

8 2 4

G W . B I 8 8

LIBRARY
INTERNATIONAL REFERENCE CENTRE
FOR COMMUNITY WATER SUPPLY AND
SANITATION (IRC)

Projet Soins de Santé Primaires intégrés avec Hydraulique villageoise et Animation rurale dans les Iles Bijagos (Guinée-Bissau)

Evaluation réalisée pour Mani Tese (Italie) :

Vincent Bracketaire



JUIN 1988

COTA a.s.b.l. (Collectif d'Echanges pour la Technologie Appropriée)
18 rue de la Sablonnière, 1000 Bruxelles - Belgique - Tél. . (2) 218.18.96.

824-5242

Mise en page - Traitement de texte Sonia Renaut.
Figure de la page couverture . David Kyungu extrait de 'Practising Health for All'

LIBRARY, INTERNATIONAL REFERENCE
CENTRE FOR OCCUPATIONAL WATER SUPPLY
AND SANITATION (I.O.)
PO Box 3110, 2500 GA The Hague
Tel. (070) 614011 ext 141/142

ISBN 5242
LO: 924 GW. B188

L'évaluateur est une personne qui n'a pas participé à la vie du projet, qui n'a vécu ni ses souffrances et frustrations, ni ses joies. Cependant, à un moment donné, on fait appel à lui pour jeter avec méthode un regard extérieur sur une action qui a besoin d'être pondérée et stimulée créativement pour continuer son cours de façon cohérente.

Beaucoup d'hommes et de femmes sont engagés dans le projet que soutient Mani Tese en Guinée-Bissau, et ils constituent son essence et sa force. Cette évaluation n'est pas simplement un regard éloigné car elle s'est réalisée avec l'étroite collaboration de ces nombreuses personnes qui ont placé avec espoir toute leur confiance dans la personne de l'évaluateur. Qu'elles en soient ici sincèrement remerciées.



SOMMAIRE

PROLOGUE

LISTE DES ABREVIATIONS

- I. INTRODUCTION AU PROJET ET CONTEXTE DE L'EVALUATION
- II. CADRE GÉNÉRAL ET HISTORIQUE DU PROJET
 - 2.1. Le projet national des Soins de Santé Primaires
 - 2.2. Histoire de l'intervention de Mani Tese
- III. EVALUATION DU PROJET SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES INTÉGRÉ AVEC HYDRAULIQUE VILLAGEOISE ET ANIMATION RURALE
 - 3.1. Rappel des objectifs énoncés dans le projet 801
 - 3.2. Le Projet Santé
 - 3.2.1. Analyse critique des différentes activités menées
 - 3.2.1.1. Infrastructure de santé en place dans l'archipel
 - 3.2.1.2. Les Unités de Santé
 - Rôle des ASB
 - Rôle des matrones
 - Vers quelle démedicalisation ?
 - 3.2.1.3. Les Centres de Santé
 - Rôle des infirmiers et accoucheuses
 - Formation des cadres des Centres de Santé pour les SSP
 - 3.2.1.4. L'hôpital de référence
 - 3.2.1.5. Recensements et données (et étude du milieu)
 - 3.2.2. Analyse critique des moyens et des méthodes
 - 3.2.2.1. Participation des tabancas et de la population
 - 3.2.2.2. L'Equipe de Supervision Régionale des SSP pour la Région Bolama-Bijagos
 - 3.2.2.3. La Direction des Soins de Santé Primaires du Minsap à Bissau
 - Comme entité ministérielle
 - En relation avec les îles Bijagos et avec Mani Tese

- 3.2.2.4. Le Programme de Vaccinations
 - Le projet national
 - La réalité des vaccinations dans les îles
- 3.2.2.5. Disponibilité des moyens logistiques
- 3.2.3. Conclusions et recommandations pour le projet Santé
- 3.2.3.1. Conclusions
- 3.2.3.2. Insuffisances
- 3.2.3.3. Recommandations

3.3. Le Projet Hydraulique villageois

- 3.3.1. Historique
- 3.3.2. Activités menées
- 3.3.3. Analyse de la méthode et des moyens
- 3.3.3.1. Méthode
- 3.3.3.2. Moyens
 - Equipe technique
 - Moyens logistiques
 - Mécanismes institutionnels : rôle des Ministères
 - Participation des bénéficiaires
- 3.3.4. Conclusions
- 3.3.5. Recommandations

3.4. Le Projet Agricole

- 3.4.1. Historique
- 3.4.2. Analyse des différentes activités menées
- 3.4.2.1. Jardins potagers et vergers
- 3.4.2.2. Activités liées aux palmiers et à l'huile de palme
 - Fabrication de savon
 - Introduction de presses à huile
 - Introduction de concasseuses de noix de palme
- 3.4.2.3. Fourniture de petit matériel agricole et constitution de fonds pour crédit villageois
- 3.4.2.4. Autres activités

- 3.4.4. Analyse des moyens et des méthodes
- 3.4.4.1. Rôle de l'assistance technique
- 3.4.4.2. Disponibilité des moyens logistiques
- 3.4.4.3. Panorama institutionnel pour le développement rural des îles
 - Le PNUD
 - Le Ministère du Développement rural
 - Projet pilote de développement rural
- 3.4.5. Conclusions . Situation de Mani Tese et propositions d'accord avec le Ministère du Développement rural
- 3.4.6. Recommandations

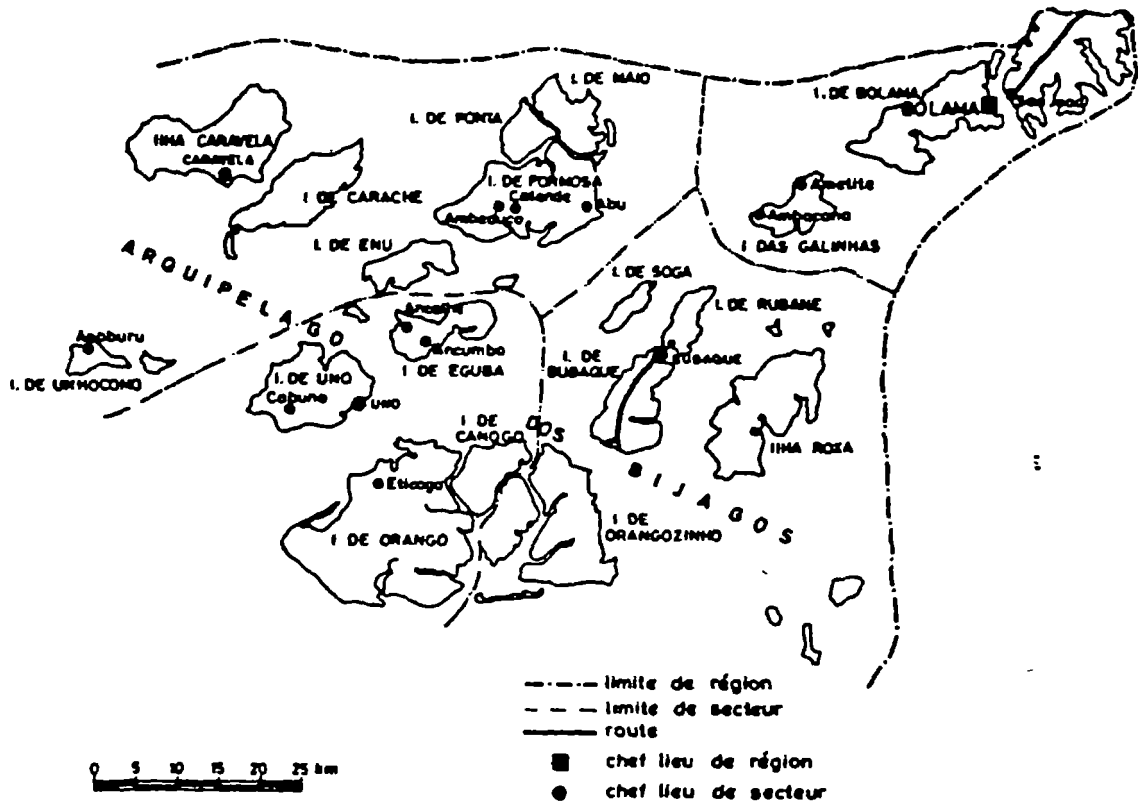
IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

BIBLIOGRAPHIE

CHRONOGRAMME

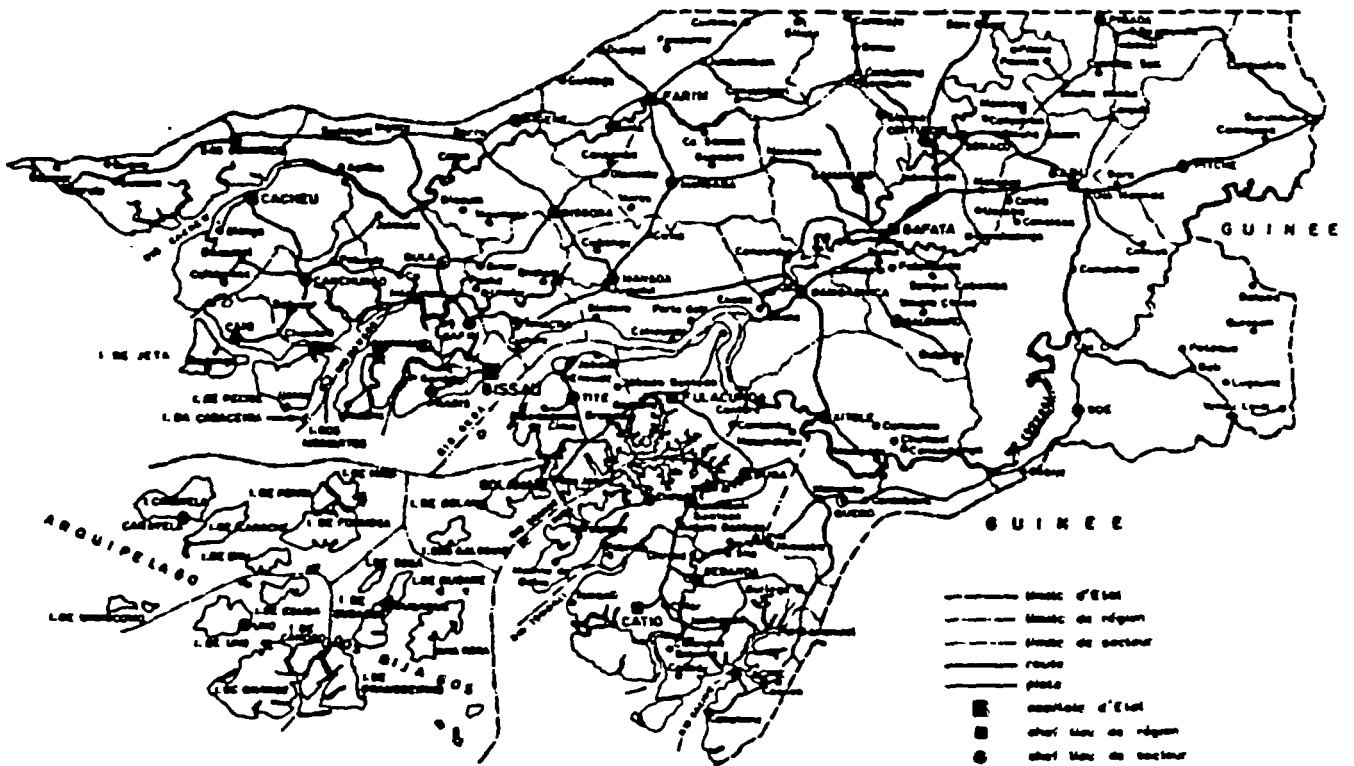
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

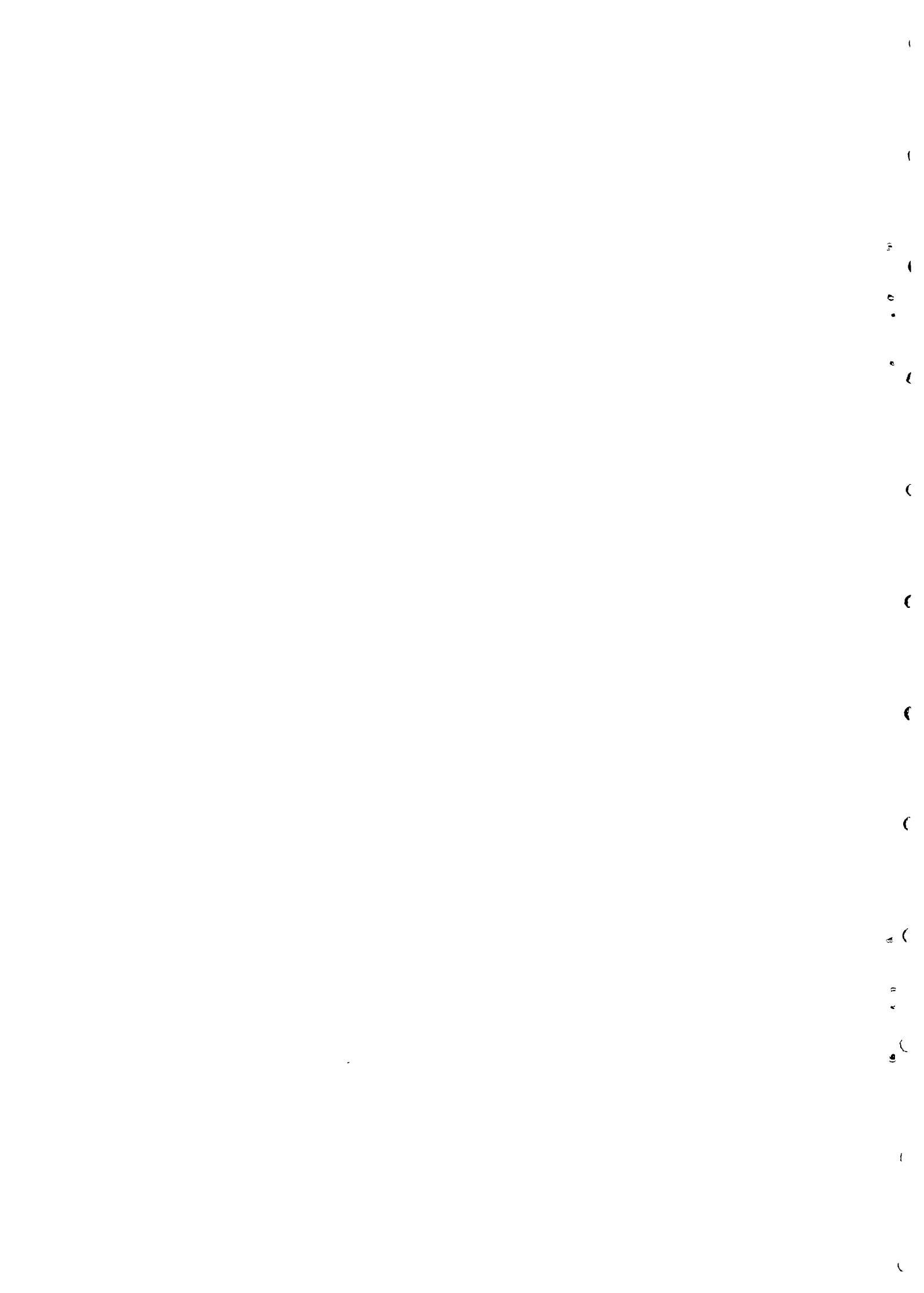
REGION DE BOLAMA-BIJAGOS



REPUBLIQUE DE GUINEE-BISSAU

SENEGAL





PROLOGUE

Une réunion à Canhabaque

L'un des anciens, ceux-là qu'on appelle ici "homens grandes", a pris la parole spontanément, au nom de ses compagnons d'âge assis sur leurs petits bancs en bois au centre du grand groupe des villageois d'Ancanam qui nous fait face en demi-cercle. Il remercie : "Ici, avant il y avait seulement la forêt, maintenant nous avons une case-santé, un puits, des bananiers... Nous sommes très contents".

Après un moment de silence, son voisin à l'oeil mort, emmaillotté dans un vieux pagne bleu et tirant sur une mauvaise pipe reprend "Oui, nous sommes très contents. Tout va mieux. Et nous espérons que bientôt vous nous apporterez le zinc qu'on nous a promis pour faire un nouveau toit à la case-santé. Nous avons aussi des problèmes avec les puits qui n'ont plus d'eau. Nous avons vu la presse à huile que l'agronome a apporté dans le village voisin, cela aussi soulagerait nos peines. Quand vous nous apportez des machettes, nous nous sentons mieux équipés pour travailler nos champs. Nous aimerions que le Centre de Santé de l'île aide plus la case-santé de notre village où il n'y a plus qu'un seul Agent de Santé de Base, les autres sont partis. Nous voulons aussi profiter de la présence du Président du Comité de Secteur de Bubaque, qui est venu avec le visiteur étranger, pour lui demander de nous aider à obtenir le permis nécessaire pour ouvrir un magasin de produits de première nécessité, ici, sur notre île de Canhabaque". L'ancien a parlé en bijagos, et Banco, le représentant du Parti sur l'île, traduit en créole.

Mon voisin m'apprend que l'ancien vient d'être plébiscité comme roi dans une tabanca voisine et qu'il entrera dans cette très haute fonction la semaine suivante. Banco termine de traduire, il s'est attardé longuement sur certaines choses, il profite de cette inespérée situation d'interprète pour faire en notre présence sa propre publicité, d'autant plus qu'il est rare que Saïdo, son supérieur politique Président de Parti de ce secteur de l'Archipel, soit présent.

À Bubaque, Saïdo avait dit vouloir nous accompagner dans notre tournée, il en profiterait pour chasser le singe, et c'est armé de sa Kalachnikov, qu'il a débarqué à Canhabaque. Il a visité avec nous l'Unité de Santé, très mal entretenue, de la tabanca où nous nous trouvons.

Banco a terminé; Saïdo se redresse et d'un coup de gueule secoue l'assemblée. Il dénonce l'état dans lequel nous avons trouvé l'Unité de Santé, il critique le laisser-aller du village "On vous apporte tout, mais vous-mêmes, que faites-vous ?" Un vieux avance son banc et sans regarder Saïdo, nous répond

"Tout ce qui vient de l'extérieur c'est bien, mais nous faisons attention car cela peut s'envoler en fumée". Et avec un gros briquet à essence, il met le feu aux filaments soyeux des semences tombées d'un arbre

Saido se fâche plus fort et dit à l'ancien que ce ne sont que des prétextes. Il parle en créole. Il a été nommé dans les îles par le Parti mais il n'est pas Bijagos, il vient du continent. On le connaît ici à Canhabaque : on se souvient qu'il y a quelques années, il a fait irruption armé au poing avec la police en pleine cérémonie d'initiation des femmes, parce qu'il avait entendu que durant ces rites éprouvants, les bébés négligés par les femmes étaient en danger de mort. Il ajoute qu'il est honteux de venir comme Guinéen visiter Canhabaque avec un étranger, et de constater autant de saleté, de pauvreté et de retard. "Quand les Portugais sont partis, ils ont tout emporté et ne nous ont rien laissé, mais les coopérants aujourd'hui apportent tout sans rien demander pour eux...".

Un ancien, excédé, se retire son banc à la main. Banco se défend et riposte : "Tu ne sais faire que crier. Si Canhabaque a du retard aujourd'hui, c'est parce que nous avons toujours résisté aux Portugais, nous avons été les plus forts. Maintenant, nous faisons un effort; faire des chemins pour une voiture, c'est une chose nouvelle et peu habituelle pour nous, rentrer dans une nouvelle civilisation ce n'est pas facile".

Saido reprend la parole et critique les vieux qui empêchent les enfants d'aller à l'école, qui mettent des entraves au développement, qui ne pensent qu'à faire respecter les obligations et les corvées qu'ils peuvent exiger des plus jeunes, soumis à la Grandeza. Un vieux s'indigne : "Tu veux donc que nous mourrions plus vite?". L'assemblée rit et cela détend un peu l'atmosphère.

Il est étrange que tellement peu de femmes soient venues; en général, elles sont nombreuses. Beaucoup de jeunes hommes sont présents, mais ils restent silencieux et n'interviendront pas, seuls les "homens grandes" sont les porte-paroles de la société bijagos. L'échange de tirades continue, jusqu'à ce que l'infirmier qui nous accompagne s'interpose : "On ne va pas se disputer devant des étrangers qui sont venus travailler avec nous...!".

Après ces quelques excès, la discussion se calme. Banco se rassérène et essaie de réconcilier Saido avec le village : "Ce n'est pas que tu cries trop fort, tu as sans doute raison, mais tu dois comprendre qu'accepter une autre société est une chose difficile pour nous, c'est comme si tu avais une femme et que tu en trouvais une autre : comment concilier les deux ? Moi aussi, je voudrais que Canhabaque, dont je suis le Président de Parti, avance et ne reste pas en arrière".

ABREVIATIONS

ASB	: Agents de Santé de Base
CECI	: Centre Canadien d'Etudes et de Coopération Internationale (ONG)
U.S.	: Unité de Santé
C.S.	: Centre de Sante
SSP	: Soins de Santé Primaires (Cuidados Primarios de Saude)
Direction SSP	: Coordenacao Central dos Cuidados Primarios de Saude do Minsap-Bissau
Minsap	: Ministère de Santé publique, Ministerio de Saude pública
MDR	: Ministère du Développement rural
MRN	: Ministère des Ressources naturelles
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
FNUE	: Fonds des Nations Unies pour l'Equipement.



1. INTRODUCTION AU PROJET ET CONTEXTE DE L'EVALUATION

Avec l'intention d'atteindre "la Santé pour tous et avec tous" en Guinée Bissau, le Ministère de la Santé a lancé en 1977 les bases d'un programme national de Soins de Santé Primaires, appelé initialement "Projet de Santé de Base".

La Guinée Bissau, dont la population n'atteint pas le million d'habitants, connaît depuis sa récente indépendance en 1974, un difficile processus de construction nationale. Le pays n'hérita des Portugais que les tares de la bureaucratie et dépend aujourd'hui essentiellement de l'aide internationale. Celle-ci permet notamment de mettre lentement en valeur les ressources agricoles (riz, arachide, palmiste, cajou), base économique de 80% de la population généralement regroupée dans des petits villages (tabancas).

Le Projet de Soins de Santé Primaires s'inscrit dans le cadre d'une politique de décentralisation des efforts et des ressources au profit des populations rurales, d'une valorisation des aspects préventifs et promotionnels de la santé et d'une action conjointe avec les autres Ministères afin d'améliorer les conditions de vie, l'alimentation et la disponibilité en eau.

Les îles Bijagos situées au large de Bissau sont encore aujourd'hui fort marginalisées de la vie politique et économique du pays. Elles sont d'un accès difficile, à plusieurs heures de bateau en haute mer et entourées de bancs de sable : on ne peut donc les atteindre qu'en fonction du mouvement des marées et en suivant rigoureusement des tracés qu'il faut bien connaître. La population des îles, l'ethnie Bijagos, est réputée pour son isolement et son attachement à ses traditions et cela n'a jamais favorisé un rapprochement avec le continent.

La situation actuelle de la santé dans les îles Bijagos est le résultat de dix années de travail expérimental dirigé par Mani Tese en collaboration avec le Ministère de la Santé.

Nous parlons d'"expérimental" car l'action dans les îles a démarré en 1979 au lendemain de la Conférence Internationale conjointe de l'OMS et de l'Unicef, tenue à Alma Ata (URSS) en 1978, qui fit un effort de clarification

en formulant la Stratégie des Soins de Santé Primaires. Si donc la fameuse déclaration d'Alma Ata pouvait servir de ligne théorique, il fallait encore parvenir à comprendre les mécanismes qu'elle sous-entendait et surtout trouver les moyens pour adapter et pour appliquer cette démarche non seulement au contexte de la Guinée-Bissau, pays exsangue après le départ des Portugais, en 1974, mais aussi au difficile contexte géographique et culturel des îles Bijagos.

De cette façon, on observe dans l'histoire du projet une **continuelle redéfinition des objectifs et des méthodes** au fil de l'enchaînement des trois phases du projet et des différentes personnes-cadres qui s'y sont succédé. Sans doute cela est-il le reflet :

1. d'**inévitables tâtonnements** dans la recherche d'un service de santé viable pour les îles mais aussi et surtout,
2. de la succession de **différentes démarches et approches personnalisées**, ce qui n'a pas favorisé la cohérence et l'homogénéité du projet.

D'aucune façon, nous ne voulons préjuger de la **qualité de l'engagement** et du travail de ces nombreuses personnes qui ont consacré une partie de leur vie à la mise en place d'un système de santé dans cette région oubliée. A la lecture des rapports de travail, on se rend compte de l'étendue des choses réalisées aux différents moments de l'histoire du projet. Si la force d'engagement était exemplaire, il convient cependant aujourd'hui de ne plus considérer ce travail dans l'absolu, mais de comprendre quel est l'impact réel des actions passées par rapport à la stratégie globale qu'on essaie de mettre en place actuellement.

Au fur et à mesure de l'histoire et de l'avancement du projet, différentes choses ont été mises en oeuvre avec différents moyens et méthodes. Nous avons opté dans ce travail de nous centrer sur **l'analyse de la dynamique et des problèmes que connaît la situation aujourd'hui**. Cela nous amènera à parler des bases du projet, mais nous n'évaluerons et nous ne prononcerons que sur les résultats de l'action en cours et de la démarche actuelle.

Différentes évaluations avaient déjà été réalisées. L'évaluation effectuée par le Professeur Pampiglione pour Mani Tese en 1983 avait lieu après la première phase du projet à Canhabaque. Cette évaluation et ses résultats étaient très positifs et se concentraient sur la démarche des coopérants par rapport à la population de l'île, mais non par rapport à l'intégration dans un système national. L'évaluation de Nunes en 1985 ne concernait également que les réalisations dans l'île de Canhabaque et il s'agissait essentiellement d'un travail d'information pour la C.E.E.

Objectifs et contexte de l'évaluation

La présente évaluation a pour objectif de fournir une appréciation globale de l'impact du projet sur le terrain afin d'éclairer Mani Tese et le projet lui-même sur la situation actuelle et sur les réorientations éventuelles à envisager par rapport aux objectifs et aux méthodes employées jusqu'à présent. Sur la base d'un examen critique des activités menées par le projet depuis son lancement, elle doit fournir aussi des éléments de jugement qui permettront s'il le faut la redéfinition des objectifs et des moyens à mettre en oeuvre pour une éventuelle poursuite de l'intervention et programmation d'actions futures.

Dans cette nouvelle république qu'est la Guinée Bissau, il n'existe aujourd'hui que l'Etat comme partenaire potentiel, il n'y a pas encore de constitution d'organisations non gouvernementales de développement et rares sont les initiatives d'associations paysannes ou de producteurs. Cette situation est caractéristique dans les îles Bijagos où les seuls groupes identifiables sont les unités villageoises ou tabancas.

L'équipe actuelle de coopérants et d'"homologues" est stable depuis plus ou moins deux ans, mais l'absence de coordination entre les secteurs d'activités (sanitaire, eau, agriculture) et des problèmes de dynamique de groupe ont limité le caractère "intégré" du projet. De plus, le Ministère de tutelle du projet (Ministère de la Santé) n'a pas la capacité de superviser l'exécution des volets agricole et hydraulique. Cela devrait revenir au Ministère de l'Agriculture et au Ministère des Ressources Naturelles qui pourtant se sont désintéressés de ces actions car il n'y a pas eu d'accords contractés avec eux. D'autre part, l'organisation Mani Tese a négocié dernièrement avec le Ministère de l'Agriculture un projet pilote parallèle,

projet pilote parallèle, ce qui ne facilite pas pour elle l'établissement d'un partage clair des responsabilités vis-à-vis des différents projets et sous-projets.

Le futur des actions entreprises est peu défini et il est urgent aujourd'hui, à la lumière des nouveaux problèmes, de **clarifier les objectifs** que la coopération de Mani Tese dans les îles Bijagos devrait poursuivre dorénavant. On risque sinon de débiliter encore plus un système qui reste aujourd'hui fragile. Malgré sa longue histoire (près de dix ans) et trois financements successifs, **le projet semble seulement aujourd'hui être en mesure d'assurer des assises pour sa viabilité, à condition de permettre une profonde réorganisation, une claire définition institutionnelle et des moyens adaptés aux objectifs que l'on veut poursuivre.**

L'évaluation a lieu à un moment crucial pour le projet à cause des nouveaux problèmes qui se posent aujourd'hui, mais aussi parce que le dernier financement de Mani Tese (+/- 1,2 millions de dollars pour 5 ans) et les contrats des coopérants se terminent début 1989. Mani Tese a un doute justifié sur la viabilité du système des SSP. A la lumière des résultats de l'évaluation, il faudra faire le point et définir une attitude claire vis-à-vis du futur des actions en cours.

L'évaluation est compliquée par différents axes qui se recoupent et qu'il faut considérer simultanément :

1. Les différents domaines d'intervention : soins de santé primaires, volet agricole, volet construction de puits, nouveau projet pilote agricole.
2. L'axe géographique : différentes îles avec leurs réalités respectives sont concernées par le projet.
3. L'axe chronologique de l'enchaînement des trois étapes du projet et de leurs financements respectifs (1979-82, 1982-84, 1984-88).
4. L'axe des acteurs en présence dans le projet : l'ONG et les techniciens italiens; les cadres locaux de différents niveaux et parmi eux ceux considérés comme "homologues"; la population des tabancas, leurs chefs, les anciens, les femmes; les Ministères et leurs fonctionnaires; les organisations extérieures au projet mais représentées dans la région (PNUD, UNICEF, CECI, etc.)

La situation du personnel employé sur le terrain par Mani Tese et le Ministère de la Santé guinéen est la suivante : Actuellement, quatre volontaires italiens travaillent dans le cadre du "projet Soins de Santé Primaires (SSP)" comme "conseillers techniques" : une administratrice (Maria D.), une infirmière accoucheuse (Roberta B.), un Directeur de puits (Daniele P.), un agronome (Luigi P.). Un médecin a terminé son contrat fin 1987. Un agronome (Gabriele S.) a été engagé dans le cadre du projet pilote agricole. Un architecte (Marco G.) termine la construction de 10 Centres de Santé (projet parallèle). Le Ministère de la Santé a délégué sur le terrain un superviseur régional pour les SSP (Pedro C.) et une infirmière accoucheuse-chef Bijagos (Julia O.). L'agronome Luigi forme un homologue (José) payé par Mani Tese. Daniele a formé deux équipes de 4 puisatiers avec un homologue, tous Bijagos et payés par Mani Tese. Le Ministère de l'Agriculture a dépêché Mutaro, un agronome homologue de Gabriele. Mani Tese emploie aussi deux conducteurs de bateau et deux gardiens du camp de base dans l'île de Bubaque.

Le travail s'est fait en portugais avec les cadres du projet et, dans les villages bijagos, pour participer efficacement aux palabres, nous avons assuré une "chaîne" d'interprètes bijagos-créole, créole-portugais...

S'il s'agit d'une évaluation effectuée par un consultant étranger, il s'agit aussi d'une **intervention dans le déroulement du projet et des groupes** qui le constituent. Une des caractéristiques fondamentales de cette évaluation est ainsi le travail de dynamique de groupe qu'elle comporte et que l'évaluateur-animateur doit diriger. Cela bien entendu n'apparaîtra pas dans ce rapport.

Nous avons disposé pour faire le travail de terrain de quatre semaines en Guinée-Bissau. La première semaine, au camp de base dans l'île de Bubaque est consacrée à la présentation systématique de tous les volets du projet par leurs responsables respectifs (coopérants et homologues). La deuxième semaine se déroule en tournée dans les villages des îles de Uno et de Canhabaque. Une journée de dynamique de groupe et de synthèse avec tous les cadres a lieu à la mi-parcours de l'évaluation au camp de base. La troisième semaine permet une visite des îles d'Orango et d'Uracane et de compléter l'information à Bubaque. Enfin, lors d'une dernière semaine à Bissau, les contacts sont pris avec les institutions officielles pour évaluer les

possibilités d'une action future. En annexe, nous présentons le chronogramme détaillé du travail effectué.

Les trois volets d'activités que comprend le projet SSP (sanitaire, puits, agriculture) étant dans les faits très peu intégrés et peu coordonnés, nous présenterons successivement leurs respectives évaluations et les recommandations que nous proposons pour chaque type d'action. Ce ne sera qu'à la fin de ce rapport que nous proposerons des recommandations globales pour la présence et l'action de Mani Tese en général en Guinée-Bissau.

Tout au long des différentes parties de ce travail, nous n'avons pas eu peur de nous répéter, lorsque cela était nécessaire, pour insister sur certains points.

L'évaluateur étant sociologue, l'approche n'est aucunement médicale mais elle met plutôt l'accent sur la démarche, la méthode et l'impact social du projet de Soins de Santé Primaires.

D'autre part, ce rapport n'est pas une approche générale des problèmes de Guinée-Bissau ni des îles Bijagos ou encore de la santé en Afrique. Il s'agit d'un instrument de travail pour des personnes engagées dans un projet précis. La contextualisation est réduite au minimum. Pour avoir des informations plus spécifiques sur le contexte socio-économique des îles Bijagos, de la Guinée-Bissau, ou sur les SSP en Afrique nous proposons à la fin de ce rapport un bibliographie indicative.

II. CADRE GENERAL ET HISTORIQUE DU PROJET

2.1. LE PROJET NATIONAL DES SSP

Il nous semble important de reprendre à continuation les termes utilisés en 1982 pour définir ce qu'à l'époque on appelait "Projet de Santé de Base" et qu'aujourd'hui on a rebaptisé Programme de Soins de Santé Primaires. Il s'agit bien entendu de la ligne théorique et générale du programme qui dans la pratique est adaptée selon les nombreux contextes locaux et culturels (ethniques) du pays.

Le projet de Santé de Base de Guinée-Bissau qui a débuté en 1977, fut une initiative du Département des Affaires Sociales du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Depuis avril 1980, le Projet a été relocalisé dans le statut organique du Ministère et dépend depuis lors de la Direction Générale de la Santé Publique dont fait partie la **Direction des SSP responsable de la mise en place et de la supervision du système.**

En résumé, depuis son lancement, le Projet de Santé de Base (ou Soins de Santé Primaires) de la Guinée-Bissau vise :

1. à conjuguer les efforts de l'Etat avec la dynamique et les efforts des populations dans le but d'améliorer le niveau de santé et de vie des populations même les plus isolées.
2. à aider les populations rurales à répondre à leurs propres besoins en matière de santé et ce par la participation active des cadres de l'Etat et surtout par la participation active et voulue des populations.
3. à responsabiliser les populations de leur santé avec ce que cela implique d'auto-suffisance.

En 1977, l'expérience fut d'abord tentée au niveau de 12 villages de deux régions du pays. La méthodologie d'intervention alors adoptée était d'envoyer des équipes du Ministère de la Santé (infirmiers et Agents Sociaux polyvalents) demeurer dans les villages durant quelques mois afin de mieux connaître la population, de gagner la confiance de cette population, de découvrir avec elle ses besoins

prioritaires en matière de santé et d'aider les villageois à répondre aux besoins définis comme prioritaires.

Concrètement, une fois la population mobilisée et motivée, une fois l'étude du milieu complétée, les besoins prioritaires définis, l'équipe de Santé (infirmiers et/ou Agents Sociaux Polyvalents) débute la formation des Agents de Santé de Base et des matrones (accoucheuses traditionnelles) qui sont des villageois choisis par et parmi la population. Les Agents de Santé de Base apprennent à reconnaître, traiter et éviter les cinq maladies les plus fréquentes à savoir, le paludisme, la diarrhée, les affections respiratoires supérieures, les conjonctivites et les plaies simples. Quant aux matrones (accoucheuses traditionnelles), elles apprennent à faire un accouchement dans des conditions hygiéniques adéquates minimales, à faire des consultations prénatales et à déceler les principales grossesses à risque, à donner la prophylaxie antipaludique aux femmes enceintes et, de façon générale, à veiller à la santé de la mère et de l'enfant.

Aussi bien dans le travail avec les Agents de Santé de Base qu'avec celui des accoucheuses traditionnelles, on essaie que, peu à peu, à partir d'une action d'aspect plutôt curatif qui sert finalement de point de départ, les Agents de Santé de Base, les accoucheuses traditionnelles et les populations elles-mêmes en arrivent à réaliser l'importance de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé. Cet aspect préventif et promoteur se concrétise par la mise sur pied, au niveau des villages, de cliniques de P.M.I. (protection materno-infantile) avec pesée des enfants et prophylaxie antipaludique, par l'amélioration des eaux des puits, par la création de jardins communautaires, de fabrication de savon, par des mesures concrètes d'assainissement du milieu, etc. La promotion et la prise en charge de ces activités par les villageois eux-mêmes, animés par leurs Agents de Santé de Base et accoucheuses traditionnelles, est, dit-on dans le projet, la meilleure garantie de résultats positifs à long terme.

La majorité des Agents de Santé de Base et surtout des accoucheuses traditionnelles sont analphabètes. Tous sont volontaires, travaillant bénévolement au sein de la population, étant cependant laissé à la discrétion de cette dernière le choix de récompenser symboliquement ses Agents de Santé de Base et ses accoucheuses traditionnelles (aide pour les travaux dans les champs, aide en nourriture, etc...). D'autre part, la population des villages construit avec ses propres ressources

locales une case "Unité de Santé" (pharmacie de village). L'approvisionnement en médicaments, fourni gratuitement par le Ministère durant les six premiers mois du projet, est ensuite assumé par la population qui, par différents moyens (cotisation en argent, vente du fruit du jardin communautaire, etc...) doit trouver son indépendance financière.

Plus que cela, on cherche à arriver à une auto-gestion des problèmes de santé par les populations elles-mêmes (par exemple face au problème de l'eau, etc...).

Une fois la première phase de mobilisation-formation-animation terminée et une fois l'infirmier et/ou l'Agent Social Polyvalent sorti du village, la supervision-animation régulière des Agents de Santé de Base et des matrones (accoucheuses traditionnelles) est assurée à partir des Centres de Santé, ces derniers représentant le premier échelon de l'Etat et ces Centres de Santé devenant, dans le futur, les noyaux de supervision des Unités de Santé des villages. Cette nouvelle tâche attribuée aux Centres de Santé implique automatiquement une modification de l'orientation du travail du personnel des Centres de Santé, personnel qui doit aller "au-devant des populations" et non plus simplement attendre les malades. Si on pensait déjà en 1982 à opérer le recyclage des infirmiers dans ce sens, il a fallu attendre 1988 pour concrétiser un changement dans le programme scolaire des infirmiers, mais qui cependant n'est pas encore appliqué.

Conscients de la nécessité d'une action plurisectorielle et intégrée visant au développement global des communautés et plus concrètement visant l'amélioration de la qualité de l'eau, du régime alimentaire et de l'habitation, on tente depuis 1982 une difficile collaboration avec les autres départements et Ministères, plus spécialement avec les Ressources Naturelles, le Développement Rural et l'Education.

2.2. HISTOIRE DE L'INTERVENTION DE MANI TESE

L'intervention de Mani Tese dans l'archipel des Bijagos connut plusieurs phases :

Le **premier projet (Micro 673)** cofinancé par la C.E.E. et Mani Tese commença avec deux coopérants italiens sur l'île de Canhabaque en août 1979 après une étude préparatoire de six mois sur le terrain. L'intervention à cet endroit coupé du continent fut suggérée par un missionnaire italien qui avait observé un taux élevé de mortalité infantile, en l'absence totale de moyens de transport et de services de santé de base. Paradoxalement, pour lancer les premières bases d'un projet difficile, on choisit la population de l'île considérée la plus traditionnelle et fermée à l'extérieur. A ce moment, on n'envisageait pas encore une diffusion dans d'autres îles, mais on cherchait le moyen d'atteindre une population-cible, sur une île précise. Le caractère traditionnel de la population de Canhabaque représentait aussi un défi pour les deux coopérants, en accord avec le caractère de leur engagement. Ceux-ci étaient en effet disposés à consacrer au projet une partie de leur vie et par conséquent à essayer de s'intégrer le mieux possible au milieu.

Un projet d'éducation sanitaire est au départ une intervention inévitablement verticale car il cherche à améliorer certaines habitudes considérées comme néfastes (au niveau des accouchements, de la propreté des lieux de vie, de l'alimentation, etc). Cela nécessite donc une approche lente et profonde de la réalité du milieu et un partage de la vie quotidienne des villages. Peu à peu, les coopérants parvinrent à s'intégrer à la population et purent sensibiliser les Bijagos de Canhabaque à la nécessité de certains changements.

Ce premier projet **d'assistance et d'éducation sanitaire** allait durer quatre ans et avait pour objectifs :

- Guérir et prévenir les maladies les plus graves : paludisme, filariose (elephantiasis), tétanos, tuberculose, verminose, etc.
- Assurer la protection des enfants et femmes enceintes au travers de consultations, d'une prophylaxie anti-paludisme et de vaccinations.

- Sensibilisation de la population aux problèmes d'hygiène et de nutrition.
- Formation d'agents de sante et de matrones.

Selon les rapports rédigés à cette époque, la population réagissait positivement à l'intervention. Il faut dire que l'assistance sanitaire était directe et le suivi de l'action rigoureux par la présence continuelle des deux coopérants. Etant donné leur **démarche d'intégration** dans la société bijagos (ce qui était aussi une stratégie), les coopérants n'eurent aucune peine à identifier et utiliser les institutions et les valeurs centrales des Bijagos de Canhabaque pour faire passer le message du projet. C'est ainsi que lorsqu'on proposa à l'accoucheuse-coopérante d'être initiée pour "devenir Bijagos", celle-ci accepta et pût de cette façon utiliser les cérémonies d'initiation (fanado) qui sont les moments-clés (rythmant la vie sociale) pour faire la formation de sages-femmes, tout en faisant participer toutes les femmes présentes lors de ces rites.

Durant ces quatre premières années, on commence à nettoyer régulièrement les chemins et les tabancas, et avec la collaboration de ces dernières on construisit 3 cases-santé (U.S.) qui devaient prodiguer des soins de santé primaires à toute l'île, et 3 puits. Les coopérants bâtirent deux maisons et cela incita à la construction de maisons plus "jolies" et plus saines. De même, les gens plantaient plus de fruits et de légumes. Il semble que les habitants percevaient l'importance de la prévention. L'indicateur le plus frappant qu'on avance dans les rapports est qu'en quatre ans, la mortalité infantile passa de 63% à 25% grâce aux vaccinations et à la prophylaxie contre le paludisme. La filariose, avec les soins curatifs et préventifs passa de 45% à 2% dans la tabanca d'Inorei, ce qui semblait démontrer la possibilité de diminuer la diffusion de cette maladie dans les îles. A la fin de cette période on avait formé 30 agents de santé et 15 matrones (sages-femmes).

Si à la fin de cette phase du projet on rendait compte d'un taux élevé de participation des gens, il convient de remarquer que cette participation concernait l'exécution des oeuvres proposées et qu'elle était subordonnée aux directives des coopérants qui étaient parvenus à faire accepter un système de service qu'eux-mêmes cependant dirigeaient.

Le deuxième projet (micro 741), de janvier 1983 à décembre 1984, a le statut de microréalisation FED. S'il a pour base le projet précédent et s'il en est la continuation, dans la même île de Canhabaque, il inclut cependant **deux nouveaux volets d'activités**: la construction de 18 puits (un pour chaque tabanca) et un projet de maraîchage et vergers de démonstration. Le projet de Soins et Santé Primaires de Base est donc à ce moment complété par l'aspect hygiène de l'eau et par l'aspect nutritionnel. On s'attache alors à la formation d'une équipe de puisatiers, et on inclut dans la formation des ASB l'animation pour l'hygiène et l'alimentation. Pour ce faire, un agronome et un chef de travaux italiens se joignent en janvier 1983 à l'équipe de base. C'est durant cette deuxième phase qu'ont lieu les évaluations du Professeur Pampiglione et de Monsieur Garuglieri (C.E.E.), qui permettront de programmer une action intégrée étendue aux autres îles.

Le troisième projet (Micro 801), en cours aujourd'hui, commence en janvier 1984 avec l'arrivée de deux médecins coopérants qui auparavant travaillaient dans l'hôpital de Bubaque et supervisaient les infirmiers des Centres de Santé existant dans certaines îles. Jusqu'à ce moment le travail de ces infirmiers, placés par le Ministère de la Santé dans des Centres de Santé mal équipés et peu opérationnels, était essentiellement curatif et sans beaucoup d'impact sur la population et sur l'amélioration de la santé dans les îles. Mais cette nouvelle phase du projet prévoit, outre une extension de la formation des agents de santé de base dans d'autres îles, **une association plus étroite entre les SSP et les infirmiers**. On commence donc à sensibiliser et à former les infirmiers dans le sens d'une médecine préventive, on essaie de réorienter la démarche purement curative qu'ils ont appris à l'école. Cela n'est pas facile car les infirmiers qui arrivent dans les îles se considèrent comme "punis" et sont donc peu motivés, de plus cette nouvelle démarche complique et accroît leur travail... Un des médecins parvient cependant à les faire travailler dans ce sens, car il les connaît bien, ayant été auparavant leur superviseur; il a ainsi un ascendant certain sur les infirmiers ce qui est très important à ce moment du projet.

Après avoir effectué une longue tournée dans toutes les îles afin d'avoir une première idée sur la réceptivité des tabancas, l'équipe d'animation choisit l'île d'Uno (où la tabanca d'Angudigo s'était réellement mobilisée) pour continuer l'action initiée à Canhabaque.

La méthode employée est la suivante .

1. On réunit des représentants du village pour leur expliquer ce que représente le projet, ce que sont des médicaments, des ASB, des matrones, etc. L'infirmier de l'île, (que l'on a préalablement formé), participe et aide la relation car il connaît mieux les gens et les codes à employer.
2. On énonce un message qui se veut non-dirigiste : les gens savent ainsi que le projet existe et qu'il y a des moyens pour le réaliser; s'ils sont intéressés d'y participer ils doivent le démontrer en construisant la case-santé (U.S.) du village. On ne propose cela que dans les villages éloignés d'au-moins trente minutes à pied du Centre de Santé de l'île.
3. Quand les villageois se sont mobilisés et ont terminé l'infrastructure, on leur fournit le matériel pour parachever l'Unité de Santé (chambranles, portes, etc...).
4. On demande ensuite aux villageois d'élire ceux qui seront formés pour être A.S.B.
5. On procède à la formation des A.S.B. en veillant à ne pas en faire des "mini-infirmiers" qui remplaceraient les infirmiers. Le rôle des A.S.B., qui sont des volontaires, est essentiellement d'assurer des mesures préventives, éduquant la population à l'hygiène, etc. On les forme également pour des soins curatifs de base bien précis et pour repérer les cas plus difficiles qu'il faut envoyer au Centre de Santé de l'île. Il faut veiller à ce que ceux-ci ne soient pas en concurrence avec les guérisseurs (généralement la population utilise les deux systèmes...).
6. Le Ministère de la Santé (Minsap) récompense les villages qui ont construit leur case-santé en leur permettant des soins gratuits dans les Centres de Santé et à l'hôpital de Secteur. Les six premiers mois de fonctionnement l'Unité de Santé est approvisionnée gratuitement en médicaments de base puis les villageois paient une quote-part (abota).
7. L'animation villageoise reprend aussi le thème de l'eau. Ainsi lorsque les A.S.B. sont opérationnels, un puits peut être construit dans le village et la bonne utilisation de l'eau contrôlée par lui.

8. La formation des matrones est faite de manière parallèle mais séparément par la coopérante-accoucheuse qui passe de Canhabaque à Uno.

Début 1986, les deux promoteurs italiens du projet à Canhabaque quittent les îles, suivis des deux médecins coopérants belges. Ces quatre personnes sont remplacées par d'autres coopérants : un médecin, une accoucheuse et une administratrice.

Ce changement de personnes-cadres entraîne aussi un **changement d'attitude** vis-à-vis des méthodes de travail : le nouveau médecin a plus de difficultés pour travailler avec les infirmiers et les Centres de Santé et assure essentiellement la supervision des Unités de Santé qui fonctionnent déjà et la formation de nouveaux A.S.B. sur d'autres îles. La nouvelle accoucheuse n'a bénéficié d'aucune formation par celle qui l'a précédée ce qui a compliqué son approche du difficile milieu culturel bijagos.

Il faudra attendre encore un moment avant que l'ancien homologue (José Augusto, rentré à Bissau) ne soit remplacé. Ce n'est que fin 1986, qu'un superviseur régional des S.S.P. est délégué par le Minsap pour s'associer à l'exécution du projet, suivi en juillet 1987 d'une accoucheuse-chef. On donnera théoriquement de plus en plus d'importance au rôle de ces deux "homologues".

La construction des puits suit un rythme accéléré devançant parfois la mise sur pied des Unités de Santé, et la diversification agricole et le lancement d'autres activités productives passe par de longs tâtonnements sans coordination pratique avec les S.S.P.

Fin 1987, pour la première fois, le **Minsap procède à une évaluation** des îles considérées par le projet. Les résultats sont négatifs pour l'île de Canhabaque et mitigés pour Uno et Uracane à cause du manque de personnel et de supervision.

On a ajouté au projet un **volet de construction de Centres de Santé** pour dix îles car ceux-ci sont la condition nécessaire pour faire travailler des infirmiers et doivent être en place pour permettre la formation des A.S.B. dans les villages

=

(

=

(

<

(

(

=

=

(

(

<

III. EVALUATION DU PROJET DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES INTEGRE AVEC HYDRAULIQUE VILLAGEOISE ET ANIMATION RURALE.
--

3.1. RAPPEL DES OBJECTIFS TELS QU'ILS SONT PRESENTES DANS LE PROJET 801.**1. Description du projet :**

Projet de santé de Base intégré avec éducation sanitaire et nutritionnelle, formation de cadres locaux, creusement de puits pour approvisionnement en eau potable et pour l'irrigation, développement d'une petite horticulture.

2. Objectifs principaux :

- améliorer les conditions de santé et de vie des habitants par la création de structures appropriées : creusement de puits dans chaque tabanca, ...
- développement d'une petite agriculture afin d'améliorer la nutrition et , en second lieu, le niveau de vie des habitants.
- sensibiliser les habitants des tabancas à propos de la valeur de la prévention des maladies utilisant des techniques très simples pour expliquer les mécanismes des infections, de contagion et de propagation des maladies.
- amener à une certaine autonomie les habitants des tabancas en ce qui concerne le soin des maladies plus graves comme le paludisme, la filariose, les infections des yeux et blessures par la formation des A.S.B.
- formation de matrones dans les tabancas.
- consultations de puériculture pour les enfants de moins de cinq ans ainsi que pour les femmes enceintes (P.M.I.) avec prophylaxie contre le paludisme, ...

- contrôle de la tuberculose, lèpre et filariose

3. Si d'un côté les grandes lignes de l'action sont définies sur la base d'une expérience précédente sur l'île de Canhabaque, au départ de ce nouveau projet les endroits d'intervention (îles) et les bénéficiaires (tabancas) ne sont pas encore identifiés, et les objectifs spécifiques ou buts (metas) pas définis.

3.2. PROJET DE SANTÉ

3.2.1. Analyse critique des différentes activités menées

3.2.1.1. Infrastructure de santé en place dans l'archipel

Bubaque : chef-lieu des îles Bijagos. Ile composée de 10 tabancas et du gros village de Bubaque où se trouvent, autour d'un port, les infrastructures des différentes organisations intervenant dans les îles (PNUD, SIDA, CECI, Mani Tese, ...). C'est vers l'hôpital de Bubaque (secteur) que les Centres de Santé des différentes îles évacuent les personnes qu'ils ne peuvent soigner. L'hôpital ne dispose pas de service de chirurgie (césariennes, ...) et doit envoyer pour ce faire les patients à Bissau. L'équipe de l'hôpital se charge des vaccinations et du P.M.I. à Bubaque et on cherche aujourd'hui les moyens de l'associer au système de S.S.P.. Pour atteindre cette coordination, on veut sensibiliser le médecin de l'hôpital aux aspects préventifs de la santé et former les infirmiers dans ce sens. Si des Unités de Santé ne semblent pas être indispensables dans les villages de Bubaque étant donné l'existence de l'hôpital, il serait intéressant de pouvoir compter sur des A.S.B. et des matrones dans les tabancas les plus éloignées (Bruce, Etimbato) où ils assureraient uniquement un travail de prévention (P.M.I.) et de premiers secours. Leur formation devrait être faite par le personnel de l'hôpital et supervisée par l'équipe du projet.

C'est la présence à Bubaque de l'hôpital qui a déterminé que le projet S.S.P. commence l'infrastructure de santé sur les autres îles où il n'y avait rien. Cependant, comme l'hôpital n'était pas tourné vers les S.S.P., **les tabancas de Bubaque n'ont pas été mobilisées** et n'ont pas réellement avancé dans l'amélioration de la santé. De plus, elles sont généralement restées sans puits ... Sans doute faudrait-il **d'urgence rattraper ce retard** dans le sens des propositions ci-dessus étant donné que d'autre part Bubaque devient de plus en plus touristique (les Français ont acheté l'hôtel qui ainsi se privatise et va faire venir rapidement des cohortes de touristes) et que la place de Bubaque devient donc de plus en plus riche par rapport aux tabancas qui n'ont toujours pas d'eau.

Canhabaque : il existe un Centre de Santé sans puits et sans équipement. L'approvisionnement en médicaments, serums,

pétrole, aliments, ne se fait pas. Ces difficiles conditions de travail ne favorisent pas la collaboration de l'infirmier qui sans moyens, et surchargé de patients, a tendance à se révolter et rester hermétique à la démarche préventive. En l'absence d'accoucheuse, c'est la femme analyste qui fait la supervision des matrones ..

Il y a quatre Unités de Santé à Canhabaque pour 18 tabancas. Deux U.S. sont en préparation et leurs A.S.B. déjà formés. Mais le système n'est pas bien supervisé et relativement laissé à l'abandon. Par exemple, l'Unité de Santé d'Ancanam qui doit desservir quatre tabancas n'est pas propre et pas entretenue. Seul un A.S.B. (sur cinq formés) y travaille de temps en temps (il n'ouvre l'Unité de Santé qu'une fois par semaine et en cas de nécessité, on va chercher l'A.S.B. chez lui) mais n'a pas une bonne formation et n'assure par exemple pas de prophylaxie. Ici, la formation des A.S.B. et des matrones doit être refaite par l'infirmier et une nouvelle accoucheuse qu'il faudra former, aider et équiper.

Uno : Il existe un nouveau Centre de Santé confortable mais sous-équipé. L'infirmier n'est pas encore assez formé aux S.S.P., il est aidé par l'analyste et l'accoucheuse mais tous manquent de moyens. Il est nécessaire d'améliorer la supervision de leur travail. Treize Unités de Santé fonctionnent pour 30 tabancas. Les Unités de Santé visitées à Uno (Ancarame, Ancobare, Angudigo, Caquinrima) sont généralement bien entretenues et en bon état de fonctionnement. Les formations et recyclages d'A.S.B. et de matrones se font et permettent à ceux-ci d'assurer tous les S.S.P. Il y a un début d'enregistrement des soins prodigués.

3 **Uracane** : il existe un nouveau Centre de Santé qui n'est pas opérationnel faute d'équipement. Un infirmier travaille dans l'ancien Centre de Santé qui s'adresse à 6 tabancas. S'il existait une Unité de Santé à Angumba, elle ne fonctionne plus car les A.S.B. et matrones ne sont pas pris en main par l'infirmier.

Caravela : il existe un Centre de Santé ancien qui a été restructuré. L'infirmier est efficace et connaît les S.S.P. Deux Unités de Santé sont prêtes mais la population doit encore choisir les A.S.B. et matrones qui seront ensuite formés par l'infirmier. L'équipement nécessaire aux vaccinations est également en place.

Unhocomo : il existe un nouveau Centre de Santé pour les deux tabancas et un infirmier qui travaille dans le sens des S.S.P. mais qui a besoin de supervision.

Unhocomozinho . l'Unité de Santé dans l'unique tabanca ne fonctionne pas encore car les A.S.B. et matrones que forme l'infirmier d'Unhocomo ne sont pas encore prêts.

Orango : la restructuration du Centre de Sante est presque terminée. Mais l'île est grande et l'habitat disperse; on aura besoin d'un infirmier supplémentaire.

Orangozinho : un Centre de Santé qui jusqu'à présent ne travaille pas dans le sens des S.S.P. mais assure seulement des soins curatifs.

En avril 1988, il restait encore à construire un Centre de Sante à Formosa, Galinhas et Soga.

Chaque fois que Mani Tese commençait une action sur une île, on essayait qu'elle s'accompagne de la construction d'une maison pour l'équipe de coopérants. C'est ainsi qu'en dehors de Bubaque, où l'on trouve le camp de base de Mani Tese, il y a aujourd'hui des maisons à Canhabaque, Uno, Orango et Uracane. Ces maisons n'étaient cependant pas toujours achevées et disponibles pour les coopérants dans le cours des actions...

3.2.1.2. Les Unités de Santé

Rôle des Agents de Santé de Base (A.S.B.)

Nous avons expliqué précédemment comment on crée dans les tabancas les Unités de Santé, voyons maintenant ce que représentent les personnes qui y travaillent, les agents de santé de base.

Il s'agit de paysans désignés par le village pour recevoir une formation sanitaire. **Jusqu'à présent, cette formation était**

était organisée par l'équipe de supervision du projet mais aujourd'hui, on essaie que les infirmiers puissent se responsabiliser de cette tâche stratégique. Durant un stage de courte durée, organisé souvent à l'extérieur du village (par exemple dans la nature) on apprend aux ASB à reconnaître les maladies les plus répandues (paludisme, diarrhée, conjonctivite, etc) et à soigner les maux les plus bénins (désinfecter une plaie et faire un pansement, savoir administrer une dose de chloroquine, d'aspirine, selon l'âge du patient, etc... Pour dispenser ces soins, il dispose dans l'Unité de Santé d'un certain nombre de médicaments simples, dits "essentiels". Après un premier stock initial offert par le Ministère de la Santé, pour continuer de se procurer des médicaments, les villages doivent cotiser (abota) en fonction des nécessités inventoriées par les ASB. Ils transmettent ensuite la liste et l'argent au Centre de Santé qui les demande au Ministère.

L'ASB ne se substitue pas au médecin ni à l'infirmier du Centre de Santé, il ne le pourrait pas. Du fond de son village, il seconde les agents de l'Etat en prévenant les complications d'une maladie. Il facilite donc le travail des infirmiers en les déchargeant des soins élémentaires et en ne leur adressant que les malades les plus graves et en orientant leur diagnostic à l'aide d'un formulaire.

Outre les soins curatifs primaires, la tâche la plus importante des ASB est d'assurer des activités de prévention médicales (par exemple, la prophylaxie systématique contre le paludisme et contre la filariose chez les personnes de plus de quinze ans) et non-médicales (comme l'assainissement du milieu, une meilleure nutrition, la propreté de l'eau, etc.). Il est certain que le changement des habitudes alimentaires est un problème compliqué, de plus, dans les SSP des îles, les ASB ne sont pas mêlés au volet agricole du projet.

Les ASB ne sont jamais salariés, ayant été élus par la population, ils travaillent pour l'"honneur" et le bien du village. Même si cela n'est pas encore entré dans les habitudes, il est cependant prévu que les ASB soient aidés par les villageois en travail ou en nature pour compenser les pertes produites par leur service. Généralement ceux-ci ouvrent l'Unité de Santé une heure par jour. Il est certain

Il est certain que tous ne parviennent pas à tenir à cause des contraintes de la vie quotidienne (les migrations temporaires par exemple rendent nécessaire la formation d'au moins quatre ASB par Unité de Santé), mais aussi parce que souvent ils ne bénéficient pas du suivi nécessaire.

L'action des ASB suppose que l'infirmier du Centre de Santé puisse visiter régulièrement les équipes de Santé villageoise et que celles-ci puissent ainsi être recyclées. Comme on verra plus loin, cela n'avait pas été considéré suffisamment bien dans le projet.

Rôle des Matrones

Les matrones sont choisies dans la population et sont formées pour les consultations des femmes enceintes, pour effectuer des accouchements normaux, détecter des cas à risque et les évacuer, pour l'éducation sanitaire de la population et l'hygiène de la tabanca.

Les matrones sont un élément essentiel pour diminuer le taux élevé de mortalité infantile et des femmes lors de l'accouchement. Ce taux était très élevé avant le lancement du projet dans les îles; il tend apparemment à diminuer fortement suite à l'apparition de ce service. Si les coopérants et leur homologue recueillaient des données pour l'orientation de l'action depuis le début du projet, on n'a pas continué de le faire systématiquement faute de suivi et de formation des matrones pour cela. **On ne dispose donc pas pour le moment de données actualisées sur la population des tabancas, le nombre de naissances, etc.**

Jusqu'à présent la formation des matrones était faite directement par les accoucheuses coopérantes ce qui ne favorisait aucunement la viabilité du service. Les matrones doivent en effet être supervisées continuellement et recyclées, tâche qui ne peut être assurée que par une accoucheuse au niveau du Centre de Santé.

Au commencement du projet, on a cherché à démedicaliser totalement les accouchements, considerant ceux-ci comme une

expérience naturelle propre à la femme. La stratégie était alors de respecter le caractère secret des affaires féminines et de faire la formations des matrones durant les cérémonies d'initiation à certaines époques de l'année. Anthropologiquement parlant, il s'agissait d'une stratégie efficace : faire passer le message innovateur durant la célébration des valeurs les plus profondes. Cependant, **cette stratégie ne se révèle plus efficace lorsqu'il s'agit d'assurer la viabilité d'un système de SSP** dans laquelle la matrone a un rôle essentiel et en interrelation avec les autres cadres. Sans doute aujourd'hui faut-il précisément dans la culture bijagos **démystifier** les grossesses et les accouchements; il semble possible de provoquer un changement à ce niveau. "Banaliser" l'accouchement ne veut pas dire le médicaliser à outrance, mais cela signifie le décloisonner, lui faire perdre son caractère secret. Les matrones et les ASB pourraient travailler de façon plus étroite à l'avenir, l'impact des SSP en sera d'autant plus fort. Actuellement, on essaie de travailler dans ce sens en les rassemblant au début des stages pour deux jours de formation commune (hygiène, etc). Si le système des SSP est mis en place de façon cohérente, il ne faut pas craindre de "médicalisation" des accouchements.

Une expérience est en cours à Unhocomo où le Centre de Santé ne dispose pas encore d'accoucheuse. Comme la formation de matrones était une urgence, c'est l'infirmier qui s'en est chargé sous la direction de l'accoucheuse-coopérante. On ne connaît pas encore les résultats de cette formation faite par un homme, mais elle a apparemment été acceptée par les femmes et les matrones.

≡ Vers quelle démedicalisation ?

Il convient de rendre aux ASB et matrones leur véritable place. Responsabiliser les gens et les communautés quant à leur santé suppose une certaine démedicalisation de l'action sanitaire, une certaine démystification du pouvoir du médecin. Or, **cette démedicalisation et cette démystification ne s'effectueront pas avec les ASB et matrones en restant à côté du service médical; elles ne s'effectueront sans doute qu'en changeant le service médical lui-même.** Pour ce faire, l'équipe du Centre de Santé est la mieux placée : en effet, si on cherche à démedicaliser en passant seulement par des volontaires élus par des communautés, on laisserait inchangé le

élus par des communautés, on laisserait inchangé le reste du système sanitaire sans remettre ainsi en question l'idéologie médicale dominante⁽¹²⁾.

En Guinée-Bissau, l'idéologie médicale est aujourd'hui confuse et peu définie car différents discours se chevauchent. Rien n'est encore établi mais aujourd'hui un modèle médical se construit dans un contexte social, économique et culturel spécifique où les SSP semblent être la démarche la plus cohérente si on se donne les moyens de les gérer et organiser. La Direction des SSP est en train de devenir un pivot du Minsap, mais ce n'est pas encore fait.

L'Unité de Santé est un des éléments d'un système. Cet élément isolé serait inopérant, si le Centre de Santé n'est pas en relation directe avec les Unités de Santé, celles-ci ne sont plus que des racines coupées de leur tronc et condamnées à disparaître. C'est pour cette raison qu'à maintes reprises dans le projet SSP des îles on a frôlé l'annulation des résultats par un manque d'importance accordée aux infirmiers.

3.2.1.3. Les Centres de Santé (C.S.)

Rôle des infirmiers et accoucheuses

Pour la région qui nous occupe on trouve sur chaque île un Centre de Santé dirigé par un infirmier, fonctionnaire spécialisé et propose des services de santé publics. Jusqu'à présent, les infirmiers faisaient essentiellement des soins curatifs n'étant pas formés à la démarche préventive des SSP. Dans un système de SSP qui fonctionne, **l'infirmier est l'élément-charnière** et est déchargé de beaucoup de travail grâce aux ASB.

Cependant, démarrer un tel système implique au début un surcroît de travail pour les infirmiers qui doivent être formés tout en mettant en place la structure d'ASB et matrones et en continuant d'assurer les consultations normales. Beaucoup d'infirmiers prétextent aujourd'hui trop de travail de consultation pour pouvoir se consacrer aux SSP. Il faut espérer qu'au travers des séminaires de formation SSP pour infirmiers on parviendra à casser très vite ce cloisonnement médical.

Théoriquement un Centre de Santé doit comprendre aussi une accoucheuse qui fait la formation et supervision des matrones et un analyste qui s'occupe du dépistage des maladies. La présence d'accoucheuses dans les Centres de Santé est prévue depuis 1986 mais peu sont arrivées dans les îles. Cette équipe chargée d'une zone de santé délimitée de telle sorte qu'elle soit effectivement couverte, est (théoriquement) supervisée périodiquement par un infirmier-chef de l'hôpital de référence et par un responsable régional et soutenue par des instructions précises et des fournitures régulières en médicaments ou équipement.

- Le Centre de Santé doit se charger de la **mobilisation des tabancas**, de la mise en place des Unités de Santé et de la formation des villageois qui y travailleront comme ASB et matrones, ainsi que des **supervisions** constantes et **recyclages** de ceux-ci. Le Centre de Santé est aussi l'endroit à partir duquel on peut faire la **meilleure étude du milieu** et à partir duquel doivent s'organiser tous les recensements nécessaires pour la planification des soins de santé sur l'île (si cela s'est fait par les coopérants au début du projet, on ne dispose plus aujourd'hui de données fiables concernant la santé et les mouvements de populations dans chaque île car les recensements n'ont pas continué). En outre, le Centre de Santé s'occupe des **consultations, diagnostics** (en l'absence de médecins...) et **soins pour les personnes évacuées** par les Unités de Santé, et assure directement les SSP dans les tabancas qui lui sont voisines dans un rayon de 5 km : le PMI (consultations pour les femmes enceintes, prophylaxie des enfants et vaccinations pour les femmes et enfants de moins de cinq ans), hygiène et assainissement du milieu, les grandes endémies/malaria, filariose, tuberculose), l'éducation sanitaire et nutritionnelle, l'eau.

Dans la pratique actuelle, on est encore loin d'avoir atteint cette situation idéale. En effet, ce n'est que récemment qu'on a compris dans le projet qui concerne les îles que **l'ASB n'est pas la clé de voûte du système sanitaire**. Il est évident que son rôle est stratégique dans les SSP, il fait partie intégrante du système qui donc sans lui n'aurait plus de sens et ne fonctionnerait pas. Mais pour que ces ASB (qui au départ font partie de la communauté villageoise et non du système sanitaire) puissent exister et travailler il faut d'abord une équipe de formation médicale qui garantisse leur action et qui puisse assurer des soins globaux

continus, permettant une référence vers les services plus spécialisés.

Formation des cadres des Centres de Santé pour les SSP

Un changement du système médical dans le sens des SSP devra aussi **transformer l'enseignement médical**. Paradoxalement, on continue aujourd'hui dans l'école d'infirmiers de Bissau à donner une formation médicale classique. Et c'est aux différents projets régionaux qu'il revient ensuite de former à nouveau les infirmiers, mais cette fois selon la démarche des SSP. Cela représente un **surcroît de travail** pour les équipes de supervision régionale. On peut penser que cela est conjoncturel et fait partie de la lente mise en place des SSP dans le pays, et espérer que bientôt les infirmiers qui sortiront de l'école seront formés pour la nouvelle démarche. Une équipe brésilienne se trouve en 1988 à Bissau pour aider à la révision du cursus de l'école d'infirmiers.

Actuellement, pour être infirmier, après neuf ans d'études primaires et secondaires, il faut étudier trois ans, soit une année de plus qu'une accoucheuse. **Cependant, la majorité des infirmiers en place aujourd'hui dans les îles ne sont qu'"infirmiers auxiliaires"**. Cela veut dire qu'ils n'ont suivi que quatre ans d'études primaires et deux ans d'études professionnelles pour devenir auxiliaires : ils sont donc peu formés et à peine alphabétisés. Cela s'explique parce que l'archipel n'est pas une zone prioritaire pour le Minsap, mais surtout parce que jusqu'à présent le personnel formé n'était pas nombreux et préférait rester sur le continent (être envoyé dans les îles est perçu comme une espèce de "punition" et cela ne donne pas de cœur à l'ouvrage...). Il semble que la situation est en voie d'amélioration car la Direction SSP vient d'engager de nouveaux infirmiers (dont certains ont été formés à l'étranger) qui seront envoyés dans les îles dès que leurs salaires seront débloqués. Si le système SSP est mieux organisé dans l'archipel, si les Centres de Santé sont mieux équipés et approvisionnés, et supervisés plus régulièrement, les conditions de travail seront plus faciles pour les infirmiers et leur situation plus attrayante. La Direction SSP en a conscience et s'efforce de trouver les moyens pour y arriver.

D'autre part, comme les SSP ne sont ni inclus dans la formation officielle ni compris dans le contrat des infirmiers ceux-ci avaient

difficile à reconnaître l'autorité de la Direction SSP et à accepter la validité de la démarche. Apparemment, aujourd'hui, la démarche des SSP s'est imposée de facto par le biais de la Direction du Programme et son autorité est de plus en plus établie auprès des infirmiers. Il faut cependant souligner que **l'ambiguïté subsistera tant que la formation proposée aux infirmiers n'aura pas changé à l'école et tant que la médecine générale en Guinée-Bissau n'aura pas intégré totalement la démarche de santé de base.**

La Direction SSP et le superviseur régional avec l'appui de Mani Tese sont en train de prendre la formation des infirmiers en main et de manière très sérieuse. Pour cela, il faut aller au-delà de l'attitude qu'adoptent généralement les projets étrangers trop imprégnés d'à priori vis-à-vis des capacités et des potentialités des cadres locaux. Un nombre énorme d'organisations étrangères intervient en Guinée-Bissau et celles-ci cherchent toujours à s'adjoindre les meilleurs cadres locaux possibles : si ceux-ci ne sont pas jugés assez efficaces, les étrangers font le travail à leur place ou cherchent à les remplacer par d'autres qui arrivent avec une meilleure formation. Il est urgent d'apprendre à **s'adapter aux réalités et à travailler avec les gens du pays tels qu'ils sont.** Les cadres guinéens ne sont pas nombreux, les coopérants sont presque autant, mais ces derniers partiront un jour... Chaque projet doit donc utiliser les gens qui se présentent tout en améliorant leur formation. C'est le cas des infirmiers dans les îles Bijagos; en dehors de toute faute grave qui demanderait leur remplacement, il faut les accepter aujourd'hui avec toutes leurs limites, en les formant, en les recyclant et en les supervisant continuellement. C'est pour cela que la Direction SSP a décidé d'organiser chaque année un **séminaire d'évaluation et de formation-recyclage** pour tout le personnel des Centres de Santé des îles. Le premier a eut lieu en mai 1987 et le prochain aura lieu durant une semaine en juillet 1988 réunissant 45 personnes. Comme le système des SSP en est à ses débuts il s'agit plus d'un séminaire d'information concernant l'approche globale, avec l'apport théorique de nombreux intervenants.

Une **formation très spécialisée** et spécifique aux situations rencontrées par chaque infirmier est aussi organisée actuellement sous forme de **séminaires plus restreints** dirigés seulement par le superviseur régional, l'accoucheuse-chef et l'accoucheuse

coopérante. Le premier a eu lieu en février 88 et réunissait 11 des infirmiers ce qui permet plus de participation et plus d'efficacité. En mai 88 aura lieu un deuxième qui réunira les infirmiers qui n'y ont pas encore participé.

On pourrait également prévoir pour le futur des séminaires abordant des **thèmes spécifiques** (par exemple, la nutrition, l'eau, ...) ainsi que des échanges d'expériences entre régions.

On déplore actuellement un **manque d'infrastructure** pour la réalisation de ces formations. A part les maisons du camp de base de Mani Tese (qui ne sont utilisées que par les coopérants), il n'y a aucun siège du projet de santé de base dans les îles.

Il faut souligner le fait que tout ce système se dessine petit à petit et qu'il est dans les îles la conséquence de son extension géographique. Si lors des premières années les préoccupations étaient différentes et très localisées, aujourd'hui, **avec l'extension du projet, il faut trouver une manière de travailler plus largement organisée et planifiée.**

3.2.1.4. L'hôpital de référence

La stratégie des S.S.P. est en train de se construire en Guinée Bissau mais cela prend du temps car cette stratégie a dû commencer dans un système médical classique qu'elle doit transformer de l'intérieur. Les S.S.P. sont encore souvent considérés comme une médecine de deuxième classe adaptée à la vie en brousse. D'où, la création de services ministériels distincts "chargés des soins de santé primaires". On comprend trop lentement (à moins qu'il y ait des blocages d'un autre ordre ...) que **la stratégie des S.S.P. implique en fait que change l'ensemble du système sanitaire qui doit se réorganiser au service des soins de santé à la base** (qu'il s'agisse des ressources, du personnel, des techniques ou du management). Dans cette optique, **l'hôpital de référence à Bubaque se situe tout à fait dans les préoccupations des S.S.P.** et doit être allié et non étranger à eux. Si on a opté pour la démarche des soins de santé primaires au niveau national, après ces dix dernières années d'expérience qui permettent de corriger les erreurs de départ, il convient

convient aujourd'hui de dépasser les "demi-mesures" et de jouer le jeu des S.S.P. à fond. C'est un choix stratégique : il est dangereux de continuer de "doser" les deux approches car cela limite l'impact des S.S.P. pour lesquels d'autre part, on investit énormément. C'est tout le système médical qui doit fonctionner dans le sens des S.S.P. sinon les S.S.P. sont difficilement viables faute de niveaux de référence efficaces comme les hôpitaux de secteur par exemple. Cela implique surtout un changement dans la démarche, et peu de changements d'infrastructure. C'est une décision politique et une décision de bon sens.

Au sein du Minsap à Bissau, il existe différentes entités qui (paradoxalement pour les SSP) agissent de façon parallèle : la Direction des SSP et la Direction Régionale de la Santé dont le représentant dans les îles Bijagos (infirmier-chef) supervise le travail de l'hôpital de Bubaque mais n'a jamais réellement intégré dans ses activités la supervision des Centres de Santé qu'il devrait faire conjointement avec le superviseur régional du S.S.P. Cette situation maintient la rupture qui existe encore entre le programme S.S.P. et l'hôpital de secteur qui devrait être le niveau de référence des Centres de Santé.

3.2.1.5. Recensements et données (et étude du milieu)

L'absence d'enregistrement systématique de ce qui se fait et se passe dans les Centres de Santé et Unités de Santé et donc **l'inexistence totale de données fiables** sur les mouvements démographiques, sur la situation de la santé et son évolution dans les différentes îles montre bien que le projet S.S.P. en est encore à ses débuts. Il s'agit de la seule région pour laquelle la Direction S.S.P. avoue ne disposer d'aucune donnée. Cependant, c'est aussi le reflet d'une situation générale en Guinée Bissau où les recensements ne sont ni systématiques, ni fiables. Il faut faire très attention lorsqu'on veut utiliser les statistiques nationales.

Les tabancas visitées n'avaient pas même connaissance du nombre de leurs habitants... Etant donné cette situation, il est difficile aujourd'hui de faire une estimation correcte de la mortalité infantile (une des raisons d'être du projet S.S.P. ...) et de la

diminution de celle-ci suite aux interventions sanitaires. Il est extrêmement urgent, pour avoir des points de référence élémentaires, de former tous les cadres S.S.P. pour l'enregistrement systématique des soins prodigués et pour faire des recensements de différents types (population, naissances, mortalité, maladies, ...). Sans données, il est difficile de programmer et de savoir où l'on va. Il est impossible d'évaluer l'impact des actions .. Les techniques sont simples et à la portée des villageois qui ont suivi les formations (A.S.B., matrones) durant lesquelles on explique le maniement de fiches spécifiques pour les différents enregistrements. L'alphabétisation fonctionnelle que l'on va expérimenter à Uno cette année sera certainement d'un grand apport pour cela.

Chaque agent de santé a, aux différents niveaux d'intervention, des enregistrements spécifiques à faire :

1. Dans les Centres de Santé :

- les infirmiers vont faire le **recensement de la population** de toutes les îles afin de connaître le nombre d'enfants de moins de 05 ans et de femmes enceintes, le nombre de maisons, de latrines, ... Les séminaires de formation comprennent la méthodologie pour faire ce travail qui n'est pas toujours facile : on est par exemple confronté à la complexité des règles de parenté ce qui oblige de passer par un comptage direct (on compte les maisons en demandant combien de personnes y mangent (fogao)). Ce travail est déjà fait pour Uno et Caravela, par les deux seuls infirmiers sachant écrire...

Les infirmiers ont d'autre part un **cahier de consultations** où ils consignent le nom des patients, leur âge, les soins donnés et les médicaments employés.

L'infirmier devrait être aussi apte à faire des études de milieu. Les îles sont très différentes et les infirmiers sont les personnes les mieux placées pour faire le **recensement des besoins généraux** dans tous les domaines (cours, éducation, ...). En cela, il pourrait aussi jouer le rôle d'informateur des différents Ministères concernés par le développement des îles.

- Les accoucheuses (parteiras).

Disposent de **fiches de consultations pré-natales**;
Disposent d'un **registre de naissance**.

- Les analystes.

S'occupent de différents **dépistages** (anémies, parasites, etc...) avec des fiches spécifiques pour les femmes enceintes.

2. Dans les Unités de Santé

Aujourd'hui, les matrones par exemple, disposent de **fiches de consultations pré-natales** avec des figures à cocher mais qui prêtent parfois à confusion et qu'elles n'utilisent pas. Ces fiches ont été reconceptualisées et seront appliquées dès les prochains mois. Pour prendre note des noms des nouveaux-nés ou rédiger une note accompagnant une évacuation vers le Centre de Santé, les matrones demandent l'aide de l'éventuel maître d'école qui se trouverait dans la tabanca. Mais, lors des palabres dans les villages, lorsque nous demandions aux matrones combien d'enfants étaient nés durant l'année, elles nous apportaient le plus souvent une boîte contenant un certain nombre d'haricots, système adhoc pour recenser les naissances...

Le nouveau matériel est prêt pour être présenté et expliqué durant les prochaines formations, mais en avril 1988, il n'était pas encore d'application. L'alphabétisation fonctionnelle sera dirigée dans un premier temps aux ASB et matrones dans le but de faciliter l'enregistrement des données qui concernent leur travail.

- Les ASB doivent avoir pour tâches de :

- * faire le **recensement des enfants de moins de 5 ans**
- * remplir une **fiche de traitement mensuel** (pour connaître les différentes maladies et le nombre de malades)

* remplir des **fiches de prophylaxie anti-filariose** (prophylaxie effectuée une fois par mois)

- Les matrones ont pour tâches de :

* remplir des **fiches de consultations pré-natales**
* faire le **recensement des naissances et des morts.**

3. L'hôpital de secteur devra procéder aux différents recensements et dépistages (essentiellement chez les femmes enceintes) dans l'île de Bubaque.

3.2.2. Analyse critique des moyens mis en oeuvre

3.2.2.1. Participation des tabancas et de la population

Malgré ce qu'on croit, la participation de la population est loin d'être évidente. Elle s'obtient et se conserve difficilement. Le projet S.S.P. cherche la participation et conscientisation pour une amélioration des conditions de vie. Cependant, **il ne s'agit pas d'un "projet" qui émane directement de la population.** La structure du projet de santé est inévitablement verticale. On cherche un changement des valeurs mêmes de la société bijagos. Ce n'est pas la moindre des choses, c'est certainement la plus difficile .. Le succès d'un programme de stratégies de nutrition par exemple, dans ce contexte semble bien davantage lié à la capacité d'introduire un changement social qu'à l'efficacité biologique des techniques proprement dites. Ces techniques n'agissent que comme : variables intermédiaires. Leur efficacité est déterminée par des facteurs sociaux en amont. Différentes raisons rendent donc la participation de la population indispensable pour l'établissement d'un système SSP⁽¹²⁾ :

- le dialogue avec la population favorise la compréhension de ses besoins et de sa demande de soins.
- la santé ne s'améliore jamais par l'action de la médecine seule. La santé peut s'améliorer si tout l'environnement change positivement. Cela suppose que la population soit un acteur et non seulement la bénéficiaire de l'action médico-sanitaire.

- seul le feed-back venant de la population permet une adaptation permanente du système de santé et son amélioration vers plus d'efficacité, d'efficience, d'accessibilité.
- les Bijagos, comme tous les groupes culturels, ont leur propre conception de la sante que les "professionnels de la santé", enfermés dans leur savoir technique ne parviendront à saisir que par une forme ou une autre de dialogue avec la population. C'est en rendant explicite l'expression de ce savoir, et en faisant prendre conscience de sa logique qu'on peut coupler ce savoir avec le savoir occidental.

La contribution essentielle des soins de santé au développement c'est de répondre de façon équilibrée aux aspirations de la population en **engageant celle-ci dans le processus de décision pour que le développement ait pour elle une signification**. Il faut bien comprendre que très souvent, on propose des transformations avec trop de hâte, sans avoir auparavant bien cherché à comprendre la logique complexe qui régit les pratiques et qui finalement supporte toute une société. Pour arriver à une quelconque "modernisation", il est indispensable qu'une société traditionnelle récupère les instruments du modernisme à sa manière. Récupérer veut dire ici "**donner un sens propre**", les **intégrer dans un cadre de référence**. Sans doute la réponse des paysans bijagos ("oui Monsieur le docteur, le projet SSP nous intéresse et nous acceptons que vous nous aidiez à la réaliser") s'adresse essentiellement à leur interlocuteur etant donné sa "puissance" et le respect qu'il lui doivent, et s'adresse moins au contenu du projet qui ne les intéresse pas vraiment pour une multitude de raisons que l'on pourrait découvrir en prenant le temps de vivre avec eux, en prenant le temps de comprendre le sens des mille et une manières de faire les choses dans cette société ...

L'**ambiguïté** du projet SSP c'est qu'à la fois il n'a pas de sens sans la participation directe de la population puisque ce qu'on cherche c'est **responsabiliser les individus et les villages** quant à la prise en charge de leur santé par eux-mêmes, et à la fois on cherche des moyens pour provoquer cette participation paradoxalement par la **mise en place d'un système vertical** et en voie de centralisation. C'est à ce paradoxe qu'ont été confrontés les deux premiers cooperants qui, par une intervention directe en

intervention directe en s'intégrant dans la communauté, sont parvenus à y provoquer des "changements", sans que ces changements puissent survivre après leur départ faute d'un système "incitatif" qui n'avait pas été mis en place.

Comment échapper à ce paradoxe d'un système vertical qui a besoin de la participation populaire ? Le contexte national est peu propice pour cela, car cela demande aux cadres de santé une attitude difficile à obtenir alors qu'ils sont eux-mêmes confrontés à des problèmes de survie. La seule manière d'"adoucir" le paradoxe c'est pourtant que les cadres parviennent à un **effort d'écoute et d'échange** qui permette de réorienter certaines de leurs actions et d'adapter certains de leurs moyens aux valeurs et aux modèles des gens avec lesquels ils travaillent. C'est une question de **volonté** mais aussi de **formation**.

Pratiquement, la participation est aussi autant un résultat des actions entreprises qu'une ressource pour la réalisation de ces actions. Par exemple, la souffrance est pour les gens le problème de santé prioritaire. Un service de santé doit donc d'abord prendre en charge la réponse à ce besoin fondamental et universel. Mais **l'origine de ce service curatif est aussi une excellente occasion de dialogue** qui permet aux gens de prendre conscience de leurs propres possibilités d'autonomie et aux "professionnels de la santé" d'adapter la nature et les modalités de leurs services.

Au niveau de l'éducation, un effort tout particulier doit être fait par les cadres de santé pour le **travail avec les femmes** car si un des objectifs primordiaux des SSP est d'arriver à réduire la mortalité infantile, il est connu que le facteur principal de la baisse de la mortalité reste l'instruction de la mère et le niveau de vie de la famille⁽¹⁴⁾.

Dans l'établissement d'une infrastructure de santé de base on a tendance à chercher la participation de la population et à associer celle-ci pour l'exécution du projet qui est par ailleurs déjà défini à l'extérieur. Or, **il n'y a de véritable participation que lorsqu'on est impliqué dans la recherche et la définition de solutions pour un problème**. Pour cela, la formation des infirmiers doit être exigeante et complète car il s'agit pour eux de

pour eux de savoir provoquer une véritable dynamique de réflexion dans les tabancas. A ces occasions, l'appui des superviseurs régionaux n'est sans doute pas de trop.

3.2.2.2. L'équipe de supervision régionale des SSP pour la région de Bolama-Bijagos.

Cette équipe est composée aujourd'hui de trois personnes : le responsable régional des SSP (infirmier formé à l'étranger), l'accoucheuse-chef de la région (d'origine bijagos et ayant étudié à Bissau) et une accoucheuse coopérante qui leur sert de conseiller technique.

Il faut rappeler pour comprendre le rôle et les contradictions inhérentes à cette équipe "mixte" que les **principales ressources financières et logistiques dont dispose le projet SSP pour les îles Bijagos sont apportées par Mani Tese. La contrepartie nationale du Minsap est le personnel et leurs salaires** (infirmiers, accoucheuses, analystes, équipe de deux superviseurs) et le financement de certains séminaires de formation des infirmiers (grâce à un nouveau fonds de 10.000 \$ créé en 1988 pour les formations qui dépendent de la Direction des SSP au niveau national). Toute l'infrastructure sur les îles a été mise en place par Mani Tese à l'exception du gros d'oeuvre des Unités de Santé construites par les tabancas et de l'équipement des Unités de Santé et des Centres de Santé réalisé (plutôt pauvrement) par le Minsap à l'aide de dons de l'Unicef et de la coopération hollandaise.

Depuis le début du projet en 1979, **son financement a toujours été géré exclusivement par Mani Tese.** Il y a donc une contradiction entre l'objectif initial d'assurer progressivement la reprise de la coordination du projet (et de l'administration des fonds étrangers ?) et la situation réelle où le responsable régional (nommé fin 1986) n'a jamais été mis au courant des termes de référence du projet ni associé de près ou de loin à sa gestion. Celui-ci n'est donc pas informé du contexte institutionnel-financier dans lequel il travaille, mais n'est pas non plus aujourd'hui formé pour l'administration ayant été tenu à l'écart de cette activité. Cette situation pourrait aujourd'hui porter préjudice à l'évolution du projet en cas de départ de l'administratrice-coopérante.

La position et situation de ce responsable régional est aujourd'hui extrêmement ambiguë et inconfortable car il est coincé entre le Minsap dont il est le responsable de l'action pour les îles (et à qui il doit rendre des comptes) et le bailleur de fonds étranger qui finance cette action et apporte un appui logistique sans lui donner le pouvoir d'user et de contrôler ce matériel et sans l'informer de la gestion financière de l'action. S'il représente donc d'un côté l'autorité régionale, il ne peut d'un autre côté jamais en faire un véritable usage, demeurant de facto subordonné (par politesse et diplomatie) au pouvoir de décision financière de l'organisation coopérante (jusqu'à présent, les coopérants ont été moins des conseillers techniques que des directeurs). Cette contradiction peut et doit disparaître d'urgence en l'associant dès aujourd'hui à la gestion du projet **préparant ainsi la co-gestion** d'une éventuelle poursuite du financement étranger. Aujourd'hui, le responsable régional doit faire des prévisions budgétaires pour la réalisation des activités de son équipe mais à qui doit-il les adresser ? Au Minsap ou à Mani Tese ? Cela n'est pas défini non plus. Ce n'est qu'aujourd'hui que le responsable régional prend connaissance du contenu du projet financé par Mani Tese (quelques mois avant la fin de celui-ci).

Il ne faut pas perdre de vue que si on lance un programme de SSP en Guinée Bissau parce que le pays ne dispose d'aucune ressource et que donc il faut former la population pour qu'elle puisse dans certaines limites se prendre en main, ce programme de SSP représente un **investissement très coûteux au départ** (car dans un contexte vierge d'infrastructure) et entraînera ensuite d'inévitables et nombreuses **charges récurrentes** que quelqu'un doit pouvoir gérer.

Une autre ambiguïté liée aussi à la situation précédemment décrite est **l'absence de partage clair des tâches et responsabilités entre personnel guinéen et coopérant et l'absence de définition du pouvoir décisionnel quant à la démarche, quant à l'allocation des ressources, quant à l'utilisation des moyens, ...**

Jusqu'à présent, l'équipe de supervision a fait un travail qui logiquement ne lui correspondait pas (vaccination, formation ASB et

matrones, ...). Aujourd'hui, elle a redéfini ses activités au niveau de la supervision et de la formation qui lui correspondent (nous avons abordé ce problème précédemment).

Le rôle de l'**accoucheuse-coopérante** change actuellement, donnant son appui à tous les SSP, aussi bien au responsable régional qu'à l'**accoucheuse-chef**. L'accoucheuse-chef quant à elle, doit assurer la supervision des accoucheuses qui forment les matrones, supervision le long de la chaîne hôpital / Centre de Santé / Unité de Santé. Elle doit aussi aider le responsable régional dans l'organisation du projet. Elle est une des premières accoucheuses "régionales" car ce poste a été créé seulement en 1986.

- Les **activités prévues** par l'équipe avant la fin de la phase actuelle du projet (fin 1988) sont les suivantes :
 - séminaire de formation-évaluation général adressé à tous les Centres de Santé
 - séminaire de formation spécifique adressé aux infirmiers qui n'ont pas participé au premier séminaire
 - préparation de ces séminaires
 - supervision dans les îles de Uno, Unhocomo, Canhabaque, Uracane
 - supervision du Centre de Santé de Caravela où les ASB viennent d'être élus par les tabancas et vont être formés par l'infirmier
 - vaccinations limitées à Uno et Canhabaque (selon l'état de la collaboration avec le PAV : voir chapitre "vaccinations")
 - séminaire de formation des cadres de santé pour l'utilisation des nouvelles fiches et pour les méthodes de recensement
 - réunions diverses au niveau national (par exemple réunion des accoucheuses en mai) et régional et évaluation des activités
 - mise en place de la collaboration effective avec l'hôpital de Bubaque et supervision des SSP à partir de l'hôpital
 - organisation de l'alphabétisation fonctionnelle des ASB et matrones de l'île d'Uno avec un professeur envoyé par le Ministère de l'Éducation

- appui aux infirmiers de Formosa et Orango où il n'existe pas encore d'Unité de Santé pour faire la mobilisation de la population
- diriger un dépistage de filariose à Caravela (ou il faut vérifier si comme on le dit, cette maladie n'existe pas). Cette recherche avec les analystes ne se fait systématiquement qu'à Uno et Canhabaque.

Pour le bon fonctionnement de l'équipe de supervision du projet SSP des îles, différents éléments sont donc nécessaires :

- **améliorer la direction du projet** par :
 - 1) définition et partage des responsabilités entre cadres coopérants et guinéens
 - 2) administration conjointe ("mixte") sur le terrain (ou au moins information systématique des Guinéens sur la gestion et les ressources disponibles)
 - 3) identification claire des différents niveaux d'intervention (mettre l'accent sur le bon fonctionnement des C.S.)
 - 4) cela permet d'améliorer et de rendre efficace la programmation des actions
- **appui plus systématique de la part de la Direction SSP du Minsap** qui seulement en décembre 1987 a procédé à la première évaluation en dix ans ... : appui par la supervision; appui pour la réalisation de séminaires, aide financière et matérielle pour les formations sur le terrain, encouragement pour les cadres de santé
- **importance d'un siège régional** qui serait situé à Bubaque ou on pourrait organiser les formations, les réunions. Il s'agirait d'une structure de base pour pouvoir travailler et où pourraient aussi vivre les responsables guinéens

- **l'équipe semble avoir besoin d'un coopérant qui pourrait reprendre l'administration et la planification futures du projet conjointement avec les cadres nationaux déjà en place.** Si ce coopérant est médecin, cela serait plus efficace pour affronter les grandes endémies et coordonner plus scientifiquement les formations des différents niveaux. Cela doit être pensé en fonction également des disponibilités et du rôle du(des) nouveau(x) médecin(s) qui seront en place prochainement à l'hôpital de Bubaque et de leur intégration dans le projet SSP.
- **si on peut compter sur la présence de cet administrateur spécialisé, une accoucheuse-coopérante ne serait plus nécessaire.** L'accoucheuse-chef (Bijagos) actuelle est jeune et peu expérimentée mais il faut dire que jusqu'à présent, elle est restée dans l'ombre de la coopérante. Si cette dernière, jusqu'à la fin 1988 travaille avec la perspective de lui laisser la responsabilité de cet aspect du projet en la formant efficacement, il est probable qu'elle soit ensuite à la hauteur. La présence d'un coopérant est souvent un obstacle psychologique pour la prise de responsabilité chez les cadres locaux.

3.2.2.3. La Direction des Soins de Santé Primaires du Ministère de la Santé (D.S.S.P.) à Bissau

1. Comme entité ministérielle

La mise en place des SSP est essentiellement un engagement politique pour une nouvelle logique d'utilisation des ressources limitées dont la Guinée-Bissau, comme tout autre pays en développement, dispose en matière de santé. Or, donner du pouvoir à une structure ou à une personne implique une réduction du pouvoir ailleurs... Si dans beaucoup de pays comme la Guinée-Bissau on voit apparaître la rubrique SSP comme une nouvelle division verticale des organigrammes ministériels, c'est notamment :

- parce qu'il est difficile après Alma-Ata de transformer du jour au lendemain toute la logique d'un système médical solidement fondé sur l'hôpital...
- pour n'avoir pas à remanier les structures de pouvoir établies.

En Guinée-Bissau, le système SSP semble se diffuser dans toutes les régions de manière relativement efficace ("relativement" car il existe de nombreuses contraintes), mais sans avoir encore de niveau de référence clairement défini... En effet, l'hôpital n'est pas encore intégré dans la logique des SSP, ce qui peut être considéré comme un paradoxe. **Si la Direction SSP a des relations de plus en plus étroites avec les autres divisions** (par exemple elle organise tous les trois mois une réunion avec tous les infirmiers-chefs dépendant de la Direction Régionale de la Santé pour sensibiliser ceux-ci aux SSP), **elle n'en demeure pas moins une division "séparée"**.

Sans doute, comme nous l'avons déjà dit, un système de SSP n'est cohérent que s'il a intégré toute la démarche médicale et tout son appareil, sinon on ne fait que créer un système médical parallèle, non efficace, sans remettre réellement en question la manière globale dont on s'adresse médicalement à la population.

Cependant, au vu de la manière dont sont dirigées les administrations dans les pays en développement, il est permis de se demander (en se faisant l'avocat du diable), ce que deviendrait le système SSP totalement intégré dans la bureaucratie sanitaire...

La centralisation excessive de l'autorité est toujours source d'inefficacité pour les opérations périphériques et cela pourrait être fatal au SSP en donnant naissance à des programmes qui ne ressemblent plus à l'idée initiale. Il faut être attentif à cette possible situation.

2. En relation avec les îles et Mani Tese

A part un petit budget de 10000 \$ qui vient de lui être concédé par le Ministère, **le programme des SSP dépend encore totalement de l'aide financière étrangère**. La DSSP fait cependant un effort diplomatique pour que tous les projets régionaux financés ou organisés par des organisations étrangères

étrangères fassent partie du Programme National intégralement **sans ambiguïté.**

L'intervention de Mani Tese était précisément perçue comme ambiguë, surtout à ses débuts car l'accent du projet n'était pas mis sur son intégration dans un système national mais plutôt directement sur la mobilisation des tabancas. **Une ambiguïté subsiste aujourd'hui à cause du manque d'association avec la DSSP pour la gestion d'un projet qui devrait être du ressort de l'Etat.** L'ambiguïté est difficile à résoudre : l'organisation italienne ne doit pas se substituer à l'Etat, elle ne doit servir que comme appui et conseiller technique, cependant elle remplace l'Etat pour le financement du projet, donc elle pense qu'elle doit le gérer et diriger... Il est un fait que la DSSP n'est pas équipée aujourd'hui pour assurer la gestion quotidienne des différents projets régionaux et la gestion de Mani Tese est un véritable appui: il serait cependant plus cohérent de rendre cette gestion transparente.

La DSSP a engagé 11 nouveaux infirmiers pour les îles et pense en plus joindre deux personnes à l'équipe de supervision régionale dans les îles. Il semble que la politique restrictive de l'emploi imposée par la Banque Mondiale ne soit pas un obstacle pour ces nouveaux contrats, car le Minsap veut se donner comme politique de faire sortir les "vieux" employés pour engager les éléments jeunes et fraîchement formés (parfois à l'étranger).

La DSSP demande une continuation du financement et l'intervention de Mani Tese dans les îles mais selon des modalités de co-gestion. La présence d'un administrateur italien continuerait d'alléger son travail à condition de pouvoir élaborer ensemble un programme financier et d'associer la DSSP (au travers du Responsable Régional) à sa gestion.

Actuellement, les tâches essentielles de la DSSP sont :

1. de coordonner l'action des différentes ONG et les financements étrangers qui arrivent pour les SSP des différentes régions,

2. de préparer le futur du programme et d'assurer la consolidation du système des SSP dans le pays (évaluation, formation, supervision, gestion).

3.2.2.4. Le Programme de Vaccinations

1. Le projet national

Il existe en Guinée-Bissau depuis 1983 un Programme élargi de Vaccinations avec l'appui de l'Unicef. Ce programme national poursuit une couverture vaccinale dans toutes les régions du pays pour préserver la population infantile de six maladies meurtrières : tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole.

A une stratégie de campagnes annuelles dans la population, succédait une stratégie mixte de campagnes et de centres fixes de vaccination avec circuits périodiques aux villages éloignés.

Une supervision existe aux niveaux central, régional et local. Le niveau central supervise le niveau régional au moyen de visites périodiques trimestrielles aux centres régionaux et aux centres de santé afin de compléter l'information transmise par les superviseurs régionaux au moyen des rapports d'activité et des contacts directs avec le niveau central. Le niveau central se déplace aussi selon les nécessités du service.

: Le niveau régional exerce une supervision au moins mensuelle de tous les centres de santé pour le contrôle et l'appui des infirmiers dans l'exécution de la stratégie du programme :

- vaccination quotidienne dans les centres, avec des vaccins bien conservés et une technique vaccinale correcte.
- circuits réguliers aux villages.
- Recueil des données.
- Recherche d'une collaboration intersectorielle et de la communication avec la population (l'action du PAV s'intègre

tant bien que mal dans la stratégie des SSP dirigée par la Direction SSP).

La formation du personnel est faite de deux façons : continue au cours des visites de supervision du niveau central aux niveaux régional et local, du niveau régional au niveau local, et ponctuelle au cours de séminaires organisés dans chaque région.

Durant les séminaires de 1987, la priorité fut donnée à une formation de base du personnel de tous les centres de santé du pays (**sauf les îles Bijagos**) pour le rendre capable d'assurer l'exécution des composantes essentielles de l'accélération du programme, particulièrement l'application de la nouvelle stratégie, l'utilisation du nouveau matériel d'injection et stérilisation, l'utilisation du matériel de la chaîne du froid, le recueil de données, la communication sociale, la vaccination comme moteur pour la mise en oeuvre des autres soins de santé primaires dans la routine du travail de l'agent de santé.

Le système de recueil de données a été renforcé dans toutes ses composantes comme **élément vital** pour l'évaluation permanente de l'exécution du programme.

Le PAV constate que la démonstration et l'utilisation des formulaires d'activité vaccinale, surveillance épidémiologique, recensement des nouveau-nés mis en place par le programme a été un point fort des séminaires de formation de 1987.

2. La réalité des vaccinations dans les îles

En 1987, toutes les régions ont bénéficié de ces séminaires **sauf les îles Bijagos qui ont toujours été tenues à l'écart du Programme** apparemment à cause des difficultés d'accès (il faut un bateau de haute mer pour couvrir les îles), mais aussi parce que jusqu'à présent, l'infrastructure de Centres de Santé n'était pas opérationnelle dans l'archipel (manque d'infirmiers, mal formés, etc) argumente-t-on à la Direction du Programme à Bissau.

Parmi les SSP dans les îles, **ce sont les vaccinations qui ont le plus ralenti la dynamique du projet** en monopolisant souvent les cadres du projet au détriment des autres actions. Cela doit en effet se faire trois fois par an (car il y a trois doses).

Il s'agissait en fait d'un cercle vicieux : le PAV doit se responsabiliser de tout le processus mais ils ont laissé de côté les îles faute d'une organisation solide des Centres de Santé. Comme le PAV n'intervenait pas, ce sont les cadres coopérants et guineens du projet SSP qui ont assuré le mieux possible les campagnes sur les îles ce qui les empêchait de concentrer leurs activités sur l'organisation des Centres de Santé et la formation des cadres qui y travaillent ... De cette façon, l'année dernière, ils ont eux-mêmes, pour les vaccins, couvert quasiment toutes les îles. En 1988, le PAV a envoyé à l'hôpital de Bubaque, un infirmier qui va se charger du travail. L'équipe du projet SSP pour sa part va continuer seulement sur les îles de Canhabaque et Uno. Cependant, l'infirmier du PAV ne disposant pas de bateau propre doit aujourd'hui, partager le bateau "Pedrolino" avec le projet.

Actuellement, **on investit essentiellement dans la consolidation du travail des Centres de Santé et la pratique des vaccins devrait être bientôt de leur ressort** (certains vaccins qui ne requièrent pas d'injections comme la polio sous sa forme buvable seraient même à la portée des ASB). Si cela ne peut pas encore se faire aujourd'hui de façon systématique à partir des Centres de Santé, c'est parce que **les moyens manquent pour conserver ces vaccins**. On sait qu'ils ne gardent leur efficacité qu'au-dessous d'une température assez basse. Or, il n'y a pas aujourd'hui, une "chaîne de froid" qui assure l'acheminement de ces vaccins fragiles depuis le magasin central de stockage à Bissau jusqu'aux Centres de Santé pour la simple raison que, sur les îles, **les Centres de Santé ne disposent pas encore de frigo en état de marche**.

Les frigos peuvent fonctionner au gaz et au pétrole, mais le système que l'on emploie généralement utilise de grandes batteries alimentées par des panneaux solaires. En avril 1988,

seules les îles de Bubaque, Caravela et Galinhas disposent de frigos à pétrole et peuvent effectuer les vaccinations. Uno, Formosa et Canhabaque, îles les plus peuplées, disposent de frigos qu'il faut compléter de batteries et panneaux solaires. Cela doit se faire avec l'aide d'un technicien spécialisé envoyé par le PAV, et la mise en place à court terme de cette chaîne de froid doit s'accompagner des séminaires de formation des infirmiers pour l'entretien délicat de ces frigos qui ne peuvent souffrir aucune altération. Ceci est actuellement en négociation avec les responsables du PAV qui disposeraient d'un nouveau (petit) bateau.

Dans le futur, les infirmiers pourront être responsables des vaccinations à conditions aussi qu'ils puissent bénéficier de l'appui et du suivi du PAV par l'instauration d'un système de supervision et de distribution des vaccins et du matériel.

3.2.2.5. Disponibilité des moyens logistiques

De l'avis de tous les intervenants du projet, **la disponibilité des moyens n'est pas claire et cette absence de définition pose de gros problèmes pour la programmation financière et la planification des activités.** Non seulement la Direction SSP et les responsables régionaux disent ne pas connaître le budget disponible mais aussi l'administratrice-coopérante du projet, si elle connaît le financement initialement programmé en 1984 et donc théoriquement disponible, n'a pas accès à l'état d'avancement de ce budget qui est géré en Italie. Celle-ci a donc plutôt une tâche de comptable sur le terrain car la véritable administration du projet se fait au siège italien de Mani Tese.

Cette situation provoque :

- 1) un **sentiment d'écartement chez les Guinéens** qui n'ont pas d'accès aux moyens disponibles
- 2) une **difficulté pour planifier les activités sous l'égide de la Direction SSP** (par exemple, les séminaires de formation) car on ne sait pas s'ils doivent payer eux-mêmes ou si Mani Tese a prévu un fonds pour cela

- 3) un accès "anarchique" aux moyens pour les coopérants qui demandent périodiquement des fonds selon les besoins rencontrés
- 4) une absence de "maturité" de l'administration sur le terrain qui établit des prévisions budgétaires sans avoir de points de référence.

Différents articles budgétaires du projet 801 ne se sont jamais matérialisés limitant de cette manière, les moyens sur le terrain (bateaux et mécaniciens, ...).

L'absence de coordination entre les différents volets d'activités dirigés par Mani Tese a pour conséquence l'absence de rationalisation des moyens (conflits pour l'utilisation du bateau) et une perte de temps et d'énergie.

Transport

Il convient de toujours garder à l'esprit l'**extrême difficulté que représente l'accès aux différentes îles et le transport maritime**. Outre l'absence de ressources nationales qui caractérise le fonctionnement du Minsap et de la Direction SSP, la plus grosse contrainte du projet dirigé par Mani Tese est sa localisation dans un archipel d'une topographie maritime difficile et dangereuse. Si on a choisi (pour des raisons judicieuses) d'intervenir dans un tel milieu, **il est logique d'assurer avant tout les moyens efficaces** pour s'y déplacer et pouvoir y travailler. Si ces moyens n'existent pas le projet est handicapé à la base. Ceci est d'autant plus important au vu de l'orientation que prend aujourd'hui l'intervention de Mani Tese : assurer une supervision constante des Centres de Santé sur les différentes îles, assurer le suivi d'activités productives et d'un projet pilote agricole. **Plus que jamais, il faut aujourd'hui pouvoir se mobiliser facilement et en sécurité**. Toutes les actions en cours, sans exception, ont continuellement besoin de bateau. Or, l'absence actuelle de moyens de transport efficaces est un frein pour l'évolution des actions et provoque un immense gaspillage d'énergie et de temps.

Si on cherche une relance véritable et efficace du projet SSP dans les îles, il faut commencer par investir dans des moyens de transport maritime plus adaptés, sur la base d'une étude des conditions de transport entre île et d'une étude des besoins. Cette étude technique préalable à l'acquisition de bateaux est essentielle pour ne pas répéter les erreurs du passé au niveau des caractéristiques de ces bateaux.

Quelques propositions recueillies au sein de l'équipe pour la définition de bateaux appropriés au milieu (à étudier !):

- l'aluminium est préférable à la fibre : pas d'entretien (peinture), pas d'oxydation, plus résistant dans un milieu où les bateaux subissent continuellement des frottements en s'échouant au repos à marée basse
- 8 mètres de longueur est un minimum (pour éviter de se retrouver entre deux vagues)
- moteur : vitesse de 10 à 14 noeuds qui permet de faire le voyage le plus long aller-retour dans les îles entre deux marées. Il faut rappeler que ces marées sont parmi les plus fortes d'Afrique (80 cm par heure avec un maximum de 4,80 m) et que les courants sont forts et dangereux
- si le diesel est plus délicat à réparer, il est plus économique (ce qui compte en Guinée Bissau face aux problèmes d'approvisionnement en carburant) et plus résistant (il faut seulement vérifier l'huile). Le moteur doit être d'accès facile pour les réparations ou entretiens. Il faut prévoir des pièces de rechange. Certains moteurs sont plus résistants et très simples en ce qui concerne leurs pièces (par exemple, le Volvo Penta de la Coopération suédoise ou encore le Lister anglais)
- la charge possible doit être celle d'un bateau de transport professionnel (+/- 3 tonnes). La charge doit être protégée.
- cabine protégée avec bouée adaptée
- radio et accessoires.

Le nombre de bateaux doit être adapté à la diversité des actions et des équipes. L'équipement des bateaux peut varier selon leurs fonctions spécifiques : par exemple, un bateau chargé de la supervision constante des Centres de Santé peut avoir une cabine plus habitable (eau douce, lit, ...).

L'acquisition de bateaux appropriés doit obligatoirement s'accompagner d'un personnel formé :

- 1) pour le pilotage (marinheiro)
- 2) pour l'entretien (motorista qu'il faut former de façon spécialisée).

3.2.3. Conclusions et Recommandations pour le Projet Santé

Les soins de santé primaires prétendent être une stratégie efficace par rapport à l'objectif global d'amélioration de la santé des groupes et des individus. Malheureusement, les **méthodes actuelles** d'évaluation de l'efficacité et du coût des interventions sanitaires ou médicales, ne sont **pas bien adaptées** à la diversité des éléments que comprennent les SSP, n'évaluant souvent que des aspects limités de ces actions.

L'efficacité réelle des SSP ne peut en outre se mesurer qu'à long terme c'est-à-dire conformément aux buts et aux objectifs mêmes de cette stratégie. - Or, la plupart des indicateurs habituels de santé sont des indicateurs quantitatifs, souvent discutables en eux-mêmes, pouvant être liés à des a priori culturels et appréhendant la réalité d'une manière très ponctuelle et fragmentaire. Comment, en effet, "mesurer" la capacité d'auto-détermination d'une population couverte, la participation communautaire, l'équité et la pertinence des services offerts, la satisfaction des bénéficiaires et usagers ? Il existe quelques indicateurs mais ils restent rares ou imprécis. On ne semble pas encore avoir donné aux SSP, les outils d'évaluation qui correspondent à leurs objectifs et ambitions⁽¹²⁾.

Plutôt donc qu'une recherche approfondie sur l'impact du projet dans les tabancas, qui nécessiterait l'élaboration d'une méthode anthropologique spécifique et du temps, **notre évaluation c'est centrée sur la démarche générale du projet dirigé par Mani Tese et sur la dynamique locale que cela a entraîné (ou que ce projet pourrait entraîner) au niveau de l'établissement d'un appareil simple de SSP.**

3.2.3.1. Conclusions

On peut conclure qu'après trois financements successifs, le projet de santé dans les îles n'a fait preuve que d'une efficacité partielle. Si des choses ont été réalisées, **il n'y a toujours pas aujourd'hui un système qui puisse fonctionner sans intervention extérieure**, essentiellement parce que, au fur et à mesure de l'évolution du projet, **les objectifs se sont centrés sur une intervention sanitaire directe dans les tabancas et non sur l'intégration du projet dans une structure nationale.** Théoriquement, cette intégration est nécessaire au vu du contexte guinéen; pratiquement nous ne croyons pas que cela soit suffisant pour assurer la viabilité de l'action.

Si l'évaluation peut paraître sévère, elle n'est pas défaitiste. D'ailleurs, la situation actuelle du projet est caractéristique : lorsque nous étudions son efficacité par rapport aux objectifs, son impact sur la population, sa viabilité pour le futur, les résultats que nous avons évalués sont plutôt négatifs, cependant, d'autre part, **il y a aujourd'hui toute une série de nouveaux éléments qui s'ils sont mis correctement en place, permettraient de rattraper rapidement le temps perdu, de replacer l'action dans un cadre méthodologique qui favoriserait davantage la viabilité du système des SSP dans les îles Bijagos.**

Il serait donc dangereux de s'arrêter à mi-chemin. Pour cette raison, il est important d'identifier les insuffisances produites au cours de toute cette première période pour redresser certaines situations et orienter la suite. Dans cet esprit constructif, nous nous permettons d'indiquer les insuffisances qui contribuent à affaiblir l'impact de la coopération de Mani Tese en Guinée Bissau et donc l'impact du projet SSP auprès de la population bijagos.

3.2.3.2. Insuffisances

- 1) Le projet a évolué trop **en marge** du système sanitaire déjà en place
- 2) Identifiant trop rapidement l'ASB et la matrone comme la clef de voûte du système des SSP, on n'a **pas porté un appui efficace aux Centres de Santé**, la plupart moribonds à cause du manque de formation des infirmiers en place et à cause du manque de moyens matériels
- 3) Il n'y a **pas eu de niveaux de référence assurés**. Les liaisons entre Unité de Santé et Centre de Santé n'ont pas toujours été systématiques, l'hôpital ne sert toujours pas de niveau de référence pour les Centres de Santé.
- 4) Trop grand **cloisonnement des tâches** entre niveaux de référence verticaux mais aussi horizontalement entre ASB et matrones, infirmiers et accoucheuses.
- 5) L'action était plus **centrée sur la formation des paysans ASB** que sur la formation des infirmiers alors que les infirmiers qui sortent de l'école de Bissau ne sont formés que pour la clinique et pas pour les SSP.
- 6) Mauvaise repartition des tâches et **confusion du rôle de chacun** : le personnel coopérant a tendance à faire le travail lui-même s'il n'a pas confiance dans la "qualité" des cadres locaux. De plus, il y a une **grande dispersion** des activités de l'équipe de supervision dont la tâche spécifique n'était jusqu'à présent pas clairement définie.
- 7) **Absence totale de données** démographiques et de références à propos de la santé de la population des îles.
- 8) **Pas de réelle collaboration avec la Direction SSP** du Minsap à Bissau qui devrait être le véritable responsable du projet SSP. Le projet et son financement ont été toujours gérés exclusivement par Mani Tese.
- 9) Pas assez de suivi, de supervision, d'évaluation **de la part de la Direction SSP** dans les îles. Pas assez d'encouragements pour le

pour le personnel des Centres de Santé qui a souvent l'impression d'être abandonné. Grandes faiblesses dans l'approvisionnement régulier des Centres de Santé (médicaments, alimentation, pétrole, équipement). Les motivations du personnel et la qualité du travail en subissent les conséquences.

10) **Mani Tese a eu tendance à se substituer totalement aux structures nationales (naissantes) et sans préparer une reprise locale du projet.** Mani Tese imposait d'une certaine façon sa propre méthodologie.

- L'accent du projet n'était pas mis sur son intégration dans un système national mais plutôt directement sur la mobilisation des tabancas.

- Il n'y a pas encore de transition en pratique alors qu'elle est prévue pour le court terme.

- Jusqu'à présent les coopérants ont été plus des directeurs du projet que des conseillers.

11) **L'absence de collaboration du PAV** provoque une dispersion de l'équipe de supervision, et un manque de temps pour faire ce qui lui correspond.

12) **Difficile disponibilité des moyens logistiques**

- Absence de clarté vis-à-vis de ce qui est encore disponible financièrement en Italie pour l'infrastructure dirigée sur le terrain par les coopérants.

- Absence de clarté et de partage avec les cadres guinéens.

13) L'administration éloignée du projet (depuis l'Italie) et son absence de transparence provoque la **confusion dans l'administration du projet sur le terrain** et la difficulté à la fois pour les coopérants et à la fois pour les Guinéens, de faire des prévisions budgétaires et donc une bonne programmation des activités.

14) Différents articles budgétaires prévus dans le projet ne se sont pas matérialisés sur le terrain (bateaux, mécaniciens, etc...) limitant les moyens matériels dans un contexte exigeant en moyens de travail.

- 15) Absence de rationalisation des moyens disponibles à cause du **manque de coordination** au niveau des différents volets d'activités dont s'occupent les coopérants de Mani Tese
- 16) Tous ces problèmes provoquent une situation où il est **difficile de planifier l'action** et même de programmer les activités avec un rythme défini. L'absence de coordination, comme on le verra dans les conclusions générales provoque aussi la perte d'efficacité des différents volets du projet, étant donné l'utilisation de moyens communs.

3.2.3.3. Recommandations

Dans le paragraphe précédent, nous avons montré les faiblesses générales qu'a fait apparaître l'évaluation du projet (ces points faibles sont détaillés tout au long des différents chapitres).

Le projet des SSP dans les îles Bijagos n'a pas encore pu définir une ligne claire d'action, s'engageant selon les coopérants qui s'y succédaient dans des lignes directrices différentes suivant des hypothèses parfois contradictoires et sans jamais vraiment se servir du système national comme point de référence.

Nous pensons qu'avant d'aller plus loin, il convient aujourd'hui de rassembler tous les intervenants au niveau du projet de santé dans les îles pour s'accorder sur une hypothèse de travail et définir en fonction de cela des lignes directrices communes, complémentaires, intégrées.

Après avoir consulté ces différents intervenants à propos de la faisabilité des SSP, nous pensons pouvoir émettre l'hypothèse qu'une dynamisation des services publics (réseau de Centres de Santé, hôpitaux, Supervision Régionale, etc...) est possible à l'échelle nationale et à l'échelle de l'archipel, qu'elle peut servir de point de départ à l'animation des communautés, étant porteuse du potentiel de développement des SSP et que, dans le contexte guinéen, les infirmiers des Centres de Santé ne peuvent qu'en être le moteur.

C'est tenant compte de cette hypothèse que nous nous permettons de faire les recommandations suivantes :

1. Outre l'échelon de base dans la communauté même, l'Unité de Santé, la Région des îles Bijagos inclut deux échelons professionnels des services de santé : les Centres de Santé (infirmiers) et les hôpitaux de secteur et de région (médecins).

Si les objectifs du projet sont **d'améliorer l'efficacité, l'acceptation, l'efficience des services offerts par les Unités de Santé dans le cadre d'une réelle participation communautaire et l'intégration des activités des services spécialisés dans le système des SSP**, il s'agit avant tout de mettre le système en place par **l'intégration formelle des différents niveaux et des personnes qui y travaillent.**

2. Cela ne peut être fait qu'en **associant la Direction SSP à la gestion du projet en élaborant ensemble un programme d'action au niveau des îles et le programme financier qui le sous-tend.**

Pour la définition d'une éventuelle phase ultérieure du projet, il convient de réunir tous les intervenants autour d'une table.

3. Si l'administration du financement et du projet reste dans les mains de Mani Tese pour décharger une Direction SSP encore peu équipée, cette **administration doit se faire de façon concertée sur le terrain** avec le représentant de la Direction SSP qui est le Responsable de la Supervision Régionale. Lors de la fin de la phase d'appui technique de Mani Tese, cette personne doit pouvoir continuer elle-même l'administration du projet.

4. Une **coordination et organisation efficaces entre la DSSP et l'équipe d'appui technique de Mani Tese** est la condition nécessaire pour permettre l'organisation et la consolidation du système SSP dans les îles.

Cela implique :

- **une identification claire des différents niveaux d'intervention**

- **une définition des tâches et actions à entreprendre**
 - **un partage clair des responsabilités** (entre les différents niveaux du Minsap et avec Mani Tese et ses coopérants)
 - **une planification conjointe de l'action en fonction des nombreuses contraintes locales** (si on continue de travailler dans les îles, il est indispensable de se donner des moyens efficaces de transport).
5. La définition de limites d'intervention de l'équipe de supervision est indispensable pour éviter sa dispersion et donc son inefficacité.
 6. Il est urgent d'assurer la collaboration du PAV dans les îles pour les campagnes de vaccinations.
 7. Participant à la gestion du projet, on devra espérer de la Direction SSP du Minsap une **intervention plus systématique** : pour la formation des cadres locaux, pour leur supervision et pour l'évaluation des actions en cours. Il est évident que le suivi régulier et l'intérêt porté aux actions locales que démontrent les instances supérieures est **un encouragement et un stimulant** pour le personnel qui travaille sur le terrain.
 8. Il faut d'un autre côté, que les équipes travaillant sur le terrain apportent une **rétro-information constante vers le Ministère** afin d'aider celui-ci à mieux soutenir les opérations menées sur le terrain.
 9. La tâche la plus importante de la DSSP est **d'intégrer le système SSP dans la structure médicale en général qui doit se transformer et se reconstruire**. Par exemple, l'intégration de l'hôpital de Bubaque aux SSP est liée à cette démarche. La responsabilisation de l'infirmier-chef régional travaillant au niveau de l'hôpital vis-à-vis des SSP est aussi une tâche urgente.
 10. Tous ces éléments favorisent la **base de l'action qui est d'assurer le fonctionnement d'équipes para-médicales (infirmiers, accoucheuses, analyste) dans les Centres de**

dans les Centres de Santé qui garantissent le travail des ASB et des matrones et qui puissent dispenser des soins globaux continus.

11. **Miser sur la formation et la spécialisation des infirmiers dans le sens des SSP** (séminaires thématiques, échanges inter-régionaux, supervision de leur travail avec les ASB, recensements).
12. **Apport d'instruments pour favoriser le dialogue avec la population visant la prise de décisions** et pas seulement l'exécution d'oeuvres. Il s'agit ici d'une des bases de la formation du personnel des Centres de Santé.
13. **Améliorer l'infrastructure pour la formation et les recyclages**, pour l'administration du projet : siège régional à Bubaque. Améliorer l'équipement des Centres de Santé existants. Equiper d'urgence les nouveaux Centres de Santé.
14. **La collaboration avec des professeurs** du Ministère de l'éducation (dans le sens par exemple de l'alphabétisation fonctionnelle) est aussi un apport pour une participation plus efficace des ASB et de la population.
15. Dans la diffusion des SSP, il est essentiel de travailler avec la **population féminine** et de trouver des moyens pour favoriser son instruction. Par exemple, au lieu de chercher à démedicaliser les accouchements, peut-être peut-on aborder le problème autrement et chercher à démystifier ceux-ci en les "normalisant" et en évitant leur caractère secret. Cela est possible en établissant certains liens entre les formations pour ASB et celles pour matrones.
16. Si on procède à cette consolidation des SSP au travers de la formation du personnel des Centres de Santé et si on se donne les moyens pour le fonctionnement de ceux-ci, **la diffusion du système dans les différentes îles et dans les tabancas sera certainement plus systématique.**
17. Il convient dès aujourd'hui, avant la fin de la phase actuelle du projet, **d'informer** le Responsable Régional de l'administration présente du projet.

- 25/2 Réunion avec la Direction Centrale de Soins de Santé Primaires (Augusto da Silva, Antonio Santos, Ze Augusto Sanha)
Thème : Passé, présent et futur du projet Soins de Santé Primaires dans les îles Bijagos.
- Réunion au Ministère du Développement rural avec Luis Albino, Mamadou Mane et Roger Truong du Cabinet de Planification.
Thème : Liaison entre le volet agricole du projet Soins de Santé Primaires et le Ministère du Développement Rural.
- 26/2 Réunion avec Augusta Enriquez, coordinatrice de Solidami.
Thème : Rôle de Solidami par rapport au Gouvernement et aux ONG.
- Réunion avec Luis Nunez, Conseiller économique CEE.
Thème : Situation de l'aide internationale en Guinée Bissau.
- Réunion avec le Ministre de la Santé, Alexandre Nunez Corroia, en présence d'Augusto da Silva et Monsieur Cruz.
Thème : Coordination interministérielle pour le projet Soins de Santé Primaires dans les îles Bijagos.
- 27/2 Réunion à l'Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (INEP) avec Rui Ribeiro et Raul Fernandez.
Thème : Rôle de l'INEP et recherches en cours.
- Réunion avec le staff du Programa Alargado de Vacinacoes (PAV), Docteur Jean Louis Roggero et le Directeur National du PAV
Thème : Assurer la participation du PAV pour les campagnes de vaccinations dans les îles Bijagos.
- 28/2 Rencontre avec Augusta (Solidami), et Miguel Van der Dreeft (CIEPAC).
- 29/2 Réunion au Ministère des Ressources Naturelles avec Monsieur Adelino Andem, Directeur du Département des Ressources Hydriques.
Thème : Présentation du volet puits du projet Soins de Santé Primaires et de ses réalisations; continuation du projet sous la tutelle du Ministère R N
- Réunion au Ministère du Développement Rural avec Mamadou Mane et Roger Truong (car Bakar Mane est toujours absent)
Thème : Possibilités de coordination entre le projet Soins de Santé Primaires et le Ministère du D.R.
- Réunion avec Augusta Enriquez de Solidami
Thème : Futur du projet Soins de Santé Primaires dans les îles Bijagos.
- 30/24 Retour en Belgique.

1000

Pour la phase ultérieure, un coopérant semble être nécessaire pour reprendre l'administration et la coordination du projet conjointement avec le Responsable Régional SSP qui de cette façon bénéficiera d'une formation pratique. Un administrateur-médecin serait le plus efficace pour coordonner plus scientifiquement les activités et formations des différents niveaux.

18. Nous pensons que **pour préparer le départ de Mani Tese, il convient dans le court terme de responsabiliser au maximum de leurs possibilités les cadres locaux. Cela implique qu'on n'enverrait plus que le personnel coopérant indispensable pour assurer la transition et la reprise à moyen terme.** Il serait suffisant de pouvoir compter sur un expert administrateur-médecin qui serait réellement le conseiller de l'équipe de supervision régionale (le Responsable et l'accoucheuse) pour l'administration, la coordination et la programmation du projet.
19. Deux années de présence technique supplémentaires pourraient être suffisantes pour cela. On peut espérer qu'ensuite le personnel dans les îles sera plus nombreux, mieux formé, l'infrastructure sera en place et le système établi (à consolider continuellement) et il appartiendra alors à l'Etat de lui donner les moyens pour fonctionner, et de reprendre à sa charge les frais récurrents que le projet (ou plutôt le système) continuera de générer.

3.3. PROJET HYDRAULIQUE VILLAGEOISE

3.3.1. Historique

Un des problèmes les plus critiques pour la population des îles Bijagos est l'éloignement des points d'eau "traditionnels" et l'absence d'eau potable. On n'a généralement la possibilité de s'approvisionner en eau que par le biais de sources et trous dans la terre fréquentés également par les animaux.

Lors de la première phase du projet, les premiers coopérants construisirent trois puits expérimentaux sur l'île de Canhabaque où ils vivaient et mettaient en œuvre les bases du futur projet SSP. Pour ce faire, on obtint l'appui technique d'une équipe hollandaise qui travaillait à Buba, sur le continent.

En 1982, un nouveau coopérant italien fut engagé pour diriger la construction de puits dans les villages. Après un stage à Buba, il composa une équipe de puisatiers et le travail dans les tabancas de Canhabaque commença en mars 1983. Ces dernières années, on a étendu le travail à d'autres îles et on a ainsi couvert les besoins élémentaires en eau de Canhabaque, Uno et Uracane.

Les objectifs du projet sont :

1. **avoir de l'eau en suffisance dans les tabancas pour la consommation et pour le maraîchage.**
2. **avoir de l'eau propre et potable.**

Les contraintes du travail sont :

1. **climatiques** car il est seulement possible de travailler et d'associer la population durant la saison sèche, de décembre à juin, lorsque le travail agricole est arrêté
2. **géographiques** rendant très difficile le transport du matériel d'île en île

3. il n'y a **pas d'appui de l'Etat** : le projet puits fait en effet partie du projet SSP qui théoriquement dépend du Minsap (malgré que celui-ci n'ait pas de compétence pour le superviser) et n'a ainsi jamais été considéré ou reconnu par le Ministère des Ressources Naturelles qui pourtant, lui, s'occupe des problèmes hydriques du pays.

3.3.2. Activités menées

- Infrastructure :

De 1983 à 1985, **20 puits ont été construits sur l'île de Canhabaque**, avec un système de pompes manuelles. Ces pompes se sont ensuite avérées être délicates et d'un entretien difficile sur ces îles isolées et les pannes condamnaient l'utilisation des puits. De plus, elles favorisent le gaspillage de l'eau qui tombe en partie à côté des seaux. Aujourd'hui, tous les puits de Canhabaque sont **inopérants**; il est prévu à court terme de remplacer les pompes par des seaux et d'approfondir les puits car certains sont déjà secs.

En 1986 et 1987, **22 puits ont été construits à Uno** selon une autre technique : les puits sont "tubés" pour tirer l'eau avec des seaux. Les puits sont cerclés d'une palissade et à proximité se trouvent un lavoir pour le linge et des abreuvoirs pour les animaux (ces derniers ont été éliminés car ils ne sont pas utilisés). Certains ont critiqué la proximité de ces œuvres "accessoires" de l'endroit d'exhaure de l'eau. Généralement cependant, les puits sont **maintenus dans un bon état de propreté** par la population; ils sont ouverts à certains moments de la journée. Le seul puits mal entretenu et sans palissade est le puits du Centre de Santé qui pourtant devrait servir d'exemple...

En mai 1988, **l'île d'Uracane dispose des 7 puits** prévus pour la satisfaction de ses besoins en eau. Ils suivent le modèle des puits d'Uno.

On a donc déjà construit une cinquantaine de puits et le même nombre est encore nécessaire pour couvrir les besoins élémentaires en eau des différentes îles. Cela représente encore plus ou moins cinq ans de travail avec l'équipe actuelle, au rythme

de 10 puits par an étant donné qu'il n'y a que 6 mois de travail possibles par an, et étant donné les problèmes de transport de matériel vers les îles d'Orango, Unhocomo, Galinhas, Canogo, etc...

Sur l'île de Bubaque, les dix tabancas ne disposent toujours pas de puits alors que sur la même île se trouve le chef-lieu de l'archipel. A Bubaque, Mani Tese n'a construit qu'un puits dans l'enceinte du camp de base et un autre à l'extérieur.

- Formation :

Deux équipes de quatre puisatiers ont été formées au travail dans le contexte des îles, avec un "homologue" associé au directeur de travaux italien. Ces 9 puisatiers avaient généralement déjà eu une formation à l'école de puisatiers de Sao Domingos dans le Nord du pays.

- Animation :

Présentation du projet dans les différentes tabancas et sensibilisation de la population au problème de l'eau et de sa gestion, à l'aide de **panneaux didactiques**.

3.3.3. Analyse de la méthode et des moyens mis en oeuvre

3.3.3.1. Méthode :

Théoriquement, l'animation des villages pour l'eau et la construction de puits se fait après que l'équipe sanitaire ait présenté le projet SSP et après avoir mis en place une équipe d'ASB dans une Unité de Santé. Les ASB sont en effet des personnes qui peuvent continuer la mobilisation du village pour l'hygiène et la propreté de l'eau. Il doit donc là y avoir une coordination étroite entre le volet sanitaire et le volet puits.

En pratique, comme conséquence de la désorganisation dans le projet global et des problèmes rencontrés dans la mise en place des

Centres de Santé et des Unités de Santé, le projet santé a forcément été plus lent à s'étendre que la **construction des puits, qui a tendance aujourd'hui à précéder l'établissement d'Unités de Santé.**

Les deux équipes de puisatiers sous la direction du coopérant et de son homologue" ont mis au point **leur propre méthode de prise de contact et d'animation dans les tabancas:**

1. Réunion avec la population et les autorités de la tabanca pour présenter les bénéfices apportés par de l'eau propre. Matériel didactique sous forme de panneaux. On choisit ensemble, avec les conseils de l'équipe, l'endroit convenable pour forer et construire le puits. On négocie les conditions de construction :

- Hébergement de l'équipe dans la tabanca.
- Quatre volontaires par jour pour le creusement.
- Fournir sable, coquillages et eau.
- Ouvrir un chemin pour le tracteur qui apporte le matériel.
- Choix d'un responsable villageois pour la période de construction.

2. Apport du matériel. Les puits et les salaires des puisatiers sont payés entièrement par Mani Tese. Les volontaires du village reçoivent aussi une prime. Le village doit juste apporter l'alimentation des travailleurs et payer 7 \$ s'il veut bénéficier aussi d'un lavoir adjacent au puits. Un puits coûte (en transport, salaires et matériel) entre 500 \$ et 1000 \$ à Mani Tese.

3. Gestion des puits :

Après la construction, le village doit élire quatre responsables (hommes et femmes) du puits qui veilleront à l'ouvrir et le fermer selon un horaire établi, à sa propreté et à son entretien, à la construction et entretien d'une palissade, au rachat des accessoires usés (cordes, seaux). Ces personnes sont chargées de la gestion de l'eau alors que les ASB ont pour tâche de faire une continuelle animation autour de l'utilisation de l'eau propre.

Le gros point faible de la méthode est l'absence de véritable coordination entre les puisatiers et l'équipe sanitaire pour le travail d'animation. Les Centres de Santé

Centres de Santé et les Unités de Santé ne sont ni consultés, ni utilisés quand ils existent, alors qu'ils représentent pourtant la garantie de l'animation villageoise pour l'amélioration des conditions de vie et de santé.

L'efficacité de la méthode d'intervention des puisatiers et de Mani Tese en ce qui concerne la participation de la population, et d'autre part l'impact sur les conditions de santé sont certainement diminués à cause de cette mauvaise coordination.

3.3.3.2. Moyens

- Equipe technique

Après cinq années de travail, il existe aujourd'hui deux équipes de quatre personnes formées professionnellement pour la construction de puits dans les villages et pour l'animation entourant celle-ci. Il s'agit donc d'un groupe ayant une identité propre, capable de faire un devis et de gérer les opérations qui le concernent. Il n'a plus besoins aujourd'hui que d'une supervision.

Cependant, étant donné qu'il est jusqu'à présent entièrement subventionné par Mani Tese, il se pose le **problème de sa viabilité future** lorsque Mani Tese devra le laisser voler de ses propres ailes.

Il existe différentes alternatives :

1. La formation d'une équipe privée sous forme d'association ou de **coopérative** qui travaillerait sous contrats ponctuels avec les villages ou avec des organisations. Cette initiative ne serait cependant **pas viable** dans le contexte faiblement monétarisé des îles et face à la nécessité d'entretien et de remplacement d'un **matériel relativement important** (bateau, pompes, outils, etc...) dont le coût serait certainement beaucoup plus important que les éventuels bénéfices. De plus, la demande de puits ne serait pas suffisante et il faudrait alors diversifier les activités de l'association.

2. **La reprise du projet par le Ministère des Ressources Naturelles** qui a sous sa responsabilité de répondre aux besoins en eau dans le pays pourrait signifier l'engagement des puisatiers qui deviendraient fonctionnaires travaillant sur le terrain.

Même si généralement on se méfie de la pesanteur et de la lenteur des structures administratives, on peut penser que dans ce cas, il s'agirait pour les puisatiers d'une chance pour la sauvegarde de leur emploi. De plus, agissant de cette façon, le Ministère s'adjoindrait une équipe bien formée et disposant d'une solide expérience de terrain (si les Ministères font les fonctionnaires, on peut espérer que l'inverse soit parfois vrai...).

Il est cependant intéressant de parler à ce propos des problèmes que rencontre **le projet du PNUD dans les îles Bijagos. Celui-ci cherche des manières de rentabiliser différents projets dans le but d'autonomiser le personnel** qui y travaille :

- 1) Un des bateaux ("Cabaro") du projet qui servait au transport devient indépendant et est repris par ses marins réunis en association après avoir été spécialement formés pour son entretien et sa gestion : dans ce cas, il y a l'assurance d'avoir une clientèle suffisante pour rentabiliser l'entreprise.
- 2) Le projet PNUD-Radio fonctionne dans les différentes îles à l'aide de 14 opérateurs qu'il faut pouvoir maintenir d'une certaine façon : on pense actuellement à des "activités annexes" qui pourraient leur permettre de vivre, tout en continuant d'être opérateurs 2 ou 3 heures par jour: par exemple du maraîchage ou du commerce (idées en étude).
- 3) Le PNUD a aussi un atelier de mécanique et de construction dont les employés (à l'instar des puisatiers de Mani Tese) devront tôt ou tard s'autonomiser. Il n'y a cependant pas encore de solution en vue.
- 4) Les Îles de Paix ont à Bolama un projet (que nous ne connaissons pas) qui est confronté également à la rentabilisation d'activités artisanales.

- Moyens logistiques

Le projet SSP dirigé par Mani Tese et dans lequel sont inclus les "volet puits" et "volet agricole" **n'a pas les moyens appropriés pour faire fonctionner les trois types d'action d'une manière efficace.** Le projet puits est notamment continuellement confronté à des **problèmes de transport** du matériel léger et du personnel. L'absence de réelle coordination entre les actions rend encore plus difficile la disponibilité des moyens de transport.

Les pertes de temps sont dues aussi à une très **grande dispersion des activités** du coopérant-puisatier qui par exemple en l'absence d'un mécanicien doit s'occuper des continuel problèmes mécaniques.

A part les machines (tracteurs, motos, pompes de forage), il n'y a pas réellement de problèmes d'approvisionnement en matériel "léger" (ciment, fer, outils, etc...) dans les magasins de Bissau.

- Mécanismes institutionnels : rôle des Ministères

Si la **tutelle officielle du Minsap** pour les trois volets du projet SSP a facilité la concentration du matériel et de l'infrastructure apportés par Mani Tese, elle **a empêché un suivi efficace des volets puits et agricole par des instances nationales compétentes.**

Le Ministère des Ressources Naturelles ne s'est ainsi jamais responsabilisé de la supervision des puits dans les îles. De plus, à cause d'une mauvaise circulation de l'information au sein de ce Ministère, le Responsable pour les questions hydriques percevait le projet puits dirigé par Mani Tese comme clandestin et en marge des "normes nationales".

Un éclaircissement de la situation a eu lieu avec ce responsable (en avril 1988) qui a ainsi pris connaissance de l'infrastructure déjà en place et des méthodes et techniques utilisées qui se sont avérées être proches de celles utilisées par le Ministère. Cette

réunion avait lieu juste à temps car le **Ministère, à l'aide d'un financement FNUE, a prévu l'installation d'une base à Bubaque dès 1989** pour la construction de puits dans les îles...

Ainsi, il est possible que l'équipe de puisatiers formés par Mani Tese sera engagée par ce Ministère, si la Base à Bubaque est mise en place comme prévu. Cette Base fonctionnerait avec un apport matériel du FNUE (bateau, camp, machines).

On connaît cependant les problèmes de l'Etat pour engager du nouveau personnel et on peut s'attendre à ce que le Ministère des Ressources Naturelles demande à Mani Tese de financer les salaires des puisatiers durant une phase de transition au bout de laquelle les puisatiers seraient intégrés à part entière (c'est-à-dire avec salaire) dans le Ministère.

Cette situation favorable devrait permettre à Mani Tese de se désengager progressivement de ce volet du projet SSP moyennant une phase de transition où la supervision du travail sur le terrain se négocierait avec le Ministère.

- Participation des bénéficiaires

Si les puits fonctionnent et sont utilisés, c'est parce que souvent il n'y a pas d'autres sources d'eau à proximité du village. C'est donc un apport qui va motiver la participation et le bon entretien des puits. Qu'il nous soit cependant permis d'avoir des doutes quant à la conscience qu'à la population de la valeur de l'eau propre ou potable. Il est un fait que la notion d'hygiène, et donc la motivation sanitaire est très abstraite dans le milieu rural africain, et forcément mal perçue. Si on admet que l'hydraulique villageoise est synonyme de santé primaire, les notions d'hygiène et d'eau propre doivent bien sûr faire partie de la formation des ASB et de l'animation villageoise, mais il faut savoir que **le changement d'attitude ne se fera qu'au long de nombreuses années.**

Est-il possible de trouver un support plus motivant que l'hygiène pour assurer la viabilité des actions d'hydraulique auprès des populations bijagos ?

L'intérêt économique, par exemple, de l'irrigation des cultures de case ou du maraîchage sur lesquels on pourrait tout autant baser les animations⁽²⁾.

Plus que la participation à l'exécution de l'ouvrage, la recherche de participation active et volontaire pour la préparation du projet et pour la gestion des puits est indispensable pour le bon fonctionnement et la prise en charge des ouvrages par les bénéficiaires. Cela est certainement l'aspect le plus difficile de ce projet, et il convient de chercher et de se donner les moyens pour les meilleurs dialogue et négociation possibles :

1. l'animation ne doit pas être verticale mais doit favoriser une **dynamique**.
2. l'animation doit être continuée aussi après la construction pour disposer d'un certain **feedback**.

3.3.4. Conclusions

1. Si on considère l'**objectif primordial d'approvisionner en eau des tabancas**, le projet s'est révélé **efficace dans les îles d'Uno et d'Uracane mais pas efficace à Canhabaque** où plus aucun puits ne fonctionne aujourd'hui. Le caractère non approprié de la technologie avait cependant rapidement été identifié et si dans les prochains mois le système est transformé et simplifié, le problème ne se posera plus.

Le projet d'hydraulique villageoise a un **impact immédiat** sur la population qui dispose du jour au lendemain d'eau à proximité des habitations. Il n'est cependant pas encore possible d'évaluer le fonctionnement des puits sur une période significative. A Canhabaque, l'évaluation est négative mais il ne s'agit pas d'une bonne référence à cause des raisons techniques qui ont été corrigées ailleurs. A Uno et Uracane, les puits ne sont opérationnels qui depuis un ou deux ans : même si cela semble

fonctionner, il est trop tôt pour pouvoir considérer la viabilité des puits à long terme. Cela dépendra de l'organisation villageoise pour la gestion des points d'eau, leur entretien régulier et leur réaménagement périodique.

2. Quant à l'objectif d'amélioration des conditions d'hygiène, il est impossible de se prononcer dessus, car nous ne pouvons considérer aujourd'hui aucun point de référence, l'action étant trop récente.

Nous pouvons cependant prévoir qu'au vu de la méthode et de l'absence de coordination avec le personnel sanitaire, le projet d'hydraulique villageoise s'il continue ainsi, restera inefficace pour l'hygiène et aura très peu d'impact en ce qui concerne l'amélioration de la santé.

3. Si on a formé une équipe de puisatiers qui est maintenant opérationnelle et expérimentée, celle-ci a toujours été payée et maintenue par Mani Tese et son autonomie serait difficilement viable dans le contexte bijagos si elle n'est pas engagée par le Ministère des Ressources Naturelles.

3.3.5. Recommandations

1. Il convient dès maintenant de préparer la reprise du projet d'hydraulique villageoise par le Ministère des Ressources Naturelles.

Pour cela, il faut :

- faire constater le travail réalisé et évaluer sur le terrain l'état d'avancement du projet (sur la base de la présente évaluation) avec les responsables du Département des Eaux
- négocier les modalités et conditions de transition qui conduiront à la substitution totale.

La présence du coopérant et de son "homologue" est indispensable durant cette phase. L'expérience de ceux-ci peut

en effet favoriser l'établissement des bases nécessaires pour la viabilité de la continuation du projet.

2. Il est très important de veiller à ce que la reprise du projet par le Ministère des Ressources Naturelles s'accompagne d'un **accord** avec la Direction des SSP du Minsap afin qu'il y ait des recouplements de leurs actions.

L'impact de la construction de puits serait beaucoup plus grand si l'hydraulique villageoise rentrait à part entière dans les thèmes suivis par l'équipe sanitaire des Centres de Santé et par les ASB.

3. De même, l'impact des puits serait augmenté si l'**intérêt économique** de ceux-ci peut être démontré. De cette façon, les projets agricoles doivent aussi être inclus dans cette coordination.

Enfin, on en revient à l'idée de base du projet SSP dirigé par Mani Tese qui est l'intégration complète des différents domaines d'activité (eau, agriculture, santé...). Si cela n'a jamais été fait, c'est notamment parce que Mani Tese était trop isolé des instances nationales. Avant de se retirer, Mani Tese pourrait veiller à ce que l'information circule dans les Ministères et entre les Ministères à propos des projets dans les îles : le plus efficace est de réunir et faire se confronter les fonctionnaires.

4. L'animation pour l'hydraulique villageoise doit donc recouper l'animation sanitaire et l'animation agricole.
5. Au lieu de simplement transformer les puits à **Canhabaque**, nous conseillons de prendre le temps de **recommencer toute l'animation** autour de l'hydraulique villageoise, et cette fois-ci en collaboration avec les équipes sanitaires et agricoles. Il s'agira d'un test qui arrive à un moment important.
6. Si la construction des puits est essentielle pour l'approvisionnement en eau, il est au moins aussi important de pouvoir les entretenir (nettoyer) et les réaménager (creuser et approfondir)

quand ils s'assèchent. La Base prévue à Bubaque ne pourra pas jouer ce rôle stratégique de manière efficace car elle aura d'autres tâches.

Il faut donc que les motivations du village soient suffisantes pour parvenir à un **auto-financement de la maintenance du puits villageois et des charges récurrentes.**

Les objectifs doivent donc être de :

- responsabiliser le village pour l'entretien du point d'eau
- minimiser les risques d'arrêt d'approvisionnement en eau
- éviter les intermédiaires non indispensables et qui augmentent les coûts
- mettre sur pied un système réaliste utilisant au mieux les potentialités existantes.

La réalisation de tout puits doit être subordonnée à l'acceptation et à l'engagement de la population bénéficiaire d'assurer la maintenance et l'entretien.

7. L'établissement d'un "**contrat**" devrait suivre les premières animations dans les villages. Ce "contrat" établi par le Ministère des Ressources Naturelles (dans le futur) ou par Mani Tese (actuellement) et les tabancas intéressées doit définir formellement le rôle et les devoirs du village concernant l'entretien du puits en contrepartie de son installation.

Outre la formation des responsables villageois pour l'entretien courant des puits, peut-on compter dans les îles sur des artisans ruraux qui se chargeraient de l'entretien spécialisé et du réaménagement des puits quand cela est nécessaire ?

Dans la négative, il n'y aurait d'autre recours actuellement que la Base de puisatiers prévue à Bubaque.

8. Si par catastrophe, le Ministère en dernière minute se retirait de la reprise et ne pouvait engager les puisatiers, il faudrait alors envisager soit que Mani Tese continue le financement, soit

qu'une autre organisation accepte de s'y engager si on veut terminer l'approvisionnement en eau.

L'équipe de puisatiers aura cependant encore besoin d'un superviseur qui devrait aussi administrer les fonds provenant de l'étranger.

Il faudrait alors penser aussi au problème de transport que l'équipe connaîtra continuellement et coordonner leurs déplacements avec le projet agricole, dans le cas où les moyens logistiques resteraient en commun.

3.4. PROJET AGRICOLE

3.4.1. Historique

Le projet agricole commence en 1982 à Canhabaque avec le lancement de la micro-réalisation 741 et l'arrivée d'un agronome italien coopérant. A l'instar du projet d'hydraulique villageoise qui commence au même moment, ce projet agricole était en fait conçu comme un volet du projet de Santé de Base, sous la tutelle du Minsap, volet destiné à compléter et renforcer ce dernier par la diversification de la production et donc l'amélioration nutritionnelle. La base alimentaire de la population n'est en effet constituée que de riz et d'huile de palme avec, à l'occasion, du poisson. Elle comporte donc peu de protéines et de vitamines. Les actions à mener avaient été identifiées auparavant par les deux coopérants initiateurs du projet : il s'agissait à l'époque de "doter" l'île de quatre vergers-potagers et de quatre petites pépinières d'arbres fruitiers visant la diffusion dans les tabancas. Il fallait également étudier la possibilité de différentes activités productives avec les ressources locales (huile, savon, etc...).

Les deux années que couvraient la micro-réalisation ont essentiellement servi à l'étude du milieu et à l'expérimentation de production potagère et fruitière par l'agronome mais dans le but de servir de démonstration.

Nous avons déjà dit en introduisant ce travail ne pas avoir la place ici pour présenter le contexte socio-économique des îles Bijagos, ni les caractéristiques de leur agriculture. Nous présentons pour cela une bibliographie. Nous ferons bien sûr allusion à cette agriculture traditionnelle mais en centrant notre étude sur la démarche du projet au travers des activités menées et sur son intégration dans une stratégie globale de développement.

Les **contraintes** étaient nombreuses pour travailler à Canhabaque dans le domaine agricole :

1. Les Bijagos de Canhabaque sont particulièrement conservateurs et méfiants vis-à-vis du "changement" et soumis à un strict contrôle social (grandeza).

2. Ils sont peu ouverts à l' "animation" extérieure étant pris dans des cycles cérémoniels contraignants et dans un constant processus migratoire entre les îles en raison de leur système de production basé sur la culture itinérante du riz sur brûlis.
3. Les activités productives traditionnelles concernent essentiellement le riz (sur brûlis et de bas-fonds) et le palmier (vin, huile, noix), en dehors de cela la population vit de pêche et de cueillette, les traditions limitent fort le rendement de la production.
4. Absence totale de tradition de coopération.
5. Marginalisation des îles du circuit économique national.
6. Nombreux prédateurs (singes, oiseaux, insectes, etc...) et peu de matériel et moyens pour lutter contre ces fléaux.

Au travers des activités réalisées au niveau productif (inventaire des plantes cultivées, recherche de meilleures semences et techniques, essai de production de savon, etc...). Durant ces dernières années, l'équipe de coopérants a essentiellement appris plutôt que provoqué un impact auprès de la population.

L'action comportait donc simultanément le niveau **d'étude continue du milieu et de ses contraintes et le niveau d'expérimentation et d'animation villageoise**. Il était donc difficile de demander des "résultats" à ce moment alors que "problèmes" et "solutions" n'étaient pas clairement énoncés par la population ni identifiés par l'équipe coopérante.

Les objectifs du volet agricole étaient vagues et généraux, sujets à une constante redéfinition et ne pouvant être spécifiés qu'au fur et à mesure des "découvertes" et du dialogue avec la population.

Ainsi, ce n'est que depuis le passage sur les îles de Uno et de Unhocomo et essentiellement depuis deux ans qu'on

ans qu'on peut parler d'embryon d'activités productives sous contrôle des personnes impliquées. Ces activités auxquelles participe une partie de la population sont en période d'expérimentation, il est encore difficile d'évaluer leurs résultats, mais on peut essayer d'anticiper ceux-ci en considérant la démarche suivie.

3.4.2. Analyse des différentes activités menées

3.4.2.1. Jardins potagers et vergers

La production agricole n'étant pas très diversifiée, le "projet" propose aux tabancas l'expérimentation de légumes et fruits sur des périmètres communautaires. Généralement, les potagers-vergers communautaires lancés à Canhabaque, à Uno, et un peu à Unhocomo, n'ont pas eu d'impact sur la population qui ne semble pas motivée pour différentes raisons :

1. **il n'y a pas une tradition de maraîchage et encore moins de maraîchage communautaire**; cependant les villageois disposent de jardins de case, avoisinant les maisons où on cultive dans de modestes proportions quelques tubercules (manioc, igname, patate douce) qui servent surtout lors des périodes de soudure ainsi que des condiments (amarante, piment, tomate, potiron); il est beaucoup plus rare de trouver des poivrons, laitues, oignons ou aubergines pour lesquels il n'y a pas d'habitudes alimentaires.
2. **il n'y a pas de tradition pour la culture fruitière** qui est quasiment inexistante; à l'occasion, près des maisons, la population plante et entretient quelques espèces fruitières, mais à une échelle très réduite (bananes, papayes, cajou).
3. **Les jardins communautaires demandent de l'entretien et de la surveillance**, donc l'engagement des villageois (qui cependant n'y voient pas de bénéfices qui les motiveraient); ils doivent être clôturés sur toute leur longueur pour empêcher les animaux d'y entrer, à l'extérieur du village.

Des treillis sont importés (chèrement!) par Mani Tese et vendus à des prix "symboliques" aux particuliers qui voudraient renforcer leurs jardins privés et qui pourraient le payer. Du fil de fer est donné aux tabancas qui s'organisent pour l'entretien d'un jardin communautaire, mais sans grand succès, faute de motivations. Avant de distribuer ce fil de fer, il faut certainement revoir l'approche du "problème" des jardins.

Ces cultures alternatives et complémentaires s'intègrent apparemment peu dans le cadre global du système agraire des Bijagos. On sait que le niveau de l'activité agricole dans ce système non marchand est déterminé selon le principe de la loi des minima, et donc la volonté des paysans de réaliser le développement dépend du caractère attrayant et stimulant de celui-ci. L'insuffisance du caractère stimulant est évident dans le cas de cette activité. L'animation villageoise et l'agronome **ne devraient certainement pas laisser tomber le thème des jardins mais il faudrait mieux identifier les contraintes des paysans et les incitations** qui permettraient une amélioration du maraîchage.

D'autre part, si le travail communautaire représente dans ce cadre une contrainte négative, peut-être le **maraîchage individuel** peut-il être stimulé et amélioré. La demande pour certains types de plants que fournit actuellement l'agronome en est un indicateur. De plus, on note l'augmentation de bananiers et de papayers chez certains particuliers, alors qu'il n'y en avait pas auparavant. Si généralement l'arbre à cajou pousse à l'écart des villages et sert à la communauté qui en fait la cueillette (soit pour la consommation immédiate, soit pour faire le vin de cajou), on assiste de plus en plus à de petites cultures privées de cajou.

3.4.2.2. Activités liées aux palmiers et à l'huile de palme

Le palmier à huile couvre 30% de la superficie de l'archipel et représente un élément important de la culture et de la vie sociale de l'archipel, fournissant à la fois nourriture, boisson alcoolisée, matière grasse et revenus. D'avril à novembre, le palmier donne des régimes de fruits de la taille d'une amande, dont la pulpe rouge, transformée, produit l'huile de palme.

Cette huile s'obtient traditionnellement en malaxant longuement à la main les fruits bouillis. Il s'agit d'un travail commun et courant dans les tabancas, mais qui reste pénible par rapport aux facilités que permet la presse à huile, petite machine artisanale expérimentée par le projet.

L'huile rouge qu'on obtient ainsi sert essentiellement comme aliment, mais on l'utilise aussi comme matière première du savon fabriqué artisanalement. Moyennant quelques adaptations techniques, le projet essaie d'améliorer la qualité de ce savon et sa diffusion.

Après avoir obtenu l'huile (de la pulpe), il reste la noix qui, outre la coque dure, contient le palmiste (ou amande) de laquelle on peut tirer une autre matière grasse, l'huile de palmiste. Cette amande (palmiste) dont l'huile blanche est utilisée pour la fabrication industrielle de savon est donc commercialisée par les villageois, après lui avoir enlevé la coque. Le projet essaie de faire fonctionner des concasseuses pour cette dernière opération qui se fait traditionnellement à la main avec une pierre.

1. Fabrication de savon

Il semble que la population bijagos consomme beaucoup de savon (il faudrait voir son incidence sur l'hygiène...). Mais le savon traditionnel (fait à base d'huile de palme et de cendre) est mou et se consume rapidement, quant au savon portugais, il est cher. Disposant à profusion de l'huile de palme nécessaire pour sa fabrication, on a mis sur pied à Uno et à Canhabaque des petites fabriques expérimentales.

Pour la constitution de ces fabriques, le projet fournit le matériel de base : casseroles en acier inoxydable, cuillères, moules, et finance la soude nécessaire.

Le modèle suivi est le suivant : trois femmes d'une tabanca gèrent la fabrique et font le savon en se relayant.

Les tabancas voisines engagées dans le projet choisissent des femmes qui servent d'intermédiaires. Celles-ci rassemblent les demandes des villageois qui leur donnent un litre d'huile contre le bloc de savon dont ils ont besoin. Un gain est ainsi possible pour la fabrique car avec 20 litres d'huile, on obtient généralement 30 blocs (de 10 X 30 cm) ou plus ou moins 40 kg de savon. La fabrication peut continuer de se faire en saison sèche car l'huile est emmagasinée. Au lieu d'être troqué contre l'huile, le savon peut aussi être acheté.

Le procédé est simple (huile de palme + eau + soude), mais la soude caustique doit être importée et achetée à Bissau. Actuellement, elle est disponible à un prix très avantageux au Service Quaker. Mais si son prix monte (suivant la libéralisation) il faudra sans doute augmenter la valeur et le prix des blocs de savon. Le savon fabriqué ainsi reste moitié moins cher que le savon importé, disponible sur le marché. De plus, le mécanisme actuel permet un gain suffisant pour assurer une rémunération de base aux artisans, pour les coûts de production et pour l'entretien du matériel.

L'impact du projet est intéressant car :

- 1) on fournit à la population un produit de première nécessité à bas prix et de bonne qualité
- 2) on répond à un besoin hygiénique
- 3) on forme des équipes de femmes à la gestion simple d'une petite entreprise
- 4) on permet un gain financier
- 5) on lance une dynamique d'organisation pour la production.

D'autres tabancas ainsi que d'autres îles (Bubaque et Unhocomo) ont demandé l'appui initial pour lancer cette entreprise.

Il existe déjà deux fabriques autogérées à Uno où on est parvenu à trouver des femmes sachant compter et écrire; à Canhabaque, la gestion de la fabrique doit être aidée car les femmes ne sont pas alphabétisées.

Cette entreprise très intéressante en est à son coup d'essai mais la population y voit un intérêt pratique et donc l'utilise. Ainsi en 6 mois, une unité de production à Uno est parvenue à produire et à écouler près de 2.500 kg de savon frais, au moyen de 880 litres d'huile et 120 kg de soude.

La viabilité de cette action dépendra de :

- 1) la capacité dont feront preuve les femmes des différentes fabriques pour **s'organiser en vue de l'achat des facteurs de production** à Bissau et de leur transport
- 2) la **qualité de leur gestion et donc du suivi actuel de l'équipe d'animation**
- 3) la capacité de s'associer entre unités de production qui peu à peu pourraient **former une coopérative** de production, puis de services pour les femmes.

2. Introduction des presses à huile

Comme nous l'avons expliqué précédemment le pressage de la pulpe chaude se fait à la main. L'huile étant une denrée et un produit de base dans le milieu social, il est urgent de trouver un moyen technique approprié facilitant le travail. Les presses à huile n'ont été proposées que récemment aux tabancas, mais elles ont eu un impact rapide.

Jusqu'à présent, l'équipe d'animation agricole a apporté 9 presses pour démonstration à Canhabaque (5) et à Uno

(4). De plus, 18 autres presses ont été commandées par Mani Tese à Bissau utilisant le reste du fonds FED de la micro-réalisation précédente.

La demande est très forte car :

- 1) **l'allégement du travail** des femmes est considérable
- 2) la presse permet une **augmentation de la production** d'huile très significative, évitant les pertes et gaspillages et permettant de produire en moins de temps.

L'impact de cet instrument auprès de la population est donc direct. De plus, son utilisation communautaire rend indispensable une organisation efficace au sein du village.

Différents problèmes pourraient cependant se poser pour la **viabilité** de cette entreprise :

- 1) L'achat et l'approvisionnement car il s'agit d'un appareil relativement cher (200.000 PG, 200 \$) qui demande un **investissement de départ**. En Casamance sénégalaise, les presses sont fabriquées par les forgerons du village pour la moitié de ce prix et donc entretenues sur place, or les Bijagos n'ont pas cette tradition de forge. Le projet commande et achète les presses au magasin Guimétal de Bissau. Il serait aussi intéressant de coordonner cette démarche avec la recherche entreprise par le CECI sur une technique de presse plus efficace.
- 2) **Une bonne gestion** de la presse, qui risque d'être sollicitée continuellement, sera la garantie de son bon fonctionnement. Cette gestion suscitera ou renforcera l'organisation collective du village.

La presse à huile peut être un intéressant point de départ d'organisation villageoise pour la production. Si l'équipe

d'animation ne s'en tient pas qu'à la diffusion des machines mais utilise celles-ci comme support à l'animation.

3. Introduction de concasseuses de noix de palme

Comme nous l'avons vu précédemment, pour pouvoir vendre les palmistes, il faut d'abord enlever leurs coques. Traditionnellement, on le fait à la main à l'aide d'une pierre, mais il s'agit d'un procédé lent et fatiguant incomparable aux résultats obtenus à l'aide des petites concasseuses à moteur. A cause de la difficulté de ce travail, une grande quantité de noix pourrissait chaque année sans pouvoir être vendue.

On a apporté deux concasseuses à Canhabaque, trois à Uno, une à Unhocomo, une à Caravela, en organisant chaque fois la population de plusieurs tabancas pour qu'il y ait une tournante. Des jeunes ont été formés à l'utilisation et entretien mécanique des machines, et par équipes de deux, ils conduisent celles-ci dans les villages (les machines ont une base en forme de brouettes). Ces jeunes sont payés par la location de la machine qu'ils gèrent.

Le projet ne va pas continuer l'apport d'autres machines car les commerçants eux-mêmes viennent maintenant avec leurs propres concasseuses. Il faudra cependant continuer de superviser le fonctionnement des machines et des équipes en place. On sait aussi que les commerçants ont tendance à tromper systématiquement la population par un mauvais pesage : peut-être ce thème peut-il faire partie de l'animation rurale et d'une sensibilisation des autorités qui pourraient améliorer la situation.

3.4.2.3. Fourniture de petit matériel agricole et constitution de fonds pour crédit villageois

L'objectif est double :

- 1) **fournir à bas prix les moyens indispensables** aux paysans pour l'agriculture (machettes, haches, etc) étant donné que la politique de libéralisation a arrêté la vente subventionnée par l'État
- 2) l'argent récolté par la vente retourne aux villages comme **fonds de crédit villageois.**

Dans les îles Bijagos, il est très difficile de se procurer les outils agricoles de base, qui d'autre part s'usent très rapidement (la machette par exemple est continuellement utilisée). Ceux-ci sont en outre aujourd'hui très chers. Mani Tese et d'autres organisations importent de l'extérieur des outils qu'on revend dans les villages.

Pour ce faire, les Comités des tabancas d'une île établissent grosso modo une liste des nécessités individuelles en outils. Le jour convenu, les coopérateurs apportent le matériel qu'ils vendent aux paysans (tout le monde bien entendu ne peut pas se le payer...). Les machettes par exemple sont vendues 2.000 PG (2 \$) au lieu de 7.000.

L'argent rassemblé est alors remis à un responsable (alphabétisé) élu par la tabanca pour servir comme fonds de crédit pour les villageois. Plus le nombre de machettes vendues est élevé, plus le fonds est grand.

Généralement, le prêt maximum est de 5.000 PG remboursable dans les trois mois avec 5 % d'intérêt. Ce système fonctionne déjà dans toutes les tabancas de Uno (30) ainsi qu'à Unhocomo. A Canhabaque et à Orango, le matériel a été distribué mais on n'a pas encore lancé les fonds 2 x 2.000 machettes ont déjà été distribuées.

Il est évident que la distribution de matériel à bas prix a beaucoup de succès mais il s'agit d'une assistance directe qui n'aide que momentanément les paysans. Comment feront-ils ensuite (car les besoins en machettes et outils seront croissants) avec l'actuelle politique économique hostile aux subventions ?

Le système de crédit que permet de générer cette vente de matériel est, dans les villages, une nouveauté qui semble intéresser les paysans parce qu'il commence à être utilisé. **Il est cependant difficile d'évaluer son impact, d'abord parce que l'activité est trop récente, ensuite parce qu'il existe trop d'inconnues sur l'intérêt de ce système** : dans les villages visités, les gens semblent emprunter, mais on n'a jamais étudié pour quoi les gens ont besoin d'argent et on ne sait donc pas pourquoi ils empruntent ou emprunteront. On ignore également les capacités (et les moyens) de remboursement. Avant de continuer la diffusion de ce système et de le consolider en formant toujours plus de personnes aptes à en assurer la gestion simple, **il convient de faire rapidement une enquête sur les besoins en argent, sur son utilisation (l'argent emprunté est-il investi dans des activités productives ?), sur les apports du crédit, sur toutes les autres sources monétaires, sur les époques de besoin d'argent (si tous les villageois veulent emprunter en même temps, le fonds risque d'être trop limité).**

Cette nouvelle dynamique pourrait être un bon préalable à l'intervention du Ministère de l'agriculture en matière de crédit agricole, inexistant encore dans l'archipel.

Si on continue la distribution et vente d'outils, il est urgent de le faire de façon coordonnée avec les autres organisations (CECI, PNUD, etc...) qui le font aussi au niveau de l'archipel, pour éviter les doubles passages et les différences de prix...

3.4.2.4. Autres activités

- Conseil technique

L'équipe d'animation fournit également aux paysans intéressés des plants de fruits sans greffages et aide à la constitution de pépinières. D'autre part, on tente d'assurer un conseil technique général et permanent au fur et à mesure des supervisions dans les tabancas (pour la culture du riz, etc...).

- Presses à cajou

D'autres machines sont en expérimentation telle que la presse à cajou (à Uno) qui si elle améliorera la qualité du vin de cajou (dont le procédé traditionnel est nocif) risque cependant d'accentuer l'alcoolisme provoqué par ce vin très fort.

- Fonds de commerce

On essaie aussi à Canhabaque d'organiser un fonds de commerce pour les villages : l'objectif est de constituer une coopérative entre les tabancas pour approvisionner l'île en produits de première nécessité. Pour lancer cette organisation, il faudrait disposer de ces produits (sucre, riz, etc...) qu'on troquerait aux villageois contre des produits commercialisables à Bissau (palmistes, huile de palme, etc...) et se donner les moyens de communication nécessaires. En outre, un comité de gestion inter-villages doit être choisi et formé pour diriger la coopérative.

- Lutte contre les prédateurs

Au niveau de l'animation rurale, un effort est également fait pour la recherche de moyens de lutte contre les prédateurs. La prédation est dans la région une cause importante de l'improductivité des cultures. Elle augmente la charge de travail et diminue la motivation à produire.

- * On met au point actuellement un système de filets qui permet la capture de grandes quantités d'oiseaux "mange-mil".
- * Un coopérant du CECI a créé un piège efficace pour lutter contre les "jikindors" rats géants de Gambie dont la chair est appréciée mais qui fait des ravages dans les rizières de certaines îles (Bubaque, Canhabaque, Caravela).

Lorsque l'animal veut saisir l'appât fixé à l'intérieur du piège, il actionne un déclencheur qui ferme instantanément une porte à guillotine qui le retient prisonnier. On a formé un Bijagos qui construit les pièges à la chaîne avec une technique très simple (en grillage ou en bois); ils sont vendus dans les tabancas 2 \$ et connaissent beaucoup de succès. Malheureusement, le siège du

CECI a décidé d'interrompre ce projet (paradoxalement considéré comme improductif...) et comme localement il n'y a pas de fonds pour acheter le matériel élémentaire nécessaire, il faudra arrêter la diffusion de cet instrument pratique.

* On cherche également des semences qui pourraient mieux résister aux insectes ainsi que des techniques de soins phytosanitaires.

3.4.3. Le projet pilote de développement rural pour les îles d'Orango et Uracane

Étant donné la **complexité institutionnelle** qui entoure le projet, pour ne pas augmenter la confusion, nous préférons parler du projet pilote (qui n'est pas encore d'application) au chapitre qui traite du "panorama institutionnel", n° 3.4.4.3.

3.4.4. Analyse des moyens et méthodes

3.4.4.1. Rôle de l'assistance technique

La méthode de travail utilisée par l'agronome italien est basée sur une **approche personnalisée** des tabancas. Après de nombreuses années passées sur le terrain des îles, celui-ci connaît la population et les contraintes de l'activité agricole. Il a ainsi lancé avec la population d'Uno et Canhabaque, toute une série d'activités productives dont l'impact est encore difficile à évaluer mais qui semblent provoquer du "répondant" chez les gens au vu de la participation effective. Lorsqu'une proposition d'activité ne provoque pas de réaction, on n'insiste pas et on cherche autre chose. Le travail de l'agronome est inévitablement lent (parce qu'il considère les rythmes locaux) et dispersé (parce que l'activité agricole est complexe). Son travail reste **très empirique et n'est pas basé sur une étude systématisée des contraintes socio-économiques locales**.

Si cette approche particulière a donné jusqu'ici des résultats concrets avec l'extension du projet, on peut prévoir que les actions dans le futur perdront leur efficacité s'il n'y a pas un effort de planification.

Néanmoins, deux problèmes essentiels se posent aujourd'hui :

- **l'appui technique de l'agronome et de Mani Tese se fait en dehors de toute planification, programmation et collaboration avec le Ministère de Développement rural**
- **il n'y a pas encore aujourd'hui d'associations consolidées de producteurs.**

Ces deux éléments conditionnent la viabilité des actions entreprises avec les villageois à la présence de l'agronome et de Mani Tese. Si ceux-ci devaient partir aujourd'hui, il est presque certain que les actions en cours avorteraient.

En effet, à défaut d'être organisés de façon efficiente pour assumer l'achat de facteurs de production et les charges récurrentes, les villages ont non seulement besoin d'un apport en matériel de base, mais aussi et surtout ils ont besoin d'une orientation et d'un conseil techniques permanents.

Il n'y a personne en Guinée-Bissau pour assurer un conseil technique agricole continu sur le terrain si ce n'est le Ministère du Développement Rural au travers de ses agents et de ses techniciens.

L'agronome de Mani Tese forme équipe avec un jeune Bijagos qui depuis des années l'accompagne dans ce travail. Cet "homologue" a donc bénéficié d'une excellente formation sur le terrain et serait très utile comme cadre local officiellement reconnu.

3.4.4.2. Disponibilité des moyens logistiques

Comme les autres volets du projet, celui-ci n'a pas de budget clairement établi sur le terrain. Selon les besoins rencontrés et **au hasard des demandes qui peuvent surgir dans les villages on fait appel à l'administration de Mani Tese en Italie.** Cela peut avoir une certaine logique étant donné la manière de travailler (expériences ponctuelles d'activités productives avec les villageois) qui a dirigé le projet agricole jusqu'à présent. Il est cependant

présent. Il est cependant possible aujourd'hui d'établir plus clairement un plan d'action et donc un plan financier.

L'infrastructure matérielle propre au projet agricole de Mani Tese se confond avec les moyens utilisés de façon commune par les trois équipes (santé, puits, agriculture). En dehors de cela, le seul matériel utilisé sont les machines et outils que demandent les villages (envoyés d'Italie ou achetés à Bissau). Il faut savoir que ce matériel est facilité par la présence de Mani Tese mais qu'il est actuellement hors de portée des tabancas.

L'utilisation des moyens communs n'est pas toujours rationnelle et efficace à cause d'un **manque de coordination avec les autres équipes.**

3.4.4.3. Panorama institutionnel pour le développement rural des îles

Il existe essentiellement quatre organisations qui constituent l'instrument de développement rural dans l'archipel (Ministère du Développement Rural, PNUD, Mani Tese, CECI (Coopération canadienne)). Nous allons voir brièvement quelles sont leurs relations et les recoupements de leurs actions.

1. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

L'objectif du PNUD est :

- de rompre l'isolement entre îles en améliorant les communications (transports, radio)
- de développer des activités productives avec la population en favorisant la création d'associations.

Un projet énorme a été proposé fin 87 par un expert FENU pour le développement rural des îles Bijagos : renouvellement des rizières, rénovation des palmeraies, etc, avec de très gros moyens. Ce projet très technique semble peu réaliste dans un milieu qui n'est pas préparé pour absorber un tel choc.

Les responsables actuels du PNUD dans les îles ont présenté une contre-proposition avec trois axes qui suivent la vocation de "communication" du projet :

- 1) Commercialisation agricole : peu de choses sont faites dans ce domaine en aval de l'amélioration de la production agricole recherchée dans les îles, or il faut trouver les moyens de canaliser et d'écouler les excédents sur le marché.
- 2) Promouvoir la coordination entre les actions qui existent dans les îles : établir une banque de données sur l'économie des îles sur la base de l'expérience des différents intervenants. Eviter la dispersion des efforts et des moyens.

Ce travail que propose le PNUD est urgent mais il faut trouver pour le faire l'intermédiaire adéquat et accepté de tous.

- 3) Activités productives (maraîchage, élevage) à intégrer avec les activités qui tournent autour de l'infrastructure du PNUD (ateliers, bateaux, etc...).

2. Le Ministère du Développement Rural

Le Ministère du Développement Rural a mis en place dans certaines îles (Bubaque, Uno) des fermes (granjas) représentant en fait des périmètres d'expérimentation de différents produits agricoles. Dirigées par des techniciens agricoles, ces fermes bénéficient du conseil technique de coopérants canadiens du CECI dont une équipe travaille à Bubaque et une autre à Uno. Actuellement, les activités productives de ces fermes sont peu centrées sur la diffusion dans les villages; il n'y a pas de réels canaux de communication entre les fermes et les tabancas. Le Ministère emploie aussi quelques animateurs agricoles sur le terrain mais dont le travail est peu systématique et peu supervisé.

Le Ministère du Développement Rural (désirant intervenir plus efficacement dans les îles) et le CECI ont

établi il y a peu, une convention de coopération sur l'île d'Uno. La convention concerne le développement agricole en général de l'île mais l'essentiel du travail est l'amélioration de la culture du riz (techniques, variétés, etc...). Le projet n'y a pas encore commencé : on construit actuellement le camp de base et on identifie les endroits adéquats pour l'expérimentation.

Mani Tese n'a jamais établi d'accord avec le Ministère du Développement Rural car le volet agricole de son action fait officiellement partie du "projet Soins de Santé Primaire" sous tutelle du Ministère de la Santé.

Cependant, si aucun accord n'a jamais été signé avec le Ministère du Développement Rural, celui-ci reçoit les rapports semestriels des activités agricoles de Mani Tese (au Cabinet de planification).

D'autre part, **Mani Tese a formalisé récemment une convention avec le Ministère du Développement Rural pour un projet pilote d'agriculture dans les îles d'Orango et Uracane**. Ce projet devait se faire de façon parallèle avec le projet SSP, les deux projets ayant donc des Ministères de tutelle différents.

3. Projet pilote de développement rural pour les îles d'Orango et Uracane

Ce nouveau projet est bien entendu une extension de l'action agricole de Mani Tese dans deux îles (Orango et Uracane) qui ne connaissaient encore aucune intervention extérieure. Par ce projet, on pouvait enfin formaliser une relation avec le Ministère du Développement Rural.

Une étude de factibilité préalable à la définition du projet pilote fut réalisée par un agronome italien en septembre 1986.

Les objectifs du projet sont :

1. Rationaliser et améliorer le système de cultures
2. Augmenter la production de riz, améliorer son rendement et sa qualité, utilisant des semences sélectionnées et des engrais
3. Augmenter et améliorer la production d'huile de palme
4. Diversifier la production agricole
5. Former des cadres locaux.

Le projet dispose d'un nouvel agronome italien faisant équipe avec un "homologue" délégué par le M.D.R. **Si l'idée et les objectifs de l'intervention dans ces deux îles sont judicieux, les moyens que l'on va utiliser pour réaliser ce projet et la méthode que l'on va suivre ne sont pas clairement définis. Cette situation est inévitable car la demande de la population n'est pas claire non plus : tout le monde est d'accord pour produire plus et pouvoir manger mieux mais il n'y a pas eu d'animation des villages débouchant sur une négociation pour les moyens qu'on emploierait pour y arriver, et la démarche jusqu'ici semble très verticale.** Cependant nous ne pouvons nous référer qu'au dossier du projet et aux idées des agronomes car aucune action n'a encore commencé... Les agronomes essaient aujourd'hui d'achever la construction de la maison qui leur servira d'abri sur Uracane.

On sait qu'un projet pilote de production agricole est très délicat à réaliser : si on veut qu'il ne reste pas une cloche de verre inefficace, il faut qu'il réponde aux **intérêts de la population** quant aux moyens que l'on va se donner pour le réaliser (cela veut dire: qui va y participer ? quand ?, comment ?, pourquoi ?).

Comme dans les autres actions de développement, on peut penser dans ce cas que "le temps perdu à analyser ensemble est du temps gagné pour la réalisation du projet".

3.4.5. Conclusions : Situation de Mani Tese et proposition d'accord avec le Ministère du Développement Rural (MDR)

Si on considère les éléments suivants qui résument la situation de Mani Tese dans le domaine agricole :

- 1) Un nouveau projet pilote pour Orango et Uracane dont les buts (metas), les moyens et les méthodes ne sont toujours pas définis mais qui bénéficie de l'appui et de la tutelle du MDR, compétent en la matière.
- 2) Un projet d'activités productives et d'appui technique à Uno et Canhabaque dont la phase actuelle de financement touche à sa fin, et dont le Ministère de tutelle, le Minsap, n'est pas compétent pour superviser le travail alors que celui-ci a besoin d'urgence de supervision.
- 3) Une équipe d'animation rurale expérimentée à Uno et Canhabaque mais isolée de toute structure nationale et qui a besoin aujourd'hui d'être considérée par le MDR pour assurer la consolidation et la viabilité des activités qu'elle anime.
- 4) Des domaines d'activités presque similaires dans le cas du nouveau projet pilote et dans le volet agricole du projet SSP.

Nous pouvons proposer :

une intégration des deux projets moyennant une redéfinition du projet pilote sous tutelle du MDR. Il s'agit d'élargir le champ d'action de la Convention avec le MDR de telle façon que les actions lancées avec la population de Canhabaque et Uno puissent être consolidées sous l'égide de ce Ministère et avec la collaboration de ses techniciens, et que sur la base de cette expérience concrète de dialogue avec la population, le nouveau projet pilote soit défini plus

avec la population, le nouveau projet pilote soit défini plus concrètement. Il faut alors pour l'ensemble des actions (à Uno, Canhabaque, Orango, Uracane) faire un effort de planification et de réelle collaboration entre le Ministère et Mani Tese.

Face à cette proposition, il existe cependant un problème que le MDR nous a présenté. Celui-ci vient en effet d'établir une convention avec le CECI pour intervenir à Uno pour l'amélioration de la production de riz en particulier mais aussi la production agricole en général. Il va donc y avoir un recoupement avec les activités productives animées par Mani Tese. Dans cette convention, on ne mentionne pas les travaux déjà effectués à Uno, avec le danger de ne pas les prendre en compte dans la stratégie d'action.

Il est un fait établi pourtant que le MDR reçoit tous les rapports d'activités semestriels de Mani Tese et qu'un de ses représentants a participé à l'évaluation conduite par le Minsap en décembre 1987 et qui a eu lieu notamment à Uno.

Sans doute donc n'y a-t-il pas eu dans ce cas circulation de l'information dans le MDR et notre réunion en avril 1988 tombait à point pour éclaircir la situation, et proposer un accord tripartite "MDR, CECI, Mani Tese" avant de lancer des actions parallèles et non-coordonnées qui seraient néfastes pour la cohérence du développement des îles.

Le MDR a un doute sur les méthodes de travail de l'équipe de Mani Tese à Uno et Canhabaque. Ce doute est légitime parce qu'il n'y a encore jamais eu de collaboration sur le terrain. Si donc on étudie une coopération future entre ces deux institutions, il est urgent que l'équipe de Mani Tese qui travaille à Uno collabore avec les techniciens agricoles du MDR.

La confusion institutionnelle actuelle n'est provoquée par personne en particulier mais elle est le fruit d'une absence de coordination entre Ministères et d'un manque de définition des responsabilités respectives au départ.

Le projet dirigé par Mani Tese se veut "intégré" dans ses aspects santé, hydraulique, agriculture; cela est très cohérent mais rend sa réalisation difficile, car il s'agit d'une nouvelle manière de travailler en Guinée Bissau. **Il n'y a pas encore eu de capacité institutionnelle (ou de volonté ?) pour considérer cette approche interministérielle en relation avec une ONG.** Le Ministère du Plan et Solidami ne sont pas encore opérationnels pour cela. C'est aujourd'hui encore à Mani Tese de veiller à créer des accords et des engagements formels entre les parties concernées par la coordination.

Sans vouloir préjuger de rien, il est bon de prévoir différentes situations : dans le cas extrême où un élargissement de la convention entre le MDR et Mani Tese s'avérerait impossible pour des raisons institutionnelles (dont la Convention déjà existante avec le CECI), le volet agricole devrait rester sous la tutelle du Minsap mais en veillant cette fois à établir un accord formel avec le MDR et le CECI pour Uno et Canhabaque.

3.4.6. Recommandations pour le projet agricole

1. L'agronome coopérant et son "homologue" bijagos qui se consacrent depuis 1983 au volet agricole du projet SSP ont eu **besoin de beaucoup de temps**, mais aujourd'hui différentes activités sont menées avec la population au niveau de la production vivrière, au niveau technologique, au niveau de l'animation. Ces activités ont **besoin d'une supervision constante**, mais étant donné leur diffusion de plus en plus large, cette équipe d'animation n'est plus suffisante pour assurer une supervision efficace. Il faut apprendre aujourd'hui à travailler en étroite collaboration avec le MDR et ses techniciens agricoles pour qu'ils puissent reprendre l'animation de la dynamique de développement.

2. Nous observons un **paradoxe** entre les leçons que l'on pouvait tirer du projet avant 1986 (rythme, contraintes, etc...) et la rapidité avec laquelle on a lancé ce nouveau projet pilote. On connaît pourtant la difficulté réelle de travailler avec les paysans bijagos. Dans les îles Bijagos, comme ailleurs en Guinée Bissau, il

ne faut pas brûler les étapes, et il convient de **rester très terre à terre dans la recherche de solutions agricoles**. Cela veut dire que la nouvelle équipe du projet à Orango et Uracane doit définir avec les paysans les problèmes prioritaires et les moyens que tous peuvent se donner pour les résoudre.

3. Il existe la possibilité d'intégrer le volet agricole du projet SSP dans le projet pilote qu'il faudrait alors redéfinir d'une façon à la fois plus large (géographiquement) et à la fois plus précise (objectifs, moyens, méthodes) : cela permettrait de consolider le mouvement productif lancé à Uno et Canhabaque, mais cette fois sous la tutelle du MDR et en collaboration avec ses cadres. On commencerait ce même genre d'activités productives à Orango et Uracane, avec en plus le volet rizicole prévu dans le projet pilote, expérimentation commencée aujourd'hui à Uno par le CECI parallèlement aux activités animées par Mani Tese.
4. Faire des cadeaux, donner du matériel ne résout aucun problème et postpose la recherche de solutions : par contre une **animation bien pensée** autour d'activités productives peut stimuler une prise de conscience des possibilités d'organisation de groupements pour rentabiliser une action.
5. Dans le contexte socio-économique actuel des îles Bijagos, la dynamique du développement est inséparable de la constitution d'associations de producteurs. Les paysans connaissent certaines formes traditionnelles de groupement pour le travail (services réciproques) ou pour d'autres moments de la vie quotidienne.

Cependant la constitution d'associations réellement contrôlées par leurs membres et contribuant efficacement à l'amélioration des conditions de vie (en facilitant les conditions d'accès au marché, l'accès aux facteurs de production, etc...) est certainement une innovation dans le milieu bijagos. Cela nécessite un apprentissage, du temps et un rythme approprié, un conseil extérieur permanent. **Chaque activité productive que nous avons évaluée, si elle veut être un projet viable, doit tendre vers l'association des personnes qui y participent.**

6. **L'équipe d'animation doit se donner des instruments pour promouvoir ces associations (techniques d'animation, alphabétisation fonctionnelle avec des professeurs, etc...) et évaluer avec leurs membres les activités réalisées.** Il est important d'évaluer périodiquement pour comprendre comment la situation change et évolue, découvrir les problèmes, mettre en évidence les contraintes et proposer des solutions.

7. Nous ne pouvons ici nous attarder davantage sur le thème des associations, mais nous recommandons vivement à l'équipe d'animation la consultation du document d'E. Beaudoux et M. Nieuwkerk de l'IRAM (France) : "Groupements paysans d'Afrique. Dossier pour l'action", 1985, Ed. L'Harmattan, 5-7 rue de l'Ecole Polytechnique, 75005 Paris.

8. Dans ce sens aussi les équipes d'animation des différents projets agricoles doivent informer et rester en étroite relation avec Solidami à Bissau qui avec Ciepac et Swissaid met en place une coordination entre les différentes initiatives locales et un **échange d'expériences dans le domaine de la production populaire.**

9. Il ne sert à rien de se disperser dans des activités tous azimuts alors qu'on n'a pas les moyens humains pour en faire un suivi efficace.

10. L'expérience de travail est aujourd'hui suffisante avec les paysans bijagos pour que l'équipe d'agronomes apprenne à **planifier les actions.**



IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GENERALES

1. La présente évaluation pourrait sembler paradoxale car tout au long de ce rapport nous recommandons de **travailler de façon plus étroite avec les représentants sur le terrain des différents Ministères**, alors que l'objectif de Mani Tese n'est pas d'aider au développement des Ministères mais de promouvoir le mieux possible le développement rural et plus particulièrement l'amélioration des conditions de vie des paysans bijagos... Il faut cependant bien comprendre le fonds de cette démarche. Nous savons que le **développement rural et le travail avec les paysans sont des choses lentes et qui exigeront une animation constante** durant des décennies. Mani Tese peut promouvoir cette animation rurale et lui donner des bases de telle façon qu'elle devienne systématique. Cependant, une organisation étrangère est par nature de passage en Guinée-Bissau et l'animation rurale ne peut donc continuer de se faire qu'avec des cadres locaux. Et, actuellement, seuls les Ministères sont organisés pour faire travailler des cadres sur le terrain. **Ces cadres doivent être formés**, pas seulement techniquement, mais aussi et surtout au dialogue et à la négociation avec les tabancas afin de stimuler le surgissement d'associations paysannes qui un jour pourront se prendre en main.

2. A la fin de l'évaluation de chaque action (santé, hydraulique villageoise, agriculture), nous avons proposé une série de recommandations qui devraient orienter l'action future de Mani Tese dans les îles Bijagos; nous prions le lecteur de s'y référer car nous ne les reprendrons plus ici. Les recommandations pour les trois projets ont pour **dénominateur commun**, l'orientation de la remarque précédente.

3. Il ne faut pas perdre de vue que la situation actuelle du projet est **l'aboutissement d'un processus de 10 ans durant lequel tout le monde a surtout beaucoup appris** : on peut aujourd'hui dessiner un modèle d'intervention plus clair. De plus, Mani Tese a toujours perdu beaucoup de temps en installant pour les cadres là où on intervenait **l'infrastructure minimum qui n'existait pas** (maisons, eau, chemins, ...).

La présence de Mani Tese est encore indispensable pour une **quatrième phase** du projet (ou plutôt de l'ensemble des actions). Cependant, cette quatrième phase doit "rattraper" les erreurs du passé, c'est-à-dire .

- 1) terminer de mettre en place un système SSP qui fonctionne et le consolider
 - 2) consolider un système d'hydraulique villageoise
 - 3) diffuser et consolider l'animation rurale pour les activités productives et promouvoir des associations de producteurs.
4. Cela exige de travailler étroitement avec les cadres des Ministères et de les former pour la réalisation des trois objectifs généraux ci-dessus. En effet, la ligne de conduite de Mani Tese pour cette quatrième phase est **d'assurer cette fois une véritable transition**. Cela veut dire :
- 1) achever l'infrastructure qui supporte les projets.
 - 2) mettre en place les personnes, cadres locaux
 - 3) faire fonctionner les différents systèmes (santé, hydraulique, agriculture) en associant et engageant concrètement les Ministères respectifs.
5. Pour favoriser cette transition **le cadre institutionnel doit changer**. Chaque volet du projet devrait être repris sous la tutelle des Ministères compétents pour en assurer la supervision et la co-gestion avec Mani Tese aujourd'hui, et la reprise complète dans le futur.

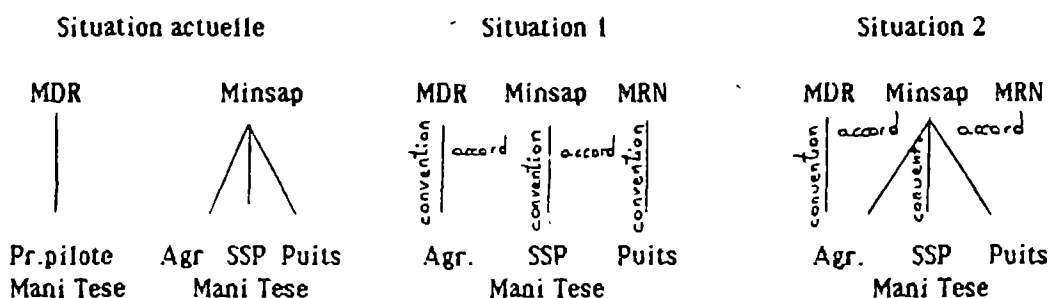
Cette séparation des responsabilités doit cependant s'accompagner d'une **coordination sur le terrain** ce qui, nous le savons, est très difficile étant donné le contexte politique interministériel.

De plus, il reviendrait à Mani Tese, non seulement de **négoier** avec chaque Ministère la co-gestion et la reprise des trois domaines d'activités, mais en plus de **dynamiser la coordination** sur le terrain entre les cadres de ces Ministères et de veiller à Bissau au maintien de la communication entre les Ministères à propos du programme pour les îles Bijagos (situation 1).

Nous pensons que cette nouvelle situation serait théoriquement la **meilleure** pour la viabilité du projet en cours. Cependant, en pratique il ne faut pas perdre de vue les nombreuses contraintes qui apparaissent lorsqu'on travaille sous la tutelle de Ministères. Ces contraintes seront d'autant plus fortes que l'archipel est difficile d'accès et n'a encore

jamais été considéré comme un pôle de développement (dans le futur cela pourrait changer). **En pratique aussi, il convient de bien calculer la capacité de l'organisation Mani Tese de gérer une telle transition** (qui représente une véritable entreprise).

Il faut prévoir un **autre scénario** si on ne parvient pas à distribuer les responsabilités entre Ministères : le Minsap resterait le Ministère de tutelle de l'ensemble des actions, mais étant incompetent pour la supervision et le suivi de l'hydraulique villageoise et de l'agriculture, il faudrait établir, pour ce faire, des accords formels avec les autres Ministères (situation 2).



6. La situation 1 est la meilleure pour assurer une transition, mais elle est aussi la plus difficile à gérer.

Cela nécessite en effet :

- Une **négociation** complète dans les prochains mois pour chaque projet avec chaque Ministère, et un accord entre chacun d'eux.
- Une définition claire des **objectifs** et des buts à atteindre dans le cadre de chacun des trois domaines d'activités.
- Une **planification conjointe** pour l'action entre chaque Ministère et Mani Tese.
- Une **programmation financière** établie ensemble
- Une **administration conjointe** sur le terrain.
- Une définition claire des tâches et du **rôle de chacun** et un **partage des responsabilités**.

- **Le renouvellement des moyens nécessaires**, essentiellement pour les SSP et le projet agricole (bateaux et matériel) car le matériel de la base de puisatiers de Bubaque serait apporté par le FNUE.
 - L'utilisation d'un personnel expatrié en nombre très **limité** (un conseiller technique par projet) mais disposant d'une **expérience** suffisante pour administrer, planifier et exécuter conjointement avec les cadres locaux responsables. A l'heure actuelle, **si Mani Tese veut réellement assurer un processus de transition et se faire substituer**, il est inutile de continuer de **se substituer** aux Ministères (autant alors arrêter le projet tout de suite...), mais il faut jouer seulement le rôle de **conseiller technique** et de **co-gestionnaire**.
7. Pour cette dernière phase du projet, il faut **instaurer un processus plus systématique d'évaluations internes** dans (et par) les différentes équipes responsables. Une évaluation extérieure à mi-parcours de la phase suivante semble aussi importante pour veiller à ce que la voie suivie soit correcte, pour provoquer la réflexion.

Cela sera d'autant plus nécessaire qu'il faut **garder un difficile équilibre entre la construction institutionnelle** (coordination entre Ministères, opérationnalité de ceux-ci, formation des cadres sur le terrain, gestion, etc...) **et la promotion d'actions concrètes avec les paysans**.

8. Il faut enfin éviter une erreur, souvent commise en Guinée-Bissau par les ONG, qui est d'établir des accords et conventions avec les Ministères sans en avertir les autres ONG ou Solidami, l'organisme de coordination de l'aide non-gouvernementale. Il ne faut pas compter sur les départements d'Etat pour informer des accords qu'ils établissent car beaucoup d'entre eux préfèrent mener leur propre politique de coopération, sans consulter ni informer les institutions-pivot de la coopération avec l'extérieur (SEPAECI, Solidami). **Les ONG ne peuvent que tirer des bénéfices d'une coordination entre les aides qu'elles accordent à la Guinée-Bissau : c'est par cette coordination qu'elles peuvent s'assurer une application optimale des fonds qu'elles investissent dans le pays**. Cela doit encore être concrétisée mais **Mani Tese peut y travailler avec Solidami**.

9. Il s'agit pour Mani Tese et les autres organisations qui interviennent dans les îles Bijagos d'abord, dans tout le pays ensuite, de chercher un **langage commun** (en matière de formation, de production, etc...).

Pour éviter que l'actuelle **libéralisation économique** n'ait un coût social élevé dans le monde paysan, le moment est venu de promouvoir des associations de producteurs pour faciliter l'accès au marché des intrants et pour établir des circuits de commercialisation. Mais un langage commun doit être utilisé pour définir des statuts à ces futures associations.

10. Comme on le voit, le rôle de Mani Tese est important en Guinée-Bissau, mais la tâche est grande pour remplir ce rôle correctement. Il faut encore aujourd'hui se donner les moyens pour mener à terme cette tâche commencée il y a 10 ans dans les conditions les plus difficiles.

Par ce travail d'évaluation, nous n'avons pas voulu apporter de recettes, notre propos était surtout d'aider à se poser des questions pour avancer dans la recherche d'un développement équilibré dans les îles Bijagos

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie a été établie à titre indicatif pour guider la recherche d'informations sur le contexte du développement en Guinée-Bissau ainsi que sur la démarche des Soins de Santé Primaires.

A. Sur la Guinée-Bissau et le développement rural

1. Cardoso Joao : "O Meio ambiente na Guiné Bissau", INEP, 1987
2. CIEH : "Elaboration d'un dossier-type d'hydraulique villageoise", CIEPAC, Dakar, 1984.
3. CRAD : "Le développement rural intégré de la région de Bolama Bijagos, République de Guinée-Bissau", Vol 1 et 2, Université de Laval, Canada, 1982
4. de Melo Silva Dilma : "Os Bijagos da Guiné-Bissau : subsidios para o estudo do proceso de transformacao da economia tradicional e seus impactos socio-culturais", Thèse de Doctorat, Université de Sao Paulo, 1984.
5. Dupriez Hugues : "Paysans d'Afrique noire", Terre et vie, 1980.
6. Hochet Anne-Marie : "Paysanneries en attente : Guinée-Bissau", Ed. Environnement Africain-Enda, 1983.
7. Le Courrier ACP-CEE, Dossier Guinée-Bissau, n° 104, 1987.
8. Nieuwkerk Marc : "Groupements paysans d'Afrique", L'Harmattan, 1985.

B. Sur les Soins de Santé Primaires

9. Amat Tania : "Les structures médico-sanitaires de première ligne", in Prévenir, n° 12, 1986
10. Chabot Jarl : "Primary health care is not cheap : a case study from Guinea-Bissau", in International Journal of Health Services, n° 3, 1987
11. de Ferrantini David : "Le financement des services de santé dans les pays en développement : un appel au réalisme", in Forum Mondial de la santé, vol 6, 1985
12. Grodos Daniel : "Les interventions sanitaires selectives : un piège pour les politiques de santé du tiers-monde", Working paper n° 16, IMT Anvers, 1986
13. Le Courrier ACP-CEE Dossier "La santé pour tous ?", n° 108, 1988.
14. Mosley Henry : "Les Soins de Santé Primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile ?", in La lutte contre la mort, Ed. PUF, Travaux et documents, cahier n° 108, 1985.
15. Ribeiro Ruy : "Sobre a medicina tradicional e formas da sua colaboração com a medicina moderna", in Soronda-Revista de Estudos Guineenses, n° 4, INEP 1987
16. Senghor Diana : "Les Soins de Santé Primaires : revolution ou alibi ?", in Famille et développement, n° 28
17. Unger Jean-Pierre : "Soins de Santé Primaires dans le tiers-monde les alternatives méthodologiques et leurs enjeux politiques et économiques", in Annales de la Société belge de Médecine Tropicale, n° 65, 1985.
18. Unger Jean-Pierre : "Alma Ata, au-delà des résolutions : une tentative de développement de SSP globaux à partir des districts au Sénégal", IMT Anvers 87
19. Unger Jean-Pierre : "The training of district medical officers in the organization of health services a methodology tested in Senegal", IMT Anvers, 1987
20. Yekutiél Perez : "Leçons à tirer des grandes campagnes d'éradication", in Forum Mondial de la santé, 1981.

CHRONOGRAMME DE L'ÉVALUATION

- ⁴
2/2¹ Arrivée à Bissau. Réunion avec Maria D., l'administratrice du projet.
- 3/2 Voyage vers l'île de Bubaque à bord d'un bateau du SIDA. Toute l'équipe italienne de Mani Tese m'attend au camp de base. Réunion informelle l'après-midi. Le soir présentation des objectifs et de la méthode d'évaluation. Tous resteront durant la semaine à Bubaque pour être à ma disposition. On sent une certaine appréhension générale vis-à-vis de mon rôle. Présence de Giovanni S., le représentant de Mani Tese en Afrique qui me suivra tout au long des deux premières semaines de l'évaluation.
- 4/2 Présentation du Projet de Soins de Santé Primaires (SSP) par Maria D et Roberta B.
- 5/2 Présentation du volet agricole par Luigi P. Visite des tabancas Bijante et Ancamona de Bubaque.
- 6/2 Présentation du volet hydraulique (puits) par Daniele P. et son "homologue", Miguel.
- 7/2 Discussion avec Julia O., la sage-femme "homologue". Pedro C. n'arrivera que le 9/2. Réunion avec les coopérateurs canadiens du CECI présents à Bubaque. Préparation du voyage de la semaine suivante dans les îles de Canhabaque et Uno : Je propose que seuls les "homologues" nationaux m'accompagnent en plus de Giovanni S. et d'un représentant du Ministère de la Santé qui fera l'évaluation avec nous. On demande la présence d'au moins un coopérateur italien. Je propose Luigi P. pour Uno. Daniele P. viendra à Canhabaque. Nous arrivons rapidement à un accord.
- 8/2 Examen des caractéristiques de l'administration du projet avec Maria D.
- 9/2 Réunion avec la partie guinéenne du projet de santé, le superviseur régional, Pedro C. et la sage-femme, Julia O. Visite au Président du Comité du Parti du Secteur de Bubaque. Saïdo Njai.
- 10/2 Voyage vers l'île d'Uno à bord du "Ajuda". Composition de l'équipe : Antonio S du Minsap, Pedro C., Julia O., Ze, Miguel, Bakar le pilote, Luigi et Giovanni. Les 3 cadres du Centre de Santé d'Uno nous attendent. Logement dans la maison du projet dans la tabanca d'Anunho. Derniers jours de la cérémonie de "difuntu" qui fait partie de l'initiation des femmes.
- 11/2 Tournée à pied dans l'île d'Uno. Nous arrivons dans les tabancas d'Ancaramé, Ancobare et Angudigo où fonctionnent des cases-santé avec Agents de Santé de Base et matrones. Dans le village d'Ancaramé, une palabre est organisée avec nous et nous met en présence d'une grosse partie de la population. Les anciens répondent à nos questions. A Ancobare et Angudigo, l'après-midi, ont lieu deux palabres plus brèves.
- 12/2 Visite aux villages de Quaquinrima et Ambuduco. A Ambuduco, tabanca d'origine de l'accoucheuse Julia O., a lieu une large palabre qui nous permet de dialoguer avec la population (surtout les anciens et les femmes).

- 13/2 Visite au Président de Comité d'Uno Visite du Centre de santé d'Uno - réunion avec l'équipe qui y travaille Discussion avec Elise (CECI) sur le projet d'amélioration de la culture du riz à Uno. Retour à Bubaque. Je présente à l'équipe du projet les questions qu'il faudra aborder lors de la dynamique de groupe que j'animerai le surlendemain.
- 14/2 Voyage vers l'île de Canhabaque. Saïdo, Président du Comité de Bubaque a voulu nous accompagner. Visite de la tabanca Endena Après la visite de l'Unité de Santé, on organise une palabre avec la population de Ancanam. Les remarques provocantes de Saïdo sur le retard de l'île dynamisent très fort la réunion et font réagir les anciens Nous assistons à une véritable polémique sur le "développement". Réunion l'après-midi avec Daniele P et les autorités de Endena. Visite d'une source traditionnelle car les puits à pompe sont en panne Retour vers Bubaque
- 15/2 Réunion de synthèse avec methode de dynamique de groupe, mettant en présence tous les membres du projet. Présentation le matin de considérations de chacun sur le passé et le présent du projet, sous forme de reponses a des questions que j'ai proposées deux jours avant L'après-midi, même chose pour le futur des actions en cours. Sont présents Giovanni S., Maria D., Roberta B., Luigi P., Daniele P., Antonio S. et Pedro C. Julia O. tombe malade toute la journée, Luigi P. l'après-midi. Marco G. est à Bissau - Journée-clé de l'évaluation car elle permet l'expression de tout le monde et la confrontation des points-de-vue Si on a senti que certaines forces etaient retenues, la dynamique a gardé un équilibre dans un groupe guineen-italien difficile à gérer.
- 16/2 Réunion avec les trois cadres de l'équipe sanitaire : Pedro C., Julia O., Roberta B. Synthèse de tout ce qui a été présenté jusqu'à ce jour et éclaircissement de points restés dans l'ombre. Discussion avec Robert du CECI sur la technologie appropriée au contexte des îles.
- 17/2 Réunion avec Luigi P. à propos du futur du projet agricole.
- 18/2 Voyage vers l'île d'Uracane à bord du "Pedrolino". Visite de la tabanca d'Ancumba. Discussion avec Gabriele S. et l'"homologue" Mutaro sur le "projet pilote agricole". Visite de la tabanca Ancopate et des terrains pour la culture du riz. Cérémonie de la "grandeza" des hommes.
- 19/2 A Uracane, reunion avec Daniele P et les deux équipes de puisatiers à propos du futur du projet. Voyage avec Gabriele S vers l'île d'Orango. Réunion avec les anciens et autorités de différentes tabancas à Elicoba Vente de machetes. Retour vers Bubaque.
- 20/2 Travail à Bubaque. Réunion avec Marco G et Roberta B. à propos des problèmes de logistique du projet.
- 21/2 Travail à Bubaque. Reunion avec Pedro C.
- 22/2 Travail à Bubaque. Réunion avec Jean-Pierre Keil, responsable du PNUD à Bubaque.
- 23/2 Travail à Bubaque.
- 24/2 Voyage en bateau vers Bissau

- 25/2 Réunion avec la Direction Centrale de Soins de Santé Primaires (Augusto da Silva, Antonio Santos, Ze Augusto Sanha)
Thème : Passé, présent et futur du projet Soins de Santé Primaires dans les îles Bijagos.
- Réunion au Ministère du Développement rural avec Luis Albino, Mamadou Mane et Roger Truong du Cabinet de Planification.
Thème : Liaison entre le volet agricole du projet Soins de Santé Primaires et le Ministère du Développement Rural.
- 26/2 Réunion avec Augusta Enriquez, coordinatrice de Solidami.
Thème : Rôle de Solidami par rapport au Gouvernement et aux ONG.
- Réunion avec Luis Nunez, Conseiller économique CEE.
Thème : Situation de l'aide internationale en Guinée Bissau.
- Réunion avec le Ministre de la Santé, Alexandre Nunez Correia, en présence d'Augusto da Silva et Monsieur Cruz.
Thème : Coordination interministérielle pour le projet Soins de Santé Primaires dans les îles Bijagos
- 27/2 Réunion à l'Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (INEP) avec Rui Ribeiro et Raul Fernandez.
Thème : Rôle de l'INEP et recherches en cours.
- Réunion avec le staff du Programa Alargado de Vacinacoes (PAV), Docteur Jean Louis Roggero et le Directeur National du PAV.
Thème : Assurer la participation du PAV pour les campagnes de vaccinations dans les îles Bijagos.
- 28/2 Rencontre avec Augusta (Solidami), et Miguel Van der Dreeft (CIEPAC).
- 29/2 Réunion au Ministère des Ressources Naturelles avec Monsieur Adelino Andem, Directeur du Département des Ressources Hydriques.
Thème : Présentation du volet puits du projet Soins de Santé Primaires et de ses réalisations: continuation du projet sous la tutelle du Ministère R N.
- Réunion au Ministère du Développement Rural avec Mamadou Mane et Roger Truong (car Bakar Mane est toujours absent).
Thème Possibilités de coordination entre le projet Soins de Santé Primaires et le Ministère du D.R.
- Réunion avec Augusta Enriquez de Solidami
Thème : Futur du projet Soins de Santé Primaires dans les îles Bijagos.
- 30/24 Retour en Belgique.

