

**Mali:**

**Etude qualitative pour explorer les raisons  
de la faible utilisation des Services Essentielles dans la  
Communauté**

Rapport final

Serge RAHARISON  
Karen Z. WALTENSPERGER  
Mouhamadou GUEYE  
Georges DAKONO  
Mamadou Faramba CAMARA  
Esther TESSOUGUE  
Bourama FANE  
Sékou FOFANA  
Drissa Bourama OUATTARA  
N'Toumbi Tiguida SISSOKO

Avril 2014

## Table des matières

<b>SIGLES ET ABBREVIATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>1. CONTEXTE .....</b>	<b>8</b>
<b>2. CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>11</b>
<b>3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>12</b>
<b>4. METHODOLOGIE.....</b>	<b>12</b>
4.1. Cadre de l'étude .....	12
4.2. Echantillonnage.....	13
4.3. Collecte .....	14
4.4. Analyse des données .....	15
<b>5. RESULTATS .....</b>	<b>16</b>
5.1. Sur les facteurs liés au soutien du système de santé et au soutien du système communautaire.....	16
5.1.1. <i>Le soutien du système de santé aux SEC .....</i>	16
5.1.2. <i>Le soutien du système communautaire aux SEC.....</i>	19
5.2. Sur les facteurs liés aux familles et à leurs comportement dans la recherche de soins.....	20
5.2.1. <i>Le processus de prise de décision pour aller chercher les soins .....</i>	20
5.2.2. <i>Le choix de la source de soins par la population cible.....</i>	24
5.2.3. <i>La disponibilité et l'abordabilité des services des ASC .....</i>	25
5.2.4. <i>La satisfaction des familles et des communautés par rapport aux services des ASC.....</i>	27
5.2.5. <i>Les activités d'éducation et de communication en place .....</i>	31
5.3. Sur les facteurs liés aux ASC et à leurs conditions de travail .....	32
5.3.1. <i>Le profil des ASC.....</i>	32
5.3.2. <i>La compétence des ASC.....</i>	34
5.3.3. <i>Les conditions de travail des ASC .....</i>	35
5.3.4. <i>La collaboration des ASC avec les autres acteurs .....</i>	37
5.4. Sur la disponibilité des outils et les intrants nécessaires.....	40
5.4.1. <i>Disponibilité et adéquation des outils et matériels de travail .....</i>	40
5.4.2. <i>Disponibilité des intrants et des médicaments .....</i>	41
<b>6. DISCUSSIONS ET REFLEXION SUR LA DIRECTION FUTURE.....</b>	<b>43</b>
6.1. Actions prioritaires – DANS L'IMMÉDIAT.....	43
6.2. Consolider les acquis -- A MOYEN TERMES.....	44
6.3. Renforcer les valeurs fondamentales des SEC -- A LONG TERMES.....	48
<b>7. LIMITES DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>53</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>56</b>

## Liste des Figures, Tableaux et Boxes

Figure 1.	Conditions nécessaires pour une bonne utilisation des SEC : CADRE CONCEPTUEL .....	11
Figure 2.	Localisation géographique des quatre districts dans la partie sud du Mali .....	13
Figure 3.	Obstacles financiers exprimés par les familles avant et après la réduction du coût de consultation chez les ASC selon LQAS.....	46
Tableau 1.	Résultats de l'étude LQAS dans les 4 districts d'intervention de MCHIP .....	9
Tableau 2.	Bilan de la collecte de données dans les 4 districts cibles.....	15
Box 1.	Paquet d'activités des ASC dans le cadre des SEC .....	10
Box 2.	Les foires de santé.....	47
Box 3.	Description du projet – « Améliorer la santé communautaire au Mali ».....	48

## Liste des Annexes

Annex 1.	Approbation des Comités Ethiques.....	56
Annex 2.	Questions de recherche et hypothèses selon des résultats de LQAS et de routine .....	58
Annex 2.	Sélection des sites d'enquête .....	63
Annex 3.	Dictionnaire des données .....	71

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO :	Association de Santé Communautaire
ASC :	Agent de Santé Communautaire
	ATN Plus : Assistance Technique National Plus
	CCM : Community Case Management
CERIPS :	Centre d'Etude et de Recherche sur l'Information en Population et Santé
CSCom :	Centre de Santé Communautaire
CSRef :	Centre de Santé de Référence
CTA :	Combinaison Thérapeutique à base d'Arthémisinine
DTC :	Directeur Technique de Centre
	DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle
EDSM-IV :	Enquête Démographique et de Santé du Mali, 4ème édition
FGD	Focus Group Discussion
EI	Entretien Individuel
ICH :	Improvement Care Health (Amélioration des Soins de Santé)
IRA :	Infections Respiratoires Aigues
LQAS :	Lot Quality Assurance Sampling
MAM :	Malnutrition Aigue Modérée
MCHIP :	Maternal and Child Health Integrated Program
	OMD : Objectifs du Millenium pour le Developpement
	PMI : Presidential Malaria Initiative
SEC :	Soins Essentiels dans la Communauté
TDR	Test de Dépistage Rapide du paludisme
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development (Agence des états Unis pour le développement international)

# RESUME

## Contexte et justification

En 2009, un forum national a recommandé le renforcement de la prise en charge des problèmes de santé maternelle et infanto-juvénile au niveau communautaire pour accélérer l'atteinte des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le Développement (OMD4 et OMD5). Cet objectif devrait être atteint à travers la mise en œuvre d'un paquet de soins dans la communauté appelé "Soins Essentiels dans la Communauté "(SEC) par des Agents de Santé Communautaire (ASC) ayant un niveau de qualification plus élevé que les relais classiques existants.

Une évaluation quantitative utilisant la méthode LQAS et l'analyse du processus de mise en œuvre des SEC, menées en fin 2012 et en début 2013, ont relevé un certain nombre d'insuffisances et de questions auxquelles il fallait apporter des réponses afin que les SEC puissent conduire à un meilleur impact sur la santé de la mère et l'enfant. La faible utilisation des services figuraient parmi ces grandes questions.

## Méthodologie

La présente étude est essentiellement qualitative. Elle couvre les districts sanitaires de Kita, Diéma, Bougouni et de Yorosso. Les techniques de collecte utilisées sont les focus group discussion, des entretiens avec de petits groupes (dyade, triade) et des entretiens individuels. Les discussions étaient animées par deux assistants de recherche. L'un posait les questions et l'autre prenait les notes. Les discussions étaient enregistrées mais elles n'étaient pas transcrites. Les enregistrements permettaient de retourner aux discussions afin d'enrichir les notes prises. Au total, 130 individus ont été impliqués dans les quatre districts.

## Résultats

- *Sur les facteurs liés au soutien du système de santé et au soutien du système communautaire*
  - Les DTC sont conscients de l'importance de leurs rôles en donnant crédit aux ASC vis-à-vis de la communauté. En général, les DTC apprécient les valeurs ajoutées des SEC et leur soutien au programme se matérialise en pratique par les activités de supervision. Par contre, les relations conflictuelles entre DTC et ASC ne sont pas rares. De tels cas résultent un rejet de l'ASC par son superviseur direct.
  - Dans certaines localités, les ASC reçoivent l'appui matériel de la communauté mais l'implication effective des autorités figure parmi les principaux défis évoqués par les répondants. Cette implication ne s'est pas toujours faite de manière satisfaisante dans la mise en œuvre de l'approche SEC. Ceci a par endroit entraîné une certaine incompréhension des communautés.
- *Sur les facteurs liés aux familles et à leur comportement dans la recherche de soins*
  - La mère n'a pas le pouvoir de décider si l'enfant malade devrait être amené chez un prestataire de soins. En règle générale, c'est le père de l'enfant qui prend la décision. Pourtant, les signes de danger des maladies de l'enfant semblent être suffisamment

connus.

- L'utilisation des services de planification familiale offerts par les ASC est influencée principalement, une fois de plus, par l'objection de l'homme, par les raisons traditionnelles et religieuses, ainsi que par peur d'effets secondaires ou de stérilité
  - Pour des maladies dites d'origine d'ensorcellement, les villageois se réfèrent généralement aux guérisseurs traditionnels ou aux marabouts. Le fait que les ASC ne peuvent pas offrir certains services essentiels justifie souvent le choix des autres prestataires.
  - L'obstacle financier est diversement apprécié par les participants mais les problèmes sociaux et culturels ont été exprimés avec nettement plus de vigueur et d'assurance.
  - Les activités des ASC sont beaucoup appréciées par les populations. La perception de service de qualité par les bénéficiaires tient beaucoup compte des capacités relationnelles du prestataire mais, à leur tour, les ASC ne se sentent pas toujours confortables avec les matériels tels que les compteurs respiratoires au lieu de stéthoscopes.
  - La population a du mal à admettre qu'un agent de santé ne soit en mesure ni de donner des injections, ni de soigner les adultes. La nécessité de répondre aux besoins de la population pour le traitement des adultes est largement partagé par les répondants.
  - Les attroupements de femmes sont identifiés comme les meilleures occasions pour passer les messages de sensibilisation. Les visites à domicile et les causeries sont utilisées plus rarement mais semblent être très efficaces.
- ***Sur les facteurs liés aux ASC***
- Certains répondants pensent qu'une femme ASC n'est pas aussi efficace qu'un homme. Beaucoup ont estimé qu'il serait nécessaire d'avoir deux ASC de sexe différent sur le même site en vue d'améliorer l'efficacité du programme.
  - L'adaptation des ASC n'est pas toujours facile, étant donné qu'ils ne sont nécessairement pas originaires des villages qu'ils servent comme cela est le cas avec les relais. Ceci explique le fait que plusieurs ont soulevé des problèmes de logement, de nourriture, de transport et d'assurance médicale. Beaucoup d'ASC sont d'origine citadine. Plusieurs récits ont rapporté les conditions de vie difficiles des ASC dans les villages. Cela comprend entre autres l'absence d'assurance médicale et des problèmes de nourriture.
  - Il semble être bien connu que les ASC respectent mieux les procédures par rapport aux DTC. Pourtant les DTC pensent le contraire. Par ailleurs certains DTC déplorent le manque de clarification sur les liens hiérarchiques entre le DTC et les ASC.
  - Les conditions de travail ont été trouvées comme étant très démotivantes par la plupart des ASC. En outre, la qualité du logement, les moyens de déplacement, l'insuffisance de l'incitation financière, l'absence de réseau téléphonique, la qualité de la nourriture ont été dénoncées par plusieurs ASC.
  - Il n'est pas rare que les ASC femmes soient victimes de harcèlement moral et/ou sexuel de la part de leur DTC de tutelle ou de la part des villageois ou coordinateurs de projet. L'auteur des harcèlements il peut être quelqu'un du village mais les DTC et les agents sont également pointés du doigt.

- En ce qui concerne la collaboration des ASC avec les autres acteurs, les relais sont d'une aide immense pour les ASC dans l'exécution des activités. Par contre, les soignants traditionnels ne veulent pas faire le premier pas pour établir le cadre de collaboration avec les ASC,

▪ ***Sur les facteurs liés au matériel de travail et des intrants***

- Les outils de travail quotidiens semblent être trop compliqués et difficiles à gérer.
- Les ASC reçoivent un vélo comme moyen de déplacement mais ils ne sont plus adaptés. En effet, les vélos sont utilisés de moins en moins au Mali, même dans les campagnes.
- Les ruptures de stock de médicaments et d'intrants sont fréquentes. Elles peuvent être dues à des problèmes techniques tels qu'une mauvaise estimation des besoins ou à de simples disputes entre les DTC et les ASC.

**Recommandations :**

- Tout d'abord, des actions immédiates sont nécessaires, d'une part pour rétablir les conditions de travail des ASC et surtout de résoudre les problèmes de harcèlement sexuels largement rapportés et, d'autre part pour rétablir la confiance de la communauté en assurant un approvisionnement régulier en intrants essentiels.
- A moyen terme, il faudra renforcer les acquis en menant une campagne plus agressive de génération de demande, en ciblant particulièrement les hommes et les belles-mères, ainsi qu'en instaurant un système de reconnaissance pour mieux motiver les meilleurs acteurs.
- Finalement, il faudra reconsidérer en profondeur le problème de motivation des ASC pour que le système soit juste et pérenne. Il en est de même pour le problème chronique de rupture de stock. Il faut réfléchir à élargir le paquet de service pour mieux répondre aux attentes des communautés bénéficiaires et introduire l'approche genre dans les différentes composantes des SEC afin de renforcer le pouvoir de décision des femmes.

**Conclusion :**

Pour que les SEC puissent apporter les effets escomptés sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le Ministère de la Santé doit prendre des mesures sérieuses pour résoudre les problèmes soulevés dans le cadre de cette étude.

## INTRODUCTION

En 2009, le Ministère de la Santé du Mali a organisé le forum national sur l'amélioration de la qualité des soins au niveau communautaire. Ce forum a recommandé le renforcement de la prise en charge des problèmes de santé maternelle et infanto-juvénile au niveau communautaire par d'Agents de Santé Communautaires (ASC) ayant un niveau de qualification plus élevé que celui des relais classiques existants. Le nouveau paquet de soins appelé «Soins Essentiels dans la Communauté» (SEC) a ainsi vu le jour.

Au cours des cinq premières années, les SEC ont été mis en œuvre dans 5 régions du sud du Mali. En 2014, près de 2.200 ASC ont été formés et mis à la disposition d'une population estimée à presque 3.2 millions, soit environ 20% de la population malienne. L'analyse des données de routine, couplée aux résultats d'une évaluation par la méthode LQAS ont montré d'une part une bonne disponibilité des ASC, et d'autre part, des résultats assez décevantes en ce qui concerne le taux d'utilisation des services.

En vue d'identifier les facteurs associés à ces insuffisances, la Direction Nationale de la Santé (DNS) et le projet USAID/MCHIP, en collaboration avec les autres partenaires ont diligenté cette étude qualitative afin de mieux cerner la perception, le point de vue des acteurs clés de la mise en œuvre des SEC, incluant les ASC et leurs superviseurs, les représentants des populations bénéficiaires, ainsi que les mères et les grands-mères. Les informations fournies par ces différents groupes cibles devront permettre de prendre des dispositions appropriées pour améliorer l'efficacité des activités en cours et ajuster l'approche dans le cadre de la mise à l'échelle future.

La présente étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) au Mali et de l'*Institutional Review Board* (IRB) de John Snow Inc. basé aux Etats-Unis d'Amérique (Annexe 1).

## 1. CONTEXTE

Le Mali fait partie des pays Africains au Sud du Sahara où les taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile restent très élevés et constituent un problème de santé publique. Selon l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-IV) en 2006, les taux de mortalité s'élèvent à 46/1000 pour la mortalité néonatale, 96/1000 pour la mortalité infantile, 191/1000 pour la mortalité infanto juvénile et 464 pour 100.000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle. Ainsi, la mise en œuvre des SEC est une stratégie nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Mali en vue de l'atteinte des objectifs 4 et 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Conformément à ce qui a été prévu dans le guide national de mise en œuvre des SEC, une évaluation à mi-parcours à deux étapes a été réalisée. La première étape a été évaluation quantitative pour apprécier l'offre, la demande et la qualité des services à travers la méthode *Lot Quality Assurance Sampling* (LQAS). Cette étude a été réalisée en fin 2012 et au premier

trimestre de l'année 2013 dans les districts sanitaires de Kita, Bougouni, Diéma, Koutiala, Kadiolo et de Yorosso. Quelques résultats dans les districts d'intervention du projet USAID/MCHIP sont présentés au Tableau 1. Malgré une bonne disponibilité des ASC dans un rayon de 3 Km (autour de 90% à l'exception du district de Bougouni), les résultats ont mis en évidence une faible utilisation des services, avec une moyenne de 25 à 30 % pour les maladies infantiles, en fonction de la nature des plaintes, et 5% ou nulle pour la méthode de planification familiale (à l'exception du district de Diéma). Quelques résultats dans 4 districts sont présentés au Tableau 1.

**Tableau 1. Résultats de l'étude LQAS dans les 4 districts d'intervention de MCHIP**

Indicateur	Kita	Diéma	Bougouni	Yorosso	
Accessibilité géographique dans un rayon de 3 km <sup>1</sup>	98,8%	93,8%	56,9%	87,4%	
Fréquentation des sites ASC chez les enfants de 0 à 59 mois <sup>2</sup>	pour fièvre	30,1%	32,6%	27,5%	31,9%
	pour diarrhée	25,3%	34,7%	32,6	33,7%
	pour suspicion de pneumonie	25,0%	28,6%	18,0%	25,7%
Utilisation des méthodes contraceptives au niveau sites ASC chez les femmes en âge de procréer <sup>3</sup>	05,3%	18,0%	00,0%	00,0%	

Une deuxième étape de l'évaluation a été réalisée par la DNS et par l'équipe USAID/MCHIP, en collaboration avec les autres acteurs techniques et financiers, afin de comprendre les principales raisons qui expliquent ces constats. Il s'agit d'une étude qualitative dans les quatre districts sanitaires appuyés par MCHIP où l'évaluation par la méthode LQAS a été effectuée : Kita, Diéma, Bougouni et Yorosso.

Un certain nombre de questions de recherche et d'hypothèses ont été développées afin de mieux comprendre les facteurs liés à l'utilisation des services, ceux liés à l'accessibilité, à la disponibilité et à la qualité des services et d'explorer les déterminants de la demande et de l'environnement social et politique. Ces questions sont présentées en Annexe 2.

<sup>1</sup> Pourcentage de familles dans l'échantillon, vivant à moins de 3 kilomètres d'un site ASC.

<sup>2</sup> Pourcentage des enfants de moins de 5 ans dans l'échantillon, ayant souffert de fièvre, de diarrhée ou de suspicion de pneumonie au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, dont les parents ont rapporté avoir recours aux services des ASC pour le traitement des maladies.

<sup>3</sup> Pourcentage des femmes en âge de procréer dans l'échantillon, qui ont rapporté avoir recours aux services des ASC pour les méthodes de planification familiale.

### **Box 1. Paquet d'activités des ASC dans le cadre des SEC**

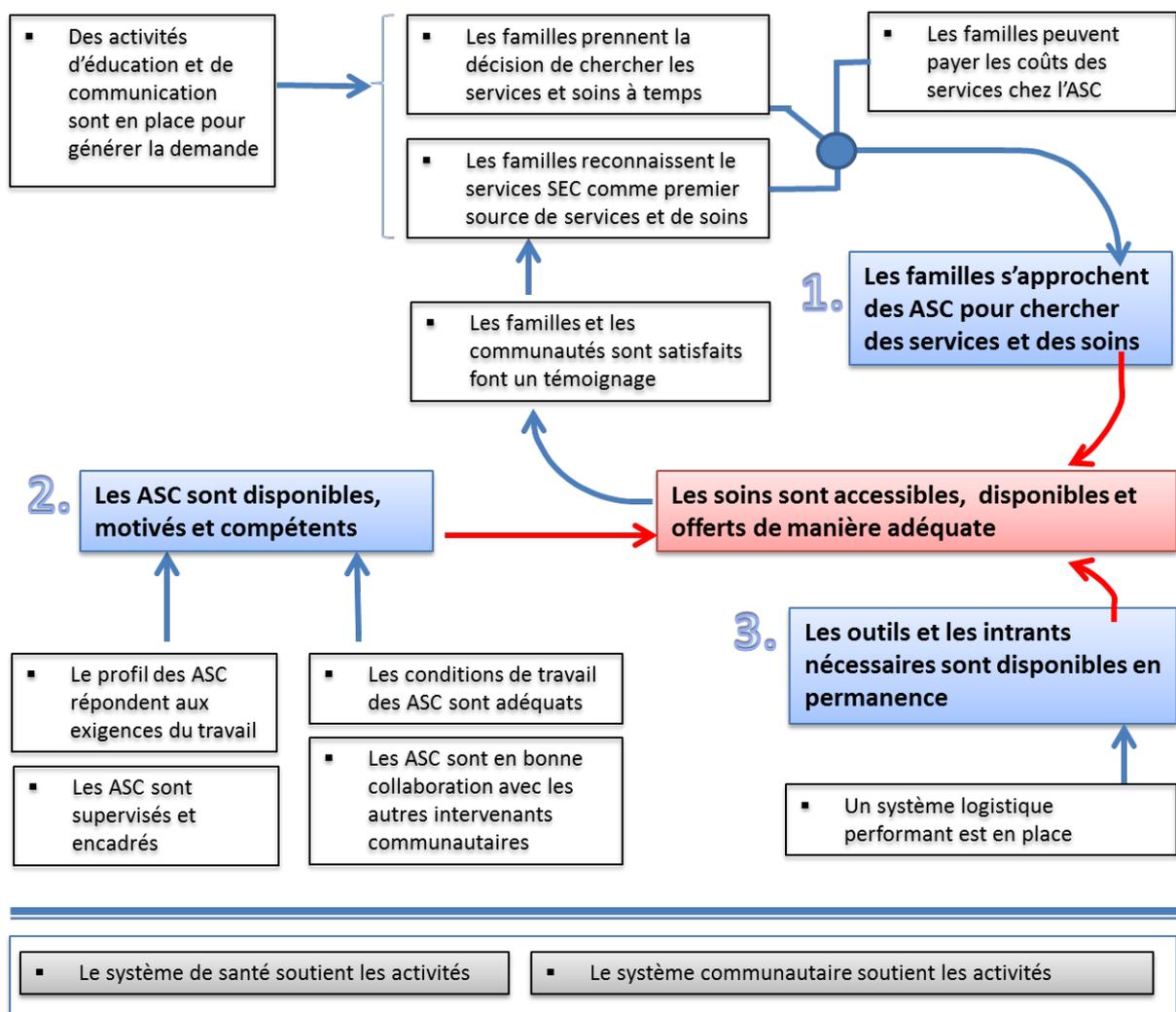
- Prise en charge à base communautaire des cas simples ;
- Diagnostic et prise en charge ;
  - ✓ Paludisme simple par les CTA ;
  - ✓ Diarrhée par SRO/Zinc ;
  - ✓ IRA par l'Amoxicilline ;
- Distribution de vitamine A ;
- Promotion et le suivi de la croissance, y compris les conseils nutritionnels adéquats ;
- Prise en charge de la malnutrition modérée ;
- Soins post natal adaptés pour la mère et le Nouveau-né y compris avec la réanimation avec gestes simples si besoin ;
- Soins hygiéniques du cordon ;
- Maintien de la température du corps pour le Nouveau-né ;
- Soins spécifiques du NN avec faible poids à la naissance ;
- Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (SIMR) ;
- Tenue correcte et régulière des supports de données puis envoi au CSCOM ;
- Référence des cas sévères.

## 2. CADRE CONCEPTUEL

Les hypothèses à la base de la conception de cette étude suivent un raisonnement logique, qui présume que l'utilisation des services est conditionnée par les trois critères suivants :

1. les familles devront d'abord s'approcher des ASC pour chercher des services ; ensuite
2. les ASC devront ensuite avoir la motivation et la compétence requises; et finalement,
3. le matériel, les outils de travail et les intrants nécessaires devront être appropriés et disponibles en permanence.

En plus de ces critères, cette dynamique devra être soutenue par un système de santé et du système communautaire solide pour que le fonctionnement soit possible. Les conditions nécessaires sont schématisées sur la Figure 1 dont les éléments seront repris plus tard à travers la présentation des résultats de l'étude.



**Figure 1. Conditions nécessaires pour une bonne utilisation des SEC : CADRE CONCEPTUEL**

### 3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif général de l'étude était de déterminer les causes de la faible utilisation des SEC dans les districts sanitaires de Kita, Diéma, Bougouni et Yorosso en vue d'identifier des stratégies appropriées pour renforcer la mise en œuvre.

De façon spécifique, l'étude cherchait à :

- Explorer les facteurs favorisant et limitant l'utilisation des SEC en général la prise en charge communautaire des enfants malades en particulier:
- Solliciter des suggestions locales, et des solutions de travailleurs de première ligne en santé, les usagers et les autres parties prenantes sur la meilleure façon d'utiliser les ressources disponibles (temps, ressources humaines, financières) à tous les niveaux pour accroître l'impact dans la réponse aux besoins des communautés et l'amélioration de l'accès, la qualité, la demande et le soutien social et ou politique aux SEC.
- Identifier les innovations, les leçons apprises et les résultats positifs de la mise en œuvre des interventions de certains partenaires qui pourraient être adaptés et mis à l'échelle.
- Formuler des recommandations pour améliorer la mise en œuvre et l'utilisation des SEC tant sur le plan politique qu'opérationnel.

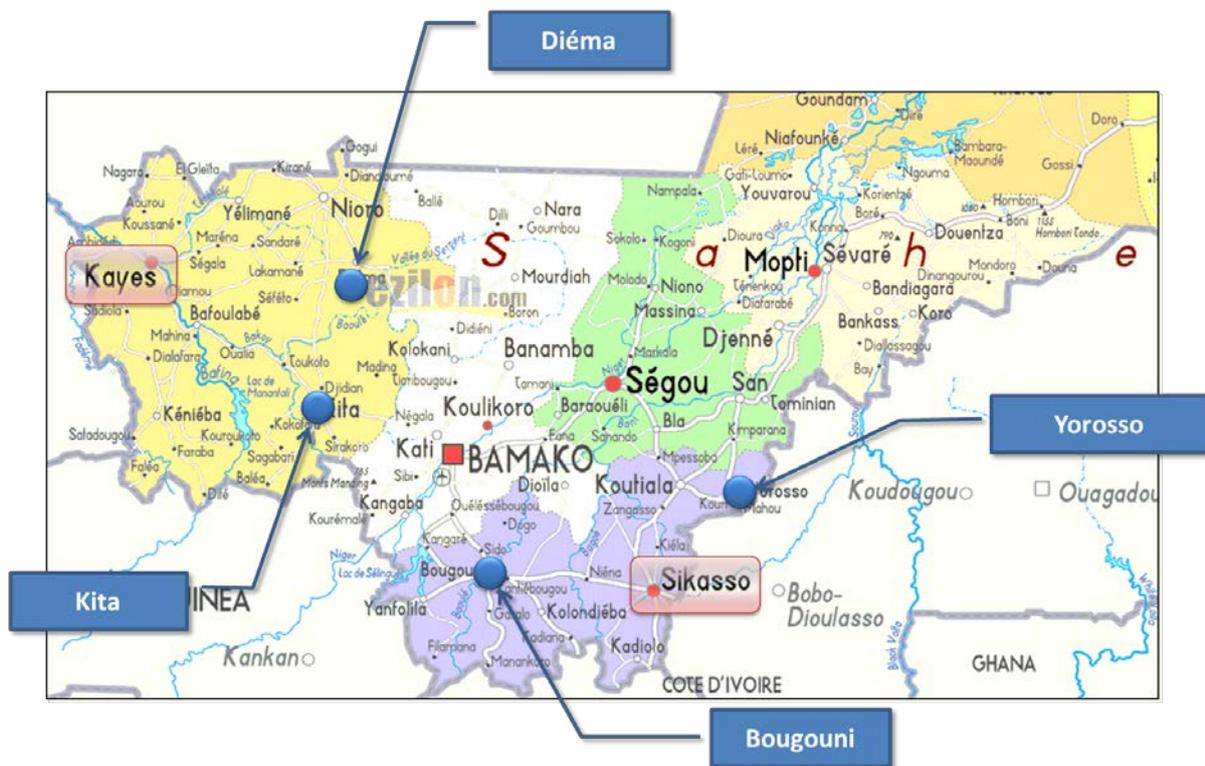
### 4. METHODOLOGIE

#### 4.1. Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée dans les districts sanitaires de Kita, Diéma, Bougouni et Yorosso.

- **Le district sanitaire de Kita** est l'un des districts les plus vastes du pays avec une superficie de 35 250 km<sup>2</sup> et une population estimée en 2012 à 480 946 habitants. Le district a 330 villages. Le chef-lieu de district, Kita est situé à 185 km de Bamako et à 650 km de Kayes, le chef-lieu de région. Le district dispose de 80 sites ASC fonctionnels. Sur le plan socio culturel, la structure sociale est caractérisée par la division de la société en nobles et en homme de caste avec la présence des griots par excellence.
- **Le district sanitaire de Diéma** a une superficie de 12360 km<sup>2</sup> avec une population estimée en 2012 à 235 799. Le district a 146 villages. Le district de Diéma dispose de 28 sites ASC fonctionnels. Le chef-lieu de district Diéma est situé à 360 km de Bamako et à 270 km de Kayes, le chef-lieu de région. Sur le plan socio culturel, le district sanitaire de Diéma est une zone d'exode rurale par excellence. Plusieurs ressortissants du district sont des expatriés en France ou dans d'autres pays de l'Europe, d'Amérique et même d'Afrique. La contribution des expatriés est capitale dans le développement économique de la zone.

- **Le district sanitaire de Bougouni** est également l'un des districts les plus vastes du pays avec une superficie de 20 028 km<sup>2</sup> est situé dans la région de Sikasso. Le chef-lieu de district Bougouni est situé à 175 km de Bamako et a 210 km de Sikasso, le chef-lieu de région. Il y a 149 sites ASC fonctionnels. Le district sanitaire a initialement mis en place un programme de prise en charge communautaire du paludisme qui a évolué vers le paquet SEC qui est plus élargi.
- **Le District sanitaire de Yorosso** couvre une superficie totale d'environ 5 500 km<sup>2</sup> environ, 94 villages. Il y a 38 sites ASC fonctionnels. La population est estimée à 235 183 habitants en 2012 dont la majorité vit dans des hameaux de culture, et ceci pour être le plus proche possible des terres cultivables. Les ethnies majoritaires sont le Minianka à l'Ouest et le Bobo à l'Est. Des minorités sont rencontrées à savoir le Bambara, le Soninké, le Peulh et le Dogon.



**Figure 2. Localisation géographique des quatre districts dans la partie sud du Mali**

#### 4.2. Echantillonnage

Nous avons procédé par un échantillonnage à choix raisonné pour cette enquête qualitative. Parmi les critères de choix des agents de santé communautaire (ASC), des villages sites, des directeurs techniques de centre (DTC) et des relais figuraient la performance, le niveau de la fréquentation des CSCOM et la qualité de la collaboration. Dans chacun des 4 districts, les équipes d'enquêtes sont allés collecter les données dans les sites suivantes :

- Trois villages sites ASC performants dont deux villages les plus fréquentés pour la prise en charge des enfants malades et un village avec une bonne collaboration ASC- Relais,

- Quatre villages sites ASC moins performants dont trois villages les moins fréquentés et un village avec une mauvaise collaboration ASC- Relais,
- Deux villages Satellites de sites ASC performants dont un village satellite d'un autre site plus fréquenté et un village satellite d'un autre site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais,
- Deux villages Satellites de sites ASC moins performants dont un village satellite d'un autre site moins fréquenté et un village satellite d'un autre site ASC avec une mauvaise collaboration ASC- Relais,
- Les villages de résidence de deux ASC ayant démissionné,
- Les villages de résidence de deux soignants alternatifs de renommée,
- Quatre CSCom dont deux performants et deux moins performants,
- Deux ASACO dont un performant et un moins performants,
- Les FGD des ASC ont eu lieu au chef-lieu du district, avec la participation de 4 ASC performants et 4 ASC moins performants.

Les villages sélectionnés et les entretiens réalisées dans chaque village sont présentés en Annexe 3. Tous les échantillons de verbatim insérés dans ce rapport sont suivis d'un code qui permet d'identifier le district sanitaire, le type d'entretien ou de discussion et la performance, la fréquentation ou la qualité de la collaboration avec le relais. Les codes utilisés figurent en annexe. Le Tableau 2 récapitule les différentes activités réalisées par rapport à celles prévues lors de cette étude.

### 4.3. Collecte

Trois méthodes de collecte qualitatives ont été utilisées pour collecter des informations auprès de plusieurs groupes cibles. Il s'agissait entre autres de focus groupes, de triades et de dyades et d'entrevues en profondeur.

#### **Focus group discussion**

Des discussions ont été réalisées dans la zone pilote du projet avec des groupes de mères d'enfants de moins de cinq ans, les grands-mères, les ASC, les leaders communautaires.

#### **Triades/Dyade**

Les membres des bureaux ASACO, les coordinateurs du MCHIP et les relais ont pris part à des groupes de discussion restreints.

#### **Entrevues en profondeur (EA)**

Une série d'interviews en profondeur a été menée avec les ASC, les DTC, les mères d'enfants de moins de 5 ans, les médecins chefs des CSREF, les points focaux SEC, et les ASC démissionnaires.

Plusieurs outils ont été conçus pour collecter les informations auprès de chaque groupe cible. Un guide générique a été élaboré pour conduire les discussions de groupe et d'autres guides de discussion ont été utilisés pour les triades et dyade. En plus des guides de discussion, des

guides d'entretien individuel ont servi à collecter auprès des ASC, des DTC, des mères d'enfants moins de 5 ans, des médecins chefs des CSREF, des points focaux SEC, des coordinateurs régionaux du MCHIP et des ASC démissionnaires.

Pour chacun des participants, un texte présentant l'objectif de l'étude, les bénéfices mais aussi les risques éventuels étaient lus. Le texte insistait également sur la confidentialité des informations collectées. Chaque participant potentiel devait donner son accord ou mentionner son refus à participer à l'étude. L'accord donné n'obligeait le participant à terminer l'entretien. Il pouvait se retirer à tout moment sans avoir à se justifier.

Les entretiens étaient enregistrés. Ces enregistrements devaient permettre de réécouter certaines parties afin d'enrichir les notes prises par les assistants au cours des discussions.

**Tableau 2. Bilan de la collecte de données dans les 4 districts cibles**

Méthode de collecte et groupe cible		Nombre de sessions réalisées / prévues			
		Diéma	Kita	Bougouni	Yorosso
Focus group	ASC	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1
	Mères	2 / 2	2 / 2	2 / 2	2 / 2
	Grand-mères	2 / 2	2 / 2	2 / 2	2 / 2
	Leadeurs communautaires	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1
Triade	ASACO	2 / 2	2 / 2	2 / 2	- / 2
Diade	Relais	3 / 3	2 / 3	1 / 3	1 / 3
	Coordinateurs MCHIP	- / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1
Entretien Individuel (EI)	ASC en fonction	3 / 3	4 / 4	2 / 2	2 / 2
	ASC démissionnaire	2 / 2	2 / 2	2 / 2	2 / 2
	Mère	5 / 5	5 / 5	5 / 5	5 / 5
	DTC	4 / 4	4 / 4	4 / 4	4 / 4
	CSréf/Point focal	2 / 2	- / -	2 / 2	2 / 2
	Soignant alternatif	4 / 4	4 / 4	4 / 4	4 / 4
	ASACO*	- / -	- / -	- / -	1 / -
	Relais*	- / -	1 / -	2 / -	2 / -
Coordinateurs MCHIP*	1 / -	- / -	- / -	- / -	

\* solution de remplacement à cause d'insuffisance de participants sur le terrain

#### 4.4. Analyse des données

Chacune des discussions a été conduite par un assistant de recherche et un second était chargé de prendre des notes qui étaient le plus détaillées que possibles. Les notes détaillées de terrain ont été enrichies et intégralement saisies en verbatim sous Word. Elles ont été intégralement importées sur le logiciel MaxQDA pour leur codification et l'extraction des verbatim.

La lecture des notes a permis de dresser une liste de thèmes et de codes qui permette de regrouper des verbatim provenant de différentes zones ou de certains interlocuteurs. Cela permet de vérifier si certains phénomènes n'ont été observés chez un seul répondant, dans une seule zone ou partout au niveau de l'univers.

Ce logiciel a également facilité la rédaction des mémos et une première analyse thématique des données. Ensuite, les verbatim ainsi extraits ont été selon les besoins enrichis par une transcription in extenso modérée en retournant aux enregistrements

## 5. RESULTATS

Les résultats présentés sous cette section suivent le raisonnement présenté dans le cadre conceptuel (Figure 1). Ils reprennent tous les éléments en commençant par les facteurs liés au soutien du système de santé et au soutien du système communautaire, puis continuent sur ceux liés aux familles et à leurs comportements dans la recherche de soins, ceux liés aux ASC et à leurs conditions de travail, et se terminent par la disponibilité des outils et les intrants.

### 5.1. Sur les facteurs liés au soutien du système de santé et au soutien du système communautaire

#### 5.1.1. Le soutien du système de santé aux SEC

- La crédibilité du programme est dépendante de la reconnaissance et du soutien du système de santé ; les DTC et les ASC en sont conscients :

La présence des DTC sur les sites ASC influence l'utilisation des SEC par les communautés. Les activités de supervision du DTC sur les sites renforcent certainement la confiance de la communauté aux ASC et peut amener la population à utiliser les soins offerts par l'ASC tout en les sensibilisant davantage sur les SEC. Les DTC se rendent compte de leurs rôles dans les SEC :

*"Le DTC en s'impliquant en partie, lors des approches communautaires c'est-à-dire en sensibilisant la population sur les SEC. C'est montrer le premier responsable des SEC en renforçant les supervisions DTC-ASC. Si moi, j'installe un ASC je fais 3 mois, 6 mois, sans aller le voir la population va dire ah mais si à chaque occasion je me présente la population va dire ah ça c'est une bonne chose si tu vois que le DTC même se déplace pour venir voir comment il travaille, et à chaque supervision faire une restitution devant la communauté donc ça va permettre l'utilisation dans l'avenir des services des ASC par la population." EI\_DTCPP\_Kita*

Les ASC également se rendent bien compte de l'importance de la présence du DTC pour renforcer leur crédibilité auprès de la communauté :

***"Lors de la supervision la présence de mon DTC influençait l'utilisation de mes soins parce que sa présence me portait une grande confiance qui poussait les populations à utiliser mes soins. Je n'ai vu aucun point faible."***  
EI\_ASC\_Démissionnaire\_Kayes

- Le soutien des DTC se matérialisent en pratique par les activités de supervision :

La supervision des activités menées par l'ASC portent sur trois aspects. D'abord le contrôle des supports utilisés par ces derniers, le contrôle du conditionnement des intrants, le contrôle de qualité des matériels utilisés. Les activités de supervisions comportent également des séances d'observations et quelques interviews.

***"La supervision porte sur la fiche individuelle de prise en charge des enfants, les cahiers de nouveaux nés, de communications et de causeries, les intrants notamment leur condition de stockage, les matériels et leur fonctionnalité, interview de l'ASC, des mères qui ont bénéficié des services de l'ASC et voir l'ASC à la tâche."*** EI\_DTCMP\_Bougouni

Les ASC reçoivent des appuis techniques des DTC, c'est-à-dire le suivi de leurs activités et la correction des lacunes dans son travail, la vérification de toutes les fiches avec lesquelles l'ASC travaille. Il y'a aussi des ASC qui bénéficient des appuis financiers de leurs DTC dans le cadre du travail.

***"Ce sont les appuis techniques ; après chaque supervision, on corrige les lacunes avec le CSRéf ou autre équipe de supervision. C'est chaque mois. On suit les fiches qu'il a rempli, l'observe dans la tâche en séances de causeries. On peut dire qu'on a aidé les ASC à corriger certaines lacunes, à chaque supervision on invite le village à prendre soins de l'ASC et penser à son logement."*** EI\_DTCMP\_Diéma

***"Mon DTC, pour sillonner les villages satellites, il me donne le carburant et si je vais déposer le rapport il me donne le prix du transport."*** EI\_ASC\_SPF\_Diéma

- En général, les DTC apprécient bien les avantages des SEC :

L'analyse des forces et faiblesses des services offerts par les ASC montre que les actions menées par ceux-ci sont fort bien appréciées, non seulement par leur qualité, l'amour du métier des ASC, mais aussi à travers la pertinence de l'initiative SEC. Cette appréciation diffère selon les zones et du climat d'entente entre l'ASC et sa communauté. Selon certains DTC, l'arrivée des ASC aurait stimulé la demande de service au niveau des CSCOM. Pour les DTC, la venue des ASC fut beaucoup salutaire pour plusieurs raisons, dont la référence à temps des malades et l'amélioration des données de leur aire de santé.

***"Comme point fort : les ASC sont disponibles. Leur disponibilité dans leur site a amélioré beaucoup de choses en matière de santé de la population. Les problèmes sont détectés précocement, leur orientation est faite à temps et au retour le suivi est***

*assuré par ces ASC ; ça c'est quelque chose d'encourageant, de bien".*  
EI\_DTCPP\_Bougouni

*"Les points forts des activités menées par les ASC : les indicateurs des DTC ont augmenté, les cas de paludisme simple sont vite référés avant que ça ne se compliquent. Ça nous a permis de voir beaucoup de malades par rapport au moment où il n'y avait pas d'ASC".* EI\_DTCMP\_Yorosso

Les DTC ont aussi été formés sur le paquet des ASC et le rôle qu'ils étaient appelés à jouer dans le cadre de la supervision des activités menées par les ASC.

*"J'ai suivi une formation sur la prise en charge des enfants malades, sur la malnutrition, sur la pneumonie, la diarrhée, la planification familiale, le paludisme et également la formation des formateurs pour la supervision des relais."*  
I\_ASC\_SMFDiéma

*"Il y a entre autres la formation sur la prise en charge des enfants, les signes de danger chez les femmes enceintes, la référence des enfants malades également la formation sur la malnutrition."* EI\_ASC\_SPF\_Diéma

*"Depuis la formation des ASC nous avons participé à cela, des forums, j'ai suivi une formation à Bamako pour le suivi de la supervision. Le but de ces formations c'était d'améliorer la qualité des soins de l'ASC."* EI\_DTCMP\_Diéma

- Les relations conflictuelles entre DTC et ASC ne sont pas rares. Il en résulte un rejet de l'ASC par son superviseur :

Quoique difficilement admis par nos interlocuteurs, les résultats de cette évaluation lèvent le voile sur certains non-dits de l'approche SEC, surtout en ce qui concerne la rivalité entre les prestataires.

*"Il n'y a pas de concurrence entre nous, mais peut être au niveau des relais et ASC. Et je pense que quelqu'un qui viens aider ta population, il ne doit pas avoir de concurrences. "* EI\_DTCMP\_Diéma

Pour des malentendus ou des problèmes personnels, certains DTC en un moment donné ont choisi d'ignorer la présence de l'ASC. Du coup, ce dernier ne bénéficié ni d'appui technique ni financier. Certains ASC ont même été victime d'une privation de droits et autres avantages de service, y compris de leur motivation financière de la part de leur DTC.

*"Je n'ai jamais reçu d'appui de mon DTC ni du projet. Il paraît qu'un moment, des lampes solaires étaient venues à l'intention des ASC, mais mon DTC a tout bloqué. L'ancien vélo de mon prédécesseur que j'ai remis à mon DTC pour réparation ne m'a jamais été retourné. "* ASC\_Démissionnaire\_Sikasso

*"Le premier DTC venait me superviser, l'autre n'est jamais venu me superviser. Je ne le voyais au village qu'en période de campagne de vaccination. Alors que mon 1er DTC venait observer mes activités, vérifiait mes fiches journalières et mon rapport, s'il y a lacune il me donnait des instructions. Il demandait même aux gens leur perception de mes services..."*ASC\_Démissionnaire\_Sikasso

Dans un des entretiens, le coût élevé des produits contraceptifs, causé par la spéculation du DTC, a été évoqué parmi les obstacles à l'accès à la planification familiale :

*"Je n'ai pas d'obstacle à l'utilisation des soins de santé pour les populations. Mais les produits de la PF m'étaient vendus à 1000 tandis que les CSCOM vendaient à 500f. Je lui en ai parlé, il n'a pas voulu diminuer alors les gens ne venaient pas faire la PF à cause du prix. Le prix du ticket était à 600f. La distance n'a pas été une entrave à la venue des villages satellitaires à leur venue en consultation chez moi.les médicaments manquent et je ne peux pas dire la cause."*  
EIB\_Démissionnaire\_Bougouni

La plupart des ASC démissionnaires étaient laissés pour compte, ils n'ont presque pas ou reçu peu d'appui de la part de leur DTC. Ce qui représente un signe de dysfonctionnement manifeste, est valable pour les deux régions d'intervention de MCHIP.

Dans certains cas, le laisser-aller provient d'un simple manque de formation ou information du DTC. Certains DTC ont simplement avoués n'avoir que très peu d'information sur les SEC. Comme on pouvait s'y attendre, tous les DTC n'ont pas bénéficié d'une formation sur l'approche du fait que certains d'entre eux sont arrivés à leur poste actuel après la complétion des différentes sessions de formation planifiées par le district sanitaire.

*"Je ne sais pas grande chose sur les SEC je n'ai jamais fait de formations sur les SEC..."* EI\_DTCMP\_Diéma

### **5.1.2. Le soutien du système communautaire aux SEC**

- Dans certaines localités, les ASC reçoivent l'appui matériel de la communauté :

Ces appuis se traduisent généralement par la construction de local aux ASC pour qu'ils puissent faire leur travail convenablement.

*"Les populations sont beaucoup impliquées, elles ont construit pour moi un local et sont en train de me construire une toilette ; elles sont là à chaque fois que j'ai besoin d'elles. Elles sont à ma disposition."* EI\_ASC\_SMF\_Diéma

- L'implication effective des autorités figure à la fois parmi les principaux défis évoqués et parmi les priorités identifiés pour la suite du programme :

Il s'agit des élus communaux et les autorités villageoises. En plus de celles-ci, l'implication de l'ASACO s'avère aussi garante de la pérennisation des acquis des SEC.

*"Il reste à relever le défi de l'approche, la perception des SEC par les populations. Il serait souhaitable de voir une plus grande implication des autorités communales comme le Maire, le président de l'ASACO dans le sens de l'appropriation du projet. Tout de même, on est en phase de gagner l'intégration des ASC au sein des populations." EI\_Agent du CSRèf\_Diéma*

La population a sa part doit faire des SEC son affaire, qu'elle s'en approprie elle-même. La population peut même œuvrer pour la motivation des ASC et relais, c'est le cas déjà de certains villages.

*"Pour que la population puisse s'en approprier j'ai eu à le dire un moment le gratuit là... c'est le gros dégât après. Quand vous venez donner un agent au village, le village ne participe pas vous voyez ce que ça donne ? Ils vont toujours dire que c'est leurs agents ; il faut qu'ils s'engagent qu'ils participent qu'ils donnent quelque chose qu'ils cotisent, pas qu'on vient chaque fois leurs donner. Parce que naturellement on est comme ça. Le gratuit chaque fois ça ne peut pas résoudre les problèmes. Il faut que l'homme se manifeste face à un problème en ce moment tu l'accompagnes et s'il tarde à se manifester tu fais en sorte qu'il le fasse...il ne faut pas tout apporter comme ça il faut impliquer davantage et sensibiliser la population pour qu'elle ait sa part de responsabilité." EI\_DTCPP\_Kita*

*"On a vu l'expérience l'autre jour lors de la dernière formation l'expérience d'un site ASC de Kita vers la zone de Kayes et là-bas la population du site ASC contribue au paiement du salaire de son ASC. L'ONG donne la motivation, la population aussi en donne, d'autre part aussi il y a l'ASACO qui donne. Si les ASACO peuvent faire ça aussi ça motive l'ASC...90% de ces ASC ne veulent pas rouler en bicyclette et MCHIP leur a donné des bicyclettes souvent venir dans les villages satellite pose problème il faut pendre du carburant et leur motivation ne fait que 30 000 F. s'il faut enlever dans ça le prix du carburant c'est très difficile. Si le village ou l'ASACO pouvait donner une motivation je crois que ça serait bien." EI\_DTCMP\_Yorosso*

## **5.2. Sur les facteurs liés aux familles et à leurs comportement dans la recherche de soins**

### **5.2.1. Le processus de prise de décision pour aller chercher les soins**

- La mère n'a pas le pouvoir de décider si l'enfant malade devrait être amené chez un prestataire de soins -- c'est soit le mari, soit la belle-mère :

Les contraintes sociales qui pèsent sur les femmes dans le choix des prestataires sont en majeure partie due au fait que ce sont les hommes qui prennent en charge les frais des

soins et du coup décident de tout. En effet, ce sont eux qui choisissent quel type de soins doivent être utilisés pour le traitement des enfants, et des femmes. Ce constat ressort de plus d'un focus de groupe de mères.

***"Quand l'enfant tombe malade faut l'amener au CSCOM, c'est le père qui prend la décision finale..."*** EI\_Mère\_VSASC\_Diéma

***"Même si les femmes ont compris, si les hommes ne sont pas impliqués, les femmes ne partent pas."*** Dyade\_Relais\_SASCBC\_Kita

Le décideur joue un grand rôle dans l'utilisation des SEC. En effet, certaines femmes peuvent disposer des moyens financiers pour la prise en charge de leur enfant, mais, elles ont toujours besoin de l'autorisation.

***"Si l'enfant tombe malade si tu as le temps et l'argent et que ton mari t'ordonne à amener l'enfant...le problème d'argent pour d'autre mais souvent il faut l'autorisation du papa."*** EI\_Mère\_VSatSF\_Diéma

***"Ce n'est pas parce que les médicaments sont chers mais plutôt une fuite de responsabilité. Parce que nous sommes dans une zone où tout est sur le dos de la femme, lorsque les femmes n'ont pas assez de moyen, sinon les médicaments ne sont pas aussi cher que ça. Tant que les chefs de village ne prennent pas leur responsabilité sur plan ce n'est pas bon....Le chef de ménage doit être en mesure de traiter sa famille. Dans une grande famille tu trouveras que le grand frère est là, le jeune frère est là, mais tant que le grand frère qui doit décider, en tant que lui il ne décide pas, l'enfant traîne jusqu'à ce qu'il soit trop tard....c'est vraiment un problème africain. Sinon, en réalité ce n'est pas un problème de coût."***  
EI\_DTCMP\_Diéma

Cependant dans la littérature, l'on mentionne dans certains cas un rôle prépondérant de la belle-mère. Plusieurs belles-mères n'ont pas mentionné que la décision leur revenait mais plutôt que la décision revenait à leur fils. Cependant il est tout de même possible qu'en l'absence du père que la décision revienne à la belle-mère.

***" C'est l'homme qui prend les décisions. "*** Grand-mère Tibi

***" Si le père est absent c'est la grand-mère qui décide d'amener l'enfant chez l'ASC"***  
FGD Grand-mère Domba

Dans le verbatim qui suit, c'est la grand-mère qui décide. Toutefois, le père n'est pas complètement écarté. La décision étant prise par la grand-mère, cette dernière cherchera à avoir l'aval du père. Dans ce cas de figure il semble que la grand-mère ne sollicite pas la maman de l'enfant pour avoir son avis.

*"Dès que l'enfant tombe malade, on l'emmène immédiatement chez l'ASC. C'est la grande mère qui prend la décision pour qu'on l'emmène chez l'ASC avec l'accord du mari. "FGD grand mères Dialakoro*

Dans d'autres cas, la mère de l'enfant informe son mari qui est moralement tenu d'expliquer à sa mère. Il est certain qu'il n'y a pas de cas de figure unique dans ce processus de prise de décision.



**Photo 1. Grands-Mères lors d'une séance de Focus Group dans le village de Dialankoro**

- Pourtant, les signes de danger des maladies de l'enfant semblent être suffisamment connus :

L'approche des SEC a permis, sans doute d'améliorer le niveau de connaissance de la population sur les maladies les plus fréquentes chez les moins de cinq ans dans les différentes zones d'intervention. Ainsi, il est plus aisé de combattre ces maladies soit en les prévenant mieux ou en recourant à un traitement approprié.

Les communautés ont de plus une meilleure connaissance des signes de danger des maladies les plus fréquentes chez les enfants de moins de cinq ans. Les mères ont entre autres évoqué les exemples suivants En guise de réponse à la question : quels sont les signes de danger des maladies?

***"B: L'enfant ne mange pas***

***A: Vomissement***

***C: L'enfant pleure beaucoup, l'enfant ne s'amuse pas***

***F: Fièvre, insomnie, maux de tête***

***D: Si l'enfant à mal a l'oreille"*** Extrait\_FGD\_Mères\_VSASCMF\_Diéma

- L'utilisation des services de planification familiale offerts par les ASC est influencée principalement -- encore une fois -- par l'objection de l'homme, par les raisons traditionnelles et religieuses, ainsi que par peur d'effets secondaires ou de stérilité :

Les premiers obstacles furent l'entêtement des hommes face à certains services comme la PF. En effet, dans certaines zones, les hommes ne sont pas favorables à la pratique de la PF soit par désir d'avoir beaucoup d'enfants, soit parce que c'est une nouveauté. Les interventions suivantes relatent surtout la perception des hommes du district de Diéma d'où ce phénomène est apparu avec plus d'ampleur.

***"D : Les hommes disent qu'avant les gens ne faisaient pas la PF donc ce n'est pas la peine. " FGDK\_Mère\_VSASCPF\_Kita***

***"les hommes préfèrent beaucoup d'enfants...L'ASC fait de son mieux en parlant sur les PF mais les femmes même ne font pas." FGD\_Mères\_VSASCMF\_Diéma***

Il y a aussi des contraintes dues à la religion, dans certaines localités des hommes et même les leaders communautaires sont réticents à la PF car ils pensent que cela va à l'encontre de la religion.

***"Il y a des barrières culturelles, en milieu Sarakolé il est très difficile d'évoquer ces choses. Par coutume les femmes ne doivent pas prendre des décisions. Si on pouvait impliquer davantage les hommes. Ils pensent que c'est quelque chose qui n'est pas compatible avec la religion. " EI\_Agent du CSRèf\_Diéma***

***"La barrière est que le chef de village même n'aime pas. Ce n'est pas dans la religion, c'est pour empêcher les femmes d'enfanter, les hommes n'aiment pas les PF. Il y a des intrants à la PF qui ne réussissent pas à certaine femme. " FGD\_ASC\_Diema***

Dans de rares circonstances, certaines femmes sont autant hostiles à la PF que les hommes, mais surtout par crainte des effets secondaires.

***"Au contraire, ce sont les femmes qui refusent la PF même avec l'autorisation du mari. Par ignorance, elles se disent qu'en utilisant les méthodes de PF qu'elles peuvent devenir stériles. Et quand j'apprends ça je sensibilise les femmes en leur disant que l'injectable ne rend pas stérile et que ça contient même un produit la progestérone qui aide à fortifier l'utérus. " EI\_SA\_Matrone\_Yorosso***

Par ailleurs, les préjugés demeurent jusqu'à preuve de contraire un obstacle inédit à l'utilisation des produits contraceptifs. Les gens continuent toujours à croire que les contraceptifs peuvent entraîner la stérilité. Dans certaines localités même la vaccination est souvent perçue comme une manière dérobée pour planifier les femmes.

*"Il y a d'autres contraintes par exemple dans un de mes sites ils sont vraiment contre le planning familial. Ces villageois n'aiment pas la PF. Ces genres de comportement font que mes actions sont au ralenties d'autant plus que certains refusent que je fasse même la vaccination pensant que c'est la planification familiale. Ceux-ci pensent qu'à chaque fois que l'ASC vient chez eux, c'est dans l'optique de la PF."* EI\_DTCMP\_Bougouni

### **5.2.2. Le choix de la source de soins par la population cible**

- Pour des maladies dites d'origine d'ensorcellement, les villageois se réfèrent généralement aux guérisseurs traditionnels ou aux marabouts

Le choix des soignants par la communauté peut aussi dépendre de la spécificité d'une pathologie.

*"Certains viennent avec des maladies d'ensorcellement, je peux lui donner des remèdes pour cela. Chez les femmes il y a certaines qui sont atteinte de maladies qui compromettent leurs procréation, il y a d'autres, si elles sont en état de grossesse, la grossesse n'atteint pas son terme. Souvent ces maladies sont dues aux esprits et dans ce cas la grossesse ne dépasse pas un mois si on collabore forcément on s'entraiderai, mais dans le cas où on ne se fréquente pas c'est vraiment un problème.* » EI\_SA\_Tradithérapeute\_Diéma

*"Si les sorciers attaquent ton enfant ont l'amène chez les vieilles femmes qui peuvent te donner certains médicaments pour laver l'enfant. Si l'enfant tremble on l'amène chez la vieille qui récitent ses formules incantatoires sur la tête de l'enfant, l'épilepsie ou si l'enfant a peur. Mais pour le paludisme et d'autres maladies on l'amène, chez l'ASC..."* EI\_Mère\_VSASCMF\_Diéma

*"D: Chez le tradithérapeute si ce n'est pas une maladie de médecin*

*E: Quand un sorcier attaque l'enfant, elle l'amène chez le soignant traditionnel*

*F: Si l'enfant pousse des dents j'achète médicament avec les vendeurs ambulants; Tafo (Colier à attacher au cou ou au bas ventre.)"*

Extrait\_FGD\_Mères\_VSASCPF\_Diéma

*"D: Il y a des maladies qui ne peuvent pas être soigné par les ASC : Tradithérapeute....La maladie s'appelle SALA (grandissement de la tête) une vieille fait des trucs sur les feuilles et cela soigne les enfants les ASC n'ont pas ce médicament."* FGD\_Mères\_VSASCPF\_Kita

- Le fait que les ASC ne peuvent pas offrir certains services essentiels justifie souvent le choix des autres prestataires :

La limitation du paquet de l'ASC est une véritable aubaine pour certains soignants, en

occurrence ceux qui sont aptes à donner des injections et l'accouchement :

*"Les gens partent voir l'ASC pour les cas de paludisme de l'enfant. Si ça ne va pas ils viennent me voir comme moi je fais des injections. Mais, j'ai des sirops aussi pour les enfants. Pour les cas de diarrhée si les comprimés ne peuvent pas guérir l'enfant on le réfère à Yorosso. Notre CSCOM est à Minamba et il y a une colline entre nous ce qui fait qu'il est très difficile d'amener un malade là-bas. C'est pourquoi nous partons à Yorosso."* EI\_SA\_Prestataire privé\_Yorosso

*"Je pense qu'il y a beaucoup d'obstacles : -Au niveau de la communauté d'abord le fait que le paquet d'intervention des ASC soit limité ;- Ensuite une prolifération incontrôlée des maternités rurales dans les villages. Dieu seul sait ce qu'elles font alors que ces matrones rurales n'ont pas de limite. La population a constaté que ces matrones traitent avec non seulement les comprimés, tout comme les ASC, mais aussi elles font les injections, les perfusions même si elles ne maîtrisent pas l'ordinogramme. Ça c'est un obstacle au service de l'ASC. Un autre obstacle, ce sont les traitants ambulants. Ça c'est un autre problème mais difficile à maîtriser. Il y a certaines aires de santé, le traitant ambulant n'y réside pas hein ! Mais il a des jours fixes où il passe avec des médicaments bon prix, bon marché ,l'expression a son sens quoi, donc il fait ce qu'il veut et continu son chemin."* Dyade\_Agent du projet\_Bougouni

- Les grand-mères ne sont pas systématiquement contre le système médical moderne.

Elles reconnaissent même les avantages de la médecine moderne sur le système traditionnel. L'aspect qui semble être le plus important est le classement des maladies selon qu'elles sont considérées comme étant naturelles ou surnaturelles.

*"Le dernier mot revient à la belle-mère. C'est à la belle-mère de dire d'emmenner l'enfant chez un agent de soin l'enfant, lorsqu'il tombe malade. Je le dis au mari et ce dernier l'explique à sa mère et elle décide pour les soins. L'avis de la mère de l'enfant n'est pas pris en compte. C'est la belle-mère qui décide."* Entretien Individuel à vanekuy Yorosso

*"Les belles-mères pensent que les soins modernes sont mieux que le traditionnel. Chez nous en famille beaucoup vont chez le soignant privé d'ici ou au CSCOM. Si le docteur devient incompétent alors nous emmenons l'enfant chez le tradithérapeute ; Il s'agit des maladies tels que le Saiï, les maux de poitrine, le soulèvement de la fontanelle."* Entretien Individuel à vanekuy yorosso

### **5.2.3. La disponibilité et l'abordabilité des services des ASC**

- L'un des acquis majeurs des SEC est le rapprochement des services de santé à la population :

Les femmes semblent être comblées par la facilité d'accès aux soins.

***"D - Le simple fait que nous ne nous déplaçons plus pour aller à Djidian est un avantage de l'ASC. Tu prends ton enfant seulement et tu l'amène à pied chez l'ASC. C - Amener l'enfant à temps et que l'agent de santé prescrive le bon médicament. "***  
Extrait\_FGD\_Mères\_VSASCPF\_Kita

Ce sont les DTC qui se sont exprimés sur des problèmes d'accès géographiques aux sites satellites pendant des périodes bien précises de l'année :

***"... Il y a aussi un problème d'accessibilité. Un agent par exemple qui est chez moi et qui à 4 villages satellites et on sait que pendant l'hivernage nos zones ne sont pas accessibles, alors que le moyen de déplacement c'est le vélo donc à un certain moment de l'année bien qu'elle soit motivée elle ne peut joindre tous ses villages satellites par rapport à ses différentes activités. Et enfin souvent ils accusent du retard par rapport à leur motivation mensuelle. Nos ASC viennent chaque fois avec ce problème. "*** EI\_DTCPP\_Bougouni

- L'obstacle financier est diversement apprécié par les participants mais l'ampleur a été exprimée de façon moindre :

A plusieurs reprises, les interlocuteurs dans notre étude ont exprimé que les frais de consultation ne représentent pas un obstacle important aux soins des ASC. Il en est de même pour le coût des traitements chez les ASC. En effet, l'ensemble des prestataires, y compris les ASC démissionnaires trouvent que le coût des médicaments n'était pas un obstacle pour la population..

***"Ils disaient eux-mêmes que le prix de nos médicaments était abordable et le CTA était gratuit. Ils ne prennent pas de crédit avec moi, mais il arrivait que certains amenaient de gros billets et je leur donnais le médicament s'ils font la monnaie, ils viennent payer. "*** EI\_ASC\_démissionnaire\_Sikasso

***"Le prix de ticket est à 250f, les gens ne se plaignent pas ni du prix du ticket, ni du prix des produits. "*** EI\_ASC\_démissionnaire\_Sikasso

***"Certains médicaments sont gratuits, certains médicaments sont très abordables, la consultation à 100f. "*** EI\_DTCPP\_Diéma

De prime à bord, il a été clairement établi que, dès que la décision de réduire le prix de prestation a été prise après les premiers constats de l'enquête LQAS dans la région de Kayes, l'utilisation des services a directement augmenté:

***"B- Au début, la consultation était à 750 F, après 300, mais maintenant c'est à 100 F. Les gens commencent à aller massivement..."*** Dyade\_RELAIS\_SASCBC\_Kita

Le faible coût de prestations des ASC est effectivement bien apprécié par les gens dans la région de Kayes. Les frais de l'ASC selon les mères et grand mères sont abordables par rapport aux CSCCom, car l'ASC est sur place, mais il faudra que l'ASC ait tout le nécessaire, Sinon en cas de transfert en ville c'est le moyen de déplacement qui peut-être un problème (distance).

***"L'argent n'est pas un problème car chez l'ASC c'est pas cher, la consultation est à 100f, mais si l'enfant doit être transféré à Kita le moyen de déplacement n'est pas facile".*** FGD Grand-Mère DOUMBA.

En effet la plupart d'entre elles trouvent que le coût des médicaments n'est pas un obstacle pour la population.

***"Le coût des médicaments ne peut pas être un obstacle dans l'utilisation des services de l'ASC. Certains médicaments sont gratuits, même ceux qui ne le sont pas, sont mis à la portée des populations afin qu'elles puissent en utiliser à leurs grés"***  
EI\_Mère\_VSatSF\_Diéma.

Bien que timides, les quelques témoignages de mères et grands-mères de la région de Sikasso illustrent bien les obstacles financiers dont l'ampleur est difficile à cerner. Certaines mères et grand mères trouvent que les coûts sont aussi moins chers mais d'autres pensent que c'est coûteux. Il faut aussi payer le prix de carnet de vaccination.

***"Chez l'ASC, il y a une distance à parcourir, mais il a des produits (comprimés et injections) je ne suis jamais allée là-bas mais on me l'a raconté. Il paraît qu'il y a rupture parfois de médicaments. Le prix de ses produits sont parfois chers. Ça peut aller jusqu'à 4 000 Francs. Ses prestations ne répondent pas à nos aspirations car il nous réclame le prix du carnet de vaccination aussi".*** EIY Mère VANEKUY

Certains vont se ravitailler auprès des relais ou matrone pensant que c'est moins cher que celui de l'ASC. Mais en rassemblant le tout, les mères et grand mères qui pensent que les coûts de prestation de l'ASC sont abordables sont majoritaires.

La tendance générale nous montre que les facteurs sociaux sont exprimés avec nettement plus de vigueur et d'assurance comme obstacle par rapport aux barrières d'ordre financier. Ce constat est partagé par l'ensemble des répondants dans cette étude.

#### ***5.2.4. La satisfaction des familles et des communautés par rapport aux services des ASC***

- Nous pouvons dire, sans ambages, que les activités des ASC sont beaucoup appréciées par les populations :

La prise en charge des maladies infantiles et maternelles sont faites à hauteur de souhait

par l'approche SEC. Les témoignages affluent pour exprimer la perception que les maladies ont diminuée depuis que ces ASC sont apparus :

***"B - Pour moi beaucoup est bien fait, les enfants sont en bonne santé et il y a moins de problèmes en ce qui concerne les femmes enceintes." Dyade\_Agent du projet\_Kita***

***"A : Nous sommes tellement satisfaits par les soins de l'ASC il y a eu un grand changement depuis son arrivée au village." FGD\_Mères\_VSASCMF\_Kita***

***"I: Tout le monde a eu la paix avec l'évènement de l'ASC". FGD\_Mère\_VSASCPF\_Kita***

***"Chaque semaine elle vient et parle avec les femmes enceintes et visite celles qui ont nouvellement accouché." EI\_Mère\_VSatPF\_Mère\_Diéma***

- Les mères apprécient les capacités techniques des ASC mais, à leur tour, les ASC ne se sentent pas toujours confortables avec les matériels mis à leur disposition :

Dans la prise en charge des maladies par l'ASC, la majorité des répondants qui ont eu des interactions avec les ASC ont été satisfaits dans les prestations :

***"L'autre jour quand mon enfant est tombé malade, mon mari est allé appeler l'ASC. Quand on est allé le voir il a piqué l'enfant ensuite il a pris son poids. Il l'a examiné avec un appareil avant de donner les médicaments. L'enfant avait la diarrhée, le vomissement et de la fièvre. C'est mon mari qui a payé et l'enfant est guéri. Nous avons eu satisfaction." EI\_Mère\_VSASCPF\_Yorosso***

Pourtant, les ASC eux-mêmes pensent que les matériels qu'ils utilisent ne mettent pas la population en confiance. Ils réclament des stéthoscopes au lieu des compteurs de fréquence respiratoires:

***"Les gens n'ont pas Confiance à cet appareil, si toute fois nous pouvons avoir le stéthoscope car certains disent même que nous n'avons pas consulté les enfants." EI\_ASC\_SPF\_Diéma***

Dans les rares cas où les insatisfactions ont été rapportées, les points évoqués ont surtout porté sur des services promis mais non honorés par l'ASC. Il s'agit surtout des mères d'enfants de moins de cinq ans des villages satellites où l'ASC doit faire des sorties hebdomadaires. Ces programmes de visite ne sont pas souvent respectés.

***"Ses prestations ne répondent pas à nos aspirations car il nous réclame le prix du carnet de vaccination il doit venir ici chaque semaine, mais ne le fait pas. Il ne nous***

*donne pas aussi les aliments contre la malnutrition; il nous faut aller jusqu'à... on ne le voit ici qu'en cas de vaccination.* " EI\_Mère\_VSatPF\_Yorosso

- La perception de service de qualité par les bénéficiaires tient beaucoup compte des capacités relationnelles du prestataire :

Pour les mères d'enfants de moins de 5 ans ayant participé à cette étude au niveau des quatre districts, un agent qui fournit un service de qualité doit être disponible, être attentif, rester à l'écoute des patients et prescrire des traitements efficaces :

*"Les critères déterminant pour les soins de santé de qualité sont: Suivre correctement la posologie du médicament, le médecin doit être attentif et poser des questions au patient et être souriant aussi."* EI\_Mère\_VSASCPF\_Diéma

*"Il se rend utile à beaucoup de choses comme pour apporter les soins et il n'est pas hautain. S'il lui arrive de se déplacer et qu'on l'appelle, il revient aussi tôt pour servir valablement. Il organise aussi des séances de causerie régulièrement..."* EI\_Mère\_VSASCPF\_Yorosso.

*"I: Il est patient ; il soigne bien et fait des références à Djidian ou Kita."* FGD\_Mère\_VSASCPF\_Kita

- La population a du mal à admettre qu'un agent de santé ne soit pas en mesure ni de donner des injections, ni de soigner les adultes :

L'ASC n'est toujours pas perçue comme un vrai prestataire de santé, car pour la plupart des habitants en milieu rural, tout agent doit être en mesure de faire des injections. De ce fait, la limitation du paquet des ASC en ce sens est souvent perçue comme une incompétence :

*"Pas de piqûre ni d'accouchement. Or les villageois préfèrent la piqûre. Ils nous disaient que nous ne sommes pas docteurs et certains refusaient de me montrer leur malade. Dès que je leur dis que je ne suis pas autorisée de faire quelque chose, ils s'énermaient; à part ça, plus rien."* EI\_ASC\_Démissionnaire\_Sikasso

*"Les premières difficultés à l'arrivée des ASC étaient cela : les gens pensaient que quand l'agent ne fait pas d'injections cela veut dire que ce n'est pas un bon agent. Le problème est simplement cela sinon ce n'est pas un problème de coût ni d'efficacité. Mais simplement quand ces soignants alternatifs viennent, les gens vont chez eux et reçoivent des injections. Donc pour eux, ils pensent que c'est bien."* EI\_DTCPF\_Kita

*"Il ne fait pas d'injection et ne traite pas les personnes âgées."* FGD\_Mère\_VSASCPF\_Kita

Toutes les communautés bénéficiaires de l'approche SEC pensent que le paquet de l'ASC doit s'étendre à la prise en charge de la maladie des adultes comme les injections, perfusion, petite chirurgie, pansement :

*"...mais pour les grandes personnes, surtout pour les femmes par exemple, si une femme tombe malade la nuit, l'ASC ne peut pas la soigner, il faut qu'on l'amène à Djidian ou à Kita." FGD\_Mère\_VSASCPF\_Kita*

*"C : La prise en charge des adultes est un obstacle, car l'ASC soigne seulement les enfants." FGD\_Mère\_VSASCPF\_Kita*

*"Les préoccupations des populations qu'on doit prendre en compte c'est de permettre à l'ASC de faire les injections, même s'il ne prescrit pas mais l'autoriser à continuer le traitement donner par son DTC. Aussi si l'ASC peut intervenir dans le domaine de la vaccination également en sensibilisant la population à l'avance afin que les gens accordent assez d'importance à l'événement." EI\_DTCMP\_Bougouni*

Certains témoignages expriment implicitement une certaine déception des acteurs communautaires par rapport à la restriction des services offerts par les ASC, à laquelle certains ne s'y attendaient pas :

*"...À cela s'ajoute aussi le problème du paquet des SEC ; si on pouvait l'étendre parce que la communauté comme au départ n'a pas été bien impliqués, elle pense que l'ASC pouvait offrir tous les paquets, toutes les activités de santé c'est-à-dire les perfusions, les injections. Maintenant, comme cela ne concerne pas les ASC, ça été aussi un problème." EI\_DTCPP\_Bougouni*

Même les soignants alternatifs reconnaissent l'importance de l'ASC dans la santé communautaire. Ils ont exprimé le bien fondé d'un élargissement éventuel du paquet de services offerts par les SEC :

*"... les adultes aussi tombent malades il faut qu'il puisse s'occuper aussi des adultes, mais s'il n'est pas autorisé à faire quelque chose il ne pourra pas le faire." EI\_SA\_Tradithépeute\_Diéma*

- Bien que rares, les reproches exprimés par les représentants communautaires à l'encontre des ASC sont parfois sévères

Certains membres de la communauté, pas la majorité, ont formulé des reproches à l'encontre des ASC. Certains leur reprochent de ne travailler que 18 jours par mois. D'autres font très peu de consultations. Certains sont très peu autonomes. Pour d'autres le problème est celui de s'intégrer au sein de la population qui les accueille. Certains des propos qui suivent sont très sévères :

*"Le départ de l'ASC est dû à un conflit entre lui et les villageois à cela aussi il faut ajouter le manque de patience des ASC, il y a certains qui sont intolérants avec les villageois. " TRYADE ASACO DJIDIAN*

*"La majeure partie est bien mais le point faible c'est le nombre de jours de travail de l'ASC. Il ne travaille pas le vendredi, le samedi, le dimanche. C'est MCHIP qui doit intervenir pour ça mais cela n'est pas le cas. Il travail 18 jours sur 30." DYADE ASACO A KOURI (YOROSSO)*

*"L'ASC doit chercher les malades dans le village mais ce n'est pas le cas ils ne se déplacent jamais raison pour laquelle les relais sont fâchés après eux*

*B Oui car il y a plusieurs ASC qui ne savent pas pourquoi ils sont venus.*

*A Comme l'autre l'a dit le défaut vient des ASC.*

*B Ce que moi je ne comprends pas, il y a des ASC qui ne dépassent pas 10 consultations par mois." DYADE ASACO A KOURI (YOROSSO)*

#### **5.2.5. Les activités d'éducation et de communication en place**

- Les rassemblements des femmes constituent les occasions les plus propices pour les ASC de transmettre les messages de sensibilisation

Afin de sensibiliser la population sur les activités dont ils ont en charge d'exécuter, les ASC profitent souvent des attroupements au niveau de leur site. Selon certaines mères d'enfants de moins de 5 ans ayant pris part à cette étude, l'ASC de leur localité donne des informations de façon hebdomadaire à travers des regroupements ou profite des séances de consultation pour sensibiliser les femmes.

*"C'était lors de nos regroupements qu'il nous donnait les informations. C'était une fois par semaine. Les femmes qui viennent pour la consultation aussi ont de l'information avec l'ASC. " EI\_Mère\_VSASCPF\_Yorosso*

Par ailleurs, il ressort de cette étude que les tontines des femmes sont des lieux appropriés pour les ASC pour sensibiliser les femmes de la communauté sur la santé voire les services qu'ils offrent.

*"De nos jours, beaucoup de gens vont chez elle, car elle est compétente selon eux, elle traite les maladies et ses soins sont adaptés à la demande de la population. Elle est partie chez nous lors de notre tontine et nous a donné des informations sur l'hygiène, assainissement, les symptômes et la prévention de certaines maladies telles que le paludisme et autres et cela a plu aux femmes, car les conseils qu'elle donne sont bénéfiques aux femmes et permettent d'éviter plusieurs maladies. Moi je suis vieille donc je ne vais pas chez elle. C'est à travers les gens que j'apprends les informations sur ses activités."*

- Les causeries lors des visites à domicile sont moins utilisées. Pourtant, elles semblent être très efficaces :

Les ASC, avec l'aide des relais, sensibilisent les populations lors des causeries et surtout

lors des activités de visites à domicile qui étaient faites par les relais pour expliquer le contenu des SEC aux familles. Lors de ces visites les ASC expliquaient aux gens les avantages des SEC.

***"Aussi lors de mes causeries je faisais des sensibilisations et lors des visites à domicile avec l'appui de mes deux relais. C'est vraiment efficace."***

EI\_ASC\_VMF\_Diéma

Les ASC n'étaient pas les seuls à chercher à informer la population, la population elle aussi cherchait à s'informer. Les consultations chez l'ASC étaient l'occasion mis à profit par les femmes pour avoir des informations relatives à la santé maternelle et infantile. Ainsi, les ASC constituent une référence pour la population en matière d'information sur la santé.

De leur constat, les ASC même sentent tout l'engouement de la population par rapport à leur paquet. Les mères ont surtout manifesté beaucoup d'intérêts sur le suivi et les soins donnés aux nouveau-nés, les visites à domicile, la prise en charge des maladies qui touchent le plus les enfants de moins de 5 ans, les causeries avec les femmes, la sensibilisation pour le changement de comportement, l'hygiène et l'assainissement.

***"Chaque semaine elle vient et parle avec les femmes enceintes et rend visite à celles qui ont nouvellement accouché."***

EI\_Mère\_VSatPF\_Diéma

***"Ses causeries ont servi à faire comprendre aux femmes beaucoup de choses."***

EI\_Mère\_VsatMF\_Yorosso

***"Elle fait des causeries aux femmes pour expliquer l'espacement des naissances. Moi je suis vieille et ne peut pas dire quelque chose de la PF. Je sais que ses causeries sont efficaces, car les femmes ont compris la PF. "***

EI\_SA\_traditerapeute\_Bougouni

### **5.3. Sur les facteurs liés aux ASC et à leurs conditions de travail**

#### **5.3.1. Le profil des ASC**

- Certains répondants pensent qu'une femme ASC n'est pas aussi efficace qu'un homme :

Il ressort de ces travaux d'analyse que la communauté est très regardante sur le genre du prestataire, et cela en se basant sur la rupture fréquente de médicaments chez l'ASC :

***"B L'ASC homme est meilleur que l'ASC femme car les femmes nous causent beaucoup de problème. L'homme est meilleur car la femme mariée va toujours chez son mari. Elle n'est jamais sur son site régulièrement"***. Dyade Asaco A Kouri (Yorosso)

Beaucoup de participants à cette étude estiment, qu'il serait nécessaire d'avoir deux ASC de sexe différent sur le même site en vue d'améliorer la communication entre la population et les prestataires :

*"La venue de l'Agent de Santé Communautaire nous a beaucoup aidés dans le traitement du paludisme. Cette maladie constituait un problème majeur et qui nous dérangeait beaucoup. L'ASC est d'un grand apport en matière de santé infantile. Cependant nous souhaitons qu'il y ait un couple d'agents c'est-à-dire une femme en plus du monsieur afin de nous permettre de communiquer plus librement entre personne de même sexe".*

*"C : Nous voulons qu'elle soit secondée.*

*D - Un homme, ce n'est pas facile pour une femme de faire les courses car il y a très souvent rupture de stock."Extrait\_FGD\_Mère\_VSASCPF\_Kita*

- Les ASC ne sont pas originaires des villages qu'ils servent, ce qui a rendu leur adaptation difficile :

Un problème qui transparait à travers les discussions est le fait que l'ASC n'est généralement pas ressortissant de la zone dans laquelle il est affecté comme cela est le cas avec les relais. Ceci explique le fait que plusieurs ont soulevé des problèmes de logement, de nourriture, de transport et d'assurance médicale. Certains comme cet ASC démissionnaire sont des citoyens.

*"Quelqu'un qui est habitué à vivre en ville, s'adaptera très difficilement en brousse d'autant plus qu'il y a un problème de nourriture. Aussi les parents se disent que leur enfant travaille, or la motivation est minime." EI\_ASC\_Démissionnaire\_Sikasso*

*"Elles ont honte de venir parce que je suis homme, il y a un problème de langage. Parce qu'on est obligé de passer par le biais des relais." EI\_ASC\_VSMF\_Diéma*

Plusieurs récits ont rapporté les conditions de vie difficiles des ASC dans les villages. Cela comprend entre autres l'absence d'assurance médicale. Les propos sont certainement exagérés, cependant des inquiétudes sur les conditions de prise en charge des ASC sont réelles :

*"Il y a plusieurs ASC qui sont décédés dans les villages à causes des maladies. Les conditions de traitement des ASC sont mauvaises." EI\_ASC\_Démissionnaire\_Sikasso.*

Des problèmes de nourriture ont également été rapportés, s'expliquant probablement par le fait qu'ils ne sont pas originaires de leur zone d'affectation et ne sont donc pas impliqués dans des activités agricoles comme les autres villageois

*"La seconde fois je suis tombée malade et que je suis venue au CSRèf, on m'a dit que c'est la malnutrition." EI\_ASC\_Démissionnaire\_Sikasso*

Certains ASC ont même fait face à une certaine hostilité des villageois. Les populations bénéficiaires du programme n'ont pas toujours regardé d'un bon œil l'approche du projet et en cela des difficultés n'ont pas tardé à faire jour lors des phases d'application de terrain. Cette mauvaise perception de l'approche n'a pas facilité l'installation des ASC dans leur village respectif comme prévu dans le processus de mise en œuvre. D'abord, le manque ou le faible niveau d'implication de la communauté et des autorités locales lors de la mise en œuvre a été un obstacle à l'installation de certains ASC. Il s'est trouvé que dans certaines localités, les ASC étaient plutôt perçus comme des agents de projet et dans d'autres la communauté avait tout simplement refusé l'installation de l'ASC, parce qu'elle pensait que c'était quelque chose qu'on voulait leur imposer.

*"Je dirai aussi qu'au départ même pour l'installation des ASC, les communautés n'étaient pas impliquées. On leur a dit que leur rôle c'est seulement de recevoir l'ASC. Donc la plupart de mes ASC n'avait pas de local on les a installés à tort et à travers. C'est après qu'on a fait des sensibilisations pour qu'elles puissent avoir un local, pour la prise en charge... Dans mon aire il y avait un cas : un site qui refusait complètement l'installation de l'ASC. L'ASC a fait plus de 3 mois au sein du CSCOM. Au réveil chaque matin, il partait pour ses activités mais il n'avait pas de local, parce que c'était mal compris. Les populations pensaient que c'était quelque chose d'imposée, une charge." EI\_DTCCP\_Bougouni*

*"Au préalable, ces ASC étaient considérés au village comme les envoyés de SAVE, ce n'était pas clarifié au départ. Eux-mêmes ne savaient pas qu'ils relevaient du CSCOM. Ils s'en fichaient du DTC qui était mis à côté. Bref, les choses n'étaient pas vraiment expliquées de façon claire." EI\_DTCMP\_Bougouni*

Ces difficultés ainsi rapportées, portent à croire que la stratégie de communication utilisée autour de la mise en œuvre n'a certes pas produit l'effet escompté. Cependant, il est important de noter que ces problèmes évoqués, étaient plus fréquents dans le district sanitaire de Bougouni qu'ailleurs.

### **5.3.2. La compétence des ASC**

- Il est bien connu que les ASC respectent mieux les procédures par rapport aux DTC ; pourtant les DTC pensent le contraire :

Il s'agit surtout de la prescription massive d'antipaludique par les prestataires qui s'explique par la non observation du test de dépistage rapide du paludisme. A défaut, les agents de santé sont tentés de prescrire ces produits pour ratisser large. Mais selon cet agent du CSRéf, ce problème se situerait surtout au niveau des DTC que les ASC, tendance déjà évoquée par l'enquête LQAS :

*" Il y a beaucoup de DTC qui ne font pas de test de dépistage rapide, si tu ne fais pas le test, tu es tenté de prescrire les antipaludiques et antibiotiques pour ratisser*

*large. Sinon au niveau des ASC, généralement ces médicaments sont prescrits après le test.*

*Ce sont des produits de la gratuité. Mais les antibiotiques sont payants et puis les malades n'ont pas d'exigences par rapport à ce qu'on doit faire." EID\_Agent du CSREF\_Diéma*

La majorité des DTC prétendent que les ASC qui relèvent de leur aire de santé n'ont pas maîtrisé leur paquet.

*"Le défi c'était d'accompagner l'ASC pour maîtriser leur paquet." EI\_DTCMP\_Diéma*

### **5.3.3. Les conditions de travail des ASC**

- La motivation financière des ASC est irrégulière et insuffisante :

Beaucoup d'ASC se plaignent de l'irrégularité de leur motivation financière, qui selon leur dire peut être payé avec trois mois de retard. Cette plainte est légitimée par d'autres acteurs, par exemple les DTC, qui confirment que le montant de la motivation des ASC est très faible. L'insuffisance de la motivation et le retard de paiement figurent parmi les principales causes de démission des ASC. D'abord, tous les intervenants, sans exception, sont unanimes que la rémunération des ASC est relativement basse. En plus de l'insuffisance, les ASC pouvaient percevoir leur motivation avec un retard énorme, souvent trois mois de retard. Ce constat est partagé par la quasi-totalité des ASC, et les démissionnaires de surcroît.

*"Les ASC abandonnent car manquent de motivation puisqu'on pouvait faire 3 mois sans recevoir nos motivations, toutes mes charges étaient contenues dans celles-ci. Or, ils ont été clairs dès le départ que le village ne nous doit rien. Ils nous ont même dit de ne pas appeler notre motivation salaire. Quelqu'un qui est habitué à vivre en ville, s'adaptera très difficilement en brousse d'autant plus qu'il y a un problème de nourriture. Aussi les parents se disent que leur enfant travaille, or la motivation était minime pour nous même à plus forte raison pour d'autre." ASC\_Démissionnaire\_Sikasso*

Cet avis est généralement partagé par leurs superviseurs :

*"L'une des graves entraves de votre projet est la présence massive des femmes et la motivation est faible, il faut le dire. Etant donné qu'un homme part travailler en brousse et qu'il n'a que 30.000 FCFA par mois, ça ne peut pas supporter les charges de sa famille et faire d'autres réalisations. Vraiment il faut revoir cette fameuse motivation là et cela permettra même au DTC de faire certaines pressions, car l'ASC se dira que s'il ne fait pas bien son travail, il le perdra qui est pourtant important pour moi. Il se comportera correctement. Il n'est pas aussi facile de gérer les dames. Les hommes ne peuvent pas travailler dans ces conditions, or les dames*

*sont prises en charge par quelqu'un d'autre en plus de leur salaire."*  
EI\_DTCMP\_Bougouni

Les ASC vivent souvent dans la précarité : beaucoup affirme qu'ils ont de la peine à se nourrir et à se soigner correctement. Les témoins recueillis nous enseignent que les ASC bénéficient à peine d'une assistance en cas de maladies. Les récits illustratifs sont parfois choquants:

*"J'ai de bons rapport avec mon relais mais le DTC est mauvais, c'est la raison de mon abandon de boulot. Je suis tombée malade, mon DTC n'a pas daigné venir me voir, les villageois ont eu la gentillesse de m'emmener au CSCOM et il m'a écrit une ordonnance de 20.000f et ne m'a même pas fait une faveur, l'argent est venu de Bamako pour que j'achète mes produits alors lorsque je suis guérie j'ai abandonné le travail. Le DTC refuse de verser l'argent des médicaments à l'ASACO, c'est la raison de la rupture des intrants à chaque fois. Les populations refusent de venir aux traitements s'il n'ya pas de médicaments, et c'est normal ! Je marchais à une distance de 8km pour aller dans mon aire de santé par manque de moyen de transport. Le problème entre moi et mon DTC a été expliqué au médecin chef lui-même m'a donné 5000f pour que je puisse manger et retourner à mon site. La seconde fois je suis tombée malade et suis venue au CSRèf, on m'a dit que c'est la malnutrition.*

*Il y a certains ASC dont leurs maris refusent qu'elles aillent très loin, d'autres ASC souffrent des conditions pénibles dans le travail, il y a plusieurs ASC qui sont décédés dans les villages dû aux maladies, les conditions de traitement des ASC sont mauvaises, les DTC n'ont pas pitié des ASC, parfois en emmenant le rapport au centre, le DTC après plusieurs distances parcourues n'est même pas capable de l'inviter à partager son repas. Si quelques bonnes conditions sont réunies pour l'ASC ça irait mieux tels que les moyens de déplacement. Comme avantage j'ai eu des connaissances."*ASC\_Démissionnaire\_Sikasso

- Il n'est pas rare que les ASC femmes soient victimes de harcèlement moral et/ou sexuel de la part de leur DTC de tutelle ou de la part des villageois ou coordinateurs de projet

C'est cette situation qui a poussé certaines d'entre elles à la démission. Il est ressorti plus d'une fois des résultats de cette étude que les ASC femmes ont refusées les avances de leur hiérarchies en occurrence DTC, personnes influentes au niveau de leur village de résidence où elles assistent à un sabotage de leurs activités par ces derniers parfois avec la complicité du superviseur du projet. Ce phénomène est constaté dans beaucoup de districts où l'approche a été mise en œuvre.

*"Tous les DTC et le superviseur sont mauvais, ils cherchent à vivre avec les ASC et lorsque nous refusons, c'est la mésentente ! "*ASC\_Démissionnaire\_Sikasso

*"RB : Au niveau des ASC enfin il y a un dernier obstacle qui est là qui les concernant, c'est la nature de la personne elle-même. Il y a des ASC qui ont des problèmes parce que ce sont des femmes qui sont dans la communauté, elles sont souvent harcelées par des hommes au niveau des villages et si ça ne marche pas ce sont des propos diffamatoires à son encontre qui font que les gens n'ont plus envie d'avoir accès aux services de l'ASC..."*

*RA : Oui ce que je voulais évoquer il l'a déjà évoqué dans ses derniers propos. Dans notre District Sanitaire ici, 80% de nos ASC sont des femmes, des jeunes femmes qui ne sont pas mariées ; même celles qui sont mariées sont déjà confrontées à ce problème d'harcèlement. Il nous est même arrivé de changer le site de certains ASC pour pouvoir résoudre ce genre de problème ; surtout si tu as à faire à un fils du chef de village ou avec un relais, quand ça marche ça va et si ça ne marche pas ce sont des personnes influentes de la communauté ils peuvent mobiliser tout le monde contre toi et puis la fréquentation ça sera difficile pour toi..."*  
Dyade\_Agent\_Projet\_Bougouni

#### **5.3.4. La collaboration des ASC avec les autres acteurs**

- Il y a généralement une bonne collaboration entre les relais communautaires et les ASC :

Il a été rapporté à plusieurs reprises que les relais aident beaucoup les ASC lors des campagnes de sensibilisation, l'identification des cas à prendre en charge comme les enfants malnutris,. Ils le disent eux-mêmes et plusieurs acteurs furent témoins de cela :

*"Le relais m'aident dans les causeries, la sensibilisation, le VAD et les relais font le tour du village observent dans les familles si les enfants sont en bonne santé et ceux qui ne le sont pas les envois chez moi pour les traiter et surtout pour la PF."*  
EI\_ASC\_SPF\_Diéma

*"C'est les relais seulement qui étaient impliqués dans notre travail parce que lors des formations, on a dit que nous devrions collaborer avec les relais. C'est eux qui font la sensibilisation."*  
EI\_ASC\_Démissionnaire\_Kayes

Les ASC ne sont pas les seuls à apprécier cette collaboration, les relais ne cachent pas leur satisfaction. Selon certains relais :

*"Entre relais et ASC il y a une relation de travail bien solide, car l'information passe entre eux ils se tiennent au courant des choses du village. Entre ASC et CSCOM. L'ASC donne une fiche au malade en cas de complication pour partir au CSCOM. C'est l'ASACO qui donne l'autorisation pour placer les relais dans le village*

*B Les relais sont satisfaits du travail qu'ils font avec ASC. CSCOM. Et ASACO et sont en bon terme de travail et ont une bonne communication entre eux".*  
Dyade\_Relais\_SASCMC\_Kita

L'absence de problèmes dans la collaboration entre ASC et relais est certifiée même par les ASC démissionnaires : en effet un ASC démissionnaire s'exprime en ces termes :

***"La relation qui nous unissait, c'était la collaboration de travail, mon DTC était mon superviseur et l'intermédiaire entre l'ASACO et moi pour mon approvisionnement en médicaments. Les relais m'ont toujours accompagné. Il n'y avait pas de problème dans notre collaboration et il y avait une parfaite entente entre nous "*** EI\_ASC\_Démissionnaire\_Kayes

Néanmoins, il y a lieu de noter des notes discordantes ont été relevées. L'échantillon des villages retenus a été stratifié selon la qualité de la collaboration entre les relais et les ASC. D'une manière générale, quand la collaboration entre les deux acteurs a été jugée comme étant mauvaise, les propos relevés fustigent l'attitude des ASC. Dans ces cas, il est reproché aux ASC de refuser de collaborer, d'être incompetents, de ne pas se rendre au niveau des villages satellites. Certains relais ne voient pas une complémentarité entre leurs activités et celles des ASC. Ils affirment qu'ils sont préférés aux ASC :

***"A Ici tout le monde a une préférence pour les relais comparativement à l'ASC parce qu'elle a ignoré notre village..."***

***B Il n'ya pas de relation de travail entre nous, l'ASC ne vient pas chez nous et nous aussi nous préférons aller nous soigner au Cscm de Lattakaf. On ne parvient pas à faire face à la faible utilisation des SEC parce que l'ASC et le Cscm ne se sont jamais intéressés à notre village. Nous ne connaissons même pas la couleur de l'ASC. On sait seulement qu'elle est une femme..."***

***B Ici, les gens n'ont pas confiance à sa méthode de traitement, elle est inefficace, incompetente..."***

***Il y a un problème de planification familiale ici à Madiga Kounta à cause de son mépris pour nous. Il faut voir depuis son arrivée au village de kola cette femme ASC n'est jamais venue nous rendre visite et d'ailleurs elle ne nous considère même pas."*** DYADE RELAIS MADIGA KOUNTA Mauvaise collaboration

Il est arrivé que certains sites classés dans la catégorie où l'on note une mauvaise collaboration entre ASC et relais, que le propos des interlocuteurs fasse penser que tout était dans le meilleur des mondes. Il est probable que dans ces cas, les répondants n'aient vraiment pas dit aux assistants de recherche ce qu'ils pensaient vraiment. Il pourrait aussi s'agir d'une appréciation non conforme à la réalité de la part des superviseurs qui ont fait la sélection:

***"Les relais sont satisfaits du travail qu'ils font avec les ASC. CSCOM et ASACO et ils sont en bons termes de travail et ont une bonne communication entre eux".***  
Dyade\_Relais\_Yirimalo, Dafela

- En général, il se trouve que ces relais communautaires sont souvent démotivés :

Contrairement aux ASC, les relais travaillent volontairement et ne perçoivent pas de récompense financière.

*"On demande de motiver les relais ne serait-ce qu'en les aidant à cultiver leurs champs quelle que soit la nature. Mais on n'a aucun relais qui soit motivé par son village, il n'y en a pas ! Si les motivations doivent se limiter qu'à des formations de deux ou trois jours et leurs donner 2000 ou 3000 f je pense que c'est un problème. Sinon on a des relais qui ont vraiment le niveau mais en réalité c'est ça ils ne sont pas motivés !" EI\_DTCPP\_Kita*

Certains relais ont fait part de leur frustration. Ils considèrent qu'ils sont moins considérés que les ASC. Ils ne sont pas payés alors que les ASC le sont.

*"Je ne suis pas payé, on ne nous considère pas souvent au village mais cela ne m'empêche pas d'aider les ASC. " Entretien Individuel avec le relais de Kassela (Bougouni) Mauvais collaboration*

- Les soignants traditionnels ne veulent pas faire le premier pas pour établir le cadre de collaboration avec les ASC,

En effet ces prestataires pensent que, pour des raisons culturelles, ils ne sont pas bien placés pour lancer les bases des liens de collaboration entre eux et les ASC. D'autres, en revanche n'ont pas cherchés à établir une relation de collaboration avec les ASC. En général, les soignants alternatifs s'intéressent peu aux services offerts par l'ASC, mais s'informent sur les activités menées par ces derniers à travers les rumeurs. Cependant, ils affirment référer aux ASC les cas de maladies qu'ils jugent compliqués, et assurent la prise en charge des cas moins graves. De ce fait, une bonne collaboration entre les ASC et les soignants alternatifs pourraient contribuer à rehausser le niveau d'utilisation des SEC.

*"Moi je ne collabore pas avec elle (ASC), lorsque les femmes emmènent leurs enfants et que je vois que la maladie dépasse mes compétences, je les dis d'aller chez l'ASC. Je suis ravie de sa présence ici, car les maladies que je ne peux pas traiter seront traitées chez elle." EI\_SA\_tradithérapeute\_Bougouni*

*"Non il n'y a pas de collaboration entre moi et ces gens. Chacun fait son travail, les liens de collaboration existent dans certaines localités mais pas ici si on le fait c'est bien mais on ne l'a pas fait...on n'a pas encore eu cet esprit sinon ça nous aiderai beaucoup. Parce qu'il ne peut pas remédié à certaines situations donc on peut s'entraider en ce sens. Je sais que de mon côté ce n'est pas comme de l'orgueil ou autre chose mais seulement si on ne se dit pas certaines choses tu ne peux pas te lever et demander à un tel de collaborer avec toi celui-ci fait les injections, celui-là est le soignant celui-là est le cueilleur de plantes, celui-ci écrit etc. S'il t'invite tu y*

*vas ou bien s'il te demande quelque chose que tu connais forcément tu le lui dis vous-vousentraidez."* EI\_SA\_Tradithérapeute\_Diéma

Le manque de collaboration entre les soignants alternatifs et les ASC, remonte à la mise en œuvre l'approche des SEC qui n'a pas tenu compte de la présence des soignants alternatifs dans certaines localités. Selon certains soignants, ils n'ont pas été associés par les autorités à la mise en place des ASC.

*"La mise en œuvre de la stratégie des SEC n'a pas pris en compte notre présence car nous ne collaborons pas. Elle est là, ce sont les autorités qui l'ont emmené, alors nous ne collaborons pas."* EI\_SA\_Vendeur ambulant\_Yorosso

## 5.4. Sur la disponibilité des outils et les intrants nécessaires

### 5.4.1. Disponibilité et adéquation des outils et matériels de travail

- Les outils de gestion utilisés par les ASC dans leur travail quotidien sont compliqués :

Des difficultés de remplissage des outils de gestion ont été évoquées aussi bien par les DTC que par les ASC. Toutefois, il ressort que le rôle de la supervision est capital et qu'il faut beaucoup de patience aux superviseurs pour l'encadrement des ASC à l'utilisation des outils.. Si le rôle de superviseur est bien joué par le DTC, les ASC pourront maîtriser l'utilisation des supports :

*"Si on détecte que l'ASC a des insuffisances on se programme. On fait une petite formation. C'est toujours l'appui formation et conseil l'autre c'était au niveau du counseling, comment se déroule le counseling éducatif. L'autre lui est nouvellement venu sinon l'ancien qui était là sait comment faire le rapport comment corriger les insuffisances au niveau du remplissage des rapports. Décembre 2012, c'était juste une journée et je vois l'évolution le mois prochain s'il y a des insuffisances je regarde l'ASC jusqu'à ce qu'il s'améliore. "* EIK\_DTC1\_BALEA

*"4.1 La supervision formative on partait voir la manière de remplissage des supports, la prise en charge des enfants comment l'ASC le fait ; après la supervision."* EI\_DTC\_ZANTIEBOUGOU

*"4.4 Le point forts est que le remplissage des fiches est bien fait. la compétence des ASCS est acquise."* EIY\_DTC11\_KOUMBIA

*"Des projets, j'ai bénéficié de beaucoup de choses parce que j'ai été formé. Ca m'a permis aussi de corriger certaines lacunes dans le remplissage de certains supports."* EIY\_DTC\_GOUELE

*"Au début le remplissage des registres n'étaient pas bien fait, mais maintenant il y a amélioration"* EI ASC VILLAGE LEKOURAGA

*"E : Les gens de Save vont regarder nos registres, vos cahiers de PF, de causerie, et rectifient vos erreurs.*

*H : Ils corrigent les erreurs et nous donne des explications sont les points forts."* FGD  
ASC DE YOROSSO

- Quand les ASC ont des difficultés de remplissage des outils, ils sont parfois considérés comme incompetents :

Certains ASC ne pouvaient pas correctement remplir leurs fiches d'activité, et d'autres n'avaient pas aussi la maîtrise des techniques qui leur ont été enseignées. Les superviseurs s'expriment sur les termes suivants :

*"Pour les points faibles, on constate souvent que les techniques ne sont toujours pas maîtrisées par l'ASC, vraiment il faut le dire... - Il y a beaucoup d'insuffisance à ce niveau, les fiches ne sont pas bien remplies comme on le dit et que le suivi de l'enfant n'est pas fait à hauteur de souhait. Dans la plupart des cas, l'ASC a du mal à remplir ces fiches. Il faut qu'on pense à ce côté et qu'on fasse des efforts pour qu'il y ait des améliorations."* EI\_DTCMP\_Bougouni

- Le vélo dont les ASC ont été dotés comme moyen de déplacement n'est pas très approprié aux réalités du terrain :

Beaucoup, estiment que les distances sont difficiles à parcourir en vélo. L'acquisition d'un moyen de transport adéquat est une doléance formulée par plus d'un ASC :

*"Le problème de référence avec la présence de signes de danger, le moyen de déplacement n'est pas adapté à la réalité du terrain; la dotation des médicaments, l'accessibilité pendant l'hivernage."* EI\_DTCPP\_Diéma

Il est à noter que la majorité des ASC sont des femmes et surtout venues des milieux urbains et par conséquent, elles ne sont pas du tout confortables avec cet engin :

*"Les difficultés que j'ai sont les moyens de déplacement, si le vélo pouvait être remplacé par une moto ce serait bien, car il y a des urgences pour lesquels je ne peux pas être rapide à cause du vélo. Le salaire des ASC est peu (30000f par mois). Je ne suis pas satisfait. L'argent est peu par rapport au travail."*  
ASC\_Démissionnaire\_Sikasso.

#### **5.4.2. Disponibilité des intrants et des médicaments**

- Les ruptures de stock chez les ASC est une réalité, à la fois au niveau des CSCOM et des sites ASC:

Si les stratégies ont prévu l'approvisionnement de l'ASC par les CSCOM, sa mise en œuvre n'a pas suffisamment pris en compte la rupture face à laquelle ceux-ci peuvent être confrontés. Ainsi, les ASC subissent la répercussion des ruptures au niveau des CSCOM. D'après plusieurs témoignages, la rupture des intrants est devenue une grande

préoccupation de la population :

*"Souvent il y a rupture d'intrants, les gens sont obligés, d'attendre l'ASC pour qu'il aille prendre des médicaments. "* EI\_Mère\_VSASCPF\_Yorosso

*"RA : les principales difficultés sont la rupture des intrants dans la prise en charge du paludisme et la malnutrition modérée en un mot les intrants sont gratuits parce que cette gratuité permet de pousser les communautés vers les ASC, si eux aussi connaissent une rupture ça pose problème."* Dyade\_Agent du Projet\_Sikasso

*"La préoccupation des DTC c'est la rupture des intrants, si on pouvait voir ce côté-là. Pour réduire la rupture des médicaments, il faut que ceux-ci soient disponibles au niveau DTC. "* EI\_DTCMP\_Diéma

Le traitement de la malnutrition aiguë fait officiellement partie du paquet de services offerts par les SEC. Pourtant, par manque d'intrants, beaucoup de sites ASC n'offrent pas cette prestation et se contentent de référer les enfants malnutris au CSCOM :

*"Les aspects qui doivent être renforcés c'est la prise en charge de la malnutrition, si on pouvait mettre une quantité d'intrants à leur disposition comme pour le palu, la diarrhée, des IRA pour qu'ils puissent faire la prise en charge totale à leur niveau. Pour le moment cette prise en charge est au niveau des CSCOM, alors que vu la distance entre..., c'est une quinzaine de kilomètre et ce n'est pas une ou deux fois, c'est jusqu'à ce que l'enfant revienne dans la bande verte ça demande beaucoup de tractations et finalement les femmes se découragent. L'enfant va finalement partir dans la bande rouge et c'est la mort qui s'en suit"* EI\_DTCMP\_Yorosso

- La faiblesse de la planification a été rapportée comme première cause des ruptures de stock :

Il semble que l'estimation des besoins ne se fait sur la base des besoins réels mais en fonction de la disponibilité du stock des intrants. Aussi les prévisions du Pays en matière de CTA et TDR n'ont pas été régulièrement satisfaisantes du fait qu'initialement la planification avait mis l'accent sur un financement du fonds Mondial qui n'a plus vu le jour. C'est pourquoi d'autres partenaires ont pris la relève. Ce qui a favorisé des ruptures au démarrage du processus de mise en œuvre des SEC.

*"Etant donné que c'est une nouvelle activité, on a mal estimé d'une part les besoins d'intégration des doléances des ASC au niveau des CSCOM et du District. Et d'autres part, le déficit d'implication des acteurs locaux autrement dit la parfaite communication entre le DTC et son ASC même dans ses moindres activités."* EI\_Agent du CSRèf\_Diéma.

- Quand les quantités sont insuffisantes, le CSCOM reste prioritaire et les sites SEC passent au deuxième plan :

En ce qui concerne les ruptures au niveau des sites ASC alors que les intrants sont disponibles au niveau du CSCoM, elles s'expliquent souvent par le fait que les DTC donnent la priorité au CSCoM et pensent que les sites ASC sont secondaires et qu'il faut mettre le focus sur le CSCoM lorsque les stocks ne sont pas suffisants. Certains DTC ne veulent pas que les ASC assurent la prise en charge des cas de malnutrition ou pensent que les besoins des ASC ne sont pas inclus dans leurs dotations.

*"Il y avait rupture et si on en fait la demande, il se trouve qu'il y a rupture chez eux aussi. A chaque fois que mon stock ne restait que peu, je lance la demande, mais hélas, mon chef de poste négligeait et me faisait faire chaque fois l'aller et retour. Il a même l'habitude de me dire qu'il ne me donne rien."*

EI\_ASC\_Démissionnaire\_Sikasso

- Parfois, les intrants sont disponibles aux niveaux supérieurs mais les problèmes de communication sont très fréquents :

Les superviseurs ont souvent constaté qu'il y avait parfois des ruptures de stocks de CTA, TDR et d'intrants de prise en charge de la malnutrition aigüe au niveau des sites ASC alors que les stocks étaient disponibles au niveau des CSRef, parfois au niveau des CSCoM. Il arrive quelquefois que les responsables régionaux pensent que les ASC se disant en rupture, ne le sont pas car les stocks livrés ne sont pas totalement utilisés eu égard aux données rapportées dans les rapports d'activités mensuels.

Beaucoup de répondants à notre étude ont rapporté le manque de communication entre les DTC, ASACO, les coordinateurs, et quand il y a rupture ils ne réagissent pas. Les propos de quelques ASC, avant que leur stock ne finisse ils font la demande à leur chef de poste mais sans réponse, souvent se déplacer même mais on les cache en retour en disant qu'il n'y a pas de médicament.

*"Pour minimiser la rupture des médicaments je pense que ça dépend des ASACO si réellement on prend en compte la consommation des ASC. Il n'y aura pas de rupture." DTC Sandjambougou*

## 6. DISCUSSIONS ET REFLEXION SUR LA DIRECTION FUTURE

### 6.1. Actions prioritaires – DANS L'IMMÉDIAT

- Rétablir la confiance de la communauté :

Il faudra instaurer des **mesures d'urgence pour résoudre les problèmes des ruptures de stock**. En effet, la disponibilité des médicaments au point de prestation constitue une condition *sine qua non* pour qu'un site soit réellement fonctionnel. Tous les autres efforts de plaidoyer, de renforcement de compétence et d'organisation sont en train d'échouer si, au moment où une mère amène son enfant malade voir l'ASC, ce dernier n'a pas des médicaments pour le traiter. En plus du découragement des populations bénéficiaire, ce

problème remet en cause l'utilité de l'ensemble des investissements sur les SEC. Parmi les problèmes prioritaires assez faciles à résoudre figurent le faible intéressement des DTC pour l'approvisionnement en intrants gratuits sans recouvrement de cout.

Etant donné les soucis exprimés sur la compétence des ASC, **le renforcement du rôle des DTC dans l'encadrement et le coaching** est impératif. Les grandes différences du niveau de compétence des ASC étant variable d'un site à un autre, l'instauration d'un système de d'encadrement taillé sur mesure est la plus pertinente, en donnant également les possibilités aux ASC performants à donner un encadrement par paires.

- Rétablir les conditions de travail des ASC :

Les problèmes liés au **harcèlement sexuel des ASC de sexe féminin** mis en évidence dans cette étude semblent être aigus et doivent être résolus avec diligence et avec professionnalisme. Les autorités administratives doivent être averties de façon appropriée pour qu'elles travaillent en collaboration étroite avec les autorités sanitaires et traditionnelles dans les villages. Cette collaboration permettra de trouver un dénouement juste et acceptables, ainsi que des solutions de prévention les plus efficaces et les plus pérennes possibles.

La reconsidération des **autres conditions de travail des ASC** doivent être sérieusement discuté au niveau local avec les ASACO. Ceci concerne par exemple les problèmes de logement, largement reportés dans cette étude.

- Faciliter le travail quotidien des ASC et des relais :

Pour leur permettre de se concentrer sur les aspects les plus importants de leurs activités, **les outils de travail des ASC et des relais devront être simplifiés** dans la mesure du possible.

## 6.2. Consolider les acquis -- A MOYEN TERMES

- Instaurer des stratégies plus agressives pour générer la demande de services :

La stimulation de la demande des services de l'ASC nécessite l'implication de plusieurs groupes et individus. Selon nos différents interlocuteurs il s'agira d'impliquer les relais communautaires, les groupements féminins, les autorités locales précisément les chefs de village et leurs conseillers. Il faudra développer une approche plus. Une meilleure **implication des autorités traditionnelles villageoises** a effectivement été suggérée par beaucoup de répondants à notre étude :

*"Les gens du projet, ils peuvent aller voir le chef du village pour qu'il dise aux gens d'aller chez l'ASC et la matrone."* EI\_SA\_Prestataire privé\_Bougouni

Afin de prendre avantage d'une large satisfaction des autorités villageoises et des familles déjà servies par les ASC, le programme des SEC doit développer des approches qui permettront aux **clients satisfaits de témoigner de leurs expériences** pour inciter les autres membres de la communauté à utiliser les services des ASC. Les foires de santé organisée par le projet MCHIP, présenté au Box 2, est un exemple de plate-forme permettant un témoignage des clients satisfaits en public. Pour des domaines techniques plus sensibles comme la PF, il ne serait pas très compliqué de concevoir des outils spécifiques et à faible coût, à l'exemple de petites cartes d'invitation à faire distribuer de façon discrète par des utilisatrices convaincues à leurs voisines et amies.

Le **support médiatique** à travers les radios locales et nationales serait d'un grand bénéfice pour atteindre une large audience et soutenir les efforts des acteurs locaux. Pourtant, afin de maximiser l'impact sur les changements de comportement, les communications à travers le mass-média doivent être systématiquement accompagnées d'efforts soutenus en communication de proximité. La plupart des partenaires de proximité : MCHIPet ICH Muskoka de Save the Children, la Croix Rouge Malienne qui appuient la mise en œuvre des SEC, ont élaboré et mis en œuvre des plans mefdia avec les radios de proximité pour la sensibilisation des populations par rapport aux SEC.

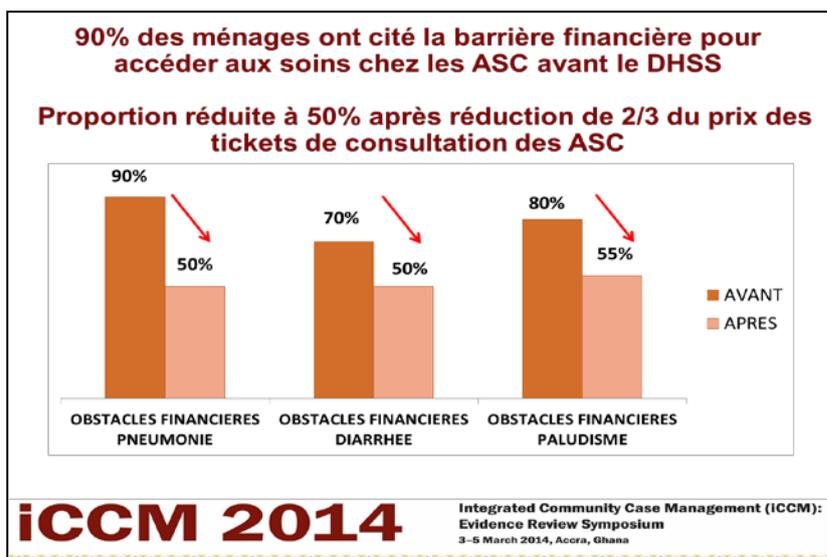
- Cibler spécifiquement les hommes et les belles-mères pour promouvoir la demande de services :

A la lumière des conclusions sur le processus de prise de décision au niveau familial, il s'avère nécessaire de développer des stratégies afin **de cibler spécifiquement les hommes et les belles-mères**. Etant donné que les mères ne possèdent pas toujours le pouvoir de décision dans les recherches de soins pour les enfants malades et pour les services de PF, des messages spécifiques devront être conçus, des canaux de communication pertinents identifiés et des outils appropriés développés afin de convaincre les pères de famille et les belles-mères à avoir prioritairement recours aux ASC pour les services de santé de la mère et de l'enfant.

*"Les hommes ! Car même si les femmes ont compris si les hommes ne sont pas impliqués les femmes ne partent pas."* Dyade\_Relais\_SASCBC\_Kita

- Continuer les initiatives visant à réduire la barrière financière aux services des SEC, tout en prenant des mesures pour assurer l'équité :

Depuis les enquêtes LQAS dans la région de Kayes (Kita et Diéma) où la barrière financière a été identifiée comme un des obstacles majeurs à l'utilisation, le coût de consultation des ASC a été réduit en Mars –Avril 2013 à 100 Francs. Comme présenté dans la Figure 3, une deuxième série d'enquête LQAS a montré que la barrière financière a été déclinée quand les districts ont décidé de réduire le prix des tickets de consultation chez l'ASC.



**Figure 3. Obstacles financiers exprimés par les familles avant et après la réduction du coût de consultation chez les ASC selon LQAS**

Extrait d'une présentation par le Dr Bogoba Diarra, Ministère de la Santé, Mars 2014.

Ces conclusions ont été confirmées par les témoignages lors de l'enquête qualitative :

*"B- Au début, la consultation était à 750 F, après 300, mais maintenant c'est à 100 F. Les gens commencent à aller massivement..."*

Dyade\_ RELAIS\_SASCBC\_Ki ta

De telles initiatives sont certes encourageantes. Pourtant, il faudra s'assurer à ce que ce soit les groupes les plus nécessiteuses qui prennent avantage des mesures prises. Dans certains sites, la communauté a pu mettre en place une caisse de solidarité pour faciliter la prise en charge des enfants les plus démunis. Il s'agit d'une initiative de mutuelle de santé mise en place par les femmes, leur permettant d'assurer le traitement de leurs enfants malades.

*"Les femmes donnent chaque vendredi 100 francs par femme pour que celles qui n'ont pas les moyens puissent dans cette caisse. Il y a des enfants qui tombent malades en absence de leur papa donc c'est la caisse qui gère tout cela. Vraiment les femmes m'aident beaucoup." EI\_ASC\_SPF\_Diéma*

*"Le changement est que les femmes ne partent plus ailleurs pour les soins, car l'ASC est arrivé dans leur village. Elles ont fait une caisse pour mettre de l'argent...La caisse aide beaucoup les femmes pour les soins chez l'ASC, et avoir assez de médicament." EI\_Mère\_VSASCPF*

Il sera aussi intéressant de faciliter l'accès au crédit aux ménages qui ne sont pas en mesure de faire face immédiatement aux coûts de traitement de leurs enfants malades parce que les femmes sont souvent financièrement dépendantes des hommes :

*"Nous sommes en brousse, les gens ne vont pas laisser le traitement parce qu'ils n'ont pas d'argent, ils prennent les médicaments à crédit et ils peuvent faire des fois*

*2 ans sans payer. C'est pourquoi nous referons les cas graves à Yorosso, même les enfants."*  
EI\_SA\_Matrone\_Yorosso

- Etablir un système de reconnaissance des acteurs et des membres méritants de la communauté :

Les répondants de notre enquête ont exprimé des niveaux très variables en terme de conviction, d'engagement et d'appropriation du programme. Dans ce contexte, **le rôle modèle qui puisse inspirer les autres est important**. Pour ce faire, il faut d'abord valoriser celui ou celle qui adopte un bon comportement ou qui prends une bonne initiative afin qu'il apprécie la valeur de son acte.

Les distinctions et reconnaissances données aux maires, aux ASC, aux leaders communautaires, et même aux familles et femmes bénéficiaires du programme MCHIP lors des foires de santé est un modèle prometteur (description dans le Box 3). À bien des égards, une foire de santé est un événement joyeux qui contribue à engager les acteurs communautaires. La conception de **version simplifiée de foires de santé**, intégrée et planifiée d'avance dans le cycle de programmation serait recommandable. Le but ultime étant de faire en sorte que les cérémonies de reconnaissance puissent marquer et célébrer la fin d'un cycle et le lancement d'une nouvelle vague d'efforts conjoints.

Il est également nécessaire de développer **un système plus simple et plus routinier qui puisse relayer ces festivités** afin de maintenir le momentum. A titre d'exemple, des cartes de remerciements signés par les DTC peuvent facilement être conçues pour les villageois qui ont aidé un enfant ou une femme référé par l'ASC à se déplacer vers le CSCom et ou le CSRéf. De même, un petit certificat symbolique pourra être octroyé à chaque enfant complètement vacciné avant un an pour marquer sa « première réussite » dans la vie.

## Box 2. Les foires de santé



Lors d'une investigation réalisée par le Projet MCHIP au Mali pour développer sa stratégie de communication, il a été mis en évidence que les femmes regroupées en associations et groupements trouvent l'occasion, au moins une fois par an de faire la fête pour se divertir en utilisant des habits uniformes et des mets en abondance.

Pour prendre avantage de cette situation, le projet a développé l'approche « foires de santé » comme un créneau efficace basé sur la démarche « Divertir pour Eduquer » pour rehausser le niveau des indicateurs de la santé maternelle, néonatale et infantile.

Les foires de santé sont un espace d'échange et de communication pour la promotion de la santé maternelle, infantile et néonatale : des services préventifs et curatifs sont offerts lors des événements. Les foires contribuent également à l'augmentation de la demande des services de santé offerts par les acteurs locaux.

Le processus de distinctions et de reconnaissance des acteurs et des membres de la communauté qui se sont impliqués dans le programme peut, d'une part créer une dynamique positive au sein de la communauté et, d'autre part renforcer l'implication des acteurs et des communautés.

En 2013, MCHIP a organisé des foires de santé dans cinq aires de santé lors desquelles environ **7900** personnes ont été mobilisés ; **5922** prestations ont été offertes gratuitement aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans et **1489** distinctions, prix et cadeaux ont été remis aux acteurs de la santé et aux communautés locales.



### 6.3. Renforcer les valeurs fondamentales des SEC -- A LONG TERMES

- Mieux répondre aux besoins des utilisateurs en élargissant le paquet d'activités de services offerts à travers le SEC :

La diversification des services est une nécessité et les bénéficiaires demandent particulièrement les services pour adultes. Notre étude affectivement constate clairement que l'approche SEC commence à montrer ses limites. Un grand nombre de prestataires sont également favorables à l'élargissement du paquet des ASC et ont vivement suggéré de prendre en compte d'autres services les premiers soins. Il serait essentiel d'apprendre des expériences en cours de la Croix-Rouge Malienne, dans les régions de Sikasso et de Koulikoro, qui intègre le paquet SEC à une formation en santé communautaire de base et à une formation en premiers soins. Une brève description du projet est présentée dans le Box 4.

#### Box 3. Description du projet – « Améliorer la santé communautaire au Mali »

   2012 - 2015	<p>Le projet vise à réduire les taux de mortalité et de morbidité chez les mères, les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans dans les régions de Sikasso et Koulikoro. Il a été conçu pour renforcer les interventions et services de premiers soins afin de mieux combattre les principales maladies infantiles, y compris le paludisme, la diarrhée et la pneumonie.</p> <p>Atteignant environ 875 000 bénéficiaires, dont 150 000 sont des enfants de moins de cinq ans, le projet utilise une approche communautaire afin de dispenser des soins appropriés, efficaces et à fort impact, tout en se concentrant sur l'amélioration de la capacité communautaire à prévenir les maladies et à fournir l'accès à des services pour les mères, les nouveau-nés et les enfants.</p> <p>Les activités comprennent une formation en santé communautaire de base et en premiers soins, des émissions radiophoniques concernant les symptômes et les traitements associés aux maladies, et l'établissement ou le renforcement des comités de santé dans les villages afin de soutenir les bénévoles et travailleurs en santé communautaire, et faire la liaison avec différents groupes de décideurs.</p> <p><a href="http://www.acdi-cida.gc.ca/cidaweb/cpo.nsf/vWebProjSearchFr/A9425F4B372CAD1885257CB400383566#h2relatedinformation">http://www.acdi-cida.gc.ca/cidaweb/cpo.nsf/vWebProjSearchFr/A9425F4B372CAD1885257CB400383566#h2relatedinformation</a></p>
---	---

En effet, la grande majorité des ASC sont déjà des aides-soignants ou des matrones formés ; ainsi de l'avis de nos répondants, avec un petit recyclage, les ASC doivent pouvoir offrir un peu plus de services afin d'approcher davantage la santé à la population.

*"Si les autorités ou les partenaires pouvaient voir au moins la plus par des ASC sont des aides-soignants ou des matrones. Donc si on pouvait leur autoriser à faire des injections ou des prescriptions délivrés par le DTC au moins ils peuvent faire des injections ou des perfusions. Si on peut ajouter ça à leurs paquets."*  
EI\_DTCPP\_Yorosso

*"Une éventuelle diversification des offres de services est bien. Ajouter des piqûres (injection), toutes les méthodes de PF, Soins des adultes et leur donner des médicaments. A Faire des causeries, sensibilisations, passer des images dans le village pour mobiliser les gens."*  
Dyade\_Relais\_SASCBC\_Kita

Des services comme le traitement du paludisme chez l'adulte ne nécessiteraient pratiquement que l'autorisation des autorités Ministérielles et un investissement supplémentaire minimal, étant donné que le traitement du paludisme chez l'enfant fait déjà partie du paquet SEC. Par contre, force est de reconnaître que les accouchements au niveau des sites SEC peut rester un sujet controversial, étant donné que les diplômés de matrones ne sont pas nécessairement reconnus par l'Etat. Pourtant, il ressort de cette analyse que la demande de la population est tellement forte et certains ASC commencent à plonger dans la clandestinité à défaut d'autorisation formelle des autorités sanitaires.

*"Les populations seraient prêts à payer les offres qu'on les fait, j'avais même une collègue ASC qui se cachait pour faire les accouchements à 10000f par personne et les femmes partaient chez elles. Donc je pense que les populations sont prêtes à payer les services." EI\_ASC\_Démissionnaire\_Sikasso*

- Instaurer un système de motivation juste et pérenne pour les acteurs des SEC :

Au moment de la collecte des données au mois de Novembre 2013, certains partenaires ont prévu d'arrêter l'appui financier au mois de décembre 2013. La continuation de **la prise en charge des salaires des ASC** a ainsi constitué une énorme préoccupation des acteurs au niveau local dans les perspectives:

*"La continuité des salaires parce qu'après le 31 décembre l'ASC fait un mois sans salaire, il risque de ne pas continuer, donc la pérennisation des salaires de leur prise en charge financière." DTC-ASC, ASC-DASACO*

*"Pour pérenniser ça il faut assurer les salaires des ASC après le retrait des partenaires. C'est très important." EI\_DTCPP\_Kita*

Même si la situation peut être résolue dans le court terme, **un plan de pérennisation doit être développé** et doit prendre en compte toutes les dimensions humaines pour offrir des conditions de travail digne et motivantes aux ASC. Nos répondants ont suggéré que l'augmentation et la régularisation des motivations, l'élargissement du paquet et la dotation d'un moyen de déplacement adéquat devront faire partie d'un plan à long terme.

*"Pour pallier à cela, il est préférable de rajouter d'autres activités aux ASC celle qui sont matrone peuvent être autorisé à faire l'accouchement, faire des injections. Donner des logements, nourritures et moyen de déplacement aux ASC. Doubler la motivation."*

*"Pour pallier à ce problème, augmentation de leur salaire, les garantir, et si possible prendre des techniciens qui ont le niveau et les garantir. Cela peut les maintenir ! "*  
Dyade\_Agent du projet\_Diéma

Il faudra systématiquement **inclure les relais communautaires dans toute réflexion sur le système de motivation**. En effet, les relais communautaires constituent un maillon essentiel des SEC. Ils sont originaires des villages ; ils sont censés assurer la mobilisation sociale et tout passe par eux. Pourtant, contrairement aux ASC, ils travaillent volontairement et ne perçoivent actuellement pas de récompense financière.

D'autre part, c'est **l'implication de la population** qui est demandée. La population a son rôle à jouer elle aussi dans la réussite de l'approche. Elle doit faire des SEC son affaire, qu'elle s'en approprie elle-même. La population peut même œuvrer pour la motivation des ASC et relais, c'est le cas déjà de certains villages.

*"On a vu l'expérience l'autre jour lors de la dernière formation l'expérience d'un site ASC de Kita vers la zone de Kayes et là-bas la population du site ASC contribue au paiement du salaire de son ASC. L'ONG donne la motivation, la population aussi en donne, d'autre part aussi il y a l'ASACO qui donne. Si les ASACO peuvent faire ça aussi ça motive l'ASC...90% de ces ASC ne veulent pas rouler en bicyclette et MCHIP leur a donné des bicyclettes souvent venir dans les villages satellite pose problème il faut pendre du carburant et leur motivation ne fait que 30 000 F. s'il faut enlever dans ça le prix du carburant c'est très difficile. Si le village ou l'ASACO pouvait donner une motivation je crois que ça serait bien."*  
EI\_DTCMP\_Yorosso

- Renforcer l'implication de tous les acteurs communautaires :

L'implication totale de la communauté et de tous ses acteurs a été largement considérée comme la condition la plus importante à la viabilité des SEC par les répondants de cette étude.

*"Pour que la population puisse s'en approprier j'ai eu à le dire un moment le gratuit là... c'est le gros dégât après. Quand vous venez donner un agent au village, le village ne participe pas vous voyez ce que ça donne ? Ils vont toujours dire que c'est leurs agents ; il faut qu'ils s'engagent qu'ils participent qu'ils donnent quelque chose qu'ils cotisent, pas qu'on vient chaque fois leurs donner. Parce que naturellement on est comme ça. Le gratuit chaque fois ça ne peut pas résoudre les problèmes. Il faut que l'homme se manifeste face à un problème en ce moment tu l'accompagnes et s'il tarde à se manifester tu fais en sorte qu'il le fasse...il ne faut pas tout apporter comme ça il faut impliquer davantage et sensibiliser la population pour qu'elle ait sa part de responsabilité."* EI\_DTCPP\_Kita

Plusieurs expériences prometteuses ont été rapportées par les partenaires au Mali pour engager les acteurs communautaires. Un premier exemple concerne l'appui du projet MCHIP aux 18 groupements féminins des villages sites ASC pour la fabrication et la conservation de la farine enrichie et la sensibilisation autour des « 10 commandements » pour la santé de la mère et de l'enfant. Les femmes formées ont été dotées de cartes

conseils sur les comportements-clés et ont organisé des activités de sensibilisation auprès des paires en collaboration avec les ASC. Ces efforts contribuent à soutenir les activités des ASC, incitent les ASC à améliorer leurs prestations de services et mobilisent les communautés autour des SEC. Il s'agit de prendre avantage de ressources humaines déjà disponibles sur place.

Un deuxième exemple concerne mise à la disposition des chefs de village des sites ASC assistés par MCHIP de matériel de salubrité composé de brouettes, pèles, râteaux, gants de ménages. Les chefs de village, à leur tour, ont responsabilisé des leaders villageois organisent des journées hebdomadaires de salubrité avec l'implication des groupements féminins, des groupements de jeunes et de l'ASC. Cette activité mobilise beaucoup d'acteurs communautaires dont le processus constitue une occasion de discuter des problèmes de relatifs à l'utilisation, à la référence des cas et parfois à des difficultés de paiement des médicaments prescrits à un enfant malade.

Un dernier exemple concerne la mise en place des comités villageois de santé (CVS) par l'ONG ICH/Muskoka de Save the Children et la Croix Rouge Malienne, en collaboration avec les DTC et les ASACO pour assurer la coordination des activités. Ces CVS contribuent fondamentalement à améliorer l'utilisation des services des ASC.

- Prendre des mesures rigoureuses pour la mise en place d'un système logistique plus efficace et plus pérenne :

Les solutions à apporter devront être à la hauteur de la gravité des ruptures de stock et de leurs impacts négatifs sur le programme. Nous rapportons les solutions suggérées par nos répondants, parmi lesquelles figure **l'amélioration de l'estimation des besoins**. Pour ce faire, il y a lieu de renforcer les capacités en gestion de stock et commande à tous les niveaux.

*"Pour minimiser la rupture des médicaments comme je l'avais dit c'est des besoins d'estimations donc pour cela il faut une formation des agents par rapport à ça l'estimation du besoin à mieux connaître leur stocks et aussi quand est ce qu'il faut lancer la commande. Si SEC aussi pouvait apporter sa contribution par rapports à la dotation des sites en intrant souvent pour éviter les ruptures parce que c'est le schéma directeur du CSREF au CSCOM ; du CSCOM aux ASC".*  
EI\_DTCPP\_Bougouni

*"Il faut qu'on essaie de faire les commandes selon le stock et les besoins, il faut faire la commande à temps selon les règles si on doit se baser sur la consommation mensuelle, sur le stock. Il faut surtout communiquer entre les sites. Il y a un problème de communication." EI\_Agent du CSRèf\_Diéma*

Une autre suggestion reçue est de bien définir le **rythme d'approvisionnement en médicament**, faire une bonne estimation des besoins et assurer une dotation conséquente

au lieu d'un système occasionnel d'approvisionnement des intrants de prise en charge du paludisme et de la malnutrition aigüe modérée.

*"Pour éviter la rupture il faut donner la dotation trimestriellement ou semestriellement. Souvent il y a rupture au niveau même de l'ASACO il faut vraiment éviter cela. " EI\_DTCMP\_Diéma*

Les solutions à apporter devront certainement être plus élaborées et plus complètes que ce qui a été exprimée par nos répondants. A part les solutions techniques, **des solutions en aux problèmes de communication** méritent d'être adressés avec la plus grande attention. En effet, il a été rapporté à plusieurs reprises que les intrants étaient disponibles à certains niveaux mais ils y seraient restés. Les nouvelles technologies appliquées dans le système logistique communautaire pourront certainement apporter des contributions importantes pour améliorer la visibilité des stocks et alléger les biais des erreurs humaines volontaires ou involontaires.

- Renforcer les valeurs morales fondamentales et le sens de responsabilité dans les SEC :

Il faudra avant tout **cultiver l'esprit de redevabilité<sup>4</sup> et le sens de l'éthique** afin que l'ensemble des acteurs acquièrent le sens de responsabilité mutuelle. En effet, un grand nombre de problèmes mis en évidence dans cette étude sont directement ou indirectement liés à des problèmes de morale et de responsabilité. Ceci passe par les petits problèmes relationnels qui entravent l'approvisionnement en médicaments jusqu'aux problèmes de harcèlement sexuel. Il faudra systématiquement intégrer ces aspects dans toutes les composantes de la stratégie, depuis les dialogues communautaires préparatifs, les formations et recyclages, les supervisions et le système de suivi-évaluation.

Ensuite, **l'intégration de l'approche genre** dans toutes les composantes et les phases de mise en œuvre des SEC s'avère également important. La valorisation des femmes<sup>5</sup> est fondamentale pour qu'elles puissent avoir leur mot à dire dans la prise de décision concernant la recherche de services et de soins qu'elles jugent nécessaires pour elles-mêmes, leurs familles et leurs enfants. Le droit et la protection des femmes contre les agressions et les abus liés au genre doivent aussi être pris en compte avec diligence. Force est de reconnaître qu'il s'agit de travaux de profondeur et de longue haleine dont les résultats se feront sentir dans le long terme mais dont les premiers pas doivent être initiés le plus tôt et dont la mise en œuvre et le suivi devront se faire avec attention et patience.

---

<sup>4</sup> Accountability

<sup>5</sup> Empowerment of women

## 7. LIMITES DE L'ÉTUDE

En dépit de plusieurs précautions prises au moment de la conception de l'étude, de la collecte et de l'analyse des données, un certain nombre de limites subsiste à l'issue de cette étude.

### **Impossibilité de rapporter l'ampleur de certains problèmes :**

La nature qualitative de l'étude ne peut conclure avec précision l'ampleur de certains indicateurs tels que la proportion d'ASC démissionnaires, la proportion d'ASC du sexe féminin victimes de harcèlement sexuel, la proportion d'ASC confrontés à des ruptures d'intrants.

### **Réticence de certains répondants à critiquer :**

Il n'est pas impossible que quelques interlocuteurs aient embelli l'approche SEC, et l'apport des ASC. Certains propos laissent penser qu'il y a des cas où cela est arrivé. Néanmoins, l'expérience des assistants de recherche en matière de conduite d'enquête qualitative, couplée avec la formation qui a insisté sur les techniques pour mettre en confiance les répondants, a certainement amoindri ces réticences.

### **Non transcription intégrale des discussions :**

Il est à noter que les discussions ont été enregistrées sur support numérique et les notes détaillées ont été prises au cours des discussions par le secrétaire de séance. Une vérification a posteriori par réécoute a permis de remplir les omissions éventuelles. En raison des contraintes de ressources humaines et de temps, nous n'avons pas fait une transcription intégrale des discussions. Ce qui aurait probablement conduit à des informations plus riches.

## CONCLUSION

La faible utilisation des services disponibles figuraient parmi les grandes questions mis à évidence par les sessions de supervision et par une évaluation par la méthode LQAS menée en fin 2012 et début 2013. La présente étude a été menée dans 4 districts d'intervention de MCHIP afin d'explorer les causes profondes de cette faible utilisation. La collecte des données a eu lieu du 12 au 27 novembre 2013 et a impliqué un total de 130 répondants. À travers les séances de focus group, des discussions en petits groupes (diades, triades) et des entrevues individuelles, les résultats suivants ont été trouvés :

- Les DTC sont très conscients de l'importance de leurs rôles en donnant crédit aux ASC vis-à-vis de la communauté. Pourtant, des relations conflictuelles fréquentes entre DTC et ASC résulte un rejet total de l'ASC par certains DTC.
- Il a été confirmé que la mère n'a pas le pouvoir de décider si l'enfant malade devrait être amené chez un prestataire de soins -- c'est soit le mari, soit la belle-mère. L'utilisation des services de planification familiale offerts par les ASC est également influencée par

l'objection de l'homme et par peur d'effets secondaires ou de stérilité. Pour des maladies dites d'origine d'ensorcellement, les guérisseurs traditionnels ou les marabouts sont les premiers recours. Les problèmes sociaux sont exprimés avec nettement plus de vigueur et d'assurance par rapport aux barrières d'ordre financier.

- Les activités des ASC sont beaucoup appréciées par les populations. La perception de service de qualité par les bénéficiaires tient beaucoup compte des capacités relationnelles du prestataire. Néanmoins, la population a du mal à admettre qu'un agent de santé ne soit en mesure ni de donner des injections, ni de soigner les adultes.
- L'insuffisance et l'irrégularité de la motivation financière des ASC posent un grand problème. En plus, cette étude a révélé qu'il n'est pas rare que les ASC femmes soient victimes de harcèlement moral et/ou sexuel de la part de leur DTC de tutelle ou de la part des villageois ou même des coordinateurs de projet.
- Finalement, matériels de travail -- y compris le vélo dont les ASC ont été dotés comme moyen de déplacement -- ne sont pas approprié aux réalités du terrain ; les ruptures de stock en médicaments et en intrants sont une réalité chronique qui remettent en cause tout le bien-fondé de l'approche.

Des actions immédiates pour rétablir les conditions de travail des ASC et pour fixer les problèmes de ruptures de stock sont impératives pour pouvoir continuer le programme. A moyen termes, il faudra renforcer les acquis en instaurant des activités génératrices de demande de façon plus agressive, mieux coordonnée et mieux ciblée aux pères et aux belles-mères car c'est eux qui prennent la décision familiale. A long terme, le pays devra considérer sérieusement à élargir le paquet d'activités offerts à travers le SEC, mettre en place un système de motivation pérenne des ASC et faciliter leur adaptation au niveau des communautés qu'ils servent. Finalement, l'intégration de l'approche genre pour renforcer les capacités de décision des mères de familles et le développement de stratégies spécifiques pour promouvoir la culture d'éthique et de responsabilité partagée doivent faire partie des efforts de longue durée.

Pour terminer, il faut reconnaître que les SEC au Mali font partie des modèles les plus prometteuses en terme d'activités communautaires en Afrique Subsaharienne. Pourtant, si les problèmes soulevés dans le cadre de cette étude ne sont pas adressés avec diligence et avec rigueur, l'approche risque de ne pas apporter les résultats escomptés en termes de réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

## Références

1. EDS IV; 2006, CPS/MS, DNSI/MPAT, Demographic and Health Surveys, ORC Macro International, Inc. Calverton, Maryland, USA; Mali. Avril 2007.
2. Draft de rapport de l'évaluation des SEC par la méthode LQAS, DNS ; Mali 2013
3. Rapports de supervision des ASC, MCHIP ; Mali 2013
4. Joseph J. Valadez, PhD, MPH, ScD ; William Weiss, DrPH, MA; Corey Leburg, MHS; Robb Davis, PhD, MPH : Évaluation des Programmes ; de Santé Communautaire ; Manuel et Cahier de Travail du Participant ; Utilisation de la méthode LQAS pour les enquêtes de base et le suivi régulier ; Teaching-AIDS At Low Cost.Royaume-Uni; www.talcuk.org; ISBN : 0-9543060-7-4 (978-0-9543060-7-6); édition en français 2007.
5. Mack N., Woodsong C., Macqueen K. M., Guest G., Namey E.; Family Health International ; Qualitative Research Methods; A data collector's field guide USAID; 2011.
6. DIARRA B ; TOURE A ; OUATTARA D ; ZINGANRE J ; DIARRA B ; Guindo B; Mise en Œuvre de la Stratégie des Soins Essentiels dans la Communauté (SEC). Soumission au Symposium International sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance. Powerpoint Présentation. Accra- Ghana 2014.
7. DIARRA B; OUATTARA D ; TOURE A ; Evaluation par la Méthodes la méthode LQAS dans les districts sanitaires de Kita, Diéma, Bougouni, Yorosso, Koutiala et Kadiolo ; Draft de Rapport ; juin 2013- Bamako - Mali

# Annexes

## Annex 1. Approbation des Comités Ethiques

John Snow, Incorporated



44 Farnsworth Street  
Boston · Massachusetts  
02210 · 1211

617 482 · 9485  
617 482 · 0617  
jsinfo@jsi.com

Voice  
Fax  
Email

www.jsi.com

October 30, 2013

Dr. Serge Raharison  
Senior Technical Officer for Child Health  
MCHIP/ John Snow Inc.  
1616 N. Fort Myer Drive  
Rosslyn, VA 22209-3110

STUDY TITLE: "Qualitative study of the low utilization of Community Essential Care (CEC) in the health districts of Kita, Diéma, Bougouni and Yorosso, Mali"  
IRB REFERENCE: IRB #13-008  
ACTION: APPROVED  
APPROVAL DATE: October 30, 2013  
EXPIRATION DATE: October 29, 2014  
REVIEW TYPE: Expedited  
REVIEW CATEGORY: Expedited review category #7

Dear Dr. Raharison:

Thank you for your submission of New Project materials for this research study. The JSI Institutional Review Board (IRB) has APPROVED your submission. This submission has received Expedited Review based on the applicable federal regulation. Federal regulations require that all research be reviewed at least annually. Based on the level of risk, this project requires continuing review on an annual basis.

The IRB specifically considered (i) the risks and anticipated benefits, if any, to subjects; (ii) the selection of subjects; (iii) the procedures for securing and documenting informed consent; (iv) the safety of subjects; and (v) the privacy of subjects and confidentiality of the data. All research must be conducted in accordance with this approved submission. The IRB has determined that you have met the regulatory requirements necessary in order to waive documentation of informed consent.

Please note that any revision to previously approved materials or procedures must be approved by this office prior to initiation. Only IRB approved consent forms, questionnaires, letters, advertisements, etc. may be used in your research. Unanticipated events/problems involving risks to subjects or others and SERIOUS and UNEXPECTED adverse event(s) that occur during the course of this project must be reported in accordance with the IRB policy. All NON-COMPLIANCE issues or COMPLAINTS regarding to this study must also be reported to the IRB.

Please retain this letter with your project's research records. Research records include all IRB submissions and responses and must be kept in the project director/principal investigator's file for a minimum of three (3) years after completion of the study. If you have questions, please contact Andy Buckley at 617 385-3616 or email [IRB@jsi.com](mailto:IRB@jsi.com).

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads 'Lauren Kunches'.

Lauren Kunches, PhD  
JSI IRB Chair and Research Protections Specialist  
OHRP IRB00009069 John Snow, Inc. IRB #1

MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

-----  
COMITE D'ETHIQUE DE L'INRSP  
BP 1771/ Tél : 20 21 42 31 / Fax : 20 21 43 20  
Portable : 66 78 11 13 / 76 18 72 60  
- Bamako  
-----

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi  
-----

**DECISION N° 09/13 /CE-INRSP**

**LE PRESIDENT DU COMITE D'ETHIQUE DE L'INSTITUT NATIONAL  
DE RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE (INRSP)**

Vu l'arrêté n°2013-1223/MS-SG du 03 avril 2013 portant nomination des membres du Comité d'Éthique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) ;

Vu le compte rendu n°09/13/INRSP-CE et les recommandations n°10/13/INRSP-CE issues de la session du 25 septembre 2013 du comité d'éthique de l'INRSP relative à l'examen de protocole de recherche intitulé **«Etude qualitative sur la faible utilisation des soins essentiels communautaires (SEC) dans les districts sanitaires de Kita, Diéma, Bougouni et Yorosso au Mali»**;

Vu les corrections apportées audit protocole conformément aux recommandations formulées par le comité d'éthique lors de sa session du 25 septembre 2013.

**DECIDE**

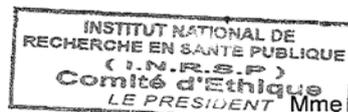
**Article 1<sup>er</sup>** : Le protocole de recherche intitulé **«Etude qualitative sur la faible utilisation des soins essentiels communautaires (SEC) dans les districts sanitaires de Kita, Diéma, Bougouni et Yorosso au Mali»** jugé conforme à l'éthique et aux droits humains, est approuvé par le comité d'éthique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP).

**Article 2/** : Toute modification intervenant dans l'exécution dudit Protocole est portée à la connaissance du Comité d'Éthique de l'INRSP dans un délai maximum de quinze (15) jours.

**Article 3/** : La présente décision valable pour toute la durée de l'étude, sera enregistrée et communiquée partout où besoin sera.

**Ampliations :**  
Président /CE ..... 1  
Archives/CE ..... 1  
Cerips ..... 1

Bamako, le 25 octobre 2013  
P/LE PRESIDENT DU COMITE D'ETHIQUE,  
P/O LA VICE PRESIDENTE



*Kankou*  
Mme SAMASSEKOU Kankou TRAORE

## Annex 2. Questions de recherche et hypothèses selon des résultats de LQAS et de routine

Niveau des résultats	LQAS / résultats des données de routine service	Questions de Recherche	Hypothèses
<b>Utilisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disparité du taux d'utilisation (15-40%) des cas de prise en charge pour les enfants malades dans la plupart des districts sanitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quels sont les déterminants fondamentaux de l'utilisation qui expliquent les résultats LQAS dans les districts sanitaires de Kita, Diéma, Bougouni et Yorosso ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La recherche de soins auprès des soignants alternatifs, malgré la disponibilité des ASC, est facilitée par les facteurs relatifs à l'accessibilité financière, la qualité des soins selon la perception de la communauté, la demande incertaine, et le faible soutien de la société.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quand est – ce que les familles décident d'utiliser les soins en dehors du ménage en cas de maladie chez l'enfant de 2 à 59 mois</li> <li>– Quel est le processus de prise de décision ? et qui prend la décision finale?</li> <li>– Pourquoi les familles soignent leurs enfants chez des soignants alternatifs?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Si les familles sont capables d'identifier les signes, ce qui requiert un diagnostic spécifique et un traitement, ils doivent prendre les meilleures décisions pour utiliser les services de l'ASC.</li> <li>– Le processus de prise de décision au niveau des ménages devrait être compris par toutes les personnes impliquées dans le processus de prise de décision et devraient être des cibles de toute action correctrice.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Est- ce que les partenaires de mise en œuvre et de recherche donne des leçons apprises, des meilleurs pratiques, des innovations et ou des résultats positifs qui pourraient apporter des solutions pour la faibles utilisation des SEC ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les partenaires de mise en œuvre des SEC et de recherche peuvent fournir des solutions qui peuvent être adaptées ou appliquées à échelle pour améliorer l'utilisation des des SEC</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faible utilisation des méthodes moderne de planification familiale (0-10%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comment les familles perçoivent l'offre des méthodes de planification familiale par les ASC et les CSCOM ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les familles ne perçoivent pas l'importance de l'utilisation des méthodes de planification familiale.</li> <li>– Les considérations socio culturelles ne facilitent pas l'utilisation des méthodes de planification familiales</li> </ul>

Niveau des résultats	LQAS / résultats des données de routine service	Questions de Recherche	Hypothèses
<b>Accessibilité et disponibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les sites couvrent généralement une partie des populations du district seulement (19% in Kita)<sup>6</sup></li> <li>– Les barrières financières sont significatives dans l'accès aux SEC (48-85%)</li> <li>– Quelques barrières socioculturelles de l'accès aux SEC (3-5%)</li> <li>– Rupture de stock des intrants essentiels de prise en charge du paludisme (TDR, CTA) en première ligne de traitement des sites (40-72%)</li> <li>– Le nombre élevé de cas d'abandon d'ASC (exemple, environ 109/426 ASCs en 12 dans les 7 districts sanitaires supportés par MCHIP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comment la barrière financière est un important déterminant dans l'accessibilité de de la faible utilisation des SEC?</li> <li>– Quels sont les autres déterminants importants dans la faible utilisation des SEC?</li> <li>– Quelles sont les perceptions des communautés sur les ASC et les relais ? Quelles sont les perceptions des populations sur les services offerts par les ASC ? - Quelles sont les perceptions des communautés sur Quelle la différence en terme d'accessibilité géographique entre les sites ASC et d'autres sources alternatives de soins (structures sanitaires, soignants ambulants etc.) dans la prise de décision du premier choix pour la demande de services?</li> <li>– Quel rôle la rupture d'intrants joue sur la faible utilisation des SEC ?</li> <li>– Quel mécanisme d'attraction ou de motivation des ASC (motivation financière et professionnelle) à rejoindre au programme pour leur maintien ?.</li> <li>– Pour quoi une large proportion des ASC quitte le programme? Quelles sont les options offertes à eux quand ils quittent le programme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– les considérations Financières sont un déterminant prioritaire dans la prise de décision pour la recherche de soins et le choix d'un prestataire.</li> <li>– La barrière financière n'est pas le seul facteur contribuant a la faible utilisation.</li> <li>– Les familles préfèrent aller directement dans les structures sanitaires ou utiliser les soignants alternatifs si les sites ASC ne sont pas bien surs.</li> <li>– Plus les populations sont satisfaisantes de ce que font les ASC, plus elles utiliseront les services des ASC</li> <li>– Le taux élevé des ruptures de médicaments et d'intrants découragent les familles par rapport à la fréquentation des ASC pour la prise en charge des enfants malades.</li> <li>– La disponibilité de médicaments peut être plus assurée avec les soignants aléatoires.</li> <li>– Un environnement de travail où les ASC se sentent valorisés et ce qui offre des opportunités de développement professionnel motiverait mieux les ASC et les retiendrait</li> </ul>

<sup>6</sup> Seulement 19% de la population qui vivent dans un rayon de plus de 5 km d'un CSCOM a Kita sont couvertes par les sites ASC, situées a 3 Km , Ce qui correspond a la définition de couverture).

Niveau des résultats	LQAS / résultats des données de routine service	Questions de Recherche	Hypothèses
<b>Qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faible qualité de prise en charge par les DTC qui sont les superviseurs de premières lignes des ASC (meilleure qualité de prise en charge par les ASC que par DTC)</li> <li>– Faible fréquence de la supervision des ASC par les DTC durant les 12 derniers mois (0-1 visites de supervision)</li> <li>– Beaucoup d'antipaludiques et d'antibiotiques sont prescrits par les ASC.-</li> <li>– Seulement 60% des mères ou gardiennes d'enfants se conforment aux recommandations du traitement ou de la référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comment les DTC perçoivent leur rôle dans le soutien des SEC? - Qu'est-ce qu'ils font le mieux? Quelles sont les lacunes et comment peuvent-elles être comblées</li> <li>– Comment les mères et les grands-mères définissent les services de "qualité" au niveau des ASC et des CSCOM et comment la perception de la "qualité" influence l'utilisation des services ?</li> <li>– Comment la qualité des soins offerts par les soignants alternatifs diffère de celle des agents de santé de première ligne (ASC, DTC)?</li> <li>– -Est-ce que le service de certains soignants alternatifs est plus recherché pour une maladie ou un problème que pour d'autres ? si oui, Quoi et Pourquoi ?</li> <li>– Comment les ASC et leur superviseur expliquent la prescription massive d'antipaludique et d'antibiotiques? Y a-t-il des pressions? Lesquelles et de qui?</li> <li>– Pourquoi les familles ne se conforment pas au traitement et / ou aux conseils d'orientation des ASC? Que faire et comment??</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plus le personnel des établissements de santé se sentent confiants et autonomes, plus ils soutiendront les activités du programme SEC.</li> <li>– Les insuffisances de qualité (définie par la communauté) constituent un obstacle supplémentaire à l'utilisation des services SEC.</li> <li>– Les solutions pour résoudre sur-prescription de médicaments devraient prendre en compte les considérations sur les causes profondes de cette sur-prescription.</li> <li>– Les Solutions à la non-observance du traitement et de la référence des cas graves devraient inclure des considérations sur les causes profondes</li> </ul>

Niveau des résultats	LQAS / résultats des données de routine service	Questions de Recherche	Hypothèses
<b>Demande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faible sensibilisation de la communauté sur les activités promotionnelles?</li> <li>– La forte demande de la communauté pour l'extension du paquet SEC des ASC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quel genre d'activités de promotion de la santé ou des événements les utilisateurs pourraient apprécier le plus?</li> <li>– Qu'est-ce que les mères et grands-mères connaissent sur les relais dans leurs communautés et leurs rôles? Comment perçoivent-elles les relais dans le cadre des SEC et ce qu'on peut faire mieux faire avec eux?</li> <li>– Qu'est-ce que les populations souhaitent que les ASC fassent en plus du paquet actuel?</li> <li>– Les utilisateurs seraient-ils prêts à payer pour les activités ajoutées ?</li> <li>– Pourquoi les familles sont parfois prêtes à payer les soins des prestataires alternatifs, mais pas ceux des ASCS ?</li> <li>– Les ASCs sont-ils prêts à offrir des services supplémentaires? Comment ? Quelles seraient les exigences pour réussir un tel programme?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La faible promotion de la part de relais a contribué à la faible sensibilisation de la communauté</li> <li>– L'incapacité ou le refus de payer les services SEC est un obstacle majeur à l'utilisation des SEC</li> <li>– Si les demandes / besoins des communautés sont mieux pris en compte dans le paquet, elles utiliseront davantage leurs services</li> </ul>

Niveau des résultats	LQAS / résultats des données de routine service	Questions de Recherche	Hypothèses
<b>Environnement social et politique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faible mécanisme de coordination des activités SEC</li> <li>– La mise en œuvre de l'approche SEC actuellement ne favorise pas les activités de renforcement des capacités des acteurs communautaires en dessous du niveau ASACO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quels sont les rôles actuels / responsabilités du relais, de l'ASC et du CSCom et comment interagissent-ils? Pourquoi sont-ils incapables de faire face à la faible l'utilisation des SEC?</li> <li>– Comment la coordination / collaboration / concurrence entre les relais et ASC pourrait contribuer à la faible utilisation des SEC?</li> <li>– Comment les relais peuvent être habilités à promouvoir l'utilisation SEC?</li> <li>– Les éléments de renforcement des capacités des acteurs communautaires et la mobilisation de la communauté sont absents dans l'approche SEC actuelle?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La faible coordination et parfois la concurrence entre relais et ASC peuvent perturber le système et contribuer à une faible utilisation</li> <li>– L'implication des relais peut faire partie de la solution de la faible utilisation des SEC</li> <li>– L'implication et le renforcement de la capacité des communautés pourraient stimuler le soutien social pour l'utilisation SEC.</li> </ul>

### Annex 3. Sélection des sites d'enquête

#### 1. YOROSSO

Villages	Critères de sélection	Numéro	FDG Mères	Entretien Individuel Mères	FDG Leaders communautaires	EI ASC	Diades Relais	FDG Grand-Mère	Nom du village	Aire de sante	distance rapport CSRef	par au
Villages sites ASC	<b>Villages sites ASC Performants = 3</b>											
	2 villages sites ASC les plus fréquentés pour la prise en charge des enfants malades	1	X			X			Tebèrè	Koumbia	70	
		2		X	X	X			Mougna	Boura	39	
	1 village site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais	3					X		Karagorola	Yorosso central	7	
	<b>Villages sites ASC moins Performants = 4</b>											
	3 villages sites ASC les moins fréquentés pour la prise en charge des enfants malades	1	X				X		Zerela	Ouérikela	81	
		2		X			X		Zéouléna	Ouérikela	94	
		3						X	Diena	Koury	37	
	1 village site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais	4						X	Tibi	Ouérikela	81	
	Villages Satellites	<b>Villages Satellites de sites ASC plus Performants = 2</b>										
1 village satellite d'un site plus fréquenté pour la prise en charge des enfants malades, différent des sites ASC choisis pour le FDG et l'EI des mères		1		X					Vanekuy (SITE ASC DOROSSO)	Koumbia	75	
1 village satellite d'un site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais différent du site ASC choisi plus haut.		2					X		Bamblekoro (Yacrissoun)	Menamba	30	
<b>Villages Satellites de sites ASC moins Performants = 2</b>												
1 village satellite d'un site moins fréquenté pour la prise en charge des enfants malades, différent des sites ASC choisis pour le FDG et l'EI des mères	1		X					Odiola(Fakoni)	KIFFOSSO	45		

	1 village satellite d'un site ASC avec une mauvaise collaboration ASC- Relais différent du site ASC choisi plus haut.	2							Gwama (Banaga	Boura	51
ASC démissionnaires	ASC ayant démissionné								Nom et prénom de l'ASC	Village actuel de résidence	Distance du village/CSRef
	2 ASC ayant démissionné, abandonné ou ayant été remercié/licencié du poste de	1				X			Bintou GOITA	TORO	44
		2				X			ASSETOU KONE	Mahou	55

Choix des soignants alternatifs tradithérapeutes, soignants ambulants, vendeurs de médicaments par terre, matrones ou dispensaires ruraux au niveau d'un village site ASC ou au niveau d'un village satellite d'un site ASC.

- Identifier un soignant alternatif de grande renommée au niveau des villages sites ou satellites déjà sélectionnés pour les cibles précédentes dans le tableau ci-dessus.
- Moise Dembéle Aide soignant à Diaramana
- Si pas de soignant alternatif de grande renommée dans un village couvert par un site ASC déjà sélectionnés, rechercher le dans un autre village couvert par un ASC.
- Choisir 3 autres soignants différents soit tradithérapeutes, soignants ambulants, vendeurs de médicaments par terre, matrones ou dispensaires dans les villages sites ou satellites déjà sélectionnés dans la tableau ci-dessus pour compléter la cible des soignants alternatifs a 4.

**Aide soignant de VANEKUY (village satellite site asc de Dorosso à Koumbia)**

**La matrone de Yacrissi à Menamba**

**L'aide soignant de Tibi à ouérikela** *Préciser les noms des villages.*

## 2. DIÈMA

Villages	Critères de sélection	Numero	FDG Mères	Entretien Individuel Mères	FDG Leaders communautaires	EI ASC	Diades Relais	FDG Grand-Mère	Nom du village	Aire de sante	Distance par rapport au CSRef	
Villages sites ASC	<b>Villages sites ASC Performants = 3</b>											
	2 villages sites ASC les plus fréquentés pour la prise en charge des enfants malades	1	X			X			Toudoubouli	Koungo	80km	
		2		X	X	X			Dioba	Fassoudébé	105 km	
	1 village site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais	3					X		Gorry	Lattakaff	81km	
	<b>Villages sites ASC moins Performants = 4</b>											
	3 villages sites ASC les moins fréquentés pour la prise en charge des enfants malades	1	X				X		Mabrouké	Diéma central	30km	
		2		X			X		Lékouraga	Sansankidé	120 km	
		3						X	Zambougou	Dioumara	105km	
	1 village site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais	4						X	Kainera	Diangounté camara	47km	
	Villages Satellites	<b>Villages Satellites de sites ASC plus Performants = 2</b>										
1 village satellite d'un site plus fréquenté pour la prise en charge des enfants malades, différent des sites ASC choisis pour le FDG et l'EI des mères		1		X					Gourel (Karsala)	Guédébiné	88km	
1 village satellite d'un site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais différent du site ASC choisi plus haut.		2					X		Digatte (Boudere)	Diema Central	35km	
<b>Villages Satellites de sites ASC moins Performants = 2</b>												
1 village satellite d'un site moins fréquenté pour la prise en charge des enfants malades, différent des sites ASC choisis pour le FDG		1		X					Todou Kerwane (Lame)	Groumera	70km	

	et l'EI des mères										
	1 village satellite d'un site ASC avec une mauvaise collaboration ASC- Relais différent du site ASC choisi plus haut.	2							Madiga Kounta (Kola)	Lattakaf	90 km
ASC démissionnaires	ASC ayant démissionné								Nom et prénom de l'ASC	Village actuel de résidence	Distance du village/CSRef
	2 ASC ayant démissionné, abandonné ou ayant été remercié/licencié du poste de	1					X		Djenebou Keita	Sebabougou	115km
		2						X	Fatoumata Traore (Acil Drame)	Sagabara Diema	70 km

Choix des soignants alternatifs= tradithérapeutes, soignants ambulants, vendeurs de médicaments par terre, matrones ou dispensaires ruraux au niveau d'un village site ASC ou au niveau d'un village satellite d'un site ASC.

- Identifier un soignant alternatif de grande au niveau des villages sites ou satellites déjà sélectionnés pour les cibles précédentes dans le tableau ci-dessus.
- Si pas de soignant alternatif de grande renommée dans un village couvert par un site ASC déjà sélectionnés, rechercher le dans un autre village couvert par un ASC.
- Choisir 3 autres soignants différents soit tradithérapeutes, soignants ambulants, vendeurs de médicaments par terre, matrones ou dispensaires dans les villages sites ou satellites déjà sélectionnés dans le tableau ci-dessus pour compléter la cible des soignants alternatifs a 4. Préciser les noms des villages.

### 3. Sélection des sites ASC KITA

Villages	Critères de sélection	Numéro	FDG Mères	Entretien Individuel Mères	FDG Leaders communautaires	EI ASC	Diades Relais	FDG Grand-Mère	Nom du village	Aire de sante	Distance rapport CSRef	par au	
<b>Villages sites ASC Performants = 3</b>													
Villages sites ASC	2 villages sites ASC les plus fréquentés pour la prise en charge des enfants malades	1	X			X			Samatan	Djidian	20km		
		2		X	X	X			Kourougue	Balandougou	45km		
	1 village site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais	3					X		Founticouroula	Djidian	20km		
	<b>Villages sites ASC moins Performants = 4</b>												
	3 villages sites ASC les moins fréquentés pour la prise en charge des enfants malades	1	X				X			Biliko	Kokofata	60km	
		2		X			X			Douri	Kofeba	36km	
3							X		Soukoutaling	Sitanikoto	110km		
1 village site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais	4							X	Doumba	Founia Morib	15km		
<b>Villages Satellites de sites ASC plus Performants = 2</b>													
Villages Satellites	1 village satellite d'un site plus fréquenté pour la prise en charge des enfants malades, différent des sites ASC choisis pour le FDG et l'EI des mères	1		X					Ngalamado	Guenikoro	95km		
	1 village satellite d'un site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais différent du site ASC choisi plus haut.	2					X		Farafe	Kofeba	36km		
	<b>Villages Satellites de sites ASC moins Performants = 2</b>												
	1 village satellite d'un site moins fréquenté pour la prise en charge des enfants malades, différent des sites ASC choisis pour le FDG et l'EI des mères	1		X					Kodala	Berenimba	9km		
	1 village satellite d'un site ASC avec une mauvaise collaboration ASC- Relais différent du site ASC choisi plus haut.	2							yirimalon	Dafela	17km		

ASC démissionnaires	ASC ayant démissionné								Village actuel de résidence	Distance du village/CSRef
	2 ASC ayant démissionné, abandonné ou ayant été remercié/licencié du poste de	1				X			kita	0km
		2				X			Sebekoro	65km

Choix des soignants alternatifs= tradithérapeutes, soignants ambulants, vendeurs de médicaments par terre, matrones ou dispensaires ruraux au niveau d'un village site ASC ou au niveau d'un village satellite d'un site ASC.

- Identifier un soignant alternatif de grande au niveau des villages sites ou satellites déjà sélectionnés pour les cibles précédentes dans le tableau ci-dessus.
- Si pas de soignant alternatif de grande renommée dans un village couvert par un site ASC déjà sélectionnés, rechercher le dans un autre village couvert par un ASC.
- Choisir 3 autres soignants différents soit **tradithérapeutes, soignants ambulants, vendeurs de médicaments par terre, matrones ou dispensaires dans les villages sites ou satellites déjà sélectionnés dans le tableau ci-dessus pour compléter la cible des soignants alternatifs a 4. Préciser les noms des villages.**

#### 4. Sélection des sites ASC : BOUGOUNI

Villages	Critères de sélection	Numero	FDG Mères	Entretien Individuel Mères	FDG Leaders communautaires	EI ASC	Diades Relais	FDG Grand-Mère	Nom du village	Aire de sante	distance rapport CSRef	par au
Villages sites ASC	<b>Villages sites ASC Performants = 3</b>											
	2 villages sites ASC les plus fréquentés pour la prise en charge des enfants malades	1	X			X			Banko	Djine	55 Km	
		2		X	X	X			Narembougou	Mafele	158 Km	
	1 village site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais	3					X		Soulouba	Keleya	53 Km	
	<b>Villages sites ASC moins Performants = 4</b>											
	3 villages sites ASC les moins fréquentés pour la prise en charge des enfants malades	1	X			X			Debela	Banzana	109 Km	
		2		X		X			mezanga	banzana	107 Km	
		3					X		Woma	Manankoro	132 Km	
	1 village site ASC avec une bonne collaboration ASC- Relais	4						X	Dialakoro	Debelin	81 Km	
	Villages Satellites	<b>Villages Satellites de sites ASC plus Performants = 2</b>										
1 village satellite d'un site plus fréquenté pour la prise en charge des enfants malades, différent des sites ASC choisis pour le FDG et l'EI des mères		1		X					Djendjo	Manankoro	115 Km	
1 village satellite d'un site ASC avec une bonne collaboration ASC-Relais différent du site ASC choisi plus haut.		2					X		Boudjoni Diouga	Zantiebourgou	30 Km	
<b>Villages Satellites de sites ASC moins Performants = 2</b>												

	1 village satellite d'un site moins fréquenté pour la prise en charge des enfants malades, différent des sites ASC choisis pour le FDG et l'EI des mères	1		X					Djamou	Meridjela	150 Km
	1 village satellite d'un site ASC avec une mauvaise collaboration ASC- Relais différent du site ASC choisi plus haut.	2							Kassela	Bougouni est	26 Km
ASC démissionnaires	ASC ayant démissionné									Village actuel de résidence	Distance du village/CSRef
	2 ASC ayant démissionné, abandonné ou ayant été remercié/licencié du poste de	1				X				Bougouni	0
		2				X				Bougouni	0

Choix des soignants alternatifs= radiothérapeutes, soignants ambulants, vendeurs de médicaments par terre, matrones ou dispensaires ruraux au niveau d'un village site ASC ou au niveau d'un village satellite d'un site ASC.

- Identifier un soignant alternatif de grande au niveau des villages sites ou satellites déjà sélectionnés pour les cibles précédentes dans le tableau ci-dessus.
- Si pas de soignant alternatif de grande renommée dans un village couvert par un site ASC déjà sélectionnés, rechercher le dans un autre village couvert par un ASC= Aide Soignant Siaka Coulibaly Debelin
- Choisir 3 autres soignants différents soit **tradithérapeutes, soignants ambulants, vendeurs de médicaments par terre, matrones ou dispensaires dans les villages sites ou satellites déjà sélectionnés dans la tableau ci-dessus pour compléter la cible des soignants alternatifs a 4. Préciser les noms des villages.**

#### Annex 4. Dictionnaire des données

FGD_Grand-Mères_VASCBBCR :	Focus Group Discussion, Mères, Village Agent de Santé Communautaire (ASC) avec une Bonne Collaboration Relais
FGD_Grand-Mères_VASCMCR :	Focus Group Discussion, Mères, Village Agent de Santé Communautaire (ASC) avec une Mauvaise Collaboration Relais
Dyade_Agent du projet	
Extrait_FGD_Mères_VASCPP :	Extrait du Focus Group de Discussion Mères, Village Agent de Santé Communautaire (ASC) Plus Performant
de	
EI_VASCPF :	Entretien Individuel Agent de Santé Communautaire (ASC) Plus Performant
Plus	
FGD_Mère_VASCPP :	Focus Group Discussion, Mères, Village Agent de Santé Communautaire (ASC), Plus Performant
EI_Mère_VSASCPF :	Entretien Individuel, Village, Site Agent de Santé Communautaire (ASC) Plus Fréquenté
EI_Mère_VSatPF :	Entretien Individuel Village Satellite Plus Fréquenté
EI_Mère_VSatMF :	Entretien Individuel Village Satellite Moins Fréquenté
EI_DTCMP :	Entretien Individuel Directeur Technique de Centre (DTC) Moins Performant
Moins	
EI_DTCPP :	Entretien Individuel Directeur Technique de Centre (DTC) Plus Performant
Plus	
EI_ASC_SPF :	Entretien Individuel avec un Agent de Santé Communautaire (ASC) d'un Site Plus Fréquenté
EI_ASC_SMF :	Entretien Individuel avec un Agent de Santé Communautaire (ASC) d'un Site Moins Fréquenté
Dyade_RELAIS_SASBC :	Dyade avec les Relais d'un Site ACS avec une Bonne Collaboration
Dyade_RELAIS_SASMC :	Dyade avec les Relais d'un Site ACS avec une Mauvaise Collaboration
EI_SA :	Entretien Individuel avec les Soignants Alternatifs