

15080



Rapport d'étude qualitative

« Guinée, Mali, Mauritanie, Sénégal »

Rédigé par Dr Mouhamed Ahmed Badji,

Enseignant-Chercheur, Socio-anthropologue, UCAD

Sous la supervision de Pr Babacar Faye, Pr Adama Faye & Pr Roger Tine

FMPOS, UCAD

2022

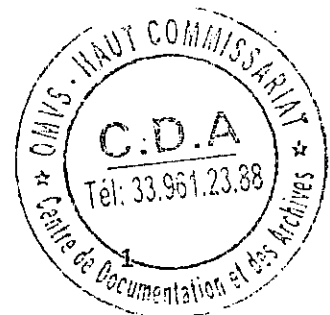
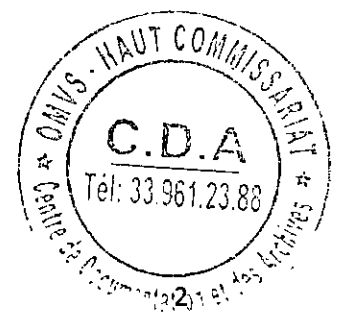


Table des matières

Contents

Table des matières	2
Liste des contributeurs.....	3
Liste des sigles et abréviations	4
Introduction	5
Méthodologie.....	5
Bilan de la collecte :	11
Activités réalisées dans le cadre du PGIRE 2 dans les différents pays : stratégies et pratiques dans les districts	12
Difficultés rencontrées et faiblesses du PGIRE 2.....	16
Analyse des forces du PGIRE 2	Erreur ! Signet non défini.
Pérennisation et durabilité du projet.....	20
Leçons apprises	22
Recommandations	24
Synthèse des recommandations générales de l'évaluation qualitative	26



Liste des contributeurs

- ✚ Mouhamadou Djim Gaye, département de Sociologie, Doctorant en Anthropologie de la Santé, UCAD
- ✚ Mame Cheikh Diop, département de Sociologie, doctorant en Anthropologie de la Santé, UCAD
- ✚ Philippe Ndéné Ndiaye, doctorant en Anthropologie de la Santé, UCAD
- ✚ Aminata Ba, département de Sociologie, Master II en Anthropologie de la Santé, UCAD

Liste des sigles et abréviations

ACS : Acteur Communautaire de Santé

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

DHIS 2 : District Health Information Software 2

DR : District de recensement

DSDOM : Dispensateur de soins à domicile

DSISS : Division de Système d'Information Sanitaire et Social

ICP : Infirmier chef de poste

JLS : Journées Locales de Supplémentation en vitamine A

MTN : Maladies Tropicales Négligées

MCD : Médecin Chef de District

MIJ : Mortalité Infanto Juvénile

MILDA : Moustiquaire Imprégnée à Longue durée d'action

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGPHAE : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage

SF : Sage-femme

SNIS : Système National D'information Sanitaire

SPC : Suivi et Promotion de la croissance

Introduction

Le présent rapport revient principalement sur la mise en œuvre de la « sous composante Santé » du PGIRE 2. Il donne la parole aux professionnels de santé et aux acteurs clés institutionnels de cette mise en œuvre, et s'appuie sur les expériences, les perceptions et les leçons apprises dans les 4 pays que sont la République de Guinée, le Mali, la Mauritanie et le Sénégal.

Ce rapport répond principalement à trois besoins :

1. Le besoin de connaissances scientifiques actuelles, basées sur une approche compréhensive, de la mise en œuvre des activités de santé du PGIRE 2;
2. Le besoin de comprendre et de restituer le point de vue des professionnels sur le PGIRE 2, ses points forts et ses points faibles ;
3. Le besoin de recommandations formulées par les professionnels de santé et les acteurs clés, par retour d'expérience.

L'OMVS en charge de la bonne réalisation du PGIRE 2 a sollicité l'appui d'une équipe de chercheurs, médecins, statisticiens et socio-anthropologues, pour réaliser cette évaluation compréhensive sur la mise en œuvre des activités par pays.

Cette recherche évaluative a pour objectif d'aider les parties prenantes (Etat, institutions, professionnels et communautés) à comprendre les réalités de la mise en œuvre, capitaliser les leçons apprises et les bonnes pratiques, formuler les recommandations et éclairer les décisions futures.

Méthodologie générale de l'évaluation finale

Type d'étude

Ceci est une évaluation finale externe. La méthodologie utilisée pour réaliser cette évaluation est basée sur une approche qualitative.

Lorsqu'il est question d'apporter des preuves scientifiques robustes permettant de formuler des recommandations aux décideurs politiques en matière de soins de santé, des institutions se basent généralement, de manière privilégiée, sur les meilleures données disponibles. Ces données sont bien souvent de type quantitatif : épidémiologiques, enquêtes ménages, essais cliniques contrôlés, etc.

Toutefois, force est de constater que la recherche basée sur les données statistiques probantes ne donne pas toujours des réponses adéquates par rapport à plusieurs problématiques identifiées. Une autre de ses limites, c'est que parfois, soit aucune explication approfondie et administrée par la preuve n'est possible, soit les données disponibles ne sont pas sensibles aux contextes, aux ressentis des personnels de soins, usagers et des patients.

Si dans un passé récent les recherches qualitatives étaient souvent considérées comme ayant peu de valeur (Nelson, 2008), il faut avouer aujourd'hui qu'elles acquièrent plus de place dans l'aide à la décision et la formulation de politiques de santé. Comme avantages comparatifs, elles permettent de comprendre les expériences personnelles et d'expliquer certains (aspects de) phénomènes sociaux tels que les perceptions d'une situation pouvant orienter le recours aux soins, les rationalités des itinéraires thérapeutiques, les connaissances sur la santé et la maladie, etc.

Les Méthodes de Recherche Qualitatives (MRQ) peuvent donc valablement éclairer et renforcer la capacité des décideurs, ou de toute personne désirant intervenir dans le système de soins de santé, à bien comprendre les besoins des usagers et prestataires en soins de santé et à les intégrer lors de la formulation des recommandations adressées aux gestionnaires du programme. C'est exactement ce pourquoi nous en faisons usage dans cette enquête.

La collecte de données qualitatives prend de nombreuses formes, mais les entretiens et l'observation sont parmi les plus utilisées, peu importe la tradition théorique du chercheur (Kohn and Christiaens 2014). Dans le cadre de cette enquête, nous avons eu recours aux entretiens individuels approfondis pour échanger avec les acteurs institutionnels, les professionnels de santé et les acteurs communautaires.

Méthodes et techniques utilisées dans la recherche

Par souci d'efficacité, l'approche de l'étude évaluative a été mixte, faisant appel à deux méthodes complémentaires à savoir la méthode quantitative et qualitative. La partie qualitative a consisté en des enquêtes sur différents sites de recherche dans les quatre pays pendant 15 jours

La simultanéité de la collecte dans les différents pays a permis de garantir une base de données cohérentes et qui autorise des analyses croisées et une lecture comparative des perceptions et des ressentis des informateurs.

L'approche qualitative reste primordiale pour déterminer les dimensions profondes et la rationalité des acteurs clés. Les données collectées avec une approche qualitative sont très riches en enseignements.

Les techniques d'enquête qualitative constituent des outils privilégiés pour analyser de façon fine les attentes et les attitudes, comportements et pratiques des groupes cibles à travers le discours individuel et/ou collectif mais aussi l'observation de leur vie quotidienne. Elle a consisté en une enquête ethnographique de terrain basée sur les entretiens individuels et les observations directes. Les techniques qui ont été utilisés sont :

- L'entretien semi-directif approfondi : permet la production de discours dans lequel les acteurs expliquent et justifient leur opinion, leurs perceptions sur le musée mémorial, les pratiques, etc.
- L'observation directe : elle a nécessité l'implication directe dans la vie des acteurs pour comprendre de « l'intérieur » leur quotidien, leurs attitudes, leurs comportements et pratiques. Elle a été menée au moment des entretiens et s'est poursuivie jusqu'à la fin de la mission.
- La revue des documents disponibles au niveau des structures concernées: La revue documentaire s'est basée sur les rapports et documents disponibles et détenus par les professionnels et les acteurs clés.

Les données de recherche présentées ici sont qualitatives. Elles reposent sur des approches compréhensives et empathiques qui permettent ici de saisir les vécus et les émotions, les expériences et les perceptions des informateurs clés. Cela implique de chercher à porter une attention particulière aux perceptions, aux pratiques, aux attitudes et expériences.

Dans cette recherche, le facteur humain a été central dans l'identification, la compréhension et l'analyse des déterminants socioculturels et structurels dans la mise en œuvre du PGIRE 2.

Traitement et validation des données : saturation et triangulation

Les données collectées au niveau des différents sites et groupes stratégiques ont fait l'objet d'un traitement avec deux niveaux de filtres, afin d'éviter les biais dans la restitution et l'analyse préliminaire des données. Un premier traitement a été opéré au niveau individuel, notamment

organisé dans des carnets/canevas de terrain dont chaque chercheur a été doté durant la formation. Ces données ont permis de cibler les personnes ressources pour réaliser les entretiens individuels approfondis. Un second niveau de traitement de données a été collectif, à travers des débriefings journaliers de l'équipe, permettant aux enquêteurs de discuter, ensemble des données à approfondir avant la fin de l'étude.

La fréquence journalière de ces restitutions vise à assurer :

- **L'amélioration continue de la production et de la qualité des données** : En partageant en temps réel les difficultés rencontrées, en interrogeant et en corrigeant les défauts éventuels des pratiques des membres de l'équipe, la qualité des données collectées a été améliorée et les bonnes pratiques de collecte ont été mutualisées.
- **Traitement et identification en continu de (nouvelles) pistes de recherche** : Dans le même temps, ces débriefings ont permis d'identifier des points d'intérêt et de retourner rapidement sur le terrain pour compléter les informations mobilisées et ainsi disposer de verbatims, d'études de cas, de schémas et de photos qui alimentent les typologies et les cadres d'analyse qui sont ainsi progressivement affinés. Le rythme journalier des mises en commun permet une production itérative des savoirs. Il contribue à identifier, en continu, de nouvelles problématiques et de nouveaux cadres d'analyse qui permettent de décentrer le regard et de renouveler les angles de lecture des phénomènes observés.
- **La validation des données** : Ces débriefings permettent une saturation plus rapide par le partage de données de terrain tout comme la confrontation des points de vue et des analyses, contribuant à une validation de ces données par différentes formes de triangulation, par comparaison entre groupes stratégiques, sites, source, etc.

Sites d'enquêtes

Les enquêtes ont été menées dans les quatre pays et selon les régions/districts ciblées auparavant avec les parties prenantes de l'évaluation.

Pays	District 1	District 2	District 3
République de Guinée	Mamou	Siguiri	Mali
Mali	Bafoulabé	Kayes	Kita
Mauritanie	Bogué (Brakna)	Kaédi (Gorgol)	OuldYengé (Selibaby)
Sénégal	Saint-Louis	Matam	Tambacounda

L'équipe chargée de collecter les données qualitatives a procédé par des choix raisonnés et a privilégié une approche souple, consistant à se rendre aux domiciles ou lieux de travail des personnes ressources, ou en réalisant les entretiens téléphoniques, selon leurs convenances.

Population d'étude, échantillonnage, et personnes ressources ciblées

Les informations ont été collectées sur ces sites en prenant en compte la diversité de positions / représentations / d'acteurs autour des objets qui sont au cœur de l'étude. Pour ce faire, nous avons cherché à prendre en compte les points de vue de différents « groupes stratégiques » (Bierschenk et Olivier de Sardan 1994). Ceux-ci ont été retenus également en fonction des objectifs de l'évaluation.

En résumé, nous avons identifié plusieurs groupes stratégiques en fonction des réponses recherchées :

- Les régions médicales
- Les districts sanitaires
- Les points focaux PGIRE 2 (niveau national et régional)
- Les points focaux programmes (MTN et PNLP)
- Les Staff OMVS
- Les acteurs de la mise en œuvre (Professionnels de santé ; agents d'AEC ; acteurs communautaires).

Contraintes de la recherche et limites de l'analyse

On retiendra ici les contraintes majeures. Principalement nous souhaitons revenir sur deux contraintes : les lenteurs administratives (l'envoi des lettres d'information) avant l'arrivée de l'équipe sur le terrain ; la temporalité de l'étude ; la disponibilité des personnes ressources.

1. Les lenteurs administratives

Comme dans toute enquête, les réactions des personnes ressources face à une équipe de chercheurs restent conditionnées par les perceptions négatives sur les enquêtes et les enquêteurs. Tantôt, c'est des réticences qui sont manifestées par rapport aux autorisations nécessaires et à la finalité de l'étude. Tantôt c'est l'absence d'information via un canal hiérarchique formel. Les refus et les obstacles sont alors à comprendre comme un espoir d'attirer l'attention des autorités sur l'importance d'informer et sur éventuellement le rôle que peuvent jouer les professionnels de santé dans la délivrance de l'information utiles aux promoteurs des « projets ».

Fort Heureusement, les coordinations pays ont pu réagir à temps et faire les relances nécessaires afin que les lettres soient transmises. En outre, les équipes ont su faire un travail d'explications et de recueil de consentement, souvent long et patient, qui a facilité l'instauration d'un climat de discussion plus neutre qui conduit à abandonner les « réponses normatives », pour arriver aux propos objectifs et aux avis réels des interlocuteurs. La présence des mêmes assistants de recherche dans les sites au fil de différentes phases d'enquête a permis de régler une grande partie de ces problèmes et de lever les équivoques.

2. La temporalité de l'étude

Il s'agit principalement de la période d'enquête (2022) qui ambitionne d'évaluer des activités tenues depuis 2014 date du début du projet et dont la plupart a eu lieu entre 2016 et 2020. De fait, au niveau du personnel de santé trouvé sur les sites d'enquêtes, les « informations ignorées » ou non disponibles sont une difficulté de taille à laquelle il a fallu faire face. Les informations utiles, parfois détenues par des professionnels en situation de mobilité, sont parcellaires. Le recours aux entretiens téléphoniques a cependant aidé à combler certains gaps et retrouver, grâce à la stratégie « boule de neige », quelques personnes ressources. Le fait que ces informations ne soient pas rendues disponibles et visibles par les professionnels qui ont mis en œuvre permet de comprendre le contexte et le climat social de réticence que les équipes ont vécus lors de la mission de collecte de données sur le terrain.

3. La disponibilité des personnes ressource

En lien avec la temporalité, la disponibilité des personnes ressource a aussi été un obstacle. Si certains ont été affectées dans d'autres districts, d'autres ont été en mission, en déplacement sur le terrain ou en voyage. Au Sénégal, la grève du Syndicat *Andd Geusseum* (tentative de

traduction littérale : secouer ensemble) a beaucoup perturbé la collecte des données, car les personnels ont observé plusieurs jours avec un service minimum et rétention des données.

Bilan de la collecte

En République de Guinée, nous avons réalisé 28 entretiens individuels approfondis avec les directions régionales et les équipes de district.

Au Mali, nous avons réalisé 16 (16) entretiens individuels approfondis avec les équipes régionales et de district.

En Mauritanie, au total, 29 (29) entretiens individuels approfondis ont été faits avec différents intervenants des régions et du district.

Au Sénégal, 19 (19) entretiens individuels approfondis ont été réalisés avec les équipes régionales et les équipes cadres de District, les personnels des postes de santé ainsi que les acteurs communautaires.

Comme dans les procédures d'enquête normale, la démarche de collecte de données a été itérative : les séries d'entretiens, d'observations etc. sont arrêtées sur chaque thème lorsque nous arrivons à saturation, c'est-à-dire que nous avons épuisé toutes les pistes identifiées pour explorer le sujet et que les entretiens conduits ne nous apportent plus de données/pistes nouvelles.

Présentation des résultats de l'évaluation

Cette partie analytique reprend les constats généraux fait sur le terrain concernant les 4 pays. Elle s'articule autour de 4 chapitres. Dans le premier, elle revient sur les activités réalisées dans les différents pays. Dans le deuxième, elle propose une analyse des points forts et des difficultés rencontrées par les acteurs clés de la mise en œuvre. Dans le troisième chapitre, elle synthétise les leçons apprises de la mise en œuvre. Enfin, les recommandations formulées par les différentes parties prenantes sont présentées dans le dernier chapitre.

Activités réalisées dans le cadre du PGIRE 2 dans les différents pays : stratégies et pratiques dans les districts

Dans tous les pays, en général, les mêmes activités ont été déroulées. Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, il s'agit de la distribution de MILDA. Au total, près de 1.125.000 moustiquaires ont été distribuées dans chaque pays, en deux campagnes. Ces campagnes sont précédées et suivies par des activités de communication et de sensibilisation pour faciliter l'appropriation et l'usage des MILDA. De ce qui ressort des entretiens réalisés, les activités mises en œuvre peuvent être regroupées comme suit :

- ✓ Caravane de communication
- ✓ Communication de proximité (visites à domicile ; causeries ; VAD)
- ✓ Supervision des acteurs communautaires et des DSDOM
- ✓ Formation de suivi post-formation (au niveau des structures sanitaires)
- ✓ Evaluation des indicateurs à la fin d'année le nombre de cas de paludisme (ex : de janvier 2021 à Décembre 2021)

Dans le cadre la lutte contre les Maladies tropicales négligées, il s'agit de campagne de distributions de masse pour les médicaments et des campagnes de sensibilisation. Concernant les campagnes, il y a eu des campagnes périodiques répétées de 3 ou 4 jours.

- Campagne de masse (au niveau scolaire) :
- Campagne périodique (06-10 décembre 2021) :
- Traitement de masse MTN (par exemple, au Sénégal, 05 passages successifs par campagne ; dans tous les pays, campagne de masse au niveau scolaire, dans les daaras et au niveau communautaire ; distribution des médicaments à partir de points fixes de distribution daaras et écoles)
- Traitement de Schistosomiase/Bilharziose/Shisto

○ Sensibilisation au niveau communautaire

D'autres activités sont aussi mises en œuvre pour accompagner et assurer l'atteinte des objectifs dans la lutte contre les MTN

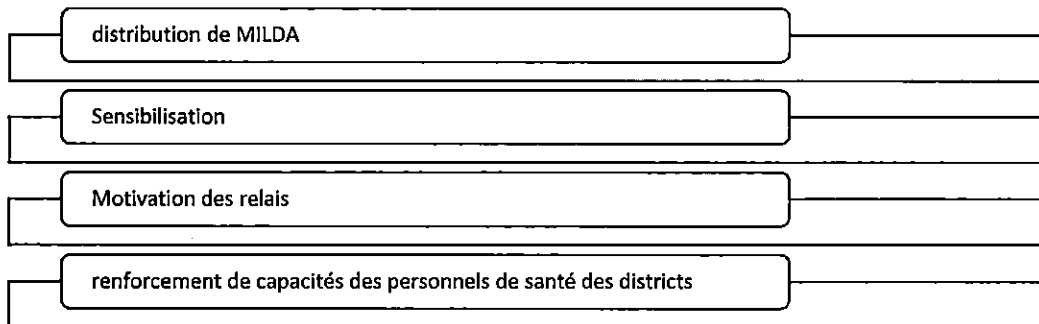
- Formation des prestataires
- Supervision des acteurs communautaires
- Formation de suivi post-formation (au niveau des structures sanitaires)
- AID (Assistance Santé à Domicile)

Dans la nomenclature des interventions, l'OMVS a travaillé avec les programmes et les Agences d'exécution pour dérouler ses activités. Les deux graphiques qui suivent permettent d'avoir une vue synoptique des rôles clés joués par chaque catégorie d'acteurs dans les différents pays.

Activités réalisées et rôle dans le cadre du PGIRE 2



Activités réalisées et Rôles clés des AEC



Dans les différents pays, les acteurs clés et les AEC se sont entendus sur des approches communes qui permettent de coordonner les activités dans les différents domaines couverts par le programme. Les pratiques de mise en œuvre, surtout en ce qui concerne le paludisme, sont harmonisées avec les plans stratégiques nationaux.

Une constante est que dans la mise en œuvre des activités, la stratégie utilisée la plupart du temps est l'approche par les acteurs communautaires qui ont en charge la communication de proximité pour persuader la population de l'utilité des MILDA. Ils vont auprès des notables comme l'Imam, le Prêtre, le sage du village pour avoir une porte d'entrée afin de faciliter leur travail. Ceci permet non seulement de communiquer avec la population mais aussi de faire passer le message.

La région médicale fait un suivi de près sur le terrain pour mener les activités surtout de communication en étroite collaboration avec les acteurs locaux.

“oui ! Vraiment l'organisation que nous mettons en place pour dérouler les campagnes nous permet vraiment surtout les comités de suivis où y'a l'ensemble des acteurs quand vous prenez un comité de suivi au niveau d'un poste ce sont les chefs de village les chefs de quartier les imams donc quand il y'a un problème ce sont ces personnes-là qui les prennent en charge et qui gèrent. Maintenant même nous souvent ils servent de trait d'union entre nous et la population s'il y'a une difficulté s'il y'a un cas de refus par exemple on fait appel à l'imam ou au chef de quartier au directeur d'école pour gérer ces petits boulots.”
ESS_SSP_SAINTE-LOUIS_RÉGION_MÉDICALE

Concernant les MTN également, l'approche communautaire a été mise en avant, en impliquant des personnes ressources de la communauté (enseignants, chefs religieux, maîtres coraniques, notables...) :

« Comme stratégie nous avons adopté la stratégie porte à porte. Il y avait des points fixes de distribution dans les daaras. Au niveau, il y a les enseignants et chaque enseignant doit distribuer des médicaments à ses élèves. Le médicament du praziquantel est donné en fonction de la taille. Nous avons fait des activités préparatoires, il y a eu une micro planification. Il y a eu une orientation des enseignants. » ESS_Pointfocal_MTN_PGIRE2_Matam.

Lors des entretiens, nous nous sommes rendu compte que les activités réalisées sont les mêmes dans les différentes zones. Cependant, il est à noter qu'il y a des différences mineures dans leur approche.

Selon les acteurs clés, les activités étaient pertinentes dans la mesure où, elles permettaient d'atteindre les cibles, de faire passer le message et de préparer la population à recevoir les MILDA pour se protéger du paludisme. Pour ce qui est des MTN, le même constat a été fait. Le programme PGIRE 2 a été pertinent dans son approche et surtout par le fait qu'il ait ciblé les MTN, domaine dans lequel les partenaires sont très rares alors que c'est un réel problème des communautés qui vivent autour du Fleuve Sénégal.

Sur le terrain, les acteurs s'accordent que de bons résultats sont atteints et sont observables au niveau des communautés. Par exemple :

- La baisse des cas de réticence ou de refus de traitement ;
- La prise de conscience de la nécessité d'utiliser la moustiquaire
- L'amélioration des pratiques de gestion de l'environnement
- Une meilleure précocité de recours aux soins, entre autres.

« Pour ce qui est du recours précoce aux soins, il y'a eu des améliorations mais est-ce que c'est quelque chose directement lié à la communication, on peut dire oui mais comme s'il y'a une amélioration de la couverture cela peut aussi impacter sur le recours précoce aux soins. » Informateur clé, région médicale de Saint-Louis, Sénégal.

Pour l'heure, les campagnes de distribution de MILDA semblent encore plus performantes que les campagnes de MTN même si, selon les informateurs clés, les objectifs sont généralement atteints.

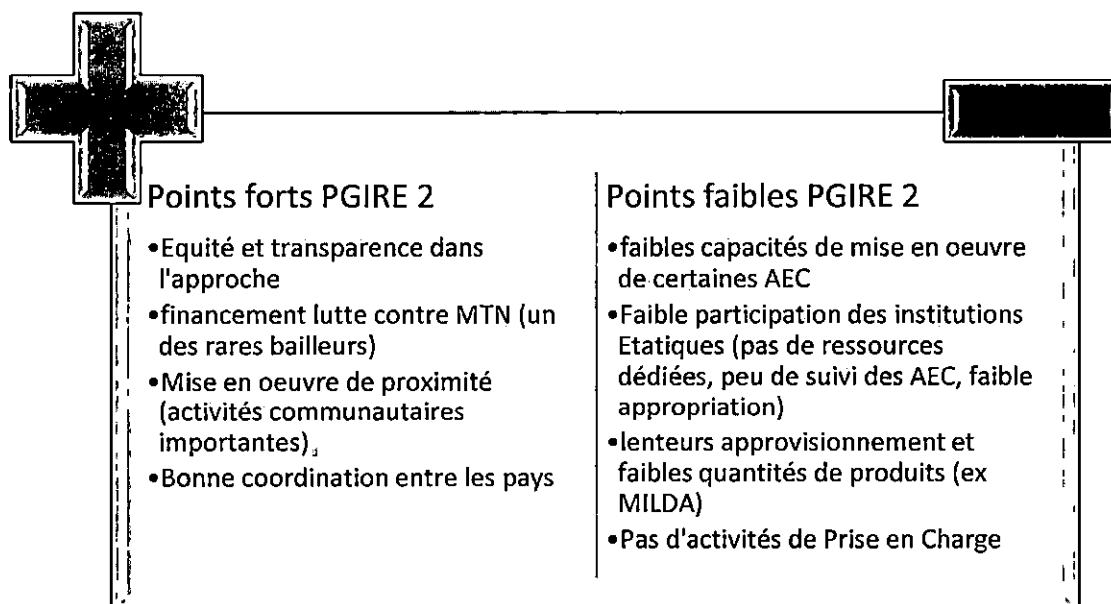
« oui, pour la campagne des MILDA, les gens adhèrent parce qu'on les donne MILDA, là où nous avons des difficultés c'est dans les campagnes MTN, pour les trois dernières années 2019, 2020 et 2021 nous avons eu une couverture performante. »

Il est encore difficile d'indiquer que ce sont les activités du PGIRE 2 qui sont à l'origine du changement de comportement, étant donné la multitude d'interventions de certains partenaires, notamment en ce qui concerne la lutte contre le paludisme. Pour les personnes ressources, même si ce n'est pas le plus important, il faut reconnaître que les activités mises en œuvre ont contribué à changer la donne, à faire de bonnes performances et à sauver des vies.

Points Forts, difficultés rencontrées et faiblesses du PGIRE 2

Les entretiens réalisés au niveau des différents pays nous ont permis de relever des forces et des faiblesses liées au PGIRE 2. Nous tentons ici de les systématiser et d'en présenter une synthèse dans le graphique ci-après :

Analyse des points forts et des points faibles du PGIRE 2



Analyse des forces du PGIRE 2

Le programme PGIRE 2 a, malgré toutes les difficultés évoquées par les parties prenantes, plusieurs points forts qui méritent d'être soulignés dans cette évaluation. Nous mettons en exergue les suivants :

- Disponibilité et engagement des différents acteurs dans la lutte contre les MTN et le paludisme.
- La disponibilité des intrants (surtout pour les MTN)
- Quantité suffisante des médicaments (MTN)
- Supervision de l'équipe cadre du district (CU-MILDA)
- Implication des enseignants dans la mise en œuvre et la supervision (MTN)
- Couverture des adultes à risques lors de la distribution (MTN)
- Prise en charge des cas de MTN (via des opérations chirurgicales gratuites au Sénégal)
- L'approche préventive au niveau communautaire

« Les points forts c'est par rapport à la prise en charge des cas et la prise en charge, quand on rentre dans le cadre des campagnes de masse qui sont dans un volet préventif parce qu'on c'est que les MTN entraînent beaucoup de complications et que les complications peuvent entraîner de morbidité. Donc si on investit davantage dans la prévention et c'est ce qui a été fait je pense qu'il aurait moins de complications liées aux maladies. » ESS_Point Focal MTN_PGIRE2

- Engagement au niveau opérationnel : bon déroulement des activités (CU-MILDA).

Analyse des difficultés et points faibles du PGIRE 2

Les activités déroulées dans les différents pays ont permis d'atteindre des résultats satisfaisants, selon les différents acteurs interrogés. Cela dit, un certain nombre de difficultés ont surgi durant la mise en œuvre et ont entravé l'atteinte de résultats optimaux. Concernant les maladies couvertes par le PGIRE 2, quelques contraintes majeures ont été soulignées :

- Manque de financements ;
- Insuffisance de Ressources humaines qualifiées et bien formées ;
- Eloignement des structures de santé ;
- Mobilisation des acteurs et de toutes les parties prenantes au niveau communautaire

- Insuffisance budgétaire :

« On menait les activités mais il y avait des difficultés, la plupart des difficultés tournaient autour du financement. Je suis là depuis 2007, j'ai participé à beaucoup de campagnes de masse mais ce qu'on rencontrait le plus souvent était des problèmes avec le budget. Les financements étaient toujours faibles par rapport à ce qui a été planifié/ Quand on parle de campagne on sait qu'il y a beaucoup de moyens à mobiliser aussi bien que les ressources humaines et financières, il faut avoir un budget conséquent par rapport à ce qui est planifié pour pouvoir dérouler l'activité correctement. En général, les médicaments ne manquaient pas mais c'était juste des problèmes liés à la logistique ». ESS_Point Focal MTN_PGIRE2

- Les dates choisies et/ou périodes de campagne (qui coïncide avec les travaux champêtres, soit avec l'hivernage) :

« Au-delà du financement la période choisie, d'habitude se déroulent les campagnes en fin d'année surtout fin décembre. On s'était rendu compte en ce moment que les campagnes coïncident avec les travaux champêtres on ne trouvait pratiquement personne au niveau des villages concernées. Pour la majeure partie des villages, les gens sont au niveau des champs en train de récolter. C'était une difficulté majeure pour atteindre la cible allouée. »
ESS_Point Focal MTN_PGIRE2

- Evaluation des activités :

«... Il y a eu beaucoup de difficultés qui ont été notées surtout lors de l'évaluation des activités, (...) la mobilisation des acteurs communautaires parce qu'il y a un nombre important qui est utilisé. Quelque fois, les infirmiers chefs de poste ont des difficultés à rassembler les acteurs communautaires vu les critères qui sont mis en place pour la sélection de ces acteurs communautaire »; ESS_Point Focal paludisme_PGIRE2

D'un point de vue spécifique, concernant chaque programme de lutte, des difficultés ont été mises en exergue. Par exemple, lorsqu'on examine les difficultés spécifiques à la lutte contre les MTN dans le cadre du PGIRE 2, celles suivantes sont évoquées :

- Les cas d'effets secondaires entraînant des cas de refus lors des prochains passages :

« Il y a eu des cas d'effets secondaires surtout avec le prazyquantel les gens le prenaient sans manger. Il a créé des vomissements et cela à entrainer le refus pour les passages qui suivaient. » ESS_Point Focal MTN_PGIRE2

- Mise en place des intrants (au niveau des districts)

« ...Aussi, il y'a, souvent, le retard des fonds et au niveau des postes de santé qui est notée mais, également, la mise en place des intrants au niveau du district qui souvent nous pose problème dans la mise en œuvre des activités » ESS_Point Focal paludisme_PGIRE2.

- Une réticence des parents et des *serignes* Daaras sur la prise des médicaments (parent d'élèves).

« Nous avons rencontré des difficultés parce que nous avons ciblé des écoles, il y avait des parents qui refusaient qu'on donne des médicaments à leurs enfants. » ESS_PointFocalMTN_PGIRE2

- Un manque d'informations sur le mode d'emploi des médicaments :

« Les campagnes passées nous avons eu des problèmes parce qu'il y avait des élèves qui avaient pris des médicaments sans manger. Ils ont eu des complications et on les a transférés ici. Après ça, nous avons renforcé la sensibilisation, on les a aussi convoqués lors de la mise en œuvre. On avait convoqué des enseignants et ils devaient participer à la formation préparatoire. On les a sensibilisés, lorsqu'ils sont partis, ils ont aussi partagé les informations comme le fait qu'il ne faudrait pas prendre les médicaments sans manger. » ESS_PointFocal_MTN_PGIRE 2

- Une date de péremption parfois très proche (ce qui laisse peu de marge de mise en œuvre)
- Manque de formation des points focaux MTN
- Retard de Financement
- Absence de formation pour les MTN
- Pas d'activités spécifiques pour les MTN
- Absence de communication
- Absence de partenaire (MTN)
- Insuffisance de partenaires (MTN)
- Insuffisance budgétaire
- Faibles moyens logistiques

« Il n'y a pas beaucoup d'activités pour les MTN si on prend un autre programme comme le paludisme qui a beaucoup de moyens qui sont mis en œuvre ceci pourrait expliquer cela.

Comme il n'y a pas beaucoup de partenaires qui s'engagent dans la lutte contre les MTN cela peut nous amener à rencontrer beaucoup de cas. » ESS_Point Focal MTN_PGIRE2

Lorsqu'on évoque dans les entretiens les difficultés liées à la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme, il ressort la liste suivante :

- Problème de déplacement des MILDA (au niveau des postes de santé)
- Problème de stockage
- Rupture des MILDA
- Période des activités qui coïncide avec l'hivernage (inaccessibilité de certaines zones)
- Non utilisation des MILDA :

« des difficultés on en a rencontré par rapport aux réticences car la plupart des MILDA étaient distribuées mais n'étaient pas utilisées à destination. Ils étaient utilisés pour les habitats, les gens ne se couchaient pas à l'intérieur des MILDA. Ils les prenaient mais ils ne les mettaient pas dans leur couchage. Ce sont les deux problèmes rencontrés : la non utilisation des MILDA et le détournement d'objectif. » ESS_Ancien_SSP_PGIRE2

- La distribution des MILDA (forte demande par rapport à l'offre)
- Le paiement des relais
- Absence de formation pour le Paludisme

Pérennisation et durabilité du projet

Les entretiens réalisés ont aussi porté sur l'aspect de la pérennisation des acquis du programme. Concernant la lutte contre le paludisme, l'aspect pérennisation semble déjà bien prise en compte par le fait que les PNLP ont une certaine expérience dans la gestion de la lutte. Par contre, concernant la lutte contre les MTN, la pérennisation semble poser problème du fait de plusieurs facteurs que voici :

- rareté de partenaires financiers (pratiquement l'OMVS est le seul dans plusieurs pays)
- Faible implication des Etats dans le financement direct des programmes MTN
- Faible capacitation des personnels de santé et des acteurs communautaires
- L'accent mis sur la prévention et non la prise en charge ou la gestion de l'environnement (tant que l'environnement sera infesté, les MTN seront là).

De fait, les personnes ressources ont proposé quelques éléments clés pour favoriser la pérennisation à savoir :

- La coordination à tous les niveaux,
- La décentralisation des financements au niveau des régions,
- Une meilleure implication des Etats et de leurs programmes dans le suivi des AEC et l'évaluation de leurs activités (pour en mesurer les effets/impacts réels)
- S'appuyer sur les structures étatiques décentraliser pour avoir des répondants beaucoup plus proches des zones d'intervention et de façon durables (les AEC peuvent cesser leurs activités à tout moment)

« Les gens doivent être beaucoup plus impliqués, imprégnés. C'est cela qui fera que le projet puisse continuer davantage. Donc il faudrait un représentant au niveau régional, qu'il ait quelqu'un qui représente le projet. Cela va nous permettre nous qui sommes en difficulté pour se rapprocher de lui, s'il y a une réunion de coordination on l'invite. Cela va nous permettre de mieux connaître le projet et de pouvoir mettre en œuvre les activités. »
ESS_Point Focal MTN_PGIRE2

- Egalement, il faut que les objectifs du programme répondent à la préoccupation de la population ;
- Il faut aussi un accompagnement suffisant pour motiver les acteurs, surtout les acteurs communautaires.
- S'appuyer régulièrement sur les ressources locales :

« Pour les recommandations je pense qu'il faut assurer un financement continue par rapport aux besoins, essayer de mettre en place quelque chose qui pourra accompagner le projet pour qu'il ait une pérennité. Pour les ressources humaines je ne connais pas les domaines de compétences du projet je ne sais pas s'il y a un recrutement et si tel est le cas il faut aider dans ce sens à défaut prendre les ressources qui sont au niveau local pour qu'ils puissent s'approprier davantage du projet. » ESS_Point Focal MTN_PGIRE2

- Faire des campagnes en permanence
- Mobiliser régulièrement des fonds en diversifiant les partenaires (l'OMVS pourrait porter le plaidoyer auprès des Etats et d'autres partenaires)

« Pour la pérennisation du projet il faudrait une coordination à tous les niveaux, cela veut dire quand un projet s'installe et que le bureau se limite uniquement à Dakar il y aura des obstacles pour le bon fonctionnement. Il faudrait décentraliser au niveau des régions peut-être nommer des points focaux ou autres en tout cas qu'il ait des répondant mais quand c'est

centralisé au niveau national il y aura des difficultés pour satisfaire les besoins. » ESS_Point
Focal MTN_PGIRE2_Tamba

- il faudrait aussi inciter à plus d'engagement des autorités sanitaires et des prestataires pour qu'ils connaissent les enjeux :

« Pour les déterminants, je pense qu'il faudrait beaucoup plus d'engagement des partenaires, des autorités sanitaires, des autorités administratives, l'implication aussi des prestataires et tous ceux qui tournent autour du domaine médical. Si les gens sont impliqués et sensibilisés davantage et qu'ils reçoivent des informations et l'orientation ça sera durable. » ESS_Point
Focal MTN_PGIRE2

Leçons apprises

Dans les différents pays où les enquêtes ont été menées, nous avons pu extirper des discussions quelques leçons apprises qu'ils ont bien voulu partager avec les équipes. Une des principales leçons apprises a été l'importance de l'engagement des partenaires pour lutter contre le paludisme et surtout les MTN. Le PGIRE contribue fortement à financer les interventions au niveau communautaire et à combler des gaps de financement. Cette situation est encore plus visible dans le cas des MTN où presque dans tous les pays visités ces maladies sont rarement prises en compte par les bailleurs.

Une autre leçon apprise a été l'importance de la communication pour le changement de comportement. Selon les personnes ressources, le fait d'avoir beaucoup communiqué a eu une influence positive sur les communautés car non seulement cela a permis de passer des messages importants pour faciliter l'adhésion, mais également elle a permis de réduire les cas de refus ou de réticence.

La participation plus inclusive de tous les partenaires dans la planification est aussi une leçon à retenir. Certains points focaux notent que lorsque les plans d'actions ne sont pas élaborés à temps et avec la participation de toutes les parties prenantes, il y aura toujours des problèmes financiers puisqu'il y a des activités qui sont financées alors qu'ils ne faisaient pas partie du plan d'action ou vice-versa.

La nécessité d'impliquer les districts dans la planification et l'élaboration des stratégies est également une leçon à tirer des expériences du PGIRE 2 :

« Entre le PNLN et le district, il n'y a pas vraiment une collaboration, je dirai que c'est une relation entre supérieurs et subalternes, c'est le PNLN qui oriente la politique et le district

met en œuvre cette politique. En quelque sorte, c'est le PNL P qui commande, qui ordonne et le district exécute » ESS_ Point Focal paludisme_PGIRE2

Enfin, une leçon majeure a été l'absence de mécanisme de capitalisation et de pérennisation.

« Si je fais allusion aux MTN, je vais toujours revenir sur la nécessité d'avoir un financement pour mener à bien les activités. Si on fait une bonne sensibilisation et qu'on implique davantage les gens, il sera difficile d'avoir des résultats escomptés. Le financement est fondamental, d'avoir une coordination bien organisée. » ESS Point Focal MTN_PGIRE2

La crainte actuelle des programmes est le gap de financement que va créer l'arrêt de la sous composante santé du PGIRE 2.

« Comme leçons apprises comme je l'ai dit tantôt sans financement il faudrait qu'il ait un engagement beaucoup plus accentué de la part des partenaires puisque quoi qu'on puisse dire les MTN sont pratiquement comme toutes les autres maladies si on n'a pas des moyens nécessaires pour lutter contre les MTN c'est la population va tirer les conséquences. La sensibilisation doit être beaucoup plus accentuée. La sensibilisation est un point faible parce qu'on ne parle pas beaucoup des MTN, on attend juste qu'il y ait une complication pour dire que les messages ne passent pas assez correctement. » ESS_ Point Focal MTN_PGIRE2

Selon les informateurs clés, les programmes pays ne peuvent supporter les coûts et les Etats ne sont pas suffisamment sensibilisés pour s'impliquer davantage et endosser la responsabilité de financer la lutte contre les MTN en l'absence de partenaires financiers. Cet aspect représente un handicap pour les programmes qui ne pourront pas pérenniser seuls les actions de lutte contre les maladies hydriques autour du bassin du fleuve Sénégal.

Recommandations

Plusieurs recommandations se dégagent des différents entretiens réalisés au niveau des différents pays, concernant le PGIRE 2 et sa mise en œuvre. Elles ne sont pas exhaustives mais représentent significativement l'essentiel des orientations données par les acteurs :

1. Implication de tous les acteurs pour la coordination du projet
2. Assurer un financement continu
3. Faire des offres qui sont en adéquation avec la demande de la population
4. S'appesantir davantage sur la communication et la sensibilisation
5. Réaliser les activités prévues

Concernant la lutte contre les MTN

- Former et imprégner les acteurs dans le projet : les points focaux, les acteurs communautaires, les infirmiers.
- Faire une supervision formative
- Formation (et recyclage régulier) des équipes cadres de région et de district ainsi que des relais communautaires
- S'assurer d'avoir une mémoire institutionnelle en cas de mobilité du personnel de santé formé (démultiplier les formations et éviter les affectations arbitraires sans tenir compte des ressources disponibles)
- Mener des activités de lutte contre la bilharziose
- Associer les collectivités locales dans la mise en œuvre des micros planifications et des activités.

Concernant la lutte contre le Paludisme

- Réajuster la manière dont les campagnes sont faites : elles devraient se dérouler chaque année.
- Augmenter le nombre de MILDA disponibles par pays
- S'assurer que les commandes soient passées à temps (afin d'éviter les décalages de CU MILDA à cause des retards d'intrants)
- S'assurer que les AEC soient capables de préfinancer en cas de retard de disponibilité des fonds

- Assurer un financement continu
- Renforcer les capacités les ressources humaines disponibles (sur place)
- Laisser le district choisir les activités à réaliser et les maquettes dans la lutte contre le paludisme ou les MTN
- Mettre en place des activités pour que la population change de comportement

« Actuellement, le problème que nous avons dans le district est surtout un problème de comportement de la population. Je pense que si le PNLP joue sur le comportement, je pense qu'elle va gagner cette bataille » ESS_ Point Focal paludisme_PGIRE2

- Elargissement des activités du PGIRE 2 : passer de la prévention à une composante Prise en charge de cas et renforcer les capacités des structures de santé en mettant à leur disposition des fonds (indépendamment des fonds donnés aux AEC)
- Consulter les programmes pour rationaliser les ressources (dans le cas des MTN certains médicaments achetés par l'OMVS dans le cadre du PGIRE 2 auraient pu être acquis gratuitement par le programme)
- Raccourcir le temps mis entre le renouvellement des projets,
- Raccourcir les délais d'évaluation des interventions (souvent tardive)
- Eviter de donner un rôle trop central aux ONG et AEC :

« le placement des projets dans la main des ONG sont des points à améliorer sinon, ils deviendront des menaces pour les prochaines interventions ». Informateur clé, Mali.

Synthèse des recommandations générales de l'évaluation qualitative

