de l'alimentation complémentaire entre l'âge de 4 à 6e mois
- Sevrage progressive des enfants en cas de grossesse
- Introduction plat familial sous forme écrasé dès l'âge de 8 mois

2.4.4.5. Au plan du suivi des activités

En ce qui concerne la récupération des enfants retardataires ou des abandons de la vaccination, des résultats positifs comparables ont été observés, La plupart des parents des enfants concernés par le problème de malnutrition ont été informés par les relais sociaux, pour ceux qui n'ont pu être touchés, les raisons étaient connues (les parents étaient soit en voyage, avaient déménagé ou tout simplement l'enfant était décédé)

2.4.4.6. Autres résultats positifs

Au niveau de la participation des communautés dans les organes de décision, le fait important est que les membres des villages ont eux-mêmes analysé les données, mis en évidence les problèmes sous-jacents, décidé des mesures à prendre pour y remédier.

Par exemple, dans certains villages, il a été décidé que le conseil de gestion se réunirait désormais en présence des femmes, dans d'autres villages, il a été décidé que les représentantes des associations des femmes participeraient à toutes les réunions du conseil de village.

Tous les villages ont avoué être mieux informés des activités du CSCoM, du rôle et de la pertinence du travail des délégués.

Ces derniers ont affiché un comportement plus actif que par le passé.

Pour le suivi des recommandations du village, le choix de relais sociaux était plus diversifié (des femmes, des jeunes, ..étaient mieux représentés).

Le besoin en formation des relais sociaux était formulé en termes de communication, de suivi des décisions plutôt qu'en termes d'apport de connaissance médico-technique genre Agent de Santé Villageois habituel .

2.4.4.5. Au plan de l'hygiène et assainissement

Des comportements à risque en matière d'hygiène et assainissement ont été identifiés et dénoncés par les villageois eux-mêmes au cours des approches par village.

- Les puits sont rarement couverts après utilisation
- Les puisettes sont posées é même le sol
- L'utilisation courante des eaux de mares et des marigots pendant l'hivernage
- L'absence des latrines pour la moitié des familles
- Les latrines sont rarement couverts après utilisation
- Le lavage insuffisant des mains avant de manger et après les selles
- Les enfants en bas âges défèquent dans la cour des concessions et les matières fécales sont jetées dans le tas d'ordures

Des solutions aux problèmes identifié et des changements de comportement ont été observés dans les villages suite aux approches. Des engagements ont été librement pris

- Confection locale des couvercles de puits et leur utilisation
- Introduction de latrines dans chaque famille du village
- Couverture systématique des latrines après usage
- Enterrement des matières fécales des enfants ou leur dépôt dans les latrines
- Lavage des mains au savon après avoir utilisé les latrines

2.4.5. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et le suivi des approches par villages

- L'approche avait un caractère pragmatique (Le cadre logique de l'approche par village a été mis au point progressivement, au fur et à mesure que les activités étaient exécutées sur le terrain).
- Le coût financier pour le **lancement** et le **suivi** s'élève à 100.000 F.CFA par an et par village soit un coût annuel d'1 millions de francs CFA en moyenne par aire. Une fois le lancement acquis, le coût annuel pour le suivi est de 700.000 francs CFA par aire. (Avec le temps, ces coûts doivent en principe évoluer de façon descendante)

2.5. Activités préconisées dans le cadre des approches village (Exercice 1998)

Activités	Acteurs	Coût total En CFA	Source de financement	Chronogrammes			
				1 ^{er} T	2 ^e T	3 ^e T	4 ^e T
1 Supervision des relais sociaux dans 5 aires de santé	ESSC DRSP ICPM	2.610.980	UNICEF	x	x	x	x
2 Approches intégrés nutrition, santé, hygiène et assainissement de 3 nouvelles aires (Fani, Falo, Yangasso)	ESSC DRSP ICPM	1.380.080	UNICEF	x	x		
3 Formation des Relais sociaux de 3 nouvelles aires de fani, falo et de Yangasso	ESSC DRSP ICPM	486.850	UNICEF				x
4. Formation en CPI et Promotion de la santé des infirmiers et matrones de 8 aires opérationnelles du cercle	ESSC DRSP	829.775	UNICEF			x	
		5.307.685					

Références

- 1) Coursimault J , Camara S , Clarysse G., Magassa N ,Evaluation de la fréquentation de la CPI dans les Centres de Santé Communautaires et revitalisés de Bla Unicef-Segou Juillet 95
- 2) Test de Dougouolo (Cercle de Bla), SSSC de Bla – Unicef Segou Novembre 95
- 3) Test de Dougouolo Section hydraulique, Unicef Bamako, octobre 95
- 4) Coursimault J , Camara S , Clarysse G., Magassa N., *Résultats test de Dougouolo* Nutrition – Hydraulique (Cercle de Bla) SSSC de Bla- Unicef – Segou Janvier 96.

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE SANTE

Connaissance des objectifs du CCom:

Quels sont selon vous les objectifs de votre CCom (quelles sont les activités menées par votre CCom)

.....

Tableau des taux de couverture du village

Lecture par l'animateur des données recueillies au niveau du CCom
 Populations en 1995

ACTIVITE	CIBLE	NBRE RECU	CAUSES	SOLUTIONS
CPN				
BCG				
DTCP-3				
VAR				
CPI-NC				
PF				
MPE				

Qu'est ce que vous pensez de ces données ?

.....

Selon vous comment ces taux peuvent-ils être améliorés ?

.....

Rétro information par les délégués

Citez les noms de vos délégués

.....
.....
.....

Comment vous êtes informés sur le travail de votre CSCom?

.....
.....
.....

Organisation de la stratégie avancée

Est-ce-que vous êtes informés de la date d'arrivée de l'infirmier ?

.....
.....
.....

Combien de fois l'infirmier est-il venu pour la vaccination ?

.....
.....
.....

Selon vous est-ce-que les enfants viennent à la vaccination?

.....
.....
.....

Liste des retardataires

Savez vous que ces enfants peuvent attraper cette maladie parce qu'ils ne sont pas vaccinés?

.....
.....
.....
.....

Selon vous pourquoi ces enfants ne sont pas vaccinés?

.....
.....
.....

Cahier de naissances et de décès

Qu'est ce que vous pensez d'un cahier pour les naissances géré par une femme?

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 2**QUESTIONNAIRE NUTRITION:**

La question principale est:

QUELS SONT LES COMPORTEMENTS ET PRATIQUES DU GROUPE CIBLE EN MATIERE DE SEVRAGE?

Les questions stratégiques qui en découlent sont les suivantes:

. A quel âge l'enfant commence-t-il à manger?

. Si 4 mois > âge AC > 6 mois pourquoi?

. Suivant les raisons, argumenter et chercher une solution avec le groupe.

. Quels sont les aliments introduits la première fois?

Si incorrect pourquoi?

Suivant les raisons, argumenter et chercher une solution avec le groupe

. Quelle est la progression d'introduction des aliments du commencement à 12 mois? Donner la composition précise des plats et le rythme par jour?

. Si incorrect pourquoi?

. Suivant les raisons, argumenter et chercher une solution avec le groupe.

□

ANNEXE 3

FICHES TECHNIQUES AEP (EAU POTABLE)

OBJECTIF OPERATIONNEL

- Rendre l'eau salubre disponible et inciter X% de la population à utiliser de l'eau potable pour la boisson, la toilette, la cuisine et la vaisselle.

QUESTIONS

1. Quelles sont les sources d'approvisionnement en eau dans le village, et citez les avantages et les inconvénients de chacune ? Quels engagements pouvez-vous prendre pour les améliorer?

Tenir compte notamment des critères suivants :

- quantité (dans le temps)
- qualité
- distance
- spécialisation des sources.

RECOMMANDATIONS

- En milieu rural, l'eau potable est généralement rare. Elle provient uniquement des forages équipés et des puits modernes munis de pompes : ce sont **les sources d'eau les plus sûres**. Les autres sources d'eau : mares, marigot, fleuves, sont pollués par les poussières, les déjections et déchets des hommes et des animaux. Cette eau peut transmettre des maladies notamment : la diarrhée, les vers intestinaux, le ver de Guinée.

Ces eaux doivent être traitée avant d'être consommées (javellisation = 2 gouttes d'eau de Javel pour 1 (un) litre d'eau claire et 5 gouttes pour 1 (un) litre d'eau trouble).

L'eau de puits peut être potable mais à certaines conditions : puits profond, bien placé par rapport à l'emplacement des latrines par exemple (30), entouré d'une clôture, doté d'une margelle, d'un couvercle et d'une poulie.

- **Même si l'eau est potable, elle peut être polluée** : Il faut donc la conserver dans un récipient propre qui sera fermé par un couvercle. L'eau sera puisée avec le même récipient (sans que la main soit en contact avec l'eau) qui ne doit pas traîner au sol
- **Certaines sources peuvent être spécialisées** : celles fournissant de l'eau potable devront être utilisées en priorité pour la boisson, la toilette, la cuisine et la vaisselle

- **Pour assurer la disponibilité en eau de façon durable**, un système de gestion est nécessaire. Un homme ou une femme motivé sera chargé de suivre quotidiennement le bon fonctionnement du point d'eau. Le rôle du comité de gestion est, notamment .
 - . d'empêcher le gaspillage de l'eau
 - . d'éloigner les enfants jouant et les animaux du point d'eau
 - . de détecter et de réparer ou de faire réparer les pannes qui surviennent
 - . de nettoyer l'aire d'assainissement du point d'eau.



FICHES TECHNIQUES ASSAINISSEMENT

- LATRINES

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- **Inciter** à la construction de latrines adéquates, les groupes qui ne disposent d'aucune installation d'assainissement.
- X% des ménages et des structures socio-sanitaires qui disposent des latrines, les utilisent quotidiennement.
- X% des ménages qui disposent d'une latrine, l'entretiennent et la nettoient régulièrement, y compris les latrines en milieu scolaire et sanitaire.
- X% des enfants entre 4 et 5 ans ainsi que X% des enfants âgés de plus de 6 ans ont appris à utiliser systématiquement les latrines.

QUESTIONS

1. Tous les hommes, femmes et enfants utilisent-ils les moyens sanitaires d'évacuation des excréments à la maison, au travail et à l'école ? Sont-elles régulièrement nettoyées et entretenues ?
2. Pour les ménages ne disposant pas de latrines adéquates, quelles conditions sont-ils prêts à satisfaire pour en acquérir ?

RECOMMANDATIONS

- Les matières fécales, avec tous les parasites et tous les microbes qu'elles peuvent contenir chez le sujet malade (enfant et adulte), sont à l'origine des **contaminations les plus fréquentes** de l'eau de boisson. La première mesure est de **construire des latrines** dans

des conditions telles, que les excréta soient à l'abri des mouches, des ruissellements et des infiltrations

- Les latrines sont faites d'une fosse creusée dans le sol et recouvertes d'une dalle solide un trou plus petit est aménagé, disposant d'un couvercle contre les mouches. Ce trou permet de laisser passer les selles et les urines. L'abri peut être en brique, tôle, banco, tige de mil ou de branchage. Il peut être sans toit. Selon les types, le coût peut varier entre 15 000 et 20.000 FCFA

- Une latrines bien entretenue est une latrines propre. Un petit balais et un peu d'eau suffisent pour laver la dalle. Cependant, il ne faut pas mettre de produits chimiques dans la latrine (savon, poudre à laver, eau de Javel) Ces substances ralentissent ou empêchent la dégradation des matières fécales.

□

FICHE TECHNIQUE HYGIENE

OBJECTIF OPERATIONNEL

Encourager les pratiques d'hygiène au niveau de X% des ménages telles que lavage des mains avec du savon, l'évacuation des fèces de l'enfant, la propreté lors de la préparation des repas

QUESTIONS:

1. Lavez-vous les mains avec de l'eau potable avant de manger ou de servir à manger?
2. Après toute défécation, lavez-vous initialement les mains avec du savon ou de la cendre et une quantité suffisante d'eau potable?
3. Les fèces des bébés et des jeunes enfants sont-ils correctement évacués?
4. Utilise-t-on de l'eau potable pour cuisiner? Pour laver la vaisselle?

RECOMMANDATIONS

Se laver les mains à l'eau propre, au savon ou à la cendre après chaque usage de latrine

Se laver les mains avant et après chaque repas en versant l'eau sur les mains

Les excréta des enfants ne sont pas **inoffensifs** comme beaucoup le pensent. La plupart du temps, les mères souillent les aliments avec les excréta de leurs enfants.

Il faut ramasser les excréta des enfants après chaque besoin et les jeter dans la latrine familiale. La mère doit ensuite se laver les mains comme indiqué plus haut

Si on est obligé de se soulager dans la nature, prendre soin de couvrir les selles avec de la terre pour éviter l'effet des mouches sur les aliments et l'eau de boisson (sources de maladies).

COMMUNICATION No 20**MISE EN PLACE DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES**
au SENEGAL**I- DIAGNOSTIC DE SITUATION PREOCCUPANT****1.1. Constats**

- Multitude de programmes de santé et d'action sociale
- Ressources propres à chaque programme:
 - * Ressources humaines (agents de santé, comités de bénéficiaires, relais com...)
 - * Ressources matérielles
 - * Ressources financières
- Manque de coordination (nombreuses supervisions, manque de synergie...)
- Activités propres à chaque programme (consultation PF, consultation PN, surveillance nutritionnelle, vaccination,) -----> manque d'intégration.
- Activités à exécuter rigides (tel jour pour pesée, tel autre jour vaccination, etc...)
- Activités ciblant les mères mais pas leurs enfants et inversement

1.2. Plaintes des professionnels:

- Trop de répondants au niveau national (programmes verticaux, bailleurs, administration centrale,...)
- Cloisonnement et verticalité des programmes
- Activités de supervision très nombreuses, mal coordonnées, trop spécifiques ou répétitives (même activité exécutée par plusieurs personnes);
- Chaque programme exige son rapport;
- Interventions de certains programmes et ONG non planifiés dans le programme de la région ou du district.

1.3. Plaintes des populations

- Impossibilité de régler tous nos problèmes une fois au dispensaire;

- multiplicaton des coûts
- Rendez-vous spécifiques pour l'enfant et pour sa mère (ou ses parents)
- Trop de sollicitations et mauvaise coordination (multiplicité des intervenants : relais nutrition, relais vaccination, relais paludisme, relais eau - hygiène, relais PF, relais SIDA, etc...)
- Beaucoup de temps consacré aux différents intervenants
- Ignorance du système de fonctionnement des bailleurs de fonds (notion d'année budgétaire, modalités de décaissement,...)
- Absence répétée/prolongée des professionnels (séminaires)

1.4. Plaintes des partenaires (B/F)

- Manque de rationalisation des ressources
- Duplication des activités
- Absence des agents de santé
- Notion de "Chasseurs de Per diem"
- Plusieurs financements pour une même activité

2. IDEES/REFLEXIONS SUSCEPTIBLES DE FAVORISER LA PROMOTION DES ACTIVITES A BASE COMMUNAUTAIRE

2.1 Au niveau de la communauté:

- Favoriser l'implication et l'engagement des élus locaux (participation croissante aux étapes de planification; allocation d'un BUDGET local à la santé,...)
- Mobiliser les autorités religieuses coutumières en les impliquant dans des programmes spécifiques
- Faire en sorte que réseaux et agents communautaires (Groupements de Femmes, associations de jeunes, tradipraticiens, artistes locaux,...) s'expriment et aient des activités à exécuter
- Mobiliser le secteur privé et les couches aisées (commerçants, transporteurs, grands producteurs...)
- Faire en sorte que les communautés soient mieux informées sur les activités, leur mode de fonctionnement et les responsabilités respectives

2.2 Au niveau des partenaires

- Favoriser l'implication des partenaires dans l'élaboration, l'exécution et l'évaluation des actions à base communautaire
- Faire en sorte que les partenaires informent mieux la communauté
- S'assurer que les activités proposées sont éligibles (réponse à des besoins exprimés, faisabilité, pérennité,....)

2.3 Au niveau des agents de santé

- Avoir une conception plus holistique de la santé
- Favoriser une approche plus intégrée et mieux coordonnée des activités
- Favoriser et accepter une implication effective et participative des communautés bénéficiaires
- Accepter de planifier, d'exécuter et d'évaluer les activités avec les partenaires (communautés, Bailleurs, ONG)
- Renforcer la collaboration avec les collectivités locales (besoin, budget communal...)
- Considérer l'individu dans sa famille, sa communauté
- Travailler sur une zone spécifique (concentration géographique) ou sur des cibles précises (transporteurs)

3. STRATEGIES

La stratégie proposée s'appuie sur une approche communautaire participative à travers l'organisation de fora visant la réflexion au sein des différents groupes, la préparation à l'action et l'adaptation des actions.

- Organisation de forum
 - * de jeunes
 - * de femmes
 - * d'adultes
 - * de partenaires
- Réflexion pour l'action
- Identification des problèmes et des solutions spécifiques
- par groupe cible
- Conversion des idées en action (et adaptation des actions en fonction de la réflexion)
- Echanges d'idées et d'expériences entre les groupes

COMMUNICATION No 21

CAMEROUN

**PRÉSENTATION DE L'ATELIER D'IMPRÉGNATION AUX
ACTIVITÉS DE SANTE ET NUTRITION A BASE
COMMUNAUTAIRE DANS LE DISTRICT DE SANTE DE MORA
(PROVINCE DE L'EXTRÊME-NORD)**

Du 04 au 08 Août 1997 à Maroua

Présenté par:

*Dr Charles Chi Nkwate/Sous-Directeur de l'Hygiène & Assainissement/Direction de la
Santé Communautaire*

*Dr Dama Mana/Coordonnateur Régional du PEVG et
Chef de Service de Santé de District de MORA*

*Dr John Yiva Lebga/Administrateur du Programme Santé
UNICEF/YAOUNDE*

I. INTRODUCTION:

Après un constat des limites de la promotion des messages d'éducation pour la santé et de la réalisation des activités préventives par le seul système (personnel de santé), un accent particulier a été mis dans le cadre du Programme Santé/Nutrition d'appui de l'UNICEF aux structures de santé sur les Activités à Base Communautaire. Ceci a pour but de rendre les communautés capables de prendre en charge leurs problèmes de santé et de nutrition en complémentarité avec les actions menées dans les services de santé.

Les activités à base communautaire (ABC) visent à:

- satisfaire de manière plus adéquate les besoins ressentis, exprimés par les communautés.
- favoriser la participation communautaire dans la prise en charge des problèmes de santé, de nutrition, de l'hygiène et d'assainissement.
- augmenter la couverture des populations et leurs connaissances élémentaires en matière de santé, de nutrition et d'assainissement.
- améliorer la fréquentation et la qualité des services de base
- renforcer les capacités de surveillance épidémiologique au niveau communautaire.
- rationaliser l'utilisation des ressources humaines, logistiques et financières et créer une synergie entre les programmes.
- participer à l'effort de réduction de la pauvreté.

Cette approche novatrice pour nos services de santé mérite pour sa mise en oeuvre une imprégnation du personnel et des comités de santé (COSA/COSADI) exerçant dans le district de santé retenu et relevant de toutes les structures qui contribuent aux activités visant le développement de la communauté.

Tel était le but visé par l'atelier tenu à Maroua du 4 au 8 Août 1997 sur les activités à base communautaire.

II. OBJECTIFS:

L'atelier d'imprégnation aux Activités à Base Communautaire avait pour objectifs de:

- ▶ sensibiliser les participants sur les activités à base communautaire de santé et de nutrition dans le cadre de la réorientation des soins de santé primaires.
- ▶ accroître les capacités des participants à encadrer les communautés dans la mise en oeuvre des ABC de santé et de nutrition dans le district de santé de Mora.

Cet atelier financé par l'UNICEF, s'est déroulé sur 5 jours avec des exposés participatifs en salle, et des descentes sur le terrain pour des exercices de diagnostic communautaire dans les aires de santé de Memé et Godigong.

Les encadreurs provenaient de la Délégation Provinciale de la Santé Publique de l'Extrême-Nord, du district de santé de Mora, de la Direction de la Santé Communautaire (MSP) et de la Section Santé de l'UNICEF et se composaient de:

- Dr. Jermias INROMBE, Délégué Provincial de la Santé Publique de l'Extrême-Nord
- Dr. Rebecca DJAO, Chef de Service Provincial de la Santé Communautaire de l'Extrême-Nord
- M. Daniel SIBETCHEU, Coordonnateur National PPEN/DSC/MSP
- Mlle Julienne MIMBOUGA, Chef de Bureau de Prévention Primaire/DSC/MSP
- Dr. DAMA MANA, Chef de Service de Santé de District de Mora
- Dr. Monique TRAORÉ, Administrateur du Programme Santé, UNICEF
- Dr. John YIVA LEBGA, Administrateur du Programme Santé, UNICEF
- M. John AKONI NKUO, Section Santé/UNICEF

III. CONTENU DU PROGRAMME:

- 3.1 **Rappel de la Politique Sanitaire Nationale** (Réorientation des Soins de Santé Primaires)
- 3.2 **Les Activités à Base Communautaire:**
 - ▶ Concept et justification dans le cadre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires
 - ▶ L'expérience du Programme Ver de Guinée et son extension aux autres composantes de santé et nutrition

3.3 Planification Participative (Personnel de Santé/Communautés/ONG)

- ▶ Diagnostic communautaire en santé et nutrition selon l'approche du Triple A (Appréciation - Analyse - Action)
- ▶ Identification du paquet minimum d'activités communautaires par aire de santé (PMA/COM)
- ▶ Micro planification au niveau des aires de santé
- ▶ Rôle des comités de santé des aires (COSA):
 - Renforcement de l'interface communauté/services de santé
 - Augmentation de l'utilisation des services de santé
 - Promotion de la santé communautaire
- ▶ Rôle de l'équipe de santé:
 - Coordination
 - Encadrement technique
 - Supervision
 - Référence
 - Retro-information
- ▶ Rôle de la communauté:
 - Identification du PMA/COM par aire de santé
 - Attribution des responsabilités par les communautés elles-mêmes
 - Mobilisation des ressources locales
 - Mise en oeuvre du PMA/COM
 - Maintien des acquis et pérennisation des ABC
- ▶ Budgétisation des activités par aire de santé:
 - Contribution des populations (ex: Assainissement, construction des latrines)
 - Contribution des Groupements associatifs, des Elites, et des collectivités locales
 - Appui technique multisectoriel: (MSP, MINAGRI, MINASCOF, MINEDUC, MINJES, MINEE, MINCOM)
 - Appui du projet et des ONG locales et internationales:
 - appui technique
 - matériel d'IEC et matériel didactique
 - formation
- ▶ Mobilisation des ressources locales
 - Tontines/recherche de mécanismes de solidarité

3.4 Mise en oeuvre du PMA/COM

- ▶ Le matériel d'IEC
- ▶ Les messages clés de santé/nutrition: Thèmes (Vaccination, TRO, Allaitement maternel, IRA, Paludisme, Prévention MPE, Hygiène, Eau et Assainissement, PF)
- ▶ Surveillance épidémiologique active
- ▶ Les canaux de transmission
- ▶ Contraintes/Opportunités

- 3.5 **Mécanismes de Coordination et de Suivi des ABC**
 - ▶ Collecte des données/intégration aux RMA des FS
 - ▶ Liens et complémentarité avec tous les intervenants
- 3.6 **Calendrier de mise en oeuvre du PMA/COM**
- 3.7 **Evaluation des ABC**
 - ▶ Indicateurs de processus et d'impact
 - ▶ Enquêtes rapides/CAP
 - ▶ Synthèse annuelle des ABC

IV. PARTICIPANTS (34)

- ▶ Niveau Provincial (8), Niveau du District (13), Niveau Aire de Santé (13)

V. DEROULEMENT DE L'ATELIER

JOUR 1

Cérémonies d'ouvertures/début des présentations et discussions:

- ☛ L'expérience du PEVG et son Extension aux autres composantes de Santé et de Nutrition (*Dr. Dama Mana/Dr Lebga*)
- ☛ Généralités sur la Participation Communautaire (*M. D. Sibetcheu*)
- ☛ Rappel de la Réorientation des SSP dans le cadre de la Politique Sanitaire nationale et Discussion (*Dr. J. Inrombé*)
- ☛ Partenariat, dans la Réorientation des Soins de Santé Primaires (*Dr J.Inrombé*)
 - Rôle du Gouvernement (niveau central)
 - Rôle du personnel de santé (niveau opérationnel)
 - Rôle du comité de santé (Interface)
- ☛ Partenariat dans la REO/SSP (suite)
 - Rôle des ONG et autres partenaires (*Dr J. Inrombé*)
 - Rôle des communautés
- ☛ Evaluation de J 1

JOUR 2

Presentations en plénière (suite)

- ☛ Activités à Base Communautaire (ABC) dans le contexte de la REO/SSP (Justification, Buts, Objectifs, Axes Stratégiques, contraintes, Atouts/Opportunités). (*Dr. Monique Traoré*)
- ☛ La Planification Participative - Cadre conceptuel du Triple "A" (Appréciation-Analyse-Action), Auto-Diagnostic Communautaire. (*Dr. M. Traoré*)
- ☛ Exercice de planification participative par la Méthode VIPP (Visualization in Participatory Planning) (*M. John Nkuo/M. D. Sibetcheu; Mlle Mimbouga*)
- ☛ Le Paquet Minimum d'Activités Communautaire PMA/COM (*Dr Djao Rebecca*)
- ☛ Mobilisation Communautaire/Habilitation Méthodes de Communication (*Dr Lebga*)

- ☛ Formation des auxiliaires communautaires de Nutrition (ACN) et des Leaders Communautaires (*M. Daniel Sibetcheu*)
 - Les partenaires/acteurs dans la communauté (Approche Multisectorielle)
 - Le rôle des formateurs: comment mener une causerie éducative.
 - Complémentarité et coordination des ABC.
- ☛ Evaluation de J 2.

JOUR 3

Visite de terrain dans l'Aire de Santé de MEME

- ☛ Séance de Planification participative avec la communauté.
- ☛ Visite de courtoisie au chef du village de Memé (Lamido).
- ☛ Auto-Diagnostic communautaire au niveau de l'Aire de Santé de Memé, avec l'encadrement technique des formateurs (2 groupes de travail).
 - Identification du PMA/COM par la communauté.
 - Exercice de micro-planification des activités sélectionnées.
- Animateurs: Dr. Dama Mana/Dr M. Traoré/M. Bello Issoufou/M.Sibetcheu**
- ☛ Projection des cassettes-vidéo sur la Malnutrition/Micronutriments suivie d'un débat
- Animateurs:M. D. Sibetcheu/M. Mbiam**
- ☛ Débat en plénière: Leçons tirées de la séance pratique de diagnostic communautaire (Problèmes/Contraintes/Opportunités). **Animateurs: M. Toukour/Dr M. Traoré**
- ☛ Evaluation de J 3

JOUR 4

Visite de terrain dans l'Aire de Santé de GODIGONG

- ☛ Séance de planification participative avec la communauté.
- ☛ Visite de courtoisie au Chef du village de Godigong.
- ☛ Auto-Diagnostic communautaire au niveau de l'As de Godigong avec l'encadrement technique des formateurs (2 groupes de travail):
 - Identification du PMA/COM par la communauté
 - Exercice de microplanification des activités sélectionnées
- Animateurs: - Dr. Dama Mana/Dr Lebga/M. Koumé**
- ☛ Projection cassette vidéo sur la Malnutrition et sur les Micronutriments:
- Animateurs: - M. D. Sibetcheu/Mr. Mbiam**
- ☛ Débat en plénière:Leçons tirées de la séance.
- Animateurs: M. Toukour/ Dr Lebga**
- ☛ Evaluation de J 4. **Animateurs:M. Toukour/M. Doue Jean/Dr Lebga**

JOUR 5

Présentations en plénière (suite et fin) et Cérémonies de clôture

- ☛ Synthèse de la visite de terrain.

- ☛ Promotion de la Santé et de la Nutrition par les messages du “Savoir pour Sauver”- **M. D. Sibetcheu/Mlle Mimbouga**
- ☛ Système d’information à base communautaire (**Dr Lebga**)
 - Surveillance épidémiologique/Alerte, à base communautaire
- ☛ Suivi/Evaluation des ABC. (**Dr. M. Traoré**)
 - Indicateurs de suivi
 - Méthodes simples d’analyse quantitative des données
 - Méthodes utilisables pour les données qualitatives
 - Supervision des ABC
 - Fichier de suivi/Tableau de bord par aire de santé
- ☛ Résultats de l’Evaluation de l’Atelier
Lecture du rapport général de synthèse
- ☛ Recommandations (*Participants*)
- ☛ Allocutions de clôture de l’UNICEF et du DPSP/EN

VI. PRINCIPAUX RESULTATS

1. Information/sensibilisation des acteurs du niveau de District de Santé de MORA à l’approche des ABC
2. Information/sensibilisation des communautés de 2 Aires de Santé à l’approche des ABC et la méthodologie de diagnostic communautaire selon l’approche du “Triple A”.
3. Identification des besoins ressentis des 2 communautés et l’élaboration d’un paquet minimum d’activité propre à chaque communauté.
4. Formation d’une masse critique des formateurs à l’approche développement des ABC.
5. Adoption des recommandations en vue d’accélérer le développement et le renforcement des ABC dans le District de Santé de Mora.

RECOMMANDATIONS

Au terme du séminaire atelier d’impregnation aux activités à base communautaire, organisé par le MINSANTE et l’UNICEF, tenu du 4 au 8 Août 1997 à Maroua, les participants recommandent:

1. Qu’une cellule opérationnelle de District pour les ABC soit officiellement créée par l’autorité administrative.
2. Que la participation et la collaboration des différents partenaires soient effectives et non symboliques pour la mise en oeuvre des ABC dans le District de Santé de Mora en général et les aires de santé de Memé et Godigong en particulier.
3. Que la cellule locale de coordination assure effectivement le suivi et l’auto-évaluation des ABC.
4. Que tous les leaders de la communauté y compris les ministres de culte puissent appuyer le développement des ABC dans leurs collectivités.
5. Que les promoteurs des ABC ainsi que les membres de la communauté soient dotés d’un support didactique afin de bien mener leurs activités.
6. Que l’UNICEF apporte un appui constant au District pour la phase de la mise en oeuvre et le suivi des ABC.

Le Séminaire/Atelier d'imprégnation aux Activités à Base Communautaire a pris fin avec le mot de félicitations et d'encouragement de l'UNICEF et l'allocation de clôture du Délégué Provincial de la Santé Publique exhortant le personnel de santé, les structures communautaires de dialogue et tous les partenaires multisectoriels à promouvoir la santé et la nutrition en collaboration avec les communautés, elles-mêmes engagées dans les activités visant la réduction des taux de mortalité et de la morbidité dans leurs aires de santé.

Annexe 1: Présentation du District de Santé de Mora/Province de l'Extrême-Nord

POPULATION TOTALE DE LA PROVINCE (est.1996)	:	2,332,562 Hbts
	:	104,965 enfants de 0 à 11 mois
	:	419,869 enfants de moins de 5 ans
	:	116,628 femmes enceintes
TOTAL DISTRICTS DE SANTE	:	23
TOTAL AIRES DE SANTE	:	173
TOTAL FORMATIONS SANITAIRES	:	164
<hr/>		
POPULATION DU DS DE MORA	:	96,472 Hbts
	:	3,859 enfants de 0 à 11 mois
	:	17,365 enfants de moins de 5 ans
	:	4,824 femmes enceintes
TOTAL AIRES DE SANTE	:	10
TOTAL FORMATIONS SANITAIRES	:	10 dont 8 publiques et 2 privées

District de Santé	Population	AS avec FS	AS sans FS	FS responsables de l'AS		HD	
				Revit	Non Revit	Revit	Non Revit
1. Mora + Waza Sud	96,472	10	2	6	4	0	1

THEME 10: MOBILISATION DES RESEAUX COMMUNAUTAIRES ET INTERSECTORALITE

COMMUNICATION No 22

LES RÉSEAUX DE FEMMES ANIMATRICES VILLAGEOISES au BURKINA FASO

par les MINISTÈRES DE:

AGRICULTURE

SANTÉ

ACTION SOCIALE

et l'UNICEF

INTRODUCTION.

L'éducation à travers l'information/communication peut être considérée comme l'outil le plus puissant à la disposition de l'homme, celui qui ouvre de nouvelles voies à l'exercice des droits et responsabilités.

Cela se justifie encore plus dans la plupart des pays en développement où la majeure partie des populations vivant surtout en zones rurales et péri-urbaines n'a pas véritablement accès aux services socio-sanitaires. Les modifications de comportements des populations à la base ainsi que l'amélioration des connaissances essentielles en matière de santé, nutrition, hygiène et assainissement ne constituent pas encore un acquis au niveau de ces populations. Il y a une nécessité de définir et d'entreprendre des approches de promotion des activités à base communautaire dans ces domaines. C'est dans un tel contexte qu'est né le programme d'appui aux Réseaux de Femmes Animatrices qui a pour but essentiel de faire passer un certain nombre de messages et pratiques clés concernant les savoir-faire et savoir-être en matière d'hygiène/santé/nutrition au niveau des couches les plus défavorisées.

Soulignons que l'approche "Réseaux de Femmes Animatrices" se démarque de la considération classique que l'on a du projet car venant seulement en appui aux activités régulières des Ministères engagés dans la conception/exécution.

HISTORIQUE.

Les Réseaux de Femmes Animatrices Villageoises sont issus d'une expérience tentée initialement au Burkina Faso en 1992 à partir des besoins ressentis dans deux jeunes organisations paysannes à la base, installées sur des sites de production hydro-agricoles des localités du Sourou et du Zoundwéogo

Le Ministère de l'Agriculture à travers la direction centrale chargé de l'appui aux organisations d'auto-promotion paysannes avait, entre autre mission, le suivi et l'encadrement de ces jeunes producteurs et productrices. Au cours de ce suivi coordonné par deux agents du niveau central, il a été constaté que les femmes (épouses de producteurs) n'ayant pas pour la plupart une grande expérience de la maternité, avaient des enfants qui souffraient de diarrhées et de malnutrition. Les causes réelles de ces maux ne pouvaient être identifiées par ces jeunes mamans par ignorance; elles trouvaient plutôt des interprétations superstitieuses liées aux mauvais sorts et à la sorcellerie. Notons que ces maladies ont fait malheureusement des décès nombreux influençant négativement la production agricole des jeunes ménages étant donné que la santé des enfants préoccupait essentiellement les femmes. Il fallait donc trouver une solution.

C'est ainsi que l'équipe d'encadrement a approché l'UNICEF: dans un premier temps, celui-ci a mis une quantité importante de farine MISOLA (Mil-Soja-Arachide) à disposition du projet pour l'alimentation des enfants malnutris. Dans un second temps, il s'est agit d'apprendre à ces productrices à utiliser les produits locaux pour enrichir l'alimentation de leurs enfants et d'échanger avec elles autour des règles élémentaires en matière d'hygiène générale pour prévenir les maladies diarrhéiques.

Par la suite, l'équipe d'encadrement ayant une expérience en santé publique a initié et exécuté elle-même un petit projet de formation d'un montant de 157.000 FCFA au bénéfice des 70 femmes des deux groupements concernés. Les résultats de l'évaluation faite sur l'assimilation des contenus, et la modification des comportements ont dépassé les prévisions notamment en ce qui concerne l'état nutritionnel des enfants et l'application des connaissances sur l'hygiène corporelle et de l'habitat. Ceci a permis l'extension de la formation à d'autres femmes des mêmes localités.

Il a ainsi été demandé à chaque femme formée de sensibiliser 10 autres femmes pour multiplier le nombre de bénéficiaires: d'où le vocable de "multiplicatrice" qui leur a été initialement attribué. Compte tenu du travail extrêmement louable d'animatrice/éducatrice que menaient ces femmes, le contenu de la formation fut mieux orienté et les "multiplicatrices" devinrent des "Femmes Animatrices".

Au cours de l'évolution du projet, des femmes formées ont manifesté d'autres besoins en formation au cours des activités de suivi; notamment dans les domaines de la santé maternelle et infantile, l'espacement des naissances et la planification familiale. L'équipe d'encadrement se devait alors d'approcher les partenaires de terrain que sont les services décentralisés de la santé et de l'action sociale pour dispenser les thèmes techniques relevant de leur compétence.

Depuis lors, une stratégie d'éducation de la population en hygiène, santé, nutrition s'est développée pour s'insérer dans une approche multisectorielle de promotion des activités à base communautaire: ceci dans la perspective de contribuer au renforcement ou à l'amélioration des connaissances des populations péri-urbaines et rurales.

I. LES COMPOSANTES DE L'APPROCHE EDUCATIVE.

L'approche éducative "Réseaux de femmes Animatrices" met l'accent sur la formation de ressources humaines communautaires, principalement les femmes. Ceci parce que la formation privilégie les

aspects santé et qu'il n'existe pas de meilleur agent de santé, au sein de la famille et pour l'enfant, que la mère.

L'objectif fondamental poursuivi est de renforcer les capacités des communautés de base et de favoriser une meilleure prévention et un meilleur contrôle des problèmes sanitaires, alimentaires et nutritionnels.

1.1 Les structures de coordination.

Trois grands niveaux sont à considérer:

- ❶ le niveau central national constitué par la Cellule Technique Nationale (CTN), structure légère composée de quatre membres venant de trois Ministères différents: Agriculture, Santé et Action Sociale.
- ❷ le niveau provincial qui comporte une Cellule Technique Provinciale (CTP) composée des représentants à cet échelon des trois ministères cités.
- ❸ le niveau local villageois qui regroupe les Femmes Animatrices, les Femmes de Base et les Superviseuses des réseaux ainsi que la structure d'appui des agents formateurs.

1.2 Les étapes et les niveaux de formation.

1.2.1 La phase préparatoire:

- ➔ concertation avec les services décentralisés impliqués dans l'exécution (Agriculture, Santé, Action Sociale). Cette concertation se fait directement avec le niveau intermédiaire et périphérique.
- ➔ choix des agents formateurs par ces services "décentralisés" Ce choix est en même temps celui des sites d'intervention puisque le couple d'agents formateurs est "à la tête" du réseau et devra donc être à proximité des Animatrices, des Superviseuses et des Femmes de Base.
- ➔ sensibilisation de la population dans les sites identifiés et recrutement des femmes à former.

Les villages sont retenus souvent selon des critères précis: faible taux de couverture vaccinale, taux de prévalence élevé de Ver de Guinée, carence en Iode ou en Vit A ..). aussi la formation peut être menée à partir de la demande des services techniques ou des associations locales et ONG.

1.2.2 Les formations

Elles obéissent à la logique des formations en cascade.

- ➔ La formation des agents formateurs. c'est un cadre de recyclage et de ré-actualisation des connaissances, de partage d'information et d'expériences conduite par l'équipe de formateurs de la Cellule Technique Nationale

A l'issue de cette formation de 5 jours, les agents formateurs se constitueront en "couple de formateurs" pour prendre en charge un groupe de Femmes Animatrices. Ce couple de formateurs sera obligatoirement constitué par un agent de la Santé ou Action Sociale pour les aspects techniques et

un agent de l'Agriculture compte tenu de sa responsabilité dans le suivi/appui aux organisations communautaires d'où proviennent les femmes des réseaux. A cette formation assistent les membres de la Cellule Technique Provinciale. Les agents formateurs sont choisis en fonction de leur expérience, de leur responsabilité et de leur capacité. Ils devront résider dans la zone couverte par le réseau. L'agent de santé dont la structure sanitaire fait partie de l'aire du réseau (déterminée par la CTP) est toujours associé au groupe des formateurs. Le nombre des agents formateurs est donc fonction du nombre de réseaux à mettre en place.

➔ *La formation des Femmes Animatrices. Le groupe des femmes animatrices est le cœur de l'approche. L'expérience a montré qu'un groupe de 30 femmes animatrices constituait un nombre adéquat pour la formation par deux agents formateurs.*

La femme animatrice est le véhicule de la formation, le moyen principal pour éduquer les populations de base.

Critères de choix des femmes animatrices:

- ✓ *intérêt de la femme pour la formation;*
- ✓ *appartenance à des structures communautaires existantes;*
- ✓ *notoriété/reconnaissance dans le milieu;*
- ✓ *appartient à l'aire géographique à couvrir.*

Constitution du réseau de Femmes Animatrices: le schéma 2 montre le principe de constitution du réseau et les inter-relations que cela amène entre les divers groupements existants sur le terrain.

➔ *Le suivi des activités. Il est endogène. Au sein du groupe de 30 femmes formées, 3 femmes Superviseuses sachant lire et écrire sont identifiées pour recevoir une formation complémentaire de 1 jour afin d'assurer le suivi des Animatrices.*

➔ *La formation des Femmes de Base. Les femmes de base sont la cible ultime de l'approche. Les formations des Agents Formateurs et des Femmes Animatrices ne sont que des moyens pour atteindre celles-ci. Les Femmes de Base sont les femmes des foyers dans les villages et représentent les bénéficiaires pour lesquelles est organisée la formation.*

Les étapes de la formation des Femmes Animatrices. Deux types de formation sont à considérer:

- ✓ *la formation classique,*
- ✓ *la formation spécifique dans les zones endémiques (Ver de Guinée, avitaminose A).*

La phase 1 permet le traitement de 8 thèmes. Pendant la période intermédiaire, les Animatrices retrouvent leur milieu et doivent s'efforcer de mettre en pratique les connaissances acquises pendant la phase 1. Au cours de la phase 2, il est procédé à un ajustement des connaissances et à une consolidation des acquis, c'est également au cours de cette période que les Animatrices reçoivent des notions de technique de communication afin de pouvoir transmettre les messages et pratiques clés aux Femmes de Base. Les Superviseuses sont formées au cours d'un jour supplémentaire.

La formation spécifique se déroule en cinq phases:

- #(1) traitement des thèmes classique avec un accent particulier sur le sujet particulièrement préoccupant (Ver de Guinée, avitaminose A);
- # (2) phase intermédiaire de 7 jours d'expérimentation des acquis au foyer;
- #(3) bilan avec discussions sur les situations expérimentées lors de la phase intermédiaire au foyer, et apports complémentaires;
- # (4) seconde phase intermédiaire de 21 jours pour ré-emploi des acquis et début de vulgarisation dans les familles/foyers.
- #(5) ajustement et renforcement des acquis ainsi que formation pour de nouveaux thèmes et formation des Superviseuses.

Les caractéristiques de la formation:

- ✓ utilisation de la méthode participative;
- ✓ liaison de la théorie à la pratique lors des séances de formation;
- ✓ emploi de matériel didactique (figurines et aliments locaux pour les séances de démonstration);
- ✓ les différents thèmes de formation débouchent sur un recueil de données fonctionnelles et utilitaires en santé publique: les messages et pratiques clés qui sont transcrits en langue nationale. Ce répertoire est soutenu par des idéogrammes qui servent à susciter les discussions auprès des Femmes de Base. Ces messages et pratiques clés sont les outils de travail des Femmes Animatrices.

2 LES RÉSULTATS.

Les résultats d'une telle approche peuvent s'apprécier de plusieurs manières: en terme de couverture (nombre de Femmes de Base ou d'Animatrices formées), en terme d'impact sur quelques indicateurs de santé ou d'hygiène et en terme de changement de comportement.

2.1 Couverture des réseaux.

Depuis 1993, l'approche des Réseaux de Femmes Animatrices Villageoises a été développé dans de nombreuses provinces du Burkina. Le tableau page suivante donne une idée du nombre de Formateurs, d'Animatrices et de Femmes de Base impliqués dans cette approche.

<i>Provinces</i>	<i>F. de Base</i>	<i>Animatrices</i>	<i>Population</i>	<i>Ratio %</i>
<i>Bazéga</i>	460	46	398.262	1,16
<i>Boulgou</i>	4.200	420	527.060	7,97
<i>Boulkiemdé</i>	3.000	300	421.321	7,12
<i>Gnagna</i>	4.480	448	315.206	14,21
<i>Gourma</i>	1.200	120	404.730	2,96
<i>Kadiogo</i>	24.600	1.740	891.212	27,60
<i>Kouritenga</i>	3.000	300	183.410	16,36
<i>Kossi</i>	3.000	300	444.857	6,74
<i>Mouhoun</i>	12.000	1.200	385.769	31,11
<i>Namentenga</i>	3.000	300	229.439	13,08
<i>Oubritenga</i>	1.750	175	350.999	4,99
<i>Oudalan</i>	4.200	420	140.510	29,89
<i>Passore</i>	3.000	300	243.331	12,33
<i>Sanguié</i>	3.000	300	250.650	11,97
<i>Sanmatenga</i>	1.200	120	441.240	2,72
<i>Seno</i>	3.000	300	302.873	9,91
<i>Sourou</i>	350	35	358.211	0,98
<i>Tapoa</i>	5.400	540	218.516	24,71
<i>Zoundwégo</i>	1.770	177	194.396	9,11
<i>Total</i>	<i>82.610</i>	<i>7.541</i>		<i>12,36</i>

L'approche des Réseaux est actuellement reprise par de nombreuses ONG et associations sur le territoire, multipliant ainsi le nombre d'Animatrices et de Femmes de Base. Cependant leurs messages sont plus focalisés sur des thèmes particuliers.

2.2 Impact sur l'utilisation des services.

Les valeurs citées sont extraites des rapports des superviseuses et des agents de santé.

⇒ amélioration de la couverture sanitaire; dans la province du Kadiogo où 40 Réseaux sont actifs, on a constaté une hausse de l'utilisation des services de santé de 45 à 62%. Dans la même province le taux d'utilisation de la TRO est monté à 93% lors des épisodes diarrhéiques des enfants.

⇒ amélioration de la participation des femmes aux consultations de Planning Familial.

⇒ dans l'ensemble des provinces où les Animatrices ont été formées, elles appuient les services de santé dans l'organisation des séances de vaccination de même que dans la recherche des enfants perdus de vue. Ainsi, le nombre d'enfants récupérés pour la vaccination après formation des Femmes de Base est de 2237 au Kadiogo. En milieu rural, sur 345 villages, les Femmes Animatrices ont récupéré 3384 perdus de vue.

⇒ toujours en milieu rural, on a constaté sur un an, une augmentation de 65% du taux d'accouchements assistés.

⇒ lorsque les services sont disponibles on note également une forte augmentation de leur utilisation: 93% des femmes se sont rendues aux séances de vaccination, 84% des femmes ont accouché à la maternité.

⇒ amélioration de l'hygiène et augmentation de la consommation d'eau potable.

2.3 Changements de comportements.

⇒ Une évaluation des Réseaux faite à la fin 1996 montre qu'ils ont été efficaces surtout pour ce qui est de l'acquisition des connaissances et du changement de comportement liés à l'hygiène et à l'assainissement. L'observation de 60 Femmes de Base concernant l'utilisation de l'eau potable montre que plus de 90% de celles qui ont accès au forage ou à un puits aménagé, l'ont utilisé. Au moment de l'étude, l'eau de surface était disponible.

Dans l'ensemble, malgré des améliorations de connaissance, les changements de comportement ont été évidemment moins important lorsque les ressources sont difficilement mobilisables (construction de latrines dans les concessions, augmentation du nombre de repas...).

Dans les Centres de Santé:

⇒ recherche des enfants perdus de vue en vaccination par les Animatrices;

⇒ conduite de séances publique de démonstration de la TRO et des bouillies enrichies;

⇒ implication des Animatrices dans les Comités de Gestion des Centres de Santé appuyés par l'IB.

Au niveau social:

⇒ Le principe de l'allaitement maternel a été développé et mis en application par beaucoup de femmes;

⇒ exécution des activités communautaires suscitées par les réseaux (nettoyage des lieux publics);

⇒ constitution des Réseaux en Comités informels de défense ou d'associations contre l'excision.

Dans les organisations paysannes:

⇒ mobilisation et redynamisation des structures communautaires (surtout féminines) par le biais des Réseaux;

⇒ mise en place de structures d'auto-promotion favorisées par l'existence des Réseaux (Coopératives d'épargne et de crédit),

⇒ mise en place de jardins potagers familiaux pour améliorer l'alimentation (apport de vitamine A).

3 CONTRAINTES ET ÉLÉMENTS DE SOLUTIONS.

CONTRAINTES	ÉLÉMENTS DE SOLUTIONS
<p>1 Sur le plan administratif.</p> <p>⇒ exigences de l'UNICEF pour les délais d'acheminement des justificatifs sont trop importantes.</p> <p>⇒ retards accusés pour le placement des fonds dû à la lourdeur administrative des Ministères.</p> <p>⇒ mobilité des agents formateurs des Réseaux.</p>	<p>⇒ négociation avec l'UNICEF.</p> <p>⇒ mise en œuvre d'une nouvelle stratégie de formation de "Femmes Superviseuses et Formatrices".</p>
<p>2 Sur le plan relationnel avec les différents Ministères impliqués:</p> <p>⇒ incompréhension avec certaines directions centrales qui ne permet pas l'utilisation optimale des Réseaux dans les ABC.</p>	<p>⇒ discussions et plaidoyer en cours.</p>
<p>3 Au niveau des Animatrices:</p> <p>⇒ abandons dûs à des raisons d'ordre social.</p> <p>⇒ existence de pesanteurs sociologiques.</p>	<p>⇒ implication des leaders et responsables coutumiers pour l'appui aux Réseaux.</p>
<p>4. Autres.</p> <p>⇒ acceptation difficile de l'approche des Réseaux qui se démarque de la vision classique des projets (Pb des prises en charge des formateurs)</p> <p>⇒ trop de message/thème à traiter.</p> <p>⇒ difficulté de mesurer l'impact de la formation</p> <p>⇒ approche trop partielle</p> <p>⇒ création de nouvelles demandes et exigences par rapport à la formation reçue</p>	<p>⇒ discussions et persuasion.</p> <p>⇒ limiter le nombre de thèmes à traiter en fonction d'une analyse de situation préalable avec les bénéficiaires.</p> <p>⇒ définir des objectifs spécifiques et mesurables sur les comportements à adopter</p> <p>⇒ implication des hommes pour l'approbation de certains changements. Les hommes sont également associés au cours de la phase 2 de la formation spécifique (expérimentation en cours)</p> <p>⇒ implication d'autres acteurs (collaboration inter sectorielle), accès au crédit etc ..</p>

4 PERSPECTIVES.

➔ Mise en place d'une structure décentralisée pour renforcer les activités des Animatrices dans le cadre d'un développement local. Ceci afin d'appuyer plus efficacement les Réseaux.

4.1 Développement Communautaire & Appui à la Famille.

- ➔ Implication des Femmes Animatrices dans la mise en œuvre de l'expérience de garderie communautaire en cours;
- ➔ Intervention des Réseaux dans les activités de crédits pour les femmes (petites activités génératrices de revenus).

- ➔ *Octroi d'équipement aux Groupements Villageois Féminin pour l'allégement des travaux des femmes.*
- ➔ *Implication des Réseaux dans l'organisation de mutuelles de santé pour les évacuations sanitaires, en particulier pour les femmes enceintes.*

4.2 Eau & Assainissement.

- ➔ *Utilisation du canal des Réseaux pour la lutte contre le Ver de Guinée dans les villages endémiques;*
- ➔ *Promotion de l'assainissement et de l'hygiène à faible coût sur la base des préférences et besoins de la population.*

4.3 Santé.

- ➔ *Implication des Animatrices Villageoises dans la distribution communautaire de capsules de vitamine A;*
- ➔ *Utilisation du canal des Réseaux dans l'approche «surveillance nutritionnelle à assise communautaire».*
- ➔ *Implication des Réseaux pour une amélioration de la participation communautaire dans la gestion des services de santé, dans la micro planification des activités et dans le suivi de la qualité des prestations.*
- ➔ *Intervention des Réseaux dans la conception et la mise en œuvre d'un système de référence et contre référence pour les parturientes (lien avec l'hôpital de district).*

COMMUNICATION No 23

SOINS PRIMAIRES DE L'ENVIRONNEMENT, PORTE D'ENTREE POUR LE DEVELOPPEMENT D'UNE APPROCHE ABC

District de Goudiry - SENEGAL

Note: Cette communication a été présentée sous la forme d'un film vidéo de 15 minutes présentant les principales réalisations du projet, l'engagement et la perception des communautés vis à vis du projet.

COMMUNICATION No 24

**PARTENARIAT
UNICEF-COTE D'IVOIRE AVEC LE PEACE CORPS
DANS LE CADRE DES ACTIVITES
D'ASSAINISSEMENT -D'APPROVISIONNEMENT EN EAU
POTABLE-D'HYGIENE ET DE LUTTE POUR
L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE**

**Par:
Mr Souleymane Diabaté, UNICEF CI**

PLAN DE PRESENTATION

- 1 Les justifications
- 2 La demarche
3. Les contraintes
- 4 Resultats et perspectives

PARTENARIAT

Idee de partage et d'utilisation des avantages comparatifs de chaque intervenant sur le terrain

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire est un pays qui regorge beaucoup d'ONGs dont le siège ou la base se trouve localisé dans les centres urbains alors que les activités sont déployées en général dans des zones/localités très décentralisées. Très souvent, ces ONGs ne disposent pas aussi de moyens logistiques appropriés pour mener des opérations sur le terrain

Compte-tenu de la nature de nos interventions, l'on est amené à rechercher des partenaires-relais sur le terrain

1 JUSTIFICATIONS

- *L'on constate dans les zones d'endémie dracunculienne la persistance de certaines maladies qui nécessitent des interventions très ciblées, constantes / permanentes*

Le pian, le paludisme, les verminoses et les parasitoses, la malnutrition, le tetanos, etc,

EN MATIERE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE

- ▶ *Des taux de pannes très élevés au niveau des infrastructures d'AEP : plus de 30% à certaines périodes de l'année.*
- ▶ *Manque de suivi et d'encadrement des comités de gestion des points d'eau et des artisans-réparateurs chargés de leur maintenance.*

DANS LE SECTEUR DE L'ASSAINISSEMENT

- ▶ *Manque d'infrastructures d'assainissement adéquat dans la quasi totalité des localités.*

Comment l'offre de services répond-t-elle à cette demande?

II. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Le Ministère des infrastructures économiques gère le secteur de l'AEP

- ◆ *Hydraulique urbaine*
- ◆ *Hydrologie*
- ◆ *Hydraulique rurale avec 12 antennes régionales, plus de 14000 points d'eau, 9796 comités de gestion des points d'eau dans 8500 villages, 470 artisans-réparateurs, 16 reconditionneurs, 25 magasins de distribution de pièces détachées.*

Le Haut Commissariat à l'Hydraulique (rattaché à la Primature) quant à lui a en charge de repenser la politique de l'Hydraulique en CI en terme de gestion intégrée de la ressource.

Quant à l'assainissement, l'hygiène et l'environnement, ce sous-secteur est l'affaire de pratiquement tous les ministères mais leurs actions devraient être coordonnées par le MLCVE qui a des structures très peu ou pas décentralisées.

III. CONDITIONS DU PARTENARIAT

- *Missions d'évaluation des besoins*
- *Présentation et communication du rapport de mission*
- *Elaboration/signature d'un protocole d'accord PeaceCorps ou Gouvernement Americain avec le pays hôte (C I).*
- *Désignation d'homologues nationaux à former pour prendre la relève.*
- *Elaboration/signature d'un protocole d'accord UNICEF/Peace Corps.*

Trois groupes de volontaires en Côte d'Ivoire dans la Santé, l'Eau et l'Assainissement et l'Urban

- *Rencontres trimestrielles équipe UNICEF et équipe Peace Corps et le partenaire national*

PRINCIPALE CONTRAINTE

=====

Double tutelle sous laquelle le volontaire du Corps de la Paix exerce ses fonctions :

- *Tutelle administrative*
- *Tutelle technique*

IV RESULTATS

Les volontaires appuient:

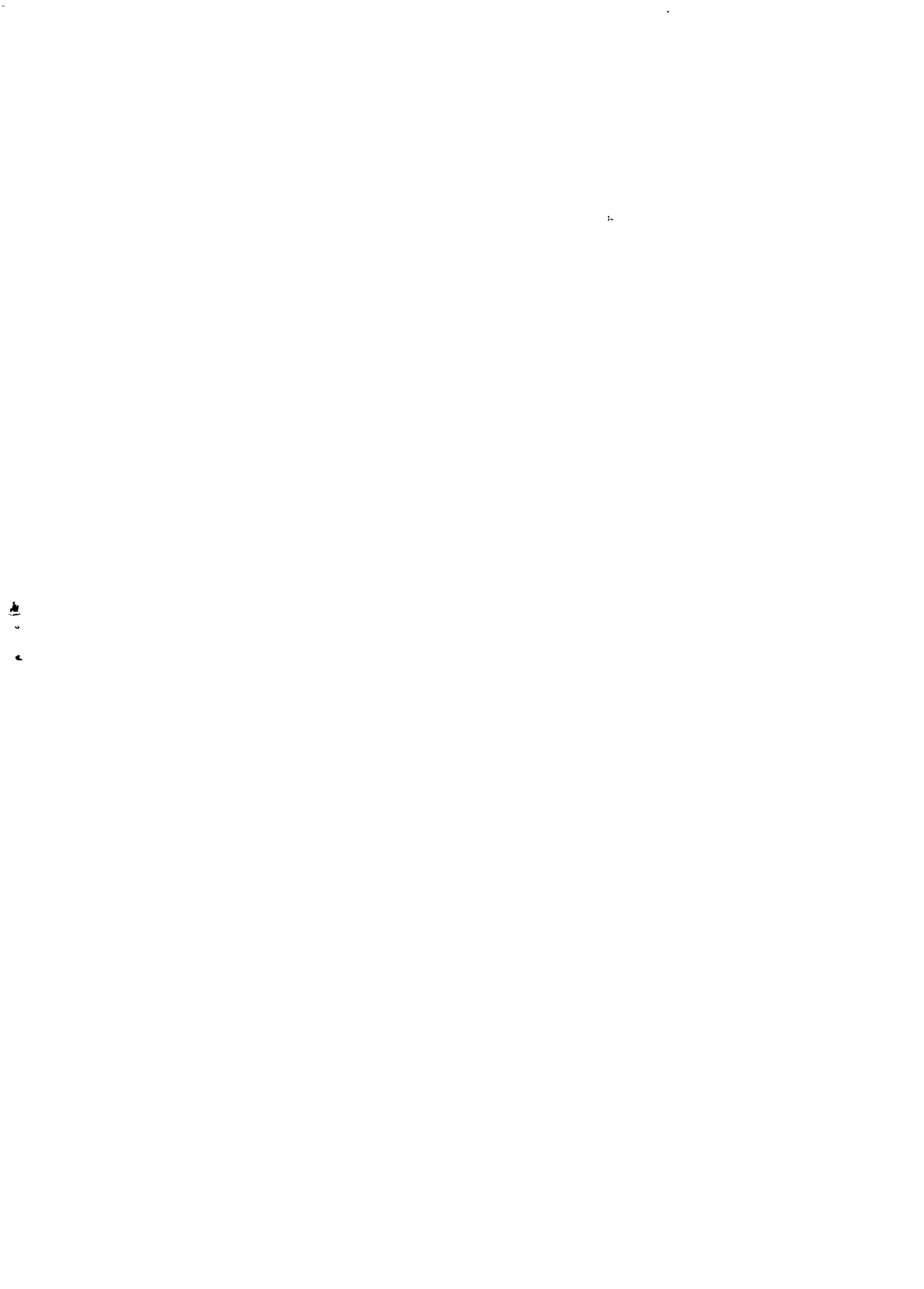
- *les ASC dans le cadre du PNEVG dans l'IEC, la distribution des tissus-filtres, la surveillance épidémiologique.*
- *les activités de promotion et de réalisation d'infrastructures d'assainissement dans les ménages.*
- *les comités de gestion des points d'eau dans la mobilisation de ressources financières pour la réhabilitation des infrastructures.*

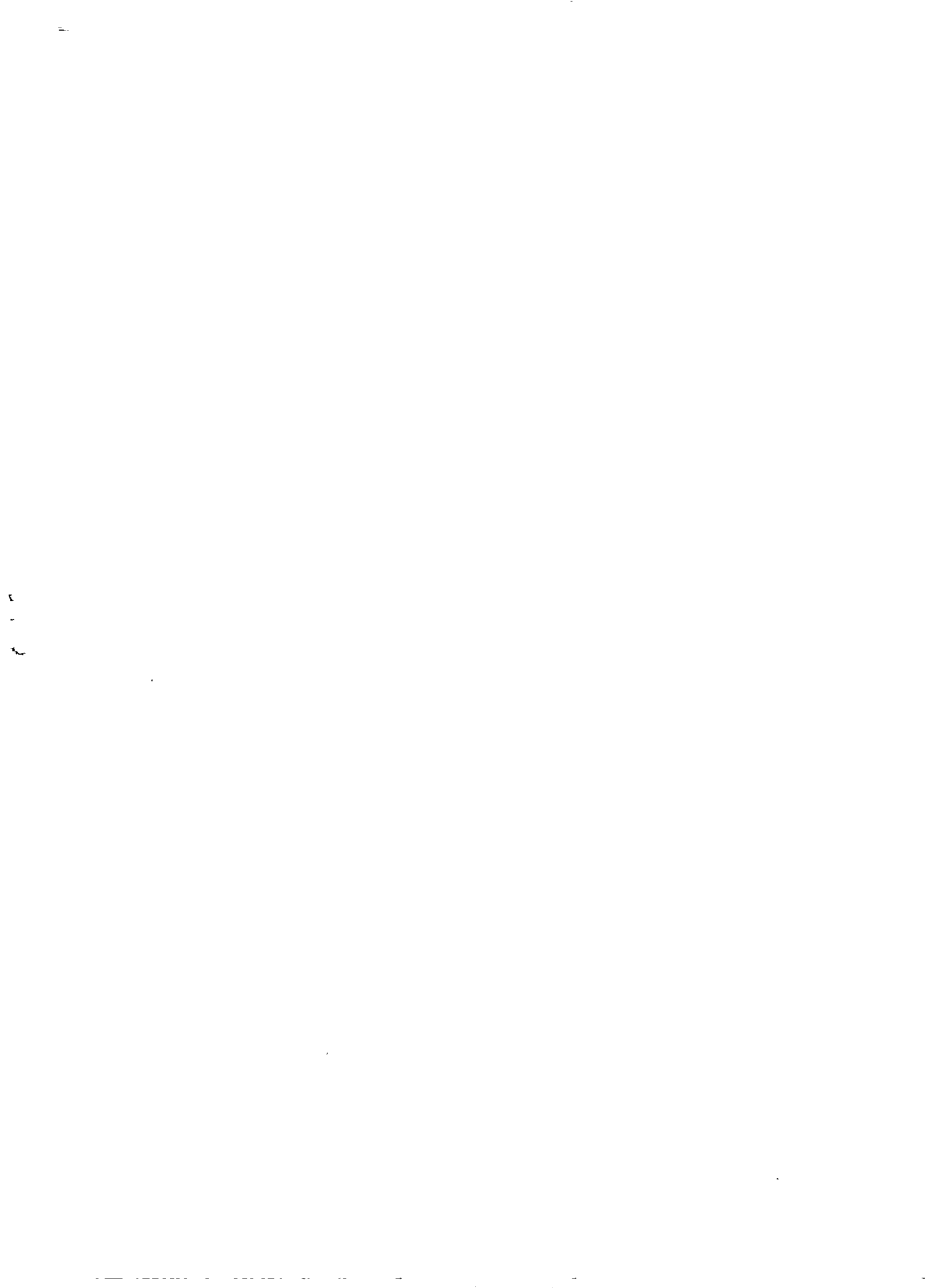
V LES PERSPECTIVES

- *Renforcement des localités d'endémie avec la présence de Volontaires surtout dans l'optique de l'intégration des activités et compte-tenu de l'impact psychologique de leur présence sur le changement de comportement des communautés.*
- *Veiller au respect des termes des différents protocoles pour éviter des frustrations et faciliter l'intégration des volontaires.*

CONCLUSION

Le volontaire Peace Corps est utilisé dans le programme comme partenaire-relais sur le terrain





**UNICEF
BUREAU REGIONAL
POUR L'AFRIQUE DE L'OUEST
ET DU CENTRE**

**WEST & CENTRAL
AFRICA REGIONAL OFFICE**

04 BP 443 Abidjan
Côte d'Ivoire

TEL: (225) 21 31 31

TELEX: 23340 -22899

FAX: (225) 22 76 07

INTERNET CONTACT:

WCARO @ UNICEF•ORG

Photos PIROZZI / MURRAY-LEE
Graphisme: KITA Création - Abidjan