

REPUBLIQUE DU SENEGAL



**MINISTERE DE LA SANTE ET
DE LA PREVENTION
MEDICALE**

DIRECTION DE LA SANTE

**DIVISION DE LA SANTE DE LA
REPRODUCTION**



**FONDS DES NATIONS UNIES
POUR LA POPULATION**

**EVALUATION FINALE DU PROJET DE SERVICES A BASE
COMMUNAUTAIRE DE SANTE DE LA REPRODUCTION (SBC/SR)
DANS LES REGIONS DE TAMBACOUNDA ET KOLDA**

**RAPPORT PROVISOIRE
FEVRIER 2008**

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient toutes les institutions et personnes qui ont permis la réalisation de cette étude dont la coordination a été confiée à deux consultants indépendants Dr Aminata Niang Diène et Dr Alioune Diagne qui ont travaillé en collaboration étroite avec le staff technique du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale à travers la Division de la Santé de la Reproduction (DSR), la Division des Etudes et de la Recherche (DER), la Division des Soins de Santé Primaire (DSSP) et le Coordonnateur de Projet SBC/SR à l'UNFPA.

Sont particulièrement remerciées, les personnes qui ont participé à toutes les étapes de planification et qui ont facilité l'exécution du travail de terrain :

- les Médecins-Chefs des Régions de Kolda et de Tambacounda et leurs équipes-cadres ;
- les Médecins-Chefs des Districts Sanitaires de Goudiry, Kédougou et Vélingara, Dianké Makhan et Saraya et leurs équipes-cadres ;
- les Infirmiers-Chefs de Poste ;
- les autorités administratives locales ;
- les chefs de services d'appui au développement local et les chefs de services du Développement Communautaire (CADL, SDDC etc.).

Les auteurs voudraient exprimer leur gratitude aux populations qui ont fait preuve d'une disponibilité exemplaire malgré la coïncidence des enquêtes avec la période des travaux agricoles. Les remerciements s'adressent aussi :

- aux chargés de programme de l'UNFPA à Dakar ;
- aux experts de l'UNFPA de Kolda et Tambacounda ;
- au personnel d'appui de la DSR ;
- au personnel d'appui du Population Council Dakar et Bamako;
- au personnel de collecte et de saisie des données.

SOMMAIRE

RESUME	7
Liste des tableaux	
Liste des graphiques	
Sigles et abréviations	
Remerciements	
INTRODUCTION	10
I. CADRE GÉNÉRAL ET OBJECTIFS DU PROJET SBC/SR	11
1.1 objectifs de l'intervention.....	11
1.2 strategie de mise en œuvre	12
1.2.1 choix des sites du projet	12
1.2.2 cibles du projet	13
1.2.2 approches stratégiques pour l'atteinte des objectifs	13
1.3 activités et tâches des ASBC	17
1.4 projets d'accompagnement aux activités SBC	19
1.5 suivi et évaluation du projet	19
II. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DU PROJET	20
2.1 objectif general.....	20
2.2 objectifs spécifiques.....	20
III. METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION	21
3.1 procede de recherche.....	21
3.2 strategie de collecte des données	22
3.3 choix des sites d'enquêtes	23
3.4 instruments de collecte.....	23
3.5 sources de données et échantillonnage.....	24
3.5.1 échantillon des enquêtes CAP	24
3.5.2 échantillon des enquêtes qualitatives.....	25
3.5.3 la documentation sur les activités des ASBC	25
3.6 saisie et traitement des données	26
3.7 principales contraintes rencontrées et limites de l'évaluation.....	26
PREMIERE PARTIE : PERCEPTION, PERTINENCE ET PERENNITE DU PROJET SBC/SR.....	28
I. PERCEPTIONS ET APPRECIATIONS SUR LE PROJET SBC/SR	29
1.1. <i>connaissance et perception des beneficiaires sur le projet SBC/SR</i>	29
1.2. <i>pertinence et adéquation des services offerts</i>	30
1.3. <i>participation et appropriation du projet</i>	30
1.4. <i>appreciations de la formation des ASBC</i>	31
II. ACTIVITES ET PERFORMANCES DES ASBC	32
2.1 <i>activités d'information/education/communication</i>	33
2.2 <i>références vers les postes de santé</i>	34
2.3 <i>ventes de produits contraceptifs et de médicaments essentiels</i>	35
III. RÉSULTATS DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT : CAISSES DE SOLIDARITÉ ET CRÉDIT RÉVOLVING	37
3.1 <i>utilisation des caisses de solidarite</i>	37
3.2 <i>utilisation des caisses de credit revolving</i>	38
3.3 <i>supervision des activités</i>	39
3.4 <i>motivation des ASBC</i>	41
3.4.1 motivations financière	41

3.4.2 motivation sociale.....	43
IV. PÉRENNISATION DE L'INTERVENTION	44
4.1 l'utilite de la poursuite de l'intervention.....	45
4.2 l'intention de continuer à être ASBC.....	45
4.3 la participation de la communauté.....	45
4.4 principales contraintes des ASBC dans la mise en œuvre des activités.....	46
4.5 suggestions des communautés pour l'amélioration et la pérennisation des activités.....	46
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DU PROJET DANS L'AMELIORATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES POPULATIONS	48
A- RESULTATS DU DISTRICT DE GOUDIRY	49
1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DES ECHANTILLONS	50
1.5. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES.....	50
1.2. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES.....	51
2. SANTE DE LA FEMME	52
2.1. CONNAISSANCES SUR LA SANTE MATERNELLE.....	52
2.1.1 Surveillance de la grossesse.....	53
2.1.2 Facteurs de risque de la grossesse.....	53
2.1.3 Signes de complications de la grossesse.....	54
2.2. LES PRATIQUES DES FEMMES EN MATIERE DE SOINS MATERNELS ET INFANTILES.....	55
2.2.1. Soins prénatals.....	55
2.2.2. Lieux du dernier accouchement et types d'assistance.....	56
2.2.3. Soins postnatals.....	56
2.2.4. Informations reçues lors des soins postnatals.....	57
3. SANTE DE L'ENFANT	58
3.1. LA CONNAISSANCE DE LA SURVEILLANCE DE L'ENFANT.....	58
3.2. L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE.....	59
3.2.1. Couverture vaccinale des enfants.....	59
3.2.2. Traitement des maladies de l'enfant.....	60
4. PLANIFICATION FAMILIALE	61
4.1. LA CONNAISSANCE DU CYCLE FEMININ ET DE LA CONTRACEPTION.....	61
4.1.1. Connaissance du cycle menstruel de la femme.....	61
4.2. LES ATTITUDES FACE A LA CONTRACEPTION.....	62
4.3. LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION.....	62
4.3.1. Utilisation de la contraception.....	62
4.3.2. Sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives.....	63
5. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIH/SIDA	63
5.1. CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION ET DE PREVENTION DU VIH/SIDA.....	64
5.1.1. Connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA.....	64
5.1.2. Connaissance des modes de prévention du VIH/SIDA.....	64
5.2. PREVALENCE DES IST ET RECOURS AUX SOINS.....	65
6. PRATIQUES NEFASTES	66
6.1. CONNAISSANCES ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE L'EXCISION.....	66
6.2. CONNAISSANCES SUR LE MARIAGE PRECOCE.....	67
6.3. ATTITUDES ENVERS LE MARIAGE PRECOCE.....	67
7. SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS/JEUNES	68
7.1. PRATIQUES SEXUELLES DES ADOLESCENTS/JEUNES ET UTILISATION DU PRESERVATIF.....	68

7.1.1.	Rapports sexuels pré-nuptiaux et utilisation du préservatif	68
7.1.2.	Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA	69
8.	ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS	70
8.1.	<i>PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS SUR LES CONNAISSANCES</i>	70
8.2.	<i>PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS SUR LES ATTITUDES</i>	70
8.3.	<i>PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS SUR LES PRATIQUES</i>	71
B-	RESULTATS DU DISTRICT DE KEDOUGOU	72
1.	CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES ...	73
1.1.	<i>CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES</i>	73
1.2.	<i>CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES</i>	74
2.	SANTE DE LA FEMME	75
2.1	<i>CONNAISSANCES SUR LA SANTE MATERNELLE</i>	75
2.1.1	Surveillance de la grossesse	75
2.1.2	Facteurs de risque de la grossesse	76
2.1.3	Signes de complications de la grossesse	78
2.1.4	Signes de complications du travail et de l'accouchement	79
2.2	<i>LES PRATIQUES DES FEMMES EN MATIERE DE SOINS MATERNELS ET INFANTILES</i>	80
2.2.1	Soins prénatals	80
2.2.2	Lieux du dernier accouchement et types d'assistance	81
2.2.3	Soins Postnatals	81
2.2.4	Informations reçues lors de la consultation postnatale	82
3.	SANTE DE L'ENFANT	83
3.1.	<i>LA CONNAISSANCE DE LA SURVEILLANCE DE L'ENFANT</i>	83
3.2.	<i>L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE</i>	83
3.2.1.	Couverture vaccinale des enfants	83
3.2.2.	Traitement des maladies de l'enfant	84
4.	PLANIFICATION FAMILIALE	85
4.1.	<i>LA CONNAISSANCE DU CYCLE FEMININ ET DE LA CONTRACEPTION</i>	85
4.1.1.	Connaissance du cycle menstruel de la femme	85
4.2.	<i>LES ATTITUDES FACE A LA PLANIFICATION FAMILIALE</i>	86
4.3.	<i>LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION</i>	87
4.3.1.	Utilisation de la contraception	87
4.3.2.	Sources d'approvisionnement en méthodes de contraception	87
5.	INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIH/SIDA	88
5.1	<i>CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION ET DE PREVENTION DU VIH/SIDA</i>	88
5.1.1	Connaissance de la transmission mère -enfant du VIH/SIDA	88
5.1.2	Connaissance des modes de prévention	89
5.2	<i>PREVALENCE DES IST ET RECOURS AUX SOINS</i>	89
6.	PRATIQUES NEFASTES	90
6.1	<i>CONNAISSANCES ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE L'EXCISION</i>	90
6.2	<i>CONNAISSANCES SUR LE MARIAGE PRECOCE</i>	91
6.3	<i>ATTITUDES ENVERS LE MARIAGE PRECOCE</i>	92
7.	SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS/JEUNES	92
7.1	<i>PRATIQUES SEXUELLES DES ADOLESCENTS/JEUNES ET UTILISATION DU PRESERVATIF</i>	93
7.1.1	Rapports sexuels pré-nuptiaux et utilisation du préservatif	93
7.1.2	Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA	93
8.	ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS	95
8.1	<i>Enseignements sur les connaissances</i>	95

8.2 Enseignements sur les attitudes.....	95
8.3 Enseignements sur les pratiques.....	95
C- RESULTATS DU DISTRICT DE VELINGARA.....	97
1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES....	98
1.1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES.....	98
1.2 CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES.....	99
2. SANTÉ DE LA FEMME.....	100
2.1 CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ MATERNELLE.....	100
2.1.1 Surveillance de la grossesse.....	100
2.1.2 Facteurs de risque de la grossesse.....	100
2.2.5 Signes de complications de la grossesse.....	103
2.2.6 Signes de complications du travail et de l'accouchement.....	103
2.3 LES PRATIQUES DES FEMMES EN MATIÈRE DE SOINS MATERNELS ET INFANTILES.....	104
2.3.1 Soins prénatals.....	104
2.3.2 Lieux du dernier accouchement et types d'assistance.....	105
2.3.3 Soins Postnatals.....	106
2.3.4 Informations reçues lors de la consultation postnatale.....	106
3. SANTÉ DE L'ENFANT.....	107
3.1 LA CONNAISSANCE DES vaccins de l'enfant.....	107
3.2 L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ.....	108
3.2.1 Couverture vaccinale des enfants.....	108
3.2.2 Traitement des maladies de l'enfant.....	108
4. PLANIFICATION FAMILIALE.....	109
4.1 LA CONNAISSANCE DU CYCLE FEMININ ET DE LA CONTRACEPTION.....	109
4.2 LES ATTITUDES FACE A LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	110
4.3 LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION.....	111
4.3.1 Utilisation de la contraception.....	111
4.3.3. SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN MÉTHODES DE CONTRACEPTION	111
5. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIH/SIDA.....	112
5.1 CONNAISSANCE DE LA TRANSMISSION MÈRE -ENFANT DU VIH/SIDA.....	112
5.1.1 Connaissance de la transmission mère -enfant du VIH/SIDA.....	112
5.1.3 Connaissance des modes de prévention du VIH/SIDA.....	113
5.2 PREVALENCE DES IST ET RECOURS AUX SOINS.....	114
6. PRATIQUES NEFASTES.....	115
6.1 CONNAISSANCES ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE L'EXCISION.....	115
6.2 CONNAISSANCES SUR LE MARIAGE PRECOCE.....	116
6.3 ATTITUDES ENVERS LE MARIAGE PRECOCE.....	117
7. SANTÉ DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS/JEUNES.....	117
7.1 PRATIQUES SEXUELLES DES ADOLESCENTS/JEUNES ET UTILISATION DU PRESERVATIF.....	118
7.1.3 Rapports sexuels pré-nuptiaux et utilisation du préservatif.....	118
7.1.4 Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA.....	118
8. ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS.....	120
8.1 ENSEIGNEMENTS SUR LES CONNAISSANCES.....	120
8.2 ENSEIGNEMENTS SUR LES ATTITUDES.....	120
8.3 ENSEIGNEMENTS SUR LES PRATIQUES.....	121
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	122
CONCLUSIONS.....	122
RECOMMANDATIONS.....	124
BIBLIOGRAPHIE.....	

RESUME

Le projet SBC/SR a été mis en œuvre dans les Régions de Tambacounda et de Kolda plus exactement dans les trois districts cibles de Kédougou, Goudiry et Vélingara afin de promouvoir les changements de comportements pour une meilleure santé de la reproduction/santé sexuelle dans l'optique d'une réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Pour évaluer le projet, après 16 mois d'intervention (mai 2006 à août 2007), un procédé de recherche quasi-expérimental a été utilisé. Une étude de base sur les Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP) a été réalisée avant le démarrage de l'intervention (en juillet 2005) pour permettre d'identifier le niveau des indicateurs clés et fournir les informations utiles pour le développement des stratégies par rapport à l'Information/Education/Communication (IEC) et à l'offre de services SR. Une deuxième enquête CAP¹ a été exécutée à la fin de l'intervention (en novembre 2007).

Ces deux enquêtes ont principalement concerné les 5 composantes que recouvre la notion de services à base communautaire telle que retenue par le Ministère de la santé à savoir : la maternité à moindre risque, la planification familiale, les IST y compris le Sida, la survie de l'enfant et les pratiques néfastes à la santé de la mère et de l'enfant.

En plus, la collecte des données sur les activités des Agents de Services à Base Communautaire (ASBC) et des entretiens qualitatifs² a permis d'apprécier les perceptions des bénéficiaires et des partenaires sur le projet.

Pour mesurer les effets de l'intervention, l'évaluation a été menée selon deux principaux critères : i) résultats sur les connaissances attitudes et bonnes pratiques ; ii) adéquation avec les besoins et les attentes des bénéficiaires.

Le rapport d'évaluation présente : (i) les perceptions et appréciations des différentes parties prenantes sur la mise en œuvre et la pérennisation de l'intervention, (ii) les effets du projet sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de SR, (iii) les principales recommandations pour une expansion éventuelle de l'approche SBC dans les régions d'intervention de l'UNFPA au Sénégal.

Les résultats montrent que les populations, notamment les femmes, connaissent généralement les objectifs et activités du projet. Lors des entretiens individuels et des groupes de discussions dirigées, elles ont déclaré que les objectifs se rapportent à l'amélioration de la santé des populations notamment de la femme et de l'enfant.

Le projet SBC/SR est jugé pertinent par l'ensemble des personnes interrogées ; qu'il s'agisse du personnel de santé, des partenaires, des autorités administratives comme des populations bénéficiaires. Il est bien accepté par les communautés qui trouvent qu'il

¹ Les échantillons sont respectivement de 2768 femmes (15-49ans) et 1938 hommes (15-59ans) dans l'enquête pré-intervention et de 1535 femmes (15-49ans) et 1221 hommes (15-59ans) pour l'évaluation post-intervention.

² Plus de 200 personnes ont été interviewées dans les trois districts (Goudiry, Kédougou et Vélingara).

répond à un besoin d'information des populations mais aussi d'accessibilité de services de santé. Les Médecins chefs et les Infirmiers estiment que les interventions à base communautaire, comme le projet SBC/SR, peuvent beaucoup contribuer à promouvoir les changements de comportements en matière de SR par l'information et l'éducation de la population et accroître l'accessibilité des communautés aux services.

L'analyse des documents du système d'information et de suivi du projet SBC notamment les rapports d'activités des ASBC et des superviseurs montre que les ASBC ont réalisé dans le cadre des activités IEC, par mois, en moyenne 2 entretiens/counseling, 2 visites à domicile et 2 causeries éducatives. Les activités de référence (en moyenne 2 par ASBC et par mois) sont assez importants car au total, les 168 ASBC des trois districts ont référé plus de 1700 personnes en 2006 (en 8 mois d'activités) et plus de 2600 personnes en 2007 (pour la même période d'activité) pour des motifs principalement liés aux CPN, aux accouchements, à la planification familiale...

Les résultats en matière de vente des produits montrent que les ASBC constituent une source importante d'approvisionnement en produits contraceptifs et médicaments essentiels. Toutefois, les condoms sont plus demandés que les pilules et les spermicides.

Les mesures d'accompagnement, caisses de crédit revolving et de solidarités sont appréciés par les populations qui souhaiteraient qu'elles soient renforcées. Lors des entretiens et discussions, les populations, notamment les femmes ont souvent souligné l'intérêt des caisses de solidarité qui constituent un appui important dans le recours aux services de santé. Les résultats de l'analyse des rapports d'activités des ASBC et des supports de gestion montrent que les 84 caisses de solidarité (28 par district) ont permis en une année de prendre en charge l'évacuation de plus de 150 malades dans les trois districts. Plus de 80% des motifs d'évacuation sont dus à des accouchements ou à des signes de complications de la grossesse.

La comparaison du niveau des indicateurs obtenus avec l'aide des enquêtes CAP pré-intervention et post-intervention montre que le projet a amélioré sensiblement les connaissances des populations en matière de SR. La plupart des indicateurs clés dont le niveau n'était pas satisfaisant ou qui méritaient une attention particulière, d'après les résultats de l'enquête pré-intervention, a été amélioré

L'intervention a eu une incidence significative sur la connaissance des signes de complications de la grossesse dont l'identification est une des conditions indispensables pouvant conduire à la référence des femmes enceintes. En moyenne 58% des femmes dans les trois districts ne pouvaient citer plus de deux signes de danger de la grossesse. Lors de l'enquête post-intervention, cette proportion n'est plus que de 34%. Pour les hommes, les statistiques sont passées de 43% à 56% à Goudiry, de 55% à 68% à Kédougou et 51% à 63% à Vélingara. Ainsi, de la moitié (en moyenne 50% pour les trois districts), le pourcentage d'hommes qui ne peut citer plus de deux signes de danger de la grossesse est passé à 38%.

Après l'intervention, dans les zones expérimentales, 40% des femmes ont déclaré avoir accouché à domicile de leur dernier enfant contre 65% en 2005 dans le district de Kédougou. Ces statistiques sont respectivement passées de 71% à 67% à Goudiry et de 74% à 64% à Vélingara. Cet indicateur a connu une différence significative dans la zone expérimentale du district de Kédougou. Les discussions avec les populations ont montré que l'accessibilité des services de santé joue un grand rôle dans l'assistance à l'accouchement.

Au moins sept femmes sur dix ont bénéficié de soins postnatals contre quatre sur dix au démarrage du projet. Cette évolution est d'autant plus significative, que la pratique de la consultation postnatale a reculé dans la zone témoin.

Les résultats montrent que les mères s'adressent davantage aux formations sanitaires pour la prise en charge des maladies de l'enfant. Cette évolution n'apparaît pas dans la zone de comparaison où le recours aux soins pour les maladies infantiles n'a pas autant augmenté.

Le pourcentage des femmes qui ont utilisé une méthode contraceptive moderne au cours des 12 derniers mois est passé de 9% au démarrage de l'intervention SBC à 12% après les 12 mois d'expérimentation dans les districts de Kédougou et de Vélingara. Dans le district de Goudiry, cette proportion est passée de 5% à 7%. Cette évolution peut être estimée satisfaisante compte tenu des pesanteurs culturelles et sociales qui entourent la contraception dans les régions d'intervention du projet et des limites dans l'offre de pilule contraceptive, confinant l'ASBC dans un rôle de réapprovisionnement conformément aux Politiques Normes et Protocole de SR. La communication au niveau du couple ou entre partenaires a été sensiblement améliorée dans les zones d'intervention du projet SBC/SR par rapport aux zones témoins. Dans les aires des postes expérimentaux, respectivement 26%, 35% et 47% des femmes à Goudiry, Kédougou et Vélingara ont déclaré avoir discuté de planification familiale avec leur mari/partenaire au cours des douze derniers mois contre 11%, 21% et 30% en 2005. Dans les zones témoins par contre, il n'y a pas eu d'améliorations pour cet indicateur d'attitude vis-à-vis de la PF. Les niveaux sont même inférieurs à la période pré-intervention dans les districts de Kédougou et de Vélingara.

En conclusion, ces résultats militent en faveur d'une consolidation du projet. Les entretiens avec les communautés bénéficiaires, les prestataires et les partenaires révèlent qu'ils sont conscients des changements intervenus dans les connaissances, attitudes et bonnes pratiques des populations en matière de santé de la reproduction. Les personnes interrogées ont souvent souligné que, même s'il faut plus de temps pour en mesurer l'impact, les changements sont déjà perceptibles au niveau de la surveillance de la grossesse, dans la planification familiale et dans le recours aux services de santé. Certains ont souligné que le projet a même amélioré l'hygiène des populations et diminué les comportements à risque dans la transmission des maladies (IST/SIDA et paludisme surtout). Ainsi, l'ensemble des personnes interrogées a estimé que les activités des ASBC sont très utiles et souhaitent qu'elles soient poursuivies.

Ces résultats suggèrent la consolidation de l'approche dans les districts cibles et son extension dans les autres districts des régions d'intervention.

INTRODUCTION

Cette évaluation post-intervention s'inscrit dans le suivi-évaluation du Projet de Services à Base Communautaire³ de Santé de la Reproduction (SBC/SR), mis en oeuvre par l'UNFPA dans le cadre de son 5^{ième} programme d'Assistance au Sénégal pour la période 2002-2006. Ce projet, financé par le Gouvernement du Japon à travers le Human Security Fund constitue un élément du sous programme santé de la reproduction contribuant à l'atteinte du produit relatif à «l'amélioration de l'accès à l'information et à des services de SR de qualité.

Ce projet est exécuté conjointement par l'UNFPA, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Le Population Council, a été chargé de l'assistance technique. La zone d'intervention est constituée par les Régions de Tambacounda et de Kolda, plus exactement les trois districts sanitaires⁴ de Kédougou, Goudiry et Vélingara.

Paradoxalement malgré toutes leurs potentialités et leur situation de carrefour, ces Régions sont parmi les plus pauvres du Sénégal et font face à de nombreuses contraintes socio-économiques. Elles sont surtout caractérisées par leur enclavement et par leur sous-équipement en services et infrastructures de base. La couverture sanitaire primaire, si elle est acceptable par le nombre de postes de santé présente des insuffisances notables qui affectent l'accessibilité des services de santé : longues distances, insuffisance voire absence de voies et moyens de communication, déficit en personnel, etc.

Les indicateurs sanitaires montrent que les besoins en matière de Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) sont importants. Une évaluation faite en 2001 par UNFPA/Université de Columbia/DSR, révèle que 93% et 71% des besoins en SOU étaient non satisfaits dans les régions de Kolda et Tambacounda. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS IV, 2005) montraient que pour Kolda et Tambacounda, respectivement 66% et 65% des accouchements ont eu lieu en dehors des formations sanitaires lors des cinq années précédant l'enquête. Cette situation contribue à maintenir des taux de mortalité maternelle et infantile élevés.

C'est dans ce contexte que le projet SBC/SR est mis en oeuvre pour promouvoir dans les zones ciblées, les changements de comportements chez les femmes, les hommes et les adolescents(es)/jeunes pour une meilleure santé de la reproduction/santé sexuelle dans l'optique d'une réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

³ La stratégie de Services à Base Communautaire consiste à former des non professionnels de la santé pour offrir des prestations de services de SR aux membres de leur communauté. Ces relais communautaires sont appelés ASBC (Agents de Services à Base Communautaire).

La stratégie d'offre de services à base communautaire telle que définie par le Ministère de la santé lors d'un atelier national d'orientation organisé en juin 1999 recouvre 5 composantes à savoir : la maternité à moindre risque, la planification familiale, les IST y compris le Sida, la survie de l'enfant et les pratiques néfastes à la santé de la mère et de l'enfant.

⁴ Il faut noter qu'à partir de juillet 2006, les districts sanitaires de Kédougou et de Goudiry ont fait l'objet d'un nouveau découpage. Ils ont été subdivisés chacun en deux districts : Kédougou et Saraya ; Goudiry et Dianké Makhan.

D'une durée initiale de 24 mois,, l'intervention a mis en activité 168 Agents de Services à Base Communautaire (ASBC) issus des communautés des districts sanitaires ciblés dans les deux régions, sous la supervision directe des Infirmiers Chefs de Poste (ICP) de 21 postes de santé. L'accent a été mis sur la prévention de la mortalité maternelle, à travers l'information de la communauté sur les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement ainsi que sur les modalités de prise en charge des femmes dans cette situation.

Pour évaluer le projet, un procédé de recherche quasi-expérimental⁵ a été utilisé. Une étude de base sur les Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP) a été réalisée avant le démarrage de l'intervention (en juillet 2005) pour permettre d'identifier le niveau des indicateurs clés et fournir les informations utiles pour le développement des stratégies par rapport à l'Information/Education/Communication (IEC) et à l'offre de services SR. Une deuxième enquête CAP exécutée à la fin de l'intervention (en novembre 2007). En plus, la collecte des données sur les activités des ASBC et des entretiens qualitatifs a permis d'apprécier les perceptions des bénéficiaires et des partenaires sur le projet.

Le présent rapport est organisé en deux trois grandes parties : (i) les perceptions et appréciations des parties prenantes sur la mise en œuvre et la pérennisation de l'intervention, (2) les effets du projet sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de SR, (3) les principales recommandations pour une expansion éventuelle de la SBC dans les régions d'intervention de l'UNFPA au Sénégal.

I. CADRE GÉNÉRAL ET OBJECTIFS DU PROJET SBC/SR

Le Programme d'Assistance 2002-2006 de l'UNFPA au Sénégal s'est donné comme but ultime de contribuer à l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations. Le sous-programme SR, dont le projet SBC/SR fait partie intégrante, veut contribuer à accroître l'accès à l'information et aux services de SR et favoriser les changements de comportement des femmes, des hommes et des adolescents (es)/jeunes pour une meilleure santé de la reproduction/sexualité dans les régions de Tambacounda et de Kolda. Par le développement d'une stratégie à base communautaire dans ces 2 régions, l'UNFPA s'inscrit dans l'optique d'une réduction de la Mortalité Maternelle qui est l'objectif principal du Plan National de Développement Sanitaire (1998-2007), opérationnalisé par les Plans de Développement Intégré de la Santé, qui vient d'achever sa première phase et dont la seconde est en cours d'élaboration.

I.1 OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

Les objectifs de l'intervention SBC/SR, qui s'intègrent dans la promotion des changements de comportements chez les femmes, les hommes et les adolescents(es)/jeunes pour une meilleure santé de la reproduction/santé sexuelle, sont les suivants :

⁵ Le procédé de recherche quasi-expérimental compare les résultats obtenus à la même période, dans des groupes de population distincts : dont l'un reçoit l'intervention (groupe expérimental) et l'autre pas (groupe de contrôle appelé aussi groupe témoin).

- accroître la participation communautaire dans les villages ciblés, à travers le renforcement des compétences des groupes de leaders communautaires pour l'utilisation et l'appropriation des outils de diagnostic et de gestion des problèmes de santé.
- accroître l'utilisation des services de SR par les différentes cibles du projet au niveau des formations sanitaires
- améliorer les capacités de gestion et la qualité des services du niveau de référence dans les districts ciblés (postes de santé)
- améliorer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de SR (PF, Maternité à moindre risque, MGF, IST/VIH/SIDA);
- augmenter le niveau de connaissance de la population sur les complications liées à la grossesse, à l'accouchement et sur les avantages de l'accouchement assisté ;
- documenter le processus de mise en œuvre du projet.

1.2 STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du projet SBC/SR met en interrelation un certain nombre d'acteurs dont principalement:

- l'UNFPA à travers son personnel du bureau pays et les experts régionaux de Tambacounda et Kolda ;
- le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale à travers la Division Santé de la Reproduction (DSR), la CAS/PNDS, les structures décentralisées que sont les Régions Médicales, les Districts sanitaires et les Postes de santé ;
- Le Population Council chargé d'apporter l'assistance technique au projet et de réaliser les études pré et post intervention ;
- Le Ministère de la Famille et celui des Collectivités locales à travers les services locaux du Développement communautaire (SDDC, CADL) ;
- Les communautés bénéficiaires des trois districts cibles.

1.2.1 Choix des sites du projet

Le projet a comme zone d'intervention les régions de Tambacounda et de Kolda. Les districts ciblés par le projet sont ceux où des projets similaires ne sont pas en cours d'exécution. En tenant compte de la durée du projet (24 mois), de l'enveloppe financière allouée, et dans un souci d'efficacité, l'introduction de l'intervention SBC a porté sur 21 postes de santé. La sélection de ces postes de santé a été faite sur la base d'indicateurs de référence retenus en collaboration avec les équipes cadre de régions et de districts. Il s'agit :

- des aspects socio démographiques tels que l'éloignement par rapport au PS de référence, la population couverte par le PS, nombre de FAR ;
- des indicateurs SR des PS de référence, les comportements en SR à améliorer, issus de l'Analyse situationnelle et de l'enquête CAP réalisées dans les 2 régions en 2002 ;
- du niveau d'engagement des populations (OCB les plus dynamiques) ;

- de l'existence de prestataires de services (ICP) formés en SR pour assurer la qualité de la prise en charge de la référence des ASBC, et également motivés pour assurer la supervision des ASBC;
- de l'existence d'ASBC déjà formés par l'UNFPA durant le IV^{ème} Programme.

1.2.2 Cibles du projet

Trois différentes cibles ont été considérées dans le cadre de l'intervention :

- les cibles primaires, composés des Femmes en Age de Reproduction et des hommes à travers les religieux et les sociétés de développement agricole, les parents d'élèves, les adolescents(es) et les jeunes des zones couvertes par le projet;
- les cibles secondaires, formés des acteurs du projet au niveau opérationnel (ASBC, ICP, Instituteurs des écoles EVF, agents du Développement Communautaire et réseau régional des communicateurs traditionnels, réseau régional des journalistes en Population, équipe-cadres de districts et de régions, Experts UNFPA des 2 régions) ;
- les cibles tertiaires ; constitués des leaders communautaires, présidents de communautés rurales, responsables des organisations paysannes (associations de jeunes, groupements féminins), maires.

1.2.2 Approches stratégiques pour l'atteinte des objectifs

Le renforcement des capacités locales des populations

Le plaidoyer communautaire, à travers les concertations communautaires, a été utilisé comme approche. Ces concertations communautaires ont consisté en une série de réunions d'information et de sensibilisation de la communauté sur les objectifs du projet. Elles ont permis l'implication de la communauté dans la définition des critères de choix et le recrutement des ASBC, ainsi que dans la définition des zones de responsabilité de l'ASBC. Elles ont également servi de cadre de définition des rôles et responsabilités des acteurs (ICP, Comité de Santé, Présidents des communautés rurales, GPF, Associations de Jeunes, Sous-préfet).

Un atelier d'orientation sur le projet et sur les techniques de concertation à l'intention des membres des équipe-cadres des trois districts ciblés a été organisé au démarrage du projet du 14 au 19 mars 2005 dans les 3 districts cibles. L'UNFPA, la DSR, le Population Council, un membre de l'ECR et les membres de l'ECD ont pris part à l'activité. Elle constitue une phase cruciale dans l'étape des concertations communautaires nécessaires avec les communautés et les prestataires (ICP et ECD).

Les objectifs étaient principalement :

- d'informer les autorités administratives, les collectivités locales, les services techniques, les leaders communautaires et les acteurs clés dans le district sur le contenu du projet SBC/SR en vue d'obtenir leur adhésion et leur engagement dans la mise en œuvre ;
- de recueillir les suggestions et recommandations pour une bonne mise en œuvre du projet SBC/SR dans le district ;

- d'orienter les membres des ECD, les chefs de CADL, les PCR, les PCS, sur le contenu du projet SBC/SR et de procéder à la planification des activités au niveau district ;
- de discuter des critères de choix des ASBC avec les représentants des communautés et les membres de l'encadrement.

La mise en œuvre du Cope communautaire

Le COPE communautaire en tant qu'outil d'amélioration continue de la qualité des services offerts, a été introduit dans les postes de santé de Sinthiang Coundara et de Paroumba dans le district de Vélingara, de Diana et Bala dans le district de Goudiry. Cette activité a été réalisée avec l'appui technique de la DSR et la participation des ECR et ECD. Cet exercice de diagnostic communautaire a permis la résolution de problèmes ponctuels et l'établissement d'un plan d'action consensuel

Cette stratégie visait à permettre à des cibles spécifiques d'identifier, de prendre en charge et d'évaluer les problèmes de santé en général et de SR en particulier spécifiques à leur communauté. Dans cette perspective, les GPF, les associations de jeunes et Groupements à caractère social ont été principalement visés.

Le renforcement des capacités locales devra susciter l'appropriation du programme par les communautés, faciliter la participation active de celles-ci dans la prise en charge de leurs problèmes de santé, et les encouragera à financer certains services (tels que construction ou réhabilitation des structures de santé, mise en place de mesures incitatives pour la motivation des agents communautaires, appui au fonctionnement des structures de santé afin de réduire les ruptures de stock en médicaments ou produits contraceptifs de base). La promotion de la stratégie se fait à travers les activités IEC menées par les ASBC avec le soutien des radios locales, nationales ou de proximité. Ce mode de collaboration avec les communautés, en matière de mise en œuvre des programmes de santé devrait augmenter la probabilité de la pérennisation du projet.

La formation des Agents à Services de Base Communautaires (ASBC)

La formation des 168 ASBC s'est déroulée simultanément et en 2 sessions consécutives dans les 3 districts. Ainsi, la première session a eu lieu du 18 au 27 novembre 2005 dans les 3 districts. Quant à la seconde, elle s'est déroulée du 28 novembre au 7 décembre 2005 pour les districts de Goudiry et Vélingara et du 29 novembre au 8 décembre 2005 pour le district de Kédougou

Par rapport aux prévisions initiales relatives au nombre et à la répartition des ASBC, elles ont pu être respectées à Kédougou et à Vélingara. Par contre à Goudiry quelques modifications ont été apportées à l'initiative du MCD⁶.

⁶ Un binôme d'ASBC du poste de santé de Diana n'ayant pas pu prendre part à la session, le MCD a proposé compte tenu des contraintes rencontrées dans le district liées notamment à la faiblesse de l'utilisation du bloc opératoire SOU de prendre 2 relais communautaires (1 homme et 1 femme) officiant dans les environs immédiats du Centre de santé plus exactement à 15 kms à la case de santé de Santhiou Mamadou Boubou.

Le choix méthodologique d'organiser simultanément dans les trois sites et de manière successive six sessions de formation d'ASBC a nécessité la mise en place au niveau de chaque site d'un pool de formateurs constitué des ICP concernés par la session, appuyés de membres de l'ECD, d'un membre de l'ECR, d'un agent de la DSR ou du Coordonnateur du Projet. Dans chaque site, un responsable de la formation a été désigné, chargé en étroite collaboration avec le MCD de coordonner les activités et veiller à la qualité des enseignements dispensés en conformité avec le curriculum et adaptés aux besoins de la cible ASBC.

L'objectif général assigné à la formation était de faire acquérir aux participants des connaissances et des compétences en matière de services à base communautaire afin qu'ils puissent contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale dans les trois districts cibles. Ainsi, elle a porté sur les thèmes relatifs

- à la politique de Santé de la Reproduction au Sénégal et au concept opérationnel de SR ;
- à la stratégie SBC au Sénégal (justification, objectifs, composantes, orientations majeures, rôles et qualités de l'ASBC) ;
- aux différents volets de la SR (Planification Familiale, survie de l'enfant, IST/VIH/SIDA, violences et pratiques néfastes, etc.) en mettant l'accent sur maternité à moindre risque (les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ont fait l'objet de développement spécifique) ;
- à la communication dans les programmes de SR et les méthodes d'Information/Education/Communication (causerie, entretien/counseling, visites à domiciles) ;
- à la référence et au suivi des patients ;
- à la gestion des activités, des ressources financières, matérielles et produits SBC ;
- au suivi des activités et à l'élaboration de plans d'actions.

A l'issue de la formation, les 168 ASBC ont été installés dans leur communauté respective.

L'installation des ASBC formés constitue une étape importante du processus devant permettre l'offre de services par les ASBC aux autres membres de la communauté. Pour les 168 ASC formés, cette activité primordiale vise à renforcer le soutien des communautés et à crédibiliser davantage le message de l'ASBC. Elle a été menée sous l'impulsion des ICP en relation avec l'Equipe Cadre de District, les représentants des collectivités locales, les leaders communautaires et religieux.

Toutefois, la formation des ASBC et ensuite leur opérationnalité a nécessité au préalable la réalisation des diverses activités ci après :

L'adaptation du curriculum de formation des ASBC et des supports de gestion.

Cette activité fondamentale dans la mise en œuvre du processus s'est réalisée à travers un atelier organisé du 22 au 27 août 2005 à Dakar dans la salle de conférence du GEEP. Cet atelier qui a regroupé différents acteurs a permis d'aboutir aux résultats suivants:

- La révision/adaptation du curriculum de formation des ASBC à la lumière des leçons apprises dans son application et des domaines nouveaux identifiés.

- L'adaptation du cahier de l'apprenant en tenant compte des correctifs apportés au curriculum de formation des ASBC.
- Le choix des éléments de contenu de la trousse ASBC nécessaires au travail de l'ASBC.
- La révision/adaptation des supports de gestion disponibles au niveau de l'ASBC.

L'organisation des sessions d'orientation des ICP et ECD au curriculum de formation des ASBC dans les 3 districts cibles de Kédougou, Goudiry et Vélingara

Cette activité qui intervient après la révision du curriculum constitue une étape importante du processus devant à terme permettre la formation des (168) ASBC.

L'objectif général assigné à l'activité était de renforcer les compétences des 21 ICP et 18 ECD dans les 3 districts cibles du projet pour leur permettre d'assurer la formation des ASBC.

La mission a été réalisée par une équipe conjointe DSR/UNFPA appuyée par les membres des ECR et ECD et les Experts régionaux de l'UNFPA.

Elle s'est déroulée pendant la période du 12 au 24 octobre 2005 dans les trois districts cibles à raison de 4 jours par district.

La conception et la multiplication de supports IEC et outils de gestion :

Divers supports didactiques ont été conçus et multipliés pour alimenter la trousse de l'ASBC dont un nouveau modèle a été proposé. Ces supports sont constitués d'affiches, de dépliants, de brochures sur les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, des brochures sur la planification familiale ainsi que des cahiers de vente produits SBC, carnets de référence, carnets de rapports mensuels. A l'intention d'ASBC non alphabétisés des fiches pictographiques ont été élaborées avec l'assistance du Population Council.

L'acquisition d'équipements pour les ASBC :

Divers équipements de base ont été acquis pour les 168 ASC. Il s'agit de 168 vélos, 200 Trousses ASBC, 168 badges, 168 malles pour la conservation des produits SBC

L'acquisition de produits SBC :

Conformément à la liste retenue dans le cadre de la stratégie SBC/SR, les produits et médicaments essentiels constituant la dotation initiale des ASBC ont été acquis. Il s'agit pour les produits contraceptifs des condoms, spermicides et pilules fournis par la DSR et pour les autres médicaments essentiels constitués du fer, paracétamol, mébendazole, SRO, Vit a acquis à travers la PNA. Concernant les moustiquaires imprégnées, les districts ont offert une première dotation en attendant la mise en œuvre du partenariat avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme.

La remise officielle du matériel et des équipements SBC

Le 10 mars 2006, à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, le matériel et les équipements acquis dans le cadre du projet SBC ont fait l'objet d'une cérémonie

officielle de remise par Madame la Représentante de l'UNFPA au Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale.

L'amélioration de la fourniture de services de qualité dans les structures de santé de base

Dans le cadre de la mise en œuvre de la composante projet SEN/5/P01 «amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services » couvrant les deux régions de Tambacounda et Kolda, le personnel prestataire de services notamment les ICP, les sages femmes et coordinatrices SR ont été capacités dans le domaine de la PF et des SONUB. En outre la totalité des postes de santé ont fait l'objet d'une supervision formative menée par les membres des ECR et ECD appuyées par la DSR. En outre, les partenaires locaux ont été formés en supervision facilitante et en IEC/CCC

Formation des ICP en supervision facilitante

Cette formation organisée à l'intention des 21 ICP, des 3 MCD et des 3 superviseurs SSP des 3 districts a eu lieu à Kolda du 3 au 7 juillet 2006. A travers cette session régionale il s'est principalement agi de renforcer les compétences des ICP en supervision des activités SBC/SR et de faire le choix d'outils ou de supports adaptés pour la supervision des ASBC par les ICP (Plan de supervision, Grille de supervision, Modèle de rapport)

Formation des partenaires locaux du projet SBC en IEC/CCC

Cette session a eu lieu à Tambacounda du 18 au 22 juillet 2006. Les partenaires locaux ayant participé à la session sont constitués des Chefs de Centres d'Expansion Rurale Polyvalents (CERP), les Chefs des Services Départementaux du Développement Communautaire, les responsables d'ONG et les Radios Communautaires de Goudiry, Diaobé et Kédougou. Avec l'appui du Service de l'Education pour la santé et de la DSR des projets de protocoles d'accord ont été élaborés pour asseoir un partenariat efficace pour le développement des activités IEC/SR dans les 3 districts cibles.

I.3 ACTIVITES ET TACHES DES ASBC

Dans le cadre des activités SBC/SR, les prestations qui sont offertes sont principalement l'IEC, la référence et le suivi des clients, la distribution des contraceptifs et d'autres produits essentiels pour l'amélioration de l'information et de l'accessibilité des services en matière de Santé de la Reproduction. Ainsi, dix tâches critiques ont été confiées aux ASBC :

- animer des causeries éducatives ⁷;
- exécuter les Visites à Domicile (VADI) ;
- mener des séances d'entretien /counseling ;
- vendre les produits SBC ;
- effectuer la référence et le suivi des clients ;
- assurer la disponibilité des produits SBC ;

⁷ Chaque ASBC devra assurer au moins 3 visites à domicile par semaine, en ciblant en particulier les perdues de vue, sous la direction de l'ICP et une séance de causerie au moins une fois par mois.

- entretenir le matériel mis à sa disposition (trousse ASBC, moyen de déplacement...);
- remplir correctement et tenir à jour les outils de gestion ;
- établir et envoyer à l'ICP les rapports mensuels ;
- verser régulièrement les recettes selon les procédures définies.

Pour accomplir ses activités d'information, de sensibilisation, de vente de produits et de référence vers les postes de santé, les ASBC ont reçu chacun :

- un vélo pour améliorer leur mobilité ;
- des supports pour les activités IEC (affiches, dépliants, boîtes à images, brochures, etc.);
- des malles et des trousseaux pour la conservation des produits ;
- des outils et supports pour la gestion et le suivi des activités (cahiers, formulaires, etc.).

Des kits contenant la gamme autorisée de produits contraceptifs au niveau communautaire (pilules pour le réapprovisionnement des clientes, condoms, spermicides) mais aussi des médicaments essentiels pour le premier niveau : fer, Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), moustiquaire imprégnée leur ont été également fournis.

Chaque ASBC a reçu gratuitement un stock initial de produits et se réapprovisionne par achat au niveau du poste de santé sur la base de la consommation et du stock disponible. L'ASBC cède les produits avec une marge sur le prix de cession du district, en s'assurant que le prix de vente est le même au niveau du poste de santé qu'au niveau de la communauté : Dans le cadre de la motivation, 75% de la marge bénéficiaire provenant de la vente de produits SBC sont versés à l'ASBC et les 25% restants, sont versés au comité de santé ou comité de gestion pour le financement des activités de mobilisation sociale.

Tableau 1 - Liste des produits et prix retenus

N°	Produits	Prix de vente (en FCFA)
1	Condom	10 F (Unité)
2	Spermicide Conceptrol	10 F (Unité)
3	Pilule	100 F (1 Plaquette)
4	Moustiquaire imprégnée	1000 F (Unité)
5	Fer	100 F (1 Plaquette)
6	Vit. A	25 F (1 capsule)
7	Paracétamol (comprimé)	100 F (1 Plaquette)
8	Paracétamol (sirop)	500 F (1 flacon)
9	Mébéndazole comprimé	100 F (1 Plaquette)
10	Sachet SRO	50 F (1 Sachet)
11	Mébéndazole sirop	500 F (1 flacon)

1.4 PROJETS D'ACCOMPAGNEMENT AUX ACTIVITÉS SBC

L'objectif des mesures d'accompagnement est de favoriser la mise en œuvre et la pérennisation de la stratégie SBC/SR à travers la mise en place de projets générateurs de revenus et de caisses de solidarité.

Les caisses de solidarité, considérées comme un élément de la stratégie nationale en matière de référence/contre référence, doivent permettre de renforcer les valeurs de solidarité et d'entraide pour la mise en place de mécanismes communautaires d'évacuation des urgences obstétricales et néonatales. Elles permettent de prendre en charge les frais de transport en cas d'urgences obstétricales et néonatales. Au total, 28 caisses de solidarité devaient être mises en place dans chaque district cible avec une dotation initiale symbolique de l'UNFPA d'un montant de 25 000 francs CFA par caisse. Elles sont implantées dans le village de résidence du binôme d'ASBC lorsqu'ils habitent ensemble ou dans le village centre polarisant les villages couverts. Elles sont gérées par un comité de gestion de 7 à 10 membres (femmes) représentatifs des villages couverts par la caisse ou le binôme d'ASBC et sont alimentées par les contributions des populations bénéficiaires.

Les caisses de crédit revolving participent au système de motivation des ASBC. Elles constituent une assistance financière aux ASBC sous forme de prêts remboursables pour leur permettre de développer des activités génératrices de revenus.

Au total, neuf caisses de crédit revolving ont été mises en place dans les trois districts cibles de Vélingara, Kédougou, et Goudiry. A Vélingara, où les 7 postes de santé expérimentaux disposent de comptes à l'échelon local, les caisses ont été décentralisées au niveau poste de santé. Elles permettent aux ASBC organisés en amicales de mener des activités génératrices de revenus pour le renforcement de leur motivation et la pérennité des activités. Cette activité a nécessité au préalable la formation des membres des comités de gestion des caisses. Elle a été réalisée avec l'appui d'un agent du projet ASC/Emploi avec la participation de la DSR, des CADL et ECD.

1.5 SUIVI ET EVALUATION DU PROJET

Le suivi et l'évaluation du déroulement des activités et des résultats obtenus font parties intégrantes de la fonction de pilotage du projet. Le système mis en place couple les données de documentation des activités des ASBC et des études, selon la méthode quasi expérimental, qui seront menées pour apprécier l'impact du projet à travers deux recherches complémentaires (au démarrage et à la fin du projet) par un prestataire.

Un système de collecte de données et de suivi des activités a été mis en place sur la base des statistiques de services et des rapports mensuels des ASBC et des rapports trimestriels et annuels des superviseurs. Pour cela des outils de gestion et de suivi des indicateurs (fiche de référence, cahier de vente de produits, formulaires de rapport...) ont été mis à la disposition des ASBC et des superviseurs. Ces informations servent au suivi du projet au niveau national.

Une étude de base sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) pré intervention a été réalisée dans les trois districts cibles auprès des hommes et des femmes fournissant un ensemble d'indicateurs clefs pouvant servir de référence pour la mesure des résultats atteints. A l'issue des deux années prévues, une évaluation finale doit être réalisée pour mesurer l'impact du programme d'interventions par rapport aux objectifs assignés. Les résultats obtenus feront l'objet de diffusion au niveau régional et national.

II. OBJECTIFS DE L'EVALUATION DU PROJET

OBJECTIF GENERAL

Cette évaluation post-intervention a pour objet de procéder à l'analyse des interventions menées et des résultats obtenus en rapport avec les objectifs assignés au projet. Cette analyse devra permettre de fournir à l'UNFPA et au Ministère de la santé, les informations relatives à l'acceptabilité et la faisabilité de l'approche SBC en vue d'une éventuelle extension de la stratégie dans les régions d'intervention de l'UNFPA au Sénégal.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

La présente évaluation a pour objectifs spécifiques :

- d'évaluer les changements intervenus au niveau des indicateurs de Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations cibles en matière de Santé de la Reproduction ;
- de déterminer la perception et les opinions des populations par rapport aux services offerts par le projet SBC (disponibilité, pertinence, acceptabilité, adéquation aux besoins, durabilité, etc.) ;
- d'identifier les bonnes pratiques survenues dans les communautés bénéficiaires pour documenter de futurs programmes ;
 - d'évaluer la performance des ASBC en rapport avec les tâches assignées ;
 - d'estimer la population couverte par les ASBC dans leur zone de responsabilité ;
 - de recueillir les perceptions des prestataires et des responsables de la santé aux niveaux poste de santé, district et région sur le projet SBC
 - de déterminer chez les clients actuels et chez les clients potentiels l'acceptabilité des services et coûts des produits offerts dans le cadre du projet SBC ;
 - de documenter le système de référence communautaire et les caisses de solidarité mises en place ;
 - d'apprécier l'appui apporté dans le cadre de la mise en œuvre du projet aux différents acteurs selon les niveaux (supervision, renforcement des capacités...) ;
 - d'apprécier les outils mis à la disposition des ASBC (trousses, vélo, supports didactiques, mallettes) ;
 - de déterminer les besoins non satisfaits chez les clients actuels du programme SBC ;

- de formuler des recommandations de stratégies pour une expansion éventuelle de la SBC dans les régions d'intervention de l'UNFPA au Sénégal.

III. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

Une étude d'impact ou une évaluation d'une intervention pour être fiable repose sur un ensemble de normes méthodologiques. Elle doit combiner plusieurs sources d'informations de natures quantitatives (enquêtes et analyse de données secondaires) et qualitatives (entretiens individuels approfondis, groupes de discussions dirigés, méthodes participatives). Les données qualitatives viennent compléter les quantitatives et fournissent des éclairages sur les résultats obtenus.

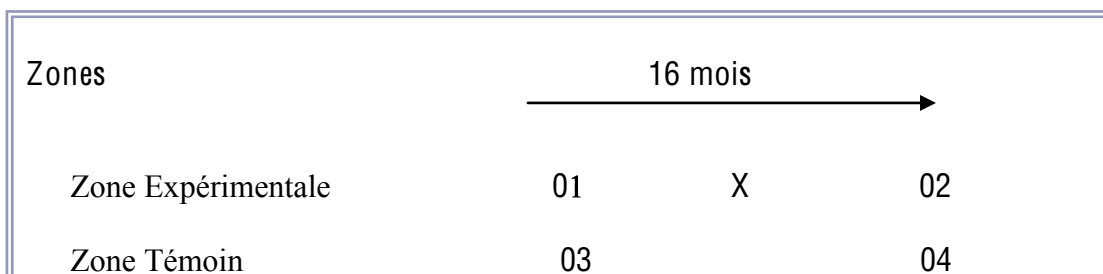
Ainsi, pour évaluer les résultats du projet SBC/SR, il a été retenu une méthodologie associant deux enquêtes CAP (avant et après l'intervention) et une enquête qualitative approfondie (réalisée uniquement lors de l'évaluation post-intervention). Les données sur les activités et de supervisions ont été également utilisées pour apprécier les performances des ASBC par rapport aux objectifs qui leur avaient été fixés.

PROCEDE DE RECHERCHE

La pertinence de la stratégie d'intervention repose sur les deux hypothèses suivantes :

- *Hypothèse 1* : Les niveaux post-interventions des connaissances ainsi que l'utilisation des services de PF et des autres services de SR des populations cibles sont meilleurs que les niveaux pré-interventions.
- *Hypothèse 2* : Les populations vivant dans les villages où l'intervention SBC est introduite connaîtront mieux et utiliseront davantage les services de santé de la reproduction que celles vivant dans les villages où elle n'est pas introduite.

Par conséquent, un procédé de recherche quasi-expérimental avec groupe témoin est utilisé dans chacun des trois districts sanitaires pour vérifier ces hypothèses. Ainsi, l'aire de chaque district a été divisée en deux zones : une zone expérimentale et une zone témoin ou de comparaison. La zone expérimentale comprend les sept postes de santé proposés pour l'introduction des interventions SBC. La zone témoin comprend les autres postes de santé du district sanitaire. De manière générique, le procédé de recherche pour la collecte des données des enquêtes CAP au niveau de chaque district sanitaire se présente comme suit :



Sur ce diagramme :

- ⇒ O_1 et O_3 sont les mesures des indicateurs obtenus à partir des informations collectées lors de l'enquête CAP de base.
- ⇒ O_2 et O_4 indicateurs obtenus à partir des informations collectées lors de l'enquête CAP en fin d'intervention SBC/SR.
- ⇒ X = activités de l'intervention SBC/SR.
- ⇒ Les hypothèses de l'étude seront testées comme suit : $O_1 = O_3 < O_2 < O_4$

La comparaison des indicateurs obtenus lors des enquêtes CAP de base et après l'intervention devrait permettre de mesurer les changements intervenus dans les zones expérimentales et imputables au projet SBC.

STRATEGIE DE COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données pour l'évaluation post-intervention⁸ a été effectuée en 25 jours dans les trois districts, du 1^{er} au 25 novembre 2007. Elle a été réalisée par 19 enquêteurs professionnels, dont 13 avaient participé à l'enquête de base. Ces enquêteurs ont tous une bonne expérience en matière de collecte de données dans le domaine de la Santé de la Reproduction. Ils parlent au moins l'une des deux principales langues locales (pulaar et mandingue). En plus, Ils ont été formés avant la collecte pendant trois jours (du 23 au 25 octobre) pour se familiariser avec les questionnaires.

La supervision a été assurée de manière continue par les consultants et par les Equipes Cadres des Districts (ECD). Une équipe conjointe du Ministère de la Santé, composée de membres de la Division de la Santé de la Reproduction (DSR), de la Direction de l'Etude et de la Recherche (DER) et de la Division des Soins de Santé Primaires (DSSP) a également participé pendant sept jours à la supervision des enquêtes dans les Districts de Kédougou et de Goudiry. Le travail de supervision avait consisté à faciliter la collecte et à s'assurer que toutes les activités ont été exécutées conformément aux instructions des termes de référence.

Pour les enquêtes CAP, quatre équipes de collecte ont été constituées selon le genre et la langue : deux équipes de femmes (mandingue et pulaar) et deux équipes d'hommes (mandingue et pulaar). Au niveau de chaque équipe comptant quatre ou cinq membres, un des enquêteurs a joué le rôle de chef d'équipe. Il a veillé à l'application des instructions méthodologiques : sélection des concessions et des personnes éligibles. Il était également chargé de prendre note des difficultés des enquêteurs dans l'administration du questionnaire et des les communiquer lors des débriefings journaliers.

Chaque jour, une réunion est tenue avec l'ensemble des équipes de faire le point sur la situation de la collecte journalière et préparer la journée suivante. C'est également l'occasion de relever les problèmes rencontrés sur le terrain, dans l'administration des questionnaires et d'harmoniser avec l'ensemble des enquêteurs.

⁸ Dans l'enquête de base pré-intervention, la collecte des données a été effectuée en 40 jours dans les trois districts, du 21 juin au 30 juillet 2005 par le même nombre d'enquêteurs.

CHOIX DES SITES D'ENQUÊTES

Dans ce type d'étude, les biais d'analyse peuvent être liés aux différences de caractéristiques socio-démographiques entre les populations et les risques de «contamination» dus aux effets de débordement. Aussi, pour limiter ces effets, les sites d'enquêtes ont été sélectionnés selon des critères prédéfinis dont principalement la localisation socio-spatiale et les caractéristiques socio-démographiques (distance au centre de référence, population couverte, nombre de FAR, ethnie principale...).

Dans chaque district 4 postes de santé ont été retenus dont deux expérimentaux et deux témoins en tenant compte des critères de sélection⁹ mentionnés plus haut. Les villages proposés pour les interventions SBC ont été retenus comme sites expérimentaux. Dans la zone de responsabilité de chaque poste-témoin, identifié selon les critères définis plus haut, des villages ont été choisis, parmi les localités de taille et de situation comparable aux sites expérimentaux. Ainsi, les villages choisis dans l'échantillon sont localisés à des distances variables au poste de santé dans le souci d'une bonne représentativité des populations en fonction de leur accessibilité physique.

Cet appariement avait pour objectif d'améliorer la comparabilité géographique par la constitution de groupes témoins ayant les mêmes caractéristiques que la population où l'intervention est mise en œuvre. Les sites de contrôle ont été choisis à distance des sites expérimentaux pour éviter les effets de contamination. La localisation des postes de santé est présentée sur les cartes 1 et 2.

INSTRUMENTS DE COLLECTE

Deux questionnaires individuels ont été utilisés pour les enquêtes quantitatives dont l'un pour les femmes (15-49 ans) et l'autre pour les hommes (15-59 ans). Compte tenu de l'objectif général du programme d'intervention s'insérant dans une stratégie globale de lutte contre la mortalité maternelle, les questionnaires standard d'enquêtes CAP¹⁰ déjà réalisées au Sénégal ont servi de base. Ils ont été révisés et adaptés pour cette étude. Les résultats de l'enquête de base avaient permis au Population Council de sélectionner les indicateurs pertinents à suivre dans le cadre du projet SBC. La révision des outils de collecte a tenu compte de ces recommandations.

Les questionnaires comportent, en dehors des caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté(e), les volets suivants de la SR : santé de la femme, santé de l'enfant, planification familiale, IST/SIDA et pratiques néfastes (excision, mariage précoce et

⁹ Dans chaque district, les postes de santé et les villages choisis ont été présentés et validés avec le personnel médical (MCD, ICP, etc.). Pour faciliter l'aide à la décision, la cartographie des districts ainsi qu'une base de données sur les caractéristiques géographiques et socio-sanitaires des sites a été réalisée par les consultants et présentée lors des briefings avec les partenaires sur le terrain.

¹⁰ Il s'agit des questionnaires de l'enquête CAP du projet SBC du District de Kébémér, réalisé par Population Council en 2001 et ceux de l'UNFPA dans les régions de Tambacounda et Kolda en 2002.

levirat/sororat). Le questionnaire homme comporte les mêmes sections que celui des femmes, mais a été allégé des questions portant sur l'historique des naissances, sur la surveillance de la dernière grossesse et les lieux de l'accouchement.

SOURCES DE DONNEES ET ÉCHANTILLONNAGE

3.5.1 Echantillon des enquêtes CAP

Les enquêtes CAP ont été réalisées dans les zones de responsabilité de 12 postes de santé (6 expérimentaux et 6 témoins) et dans 60 villages. L'objectif visé pour les enquêtes CAP était d'interviewer au total 2700 personnes, dont 1500 femmes et 1200 hommes. La taille de l'échantillon est inférieure à celle de l'enquête de base (qui était de 2768 femmes et 1938 hommes) car, il a fallu tenir compte de limites de temps et de budget du commanditaire lors de l'évaluation finale. Toutefois, il a été fixé en tenant compte des impératifs de représentativité et de la taille minimale requise aux échantillons nécessaires pour observer une augmentation statistiquement significative pour les indicateurs de Santé de la Reproduction.

Tableau 2: taille de l'échantillon par district et par groupe pour les enquêtes CAP pré-intervention (2005)

Districts	Expérimental		Témoin		Total
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Goudiry	489	356	483	312	1640
Kédougou	483	352	453	325	1613
Vélingara	469	352	391	241	1453
Total	1441	1060	1327	878	4706
Taux de réponse	99,8	99,4	99,5	98,7	99,8

La population cible est, comme dans l'enquête pré-intervention, constituée des femmes âgées de 15 à 49 ans et des hommes âgés de 15 à 59 ans. Le tableau 3 présente les résultats de la collecte et montre que le taux de couverture l'échantillon souhaité a été atteint et même légèrement dépassé. Les taux de réponse supérieurs respectivement à 99% et pour les enquêtes pré-intervention et post-intervention dans tous les districts, montre que les résultats de la collecte sont satisfaisants.

Tableau 3: taille de l'échantillon par district et par groupe pour les enquêtes CAP post-intervention (2007)

Districts	Expérimental		Témoin		Total
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Goudiry	252	200	257	204	913
Kédougou	254	202	250	204	910
Vélingara	265	211	251	200	927
Total	771	613	758	608	2750
Taux de réponse	100	99,8	99,5	99,7	99,7

3.5.2 Echantillon des enquêtes qualitatives

Les enquêtes qualitatives de l'évaluation post-intervention ont été réalisées auprès de plus de 200 personnes (parties prenantes de la population et des prestataires de services du système de soins et du projet), soit au moins 65 individus par district, pour discuter sur leurs connaissances et leurs perceptions du projet, sur les acquis, les contraintes, les motivations, les difficultés majeures ainsi que sur les conditions à observer pour la pérennité de l'intervention.

Des Entretiens Individuels Approfondis (EIA) ont ainsi concerné :

- 45 ASBC (soit 1/4 dans chaque district) dont 20 femmes et 25 hommes ;
- 30 membres du personnel de santé (Médecins Chefs de Régions, Médecins Chefs de Districts, Superviseurs des Soins de Santé Primaires, Coordonnatrices SR et Infirmiers Chefs de Postes) ;
- 15 leaders communautaires (chefs de villages, Présidents de Communautés Rurales, Présidents de Comités de Santé, représentants des associations, etc.) et des partenaires du programme ;
- 5 organismes partenaires du projet SBC (CADL, SDDC, ONG locales, etc.).

Dans chaque zone de responsabilité des postes de santé expérimentaux retenus pour les enquêtes CAP, deux Groupes de Discussions Dirigées (GDD) ont été organisés respectivement pour les hommes, les femmes et les jeunes de villages bénéficiaires du projet SBC. Les groupes étaient constitués de 7 à 10 personnes. Au total 18 groupes ont été intégrés dans l'étude dont :

- six groupes d'hommes âgés de 21 à 60 ans ;
- six groupes de femmes âgées de 21 à 55 ans ;
- six groupes d'ados/jeunes âgés de 15 à 20 ans.

Tableau 4 : nombre d'entretiens qualitatifs réalisés par district pour l'évaluation post-intervention

Types d'entretiens	Goudiry	Kédougou	Vélingara	Total
GDD Femmes*	2	2	2	6
GDD Hommes*	2	2	2	6
GDD Ados/jeunes*	2	2	2	6
EIA leaders	5	5	5	15
EIA personnel de santé	10	10	10	30
EIA partenaires	-	2	3	5
EIA ASBC	15	15	15	45
Total	36	38	39	113

* chaque GDD était constitué de 7 à 10 personnes

3.5.3 La documentation sur les activités des ASBC

Les documents du système d'information et de suivi du projet SBC ont été utilisés dans le cadre de cette évaluation pour mesurer les résultats et les performances des ASBC. Il s'agit principalement des rapports d'activités des ASBC ainsi que des rapports de supervisions des Infirmiers Chefs de Postes et des partenaires du projet.

Les ASBC ont été dotés d'outils de gestion (cahiers IEC, cahiers de vente de produits, carnet de rapports d'activités, carnet de référence,...) qu'ils sont chargés de tenir régulièrement à jour et de faire parvenir chaque mois au personnel chargé de la supervision dans leur aire de santé (l'Infirmier Chef de Poste). Ces données sont envoyées au superviseur du district de santé qui en fait la synthèse mensuelle et les met à la disposition de la coordination du projet.

Les informations qui portent principalement sur les activités IEC, les activités de gestion et les prestations de services permettent d'assurer le suivi de l'intervention. Les données de synthèse ont été fournies par poste de santé pour l'année 2006 (de mai à décembre 2006) et pour 2007 (de janvier à août 2007).

SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNEES

La saisie des données a été réalisée respectivement, en deux mois et en 15 jours, pour les enquêtes pré-intervention et post-intervention. Elle a été effectuée sur le logiciel Epidata. Les données ont été par la suite transférées sur SPSS.11 for Windows pour la tabulation et l'analyse. La liste des indicateurs qui ont servi de base pour l'analyse est présentée dans le plan d'analyse.

Dans les rapports, les résultats sont présentés par district. Dans celui de l'étude de base, seules les données des zones expérimentales ont été présentées et analysées. Les données des zones témoins ont été utilisées lors de l'enquête post-intervention pour identifier les changements intervenus dans les zones expérimentales.

Dans le présent rapport, les indicateurs dont le niveau n'était pas satisfaisant ou qui méritaient une attention particulière, au démarrage de l'intervention, ont été retenus pour évaluer les résultats du projet dans l'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de santé de la reproduction.

PRINCIPALES CONTRAINTES RENCONTREES ET LIMITES DE L'EVALUATION

La méthodologie utilisée pour cette évaluation correspond aux normes édictées pour mesurer une intervention, notamment dans le domaine d'un projet SBC/SR. Au regard des différentes conceptions de l'impact d'une intervention, l'évaluation a été menée selon deux principaux critères quantitatifs et qualitatifs : résultats sur les connaissances attitudes et bonnes pratiques ; et adéquation avec les besoins et les attentes des bénéficiaires. Toutefois, quelques limites ont été relevées qui tiennent essentiellement à la collecte de l'information.

Les contraintes de temps ont amené à modifier le taux de sondage et à réduire l'échantillon interrogé dans l'enquête post-intervention. Cette option, même si elle n'entache pas la représentativité pour observer une augmentation statistiquement significative, pourrait amener à sous estimer le niveau réel des indicateurs de SR.

L'évaluation post-intervention n'a pas été réalisée à la même période que l'étude de base dont les enquêtes ont été effectuées pendant la saison des pluies (juin-juillet 2005). Mais, les effets de saisonnalité ne sont pas assez importants pour remettre en cause la collecte. Toutefois, la période de collecte a coïncidé avec les récoltes (mois de novembre) et les populations ne sont généralement disponibles que dans l'après-midi. Au niveau de certains villages, les enquêteurs ont dû procéder au recensement exhaustif de toutes les concessions et de toutes les personnes éligibles pour avoir l'effectif recherché, aux dépens du respect de pas de sondage préalablement défini (une concession sur deux). Par la suite, la stratégie établie, était d'avertir les villages, la veille de l'enquête pour retenir les cibles. Cette disposition a permis d'améliorer sensiblement le temps de collecte.

Malgré les importants efforts déployés par le commanditaire, l'insuffisance de la logistique a également été un des principaux problèmes dans la collecte de l'information. Le nombre de véhicules disponible ne permettant pas de déplacer à la fois les équipes de collecte CAP et les consultants devant réaliser les enquêtes qualitatives. Cette situation était d'autant plus difficile que les distances sont souvent très importantes entre les villages.

L'évaluation des performances des ASBC est effectuée également grâce à l'exploitation des rapports d'activités. Toutefois, ces rapports de surveillance des activités des ASBC n'ont pas été fournis par certains des postes de santé pour l'année 2007. Les données manquantes concernent les postes de santé de Diaobé et de Nématoba (District de Vélingara), de Dougué (District de Goudiry), de Bandafassi, Fongolembi, et Khossanto (District de Kédougou).

PREMIERE PARTIE : PERCEPTION,
PERTINENCE ET PERENNITE DU PROJET
SBC/SR

I. PERCEPTIONS ET APPRECIATIONS SUR LE PROJET SBC/SR

L'évaluation vise à analyser les perceptions et les attitudes des populations vis-à-vis du projet SBC/SR. Il s'agit d'identifier l'impact en termes de connaissance du projet par les bénéficiaires, leur adhésion aux objectifs de l'intervention et leurs appréciations sur les conditions de sa mise en œuvre et de sa pérennisation. L'approche méthodologique, basée sur des Entretiens Individuels Approfondis et les Groupes de Discussions Dirigés, a permis de recueillir des informations qualitatives sur les opinions des différentes parties prenantes.

1.1. CONNAISSANCE ET PERCEPTION DES BENEFICIAIRES SUR LE PROJET SBC/SR

Le projet est bien connu par les populations bénéficiaires qui l'identifient par les ASBC et les caisses de solidarité.

Les populations, notamment les femmes, connaissent généralement les objectifs et activités du projet. Les objectifs déclarés par les populations lors des entretiens individuels et des focus groups se rapportent à l'amélioration de la santé des populations notamment de la femme et de l'enfant. Les activités les plus citées sont :

- les références ;
- la sensibilisation sur les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement ;
- les causeries éducatives ;
- le counseling sur la PF, la CPN et les visites postnatales ;
- la prévention des maladies (paludisme et IST/VIH/SIDA) ;
- les visites à domicile ;
- les caisses de solidarité.

Le projet a permis d'améliorer les comportements des femmes dans le suivi de la grossesse et du post-partum. D'ailleurs, toutes les femmes enceintes font maintenant leurs consultations prénatales et respectent davantage le calendrier des visites. Les ASBC organisent des causeries éducatives pour les femmes et les jeunes. Après chaque séance de causerie éducative, les ASBC effectuent des visites à domicile dans les ménages qui n'ont pas été représentés à la réunion. Ainsi, ils arrivent à sensibiliser davantage de personnes (une femme mariée de 32 ans, de Waly Babacar, district de Goudiry).

Le projet a permis une amélioration de la santé de la population «baamtaaré ngallou».Maintenant dans le village les femmes ont commencé à faire la planification familiale pour espacer les naissances. Elles font aussi la consultation prénatale et le suivi postnatal grâce au suivi des ASBC. Elles respectent davantage le calendrier vaccinal des enfants. Les causeries éducatives ont également amélioré la connaissance des causes des maladies comme les infections sexuellement transmissibles et le SIDA (un jeune marié de 24 ans, de Médina Samba Diallo, district de Vélingara)

A l'exception de quelques rares cas, les ASBC sont bien acceptés par leurs communautés qui d'ailleurs ont participé à leur choix. Les populations estiment qu'ils sont très utiles et ont permis d'améliorer sensiblement les connaissances et les bonnes pratiques dans le domaine de la Santé de la Reproduction. Les résultats les plus visibles selon la majorité des personnes interrogées concernent la surveillance de la grossesse et le recours aux services de santé.

1.2. PERTINENCE ET ADEQUATION DES SERVICES OFFERTS

Le projet est jugé pertinent autant par les communautés que par les prestataires car il répond à des besoins de santé de la population

Le projet SBC/SR est jugé pertinent par l'ensemble des personnes interrogées ; qu'il s'agisse du personnel de santé, des partenaires, des autorités administratives comme des populations bénéficiaires. Il est bien accepté par les communautés qui trouvent qu'il répond à un besoin d'information des populations mais aussi d'accessibilité de services de santé. Les Médecins chefs et les Infirmiers estiment que les interventions à base communautaire, comme le projet SBC/SR, peuvent beaucoup contribuer à la réduction des comportements à risques par l'information et l'éducation de la population. Le projet a selon eux, amélioré l'accessibilité et la disponibilité des services de la santé de reproduction. Il a également contribué localement à la stratégie de lutte contre la mortalité maternelle par l'information des communautés sur les signes de danger et la référence à temps vers les structures sanitaires.

C'est un projet très pertinent qui répond à des besoins réels du secteur de la santé. Dans notre région, l'offre de soins est insuffisante et les Infirmiers n'ont pas le temps et les moyens d'effectuer correctement les activités qui relèvent de la sensibilisation des communautés. Les ASBC constituent une alternative et un bon levier dans le domaine de l'Information/Education/Communication pour la Santé de la Reproduction. En plus, ils permettent aux populations ayant des problèmes d'accessibilité de disposer de produits de première nécessité. Après son évaluation, ce projet devrait être consolidé et il faudrait étudier les conditions de sa réplication dans les autres districts de la région (Médecin Chef de la Région de Tambacounda).

Ce projet est pertinent et le curriculum de formation très bien conçu. D'ailleurs, j'ai recommandé à d'autres partenaires de notre région médicale de s'inspirer des outils et supports du projet SBC/SR. Il serait intéressant et même indispensable qu'il soit étendu dans les autres districts. La demande est réelle au niveau des prestataires et des communautés (Médecin Chef de la Région de Kolda).

1.3. PARTICIPATION ET APPROPRIATION DU PROJET

Les différents entretiens ont montré que les communautés et les principaux acteurs ont manifesté un intérêt certain pour le projet SBC/SR. L'approche issue à l'origine de la nécessité de fournir des efforts pour appuyer le système de soins en matière d'amélioration des pratiques ou de la prise en charge adaptés aux besoins locaux en SR, a finalement été adoptée par les communautés qui en ont compris les enjeux. Quelques leaders communautaires ont parfois apporté un appui au projet mais ces initiatives sont peu soutenues. Les leaders communautaires demandent d'ailleurs davantage d'implication dans le projet.

Cependant, certains leaders communautaires (chefs de village, président (es) d'associations, etc.) estiment n'avoir pas été suffisamment impliqués dans le projet. Les activités sont confiées aux ASBC qui ne sont supervisés que par le personnel de santé. Ils regrettent qu'il n'y ait pas davantage de concertation au niveau local sur la mise en

Le projet SBC/SR est devenu notre projet puisqu'il contribue à améliorer la santé de la population. J'ai moi-même participé, comme d'autres présidents de communautés rurales à plusieurs rencontres dans le cadre de sa mise en œuvre. La santé étant une compétence transférée, il serait indiqué que les élus s'impliquent davantage dans sa mise en œuvre et participent à la mise en place de mécanismes de pérennisation et d'extension du projet dans toute la région (Président de la Communauté Rurale de Kothiary).

« C'est un bon projet qui répond aux besoins de santé de la population. Il est donc facile de se l'approprier car les activités intéressent la communauté. Toutefois, il n'y a pas de feedback au niveau des organisations communautaires et des comités de santé. Nous n'avons pas les informations sur le suivi des activités et il n'y a pas de coordination sur le projet avec le district ou la région. Nous pourrions être davantage impliqués, par exemple dans la supervision mais il faudrait au préalable que nous soyons mieux informés. D'ailleurs c'est la première fois qu'on me demande mon avis sur le projet SBC/SR (Président du comité de santé de Koulor).

œuvre et le suivi de l'intervention. Ils mettent l'accent sur un déficit d'information et de coordination des acteurs.

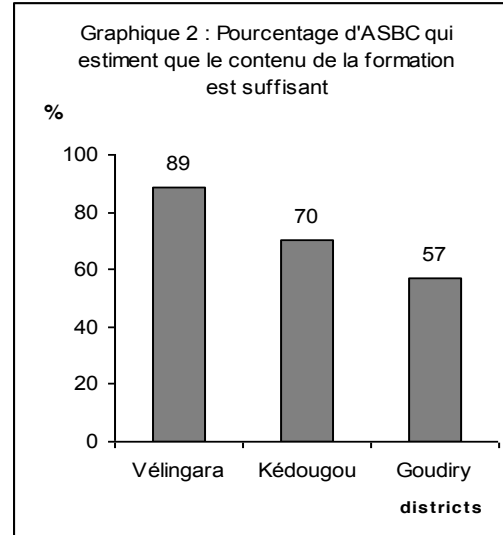
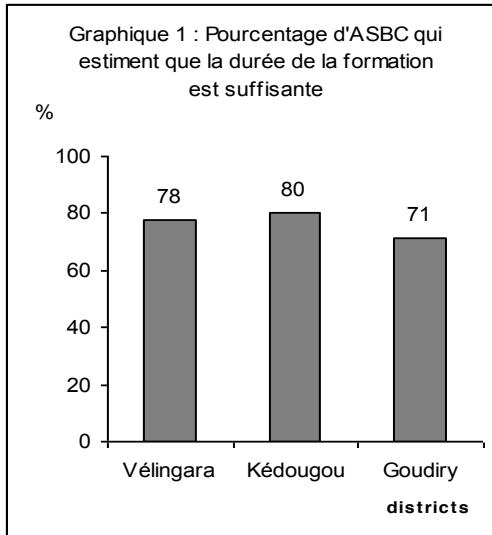
1.4. APPRECIATIONS DE LA FORMATION DES ASBC

Sept ASBC sur dix estiment que la durée de la formation est suffisante mais souhaiteraient des sessions de recyclage

Le succès de la plupart des programmes SBC dépend en grande partie du niveau et de la qualité de la formation des ASBC. Ainsi, ils ont bénéficié d'une formation préalable en IEC/SR d'une durée de 10 jours, sur la base d'un curriculum révisé tenant compte des expériences nationales et incluant la lutte contre la mortalité maternelle. Les modules de formation sont ceux développés par le ministère de la santé dans les domaines de la SBC (counseling et offre de services).

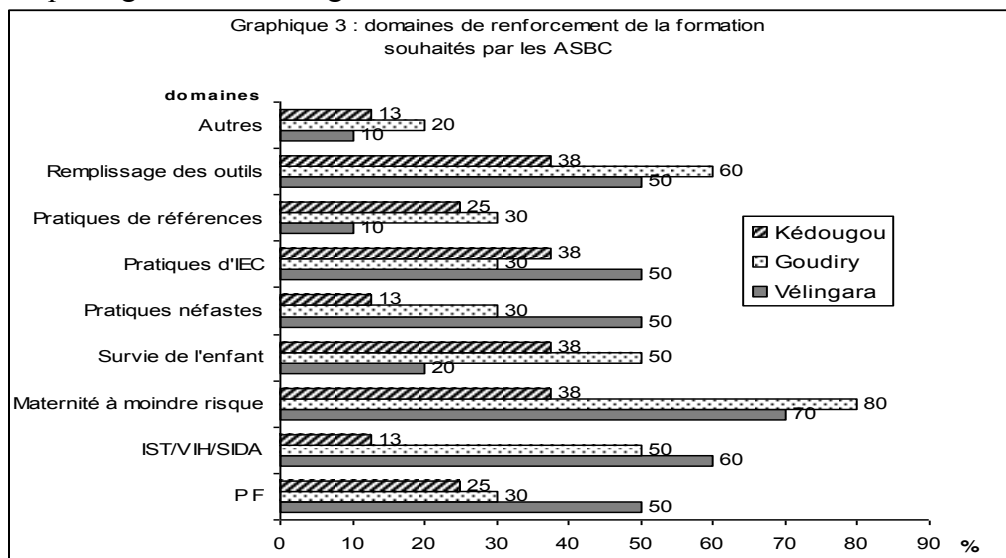
Les entretiens ont révélé qu'au moins sept ASBC sur dix estiment que la durée de la formation est suffisante (graphique 1). Toutefois, 60% ASBC à Goudiry, 71% à Kédougou et 80% à Vélingara, ont souhaité que la durée de la formation soit prolongée.

Les autres, surtout ceux du district de Goudiry, ont évoqué les difficultés liées à la maîtrise de la langue française. Ils ont souligné que malgré l'effort de traduction en langue locale de certains thèmes, l'enseignement était principalement dispensé en français. Ils souhaiteraient que les supports soient traduits en langue nationale. Ils recommandent également d'alphabétiser les ASBC et de prévoir des sessions de recyclage tous les semestres ou tous les ans.



Source : enquêtes semi qualitatives, évaluation post-intervention, novembre 2007

Le personnel de santé (MCR, MCD, ICP et CR/SR) estiment que la formation est globalement satisfaisante et permet aux ASBC d'exécuter correctement les tâches qui leur sont demandées. Les méthodes utilisées (brainstorming, jeux de rôle, exercices pratiques, ...) sont adaptées à la spécificité des apprenants, dont beaucoup sont analphabètes ou ont un faible niveau d'instruction. Les principales difficultés rencontrées par les agents relèvent souvent du remplissage des outils de gestion, pour ceux qui sont analphabètes ou à faible niveau d'instruction. Ils ont beaucoup insisté sur la nécessité de prévoir un recyclage des ASBC en cours d'activités. Le graphique 3 montre que les premiers domaines de formation identifiés par les ASBC sont d'abord la maternité à moindre risque qui est citée par six ASBC sur dix, le remplissage des outils de gestion (par la moitié) et les IST/VIH/SIDA (par quatre sur dix). Les infirmiers Chefs de Postes ont cité principalement la maternité à moindre risque, la survie de l'enfant et le remplissage des outils de gestion.



Source : enquêtes semi qualitatives, évaluation post-intervention, novembre 2007

II. ACTIVITES ET PERFORMANCES DES ASBC

Les performances des ASBC ont été évaluées à l'aide de plusieurs indicateurs dont :

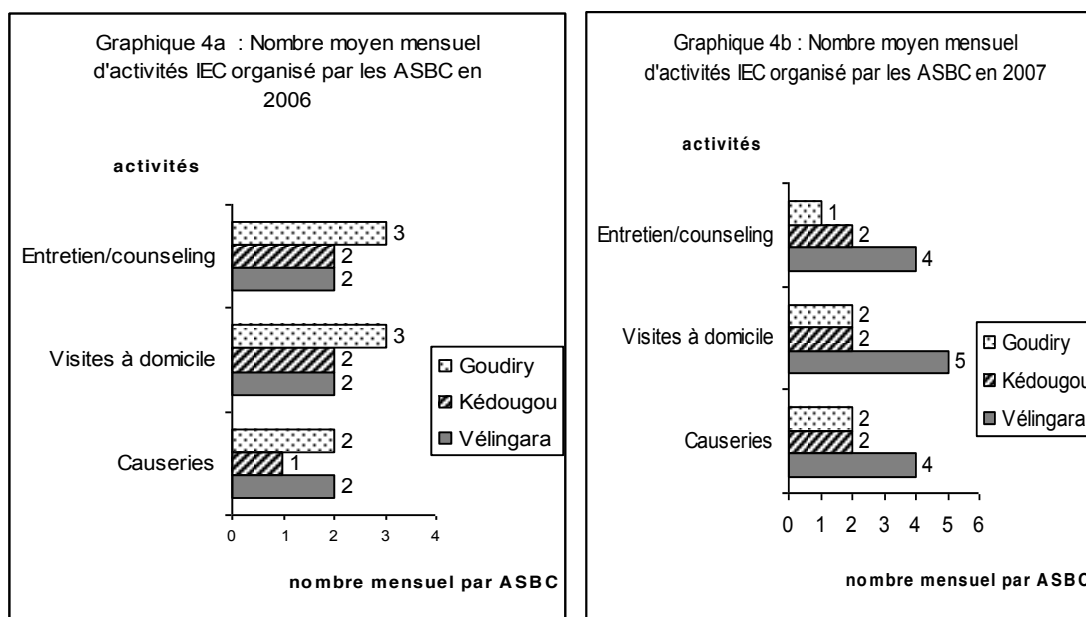
- le nombre d'activités IEC/mois/ASBC (causeries éducatives, visites à domicile, entretien/counseling) ;
- le nombre de personnes référées et le suivi des références ;
- la quantité de produits contraceptifs et de médicaments essentiels vendus.

2.1 ACTIVITES D'INFORMATION/EDUCATION/COMMUNICATION

L'analyse des documents du système d'information et de suivi du projet SBC (rapports d'activités des ASBC et des superviseurs) montre que les ASBC ont réalisé dans le cadre des activités IEC, par mois, en moyenne 2 entretiens/counseling, 2 visites à domicile et 2 causeries éducatives (graphique 4a).

Dans la programmation des activités, chaque ASBC aurait dû assurer au moins 3 visites à domicile par semaine, en ciblant en particulier les perdues de vue, sous la direction de l'ICP et une séance de causerie au moins une fois par mois. Les ASBC ont donc assuré plus de causeries éducatives que prévues par le projet mais moins de visites à domicile.

En 2007, le nombre d'activités a augmenté dans les districts de Kédougou et de Vélingara (graphique 4b). A Vélingara, cette moyenne mensuelle est passée de 2 à 4 causeries et entretiens/counseling et de 2 à 5 visites à domicile pendant l'année 2007.

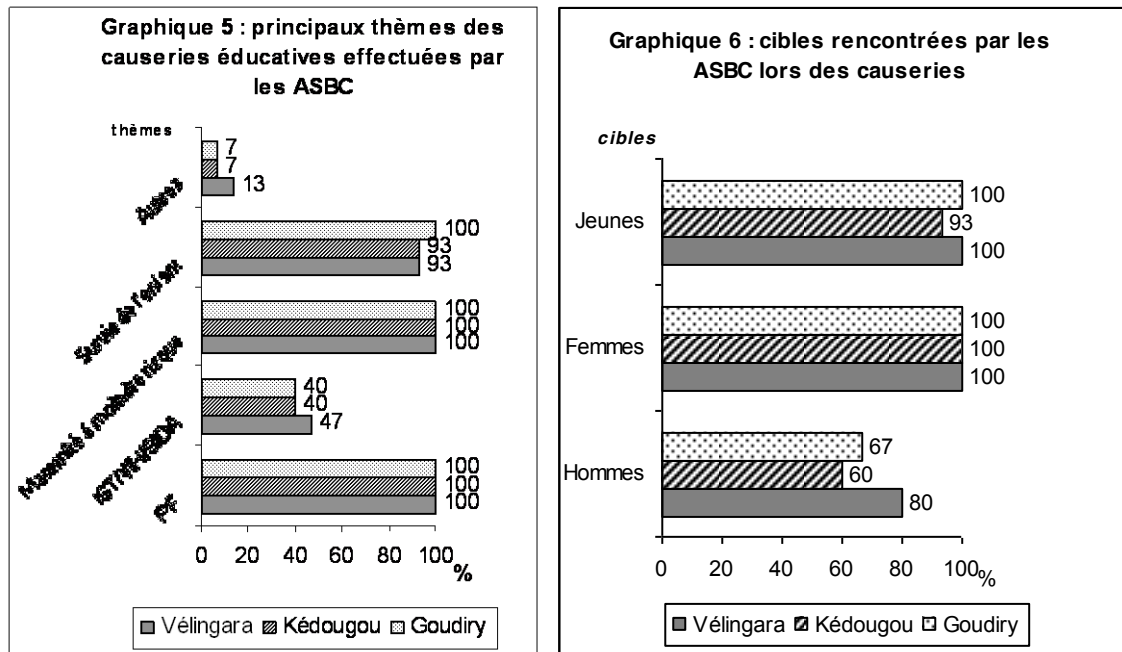


Source : enquêtes semi qualitatives, évaluation post-intervention, novembre 2007

Les principaux thèmes de causeries déclarés par les ASBC sont d'abord la maternité à moindre risque, la PF et la santé de l'enfant (graphique 5). Ils suivent ainsi les recommandations du projet dont les objectifs principaux sont d'abord d'améliorer les connaissances et les comportements en matière de santé maternelle et infantile.

Les leaders communautaires, le personnel de santé, les bénéficiaires comme les agents de développement communautaire ont tous souligné que les activités des ASBC ont amélioré les connaissances et les bonnes pratiques au niveau de la population bénéficiaire.

Les femmes et les jeunes sont les principales cibles des ASBC (graphique 6). Les ASBC déclarent que ces cibles sont davantage intéressées par les activités du projet SBC/SR que les hommes adultes. Ces derniers sont souvent absents, occupés et/ou préfèrent s'abstenir lors de l'organisation des activités. Cette situation mérite d'être prise en compte dans la poursuite du programme. Il serait souhaitable de trouver les canaux et les périodes adéquates pour mieux intégrer les hommes dans les activités.

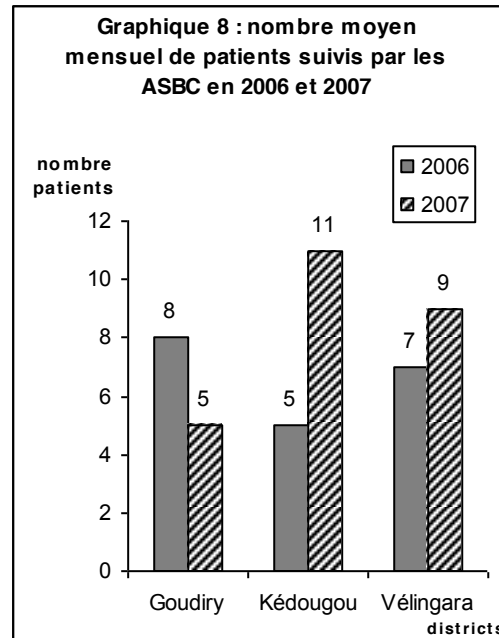
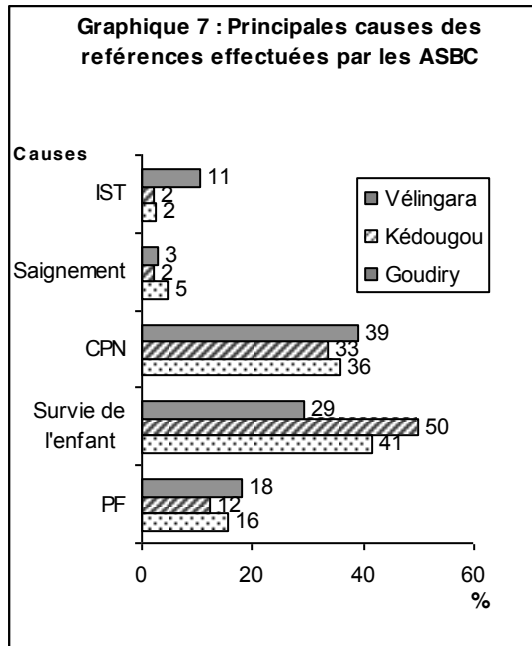


Source : enquêtes semi qualitatives, évaluation post-intervention, novembre 2007

2.2 REFERENCES VERS LES POSTES DE SANTE

Les ASBC contribuent au recours aux postes de santé par la référence des patients

Les activités de référence (en moyenne 2 par ASBC et par mois) sont assez importantes car au total, les 168 ASBC des trois districts ont référé plus de 1700 personnes en 2006 (en 8 mois d'activités) et plus de 2600 personnes en 2007 (pour la même période d'activité). Les principales causes de références sont la consultation prénatale, la vaccination et les maladies de l'enfant et la planification familiale. Il est intéressant de noter que les IST constituent 11% des références dans le district de Vélingara. Les ASBC ont suivi en moyenne chaque mois 7 patients référés en 2006 et 8 en 2007 (graphiques 5a et 5b). Toutefois, si les activités de suivi ont été améliorées en 2007 dans les districts de Vélingara et de Kédougou, elles ont régressé à Goudiry, où elles sont passées de huit en 2006 à cinq patients en 2007.



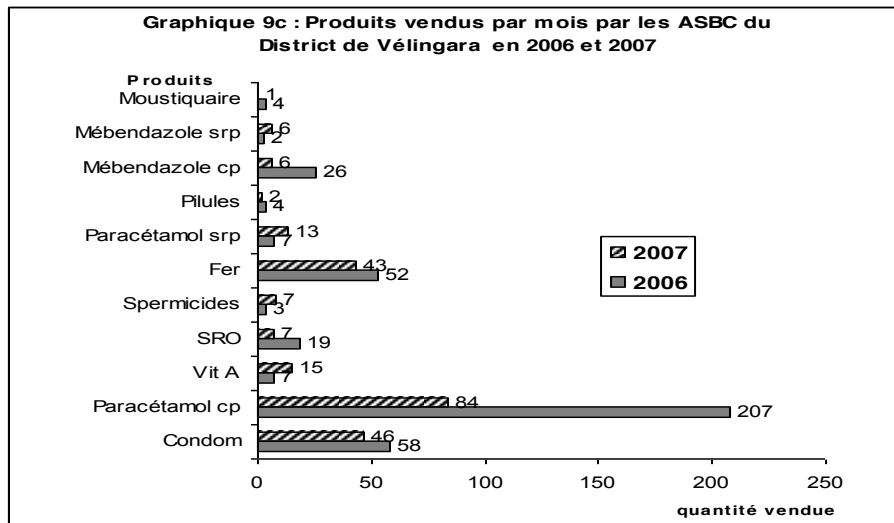
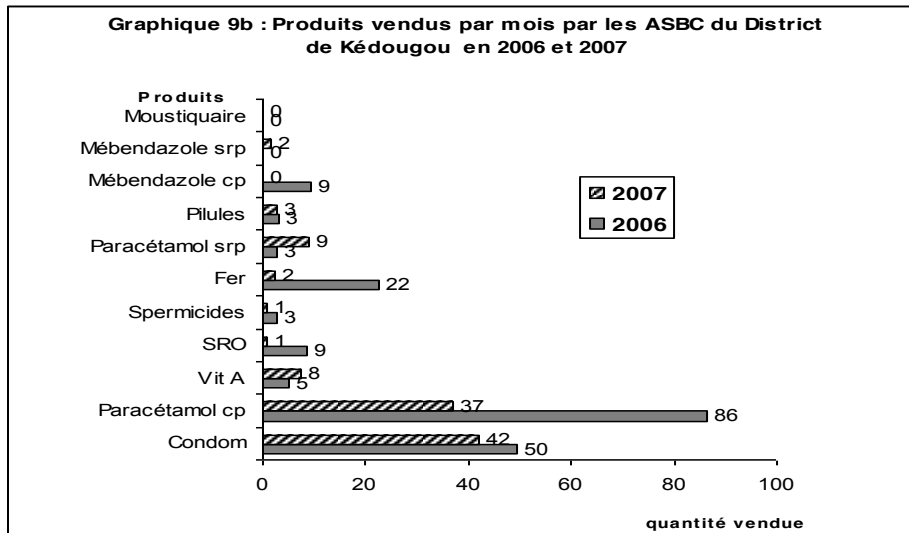
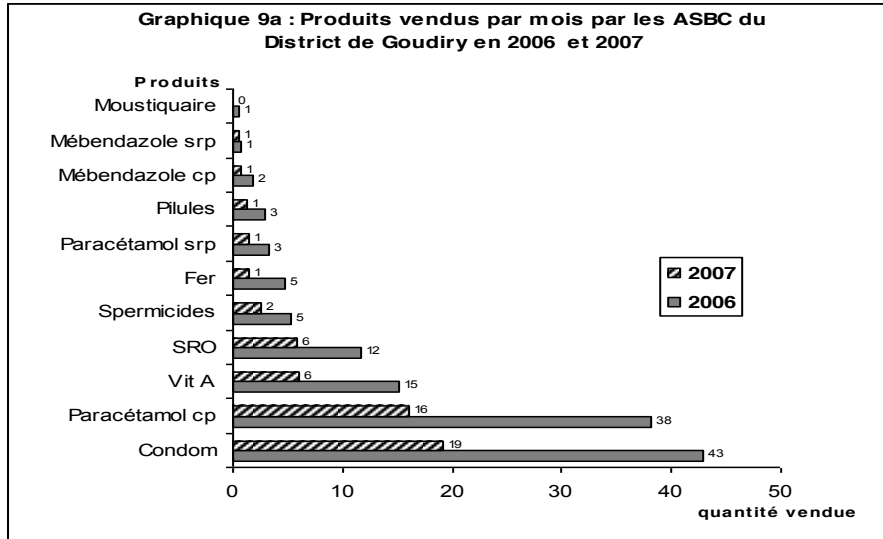
Source : rapports d'activités des ASBC, 2006 et 2007

2.3 VENTES DE PRODUITS CONTRACEPTIFS ET DE MEDICAMENTS ESSENTIELS

Les ASBC améliorent l'accessibilité des médicaments essentiels et des produits contraceptifs mais les ruptures d'approvisionnement minorent les résultats

Les résultats en matière de vente des produits montrent que les ASBC constituent une importante source d'approvisionnement en produits contraceptifs et médicaments essentiels. Toutefois les condoms sont plus demandés que les pilules et les spermicides. Ces produits (spermicides et pilules) sont jugés plus difficiles à utiliser selon les femmes, qui parfois évoquent leurs méconnaissances sur les effets secondaires ou la non habilitation de l'ASBC à l'offrir en première prescription ; ce qui constitue une contrainte pour les clientes. Quant aux médicaments essentiels le paracétamol, le fer et les comprimés de mébendazole sont les plus demandés.

On constate toutefois une réduction de la quantité de produits vendus entre 2006 et 2007 (graphiques 9a, 9b et 9c). Cette situation est liée principalement aux ruptures d'approvisionnement des ASBC constatées dans le premier semestre de 2007. Certains produits assez demandés comme les moustiquaires imprégnés et le paracétamol ne sont pas toujours disponibles.



Source : rapports d'activités des ASBC en 2006 et 2007

En ce qui concerne les recettes issues de la vente des produits par les ASBC pour la période de l'intervention, elles se présentent ainsi qu'il suit selon l'année et le district :

District	Année 2006	Année 2007	Total recettes
Kédougou	271960	291400	563360
Goudiry	411380	111470	522850
Vélingara	1100712	423562	1524274
Total Global			2610484

Source : rapports d'activités des ASBC en 2006 et 2007

III. RÉSULTATS DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT : CAISSES DE SOLIDARITÉ ET CRÉDIT RÉVOLVING

Une des préoccupations majeures du projet étant de mettre en place des mécanismes de pérennisation de l'intervention, il a été prévu des mesures d'accompagnement pour prendre en charge deux aspects importants pour l'exécution et la continuation des activités : assurer l'accès aux services de santé en cas d'urgence et motiver les ASBC. Ainsi, ont été mises en place les caisses de solidarité pour faciliter l'évacuation des patients et des caisses de crédit pour assurer une assistance financière aux ASBC sous forme de prêts remboursables.

Il était également prévu la mise en place de mutuelles de santé pour lesquelles seule l'étude de faisabilité a été réalisée.

3.1 UTILISATION DES CAISSES DE SOLIDARITE

Les résultats de l'analyse des rapports d'activités des ASBC et des supports de gestion montrent que les 84 caisses de solidarité mises en place à raison de 28 caisses par district ont permis en une année de prendre en charge l'évacuation de plus de 150 malades dans les trois districts dont (55 à Vélingara et 69 à Goudiry). Plus de 80% des motifs d'évacuation sont dus à des accouchements ou à des signes de complications de la grossesse (saignement surtout). Les autres concernent le paludisme et les maladies de l'enfant. Les populations ont mis en place des systèmes de cotisations qui varient d'un village à l'autre (mais le plus souvent est de 50F ou 100F par ménage et par mois). Ce montant qui peut paraître dérisoire est à la mesure des conditions de pauvreté que vivent les communautés dont la contribution financière à la constitution de la caisse est un préalable nécessaire, l'UNFPA fournissant ensuite un apport symbolique de 25.000 francs CFA par caisse.

Au mois de septembre 2007, les montants disponibles pour les 84 caisses de solidarité au niveau des trois districts dans les villages SBC étaient les suivants : 1.556.550 francs pour le District de Goudiry, 1.136.400 francs pour celui de Kédougou et 1.463.950 francs pour Vélingara.

Lors des entretiens et discussions, les populations, notamment les femmes ont souvent souligné l'intérêt des caisses de solidarité qui constituent un appui important dans le

recours aux services de santé. Elles ont rappelé les objectifs des caisses de solidarité qui sont de permettre, en cas d'urgence, de mettre à la disposition du ménage en cas de besoin, la somme nécessaire pour l'évacuation du malade. Le constat est fait que très souvent les ménages n'ont pas les ressources financières nécessaires pour évacuer les malades. Cette situation est parfois dramatique.

Il arrive souvent qu'un chef de ménage ne puisse assurer les frais de transport de sa femme ou de son enfant vers le poste de santé. Ceux qui ont du cheptel sont obligés de le vendre ou de prélever sur les vivres pour régler ce problème. Grâce à la caisse de solidarité, ce problème est résolu. Il serait souhaitable que ce système soit davantage développé pour permettre aussi de prendre en charge les frais médicaux. (Une femme de Médina Samba Diallo, district de Vélingara)

Le manque de moyens de transport au niveau communautaire entrave grandement la référence vers les structures de santé. On a également pu noter au niveau de certaines caisses une tendance à la thésaurisation renforcée parfois par la pudeur de certaines personnes à recourir au prêt. De même, l'on a pu constater au niveau de certaines caisses des difficultés à assurer les cotisations fixées. Dans cette optique, il s'avère important de mettre en œuvre un véritable programme de sensibilisation et d'information des communautés sur les objectifs et les modalités de fonctionnement des caisses et le respect des cotisations retenues.

Les caisses de Waly Babacar et de Wérédoua fonctionnent très bien. Par contre, celles de kaldem et Rabia ont accusé du retard dans les cotisations et les objectifs de la caisse ne semblent pas très bien compris. Je les ai sensibilisés lors de la dernière visite de supervision et cela a contribué à améliorer la situation. (Infirmier Chef de Poste de Koulor):

Le refus de participation et de cotisation est dû le plus souvent à la méconnaissance des objectifs du projet. Il faudrait réfléchir à d'autres méthodes d'information/sensibilisation pour montrer l'intérêt du projet et l'importance des ASBC. Par exemple, organiser chaque semestre ou chaque fin d'année une présentation des résultats des activités devant la communauté (Médecin Chef du District de Dianké Makhan)

Par ailleurs, les populations souhaiteraient que les caisses de solidarité puissent servir aussi à couvrir les frais médicaux (frais de consultations, interventions, ordonnances, etc.). Pour beaucoup de personnes interrogées l'idéal serait d'aller vers un système de mutualisation. A ce sujet, il y a d'ailleurs lieu de préciser que les prévisions initiales de mise en place de mutuelles de santé n'ont pu être réalisées. Seule l'étude de faisabilité a pu être effectuée dans les trois districts cibles de Kédougou, Goudiry et Vélingara.

3.2 UTILISATION DES CAISSES DE CREDIT REVOLVING

La mise en place d'un fonds de crédit revolving au profit des ASBC organisés en association contribue à la motivation des ASBC

Les caisses de crédit revolving constituent selon les ASBC et les autres acteurs, une initiative pouvant contribuer à améliorer le système de motivation. Les caisses d'un montant de 150.000F par poste de santé soit 1.050.000F par district ont permis à certains ASBC de développer des

activités génératrices de revenus et d'améliorer leurs ressources financières. Cependant, certains ASBC estiment que les montants alloués sont parfois trop faibles pour développer de véritables activités économiques. Ils souhaitent par conséquent le renforcement des fonds initiaux.

Grâce au crédit revolving, j'ai pu développer une activité de boulangerie qui me permet de prendre en charge certains de mes besoins essentiels (Un ASBC de Dalafing, district de Goudiry)

J'ai reçu 20 000 francs CFA comme crédit. J'ai pu débiter un commerce de céréales. Le problème est que le délai de remboursement est trop court et les montants sont insuffisants pour développer une activité économique significative. (Un ASBC de Kandia, district de Vélingara)

A Vélingara, il importe de noter que les ASBC, bien que faisant partie de l'amicale des relais au niveau district, disposent de compte au niveau de chaque poste de santé et ainsi gèrent les prêts de manière décentralisée. Au total, 25 ASBC ont bénéficié de prêts variant entre 25.000F et 5.000F. Le prêt obtenu a servi à financer des activités de petit commerce, vente d'huile de palme, achat de moutons pour l'embouche etc....

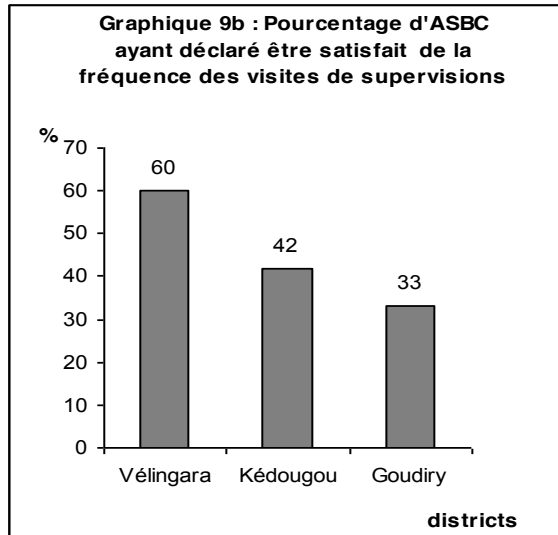
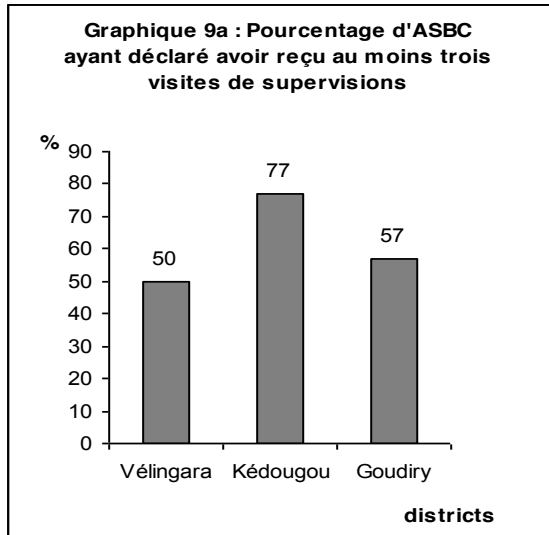
A Goudiry et Kédougou la caisse de crédit revolving a été initialement implantée au niveau district où les ASBC ont mis en place un comité de gestion représentatif de l'ensemble des ASBC. Cependant, les difficultés liées à l'accessibilité des postes de santé ont suggéré l'ouverture par chaque poste d'un compte au sein des institutions financières locales. Ce processus a connu un certain retard empêchant certains postes de bénéficier de prêts notamment les postes de Salémata, Tomboronkoto dans le district de Kédougou. Au total, 54 ASBC ont pu bénéficier de prêts ayant permis de mener diverses activités notamment l'embouche ovine, la vente de graines ou pâtes d'arachides, de pain de singe...

3.3 SUPERVISION DES ACTIVITES

La supervision des ASBC est un gage du succès de l'approche d'offre de services SBC. En effet, elle constitue un élément important dans le renforcement des capacités des ASBC par la formation continue mais aussi pour le suivi-évaluation des activités. La supervision devait se faire à 4 niveaux :

- supervision mensuelle de l'ASBC par l'ICP ;
- une planification trimestrielle des activités de l'ICP et de l'ASBC devant le CDD ;
- une supervision trimestrielle du coordonnateur du projet ;
- une supervision semestrielle du niveau régional et central : ECR, DSR, Population Council et UNFPA.

Les enquêtes au niveau des ASBC ont révélé que plus de la moitié des ASBC quel que soit le district, a reçu plus de trois visites de supervision (graphiques 9a et 9b). Toutefois aucun, ASBC n'a déclaré avoir reçu le nombre de supervisions programmées par le projet. En dehors de Vélingara, moins de la moitié des ASBC supervisés, a été satisfait de la fréquence des supervisions.

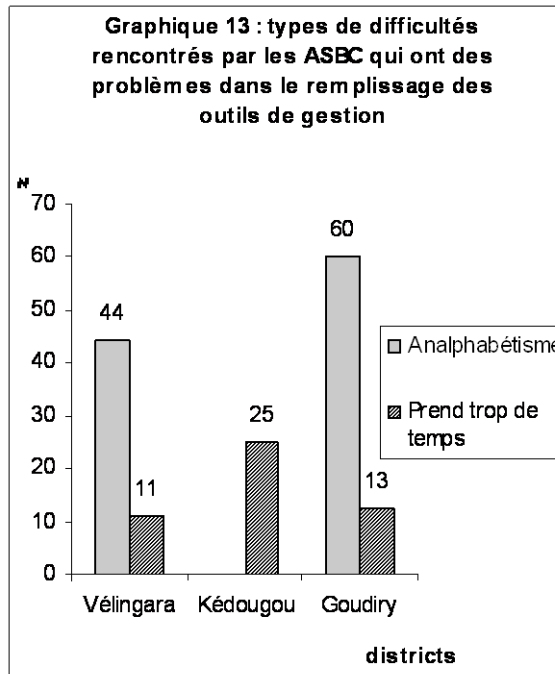
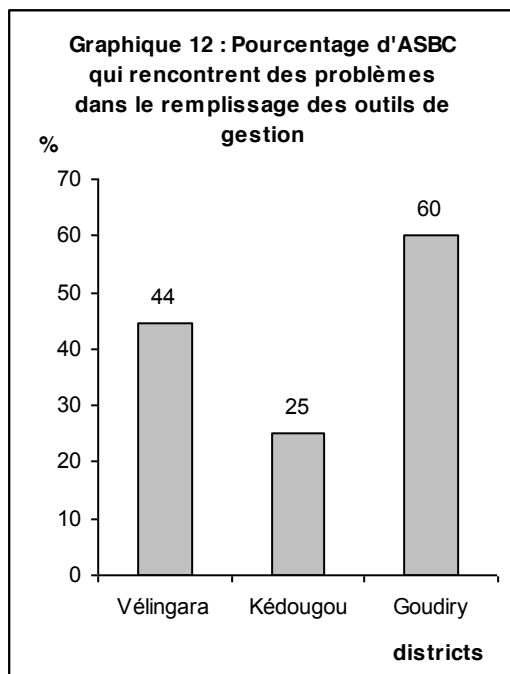


La plupart des Infirmiers et agents de développement communautaire chargés de la supervision, interpellés à ce propos ont évoqué l'insuffisance des moyens de déplacements. Beaucoup d'infirmiers ne disposent pas de moyens de transport.

Il faudrait que dans la conception du projet, penser à apporter un appui logistique au personnel de santé pour qu'il puisse assurer correctement la supervision. Les ASBC ont reçu des vélos mais les ¾ des Infirmiers Chefs de Poste, n'ont aucun moyen de déplacements pour assurer la supervision (le Médecin Chef de la Région de Kolda).

Les Infirmiers souhaiteraient bien effectuer convenablement la supervision des activités des ASBC mais les moyens de déplacement font souvent défaut (un ICP du district de Goudiry).

Cette situation a également des répercussions sur la documentation des activités du projet. Un nombre important des ASBC rencontrent des problèmes dans le remplissage des outils de gestion notamment dans les districts de Goudiry et de Vélingara (graphique 12 et 13). Les difficultés signalées sont l'analphabétisme et les contraintes de temps.



Source : enquêtes semi qualitatives, évaluation post-intervention, novembre 2007

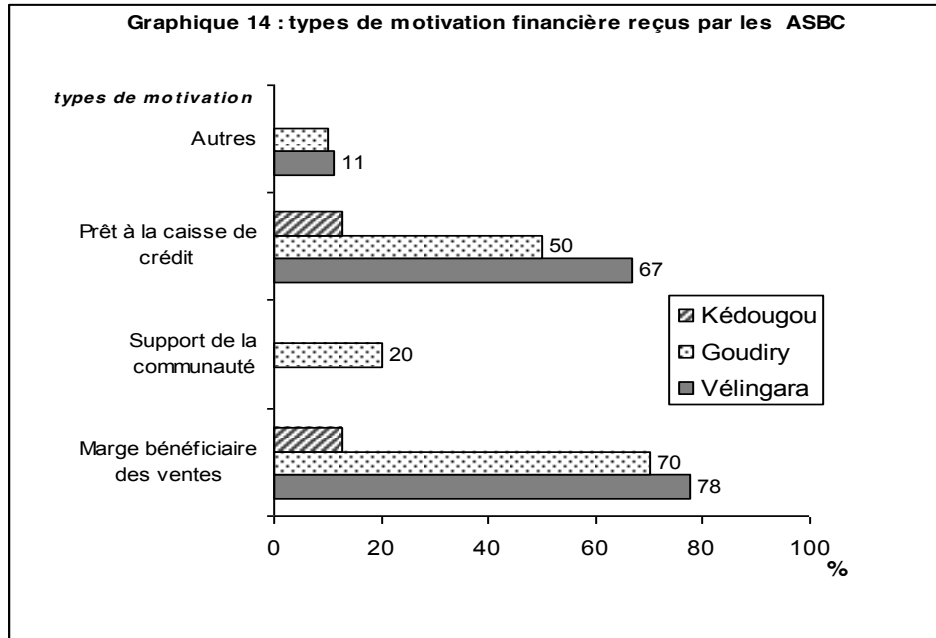
3.4 MOTIVATION DES ASBC

La motivation des ASBC est mesurée à travers deux éléments : les ressources financières et le prestige social tirés de l'activité.

3.4.1 Motivation financière

Le projet SBC/SR pour assurer sa durabilité a mis en place un système de motivation financière des ASBC. Il s'agit principalement de la marge bénéficiaire sur la vente des produits contraceptifs et des médicaments (75%), du crédit revolving et de la consultation gratuite au niveau du poste de leur aire de santé.

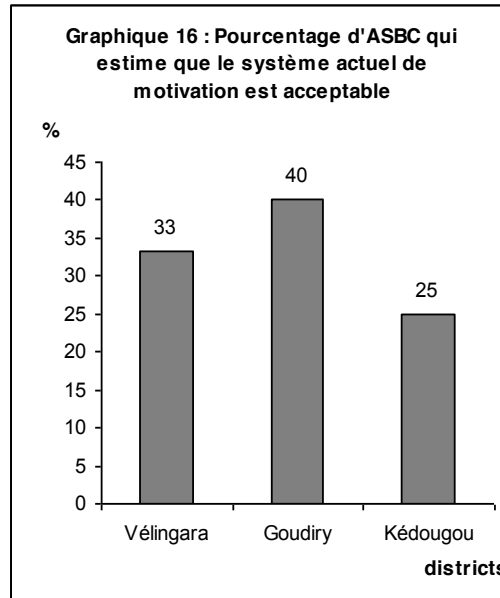
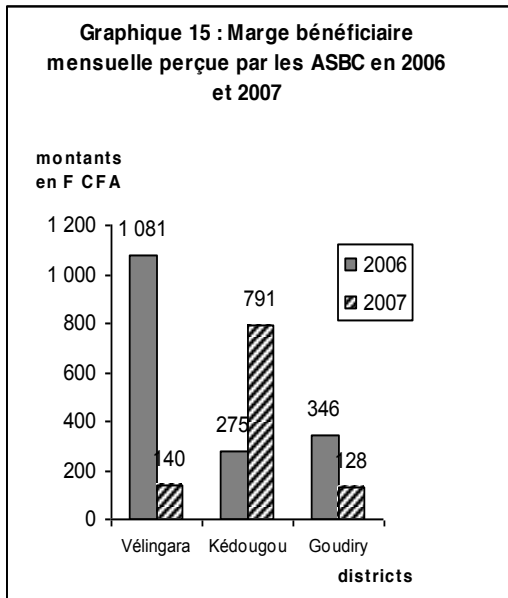
Les résultats des enquêtes au niveau des ASBC montrent que les motivations reçues sont principalement les bénéfices tirés de la vente des produits et des activités menées à partir du crédit revolving (graphique 10). Bien que la question ne concernait que la motivation financière, le vélo qui constitue d'abord un instrument de travail, a été également mentionné comme un élément important de motivation de l'ASBC. Les autres types de motivation quoique faibles sont apportées par la communauté (culture du champ de l'ASBC, dons en nature).



Source : enquêtes semi qualitatives, évaluation post-intervention, novembre 2007

Les ASBC interrogés soulignent que les bénéfices tirés de la vente des produits sont presque insignifiants. Ils varient de 1000 francs à 5000 francs CFA par mois. Les résultats de l'exploitation des rapports d'activités montrent, en effet, que les gains (calculé à partir des recettes et des retenues autorisées) sont inférieurs, partout à 1500 francs CFA par mois et par ASBC (graphique 15). Aussi, moins de la moitié des ASBC quel que soit le district, trouve que le système de motivation est acceptable (graphique 16).

Presque tous les ASBC (98%) ont demandé une amélioration de leur situation financière. Ils ont souhaité que le projet renforce les montants alloués pour le crédit revolving. Mais ils ont également envisagé d'autres alternatives comme d'augmenter l'offre de médicaments ou de recevoir une formation supplémentaire pour assurer des prestations rémunérées par la population (injections, prise en charge des traumatismes bénins, etc.). Toutefois, il faut noter que de telles prestations sont en contradiction avec les normes.



Source : rapports d'activités des ASBC en 2006 et 2007 et enquêtes semi-qualitatives, 2007

Les autres parties prenantes du projet (personnel de santé, populations bénéficiaires, leaders communautaires, agents communautaires de développement) ont souvent souligné que le système de motivation actuel s'il n'est pas amélioré pourrait compromettre la continuité des activités SBC/SR. Ils proposent de réfléchir à d'autres alternatives.

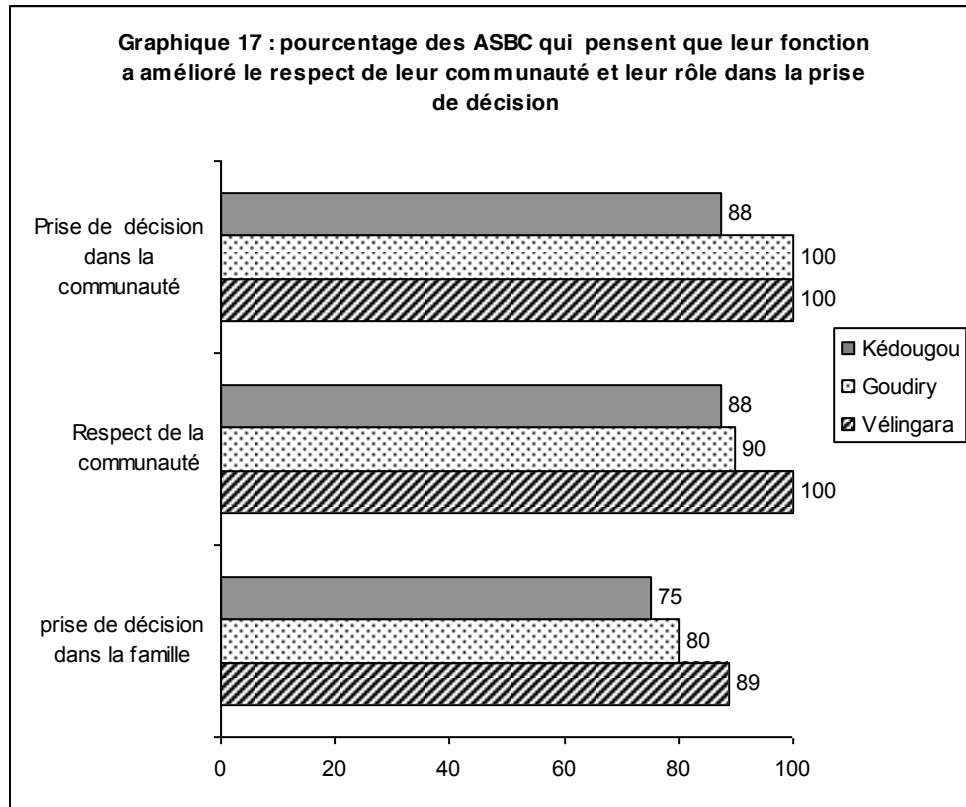
Le bénévolat n'est pas durable. Heureusement que le projet a mis en place le crédit revolving. Mais, il faut trouver d'autres solutions pour améliorer la motivation des ASBC. Par exemple, il faudrait convaincre les élus locaux d'inscrire une ligne budgétaire destinée à la motivation des ASBC. Sans système approprié, ce sera toujours la déperdition surtout dans une zone d'émigration comme la Région de Tambacounda (le Président de la Communauté Rurale de Kothiary).

Les réalités communautaires ont évolué et le bénévolat ne peut continuer dans une activité qui prend beaucoup de temps à des personnes actives. Il faudrait que les communautés aident les ASBC à cultiver leurs champs par exemple (le chef du CADL de Pakour).

A défaut de salaires, il faudrait leur octroyer des indemnités périodiques pour pouvoir les maintenir dans les activités du projet. Il est temps d'impliquer les élus locaux dans la gestion de la motivation des ASBC (le chef du SDDL de Kédougou).

3.4.2 Motivation sociale

Presque l'ensemble des ASBC (au moins huit sur dix) a déclaré que leur fonction a accru leurs responsabilités sociales (graphique 17). Plus de huit ASBC sur dix ont déclaré être désormais associés à la prise de décisions pour la communauté.



Source : enquêtes semi qualitatives, évaluation post-intervention, novembre 2007

En général, ce sont des personnes qui avaient la confiance de la communauté, qui les a choisis pour assumer cette fonction. Leur nouvelle activité a amélioré leur influence dans la prise de décision dans leur famille et leur communauté. Ils sont consultés pour toutes les questions de santé qui touchent la communauté et participent à la prise de décision.

Depuis que je suis devenue ASBC, je suis davantage écoutée par le village. Ils suivent mes conseils et me consultent sur les questions importantes. Toutes les personnes qui ont un problème de santé viennent me voir et vont au poste de santé quand je les y réfère. Je suis contente car c'est important pour la santé communautaire. Les femmes suivent leurs visites prénatales, accouchent au poste de santé et me demandent des informations sur la PF (une femme ASBC du village d'Ibel, district de Kédougou).

Je suis devenu une personne importante dans ma famille et dans le village grâce à ma fonction d'ASBC. Tout le monde me connaît et je suis très écouté. Les jeunes qui ont des problèmes d'infections Sexuellement transmissibles viennent se confier à moi et accepte d'être référer vers le poste de santé (une femme ASBC du village de Kouthidy, district de Vélingara).

IV. PÉRENNISATION DE L'INTERVENTION

La pérennisation du projet a été analysée à travers les opinions des différentes parties prenantes sur l'utilité de la poursuite de l'intervention, l'intention des ASBC a continué leur fonction, la participation de la communauté et leurs suggestions pour l'amélioration des activités.

4.1 L'UTILITE DE LA POURSUITE DE L'INTERVENTION

Les entretiens avec les communautés bénéficiaires, les prestataires et les partenaires révèlent qu'ils sont conscients des changements intervenus dans les connaissances, attitudes et bonnes pratiques des populations en matière de santé de la reproduction. Les personnes interrogées ont souvent souligné que, même s'il faut plus de temps pour en mesurer l'impact, les changements sont déjà perceptibles au niveau de la surveillance de la grossesse, dans la planification familiale et dans le recours aux services de santé. Certains ont souligné que le projet a même amélioré l'hygiène des populations et diminué les comportements à risque dans la transmission des maladies (IST/SIDA et paludisme surtout). Ainsi, l'ensemble des personnes interrogées a estimé que les activités des ASBC sont très utiles et souhaitent qu'elles soient poursuivies.

4.2 L'INTENTION DE CONTINUER A ETRE ASBC

Tous les ASBC interviewées, à l'exception d'un seul dans le district de Goudiry, ont déclaré avoir l'intention de continuer leurs activités. La plupart remercient le projet pour la formation reçue et leurs communautés pour la confiance et le respect manifestés à leur égard. Le prestige social est estimé aussi important que la motivation financière dans l'exercice de leur fonction.

Je remercie le projet d'avoir fait de moi un ASBC et mon village de m'avoir choisi. J'ai beaucoup appris grâce à la formation que j'ai reçue. Il est vrai que cela représente beaucoup de travail pour moi et presque sans rémunération financière mais j'ai la satisfaction de rendre service à ma communauté et d'avoir personnellement amélioré mes connaissances en santé. J'ai l'intention de continuer mes activités (un ASBC du village de Salémata, district de Kédougou).

Je ne peux pas conduire un vélo sur une longue distance à cause de mon âge. Je suis obligée de louer une moto et de payer pour assister aux réunions à Dianké Makhan et à Goudiry. C'est parfois très difficile mais ma communauté m'a choisie et c'est un grand honneur. Je continuerai à exercer mes fonctions (une ASBC du village de Samé Sorédiko, district de Goudiry).

4.3 LA PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTE

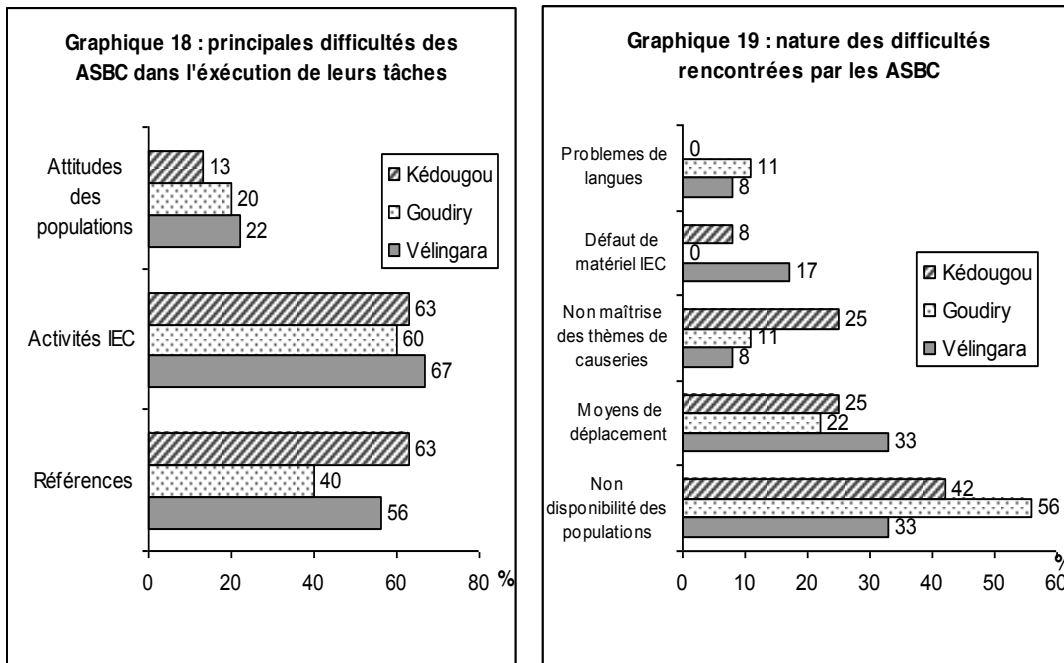
La participation de la communauté dans les activités du projet a été mesurée à travers leur contribution dans la mise en œuvre et leur appui financier ou matériel aux ASBC. Pour le moment l'appui de la communauté est encore peu visible sur le plan matériel. Toutefois, ils ont joué un rôle important au début de l'activité, en choisissant les binômes d'ASBC avec l'appui de l'ICP selon les critères initialement retenus.

Même si toutes les personnes rencontrées ont manifesté la volonté de s'investir dans le projet, les populations n'ont pu identifier des systèmes de financements communautaires pour assurer la stabilité et la continuité des activités SBC. Elles proposent généralement que le projet mette en place les ressources pour prendre en charge les activités et les motivations des ASBC. Les autres solutions proposées sont de former les ASBC pour qu'ils puissent tenir les cases de santé et d'augmenter la dotation en médicaments essentiels.

Les leaders d'opinion et les prestataires demandent une réflexion plus approfondie, même s'il le faut, organiser des ateliers au niveau des districts pour identifier les moyens de mobiliser les ressources pour la pérennisation des activités du projet.

4.4 PRINCIPALES CONTRAINTES DES ASBC DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES

Les enquêtes qualitatives ont permis également d'identifier les principales contraintes des ASBC dans l'exécution de leurs tâches. Elles portent davantage sur les activités IEC qui ont été citées par au moins six ASBC sur dix et sur les références. Les causes mentionnées pour ces activités sont l'insuffisance des moyens de déplacement et la disponibilité des populations. Les ASBC qui ont parlé des moyens de déplacements soulignent que les vélos donnés par le projet ne sont pas adaptés aux longues distances. La non disponibilité des populations est surtout liée aux périodes de travaux agricoles.



Source : enquêtes semi qualitatives, évaluation post-intervention, novembre 2007

Les difficultés dans les références sont liées à l'éloignement des postes de santé qui ont été citées par sept ASBC sur dix. Certains ASBC, notamment ceux du District de Kédougou (25%) ont mentionné la non maîtrise des thèmes de causeries.

4.5 SUGGESTIONS DES COMMUNAUTES POUR L'AMELIORATION ET LA PERENNISATION DES ACTIVITES

Les communautés souhaiteraient que :

- l'élargissement des activités SBC aux autres villages de leurs aires de santé ;
- la diversification des services et des produits offerts par les ASBC (davantage de médicaments et produits de première nécessité comme le paracétamol, les moustiquaires imprégnées, les vitamines, le fer, etc.) ;

- le projet implique davantage les réseaux sociaux et les institutions décentralisées (collectivités locales, associations, organisations de base, comités de santé, etc.) dans le suivi des activités;
- le projet contribue à la mise en place de cases de santé dans les villages SBC pour valoriser et pérenniser les activités des ASBC ;
- la réflexion soit approfondie sur le système de motivation des ASBC ;
- la traduction des outils de gestion et les supports IEC en langues locales ;
- le renouvellement du matériel alloué aux ASBC (vélos, cahiers de gestion, Tshirt, trousse SBC, etc.).

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DU
PROJET DANS L'AMELIORATION DES
CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
PRATIQUES DES POPULATIONS

A- RESULTATS DU DISTRICT DE GOUDIRY

1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DES ECHANTILLONS

Dans le District de Goudiry, les échantillons des enquêtes CAP sont respectivement de 972 femmes et 668 hommes dans l'enquête pré-intervention et de 504 femmes et 413 hommes pour l'évaluation post-intervention, répartis entre les zones expérimentales et témoins (cf. tableau a1). La présentation des caractéristiques de l'échantillon est un préalable important pour l'analyse des informations. En effet, la similitude des échantillons est un pré-requis pour la méthodologie qui a été adoptée pour cette étude.

Tableau a1 : Echantillon total du district de Goudiry

Caractéristiques	Pré-intervention		Total	Post-intervention		Total
	Témoin	Expérimental		Témoin	Expérimental	
Femmes	483	489	972	254	250	504
Hommes	312	356	668	205	208	413
Total	795	845	1640	459	458	917

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

1.5. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Le tableau a2 donne respectivement pour les femmes et les hommes la répartition des échantillons interviewés dans le district de Goudiry selon les caractéristiques démographiques (âge, situation matrimoniale, ethnie et religion).

Les données révèlent que les principales caractéristiques démographiques des échantillons enquêtés lors des enquêtes pré-intervention et post-intervention pour le groupe expérimental et le groupe témoin sont globalement semblables et quel que soit le sexe (tableau a2).

Les mêmes différences sont au niveau de la variable groupe ethnique pour laquelle, la zone expérimentale compte une population Ouolof et Soninké plus importante que dans la zone de contrôle. Mais cette différence reflète la réalité du terrain. La population polarisée par le poste de santé de Koulor est composée d'une forte proportion de Ouolof et d'autres sources révèlent que l'échantillon est semblable à la structure ethnique du District de Goudiry.

Toutefois, on observe une différence dans la situation matrimoniale des hommes dans l'échantillon de l'enquête post-intervention par rapport à l'enquête de base. Si les proportions sont restées identiques dans le groupe témoin (66% lors des deux enquêtes), il y a davantage d'hommes mariés dans le groupe expérimental de l'enquête post-intervention (75%) que dans l'enquête de base (61%).

Tableau a2 : caractéristiques démographiques des échantillons dans le district de Goudiry

Indicateurs	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Témoin (N=483)	Expérim. (N=489)	Témoin (N=254)	Expérim. (N=250)	Témoin (N=312)	Expérim. (N=356)	Témoin (N=205)	Expérim. (N=208)
<i>Age</i>								
Age median	27	25	24	26	26	26	28	27
Age moyen	30	28	28	30	29	30	30	32
<i>Situation matrimoniale</i>								
Marié	92	91	90	97	66	61	66	75
Célibataire	04	07	4	1	34	37	31	25
Divorcé/séparé/veuf	04	02	6	2	0,3	02	2	0
<i>A déjà eu des grossesses</i>	83	81	81	81	-	-		
<i>Ethnie</i>								
Pular	98	45	98	47	99	47	96	40
Mandingue	0,4	03	0	1	0,3	01	0,4	1
Ouolof	01	32	0	32	01	30	0,4	35
Soninké	00	19	1	18	00	21	1	22
Autre	00	02	1	2	00	01	2	1
<i>religion</i>								
musulmane	100	100	100		100	99	99	100

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

1.2 CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

Les données du tableau a3 présentent les caractéristiques socio-économiques des échantillons des zones expérimentales et témoins. La même différence est notée dans les niveaux de scolarisation et d'alphabétisation.

L'analyse des différents types d'activités déclarés lors de l'enquête montre une part prépondérante du secteur agricole qui occupe plus de 50% des hommes, quel que soit la zone. Toutefois, la proportion des agriculteurs a augmenté dans l'échantillon de l'enquête post-intervention.

La sous-déclaration des femmes qui ne considèrent pas toujours leur travail agricole comme une occupation économique explique le faible pourcentage d'agricultrices dans les deux échantillons. Elles ne déclarent le plus souvent que les activités ménagères

Lors de deux enquêtes la même différence significative est observée, entre le groupe témoin et le groupe expérimental, selon le sexe, au niveau de l'accessibilité au poste de santé. Cet indicateur est certainement influencé par le type de mesure utilisé car on a demandé aux enquêtés combien de temps ils mettaient pour s'y rendre à pied.

Tableau a3 : caractéristiques socio-économiques des échantillons dans le district de Goudiry

Indicateurs	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Témoin (N=483)	Expérim. (N=489)	Témoin (N=254)	Expérim. (N=250)	Témoin (N=312)	Expérim. (N=356)	Témoin (N=205)	Expérim. (N=208)
<i>% ayant été à l'école</i>	12	12	21	11	25	22	17	20
<i>Niveau de scolarisation</i>								
Primaire	11	10	19	10	11	14	12	15
Secondaire	0,6	1	2	0,5	4	3	4	5
Supérieur	0,2	0,5	0	0	0,1	1	1	0
<i>% alphabétisés</i>	8	7	10	8	37	30	32	35
<i>Occupation principale</i>								
Elève/étudiante	2	2	1	0	2	5	0	0
Ménagère	86	48	82	42	0	0	0	0
Agriculture	5	40	6	47	64	69	88	79
Commerce	2	3	4	2	10	4	5	7
Artisanat	3	1	5	3	5	7	2	4
Salariée	1	0	0	0	6	1	2	2
Aide familiale	0	2	0	1	2	2	0	0
Sans occupation	0	1	1	0	6	1	0	1
Autre	3	5	2	1	5	12	7	6
<i>Accessibilité poste santé moins d'une heure de marche à pied</i>	29	3	31	4	67	26	70	28

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2. SANTE DE LA FEMME

Les principales données présentées dans cette section concernent les connaissances de base sur la santé maternelle et les pratiques en matière de recours aux soins maternels et infantiles.

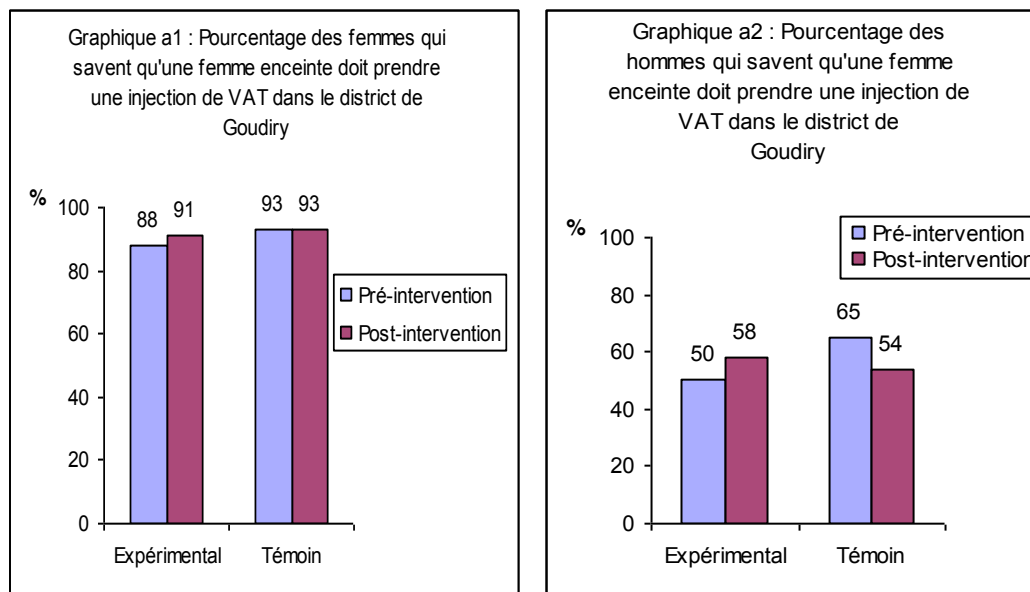
2.1. CONNAISSANCES SUR LA SANTE MATERNELLE

Les indicateurs clés retenus pour évaluer l'impact du projet en termes d'amélioration des connaissances en santé maternelle ont porté sur la surveillance de la grossesse, sur les facteurs morbides et les signes de danger de la grossesse et sur les signes de complications du travail et de l'accouchement.

2.1.1 Surveillance de la grossesse

Les résultats de l'enquête pré-intervention avait montré que la presque totalité des femmes et des hommes interrogés dans la zone expérimentale connaissent les normes de surveillance de la grossesse et l'utilité de la CPN. Le nombre minimum de CPN est bien connu des populations. Au moins 08 personnes sur 10 avaient répondu qu'il fallait au minimum trois visites prénatales durant la grossesse.

L'indicateur le plus faible qui méritait une attention particulière était le pourcentage d'hommes qui savent qu'une femme enceinte doit être vaccinée pour prémunir le bébé contre le tétanos. Cet indicateur a été amélioré d'une manière significative dans les zones d'intervention du projet par rapport aux zones de contrôle ($p=0,004$).



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2.1.2 Facteurs de risque de la grossesse

Lors de l'enquête pré-intervention, un nombre relativement faible de femmes (54%) et d'hommes (40%) avait déclaré avoir entendu parler des antécédents qui peuvent constituer des facteurs de risque pour une femme si elle tombe enceinte. La moitié de ces femmes et de ces hommes connaissent au moins trois facteurs de risque. Cet indicateur a été amélioré par l'intervention car au moins six femmes et six hommes sur dix connaissent au moins trois facteurs de risque. La même évolution

Pour les femmes et les hommes, les principaux facteurs de risques cités restent le jeune âge, les grossesses rapprochées et l'âge avancé. Par contre les autres facteurs de risque, ancienne opérée, petite taille, boiterie, et avortement antérieur, restent peu connus par les populations aussi bien dans les groupes expérimentaux que témoins.

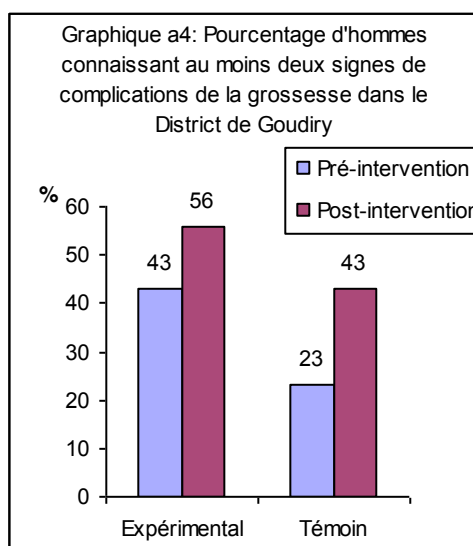
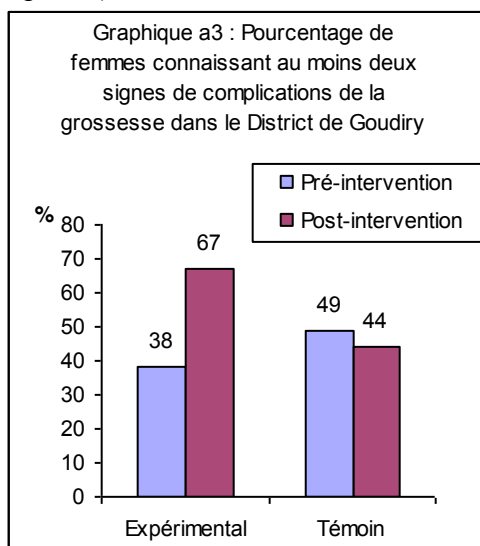
Tableau a4: Facteurs de risque cités par les femmes dans le district de Goudiry

Facteurs de risque cités	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin
Jeune âge	79	70	89	86	92	91	94	80
Grossesses rapprochées	68	31	60	73	40	21	49	37
Age avancé	55	26	57	44	38	21	39	24
Grossesses multiples	47	22	54	68	40	24	57	23
Ancienne opérée	30	21	32	52	30	21	38	16
Petite taille	25	36	27	42	40	67	26	31
Boiterie	24	27	33	48	23	20	27	11
Avortement antérieur	43	27	30	58	28	25	37	15
Mort né antérieur	23	11	24	51	24	28	28	12
Autres	06	20	08	03	09	04	09	24

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2.1.3 Signes de complications de la grossesse

Dans les zones expérimentales, les résultats des deux enquêtes montrent que le pourcentage de personnes qui connaissent au moins deux signes de danger de la grossesse, a largement augmenté dans le district de Goudiry. Le graphique a3 montre qu'au début de l'intervention, en moyenne 62% des femmes ne pouvaient citer plus de deux signes de danger de la grossesse. Lors de l'enquête post-intervention, cette proportion n'est plus que de 33% dans la zone expérimentale. Le pourcentage d'hommes qui ne peut citer plus de deux signes de danger de la grossesse est passé de 47% à 34% (graphique a4).



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2.2. LES PRATIQUES DES FEMMES EN MATIERE DE SOINS MATERNELS ET INFANTILES

Les pratiques des femmes en matière de recours aux soins de santé de la reproduction ont été étudiées seulement pour les femmes ayant eu un enfant lors des deux années précédant l'enquête. Elles constituent respectivement 43% et 46% de l'échantillon du groupe expérimental ; 41% et 40% du groupe témoin des enquêtes de base et post-intervention.

Lors de l'évaluation, l'accent a été mis sur les consultations prénatales, les conditions de l'accouchement et les soins postnatals.

2.2.1. Soins prénatals

Les objectifs fixés par le Ministère de la santé en matière de consultation prénatale, visent à atteindre au moins 80% des femmes en état de grossesse. Le tableau a5 montre que la pratique de la consultation prénatale est supérieure pour les femmes enceintes lors des deux dernières années dans les deux groupes (expérimental et témoin). Toutefois, les enquêtes, au démarrage de l'intervention avaient montré une faible utilisation de la vitamine A (34%) et la vitamine C (38%) par les femmes enceintes. De même, seulement 28% ont été informées des signes de complications de la grossesse lors de la CPN.

Les résultats de l'enquête post-intervention montrent que ces indicateurs ont été améliorés aussi bien dans les zones expérimentales que dans les groupes témoins (cf. tableau a5).

Tableau a5 : Taux de consultation prénatale et soins préventifs reçus lors de la dernière grossesse

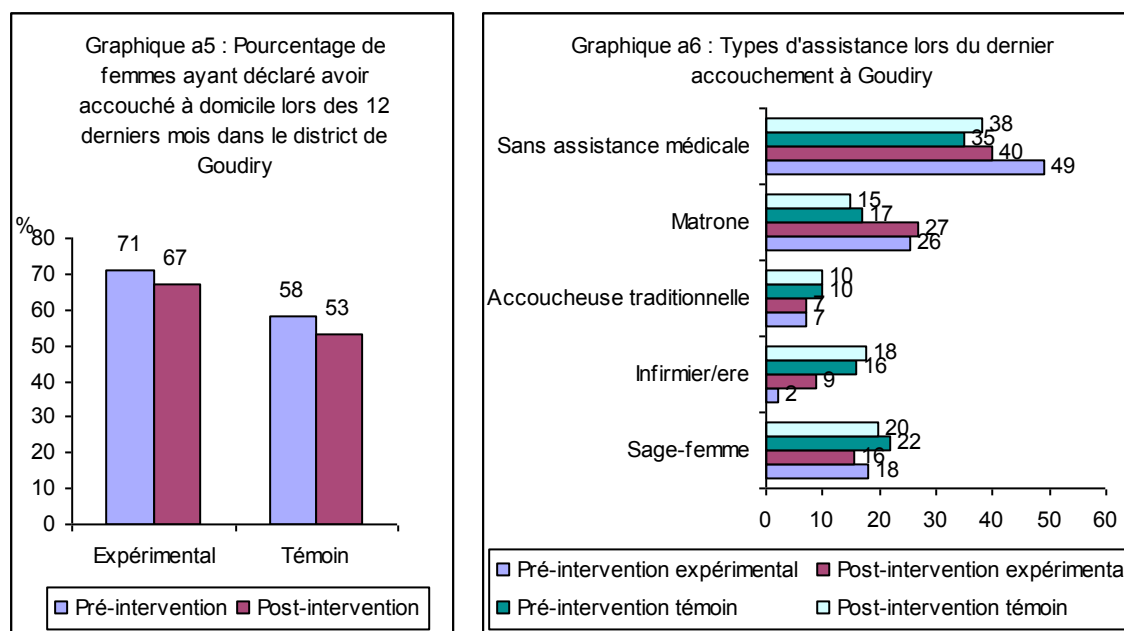
Indicateurs	Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérimental (N = 210)	Témoin (N=202)	Expérimental (N = 115)	Témoin (N=102)
Savent qu'une femme enceinte doit faire au moins trois visites prénatales	78	68	85	75
ayant pratiqué au moins trois CPN	84	81	91	83
ayant reçu une injection de VAT	92	95	94	96
reçu un supplément de fer	95	93	95	99
pris un moyen de prévention du paludisme	91	89	95	93
ayant reçu la vitamine A	34	39	46	52
ayant reçu la vitamine C	38	42	43	53
ayant été informé des signes de complications de la grossesse lors de la CPN	28	29	35	37

Source : Enquêtes CAP femmes 2005et 2007

Mais les données montrent que si presque toutes les femmes ont reçu un supplément de fer et pris un moyen de prévention du paludisme, seulement quatre à cinq femmes sur dix ont reçu les vitamines A et C lors de la dernière grossesse. Il en est de même de l'information sur les signes de complications de la grossesse lors de la CPN. Malgré l'intervention ces indicateurs restent encore peu satisfaisants. Il serait souhaitable de rechercher les raisons de cette attitude.

2.2.2. Lieux du dernier accouchement et types d'assistance

La comparaison du niveau des indicateurs obtenus au pré-intervention et post-intervention dans les zones expérimentales montre que 67% des femmes ont déclaré avoir accouché de leur enfant à domicile contre 71% au démarrage de l'intervention (graphique a5). Cet indicateur n'a pas connu une différence vraiment significative dans le district de Goudiry ($p=0,0201$).



Source : Enquêtes CAP femmes 2005 et 2007

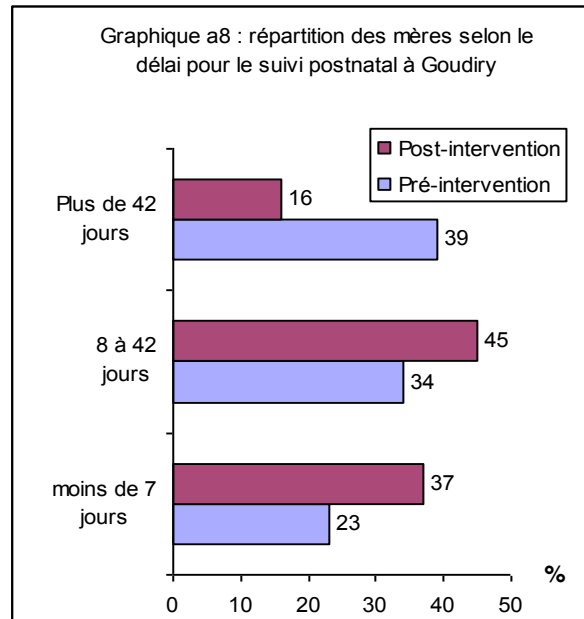
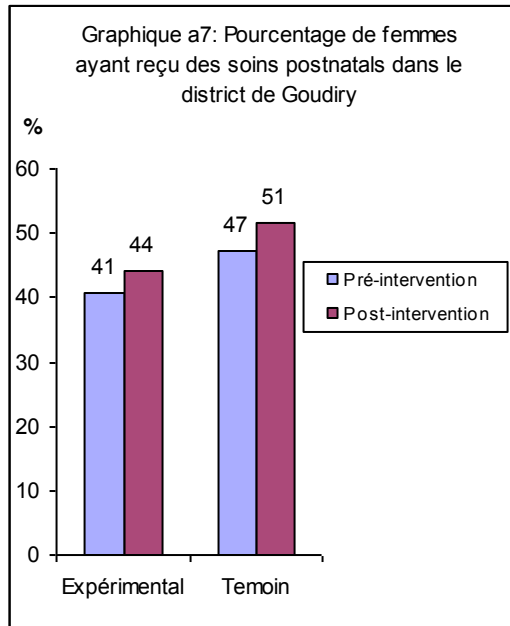
Les discussions avec les populations ont montré que l'accessibilité des services de santé joue un grand rôle dans l'assistance à l'accouchement. Elles ont évoqué les difficultés, l'éloignement des structures de santé et le déficit de moyens de transports. Les résultats semblent le confirmer car certains villages choisis comme sites témoins sont proches des postes de santé de Mbaniou et de Koussan (moins d'un kilomètre). Cette situation a certainement influencé le lieu d'accouchement des femmes dans le groupe témoin.

Les résultats montrent aussi que plus de la moitié des accouchements n'ont pas bénéficié de l'assistance d'un personnel qualifié (cf. graphique a6). Les sages-femmes et les infirmiers ont assisté environ deux femmes sur dix. Un autre facteur important souligné par les femmes est la réticence à se faire assister par un personnel sanitaire de sexe masculin lors de l'accouchement.

2.2.3. Soins postnatals

Lors du démarrage de l'intervention, les enquêtes de base avaient montré que seulement 41% des femmes avaient déclaré avoir effectué une visite postnatale. Parmi elles, 23% ont effectué leur première consultation dans la première semaine suivant la naissance (période recommandée par le document des politiques et normes des services de SR du

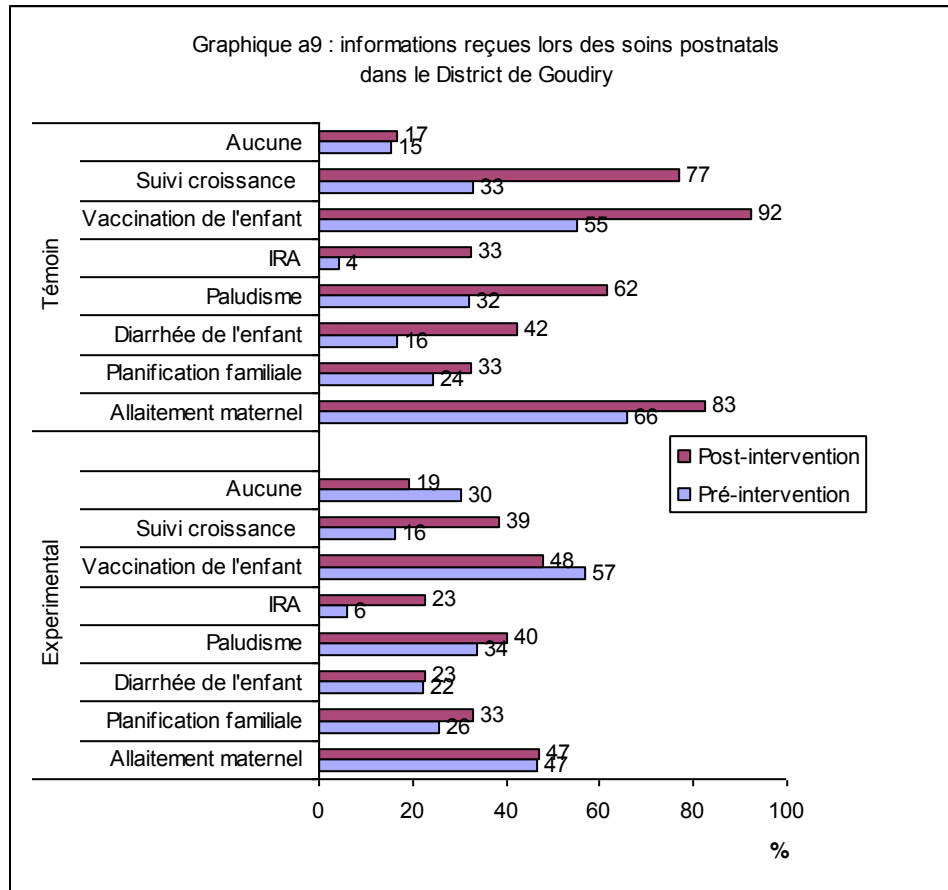
Sénégal, le suivi postnatal doit être effectué lors des 42 premiers jours qui suivent l'accouchement). Cet indicateur a été amélioré dans la zone d'intervention. En effet 37% des femmes ont effectué le suivi postnatal après l'intervention contre 23% au démarrage du projet (graphique a8).



Source : Enquêtes CAP femmes 2005 et 2007

2.2.4. Informations reçues lors des soins postnatals

Les résultats des deux enquêtes montrent que les principales informations données par le personnel médical concernent d'abord la vaccination de l'enfant et l'allaitement maternel. L'enquête pré-intervention avait montré que dans la zone expérimentale, le personnel médical donne peu d'information sur les autres volets importants de la SR comme la planification familiale, le suivi de la croissance de l'enfant et la prévention des maladies (paludisme, diarrhée, Infections Respiratoires Aiguës). Ces indicateurs ont été améliorés après l'intervention (graphique a9). Mais, il faut noter que moins de la moitié des femmes est informée sur ces volets et qu'il serait souhaitable d'inciter le personnel de santé à continuer l'effort de communication.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

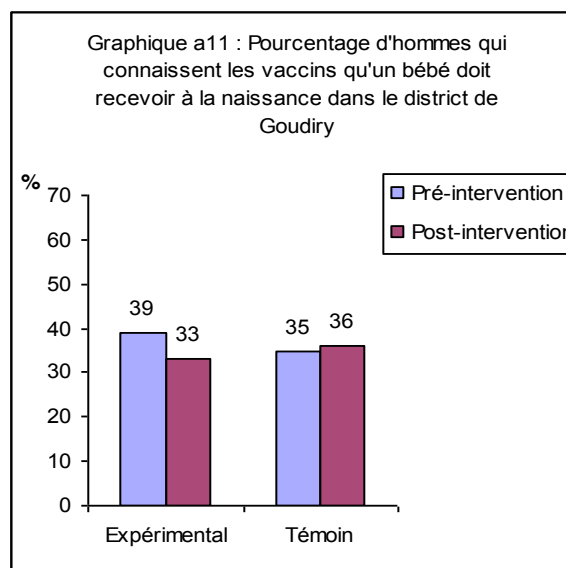
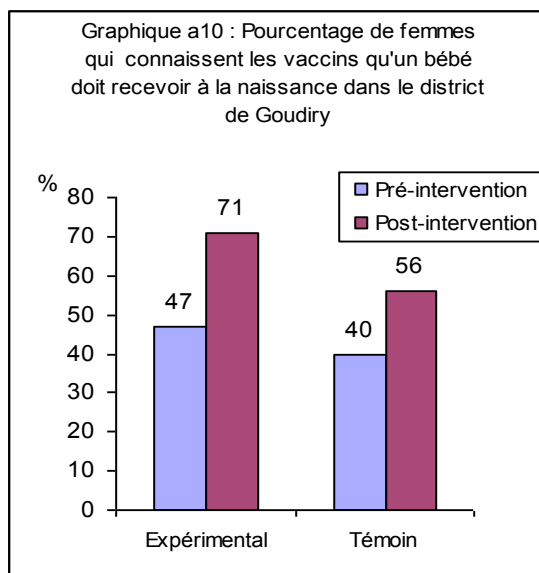
3. SANTE DE L'ENFANT

Les indicateurs sur la santé de l'enfant ont porté sur la connaissance de la surveillance de leur croissance et la prévention des maladies. L'étude a concerné également l'utilisation des services de santé pour les enfants à travers la couverture vaccinale et la prise en charge de leurs maladies.

3.1. LA CONNAISSANCE DE LA SURVEILLANCE DE L'ENFANT

Les résultats de l'enquête pré-intervention avaient montré que, quel que soit le sexe, plus de la moitié des personnes enquêtées ne connaissaient pas les vaccins que l'enfant doit prendre à sa naissance (BCG, et polio0). Cette situation est d'autant plus déplorable que la majorité des accouchements se passe à domicile et sans assistance médicale.

Les niveaux enregistrés après l'intervention, chez les femmes ont connu une amélioration significative dans le district de Goudiry (graphiques a10 et a11). Le pourcentage de femmes du groupe expérimental qui connaît les vaccins est passé de 47% à 71% soit une augmentation de 24% par rapport au groupe témoin dont le niveau de connaissance a augmenté de 16%. Chez les hommes, par contre, le niveau de connaissance a plutôt diminué dans le groupe expérimental.

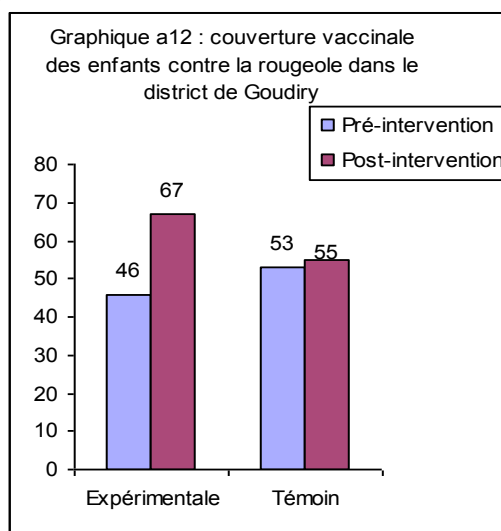
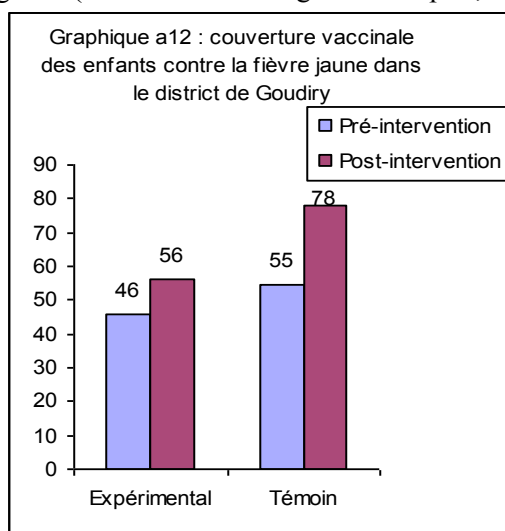


Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

3.2. L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

3.2.1. Couverture vaccinale des enfants

Les résultats de l'enquête pré-intervention avait montré que la couverture vaccinale est acceptable pour le BCG pour lequel sept enfants sur dix ont été vaccinés mais que seulement la moitié des enfants (49%) avait été protégée contre la rougeole et la fièvre jaune. Or selon les directives du programme élargi de vaccination, au moins 80% des enfants doivent recevoir tous les sept vaccins contre les maladies courantes avant d'atteindre l'âge de 12 mois. Un important effort a été fait durant l'intervention car les taux de vaccination sont respectivement de 56% pour la fièvre jaune et 67% pour la rougeole (la différence est significative $p=0,000$).



Source : Enquêtes CAP femmes 2005 et 2007

3.2.2. Traitement des maladies de l'enfant

Pour identifier les comportements en matière de traitement des maladies infantiles, l'évaluation a mis l'accent sur les deux principales causes de morbidité et de mortalité des enfants qui sont le paludisme et la diarrhée. Les mères ont été interrogées sur le traitement du dernier épisode morbide de leur enfant, survenu au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Les résultats montrent que la prise en charge des maladies de l'enfant a considérablement été améliorée après l'intervention (tableau a6). D'abord la morbidité a diminué dans le groupe expérimental pour les deux maladies. Ensuite, les femmes s'adressent davantage à une formation sanitaire pour le traitement de la fièvre/paludisme et de la diarrhée de l'enfant. Seulement 33% et 20% des femmes du groupe expérimental avaient conduit leurs enfants dans une structure sanitaire au démarrage de l'intervention. Ces taux sont passés respectivement à 67% et 71 après l'intervention (la différence est significative $p=0,000$).

Dans les groupes témoins, également, même si la morbidité n'a pas diminué, le recours aux soins pour les maladies de l'enfant a significativement augmenté. Il faut noter qu'en dehors du projet SBC/SR, les services de santé, plusieurs ONG et programmes interviennent dans le district de Goudiry pour la prévention et la prise en charge des maladies infantiles.

Tableau a6 : Prévalence et traitement du dernier épisode morbide des enfants dans les deux semaines précédant l'enquête (en %)

Indicateurs	Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérimental (N = 210)	Témoin (N=202)	Expérimental (N=115)	Témoin (N=101)
Prévalence				
Femmes dont les enfants ont eu la fièvre/paludisme lors des deux dernières semaines	23	16	14	16
Femmes dont les enfants ont eu la diarrhée lors des deux dernières semaines	24	15	14	13
Recours aux soins				
Femmes dont les enfants ont eu la fièvre/paludisme et qui les ont amenés dans une formation sanitaire	33	28	67	70
Femmes dont les enfants ont eu la diarrhée et qui les ont amenés dans une formation sanitaire	20	12	71	88

Source : Enquêtes CAP femmes 2005et 2007

4. PLANIFICATION FAMILIALE

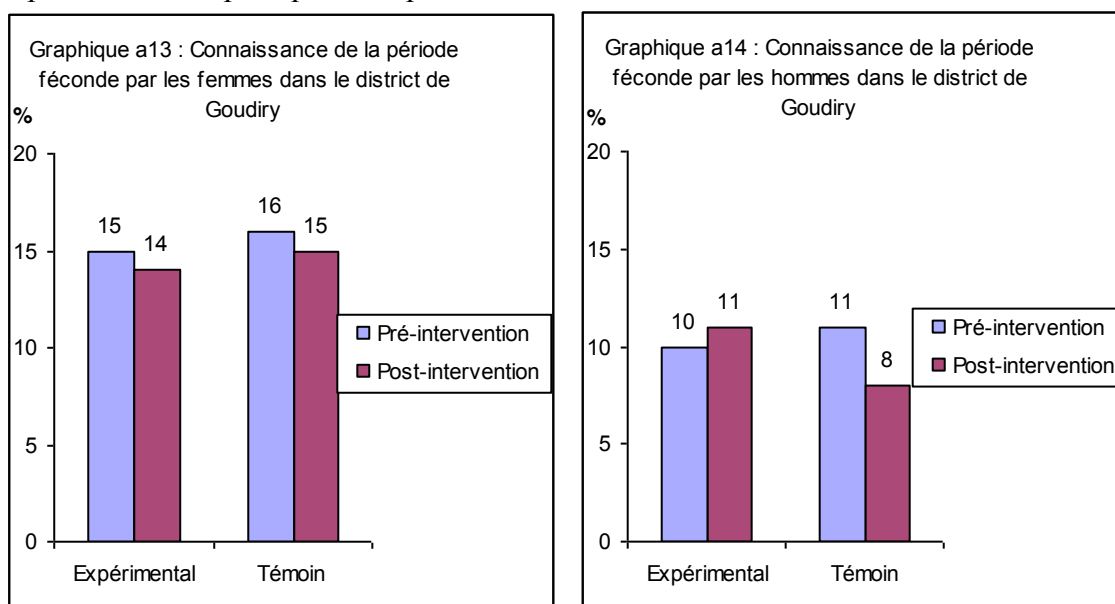
La Planification Familiale (PF) est une des composantes importantes de la santé de la reproduction qui a pour objectifs de contribuer à la santé de la mère et de l'enfant. Pour cette évaluation, les indicateurs sur la PF qui ont été retenus concernent les connaissances sur le cycle féminin, les attitudes face à la contraception et à l'offre de services de SR et la pratique de la contraception.

4.1. LA CONNAISSANCE DU CYCLE FEMININ ET DE LA CONTRACEPTION

4.1.1. Connaissance du cycle menstruel de la femme

Les populations ont été interrogées sur la période de fécondité de la femme. Ainsi, il a été demandé aux personnes enquêtées si elles savaient que « *Entre la période des règles et les règles suivantes est-ce qu'il y a un moment où une femme a plus de chance de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels ?* ». Il a été demandé à celles qui ont répondues par l'affirmative de situer cette période, après les avoir lu les différentes modalités de réponse. Celles qui ont retenues la modalité « *au milieu, entre deux règles* » sont considérées comme ayant donnée la bonne réponse.

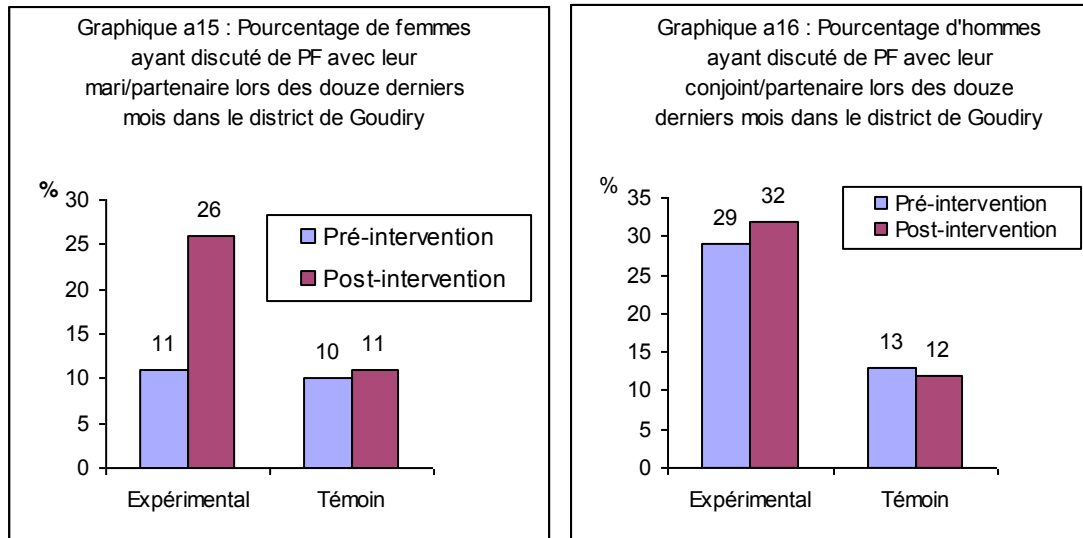
Les résultats obtenus montrent que moins de 20% des femmes et des hommes, quel que soit le groupe (graphiques a13 et a14) sont capables de désigner la période féconde lors du cycle menstruel de la femme. Les résultats n'ont pas été améliorés après l'intervention. Il serait souhaitable que le programme prenne davantage en charge cet indicateur car la connaissance du cycle de la reproduction de la femme est un facteur important dans la pratique de la planification familiale.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

4.2. LES ATTITUDES FACE A LA CONTRACEPTION

La communication au niveau du couple ou entre partenaires a été améliorée dans les zones d'intervention du projet SBC/SR par rapport aux zones témoins (graphiques a15 et a16). Dans les aires des postes expérimentaux 26% des femmes à Goudiry ont déclaré avoir discuté de planification familiale avec leur mari/partenaire au cours des douze derniers mois contre 11% en 2005. Dans les zones témoins par contre, il n'y a pas eu d'amélioration significative pour cet indicateur d'attitude vis-à-vis de la PF ($p=0,0201$).

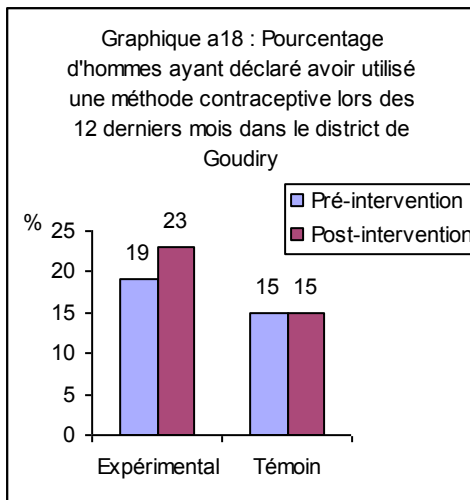
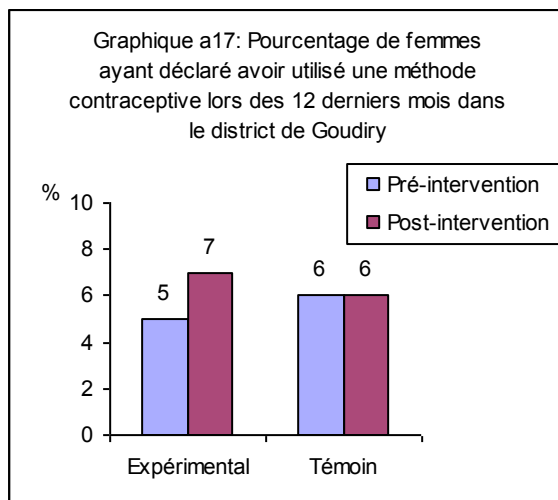


Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

4.3. LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

4.3.1. Utilisation de la contraception

Le pourcentage des femmes et des hommes qui ont utilisé une méthode contraceptive moderne au cours des 12 derniers mois est passé respectivement de 5% à 7% et de 19% à 23% dans les groupes expérimentaux ($p=0,003$). Cette évolution n'a pas été constatée dans les zones témoins. Ce résultat peut être estimé satisfaisant compte tenu des pesanteurs culturelles et sociales qui entourent la contraception dans les régions d'intervention du projet et des limites dans l'offre de pilule contraceptive, confinant l'ASBC dans un rôle de réapprovisionnement conformément aux Politiques Normes et Protocole de SR. Il importe également de relever que dans le cadre de ce projet, la planification familiale constitue un élément de stratégie pour lutter contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005et 2007

4.3.2. Sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives

Les formations sanitaires sont les principales sources d'approvisionnement citées par les hommes et les femmes lors des deux enquêtes (tableau a7.) Le poste de santé demeure le premier lieu d'approvisionnement. Il faut remarquer que les ASBC sont cités par 07% des femmes et 13% des hommes comme sources d'approvisionnement. Ce résultat encore faible peut être expliqué par la durée de l'intervention et par les ruptures d'approvisionnement signalées par les ASBC.

Tableau a7: sources d'approvisionnement en méthodes modernes de contraception citées (en %)

Sources d'approvisionnement	Femmes		Hommes	
	Pré-intervention	Post-intervention	Pré-intervention	Post-intervention
Poste de santé	42	41	59	57
Centre de santé	55	50	17	19
Pharmacie officine	01	00	11	11
Case de santé	01	01	04	00
Autres	01	01	07	00
ASBC	00	07	00	13
Dépôt (pharmacie rurale)	00	00	03	00

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005et 2007

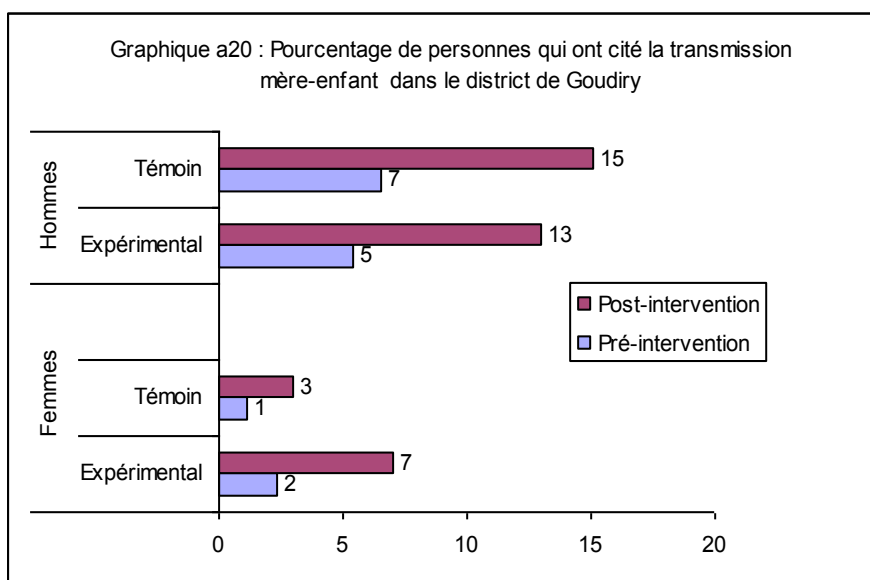
5. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIH/SIDA

La lutte contre les infections sexuellement transmissibles occupe désormais une place importante dans la santé de la reproduction. Aussi, les enquêtes ont permis d'analyser le niveau de connaissance sur les IST/SIDA et les pratiques à risques des populations.

5.1. CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION ET DE PREVENTION DU VIH/SIDA

5.1.1. Connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA

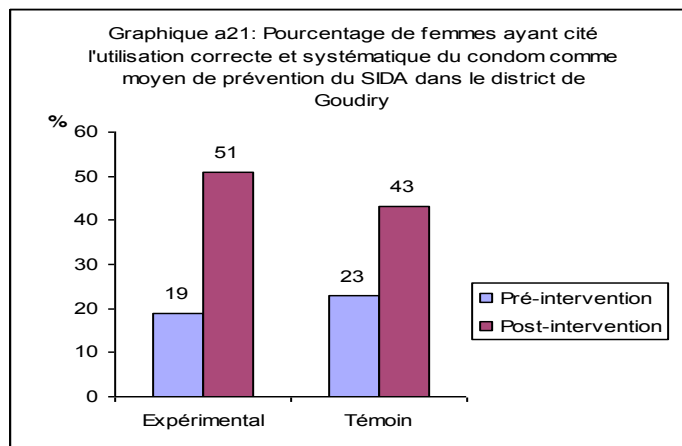
Les résultats de l'enquête de base avaient montré que les modes de transmission du VIH/SIDA étaient connus à l'exception de la transmission mère-enfant et de la transfusion sanguine. Les plus connus par les populations sont la transmission par voie sexuelle lors d'un rapport sexuel non protégé ou par un objet tranchant contaminé. La transmission mère-enfant est rarement citée surtout par les femmes. La connaissance de ce mode de transmission a été légèrement améliorée après l'intervention de 5 points pour les femmes du groupe expérimental contre deux points pour la zone témoin. Le programme devrait orienter le développement des messages IEC dans ce volet.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

5.1.2. Connaissance des modes de prévention du VIH/SIDA

Les résultats de l'enquête pré-intervention avaient montré une différence sur les connaissances entre les moyens de prévention spécifiques du SIDA selon le sexe. Si presque l'ensemble des hommes avait parlé de l'utilisation systématique du préservatif, moins d'une femme sur deux, avait mentionné ce moyen de prévention. Dans les zones d'intervention du projet la proportion des femmes qui ont cité ce moyen de prévention a largement évolué chez les femmes de 19% à 51% à Goudiry (graphique a21). Cette évolution est 0,96 plus importante que dans les zones témoins.

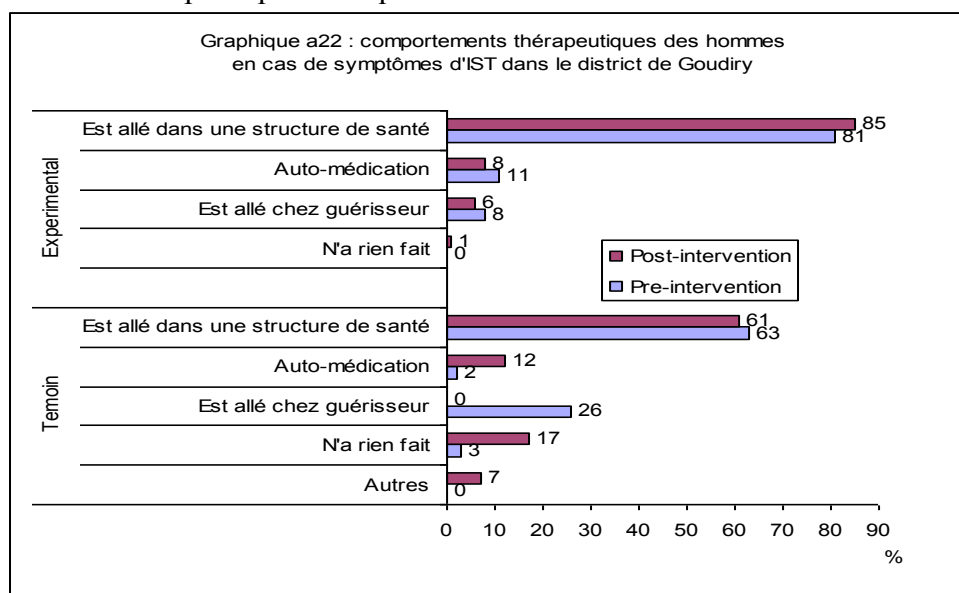


Source : Enquêtes CAP femmes 2005 et 2007

5.2. PREVALENCE DES IST ET RECOURS AUX SOINS

La prévalence¹¹ des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) a été mesurée auprès des personnes ayant déclaré connaître au moins un des symptômes cités. La prévalence pour les femmes étant presque nulle, l'analyse des comportements thérapeutiques n'a été effectuée que pour les hommes.

Les résultats des deux enquêtes montrent que les comportements thérapeutiques ont peu évolué quel que soit le groupe. Au moins huit hommes sur dix ayant présenté des symptômes d'IST (douleurs à la miction, écoulement génital inhabituel, démangeaisons, etc.), ont déclaré avoir consulté le personnel de santé. Cette attitude en matière de recours aux soins doit être consolidée et renforcée car au moins 15% des personnes ont encore des comportements thérapeutiques à risque.



¹¹ Cette évaluation n'a pas la prétention de donner le taux réel d'infestation parmi la population car il y a certainement eu des réserves dues à la sensibilité des populations sur les comportements sexuels.

6. PRATIQUES NEFASTES

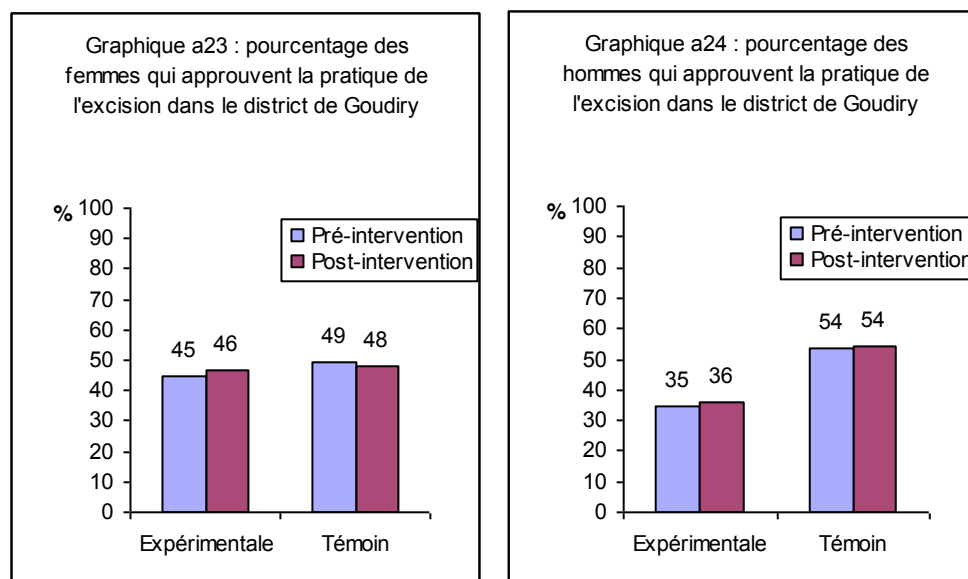
Les pratiques néfastes sont assimilées aux comportements qui présentent des risques pour la santé de la reproduction, notamment de la femme. Dans le cadre de cette étude, les pratiques prises en compte sont l'excision et le mariage précoce.

6.1. CONNAISSANCES ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE L'EXCISION

Les connaissances sur l'excision ont été évaluées à partir du niveau d'informations sur la lutte et la législation concernant l'interdiction de cette pratique. Les données de l'enquête de base avaient montré qu'au moins 80% des personnes, quel que soit le sexe, avaient entendu parler de la lutte contre la pratique de l'excision. De même, la loi interdisant la pratique de l'excision était connue par 84% des femmes et 77% des hommes interrogés. Ces résultats ont été renforcés après l'intervention car au moins neuf personnes sur dix quel que soit le sexe a entendu parler de la lutte contre la pratique de l'excision.

Les résultats sur la perception de l'excision montrent que les mêmes proportions des femmes et des hommes sont encore favorables à cette pratique (graphiques a23 et a24).

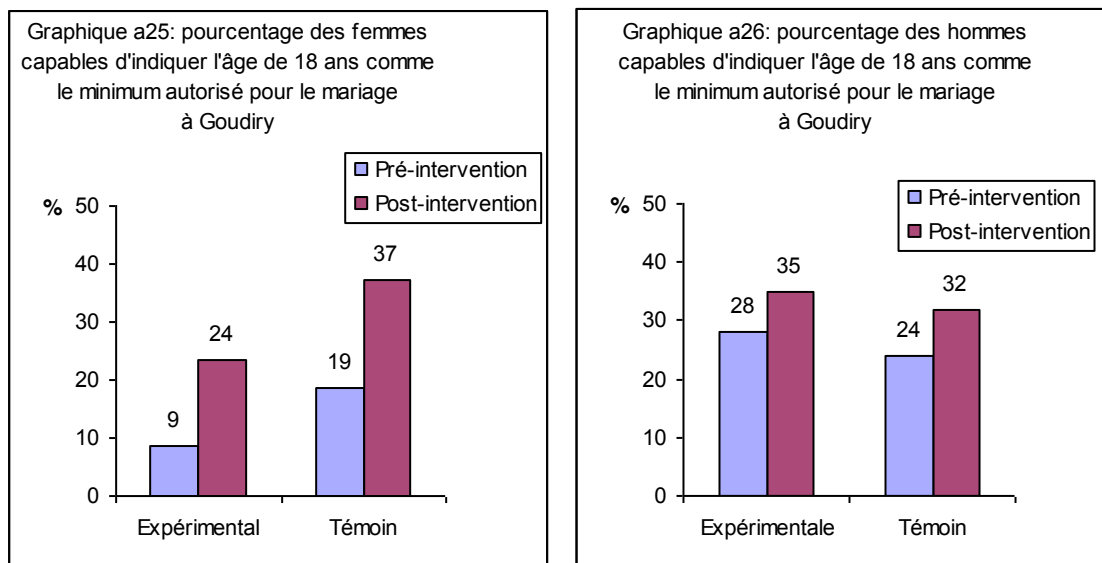
L'approbation de l'excision est à mettre en relation avec les dimensions à la fois culturelle, religieuse et sociale accordée à cette pratique. En effet, les raisons évoquées par les personnes favorables à l'excision sont la religion, la coutume et la considération sociale. Ce résultat montre que la communication sur ce volet reste à parfaire car les populations semblent n'avoir qu'une connaissance superficielle sur les recommandations concernant cette pratique.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

6.2. CONNAISSANCES SUR LE MARIAGE PRECOCE

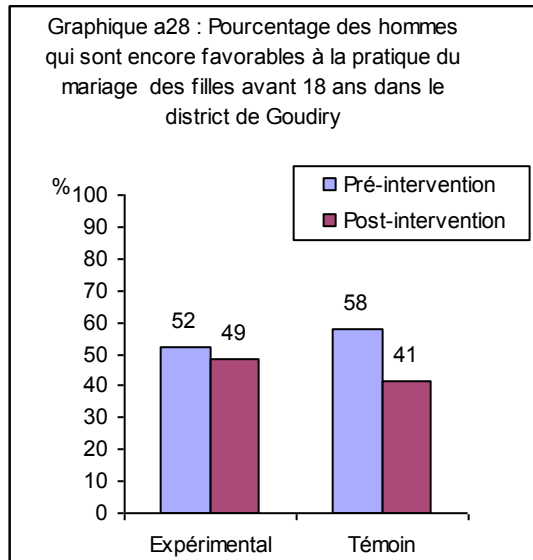
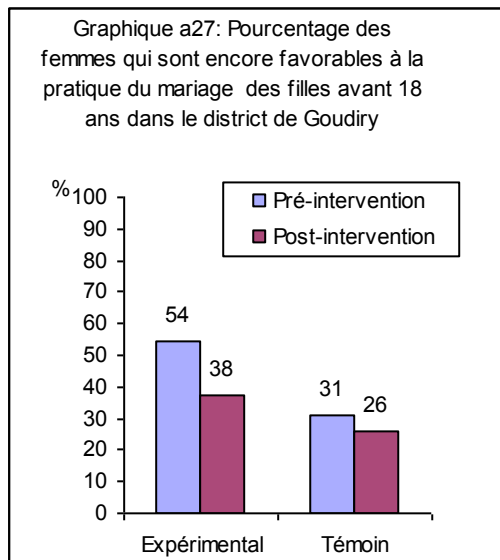
Les graphiques a25 et a26 montrent que lors de l'enquête de base, seulement 09% des femmes et 28% des hommes avaient été capables d'indiquer l'âge de 18 ans comme le minimum autorisé pour le mariage. Lors de l'enquête post-intervention, ces proportions ont évolué de manière significative, notamment au niveau des femmes (graphique a25). La proportion des femmes et hommes capables d'indiquer l'âge autorisé a évolué d'une manière significative de 14 et 8 points respectivement contre 19 et 8 points ($p=0,000$) dans les zones témoins (graphique a26).



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

6.3. ATTITUDES ENVERS LE MARIAGE PRECOCE

Lors de l'enquête de base, la moitié des femmes et des hommes avait déclaré être favorables au mariage des filles avant l'âge légal de 18 ans, très peu d'entre eux en connaissaient les inconvénients. Les attitudes des populations dans les zones expérimentales du projet ont évolué après l'intervention de 17 points contre 5 points pour les femmes des zones témoins (graphiques a27 et a28). Pour les hommes, l'évolution est seulement de 4 points dans la zone expérimentale contre 16 points dans le groupe de contrôle.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

7. SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS/JEUNES

Dans cette section, l'analyse de la SR des adolescents/jeunes a porté seulement sur les connaissances sur la planification familiale ; les pratiques sexuelles et l'utilisation de la contraception ; et les connaissances sur les IST/VIH SIDA. Au Sénégal, les femmes et les hommes de la tranche d'âge 10-24 ans constituent le groupe des adolescents/jeunes. Pour des raisons opérationnelles de collecte des données, l'étude a pris en compte la tranche d'âge 15-24 ans seulement. Ces adolescents/jeunes représentent une proportion assez importante de la population enquêtée dans la zone d'intervention du projet. Cette tranche d'âge représente 48% de l'échantillon des femmes enquêtées soit 232 d'adolescentes/jeunes filles ; et 41% de l'échantillon des hommes enquêtés soit 148 adolescents/jeunes hommes dans l'enquête de base. Dans l'enquête post-intervention, ils représentent dans la zone expérimentale, 46% des femmes enquêtées soit 116 adolescentes/jeunes filles et 52% des hommes soit 131 adolescents/jeunes hommes.

7.1. PRATIQUES SEXUELLES DES ADOLESCENTS/JEUNES ET UTILISATION DU PRESERVATIF

7.1.1. Rapports sexuels pré-nuptiaux et utilisation du préservatif

Les résultats de l'enquête de base avaient montré qu'une proportion non négligeable des adolescents/jeunes hommes, non mariés avaient des comportements sexuels à risque : En effet, 23% des garçons ont eu au moins deux partenaires durant la même période et seulement 31% dans la zone expérimentale avaient utilisé le préservatif. Cette attitude à risque a été améliorée après l'intervention. Le pourcentage d'adolescents/jeunes hommes, qui a eu au moins deux partenaires au cours des douze derniers mois, est passé de 23% à 07% dans la zone expérimentale. Cette évolution positive n'a pas été constatée dans le groupe témoin. Le pourcentage d'adolescents/jeunes hommes et a utilisé un préservatif

est passé de 31% à 46% dans la zone expérimentale et de 28% à 48% dans le groupe témoin, soit respectivement de 15 et de 20 points.

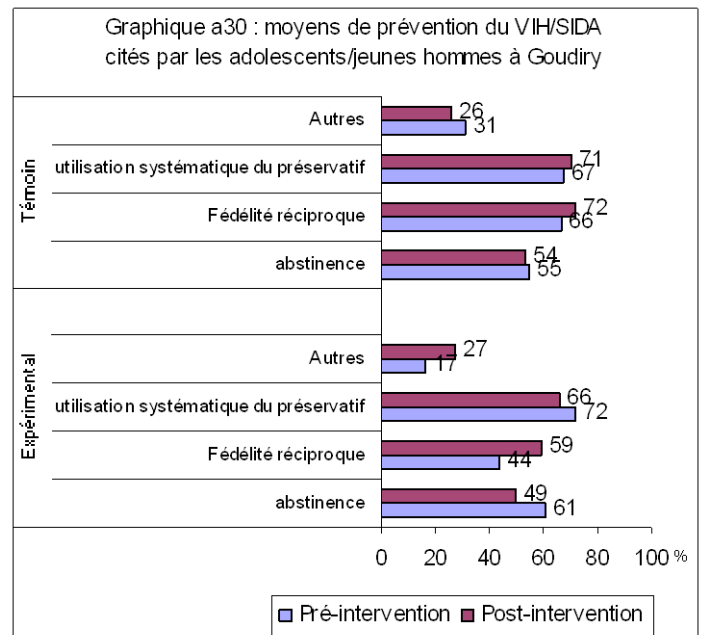
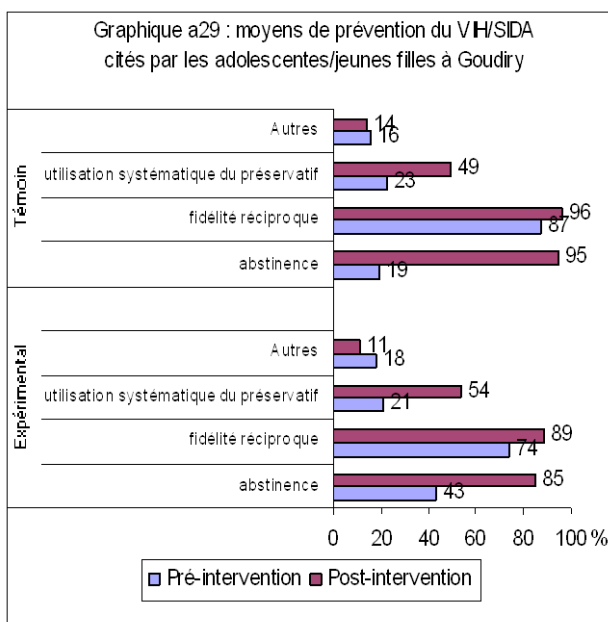
Tableau a8: Activité sexuelle pré-nuptiale des adolescents /jeunes (en %)

Indicateurs	Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin
Pourcentage des adolescents/jeunes non mariés qui ont eu un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois	57	73	8	26
Pourcentage des adolescents/jeunes non mariés qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	31	28	46	48
Pourcentage des adolescents/jeunes non mariés qui ont eu des rapports sexuels avec un autre partenaire au cours des 12 derniers mois	23	25	7	26

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005et 2007

7.1.2. Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA

Lors de l'enquête de base, les adolescents/jeunes hommes avaient mentionné en majorité (72%) l'utilisation systématique du préservatif mais seulement 21% et 23% des filles respectivement, dans le groupe expérimental et témoin, l'avaient cité comme moyens de prévention (graphiques a25 et a26). Les données de l'enquête de post-intervention montrent que 54% et 49% des enquêtées des zones expérimentales et témoins l'ont cité comme moyens de prévention. La proportion a augmenté de 33% dans la zone expérimentale contre 26% dans le groupe témoin.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005et 2007

8. ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

La comparaison du niveau des indicateurs obtenus dans les deux enquêtes (pré-intervention et post-intervention) montre que les activités d'intervention du projet ont permis d'augmenter de façon significative des indicateurs de connaissances, d'attitudes et de pratiques dans les zones d'intervention. Les résultats montrent les acquis et mettent en évidence les aspects qui devraient bénéficier d'un renforcement des stratégies d'IEC dans le cadre d'une consolidation du programme.

8.1. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS SUR LES CONNAISSANCES

L'étude a permis de noter des progrès sensibles dans la connaissance des différents volets de la SR, notamment, la santé maternelle, la planification familiale et les IST/VIH/SIDA.

En matière de connaissance des soins prénatals, l'indicateur le plus faible qui méritait une attention particulière était le pourcentage d'hommes qui savent qu'une femme enceinte doit être vaccinée pour prémunir le bébé contre le tétanos. Cet indicateur a été amélioré d'une manière significative dans les zones d'intervention du projet par rapport aux zones de contrôle.

Les connaissances des antécédents qui peuvent être des facteurs de risque de la grossesse, et des signes de complications de la grossesse ont été grandement améliorées.

La connaissance du calendrier vaccinal à la naissance est mieux connue. Le pourcentage de femmes du groupe expérimental qui connaît les vaccins est passé de 47% à 71% soit une augmentation de 24% par rapport au groupe témoin dont le niveau de connaissance a augmenté de 16%. Chez les hommes, par contre, le niveau de connaissance a plutôt diminué dans le groupe expérimental.

Les volets de la SR qui sont restent moins connus et qui devraient faire l'objet d'une stratégie d'IEC plus approfondie sont la physiologie de la reproduction (période de fécondité de la femme) et la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Les résultats obtenus montrent que 80% des femmes et des hommes, quel que soit le groupe est incapables de désigner la période féconde lors du cycle menstruel de la femme. La connaissance de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, a été légèrement améliorée après l'intervention de 5 points pour les femmes du groupe expérimental contre deux points pour la zone témoin.

8.2. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS SUR LES ATTITUDES

Les résultats montrent que la communication sur les éléments de la SR, notamment la planification familiale et les IST/SIDA est devenue peu fréquente dans le couple. Dans les aires des postes expérimentaux 26% des femmes à Goudiry ont déclaré avoir discuté de planification familiale avec leur mari/partenaire au cours des douze derniers mois

contre 11% en 2005. Dans les zones témoins par contre, il n' y a pas eu d'amélioration significative pour cet indicateur d'attitude vis-à-vis de la PF.

Concernant les pratiques néfastes (excision et mariage précoce) pour la santé de la femme les attitudes des populations dans les zones expérimentales du projet ont évolué favorablement après l'intervention. Le pourcentage de femmes du groupe expérimental qui a déclaré être favorables au mariage des filles avant l'âge légal de 18 ans a diminué de 17 points contre 5 points pour les femmes des zones témoins (graphiques a23 et a24). Pour les hommes, l'évolution est seulement de 4 points dans la zone expérimentale contre 16 points dans le groupe de contrôle.

8.3. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS SUR LES PRATIQUES

Les résultats de l'enquête post-intervention montrent que les indicateurs ont été améliorés dans les zones expérimentales en ce qui concerne la santé maternelle (soins prénatals et postnatals), la planification familiale et le traitement des maladies de l'enfant.

Les enquêtes de base, au démarrage de l'intervention avaient montré une faible utilisation de la vitamine A (34%) et la vitamine C (38%) par les femmes enceintes. De même, seulement 28% avaient été informées des signes de complications de la grossesse lors de la CPN. Après, l'intervention, la moitié des femmes enceintes dans les deux années précédant l'enquête ont reçu des vitamines A et C.

Ensuite, les femmes s'adressent davantage à une formation sanitaire pour le traitement de la fièvre/paludisme et de la diarrhée de l'enfant. Seulement 33% et 20% des femmes du groupe expérimental avaient conduit leurs enfants dans une structure sanitaire au démarrage de l'intervention. Ces taux sont passés respectivement à 67% et 71 avec l'intervention.

Les indicateurs à améliorer portent sur la pratique de la contraception moderne qui reste faible et l'accouchement dont plus de la moitié a encore lieu à domicile.

B- RESULTATS DU DISTRICT DE KEDOUGOU

1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES

Dans le District de Kédougou, les enquêtes CAP pré-intervention ont permis d'interroger 1613 personnes dont 835 femmes et 778 hommes répartis entre les zones expérimentales et témoins (cf. tableau b1). Ces statistiques sont de 504 femmes et de 406 hommes pour l'évaluation post-intervention.

Tableau b1 : Echantillon total du district de Kédougou

Caractéristiques	Pré-intervention		Total	Post-intervention		Total
	Témoin	Expérimental		Témoin	Expérimental	
Femmes	453	483	936	250	254	504
Hommes	325	352	677	204	202	406
Total	778	835	1613	454	456	910
Taux de réponse global	100	99,8	99,9	99	100	99,5

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

1.1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

L'analyse des données montre que les groupes témoins et expérimentaux sont semblables du point de vue du profil démographique. La structure par âge et selon le sexe des deux groupes présente le même profil. La répartition de l'échantillon interviewé selon l'âge montre que les personnes interrogées sont en majorité jeunes aussi bien dans la zone expérimentale que témoin.

L'âge médian est compris entre 25 et 32 ans et la moyenne entre 28 et 36 ans. Une différence est constatée au niveau de la répartition des groupes ethniques mandingues et Pular entre les zones expérimentales et témoin dans les deux enquêtes. Mais, d'autres sources révèlent que l'échantillon est semblable à la structure ethnique du District de Kédougou.

Les hommes célibataires représentent presque la moitié de l'échantillon pré-intervention respectivement 48% et 42% du groupe expérimental et du groupe témoin. Dans l'enquête post-intervention, il apparaît une différence non significative, ($p=0,0201$) au niveau de la situation matrimoniale des femmes du groupe expérimental de l'enquête pré-intervention et de l'enquête post-intervention. Les femmes en union représentent 91% des personnes enquêtées dans l'enquête de base contre 81% de l'échantillon de l'enquête finale.

Tableau b2 : caractéristiques démographiques de l'échantillon (en %)

Indicateurs	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Témoin (N=453)	Expérim. (N=483)	Témoin (N=250)	Expérim. (N=254)	Témoin (N325)	Expérim. (N 352)	Témoin (N=204)	Expérim. (N=202)
<i>Age</i>								
Age median	25	27	28	25	29	27	32	32
Age moyen	28	30	31	32	31	29	36	33
<i>Situation matrimoniale</i>								
Marié	83	91	82	81	57	50	62	62
Célibataire	15	07	14	14	42	48	34	37
Divorcé/séparé/veuf	02	02	4	6	01	02	4	1
<i>A déjà eu des grossesses</i>	81	84	85	82	-	-	-	-
<i>Ethnie</i>								
Pular	07	75	09	72	05	57	7	74
Mandingue	80	20	87	16	79	28	82	06
Ouolof	02	01	01	00	01	01	01	01
Soninké	01	00	00	02	01	03	02	03
Diakhanké	04	00	00	00	06	06	00	00
Dialonké	05	01	00	00	07	01	00	00
Bassari	00	03	00	00	00	02	00	00
Autres	01	00	02	10	01	02	10	15
<i>religion</i>								
musulmane	99	96	100	96	100	94	98	94
chrétienne	01	04	0	4	99	06	2	6
Autres	00	00	0	0	01	00	0	0

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

1.2. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

Le tableau b3 sur les caractéristiques socio-économiques présente la composition de l'échantillon selon le niveau de scolarisation, l'activité économique principale et l'accessibilité au poste de santé. Dans l'ensemble, les échantillons des deux enquêtes ont des caractéristiques semblables. Ils révèlent un niveau d'analphabétisme plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Ensuite 80% des femmes, qui ont bénéficié d'une scolarisation, se sont arrêtées au primaire. Le niveau d'alphabétisation est également plus faible chez les femmes que chez les hommes.

Tableau b3: caractéristiques socio-économiques de l'échantillon (en %)

Indicateurs	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Témoin (N=453)	Expérim. (N=483)	Témoin (N=250)	Expérim. (N=254)	Témoin (N325)	Expérim. (N 352)	Témoin (N=204)	Expérim. (N=202)
% ayant été à l'école	24	32	19	34	57	65	49	59
Niveau de scolarisation								
Primaire	86	80	94	68	70	61	71	53
Secondaire	14	19	06	31	28	36	27	42
Supérieur	00	01	00	01	02	03	02	06
% alphabétisés	07	14	6	25	27	35	15	41
Occupation principale								
Elève/étudiante	04	05	02	10	00	00	00	00
Ménagère	24	28	22	22	00	00	00	00
Agriculture	66	54	72	56	66	46	86	78
Elevage	0,2	0,2	00	00	01	01	01	00
Commerce	03	07	00	05	05	09	04	07
artisanat	00	00	00	00	00	00	01	03
Autres	03	06	02	06	28	44	09	15
Accessibilité poste santé moins d'une heure de marche à pied	37	27	43	29	40	36	28	33

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2. SANTE DE LA FEMME

Les principales données présentées dans évaluer la santé maternelle concernent les connaissances de base sur la santé maternelle et les pratiques en matière de recours aux soins (suivi prénatal, accouchement assisté, suivi postnatal, etc.).

2.1 CONNAISSANCES SUR LA SANTE MATERNELLE

Les indicateurs utilisés pour analyser les effets du projet sur les connaissances en matière de santé maternelle ont porté sur la surveillance de la grossesse, sur les facteurs morbides et les signes de danger de la grossesse et les signes de complications du travail et de l'accouchement.

2.1.1 Surveillance de la grossesse

Les résultats des deux enquêtes (pré-intervention et post-intervention) montrent que d'une manière générale, la population a une bonne connaissance de la nécessité pour une femme en grossesse de faire une visite prénatale (100%). Presque, l'ensemble des personnes interrogées (99%) connaissent également au moins un lieu de consultation prénatale.

Le niveau de connaissance des indicateurs, concernant le nombre minimum de trois CPN recommandé et la nécessité de la vaccination antitétanique, a été amélioré à l'issue des activités d'intervention du projet dans la zone expérimentale pour les femmes et pour les hommes. Par contre, la connaissance de la vaccination antitétanique n'a pas connu la même évolution pour les hommes du groupe témoin (tableau b4).

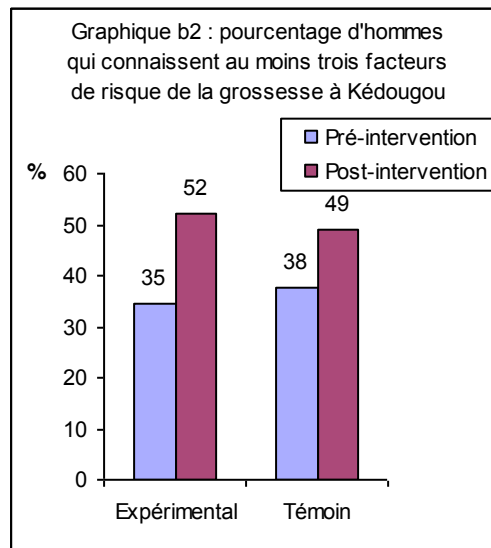
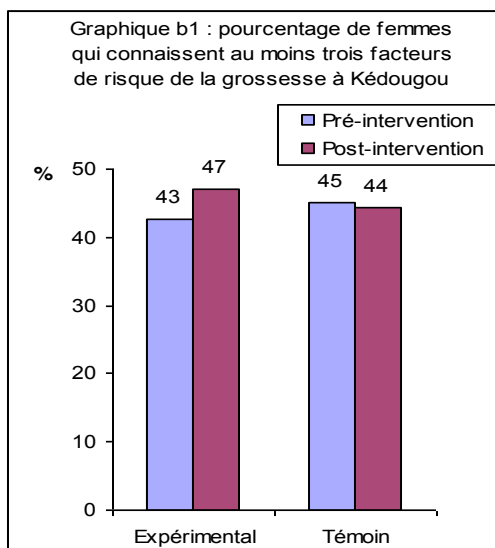
Tableau b4 : répartition des enquêtés selon les connaissances sur la surveillance de la grossesse (en %) à Kédougou

Indicateurs	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin
connaissent le nombre minimum de CPN recommandé	74	61	82	73	80	56	86	67
savent qu'une femme enceinte doit prendre une injection de VAT pour éviter au bébé d'attraper le tétanos	95	81	97	90	71	50	76	50

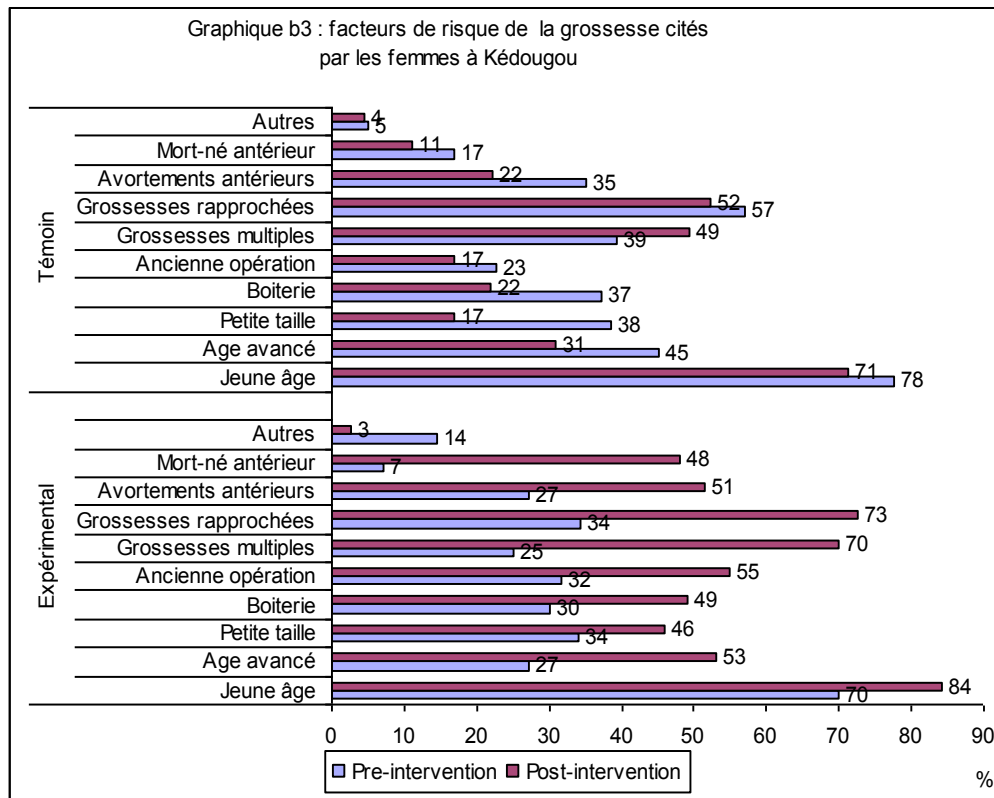
Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2.1.2 Facteurs de risque de la grossesse

Avant l'intervention, un nombre relativement faible de femmes (52%) et d'hommes (69%) avait déclaré avoir entendu parler des antécédents qui peuvent constituer des facteurs de risque pour une femme si elle tombe enceinte. Mais la connaissance de ces facteurs de risque est devenue plus élevée après l'intervention dans le groupe expérimental chez les femmes et les hommes (graphiques 1 et b2).

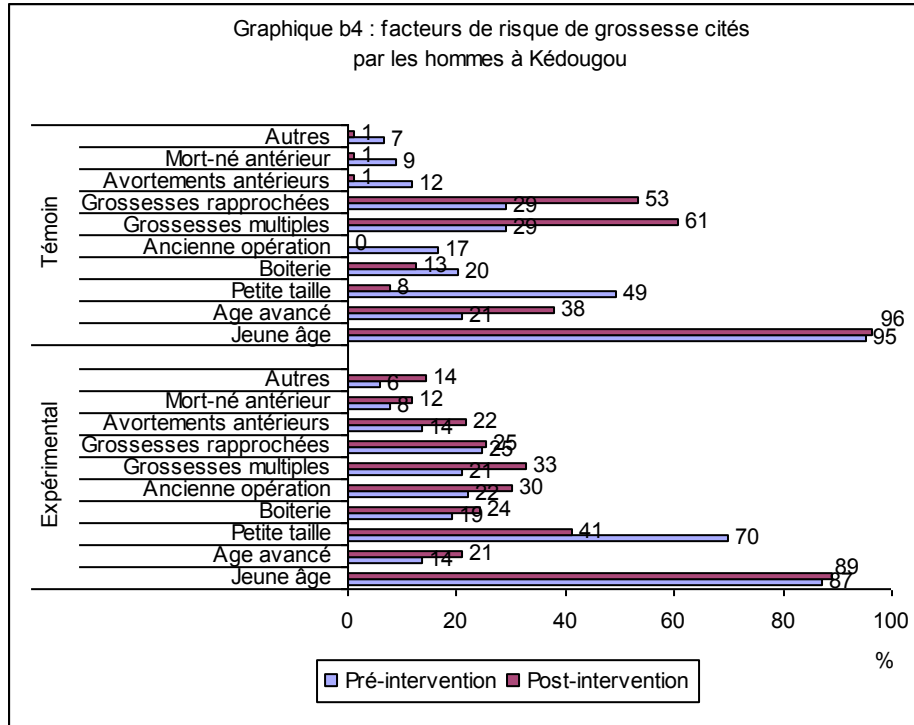


Le premier facteur de risque cité par les femmes est toujours le jeune âge. Toutefois, il faut constater qu'à l'issue de l'intervention, les autres facteurs importants peu évoqués (par moins de 40% des femmes) tels que l'âge avancé, les grossesses multiples, les grossesses rapprochées, etc.) ont été davantage cités par les femmes de la zone expérimentale (graphique b3). Cette évolution n'est pas notée dans le groupe de comparaison. En effet, en dehors des grossesses multiples citées par 49% des femmes contre 39% au démarrage de l'intervention, la connaissance des autres facteurs n'a pas connu une augmentation dans la zone témoin.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

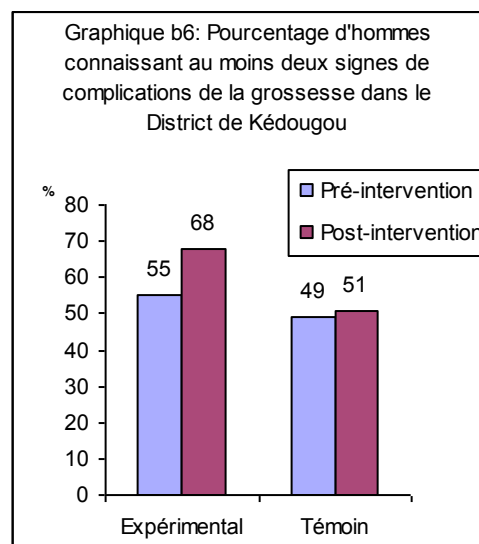
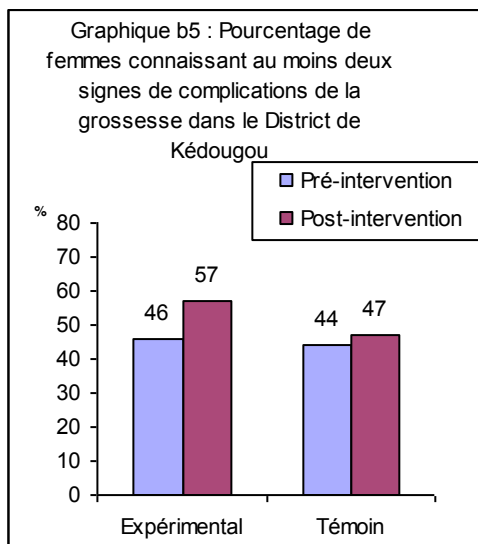
Pour les hommes qui ont déjà entendu parler des antécédents qui peuvent constituer des facteurs de risque de la grossesse la grande majorité a cité le jeune âge et la petite taille (graphique b4). Si, dans l'ensemble, les hommes ont amélioré leurs connaissances, le niveau est encore modeste pour des facteurs de risque importants comme les grossesses rapprochées, les grossesses multiples, etc.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2.1.3 Signes de complications de la grossesse

La comparaison des résultats révèle que la connaissance des signes de complications d'une grossesse a été améliorée dans la zone d'intervention du projet aussi bien pour les femmes que pour les hommes (graphiques b5 et b6). L'évolution est plus importante dans le groupe expérimental, quel que soit le sexe. La différence est respectivement de 11 et de 03 points pour les femmes des zones expérimentales et témoin. Pour les hommes, les écarts sont de 13 et 02 points.



2.1.4 Signes de complications du travail et de l'accouchement

Lors de l'enquête de base, la durée prolongée du travail était citée comme la principale manifestation de danger chez la femme en couche. Après l'intervention, les autres signes de danger et de complication du travail et de l'accouchement ont été davantage cités. Il s'agit de l'hémorragie au cours ou après l'accouchement et de la présentation non céphalique (tableau b5).

Tableau b5 : Signes de danger du travail et de l'accouchement cités (en %)

Signes de danger cités	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin
Durée prolongée du travail	72	53	87	80	61	45	64	47
Hémorragie pendant le travail	15	18	79	24	47	54	85	63
Saignement après accouchement	14	26	27	26	38	23	48	45
Présentation non céphalique	19	38	41	39	06	09	23	12
Autres	06	12	04	8	02	01	00	06

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

Le tableau b6 montre que les risques encourus par une femme qui accouche à domicile sont connus par une proportion plus importante d'hommes et de femmes dans la zone d'intervention que dans le groupe de comparaison après la mise en œuvre du projet (tableau b6). En effet, au démarrage, seulement 21% et 23% des femmes avaient cité respectivement les risques de décès de la mère et du bébé. Moins d'une femme sur dix avait mentionné le tétanos néonatal. Ces taux sont passés à trois femmes sur dix dans la zone d'intervention du projet. Cette évolution n'est pas constatée dans la zone de contrôle.

Les fistules n'étaient presque pas mentionnées lors de l'enquête de base. A l'exception, des femmes du groupe expérimental dont 7% l'ont cité, moins de 05% des personnes enquêtées l'ont mentionné.

Tableau b6 : risques encourus par une femme qui accouche à domicile (en %)

Risques cités	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim	Témoin	Expérim	Témoin	Expérim	Témoin	Expérim	Témoin
Hémorragie	15	11	16	08	27	31	33	9
Décès du bébé	23	31	36	27	44	43	52	17
Décès de la mère	21	32	33	33	39	41	44	16
Infections	21	13	26	27	14	21	37	34
Tétanos	08	09	30	09	19	18	26	06
Mort-né	00	05	00	00	00	04	04	01
Fistules	0,5	00	07	02	02	02	00	01
Déchirure	09	04	13	11	06	04	04	01
Autre	00	07	28	22	00	14	12	20

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2.2 LES PRATIQUES DES FEMMES EN MATIERE DE SOINS MATERNELS ET INFANTILES

Pour évaluer les résultats du projet en termes de soins maternels et infantiles, l'accent a été mis sur les consultations prénatales, les conditions de l'accouchement et les soins postnatals.

L'étude sur les pratiques des femmes a concerné uniquement les mères ayant eu un enfant lors des deux années précédant l'enquête (ayant un enfant âgé de moins d'au plus 24 mois). Dans le District de Kédougou, elles représentent respectivement 43% et 34% de l'échantillon du groupe expérimental ; 36% et 35% du groupe témoin des enquêtes de base et post-intervention.

2.2.1 Soins prénatals

Les résultats des deux enquêtes ont montré que la presque totalité des femmes ont effectuées les consultations prénatales durant les deux années précédant l'enquête. Les indicateurs peu satisfaisants concernaient la prise des vitamines A et C ainsi que le niveau d'information sur la SR lors de la CPN.

Ces indicateurs ont été significativement améliorés après l'intervention (tableau b7). Ils sont passés respectivement de 39% à 76% pour la vitamine A et de 42% à 70% pour la vitamine C. Le pourcentage de femmes informées des signes de complications de la grossesse lors de la CPN par le personnel médical est passé de 21% à 45% contre 30 à 39% dans la zone de comparaison.

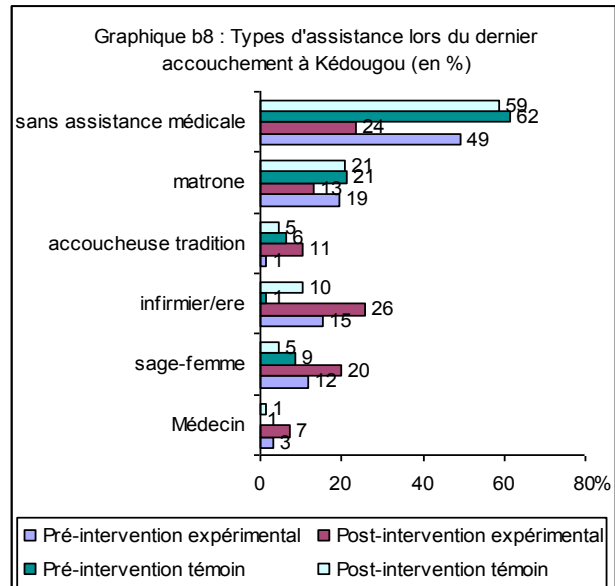
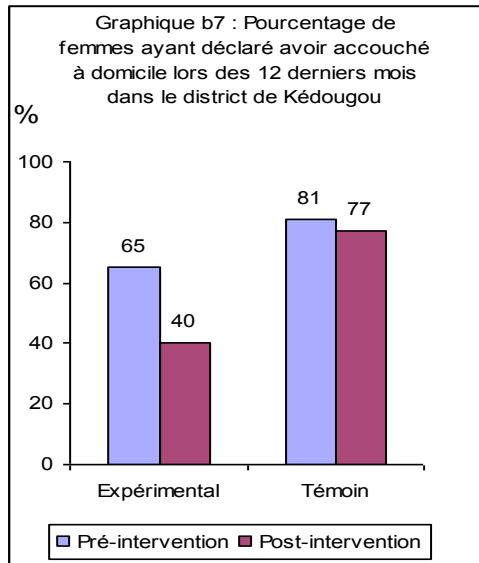
Tableau b7 : Taux de consultation prénatale et soins préventifs reçus lors de la dernière grossesse à Kédougou

Indicateurs	Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérimental (N = 208)	Témoin (N=163)	Expérimental (N = 85)	Témoin (N=87)
ayant reçu une injection de VAT	91	91	99	92
ayant reçu un supplément de fer	94	88	98	92
Ayant pris un moyen de prévention du paludisme	89	81	94	89
ayant reçu la vitamine A	39	25	76	48
ayant reçu la vitamine C	42	23	70	56
ayant été informé des signes de complications de la grossesse lors de la CPN	21	30	45	39

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005et 2007

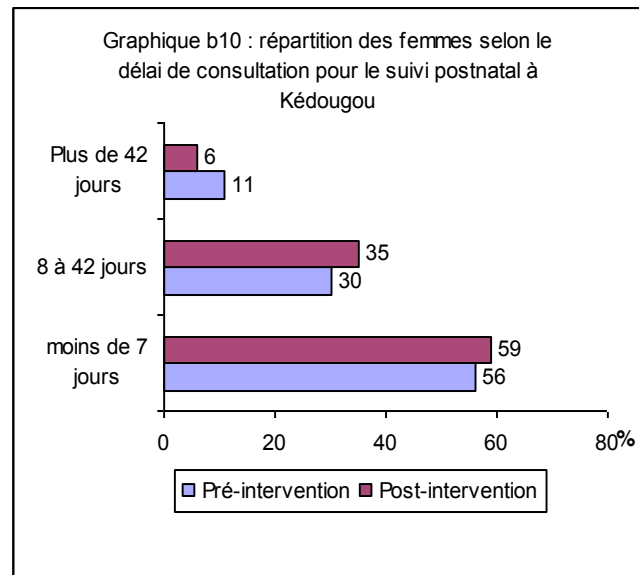
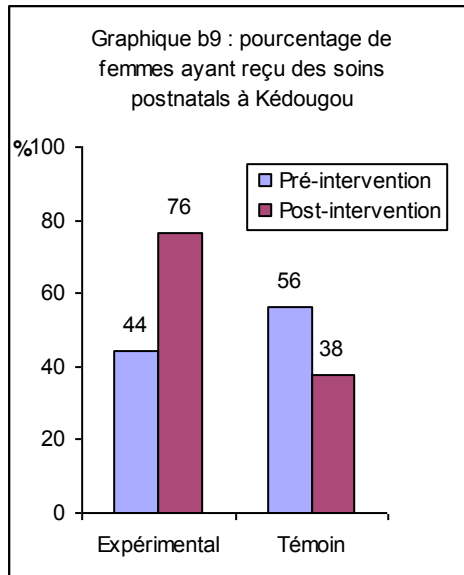
2.2.2 Lieux du dernier accouchement et types d'assistance

La comparaison du niveau des indicateurs obtenus au pré-intervention et post-intervention montre la pratique de l'accouchement à domicile a beaucoup reculé dans les zones expérimentales du district de Kédougou. De près de sept femmes sur dix au démarrage de l'intervention, la proportion n'est plus que 40% à la fin du projet (graphique b7). Cet indicateur n'a pas connu une telle évolution dans la zone de contrôle. Les différences de points sont respectivement de 25 et de 4 points entre les groupes expérimental et témoin. Le graphique b8 montre aussi que le personnel de santé a assisté davantage de femmes en couche.



2.2.3 Soins Postnatals

Dans l'enquête pré-intervention, seulement 46% des mères avaient déclaré avoir bénéficié d'un suivi postnatal. Parmi celles qui ont effectué une visite postnatale, un peu plus de la moitié (56%) a effectué sa première consultation durant la première semaine suivant l'accouchement. Après l'intervention, au moins sept femmes sur dix ont bénéficié de soins postnatals. Cette évolution est d'autant plus significative, que la pratique de la consultation postnatale a reculé dans la zone témoin (graphique b9).



Source : Enquêtes CAP femmes 2005et 2007

2.2.4 Informations reçues lors de la consultation postnatale

Les résultats des deux enquêtes montrent que le personnel médical donne davantage d'informations pendant les consultations postnatales sur la Planification Familiale (PF), le suivi de la croissance de l'enfant et la prévention des maladies (paludisme, diarrhée, Infections Respiratoires Aiguës). Ainsi, 62% et 88% des femmes ont déclaré avoir bénéficié de counseling sur la PF et le suivi de la croissance de l'enfant contre 23% et 44% au démarrage du projet (tableau b8).

Tableau b8 : informations reçues par les mères lors de la consultation postnatale

Informations reçues	Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérimental (N = 208)	Témoin (N=163)	Expérimental (N = 85)	Témoin (N=87)
allaitement maternel	62	50	86	58
Planification Familiale	23	20	62	33
Diarrhée enfant	28	12	52	39
Paludisme enfant	41	30	57	49
Infections Respiratoires Aigues	13	12	48	33
Vaccination enfant	58	60	88	70
Suivi croissance enfant	44	36	79	52

Source : Enquêtes CAP femmes 2005et 2007

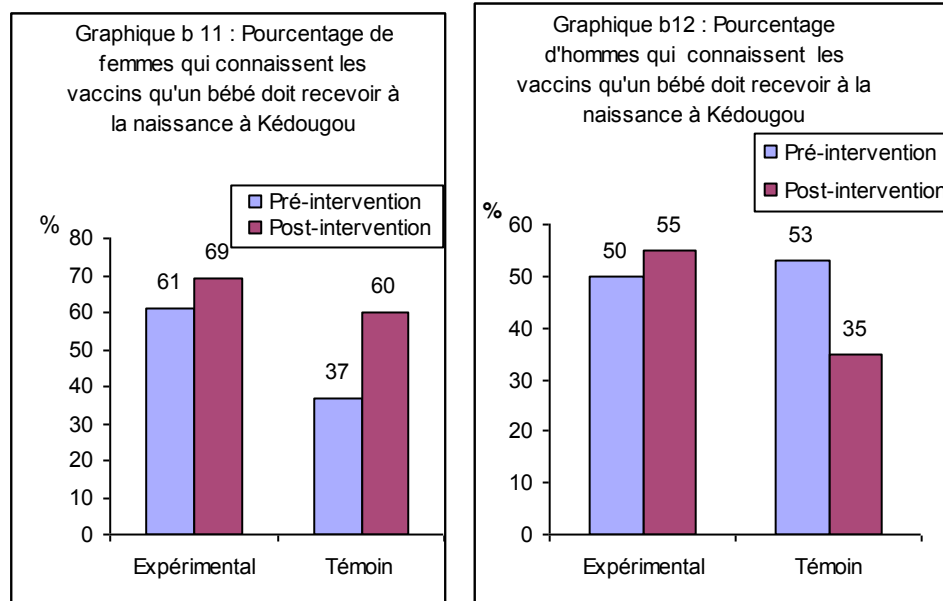
3. SANTE DE L'ENFANT

Les indicateurs sur la santé de l'enfant ont porté sur la connaissance de la couverture vaccinale et la prise en charge de leurs maladies.

3.1. LA CONNAISSANCE DE LA SURVEILLANCE DE L'ENFANT

Les résultats de l'enquête pré-intervention avaient montré que la moitié des hommes et un tiers des femmes ne connaissaient pas les vaccins qu'un bébé doit prendre à la naissance (notamment BCG et polio0). Cette situation était d'autant plus déplorable que la majorité des accouchements se passait à domicile.

Les résultats obtenus après l'intervention montre une évolution des proportions de personnes qui ont pu citer les vaccins de 8 points et 5 points, respectivement pour les femmes et les hommes de la zone expérimentale. Dans le groupe témoin une évolution plus importante de 23 points est notée chez les femmes. Paradoxalement, dans cette zone de comparaison, le niveau chez les hommes a connu une baisse très significative passant de 53% à 35%. Ce résultat pourrait être dû aux actions des programmes et ONG qui interviennent dans ces zones et qui ciblent davantage les femmes que les hommes dans les communications en matière de soins infantiles.



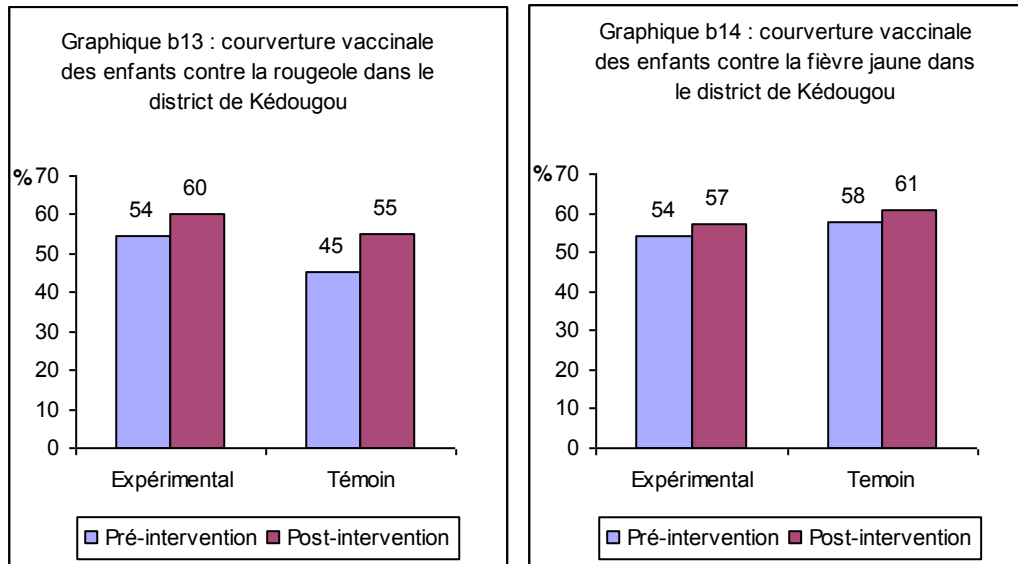
Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

3.2. L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

3.2.1. Couverture vaccinale des enfants

Les résultats de l'enquête pré-intervention sur la couverture vaccinale montre que seulement un peu plus de la moitié des enfants (nés dans les deux années précédant l'enquête) avaient été protégés contre la rougeole (55%) et la fièvre jaune (54%). Ces

taux ont peu évolué après l'intervention car au moins quatre enfants sur dix ne sont pas protégés contre ces maladies. Ils sont de 06 et 03 points respectivement pour la rougeole et la fièvre jaune. Les niveaux sont de 10 et de 03 points dans la zone de comparaison.



Source : Enquêtes CAP femmes 2005 et 2007

3.2.2. Traitement des maladies de l'enfant

Les mères ont été interrogées sur le dernier épisode morbide de leur enfant au cours des deux semaines précédant l'enquête pour identifier les comportements en matière de traitement des maladies infantiles. L'accent a été mis sur les deux principales causes de morbidité et de mortalité des enfants qui sont le paludisme et la diarrhée.

Les résultats montrent que les mères s'adressent davantage aux formations sanitaires pour la prise en charge des maladies de l'enfant (tableau b9). Cette évolution est d'autant plus significative qu'elle n'apparaît pas dans la zone de comparaison où le recours aux soins pour les maladies infantiles n'a pas augmenté.

Tableau b9: Prévalence et traitement du dernier épisode morbide des enfants dans les deux semaines précédant l'enquête (en %)

Indicateurs	Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérimental (N = 208)	Témoin (N=163)	Expérimental (N = 85)	Témoin (N=87)
Prévalence				
Femmes dont les enfants ont eu la fièvre/paludisme lors des deux dernières semaines	28	30	12	25
Femmes dont les enfants ont eu la diarrhée lors des deux dernières semaines	20	27	05	08
Recours aux soins				
Femmes dont les enfants ont eu la fièvre/paludisme et qui les ont amenés dans une formation sanitaire	52	51	68	50
Femmes dont les enfants ont eu la diarrhée et qui les ont amenés dans une formation sanitaire	32	34	75	75

Source : Enquêtes CAP femmes 2005et 2007

4. PLANIFICATION FAMILIALE

Pour l'évaluation de l'évolution des connaissances et des comportements en matière de Planification Familiale (PF), une des composantes importantes de la santé de la reproduction, les indicateurs retenus sont relatifs à

- à l'information sur le cycle féminin ;
- sur les attitudes face à la contraception ;
- et sur la pratique de la contraception.

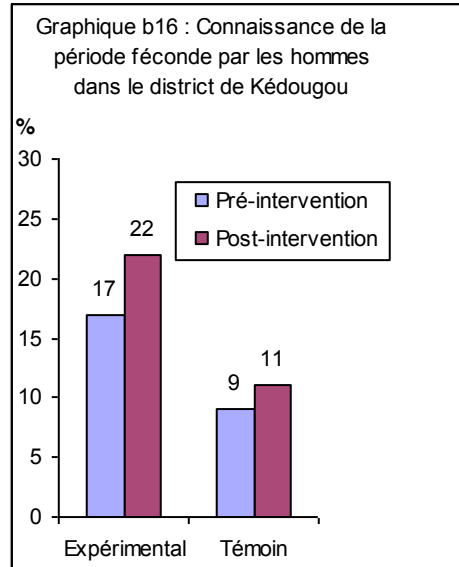
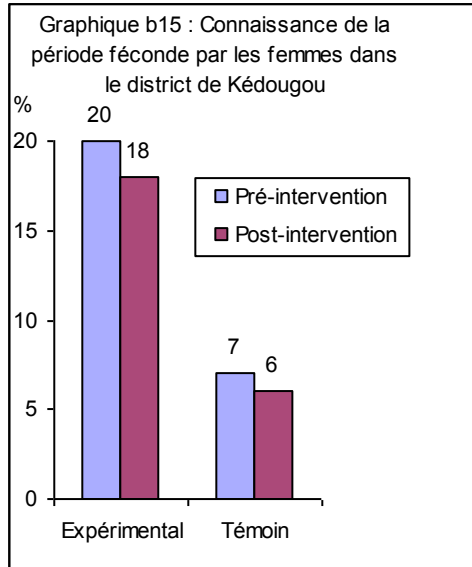
4.1. LA CONNAISSANCE DU CYCLE FEMININ ET DE LA CONTRACEPTION

4.1.1. Connaissance du cycle menstruel de la femme

Les populations ont été interrogées sur la période de fécondité de la femme. Ainsi, il a été demandé aux personnes enquêtées si elles savaient que «*entre la période des règles et les règles suivantes est-ce qu'il y a un moment où une femme a plus de chance de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels ?*». Il a été demandé à celles qui ont répondu par l'affirmative de situer cette période, après les avoir lu les différentes modalités de réponse. Celles qui ont retenues la modalité «*au milieu, entre deux règles*» sont considérées comme ayant donné la bonne réponse.

Les résultats de l'enquête de base avaient montré que seulement 20% des femmes et 17% des hommes étaient capables d'identifier correctement la période féconde dans le cycle menstruel d'une femme.

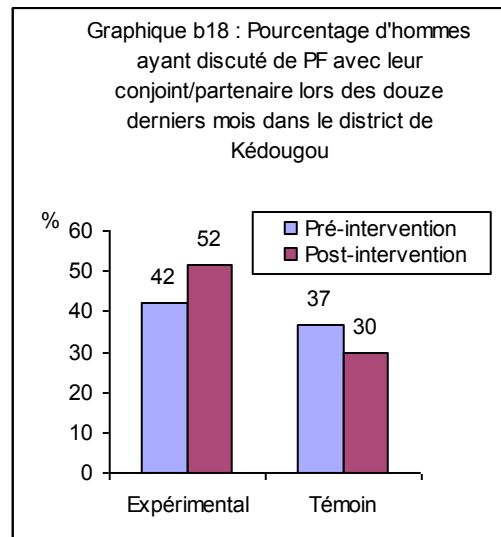
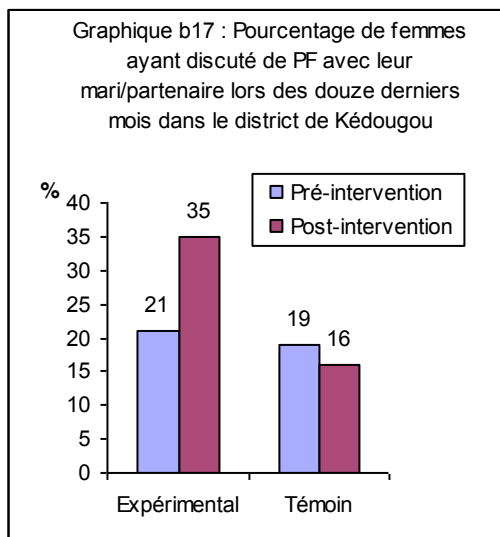
L'intervention n'a pas eu une grande incidence sur la connaissance du cycle de la reproduction de la femme. En effet, la seule évolution positive notée dans le niveau de connaissance a été enregistré chez les hommes avec respectivement 05 et 02 points dans les groupes expérimentaux et témoins.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

4.2. LES ATTITUDES FACE A LA PLANIFICATION FAMILIALE

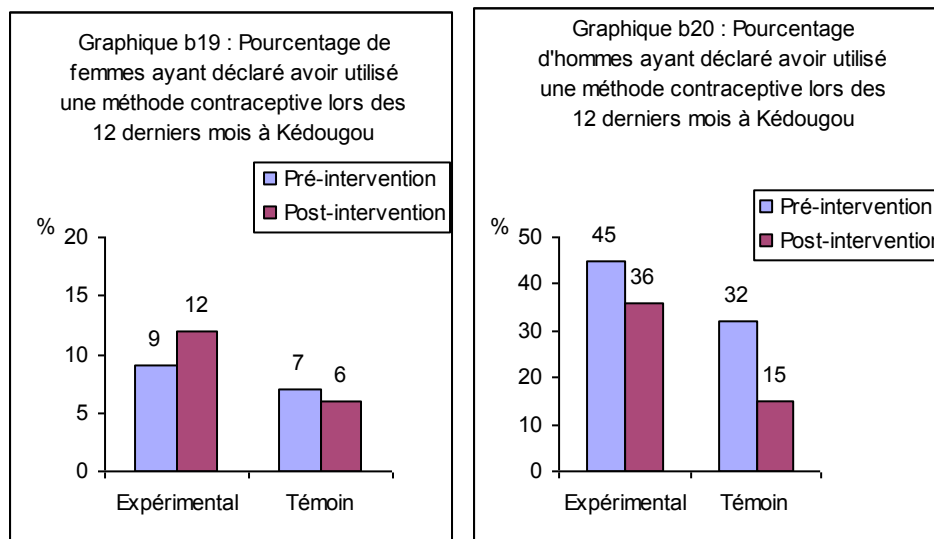
Dans les attitudes de la population, l'enquête de base avait révélé que la communication au sein du couple était faible. Ainsi, seulement deux femmes et quatre hommes sur dix avaient déclaré avoir discuté de PF avec leurs conjoints et/ou partenaires. Les niveaux atteints au niveau des zones expérimentales ont connu une augmentation significative au de 14 points chez les femmes ($p=0,000$ au seuil de 5%) et 10 points chez les hommes ($p=0,045$).



4.3. LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

4.3.1. Utilisation de la contraception

L'utilisation de la contraception a été mesurée pour les douze derniers mois ainsi qu'au moment de l'enquête (dans la semaine). Les résultats montrent que la prévalence contraceptive est encore faible malgré la connaissance des méthodes et des sources d'approvisionnement. La prévalence contraceptive a été améliorée chez les femmes de 3% dans la zone d'intervention. Cette amélioration n'a pas été constatée dans le groupe témoin.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

4.3.2. Sources d'approvisionnement en méthodes de contraception

Les résultats de l'enquête montrent que presque l'ensemble des personnes enquêtées, quel que soit le sexe, a cité le poste de santé comme lieu d'approvisionnement en méthodes de contraception moderne. Si les femmes ont eu recours aux ASBC, les hommes de la zone d'intervention ne les ont pas cités comme sources d'approvisionnement. Ce résultat pourrait être expliqué par la réticence des hommes à s'approvisionner en préservatifs auprès de personnes habitant le village.

Tableau b10 : sources d'approvisionnement en méthodes modernes de contraception citées (en %)

sources d'approvisionnement	Femmes		Hommes	
	Pré-intervention	Post-intervention	Pré-intervention	Post-intervention
Centre de santé	07	33	12	23
Poste de santé	91	50	97	70
Pharmacie officine	00	00	8	13
Case de santé	0,2	02	11	06
ASBC	00	10	02	00
Autres	1,2	03	00	15
Dépôt (pharmacie rurale)	0,6	00	06	00

5. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIH/SIDA

La lutte contre les infections sexuellement transmissibles occupe désormais une place importante dans la santé de la reproduction. Aussi, l'étude de base a permis d'analyser le niveau de connaissance sur les IST/SIDA et les pratiques à risques des populations.

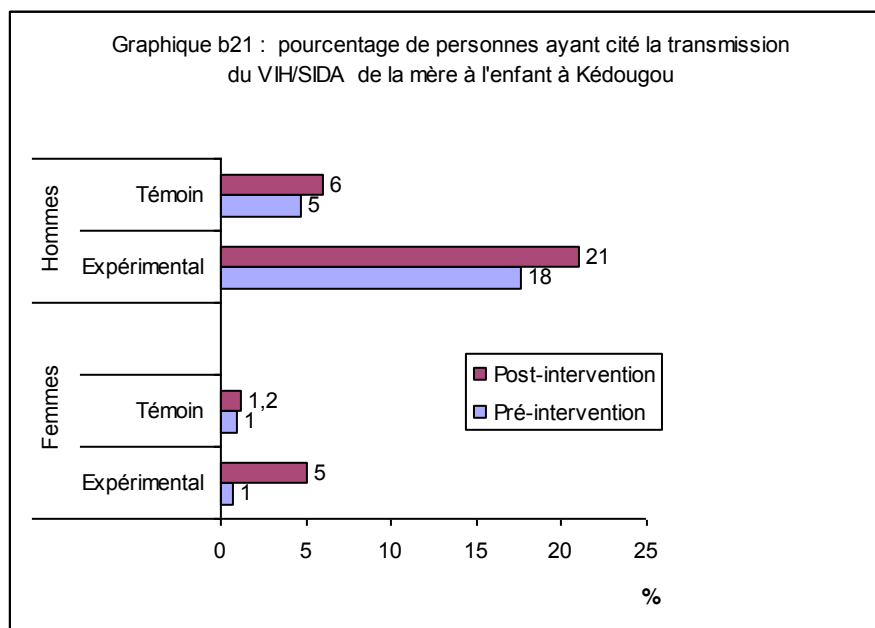
5.1 CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION ET DE PREVENTION DU VIH/SIDA

La connaissance des IST/VIH/SIDA, a été évaluée à travers les questions relatives à l'information sur les modes de transmission et de prévention. Les indicateurs dont les niveaux étaient très peu satisfaisants et qui ont été retenus pour la comparaison des résultats obtenus par le projet concernent la transmission mère-enfant et l'utilisation systématique du préservatif comme moyen de prévention.

5.1.1 Connaissance de la transmission mère -enfant du VIH/SIDA

Les résultats des deux enquêtes montrent que les hommes sont plus informés que les femmes sur les modes de transmission des IST/VIH/SIDA.

La connaissance de la transmission mère-enfant n'a pas enregistré de différence significative. Après l'intervention, l'augmentation du niveau de connaissance est de 04 points pour les femmes du groupe expérimental contre 0,2 points pour la zone témoin. Chez les hommes, les différences sont respectivement de 03 et de 01 points dans les groupes expérimentaux et témoins. Cette évolution peu importante programme devrait orienter le développement des messages IEC dans ce volet.

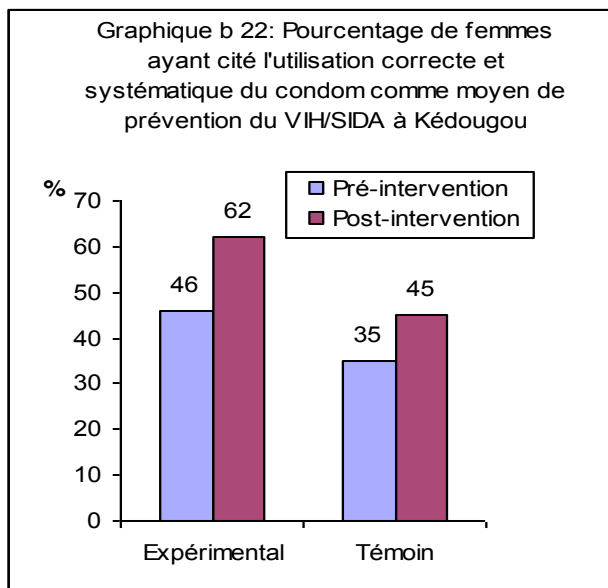


Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

5.1.2 Connaissance des modes de prévention

Au démarrage du projet, si presque l'ensemble des hommes ont parlé de l'utilisation systématique du préservatif, seulement 46% des femmes, de la zone d'intervention, avaient cité le préservatif comme moyen de prévention du VIH/SIDA.

L'évaluation post-intervention montre que le niveau de connaissance des femmes a été sensiblement amélioré dans la zone expérimentale de 12 points contre 10 points dans le groupe expérimental.



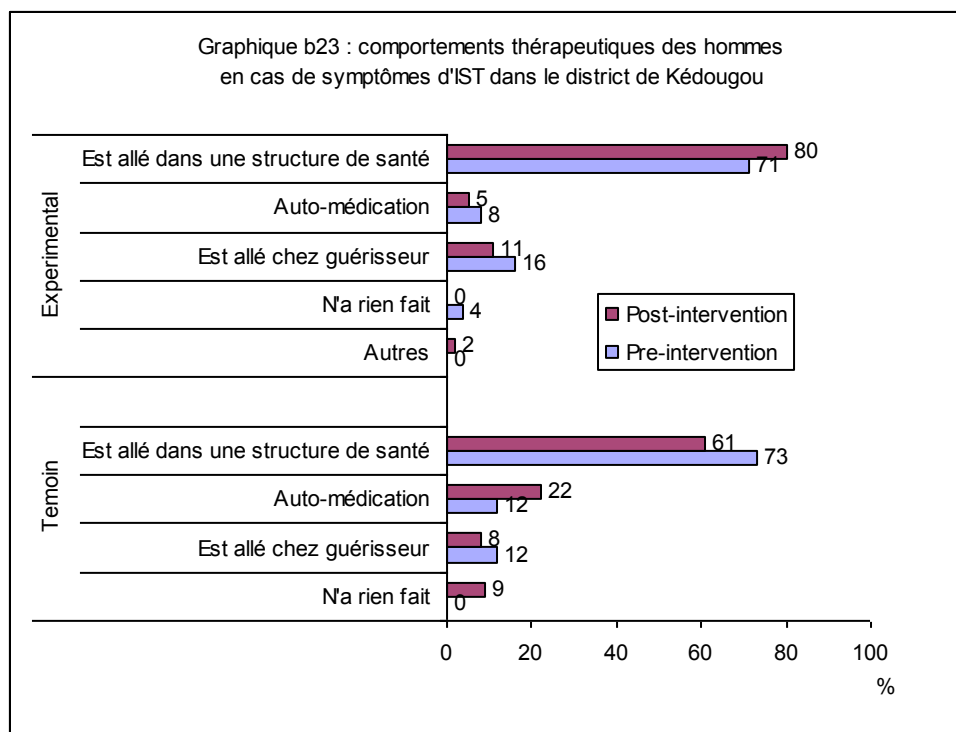
Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

5.2 PREVALENCE DES IST ET RECOURS AUX SOINS

La prévalence¹² des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) a été mesurée auprès des personnes ayant déclaré connaître au moins un des symptômes cités. Les plus cités par les hommes sont les douleurs à la miction, l'écoulement génital inhabituel et les démangeaisons. La prévalence pour les femmes étant presque nulle, l'analyse des comportements thérapeutiques n'a été effectuée que pour les hommes.

Les résultats des enquêtes montrent que les comportements thérapeutiques commencent à être modifiés dans la zone expérimentale (graphique b23). En effet, 80% des hommes ont déclaré avoir consulté un personnel de santé contre 71% au démarrage de l'intervention. Toutefois, les efforts de sensibilisation doivent être maintenus pour informer sur la nécessité d'un recours aux soins appropriés en cas d'IST.

¹² Cette évaluation n'a pas la prétention de donner le taux réel d'infestation parmi la population car il y a certainement eu des réserves dues à la sensibilité des populations sur les comportements sexuels.



Source : Enquêtes CAP hommes 2005 et 2007

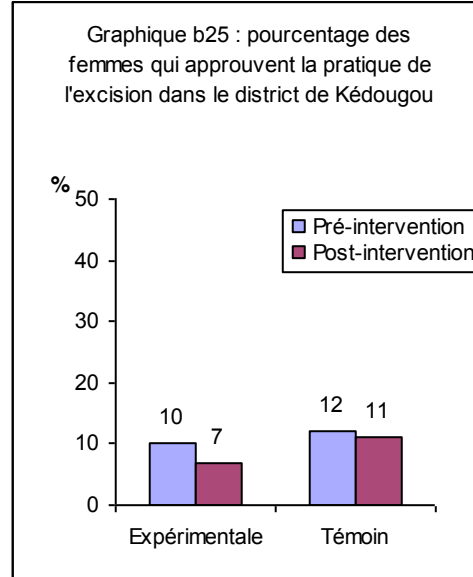
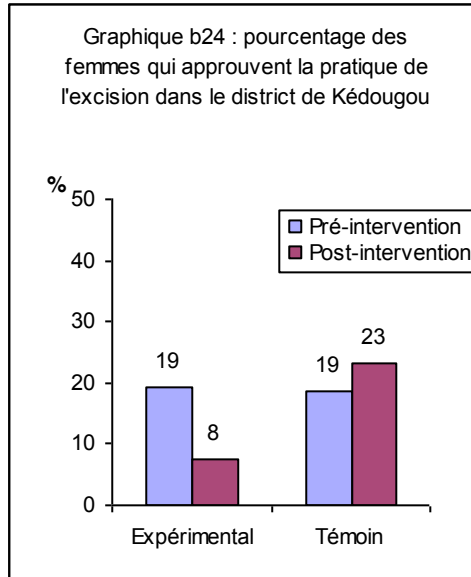
6. PRATIQUES NEFASTES

Les pratiques néfastes sont assimilées aux comportements qui présentent des risques pour la santé de la reproduction, notamment de la femme. Dans le cadre de cette évaluation, l'analyse porte plus précisément sur les informations, connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de l'excision et du mariage précoce.

6.1 CONNAISSANCES ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE L'EXCISION

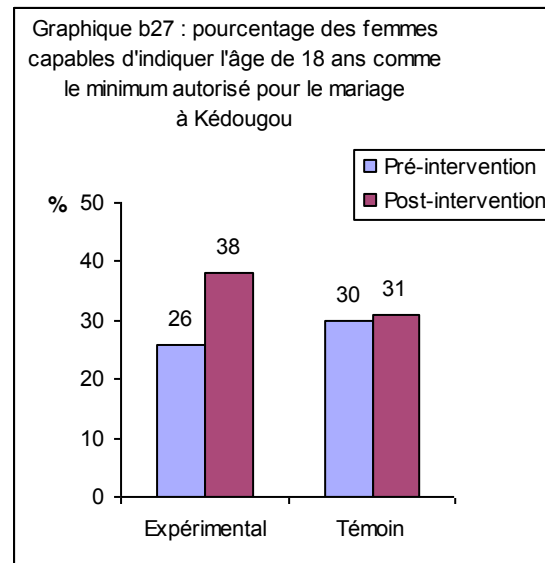
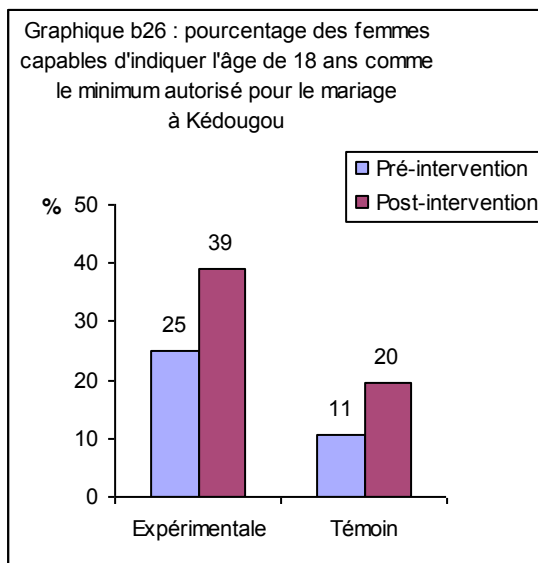
Les connaissances sur l'excision ont été testées principalement à partir du niveau d'informations sur la lutte et la législation concernant l'interdiction de cette pratique. Les résultats des deux enquêtes ont montré que le niveau de connaissance sont élevés. En effet, au démarrage, au moins 70% des personnes interrogées, quel que soit le sexe avaient entendu parler de la lutte contre la pratique de l'excision. De même, la loi interdisant la pratique de l'excision était connue par 95% des femmes et 91% des hommes. Après l'intervention, presque l'ensemble des hommes et des femmes ont entendu parler de la lutte contre cette pratique (99%).

Les résultats sur la perception de l'excision montrent que les proportions des femmes et des hommes qui sont encore favorables à cette pratique ont diminué dans la zone d'intervention du projet (graphiques b24 et b25). Cette évolution est meilleure que dans la zone témoin.



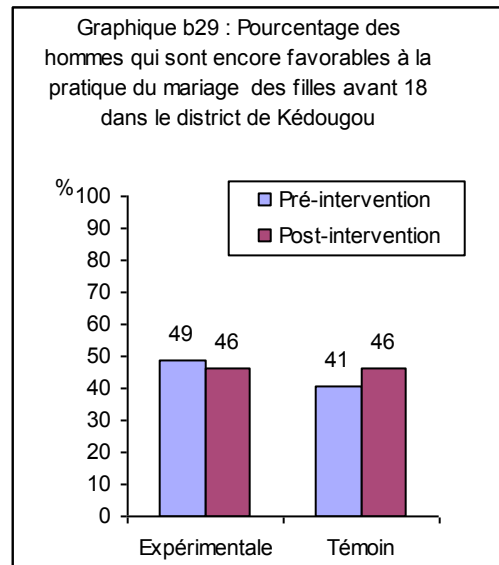
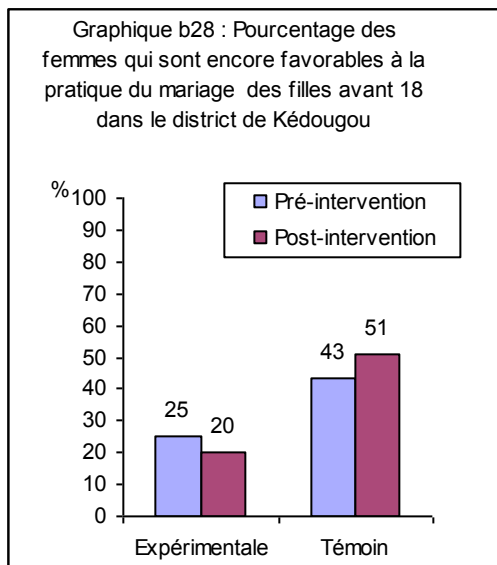
6.2 CONNAISSANCES SUR LE MARIAGE PRECOCE

L'information/sensibilisation sur le mariage précoce semble peu développée dans le District de Kédougou. Au démarrage de l'intervention, seulement 25% des femmes et 26% des hommes ont pu indiquer l'âge de 18 ans comme le minimum autorisé pour le mariage au Sénégal. Lors de l'enquête post-intervention ces proportions ont certes évolué de manière significative ($p=0,021$) dans les zones expérimentales, mais les niveaux restent peu satisfaisants. Les graphiques b26 et b27 indiquent que seules quatre personnes sur dix, quel que soit le sexe a pu indiquer l'âge légal du mariage.



6.3 ATTITUDES ENVERS LE MARIAGE PRECOCE

Une proportion non négligeable de femmes et d'hommes ont encore des attitudes favorables à la pratique du mariage précoce des filles. En effet, après l'intervention seulement 05% des femmes de la zone d'intervention ont changé de perception sur le mariage précoce. Les raisons évoquées sont la tradition, la lutte contre le libertinage sexuelle et le désir d'avoir beaucoup d'enfants. Ces avantages cités semblent plus importants pour les populations qui ne perçoivent pas toujours les aspects négatifs liés à la santé de la femme.



7. SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS/JEUNES

Au Sénégal, les femmes et les hommes de la tranche d'âge 10-24 ans constituent le groupe des adolescents/jeunes. Pour des raisons opérationnelles de collecte des données, l'étude a pris en compte la tranche d'âge 15-24 ans seulement. Ces adolescents/jeunes représentent une proportion assez importante de la population enquêtée dans la zone d'intervention du projet.

Cette tranche d'âge représente 41% de l'échantillon des femmes lors des deux enquêtes, 43% et 57% de l'échantillon des hommes (respectivement pour le pré-intervention et le post-intervention).

L'évaluation des niveaux des indicateurs de SR des adolescents/jeunes a porté principalement sur les connaissances en matière de planification familiale ; les pratiques sexuelles prénuptiales et l'utilisation du préservatif, ainsi que sur les connaissances sur la transmission des IST/VIH SIDA.

7.1 PRATIQUES SEXUELLES DES ADOLESCENTS/JEUNES ET UTILISATION DU PRESERVATIF

7.1.1 Rapports sexuels prénuptiaux et utilisation du préservatif

Les résultats de l'enquête de base avaient montré qu'une importante proportion des adolescents/jeunes de sexe masculin ont eu des rapports sexuels prénuptiaux (85%) dans les douze mois ayant précédé l'enquête. La fréquence est plus faible chez les filles (50%). Un nombre important de ces jeunes hommes (79%) n'avait pas utilisé de préservatif. Par ailleurs, 33% des jeunes filles et 24% des garçons ont eu au moins deux partenaires durant la même période.

Ces attitudes à risques commencent à évoluer dans la zone expérimentale mais avec des différences selon le sexe. En effet, la proportion d'adolescents/jeunes filles qui n'a pas utilisé de préservatifs est passée de 37% à 44%. Il n'y a que chez les adolescents/jeunes hommes que l'on constate un changement de comportements dans l'utilisation du préservatif. De 79%, le nombre d'adolescents qui n'avait pas utilisé de préservatifs est passé à 64% ($p=0,001$). Cette différence peut être liée à la gêne des jeunes/filles à se procurer un préservatif.

Tableau b11 : Activité sexuelle prénuptiale des adolescents /jeunes (en %) dans le district de Kédougou

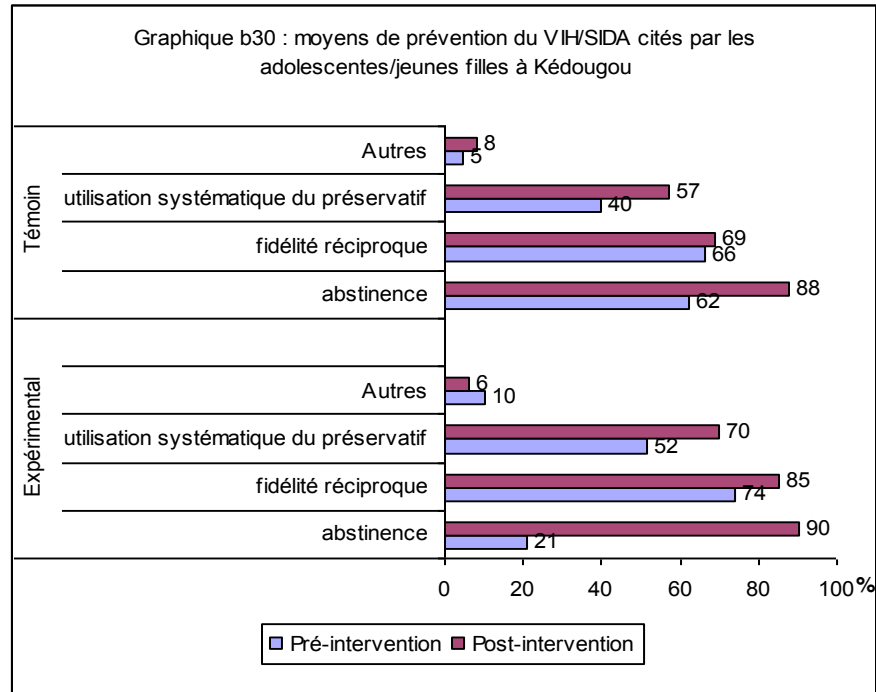
Indicateurs	Adolescentes/jeunes filles				Adolescents/jeunes hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin
Pourcentage des adolescents/jeunes non mariés qui ont eu un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois	50	68	90	94	85	88	25	29
Pourcentage des adolescents/jeunes non mariés qui n'ont pas utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	32	37	56	44	79	81	64	77
Pourcentage des adolescents/jeunes non mariés qui ont eu des rapports sexuels avec un autre partenaire au cours des 12 derniers mois	33	11	00	12	24	30	25	29

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005et 2007

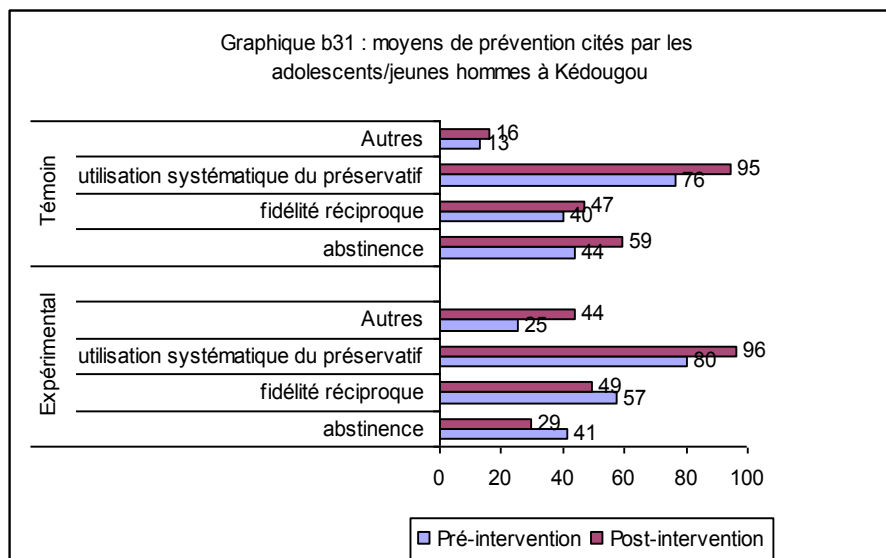
7.1.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA

Lors de l'enquête de base, si les adolescents/jeunes hommes ont presque tous mentionné (96%) l'utilisation systématique du préservatif, seulement 52% des filles l'avaient cité comme moyens de prévention.

Les moyens de prévention du VIH/SIDA cités par les jeunes filles restent toujours en premier lieu l'abstinence et la fidélité réciproque (graphique b30). Toutefois, la proportion de jeunes filles qui ont mentionné le préservatif a augmenté de 17 et 18 points respectivement dans les zones expérimentales et témoins.



Les résultats des deux enquêtes montrent que les jeunes hommes citent d'abord l'utilisation systématique du préservatif comme le principal moyen de prévention du VIH/SIDA. Le graphique b31 montre que la proportion de jeune homme qui a mentionné ce moyen de prévention a connu une augmentation significative ($p=0,002$) dans les deux groupes (expérimental et témoin).



8. ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

L'évaluation a permis de noter des progrès sensibles dans la connaissance de la santé maternelle, de la planification familiale et des IST/VIH/SIDA.

8.1 ENSEIGNEMENTS SUR LES CONNAISSANCES

Les résultats des deux enquêtes (pré-intervention et post-intervention) montrent que d'une manière générale, la population a une bonne connaissance des soins prénatals. Le niveau de connaissance des indicateurs, concernant le nombre minimum de trois CPN recommandé et la nécessité de la vaccination antitétanique, a connu une amélioration significative à l'issue des activités d'intervention du projet, évolution qui n'a été enregistrée que dans la zone expérimentale.

La connaissance des facteurs de risque et des signes de complications de la grossesse est devenue plus élevée après l'intervention dans le groupe expérimental chez les femmes et les hommes.

L'intervention a eu un effet moins importants sur certains indicateurs dont :

- l'évolution peu importante des proportions de personnes qui ont pu cité les vaccins (de 8 points et 5 points) qu'un bébé doit recevoir à la naissance ;
- la connaissance du cycle de la reproduction de la femme ;
- la connaissance de la transmission mère-enfant qui un'a pas enregistré de différence significative.

8.2 ENSEIGNEMENTS SUR LES ATTITUDES

La communication sur les éléments de la SR, notamment la planification familiale a connu une évolution de 14 points chez les femmes et 10 points chez les hommes au niveau des zones expérimentales.

Les ASBC ont été cité comme sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives davantage par les femmes que par les hommes de la zone d'intervention. Il serait souhaitable de rechercher les raisons d'un tel comportement.

Les résultats sur la perception de l'excision montrent que les proportions de personnes, quel que soit le sexe qui sont encore favorables à cette pratique ont diminué dans la zone d'intervention du projet. Cette évolution est meilleure que dans la zone témoin.

La pratique de l'excision et le mariage précoce semblent moins acceptés par les populations. Seulement 19% des femmes et 10% des hommes approuvent l'excision. Le mariage précoce avant 18 ans est approuvé par 25% des femmes et 32% des hommes.

8.3 ENSEIGNEMENTS SUR LES PRATIQUES

La comparaison du niveau des indicateurs obtenus au pré-intervention et post-intervention montre que lors de la consultation prénatale, la prise des vitamines A et C a

été significativement améliorée après l'intervention. Le nombre de femmes en grossesse ayant bénéficié est passé respectivement de 39% à 76% pour la vitamine A et de 42% à 70% pour la vitamine C.

Concernant l'accouchement à domicile, l'amélioration est importante car sur près de sept femmes sur dix au démarrage de l'intervention, la proportion n'est plus que 40% à la fin du projet. Cet indicateur n'a pas connu une telle évolution dans la zone de contrôle.

Après l'intervention, au moins sept femmes sur dix ont bénéficié de soins postnatals contre quatre sur dix au démarrage du projet. Cette évolution est d'autant plus significative, que la pratique de la consultation postnatale a reculé dans la zone témoin

Les résultats montrent que les mères s'adressent davantage aux formations sanitaires pour la prise en charge des maladies de l'enfant. Cette évolution n'apparaît pas dans la zone de comparaison où le recours aux soins pour les maladies infantiles n'a pas augmenté.

Les indicateurs qui restent à améliorer après l'intervention concernent :

- la prévalence contraceptive qui est encore faible ;
- le mariage précoce car seules quatre personnes sur dix, quel que soit le sexe a pu indiquer l'âge légal du mariage ;
- la prévention des IST et des grossesses non désirées au niveau des adolescentes/jeunes filles non mariées n'utilisent pas de condom lors de leurs rapports sexuels occasionnels.

C- RESULTATS DU DISTRICT DE VELINGARA

1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES

L'échantillon de l'enquête de base du District de Vélingara était composé de 1453 personnes dont 860 femmes et 593 hommes répartis entre les zones expérimentales et témoins. Celui de l'enquête post-intervention comptait au total 927 personnes dont 516 femmes et 411 hommes.

Tableau c1: échantillon total du district de Vélingara

Caractéristiques	Pré-intervention		Total	Post-intervention		Total
	Témoin	Expérimental		Témoin	Expérimental	
Femmes	391	469	860	251	265	516
Hommes	241	352	593	200	211	411
Total	632	762	1453	451	476	927
Taux de réponse global	100	98.8	99.9	99.8	100	99.9

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

1.1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

La qualité et la comparabilité des données sont mises en évidence par l'analyse des caractéristiques démographiques et socio-économiques. La structure par âge des groupes dans les deux enquêtes présente le même profil. La répartition de l'échantillon montre que les personnes interrogées sont, en majorité, jeunes aussi bien dans la zone expérimentale que témoin. L'âge médian est compris entre 25 ans et 30 ans et la moyenne entre 28 et 33 ans. Les mêmes différences sont constatées au niveau de la répartition des groupes ethniques entre les zones expérimentales et témoins.

Tableau c2 : caractéristiques démographiques de l'échantillon (en %)

Indicateurs	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Témoin (N= 391)	Expérimental (N= 469)	Témoin	Expérimental	Témoin (N= 241)	Expérimental (N= 352)	Témoin (N =)	Expérimental (N =)
<i>Age</i>								
Age median	25	27	25	26	30	30	29	29
Age moyen	28	29	28	30	33	33	34	33
<i>Situation matrimoniale</i>								
Marié	87	91	87	92	67	71	67	68
Célibataire	9	7	12	6	30	26	28	32
Divorcé/séparé/veuf	04	02	1	2	02	02	4	1
<i>A déjà eu des grossesses</i>	86	88	83	87	–	–	–	–
<i>Ethnie</i>								
Pular	88	81	73	77	88	81	72	80
Mandingue	8	12	20	5	8	11	15	3
Ouolof	0,5	00	1	1	0,5	00	0	0
Diola	0,5	01	1	9	0,5	01	5	5
sononké	0	04	0	0	00	04	0	0
Autres	03	03	6	8	03	03	8	12
<i>Religion musulmane</i>	100	100	100	100	100	98	100	100

1.2 CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

Le tableau c3 sur les caractéristiques socio-économiques présente la composition des échantillons selon le niveau de scolarisation, l'activité économique principale et l'accessibilité au poste de santé.

Les deux échantillons ont globalement les mêmes caractéristiques socio-économiques. Les spécificités à noter relèvent du niveau d'instruction et des activités économiques des femmes. En effet, le pourcentage de femmes ayant été à l'école est plus élevé dans l'échantillon de l'étude de base par rapport au post-intervention. Cette différence se retrouve dans les deux groupes (témoin et expérimental). Elle peut être liée à la période de collecte de données pour le post-intervention qui a coïncidé avec l'année scolaire, où la plupart des jeunes scolarisés sont absents du village. Les femmes qui se sont déclarées agricultrices sont plus importantes dans le groupe témoin de l'enquête de base et le groupe expérimental. Cette différence dans les occupations peut être due à des problèmes de déclaration. Toutes les femmes ne considèrent pas toujours leur travail agricole comme une occupation économique.

Tableau c3: caractéristiques socio-économiques de l'échantillon (en %)

Indicateurs	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Témoin (N= 391)	Expérim. (N= 469)	Témoin (N=251)	Expérim. (N= 265)	Témoin (N=241)	Expérim. (N= 352)	Témoin (N=211)	Expérim. (N=200)
% ayant été à l'école	38	40	11	21	38	40	36	42
Niveau de scolarisation								
Primaire	73	72	97	91	73	72	72	65
Secondaire	27	28	04	10	28	27	25	33
Supérieur	00	00	00	00	00	00	04	02
% alphabétisés	21	15	10	08	46	38	27	42
Occupation principale								
Elève/ étudiant	04	05	01	00	07	05	02	02
Ménagère	29	38	82	46	72	72	00	00
Agriculture	57	42	06	47	02	01	81	86
Elevage	0.4	0.3	00	00	05	03	02	01
Commerce	05	04	04	02	03	04	01	05
Artisanat	01	05	05	03	01	01	06	03
Salarié	01	00	00	00	0,4	01	01	01
Autre	00	00	04	02	00	00	04	03
Accessibilité poste santé								
moins d'une heure de marche à pied	08	08	09	11	34	36	35	41

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2. SANTE DE LA FEMME

Les principales données utilisées en matière de santé maternelle et qui sont présentées dans cette section concernent les connaissances de base sur la santé maternelle et les comportements dans l'utilisation des services de santé.

2.1 CONNAISSANCES SUR LA SANTE MATERNELLE

Les indicateurs clés retenus pour évaluer l'impact du projet en termes d'amélioration des connaissances en santé maternelle ont porté sur la surveillance de la grossesse, sur les facteurs morbides et les signes de danger de la grossesse, les signes de complications du travail et de l'accouchement, ainsi que sur l'accessibilité des services de santé.

2.1.1 Surveillance de la grossesse

Les résultats des deux enquêtes montrent que les personnes, quel que soit le sexe, savent qu'une femme en grossesse doit suivre des consultations prénatales. Presque l'ensemble des personnes interrogées connaît également le nombre minimum de CPN recommandé.

Toutefois, l'enquête de base avait montré que la nécessité de la vaccination antitétanique pour la femme enceinte n'était connue que de 68% des hommes de la zone expérimentale. Cette proportion a augmenté de 7% points dans le groupe expérimental et de 11 points dans le groupe de contrôle après l'intervention (tableau c4). On ne peut donc imputer cette évolution à l'intervention du projet SBC/SR.

Tableau c4 : répartition des enquêtés selon les connaissances sur la surveillance de la grossesse (en%)

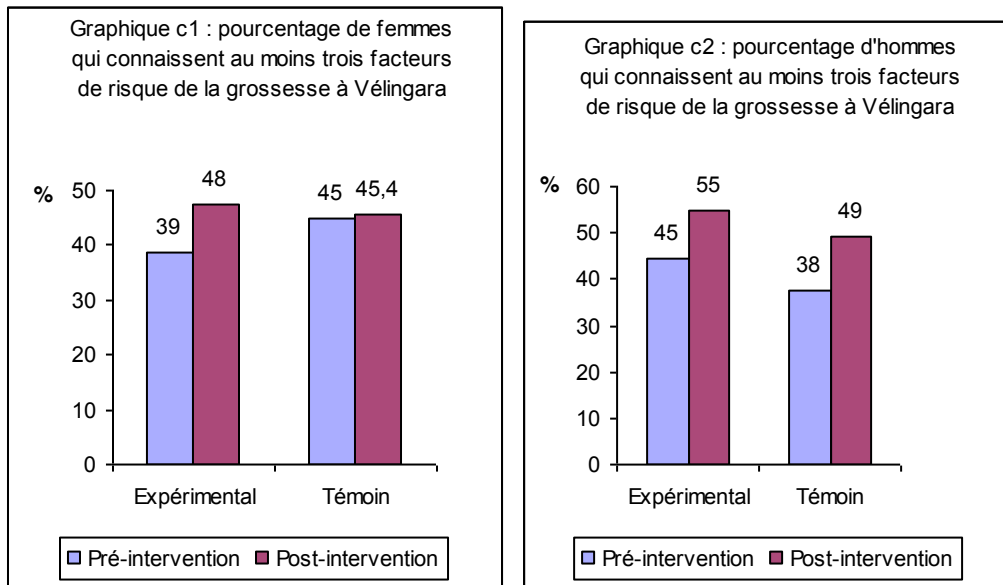
Indicateurs	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin
Pourcentage des enquêtés connaissant le nombre minimum de CPN recommandé pendant la grossesse	82	69	92	89	84	71	90	66
Pourcentage des enquêtés qui savent qu'une femme enceinte doit prendre une injection de VAT pour éviter au bébé d'attraper le tétanos	92	94	93	92	68	64	77	75

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2.1.2 Facteurs de risque de la grossesse

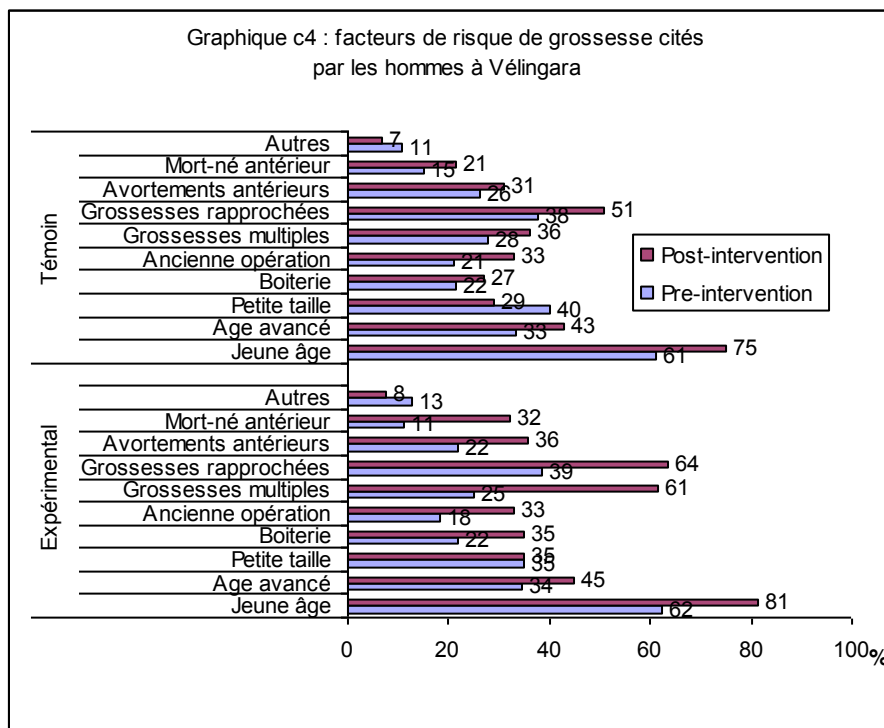
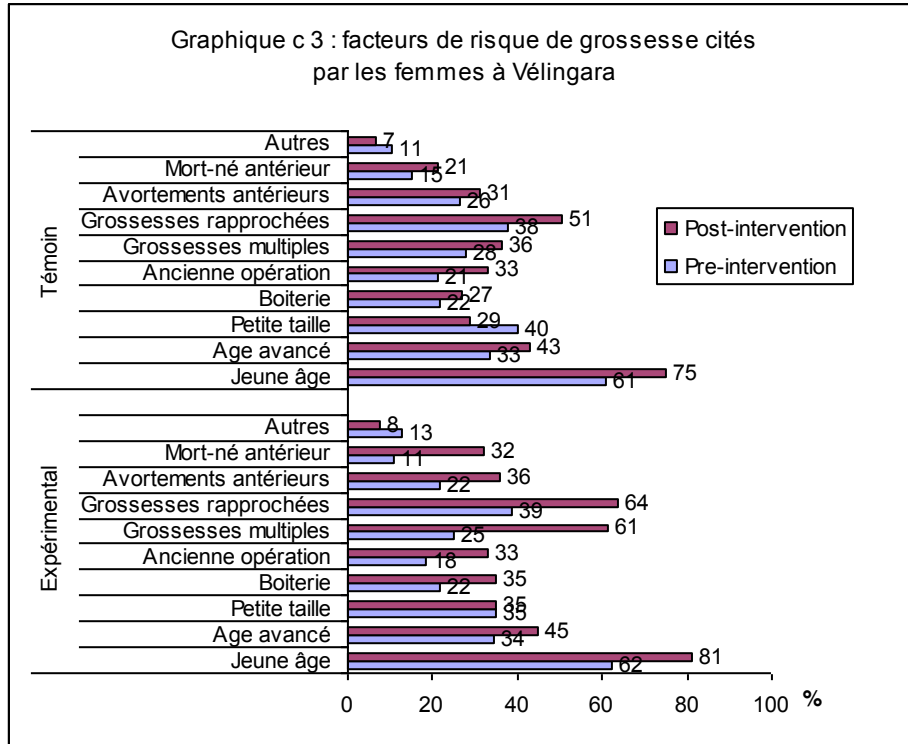
Lors de l'enquête pré-intervention, un nombre relativement élevé de femmes (42%) et d'hommes (22%) avait déclaré n'avoir jamais entendu parler des antécédents qui peuvent constituer des facteurs de risque pour la grossesse. Après la mise en œuvre du projet, les niveaux de connaissance sur cet indicateur ont connu une amélioration plus importante de

09% pour les femmes dans la zone expérimentale que dans le groupe de contrôle (0,4%). Pour les hommes, les résultats sont comparables entre les deux groupes (graphique c2).



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

Les principaux facteurs de risques cités reste le jeune âge. Les niveaux de connaissance des autres facteurs de risque tels que les grossesses multiples et les grossesses rapprochées ont été améliorés sensiblement dans la zone d'intervention par rapport au groupe de contrôle. Les autres facteurs de risque (petite taille, boiterie, ancienne opération) sont toujours inconnus pour une grande proportion des femmes et des hommes des groupes expérimentaux (plus de 50%). La même situation est constatée dans les groupes témoins.

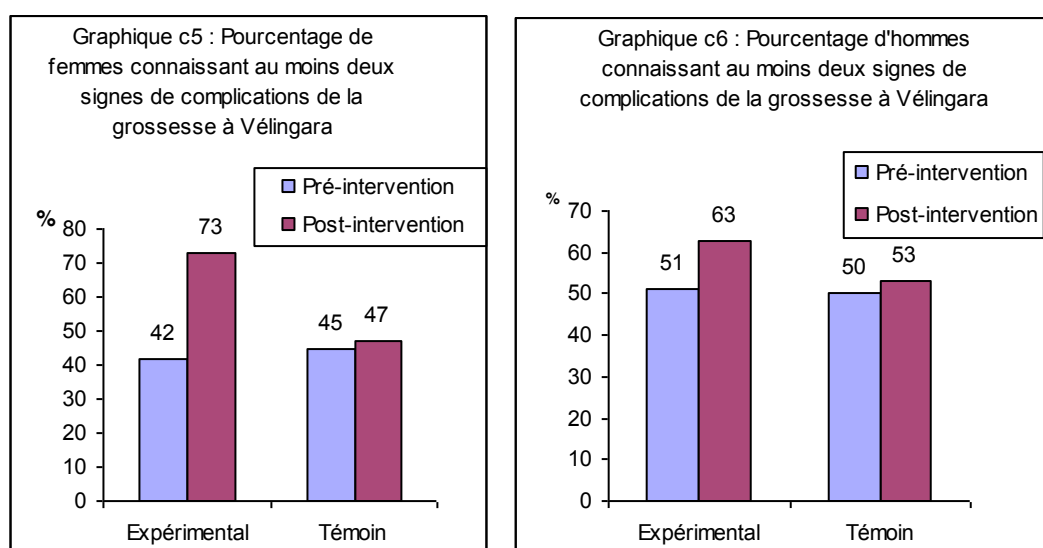


Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2.2.5 Signes de complications de la grossesse

La comparaison des résultats révèle que les niveaux de connaissance des signes de complications d'une grossesse ont été davantage améliorés dans la zone d'intervention du projet que dans les zones de comparaison.

Les graphiques c5 et C6 montrent qu'au début de l'intervention, 58 % des femmes ne pouvaient citer plus de deux signes de danger de la grossesse. Lors de l'enquête post-intervention, cette proportion n'est plus que de 27% dans la zone expérimentale, soit une augmentation de 31% par rapport au groupe témoin qui a enregistré 12%. Pour les hommes, les statistiques sont passées 51% à 63% et de 50 à 53% respectivement dans les groupes expérimentaux et témoins. L'intervention a donc eu une incidence significative sur la connaissance des signes de complications de la grossesse.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

2.2.6 Signes de complications du travail et de l'accouchement

Lors de l'enquête de base, la durée prolongée du travail était citée comme la principale manifestation de danger chez la femme en couche. L'intervention a permis d'augmenter la connaissance par rapport aux hémorragies durant ou après l'accouchement dans le groupe expérimental. Toutefois, les niveaux restent encore faibles pour les autres signes.

Tableau c5 : Signes de danger du travail et de l'accouchement cités (en %)

Risques cités	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin
Durée prolongée du travail	72	76	80	71	57	73	82	18
Hémorragie pendant le travail	15	20	51	38	40	43	67	50
Saignement après accouchement	14	12	38	17	26	20	22	06
présentation non céphalique	19	26	32	36	03	08	23	07
Autres	06	03	00	02	05	08	05	03

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

Le tableau c6 montre que des améliorations ont été notées sur la connaissances des risques encourus par une femme qui accouche à domicile qui sont connus par une proportion plus importante d'hommes dans la zone d'intervention que dans le groupe de comparaison après la mise en œuvre du projet (tableau c6). Toutefois, au niveau des femmes, l'intervention ne semble pas avoir eu un effet sur la connaissance de certains facteurs dont les risques d'hémorragie, de décès de la mère et du bébé.

Tableau c6 : risques encourus par une femme qui accouche à domicile (en %)

Risques cités	Femmes				Hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin
Hémorragie	23	30	23	26	43	48	57	28
Décès du bébé	40	32	37	31	46	48	49	36
Décès de la mère	42	36	40	38	48	48	59	39
Infections	12	14	29	20	26	25	37	33
Tétanos	10	14	22	17	23	23	31	11
Mort-né	07	06	01	0	03	06	09	03
Fistules	01	01	04	4	01	04	01	00
Déchirure	07	07	11	13	01	02	06	03
Autre	09	12	18	26	08	12	10	09
Ne sait pas	19	21	10	31	08	08	08	13

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005et 2007

2.3 LES PRATIQUES DES FEMMES EN MATIERE DE SOINS MATERNELS ET INFANTILES

L'évaluation des résultats du projet en termes de soins maternels et infantiles a été réalisée en mettant l'accent sur les consultations prénatales, les conditions de l'accouchement et les soins postnatals.

L'étude sur les pratiques des femmes a concerné uniquement les mères ayant eu un enfant lors des deux années précédant l'enquête (ayant un enfant âgé de moins d'au plus 24 mois). Dans le District de Vélingara, elles représentent respectivement 48% et 47% de l'échantillon du groupe expérimental ; 46% et 42% du groupe témoin des enquêtes de base et post-intervention.

2.3.1 Soins prénatals

Les résultats des deux enquêtes ont montré que la presque totalité des femmes ont effectuées les consultations prénatales durant les deux années précédant l'enquête. Les indicateurs peu satisfaisants concernaient la prise des vitamines A et C ainsi que le niveau d'information sur la SR lors de la CPN. En effet, seulement trois femmes sur dix avaient reçu de la vitamine A et de la vitamine ; et deux sur dix ont été informées sur les signes de complications de la grossesse.

Des améliorations significatives ont été enregistrées ($p=0,076$) au post-intervention mais qui ne peuvent pas être totalement imputées au projet du moment que les mêmes résultats sont obtenus dans le groupe de contrôle (tableau c7).

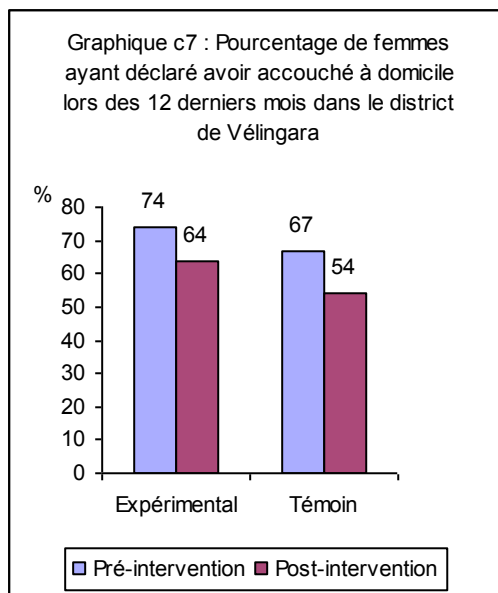
Tableau c7 : Taux de consultation prénatale et soins préventifs reçus lors de la dernière grossesse

Indicateurs	Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérimental (N=225)	Témoin (N=218)	Expérimental (N=124)	Témoin (N=105)
ayant reçu une injection de VAT	91	95	96	94
reçu un supplément de fer	94	98	100	97
pris un moyen de prévention du paludisme	84	94	95	95
ayant reçu la vitamine A	33	51	75	77
ayant reçu la vitamine C	33	45	84	82
ayant été informé des signes de complications de la grossesse lors de la CPN	20	24	39	53

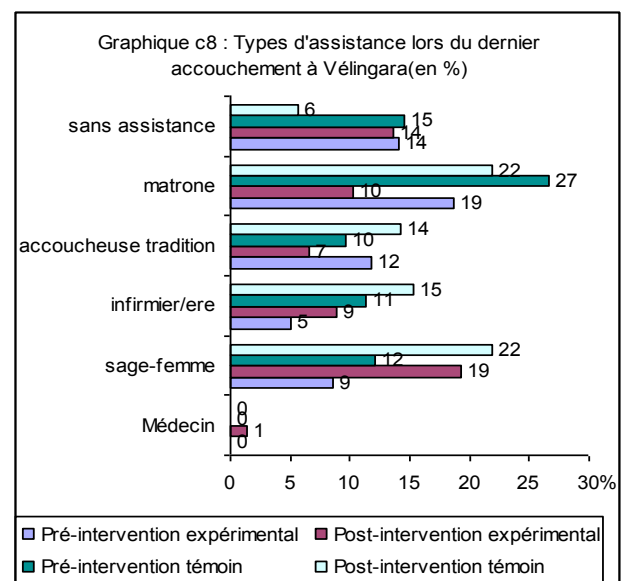
Source : Enquêtes CAP femmes 2005et 2007

2.3.2 Lieux du dernier accouchement et types d'assistance

L'enquête de base avait montré que sept femmes sur dix ont accouché à domicile dans le district de Vélingara. Les matrones et les accoucheuses traditionnelles ont assisté respectivement 14% et 11% des mères de la zone expérimentale. Au post-intervention, les proportions de femmes qui ont accouché à domicile sont de 64% et de 54%, respectivement pour les groupes expérimentaux et témoins. Ce résultat montre qu'en dehors de la sensibilisation, il y a d'autres paramètres à prendre en compte dans la prise en charge de l'accouchement dont l'accessibilité géographique des services de santé.



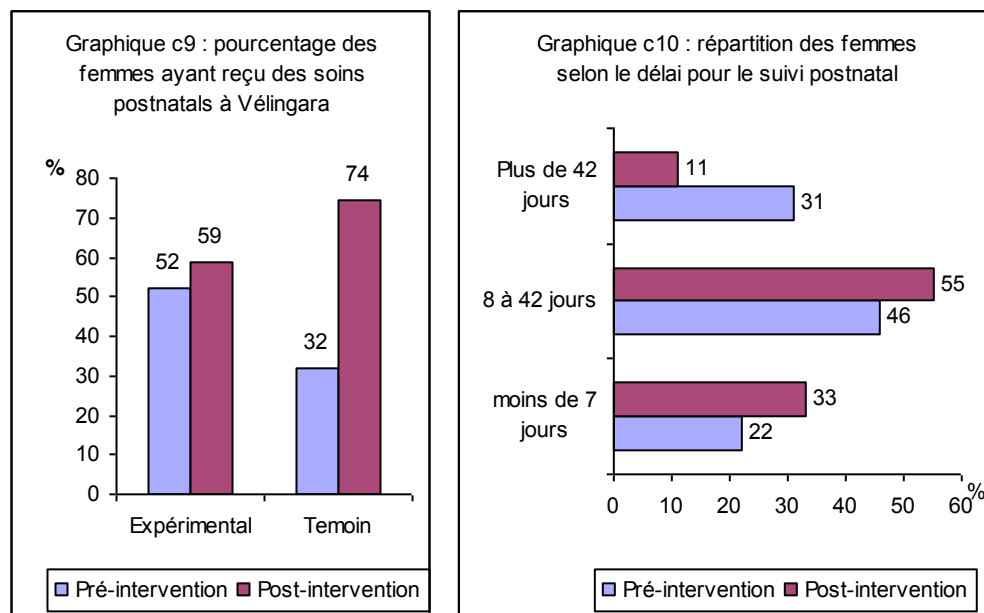
Source : Enquêtes CAP femmes 2005et 2007



Les principales raisons avancées par les femmes sont la rapidité de l'accouchement, le manque de moyens de transports et l'éloignement des structures de soins.

2.3.3 Soins Postnatals

Selon le document des politiques et normes des services de SR du Sénégal, le suivi postnatal doit être effectué lors des 42 premiers jours qui suivent l'accouchement. Les résultats de l'évaluation montre que les proportions de femmes qui ont bénéficié de consultations postnatales sont passées de 52% à 59% dans le groupe expérimental. Mais les résultats obtenus dans le groupe de contrôle sont meilleurs (32% à 74%). Il serait souhaitable de rechercher les raisons du faible recours aux soins postnatals dans la zone expérimentale de Vélingara. Toutefois, le délai pour le suivi postnatal a été amélioré. En effet 33% des femmes ont effectué leur consultation dans les sept jours contre 22% dans l'enquête de base.

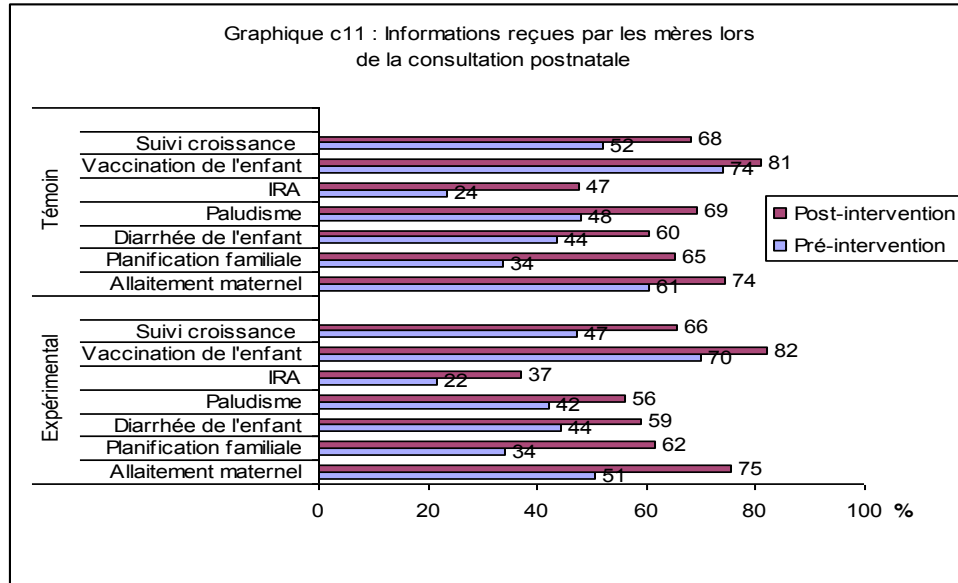


Source : Enquêtes CAP femmes 2005et 2007

2.3.4 Informations reçues lors de la consultation postnatale

Les enquêtes de base avaient montré que moins de la moitié des femmes, quel que soit le groupe (expérimental et témoin) avaient reçu des informations sur la Planification Familiale et la prévention des maladies de l'enfant (Infections Respiratoires Aigues, Paludisme et Diarrhée) pendant les consultations postnatales (graphique c11).

Les résultats de l'évaluation post-intervention, montrent que le personnel a donné des informations sur ces volets à une proportion plus importante de femmes. Les augmentations sont similaires entre les zones expérimentales et témoins et ne peuvent être attribuées seulement au projet, à moins qu'il y ait eu un effet de contamination dans le District.



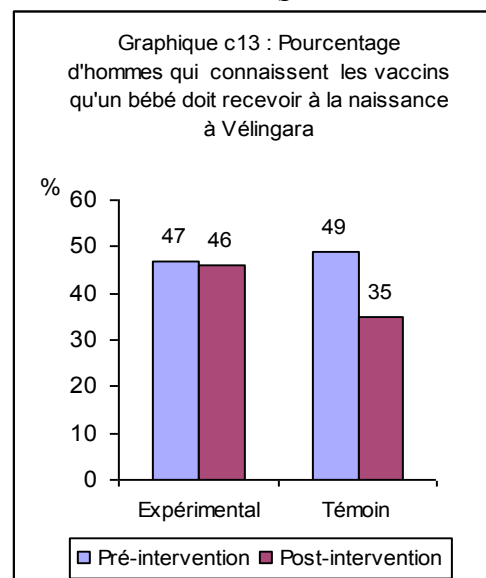
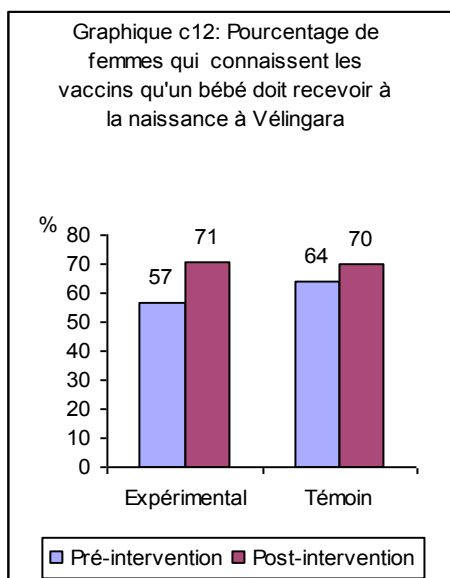
Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

3. SANTE DE L'ENFANT

Pour l'évaluation du projet SBC/SR, les indicateurs retenus sur la santé de l'enfant sont la connaissance du calendrier vaccinal, la couverture vaccinale et la prise en charge de leurs maladies (paludisme et diarrhée).

3.1 LA CONNAISSANCE DES VACCINS DE L'ENFANT

L'enquête pré-intervention avait montré que près de la moitié des hommes (53%) et un tiers des femmes (33%) ne connaissaient pas les vaccins qu'un bébé doit prendre à la naissance (notamment BCG et polio0). Les résultats obtenus après l'intervention montre une augmentation significative des proportions de personnes qui ont pu cité les vaccins dans la zone expérimentale. Cette amélioration n'est pas constatée dans le groupe témoin, où le niveau de connaissance a même diminué chez les hommes (passant de 49% à 35%).

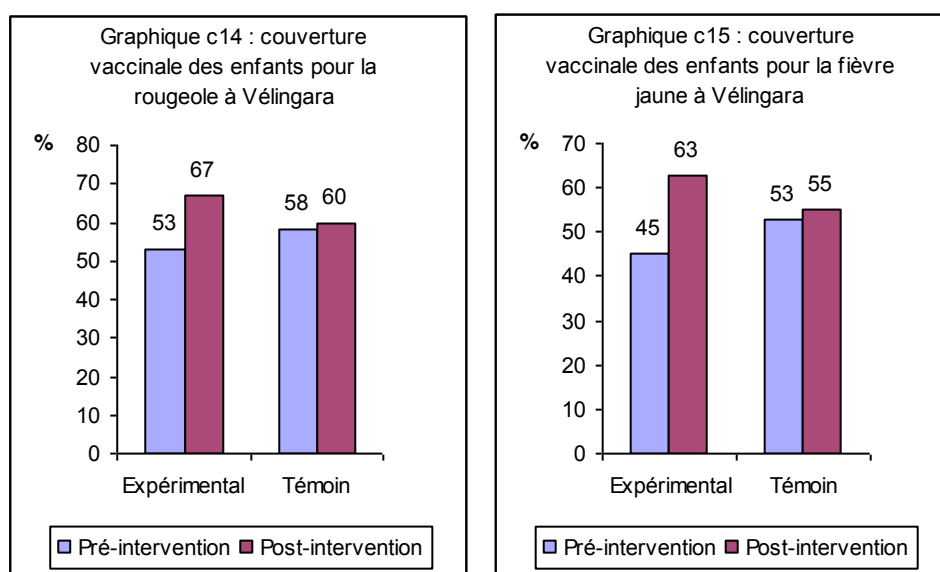


3.2 L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

3.2.1 Couverture vaccinale des enfants

Les résultats de l'enquête pré-intervention sur la couverture vaccinale¹³ avaient révélé qu'une proportion importante des enfants nés dans les deux années précédant l'enquête n'ont pas été protégés contre la rougeole (47%) et la fièvre jaune (55%).

L'intervention a amélioré la couverture vaccinale des enfants dans les zones expérimentales de 14% pour la rougeole et de 18% pour la fièvre jaune. Les augmentations sont de loin supérieures à celle des enfants des groupes de contrôle qui sont de 02% (graphiques c14 et C15).



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

3.2.2 Traitement des maladies de l'enfant

L'évaluation sur les pratiques en matière de recours aux soins pour les maladies de l'enfant a porté sur le dernier épisode morbide de leur enfant au cours des deux semaines précédant l'enquête. L'accent a été mis sur les deux principales causes de morbidité et de mortalité des enfants qui sont le paludisme et la diarrhée.

Les résultats montrent que les comportements des mères sont différents en fonction de la maladie. Neuf femmes sur dix se sont adressées à une formation sanitaire pour la diarrhée de l'enfant, alors que seulement deux femmes sur dix l'ont fait pour le paludisme dans la zone expérimentale. Les mêmes pratiques sont constatées au niveau des femmes du groupe de contrôle (85% ont eu recours aux soins pour la diarrhée contre 34% pour le

¹³ Elle a été établie sur la base de la déclaration des mères et de l'examen des carnets de vaccination des enfants quand ils sont disponibles

paludisme). Il serait souhaitable de faire une recherche sur les raisons de tels comportements.

Tableau C9: Prévalence et traitement du dernier épisode morbide des enfants dans les deux semaines précédant l'enquête (en %)

Indicateurs	Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérimental (N=225)	Témoin (N=218)	Expérimental (N=124)	Témoin (N=105)
Prévalence				
Femmes dont les enfants ont eu la fièvre/paludisme lors des deux dernières semaines	20	22	32	39
Femmes dont les enfants ont eu la diarrhée lors des deux dernières semaines	23	24	04	05
Recours aux soins				
Femmes dont les enfants ont eu la fièvre/paludisme et qui les ont amenés dans une formation sanitaire	60	54	21	34
Femmes dont les enfants ont eu la diarrhée et qui les ont amenés dans une formation sanitaire	63	52	92	85

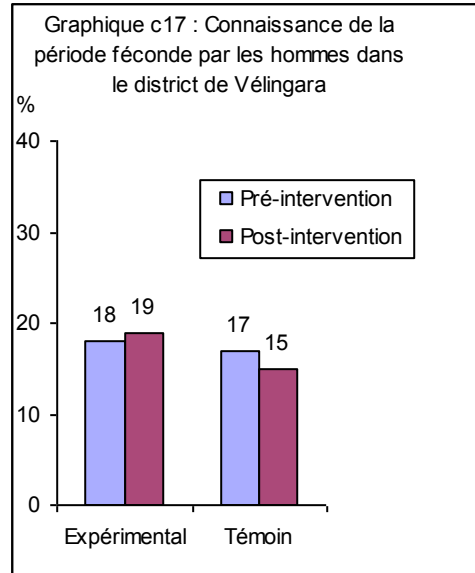
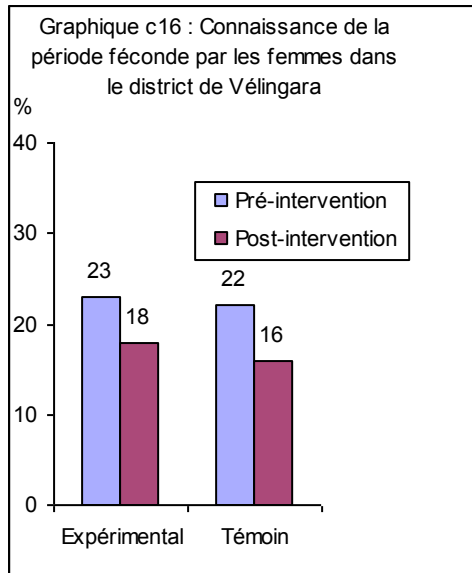
Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

4. PLANIFICATION FAMILIALE

L'évaluation des effets du projet sur la Planification Familiale ont été mesurés à partir des connaissances sur le cycle féminin, sur les attitudes face à la contraception et sur la pratique de la contraception.

4.1 LA CONNAISSANCE DU CYCLE FEMININ ET DE LA CONTRACEPTION

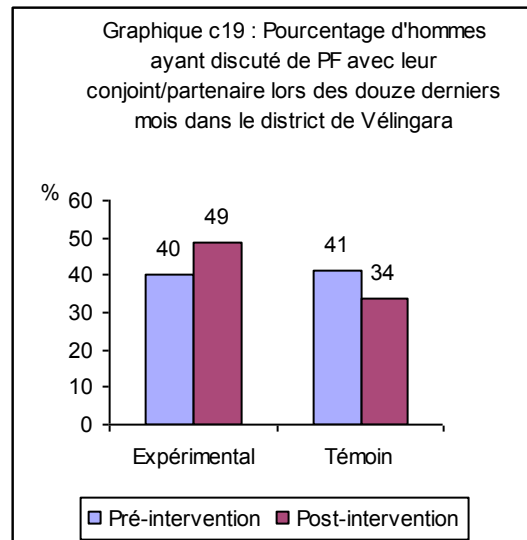
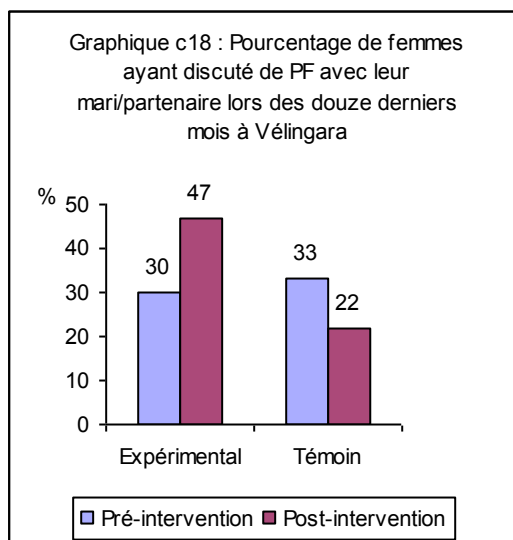
L'intervention n'a pas eu une grande incidence sur la connaissance du cycle de la reproduction de la femme. Ce volet devrait être davantage pris en charge dans les programmes d'information en matière de SR. La connaissance de la période favorable à la conception pour une femme est un facteur important dans la pratique de la planification familiale. Cette méconnaissance constitue un handicap pour la prévention des grossesses non désirées.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

4.2 LES ATTITUDES FACE A LA PLANIFICATION FAMILIALE

Dans les attitudes de la population, l'enquête de base avait révélé que la communication au sein du couple était faible. Seuls 30% des femmes et 40% des hommes avait déclaré discuté de PF avec leurs conjoints/partenaires. L'intervention a eu des effets positifs sur la communication dans le couple dans la zone expérimentale. En effet, une proportion plus importante de 17% des femmes et 09% des hommes ont eu à discuter de PF avec leurs conjoints (graphiques c18 et c19). Cette évolution n'est pas notée dans la zone de contrôle où les pourcentages ont diminué autant chez les femmes que les hommes respectivement de 11% et de 07%.

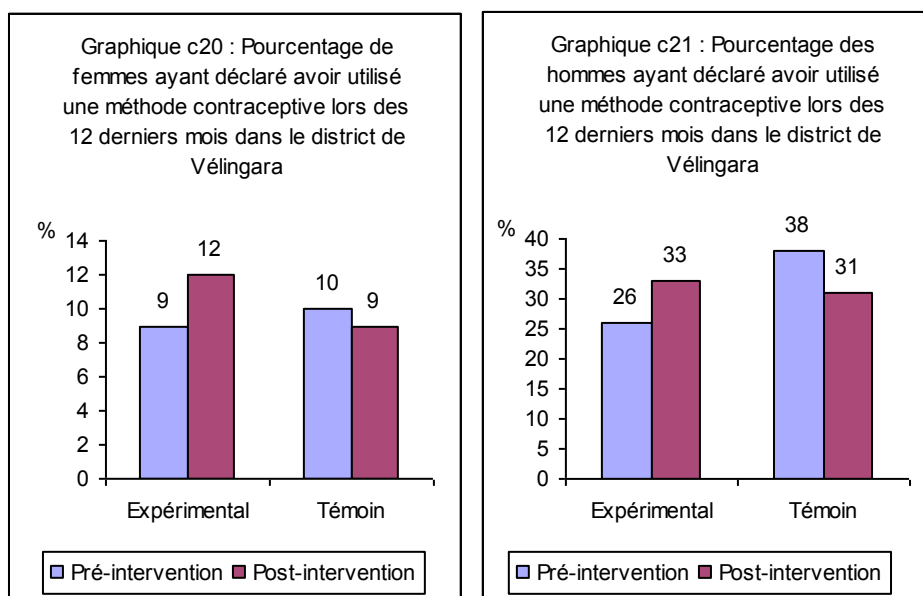


Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

4.3 LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

4.3.1 Utilisation de la contraception

La prévalence contraceptive dans les zones expérimentales au moment de l'enquête de base était respectivement de 09% et de 26% pour les femmes et les hommes. Les résultats de l'enquête post-intervention montrent que l'utilisation des méthodes modernes a augmenté dans les zones expérimentales (de 03% pour les femmes et de 07%) pour les hommes (graphiques c20 et c21). Le projet a eu un effet positif car la comparaison montre que la prévalence a diminué dans la zone témoin aussi bien chez les femmes que les hommes.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

4.3.3. Sources d'approvisionnement en méthodes de contraception

Les résultats de l'évaluation montrent que presque l'ensemble des personnes enquêtées, quel que soit le sexe, a cité le poste de santé comme lieu d'approvisionnement en méthodes de contraception moderne. Mais après l'intervention, les ASBC ont été cités comme sources d'approvisionnement par 13% des femmes et 11% des hommes de la zone expérimentale (tableau c10).

Tableau c10 : sources d'approvisionnement en méthodes modernes de contraception citées (en %)

sources d'approvisionnement	Femmes		Hommes	
	Pré-intervention	Post-intervention	Pré-intervention	Post-intervention
poste de santé	77	65	63	57
centre de santé	14	14	15	23
case de santé	8	7	10	7
Pharmacie officine	1	1	7	1
Depot (pharmacie rurale)	1	0	2	0
ASBC	-	13	-	11
Autre	0	0	3	1

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

5. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIH/SIDA

Les indicateurs retenus pour l'évaluation sur les IST/VIH/SIDA sont la connaissance des IST/VIH/SIDA, à travers les questions relatives à l'information sur les modes de transmission et de prévention. Les indicateurs dont les niveaux étaient très peu satisfaisants et qui ont été retenus pour la comparaison des résultats obtenus par le projet concernent la transmission mère-enfant et l'utilisation systématique du préservatif comme moyen de prévention.

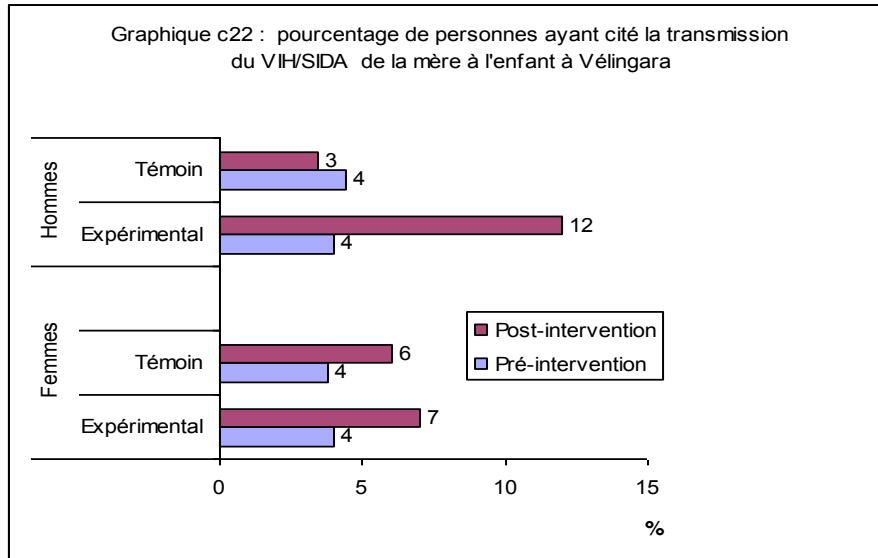
5.1 CONNAISSANCE DE LA TRANSMISSION MÈRE -ENFANT DU VIH/SIDA

5.1.1 Connaissance de la transmission mère -enfant du VIH/SIDA

Les résultats des deux enquêtes montrent que d'une manière générale, l'information sur le VIH/SIDA est parvenue à presque l'ensemble de la population. En effet, plus neuf personnes sur dix, quel que soit le sexe a déclaré avoir entendu parler du SIDA.

Toutefois, l'enquête de base avait révélé que la connaissance des modes de contamination était insatisfaisant surtout en ce qui concerne la transmission mère-enfant qui n'avait été cité que par 4% des femmes et des hommes de la zone expérimentale (graphique c22).

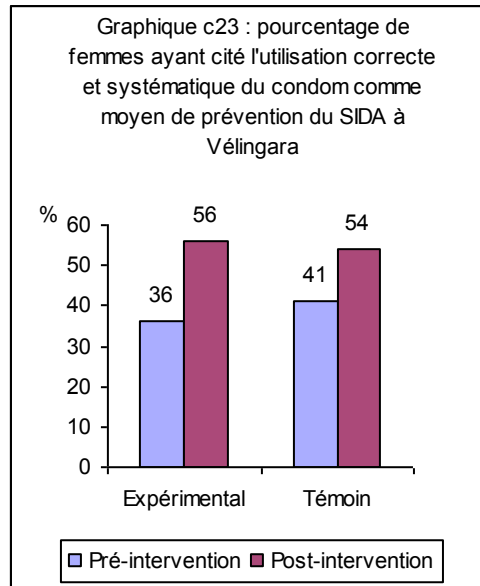
Au post-intervention, la proportion de personnes ayant mentionné ce mode de transmission a augmenté de 03% chez les femmes et de 08% chez les hommes de la zone expérimentale ($p=0,042$ significative). Dans la zone de contrôle, l'augmentation n'a été constatée que chez les femmes et de 02%. Des efforts doivent être consentis pour améliorer les connaissances des populations sur cet aspect de la transmission du VIH/SIDA.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

5.1.3 Connaissance des modes de prévention du VIH/SIDA

Les connaissances sur les modes de prévention spécifiques du SIDA révèlent une différence avec la connaissance des modes de prévention selon le sexe. En effet, au démarrage du projet, si sept hommes sur dix ont parlé de l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention, seulement 36% des femmes l'ont mentionné. Il était donc important donc de développer l'information et la sensibilisation au niveau des femmes sur les risques encourus par la non utilisation du préservatif notamment avec un partenaire dont on ne peut garantir la fidélité. Les résultats de l'évaluation post-intervention montre la proportion de femmes connaissant ce mode prévention a augmenté de 20% dans le groupe expérimental contre 13% dans le groupe témoin. Cette augmentation est très significative ($p=0,00$).



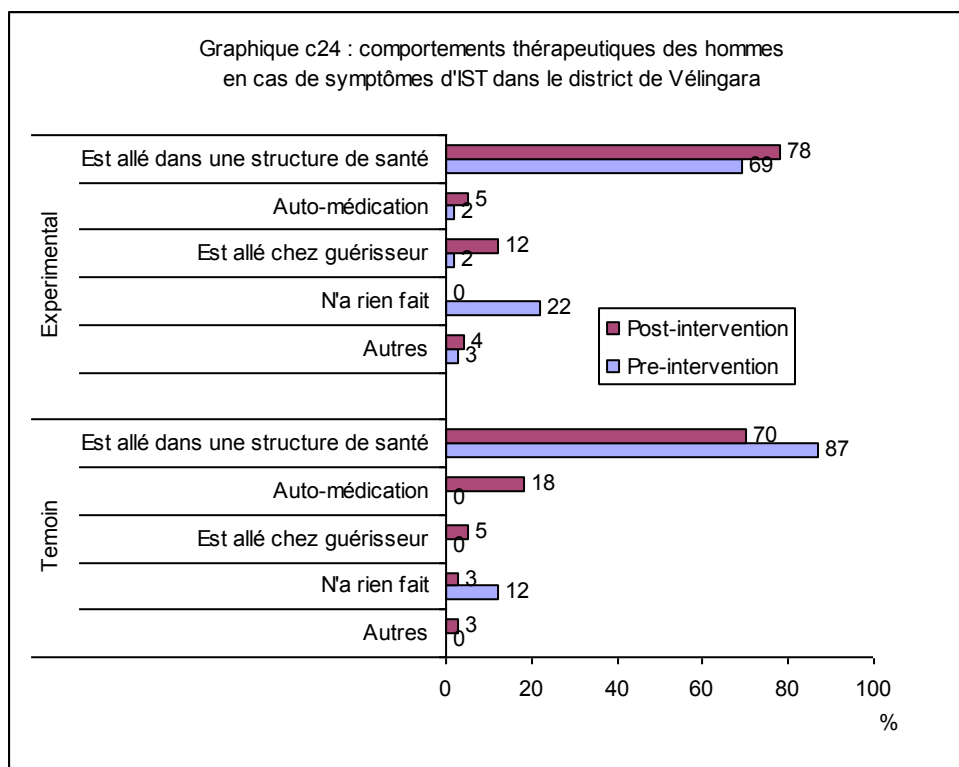
Source : Enquêtes CAP femmes 2005 et 2007

5.2 PREVALENCE DES IST ET RECOURS AUX SOINS

La prévalence¹⁴ des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) a été mesurée auprès des personnes ayant déclaré connaître au moins un des symptômes cités (douleurs à la miction, l'écoulement génital inhabituel, etc.). La faiblesse des effectifs au niveau des femmes ne permet pas l'analyse du recours aux soins. Elle a été effectuée uniquement pour les hommes.

Les résultats des enquêtes montrent que les comportements thérapeutiques commencent à être modifiés dans la zone expérimentale (graphique c24). En effet, 78% des hommes ont déclaré avoir consulté un personnel de santé contre 69% au démarrage de l'intervention. Dans la zone témoin, le recours aux services de santé a plutôt diminué de 17%.

¹⁴ Cette évaluation n'a pas la prétention de donner le taux réel d'infestation parmi la population car il y a certainement eu des réserves dues à la sensibilité des populations sur les comportements sexuels.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

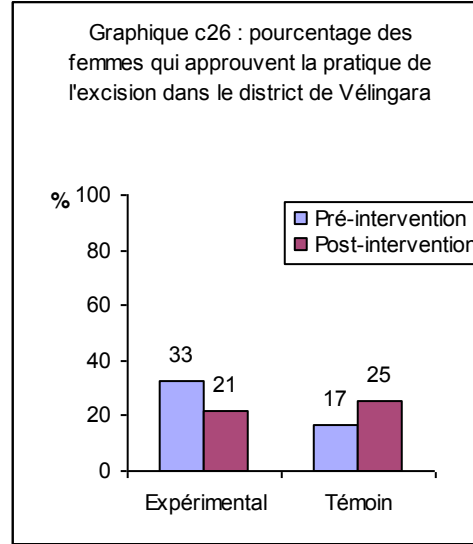
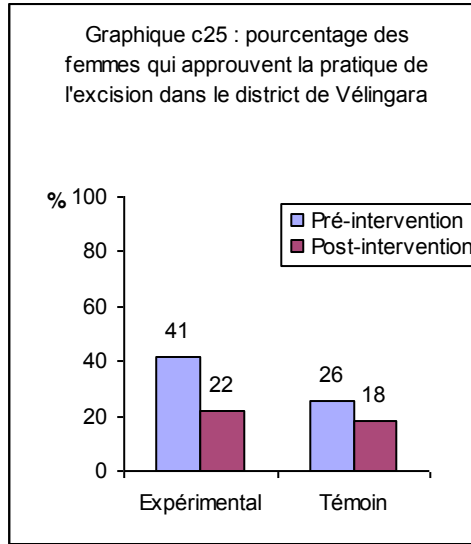
6. PRATIQUES NEFASTES

Les pratiques néfastes sont assimilées aux comportements qui présentent des risques pour la santé de la reproduction, notamment de la femme. Dans le cadre de cette évaluation, les indicateurs retenus portent sur les informations, connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de l'excision et du mariage précoce.

6.1 CONNAISSANCES ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE L'EXCISION

Les connaissances sur l'excision ont été testées principalement à partir du niveau d'informations sur la lutte et la législation concernant l'interdiction de cette pratique. Les résultats des deux enquêtes ont montré que le niveau de connaissance est élevé car au moins huit personnes sur dix au démarrage du projet, quel que soit le sexe, avaient entendu parler de la lutte contre la pratique de l'excision. Après l'intervention, presque l'ensemble des personnes est informé de la lutte contre la législation (plus de 90%).

Le projet SBC/SR a renforcé les connaissances mais aussi les attitudes favorables à l'abandon de cette pratique. Les graphiques c25 et c26 montrent que les proportions de personnes qui approuvent l'excision sont passées de 41% à 22% chez les femmes et de 33% à 21% chez les hommes. Cette évolution est meilleure que dans la zone témoin.

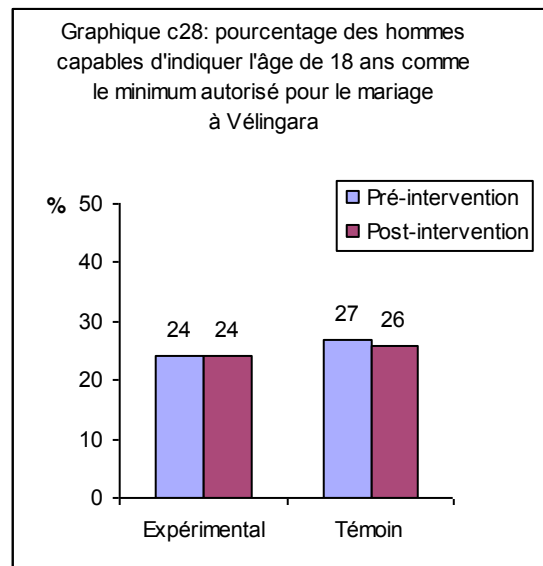
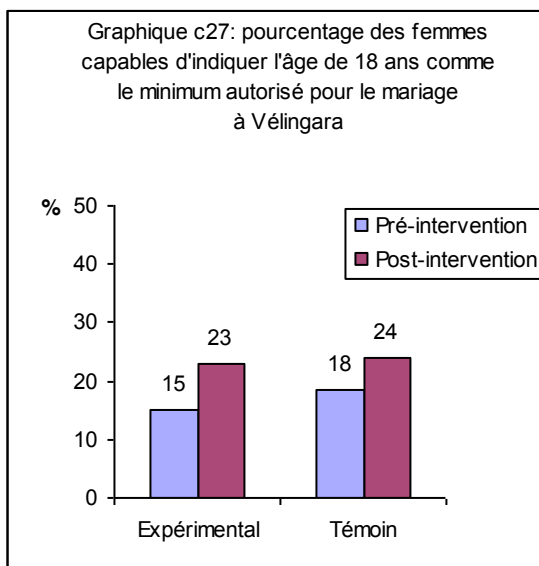


Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

6.2 CONNAISSANCES SUR LE MARIAGE PRECOCE

Les résultats de l'enquête de base avaient montré que les populations n'ont qu'une connaissance superficielle sur les recommandations concernant le mariage précoce. Seulement, 15% et 24% qui avaient su indiquer l'âge de 18 ans comme le minimum autorisé pour le mariage au Sénégal.

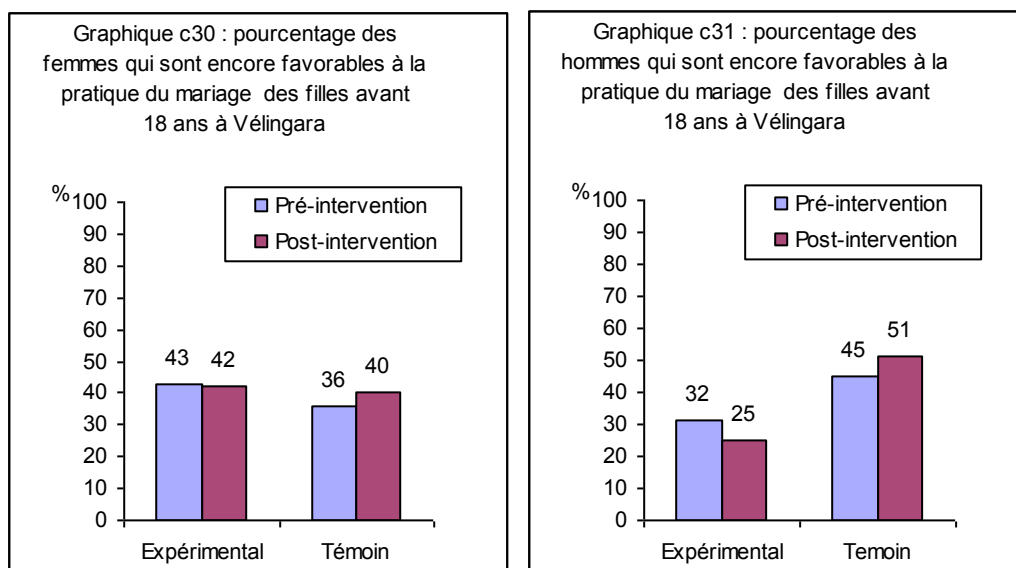
Les niveaux de connaissance n'ont été améliorés que chez les femmes. Les proportions de femmes qui connaissent l'âge légal du mariage ont été augmentées, respectivement de 08% et de 06% dans les groupes expérimentaux et témoins (graphiques c27 et c8). Toutefois, cette évolution est peu significative ($p=0,039$).



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

6.3 ATTITUDES ENVERS LE MARIAGE PRECOCE

Une proportion non négligeable de femmes et d'hommes a encore une perception favorable à la pratique du mariage précoce des filles. En effet, après l'intervention seulement 01% des femmes et 07% des hommes de la zone d'intervention ont changé d'attitude sur le mariage précoce. Toutefois, cette évolution n'est pas constatée dans le groupe témoin. Les raisons évoquées sont la tradition, le désir d'avoir des enfants et la lutte contre le libertinage des adolescentes et jeunes filles.



Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

7. SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS/JEUNES

Au Sénégal, les femmes et les hommes de la tranche d'âge 10-24 ans constituent le groupe des adolescents/jeunes. Pour des raisons opérationnelles de collecte des données, l'étude a pris en compte la tranche d'âge 15-24 ans seulement. Ces adolescents/jeunes représentent une proportion assez importante de la population enquêtée dans la zone d'intervention du projet.

Cette tranche d'âge représente 41% des personnes enquêtées dans le groupe expérimental et 45% de l'échantillon de contrôle. Les proportions sont de 43% et 47% respectivement des groupes expérimentaux et témoins.

L'évaluation des niveaux des indicateurs de SR des adolescents/jeunes a porté principalement sur les connaissances en matière de planification familiale ; les pratiques sexuelles pré-nuptiales et l'utilisation du préservatif, ainsi que sur les connaissances sur la transmission des IST/VIH SIDA.

7.1 PRATIQUES SEXUELLES DES ADOLESCENTS/JEUNES ET UTILISATION DU PRESERVATIF

7.1.3 Rapports sexuels prénuptiaux et utilisation du préservatif

Les résultats de l'enquête pré-intervention ont révélé que plus de 70% des adolescents/jeunes, quel que soit le sexe, ont eu des rapports sexuels prénuptiaux dans les douze derniers mois ayant précédé l'enquête. La moitié des filles et 67% des garçons ont eu au moins deux partenaires durant la même période. Ces résultats montrent également que 31% des garçons n'ont pas utilisé de préservatifs. Les comportements n'ont pas été améliorés dans la période post-intervention. Il serait souhaitable de faire des efforts pour la sensibilisation des jeunes sur les risques liés à de tels comportements.

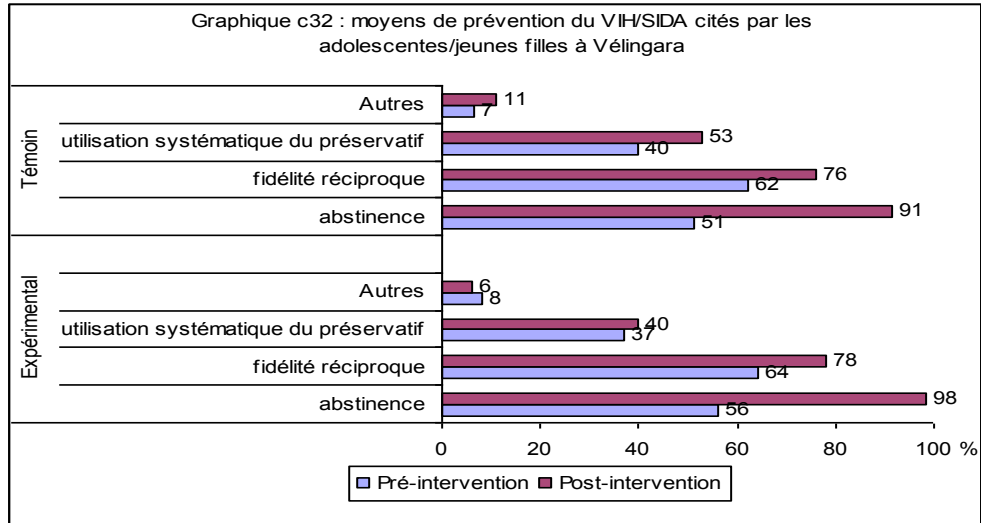
Tableau c11 : Activité sexuelle prénuptiale des adolescents /jeunes (en %)

Indicateurs	Adolescentes/jeunes filles				Adolescents/jeunes hommes			
	Pré-intervention		Post-intervention		Pré-intervention		Post-intervention	
	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin	Expérim.	Témoin
Pourcentage des adolescents/jeunes non mariés qui ont eu un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois	75	90	83	75	78	90	32	39
Pourcentage des adolescents/jeunes non mariés qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	50	65	60	33	67	65	58	73
Pourcentage des adolescents/jeunes non mariés qui ont eu des rapports sexuels avec un autre partenaire au cours des 12 derniers mois	07	50	0	25	31	25	33	39

Source : Enquêtes CAP femmes et hommes 2005 et 2007

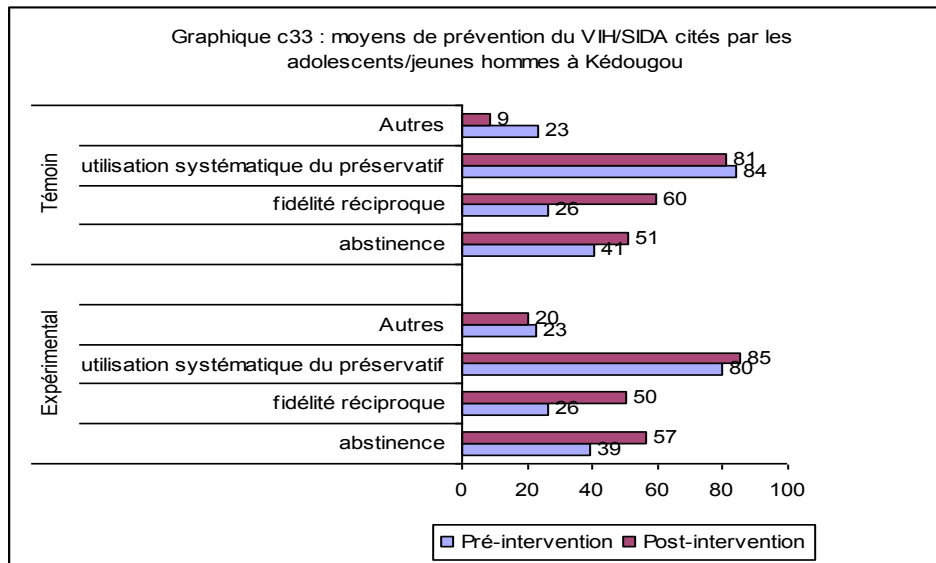
7.1.4 Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA

Lors de l'enquête de base, l'utilisation systématique du préservatif comme moyens de prévention du VIH/SIDA n'avait été citée que par 37% des adolescentes/jeunes filles. Les autres ont plutôt mentionné la fidélité réciproque (64%) et l'abstinence sexuelle (56%). Les niveaux de connaissance sur cet aspect de la prévention du VIH/SIDA n'ont pas évolué dans la zone expérimentale (graphique c32) et devrait être pris dans les futurs programmes.



Source : Enquêtes CAP femmes 2005et 2007

Le graphique c32 montre que plus de huit adolescents/jeunes hommes, quel que soit le groupe, a mentionné sur l'utilisation systématique du préservatif comme moyen de prévention du VIH/SIDA.



Source : Enquêtes CAP hommes 2005et 2007

8. ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

L'évaluation a permis de noter des progrès sensibles dans la connaissance de la santé maternelle, de la planification familiale et des IST/VIH/SIDA.

8.1 ENSEIGNEMENTS SUR LES CONNAISSANCES

Presque l'ensemble des personnes interrogées connaît le nombre minimum de CPN recommandé. La nécessité de la vaccination antitétanique pour la femme enceinte n'était connue que de 68% des hommes de la zone expérimentale. Cette proportion a augmenté de 7% points dans le groupe expérimental et de 11 points dans le groupe de contrôle après l'intervention (tableau c4). On ne peut donc imputer cette évolution à l'intervention du projet SBC/SR.

Après la mise en œuvre du projet, les niveaux de connaissance sur des antécédents qui peuvent constituer des facteurs de risque pour la grossesse ont connu une amélioration plus importante de 09% pour les femmes dans la zone expérimentale que dans le groupe de contrôle (0,4%). Pour les hommes, les résultats sont comparables entre les deux groupes.

La connaissance des signes de danger de la grossesse a connu une augmentation significative. Le nombre de personnes qui connaît, au moins deux signes, est passé de 31% par rapport au groupe témoin qui a enregistré 12%. Pour les hommes, les statistiques sont passées 51% à 63% et de 50 à 53% respectivement dans les groupes expérimentaux et témoins. L'intervention a donc eu une incidence significative sur la connaissance des signes de complications de la grossesse.

La connaissance de la transmission mère-enfant qui n'avait été citée que par 4% des femmes et des hommes de la zone expérimentale a augmenté de manière significative de 03% chez les femmes et de 08% chez les hommes de la zone expérimentale ($p=0,042$). Dans la zone de contrôle, l'augmentation n'a été constatée que chez les femmes et de 02%.

L'intervention a eu un effet moins important sur certains indicateurs dont la connaissance de certains facteurs dont les risques d'hémorragie, de décès de la mère et du bébé.

8.2 ENSEIGNEMENTS SUR LES ATTITUDES

L'intervention a eu des effets positifs sur la communication dans le couple dans la zone expérimentale. En effet, une proportion plus importante de 17% des femmes et 09% des hommes ont eu à discuter de PF avec leurs conjoints. Cette évolution n'est pas notée dans la zone de contrôle où les pourcentages ont diminué autant chez les femmes que les hommes respectivement de 11% et de 07%.

Les proportions de personnes qui approuvent l'excision sont passées de 41% à 22% chez les femmes et de 33% à 21% chez les hommes. Cette évolution est meilleure que dans la zone témoin.

Toutefois, une proportion non négligeable de femmes et d'hommes a encore une perception favorable à la pratique du mariage précoce des filles. En effet, après l'intervention seulement 01% des femmes et 07% des hommes de la zone d'intervention ont changé d'attitude sur le mariage précoce.

8.3 ENSEIGNEMENTS SUR LES PRATIQUES

Le projet a eu une incidence positive sur les pratiques dans la zone expérimentale, en termes de soins prénatals, postnatals et de prise en charge des maladies de l'enfant.

Des améliorations significatives ($p=0,076$) ont été enregistrées au post-intervention dans la prise des suppléments de vitamines par les femmes lors des soins prénatals. Une femme sur dix avaient reçu de la vitamine A et de la vitamine ; et deux sur dix ont été informées sur les signes de complications de la grossesse. Mais cette amélioration ne peut pas être totalement imputée au projet du moment que les mêmes résultats sont obtenus dans le groupe de contrôle.

Les résultats obtenus après l'intervention montre une augmentation significative des proportions de personnes qui ont pu cité les vaccins dans la zone expérimentale. Cette amélioration n'est pas constatée dans le groupe témoin, où le niveau de connaissance a même diminué chez les hommes (passant de 49% à 35%).

L'intervention a amélioré la couverture vaccinale des enfants dans les zones expérimentales de 14% pour la rougeole et de 18% pour la fièvre jaune. Les augmentations sont de loin supérieures à celle des enfants des groupes de contrôle qui sont de 02%

Les résultats de l'enquête post-intervention montrent que l'utilisation des méthodes modernes a augmenté dans les zones expérimentales (de 03% pour les femmes et de 07%) pour les hommes. Le projet a eu un effet positif car la comparaison montre que la prévalence a diminué dans la zone témoin aussi bien chez les femmes que les hommes.

Les indicateurs qui restent à améliorer après l'intervention concernent :

- le taux d'accouchement à domicile est de 64% et de 54%, respectivement pour les groupes expérimentaux et témoins ;
- les consultations postnatales qui sont passées de 52% à 59% dans le groupe expérimental. Mais les résultats obtenus dans le groupe de contrôle sont meilleurs (32% à 74%). Il serait souhaitable de rechercher les raisons du faible recours aux soins prénatals dans la zone expérimentale de Vélingara ;
- la connaissance du cycle de la reproduction de la femme.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

Les résultats du projet SBC/SR dans les régions de Tambacounda et Kolda sont globalement positifs au regard de l'évolution des indicateurs de connaissances, d'attitudes et de pratiques dans les zones d'intervention. Les populations bénéficiaires estiment que l'intervention devrait continuer et être répliquée dans les autres aires de santé et districts. La stratégie a amélioré les connaissances et comportements des populations et l'accessibilité des services de la santé de reproduction. La mise en place des caisses de solidarité a permis d'améliorer les références et l'évacuation des patients. Dans le processus de mise place des SBC la phase de concertation communautaire a été primordiale. L'intérêt des communautés pour le projet est réel. Les communautés et les prestataires demandent une consolidation des acquis et une extension du projet dans les autres postes de santé et dans les autres districts.

Les ASBC organisent individuellement, tous les mois au minimum 2 causeries éducatives et 2 visites à domicile. Ils assurent la distribution des contraceptifs, les références et le suivi des patients. Parmi eux, 98% des ASBC interrogés ont déclaré vouloir continuer leurs activités. Toutefois, 90% d'entre-eux ont demandé une amélioration du système de motivation.

Réelle et positive en matière de sensibilisation des populations, l'action des ASBC butte sur l'insuffisance des moyens logistiques et du système de motivation, qui minorent les résultats et constituent un risque pour la durabilité de l'intervention. Les différents acteurs et les populations attendent une amélioration des ressources consacrées à la motivation des ASBC. La plupart des acteurs rencontrés, pour améliorer le système de motivation, ont suggéré la construction d'une case de santé dans les villages centres SBC et l'augmentation de la quantité de médicaments mis à la disposition des ASBC. Les leaders communautaires ont recommandé une plus grande implication des élus locaux dans le projet, notamment dans la prise en charge des ASBC.

Les moyens logistiques dont disposent les districts sont faibles. Dès lors, les ICP et les Superviseurs des Soins Primaires qui sont censés synthétiser les données et apporter un soutien technique aux ASBC ne peuvent accomplir pleinement leur mission. Il serait souhaitable selon le personnel de santé que l'appui institutionnel soit davantage renforcé pour le système de soins, notamment au niveau de la logistique en particulier les motos et véhicule de supervision.

Les principaux points forts du projet qui ont été relevés sont les suivants :

- le rapprochement et la disponibilité des services SR auprès de communautés éloignées dans plus de 252 villages couverts par le projet ;
- l'amélioration des niveaux de connaissances, des attitudes et des bonnes pratiques des populations en matière de SR dans les zones d'intervention du projet ;
- l'amélioration de la mobilité des ASBC à travers leur dotation en vélo qui constitue un élément important dans la couverture des zones de responsabilité ;

- La meilleure fréquentation des structures sanitaires de référence que constituent les postes de santé dans les zones expérimentales ;
- la concertation communautaire en tant qu'élément du processus de mise en œuvre qui s'avère primordiale dans l'acceptation du projet ;
- le choix des ASBC sous la forme de binôme (1 homme et 1 femme) qui répond à des besoins formulés par les communautés en même temps qu'au respect du genre ;
- la diversification des services et des produits offerts (PF et autres médicaments essentiels) qui permet une meilleure acceptabilité des ASBC au sein des communautés ;
- l'acceptabilité du projet et le soutien des élus locaux et leaders communautaires ;
- l'implication des autres acteurs et partenaires locaux dans la mise en œuvre du projet (CADL, SDDC, Autorités administratives etc.) en particulier dans la mise en place des caisses de solidarité;
- la mise en place de systèmes de motivations des ASBC qu'il importe cependant de renforcer ;
- l'implication et l'engagement des acteurs du ministère de la santé au niveau central notamment la DSR, la DSSP, la DER ;
- la capitalisation de documents de formation, d'outils didactiques pour la sensibilisation des populations, des supports de collecte de données et de suivi de la mise en œuvre d'une approche d'offre de SBC ;

Les principaux points faibles relevés lors des entretiens et par les enquêtes CAP concernent :

- l'insuffisance des moyens logistiques du personnel de santé impliqués dans le projet en particulier les ICP et les membres des ECD chargés de la supervision technique des ASBC(moto et véhicule de supervision);
- les moyens logistiques accordés aux ASBC dont beaucoup d'entre-eux (plus de 40%) sont revenus sur l'impossibilité de couvrir de longues distances avec les vélos qui ne sont pas toujours adaptés pour rallier les distances dans les zones de couverture ;
- la distance au poste de santé qui constitue un handicap sérieux face à la volonté des populations, notamment des femmes, de recourir aux services de santé pour l'accouchement.
- la faible participation des hommes aux activités du projet ;
- la faiblesse des revenus des communautés en particulier des femmes rendant difficile le paiement des frais de transport et la prise en charge dans les structures sanitaires ;
- les insuffisances dans le système de suivi-évaluation au niveau local que devrait pallier la tenue régulière des réunions de coordination des ASBC au niveau des postes de santé.

Recommandations

Pour le suivi-évaluation

Pour améliorer le système de suivi-évaluation et les performances des ASBC, il faudrait prévoir :

- i) des séances de restitution comparative pour les ASBC. Il faudrait mettre davantage l'accent sur l'échange de compétences et l'auto-évaluation des ASBC. Ces actions d'auto-évaluation sont rares du fait de l'irrégularité de la tenue des réunions de coordination au niveau des postes de santé regroupant les membres de la communauté. Cette approche serait favorable à une appropriation par les communautés des enjeux d'évaluation de leurs propres pratiques et attitudes.
- ii) Un appui logistique au personnel de santé chargé de la supervision des activités en particulier les ICP et les membres des ECD (motos et ressources pour la supervision) ;
- iii) une implication et une participation plus importante des communautés bénéficiaires dans la mise en place du système de suivi.
- iv) Un renforcement de la formation des prestataires pour mieux documenter les activités SBC/SR.

Pour la consolidation et la pérennisation de l'approche

- i) Améliorer le système de motivation des ASBC pour la pérennisation des activités ;
- ii) Impliquer davantage les communautés notamment les collectivités décentralisées dans la prise en charge de la motivation des ASBC dans des conditions durables et acceptables.
- iii) Appuyer la mise en place de cases de santé dans les villages centres SBC ;
- iv) Augmenter la dotation en médicaments des ASBC, notamment pour les produits les mieux écoulés et plus demandés (par exemple condom, comprimés de paracétamol et sirop, fer, moustiquaires imprégnées) ;
- v) Mener une recherche opérationnelle sur l'offre initiale de pilule contraceptive par les ASBC. Cela s'avère d'autant plus opportun compte tenu de la demande formulée sur le terrain ;
- vi) Soutenir la mise en œuvre des caisses de solidarité par l'organisation de sessions de plaidoyer auprès des élus locaux et des leaders communautaires, le recyclage des membres des comités de gestion et la sensibilisation des populations ;
- vii) Aider les caisses de solidarité à se doter de moyens de transport pour faciliter la référence vers les postes de santé ;
- viii) Mettre en place des mutuelles de santé en s'appuyant sur les caisses de solidarité existantes ;
- ix) Renforcer les caisses de crédit revolving destinées à la motivation des ASBC ;
- x) Procéder au recyclage des ASBC actuellement en activité en tenant compte des difficultés rencontrées ;
- xi) renforcer l'appui institutionnel au niveau du système de soins, surtout en moyens logistiques, demande faite par tous les MCR et MCD;

- xii) prévoir la mise en place de cases de santé dans les villages centres SBC, demande faite par les communautés et les ASBC ;
- xiii) améliorer l'accès aux soins obstétricaux de base en particulier au niveau poste de santé ;
- xiv) appuyer l'affectation de prestataires de sexe féminin au niveau des postes de santé (réticence des femmes à se faire assister par des prestataires de sexe masculin) ;
- xv) Renforcer le paquet de services offerts par les ASBC en rapport avec les besoins des communautés en y incluant par exemple les activités déjà initiées à Goudiry et Vélingara relatives aux violences basées sur le genre et l'information sur le dépistage volontaire du VIH/Sida ;
- xvi)

Pour l'extension de l'approche ou le passage à l'échelle

- i) Diffuser les résultats de l'expérimentation dans les autres districts et régions ;
- ii) Capitaliser les documents de formation, les outils didactiques et les supports de gestion conçus dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche ;
- iii) standardiser les documents sur l'approche SBC/SR ;
- iv) Consolider les acquis dans les trois districts cibles ; ce qui passe par l'extension de l'approche dans les autres aires de santé des deux nouveaux districts de Dianké Makhan et Saraya issus du nouveau découpage des anciens districts de Goudiry et Kédougou;
- v) Etendre l'approche dans les autres districts des régions de Tambacounda et Kolda et aux autres régions du pays.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS



AGR	Activités Génératrices de Revenus
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ASBC	Agent de Services à Base Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CADL	Centre d'Appui au Développement Local
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN	Consultation Prénatale
DBC	Distribution à Base Communautaire
DIU	Dispositif Intra Utérin
DSR	Direction de la Santé de la Reproduction
DT Coq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
ECD	Equipe Cadre du District
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
ECR	Equipe Cadre de la Région Médicale
ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
EVF	Education à la Vie Familiale
FAR	Femme en Age de Reproduction
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (coopération allemande)
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information, Education et Communication
IRA	Infections Respiratoires Aigues
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
KFW	Coopération financière allemande
LT	Ligature des Trompes
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
Polio	Poliomyélite
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SBC	Services à Base Communautaire
SDDC	Service Départemental de Développement Communautaire
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
SRO	Solution de Réhydratation Orale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX



Tableau 1 - Liste des produits et prix retenus	15
Tableau 2: taille de l'échantillon par district et par groupe pour les enquêtes CAP pré-intervention (2005)	21
Tableau 3: taille de l'échantillon par district et par groupe pour les enquêtes CAP post-intervention (2007)	21
Tableau 4 : nombre d'entretiens qualitatifs réalisés par district pour l'évaluation post-intervention (2007)	22
A-TABLEAUX DU DISTRICT DE GOUDIRY	
tableau a1 : echantillon total du district de goudiry.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau a2 : caractéristiques démographiques des échantillons dans le district de goudiry	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau a3 : caractéristiques socio-économiques des échantillons dans le district de goudiry	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau a4: facteurs de risque cités par les femmes dans le district de goudiry.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau a5 : taux de consultation prénatale et soins préventifs reçus lors de la dernière grossesse	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau a6 : prévalence et traitement du dernier épisode morbide des enfants.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
dans les deux semaines précédant l'enquête (en %)....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau a7: sources d'approvisionnement en méthodes modernes de contraception citées (en %)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau a8: activité sexuelle pré-nuptiale des adolescents /jeunes (en %)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
B-TABLEAUX DU DISTRICT DE KEDOUGOU	
tableau b1 : echantillon total du district de kédougou.	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b2 : caractéristiques démographiques de l'échantillon (en %)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b3: caractéristiques socio-économiques de l'échantillon (en %)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b4 : répartition des enquêtés selon les connaissances sur la surveillance de la grossesse	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b5 : signes de danger du travail et de l'accouchement cités (en %)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b6 : risques encourus par une femme qui accouche à domicile (en %)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b7 : taux de consultation prénatale et soins préventifs	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b8 : informations reçues par les mères lors de la consultation postnatale.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b9: prévalence et traitement du dernier épisode morbide des enfants dans les deux semaines précédant l'enquête (en %)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b10 : sources d'approvisionnement en méthodes modernes de contraception citées (en %)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
tableau b11 : activité sexuelle pré-nuptiale des adolescents /jeunes (en %) dans le district de Kédougou	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

C- TABLEAUX DU DISTRICT DE VELINGARA.....

tableau c1 : échantillon total du district de vélingara ...ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

tableau c2 : caractéristiques démographiques de l'échantillon (en %)ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

tableau c3: caractéristiques socio-économiques de l'échantillon (en %)ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

tableau c4 : répartition des enquêtés selon les connaissances sur la surveillance de la grossesse
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

tableau c5 : signes de danger du travail et de l'accouchement cités (en %)..... ERROR!
BOOKMARK NOT DEFINED.

Tableau c6 : risques encourus par une femme qui accouche à domicile (en %) ERROR!
BOOKMARK NOT DEFINED.

tableau c7 : taux de consultation prénatale et soins préventifs reçus lors de la dernière grossesse
(en %) ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

tableau c9: prévalence et traitement du dernier épisode morbide des enfants dans les deux
semaines précédant l'enquête (en %) ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

tableau c10 : sources d'approvisionnement en méthodes modernes de contraception citées (en
%)
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

tableau c11 : activité sexuelle pré-nuptiale des adolescents /jeunes (en %) ERROR!
BOOKMARK NOT DEFINED.

LISTE DES GRAPHIQUES



Graphique 1 : pourcentage des ASBC qui estiment que la durée de la formation est suffisante	30
Graphique 2 : pourcentage des ASBC qui estiment que le contenu de la formation est suffisant	30
Graphique 3 : domaines de renforcement de la formation souhaités par les ASBC	30
Graphique 4a : nombre moyen mensuel d'activités IEC organisé par les ASBC en 2006	31
Graphique 4b : nombre moyen mensuel d'activités IEC organisé par les ASBC en 2007	31
Graphique 5 : principaux thèmes des causeries éducatives effectuées par les ASBC	32
Graphique 6 : cibles rencontrés par les ASBC lors des causeries	32
Graphique 7 : principales causes des références effectuées par les ASBC	33
Graphique 8 : nombre moyen mensuel de patients suivis par les ASBC	33
Graphique 9a : produits vendus par mois par les ASBC du District de Goudiry	34
Graphique 9b : produits vendus par mois par les ASBC du District de Kédougou	34
Graphique 9c : produits vendus par mois par les ASBC du District de Vélingara	34
Graphique 10 : pourcentage des ASBC ayant déclaré avoir reçu au moins trois visites de	37
Graphique 11 : pourcentage des ASBC ayant déclaré être satisfait de la fréquence des visites de	37
Graphique 12: pourcentage des ASBC qui rencontrent des problèmes dans le remplissage des outils de gestion	39
Graphique 13: types de difficultés rencontrées par les ASBC dans le remplissage des outils	39
Graphique 14: types de motivation financière reçue par les ASBC	40
Graphique 15: marge bénéficiaire mensuelle perçue par les ASBC en 2006 et 2007	40
Graphique 16: pourcentage des ASBC qui estime que le système actuel de motivation est acceptable	40
Graphique 17 : pourcentage des ASBC qui estiment que leur fonction a amélioré le respect de la communauté et leur rôle dans la prise de décision	41
Graphique 18 : principales difficultés rencontrées par les ASBC dans l'exécution de leurs tâches	43
Graphique 19 : nature des difficultés rencontrées par les ASBC	43

ANNEXES

