

RAPPORT  
DE LA  
PREMIERE EVALUATION FORMELLE  
PROJET D'ASSISTANCE MEDICALE RURALE AU TRARZA  
REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

RAPPORTEUR :

Dr. Ramiro Delgado García  
Chef de la Mission d'Evaluation

Nouakchott, Mai 1982.

**DIMPEX ASSOCIATES INC.**

MANAGEMENT • ECONOMICS • RESEARCH • EDUCATION & TRAINING

79 MADISON AVENUE  
NEW YORK, NEW YORK 10016  
(212) 679-1977

1629 K STREET, N.W.  
WASHINGTON, D.C. 20006  
(202) 785-0826

# DIMPEX ASSOCIATES INC.

MANAGEMENT & ECONOMIC DEVELOPMENT • RESEARCH • CONSULTING • TRAINING

September 7, 1982

PLEASE REPLY TO NEW YORK

Office of Development Information  
and Utilization  
Bureau for Development Support  
Agency for International Development  
Washington, D.C. 20523

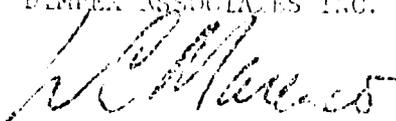
Re: Contract No. AFR-0202-C-00-1014-00  
Mid-Project Evaluation Report

Dear Sir/Madam:

In compliance with Article 16 (Reports) of AID General Provisions -- AID 1420 --41C (7-1-76) -- I am enclosing one copy of the Mid-Project Evaluation Report for the MAURITANIA RURAL MEDICAL ASSISTANCE PROJECT. This report was prepared in accordance with the terms of our Contract No. AFR-0202-C-00-1014-00.

Sincerely,

DIMPEX ASSOCIATES INC.



L.C. Merriam  
Home Office  
Project Director

LCM/as

## TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
Intégrants de la Mission d'Evaluation.....	i
Organisms Participant au PAMR.....	iii
I. ANTECEDENTS.....	1
II. CONCLUSIONS.....	4
A. Exécution du Calendrier Retenu dans l'Accord du Projet	4
B. Aspects Administratifs.....	5
1. Le Gouvernement Mauritanien.....	6
2. Agence pour le Développement International USAID.....	9
3. Volontaires du Corps de la Paix.....	10
C. Aspects Economiques et Financières.....	11
1. Coût de la Formation et Viabilité de la Coti- sation Familiale.....	12
2. Sustentation Financière du Rôle du Gouverne- ment dans le Projet.....	13
D. Aspects Techniques.....	17
1. Sélection et Formation des Infirmiers et des Agents de Santé Communautaire.....	17
a. Infirmiers.....	17
b. Agents de Santé Communautaire.....	19
2. Curriculum Utilisée pour la Formation des ASC	21
3. Collecte des Données.....	24
E. Aspects d'Intégration du Projet.....	25
III. RECOMMANDATIONS.....	26
A. Calendrier pour la Formation, Stratégies à Suivre.....	26
B. Aspects Administratifs.....	28
1. Le Gouvernement Mauritanien.....	28
2. Agence pour le Développement International USAID.....	29

TABLE DE MATIERES

(suite)

	<u>page</u>
3. Volontaires du Corps de la Paix .....	30
C. Aspects Economiques et Financiers .....	30
D. Aspects Techniques . .....	31
1. Sélection et Formation du Personnel .....	31
a. Infirmiers .....	32
b. Agents de Santé Communautaire .....	32
2. Curriculum Utilisé pour la Formation des ASC .....	33
3. Collecte des Données .....	33
E. Aspects d'Intégration du Projet .....	34
IV. CONCLUSION .....	34
V. POSTFACE .....	35

INTEGRANTS DE LA MISSION D'EVALUATION

Chef de la Mission :

Dr. Ramiro Delgado-García, Professeur de Santé  
Publique et Consultant de DIMPEX ASSOCIATES, Inc.

Membres de la Mission :

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales :

-- Dr. Mohamed Mahmoud Ould Hacen, Directeur de Santé  
Publique du Ministère de la Santé et Directeur  
du Projet d'Assistance Médicale Rurale au Trarza.

Dr. Jean Jacques Moskar, Médecin Chef-Adjoint de la  
Circonscription Régionale du Trarza.

Diouf Ibrahima, Infirmier Superviseur et Administrateur  
du Projet d'Assistance Médicale Rurale au Trarza.

Moctar Ould Memmah, Infirmier Superviseur et  
Conseiller en Education pour la Santé du Projet  
d'Assistance Médicale Rurale au Trarza.

Mamadou Sy, Infirmier Superviseur du Programme  
d'Accoucheuses Traditionnelles du Ministère de  
la Santé et des Affaires Sociales.

DIMPEX Associates, Inc :

Mona Y. Grieser, Conseillère en Santé Publique et  
Coordonnatrice du Projet d'Assistance Médicale  
Rurale au Trarza.

Corps de la Paix des Etats-Unis :

Rebecca Brooks, Directrice Adjointe, Programme Santé,  
Volontaires du Corps de la Paix des Etats-Unis  
D'Amérique.

Agence pour le Développement International du Département  
d'Etat des Etats-Unis d'Amérique (USAID):

Linda Neuhauser, Officier en Santé/Population/Nutrition  
de l'Agence pour le Développement International  
(AID/Mauritanie) et Gestionnaire du Projet d'Assistance  
Médicale Rurale au Trarza.

Georges Jones, Officier Régional en Santé de l'Agence pour  
le Développement International (USAID/REDSO), siège  
d'Abidjan, Côte-d'Ivoire.

Alan Reed, Chef de Programmation de l'Agence pour le  
Développement International (AID/Mauritanie).

David Carr, Economiste de l'Agence pour le Développement  
International (AID/Mauritanie).

Ministère du Développement Rural :

Diallo Amadou Yéro, Chef du Service de Coopération du  
Ministère du Développement Rural.

Ministère de l'Economie et des Finances de la République  
Islamique de Mauritanie :

Bâ Oumar Fussala, Economiste du Ministère de l'Economie  
et des Finances.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

André Kitoko, Ingénieur Sanitaire.

ORGANISMES PARTICIPANT DANS LE  
PROJET D'ASSISTANCE MEDICALE RURALE AU TRARZA  
REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

--oOo--

Période des Activités du Projet comprise par l'Evaluation :  
Août 1, 1980 à Mars 30, 1982.  
(20 mois)

--oOo--

Organisme Mauritanien Responsable de l'Exécution du Projet :  
Direction de la Santé, Ministère de la Santé et  
des Affaires Sociales

Assistance Technique offerte sous contrat avec DIMPEX  
Associates, Inc. New York, N.Y., EUA.

Avec la collaboration du Corps de la Paix  
des Etats-Unis d'Amérique

--oOo--

AIDE FINANCIERE

Donation de l'Agence pour le Développement  
International (USAID, N° du Projet 682.0202)  
du Département d'Etat, Etats-Unis d'Amérique.

## I. ANTECEDENTS

L'Accord du Projet d'Assistance Médicale Rurale (Projet PAMR Numéro 682-0202) a été signé le mois d'août 1979 entre le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie (GRIM) et l'Agence pour le Développement International du Département d'Etat Américain (USAID). Un an plus tard, deux Infirmiers Formateurs Supérieurs, formés auparavant en Soins de Santé Primaires (SSP) au Centre Régional de Formation de l'OMS à Lomé, ont été affectés au PAMR et quatre Infirmiers Formateurs l'ont été le mois d'octobre suivant. Le deuxième semestre de 1980 a été la période d'adaptation du Curriculum du SSP aux conditions de la Mauritanie et l'animation des 36 villages qui ont été sélectionnés comme l'échantillon de démarrage du Projet. Quatre volontaires du Corps de la Paix Américain sont arrivés le mois de septembre 1980 ; la Conseillère de Santé Publique et Coordinatrice du Projet est arrivée le mois de décembre 1980. Toutes ces activités ont été précédées d'une étape de réflexion et des discussions assez poussées sur les objectifs et les mécanismes d'application d'un programme de Soins de Santé Primaires dans le pays. Le Docteur Mohamed Mahmoud OuldHacen, à l'époque directeur du service de la Médecine Préventive, a été désigné par le Ministère de la Santé comme Directeur du PAMR. Le Dr. Hacen a participé à toutes les activités préliminaires du démarrage du Projet et à celles d'exécution quand le projet a commencé le travail sur le terrain. Des experts du Centre Régional de Formation de l'OMS à Lomé et du SHEDS ont participé activement à la mise en oeuvre du Projet et en particulier au développement du curriculum des Agents de Santé Communautaire (ASC) et la formation des Infirmiers Formateurs Supérieurs du niveau central et départemental.

En janvier 1981 a commencé le premier cours de formation des ASC choisis parmi les 36 villages animés pendant le mois de décembre 1980. Les ASC étaient distribués comme suit :

DEPARTEMENT de localisat. village	Langue de Formation des ASC				TOTAL
	Wolof	Poulaar	Hassaniya	Harā̄tine	
ROSSO	8	6	-	-	14
MEDERDRA	-	-	5	1	6
R'KIZ	1	6	6	3	16
T O T A L	9	12	11	4	36

Un deuxième cours de formation pour 31 ASC a commencé le mois d'octobre 1981 pour une durée de 45 jours. Un troisième cours pour 31 ASC a eu lieu février-mars 1982. En somme, 98 ASC (d'un total de 192 dont la formation a été prévue par l'accord ont été formés pendant la période couverte par l'évaluation (20 mois).

Au mois d'avril 1982, le nombre de village "actives" par zone était le suivant :

Zone 1 : ROSSO et KEUR-MACENE	30 villages
Zone 2 : MEDERDRA	19 villages
Zone 3 : R'KIZ	29 villages
Zone 4 : BOUTILIMIT et OUADANAGA	12 villages
TOTAL	90 villages

Il y a eu, donc, une perte globale de 8 ASC pendant la période.

..../...

Période d'activité sur le terrain	Cours de Formation ASC	Nombre Formés	Actives Avril 1982	% Pertes
14 mois	Premier cours de Formation	36	29	19.4 %
7 mois	Deuxième cours de Formation	31	30	3.2 %
1 mois	Troisième cours de Formation	31	30	3.2 %
T O T A L		98	89	8.2 %

Du mois de mars au mois d'octobre 1981, le projet a organisé une période de formation intensive pour les Infirmiers Formateurs Superviseurs (2 de niveau central, 4 de niveau départemental détachés en octobre 1980 et 3 détachés en septembre 1981): Séminaires sur la supervision, l'évaluation, la gestion, la recherche opérationnelle et sur des aspects pédagogiques. Le dernier trimestre de 1981 et le premier de 1982 ont vu l'intensification des activités de formation des ASC et de révision du curriculum de formation et des matériaux d'enseignement.

La mission d'Evaluation s'est déroulée pendant le mois d'avril 1982 sous la coordination du Chef de Mission, Dr. Ramiro Delgado-García. La liste des intégrants de la Mission, apparaît à la page "i". Les activités ont commencé par une visite d'observation des 15 membres de la mission répartis en trois groupes de 5 membres chacun. Chaque groupe a visité deux ou trois villages du projet et a eu l'occasion de faire des entrevues en profondeur avec les ASC, les Formateurs/Supérieurs, les Volontaires du Corps de la Paix, et les responsables des services de santé des Circonscriptions Régionales.

..../....

Après ces visites, les membres de la mission ont présenté par écrit les observations des groupes et une série de réunions et des discussions ont eu lieu à la Direction du Projet sous la coordination du chef de la mission qui s'est chargé de la rédaction du Rapport Préliminaire et du Rapport Final.

La chronologie des activités du Projet apparaît comme Annexe 1 et les modifications de l'accord original comme Annexe 2. L'Annexe 3 est un échantillon des entrevues qui ont eu lieu pendant la visite d'observation du groupe d'évaluation, (Version en Français) et l'Annexe 4 l'échantillon des entrevues du groupe B d'évaluation (Version en Anglais)

Le Chef de Mission veut remercier à tous ceux qui de près ou de loin ont apporté une aide permettant la réussite de la Mission.

## II. CONCLUSIONS

### A. Exécution du Calendrier Retenu dans l'Accord du Projet

Au 20ème mois de l'initiation du Projet, 40 % de la durée totale du Projet s'est écoulée. A cet horizon, les réalisations prévues se comparent favorablement aux résultats obtenus. Dans son ensemble, le Projet est en avance sur le calendrier d'exécution pour les éléments suivants :

1. Formation du personnel, animation des villages, établissement des Comités de Santé Communautaire et initiation des activités des soins de santé primaire dans une centaine de villages.
2. Commencement du renouvellement de la trousse des médicaments par les communautés dans 80 % des villages correspondant à la première formation (29 villages, d'un total de 36) et initiation des mesures de support pour l'ASC dans 25 % d'entre eux ( 9 villages). Il est encore trop tôt pour établir ces aspects dans les villages de la 2ème et 3ème promotions.

.../...

3. Tournées de supervision par l'Infirmier Formateur Supérieur correspondant, à un taux d'une visite mensuelle pendant le premier trimestre d'opération de l'ASC dans le village respectif.

A partir de ce moment, le rythme de supervision diminue de façon progressive jusqu'à ce qu'il atteigne la moyenne d'une visite trimestrielle au bout d'un an d'activités de supervision.

La conclusion générale sur l'exécution du calendrier d'activités peut se résumer en signalant que, compte tenu de la tendance générale des projets d'accélérer les activités vers la fin de leur durée, l'accomplissement opportun que l'on constate dans les activités du Projet d'Assistance Médicale Rurale au Trarza est indicatif d'une préoccupation continue de la Direction du Programme pour suivre le calendrier selon les dates accordées.

#### B. Aspects Administratifs

Les conclusions sur ces aspects portent sur les résultats de l'analyse des arrangements administratifs et des adaptations qui ont été nécessaires pour exécuter les termes du Projet.

D'abord, on se penchera sur le rôle des trois Organismes concernés :

- 1) le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie
- 2) l'Agence pour le Développement International (AID) et
- 3) le Corps de la Paix des Etats-Unis.

Ensuite, on étudiera les conclusions sur les procédés administratifs établis par le Bureau du Projet à Nouakchott pour la coordination et le fonctionnement des activités du Projet.

### 1. Le Gouvernement Mauritanien

On a accordé que l'exécution du Projet avait besoin de la participation de plusieurs niveaux du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales : La Direction de la Santé, Pharmarim et la Circonscription Régionale du Trarza dans l'ensemble de ses fonctions, notamment l'Hôpital Régional de Rosso, le Centre Régional de Santé et les Dispensaires Départementaux de Rosso, Méderdra, R'kiz, Boutilimit, Keur Macène, et Ouad-naga.

Le Ministère de la Santé a désigné un Directeur du Projet qui a sous sa responsabilité l'exécution du Projet et qui est l'homologue Mauritanien du Conseiller en Santé Publique. Le Ministère devait aussi choisir un homologue pour le Conseiller en Education/Santé et Formation du Personnel, prévu dans l'assistance technique pour les aspects techniques qui auraient rapport à la Formation du Personnel; mais on a préféré désigner un Formateur Mauritanien.

L'Annexe 2 identifie les modifications effectuées comme suite de la décision de remplacer l'Expert en Education/Santé et Formation du Personnel par la collaboration suivie du Centre Régional de Formation de Lomé de l'Organisation Mondiale de la Santé. Simultanément, il est devenu évident que les Infirmiers d'Etat des Dispensaires Départementaux et des Centres PMI ne pourraient pas assurer, à cause du volume de leurs activités ordinaires de service, les activités de formation et de supervision des ASC. Le Ministère a donc décidé de charger les six infirmiers à temps plein et ne pas les attacher, dans la phase initiale, au système des dispensaires ou des Centres de PMI. On a aussi dû concentrer les activités initiales dans trois départements seulement : Rosso, Méderdra et R'kiz, pendant les premiers 8 mois de l'exécution sur le terrain (mars 1981, août 1981).

...../.....

En octobre 1981, on a ouvert des services à Boutilimit et en janvier 1982 à Keur-Macène ; on projette l'ouverture des services à Ouada-Naga pour le mois d' octobre . 1982.

Les modifications mentionnées ci-dessus quant à l'attribution des tâches pour le personnel technique du Projet ont eu un certain impact sur son organisation administrative et plus particulièrement sur les rôles de la Conseillère en Santé Publique/Coordonnatrice du Projet et des deux Infirmiers Superviseurs, respectivement chargés de l'Administration et de la Formation.

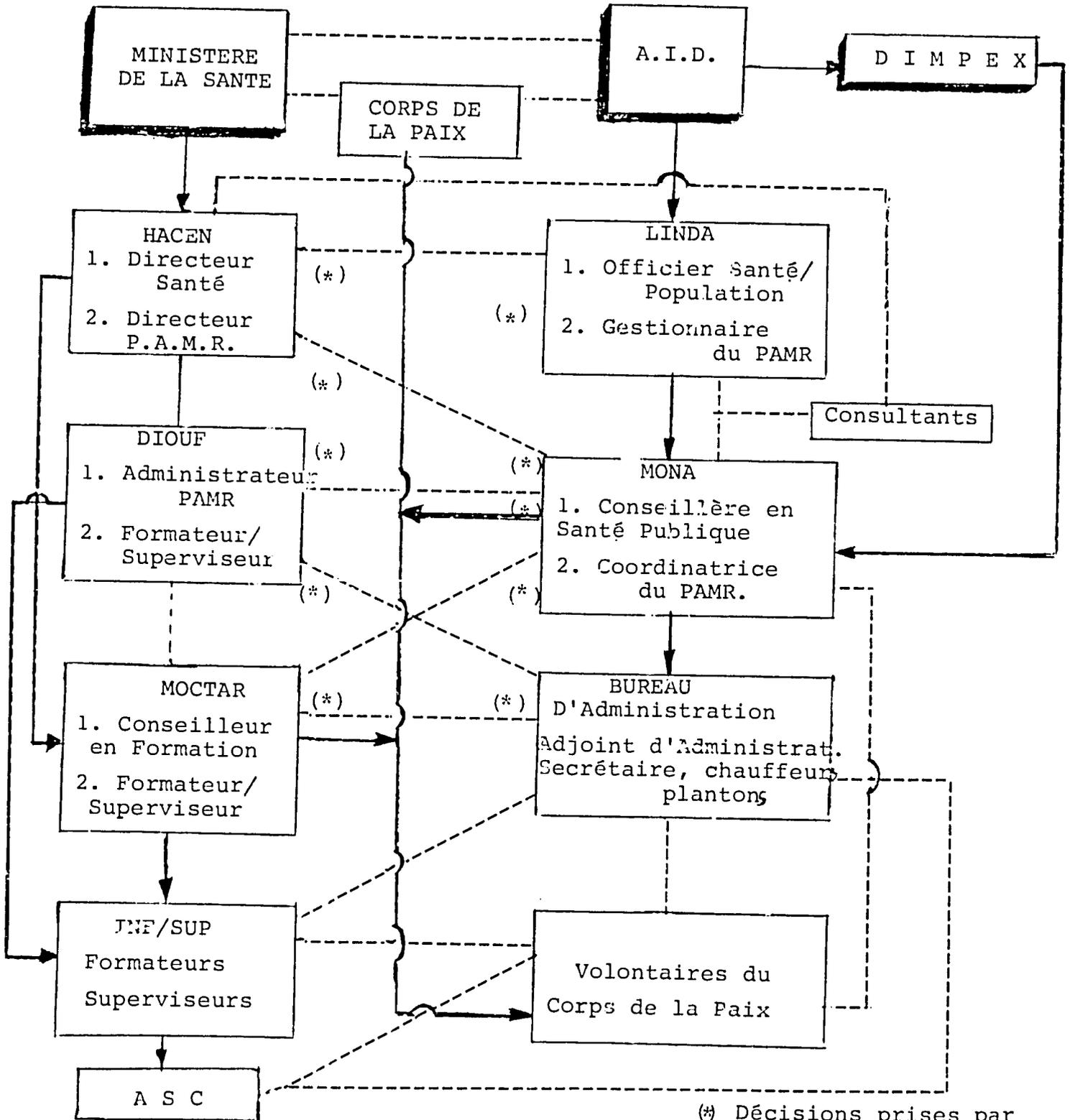
L'impact fondamental sur ce personnel a été le besoin d'exercer simultanément les activités de formation/supervision avec des activités de gestion/administration. L'absence d'un des Infirmiers Superviseurs de septembre à décembre 1981 pour participer à un cours de Santé communautaire à Lomé, et la réduction du temps consacré au Projet de la part de l'Infirmier/Administrateur (élu Membre du Bureau Permanent de l'Union des Travailleurs de Mauritanie UTM), ont demandé des efforts importants de type administratif de la part de la Conseillère en Santé Publique/Coordonnatrice du Projet. Les activités techniques de celle-ci ont eu une diminution appréciable ce qui a produit des effets défavorables sur le nécessaire suivi des activités techniques du Projet. La qualité de la collecte de données, les activités des volontaires du Corps de la Paix et l'analyse des résultats ont subi les conséquences.

L'organisation administrative du Projet, vis-à-vis des lignes de coordination et d'autorité, a aussi subi les conséquences des adaptations successives. L'organigramme qui apparaît dans la page suivante, démontre clairement la complexité de l'organisation résultant du système adopté et signale les goulots d'étranglement qui empêchent un flux adéquat dans la séquence normale de l'exécution des décisions prises par le groupe de la direction. Dans le chapitre correspondant, on présentera des recommandations spécifiques pour résoudre ce problème.

.../...

G R I M

ETATS UNIS D'AMERIQUE



(\*) Décisions prises par consensus

--- ligne de coordination  
— ligne d'autorité

Un des Infirmiers/Formateurs du niveau Départemental a été en congé-maladie depuis mars 1981 et n'a pas encore été remplacé.

Le Ministère de la Santé devait aussi autoriser Pharmarim pour que cet organisme donne une license permettant un agent (dans chacun des chefs-lieux de Département), à vendre des médicaments à l'ASC à des prix commerciaux. Néanmoins, on a remis en question cette mesure à cause des dangers de spéculation et on a plutôt donné l'autorisation d'achat des médicaments spécifiques (ceux de la trousse de l'ASC) directement à l'ASC. Maintenant, tous les ASC ont une license signée par le Ministère, à cet effet: achat des médicaments de base.

## 2. Agence pour le Développement International (A.I.D.)

USAID a signé un contrat avec la corporation DIMPEX Associates, Inc. de New York, EUA, pour assurer l'assistance technique étrangère à court et long termes.

Les modifications de ce contrat sont signalées dans l'Annexe 2.

A présent, il y a un amendement en cours visant sur des aspects administratifs du personnel Mauritanien local et sur la description du travail de la Conseillère en Santé Publique. Il y a un Bureau local d'Administration à Nouakchott avec un Administrateur Adjoint, un Secrétaire, 7 chauffeurs et 6 plantons. Un compte local, sous la responsabilité de la Conseillère en Santé Publique, sert pour les dépenses effectuées à Nouakchott. (1) L'organigramme présente les lignes d'autorité et de coordination correspondantes.

De l'examen de cet organigramme on peut conclure les difficultés d'opération et les sources possibles de conflit qui découlent de la multiplicité des inter-relations. Le rôle de la Conseillère en Santé Publique/coordonnatrice du Projet, quant à la gestion du programme, paraît problématique d'autant

---

(1) dépenses de fonctionnement en UM

plus qu'il y a deux lignes d'autorité qui partagent son action et qui sont étrangères au travail sur le terrain. Dans les aspects administratifs proprement dits, on peut déceler des difficultés.

Un autre aspect qui présente des problèmes potentiels se trouve dans le pouvoir de veto sur les décisions d'autorité dans le groupe de direction.(1)

Malgré toutes ces limitations, la Mission a constaté que le système, aussi compliqué qu'il paraisse, a fonctionné relativement bien grâce au pouvoir d'adaptation des responsables du Projet.

Après cet examen, on peut mieux comprendre comment l'absence partielle ou totale d'un des éléments de la chaîne peut comporter des troubles sérieux dans la bonne marche du programme. Jusqu'à présent, les activités ont été relativement homogènes; mais quand les ASC seront en plein fonctionnement, les aspects logistiques seront extrêmement compliqués. On peut prédire dès maintenant des difficultés appréciables à court terme si l'on n'améliore pas immédiatement l'organisation du système.

### 3. Volontaires du Corps de la Paix des Etats-Unis d'Amérique.

Du point de vue administratif, les cinq volontaires (VCP) sont sous le contrôle du Projet pour les activités sur le terrain et sous celui de l'Organisme local du Corps de la Paix pour les aspects administratifs de type général. Mais à vrai dire, ils sont en coordination avec presque tout le système et sans une supervision formelle, étant donné qu'ils travaillent dans 4 Départements et accompagnent les formateurs/superviseurs de ceux-ci. La description du travail des VCP est vague et leurs activités peu définies. Par voie de conséquence, ils doivent établir eux-mêmes leur rôle et celui-ci varie avec les aptitudes de chacun et les besoins de chaque centre tels que :

(1) un programme de services de santé qui est le résultat d'un accord entre un pays souverain et une agence étrangère de développement, présente des modalités particulières pour la gestion et l'administration, ce qui crée des relations aussi particulières dont il faut tenir compte.

méthodes pédagogiques, arrangements logistiques pour les cours de formation et supervision, sessions pratiques dans les dispensaires, organisation des jardins potagers, démonstrations pratiques de nutrition, élaboration des filtres d'eau, etc. Le manque des connaissances suffisantes en Français, (1) de la langue locale et des notions claires sur les soins de santé primaire ont été un handicap sérieux pour leur fonctionnement normal et pour mieux harmoniser leur relation avec leurs homologues Mauritaniens.

C. Aspects Economiques et Financiers

Les dépenses pour le Projet ont commencé en 1980, et en comparaison au budget approuvé, elles ont été comme suit jusqu'au 31 mars 1982:

Catégorie	Budget (+)	Dépenses	Solde
<u>A. Assistance Technique</u>			
a) Contrat U.S.A.	450.000	153.920	296.080
b) Support au contrat.	140.000	78.120	61.880
<u>B. Support à l'Opération</u>			
a) Personnel local	180.000	31.000	149.000
b) Opération Véhicules	150.000	75.610	74.390
c) Fournitures (1)	330.000	301.320	28.680
<u>C. Formation</u>			
a) Formation du personnel	177.000	39.560	137.440
b) Education sanitaire	6.000	-	6.000
<u>D. Contingences (2)</u>			
	229.000	-	229.000
<b>T O T A L US \$</b>	<b>1.662.000</b>	<b>679.530</b>	<b>982.470</b>

(1) particulièrement au moment de leur arrivée en Mauritanie

- (+) les catégories du budget représentent les besoins qui ont été estimés pendant la durée du projet.
- (1) véhicules, équipement médical ou de bureau, médicaments, fournitures de bureau, entretien, réparations etc.
- (2) réserves destinées à couvrir les besoins des autres catégories.

Le Gouvernement de Mauritanie s'était compromis à contribuer avec l'équivalent de \$ 224.000 au Projet, mais étant donné la difficulté du Gouvernement pour faire face aux dépenses locales grandissantes du personnel administratif du Bureau de Nouakchott (secrétaire, artiste, administrateur adjoint, chauffeurs et plantons), USAID a accepté de prendre en charge les coûts de ce personnel et de modifier l'Accord en conséquence. Egalement USAID a accepté de payer les loyers des Centres Départementaux de formation de manière transitoire.

1. Coût de la Formation et Viabilité de la Cotisation Familiale

Le tableau suivant montre les éléments qui interviennent dans le calcul du coût de la formation et de l'installation d'un ASC :

Coût de la Formation et de l'installation	US \$	UM
Coût moyen de la formation d'un ASC (1)	700	35.000
Coût moyen du recyclage annuel d'ASC	200	10.000
Coût de la dotation de médicaments (3 mois) et de la trousse de soins	250	12.500
T O T A L	1.150	57.500

- (1) - Dépenses du Projet résultant des dépenses en salaires transport, fournitures, loyer et coûts directs de la formation. Le coût de la supervision doit être considéré aussi. Information obtenue à partir des dépenses de la 2ème formation (moyenne).

Les coûts récurrents pour maintenir l'ASC "actif", seraient :

Coûts Récurrents (1)	US \$	UM
Coût des médicaments (par an)	800	40.000
Salaire annuel ( 12 x 160 )	1.920	96.000
T O T A L	2.720	136.000

(1) - Si les médicaments étaient donnés gratuitement au public.

L'estimation du revenu mensuel d'une famille de six personnes est en moyenne de 5.000 UM ( \$ 100 ).

2. Sustentation Financière du Rôle du Gouvernement de la Mauritanie dans le Projet.

Le Tableau 1 présente les estimations des prévisions budgétaires du Ministère de la Santé, qui tiennent compte des coûts d'investissement et des projets spéciaux. Ces chiffres représentent plutôt des souhaits que des réalités, étant donné que le budget d'opérations (fonctionnement) des trois années précédentes n'a pas dépassé le chiffre de 400 millions d'UM ( \$ 8 millions). comme le montre le tableau suivant :

(en millions)

Catégorie	1978		1979		1980	
	UM	\$	UM	\$	UM	\$
Personnel	167	3,3	194	3,9	213	4,3
Fonctionnement	75	1,5	126	2,5	119	2,4
Produits Pharmaceut.	54	1,1	65	1,3	55	1,1
T O T A L	295	5,9	385	7,7	387	7,8
Budget GRIM	11.330	226,6	11.400	228,0	10.500	210,0
%	2,6		3,4		3,7	

.../...

Tableau N° 1  
Budget du Quatrième Plan de Santé

Estimation des prévisions budgétaires en millions d' UM <sup>(1)</sup> = 4ème Plan Santé							
Rubrique	1981	1982	1983	1984	1985	Total	%
<u>Coûts Récurrents</u>							
1. Personnel	237	260	286	315	347	1.445	24,3
2. Fonctionnement	124	129	130	131	134	648	10,9
3. Prod. Pharmaceutiques	219	246	258	271	286	1.280	21,4
Total partiel	580	635	674	717	767	3.373	56,6
<u>Coûts d'Investissement</u>							
1. Constructions	64	143	109	150	16	482	8,1
2. Rénovations	53	87	93	65	37	335	5,6
3. Equipement	252	301	190	185	114	1.042	17,5
4. Véhicules (2)	42	33	21	14	18	128	2,2
Total partiel	411	564	413	414	185	1.987	33,4
<u>Projets Spéciaux</u>							
1. PEV (Proq. Elargi Vacc)	-	12	13	15	16	56	0,9
2. Unités Fabr./Eq. Spéc.	34	38	41	45	50	208	3,5
3. Bilharziose/Paludisme	28	14	14	16	21	93	1,6
4. Lutte Antituberculose	56	56	55	34	34	235	4,0
Sub. Total	118	120	123	110	121	592	10,0
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>1.109</b>	<b>1.319</b>	<b>1.210</b>	<b>1.241</b>	<b>1.073</b>	<b>5.952</b>	<b>100,0</b>

(1) Prix constants de 1980

(2) Coûts de véhicules, pièces détachées et garage d'entretien inclus pendant les années 1981, 1982 et 1983. Après, le budget suivra un cycle triennal de remplacement.

Il faudrait faire quelques commentaires à guise de conclusion général quant aux aspects économiques et financiers :

i - A l'occasion des conversations soutenues avec GRIM pendant l'élaboration du PP, on avait retenu une certaine distribution de responsabilités quant au développement des SSP :

Compromis du Gouvernement :

- a) formation et recyclage des ASC ;
- b) fourniture de la trousse de soins et d'une dotation de médicaments suffisante pour trois mois ; et
- c) activités de support (animation des villages ; supervision de l'ASC ; dépouillement et analyse des données recueillies par l'ASC).

Compromis du village.

- a) identifier, recruter et soutenir un ASC selon les recommandations du projet ;
  - b) renouveler de façon périodique la dotation des médicaments (les modalités pouvant être différentes selon les caractéristiques des villages) ; et
  - c) constituer un comité de santé communautaire responsable de la bonne marche du programme dans le village.
- ii - Un examen des chiffres qui ont été présentés ci-dessus révèle que tant le Gouvernement Mauritanien , que les villageois auraient des difficultés pour honorer leurs compromis sur la base des coûts du projet qui ont été signalés. Autrement dit, les taux des dépenses d'un projet de démonstration ne peuvent pas servir de base pour le calcul du coût de l'expansion d'un projet à tout un pays.

.../...

Le coût de la formation et de l'installation d'un ASC (environ \$ 1.200) est trop élevé. Si on avait besoin d'un millier d'ASC pour le pays, cela coûterait déjà \$ 1.200.000.

Si on estime à 350 le nombre moyen de personnes dans un village, les coûts récurrents par personne/par an, pour maintenir 1 ASC actif dans le village, seraient :

$$2.750 \div 350 = \$ 7,80$$

et pour une famille de six personnes :

$$7,80 \times 6 = \$ 46,80$$

dont le revenu annuel est de

$$100 \times 12 = \$ 1.200$$

Or, la contribution familiale moyenne (\$ 46,80) représente 3,9 % du budget familial. En gros, chaque famille devrait donner régulièrement environ 1 dollar par semaine (50 UM) comme cotisation.

Quant aux dépenses du Ministère de la Santé pour former et installer 1.000 ASC dans une période de 4 ans, par exemple, les calculs de faisabilité seraient :

$$250 \text{ ASC} \times \$ 1.200 = \$ 300.000$$

Prévisions budgétaires moyennes par an des coûts récurrents du Ministère = \$ 13.600.000.

Les \$ 300.000 représentent 2,2 % du budget de fonctionnement.

On peut donc conclure qu'il faudra développer des stratégies plus efficaces quant à la formation, l'installation, le paiement de l'ASC et l'achat des médicaments, que celle résultant d'appliquer les coûts du projet PAMR.

iii - Il serait assez difficile pour le Gouvernement Mauritanien d'entreprendre dans d'autres Régions du pays l'installation des soins de santé primaires avec le même modèle d'application du Projet : cadre régional de formateurs des formateurs, Infirmiers Formateurs/Superviseurs Départementaux, Bureau Administratif, Centres de Formation, moyens logistiques aisés, etc.

.../...

La méthodologie de type technique pourrait être la même, mais le modèle administratif, économique et financier devrait s'intégrer au modèle d'exécution gouvernemental. Dans le Chapitre des Recommandations, on présentera les suggestions de la Mission à l'égard du processus d'institutionnalisation du Programme de soins de santé primaires (SSP).

Du point de vue administratif, économique et financier, on peut donc tirer les conclusions préliminaires suivantes :

1. la viabilité d'étendre le Projet d'Assistance Médicale Rurale à d'autres Régions du pays dépendra surtout du degré d'institutionnalisation et régionalisation des modalités de formation et de supervision choisis ;
2. la modalité du mécanisme utilisé dans le Projet pour la formation et la supervision des Infirmiers/Formateurs/Superviseurs du Projet Trarza a permis le développement d'une technologie assez bien adaptée aux conditions des zones rurales de Mauritanie ;
2. ce Projet doit être considéré comme un projet de démonstration et d'expérimentation. Son application à d'autres régions du pays doit être précédée d'une intégration appropriée au système de santé de Mauritanie.

L'institutionnalisation des SSP demandera une modification de la structure du Ministère de la Santé qui, pour le moment, est très compartimentée, ce qui rendrait l'intégration difficile.

D. Aspects Techniques (Voir Annexe 1 : Activités du Projet)

1. Sélection et Formation des Infirmiers et des Agents de Santé Communautaire.

a) Infirmiers

Lors de la signature de l'Accord entre le Gouvernement de Mauritanie et USAID (Août 1979), deux Infirmiers d'Etat (M. Diouf et M. Moctar) ont été choisis par le Ministère de la Santé pour

être formés dans le domaine des Soins de Santé Primaires. la sélection de ces deux candidats (faite par le Directeur de la Santé) a été basée sur leur expérience en formation/supervision et leur motivation pour les soins de santé primaires. Ils sont allés suivre le Cours de Soins de Santé Primaires de Lomé (Togo) de septembre à décembre 1979. Quand les activités du Projet ont commencé en août 1980, ils ont été détachés de leurs activités au Ministère de la Santé, pour se charger, au niveau du Projet Trarza, des activités de formation et de supervision des Formateurs/Superviseurs des Agents de Santé Communautaire. Pendant le mois d'octobre 1980, le Centre de Formation de l'OMS à Lomé a organisé à Nouakchott un cours de formation pour 18 Infirmiers d'Etat de Mauritanie.

A la suite de ce cours, le Ministère de la Santé a choisi (avec l'aide des responsables du cours) les quatre Infirmiers qui réunissaient mieux les critères définis comme nécessaires pour les tâches de formation/supervision des Agents de Santé Communautaire. Dans ce choix ont aussi participé les deux infirmiers/Superviseurs du Projet qui, à leur tour, avaient participé depuis septembre 1980 à la préparation, réalisation et analyse de l'Enquête Sanitaire : "Diagnostic du Village" dans 8 villages du Trarza. Ils ont aussi participé pendant le mois de novembre à l'adaptation pour la Mauritanie du programme de formation des ASC développé par le Centre de Formation de Lomé. Au mois de décembre, les six Infirmiers du Projet ont réalisé l'animation de 36 villages du Trarza, qu'avaient été sélectionnés par le Ministère de la Santé en suivant les critères précis : leur distance aux Dispensaires, un minimum de 300 habitants et leur condition représentative de la diversité sociale, écologique et ethnique de la Région. L'attribution finale a été faite après l'animation, quand les villageois et le Comité de Santé ont exprimé de façon explicite leur décision d'accepter les responsabilités inhérentes au programme de soins de santé primaire :

soutenir l'ASC dans son travail et renouveler périodiquement les médicaments de la trousse des soins. A l'animation de ces villages ont participé aussi le Gouvernement du Trarza, les Préfets des trois Départements (Rosso, Méderdra et R'Kiz) et le Directeur de la Santé.

Les Infirmiers/Formateurs/Superviseurs ont participé à Nouakchott à deux séminaires sur la supervision (mars et juin 1981) ; le curriculum (juillet 1981) ; la gestion (août 1981) ; les techniques de la recherche scientifique (septembre 1981). Au Centre Régional de Formation de l'OMS à Lomé, ont été envoyés pour des Cours de Formation en Santé Communautaire: l'Infirmier Formateur/Superviseur du Projet (septembre-décembre 1981) et les 4 Infirmiers/Formateurs/Superviseurs détachés au Projet en août 1980 pour un stage de 3 mois (avril-juin 1981) en Soins de Santé Primaire.

Le deuxième groupe de trois Infirmiers/Superviseurs de niveau Départemental ont été nommés en septembre 1981 ; ils ont suivi un stage de formation en pédagogie et supervision donné par un des Infirmiers/Formateurs/Superviseurs Régionaux (septembre 1-15, 1981).

Comme conclusion de l'examen du processus de sélection et de formation des Infirmiers/Formateurs/Superviseurs de niveau Régional et Départemental du Projet, on peut affirmer que celui-ci leur a offert des possibilités excellentes de formation.(1)

b) Agents de Santé Communautaire

98 Agents de Santé Communautaire ont été formés jusqu'à présent (51 % des effectifs totaux projetés pendant la durée totale du Projet). La sélection de l'ASC est laissée entièrement sous la responsabilité du village, qui le choisit lors des activités d'animation ; le choix suit, en général, les critères établis par le Projet :

- 1) avoir au moins 25 ans
- 2) être établi (e) dans le village, (être marié (e) ou avoir un travail permanent)

(1) Des 9 Infirmiers, 1 seulement a été affecté ailleurs et remplacé par la suite  
.../...

- 3) être motivé (e) par les activités de soins de santé primaire et, autant que possible, avoir été secouriste ;
- 4) vouloir accomplir les fonctions propres de l'ASC avec régularité et de manière bénévole ;
- 5) appartenir à l'ethnie prédominante dans le village ;
- 6) être arabisant (e) ou francisant(e), mais il (elle) peut être analphabète.

Des 98 ASC, 35 % sont des femmes. Faisant une étude globale des activités de service couvertes par l'évaluation (environ 1 an) le taux d'attrition serait bas : 8,2% il est un peu plus élevé pour les femmes (3 femmes sur 34 : 8,8 %) que pour les hommes (5 hommes sur 64 = 7,8 %). L'âge moyen des femmes qui ont abandonné serait de 21 ans et celui des hommes, de 32 ans. Les raisons d'abandon ont été : pour les femmes : une a été divorcée et a quitté le village ; deux ont été promues comme Accoucheuses Auxiliaires du Service PMI (salariables). Pour les hommes : deux ont abandonné par manque de rémunération ; un a quitté le village et il s'est marié dans un autre village ; un était marié et travaillait dans un autre village ; un a eu un conflit avec le Chef du village et il est parti ailleurs. Les raisons ont été donc, en général, de type économique et changement d'état civil. L'âge joue un rôle important, spécialement chez les femmes.

On pourrait conclure que la sélection des ASC, mesurée par les bas taux d'attrition (moins de 10 %), a été remarquablement bien faite par le village et par son Comité de Santé. La plupart des pertes serait le résultat de l'application incomplète des critères adoptés par le Projet. Il faut aussi souligner le fait que dans un certain nombre des villages l'ASC choisi (e) a été le seul (ou la seule) qui s'est porté (e) volontaire au moment de la sélection.

Néanmoins, un examen plus approfondi, basé sur la date de formation, nous indique qu'on ne peut faire les calculs d'attrition qu'avec le premier groupe qui a été formé (janvier - mars 1981). Les deux autres groupes sont trop récents pour calculer l'attrition le deuxième groupe l'a été entre octobre et décembre 1981 et le

troisième entre février et avril 1982. Pour le premier groupe de 36 ASC, le taux d'attrition total est de 19,4 %, étant de 17,4 % chez les hommes et 23,1 % chez les femmes (4 sur 23 chez les hommes et 3 sur 13 chez les femmes). L'âge moyen des 23 ASC hommes est de 40 ans ; l'âge des 13 ASC femmes formées est de 32 ans. L'âge moyen des abandons masculins est de 32 ans et celui des abandons féminins est de 21 ans.

Un taux d'attrition annuel de presque 20 % est élevé. On devra, donc présenter avec plus d'insistance aux villageois et au Comité de Santé (pendant l'animation), l'importance d'appliquer plus rigoureusement les critères de sélection. Autrement, à la fin de 1983 on aura formé les 192 ASC mais seulement 150 seraient actifs. Ce calcul est basé sur un coefficient annuel de décrétement du 20 % appliqué au nombre d'ASC formés selon les dates prévues.

## 2. Curriculum utilisé pour la Formation des ASC

Le curriculum utilisé dans le Projet pour la formation des ASC comporte deux aspects complémentaires : soins de santé pour les maladies prévalentes dans la localité et éducation en santé dirigée vers des mesures de prévention, assainissement, hygiène personnelle et du milieu.

Les sujets du curriculum ont été choisis afin d'obtenir la réduction de la morbidité des enfants de moins de cinq ans et des mères, ainsi qu'à la prévention et contrôle des maladies contagieuses et transmissibles plus importantes.

La formation des ASC était prévue pour une durée de 3 mois (12 semaines), mais on a considéré suffisante une durée intensive de 45 jours (6 semaines), tenant compte du suivi fréquent de la part des Infirmiers/Superviseurs et des cours annuels de recyclage prévus dans le Projet.

La Mission a visité 4 chefs-lieux et 8 villages des Départements de Rosso, Méderdra, R'kiz et Boutilimit (Voir dans le corps du Rapport le compte rendu des visites avec les entretiens faits par la Mission aux Infirmiers des Dispensaires, Sages-Femmes de la PMI, Infirmiers/Formateurs/Superviseurs de niveau régional et départemental, Volontaires du Corps de la Paix, Comités de Santé

Villageoise, Villageois et Agents de Sangé Communautaire).

On a trouvé des Agents motivés par leur travail en santé communautaire et démontrant une bonne connaissance des aspects préventifs et curatifs de base. Bien que l'échantillon des ASC visités ne peut pas être considéré comme représentatif de l'ensemble des ASC, on a trouvé beaucoup d'homogénéité dans leurs réponses et connaissances générales. Ils ont pu répondre avec assurance aux questions qui leur ont été posées par les membres de la Mission, sur : la reconnaissance et traitement des maladies simples ; l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants : l'utilisation convenable de la nourriture ; les procédés d'hydratation ; la détection de troubles de la grossesse ; les procédés du sevrage ; la prévention et le contrôle des maladies transmissibles ; les raisons d'une évacuation d'urgence ; l'utilisation des médicaments de la trousse des soins et le traitement d'urgence des accidents (brûlures, morsures, fractures, etc....)

La collecte des données faite par les ASC est très déficiente, surtout à cause du manque des fiches de traitement. Au Département de Rosso on a trouvé que les ASC n'avaient pas été formés de façon convenable pour remplir les formes statistiques.

Les connaissances des ASC sur des aspects liés aux soins prénataux, post-partum et espacement des naissances sont plutôt superficielles. Peut-être, ceci est le résultat des aspects culturels, qui font que ces questions soient considérées du domaine de l'Accoucheuse Traditionnelle ou de la Sage-Femme. Un autre point faible paraît être la connaissance des problèmes du parasitisme intestinal et de son traitement ; des otites, des stomatites, des maladies de la peau et des problèmes du système génito-urinaire ou du système cardio-vasculaire.

La Mission craignait que l'ASC soit naturellement incliné à donner plus d'importance à l'utilisation des médicaments qu'aux activités d'éducation et d'assainissement. Néanmoins, elle a trouvé un équilibre acceptable entre ces deux activités. Des conclusions similaires ont été tirées par le Dr. Moumouni du Centre de Formation

de l'OMS à Lomé et par le Dr. Delgado quand ils ont visité en 1981 12 villages avec ASC.

Un autre aspect très encourageant est l'acceptation des ASC de la part des villageois. Non seulement ils acceptent les conseils de l'ASC quant à l'hygiène du village et l'hygiène personnelle, mais aussi ils reconnaissent son influence dans le domaine de l'organisation du village. Les visites périodiques de l'Infirmier/Superviseur sont aussi un motif d'intérêt et parfois de célébration pour le village.

Néanmoins, tant le renouvellement des médicaments de la trousse de soins que le soutien de l'ASC par le village peuvent devenir des problèmes d'envergure dans un futur proche. Tant que la motivation soit présente chez l'ASC et la communauté, le bénévolat peut fonctionner ; mais on perçoit déjà des signes de fatigue dans certains villages. Cette situation ne peut pas se laisser détériorer et des mesures appropriées de la part du Projet et du Gouvernement doivent être envisagées à courte échéance.

Les études de recherche opérationnelle en soins de santé primaires qui ont été proposées par l'USAID/Mauritanie et le Gouvernement Mauritanie et PRICOR, devraient être poursuivies car elles peuvent donner des réponses à ces questions importantes.

Le curriculum a été révisé avant la deuxième et troisième formation, mais les changements faits ont été très superficiels, étant plus de forme que de fond. Par exemple, la séquence des thèmes a été modifiée et certaines illustrations (dessins) ont été adaptées d'une façon plus convenable aux conditions de la vie rurale Mauritanienne.

Pendant le recyclage formel (10 jours) du premier groupe, on a insisté sur les aspects préventifs de l'activité de l'ASC et on lui a appris à administrer des piqûres. Le module de prévention a visé sur des aspects du contrôle de l'environnement, la purification de l'eau et la nutrition.

Quant aux épreuves d'évaluation des connaissances, la Mission a trouvé que le système est inefficace. La pratique n'est pas surveil-

lée et seulement les aspects théoriques sont couverts et cela de façon superficielle.

### 3. Collecte des données

En janvier 1982, le Projet a réalisé une révision des matériels et des formes utilisées pendant l'animation, la supervision et la formation. Cette révision a été effectuée par la Conseillère en Santé Publique et les Infirmiers/Formateurs/Superviseurs.

De façon similaire, le personnel du Projet a élaboré l'enquête domiciliaire et celle du recensement.

La Mission a examiné avec attention toutes ces formes et matériels. De cet examen on a pu conclure qu'en général, les formulaires utilisés pour l'enquête domiciliaire et du recensement étaient encore insuffisamment travaillés quant à la clarté de l'information demandée, sa séquence et sa distribution. Beaucoup plus de travail aurait été nécessaire pour mettre à point ces instruments : élaboration détaillée des instructions à l'usage des enquêteurs, pré-codification de l'information, etc. C'est assez douteux que la qualité de l'information recueillie sous des conditions aussi aléatoires, puisse rendre une information de bonne qualité.

On aurait aussi dû organiser un colloque sur les techniques des enquêtes pour le bénéfice des Infirmiers/Formateurs/Superviseurs. L'échantillonnage, par exemple, est une méthode d'application très délicate qui demande de l'assistance d'un spécialiste et la connaissance rigoureuse de l'univers à échantillonner. Le Bureau de Recensement et le Département des Statistiques à Nouakchott ont beaucoup d'expérience dans l'échantillonnage à la suite du recensement et de l'enquête sur la fécondité auxquels ils ont participé activement. On aurait pu leur demander l'assistance technique.

Quant au recensement, on aurait dû établir en détail les définitions de population résidente, population itinérante, aussi que les questions relatives à l'âge, aux rapports familiaux et parentaux. La condition de la polygamie, qui est prévalente dans certaines des communautés enquêtées, pose des problèmes techniques d'une certaine envergure.

Les autres documents de collecte des données : Fiches de traitement, Fiches de Supervision et Fiches d'Enquête sont aussi à réviser. Le point fondamental pour l'élaboration d'une fiche convenable est celui de pouvoir répondre aux questions : qu'est-ce qu'on veut savoir et pourquoi on veut le savoir. Pour les questions fermées, il faudrait présenter toutes les alternatives et pour les ouvertes il ne faut pas induire la réponse. Quand on élabore une fiche d'observation à passages répétés il faut la faire de telle façon qu'on puisse déceler et enregistrer le changement positif ou négatif.

Quant à l'animation, la Mission considère que le Projet doit lui donner plus d'importance. Faire une animation à la légère, comme on l'a faite dans certains villages, met en cause la raison d'être du Projet. Les villageois doivent d'abord comprendre clairement quels sont les avantages d'avoir un ASC dans la communauté mais aussi quelles sont les responsabilités qu'ils assument. Pour cela, il faudrait l'élaboration par le Gouvernement, des messages très clairs sur sa politique de Soins de Santé Primaire dans le cadre d'une responsabilité mutuelle entre le Gouvernement et la communauté. Il faudrait aussi leur raconter les expériences des autres villages et leur laisser un temps suffisant pour réfléchir, discuter et prendre de cette façon une décision raisonnée.

D'ailleurs il serait une bonne idée que de répéter les séances d'animation dans les villages qui commencent à perdre la motivation. Il paraît qu'au moins un jour et demi par village est le minimum nécessaire pour obtenir une animation convenable.

#### E. Aspects d'Intégration du Projet

C'est important d'établir les possibilités que le Gouvernement de Mauritanie a de continuer le Projet d'Assistance Médicale Rurale à la finalisation du don de USAID et d'estimer la viabilité de l'expansion des SSP à d'autres Régions du pays.

Les soins de santé primaire ont besoin d'une intégration étroite avec les niveaux secondaires et tertiaires du système de santé de l'Etat et d'une représentation adéquate au niveau central

du Ministère de la Santé. L'établissement de mécanismes systématiques définis pour la supervision et pour la formation du personnel est aussi nécessaire.

A présent, le Projet d'Assistance Médicale Rurale fonctionne en dehors du réseau régulier des formations sanitaires. Si bien cette situation était nécessaire pendant la phase du développement du prototype, elle n'est pas convenable pendant la phase d'intégration communautaire qu'a déjà commencé dans un certain nombre de villages. Maintenant, la décision gouvernementale de créer une structure centrale appropriée pour les SSP devient impérative. Au niveau périphérique, il faudrait établir les connexions de coordination, supervision et information entre le Centre de Santé Départemental (Dispensaire), et les Postes de brousse qui deviendraient ses satellites. Au niveau Régional, la Circonscription Régionale Sanitaire devrait établir des connexions similaires avec ses Centres de Santé Départementaux. Quant au niveau central, on pourrait créer (pendant la phase de transition) une Commission Nationale de Soins de Santé Primaire avec un Comité Coordonnateur Intersectoriel, un Comité technique et un Comité Technique et un Comité Exécutif.

Avant de mettre en place la nouvelle structure, il faudrait entreprendre la tâche délicate de former le personnel du Ministère qui va intervenir dans le programme de Soins de Santé Primaires. Cette activité peut et doit commencer incessamment afin de profiter des mécanismes de formation du Projet d'Assistance Médicale Rurale.

### III . RECOMMANDATIONS

#### A. Calendrier pour la Formation : Stratégies à Suivre

1. Le choix précis des dates pour les cours qui restent (IV,V et VI) doit tenir compte des périodes de la pluie, des vacances du personnel formateur et de gestion, des besoins de recyclage et de supervision et des dates de finalisation des activités sur le terrain à la fin du projet (la conseillère de Santé

Publique finalisera son contrat en décembre 1983) . La Mission recommande que dans ces conditions, les mois de septembre 1982, février 1983 et juillet 1983 soient considérés comme les plus favorables pour commencer les séances de formation du IVème, Vème et VIème cours des ASC de 45 jours. Le recyclage des ASC du deuxième groupe devrait se faire pendant les 10 jours finaux du IVème cours de formation et celui du troisième groupe pendant les 10 derniers jours de formation du Vème groupe ; celui du quatrième groupe en novembre 1983. Le cinquième et sixième groupes ne pourront pas être recyclés par le Projet à cause du calendrier, mais ce fait doit être considéré pour leur donner, alors, une formation complète pendant la phase de la formation régulière.

2. Les activités de supervision, à cause de leur augmentation appréciable comme résultat de l'accroissement du nombre des ASC, deviendra plus difficile à réaliser : limitations de personnelsuperviseur, des moyens logistiques etc. La Mission recommande l'élaboration d'un calendrier arrangé par priorités des supervisions plus fréquentes pour les ASC de formation plus récente, etc.
3. Vers le mois de juillet 1983 les Infirmiers des Dispensaires de chacun des cinq Départements devra commencer à prendre la relève des Infirmiers/Formateurs/Superviseurs de niveau départemental. Cela sera l'application progressive de l'institutionnalisation des SSP. La Mission recommande une planification rigoureuse de cette phase qui doit aussi tenir compte des aspects logistiques de la supervision.
4. Le groupe des Infirmiers/ Formateurs/Superviseurs de niveau central et départemental, devrait adresser la formation des formateurs : cadres régionaux des Infirmiers/Formateurs et des Infirmiers/Superviseurs. Les premiers, dans la capitale de la Région et les seconds dans les Chefs-lieux du Département. La Mission recommande la préparation d'un plan de formation de ce type pour le pays, vers la fin de 1982.

Monsieur Moctar Ould Nemmah, Infirmier/Superviseur du Projet et Conseiller en Education pour la Santé du PAMR, paraît être la personne la plus indiquée pour coordonner cette activité.

5. La sélection des villages qui feront partie du Projet (94 villages) devra tenir compte de la localisation géographique dans chacune des 4 zones choisies (on avait projeté 48 villages pour chaque zone ou 192 au total) et de la composition ethnique de chaque Département. La Mission recommande :

- 1) que le choix des nouveaux villages se fasse sur la base des agglomérations des populations les plus enclavées mais ayant un nombre minimum de 350 personnes ; et
- 2) que les villages les plus éloignés soient couverts les premiers.

## B. Aspects Administratifs

### 1. Le Gouvernement Mauritanien

a. Le Médecin-Chef de la Circonscription Régionale du Trarza devrait se charger de l'ensemble des activités de coordination et de supervision du Projet PAMR. La Mission a trouvé peu d'intérêt de la part du Médecin-Chef ou de son Adjoint pour les activités du Projet. La Mission considère que le PAMR a suffisamment d'importance pour le futur de la Santé Rurale en Mauritanie comme pour mériter d'une attention plus soutenue à niveau régional.

b. L'Organigramme du Projet est indicatif de l'existence de certains problèmes de communication entre le personnel technique, le personnel des services et le personnel administratif. Le Projet, dans son ensemble, a dû subir les conséquences de cette situation. La Mission recommande l'établissement de rôles plus clairs et plus fonctionnels entre le personnel Mauritanien et le personnel expatrié.

C. L'administration du projet pourrait être aussi améliorée si les rôles de chaque membre du personnel administratif étaient mieux spécifiés, ainsi que d'autres aspects administratifs tels que le contrôle des voitures, leur déplacement, etc. La mission recommande :

- 1) - l'élaboration d'une description plus détaillée des tâches et des activités pour tous les membres du personnel ;
- 2) - le registre de toutes les dépenses par type d'activité, par exemple formation de personnel, supervision, recyclage, etc. (cette information va être nécessaire pour le calcul des coûts récurrents que le gouvernement devra assumer plus tard).

D. Les activités de la conseillère de Santé Publique et Coordinatrice du projet devraient s'intensifier dans les aspects techniques et diminuer dans les aspects administratifs.

## 2. AGENCE POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL (USAID)

Le déroulement des activités prévues dans l'accord entre USAID et le GRIM procèdent de façon normale vis à vis du calendrier établi. Néanmoins, la définition d'une politique claire de soins de santé primaires est encore à faire. Si cette politique ne se décide pas à courte échéance, le projet court le risque de ne pas avoir la continuité nécessaire à cause de la lenteur dans l'institutionnalisation des SSP. La mission recommande, qu'avant la fin de l'année 1982 le Gouvernement de la Mauritanie et l'USAID se mettent d'accord sur des stratégies relatives au progrès éventuels d'expansion du PAMR à d'autres régions du pays et aux modalités futures de formation des ASC et de supervision. Si les activités sur le terrain de PAMR vont diminuer progressivement vers la fin de 1983, il faudrait prévoir une phase de transition, ou de démontage, ou de continuité du projet avec suffisamment d'anticipation.

### 3. VOLONTAIRES DU CORPS DE LA PAIX

C'est regrettable que maintenant, quand les cinq volontaires du Corps de la Paix ont la possibilité de rendre un travail plus efficace comme résultat de leur expérience dans le pays, leur séjour finalise (novembre 1982). La contribution des volontaires du corps de la paix a été très utile pour les aspects de préparation de matériel éducatif pour la formation, la solution des problèmes logistiques (contrôle de trousse des soins et des médicaments), l'évaluation des connaissances des ASC la création des jardins potagers. Trois des volontaires ont été bien intégrés dans les communautés où ils ont été détachés. Quatre d'entre eux ont suivi un cours de statistique à Nouakchott, ce qui va être bénéfique pour le projet.

La mission considère que dans l'ensemble, les VCP ont rempli un rôle important comme des collaborateurs assidus de l'Infirmier/Formateur/Superviseur de niveau Départemental. Au niveau de la Direction, un des volontaires a assuré la tâche de classification du matériel technique d'enseignement de l'ASC, du système des statistiques et d'archives.

La mission a conclu que si les VCP avaient eu une description de travail précise, ils (elles) auraient pu rendre un résultat encore plus satisfaisant. En somme les VCP constituent une ressource importante pour les programmes de SSP mais leur aide doit être mieux planifiée et guidée.

#### C. Aspects Economiques et Financiers

Si l'on considère que dans le plupart des pays du Sahel les dépenses du ministère de la santé s'élèvent, en moyenne, à 2,50 dollars par capita et par an pour des services de santé qui couvrent à peine le quart de la population concernée, on peut affirmer que la Mauritanie dédie à la santé

des ressources assez considérables (5 dollars par capita en 1980). Cette priorité du Gouvernement pour la santé ne s'est pas encore traduite par des décisions politiques plus explicites dans le domaine des soins de santé primaires. La majorité des dépenses de l'Etat se concentre dans les zones urbaines et s'applique surtout à la médecine de type curatif. Dans ces conditions, le succès d'un programme de SSP est aléatoire.

La mission recommande l'établissement d'une politique Gouvernementale plus claire dans le domaine de la participation communautaire à la solution de ses problèmes de santé, tant au niveau rural qu'urbain. L'expérience du PAMR peut servir comme point de départ pour bâtir cette politique.

L'achat et la distribution des médicaments ont été identifiés par le GRIM comme des aspects d'intérêt fondamental pour la prestation des services de santé. Pour les SSP ces considérations sont importantes, Mais c'est dans la perspective de proposer des solutions concrètes basées sur un programme comme celui de PAMR où le Gouvernement peut être plus efficace. A cet égard la mission recommande une révision soigneuse des aspects économiques et financiers des SSP en Mauritanie qui ont rapport avec :

- i) - La sustentation financière de la contribution du GRIM au SSP ;
- ii) - Le coût de la formation et du recyclage des ASC, selon des stratégies variées ; et
- iii) - La viabilité de la cotisation familiale pour le maintien des SSP.

#### D. ASPECTS TECHNIQUES

##### 1. Sélection et Formation du Personnel

a) - Infirmiers.

Il va de soi que tout le personnel du Ministère de la Santé devrait connaître les aspects principaux de la tâche ardue qui représente la mise en place d'un programme de SSP dans le pays. Cette campagne de diffusion et de motivation devra être faite par le Ministère de la Santé en utilisant des moyens de communication de masse. Grâce au projet PAMR et à la collaboration décidée du Centre Régional de Formation de l'OMS à Lomé, la Mauritanie possède maintenant un cadre d'Infirmiers/Formateurs/Superviseurs bien expérimenté et de haute qualification. L'utilisation intelligente de ce personnel pour des activités de formation de formateurs pour les régions, sera la tâche que le Ministère de la Santé devra entreprendre au plus bref délai. La mission recommande l'étude de ces stratégies d'utilisation à travers des discussions techniques et administratives avec la participation des responsables sanitaires des régions, les organismes de formation du personnel santé et la Direction de la Santé.

Chaque région devrait avoir, comme résultat de ces activités de formation, une équipe de formateurs d'ASC. Un plan d'action spécifique serait nécessaire pour mener à bout cette recommandation.

b) - Aspects de Santé Communautaire

On a mentionné auparavant l'importance de l'application rigoureuse des critères dans la sélection des ASC par les villageois. Cela impliquerait la planification des journées d'animation de durée suffisante pour transmettre clairement le message sur le besoin d'un bon choix du candidat à ASC. La mission considère que pour obtenir de cet effort des bénéfices plus importants, on devrait demander de façon simultanée la sélection d'une accoucheuse traditionnelle à être formée par la PMI.

.../...

L'AT et l'ASC, devraient travailler de façon intégrée dans le village et pour cela on devrait les former à la même période. Pendant l'animation du village, on devrait laisser une période de réflexion suffisante pour que les villageois puissent comprendre l'étendue de responsabilités du choix qu'ils veulent faire et les obligations qu'ils ont vers l'ASC ou l'AT ou'ils ont choisi. La mission recommande que le projet prête une attention particulière aux stratégies de la sensibilisation et l'animation des villages. L'expérience avec le PAMR indique que cette phase initiale est d'importance capitale pour le succès du programme de soins de santé primaires.

## 2. Curriculum utilisé pour La formation des ASC

La mission recommande que la dernière version du manuel de formation des ASC soit imprimée par le projet et traduite à l'arabe avec la série correspondante des dessins et des illustrations. Cette tâche demandera de l'aide technique d'un expert en production de matériel éducatif.

Les aspects du manuel qui méritent d'être révisés sont :

1. Le diagnostic et traitement de la malnutrition ;
2. Les maladies de la peau ;
3. Les maladies de l'appareil cardio-vasculaire d'importance en Santé Publique ;
4. Les techniques du sevrage et de la réhydratation par voie orale ;
5. Les otites ;
6. Le parasitisme intestinal.

## 2. Collecte des données

Les fiches de traitement (soins) et en général les formes utilisées par l'ASC pour la collecte des données ou par l'infirmier/superviseur pour l'animation, la supervision ou les enquêtes domiciliaires, devront être révisées. Un instructif détaillé devra toujours accompagner la fiche respective. La mission recommande aussi la révision du système d'emmagasiner de l'information et de l'archive des séries historiques du projet.

Les données recueillies par l'ASC et l'AT font partie du système d'information Santé du Ministère et, en conséquence, elles doivent suivre les normes du SIS quant au dépouillement, analyse et dissémination. Une étape importante de ce processus est l'établissement d'un mécanisme de feedback de la division de la statistique, à la base où l'information a été produite. Cet exercice, fait de façon plus ou moins systématique, va améliorer substantiellement la qualité des données.

La mission recommande aussi l'élaboration d'un bulletin semestriel ou annuel qui servirait comme source d'information et de comparaison des activités du projet.

#### E. Aspects D'Intégration du Projet

On a déjà signalé le besoin d'établir un mécanisme d'intégration du PAMR aux activités régulières du Ministère de la Santé.

Cette institutionnalisation va demander la mise en oeuvre de certaines réformes structurelles du Ministère et la prise de décisions politiques.

La politique sanitaire et la participation communautaire dans la solution de ses propres problèmes de Santé sont deux aspects inter-relationnés qui méritent la considération attentive du Gouvernement.

La mission recommande la nomination d'une commission de soins de santé primaires qui serait chargée d'étudier les aspects techniques et pratiques de l'intégration du PAMR aux activités du Ministère de la Santé.

Cette commission, qui devra avoir un caractère multisectoral, sera de type permanente. Elle devra être complétée par un Comité Technique et un Comité Exécutif.

#### IV . CONCLUSION

La mission d'évaluation s'est étendue, de façon prioritaire, sur les aspects de formation du personnel. Le plan de travail de la mission soulignait ces aspects comme les plus importants pour cette première évaluation formelle.

Après les visites sur le terrain que la mission a eu l'opportunité de réaliser et les discussions soutenues avec les fonctionnaires responsables des SSP du Ministère de la Santé et du PAMR, la mission a pu avoir une vision assez précise sur les réalisations du Gouvernement.

Ces réalisations sont suffisamment importantes pour considérer que le PAMR a réussi à établir une bonne méthodologie qui servira pour l'éventuelle expansion du projet à d'autres régions du pays.

Néanmoins, il y a encore un nombre important des questions qui devront être répondues avant de tirer des conclusions définitives sur le projet. Ces questions se centrent autour des aspects de type financier et logistique ainsi que des considérations relevant de la participation communautaire.

La mission a esquissé ces questions dans ce rapport pour qu'elles servent de base de discussion. La deuxième évaluation formelle devra reprendre ces questions de façon plus systématique.

#### V. POSTFACE

Les activités d'évaluation décrites dans ce Rapport ont été prévues pour déterminer si le Projet suit les objectifs tracés lors de son approbation.

La mission d'évaluation a eu lieu après 20 mois du commencement du Projet, il s'agit donc, d'une évaluation mi-terme.

L'évaluation mi-terme s'est attendue sur les aspects primordiaux recommandés par le P.P. ; c'est à dire :

1. les procédés suivis pour la sélection et la formation des Infirmiers et des ASC dans le domaine des soins de santé primaires (SSP).
2. les caractéristiques du curriculum utilisé pour la formation de l'ASC, les améliorations introduites lors du 2ème et 3ème cours, le recyclage et les tests d'évaluation adoptés.

.../...

3. La méthodologie suivie pour l'organisation du village en vue du programme des SSP.
4. les mesures prises par les villageois pour renouveler la trousse des soins et soutenir l'ASC.
5. les caractéristiques de la collecte des données : fiches de traitement, questionnaire pour le recensement et enquête sur le terrain.

En outre, la mission s'est penchée sur des points supplémentaires tels que :

1. Historique du Développement et Exécution du Projet.
2. Analyse Administrative.
3. Analyse Financière.
4. Analyse Technique.
5. Recommandations.

F I N

ACTIVITES DU PROJET

- :  
: 1977 : 1. Phase conceptuelle :  
: : : :  
: 1978 : 2. Phase de Planification :  
: : : :  
: : 3. Politique du Gouvernement sur les Soins de Santé Primaire :  
: 1979 : 4. Accord signé au mois d'Août entre le Gouvernement et l'AID :  
: : : :  
: : 5. Formation de deux Infirmiers au Centre Régional de Formation de l'OISS :  
: : : :  
: : 6. Appel fait pour l'identification de Consultants :  
: : : :  
: 1980 : :  
: : Janvier/Juillet 7. Arrivée de Ms. Linda Neuhauser, Officier de la Santé/  
: : : : Population AID et Gestionnaire du Projet d'Assistance  
: : : : Médicale Rurale (PAMR) au Trarza. :  
: : : :  
: : 8. Phase de préparation du Projet. :  
: : : :  
: : 9. Achat et livraison du matériel pour le Projet (équipement:  
: : : : fournitures, médicaments) :  
: : : :  
: : 10. Demande de détachement de deux Infirmiers d'Etat pour  
: : : : travailler dans le Projet. :  
: : : :  
: : 11. Séminaire de Soins de Santé Primaire(SSP) à Atar (Pro-  
: : : : gramme des SSP d'Adrar) avec la participation de 3  
: : : : membres du Projet d'Assistance Médicale Rurale (PAMR). :  
: : : :  
: : : : Août :  
: : : : 12. Animation des villages par le Croissant Rouge Maurita-  
: : : : nien (CRM). :  
: : : :  
: : : : 13. Détachement de deux Infirmiers d'Etat selon demande  
: : : : faite le mois d'Avril 1980, et affectation au PAMR. :  
: : : :  
: : : :  
: : : : Les activités du Projet démarrent incessamment! :  
:



Annexe 1 (cont)

1981

Février

27. Ouverture d'un compte local pour le Projet.
28. DIPEX (Contractant Américain) commence la période des contrats pour le personnel local pour le Projet.
29. Organisation du Système d'Approvisionnement en médicaments pour le Projet.

Mars

30. Arrivée de 40 trousseaux des Soins pour le Projet.
31. Clôture de la formation du 1er Cours de Formation des ASC.
32. Placement des 36 ASC dans les villages respectifs.
33. Séminaire sur la Supervision pour les 4 Infirmiers/Superviseurs de niveau Départemental.
34. Révision du Programme de Formation.

Avril/Mai

35. Préparation des Fiches de Supervision
36. Supervision des ASC par les Formateurs/Superviseurs.
37. Les fournitures médicales livrées à Koukchott (pour les formations sanitaires).

Juin

38. Séminaire de Révision des Activités de Supervision et Collecte des Données: Koumouni, Diouf, Boctar, Kouhaouar, Dicko, Hacen. Visite à 4 villages.

Juillet

39. Révision du Curriculum du Cours des Soins de Santé Primaire (SSP). Dr. Koumouni avec les 6 Infirmiers/Superviseurs.
40. Les Infirmiers prennent 2 semaines de vacances
41. Les chauffeurs prennent 1 mois de vacances

Août

42. Séminaire de Recyclage pour la gestion
43. Séminaire SADS sur Gestion/Supervision.

Annexe 1 (cont)

1981

Août  
(cont)

44. Visites d'Evaluation/Supervision de l'ASC sur le terrain: Rosso, Médértra, R'Kiz.
45. Conférence à Kaédi sur l'intégration du PAMR avec le PEV (Programme Elargi de Vaccination).
46. Cérémonie formelle pour la donation de l'équipement pour l'Hôpital de Rosso et les six Dispensaires Départementaux du Trarza.
47. Départ pour Lomé d'un des Infirmiers/Formateurs/Superviseurs Régionaux afin de suivre un Cours en Santé Communautaire au Centre Régional de Formation de l'OMS à Lomé.
48. La Conseillère en Santé Publique/Coordonnatrice du Projet prend 1 mois de vacances (Repos et Loisirs).

Septembre

49. Séminaire sur la Recherche Scientifique pour les 5 Infirmiers/Formateurs, les Volontaires du Corps de la Paix et Fonctionnaires du Ministère de la Santé.
50. Cours de pédagogie pour 3 Formateurs/Superviseurs du Projet.
51. Visites d'Evaluation informelle des ASC à Rosso, Médértra et R'Kiz par un Consultant de DIMPEX.
52. Trois nouveaux Infirmiers/Superviseurs sont affectés au Projet.
53. Révision globale du Projet par un Consultant de DIMPEX et recommandations spécifiques découlant de la révision, afin d'améliorer l'efficacité du PAMR.

Octobre

54. Contrat signé avec un Administrateur-Adjoint du Projet.
55. Animation de 32 villages, formation de 32 Comités de Santé et sélection de 32 nouveaux ASC (deuxième groupe).
56. Commencement du deuxième cours de formation des ASC, (Départements de Rosso, Médértra, R'Kiz et Keur Macène).

Annexe 1 (cont)

1981

Novembre

57. Supervision du Premier Groupe d'ASC;
58. Révision des Fiches de traitement du Projet, selon les recommandations du Consultant de DIMPEX.
59. Actualisation des données statistiques du Projet, avec la collaboration des Volontaires du Corps de la Paix.
60. Le Directeur du Projet et la Conseillère en Santé Publique assistent à Lomé à une Conférence Régionale sur les Soins de Santé Primaire.

Décembre

61. Clôture du 2ème Cours de Formation des ASC.
62. Analyse Statistique des données du Projet avec la collaboration des Volontaires du Corps de la Paix.
63. Les Infirmiers/Superviseurs prennent 2 semaines de vacances.

1982

Janvier

64. Traduction en Arabe de l'Enquête Domiciliaire.
65. Commencement du recensement dans tous les villages du Projet.
66. Préparation du cours de recyclage pour les étudiants du premier cours de formation.
67. Révision des formes statistiques.
68. Préparation pour l'enquête domiciliaire.
69. Révision du curriculum et préparation des modules de formation pour le recyclage des ASC du premier cours.

Février

70. Animation de 32 villages répartis dans 5 Départements: Rosso, Médérdra, R'Kiz, Keur Lacène et Boutilimit.
71. Supervision des ASC du premier groupe.
72. Ouverture du Centre de Boutilimit.

Annexe 1 (cont)

1982

Février  
(cont)

73. Continuation des activités de recensement dans les vil-  
lages du Projet.

74. Ouverture du 3ème Cours d'ASC (32 étudiants).

75. Analyse préliminaire des données.

Mars

76. Premier Recyclage des ASC.

77. Révision Préliminaire du Système d'Information du PAMC

78. Recyclage du premier groupe d'ASC (17 de Rosso, 1 de  
Médérdra et 6 de R'Kiz).

79. Clôture du 3ème Cours des ASC.

80. Commencement de l'Evaluation mi-terme du PAMC et  
arrivée du Chef de l'Evaluation et du Responsable Régio-  
nal de Santé, Bureau d'Abidjan (Côte d'Ivoire).

81. Visite d'Evaluation dans 3 Départements du Traza (8  
villages ont été visités par la Mission d'Evaluation.

82. Interviews de la Mission d'Evaluation (15 membres) avec  
les Formateurs/Superviseurs, le Corps de la Paix, Res-  
ponsables de Santé de l'AID, Gestionnaires et Coordonna-  
teurs du Projet.

83. Croissant Rouge Mauritanien (CRM) forme un nouveau  
groupe de secouristes.

84. Quatre Infirmiers/Formateurs/Superviseurs de Niveau  
Départemental partent pour Loué pour un cours de forma-  
tion en Médecine Communautaire (Avril-Juin, 1982).

85. Préparation, avec l'aide du Consultant de DIMEX, d'une  
proposition pour l'obtention d'un don de PRICOR sur le  
thème "Participation Communautaire". (PRICOR = Programme  
pour la Recherche Opérationnelle sur les Soins de Santé  
Primaires, financés par USAID.)

RÉSULTATS PRÉVIS	MODIFICATIONS	DOCUMENTATION	RÉSULTATS RÉALISÉS	OBSERVATIONS PRINCIPALES À L'AVENIR
Commencement du Projet: Août, 1979	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retard d'arrivée de la Responsable du Projet (Dec., 1979)</li> <li>- signature du contrat d'assistance technique (Dec. 1980), arrivée des VCP et des Infirmiers du GRIM retardé</li> </ul>		Projet commence officiellement Août, 1980 48 mois plus, Juill. 1984	
Signature du contrat pour l'assistance technique: Dec. 1979	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande pour contrat lancée Dec. 1979</li> <li>- Procédure à l'échelle de centre de P.M.L.D. à Machilaton très lent; identification de conseillers appropriés, difficile</li> </ul>		Contrat signé Dec. 1980	
Arrivée des Volontaires de Corps de la Paix, Avril 1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande lancée Janvier, 1980 (on ne peut demander les VCP qu'en janvier)</li> </ul>		Arrivée des VCP Sept., 1980	
Arrivée des infirmiers formateurs/ superviseurs Avril, 1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Affectation des Infirmiers a lieu en Septembre de chaque année</li> </ul>		Arrivée des Infirmiers Superviseurs/Formateurs Sept. 1980	

RESULTATS ACTIONS REVUES	MODIFICATIONS	DOCUMENTATIONS	RESULTATS REALISES	CHANGEMENTS PREVUS A L'AVENIR
<b>I. Personnel</b>				
<b>A. GRIM</b>				
1. 1 Directeur du Projet	Description du poste d'un des formateurs des formateurs, modifiée pour inclure tâches quotidiennes du Directeur du Projet.	P.I.L. 14 Descrip. de poste Administ.	1 Directeur du Projet assisté par formateur des formateurs "administrateur" *	
2. 1 Conseiller en formation	Description de poste d'un des formateurs des formateurs élargie pour inclure ces tâches.	P.I.L. 14 Descri. de poste Cons. en formation	Tâches de Conseiller en formation entreprises par un des infirmiers formés à Lomé Assistance technique fournie par le Centre Régional de l'OMS à Lomé.	
3. 10 Infirmiers-formateurs/superviseurs issus des Dispensaires et des PHU (travaillant pour le Projet à mi-temps)	Infirmiers-formateurs/superviseurs affectés dans les centres de formation directement.	P.I.L. 14	8 Infirmiers-formateurs/** superviseurs (travaillant pour le Projet à plein temps)	Affectation de plusieurs nouveaux infirmiers et sages-femmes au Projet.
<b>B. AID</b>				
1. 1 Responsable du Projet (USAID)			1 Responsable du Projet (USAID)	
2. 1 Conseiller en Santé Publique	(Tâches de la Conseillère sont en cours d'amendement)	Amendement du contrat de DIMPEX	1 Conseillère en Santé Publique	
3. Engagement du personnel local non prévu auparavant.	Révision du Projet pour permettre l'engagement du personnel local et une meilleure administration centrale et locale	P.I.L. 14	Engagement du personnel local : secrétaires, chauffeurs plantons.	Engagement des Chercheurs pour la recherche opérationnelle, prévue (collecte de l'information)

\* Infirmier/Moniteur/Superviseur

\*\* 1 des Infirmiers est en congé-maladie

RÉSULTATS ACTIONS PREVUES	MODIFICATIONS	DOCU- MENTATION:	RÉSULTATS RÉALISÉS
3. 1 Conseiller en formation	Supprimé		Demande : Assistance Technique fournie Lettre N°1 : par le Centre d'ONG de l'ONG de PIO/T : (à partir de Sept. 1980) et assistance à court terme sous contrat de Dinpex.
4. 4 volontaires du Corps de la Paix (VCP) au commencement et 4 autres plus tard.	Détails supprimés concernant nombre de VCP dans le Projet VCP additionnel est venu au Projet	P.I.L : 14	5 Volontaires Corps de la Paix.
<u>Assistance à court terme</u>			
Assistance pour logistiques (12e mois)	Assistance technique de l'ex- térieur déterminé non néces- saire	Demande : Tâches concernant la mise au Lettre N°2 : sur pied d'un système logis- du con- : tique entreprises par les trat de : cadres du Projet Dinpex	
Assistance - Hopital de Rosso (18-19 <sup>ème</sup> mois)	Détermination faite qu'une analyse initiale des besoins d'assistance technique devrait avoir lieu avant l'arrivée de l'assistance technique (Cette analyse a montré que l'assistance technique pour l'Hôpital n'est pas à conseil- ler pour le moment)	Demande : Assistance fournie par le Lettre : Conseiller de Santé Régional du con- : de Programme de Développement trat de : du Sahel l'AID (Février 1980) Dinpex : type suppri- : d'assis- mant dé- : tance à tails : court concer- : terme	
Assistance pour gestion des fonds des comités de la Santé	Détermination faite que ces tâches ne nécessitent pas pé- niblement d'assistance techni- que de l'extérieur, autre que cel- le fournie par les conseillers pour d'autres objectifs du Projet.		Tâches entreprises par les cadres du Projet avec des conseils supplémentaires de divers conseillers aidant le Projet.

\* PIO/T: Document demandant pour l'assistance Technique un contrat.  
\* P.I.L: Lettre d'Exécution.

ACCOMPLIS PRÉVUS	MODIFICATIONS	DOCUMENTATION	RÉSULTATS RÉELISÉS	OBSERVATIONS PRÉVUES À L'AVENIR
<b>II. FORMATION</b>				
<b>1. Secouristes</b>				
300 secouristes formés dans l'ensemble des départements du Trarza	- Décision faite de commencer les activités du Projet dans les départements de Rosso, Mederdra et R'Kiz ainsi les activités du Croissant Rouge	P.1.L. 1,6	150 secouristes formés dans les départements de Rosso, Mederdra et R'Kiz	
	- Détails supprimés concernant le nombre de secouristes à former et les départements dont ils seront issus.	P.1.L. 14	Planification provisoire faite pour la formation de 10 secouristes additionnels	
<b>2. Agents de Santé (ASC)</b>				
32 ASC formés	Formation des ASC accélérée avec l'assistance en formation fournie par le Centre d'OIS de Loué et replanification après l'arrivée de la conseillère en Santé Publique.	Schéma de planification d'activités du Projet pour 1981 et 1982	96 ASC formés dans les départements de Rosso, Mederdra, R'Kiz, Keur Macene et Boutilimit	
<b>3. Comités de Santé</b>				
32 Comités de Santé animés et formés			96 Comités de Santé animés et formés	

RESULTATS PREVUS	MODIFICATIONS	OCCUPATION	RESULTATS REALISES	CHANGEMENTS PREVUS A L'AVENIR
4. <u>Infirmiers</u> (formations formelles)	<p>Rubrique de formation du Budget du projet augmentée pour permettre la formation de plus d'infirmiers (non seulement sur place mais également dans d'autres pays</p> <p>(les formations sur place incluent d'habitude d'autres cadres du Ministère de la Santé mais ceux-ci ne sont pas mentionnés ici)</p>	P.1.L 14	<p>2 Infirmiers formateurs de formateurs formés au Centre d'OMS à Lomé, automne, 1979. (cours de formation des formateurs de soins de santé primaire)</p> <p>1 Infirmier formateur formé au Centre d'OMS à Lomé en Dec., 1981 (cours en Santé publique)</p> <p>4 Infirmiers formateurs/superviseurs actuellement en cours de formation des formateurs en soins de Santé primaire au Centre d'OMS à Lomé, Avril 1982</p>	<p>- au moins 4 infirmiers de plus seront envoyés en stage de formation à Lomé</p> <p>- 1 ou 2 Infirmiers seront peut-être envoyés à Dakar pour un stage de formation en communications et pédagogie pour la Santé</p> <p>- Projet compte assister avec le développement d'un cours de soins de Santé primaire à l'Ecole des Infirmiers et Sages-Femmes</p>

RESULTATS PREVUS	MODIFICATIONS	DOCUMENTATION	RESULTATS REALISES	CHANGEMENTS PREVUS A L'AVENIR
Formation				
4. <u>Infirmiers</u> (cont'd)				
10 infirmiers formés comme formateurs des formateurs				
		Rapports sur les stages effectués	- 4 Infirmiers (y compris 1 actuellement dans le Projet) formés dans un cours de formation des formateurs en pédagogie pour les soins de Santé primaire. (par les conseillers du Centre d'ONS de Lomé, Rosso, Mauritanie 22 Octobre - 11 Novembre, 1980	
		"	- 4 Infirmiers formés en adaptation du matériel didactique aux formateurs. (par une conseillère du Centre d'ONS de Lomé, Nouakchott, 4 Nov - 5 Decembre, 1980) SPM.	
		"	- 4 Infirmiers, formateurs/superviseurs formés en supervision (cours donné par Diouf Ibrahima et Docteur o/ Nema, Nouakchott, 20-27 Mars, 1981	
		Voir rapports sur les stages de formation	- 5 Infirmiers recyclés en supervision des ASC (cours donné par des conseillers du Centre d'ONS de Lomé, Nouakchott 14-29 Août, 1981)	

RESULTATS PREVUS	MODIFICATIONS	DOCUMENTATION	RESULTATS REALISES	CHANGEMENTS PREVUS A L'AVENIR
Formation 4. Infirmiers (cont)			- 4 nouveaux Infirmiers formés en pédagogie pour les soins de santé primaire (cours donné par Mohamed o/ Alew, Noukchott 1-15 Sept, 1981)  - 7 Infirmiers formés en techniques d'évaluation et la nutrition (seminaire donné par Dr. Delgado--Dimpax--et Mlle Sy--service PH--et Dr. Kreyser--GIS-- 5-16 Octobre, 1981, Noukchott)	
5. <u>Volontaires du Corps de la Paix (VCP)</u>  4 VCP formés	Projet a accepté l'addition d'un volontaire qui voulait renouveler pour un an Nov., 1981	Lettres de Corps de la Paix	5 VCP formés	
III. <u>SEMINAIRES POUR LE DEVELOPPEMENT DU PROJET</u>				
1 seminaire d'orientation 2 seminaires de programme d'etudes	nombre et type de séminaires augmenté	schéma de planification du Projet pour 1981et1982	au moins 8 seminaires ont été effectués pour aider avec le développement du Projet	

RESULTATS PREVUS	MODIFICATIONS	DOCUMENTATION	RESULTATS REALISES	CHANGEMENTS PREVUS A L'AVENIR
<b>IV. SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS</b>				
Agents dépositaires licenciés par le CRIM pour l'achat des médicaments pour des ASC	- système "d'agents dépositaires" supprimé (craint de speculation); ASC licenciés pour acheter leurs propres médicaments	P.1.I 14	- 96 ASC reçu license d'acheter médicaments au Pharmarim	
	- demande du Projet près du Ministère de la Santé pour permettre l'achat par Pharmarim des médicaments en conditionnement-hôpital pour réduire le prix au ASC	Lettres au Ministère de la Santé	- Pharmarim a reçu la permission et a commandé (Jan. 1982) des médicaments "en conditionnement hôpital" à vendre aux ASC à prix réduit (15-20%)	
			- approximativement 20% des ASC de la première formation ont déjà acheté des médicaments	
<b>V. Collecte des Données</b>				
Commencement de la collecte des données dans le 13ème mois	- Commencement de la collecte des données retardé pour permettre la formation en évaluation des cadres du Projet		Collecte des données commencée au 18ème mois (Janvier 1982) recensement des villages	
	- Détails supprimés concernant les types exacts des données à recueillir pg 30 et 31 d'accord du Projet serviront de guide pour ce volet.	P.1.I 14		

RESULTATS PREVUS	MODIFICATIONS	DOCUMENTATION	RESULTATS REALISES	CHANGEMENTS PREVUS A L'AVENIR
<b>VI. <u>VOLET DES RADIOS</u></b>				
Décision prévue plus tard dans le projet concernant l'utilisation des radios émettrices	étude faite concernant les possibilités d'utiliser des Radios émettrices	P.1.I 14	Décision prise de ne pas utiliser des radios émettrices, et de remettre l'argent prévu pour ce volet dans le volet d'éducation pour la santé (médecine de masse)	
<b>VII. <u>MATERIEL</u></b>				
Arrivée d'équipement médical et pédagogique dans le 14-15ème mois	- Date limite pour l'arrivée d'équipement a été étendue  - Liste d'équipement a été révisé pour mieux ajuster la commande aux besoins actuelles des formations sanitaires  à noter: - tentes supprimées pour les Centres de Santé Communautaire (peu praticable)  - radio émettrices supprimées (pas possible techniquement et politiquement en Mauritanie)	Amendements au P10/C* d'AACP  P10/C d'AACP  P.1.I 14  P.1.I 14	La plupart de l'équipement est arrivée par le 18ème mois du Projet, mais la commande a été placée 1 an avant la première livraison	

\*P10/C : document d'AID d'achat de matériel en gros lot.

Rapport du Groupe C.

Visite des lieux : 4-6-82

Département de: BOUTILIMIT

Equipe d'évaluation ( SY MAMADOU - Chef d'équipe  
( BA OUMAR FUSSALA  
( LINDA NEUHAUSER  
( MONA Y. GRIESER

Table des Matières

1. Préface et Méthodologie	1
2. Résultats de l'Entrevue - Boutilimit	3
3. Compte Rendu de l'Entrevue - Rabie	7
3.1 Evaluation Générale de l'ASC	7
3.2 Evaluation des Connaissances Pratiques de l'ASC	10
3.3 Agent de Santé Communautaire	12
3.4 Comité de Santé Communautaire	15
4. Compte Rendu de l'Entrevue-Boulenouar - Preface	18
4.1 Agent de Santé Communautaire	18
4.1.1 Evaluation des Connaissances Théoriques de l'ASC	20
4.1.2 Evaluation des Connaissances Pratiques de l'ASC	23
4.1.3 Evaluation de la Capacité de Jugement de l'ASC	25
4.2 Entretien avec le Comité de Santé Communautaire	28
4.3 Résumé et conclusions de l'Equipe d'Evaluation C	32
4.3.1. L'Agent de Santé Communautaire	32
4.3.2. Formation de l'Infirmier/Superviseur	34
4.3.3 Programme de Formation	35
5. Résumé Général	36

## 1. PREFACE ET METHODOLOGIE

Le group C de l'équipe d'évaluation quitta NOUAKCHOTT le 6 Avril 1982 au matin et arriva ce même matin au Centre de Formation de Boutilimit du Projet d'Assistance Médicale Rurale (PAMR). L'équipe passa la majeure partie de la journée avec l'infirmier/formateur, RAMDAN ould RAMDAN, et visita ensuite le village de RABIE l'après-midi. L'équipe passa la nuit à BOUTILIMIT et retourna sur les lieux, tôt le lendemain matin, après une brève visite protocolaire au Préfet et un entretien avec l'infirmière Sage-Femme du Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Deux choses sont à noter au sujet des visites faites: bien que deux villages furent évalués, le même infirmier/formateur n'était pas responsable de l'éducation des deux agents de santé communautaire. M'BARECK' ould BILAL avait été responsable auparavant du centre de formation à BOUTILIMIT et avait été transféré à KEUR MACENE. A la suite d'une brève discussion avec l'infirmier/formateur, il devint apparent que son remplacement avait développé des liens étroits et efficaces avec à la fois le centre PMI et le dispensaire. Le dispensaire avait eu aussi un changement de personnel et le nouveau Maire semble être hautement motivé et très réceptif aux principes du Projet. Il participait à un séminaire dans une autre région; en conséquence il n'avait pas pu retourner à son poste et, donc, l'entrevue n'a pas eu lieu. L'équipe d'évaluation n'a pas visité le dispensaire.

L'équipe désire exprimer sa reconnaissance à l'infirmier/formateur RAMDAN ould RAMDAN qui a répondu avec pertinence aux questions qui lui ont été posées et qui avait préparé clairement et efficacement le déroulement des visites des deux villages pour l'arrivée de l'équipe.

## 2. RESULTATS DE L'ENTREVUE -- BOUTILIMIT

Nom: RAMDAN ould MOHAMED RAMDAN; infirmier/formateur/superviseur

Durée de séjour dans le département: 2 mois

L'infirmier/formateur de BOUTILIMIT fut affecté au projet en Février 1982, environ 10 jours avant l'ouverture du troisième programme de formation. Du dispensaire de BOGHE, où il avait démontré une initiative remarquable et avait fait une demande de transfert pour un programme de soins de santé primaire, il fut transféré au projet. En raison de son récent transfert, il n'avait pas reçu la formation formelle que ce soit dans le domaine de la pédagogie ou de la santé publique. Son orientation vers le projet était rudimentaire, consistant seulement de plusieurs entrevues avec la Conseillère de Santé Publique, et d'une expérience avec les activités d'animation sous l'assistance et la supervision d'un des autres infirmiers/formateurs. Quand il suivit finalement le programme de formation, il fut assisté par le conseiller de l'éducation pour la santé, Monsieur NOCTAR ould MEHAN.

Question: A quoi consiste votre rôle dans le Projet?

Réponse: Former et encadrer les Agents de Santé Communautaire (ASC), avec accent mis spécialement sur la prévention. Participer à l'animation; coordonner l'agent de Santé avec la communauté ainsi qu'avec le dispensaire.

Q: Quelle partie de votre propre formation semble pour vous la plus intéressante en relation avec votre travail?

R: La supervision de l'agent de santé.

Q: Pourquoi?

R: Le succès du projet dépend de ce travail complémentaire.

## Préface et Méthodology, suite

Nos remerciements vont également aux divers représentants des deux villages avec lesquels nous sommes entrés en contact et qui montrèrent une hospitalité et amabilité extraordinaires que nous ne sommes pas près d'oublier.

Dans la plupart des cas le groupe entier était présent aux interviews. Quant aux visites à domicile, on s'est rendu compte qu'un groupe d'une telle importance serait intimidant, c'est pourquoi des représentants du groupe furent sélectionnés pour remplir cette tâche.

Aucune entrevue n'eût lieu avec le Volontaire du Corps de la Paix résidant à BOUTILIMIT: La date de ses vacances coïncida avec celle de l'évaluation et il ne fut pas possible d'avoir un entretien avec lui.

Résultats de l'entrevue - Boutilimit, suite

- Q: Quelle partie de votre propre formation semble la moins intéressante en relation avec votre travail?
- R: Toutes les activités sont d'importance égale. Il n'y a rien de ce que je suis appelé à faire qui ne soit important, mais je mettrais l'accent sur la supervision avant tout autre aspect.
- Q: Quels sont les points les plus importants soulevés par les Comités de Santé Communautaire (CSC) au cours de vos entrevues avec les membres de ces comités?
- R: La question du paiement de l'agent de santé par l'Etat bien qu'ils soient conscients de la position du projet à ce sujet. Malgré cela, deux villages sur cinq ont déjà payé les agents de santé.
- Q: Quel emploi du temps utilisez-vous pour votre travail de supervision?
- R: Actuellement je les supervise tous les mois; tenez compte que mon groupe n'a terminé le stage que depuis 4 jours. Sur le temps du programme de formation, j'ai visité au cours des deux derniers mois tous les agents de santé communautaire déjà existants.
- Q: Quels sont les problèmes les plus importants rencontrés pendant votre dernière supervision?
- R: a. Réapprovisionner la dotation des médicaments. Un village sur cinq a déjà racheté des médicaments.
- b. Le paludisme n'est pas prévalent dans cette région; cependant les villages ont dans leurs troussees une quantité de Nivaquine au delà des besoins. Cette quantité pourrait être diminuée et remplacée par d'autres médicaments plus nécessaires.
- Q: Est-ce que le programme d'études que vous utilisez est adéquat?
- R: Oui! Mais il pourrait être complété par un projecteur et des

Résultats de l'entrevue - Boutilimit, suite

diapositives ou des films. Un petit groupe électrogène pourrait être emprunté à SONELEC dans ce but.

Q: Que manque-t-il au programme d'enseignement?

R: (Voir ci-dessus).

Q: Apporteriez-vous quelques modifications au programme?

R: Oui!

Q: Comment et pourquoi?

R: Les agents de santé dans cette région ont un certain niveau de connaissance et le programme qu'ils étudient est médicalement parlant insuffisant. J'aimerais voir un module sur chacun des sujets suivants:

- o Otites (fréquent dans ce département)
- o Stomatites
- o Emploi d'aides visuelles pour l'anatomie
- o Infections urinaires
- o Infections vénériennes.

Je pourvoierais aussi du matériel de référence (manuels) en Arabe étant donné que la plupart des agents de santé communautaire sont familiers avec cette langue.

Q: Est-ce que tous les critères du projet sont généralement respectés quand on en vient à sélectionner des ASC?

R: En général, oui, excepté le choix par le Comité d'un jeune de seulement 20 ans.

L'équipe d'évaluation demanda les questions supplémentaires suivantes à l'infirmier/formateur:

Q: Que pensez-vous de la compréhension des comités et des ASC quant à leurs responsabilités économiques et financières?

## Résultats de l'entrevue - Boutilimit, suite

R: Dans deux des villages participants, le ASC a déjà reçu du comité une moyenne de 3,000 UM. Dans les deux villages il y a un chef influent qui supporte l'ASC. Un ASC désire être supporté par l'Etat et le village est d'accord. Deux autres ne recherchent pas de rémunération, jugeant de façon évidente leurs activités comme faisant partie de leur devoir envers le village.

Q: Quelles autres solutions avez-vous trouvées?

R: -Vente aux villageois de médicaments à prix réduit pour compenser leur coût et le coût des ASC:  
-Support de toutes les activités pour la santé par les familles riches du village.  
-Un village riche a réapprovisionné la dotation des médicaments pour une somme totale de 45,000 UM et espère le faire sur une base mensuelle;

### 3. COMPTE RENDU DE L'ENTREVUE - RABIE

#### 3.1 Evaluation générale de l'ASC.

Evaluation des connaissances théoriques de l'agent de santé

Nom: FATIMETOU MINT MOHAMED; Agent de Santé Communautaire

Village: RABIE

Département: BOUTILIMIT

Date: 6-04-82

Q: Que conseillerez-vous à un village qui selon vous a besoin d'un entretien adéquat?

- R:
- o Nettoyer toutes les zones résidentielles;
  - o Jeter les ordures dans un trou et les enterrer;
  - o Utiliser des feuilles comme partie de l'hygiène personnelle après défécation;

(L'ASC a oublié de mentionner le détail suivant...)

- o Protéger les puits de la saleté et des débris.

Q: Comment conseillerez-vous quelqu'un au sujet de l'hygiène personnelle?

- R:
- Utiliser des feuilles après la défécation;
  - Se laver le corps au moins deux fois par semaine;
  - Laver les vêtements au moins une fois par semaine;

(L'ASC a omis les réponses possibles suivantes...)

- Nettoyage des mains après s'être soulagé;
- Se laver les mains avant de manger;
- Couvrir la nourriture et l'eau.

Q: Comment conseillerez-vous au mieux une mère ou une famille sur la façon de nourrir leurs enfants?

- R:
- Continuer l'allaitement au moins pendant 18 mois;
  - Commencer à donner des aliments solides à l'enfant (sous forme de soupe) vers le 6ème mois environ;

Compte Rendu de l'entrevue - RABIE, suite

- Donner une large variété d'aliments à l'enfant.

(L'ASC a mentionné particulièrement la viande et les haricots.)

Q: Comment traiteriez-vous la diarrhée?

R: - Donner beaucoup de liquides (solution de réhydratation)  
- Donner du Ganidan (selon l'âge du patient).

Q: Comment traiteriez-vous les fièvres?

R: Donner de la Nivaquine et de l'Aspirine (en respectant les doses et l'âge)

(Alors que l'ASC savait quel traitement elle devait utiliser, sa connaissance quant au dosage était déficiente. Comme déjà exprimé auparavant, il y a peu de cas de paludisme dans cette région et elle n'aurait jamais eu l'occasion de mettre en pratique ce qu'elle a appris en théorie)

Q: Comment traiteriez-vous les maux de tête?

R: Avec de la Nivaquine ou de l'Aspirine en respectant les doses et l'âge.

Q: Quel est l'objet d'une visite à domicile?

R: o S'il y a une personne malade ou pas;  
o Si l'habitation est propre.

(L'ASC omit les réponses possibles suivantes...)

- o Vérifier s'il y a des femmes enceintes;
- o Voir s'il y a une femme en couches;
- o Vérifier s'il y a des enfants non vaccinés au dessous de 5 ans.

Q: Si un village vous demandait de recommander certaines vaccinations, sur lesquelles insisteriez-vous?

R: - Rougeole;  
- Coqueluche;  
- Polio;

Compte Rendu de l'entrevue - RABIE, suite

Q: Quelles habitudes spécifiques du village, selon vous, ont besoin d'être modifiées?

R: 

- o Boire de l'eau non traitée;
- o Se soulager dans les abords immédiats de leurs résidences près de leur source d'eau potable.

(L'ASC omit de mentionner les points suivants...)

- o Oublier de vacciner leurs enfants;
- o Ne pas se laver les mains après s'être soulagé;
- o Ne pas se laver les mains avant de manger;
- o Ne pas se laver les mains à plusieurs dans la même eau.

### 3.2 Evaluation des Connaissances Pratiques de l'ASC

- Q: Dans cette évaluation on a demandé à l'ASC d'identifier plusieurs éléments dans sa trousse de soins et d'expliquer l'usage de chacun.
- R: A l'exception de la Nivaquine, elle a été capable de le faire avec exactitude. Elle a décrit aussi avec précision la composition de la solution de réhydratation, tout en admettant qu'elle n'avait eu aucune raison de l'employer,
- Q: On a demandé à l'ASC de démontrer comment traiter des blessures.
- R: Sa réponse, a manqué de précision dans la mesure où elle a dit qu'elle utiliserait une pommade antibiotique sur la blessure sans mentionner le besoin de vérifier auparavant si la blessure était infectée ou enflammée.
- Q: On a demandé à l'ASC de jouer le rôle de conseiller un groupe de mères de famille sur la meilleure façon de sevrer les enfants.
- R: Elle a répondu correctement quant aux types d'aliments, mais vaguement quant à la méthode et le besoin du passage au sevrage.
- Q: On lui a demandé d'expliquer comment elle procéderait lors d'une visite à domicile.
- R: Sa réponse a été faible et vague.
- Q: On a demandé à l'ASC de démontrer la meilleure façon de couper le cordon ombilical et comment faire le bandage.
- R: Elle a répondu correctement selon la formation qu'elle a reçue. Néanmoins, Monsieur Sy Mamadou a mis en évidence, devant le groupe, que la formation donnée à un ASC différerait de celle donnée par la PMI à l'accoucheuse traditionnelle et que le projet se bénéficierait d'une coordination dans ce domaine avec la PMI pour assurer la standardisation de ces méthodes.
- Q: On a demandé à l'ASC sous quelles circonstances elle ferait l'évacuation d'une femme enceinte ou d'une femme en travail des

Evaluation des Connaissances Pratiques de l'ASC, suite

couches.

R: Elle a répondu correctement, à travers des critères et des réponses détaillées.

Q: On a demandé à l'ASC de démontrer comment elle détecterait l'anémie et l'oedème.

R: Elle a fait une démonstration acceptable des signes de l'anémie et de l'oedème.

### 3.3. Agent de Santé Communautaire

- Nom du village: RABIE
- Population: 262 et plus selon le recensement du projet
- Distance du Centre de Santé: 14 kms.
- Nom de l'ASC: FATIMETOU MINT MOHAMED
- Nom du formateur: M'BARECK OULD BILAL
- Date du stage: Octobre 1981. Décembre 1981
- Date du début des activités: 22 Décembre 1981
- Nombre des visites de supervision reçues après le stage: 3
- Nombre de cas traités dans le village:
- Nombre d'évacuations au dispensaire: 1
- Q: Voyez-vous ces personnes qui ont été évacuées une fois de retour au centre de santé?
- R: Oui. Même si elles ne viennent pas me consulter, je vais les voir.
- Q: Avez-vous des informations quant au traitement qu'elles ont reçu?
- R: Oui. Je leur demande des informations.
- Q: Avez-vous eu des plaintes sur la façon dont elles ont été traitées?
- R: Non. J'accompagne chaque cas.
- Q: Combien de fois avez-vous rencontré le CSC?
- R: 5 fois.
- Q: Enumérez quelques questions importantes discutées avec le comité de santé communautaire. Quels problèmes ont été soulevés par le comité?
- R: - Rémunération de l'agent de santé;  
- Médicaments (type et quantité)  
- Propreté du village.

Agent de Santé Communautaire, suite

Q: Quels problèmes ont été soulevés par l'agent de santé?

R: o Des patients demandant à être traités en dehors des heures de consultation régulières et qui ne sont pas des cas urgents;

(Son horaire régulier est 8-12 chaque matin.)

o Certains patients exigent qu'elle leur donne des médicaments même si ceux-ci ne font pas partie de la dotation originale et l'accuse de les accumuler en cachette;

o Son avis n'est pas toujours accepté par ceux qu'elle conseille;

o La population donne seulement la priorité aux problèmes de réapprovisionnement des médicaments.

Q: Quelles solutions ont été choisies pour résoudre ces problèmes?

R: - Le Comité demanderait aux villageois de respecter ses horaires;

- Les médicaments seraient réapprovisionnés et reçus en cours de semaine.

- Elle serait remboursée (9,000 UM dûs par la coopérative dont 4,500 qui lui ont été déjà remboursés)..

Q: Voyez-vous de plus en plus de gens?

R: Oui. Pendant les 2 premiers mois beaucoup de gens sont venus, mais plus les médicaments ont diminué, moins les gens sont venus.

Q: De quelles maladies se plaignent-ils?

R: o Blessures et douleurs;

o Bronchites;

o Conjonctivites;

Q: Quels changements avez-vous notés dans les habitations depuis votre arrivée?

R: Maintenant elles sont propres.

Q: Pensez-vous qu'il y a quelques traditions qui ont besoin d'un changement?

Agent de Santé Communautaire, suite

R. Non.

Q: (Les questions sur les fiches techniques n'ont pas été posées, l'ASC n'ayant pas de fiches techniques.)

### 3.4. Comité de Santé Communautaire

Membres du Comité:

ALI OULD ISMAIL OULD SIDI ABDALLAHI - Président et instituteur

MOHAMED MAHMOUD OULD M.SALEM - Imam

DAHWARD OULD EBETI - Chef de la coopérative

(2 autres membres du comité étaient absents).

Q: Est-ce que le comité connaît les tâches principales de l'ASC?

R: Oui. Elle prend soin des cas urgents; prend soin régulièrement des mères et des enfants; donne des conseils sur l'hygiène.

Q: L'ASC accomplit-elle vraiment ces tâches?

R: Oui.

Q: Qu'accomplit-elle le plus souvent?

R: Des soins curatifs.

Q: Quelle tâche accomplit-elle le moins souvent?

R: D'aucune à notre connaissance.

Q: Quelle tâche fait-elle le mieux?

R: Il nous semble que toutes.

Q: Quelle tâche fait-elle le plus mal?

R: Aucune à notre connaissance.

Q: Combien de fois avez-vous rencontré l'ASC?

R: Une fois par mois.

Q: Combien de fois l'agent de santé vous a-t-elle demandé d'avoir un entretien avec vous?

R: Quatre ou cinq fois.

Q: Combien de fois avez-vous organisé une réunion sous votre propre initiative?

R: Jamais.

Q: Quels sont les membres du Comité le plus souvent présents?

R: Les trois présents.

Comité de Santé Communautaire, suite

Q: Quels sont les membres du comité le plus souvent absents?

R: Ceux qui sont absents le plus souvent, sont les commerçants professionnels; ils voyagent souvent.

Q: Combien de temps durent vos réunions?

R: Environ une heure.

Q: De quoi parlez-vous pendant vos réunions?

R: o Le cas sérieux des patients (pneumonie);  
o Diarrhée;  
o Conjonctivites (maladies infectieuses);  
o Paiement de l'agent de santé;  
o Achats des médicaments.

Q: Quelles solutions avez-vous proposées pour faire face à ces problèmes?

R: Nous avons décidé d'acheter des médicaments et de les emmagasiner et de demander aux familles qui ont des médicaments de les donner comme une donation au village. Egalement, nous avons décidé de demander une contribution par famille calculée selon leur revenu.

Q: Qui, à part les membres du comité et l'agent de santé, a participé à vos réunions?

R: L'infirmier/formateur et le volontaire.

Q: Quelle contribution apportent-ils?

R: Ils donnent des conseils et fournissent des médicaments.

Q: Que suggérez-vous pour améliorer les conditions de travail de l'agent de santé de votre village?

R: (Pas de commentaire.)

## Comité de Santé Communautaire, suite

Le comité a eu les observations suivantes:

- L'ASC a elle-même refusé d'être payée et a suggéré que l'argent soit dépensé pour des médicaments;
- Ses heures de travail sont fixées de 8-12 heures;
- quand elle désire voyager elle doit donner les raisons de son absence;
- Elle donne la priorité aux enfants;
- Parce que le nombre de médicaments qu'elle possède est maigre, les adultes préfèrent aller à BOUTILIMIT pour traitement;
- Il n'y a pas eu des cas de rougeole cette année;
- L'équipe du Programme Elargi de Vaccinations (PÈV) vient environ une fois par an.

#### 4. COMPTE RENDU DE L'ENTREVUE A BOULENOUAR - PREFACE

L'ASC du village de BOULENOUAR reçut son diplôme du centre de formation de BOUTILIMIT le 3 Avril 1982. La visite de la mission étant le 7 Avril, il n'avait eu que très peu de temps pour s'installer.

Sa situation est aussi quelque peu différente de celle des autres agents de santé. Il est simultanément le chef du village et l'agent de santé - il a cherché alentours un autre candidat pour la formation en santé au moment où l'équipe PAMR est passée pour sa tournée d'animation, mais ne trouvant aucun volontaire, et lui-même conscient des bénéfices pouvant être gagnés par son village, il s'est proposé comme volontaire. Une partie de son succès a été dû à sa position de chef de village, d'autant plus que ce succès dans le domaine de la santé a précédé l'arrivée de l'équipe du PAMR. L'année dernière il avait visité personnellement le Directeur de la Santé (Dr. Zein à ce moment-là) pour gagner son support afin d'obtenir que l'équipe du Programme Elargi de Vaccination (PEV) vienne à son village. L'équipe PEV est passée dans son village deux fois et quand récemment des cas de rougeole se sont déclarés dans des campements voisins, il était fier de déclarer que son village avait été épargné. Ainsi, il a déjà un intérêt dans les soins primaires de santé.

En tant que chef de village il projette déjà des réseaux d'organisation communautaire et c'est une étape naturelle que d'utiliser les mêmes outils (organisation communautaire) pour la réalisation des buts du projet.

Le centre de formation de BOUTILIMIT a été ouvert en Octobre 1981 avec son premier stage de formation en HASSANIYA. L'infirmier à ce moment-là était N'BARECK de BILAL qui, bien que Maure, a été élevé au Sénégal et parle mieux Wolof que HASSANIYA: Il était parmi le premier groupe d'infirmiers sélectionnés et a été formé par le Programme de Renforcement de la Provision des Services de Santé (PRPSS) à travers un stage de formation pratique;

il ne lit pas l'Arabe. Le volontaire du corps de la paix à ce moment-là et encore aujourd'hui est MARK STRIBLING, un volontaire qui est venu d'Oman en MAURITANIE et qui parle l'Arabe Omani.

En Février 1982 N'BARECK de BILAL fut transféré à KEUR MACENE pour enseigner à ce centre de formation en Wolof. Il est le seul infirmier/formateur Wolofone dans le projet. A sa place lui a succédé RAMDAN ould MOHAMED RAMDAN, un infirmier pour la première fois exposé au projet et à BOUTILIMIT. Comme partie de ses obligations, RAMDAN a pris contact avec l'ASC de BOULENOUAR, formé auparavant par N'BARECK, pour établir un contact avant la supervision.

Le volontaire du corps de la Paix, étant en vacances du 11 Avril au 1er Juin n'a pu être contacté.

#### 4.1. Agent de Santé Communautaire

Nom: EDAB LEHSANE

Village: BOULANOUAR

Date: 7-4-82

##### 4.1.1. Evaluation des connaissances théoriques de l'Agent de Santé Communautaire

Q: Quel conseil donneriez-vous à un village pour qu'il soit maintenu dans des conditions hygiéniques?

R: Nettoyer autour des habitations. Jeter les ordures dans un trou. Utiliser des feuilles pour les excréta. Assurer la protection autour des puits.

(L'ASC répondit entièrement à toutes les questions).

Q: Quel conseil donneriez-vous à une personne pour son hygiène personnelle?

R: Se laver les mains après s'être soulagé. Se laver les mains avec du savon avant les repas. Utiliser des feuilles pour les excréta. Couvrir la nourriture et l'eau. Se laver le corps au moins deux fois par semaine. Laver ses vêtements au moins une fois par semaine.

(L'ASC répondit entièrement à toutes les questions).

Q: Quel conseil donneriez-vous à une mère de famille ou à une famille sur la façon de nourrir ses enfants?

R: - Organiser des classes d'éducation à la nutrition;  
- Nourrir au sein jusqu'à l'âge de 18 mois;  
- Commencer les aliments solides vers l'âge de 6 mois sous forme de semi-liquides;  
- Donner des aliments variés, particulièrement de la viande, des haricots, des cacahuètes, des fruits et des légumes.

(L'ASC répondit entièrement à toutes les questions.)

Q: Comment traiteriez-vous la diarrhée?

Agent de Santé Communautaire, suite

- R:   o Faire boire beaucoup de liquides au patient (particulièrement de la solution pour la réhydratation);
- o Administrer du GANIDAN selon l'âge du patient;
- o Boire de l'eau de riz.
- Q:   Comment traiteriez-vous les fièvres?
- R:   Donner de la NIVAQUINE ou de l'ASPIRINE selon l'âge et le mode d'emploi. Recommander de la nourriture saine et du repos.
- Q:   Comment traiteriez-vous les maux de tête?
- R:   Donner de la NIVAQUINE ou de l'ASPIRINE selon l'âge et le mode d'emploi.
- Q:   Que vérifieriez-vous lors d'une visite à domicile?
- R:   . Si quelqu'un dans la maison est malade;
- . Si l'habitation est propre;
- . Si les gens eux-mêmes sont propres;
- . S'il y a des femmes enceintes qui ne suivaient pas de visites prénatales;
- . S'il y a une femme en couches;
- . S'il y a des enfants au-dessous de 5 ans qui ne sont pas vaccinés;
- . Vérifier s'il y a des enfants sous-alimentés;
- . Vérifier s'il y a des maladies contagieuses;
- Q:   Contre quelles maladies recommanderiez-vous qu'un enfant soit vacciné?
- R:   la rougeole;
- la coqueluche;
- la polio
- la tuberculose;
- le tétanos;
- la diphtérie.

(L'ASC spécifia en outre le calendrier pour chaque vaccination et avait lui-même visité le PEV l'année précédente et avait demandé que ce dernier

Agent de Santé Communautaire, suite

visite son village. (Ils ont été visité deux fois depuis.)

Q: Quelles coutumes ou habitudes parmi les villageois conseillerez-vous de modifier?

- R:
- o Boire de l'eau non potable;
  - o Se soulager au voisinage immédiat de leurs habitations;
  - o Ne pas vacciner leurs enfants;
  - o Ne pas se laver les mains après s'être soulagé;
  - o Ne pas se laver les mains avant de manger;
  - o Se laver les mains à plusieurs dans le même récipient d'eau;
  - o Manger des aliments crus;
  - o Défendre les enfants de manger la nuit; spécialement les garçons et autoriser les enfants à manger de la terre.

#### 4.1.2 Evaluation des connaissances pratiques de l'ASC

1. L'ASC a décrit en détail chaque article de sa trousse de soins, son emploi et son application.
2. L'ASC a expliqué la différence de dosages entre les adultes et les enfants pour la NIVAQUINE et l'ASPIRINE.
3. L'ASC a démontré une bonne connaissance dans la préparation de la solution de réhydratation.
4. L'ASC a démontré comment traiter une blessure.
5. L'ASC a expliqué comment conseiller une mère de famille sur la façon de sevrer son enfant à travers l'introduction graduelle des aliments semi-solides à des aliments solides.
6. En décrivant comment il procéderait au cours d'une visite à domicile

l'ASC avança les points suivants:

- o La propreté des enfants;
- o La propreté des outils ménagers, particulièrement les ustensiles de cuisine;
- o La propreté complète de l'habitation (intérieur et extérieur);
- o Vérifier si des enfants sont malades;
- o Vérifier si des latrines sont utilisées et si non, où les membres de la famille vont réaliser leurs fonctions corporelles;
- o Vérifier que la mère qui nourrit assure la propreté de ses seins comme partie de son hygiène personnel;
- o Vérifier si les vêtements sont propres, et en même temps, révéler l'importance de la propreté de la maison, soulignant certaines maladies qui sont reliées au manque d'hygiène telles que la diarrhée et la conjonctivite;
- o Vérifier la provision d'eau y compris la source d'eau, sa filtration, (s'il y en a une) et son réservoir pour assurer une bonne provision d'eau potable - - apprendre aux membres de la famille l'importance

## Evaluation des connaissances pratiques de l'ASC

- de maintenir une bonne hygiène;
  - o Vérifier la provision de nourriture et le menu pour déterminer si elle est adéquate et si les aliments sont bien cuits pour éviter les maladies;
  - o Vérifier si les enfants ont été vaccinés;
  - o Vérifier s'il y a, au moment de la visite, un malade parmi les membres de la famille; s'il y a des cas qu'il a lui-même traités ou est en train de suivre; s'il y a des cas traités autre part (ex: dispensaire) et qui nécessitent également d'être suivis soit par un traitement prolongé soit d'une surveillance;
  - o Vérifier s'il y a des enfants à l'âge du sevrage (18 mois) et si ils sont suffisamment nourris;
  - o En général, vérifier la santé de l'enfant suivant la nutrition, les heures de sommeil requises; un développement affectif normal, etc...
7. L'ASC a montré comment couper le cordon ombilical d'un enfant nouveau-né et comment le bander. Cependant, il a déclaré que dans son village ce ne serait pas lui qui soignerait une femme en couches mais l'accoucheuse traditionnelle, qui n'a aucune formation formelle. Il a demandé s'il était possible que l'accoucheuse reçoive une formation pour garantir une meilleure couverture des risques.
8. L'ASC a déclaré qu'il évacuerait, après observation d'environ une semaine, une femme enceinte ou une femme en couches si elle a besoin des soins prénatals -- si elle a des saignements, si elle a eu auparavant des naissances difficiles ou si elle est trop anémique. Il évacuerait aussi une femme s'il était déterminé que la présentation du fœtus soit compromise (pas de mouvements fœtaux, -oedème, infections génitales).
9. L'ASC a démontré effectivement comment il détecterait l'anémie et l'oedème chez les femmes enceintes et spécifierait les signes ou symptômes qu'il essayerait d'identifier.

4.1.3. Evaluation de la capacité de jugement de l'ASC  
avec l'agent de santé communautaire

1. Village: BOULENOUAR
2. Population: unconnue - pas encore eu de recensement
3. Distance du centre de santé: 46 kilomètres
4. Formateur: RAMDAN ould MOHAMED RAMDAN
5. Date de la formation: 22.2.82 - 3.4.82
6. Date du début des activités: 4-4-82
7. Nombre de visites reçues depuis la formation:
8. Nombre de cas traités dans le village: 110 consultations, 4 prénatales.
9. Nombre d'évacuations: aucune
10. Nombre de cas vus après le retour de l'évacuation: non approprié.
11. Q: Avez-vous des informations sur le traitement que ces patients ont reçu au centre?  
R: Non approprié.
12. Q: Avez-vous entendu des plaintes des patients sur la façon dont ils ont été traités au centre?  
R: Non approprié.
13. Nombre de réunions avec le comité de santé du village: 1
14. Enumérer les questions importantes discutées à ce moment.
  - o Propreté du village;
  - o Problèmes de nutrition;
  - o Comment réaliser la collaboration avec les villages satellites qui dépendent d'eux-mêmes pour les soins de santé;
  - o Comment établir une coopérative des femmes pour obtenir des fruits et des légumes en nombre suffisant;
  - o Le rôle joué par la nutrition dans le développement de la santé;
  - o Comment réunir des fonds pour les mettre à la disposition de la santé;

Evaluation de la capacité de jugement de l'ASC avec l'agent  
de santé communautaire, suite

15. Quels problèmes ont été soulevés par les membres du comité?

- Questions regardant la nécessité de la nutrition ;
- Comment payer les évacuations médicales;
- Conceptions erronées concernant "les fiches d'évacuation";
- Trousse de soins insuffisante;
- Trousse de soins incomplète pour les besoins des adultes;

16. Quels problèmes ont été soulevés par les ASC devant le comité?

Voir question 14.

17. Quelles solutions ont été adoptées pour résoudre ces solutions?

Une coopérative de femmes a été formée et 900 UM ont été réunis pour acheter des fruits frais et des légumes destinés à une réserve en commun distribuable quand le besoin en est.

18. Est-ce que les patients viennent avec une plus grande fréquence?

61 consultations à son premier jour de travail.

59 consultations à son second jour de travail.

19.&20. Il est impossible de répondre à ces questions complètement; l'ASC n'est rentré en opération que pendant 3 jours.

21. Quels problèmes de santé se présentent le plus fréquemment?

- . Diarrhée
- . Mal de tête
- . Malnutrition
- . Conjonctivite
- . Toux

(Difficile à dire en raison du peu de temps en poste)

22. Q: Quels changements avez-vous notés dans la population depuis votre arrivée (bons ou mauvais)?

R: Aucun encore observable.

Evaluation de la capacité de jugement de l'ASC avec l'agent  
de santé communautaire, suite

23. Q: Pensez-vous qu'il y a des connaissances que vous aimeriez  
apprendre plus?

R: Comment préparer un filtre d'eau.

24. Q: Pensez-vous qu'il y a des techniques pratiques que vous aimeriez  
 tudier plus particulièrement?

R: Non.

25. Q: Y a-t-il des problèmes dans le village que vous aimeriez résoudre  
mais pour lesquels vous n'avez pas reçus de formation spécifique?

R: Comment pourvoir de l'eau suffisamment en termes de quantité  
et de qualité. Comment commencer un petit jardin potager.

26.&27. Les questions regardant les fiches techniques ne furent pas posées;  
aucunes fiches n'ayant été pourvues à l'ASC.

## 4.2. Entretien avec le Comité de Santé Communautaire

### 1. Membres:

IMAM de la Mosquée

Président - commerçant

MOHAMED ould HADNA - marabout

AHMEDAN ould THANI - berger

MERIAM MIT LEHDANA - accoucheuse traditionnelle(absent

(La dernière bien que présente dans le village ne fut pas invitée à la réunion malgré des insinuations avancées par l'équipe d'évaluation, qui soupçonnait qu'elle n'est probablement pas consultée autrement.

### 2. Q: Est-ce que le comité connaît les tâches de l'ASC?

- o Donner des conseils à la communauté (éducation pour la santé);
- o Traiter les malades
- o Orienter la population dans 3 domaines spécifiques --
  1. Le jardinage
  2. Aspects sanitaires
  3. Organisation de la Communauté -- de cette façon ils peuvent obtenir l'aide du gouvernement pour l'instruction et pour prévenir la migration, car selon eux, il serait plus sain et plus facile de vivre dans un village que dans une ville. Pour réaliser ceci, deux conditions doivent être réunies:
    - a. L'information pour la santé doit être accessible;
    - b. La nourriture doit être disponible.

Le comité a cité des pratiques traditionnelles de santé qui sont nuisibles et qui empirent les conditions de santé-- tuberculose et pratiques de sevrage.

Entretien avec le Comité de Santé Communautaire, suite

- o La santé mentale doit être considérée (particulièrement dans les soins pédiatriques) comme domaine de l'ASC afin d'éviter d'envoyer de telles personnes chez un marabout ou autres guérisseurs traditionnels plus ignorants. Ces gens demandent de larges sommes d'argent et accomplissent peu.
- o Surmonter des préjugés traditionnels envers la nourriture (exemple: les oeufs sont sales).

Les membres du comité ont suggéré en outre que si le projet TRARZA pouvait leur procurer un éducateur nutritionnel et des démonstrations nutritionnelles ils seraient très satisfaits. Le comité a déclaré que le village est en train de traverser une période de transition sociologique profonde. Dans cette phase ils échangent des valeurs traditionnelles pour des valeurs modernes et sont dans une période de doute et de soupçon. Les vieilles valeurs ne sont plus pertinentes et fonctionnelles et les nouvelles ne sont pas encore prouvées.

3. Q: Est-ce que l'ASC a vraiment accompli ses tâches?

R: Oui. Il essaie mais ses fournitures sont incomplètes.

4. Q: Quelle tâche accomplit-il le plus?

R: Education de la nutrition.

(Les questions 4,5,6, et 7 furent considérées sans objets et n'ont pas été posées à la communauté, étant donné que l'ASC n'a travaillé que depuis trois jours seulement.)

8. Q: Combien de fois vous êtes-vous réunis?

R: Une fois.

9. Q: Combien de fois l'ASC a demandé de vous contacter?

R: Une fois.

10. Q: Combien de fois avez-vous cherché une rencontre avec l'ASC?

R: Jamais.

Entretien avec le Comité de Santé Communautaire, suite

11. Q: Quels membres du comité sont les plus réguliers aux réunions?  
R: Ceux qui sont présents aujourd'hui.
12. Q: Quels membres du comité sont le plus fréquemment absents?  
R: Ceux qui sont habituellement absents.
13. Q: Combien de temps votre comité a-t-il duré?  
R. Une heure.
14. Q: De quels problèmes avez-vous discutés?  
R: -L'ASC a décrit son programme de formation et son rôle futur;  
-Il a décrit sa trousse de soins;  
-Il a discuté de problèmes de nutrition;  
-Il a discuté le renouvellement de la trousse de soins;
15. Q: Quelles solutions avez-vous adoptées pour surmonter les problèmes discutés?  
R: -Décidé d'étudier des méthodes de récupération de fonds pour payer le renouvellement de la trousse de soins;  
-Décidé de creuser des trous pour déposer les ordures ménagères;  
-Décidé d'établir une coopérative de femmes et de recueillir les fonds pour l'approvisionnement régulier d'aliments frais.
16. Q: Quelles actions avez-vous entreprises?  
R: Procurer 900 UM pour la coopérative des femmes.
17. Q: Qui, à part les membres et l'ASC participe à votre réunion du comité?  
R: Personne jusqu'ici.
18. Q: Que vous ont-ils appris?  
R: Non approprié.
19. Q: Quoi selon vous améliorerait le travail de l'ASC dans le village?  
R: -Assurer son futur recyclage;  
-Garantir la continuité des médicaments;  
-Utiliser d'autres personnes dans le village, particulièrement, les

Entretien avec le Comité de Santé Communautaire, suite

femmes, et quelques autres venant des campements satellites pour l'aider dans son travail.

#### 4.3. Résumé et Conclusions de l'Equipe d'Evaluation C

##### 4.3.1. L'Agent de Santé Communautaire

Il apparaît que les critères du projet concernant la sélection de l'agent du village ont dans ces deux exemples - RABIE et BOULENOUAR - été respectés par la communauté. Les ASC sont dans la catégorie d'âge requis, stables dans leurs villages et motivés.

L'ASC de BOULENOUAR semble avoir une aptitude particulière pour l'animation et l'organisation de la communauté et est hautement respecté dans le village. Il espère former un autre agent de santé pour l'assister.

Les questions supplémentaires suivantes ont été posées à l'ASC de BOULENOUAR:

Q: Comment concilieriez-vous votre travail d'agent de Santé avec celui de commerçant?

R: Auparavant j'étais un commerçant/ambulant -- une profession que j'ai depuis abandonnée vu l'importance de mes engagements présents. Si mon travail actuel réussit, si les villageois le jugent aussi important il n'y aura pas de problèmes. Je ne demande pas à être rémunéré, ce que je veux c'est un effort universel pour le bien universel.

Q: Qu'attendez-vous du Projet?

R: J'étais le premier à poser une pierre dans cette localité (donneur du premier coup de pioche). J'étais le premier à introduire une radio dans ce village apportant, pour les bénéficiaires de la masse l'éducation qui, je pouvais le voir, ne pouvait que profiter au village (c'était en 1956). Le Projet a plusieurs sujets d'intérêt, le plus important étant de rappeler aux gens que le traitement des maladies peut être évité par l'usage des pratiques nutritionnelles solides, et de cette manière éviter de longs et coûteux voyages en ville. Il n'y a pas d'infirmiers dans cette région qui aient essayé d'étudier

## Résumé et Conclusions de l'Equipe d'Evaluation C, suite

nos problèmes et seulement le projet s'en est soucié et a proposé des solutions. Je souhaite lui donner mon attention continue.

Q: Pensez-vous que les gens sont conscients du besoin et prêts à renouveler leur trousse de soins?

R: Je pense que c'est un peu trop tôt pour aborder le sujet d'argent avec le comité. Je dois, d'abord travailler et essayer de convaincre la communauté à travers mon travail. J'essaierai de les rendre sensibles aux événements. Actuellement, le comité se concentre sur les problèmes sociaux et c'est bien. Plus tard, nous pourrions discuter les problèmes financiers. Peut-être une taxe par tête pour toutes les familles, pauvres ou riches (pour ne pas laisser penser aux pauvres qu'ils sont délaissés), et puis demander des contributions supplémentaires aux riches. Le montant versé pour le pauvre devrait être symbolique. Finalement, nous, les villageois, demandons que vous gardiez vos promesses, continuez de faire des visites; collaboriez ouvertement avec nous et que vous nous respectiez. Aidez-nous à coordonner l'assistance des autres services qui pourraient avoir un intérêt pour le village, tel que le développement rural ou la nomination d'une sage-femme à BOUTILIMIT.

#### 4.3.2. Formation de l'Infirmier/Superviseur

L'infirmier/formateur de BOUTILIMIT, RANDAN ould RANDAN, n' a pas reçu jusqu'ici de formation formelle en pédagogie ou soins de santé primaire. Il fut transféré au Projet du dispensaire de BOGUE, et fut immédiatement envoyé à BOUTILIMIT pour être en charge du centre de formation. Il a reçu sur place l'assistance d'un des infirmiers pendant les activités d'animation, et durant les premières semaines du programme de formation celle de l'infirmier/superviseur MOCTAR ould MEMAH. Cependant, il a une bonne expérience administrative et beaucoup de motivation personnelle. Il est évident qu'il a grandement contribué au succès du projet dans cette région. L'infirmier/formateur a apparemment montré grande motivation par le projet et son intérêt dans les soins de santé primaire devrait être encouragé. Il est sans aucun doute bien organisé et bien motivé et ces derniers traits devraient être encouragés.

#### 4.3.3. Programme de Formation

RAMDAN a insisté particulièrement sur la résolution des problèmes, l'organisation de la communauté, l'animation et, surtout, la formation pratique à partir de la PMI et du Centre de Récupération et Education Nutritionnel (CREN).

Il a mis un accent très particulier sur la prévention. Sa formation semble être excellente comme le prouve son élève, l'agent de santé.

Il est conscient de l'existence des groupes vulnérables, les mères et les enfants et veut donner la priorité à ces problèmes. Les qualités observées par l'équipe chez l'infirmier/formateur, l'agent de santé et la communauté ont été remarquables.

Les faiblesses du programme de formation portent sur les aspects suivants:

- . Accouchement et couches;
- . Soins prénatals;
- . Jardinage;
- . Information donnée à l'ASC sur les ressources qui lui sont disponibles à partir d'autres services du Ministère de la Santé;
- . Otites, stomatites, maladies de la peau, malgré la fréquence évidente de telles maladies dans cette région;
- . Accentuation excessive sur la malaria dans cette région;

L'équipe recommande que le programme d'études et la trousse de soins soient adaptés aux conditions de la région.

## 5. Résumé Général

C'est l'opinion de l'équipe d'évaluation que cet effort porté sur l'organisation de la communauté et sur la formation de la communauté est très important. A BOULENOUAR, le CSC est très dynamique et le chef, dans son rôle d'agent de la santé et de conseiller principal du village, a déjà établi une commission pour prendre soin des problèmes financiers du village. Cette commission surveillerait la collection de l'argent; la compensation de l'agent de santé, et le déboursement des fonds pour réapprovisionner les trousse de soins. Il y a une autre commission responsable des problèmes sociaux (eau, provision de nourriture). Le comité de santé communautaire réaliserait son rôle de conseiller pour donner une orientation à ces commissions.

L'équipe d'évaluation a fait un tour détaillé du village et a trouvé à BOULENOUAR des caractéristiques d'intérêt.

Premièrement, le village a réservé une salle spéciale comme dispensaire pour l'ASC. L'ASC est pourvu de facilités de propreté; sa trousse est bien présentée; et la salle de consultations a une relative intimité. C'est une structure en pierres avec des murs, et peut être fermée à clé. Les membres de la mission ont appris que, pendant les deux premiers jours après le retour de l'ASC au village, les patients formaient une longue queue devant sa consultation. En raison du nombre des cas de malnutrition déjà observés chez les enfants, il a décidé de préparer tous les jours la solution de réhydratation, bien qu'il éduque également les mères de famille à sa préparation et à son usage.

A RABIE, L'ASC a travaillé constamment dans sa propre tente et a déclaré qu'il continuerait à travailler aussi longtemps que les villageois continueraient à s'intéresser à son traitement de leurs maladies. A RABIE, c'est l'ASC lui-même qui s'occupe des problèmes financiers et exploite les suggestions du CSC. L'ASC est une femme mais elle a gagné leur confiance

Résumé général, suite

et a la liberté de prendre des décisions.

#### Rémunération de l'Agent de Santé

Apparemment le concept de volontariat a été facilement accepté. Les deux agents de santé contacté par l'équipe d'évaluation ont été prêts à accepter leur devoir sans penser à aucune rémunération. Apparemment, tous les deux ont considéré la supervision régulière par le projet et le fait que le projet respectait les engagements faits, plus importants qu'une récompense.

La priorité a été également donnée à l'animation, l'éducation à la santé, et l'organisation de la communauté comme des moyens de convaincre la communauté de la nécessité d'un ASC.

#### Renouvellement de la Trousse de Soins

Il apparaît que les troussees sont reapprovisionnées, pas nécessairement à Pharmarim mais à travers un réseau de famille compliqué. Sans distinction, les familles donnent une cotisation étant donné que tous, même ceux qui ne sont pas malades, doivent contribuer au coût de la santé.-- La participation universelle est l'élément clé. RABIE a déjà reçu 4,500 UM pour sa trousse de soins.

L'ASC de RABIE a raconté que Pharmarim ne lui avait fait de remise sur l'achat des médicaments, alors que le projet l'avait avertie de cette remise quand en Octobre dernier Pharmarim avait accepté de fournir les médicaments en gros, au projet et à l'ASC.

L'équipe entrevoit la possibilité d'un problème une fois que ces médicaments au prix de gros\* ont été achetés par l'agent de santé. Ces derniers étant donné que l'emballage est tout à fait différent de celui des médicaments qui lui ont été donnés auparavant, des problèmes d'identification peuvent

\*Conditionnement hôpital

## Résumé général, suite

arriver si les ASC ne sont pas recyclés par leur infirmier/superviseur. Quelques agents sont illettrés et le nouvel emballage et les quantités peuvent se prêter à confusion à première vue.

Les trousse de soins ne semblent pas entièrement adaptées aux besoins de cette population -- trop de NIVAQUINE, pas assez d'ASPIRINE, pas de médicaments pour l'otite, etc. Il semble que le programme de formation devrait insister sur l'abus des médicaments et par les dangers de l'emploi excessif des médicaments et des piqûres et en particulier ceux qui ne sont pas familiers à l'ASC.

### Caractéristiques des Données de Base

Les données du recensement n'étant pas disponibles, il a été difficile d'évaluer les données de base. Cependant, il apparaît que les agents de santé, aussi bien à RABIE qu'à BOULENOUAR, n'ont eu aucune difficulté à employer les formulaires qui leur ont été données. L'ASC de BOULENOUAR a été particulièrement vexé quand on lui a mentionné qu'ils pourraient être trop compliqués.

Il y a un besoin évident de fiches techniques ou quelque sorte d'aide mémoire pour que L'ASC puisse se rappeler des maladies et traitements spécifiques. Ces fiches techniques devraient être écrites en Arabe étant donné que c'est la langue des deux ASC.