

EVALUATION DU VOLET SANTE

Catherine DAGENS-HAMEL

Décembre 1997

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION ET METHODOLOGIE.....	3
2. HISTORIQUE DU PROJET	4
21. <i>De 1981 à 1994</i>	4
21.1 Les Agents de Santé Communautaire (ASC).....	4
21.2. Les soins curatifs	4
21.3. Les soins préventifs	5
22. <i>De 1994 à 1997</i>	6
22.1. Les Agents de Santé Communautaire et collaborateurs volontaires	6
22.2. L'accès aux soins	6
22.3. La Santé Communautaire.....	7
31. LE CONTEXTE.....	8
31.1. De la santé en Haïti.....	8
31.2. Du projet Santé d'Ennery	8
32. <i>Le projet Santé</i>	8
32.1. Le volet "Santé Publique".....	8
32.2. Le volet Santé Communautaire.....	11
32.3. La Santé scolaire.....	13
32.4. L'équipe santé.....	13
32.5. Le financement	13
32.6. Le coût du projet Santé	13
33. <i>Le processus de transfert du projet d'Initiative Développement à PRODEVA</i>	14
4. ANALYSE	15
41. <i>Les Unités Communautaires de Santé</i>	15
42. <i>Le projet d'Unité Communautaire Santé Ennery - Marmelade</i>	15
42.1. La carte sanitaire.....	15
42.2. La gestion de l'Unité Communautaire de Santé	16
42.3. Le centre de lit (CAL) d'Ennery.....	16
42.4. L'implication de PRODEVA.....	17
43. <i>Le fonctionnement des structures de santé</i>	17
43.1. Les structures publiques.....	17
43.2. Le dispensaire Saint-François d'Assise	19
44. <i>La Santé Communautaire</i>	19
44.1. Les Comités Santé	19
44.2. Les activités du volet Santé communautaire.....	19
45. <i>Le volet Santé scolaire</i>	20
5. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS.....	21
51. <i>PRODEVA : un partenaire indispensable en situation de précarité</i>	21
52. <i>Un projet de Santé Communautaire qui doit prendre tout son sens</i>	21
53. <i>De la nécessité d'instaurer un fonctionnement harmonieux, voire standardisé sur l'ensemble de l'UCS</i> :22	
54. <i>La mise en oeuvre de l'UCS doit préserver des acquis du projet assumés par PRODEVA</i> :	22
55. <i>La mise en oeuvre du volet Santé scolaire</i>	22
56. <i>Des outils de supervision, d'auto-évaluation et de capitalisation</i>	23
6. CONCLUSION.....	24

1. INTRODUCTION ET METHODOLOGIE

L'évaluation du projet Santé ne s'est pas fait au moment le plus adéquat puisque le responsable de programme n'était présent que depuis quelques jours. Cependant, cela permet une mise en perspective du projet puisque le responsable de programme connaît le projet et a apporté sa réflexion, sa prise de recul après 16 mois d'absence.

L'évaluation a porté sur l'analyse des documents relatifs au projet (demande de financement, rapports annuels, semestriels, thématiques, rapport de mission). Des documents généraux sur le contexte de la santé en Haïti, sur le concept d'Unité Communautaire de Santé ont été consultés (cf. bibliographie en annexe).

Des rencontres ont eu lieu avec les différents acteurs du projet : partenaires institutionnels, Agents de Santé, collaborateur volontaire, autorités locales, membres de Comité Santé... Enfin des visites des différentes structures ont été menées. L'objectif étant de s'approprier une bonne compréhension du projet, de ses enjeux afin de pouvoir dégager ses points forts et points faibles et faire des recommandations appropriées.

Le contexte un peu particulier de l'évaluation avec une équipe Santé en cours de reconstitution a été un atout majeur pour le bon déroulement du processus. Les rencontres avec les acteurs du projet ont permis de mesurer son ancrage dans la communauté, ainsi que les potentialités des partenaires.

L'évaluation devait permettre de dégager des perspectives pour les dix prochaines années pour chaque volet. En ce qui concerne la santé, c'est un objectif que nous ne pourrons pas atteindre car l'évaluation se veut avant tout un état des lieux et une analyse permettant à l'équipe de se positionner et construire les perspectives avec les partenaires locaux, en fonction des contraintes financières.

Ce rapport comportera peu de données chiffrées ; en effet, l'absence de recueil de données exhaustif pendant plus d'un an, ainsi que l'utilisation peu rigoureuse des outils de gestion par le personnel des dispensaires ne permettent pas de mesurer objectivement l'impact de certaines activités.

Nous ne nous sommes pas attardés sur la lutte contre la tuberculose, une étude de cohorte ayant été réalisée en septembre 1997 et des recommandations ayant déjà été formulées. Nous nous sommes attachés à comprendre les difficultés du projet et à analyser les postes de réflexion élaborées pour la mise en œuvre de l'Unité Communautaire de Santé. La santé scolaire a été étudiée avec l'équipe en charge du volet scolaire. Des échanges quotidiens ont eu lieu avec les évaluateurs des autres volets permettant à chacun d'enrichir sa compréhension du programme intégré d'Ennery.

Quelques jours de travail supplémentaires avec l'équipe aurait permis de mener une étude de cas sur l'ensemble du programme et d'avancer ensemble sur la définition de programme intégré.

2. HISTORIQUE DU PROJET

21. De 1981 à 1994

En 1981, la situation sanitaire de la commune d'Ennery est préoccupante, en particulier la malnutrition est le problème principal identifié par le responsable du projet. Les objectifs sont alors de restaurer l'accès aux soins préventifs, curatifs ainsi que de lutter contre la malnutrition. Les moyens envisagés sont le recrutement, la formation d'Agents de Santé Communautaire, l'ouverture d'un dispensaire ainsi que d'un service nutrition. Le projet devrait durer trois ans.

21.1 Les Agents de Santé Communautaire (ASC)

Recrutés initialement pour lutter contre la malnutrition leur rôle a ensuite évolué vers le soin et l'éducation pour la Santé. Formés par les responsables de projets successifs, ces ASC ont été tour à tour promoteurs d'Akamil, dépisteurs de tuberculeux, chargés de l'observance du traitement et des injections de streptomycine, promoteurs de la prévention du sida, vaccinateurs, animateurs de Comités Santé, pour certains : responsable de pharmacie communautaire, de supervision des latrines, de la Santé scolaire. Les services rendus par ces Agents ont toujours été rémunérés et, jusqu'en 1994, rémunérés à la tâche.

En 1992, le projet s'oriente vers l'autonomisation des activités et surtout des Agents de Santé Communautaire. Ceux-ci sont alors regroupés au sein d'une association qui mène différentes activités génératrices de revenus : une forge (production de moulin d'Akamil), une boulangerie, des poulaillers (en prévision).

Les activités sont gérées par un Comité Directeur composé de quatre Agents de Santé Communautaire, de l'infirmier du dispensaire d'Etat et du responsable de projet. Les quatre Agents de Santé Communautaire sont chacun responsable d'une activité (latrines, pharmacie...) du projet.

La formation des Agents de Santé Communautaire a été réalisée par les responsables de projets successifs sur les différentes activités du programme : prévention de la malnutrition, tuberculose, injection, le SIDA, la gestion de stock... Mais aussi des cours d'alphabétisation (créole et français) et des cours d'anatomie (dissection de cabris).

Des collaborateurs volontaires sont recrutés et formés ; leur fonction est d'assister les Agents de Santé Communautaire ; ils sont aussi rémunérés par le projet. Ils ont un dépôt de médicaments de base.

21.2. Les soins curatifs

*** Le dispensaire du bourg est construit en 1982 et un médecin du service public y est affecté.**

Les relations avec le dispensaire d'Etat seront fonction du personnel affecté ; en effet, les mutations fréquentes, l'absence de sédentarisation du personnel affecté au dispensaire dans la commune sont responsables des relations en dent de scie entre 1982/83 et 1994. Le projet complète régulièrement le stock de médicaments du dispensaire.

*** Très rapidement (1982/83), le projet décentralise l'accès aux soins dans les mornes par la construction et la mise en place de pharmacies communautaires. Initialement au nombre de quatre, elles seront onze en 1994.**

Les pharmacies communautaires sont construites par les habitants avec des matériaux fournis par le projet. Les terrains sont parfois fournis par des privés comme à Pascal où la pharmacie communautaire est construite sur la propriété de l'Agent de Santé Asevio (Marcellus), comme la boulangerie.

Les Agents de Santé responsables de pharmacie communautaire s'approvisionnaient au dépôt situé dans le bourg d'Ennery et tenu par le projet. Les prix de vente des médicaments étaient calculés de façon à maintenir la valeur du stock et à couvrir les dépenses de déplacement. Les pharmacies sont régulièrement en déficit et réapprovisionnées par le programme.

***La lutte contre la tuberculose :**

Le dispensaire Saint-François d'Assise est construit par le projet en 1983 et remis à la congrégation des Sœurs de la Charité d'Ottawa. Il sera dévolu à la prise en charge des malades tuberculeux et des enfants malnutris.

Les Agents de Santé Communautaire sont associés à la lutte contre la tuberculose de deux façons :

- Le dépistage des patients suspects d'avoir la tuberculose ; cette tâche est rémunérée à "la pièce".
- Le suivi des patients traités : injections de streptomycine, contrôle de la prise du traitement.

Le programme de prise en charge fonctionne tellement bien qu'il attire des patients de toutes les communes environnantes. Les médecins responsables de projet ont travaillé avec les sœurs pour le suivi et le diagnostic des cas difficiles.

21.3. Les soins préventifs

*** La lutte contre la malnutrition :**

Premier problème constaté, la malnutrition et sa prévention seront l'axe autour duquel le programme se construit. La promotion de l'utilisation de l'Akamil par les Agents de Santé Communautaire est une activité qui s'est poursuivie jusqu'en 1996. L'Akamil doit être intégré par les mères comme un aliment permettant le sevrage du lait maternel dans de bonnes conditions. Composé de farine de pois et de maïs l'Akamil est aussi utilisé dans les écoles pour la collation de la récréation.

De 1981 à 1988 les Agents de Santé organisent des séances de démonstration de l'utilisation de l'Akamil (préparation, cuisson) auprès de mères de famille et de leurs enfants. Ces séances sont l'occasion d'une distribution de repas, à base d'Akamil.

En 1988, les Comités santé sont constitués ; ils regroupent une douzaine de membres qui doivent mettre leurs moyens en commun pour acheter un moulin Akamil.

Les séances se poursuivront jusqu'en 1996, le projet fournissant les ingrédients de l'Akamil. Lors de l'embargo, la situation nutritionnelle étant dramatique dans les mornes, le nombre de séances est augmenté.

Le dépistage est réalisé lors de consultations au dispensaire d'Etat, par les Agents de Santé Communautaire. Les enfants dépistés sont référés au dispensaire Saint-François d'Assise où ils sont suivis en externe jusqu'à un retour à la normale.

*** Les Comités Santé et l'éducation pour la Santé :**

Les Comités Santé ont été créés initialement sur l'initiative du projet pour promouvoir l'Akamil, les membres se regroupant pour acheter un moulin. Ils sont animés par des Agents de Santé et sont les canaux d'éducation pour la santé dans les mornes. En 1994 il y en a 295.

Les thèmes abordés hors promotion de l'Akamil sont :

- l'eau potable : vente de chlore pour javelliser l'eau de boisson,
- le SIDA : vente de préservatifs,
- la prévention de la déshydratation : vente de SRO (sels de réhydratation orale).

En 1992, les Comités Santé devaient aussi participer à l'activité poulailler.

* **La Santé scolaire**

L'activité démarre pleinement en 1987. Elle est orientée sur les soins préventifs (déparasitage, santé dentaire). Les maîtres sont formés à l'éducation pour la Santé. Par ailleurs, des Comités de Parents confectionnent des pains d'Akamil, qui sont donnés aux enfants. Ces biscuits représentent un complément nutritionnel.

Sur l'ensemble des activités menées pendant cette période, nous remarquons que les axes retenus pour améliorer la santé des habitants de la commune étaient :

- la santé communautaire : Agents, pharmacie, Comité,
- un appui minime à la structure publique du bourg,
- un investissement fort dans la lutte contre la tuberculose.

22. De 1994 à 1997

Le processus d'autonomisation ne fonctionne pas bien, les Agents de Santé et collaborateurs volontaires sont démotivés, le Comité Directeur a du mal à s'imposer malgré les visites de supervision trimestrielles. L'association (Inter Aide) décide de remettre un responsable de projet à temps plein à Ennery.

Les activités menées jusque là sont recadrées et poursuivies, et de nouveaux concepts émergent. Enfin une convention de partenariat est formalisée et signée avec la Direction Sanitaire de l'Artibonite valorisant et déterminant le rôle de chacune des deux parties dans l'appui au dispensaire du bourg (d'Etat).

22.1. Les Agents de Santé Communautaire et collaborateurs volontaires

Leur rémunération ne se fait plus à l'activité ; elle devient fixe et globale. A part les Agents responsables de pharmacie communautaires, le rôle des Agents est recruté sur :

- Les postes de rassemblement : ou la protection maternelle et infantile dans les mornes. Les postes de rassemblement sont le lien d'éducation pour la santé, de suivi des 0-5 ans, de la vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer, de dépistage de la malnutrition.
- La lutte contre la tuberculose : recherche des "retardataires" ou des abandons, dépistages de nouveaux cas.
- La médecine scolaire : éducation pour la Santé, dépistage de la malnutrition.
- L'éducation pour la Santé via les Comités Santé : la chloration de l'eau de boisson, l'usage des préservatifs, la prévention de la déshydratation liée à la diarrhée.

Les pharmacies communautaires deviennent progressivement des postes de santé, après formation des Agents de Santé responsables. Les postes s'approvisionnent au dépôt du bourg. A terme, il est prévu que les sept postes de santé seraient remplacés par des dispensaires. Ainsi les dispensaires de Rouf et Savane Carrée ont remplacé trois postes de santé.

22.2. L'accès aux soins

*** L'objectif en 1994 est de promouvoir des soins globaux, continus et intégrés. En 1995, à la demande de la Direction Sanitaire de l'Artibonite la réflexion sur l'Unité Communautaire de Santé et sa cogestion sont amorcées.**

La carte sanitaire définie pour la commune d'Ennery est :

- un centre à lit (12 à 18 lits)
- quatre dispensaires, dont deux sont déjà construits (Rouf et Savane Carré)

La gestion de l'UCS repose sur les trois partenaires, pour le centre à lit :

- la communauté fournit le terrain,
- L'Etat (la DSA) fournit le personnel (et les salaires),
- l'association /ONG PRODEVA réalise la construction,
- PRODEVA et la DSA fournissent matériels et médicaments.

Dans le cadre de l'UCS, l'éducation pour la santé reste partie intégrante du projet.

*** La lutte contre la tuberculose :**

L'activité se poursuit avec des modifications du protocole de soins (traitement court) et hospitalisation les deux premiers mois de traitement pour les malades demeurant loin du dispensaire. La collaboration avec le dispensaire Saint-François d'Assise est intensifiée.

22.3. La Santé Communautaire

*** la lutte contre la malnutrition :**

Les séances d'Akamil auprès des Comités Santé se sont poursuivies jusqu'en 1996. Le dépistage des enfants est fait par les Agents de Santé lors des postes de rassemblement.

*** Les Comités Santé ont poursuivi leurs activités. Cependant, fin 1996 et début 1997, l'arrêt des "distributions" d'Akamil, ainsi que l'impossibilité pour les Agents de Santé et les collaborateurs volontaires de s'approvisionner en chlore, préservatifs dans les derniers mois de 1997, ont été un coup d'arrêt aux activités des Comités Santé.**

*** La santé scolaire :**

L'intensification des actions préventives et éducationnelles a permis certainement d'améliorer l'état sanitaire des enfants. Ceci a été rendu possible par le recrutement d'une infirmière chargée de mettre en œuvre la nouvelle stratégie.

Cette "deuxième phase" du projet a vu le jour après l'échec du processus d'autonomisation initié en 1991/92, et sur la base du principe d'établir des passerelles avec le secteur public¹.

Fin 1994, le contexte politique est favorable, la demande de soins dans la commune est très importante et le volet Santé Communautaire s'essouffle. La conjonction de ces trois facteurs motivera le changement de stratégie :

- consolider et recruter les activités de Santé Communautaire sur l'éducation et la prévention,
- et constituer un réseau de soins de qualité, puis l'UCS sur la commune.³ Situation du projet : novembre 1997.

¹ Le concept d'unité communautaire de santé avait été évoqué en 1991 lors du passage du président Aristide au pouvoir.

31. LE CONTEXTE

31.1. De la santé en Haïti

Le concept d'Unité Communautaire de Santé est devenu le modèle prôné en Haïti par l'Etat, et les bailleurs. Il est apparenté au modèle du district opérationnel de l'OMS ; une grande latitude est apparemment autorisée en ce qui concerne le mode de gestion des UCS, le mode de tarification utilisé, la place que peuvent prendre des ONG dans un système de gestion d'une UCS.

Les structures dont doit disposer une UCS, ainsi que les services qu'elle doit rendre à la population sont standardisés ; ainsi, il faut prévoir en moyenne un dispensaire pour 10.000 habitants, les fonctions des dispensaires et des centres à lit sont explicitées et détaillées dans le "cadre de référence pour l'implantation des Unités Communautaires de Santé" (MSPP - juillet 1997).

Le seul document évoquant la gestion de l'UCS auquel nous avons pu nous référer est le " Rapport de synthèse de l'atelier de réflexion sur le financement des UCS (MSPP/Direction de Coordination de la Coopération Externe (DCCE)) ; ce document présente différentes expériences menées en Haïti d'UCS ou de pré-UCS comme les appelle le rapporteur.

Il n'a pas été possible de rencontrer un représentant du MSPP à Port-au-Prince pour pouvoir apporter plus de précisions sur la stratégie du MSPP en matière d'UCS.

31.2. Du projet Santé d'Ennery

L'absence ou la quasi-absence de responsable de programme d'août 1996 à novembre 1997 est un handicap lourd pour le projet et pour PRODEVA ; en effet la réflexion sur la mise en place de l'Unité Communautaire de Santé a pris beaucoup de retard et d'une situation novatrice en 1994, le projet d'Ennery se situe loin derrière les projets d'UCS de Saint Michel de l'Attalaye et de Saint-Marc en 1997.

La plupart des interlocuteurs extérieurs au projet (Magistrat, partenaires, DSA) considère qu'il n'y a pas eu de responsable de programme. De plus, le suivi du volet santé a nécessité un investissement important de la direction de PRODEVA de janvier à avril sans outils de suivi adaptés à une supervision à distance.

32. Le projet Santé

32.1. Le volet "Santé Publique"

3.2.1.1. La conception de l'Unité Communautaire de Santé

Cette activité n'est pas prévue en tant que telle dans la demande de cofinancement, c'est le rapprochement avec les structures publiques qui est indiqué comme objectif. Par contre en août 1994, une convention posant le principe de l'UCS est passée entre Initiative Développement et la Direction Sanitaire de l'Artibonite.

En décembre 1996, le découpage des Unités Communautaires de Santé pour le département de l'Artibonite préconise le rapprochement des communes de Ennery et Marmelade au sein d'une même UCS. Les critères pour établir la carte sanitaire sont de une structure primaire pour 10 000 habitants et un centre à lit ou sans lit pour assurer la référence secondaire pour plus de 50 000 habitants.

Sur la commune d'Ennery, il y a actuellement quatre dispensaires primaires :

- le dispensaire du bourg,
- le dispensaire Saint-François d'Assise (tenu par la Congrégation des Sœurs de la Charité d'Ottawa),
- le dispensaire de Savane Carré,
- le dispensaire de Rouf.

Le Centre à Lit est en construction dans le bourg d'Ennery. Suite à un problème de procédure, PRODEVA n'a pas obtenu le deuxième décaissement pour poursuivre le chantier du CAL qui est interrompu depuis juin 1997.

La carte sanitaire pour l'UCS Ennery-Marmelade est définie pour la commune d'Ennery ; elle reste à définir pour Marmelade où il n'y a qu'un dispensaire d'Etat dans le bourg de Marmelade.

Pour Ennery, il est prévu de :

- transformer le dispensaire Saint-François d'Assise en dispensaire primaire pour le bourg d'Ennery, tout en lui conservant sa fonction dans la lutte contre la tuberculose et le suivi des enfants malnutris,
- transformer le dispensaire d'Etat en bureau communal,
- conserver les deux dispensaires périphériques de Rouf et Savane Carrée.

Une étude approfondie est à réaliser sur la commune de Marmelade afin de déterminer le nombre de dispensaires nécessaires ainsi que leur localisation. Cette étude sera menée avec la Direction Sanitaire de l'Artibonite début décembre.

3.2.1.2. Le dispensaire d'Etat

L'administrateur mis en place par le projet a été intégré dans la fonction publique ; il est maintenant salarié de l'Etat et assure la supervision de la gestion du dispensaire de Savane Carré ainsi que l'approvisionnement en médicaments du dispensaire du bourg et de celui de Savane Carrée.

Il n'y a malheureusement pas de médecin de commune actuellement, le médecin PRODEVA est nommé à titre temporaire à partir de début décembre. La Direction Sanitaire de l'Artibonite attend une autorisation du niveau central pour pouvoir nommer un nouveau médecin de commune.

Les soins curatifs sont assurés par deux auxiliaires de santé, ainsi que le suivi et la vaccination des enfants de 0 à 5 ans, et les consultations prénatales sont menées par l'infirmière PRODEVA avec un Agent de Santé Communautaire.

La logistique des vaccinations est assurée par PRODEVA (approvisionnement en gaz, vaccins, seringues), ainsi que le contrôle de la chaîne de froid pour le bourg et les dispensaires périphériques.

En l'absence de médecin de commune et d'encadrement des auxiliaires de santé, le dispensaire d'Etat ferme tôt et il n'y a pas de permanence des soins. L'activité mensuelle moyenne (calculée sur la base des lettres mensuelles 05/06/07/08/09-97) est de :

- 475 consultations curatives (anciens et nouveaux cas),
- 80 consultations prénatales (anciens et nouveaux cas),
- 162 consultations espacement des naissances (anciens et nouveaux cas).

3.2.1.3. Les dispensaires périphériques

- Le dispensaire de Rouf n'a pas ouvert faute de personnel. Le nouveau responsable de programme a négocié l'affectation de deux auxiliaires de santé pour décembre 1997.

- Le dispensaire de Savane Carré est géré par un auxiliaire de santé qui est seul pour assurer les consultations, la délivrance des médicaments et l'éducation. Ainsi, c'est parfois le gardien qui délivre les médicaments.

L'activité mensuelle moyenne (calculée sur la base des lettres mensuelles 05/06/07/08/09-97) est de :

- 243 consultations curatives,
- 12 consultations prénatales,
- 26 consultations espacement des naissances.

3.2.1.4. Le système de carte de famille et la tarification des actes

En 1994, le système de tarification forfaitaire est mis en place. Le principe est simple, tous les habitants de la commune d'Ennery bénéficient d'un tarif spécifique et forfaitaire pour un épisode de maladie. Les patients hors commune payent l'acte (la consultation) et les médicaments. Ce système a été mis en place après un recensement des habitants de la commune réalisé par les Agents de Santé Communautaire, et après avoir doté à chaque famille d'une carte de famille.

Pour chaque épisode de maladie, le patient paye une somme forfaitaire de 15 gourdes qui lui donne accès à la consultation et à la prescription médicamenteuse, ainsi qu'un tarif de 5 gourdes pour chaque rendez-vous supplémentaire de suivi thérapeutique pour le même épisode. Ce système a été mis en place pour les dispensaires du service public. Par contre, il n'est pas utilisé au dispensaire Saint-François d'Assise.

* **Ce qu'ils en pensent, (les soignants et les utilisateurs) :**

Les auxiliaires de santé, ainsi que l'administrateur du dispensaire du bourg disent que le système ne permet pas de recouvrir complètement le coût des médicaments au tarif de 15 gourdes, par contre, ils pensent que si le forfait est augmenté à 25 gourdes, cela permettrait de couvrir les frais de médicaments ainsi que les produits d'entretien des dispensaires. Les utilisateurs, eux, trouvent le système pratique et économique, mais ils ne trouvent plus tous les médicaments au dispensaire, car le stock a diminué.

* **Le monitoring :**

Une analyse sur plusieurs mois n'a pas été possible lors de l'évaluation, en effet pour juin, juillet, août, il n'y a pas de recueil détaillé des données (Nouveaux cas Ennery, rendez-vous, cas hors Ennery), de plus les outils de gestion de stock existant ne permettaient pas de faire rapidement un inventaire valorisé des stocks de Savane Carrée, ni du dispensaire d'état, et de les comparaître avec le stock initial.

En faisant une lecture rapide du cahier du dispensaire, il y a des sommes d'argent qui ne font pas l'objet d'une écriture (oubli, détournement?).

* **Un effet inattendu du recensement et de la mise en place de la carte de famille :**

Cette activité facilite considérablement le système postal, et il est plus facile dans le bourg de recevoir son courrier, car les maisons ont été numérotées et la carte de famille permet de les retrouver plus facilement.

3.2.1.5. Le dispensaire Saint-François d'Assise

Il est tenu par Sœur Odette de la Congrégation des Sœurs de la Charité d'Ottawa, il est en charge du traitement des tuberculeux et du suivi des enfants malnutris, mais offre aussi une alternative de qualité pour les consultations générales sur le bourg d'Ennery.

Un partenariat existe avec le projet depuis 1982/83. Le dispensaire a été reconstruit par PRODEVA en 1996/97, car la construction précédente présentait des fissures dangereuses.

Des fissures similaires réapparaissent, une étude du sol a été réalisée ; il semblerait que ce ne soit pas la qualité de la construction qui soit en cause, mais la nature du sol, des mesures ont été prises pour le drainage des eaux de ruissellement autour du dispensaire.

*** Pour la tuberculose :**

Les patients tuberculeux sont suivis mensuellement, les ASC sont en charge de dépister, référer les personnes présentant des signes évoquant la tuberculose ainsi que de rechercher les abandons et motiver les patients.

Le traitement préconisé par le MSPP et mis en place en 1994/95, était un schéma court de six mois avec un suivi rapproché durant la phase d'attaque (deux premiers mois). Le MSPP revoit actuellement la stratégie thérapeutique pour la tuberculose et afin de préserver Haïti du risque de résistance à la Rifampicine, il est préconisé de passer à un traitement de huit mois en supervisant la prise des médicaments.

En l'absence d'un investissement soutenu du responsable de programme PRODEVA, Sœur Odette constate une démotivation des Agents de Santé Communautaire et rencontre des difficultés dans le suivi des cas difficiles.

Le responsable Santé de l'UTG-UE signale que le pourcentage de cas bacilliphère est inférieur à ce qu'il devrait être. Deux hypothèses sont soulevées, soit il y a un problème lors du diagnostic de laboratoire et il faudrait reformer le bacilloscopiste, soit il y a une prépondérance de cas séropositifs pour le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine).

Note : les lames envoyées par le dispensaire au Laboratoire Central de Port au Prince n'ont pas fait l'objet d'une rétro information par le laboratoire.

*** Pour les enfants malnutris :**

Ils sont dépistés et référés par les Agents de Santé Communautaire lors des postes de rassemblement (vaccination, chemin de la Santé, éducation pour la santé). Le dispensaire assure un suivi et la délivrance d'Akamil aux familles.

*** L'appui de PRODEVA se situe à différents niveaux :**

- apport alimentaire pour les patients tuberculeux hébergés par le dispensaire,
- suivi thérapeutique des patients tuberculeux par le médecin responsable de programme,
- reconstruction du dispensaire en 1997.

32.2. Le volet Santé Communautaire

3.2.2.1. Les Agents de Santé Communautaires

Les ASC ont été encadrés par le Directeur de PRODEVA de janvier à avril, puis par Mlle Josie BELNOTTE, infirmière en charge du volet. Leurs activités principales (quantifiables) ont été la vaccination dans les postes de rassemblement.

La venue de l'infirmière en charge du volet Santé Communautaire a permis la reprise des activités de vaccination et de suivi prénatal des femmes enceintes, associées à l'éducation pour la santé menée par les ASC.

Les agents de santé qui géraient une pharmacie communautaire ont pu s'approvisionner au dépôt jusqu'en décembre 1996 de façon régulière, puis, c'est le directeur de PRODEVA qui a délivré les médicaments (décès de la responsable du dépôt) jusqu'en avril, après les ASC n'ont semble-t-il pas pu se réapprovisionner régulièrement. Certains nous disent que les médicaments du dépôt sont périmés, ce qui n'est pas le cas (visite du dépôt avec le responsable de programme)

Il y a aujourd'hui 31 Agents de Santé et collaborateurs volontaires, tous salariés du projet. Leur rôle serait plus aujourd'hui un rôle d'animateur (promoteur selon la terminologie sud-américaine) de santé. Malgré tout, certains ASC pratiquent le soin et manient des médicaments à visée cardiaque ou neurologique (poste de santé de Pascal), ce qui les rapprochent des charlatans officiant dans la commune.

De nouveaux médicaments ont été introduits récemment (août ou septembre) auprès des ASC, il s'agit de la chloroquine et de la pipérazine. Une mise à niveau sur les indications thérapeutiques, la posologie et la durée du traitement réalisée par l'infirmière a été nécessaire en novembre 1997.

Certains ASC et Collaborateurs Volontaires sont aussi concernés par les autres projets (agriculture, hydraulique).

3.2.2.2. Activités génératrices de revenus

En 1992, des activités génératrices de revenus avaient été mises en place pour garantir des revenus hors projet aux ASC et Collaborateurs Volontaires, ces activités ont périclité, mais il subsiste des problèmes aujourd'hui.

La forge ne fonctionne plus depuis plus d'un an, cependant il y a encore des moulins qui attendent des réparations, et les forgerons ont conservé une partie de l'argent. Lors de la réunion du 15 novembre les ASC ont proposé que l'activité soit définitivement stoppée et que les moulins cassés soient confiés à un forgeron de la commune.

La boulangerie fonctionne, elle est située et gérée par un ancien Agent de Santé du projet. Celui ci reverse 150 \$ haïtiens tous les six mois à l'association.

Dans la demande de cofinancement déposée en septembre 1997, il est prévu de mettre en place des activités génératrices de revenus pour les agents de santé. Le type d'activité et la méthodologie de mise en œuvre devraient être définis courant 1998. Afin d'éviter les écueils du processus d'autonomisation de 1992, les activités génératrices de revenus seront orientées sur le savoir-faire agricole des ASC et Collaborateurs Volontaires.

3.2.2.3. Les Comités Santé

Certains Comités Santé se sont réunis, le nombre exact de séances n'est pas connu. Cependant aucune démonstration d'Akamil n'a été réalisée, l'absence d'approvisionnement en préservatif et chlore (indicateurs du fonctionnement des Comités Santé) pendant tout ou partie de l'année 1997, ne permet pas d'évaluer correctement leur fonctionnement en l'absence de responsable de programme. Les ASC disent qu'il leur est difficile de motiver les membres des Comités Santé, car ils (les ASC) n'ont rien à leur proposer.

Certains Comités Santé assurent des activités collectives comme l'entretien des chemins (exemple de Pasco).

3.2.2.4. Les matrones

Le projet a formé des matrones, et encadre 47 matrones sur toute la commune. Une réunion mensuelle est organisée au centre de formation. Cette réunion est l'occasion de faire le recueil de données de leurs activités, de faire des formations ainsi que de fournir à chacune d'entre elles un kit accouchement stérile (gaze, lame et cordon). Elles perçoivent une indemnité de déplacement pour cette réunion. La plupart des accouchements sont faits par des matrones. La couverture de la commune n'est pas complète ; en effet, il y a des zones où il n'y a pas de matrones formées.

3.2.2.5. Les latrines

Cette activité a beaucoup souffert d'une insuffisance d'encadrement, en effet le responsable latrines a eu beaucoup de mal à organiser la logistique de son activité. En particulier, il n'a pas pu acheminer le matériel à Chemin Neuf, où les bénéficiaires ont pourtant déjà creuser les fosses. 50 latrines ont été faites en 1997. A terme, cette activité devrait passer sous le volet hydraulique.

32.3. *La Santé scolaire*

La Santé scolaire était supervisée jusqu'en août/septembre 1996 par une infirmière rattachée au projet santé. Les objectifs de cette action sont :

- d'assurer à l'enfant la mise en œuvre de toutes les actions préventives en matière de santé : suivi vaccinal, courbe de poids, vitamine A, déparasitage....
- d'assurer des conditions d'hygiène favorable dans l'école : latrines, eau ;
- d'assurer un apport nutritionnel via des biscuits d'Akamil ;
- de faire de l'éducation pour la santé ;

Ces activités étaient menées avec les Agents de Santé Communautaire. L'infirmière en charge de l'action a été licenciée pour faute professionnelle et n'a pas été remplacée à ce jour. La stratégie sera réorientée pour 1998, ainsi, le volet Santé scolaire passe sous la responsabilité du programme scolaire, et les activités seront axées sur l'éducation pour la santé. Une infirmière sera embauchée rapidement.

32.4. *L'équipe santé*

Elle est composée de trente trois personnes :

- un responsable de programme arrivé début novembre sur le projet : Dr Herby DERENONCOURT
- une infirmière en charge du volet Santé Communautaire depuis avril 1997: Mlle Josie BELNOTTE,
- un responsable latrines : Mr ANITO
- un chauffeur : Mr FRANKLIN
- 30 Agents de Santé Communautaires et collaborateurs volontaires répartis sur toutes les communes et certaines zones d'extension.

32.5. *Le financement*

Le projet santé bénéficiait de deux financements complémentaires, mais distincts de l'Union Européenne :

- Un cofinancement (ligne DG8 Cofinancement) 1994-septembre 1997 qui portait sur l'ensemble du volet santé communautaire et santé scolaire.
- Un financement de la ligne réhabilitation qui portait sur l'appui au secteur curatif, avec la construction d'un centre à lit (CAL) dans le bourg d'Ennery et la construction de dispensaire complémentaire (définition de la carte sanitaire).

Une demande de cofinancement portant sur l'ensemble du programme (Santé communautaire, agriculture) a été déposée à la DG8 en septembre 1997. L'UTG de la ligne Réhabilitation propose de coordonner l'action de l'UE dans le domaine de la santé et de n'utiliser que la ligne Réhabilitation à cet effet.

En conséquence, PRODEVA doit reformuler la demande de cofinancement auprès de Bruxelles en retirant le projet Santé et écrire le projet d'UCS pour les deux années à venir (1998/99) en intégrant toutes les actions Santé Communautaire. Ce nouveau projet devrait être déposé rapidement à l'UTG de la ligne Réhabilitation.

32.6. *Le coût du projet Santé*

Qu'est-ce qui est pris en charge par PRODEVA aujourd'hui ? En l'absence de document comptable disponible, il ne s'agira ici que d'une liste :

- le salaire des 31 Agents de Santé et collaborateurs volontaires,
- la logistique de la vaccination : transport des vaccins, des bombonnes de gaz,
- la réalisation des consultations prénatales,
- la supervision de toutes les activités de vaccinations,
- l'appui alimentaire aux malades tuberculeux hospitalisés,
- les latrines (matériaux).

A court terme, il est possible que PRODEVA doive réapprovisionner les dispensaires d'Etat et de Savane Carrée pour reconstituer un stock.

33. Le processus de transfert du projet d'Initiative Développement à PRODEVA

Il n'y a pas eu de passation écrite du projet Santé, celle-ci s'est faite de façon informelle et progressivement de 1994 à 1997, sans état des lieux initial, ni document de capitalisation de l'expérience acquise par Inter Aide, puis Initiative Développement sur le programme d'Ennery. Les financements obtenus par Initiative Développement pour Ennery sont transférés à PRODEVA.

Le mode de gestion retenu par PRODEVA sur le programme est le même que celui d'Initiative Développement. Un responsable de projet qui gère toutes les activités terrain afférentes à son projet, avec un suivi de la Direction de PRODEVA. Les outils de suivi sont la lettre mensuelle et la comptabilité du mois.

4. ANALYSE

41. Les Unités Communautaires de Santé

La grande latitude Santé laissée aux opérateurs pour la mise en place des UCS peut être interprétée de différentes manières.

Elle peut être considérée comme une réelle volonté de décentralisation des services de santé et d'implication des utilisateurs et des collectivités territoriales dans la gestion du système de santé, mais cela peut être aussi un indicateur d'attentisme de la part d'un Etat sous la pression des différents bailleurs de fonds. La "balkanisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population" en différentes cellules "apparentées" à l'un ou l'autre bailleur de fonds ou organisme international est, à ce moment-là, un symptôme de cet attentisme.

Cette latitude, si elle est propice à la recherche action à une petite échelle peut être source de difficulté quand elle est érigée en système à l'échelle d'un pays, les difficultés pouvant provenir de la disparité des fonctionnements d'une UCS à l'autre, ainsi que de leurs sources de financements.

Dans ce cadre, la volonté de l'UTG de l'Union Européenne d'animer une coordination entre les différentes ONG financées par la Commission pour des projets Santé, afin de "standardiser" les méthodes de mise en œuvre, est louable, et devrait être généralisée sous la coordination du Ministère de la Santé Publique et de la Population qui doit rester maître d'œuvre de ce travail.

Enfin, cette latitude est difficile à gérer par les associations qui n'ont pas de financement sur le long terme, comme PRODEVA. En effet, comment s'investir dans un système de cogestion si l'association ne dispose pas de financement à long terme, et en l'absence de cadre administratif fixé par l'autorité de tutelle ?

PROVEDA étant, par ailleurs, l'opérateur idéal pour la mise en œuvre de l'UCS de par sa connaissance et son expérience du terrain, sa vision du développement local et son investissement auprès des habitants des communes d'Ennery et Marmelade.

42. Le projet d'Unité Communautaire Santé Ennery - Marmelade

La nécessité de concevoir et écrire rapidement un projet pour un bailleur dans un contexte d'absence de financement à moyen terme est une difficulté majeure que rencontre l'équipe PRODEVA. En effet, la construction du projet nécessite du temps de négociation, d'implication des différents partenaires, même si la réflexion est bien avancée.

42.1. La carte sanitaire

La carte sanitaire telle qu'elle est prévue pour la commune d'Ennery est conforme aux normes (une structure pour 10 000 habitants). La localisation des deux dispensaires périphériques devrait permettre de garantir l'accessibilité géographique des soins pour la plupart des habitants.

La transformation du dispensaire de Saint-François d'Assise en dispensaire de soins primaires pour le bourg d'Ennery devra faire l'objet d'une convention entre la Direction Sanitaire de l'Artibonite, la Congrégation des Sœurs d'Ottawa et de PRODEVA.

Pour la commune de Marmelade, l'étude devra être vigilante sur les zones de passage ou de regroupement d'habitant. La carte disponible (1962) montre une dispersion relativement homogène des habitations sur l'ensemble de la commune.

La participation des représentants des communes d'Ennery et de Marmelade et de la Direction Sanitaire de l'Artibonite à l'élaboration de la carte sanitaire définitive de l'UCS Ennery-Marmelade permettra d'ébaucher progressivement son mode de fonctionnement.

L'établissement de la carte sanitaire est une étape dans l'accessibilité aux soins qui est un processus faisant intervenir aussi l'accessibilité financière et la qualité des soins.

42.2. La gestion de l'Unité Communautaire de Santé

Le Ministère de la Santé propose un Comité de Pilotage de l'UCS composé de représentant de l'Etat, de l'ONG et de la population.

L'idée actuelle est d'avoir une structure gérant l'ensemble de l'UCS (tous dispensaires confondus ainsi que le centre à lit) avec des représentants des mairies, des notables, des représentants de la Coopérative "Fem Solid", les Sœurs, le responsable de projet PRODEVA, voire un autre intervenant PRODEVA sur la commune d'Ennery.

Le rôle exact de ce Comité de Gestion n'est pas défini au-delà de la supervision de la gestion de l'UCS. Est-ce que ce Comité gèrera l'UCS en globalité et s'appuiera sur des Comités de Gestion pour chaque structure publique ? Ou est-ce que ce Comité de Gestion gèrera toutes les structures en direct ?

Dans la première hypothèse, quelles seraient les structures ou les interlocuteurs les plus représentatifs ? Dans la seconde, comment garantir la prise de responsabilité de la population dans chaque structure de santé ?

Il est important aujourd'hui de se mettre dans le cadre du processus de décentralisation et de réfléchir à une gestion la plus proche possible des utilisateurs et donc de la communauté. De nombreuses expériences de gestion de service de santé décentralisé font état de la nécessité d'avoir une approche "bottom-up" et donc de partir de la structure la plus périphérique et de ses utilisateurs pour concevoir un modèle pour une zone. La participation des usagers et de la communauté est un moyen pour un meilleur fonctionnement des structures de santé, c'est un moyen incontournable.

42.3. Le centre de lit (CAL) d'Ennery

C'est la structure de référence dans le dispositif UCS Ennery-Marmelade. Il permettra la prise en charge des cas graves de médecine, pédiatrie et obstétrique dans un premier temps. A terme, des activités chirurgicales d'urgence (césarienne, hernie) pourraient être développées. Sa capacité est de 20 lits d'hospitalisation.

La Direction Sanitaire s'est engagée à affecter tout le personnel nécessaire à son fonctionnement. La commune a fourni le terrain, PRODEVA construit le CAL, fournit l'équipe et le premier stock de médicaments et consommables.

La budgétisation de l'ensemble du CAL, prenant en compte tous les postes budgétaires (investissement et amortissement, consommables médicaux et médicaments, consommables hygiène et administratifs, salaires et primes, coût de fonctionnement et de maintenance du véhicule, du groupe électrogène, transport) devrait être faite au sein du Comité de Gestion. Ce travail permettrait de définir précisément la participation financière de la population et de planifier à court, moyen ou long terme l'extension du plateau technique (fauteuil dentaire, radiologie...).

Une évaluation des besoins en électricité, tenant compte des évolutions possibles du plateau technique, permettrait de choisir le groupe électrogène le plus approprié aux capacités financières de l'UCS.

Enfin, les à-côtés du Centre à Lit n'ont, semble-t-il, pas été intégrés dans le devis de construction et, pourtant, ils seront indispensables à son bon fonctionnement (incinérateur, aire cuisine pour les familles, buanderie). PRODEVA apportant les financements extérieurs pour la mise en place de l'UCS risque de devenir partie intégrante de l'UCS sans possibilité de se désengager à terme. Le rôle d'animateur que revendique PRODEVA lui permettra de réfléchir avec les partenaires institutionnels et communautaires sur un mode de gestion sans participation de l'ONG à terme.

Cependant, les incertitudes actuelles quant à la possibilité d'avoir des financements long terme pour l'UCS risquent de mettre PRODEVA dans une situation difficile vis-à-vis de ses partenaires (Direction Sanitaire, population d'Ennery). L'interruption de la construction du centre à lit suscite beaucoup d'incompréhension au sein de la mairie et de la population.

Note : Un guide précis d'utilisation de la ligne Réhabilitation aurait certainement pu éviter tous ces déboires à PRODEVA.

Pour rappel : A la demande de la Direction Sanitaire de l'Artibonite, PRODEVA a augmenté les capacités d'accueil du centre à lit et modifié les lignes budgétaires sans faire de demande d'avenant auprès des services financiers de Bruxelles. Le deuxième décaissement ayant été bloqué, PRODEVA a fait une demande d'avenant (Conseil de l'UTG) et est en attente d'une réponse.

PRODEVA entend aussi préserver les acquis du projet en matière de Santé Communautaire dans la mise en œuvre de l'UCS. En effet, les objectifs de l'association sont de préserver ou restaurer l'accès aux soins au niveau le plus périphérique jusqu'à ce que l'Unité Communautaire assume pleinement son rôle.

42.4. L'implication de PRODEVA

Consciente de ne pas maîtriser tous les aspects de la mise en œuvre de l'UCS, PRODEVA se voit comme l'animatrice du projet d'UCS.

A ce titre, son attitude a été jusqu'à présent de ne pas se substituer à l'Etat dans son mandat minimal, c'est-à-dire l'affectation de personnel de santé aux structures existantes, mais de le mettre face à ses responsabilités.

L'exception à la règle a été de courte durée et s'est faite dans un cadre très précis de régularisation par la Direction Sanitaire de l'Artibonite.

De même, c'est le service public qui est dépositaire et propriétaire des réalisations effectuées par PRODEVA (dispensaire, Centre à Lit).

43. Le fonctionnement des structures de santé

43.1. Les structures publiques

En l'absence de supervision, qu'elle soit menée par PRODEVA ou la Direction Sanitaire de l'Artibonite, l'activité des structures publiques de santé périclité sur le plan qualitatif et quantitatif.

Les activités mises en place depuis 1994 nécessitent encore un encadrement rapproché du personnel et des adaptations régulières. L'absence de passation entre les responsables de programme, la vacance du poste de décembre 1996 à avril 1997, ainsi qu'un faible investissement des deux responsables de programme qui ont occupé le poste, n'ont pas permis cet encadrement rapproché.

4.3.1.1. Le personnel

*** Sur l'ensemble des structures publiques de la commune d'Emery, le personnel est en sous effectif :**

- pas de personnel pour le dispensaire de Rouf jusqu'à décembre 1997,
- un seul auxiliaire de santé pour le dispensaire de Savane Carré,
- deux auxiliaires de santé pour le dispensaire du bourg.

La Direction Sanitaire de l'Artibonite est prête à affecter deux auxiliaires dans Rouf, un médecin et une infirmière (service social), et un médecin de commune pour le dispensaire du bourg.

*** Le problème principal du personnel est celui de la motivation.**

Le précédent médecin de commune était plus préoccupé par sa pratique privée et par la recherche d'un poste plus "urbain".

Les deux auxiliaires du bourg suivent des formations aux Gonaïves et sont pressés de "liquider" leur journée de travail pour retourner aux Gonaïves. L'administrateur pourtant originaire d'Ennery s'est installé récemment aux Gonaïves et utilise la moto du dispensaire pour rentrer chez lui.

Le responsable du projet veut négocier, avec la DSA, l'affectation prioritaire de professionnels originaires d'Ennery. C'est probablement le meilleur moyen de lutter contre l'absentéisme et la mauvaise qualité de travail.

4.3.1.2. Le recouvrement des coûts

*** La tarification forfaitaire est très décriée par les auxiliaires et l'administrateur.**

En l'absence de tableau de bord et de recueil détaillé des données sur plusieurs mois de 1997, il n'a pas été possible de poser un diagnostic objectif sur le système. Une étude sur trois mois comportant :

- un inventaire valorisé du stock de médicaments à M0 et à M3,
- un recueil scrupuleux des actes et un suivi de caisse
- et une analyse des commandes de médicaments permettrait de déterminer objectivement si la tarification forfaitaire est viable.

Les réserves que nous pouvons émettre pour la tarification forfaitaire concernent principalement les difficultés de gestion pour le personnel. En effet, le suivi financier est lourd et difficile à mener pour un auxiliaire. En l'absence d'outils de suivi adaptés et contrôlés régulièrement, la tarification au forfait peut faciliter les détournements.

*** Les outils de gestion sont actuellement peu adaptés**

Il y a un cahier où sont notés tous les jours le nombre de consultation, leur type (nouveaux cas, anciens cas, hors Ennery ou d'Ennery), les entrées et sorties de caisse. Pour la pharmacie, ce sont des fiches par molécule à Savane Carrée ; elles ne sont pas remplies régulièrement. Le responsable du programme veut introduire des outils simplifiés de gestion de stock.

*** Un changement dans le système de tarification**

Ce changement (passage à la tarification à l'acte et paiement des médicaments) risque d'être difficile à négocier avec les utilisateurs qui ont pris l'habitude du forfait et qui trouvent le système avantageux pour eux.

4.3.1.3. Les activités

*** Les activités de prévention.**

Elles sont assurées principalement par PRODEVA (poste de rassemblement, consultations prénatales) avec les Agents de Santé Communautaire et l'infirmière de Santé Communautaire. Les auxiliaires de santé assurent les consultations d'espacement des naissances

*** Les activités curatives :**

Les outils de recueil de données ne sont pas adaptés à l'activité des auxiliaires. Le MSPP travaille sur une amélioration du système d'information sanitaire.

Il y a en moyenne une vingtaine d'actes par jour (dispensaire du bourg), anciens et nouveaux cas confondus, et une dizaine de Savane Carrée. Le manque de motivation, l'absence d'une référence médicale, les ruptures de stock ont entraîné une perte de confiance de la population et une sous-utilisation des structures.

43.2. Le dispensaire Saint-François d'Assise

Bien que ses fonctions principales soient la prise en charge des tuberculeux et des enfants malnutris, le dispensaire assure une fonction curative importante pour la commune d'Ennery.

44. La Santé Communautaire

Le volet assure, à lui seul, le suivi des enfants de 0 à 5 ans et la mise en œuvre de l'éducation pour la santé dans la commune. Il est subventionné par PRODEVA dans sa totalité.

44.1. Les Comités Santé

Les activités des Comités Santé ne sont présentes que lorsqu'il y a un apport du projet, et dépendent du dynamisme de chaque Agent de Santé Communautaire. Leur conception n'est pas participative et leur existence a été trop longtemps liée à la distribution d'Akamil. C'est pour ces raisons que ces Comités dans leur forme actuelle ne peuvent être considérés comme représentatifs de la population et comme acteurs dans la mise en place d'un service de santé décentralisé à participation communautaire.

Les Comités ne se sont pas créés spontanément pour résoudre les problèmes de santé, mais ont été créés pour la diffusion de message de santé et la promotion de l'Akamil. Certains Comités Santé ont d'autres fonctions (entretien des chemins) et sont probablement préexistants au projet ou se seraient constitués sans le projet.

Il faudrait cependant travailler avec les Comités les plus dynamiques pour élaborer avec eux une méthode de diffusion des messages de santé sans intrants apportés par PRODEVA.

44.2. Les activités du volet Santé communautaire

Il est difficile de mesurer l'impact du volet Santé Communautaire en l'absence de données chiffrées initiales et de leur suivi tout au long du projet.

Indéniablement, les activités de suivi des enfants de 0 à 5 ans sont une nécessité mais dépendent complètement du soutien de PRODEVA qui assure l'encadrement et la logistique des postes de rassemblement. Ce volet assure aux familles l'accès à la vaccination, le dépistage de la malnutrition et des séances d'éducation pour la santé.

Il représente un coût de plus de 10.000 gourdes par mois pour PRODEVA en ne comptant que les salaires des Agents de Santé et Collaborateurs Volontaires.

4.4.2.1. Les postes de santé

Ils sont une réponse au problème de la disponibilité de médicaments de base et devraient disparaître progressivement avec la restauration de prestations de qualité dans les structures de l'UCS. Un agent de santé qui n'est plus dans le projet vend des médicaments à visée cardio-vasculaire et neurologique sans aucun contrôle. L'objectif de lutter contre le charlatanisme par la mise en place de pharmacie communautaire n'est pas atteint voire contrecarrer.

4.4.2.2. Les Agents de Santé

La démotivation et le peu d'investissement de certains, bien que salariés du projet, en l'absence d'encadrement, sont des facteurs remettant en cause la méthodologie utilisée pour les recruter, ainsi que le rôle qui leur a été confié. C'est un " héritage " qui sera lourd à gérer pour PROVEDA et difficile à négocier compte tenu de l'ancienneté de beaucoup de ces Agents.

Pourtant, le statut d'Agent de Santé Communautaire (au sens promoteur de santé) sera nécessaire au sein de l'UCS pour poursuivre les activités préventives et d'éducation dans les normes. Combien d'entre eux pourront être pris en charge par le budget de l'UCS ? Sur quel type de fonction ?

PRODEVA prévoit le développement d'activités génératrices de revenus pour les Agents de Santé. Afin de ne pas reproduire les erreurs de 1991, les activités seront orientées sur le savoir faire agricole des Agents. Est-ce que les ressources dégagées seront suffisantes pour permettre à PRODEVA de cesser de salarier les agents sans démanteler la santé préventive ?

4.4.2.3. Les latrines

L'objectif de cette activité est de diminuer le péril fécal dans l'environnement familial. C'est une activité qui coûte cher au projet, malgré les cotisations des bénéficiaires, en salaire (1 technicien) et surtout en logistique (transport des matériaux). L'impact de la construction des latrines est intéressant au niveau familial, qu'en est-il à l'échelle de la commune ? Ne devrait-on pas cibler l'activité sur les zones les plus démunies ?

45. Le volet Santé scolaire

La collaboration des deux responsables de programme permettra de monter un volet santé scolaire axé sur l'éducation pour la Santé à l'école. La méthode des "peer educators" donne des résultats très intéressants, mais suppose un effort initial important en matière de pédagogie auprès des maîtres et des enfants. En effet, c'est l'enfant qui éduque d'autres enfants.

Par ailleurs, le volet santé scolaire aura comme deuxième axe le suivi sanitaire des enfants. Cette approche est également prônée par la Coopération Française auprès des Ministères de la Santé et de l'Education sur quelques sites pilotes.

Cette réorientation nécessitera un investissement conséquent de l'équipe scolaire tant sur le plan technique (pédagogie) que sur le plan du suivi de l'encadrement.

5. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS

51. PRODEVA : un partenaire indispensable en situation de précarité

L'investissement de PROVEDA auprès de la commune d'Ennery, sa connaissance du terrain et sa reconnaissance par les différents partenaires et acteurs du projet en font l'animateur incontournable de la mise en place de l'Unité Communautaire de Santé Ennery-Marmelade. L'expérience acquise par le projet en matière de Santé Communautaire fait de PRODEVA le garant d'une UCS présente dans les mornes. La précarité financière du projet Santé risque de compromettre sérieusement le travail réalisé depuis quelques années, et la perspective d'une UCS fonctionnelle. Un soutien financier est nécessaire pour permettre au projet d'attendre un financement global de l'Union Européenne.

Cela signifiera cependant de définir un budget minimum permettant de conserver les acquis, mais nécessitant d'interrompre certaines activités de façon temporaire ou définitive. Le déblocage du financement du centre à lit permettrait de redonner confiance à la population. PRODEVA pourrait ainsi animer le montage de l'UCS Ennery-Marmelade avec les partenaires institutionnels et communautaires.

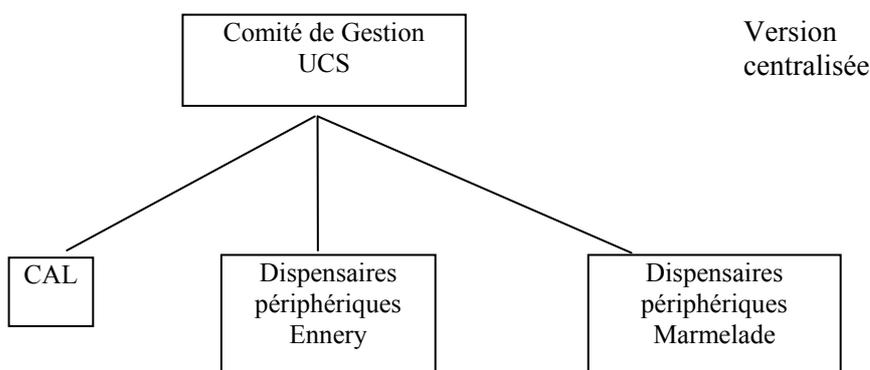
52. Un projet de Santé Communautaire qui doit prendre tout son sens.

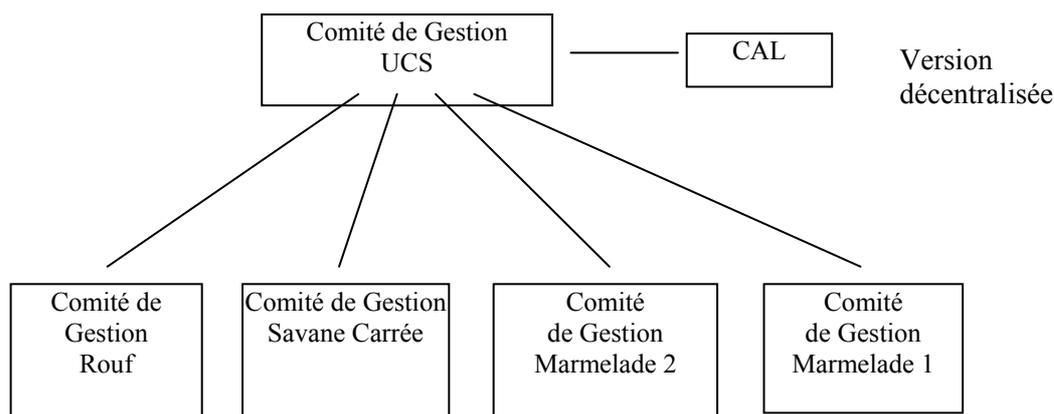
*** Le positionnement de PRODEVA en animateur de l'Unité Communautaire dans une structure de gestion tripartite (Etat, Communauté, ONG) implique, à terme, un désengagement de l'ONG.**

Ce désengagement à moyen et long terme doit se préparer dès maintenant par une implication forte de la communauté dans les choix concernant l'UCS.

- définition du mode de gestion,
- budgétisation de l'UCS,
- choix du type de prestation offerte,
- tarification,
- contractualisation (avec l'Etat, Ennery-Marmelade, avec PRODEVA)...

A priori, PRODEVA évitera de se substituer à l'Etat dans le recrutement du personnel affecté à l'UCS, sauf de façon transitoire en attendant une nomination définitive. Cette stratégie est raisonnable ; elle ne fait pas de PRODEVA l'unique maître d'œuvre du projet. L'implication de la population dans les choix stratégiques est une étape indispensable à l'appropriation du projet. La structure de gestion peut être centralisée ou décentralisée : exemple





Dans la version décentralisée, chaque structure est gérée par un Comité de Gestion local qui est représenté au sein du Comité de Gestion de l'UCS. Cette version permettrait aux habitants de la commune de Marmelade d'être partie intégrante du système de gestion.

*** L'accessibilité aux soins doit être préservée au niveau le plus périphérique de l'UCS.**

Le centre à lit à une fonction de référence, mais aussi de supervision et d'encadrement des activités dans les dispensaires pour les pérenniser et préserver la qualité des soins. L'UCS en pourra peut-être pas reprendre à son compte le salaire de tous les Agents de Santé, mais devra être capable de mener des activités d'éducation et de prévention dans les mornes.

53. De la nécessité d'instaurer un fonctionnement harmonieux, voire standardisé sur l'ensemble de l'UCS :

- Pour la prise en charge des indigents : quels mécanismes de solidarité ?
- Pour la tarification : actuellement deux systèmes coexistent dans la commune d'Ennery (forfait et paiement à l'acte) ; dans la commune de Marmelade, c'est le paiement à l'acte qui existe.

Le mode de participation financière de la population qui sera choisi sur l'ensemble de l'UCS devra être doté d'outils de suivi simple permettant au Comité de Gestion d'exercer pleinement son droit de regard et sa fonction.

54. La mise en oeuvre de l'UCS doit préserver des acquis du projet assumés par PRODEVA :

- le succès de la lutte contre la tuberculose,
- les activités de Santé Maternelle et Infantile menées par les Agents de Santé Communautaire et les matrones avec le soutien de PRODEVA,
- l'éducation pour la Santé.

55. La mise en oeuvre du volet Santé scolaire

Cette mise en œuvre nécessitera un travail de préparation important pour l'éducation pour la Santé selon la méthode de l'enfant pour l'enfant. Un décalage sur démarrage de l'éducation pour la Santé à la prochaine rentrée scolaire permettrait aux responsables de programmes Santé et scolaires de poser des bases solides, d'impliquer les maîtres et les Comités de Parents.

Le deuxième semestre de l'année scolaire 1997/98 pourrait être consacré à la préparation de la rentrée 1998 et à des activités de Santé Préventive dans les écoles.

56. Des outils de supervision, d'auto-évaluation et de capitalisation

La nécessité pour PRODEVA de réécrire le projet Santé selon le cadre logique de l'Union Européenne lui permettra de mettre en place ses outils de suivi et ses indicateurs. Même si le cadre logique proposé n'est pas parfait, il a le mérite d'obliger à définir clairement le projet :

- le ou les problèmes constatés, leur cause,
- l'(es) objectif(s) général(aux) du projet, les objectifs intermédiaires et spécifiques,
- les actions envisagées pour atteindre les objectifs,
- les moyens retenus,
- les critères d'évaluation.

Complété par un plan d'action et un chronogramme, il est le tableau de bord du projet, évitant les pertes d'informations en l'absence de passation et permettant aux partenaires de s'impliquer et d'évaluer régulièrement l'état d'avancement du projet.

Le système des lettres mensuelles a monté ses limites d'avril à octobre 1997. Les données recueillies sont une compilation des rapports mensuels du dispensaire d'Etat, du dispensaire de Savane Carré et des activités des postes de rassemblement, mais elles ne reflètent pas l'activité du projet, les difficultés rencontrées...

6. CONCLUSION

Le projet Santé du programme intégré d'Ennery est à un tournant important de son histoire, puisqu'il s'agit de mettre en cohérence les actions menées depuis seize ans avec le processus de décentralisation des services de Santé. PRODEVA a les capacités de gérer ce tournant sur le plan technique et méthodologique en partenariat avec le service public et les collectivités locales pour autant qu'elles puissent obtenir les financements nécessaires.

Les difficultés financières ont parfois des avantages puisqu'elles obligent à questionner les actions menées et à définir les priorités. Cependant, dans le cas présent, ces difficultés peuvent nuire à la suite du projet, en particulier au processus d'animation et de négociation nécessaire à la mise en œuvre de l'UCS.

Malgré quelques parties d'héritage lourdes, le processus de transfert du projet Santé d'Initiative Développement à PRODEVA peut être considéré comme réussi.