

3244

République du Sénégal  
Un Peuple - Un But - Une Foi

AGENCE DU FONDS DE DEVELOPPEMENT SOCIAL



Immeuble EPI, 1<sup>er</sup> étage, Rue 1 X Boulevard du Sud Point E, BP 16324 Dakar-Fann Tel : 865 22 56 Fax : 865 23 76

Projet Fonds de Développement Social  
Crédit IDA n° 3446 SE

**EVALUATION EX POST DES MICROPROJETS  
D'INFRASTRUCTURES ET D'EQUIPEMENTS DE  
SANTÉ FINANCES PAR L'AFDS (2<sup>e</sup> PASSAGE)**

*Rapport final*

Présenté par

**Dr Issa WONE**

**Spécialiste de santé publique**

**Maître assistant à la faculté de médecine**

**Consultant**

*iwone@sentoo.sn*

**Juin 2006**

**TABLE DES MATIERES**

TABLE DES MATIERES.....	2
ACRONYMES .....	3
I.1. Le rôle des comités .....	34
I.2. La mise en place de sessions de formations .....	35
I.3. La contribution en nature.....	35
I.4. L'implication des élus locaux .....	37
II. PERTINENCE, EFFICACITE, EFFICIENCE ET DURABILITE DES INFRASTRUCTURES REALISEES .....	37
II.1. L'opportunité des infrastructures réalisées.....	37
II.2. L'accessibilité et la prise en charge sanitaire des groupes vulnérables.....	39
II.4. Appréciations sur la durabilité des infrastructures .....	42
III. LE DEGRE D'APPROPRIATION DES INFRASTRUCTURES PAR LES POPULATIONS.....	45
III.1. L'appréciation des acteurs communautaires .....	45
A. Le rôle des ASC.....	45
B. Le rôle des matrones.....	46
C. Place et rôle des comités de gestion des cases de santé.....	47
D. Rôle des populations bénéficiaires.....	50
IV. FINANCEMENT DES ACTIVITES DE L'INFRASTRUCTURE .....	54
1)- l'AFDS.....	56
2°) - LA MAITRISE D'ŒUVRE .....	56
3°)- LES ENTREPRISES.....	56
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	57
ANNEXES.....	59

## **REMERCIEMENTS**

*Au terme du présent travail, je voudrais remercier très sincèrement :*

- Madame la directrice générale de l'AFDS et toute sa dynamique équipe, pour leur confiance. Mention spéciale à Mr Aliou KANDJI, qui n'a ménagé aucun effort pour la réussite de la mission*
- L'ensemble des personnes qui ont participé à la réalisation de l'enquête : consultants, enquêteurs, informateurs clé, chauffeurs, guides, etc.*

*Dr Issa WONE*

## ACRONYMES

<b>AFDS</b>	Agence pour le fond du développement social
<b>AGR</b>	Activités Génératrices de Revenus
<b>ASC</b>	Agent de santé communautaire
<b>CAF</b>	Comité d'Animation, de Sensibilisation et de Formation
<b>CGMP</b>	Comité de Gestion du Microprojet
<b>CR</b>	Conseil Rural
<b>CS</b>	Comité de Santé
<b>CTMO</b>	Comité Technique de Mise en Oeuvre
<b>DICS</b>	Division des Constructions Sanitaires
<b>EPB</b>	Evaluation Participative des Besoins
<b>EPP</b>	Enquête de Perception de la Pauvreté
<b>ICP</b>	Infirmiers chefs de poste
<b>IEC</b>	Information éducation communication
<b>IST/SIDA</b>	Infections sexuellement transmissibles/SIDA
<b>MCD</b>	Médecins chefs de district
<b>MP</b>	Microprojet
<b>OCB</b>	Organisation Communautaire de Base
<b>PCR</b>	Président de la Communauté Rurale
<b>PNIR</b>	Programme national d'infrastructures rurales
<b>SRO</b>	Sels de réhydratation orale
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<b>Tableau I</b>	Fonctionnalité des cases de santé
<b>Tableau II</b>	Causes de non fonctionnalité des cases de santé
<b>Figure 1</b>	existence et mise à jour du registre de soin au niveau des cases fonctionnelles
<b>Figure 2</b>	existence et mise à jour du registre de maternité au niveau des cases fonctionnelles
<b>Figure 3</b>	disponibilité du registre de stock de médicaments au niveau des cases de santé
<b>Figure 4</b>	moyens de déplacement pour les évacuations des cases vers les postes les plus proches
<b>Figure 5</b>	durées moyennes d'évacuation
<b>Tableau III</b>	Fréquences et moyenne des principaux médicaments
<b>Tableau IV-a</b>	Disponibilité des principaux médicaments dans les cases fonctionnelles à Foundiougne et Sokone.
<b>Tableau IV-b</b>	Disponibilité des principaux médicaments dans les cases fonctionnelles à Kolda.
<b>Tableau IV-c</b>	Disponibilité des principaux médicaments dans les cases fonctionnelles à Koungueul.
<b>Tableau IV-d</b>	Disponibilité des principaux médicaments dans les cases fonctionnelles à Kébémér, Louga et Rufisque
<b>Tableau V-a</b>	La gestion des médicaments dans les cases de santé
<b>Tableau V-b</b>	La gestion des médicaments dans les cases de santé (suite)
<b>Tableau VI</b>	Distribution du lieu d'accouchement du dernier enfant
<b>Tableau VII</b>	temps mis pour aller à la case de santé
<b>Tableau VIII</b>	Temps mis pour aller a la case de santé selon le district
<b>Tableau IX</b>	distribution des raisons évoquées pour fréquenter la case de santé
<b>Figure 6</b>	motifs de fréquentation de la case selon le district
<b>Tableau X</b>	montant moyen déboursé lors d'une visite à la case de santé
<b>Figure 7</b>	montant moyen déboursé lors d'une visite à la case de santé selon le district
<b>Tableau XI</b>	appréciation par les usagers du montant déboursé lors d'une visite à la case
<b>Figure 8</b>	appréciation par les usagers des tarifs pratiqués dans les cases selon le district
<b>Figure 9</b>	fréquence des conseils donnés par les agents de la case de santé (ASC, matrone) sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées selon le district
<b>Figure 10</b>	fréquence des conseils donnés par les agents de la case de santé (ASC, matrone) sur la prévention des IST SIDA selon le district
<b>Figure 11</b>	fréquence des conseils donnés par les agents de la case de santé (ASC, matrone) sur l'hygiène et la prévention selon le district.

## RESUME

L'Agence du Fonds de Développement Social a financé pour le compte du gouvernement du Sénégal dans le cadre de son programme de lutte contre la pauvreté 171 microprojets de santé répartis dans les régions de Dakar, Fatick, Kaolack et Louga, entre mai 2003 et août 2005.

L'objet de la présente évaluation, qui fait suite à celle menée en septembre 2005, était d'apprécier les résultats acquis par ces microprojets, notamment du point de vue de la fonctionnalité des infrastructures réalisées, de leur fréquentation et de leur utilisation, de l'appréciation des partenaires locaux.

La mission a été conduite à travers une approche quantitative et qualitative consistant en :

- une enquête sur un échantillon représentatif de mères d'enfant de 0 à 60 mois résident dans des zones bénéficiaires des microprojets (bénéficiaires directs)
- une observation directe des microprojets complétée par un reportage photographique
- des entretiens approfondis et discussions dirigées avec les acteurs et bénéficiaires indirects du projet (comités de gestion, comités de santé, agents de santé, élus locaux,...)
- Une analyse des documents techniques du projet

Il ressort de l'évaluation les principaux résultats suivants :

- 1) Les niveaux de fréquentation et d'utilisation des infrastructures actuellement fonctionnels sont bons : 95% des mères d'enfant de 0 à 60 mois résident dans les zones bénéficiaires affirment l'avoir fréquenté au moins une fois, principalement pour y emmener leur enfant malade (40%) ; 37% d'entre elles affirment avoir accouché dans les cases de santé ;
- 2) Le système d'information qui devrait permettre une bonne analyse des activités des cases de santé n'a pas bien fonctionné (registres de consultation et de maternité et registres de stock de médicaments sont mal tenus). Aussi, il faut déplorer l'existence de produits périmés dans quelques cases.
- 3) Le montant généralement dépensé pour bénéficier des prestations est jugé modique ou raisonnable par la majorité des bénéficiaires.
- 4) S'agissant de la réception de messages éducatifs en santé :
  - Dans 60% des cas, des messages sur l'utilisation de moustiquaires traités aux insecticides ont été délivrés par les agents de la case de santé (matrone ou ASC) ;
  - Dans 47% des cas, les bénéficiaires ont reçu des agents de la case des messages sur l'hygiène et la prévention ;
  - Enfin, dans 35% des cas, ce sont des informations sur les IST/SIDA qui ont été reçus.

5) Dans le domaine du partenariat local avec les populations, nous avons observé chez les divers groupes cibles enquêtés les principaux constats suivants :

- Les acteurs, en particulier les membres des comités de gestion mis en place, apprécient positivement leur implication dans le processus, de même que les diverses formations destinées à renforcer leurs capacités dont ils ont bénéficié.
- Le niveau et la qualité des prestations offertes au niveau des cases de santé sont jugés relativement satisfaisants de la part des bénéficiaires ; bien souvent, ils estiment les compétences des agents limitées pour certains domaines.

6) Au niveau du génie civil, trois constats majeurs émergent de la visite sur le terrain et de l'analyse documentaire :

- Il a été noté une très grande différence sur la consistance des dossiers fournis par les maîtres d'œuvre, dénotant d'un niveau d'expertise variable.
- Les entreprises locales, de taille et d'envergure assez modestes ont été privilégiées pour la réalisation des travaux. Il s'agit donc bien souvent d'entreprises sous équipées, aux compétences techniques et capacités financières assez limitées.
- Il découle des constats ci-dessus certaines malfaçons constatées dans l'exécution des ouvrages, et dont rendent compte les photos prises lors de la mission (Cf. annexes)

Il convient de conclure en disant que, malgré des résultats positifs notés dans le projet PFDS, des insuffisances demeurent, liées notamment aux lenteurs du processus (retards de démarrage des activités, retards dans la livraison de certaines cases, etc.). Une supervision plus étroite des cases par les ICP qui les polarisent est une nécessité, afin de corriger les insuffisances actuelles.

## 1. INTRODUCTION

L'Agence du Fonds de Développement Social a financé pour le compte du gouvernement du Sénégal dans le cadre de son programme de lutte contre la pauvreté 171 microprojets de santé répartis dans les régions de Dakar, Fatick, Kaolack et Louga, entre mai 2003 et août 2005.

Il s'agit de cases de santé et maternités rurales construites et équipées, de postes de santé réhabilités et équipés, d'associations de relais polyvalents équipés, etc. Ces projets ont été réalisés avec la participation des populations bénéficiaires. A terme, il est prévu leur appropriation par ces mêmes populations, qui devraient également asseoir des mécanismes pour leur durabilité.

Une première évaluation de ces projets a été réalisée en Septembre 2005. Elle a ressorti les principaux résultats suivants :

1. La reconnaissance par les acteurs et les bénéficiaires de la pertinence et de l'utilité des projets financés, avec une implication appréciable des populations dans la réalisation des infrastructures.
2. Un bon niveau de fonctionnalité des infrastructures de santé réalisées

Parmi les insuffisances, il avait été observé entre autre un faible niveau des agents de santé communautaires, ainsi que leur faible motivation financière ; Il s'agissait donc essentiellement d'une évaluation de **processus**.

La présente évaluation s'inscrit dans la continuité de la première qu'elle va compléter et approfondir, mais vise surtout à mesurer les **résultats** acquis par le projet : taux de fréquentation et d'utilisation, niveau de satisfaction des usagers, appréciation des acteurs sur le processus et les résultats, évolution de la morbidité spécifique de certaines affections traceuses (paludisme, diarrhées, ...). Elle va être réalisée à travers une double approche quantitative et qualitative.

## 2. OBJECTIFS DE LA MISSION

La mission s'était fixée les objectifs suivants, suivant les termes de référence qui lui avaient été fournis :

- Identifier et analyser les **contraintes** en terme de respect des **délais d'exécution** sur les plans techniques et organisationnels ayant influencé la réalisation des **infrastructures**
- Analyser la **pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité** des projets de santé financés
- Evaluer la qualité des infrastructures récemment érigées par le projet en terme de :
  - Conformité et fonctionnalité des infrastructures et équipements par rapport aux normes définies et en vigueur dans le secteur de la santé
  - Maintenance préventive et respect des règles d'hygiène dans l'enceinte des infrastructures et ses environs immédiats
  - Evaluer la qualité des services offerts dans les structures sanitaires récemment érigées par le projet en terme de :
  - Accessibilité physique et financière à toutes les couches de populations, notamment les groupes vulnérables

- Niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport aux services offerts.
- Déterminer les niveaux de participation des communautés de base, en particulier des groupes vulnérables, aux séances d'IEC sur le SIDA, les IST, l'hygiène et la prévention
- Mesurer le degré d'appropriation des populations dans l'organisation et le fonctionnement des comités de gestion des infrastructures de santé financées
- Identifier, comparer et analyser les tendances des maladies les plus courantes dans les zones cibles (paludisme, diarrhées et parasitoses, etc.)
- Apprécier les tendances épidémiologiques ante et ex post des maladies courantes
- Dénombrer les consultations prénatales et les accouchements pris en charge par le personnel de santé communautaire
- Vérifier et apprécier la conformité de la gestion financière des médicaments par rapport aux principes édictés par l'initiative de Bamako
- Comparer le rythme de renouvellement des médicaments par rapport aux structures hors zone du projet
- Apprécier les opinions et avis des bénéficiaires du 2<sup>e</sup> degré (matrones, ASC, MCD) sur l'opérationnalité et la pertinence des structures et outils de suivi et de pérennisation des infrastructures et équipements de santé réalisés

### 3. METHODE

#### 3.1. Démarche générale

L'évaluation a été réalisée selon une double approche qualitative et quantitative :

- L'approche quantitative a porté sur un échantillon représentatif de mères d'enfants de 0 à 60 mois situées dans des zones bénéficiaires des microprojets réalisées par l'AFDS.
- L'approche qualitative a eu plusieurs volets :
  - Une observation directe des cases réalisées, complété par un reportage photographique
  - Des entretiens approfondis et groupes de discussion dirigés (focus groups) avec des informateurs clé : médecins, ICP, agents de santé communautaires, matrones, élus locaux, membres de comités de gestion des microprojets, etc.
  - Une analyse des documents techniques et architecturaux

#### 3.2 Echantillonnage

- **Sélection des sites d'enquête** : les sites de réalisations visitées ont été sélectionnés par tirage aléatoire simple, à partir d'une liste des 93 réalisations jugées fonctionnelles au départ par l'AFDS ; sur la base
  - d'une précision souhaitée  $e$  de 10%
  - d'un intervalle de confiance de 95% correspondant à un écart de  $\varepsilon=1,96$
  - d'une probabilité attendue  $p$  du phénomène à étudier fixée par défaut à 50%
  - d'une probabilité complémentaire  $q=1-p= 50\%$

Le nombre  $n$  de structures à visiter suivant les conditions ci-dessus est donné par la formule suivante, consacrée pour les études de type transversal descriptif :

$$n = (\varepsilon^2 \cdot p \cdot q) / e^2$$

La taille calculée ci-dessus est de 96. Elle doit cependant être corrigée en fonction de la taille  $N$  de la population, grâce à la formule suivante :

$$n_c = n / (1 + n/N)$$

La taille requise pour l'échantillon était donc de 48 cases à visiter.

- **Sélection des mères à enquêter** : Les mères ont été recrutées par sondage accidentel, à raison de 3 en moyenne par zone polarisée par une réalisation sanitaire.
- **Sélection des informateurs clés** : les informateurs clés énumérées plus haut ont été sélectionnés de façon raisonnée, en tenant compte de leur disponibilité au moment de l'évaluation.

### 3.3 Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées de façon uni et bivariable : présentation des fréquences absolues (effectifs) et relatives (pourcentages) affectés de leurs limites de confiance à 95%. Les éventuelles associations entre variables ont été testées grâce au Khi2 ou ses variantes, au seuil de signification de 5%.

Les données d'entretien et de focus ont été analysées suivant les étapes suivantes :

- Transcription
- Catégorisation et codage par thème
- Triangulation

Une analyse documentaire complétée par un reportage photographique a été réalisée pour les données techniques et architecturales.

## 4. RESULTATS

### 4.1. Evaluation des infrastructures réalisées

#### 4.1.1. Aspects opérationnels

##### 4.1.1.1. Fonctionnalité des cases

Sur les 46 cases prévues au départ de l'enquête, 40 ont pu être visitées par la mission d'évaluation soit 87 % des cases. Parmi celles-ci, 31 ont été jugées fonctionnelles (77,5%). La **fonctionnalité** incluait essentiellement la **réalisation de prestations au niveau de la case**.

L'ancienneté des cases construites par l'AFDS a été notifiée pour 30 des 40 microprojets visités (75%). Ce fait est à lier au balbutiement de l'ASC interrogé couplé au manque de support visuel au niveau de la case.

Pour les 30 cases étudiées, l'ancienneté variait de 01 à 38 mois avec une moyenne de 12 mois  $\pm$  8.

La distribution des cases fonctionnelles est la suivante (Tableau I) :

**Tableau I** : Fonctionnalité des cases de santé

REGION	DISTRICTS	NOMBRE DE CASES FONCTIONNELLES RETROUVEES	NOMBRE TOTAL DE CASES
DAKAR	Rufisque	3 (75,0 %)	4
FATICK	Foundiougne	6 (100,0 %)	6
	Sokone	2 (100,0 %)	2
KAOLACK	Koungueul	9 (90,0 %)	10
KOLDA	Kolda	6 (100,0 %)	6
	Vélingara	0 (0,0 %)	5
LOUGA	Kébémér	2 (50,0 %)	4
	Louga	3 (100,0 %)	3
<b>TOTAL</b>		<b>31 (77,5 %)</b>	<b>40</b>

Il y a une disparité évidente de fonctionnalité des cases en fonction des districts ( $p=0,0008$ ). Les causes de non fonctionnalité sont au nombre de trois (cfr tableau II) :

**Tableau II** : Causes de non fonctionnalité des cases de santé

REGION	DISTRICTS	CAUSES DE NON FONCTIONNALITE	NOMBRE TOTAL DE CASES
DAKAR	Rufisque	Personnel en formation	1 (11,1 %)
KAOLACK	Koungueul	Clés perdues depuis un mois	1 (11,1 %)
KOLDA	Vélingara	Case dont médicaments non réceptionnés	5 (55,6 %)
LOUGA	Kébémér	Case dont médicaments non réceptionnés	2 (22,2 %)
<b>TOTAL</b>			<b>9 (100,0 %)</b>

En ce qui concerne les ressources humaines, sur les 31 cases fonctionnelles, la répartition des matrones est la suivante :

- 1 case avec matrones en formation : village de Diassyna, district sanitaire de Kolda ;
- 17 cases en ont une disponible sur site ;
- 10 cases en ont deux disponibles ;
- 3 cases disposent de trois matrones : Keur Elimane et Thiamène Diogo à Foundiougne ; Passy Ndenderling à Sokone.

Pour les ASC :

- 02 cases n'en disposent pas : Yetty Khaye à Koungueul et Syere III à Louga ; pour ce dernier cas, l'ASC a voyagé depuis deux mois et n'est pas encore remplacé ;
- 28 cases en disposent d'un sur sites ;
- 01 case en a deux : Sorom à Foundiougne.

Dans le cas particulier du district sanitaire de Kolda : les populations des villages de Niandiaye et Saré Kolidiang doutent des compétences des agents de santé communautaire car elles estiment, d'une part qu'ils sont insuffisamment formés (neuf mois de formation) et, d'autre part qu'ils sont jeunes (surtout la matrone, 20 ans à Saré kolidiang). Pour cela, la fréquentation des cases de santé s'en trouve affaiblie. Pour la case de santé du village de Saré Dickel, l'ASC était absent lors du passage des enquêteurs.

Dans le district sanitaire de Vélingara, la non fonctionnalité des cases est encore liée à la disponibilité des médicaments, ce qui entraîné des difficultés de conservation des acquis de formation des agents de santé communautaires. En effet, ces agents sont formés depuis au moins septembre 2005 ; aussi, certains d'entre eux font des prestations au niveau du poste de référence (Cas de l'ASC du village de Saré Djioui).

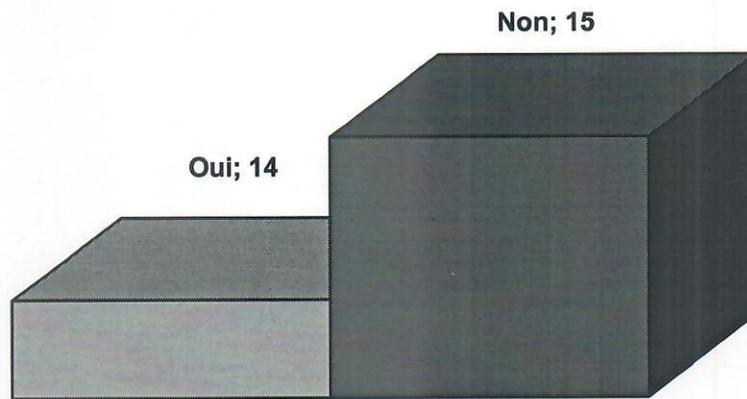
Dans le district sanitaire de Kébémér, la matrone de la case de santé de Toro Bèye, assistent les mamans à domicile du fait de la non fonctionnalité de la case par manque de médicaments. Toutefois, après interrogatoire des agents communautaires, il semblerait que l'arrivée des médicaments était prévue pour le lendemain du passage de la mission d'évaluation. Quant à la case de santé de Gouye Sègue, le matériel est provisoirement stocké dans l'ancienne case de santé qui a été financée par le Programme National d'Infrastructures Rurales (PNIR). En effet, la case est encore en finition, donc non fonctionnelle.

Pour la case de santé de Keur Elimane (Foundiougne), il convient de préciser que son fonctionnement est au ralenti car le président du comité de gestion refuse de passer le témoin au président du comité de santé ; de plus, il gère les ressources financières sans aucun moyen de contrôle.

A Sokone, dans la case de santé de Keur Seny Guèye, une baisse des activités est notée du fait que les populations préfèrent aller vers la case de Keur Gadj où semble-t-il la disponibilité en médicaments est meilleure.

Quant aux supports de collecte, ils ont été examinés selon deux éléments : leur existence d'une part, et leur mise à jour d'autre part. Il s'agit du registre de soins, de celui de la maternité et du registre de stock de médicaments.

**4.1.1.2 Le registre de soins :** sur les 31 cases de santé fonctionnelles, les renseignements concernant le registre de soins ont pu être recueillis pour 29 d'entre elles du fait de l'absence de l'ASC lors du passage de la mission d'évaluation. Il y a presque autant de cases avec un registre de soins existant et à jour que de cases n'en disposant pas (**Figure 1**).



**Figure 1** : Existence et mise à jour du registre de soin au niveau cases fonctionnelles

Les cases de santé visitées disposent toutes d'un registre de consultation ou à défaut, d'un cahier tenu par l'ASC. Cependant, la non mise à jour de ces registres est principalement liée à l'insuffisance d'alphabétisation des agents communautaires (ASC) ; ainsi, les consultations faites au-delà du mois de mars 2006, ne figurent pas dans les registres.

Ainsi, le nombre d'accouchements ou de soins réalisés dans la période de Janvier à Mars 2006, a été l'objet de dires de la part des acteurs communautaires.

#### 4.1.1.3 Le registre de maternité

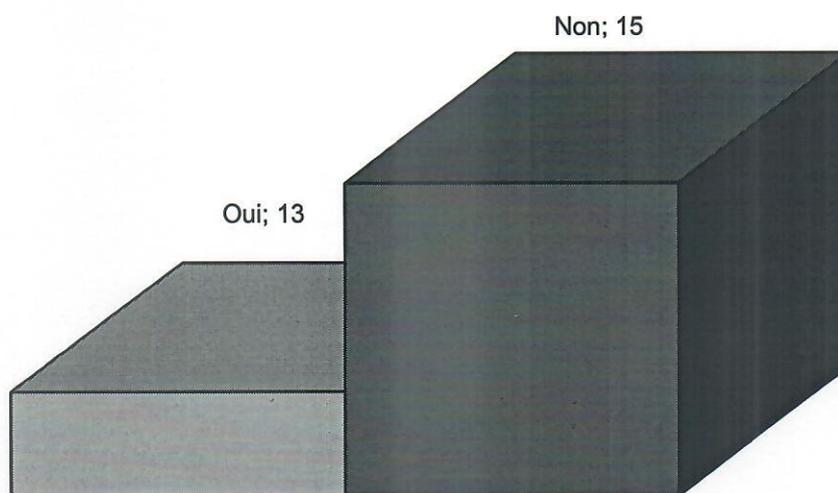
Pour l'ensemble des cases de santé, l'AFDS a mis un registre d'accouchement à disposition des matrones. Cependant, ces registres étant en français et du fait de l'insuffisance d'alphabétisation des agents communautaires, ces supports sont peu utilisés. Ils sont remplacés par des cahiers tenus par la matrone en langue arabe, wolof ou locale.

Dans certaines cases (3 sur les 31 fonctionnelles), l'observation de ces supports n'a pu se faire soit du fait de l'absence des matrones, ou soit du fait que la matrone avait oublié ces supports à domicile (Méo Ndiobène, district sanitaire de Koungueul).

La non mise à jour de registres de maternité lorsqu'ils existent est étroitement liée à la présence de l'ASC au niveau de la case. En effet, lorsqu'il est là, les accouchements sont notés dans le registre de maternité tandis que lorsqu'il est absent, les accouchements sont notés dans le cahier.

Dans le cas particulier du village de Ndiakhirate Peulh (district sanitaire de Rufisque), les accouchements ont été interdits car il existe un poste de santé annexé d'une maternité à 5 km (village de Keur Ndiaye LO).

La **figure 2** permet d'apprécier la disponibilité du registre de maternités au niveau de 28 cases fonctionnelles.



**Figure 2:** Existence et mise à jour du registre de maternité au niveau cases de santé

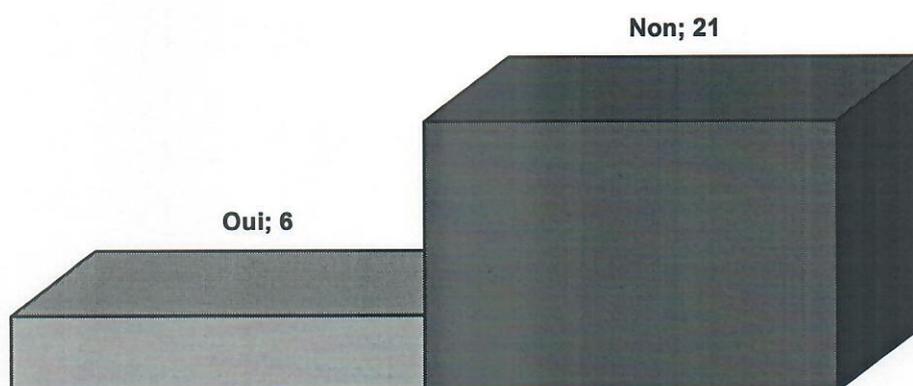
#### 4.1.1.4 Le registre de stock de médicaments

Dans l'ensemble des sites visités, il n'existe pas de registre de stock de médicaments. Il s'agit plutôt des cahiers de sortie journalière. Ainsi, pour le registre de stocks, les ASC se réfèrent aux factures et pour les sorties, aux prescriptions médicales.

Seul le dépositaire de la case de santé de Dam Dam Peulh (district sanitaire de Kébémér) dispose d'une fiche mentionnant le stock de médicaments restant.

Bien qu'il soit difficile d'apprécier le nombre de jours de rupture de stock en 2004, les retards de livraison ont pu être notés dans la majorité des cases de santé lors de la mission d'évaluation. Au niveau du poste de santé de Fafacourou (district de Kolda), le nifluril pommade manquait depuis cinq jours, l'amodiaquine sirop depuis deux semaines, et l'aspirine depuis le mois de décembre 2005. A Koungueul, dans le village de Hanène, il manquait le paracétamol 500mg comprimés.

La disponibilité du registre de stock de médicaments n'a pu être appréciée que pour 4 des 31 cases fonctionnelles. La **figure 3** en montre la répartition :



**Figure 3:** disponibilité du registre de stock de médicaments au niveau des cases de santé

#### 4.1.2 Caractéristiques des cases de santé visitées

Sur les 46 cases prévues au départ de l'enquête, 40 ont pu être visitées par la mission d'évaluation soit 87 % des cases.

##### 4.1.2.1 Nombre de villages polarisés

La notification du nombre de villages polarisés a été faite pour 38 micro projets sur les 40 (95%) ayant fait l'objet de l'étude. Ceci est dû principalement à l'absence de l'ASC lors de l'enquête (village de Dam Dam Peulh, district sanitaire de Kébémér ; village de Deny Guedj Nord, district sanitaire de Rufisque).

Les 38 cases de santé polarisaient entre 0 et 55 villages, avec une moyenne de 8 villages  $\pm$  9,4. Toutefois, l'écart type étant supérieur à la moyenne obtenue, la prise en compte de la médiane permet une meilleure appréciation de la dispersion du nombre de villages polarisés au niveau des cases : la médiane est de 5,5 villages.

Le statut des infrastructures visitées se décompose comme suit :

- 39 cases de santé, soit 97,5% des microprojets ;
- 01 poste de santé à Fafacourou (2,5% des microprojets). Il s'agissait d'un poste réhabilité et équipé par l'AFDS.

**NB :** Dans le district sanitaire de Koungueul, le micro projet réalisé dans Koungueul Escalé a été visité ; il s'agissait d'un poste de santé uniquement équipé par l'AFDS : la grille d'observation des micro projets n'a pu être appliquée portant ainsi le nombre d'infrastructures visitées à 40. Toutefois, il a été procédé à un focus groupe avec les membres du comité de gestion, la mise en place du comité de santé posant des problèmes. L'Infirmier Chef de Poste était par ailleurs en formation au district.

##### 4.1.2.2 Distance par rapport au poste de santé chargé de la supervision

La notification de la distance par rapport au poste de santé chargé de la supervision a été faite pour 37 microprojets sur les 40 (92,5%) ayant fait l'objet de l'étude. Les sites non notifiés sont :

- Village de Deny Guedj Nord, district sanitaire de Rufisque ;
- Village de Ndongone Ndiack, district sanitaire de Foundiougne;
- Poste de santé de Fafacourou, district sanitaire de Kolda.

La principale raison pour les deux premiers sites en est l'absence de l'ASC lors du passage de la mission d'évaluation.

Pour les 37 cases visitées, la distance moyenne par rapport au poste de santé chargé de la supervision est de 9,8 Km  $\pm$  7 ; la distance minimale étant de 3 Km et la maximale de 29 Km.

Il y a ici aussi, une disparité évidente entre les districts :  $p= 0,0000$ .

#### **4.1.2.3 Case clôturée**

L'ensemble des micro projets visités (100%) sont clôturés, qu'ils soient ou non fonctionnels. Dans le cas particulier du village de Passy Ndenderling (district sanitaire de Sokone), les populations ont même planté des fleurs.

#### **4.1.2.4 Nombre de locaux**

Il existe deux types de générations d'infrastructures réalisées par l'AFDS, l'une de trois locaux et l'autre de quatre, avec ou sans halle d'attente extérieure.

Sur les 31 micro projets visités, 29 (93,5%) présentaient quatre locaux : salle de consultation, salle d'accouchement, salle de maternité et salle d'attente interne.

Seule la case de santé du village de Méo Ndiobène (district sanitaire de Koungueul) présentait trois locaux, la salle d'attente n'étant pas murée, n'a pas été considérée comme un local. Le poste de santé de Fafacourou (district sanitaire de Kolda) présentait lui, six locaux : salles d'accouchement et de maternité, salle de consultation, une salle pour la gestion de la chaîne de froid, une salle pour la pharmacie et la salle d'attente interne.

#### **4.1.2.5 Aspect général des locaux**

L'inspection des locaux montre dans l'ensemble, la présence de fissures et micro fissures au sein des infrastructures réalisés par l'AFDS quelque soit l'ancienneté de ceux ci. Ces défauts sont de deux types : transversales, autour du plafond pour la plupart ; et longitudinale, soit du plafond vers le sol, soit au milieu des murs, soit enfin au niveau du sol (rare). Les fissures et micro fissures s'observent aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur des locaux. En façade extérieure, les murs ont en général un aspect craquelé.

Les deux blocs des sanitaires (toilettes et douches), présentent également des fissures en façade extérieure mais c'est surtout leur entretien qui est en prendre en compte. En effet, les carreaux sont souvent recouverts de poussière et la toiture, de toiles d'araignées.

L'entretien des locaux constitue une préoccupation particulièrement au niveau des districts sanitaires de Kolda (3 cases sur les 5 visitées) et de Foundiougne (3 cases sur les 6 visitées) où la présence de poussière est notée sur les toits et fenêtres.

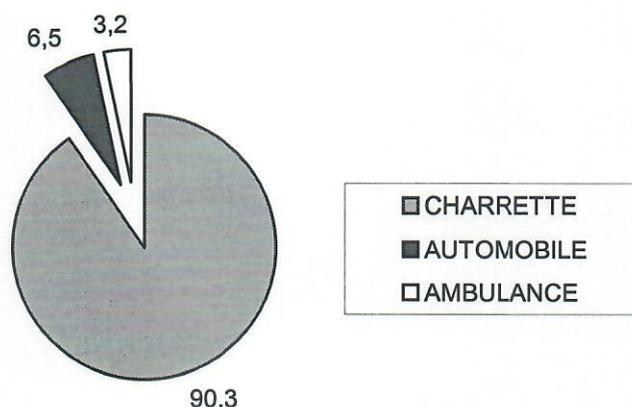
Des affaissements du toit ont été observés dans les districts sanitaires de Kolda et de Koungueul.

Deux cases sur les 40 visitées ont présentées des traces d'infiltrations d'eau au plafond : une dans le District sanitaire de Sokone et l'autre à Kolda. Ceci est dû à la présence de trous au niveau des toits.

L'état de la peinture dans certaines cases de santé participe également à l'aspect délabré des locaux. De plus, elle a permis de mettre en évidence les défauts de construction et tentatives de réparation (Voir photos).

#### 4.1.3 Moyens d'évacuation et durée approximative

Parmi les moyens d'évacuation vers le poste de référence, on note la charrette, l'automobile et l'ambulance. Leur distribution pour l'ensemble des cases est la suivante (Figure 4).

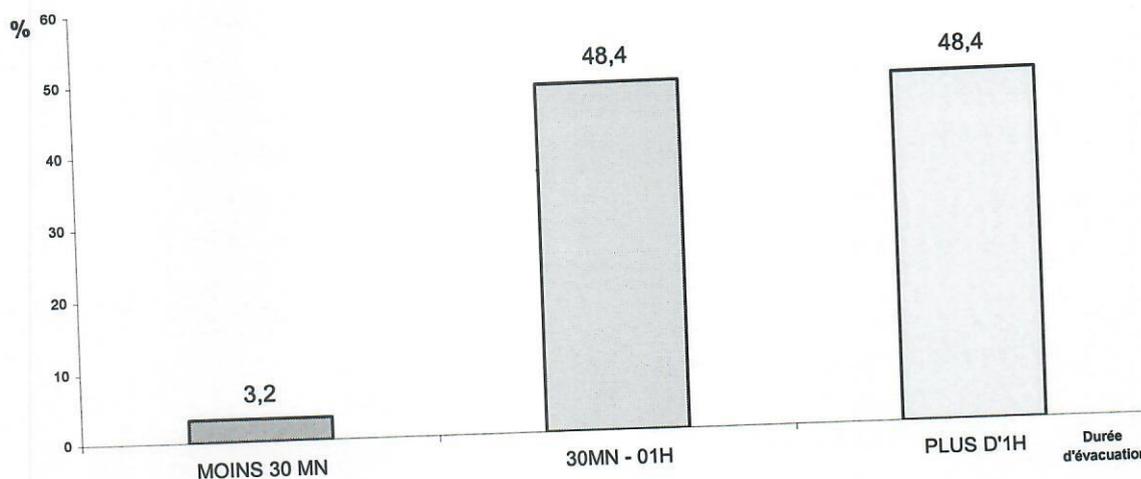


**Figure 4** : Moyens de déplacement pour les évacuations des cases vers les postes les plus proches

Ainsi, le moyen de déplacement le plus couramment utilisé est la charrette suivie de l'automobile. Par le terme automobile, on entend tout véhicule différent de l'ambulance. Ce mode d'évacuation est utilisé dans les villages de Mbaye Mbaye (district sanitaire de Koungueul) et de Malla (district sanitaire de Louga). Dans le premier village, les véhicules sont en constante disponibilité tandis que pour le deuxième, l'ASC va en charrette jusqu'au village de Foss où il fera la location du véhicule pour le transport du patient jusqu'au poste le plus proche.

L'ambulance est utilisée par le poste de santé de Fafacourou (district sanitaire de Kolda).

Avec les moyens de déplacements utilisés pour les évacuations au niveau des cases de santé, la durée d'évacuation se répartie ainsi :



**Figure 5 : Fréquence des différents types de durée d'évacuation**

La durée d'une évacuation au niveau des cases de santé varie aussi bien de 30 minutes à une heure qu'au-delà d'une heure. Seules les évacuations effectuées par le poste de santé de Fafacourou (district sanitaire de Kolda) font moins de 30 minutes.

#### **4.1.4 Nombre d'accouchements et de soins effectués dans la case durant les mois de Janvier à Mars 2006**

Il est difficile de vérifier le nombre exact de prestations réalisées du fait du remplissage mal fait des supports de collecte. Pour les raisons évoquées précédemment (agents absents, cahiers difficilement exploitables, supports oubliés à domicile, etc.), le nombre de prestations réalisées durant la période de janvier à mars 2006 a été recueilli au niveau de :

- 28 infrastructures sur les 31 fonctionnelles (90,3%) pour les accouchements ;
- 22 micro projets sur les 31 fonctionnelles (71%) pour les soins.

Le nombre d'accouchements observé dans le premier trimestre 2006 varie de 0 à 24 avec une moyenne de 5 accouchements  $\pm$  5,4. La valeur de la médiane est de 4,5.

Le nombre de soins réalisés dans la période de janvier à mars 2006 varie de 0 à 84 avec une moyenne de 29 prestations. La médiane est égale à 19,5 prestations.

#### **4.1.5 Gestion des médicaments**

##### **4.1.5.1 Lieu d'approvisionnement**

L'étude du lieu d'approvisionnement des médicaments au niveau des 31 infrastructures fonctionnelles montre trois principales sources :

- La pharmacie du poste de santé, 9,7% ;
- La pharmacie du district, 74,2% ;
- La dotation initiale en médicaments (AFDS), 16,1%.

#### 4.1.5.2 Observation directe du stock

Combinée au lieu d'approvisionnement pré cité, l'observation directe du stock restant en médicament permet de vérifier l'absence d'approvisionnement illicite.

Dans le souci d'avoir une liste très large des différents médicaments rencontrés, il a été noté un maximum de 14 produits lorsqu'ils existent.

Les médicaments suivants ont été recensés :

- Aspirine comprimée ;
- Mébendazole comprimés ;
- Amodiaquine comprimés et sirop ;
- Paracétamol comprimés et sirop ;
- Sulfadoxine pyrimetamine comprimés ;
- Parégorique comprimé ;
- Acide folique (Fer) comprimés ;
- Sels de réhydratation orale (SRO) sachets ;
- Tétracycline 1% et 2% pommade ;
- Bétadines Dermique et vaginale ;
- Amoxicilline comprimés et sirop ;
- Acide ascorbique (vitamine C) comprimés ;
- Cotrimoxazole comprimés et sirop ;
- Ocytocine injectable (case de santé de Bouboucounda, district de Kolda)
- Rétinol (vitamine A) capsules ;
- Pilule (case de santé de Dam Dam Peulh, district de Kébémér) ;

**NB :** A côté de ce stock en médicaments, on retrouve du matériel de pansements : coton, compresses, gants, sparadrap.

Le **tableau III** (page suivante) permet de classer, selon les formes, les principaux médicaments par ordre d'importance pour l'ensemble des microprojets, sauf pour le poste de santé de Fafacourou, district de Kolda.

**NB :** L'observation du stock de médicament des cases de santé a permis de mettre en évidence la présence de médicaments périmés dans beaucoup de microprojets et d'en informer les agents de santé communautaires et/ou les dépositaires lorsque ceux-ci ne l'étaient pas encore par l'ICP chargé de leur supervision. Il s'agit en général du Mébendazole 100mg comprimés, et de l'Aspirine. Après interrogation du dépositaire ou de l'ASC, il apparaît que ces médicaments ont fait l'objet de commande en 2006 pour certaines cases de santé. Pour d'autres, il s'agit de la dotation initiale en médicaments, datant de 2005.

**Tableau III** : Fréquences et moyenne des principaux médicaments

<b>SPECIALITE MEDICALE</b>	<b>FREQUENCE ABSOLUE</b>	<b>FREQUENCE RELATIVE (%)</b>	<b>MOYENNE</b>
<b>Amodiaquine cp</b>	25 967	12,9	<b>2 383</b>
<b>Amodiaquine sp</b>	236	0,1	<b>25</b>
<b>Amoxicilline cp</b>	120	0,1	<b>8</b>
<b>Amoxicilline sp</b>	26	0,0	<b>3</b>
<b>Aspirine</b>	23 078	11,4	<b>2 397</b>
<b>Cotrimoxazole cp</b>	10 186	5,0	<b>815</b>
<b>Cotrimoxazole sp</b>	188	0,1	<b>17</b>
<b>Fansidar</b>	2 883	1,4	<b>262</b>
<b>Fer</b>	36 061	17,9	<b>3 475</b>
<b>Mébendazole cp</b>	41 221	20,4	<b>4 041</b>
<b>Mébendazole sp</b>	141	0,1	<b>18</b>
<b>Paracétamol cp</b>	31 945	15,8	<b>3 026</b>
<b>Paracétamol sp</b>	130	0,1	<b>11</b>
<b>Parégorique</b>	23 224	11,5	<b>4 480</b>
<b>SRO</b>	2 083	1,0	<b>184</b>
<b>Vitamine C</b>	4 275	2,1	<b>468</b>
<b>TOTAL</b>	<b>201 764</b>	<b>100,0</b>	

Ainsi, les médicaments suivants ont été considérés comme traceurs : Amodiaquine comprimés, Mébendazole comprimés, Fer, Paracétamol comprimés, Parégorique, et Aspirine.

D'autres médicaments sont également à considérer compte tenu de leur importance dans le traitement au niveau communautaire, des maladies respiratoires, de la malnutrition, de la diarrhée, et du paludisme : Fansidar, SRO, Cotrimoxazole et Vitamine C.

Cette liste exhaustive de médicaments au niveau communautaire permet d'étudier leur disponibilité au niveau des cases (Tableau IV).

**Tableau IV-a** : Disponibilité des principaux médicaments dans les cases fonctionnelles à Foundiougne et Sokone.

District(s)	Foundiougne								Sokone	Moyenne	%
	Keur Elimane	Passy Ndenderling	Bambougar Malick	Sorom	Lerane Sambou	Ndiongone Ndiack	Thiamene Diogo	Keur Seny Gueye			
Amodiaquine cp	2 000	2 000	70	0	60	0	2 000	0	766	32%	
SRO	200	90	0	0	0	150	200	0	80	43%	
Mébendazole cp	2 000	2 000	100	250	1 300	1 000	420	800	984	24%	
Cotrimoxazole cp	0	0	650	100	0	2 000	250	900	488	60%	
Vitamine C	0	0	0	0	300	0	100	0	50	11%	
Fer	200	1 000	1 000	1 000	1 200	3 000	2 000	800	1 275	37%	
Paracétamol cp	2 000	1 000	1 000	200	750	2 000	2 000	600	1 194	39%	
Parégorique	1 000	0	0	560	0	0	0	0	195	4%	
Fansidar	300	12	78	0	300	3	0	0	87	33%	
Aspirine	2 000	2 000	350	0	1 070	1 000	0	0	803	33%	

**NB** : Des médicaments périmés ont été recensés : le Mébendazole à Sorom et l'Aspirine à Keur Elimane.

**Tableau IV-b : Disponibilité des principaux médicaments dans les cases fonctionnelles à Kolda.**

District(s)	Kolda					Moyenne	%
	Niandiaye	Diassyna	Sare Kolidiang	Sare Dickel	Bouboucounda		
Village							
Amodiaquine cp	0	0	0	0	0	0	0%
SRO	7	13	61	0	60	28	15%
Mébendazole cp	0	0	890	0	150	208	5%
Cotrimoxazole cp	86	30	270	0	0	77	9%
Vitamine C	9	0	232	0	0	48	10%
Fer	370	1 000	870	0	1 370	722	21%
Paracétamol cp	2 500	0	548	0	100	630	21%
Parégorique	3 660	8 300	2 810	0		3 693	82%
Fansidar	0	0	0	0	0	0	0%
Aspirine	4 500	228	0	0	0	946	39%

**NB:** certains médicaments sont périmés :

- Le Mébendazole à Bouboucounda ;
- Le Cotrimoxazole et l'Aspirine à Niandiaye ;
- Le Fer à Diassyna ;

**Tableau IV-c : Disponibilité des principaux médicaments dans les cases fonctionnelles à Koungueul.**

District(s) Village	Koungueul										Moyenne	%
	Yetty Khaye	Coura Mouride	Touba Ali Mbenda	Meo Ndiobène	Port Ndrame	Hanène	Sinthiou Kaffat	Darou Salam Ngueyene	Mbaye Mbaye			
Amodiaquine cp	1 079	560	350	332	499	390	1 497	1 460	800	774	32%	
SRO	0	163	0	37	0	0	51	152	79	54	29%	
Mébendazole cp	650	1 300	1 610	1 530	2 460	435	1 869	2 000	2 957	1 646	41%	
Cotrimoxazole cp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	
Vitamine C	0	290	270	125	437	421	660	311	0	279	60%	
Fer	310	0	838	50	160	0	390	296	12	228	7%	
Paracétamol cp	0	0	0	0	465	0	32	0	200	77	3%	
Parégorique	630	476	870	617	32	580	759	570	800	593	13%	
Fansidar	270	129	0	0	0	75	30	300	27	92	35%	
Aspirine	25	0	0	0	1 940	0	274	600	0	315	13%	

**NB :** Les médicaments périmés sont :

- Le Mébendazole dans tous les villages sauf Mbaye Mbaye et Sinthiou Kaffat ;
- L'Aspirine à Yetty Khaye, Port Ndrame et Draou Salam Ngueyene ;
- Le Parégorique à Yetty Khaye

**Tableau IV-d : Disponibilité des principaux médicaments dans les cases fonctionnelles à Kébémér, Louga et Rufisque**

District(s) Village	Kebemer		Louga			Rufisque			Moyenne	%
	Dam Dam Peulh	Tébène II	Bokinédo	Syere III	Malla	Deny Guedj Nord	Ndiakhirate Peulh	Nguendaf		
Amodiaquine cp	1 830	0	510	1 760	2 430	210	0	0	843	35%
SRO	0	110	0	70	0	0	0	0	23	12%
Mébendazole cp	1 930	200	0	1 500	0	2 000	2 000	2 000	1 204	30%
Cotrimoxazole cp	0	0	0	0	0	0	1 000	1 000	250	31%
Vitamine C	650	0	70	0	0	0	0	0	90	19%
Fer	2 400	465	330	0	2 800	1 000	0	3 000	1 249	36%
Paracétamol cp	2 000	0	1 000	0	0	2 000	2 000	2 000	1 125	37%
Parégorique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Fansidar	262	0	45	0	359	0	0	0	83	32%
Aspirine	2 001	0	520	150	0	0	0	0	334	14%

**NB :** Les médicaments périmés sont :

- Le Mébendazole à Tébène II (Kébémér) et Syere III (Louga) ;
- L'Aspirine à Dam Dam Peulh (Kébémér), Bokénido et Syere III (Louga);
- Le Cotrimoxazole à Bokinédo.

#### 4.1.5.3 Commande, réception, stockage et délivrance

De manière générale, le circuit de gestion des médicaments est le suivant :

- La commande est faite par l'ASC. Du fait de l'insuffisance d'alphabétisation dans certaines cases, la commande peut être notée par l'infirmier chef de poste ou par une secrétaire (Darou Salam Ngueuyène, district de Koungueul). Le visa de l'ICP est de rigueur pour l'achat des médicaments.
- L'achat est également effectué par l'agent communautaire au niveau de la pharmacie du district, après retrait de la somme nécessaire auprès du président ou du trésorier du comité de santé ;
- Une fois de retour au niveau de la case, les quantités de médicaments achetés sont contrôlées en présence du président ou du trésorier du comité de santé du village. Le reste de l'argent leur est également rendu ;
- Le stockage est sous la responsabilité de l'ASC ou du dépositaire lorsqu'il y en a. Il se fait au niveau d'une armoire aménagée à cet effet au niveau de toutes les cases de santé ;
- La délivrance de ces médicaments est sous l'entière responsabilité de l'ASC ou de la matrone.

Toutefois, quelques compléments sont apportés dans le **tableau V** (page suivante).

#### 4.1.5.4 Rupture de stock en 2004

Du fait de l'inexistence des registres de stocks de médicaments au niveau des cases, pour celles ayant débuté leurs activités en 2004, il est difficile d'apprécier le nombre de jours de rupture de stocks en Sulfadoxine Pyrimétamine (Fansidar) comprimés, Fer, Vitamine A et Amodiaquine sirop.

**Tableau V-a : La gestion des médicaments dans les cases de santé**

District	Kebemer		Kolda	Koungueul			Sokone
	Tébène II	Dam Dam Peulh		Yetty Khaye	Hanène	Mbaye Mbaye	
<b>Village</b>	Dotation initiale AFDS	La commande est faite par l'ICP. L'ASC se rend à la pharmacie du district accompagné du trésorier ou du président du comité de santé.	Les médicaments sont achetés sur les fonds générés par les consultations. Des comptes rendus se font mensuellement avec le comité de santé	La commande écrite est faite par le dépositaire. C'est le président du comité de santé qui décaisse les fonds et qui va chercher les médicaments à la pharmacie du district	La commande est faite par l'ICP. Les médicaments sont délivrés au niveau de la pharmacie du poste de santé, en présence du président du comité de santé Hanène.	C'est l'ASC et le dépositaire qui font la commande. Le dépositaire récupère l'argent auprès du trésorier du comité de santé et va chercher les médicaments à la pharmacie du district.	<b>Keur Seny Guèye</b> Un seul achat effectué à la pharmacie du district depuis l'ouverture de la case. La commande a été faite par l'ICP.
<b>COMMANDE</b>							
<b>STOCKAGE</b>				Sous la responsabilité du dépositaire ; il se fait dans une armoire.			

**Tableau V-b : La gestion des médicaments dans les cases de santé (suite)**

District	Foundiougne					Rufisque		
	Keur Elimane	Passy Ndenderling	Sorom	Thiamène Diogo	Deny Guedj Nord	Ndiakhirate Peulh	Nguendouf	
<b>COMMANDE</b>	Dotation initiale AFDS	La commande est faite par l'ICP.	Les médicaments sont achetés par le trésorier du comité de santé après visa de l'ICP.	Dotation initiale AFDS	Dotation initiale AFDS	Achat des médicaments à la pharmacie du poste de santé	Dotation initiale AFDS	
<b>STOCKAGE</b>			Le stock de médicaments est géré par le trésorier du comité de santé qui « rationne » l'ASC au compte goutte					

#### 4.1.6 Utilisation et couvertures

**4.1.6.1 Profil des mères enquêtées :** L'âge moyen des 129 mères enquêtées était de 26 ans  $\pm$  6, avec des extrêmes de 14 et 45 ans. Soixante dix neuf pour cent (79%) d'entre elles étaient non instruites. Seules 21% des mères travaillaient à l'extérieur de leur maison, à des niveaux généralement subalternes : 91% font un travail non qualifié (paysan ou fermier, cultivateur, petit artisan, vendeur à la criée, etc.). Le tableau ci-dessous montre la distribution du lieu d'accouchement du dernier enfant dans les sites visités

**Tableau VI :** Distribution du lieu d'accouchement du dernier enfant

	Effectif	% [IC95%]
<b>Case de santé</b>	<b>48</b>	<b>37 [29-46]</b>
Hôpital, centre ou poste de santé	40	31 [23-40]
A la maison sans matrone	22	17 [11-25]
A la maison avec la matrone	16	12 [7-19]
Sur la route vers le poste de santé	1	1 [0-4]
Autre	1	1 [0-4]
NC	1	1 [0-4]
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

La plus forte proportion de femmes accouche dans les cases de santé (37%). Si l'on considère que ces accouchements sont réalisés par un personnel formé (donc qualifié) cela porte le taux moyen d'accouchements assistés dans les zones polarisés par les projets AFDS à 61%.

Le tableau ci-dessous indique le temps généralement consommé par les bénéficiaires pour atteindre la case de santé :

**Tableau VII :** temps mis pour aller à la case de santé

	Effectif	% [IC95%]
<b>Moins de 30 minutes</b>	<b>117</b>	<b>91 [84-95]</b>
Entre 30 minutes et 1 heure	10	8 [4-14]
Plus d'une heure	1	1 [0-4]
NC	1	1 [0-4]
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

La grande majorité des bénéficiaires (91%) mettent moins de 30 minutes pour rejoindre la case de santé, qui est considéré comme le premier recours pour les soins élémentaires.

Le tableau ci-dessous compare le temps mis pour aller à une case de santé selon le district considéré.

**Tableau VIII** : Temps mis pour aller a la case de santé selon le district

	Moins de 30 mn (%)	Plus de 30 mn/NC	TOTAL
Foundiougne/Sokone	29 (93%)	2	31
Kolda	23 (96)	1	24
Koungheul	35 (83)	7	42
Louga	19 (95)	1	20
Rufisque	11 (92)	1	12
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>12</b>	<b>129</b>

Nous observons qu'à Koungheul, l'accès aux cases est légèrement plus difficile qu'ailleurs, bien qu'étant encore très acceptable. De fait, les disparités observées entre district ne sont pas statistiquement significatives ( $p=0,38$ ).

A la question « avez-vous fréquenté la case de santé depuis qu'elle a été construite ou réhabilitée (par l'AFDS) », **95%** des mères répondent oui.

Le tableau qui suit montre la distribution des raisons évoquées chez les personnes qui affirment avoir fréquenté la case :

**Tableau IX** : distribution des raisons évoquées pour fréquenter la case de santé

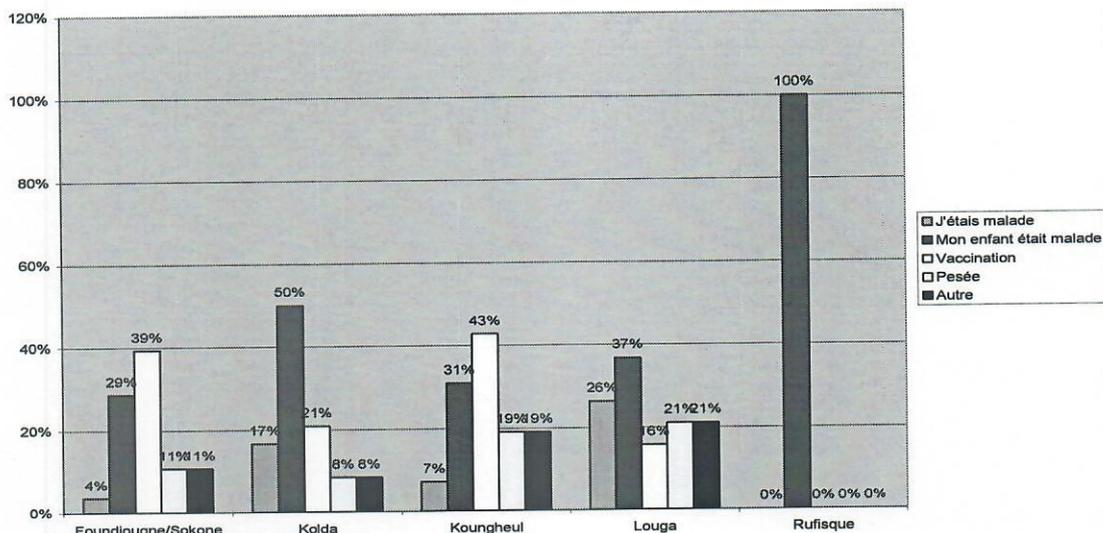
	Effectif	% [IC95%]
Mon enfant était malade	49	40 [31-49]
Vaccination	37	30 [22-39]
J'étais malade	13	11 [6-17]
Pesée	6	5 [2-10]
Autre	17	14 [8-21]
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

L'enfant malade constitue la principale cause de fréquentation de la case de santé (**40%**), suivi de la vaccination (**30%**).

A signaler qu'aucune des personnes enquêtées n'est allée vers une case pour bénéficier des services de planning familial. Parmi les « autres » motifs de fréquentation des cases, on retrouve plus fréquemment :

- Assainissement de la case
- Pansements
- Consultation prénatale

La figure ci-dessous montre la distribution des raisons qui motivent la consultation vers une case de santé, selon le district d'intervention



**Figure 6: Motifs de fréquentation de la case selon le district**

La maladie de l'enfant apparaît comme le principal motif de fréquentation des cases de santé dans les districts sanitaires de Rufisque, alors que les autres motifs (maladie, vaccination, etc.) sont sensiblement au même niveau dans les autres districts.

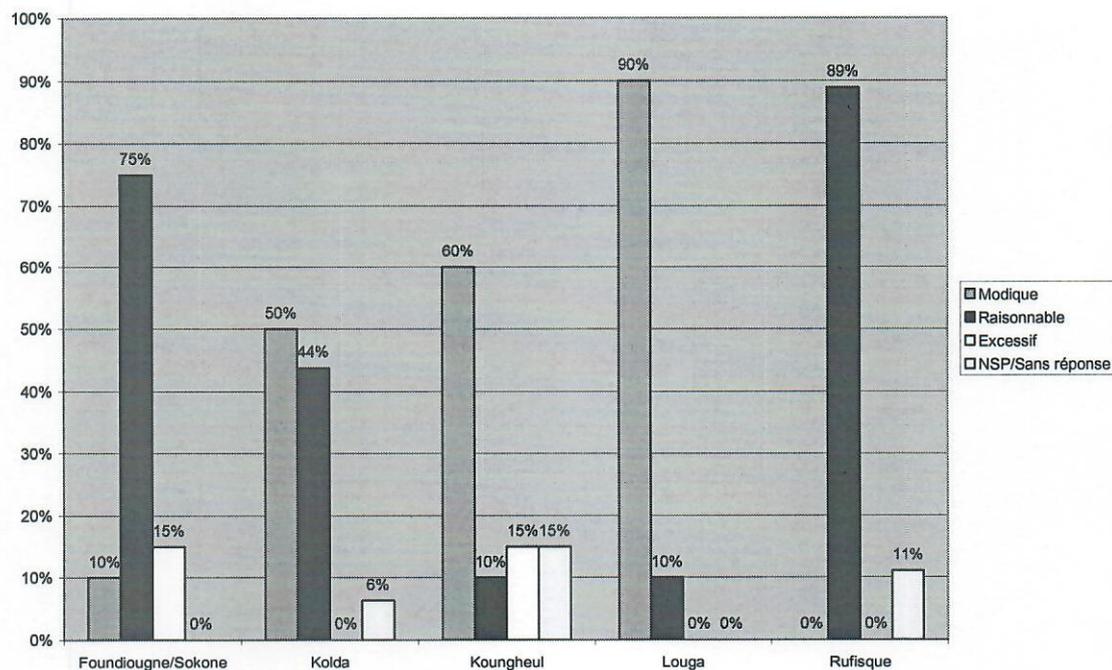
Le tableau ci-dessous indique le montant que les utilisateurs ont affirmé avoir déboursé lors de leur dernière visite à la case de santé.

**Tableau X: montant moyen déboursé lors d'une visite à la case de santé**

	Effectif	% [IC95%]
Rien	44	36 [28-45]
Moins de 1000 francs	51	42 [33-51]
Plus de 1000 francs	17	14 [8-21]
Ne se rappelle plus	7	6 [2-11]
NC	3	2 [0,5-7]
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

Dans la plupart des cas, l'usager débourse moins de 1000 francs pour se faire prendre en charge dans les cases de santé réalisées par l'AFDS.

La figure ci-dessous montre la variation du montant déboursé en fonction du district



**Figure 8 : Appréciation par les usagers des tarifs pratiqués dans les cases selon le district**

Les plus fortes proportions d'usagers estimant les tarifs « excessifs » se retrouvent à Kounghoul (15%) et Foundiougne/Sokone (15%).

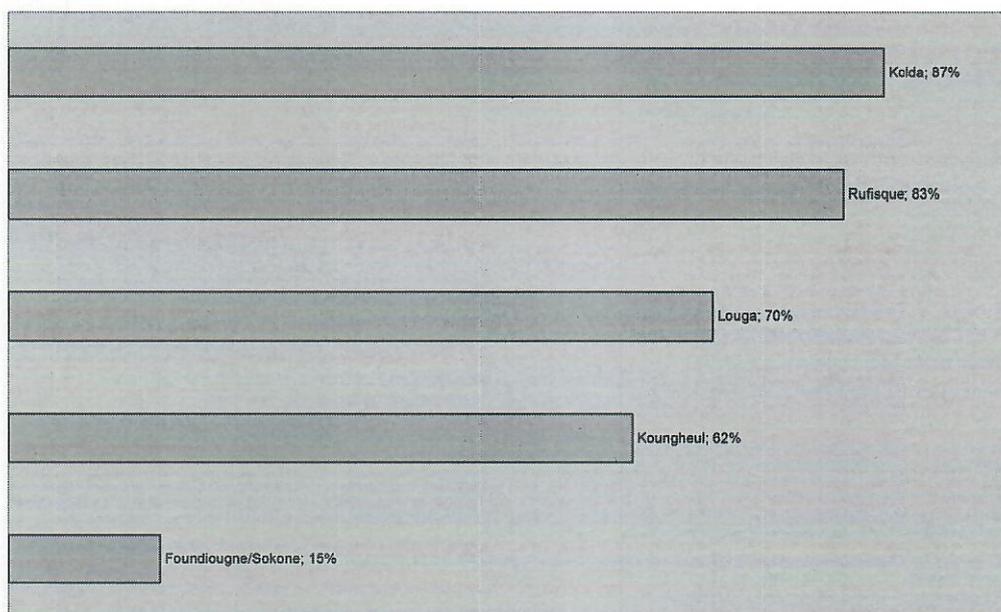
#### 4.1.6.2 Implication des agents des cases dans l'éducation sanitaire

Il est attendu des agents de santé exerçant dans les cases (ASC ou matrones) une implication dans l'éducation et la sensibilisation des usagers sur l'hygiène, la prévention et les problèmes de santé.

L'étude a montré que, concernant l'utilisation des moustiquaires imprégnées, l'information était reçue dans 60% des cas à partir de ces agents.

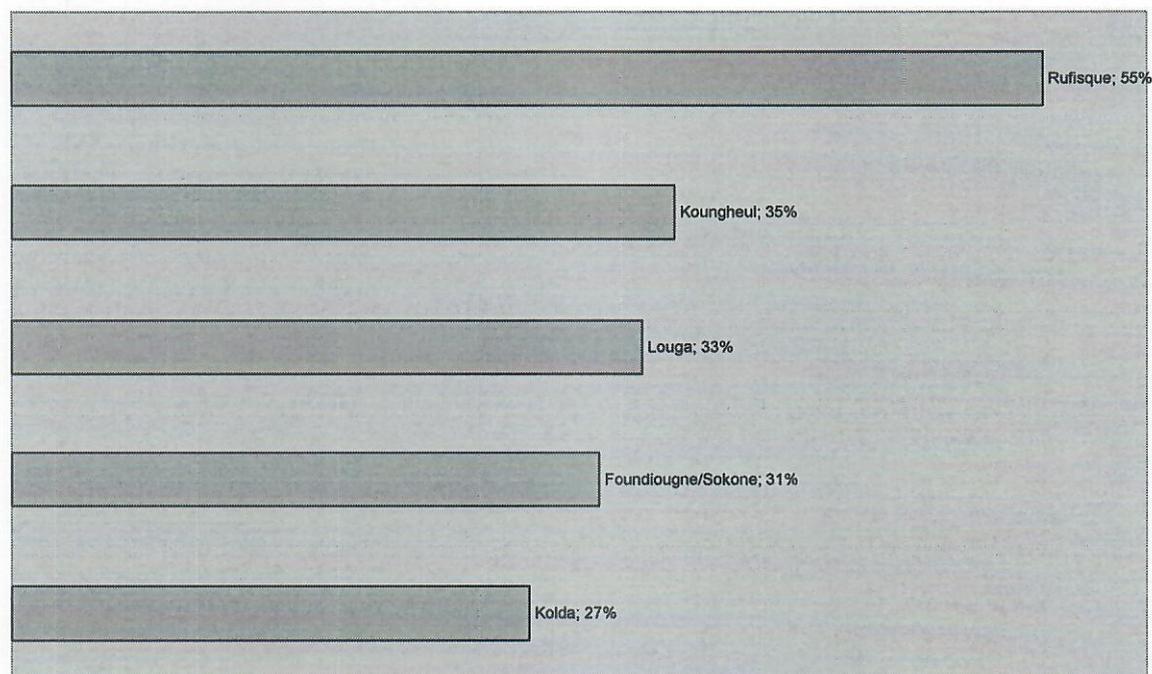
Ce taux est de 35% concernant les IST/SIDA, et de 47% sur les conseils sur l'hygiène et la prévention de façon générale.

Les figures ci-dessous montrent ces résultats en fonction des districts d'intervention de l'AFDS



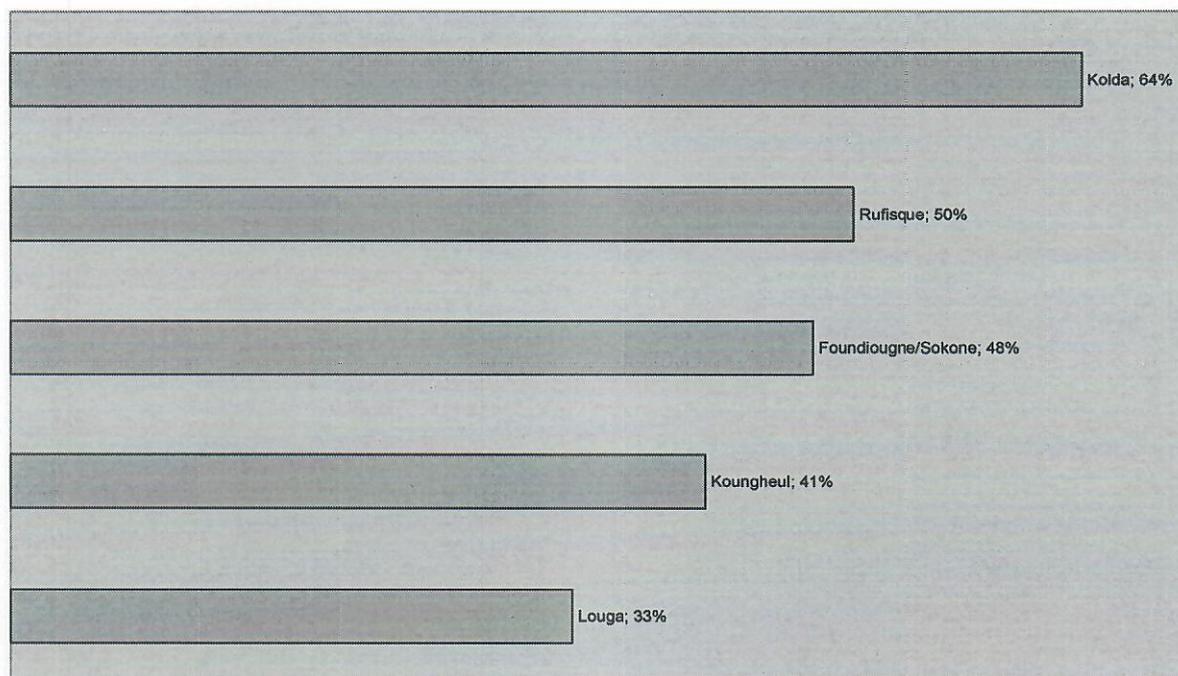
**Figure 9: Fréquence des conseils donnés par les agents de la case de santé (ASC, matrone) sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées selon le district**

S'agissant des conseils données sur les moustiquaires traités aux insecticides, la disparité observée selon les districts est significative ( $p < 0,01$ ).



**Figure 10: Fréquence des conseils donnés par les agents de la case de santé (ASC, matrone) sur la prévention des IST/SIDA selon le district**

Sur les conseils fournis par les agents de la case sur les IST/SIDA, il n'est pas observé de différence statistiquement significative selon le district ( $p=0,63$ )



**Figure 11: Fréquence des conseils donnés par les agents de la case de santé (ASC, matrone) sur l'hygiène et la prévention selon le district.**

Il n'est pas observé de disparité dans la fréquence de délivrance de messages sur l'hygiène et la prévention de manière générale par les agents des cases de santé ( $p=0,36$ )

## 5. PARTICIPATION ET IMPLICATION DES POPULATIONS BENEFICIAIRES DANS LES REALISATIONS

L'AFDS s'est fixée comme objectif majeur la réduction de la pauvreté dans des zones considérées comme étant les plus touchées par le phénomène de la pauvreté. Pour atteindre cet objectif, elle s'appuie sur quelques principes majeurs que sont :

- la participation des populations bénéficiaires à l'identification, la formulation, la mise en œuvre et la pérennisation des MP, SP ou AGR ;
- le renforcement des capacités des bénéficiaires ;
- l'exigence de la transparence dans la gestion des réalisations.

La création de comités villageois qui ont en charge le pilotage des projets durant tout le processus, le renforcement des capacités à travers les sessions de formation de même que les contributions en nature apparaissent comme un ensemble de mécanismes qui entrent dans le cadre des stratégies mises en place par l'AFDS.

## 5.1 Le rôle des comités

De manière générale, trois comités ont été identifiés et mis en place dans le cadre du processus de réalisation des MP, il s'agit :

- ❖ du Comité de Gestion du Microprojet (CGMP), qui est l'organe principal de décision chargé de veiller de manière globale au bon fonctionnement du projet et au respect des procédures établies de commun accord entre les populations bénéficiaires, le partenaire et l'entrepreneur. Il comprend un bureau dont les principaux membres sont le président, le secrétaire et le trésorier.
- ❖ du Comité Technique de Mise en Œuvre (CTMO), qui est l'organe technique qui a pour mission de suivre la qualité et la durabilité des réalisations, en particulier la nature, la disponibilité et la qualité des matériaux utilisés dans la construction, le dosage en ciment, sable et bétons, etc.
- ❖ Enfin, du Comité d'Animation, de Sensibilisation et de Formation (CAF), qui prend en charge le volet lié à la mobilisation sociale lors des réunions, rencontres, restitution des formations ou encore à l'occasion des travaux d'intérêt communautaire.

Les relais communautaires qui doivent recevoir les formations sont en général choisis au niveau de ces structures.

De manière globale, les membres des comités interrogés dans le cadre de cette évaluation reconnaissent leur implication dans le processus de création des infrastructures de santé et leur implication personnelle dans les travaux, compte tenu de leur niveau de responsabilité.

Toutes les catégories sociales participent en effet aux réalisations en mettant à contribution leurs ressources morales, physiques et matérielles, dans l'identification, la mise en œuvre et la pérennisation des MP.

Tous les membres des comités ont ainsi des responsabilités qui leurs sont dévolues. Par exemple, les entrepreneurs font appel aux trésoriers des CGMP en cas de besoin financier, ces derniers ayant la charge de retirer l'argent nécessaire pour les dépenses relatives aux travaux de construction.

Les secrétaires ont la responsabilité de noter les procès verbaux des réunions du CGMP du début à la fin du processus de construction des cases de santé.

Toujours dans sa démarche, l'AFDS en manifestant sa volonté de lutter contre la pauvreté et la précarité, a demandé aux populations de définir leurs besoins et priorités essentielles.

**Dans ce contexte, la demande interne apparaît comme l'élément moteur ; les infrastructures choisies sont identifiées comme étant des besoins prioritaires et spécifiques à chaque localité.**

Ce qui justifie et explique la motivation et l'engagement des populations bénéficiaires auprès de l'AFDS, pour leur réalisation.

Parmi les missions des CGMP, on peut signaler :

- la conduite et le suivi des négociations avec les différents partenaires impliqués dans le MP ;
- le choix du maître d'œuvre ;
- le choix de l'entrepreneur par appel d'offre ;
- la mobilisation de l'apport en espèce ou en nature ;
- la signature des contrats ;
- le suivi des travaux de construction ;
- le paiement des factures ;
- la mise en place de mécanismes de pérennisation.

Pour mieux atteindre ses objectifs, l'AFDS dans ses stratégies s'appuie sur des animateurs et des relais formés pour le renforcement des capacités des OCB et populations bénéficiaires.

## 5.2 La mise en place de sessions de formations

**L'une des satisfactions fortement mise en évidence par les populations et les OCB bénéficiaires des projets de l'AFDS concerne le renforcement des capacités. En effet, certains membres des comités ont pu bénéficier de sessions de formations qui leur ont permis de maîtriser des aspects liés à la mise en œuvre et à la gestion des MP.**

Ces formations, souvent de longue durée comprenaient :

- les procédures de passation des marchés définies dans le cadre de la mise en œuvre des projets ;
- l'identification et la maîtrise des différentes étapes du projet ;
- le respect de certains principes de gestion, de transparence, d'équité, etc. ;
- la maîtrise des éléments liés à la dynamique associative et organisationnelle ;
- la maîtrise des outils de gestion financière ;
- la maîtrise des procédures d'appel d'offres et de passation de marché ;
- l'IEC et le marketing ;
- le renforcement des capacités de gestion pour le bon suivi des projets ;
- l'organisation et l'animation de séances de sensibilisation et de prévention ; dans le domaine de la santé, de l'hygiène et de certaines maladies, etc.

## 5.3 La contribution en nature

Dans le souci de faciliter aux populations et OCB bénéficiaires le financement des projets et leur implication dans leur mise en œuvre, l'AFDS a convenu de demander aux villages une contribution en nature pour la réalisation des infrastructures.

**Cette contribution de la population se traduit en général par la fourniture d'eau, de pierre et de sable. Le ciment ainsi que les autres matériaux de construction étant pris en charge dans le cadre du financement global du projet.**

Dans tous les villages où sont présents les projets de l'AFDS, les membres des comités mettent l'accent sur la participation de toutes les catégories de la population dans la mobilisation de cette contribution en nature (présence physique, mise à disposition de matériels, transport des matériaux...)

On note également une répartition des tâches en fonction du sexe ; les femmes se chargeaient en général de l'approvisionnement en eau, tandis que les hommes devaient transporter à l'aide de charrettes les pierres et le sable nécessaires à la construction.

Dans certaines localités, les populations prenaient à leur charge le ravitaillement et le logement des maçons durant la construction des infrastructures.

Si la plupart des acteurs reconnaissent leur forte implication dans le processus de construction des cases de santé, il leur est cependant difficile de retracer toutes les étapes du projet du fait de l'absence d'archives écrites.

Du fait de leurs responsabilités, les membres des CGMP se mettent au premier plan et font montre de leur engagement personnel et sans faille, parce qu'étant conscients de la pertinence et de l'opportunité des réalisations.

Les membres du CAF jouent aussi un rôle important dans la mobilisation de toutes les forces vives, hommes et femmes pour un meilleur engagement dans la bonne mise en œuvre du MP.

Dans d'autres villages (Kolidiang, Saré Boulel...) en plus des matériaux de construction fournis comme apport, les populations font appel à une main d'œuvre locale dans la construction des cases.

Les procédures de l'AFDS apparaissent plus souples et moins contraignantes pour les OCB comparées à d'autres projet. Par exemple, le projet demande aux populations dans le village de Niandiaye une surveillance permanente des plantations dans la forêt.

Cette citation du président du CGMP dans la localité de Passy reflète et traduit globalement le respect de tous les engagements pris par l'AFDS en ce qui concerne la mise en pratique d'une démarche participative dans la conduite des projets.

*« Nous avons vraiment été impliqués aussi bien dans la conception que dans la réalisation de la case. On nous a consulté à toutes les étapes.*

*L'AFDS nous a responsabilisé dans la réalisation de la case, nos idées ont été recueillies et nos propositions ont été prises en compte. Elle a aussi demandé notre point de vue et a sollicité notre expertise même dans les travaux de construction »*

## 5.4 L'implication des élus locaux

**Les élus locaux sont impliqués au premier plan dans le processus de réalisation des infrastructures de santé dans le cadre de la politique de décentralisation.**

Compte tenu de leur rôle décisionnel et administratif, ils apparaissent comme les premiers interlocuteurs de l'AFDS au niveau communautaire ; les demandes de terres, la signature des permis de construction et de l'affectation des terrains relèvent de leurs prérogatives.

Les conseils ruraux participent indirectement à la mise en place et au choix des membres des comités de santé. Ces derniers doivent être ouverts, transparents et démocratiques.

A l'issue des réunions des comités de santé, les comités de gestion prennent note de tous les besoins et recommandations formulés et tentent de voir les moyens à mettre en place pour leur prise en charge adéquate.

Aux termes de la loi sur la décentralisation, le PCR est le président du comité de gestion des postes de santé, il est par conséquent directement concerné par le bon fonctionnement des structures de santé.

L'implication et l'information des membres des conseils ruraux durant toutes les étapes du processus apparaissent dans ce contexte essentiel pour une bonne pérennisation des infrastructures sanitaires mises en place par l'AFDS.

Les structures sanitaires peuvent aussi bénéficier de subventions financières ou de dotations en médicaments ou équipements votées dans le cadre du budget de santé des conseils ruraux.

En effet, la réalisation et le bon fonctionnement des infrastructures auront nécessairement un impact dans la réduction de la pauvreté dans les communautés rurales et villages ciblés.

## 6. PERTINENCE, EFFICACITE, EFFICIENCE ET DURABILITE DES INFRASTRUCTURES REALISEES

### 6.1 L'opportunité des infrastructures réalisées

Il faut rappeler que l'AFDS dans sa démarche a intégré une phase de diagnostic du milieu comprenant deux grandes études :

- l'Évaluation Participative de la pauvreté (EPP) ;
- l'Évaluation Participative des Besoins des populations (EPB)

**Les OCB et populations bénéficiaires à travers des outils comme la MARP ont été amenées à identifier et à mettre en ordre de priorité leurs besoins fondamentaux selon un processus participatif intégrant toutes les couches sociales du village (jeunes, femmes, personnes âgées, groupes vulnérables)**

De ce fait, l'opportunité de la mise en place des infrastructures de santé par le projet AFDS ne souffre d'aucune contestation. Il apparaît clairement comme un besoin identifié comme prioritaire et essentiel dans les villages ciblés.

La réalisation d'infrastructures de santé fait partie des demandes les plus exprimées dans le cadre de la réduction de la pauvreté pour l'amélioration des conditions sanitaires des ménages.

Dans les tous les villages où les cases sont fonctionnelles, de l'avis des populations et des responsables des structures sanitaires, l'effet des réalisations est globalement positif comparé aux situations de référence.

En effet, avec la disponibilité de médicaments au niveau de « l'hôpital » (case de santé), en cas de maladie, on peut être soigné sans avoir besoin d'aller jusqu'aux postes ou centres de santé.

Le déplacement apparaît seulement nécessaire quand on n'arrive pas à obtenir les soins ou les médicaments appropriés au niveau local.

*« Avant c'est l'Etat qui recrutait des personnes assez âgées, les formait et leur confiait la tâche de vendre des médicaments dans les villages éloignés des postes de santé mais ils n'avaient pas de construction ni d'équipements. C'est la communauté qui se chargeait de construire une case en paille »,* confie l'ASC du village de Djassina (Kolda).

On peut signaler d'autres retombées positives des infrastructures de l'AFDS qui auraient contribué indirectement au renforcement de la cohésion et de la solidarité entre les villages.

*« Je ne savais pas qu'une case pouvait réunir les gens mais maintenant j'en sais quelque chose parce que depuis que la case est ici les gens décident ensemble, travaillent ensemble, c'est un bien commun qui les a unis. Les réunions et les rencontres les ont réunis »,* affirme une matrone du village de Ndam Ndam Peul (Kébémér)

La disponibilité et l'équipement des infrastructures de santé ont aussi contribué dans certaines localités à développer des actions de sensibilisation sur l'hygiène et la prise en charge de certaines maladies.

Des activités de salubrité sont également menées fréquemment dans les villages où les populations sont sensibilisées par rapport à l'usage de l'eau potable, la nutrition et la prise en charge des maladies touchant les enfants.

**En somme, la mise en place des cases de santé permet aux populations d'accéder rapidement à des SSP et de pouvoir disposer de médicaments au niveau de leur localité à n'importe quel moment. Si les cas sont jugés plus sérieux, les malades sont référés au niveau des structures sanitaires les plus proches (postes ou centres de santé).**

## **6.2 L'accessibilité et la prise en charge sanitaire des groupes vulnérables**

La lutte contre la pauvreté, objectif majeur de l'AFDS passe par une prise en charge des besoins des groupes considérés comme vulnérables, en particulier, les jeunes, les femmes ainsi que les personnes âgées et les handicapés.

L'accessibilité de ces groupes aux services sociaux de base apparaît comme un indicateur dans l'appréciation du niveau de pauvreté, ce qui explique la mise en place de certaines mesures de discrimination au bénéfice de ces catégories sociales, dans le souci de mieux répondre à leurs besoins.

Dans la politique nationale de santé, plusieurs mesures ont été prises pour faciliter l'accès et la qualité des soins pour les enfants, les femmes et les personnes âgées.

**En ce qui concerne les cases de santé, on peut constater que la plus grande partie du stock des médicaments disponibles sont orientés vers la prise en charge des maladies ou affections ciblant particulièrement les enfants et les femmes enceintes.**

Même si le personnel n'est pas qualifié pour faire des injections, on note la disponibilité de médicaments comme le paracétamol, l'aspirine, le bactrim, le camoquine, des sirops et bien d'autres médicaments.

**On note également la descente des équipes sanitaires dans les cases de santé à l'occasion des journées nationales de vaccination et le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel des enfants.**

**Les visites prénatales pour les femmes enceintes font aussi partie des motifs de consultations les plus fréquentes dans les structures sanitaires visitées. Et en plus des soins, ces dernières bénéficient souvent de causeries sur les connaissances, le traitement et la prévention de certaines maladies (paludisme, diarrhée, malnutrition, sida, etc.)**

Les infrastructures de santé de l'AFDS sont fréquentées par les populations des deux sexes et de tout âge, en particulier en ce qui concerne la prise en charge des maladies et affections touchant surtout les enfants et les femmes

Mais du fait de l'inexistence ou de l'absence de matrones dans certains villages, certaines femmes sont contraintes de se déplacer au niveau des postes ou centres de santé pour suivre l'évolution de leur grossesse.

Si prend en compte le coût du transport en plus des frais des visites médicales, cette situation est difficilement supportable pour cette catégorie sociale considérée comme vulnérable.

*« Cette case est une réponse à nos besoins ; c'est une raison pour nous de l'entretenir afin que nos filles ne soient pas confrontées aux mêmes problèmes que nous nous avons avant la réalisation de cette case : faire 30 km en charrette pour aller dans un poste, ou faire des accouchements à domicile ... »,* notent les deux matrones du village de Bokinédo (Louga), également membres du CGMP.

Pour accroître la fréquentation des cases, certaines communautés ont instauré des mesures pour sanctionner les femmes qui pratiquent toujours l'accouchement à domicile (amendes ou non assistance de la matrone)

D'autres sanctions sont prises pour les femmes qui font des accouchements à domicile : dans le village de Coura Mouride (Koungheul), on ne les assiste pas chez elles et le nom de leurs enfants n'est pas enregistré.

Dans la localité de Koungheul, certains villages se sont dotés de charrettes qui font office d'ambulances pour les évacuations des malades ou le transport des ASC et matrones.

Toujours, dans l'appréciation des réalisations, un agent de santé dans la localité de Saré Djigui (Vélingara) note : « *La construction des cases de santé a facilité le travail des ICP présents dans les postes de santé en ce qui concerne les séances de vaccination. Avant les agents vaccinaient en plain air, mais depuis l'installation des cases de santé, les séances se font dans de bonnes conditions et même en saison des pluies* »

**Si les cases de santé sont accessibles à toute la population, il faut cependant noter que du fait de leur vulnérabilité, les enfants et les femmes enceintes apparaissent comme les cibles qui fréquentent le plus ces structures.**

### 6.3 Efficacité et efficience des infrastructures de santé

**Il faut préciser le fait qu'au niveau des cases de santé, le personnel n'est pas qualifié pour faire des injections, d'où le besoin constant exprimé pour disposer d'un infirmier ou d'un agent qualifié pour relever le niveau des prestations.**

De l'avis par exemple, du PCR de Fafacourou, la réhabilitation du poste de santé de cette localité a été très bien appréciée par les populations environnantes qui fréquentent régulièrement et massivement la structure pour les besoins de soins.

Face à l'enclavement de la communauté rurale, ce poste de santé polarise plus de 60 villages.

Au niveau de **Vélingara**, la plupart des cases visitées (3) n'avaient pas reçu leur commande en médicaments, ce qui explique que les responsables rencontrés ne pouvaient pas se prononcer sur la fonctionnalité et l'utilité des infrastructures construites, bien que les ASC et les matrones déjà formés assurent des prestations auprès des populations locales.

**On note une certaine insatisfaction des populations par rapport à la non fonctionnalité de ces cases. En effet, si le processus de réalisation des cases de santé semble bien apprécié du point de vue architectural et participatif, il en est autrement par rapport au niveau et à la qualité des services et prestations offerts par ces structures.**

Dans d'autres villages, on note une position plus nuancée par rapport à l'impact des cases de santé. En effet, si ces structures ne fonctionnent pas comme il le fallait, c'est en grande partie du fait de l'absence d'ASC ou de matrones formées.

Cette situation découle du processus de sélection des matrones au niveau des villages qui semble assez contraignant parce qu'on exige, en premier lieu, que les volontaires soient instruits, qu'ils sachent lire et écrire, en français ou alphabétisés en langue locale.

Cette condition semble difficile à satisfaire d'autant plus qu'on demande également aux matrones qui doivent être formées de ne pas avoir d'enfant en cours d'allaitement.

Or, dans certains villages, seules les nouvelles générations de jeunes filles ont pu accéder à l'école moderne.

Parmi ces dernières, celles qui peuvent être choisies apparaissent très jeunes pour pouvoir jouer le rôle de matrone et celles qui sont en mesure de prendre effectivement en charge les accouchements ne sont malheureusement pas instruites.

**Toujours par rapport aux insuffisances, l'accent est surtout mis sur les connaissances limitées des ASC et des matrones. L'idéal serait de disposer d'agents de santé plus qualifiés pour les populations malades, qui seraient en mesure de faire d'autres prestations et pas uniquement se limiter à soigner des plaies ou à vendre des médicaments.**

Selon l'ICP en présence au poste de santé de Médina Djikoye Sokone, les cases dans cette zone sont fonctionnelles car les villageois les fréquentent régulièrement avant de venir au poste, mais il reconnaît que certaines n'ont pas encore atteint leur vitesse de croisière.

**Cela est dû au fait de la présence des infrastructures de santé dans une zone frontalière où circulent des médicaments frauduleux en provenance de la Gambie. Dans certains villages, les populations n'hésitent pas à aller se faire consulter en Gambie.**

Dans d'autres villages, le manque de certains médicaments bloque le fonctionnement des cases de santé qui doivent également faire face aux circuits informels de vente.

Beaucoup de femmes continuent aussi d'accoucher à domicile avec l'aide des matrones traditionnelles. En somme, dans les villages frontaliers de la Gambie, les populations ne se sont pas encore totalement appropriées les réalisations.

Dans la zone de Koungeul, certaines cases ne sont pas fonctionnelles du fait de l'absence de personnel formé.

A Sangalkam, les cases étaient pilotées par le médecin chef régional, ce qui fait que les ICP ne se sentaient pas au départ impliqués dans leur gestion. C'est bien plus tard qu'ils le seront.

#### **6.4 Appréciations sur la durabilité des infrastructures**

De manière globale, les membres des CGMP et des comités de santé ont une appréciation positive par rapport à la qualité apportée dans la construction des infrastructures de santé financées par l'AFDS.

**Il faut noter que dans le processus de création des MP, un Comité Technique de Mise en Œuvre (CTMO) est mis en place au niveau de chaque village. Cette structure prend en charge le suivi et le contrôle des constructions.**

**Les cases réalisées par l'AFDS ne sont pas identiques à celles réalisées par d'autres programmes. Elles sont généralement perçues comme plus belles et mieux équipées, surtout en médicaments.**

En outre, l'architecture des cases, accueillante et impressionnante attire les populations dans le monde rural.

**La plupart des cases de santé construites comportent une salle de consultation pour les ASC, une salle d'accouchement, une salle de pansement, une salle d'attente, un puits à l'intérieur de certaines d'entre elles.**

Notons cette appréciation de l'ASC du village de Djassina (Kolda) des cases financées par AFDS comparées aux autres : *« Avant l'arrivée de l' AFDS, il y avait des cases villageoises. Pour faire face à leur problème de santé, les populations sont allées voir l' ICP ou le médecin chef pour avoir l'autorisation de vendre des médicaments dans un local*

*du village. Ces cases n'étaient pas équipées, il y avait tout juste un banc et une table. Les cases de l'AFDS sont bien construites et spacieuses, elles sont bien équipées »*

Comparées par exemple aux cases construites par le DISC, les réalisations ne sont pas identiques et celles de l'AFDS sont mieux appréciées du fait du processus participatif qui a conduit à leur réalisation, de la formation du personnel et des équipements et médicaments mis en place.

**Mais, dans beaucoup de localités, les travaux ont accusé un retard, d'où le non-respect des délais de construction programmés pour le début et la fin des travaux. Cette situation serait due à plusieurs facteurs dont :**

- le manque de matériel qui bloque les travaux ;
- la lenteur des opérations de décaissement des fonds ;
- le non respect des engagements de l'entrepreneur ;
- le changement d'entrepreneur. ;
- le retard causé par les pluies ou intempéries.

Si dans la majorité des villages, les réalisations sont bien appréciées, dans d'autres, les populations mettent l'accent sur beaucoup de manquements parmi lesquels, on peut citer :

- l'étroitesse des locaux compte tenu de l'importance du matériel mis en place au niveau des cases de santé ;
- l'absence de salle d'attente pour les accompagnants pour assurer la discrétion des soins ;
- Le manque d'électricité et/ou d'eau ;
- l'absence de réseau d'évacuation des eaux usées ;
- la mauvaise qualité des fondements, peinture, portes et fenêtres ;
- l'absence ou le non fonctionnement des panneaux solaires et des ampoules, etc.

Certains membres du comité de santé du poste de Fafacourou du fait de leur faible niveau d'instruction ne maîtrisent pas bien les outils pour assurer un bon contrôle technique des travaux. Dans ce cas, ils pensent que l'entrepreneur n'aurait pas investi toutes les ressources nécessaires dans la réhabilitation du poste de santé.

Mais pour le PCR, qui ne partage pas l'opinion des autres membres du comité de santé par rapport à la durabilité, les comités mises en place pour le suivi des travaux doivent assumer la responsabilité de tous les manquements constatés ou supposés dans le cadre de ce projet.

**D'autre part, à l'issue de la réception provisoire des travaux de construction, tout manquement ou insatisfaction concernant les infrastructures mises en place sont consignés dans un procès verbal. L'entrepreneur est ainsi amené à opérer les modifications ou les améliorations nécessaires avant le versement du reliquat.**

Mais dans le cas où les infrastructures connaissent des difficultés après la période de garantie, c'est le comité de santé qui a la responsabilité de prendre en charge tous les travaux de réfection.

Les membres des CGMP n'expriment aucun doute par rapport à la qualité et à la garantie des travaux pour avoir suivi et assisté à toutes les étapes de la construction, de la mise en place des fondements jusqu'aux finitions.

L'ASC de Bouboucounda note dans ce sens: « *le programme de l' AFDS ne ressemble pas aux autres programmes qui trahissaient les communautés en les faisant cotiser de l'argent et où les réalisations n'étaient pas satisfaisantes. Avec l'AFDS, il y a eu une implication des populations qui ont exprimé leur besoin, elles ont été suffisamment formées également pour le maintien de la case, et même si l' AFDS devait se retirer les populations pourraient gérer leurs infrastructures et aller à la recherche d'autres bailleurs pour travailler avec elles* »

**L'appréciation de la durabilité des infrastructures de santé mises en place par l'AFDS au delà de la qualité des réalisations dépend aussi des mécanismes mis en place pour la gestion et le suivi des MP.**

Parmi les conditions citées pour la durabilité des infrastructures, on peut mentionner :

- la motivation et la mise en place de conditions de travail adéquates pour le maintien des ASC et des matrones.
- la mise en place **d'une** ou de **deux matrones** pour assurer les accouchements de manière permanente et éviter ainsi aux femmes de faire de longues déplacements pour aller accoucher dans les postes de santé.
- L'approvisionnement régulier, rapide et suffisant en médicaments pour éviter les ruptures de stock.
- La bonne sensibilisation des populations pour la fréquentation des cases.

« *La case peut durer longtemps parce qu'elle a été bien faite, elle est même plus résistante que nos concessions. Cependant si les populations continuent de délaisser la case au profit d'autres d'infrastructures, le personnel va se décourager et laisser la case se délabrer* », signale un ASC du village de Lerane Sambou (Fatick).

La fréquentation des cases permet en effet aux ASC et matrones formées de gagner davantage d'expérience et d'assurance avec les consultations et les soins effectués.

## **7. LE DEGRE D'APPROPRIATION DES INFRASTRUCTURES PAR LES POPULATIONS**

### **7.1 L'appréciation des acteurs communautaires**

#### **A. Le rôle des ASC**

**Les ASC ont la responsabilité de prendre en charge les SSP au niveau des cases de santé ; ils ont ainsi reçu une formation pour pouvoir assurer ces prestations (traitement du paludisme et des maladies touchant en particulier les enfants, pansements, etc.)**

Leur sélection dépend de leur niveau d'instruction (ils doivent savoir lire et écrire) et de la fonctionnalité des cases et des comités de santé.

Mais, la formation apparaît insuffisante et limitée (4 mois) pour certains ASC qui mettent en relief les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour assurer les prestations sanitaires.

Des différences sont notées dans la durée des formations des agents sanitaires, par exemple, l'ONG Vision Mondiale consacre 9 mois de formation pour la capacitation d'un seul agent chargé de la vente de médicament, des pansements et des accouchements.

En fait, le faible niveau de fréquentation des cases de santé constitue une réelle préoccupation pour les ASC. Cette situation s'explique par un certain nombre de facteurs dont :

- La perception négative des populations vis à vis des ASC (qui n'auraient pas les compétences requises pour leur travail) ;
- Le niveau limité des prestations offertes ;
- L'impossibilité de prendre en charge certaines affections ;
- L'interdiction aux ASC de faire des injections ;
- La dévalorisation de leur statut ;
- Le déplacement des populations vers les postes de santé ;
- L'insuffisance du personnel face aux charges importantes ;
- Les contraintes liées à l'entretien et l'assainissement de la case ;
- La détérioration du matériel ou des équipements non utilisés ;
- L'absence de rémunération et de motivation des ASC ;
- La rupture de stock de médicaments ;
- La lenteur dans le processus de commande ou de renouvellement des stocks.

Selon certains ASC, même si les équipements et les médicaments sont présents, les cases de santé connaissent une fréquentation très faible, ce qui serait lieu à une certaine mentalité des population qui ont une plus grande confiance aux agents de santé des niveaux supérieurs (poste, centre de santé).

Ainsi, ceux qui sont malades préfèrent aller dans les chefs lieux de CR pour se faire soigner, malgré la distance éloignée et le fait de devoir payer plus cher pour les consultations et les traitements.

C'est à travers l'organisation de causeries que les populations arrivent à comprendre et à changer de comportement. A travers certaines émissions dans les stations radiophoniques locales, les populations sont aussi sensibilisées par rapport à la fréquentation des structures sanitaires ou encore les risques liés à la vente illégale de médicaments.

Mais le fait que les ASC soient les seuls agents en service présentement au niveau des cases de santé ne leur donne pas aussi assez de temps pour l'organisation d'activités de sensibilisation auprès des populations.

**Il faut rappeler que dans chaque case de santé, il n'y a qu'un seul ASC et au moins deux matrones ; par conséquent, en cas d'absence ou d'empêchement de ces derniers, les prestations ne sont pas assurées.**

Ceci constitue un handicap certain pour les populations malades ou les femmes devant accoucher, qui s'interrogent sur l'opportunité et l'utilité d'une case de santé qui ne fonctionne pas.

## **B. Le rôle des matrones**

Dans le fonctionnement des cases de santé, **deux matrones** doivent être formées pour prendre en charge les accouchements, mais ces dernières à l'instar des ASC font face à plusieurs difficultés, parmi lesquelles :

- L'absence de moyen de communication lors des urgences (il n'y a pas de téléphone pour informer le district pour l'envoi de l'ambulance en cas d'accouchement difficile) ;
- La difficulté pour les matrones de prendre en charge les évacuations faute de moyen de transport ;
- l'impossibilité de faire des injections ;
- la motivation pour le temps et l'énergie consacrés pour les prestations ;
- Le non-respect par les communautés de leur engagement à cultiver et entretenir les champs des ASC pour que ces derniers puissent poursuivre leurs activités sans contrainte ;
- l'insuffisance des équipements et du matériel pour l'accouchement (instrument pour écouter les battements de cœur de l'enfant, pour mesurer et couper le cordon ombilical...) ;
- l'insuffisance de la formation reçue.

Mais quelque soit les contraintes rencontrées, les acteurs tentent de trouver des solutions de fortune pour ne pas bloquer le fonctionnement des cases.

On peut ainsi noter que face au manque de confiance vis-à-vis des jeunes matrones qui n'auraient pas assez d'expérience, du fait de leur âge, la jeune matrone de Saré Djigui (Vélingara) âgée seulement de **26 ans** a déjà adopté une stratégie qui consiste à laisser les femmes âgées avec la vieille matrone et à assister les femmes de sa génération.

Dans le village de Bokinédo (Louga), avec la démission de l'ASC, la matrone qui était un ancien relais gère les **deux postes**, en étant matrone et ASC à la fois. En effet, lors de sa formation elle ne s'est pas limitée à l'unique formation de matrone, sa curiosité l'a poussée à suivre celle des ASC quand elle en avait l'opportunité ce qui lui a permis de remplacer facilement ce dernier.

D'autre part, on remarque que les outils de gestion sont pratiquement les mêmes que ceux qu'on trouve au niveau des postes ou centres de santé, d'où la difficulté de les mettre à jour (absence ou faible niveau d'instruction des matrones)

### **C. Place et rôle des comités de gestion des cases de santé**

Les comités de santé sont des associations de participation à l'effort de santé publique créées en 1992. D'après le décret du 7 janvier 1992, les comités de santé ont pour mission :

- ❖ la promotion de la santé des individus des familles et des communautés ;
- ❖ la mobilisation des collectivités locales pour le développement sanitaire et
- ❖ l'amélioration des prestations des services de santé pour mieux répondre aux besoins de santé des populations.

Les comités de gestion de la santé ont été institués par les textes sur la décentralisation notamment le décret n° **96-1135 du 27 décembre 1996** portant application de la loi de transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales en matière de santé et d'actions sociales.

Le décret prévoit au niveau de chaque structure sanitaire (centre de santé, poste de santé...), un comité de gestion présidé par l'exécutif local.

Au niveau de chaque structure sanitaire, le comité délibère sur le projet de budget, les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation et les activités sociales des structures sanitaires.

Pour assurer un bon suivi des travaux les populations bénéficiaires de l'action du Projet AFDS avaient mis en place des CGMP dont la mission prend logiquement fin à l'issue de la réception définitive des travaux.

Toujours dans le souci de contribuer à l'efficacité et à la durabilité des infrastructures de santé, on note la mise en place de comités de gestion des infrastructures de santé au niveau local.

**Ces comités prennent une part active dans les commandes des médicaments. Cette participation apparaît comme un indicateur qui traduit l'implication des communautés dans le fonctionnement des structures sanitaires ainsi que leur bonne gestion.**

Notons au passage que c'est l'AFDS qui prend en charge les premières commandes de médicaments pour les cases de santé. Après environ **un mois** de fonctionnement, les membres de ces comités procèdent à un inventaire pour évaluer la situation des ventes.

Par la suite, des discussions et échanges permettent d'avoir un consensus pour les commandes à effectuer ainsi que la définition du coût total nécessaire pour le complément et/ou le renouvellement des médicaments.

Cette procédure devrait être la norme, contrairement à ce qui se passe dans certaines cases où un seul acteur est habilité à faire les commandes. Cette situation ne favorise pas en effet, la transparence et la possibilité pour les populations d'apprécier la bonne ou mauvaise gestion des réalisations.

**On note ainsi, à l'image des membres des CGMP, le besoin de formation pour les membres de ces structures. Ce besoin se justifie par la non maîtrise des règles de fonctionnement des comités de gestion de la santé.**

**Une autre contrainte est liée à la motivation des membres des comités de gestion. Certains, en effet, sont amenés à revoir leur engagement face à leurs autres occupations professionnelles et sociales.**

C'est le cas de ces membres qui choisissent de démissionner de leurs postes dans les comités mis en place du fait de leurs charges professionnelles qui ne leur donnent pas assez de temps libre.

L'engagement et la responsabilité des membres des comités de gestion des infrastructures de santé sont particulièrement importants pour assurer une bonne pérennité des réalisations.

Ceux qui sont présents et en bonne santé sont toujours mis à contribution en cas de besoin, par exemple, à l'occasion de l'entretien et du nettoyage des locaux qui sont régulièrement programmés.

Par souci d'intégration, les membres des comités de santé et/ou de gestion de la santé sont originaires des divers villages que polarisent les infrastructures de santé.

On remarque que la gestion des médicaments est mieux organisée avec la formation des membres des comités : *« le comité s'en sort bien parce que nous avons effectué une formation en gestion avec l'AFDS. En plus, les gens se font mutuellement confiance et le travail se passe correctement. Nous respectons les règles de gestion établies par l'AFDS lors de cette formation »*, souligne un membre du CGMP de Passy.

**La mise en place des comités de gestion des cases de santé permet aux populations de s'approprier la gestion des infrastructures et de pouvoir suivre et contrôler le travail mené par les membres qui ont été choisis.**

Si les difficultés et les divergences sont incontournables, elles peuvent cependant être surmontées à travers le dialogue, la confrontation des idées et la proposition d'alternatives pertinentes pour le bon fonctionnement des réalisations.

Il faut souligner que la mise en place de ces comités pose souvent quelques problèmes au niveau de certains villages. Cette situation découle d'une mauvaise interprétation de prérogatives des CGMP après la réalisation effective des infrastructures. Plusieurs cas de figures ont été constatés :

- 1) le CGMP s'érige automatiquement en comité de gestion de la case de santé ;
- 2) un comité de gestion de la case de santé est mis en place comprenant une partie des membres des CGMP ;
- 3) deux comités cohabitent (le CGMP et le comité de gestion de la case de santé) ;
- 4) le CGMP est dissout, avec la mise en place d'un comité de gestion de la case de santé.

**La complexité de ces scénarios traduit l'absence d'une préparation de la transition pour la mise en place des comités de gestion de la santé et l'incompréhension de leurs missions.**

Au demeurant, cette situation découle de l'inexistence ou d'une incompréhension des textes juridiques régissant le fonctionnement des comités de gestion de la santé.

Certains membres des CGMP ne comprennent pas par exemple, pourquoi d'autres personnes seraient choisies comme membres des comités de gestion de la santé alors qu'ils ont été présents du début à la fin du processus de création des MP.

Il y a toujours des amalgames dans l'identification des rôles du comité de gestion et du comité de santé. On note des divergences entre ces deux comités dans la gestion des infrastructures.

Dans le village de Santhie Kaffat (Koungheul), l'ICP a été témoin d'une altercation entre le comité de gestion et le comité de santé parce que le CGMP voulait utiliser l'argent de la caisse du comité de santé.

Ce dernier est intervenu finalement pour expliquer à chaque comité la nature de son champ d'action.

Il faut également souligner que certaines pesanteurs sociales relatives au sexe, aux castes, au rang social entrent en ligne de compte dans le choix des membres des comités de santé villageois.

D'autres comités de gestion ne fonctionnent pas comme il le faut, du fait de leur composition sélective qui exclue certaines catégories de la population (cas de Bokinédo, où le Comité de Santé est composé uniquement de femmes)

Dans la zone de Kougheul Escale, l'inexistence d'un comité de santé est fortement décriée par les membres de l'OCB choisi pour la réhabilitation et l'équipement du poste de santé.

Ces derniers ne sont pas associés à la gestion, n'ont aucune décision sur le choix du personnel de santé et ne peuvent pas utiliser les fonds disponibles pour la mise en place d'autres activités.

Dans le village de Thiamène Diogo (Diossong), les populations pensent que pour qu'il y ait appropriation des infrastructures de santé de manière durable, il faut nécessairement une gestion transparente et une formation accrue du personnel.

C'est ainsi que le président du comité de construction continue de gérer les fonds du projet, ce qui fait que la case fonctionne au ralenti à cause du manque de transparence car il n'y a pas eu de passation de service.

Pour l'ICP couvrant cette localité, certaines cases ont eu des problèmes de fonctionnement du fait du refus des membres des anciens comités de construction de passer le témoin aux comités de gestion de la santé ; c'est le cas dans le village de Keur Elimane.

Cependant, tous ces problèmes de gestion rencontrés dans certaines localités ne remettent nullement en question l'opportunité des infrastructures mises en place par l'AFDS.

Ils commandent néanmoins la nécessité de mener la réflexion sur la mise en place de mécanismes et d'outils de maintenance et de pérennisation appropriés aux infrastructures de santé réalisées.

#### **D. Rôle des populations bénéficiaires**

Les communautés villageoises ont un rôle majeur à jouer pour la durabilité des réalisations, notamment en ce qui concerne le suivi et le contrôle du fonctionnement : *« si il y a un bon suivi, les cases iront de l'avant, dans le cas contraire, elles vont disparaître »* confie un ICP.

L'essentiel est que les populations acceptent de s'investir dans cette mission d'autant plus que l'impact inestimable des réalisations justifie toutes les formes d'investissement pour éviter qu'elles ne tombent à l'eau.

**Dans le souci d'assurer un meilleur fonctionnement des cases de santé, les populations bénéficiaires ont mis en place un système qui consiste à amener les ICP à se déplacer au niveau des villages. Cependant, beaucoup de contraintes ne favorisent pas le respect de cette disposition :**

- affectations ou absence d'ICP ;
- difficultés de déplacement ;
- enclavement des villages durant l'hivernage.

La participation des populations à la gestion des cases de santé semble possible à travers la mise en place de structures au niveau local. La population peut se regrouper,

développer des relations d'entente et de solidarité et s'engager pour le bon fonctionnement des infrastructures de santé.

Ces structures apparaissent comme des cadres de discussion, d'information, d'échanges d'idées, pour la recherche des voies et moyens pour assurer un meilleur fonctionnement des infrastructures réalisées.

En effet, on remarque que dans certains villages, le choix de l'ASC, des matrones et des membres des comités pour les cases de santé est souvent l'objet d'oppositions ou de querelles intestines.

Or, l'amélioration des prestations au niveau des cases de santé passe par une bonne gestion, en plus du suivi et du respect de tous les engagements pris avec les différents partenaires du projet.

**L'argent des caisses et des comités des cases de santé est utilisé pour le renouvellement du stock de médicaments, l'entretien des infrastructures, l'achat de nouveaux équipements ou le renouvellement du matériel défectueux.**

Dans certains villages, les groupements de femmes ou des comités de mamans servent de relais dans les activités relatives au renforcement nutritionnel des enfants, les pesées, les démonstrations culinaires, la distribution de moustiquaires imprégnées, les causeries éducatives, etc. ; toutes ces activités étant organisées au niveau des cases de santé.

## **7.2 L'appréciation du personnel du ministère de la santé (ICP)**

Les ICP prennent en charge la formation et le renforcement des capacités des ASC et matrones. De façon globale, les sessions de formation couvrent.

- la reconnaissance des signes courants et des signes de gravité des maladies les plus fréquentes (paludisme, diarrhée, etc.)
- la connaissance des médicaments pour la prise en charge des affections et mésions courantes ;
- la maîtrise des soins de santé primaire ;
- la maîtrise des techniques d'accouchement.

L'ICP de Sara Djigui a été associé à la réalisation des microprojets de santé par l'intermédiaire de la FRAO : (Formation Rurale Afrique de l'Ouest) qui était en collaboration avec l'AFDS. C'est la FRAO qui lui a parlé de la construction de trois cases de santé dans sa zone.

N'ayant pas de contact direct avec l'AFDS, il soumettait des suggestions à la FRAO qui les transmettait aux exécutants.

L'ICP assisté de la FRAO a aussi sensibilisé les populations sur la construction des cases de santé, notamment sur la démarche et les procédures de l'AFDS ; mais également sur la gestion des réalisations pas les communautés de base.

Pour le système de gestion, il a participé aux rencontres de mise sur pied des comités de gestions et de santé. Le choix est jugé parfait parce que c'est la communauté même qui a choisi ses représentants.

A part les 5 cases construites par AFDS il y a trois autres construites dans la localité par une association de ressortissants de villages, qui a pris en charge la construction mais pour l'équipement et l'approvisionnement en médicament, le financement a été acquis auprès d'un autre partenaire, la World Vision.

Cet ICP a aussi participé à la formation des communautés pour l'entretien et le maintien de la case. Les communautés ont été formées pour la pérennisation dans le cadre du module « durabilité » inclus dans la formation des ASC.

Cependant, l'approche communautaire prônée par l'AFDS où seules les populations décident peut poser un problème de supervision pour les ICP.

Par exemple, à Sara Boulel (Vélingara), les vaccinations se faisaient au niveau des villages centres qui en polarisaient d'autres.

Mais avec les réalisations de l'AFDS, les communautés qui ont une case de santé ne veulent plus se déplacer vers ces villages centres et attendent que l'ICP se déplace vers toutes les cases.

Ce qui apparaît impossible compte tenu du nombre important de localités (75 villages à superviser) elle est donc obligée de respecter la stratégie des sous centres.

**Certains ASC et matrones souhaitent aussi que les ICP se déplacent régulièrement pour les séances de CPN mais il se pose un problème de disponibilité pour couvrir la totalité des cases couvertes par un poste de santé.**

L'ICP de Ndièrane Fass pense que les chefs de poste devaient être informés, parce que ce sont eux qui doivent se charger de tous les éléments liés à la supervision des cases de santé (tournées de supervision, vaccinations, discussions avec l'ASC pour s'enquérir de la situation, des problèmes, vérification du registre, rectification des incorrections...)

**La supervision par les ICP est essentielle pour la pérennisation des infrastructures de santé du fait du faible niveau de compréhension des populations.**

**Elle constitue un moyen pour amener les populations à se faire consulter dans les cases de santé avant d'être référées en cas de nécessité au niveau des autres structures.**

Pour la commande des médicaments, certains ICP demandent aux responsables des cases de santé de faire leurs demandes qu'ils rassemblent et se chargent d'acheminer vers les services d'approvisionnement.

Pour un meilleur respect des critères de sélection définis pour les ASC, matrones et membres de bureau des comités de gestion, certains ICP proposent de jouer le rôle de superviseur.

« Il arrive que les communautés ne soient pas d'accord sur le choix des ASC et pour manifester leur opposition, certains ne fréquentent pas la case et s'orientent vers d'autres structures sanitaires. A Santhie Kaffat, le jour de l'inauguration, les populations ont boudé la case du fait des rivalités entre les populations », signale l'ICP de Ndiarène Fass (Koungheul).

Appréciant son implication, il signale, qu'au départ, il n'était pas présent mais depuis son affectation, il a été associé à toutes les étapes de la réalisation des infrastructures. Il a aussi participé à la formation des matrones et des ASC et a même donné son point de vue dans la dotation des médicaments dont les cases ont besoin.

Ce dernier ajoute le fait que l'on ne puisse pas imposer aux ASC de rester de manière permanente dans les cases, parce qu'ils leur arrive de rester des jours sans recevoir de malade, d'autant plus que certaines femmes préfèrent toujours accoucher au niveau des postes de santé.

Il reconnaît cependant que les règles de gestion mises en place par les populations avec le soutien de l'AFDS sont appréhendées de manière positive, mais des corrections sont souvent opérées dans le cas du non-respect ou de l'incompréhension des procédures définies pour l'exercice des comités de santé.

L'ICP du Poste de santé de Keur Samba Guèye affirme que les cases sont fonctionnelles depuis leur réalisation, il confirme avoir été bien associé à la réalisation des infrastructures et a participé même à la réception du matériel.

Il note cependant que **les registres dont disposent les cases ne correspondent pas avec ceux qu'il utilise, ce qui pose un problème de gestion des finances et du stock de médicament.**

L'ICP du Poste de santé de Ndiaye Ndiaye Wolof, se prononçant sur son implication soutient la fonctionnalité de toutes les infrastructures de santé (le personnel étant sur place et disponible): « *je faisais des tournées régulières pour les consultations prénatales à Sorom, il m'arrive de passer le week-end pour les stratégies avancées* »

Il reconnaît son engagement dans la construction de toutes les cases sauf celle de Sorom durant laquelle il n'était pas encore présent, ni dans la mise en œuvre, ni dans la formation des agents.

Ce qui explique selon lui le fait qu'il n'ait pas une mainmise sur le personnel de cette case de santé qui préfère être supervisé par un autre agent.

L'ICP du Poste de santé Passy confirme que les cases sont fonctionnelles depuis leur ouverture. Il s'est senti très impliqué, car dans sa localité le projet a été soumis au poste qui a piloté entièrement la formation des ASC et des matrones.

**Les ICP se doivent aussi de se déplacer davantage au niveau des cases pour que les villageois leur fassent confiance.**

D'autres mesures semblent nécessaires pour une meilleure implication du personnel de santé et des ICP particulièrement dans la pérennisation des réalisations de l'AFDS, on peut noter :

- La conscientisation des populations sur les compétences acquises par les ASC ;
- l'appui et l'accompagnement des ASC et matrones dans la sensibilisation des populations ;
- la validation des commandes en médicaments faites par les comités de gestion ;
- le soutien dans la mise en place et le bon fonctionnement des comités de gestion ;
- La tenue régulière de supervisions formatives ;

## **8. FINANCEMENT DES ACTIVITES DE L'INFRASTRUCTURE**

**L'AFDS a pris en charge la dotation et l'achat des médicaments pour l'ensemble des infrastructures de santé identifiées. La vente des médicaments ajoutée aux tickets de consultations constituent les principales sources de recettes des cases et/ou postes de santé.**

La marge dégagée pour les bénéficiaires n'est pas également très importante pour faciliter l'accessibilité des médicaments aux populations.

En cas de rupture, d'autres commandes de médicaments sont faites en général au niveau du district le plus proche.

Mais du fait de l'approvisionnement des populations dans les circuits informels de vente de médicaments, les stocks commandés au niveau des cases de santé sont écoulés avec difficulté.

**Dans certains villages, les populations à travers les structures de gestion mises en place ont entrepris de développer des AGR, dans le but d'accroître leurs ressources financières.**

L'installation de cabines téléphoniques dans certaines cases permet non seulement aux comités de santé d'accroître leurs ressources financières, mais elle contribue également au désenclavement des villages.

Dans d'autres, les populations instaurent une cotisation hebdomadaire par habitant pour alimenter les caisses de leur case de santé.

Le système de gestion mis en place est bien apprécié par les différents acteurs mais le renforcement de la formation des membres des comités de gestion semble nécessaire pour que ces derniers puissent développer d'autres projets pour accroître les ressources des cases de santé.

*« Nous n'avons pas d'autres sources de financement mais nous sommes en train de réfléchir pour trouver un autre moyen de subsister. Des initiatives telles que l'acquisition d'un moulin ou d'un champ à cultiver pour le compte de la case sont proposées »,* note le président du CGMP de Passy.

## Aspects techniques et architecturaux

Pour rappel, la mission d'évaluation a abordé les aspects de génie civil en se fixant 2 objectifs généraux :

- L'étude d'une part de la corrélation existant entre la qualité des études de dossiers d'appel d'offres (Etudes architecturales, études techniques, plans et devis etc...) élaborés par les maîtres d'œuvres; d'autre part de relever les liaisons qui existent entre la consistance des dossiers élaborés et la qualité des ouvrages exécutés par les entrepreneurs.
- D'autre part, un recensement de l'ensemble des malfaçons ;

Les résultats attendus de cette mission devront permettre de dégager des recommandations vers :

- Une nouvelle démarche dans la maîtrise d'œuvre sur son mode de sélection, ses termes de références.
- Des recommandations pour améliorer la qualité et la pérennité des ouvrages;
- Les modalités de renforcement des procédures de contrôle des dossiers exécutés par les chefs de projets.

Les constats provisoires suivants peuvent d'ores et déjà être faits :

### 1°) Les problèmes liés aux entreprises

Les travaux de l'AFDS, compte tenu de ses objectifs visant à lutter contre la pauvreté et à assurer entre autre la croissance et le développement dans les zones ciblées, sont en majorité exécutés par des entreprises de taille relativement modeste ou des Groupements d'Intérêt Economique (G.I.E).

Il s'agit d'entreprises souffrant le plus souvent :

- D'un sous-équipement en matériels et engins de génie civil, les ouvrages réalisés pâtissent du retard qu'accusent ces entreprises par rapport aux avancées technologiques.
- D'un besoin quasi permanent en fonds de roulement, qui a des conséquences sur l'achat de matériaux de construction.
- D'une insuffisance en ressources humaines compétentes ou suffisamment expertes, car ayant des moyens généralement limités et une main d'œuvre très peu qualifiée

### 2°) Les problèmes liés au maître d'œuvre

- Consistance variable des dossiers d'études techniques;
- Inadéquation des ressources humaines disponibles pour assurer le suivi sur le terrain.

Les constats ci-dessus permettent de déboucher sur les recommandations suivantes :

### **1)- l'AFDS**

L'expérience capitalisée par l'Agence pendant toutes ces années d'exercice doit lui permettre de déceler des signes avant coureur de défaillances éventuelles des entreprises lors du déroulement d'un projet. Elle pourra apporter des solutions très en amont soit par un renforcement du suivi des chantiers incriminés soit par une assistance matérielle ou humaine. Les chefs de projets en association avec les maîtres d'œuvre doivent être appelés à plus de vigilance quant à l'appréciation des situations rencontrées sur le terrain.

La mise en place d'un observatoire de prévention afin de mettre en œuvre des solutions adéquates pour chaque cas rencontré, peut éviter à l'Agence la gestion de conflits et de contentieux générateur de surcoûts et frais divers pour toutes les parties concernées :

- Au niveau de l'entreprise qui se doit de maintenir sur place au moins un personnel de surveillance sans compter les sanctions et autres pénalités diverses
- Une grande rigueur doit être apporté d'abord au niveau de la programmation et à l'établissement des délais d'exécution qui, comme nous l'avons remarqué sur tous les projets audités, est le talon d'Achille de l'ensemble des réalisations de l'Agence.

### **2°) - LA MAITRISE D'ŒUVRE**

On a constaté une très grande différence sur la consistance des dossiers fournis par les maîtres d'œuvre. L'aspect didactique des documents fournis doit être privilégié compte tenu des types d'entreprises qui sont sollicitées pour l'exécution des travaux.

Les éléments fournis par les maîtres d'œuvre ne laissent pas apparaître les techniques constructifs utilisés ou procédés de mise en œuvre, les plans de détail sont réduits à un assemblage de schémas de principe qui ne sont en aucune mesure capable de fournir aux entreprises des éléments d'appréciation utiles.

L'Agence doit s'employer à faire travailler un plus grand nombre de cabinets en favorisant surtout les groupements entre les cabinets extérieurs et les cabinets locaux ceci dans le soucis de favoriser le transfert de savoir faire. Cette recommandation est valable tant du point de vue des études que de la supervision des travaux.

### **3°)- LES ENTREPRISES**

En cours de projet mettre en place un observatoire pour détecter les éventuelles défaillances afin de mettre en œuvre très en amont des solutions d'accompagnement évitant l'arrêt des chantiers qui sont générateurs de frais supplémentaires au niveau de l'Agence.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le 2<sup>e</sup> passage de l'évaluation ex post des microréalisations de l'AFDS dans le domaine de la santé avait essentiellement pour objectif de fournir les résultats capitalisés par ces microprojets en termes de couverture sanitaire, mais également de durabilité des interventions et d'appropriation par les bénéficiaires. Au bout de cette étude, les conclusions et recommandations suivantes peuvent être formulées :

- 1) A l'heure actuelle, sur un échantillon représentatif de 46 cases de santé (sur 96) tiré au hasard, 77,5% fonctionnent effectivement. Cependant, quelques dysfonctionnements notés sont essentiellement liées au retard accusé dans la formation du personnel (matrones, ASC), ou bien à la non réception des médicaments des cases. Dans tous les cas, des lenteurs administratives pourraient être incriminées dans les retards accusés ;
- 2) Les cases de santé polarisent chacune en moyenne 8 villages ; la distance par rapport au poste de santé qui en est le plus proche est d'environ 10 kilomètres. Il s'agit là d'indicateurs tout a fait acceptables eu égard aux moyennes observées ailleurs. **L'accent doit maintenant être mis sur la supervision régulière de l'ICP vers les agents de la case, ce qui permettrait de garantir la sécurité, la continuité et la qualité des prestations qui y sont offertes.**
- 3) Le nombre d'accouchements dans les infrastructures réalisées par l'AFDS durant le 1<sup>e</sup> trimestre de l'année 2006 varie de 0 à 24, avec une moyenne de 5,4 et une médiane à 4,5. Le nombre de soins réalisés varie quant à lui de 0 à 84 (en moyenne 29 par case) durant les mêmes périodes. Ces chiffres sont à rapporter à ceux attendus dans les zones étudiées, mais d'ores et déjà, il faut préciser que la mauvaise tenue des supports d'information incite à les prendre avec une certaine prudence.
- 4) S'agissant des médicaments, le principal constat qu'il faut déplorer est l'existence de produits périmés dans quelques cases. **Il est impératif d'attirer l'attention des autorités sanitaires des zones concernées sur cette situation, avant que des mesures correctrices soient prises le plus rapidement possible.** L'inexistence de registres de stock dans les infrastructures visitées n'a pas permis d'apprécier les ruptures de stock ;
- 5) Concernant l'utilisation des infrastructures réalisées, **95%** des mères d'enfant de 0 à 60 mois résidant dans les zones bénéficiaires affirment l'avoir fréquenté au **moins une fois**, principalement pour y emmener leur enfant malade (**40%**) ; **37%** d'entre elles affirment avoir accouché dans les cases de santé ; Ce chiffre pourrait être révisé à la hausse si l'on considère que seules devraient être considérées celles ayant accouché alors que les infrastructures étaient devenues déjà fonctionnelles ;
- 6) Le montant généralement dépensé pour bénéficier des prestations est inférieur à **1000 francs CFA**, et est jugé modique ou raisonnable par la majorité des bénéficiaires ;

7) S'agissant de la réception de messages éducatifs en santé :

- Dans **60%** des cas, des messages sur l'utilisation de moustiquaires traités aux insecticides ont été délivrés par les agents de la case de santé (matrone ou ASC)
- Dans **47%** des cas, les bénéficiaires ont reçu des agents de la case des messages sur l'hygiène et la prévention
- Enfin, dans **35%** des cas, ce sont des informations sur les IST/SIDA qui ont été reçus

8) Dans le domaine du partenariat local avec les populations, nous avons observé chez les divers groupes cibles enquêtés les principaux constats suivants :

- Les acteurs, en particulier les membres des comités de gestion mis en place, apprécient positivement leur implication dans le processus, de même que les diverses formations destinées à renforcer leurs capacités dont ils ont bénéficié.
- Le niveau et la qualité des prestations offertes au niveau des cases de santé sont une source de satisfaction diversement appréciée par la plupart des bénéficiaires. De ce point de vue, ils estiment les compétences des agents limitées, et réclament même quelquefois des infirmiers, voire des médecins dans les cases ! **Une campagne d'explications s'impose à ce niveau, afin de faire comprendre aux bénéficiaires le rôle stratégique de la case dans la prise en charge « des lésions et affections courantes », et la nécessité d'un système de référence recours afin d'assurer une fluidité une plus grande efficience du système de soins.**

9) Au niveau du génie civil, trois constats majeurs émergent de la visite de terrain et de l'analyse documentaire :

- Il a été noté une grande différence sur la consistance des dossiers fournis par les maîtres d'œuvre. Les éléments fournis ne laissent pas apparaître les techniques constructifs utilisés ou procédés de mise en œuvre, les plans de détail sont réduits à un assemblage de schémas de principe qui ne sont en aucune mesure capable de fournir des éléments d'appréciation utiles.
- Compte tenu de l'orientation stratégique de l'AFDS de lutter contre la pauvreté, les entreprises locales, de taille et d'envergure assez modestes ont été privilégiées pour la réalisation des travaux. Il s'agit donc bien souvent d'entreprises sous équipées, aux compétences techniques et capacités financières assez limitées.
- Il découle des constats ci-dessus certaines malfaçons constatées dans l'exécution des ouvrages, et dont rendent compte les photos prises lors de la mission (Cf. annexes)

## ANNEXES

## **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE PERSONNEL MEDICAL, PARAMEDICAL ET COMMUNAUTAIRE DANS LES ZONES D'IMPLANTATION DES MICRO INFRASTRUCTURES**

*Bonjour Madame, Monsieur. Notre entretien a pour objet de recueillir votre point de vue sur « l'opérationnalité et la pertinence des outils de suivi et de pérennisation des infrastructures et équipements de santé réalisés par AFDS dans votre zone »*

### **Thème 1 : Appréciation ressources mises en place (inputs)**

Les infrastructures de santé réalisées (cases de santé construites ou réhabilitées) sont elles fonctionnelles ?  
Avez-vous au départ été associé à la réalisation de cette case? Si oui, comment ?  
Comment les appréciez vous par rapport à celles qui sont réalisées par d'autres programmes ?

### **Thème 2 : Appréciation du fonctionnement (processus)**

Depuis que cette case a été construite/réhabilitée, fonctionne t'elle correctement ? Si non, quels sont les problèmes qu'elle rencontre ? A quoi sont dus ces problèmes ?  
Que pensez vous du système de gestion mis en place ?

### **Thème 3 : durabilité**

Pensez vous que les infrastructures réalisées vont pouvoir perdurer ? Comment ?  
Quels mécanismes devront être mis en place pour que les populations puissent jouir le plus longtemps possibles de ces réalisations ?

### **Thème4 : remarques et suggestions**

## **GUIDES D'ENTRETIENS/FOCUS AVEC LES MEMBRES DES CGMP, COMITES DE SANTE, ELUS LOCAUX**

*Bonjour Madame, Monsieur. Notre entretien a pour objet de recueillir votre point de vue sur*

- *Le processus de création des infrastructures par AFDS*
- *La pertinence, la durabilité et l'efficacité des microprojets*
- *Le degré d'appropriation de ces infrastructures par les populations*

### **Thème 1 : implication dans le processus**

Avez-vous été impliqué dans le processus de réalisation des infrastructures de santé dans votre zone ? Si oui, comment ?

Pensez vous avoir été suffisamment impliqué ? Pourquoi ?

### **Thème 2 : Pertinence, durabilité et efficacité des infrastructures réalisées**

Pensez vous que le projet réalisé est opportun pour votre communauté ? Pourquoi ?

Quels groupes ou sous groupes de population fréquentent le plus l'infrastructure ? Pourquoi ?

Pensez vous que cette réalisation puisse durer longtemps ? Pourquoi ?

Que faudrait t'il faire pour que cette réalisation dure le plus longtemps possible ? Que peuvent faire les bénéficiaires (populations) pour cela ?

### **Thème 3 : degré d'appropriation des infrastructures par les populations**

Le comité de gestion arrive t'il à s'en sortir en ce qui concerne la gestion de la case ? Pourquoi ?

Comment sont financées les activités de l'infrastructure ?

### **Thème 4 : remarques et suggestions**

## QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MERES D'ENFANTS DE 0 A 5 ANS

Ce questionnaire est destiné aux mères d'enfants de à 60 mois résidant dans les zones polarisées par les infrastructures réalisées. Il a pour objet :

- d'apprécier l'accessibilité physique et financière des infrastructures de santé réalisées dans le cadre des micro-projets financés par AFDS par les principaux bénéficiaires
- d'apprécier le niveau de satisfaction des mères par rapport aux services offerts dans les infrastructures réalisées
- de mesurer la participation des mères actions d'IEC réalisées

L'enquêteur devra expliquer les objectifs de l'enquête à la mère et obtenir son consentement avant de poser les questions.

NUMERO	QUESTIONS ET FILTRES	CODE
Q1	District sanitaire : 1. Kolda 2. Kaolack 3. Louga 4. Fatick 5. Dakar	/.../
Q2	Village/quartier.....	
Q3	Nom du Chef de concession.....	
Q4	Nom de la personne enquêtée.....	
Q5	Noms et prénoms de la personne enquêtée.....	
Q6	Age de la personne enquêtée (en années) /.../.../	/.../.../
Q7	Avez-vous été à l'école ? 1. Oui 2. Non	/.../
Q8	Si oui, jusqu'à quel niveau ? 2. Primaire 3. Secondaire (lycée ou collège) 4. Université	/.../
Q9	Travaillez vous hors de la maison ? 1. Oui 2. Non	/.../
Q10	Si oui, quel travail faites vous ? <b>1 Non employé ou non qualifié</b> (ex. paysan ou fermier, cultivateur, petit artisan, Ouvrier non qualifié, femme de ménage, domestique, vendeur à la criée, fabricant de bière locale, colporteur, laveur de voitures, serveur, serveuse, musicien) <b>2 Artisan qualifié</b> (ex. Plombier, menuisier, tailleur, mécanicien, chauffeur, opérateur machine, relais de santé, commerçant) <b>3 Professionnel ou administratif</b> (ex. médecin, architecte, infirmière, officier de l'armée, officier de police, administrateur civil, journaliste, banquier, secrétaire)	/.../
Q11	Quel âge a votre dernier enfant ? /.../.../ mois	/.../.../
Q12	Où avez-vous accouché de cet enfant ?	/.../

NUMERO	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	
	Hôpital/Centre de santé/Poste de Santé.....1 Case de santé..... 2 A la maison avec la matrone.....3 A la maison sans matrone.....4 Sur la route vers poste de santé.....5 Autre (préciser).....8		
Q13	Combien de temps vous faut t'il pour aller à la case de santé ? 1. Moins de 30 minutes 2. Entre 30 minutes et 1 heure 3. Plus d'une heure de temps	/ .../	
Q14	Avez-vous déjà fréquenté la case de santé depuis qu'elle a été construite/réhabilitée ? 1. Oui 2. Non	/ .../	
Q15	C'était quand la dernière fois que vous avez fréquenté la case ? 1. Il y'a moins d'un mois 2. Il y'a plus d'un mois	/ .../	
Q16	Pour quelle raison était ce ? 1. J'étais malade 2. Mon enfant était malade 3. Nous étions tous les deux malades 4. Vaccination 5. Pesée 6. Planning familial 7. Autre (préciser).....	/ .../	
Q17	Combien avez-vous dépensé à cette occasion ? 1. Rien 2. Moins de 1000 francs 3. Plus de 1000 francs 4. Ne se rappelle plus	/ .../	
Q18	La somme que vous aviez dépensé était t'elle, selon vous : 1. Modique 2. Raisonnable 3. Excessive 4. Ne sait pas/sans réponse	/ .../	
Q20	Depuis que vous étiez enceinte de votre dernier enfant, avez-vous reçu des conseils sur l'utilisation de moustiquaires traités aux insecticides ? 1. Oui 2. Non	/ .../	
Q21	Si oui, par quel canal était ce ?		
	1. Radio	1. Oui 2. Non	/ .../
	2. Télévision	1. Oui 2. Non	/ .../
	3. Causeries	1. Oui 2. Non	/ .../

NUMERO	QUESTIONS ET FILTRES		CODE
	4. Parent, voisin	1. Oui 2. Non	/.../
	5. Agent de santé travaillant dans la case (ASC, matrone, ...)	1. Oui 2. Non	/.../
	6. Autre (préciser) .....	1. Oui 2. Non	/.../
Q22	Le mois dernier, avez-vous reçu des conseils sur la prévention des IST/SIDA? 1. Oui 2. Non		/.../
Q21	Si oui, par quel canal était ce ?		
	7. Radio	1. Oui 2. Non	/.../
	8. Télévision	1. Oui 2. Non	/.../
	9. Causeries	1. Oui 2. Non	/.../
	10. Parent, voisin	1. Oui 2. Non	/.../
	11. Agent de santé travaillant dans la case (ASC, matrone, ...)	1. Oui 2. Non	/.../
	12. Autre (préciser) .....	1. Oui 2. Non	/.../
Q24	Le mois dernier, avez-vous reçu des conseils sur l'hygiène et la prévention des maladies transmissibles 1. Oui 2. Non		
Q21	Si oui, par quel canal était ce ?		
	13. Radio	1. Oui 2. Non	/.../
	14. Télévision	1. Oui 2. Non	/.../
	15. Causeries	1. Oui 2. Non	/.../
	16. Parent, voisin	1. Oui 2. Non	/.../
	17. Agent de santé travaillant dans la case (ASC, matrone, ...)	1. Oui 2. Non	/.../
	18. Autre (préciser) .....	1. Oui 2. Non	/.../

**MERCI DE VOTRE ATTENTION !**

GRILLE D'OBSERVATION DE LA CASE DE SANTE

<b>GOC.1.</b> District :	.....	
<b>GOC.2.</b> Nom du village abritant la case de santé :	.....	
<b>GOC.3.</b> Nombre de villages polarisés	/.../.../	/.../.../
<b>GOC.4.</b> Distance par rapport au poste	/.../.../.kilomètres	/.../.../
<b>GOC.5.</b> Case fonctionnelle	Oui <sup>ALLER A 5</sup> Non	/.../.../
<b>GOC.6.</b> Causes de non fonctionnalité de la case - - -		
<b>ARRETER ICI SI CASE NON FONCTIONNELLE</b>		
<b>GOC.7.</b> Ancienneté de la case (EN MOIS)	/.../.../.Mois	/.../.../
<b>GOC.8.</b> Nombre de matrones	/.../	/.../.../
<b>GOC.9.</b> Nombre d'ASC	/.../.../	/.../.../
<b>GOC.10.</b> Case clôturée	1. Oui 2. Non	/.../.../
<b>GRC.11.</b> Nombre de locaux	/.../.../	/.../.../
<b>GOC.12.</b> Décrire l'aspect général des locaux..... ..... .....		
<b>GOC.13.</b> Moyen d'évacuation le plus utilisé vers le poste le plus proche (ENCERCLER LE NUMERO CORRESPONDANT A LA REPONSE JUSTE)	1. Charrette 2. Vélo 3. Motocyclette 4. Automobile 5. Ambulance	/.../
<b>GOC.14.</b> Durée approximative pour arriver au poste lors d'une évacuation (en considérant le moyen d'évacuation le plus couramment utilisé)	1. Moins de 30 minutes 2. Entre 30 minutes et 1 heure 3. Plus d'une heure	/.../
Eléments de fonctionnalité de la case :		
<b>GOC.15.</b> Registre de soins existant et à jour	1. Oui 2. Non	/.../
<b>GOC.16.</b> Registre de maternité existant et à jour	1. Oui 2. Non	/.../
<b>GOC.17.</b> Registre de stock de médicament existant et à jour	1. Oui 2. Non	/.../
<b>GOC.18.</b> Nombre d'accouchements effectués dans la case les mois de janvier/février et mars cumulés	/.../.../	/.../.../
<b>GOC.19.</b> Nombre de soins effectués dans	/.../.../.../	/.../.../.../

la case les mois de janvier/février et mars cumulés					
<b>GOC.22</b> Lieu d'approvisionnement de la case en médicaments <b>ENCERCLER UN OU PLUSIEURS CHIFFRES</b>		1. Pharmacie du poste de santé 2. Pharmacie district 3. Pharmacie régionale 4. PNA 5. Dons 6. Ailleurs(préciser).....			
<b>GOC. 23. OBSERVATION DIRECTE DU STOCK DE MEDICAMENTS</b>					
	DCI/Spécialité	Forme	Origine	Quantité en stock	Observations
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
<b>GOC.24.</b> Décrire brièvement le mode gestion des médicaments (commande, réception, stockage, délivrance...) :					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
<b>GOC.25.</b> Nombre de jours de rupture de stock en 2004 en:					
Sulfadoxine piriméthamine cp		/.../.../.../ jours sur 365			/.../.../.../
Amodiaquine sirop		/.../.../.../ jours sur 365			/.../.../.../
Fer		/.../.../.../ jours sur 365			/.../.../.../
Vitamine A		/.../.../.../ jours sur 365			/.../.../.../

Liste des localités tirées

REGION DE KOLDA

	Date signature	Code du MP	Région	Département	Village	Nom de l'OCB	Nature du Micro Projet
1	24/05/2003	KDKD-IE003-02	KD	KD	Boguel	GIE Diatta Coumby	Construction et équipement de la case santé
2	24/05/2003	KDKD-IE008-02	KD	KD	Niandiaye	GPF/GIE Thierno Pathé Koto	Construction et équipement de la case santé
3	24/05/2003	KDKD-IE013-02	KD	KD	Diassyna	GPF de Diassina	Construction et équipement de la case santé
4	23/12/2003	KDKD-IE-011-03	KD	KD	Saré Dickel	GIE Kawral	Construction et équipement case de santé
5	23/12/2003	KDKD-IE-012-03	KD	KD	Mbouboucounda	Jookéré Endam Samba Deme	Construction et équipement case de santé
6	23/12/2003	KDKD-IE-021-03	KD	KD	Saré Kolidiang	GIE Saré Kolidiang	Construction et équipement case de santé
7	23/12/2003	KDKD-IE-023-03	KD	KD	Fafacourou	GIE Par Defa	Réhabilitation et équipement du poste de santé
8	20/10/2004	KDVL-IE041-04	KD	VL	Saré Boulel	Groupement Sinthian Sourayel	Construction et équipement de la case de santé
9	20/10/2004	KDVL-IE044-04	KD	VL	Koutanto Doulo	GIE Bassy Mballo	Construction et équipement de la case de santé
10	20/10/2004	KDVL-IE047-04	KD	VL	Saré Djigui	GIE des Producteurs	Construction et équipement de la case de santé
11	20/10/2004	KDVL-IE048-04	KD	VL	Saré Méta	GPF Wakkilaré	Construction et équipement de la case de santé
12	20/10/2004	KDVL-IE049-04	KD	VL	Thianfara Koba	GIE Bamtaré	Construction et équipement de la case de santé

**REGION DE KAOLACK**

	Date signature	Code du MP	Région	Département	Village	Nom de l'OCB	Nature du Micro Projet
1	19/05/2003	KKKA-IE001-02	KK	KA	Port Ndrané	GIE Bok Sant Yalla	Construction et équipement de la case santé
2	19/05/2003	KKKA-IE002-02	KK	KA	Méo Ndiobène	GIE Bantaaré	Extension et équipement case santé
3	22/11/2003	KLMY219/IE-01/03	KL	LS	Touba Aly Mbenda	GIE Kawsara Fall	Construction et équipement case santé
4	22/11/2003	KLMY219/IE-02/03	KL	LS	Yetty Kaye	GIE Yetty Kaye	Construction et équipement case santé
5	22/11/2003	KLMY219/IE-10/03	KL	LS	Darou Salam Ngueuyène	GIE Sinthiou Rame	Construction et équipement case santé
6	22/11/2003	KLMY219/IE-11/03	KL	LS	Coura Mouride	GIE Bokk Jomm	Construction et équipement case santé
7	11/12/2003	KLMY216/IE-19/03	KL	MY	Hanène	Section Villageoise GIE des Jeunes de Sare Sam Niangha	Construction et équipement case santé
8	11/12/2003	KLMY219/IE-21/03	KL	LS	Sare Sam Niangha	GPFand Suxali Escale	Equipement poste de santé
9		KLKA/IE-006/04	KL	KA	Koungheul Escale	GIE Kasewo	Construction garderie communautaire + case nutritionnelle
10		KLKA/IE-008/04	KL	KA	Koungheul Ville	GIE Wakeur Serigne	Construction et équipement case santé
11		KLKA/IE-013/04	KL	KA	Touba Darou Salam	Saliou	

## REGION DE FATICK

	Date signature	Code du MP	Région	Départ	Village	Nom de l'OCB	Nature du Micro Projet
1	17/05/2003	FKFD-ASSB001-02	FK	FD	Foundiougne	Association des relais de Foundiougne	Equipement en matériels des relais de santé
2	17/05/2003	FKFD-ASSB002-02	FK	FD	Diossong	Association des relais de Diossong	Equipement en matériels des relais de santé
3	09/06/2003 29/11/2003	FKFD-IE001-02	FK	FD	SOROM	GIE de SOROM	Construction et équipement d'une case de santé
4	30/06/2004 02/02/2005	FKFD IE 029/03	FK	FD	Passy Ndinderling	Association Villageoise Deggo	Construction et équipement d'une case de santé
5	30/06/2004 14/03/2005	FKFD IE 042/03	FK	FD	Keur Elimane	GIE Takku Ligcy	Construction et équipement d'une case de santé
6	30/06/2004 01/02/2005	FKFD IE 045/03	FK	FD	Ndiongone Ndiack	GIE Entente	Construction et équipement d'une case de santé
7	30/06/2004 14/03/2005	FKFD IE 046/03	FK	FD	Lérane Sambou	GIE Lérane Sambou	Construction et équipement d'une case de santé
8	05/08/2004 01/02/2005	FKFD IE 047/03	FK	FD	Thiamène Diogo	GPF Bock Xol	Construction et équipement d'une case de santé
9	30/06/2004 01/02/2005	FKFD IE 053/03	FK	FD	Mbambougar Malick	GPF Booku Jom	Construction et équipement d'une case de santé
10	30/06/2004 02/02/2005	FKFD IE 057/03	FK	FD	Keur Sény Guèye	GPF Jooko	Construction et équipement d'une case de santé

**REGION DE LOUGA**

	Date signature	Région	Département	Code du MP	Village	Nom de l'OCB	Nature du Micro Projet
1	21/05/2003	LG	LJ	-2	Danthialy	Groupement Dioubo	Construction et équipement case santé
2	29/10/2003	LG	KE	-2	Tébène 2	GIE « JOKKERE ENDAM »	Construction et équipement case santé
3	05/01/2004	LG	LG	-3	Bokinédo (Syere 1)	GPF de Bokinédo	Construction et équipement case de santé
4	05/01/2004	LG	LG	-3	Keur Ndary	GIE Keur Ndary	Construction et équipement case de santé
5	05/01/2004	LG	LG	-3	Malla	ASC Diarbane	Construction et équipement case de santé
6	05/01/2004	LG	LI	####	Gasset wolof	Ass Parents d'Elèves	Construction et équipement case de santé
7	30/04/2004	LG	KE	-3	Ndam Ndam Peulh	GIE Pinal E Golle	Construction et équipement case de santé
8	30/04/2004	LG	KE	-3	Gouye Ségue	GIE Dan Sa Doley	Construction et équipement case de santé
9	30/04/2004	LG	KE	-3	Toro Bèye	GPF Jappo Liggéey	Construction et équipement case de santé
10	30/04/2004	MT	RN	-3	Lougrè Thiolly Fafabé II	Bamtaaré Kawral Fafabé II	Construction et équipement case de santé