

## Sommaire

1 Rappel des termes de référence .....	3
1-1 Historique du projet.....	3
1-2 Le projet .....	3
1-3 Motifs de l'évaluation .....	4
1-4 Les principales questions évaluatives.....	4
1-5 Budget de l'évaluation.....	4
2 Rappel de la note méthodologique .....	4
2-1 Le contexte et l'originalité du projet .....	4
2-2 Principales questions de la CRF .....	5
2-3 Quatre éléments d'évaluation .....	5
2-3-1 Le cadre logique du projet .....	5
2-3-2 Les critères habituellement utilisés.....	5
2-3-3 Le problème du programme OMS.....	5
2-3-4 Les enquêtes .....	5
3 Méthodologie .....	6
3-1 Phase de préparation.....	6
3-1-1 Revue documentaire .....	6
3-1-2 Préparation au siège de la CRF .....	6
3-2 Mission sur place.....	7
3-2-1 Partenaires rencontrés.....	7
3-2-2 Entretiens dirigés .....	8
3-2-3 Enquêtes.....	8
3-2-4 Restitution sur place .....	10
3-2-5 Traitement des réponses aux questionnaires .....	10
3-2-6 Restitution à Paris.....	10
4 Résultats .....	10
4-1 Pertinence .....	10
4-1-1 Complémentarité programme OMS-projet CRF .....	10
4-1-2 Intégration dans les politiques nationales .....	11
4-1-3 Cohérence entre les volets préventif et curatif .....	12
4-2 Résultats et effets.....	12
4-2-1 Volet sensibilisation et prévention .....	12
4-2-2 Volet curatif.....	16
4-3 Dispositif institutionnel .....	17
4-3-1 Rôles respectifs des différents acteurs.....	17
4-3-2 Les rôles sont-ils bien définis .....	19
4-3-3 Acquis et difficultés du dispositif.....	19
4-3-4 Degré de confiance et d'acceptation du projet par les acteurs.....	20
4-3-5 Les modalités de prise de décisions.....	20
4-3-6 Degré de compréhension, d'acceptation et de prise de conscience de leur rôle par les bénéficiaires .....	21
4-3-7 Les volontaires.....	22

4-3-8 Les partenaires institutionnels .....	23
4-4 Démarches .....	23
4-4-1 Volet prévention et sensibilisation .....	23
4-4-2 L'organisation des traitements est-elle pertinente ? .....	25
4-4-3 Le projet a été efficient .....	25
4-4-4 Cela a-t-il permis d'atteindre les objectifs .....	25
4-4-5 Pérennité .....	26
4-5 Perspectives .....	27
4-5-1 Dans quelle mesure le programme doit-il être étendu ? .....	27
4-5-2 Dans quelle mesure le dispositif institutionnel doit-il être modifié ? .....	28
4-5-3 Quels éléments du programme devraient faire l'objet d'un suivi particulier ? .....	28
4-6 Conclusion .....	28
5 recommandations .....	29

# 1 RAPPEL DES TERMES DE REFERENCE

## 1-1 Historique du projet

De décembre 1999 à août 2000, la Croix-Rouge française (CRF) a mené aux Comores un projet pilote d'éducation à la santé et de santé scolaire dans 13 villages de la Grande Comore. Ce projet avait pour objectif d'évaluer la possibilité de mettre en place aux Comores un projet de santé scolaire visant à améliorer l'état sanitaire des enfants des écoles primaires publiques et coraniques.

Devant l'importance des besoins recensés et la mobilisation accrue des différents partenaires (Ministère de l'éducation, Ministère de la santé et Unicef), la Croix-Rouge française a élaboré un projet de lutte contre les endémies parasitaires dans 60 écoles primaires publiques réparties sur les 3 îles. Ce projet a véritablement commencé en octobre 2000.

## 1-2 Le projet

L'objectif principal est d'améliorer l'état de santé de la population scolaire des 3 îles des Comores.

Les objectifs spécifiques :

-Améliorer les comportements en matière d'hygiène des enfants et de leur famille afin de diminuer la transmission des maladies parasitaires : ectoparasitoses (poux, puces chiques, teignes, gales), filariose lymphatique (petits vers vivant dans les vaisseaux lymphatiques et les ganglions), nématodoses intestinales (vers intestinaux) : volet préventif.

-Améliorer l'état sanitaire des enfants en milieu scolaire en luttant contre les mêmes maladies : volet curatif.

Les termes de référence ne mentionnent pas de résultats attendus, ni d'indicateurs.

Les principales activités menées sont des activités de sensibilisation des enfants et des familles en matière d'hygiène, de contrôle de l'application des mesures préconisées, de suivi médical des enfants et de traitement des ectoparasitoses déclarées uniquement.

Soixante écoles réparties sur les trois îles sont ciblées. Vingt mille enfants doivent bénéficier du projet.

L'action est menée en partenariat étroit avec le Croissant Rouge comorien (CRCO).

Elle bénéficie de l'appui des ministères de tutelle (santé et éducation).

Le projet s'est assuré de l'expertise technique du service de parasitologie de l'université de Tours ( Professeur Dominique Richard-Lenoble).

Il s'appuie sur une coordination centrale, avec relais dans chacune des trois îles, sur une forte implication communautaire ( 120 volontaires CRCO, 60 directeurs d'écoles, 60 conseils d'écoles, 600 enseignants sont impliqués ) et sur l'apport de quelques partenaires internationaux associés à certaines actions (OMS, UNICEF ).

Le projet est prévu sur 3 ans (fin prévue octobre 2003).

Son budget global est de 360 000 euros.

Il est cofinancé par la Croix Rouge française, le ministère français des affaires étrangères, l'UNICEF .

### **1-3 Motifs de l'évaluation**

Il s'agit à l'origine, lors de la rédaction des termes de référence, d'une évaluation externe, à mi-parcours, qui doit permettre :

- d'objectiver les résultats déjà obtenus, les analyser, pour éventuellement réajuster certains éléments du projet.
- d'apprécier si la continuation et/ou l'extension du programme s'avèrent nécessaires pour consolider les résultats acquis, et si elles sont possibles.
- de valoriser le travail déjà réalisé, auprès des partenaires et bénéficiaires, et de renforcer leur motivation.

### **1-4 Les principales questions évaluatives portent sur :**

- La pertinence du projet, notamment de l'articulation entre le programme de l'OMS de lutte contre les filaires et le projet CRF.
- L'efficacité du projet. Appréciation des activités menées. Quelle est la qualité du dispositif institutionnel mis en place ?
- L'efficacité du projet. Quels sont les résultats obtenus ?
- La viabilité et les perspectives du projet. Faut-il continuer et comment ?

### **1-5 Budget de l'évaluation : 20.000 euros TTC**

## **2 RAPPEL DE LA NOTE METHODOLOGIQUE**

### **2-1 Le contexte et l'originalité du projet**

La filariose et les nématodoses constituent un important problème de santé publique dans certains pays en développement par l'étendue des populations atteintes et par leurs conséquences en terme de morbidité et parfois de mortalité.

Les parasites en cause, leur mode de transmission, les conséquences de l'infestation sont maintenant bien connus. Les moyens de lutte sont bien identifiés. Ils associent :

- une chimiothérapie de masse qui détruit les filaires, les vers intestinaux et certains parasites de la peau,
- la préconisation de mesures d'hygiène élémentaires de lutte contre le péril fécal,
- des mesures environnementales permettant la mise en pratique des conseils d'hygiène ( accès à l'eau, utilisation de latrines et de moustiquaires, port de chaussures etc... ).

L'OMS développe dans de nombreux pays des programmes de lutte contre les parasitoses associant ces différentes mesures de façon variable. Tel est le cas aux Comores.

C'est dans ce contexte que le Croissant Rouge comorien et la Croix Rouge française ont initié un projet de lutte contre les endémies parasitaires complémentaire du programme de lutte contre les filaires mené par l'OMS et le ministère de la santé. L'OMS se chargeait du traitement de masse de toute la population. De son côté le projet CRF se concentrait sur soixante écoles pour y distribuer ce traitement, y mener une campagne de sensibilisation à l'hygiène, et assurer le contrôle épidémiologique de l'ensemble.

L'action démarre en octobre 2000.

Elle s'inscrit dans un contexte de pauvreté importante (IDH des Comores de 0,506, ce qui les place au 140 ième rang ) et de stabilité politique incertaine. Le Nouvel Ensemble Comorien date de décembre 2001.

## **2-2 Les principales questions de la CRF**

Quel est l'apport du projet CRCO/CRF dans la lutte menée par l'OMS et le ministère de la santé contre les filaires ?

Les bénéfices retirés du projet, pour être conservés, nécessitent-ils que ce dernier soit poursuivi là où il est déjà implanté ?

L'importance de ces bénéfices justifie-t-elle que le projet soit étendu, et cela est-il possible ?

L'aspect « lutte contre les ectoparasitoses » n'est bien sûr pas négligeable, mais il apparaît comme une mesure d'appoint destinée à faciliter l'adhésion des bénéficiaires et des familles à l'ensemble du projet.

## **2-3 Quatre éléments d'évaluation**

### **2-3-1 Le cadre logique du projet.**

Les termes de référence ne proposant pas de cadre logique, une proposition en était faite ( cf annexe 3)

### **2-3-2 Les critères habituellement utilisés dans ce type d'évaluation de projet.**

A savoir : pertinence, cohérence, efficacité, efficacité, viabilité, impact.

Ils serviront de base pour l'évaluation « globale » du projet.

**2-3-3 Pour répondre aux questions spécifiques soulevées par les interactions entre projet CRF/CRCO et le programme OMS,** l'évaluation s'appuiera sur les données déjà disponibles : le document de projet CRF, les rapports de suivi, les statistiques tenues par les équipes terrain, les données épidémiologiques recueillies par le service de parasitologie de Tours et les statistiques OMS, le document programme de l'OMS.

### **2-3-4 Enfin l'ensemble de ces données sera complété par quatre enquêtes :**

- une enquête « enfants »,
- une enquête « familles »,
- une enquête « écoles ».

Ces enquêtes porteront pour moitié sur des enfants, familles, écoles bénéficiant du projet CRCO/CRF et du programme OMS/ministère, et pour moitié sur des enfants, familles, écoles ne bénéficiant que du programme OMS/ministère. Cela permettra une appréciation avant /après projet, et une appréciation avec/sans projet.

- une enquête institutionnelle auprès des différents partenaires : CRF, CRCO, coordinateurs et volontaires, directeurs d'écoles, enseignants, représentants des communautés, OMS, UNICEF, ministères de tutelle.

### **3 METHODOLOGIE**

#### **3-1 Phase de préparation**

##### **3-1-1 Revue documentaire**

Les documents étudiés ont été les suivants :

- Termes de référence
- Document de projet « Programme de lutte contre les endémies parasitaires »
- Rapport d'évaluation du projet pilote 12/99-08/00
- Rapport de mission d'Isabelle Polisset 03/01
- État d'avancement du projet pour la période 11/01-06/02
- Compte-rendu de mission Université de Tours 03/01
- Laboratoire de parasitologie Résultats Comores 2000
- Prévention et lutte contre les endémies parasitaires : évaluation-formation/information-intervention-contrôle. Pr D.Richard-Lenoble
- Rapport final de Stéphanie Dillière, expatriée CRF d'octobre 00 à septembre 02
- Guide pédagogique à l'attention des enseignants du primaire. Thème hygiène et santé
- Brochure : « Pour une meilleure santé de nos enfants, une solution : l'hygiène »
- Rapport final du forum national sur le partenariat tripartite Gouvernement/OMS/ONGs
- Projet santé scolaire – Formation des volontaires et des enseignants
- Document intitulé : Poursuite et viabilité du programme
- Accord cadre de coopération bilatérale CRCO et CRF
- Programmation des activités 2000-2001-2002-2003
- Différentes statistiques sur les écoles des 3 îles
- Projet de mise en place d'un système de santé scolaire aux Comores 2001-2006
- Projet : Appui aux conseils d'écoles pour la mise en place des latrines et points d'eau.
- Documentation générale sur la CRF
- Organigramme de la direction des opérations internationales de la CRF
- Synopsis du programme d'élimination de la filariose. OMS
- Rapport annuel 2002 du programme national d'éradication de la filariose. OMS

Nous n'avons pas consulté :

- De rapport de mission du siège postérieur à mars 2001
- De rapport de l'expatrié CRF pour la période octobre 2002 / avril 2003
- De rapport de réalisation aux bailleurs
- De rapport financier.

Nous avons disposé de très peu de données statistiques portant sur l'avant projet, ce qui n'a pas permis les comparaisons avant/après projet.

##### **3-1-2 Préparation au siège de la CRF**

Elle a consisté en deux demi-journées passées par l'expert français au siège de la CRF avec Yassine Gaba, responsable du projet, et Grégory Rondeau, assistant opérationnel.

Elle a été complétée par un entretien téléphonique avec le Professeur Dominique Richard-Lenoble Chef de service au CHRU de Tours.

La phase documentaire et de préparation a abouti à l'établissement d'une note adressée à la CRF avant la mission sur place ( cf annexe 4 )

Elaboration des grilles d'entretien et des questionnaires d'enquête.

### **3-2 Mission sur place des deux experts du 22 avril au 11 mai 2003**

#### **3-2-1 Les partenaires rencontrés ont été les suivants :**

Représentants du CRCO :

M. Mohivaca Vaco Président national

M. Mohamed Maanfou Secrétaire exécutif

Mme Ania Mohamed Issa Coordinatrice santé

Représentants des CR régionaux :

M. Daniel Ali Soumaïli Responsable santé du projet CR Ngazidja

M. Faharoudine Mbamadine Responsable projet CR Ngazidja

M. Armel Ali Coordinateur santé CR Ngazidja

M. Nidhoim Coordinateur santé scolaire CR Mohéli

M. Chamidiny Coordinateur santé CR Mohéli

M. Abdoul Hamid Aboubacar Responsable santé scolaire CR et Min.santé Anjouan

Les membres du comité du CR d'Anjouan

Représentants des ministères de tutelle :

Dr Ahamada Mliva Directeur national de la santé

Dr Taïeb Ancien directeur général de la santé

M. Oulede Ahmed Directeur exécutif national PS III

M. Achirafi Ahamed Chargé santé scolaire au ministère de la santé

Mme Fatouma Djalim Chargée santé scolaire au ministère de l'éducation

Dr Ahamada Aly Goda Directeur général de la santé Ngazidja

Dr Mamocdy Directeur général de la santé Anjouan

Mme Oumrata Haribou Directrice générale de la santé Mohéli

M. Ahmed Abdou DEP

M. Ahmed Djoumoi Coordinateur CIPR

M. Saïdi Directeur de l'enseignement primaire Anjouan

Représentants d'organismes nationaux ou internationaux :

Dr Kalambay Kalula Représentant OMS

Dr Aloys Kamuragiye Représentant délégué UNICEF

Dr Saïd Ali Mbaé UNICEF

Dr Soulaimana Aboubacar Responsable exécutif de l'ONG CAP

Mle Marie Langlet Coordinatrice santé scolaire de l'ONG ID

Représentants du MAE français :

M. Denis Bossard Conseiller de coopération Ambassade de France

Dr Jean Marc Plat Attaché de coopération Ambassade de France

Dr Laurence Gleize Conseillère de coopération Ambassade de France

Représentante de la CRF :

Mle Jeannick Pelletier Déléguée CRF à Moroni

**3-2-2 Entretiens dirigés avec :**

- 16 directeurs d'écoles
- 19 enseignants
- 7 médecins-chefs de district
- 5 infirmiers de poste de santé
- 5 groupes de 4 à 6 volontaires du CRCO

**3-2-3 Réalisation de deux enquêtes :**

-une enquête « enfants » réalisée par l'évaluateur comorien dans des classes de CE2, CM1, CM2 sur les effectifs suivants :

<b>Enquête Enfants</b>	<b>Nombre d'écoles</b>	<b>Nombre de classes</b>	<b>Nombre d'enfants</b>
Hors projet	<b>5</b>	CE2 2	59
		CM1 4	111
		CM2 3	80
		<b>Total 9</b>	<b>250</b>
Projet	<b>11</b>	CE2 4	84
		CM1 6	160
		CM2 5	126
		Mixte 4	179
		<b>Total 19</b>	<b>549</b>

-une enquête « familles » réalisée par des enquêteurs recrutés sur place sur les effectifs suivants :

<b>Enquête familles</b>	<b>Hors projet</b>	<b>Projet</b>	<b>Total</b>
Nombre de villages	5	12	<b>17</b>
Nombre de familles	199	478	<b>677</b>

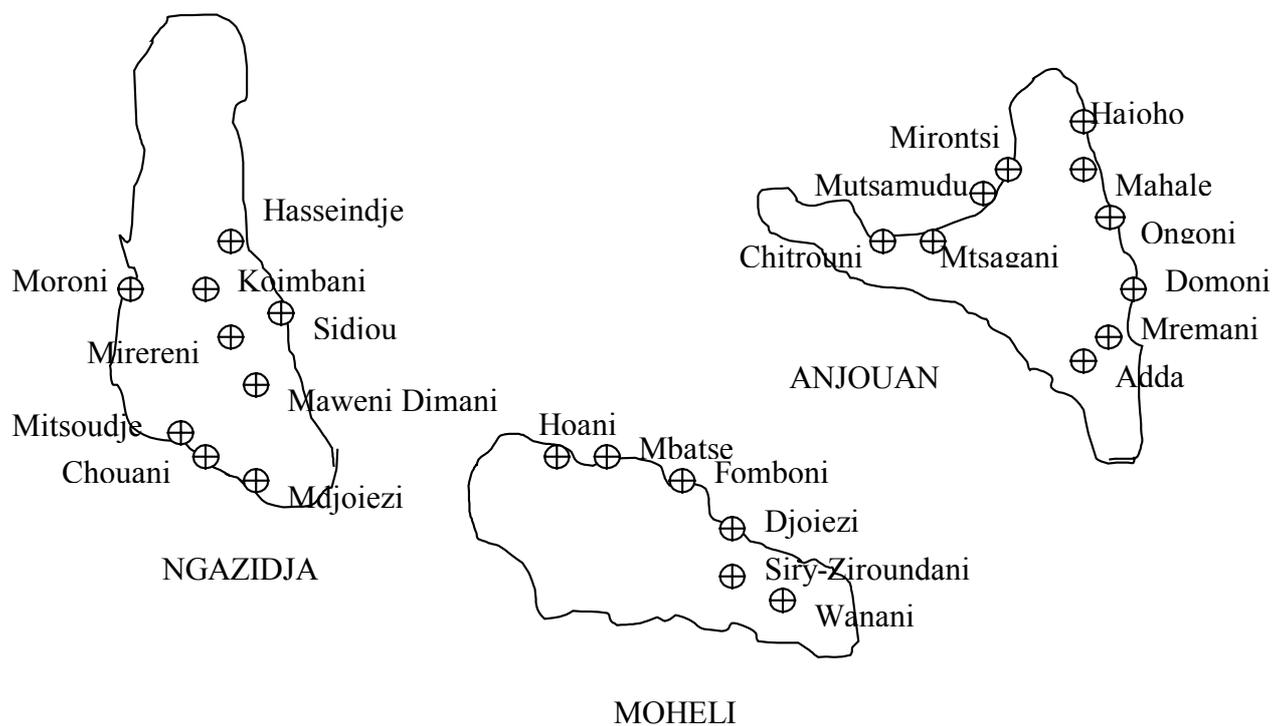
<b>Échantillon familles</b>	<b>Hors projet</b>	<b>% des Hors projet</b>	<b>Projet</b>	<b>% des Projet</b>
Mère	161	80,9	378	79,1
Père	22	11,1	51	10,7
Autre	8	4,0	28	5,9
Non précisé	8	4,0	21	4,4
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>100</b>	<b>478</b>	<b>100</b>

Les questionnaires utilisés figurent en annexes : questionnaires enfants en annexe 5  
: questionnaire familles en annexe 6

Le choix des villages n'a pas été aléatoire. Il a tenu compte :

- d'un classement en bon, moyen, mauvais (en terme de réalisation du projet) fait par le responsable CRCO de l'île. Nous voulions des villages représentant chaque catégorie.
- de l'accessibilité (inondations pendant notre séjour).
- des écoles où les enseignants ne faisaient pas grève.

Iles	Villages	Statut	Enquête enfants	Enquête familles
Ngazidja	Mdjoiezi	Projet	X	X
	Chouani	Projet	X	X
	Sidjou	Projet	X	X
	Hasseindje	Projet	X	X
	Mirereni	Hors projet	X	
	Maoueni Dimani	Hors projet		X
Anjouan	Chitrouni	Projet	X	X
	Ongoni	Projet	X	X
	Mremani	Projet	X	X
	Mtsgani	Projet		X
	Mahale	Hors projet	X	X
	Adda	Hors projet	X	X
Moheli	Wanani	Projet	X	X
	Mbatse	Projet	X	X
	Hoani	Projet	X	X
	Siry	Projet	X	X
	Djoiezi	Hors projet	X	X
	Fomboni	Hors projet	X	X



### Sites visités pour les différentes enquêtes

### **3-2-4 Restitution sur place en présence de tous les partenaires**

Le texte des transparents ayant servi à cette restitution figure en annexe 7

### **3-2-5 Traitement des questionnaires des enquêtes sur epi-info**

Nous remercions le Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Santé Tropicale de la Faculté de médecine de Marseille-Section Nord (Professeur Jean Delmont) pour sa contribution à l'analyse des données (notamment le docteur Georges Soula ).

### **3-2-6 Restitution à Paris le 3 juillet 2003**

## **4 RESULTATS**

Nous reprenons dans cette partie toutes les questions posées par la CRF et rappelées en italique.

### **4-1 Pertinence**

#### ***4-1-1 Comment les partenaires perçoivent la complémentarité entre la campagne nationale de lutte (volet préventif et curatif) contre les filaires et les dimensions prévention et sensibilisation à l'hygiène mises en œuvre dans le programme CRF ?***

##### **4-1-1-1 Le programme OMS**

Le programme national de lutte contre les filaires a fait l'objet d'un accord entre l'OMS et le gouvernement comorien en 1998. Le programme a débuté en 2001. Il prévoit la distribution de masse à toute la population de deux médicaments en une prise unique une fois par an pendant cinq ans. L'OMS fournit les médicaments et paye les frais de déplacement des équipes de distribution. La responsabilité de cette distribution est confiée aux directions générales de la santé des îles et aux médecins chefs de district.

Des activités annexes de sensibilisation de la population étaient prévues (non précisées). En mai 2003 une seule distribution du traitement a été réalisée sur les 3 îles. Le taux de couverture (c'est à dire la proportion de la population ayant effectivement pris le traitement) serait de 61%, alors que le seuil minimum acceptable pour l'OMS pour être efficace est de 80%.

Les activités de sensibilisation n'ont pas été menées, ce qui expliquerait le manque d'adhésion de la population à la campagne. Une enquête sur la « rumeur » est en cours pour savoir pourquoi une partie importante de la population n'a pas pris le traitement.

La réalisation de ce programme rencontre donc des problèmes importants. La distribution du traitement pour la 2<sup>ème</sup> année devrait être réalisée rapidement.

##### **4-1-1-2 Petit rappel historique**

A l'origine, les deux projets (OMS et CRF) étaient complémentaires.

- Les volontaires du CRCO devaient se charger de la distribution des médicaments du programme OMS dans les écoles concernées par le projet CRF.

- Le Professeur Dominique Richard-Lenoble proposait d'assurer un suivi épidémiologique des deux projets en suivant le portage sanguin de microfilaires dans la population (projet OMS) et en suivant le portage de parasites intestinaux et d'ectoparasites chez les enfants scolarisés (projet CRF)
- Les médicaments distribués dans le programme OMS contre les filaires sont aussi actifs contre les vers intestinaux et certains ectoparasites, cibles du projet CRF. Le programme OMS était le complément indispensable du volet thérapeutique du projet CRF.

#### 4-1-1-3 En réalité

- Les volontaires du CRCO n'ont jamais distribué les médicaments du programme OMS dans les écoles du projet CRF.
- Le suivi épidémiologique que devait assurer l'Université de Tours a cessé en 2001 avant même que ne commence le programme OMS.
- Il a même été signifié à la CRF par le Ministère français des affaires étrangères que leur projet ne devait plus intervenir sur les filaires et les vers intestinaux.

Ces deux actions sont donc maintenant indépendantes l'une de l'autre, et sont perçues comme telles par les différents partenaires, même si des collaborations ponctuelles existent. Par exemple :

- L'OMS gère et finance le traitement informatique des fiches de suivi recueillies par la CRF dans son projet.
- Des volontaires du CRCO font partie, dans certains villages, des équipes OMS de distribution de masse des médicaments.

#### **4-1-2 Comment se positionne le programme par rapport aux politiques de santé prises dans le pays ?**

Les deux thèmes principaux du projet sont :

- La promotion de la santé scolaire
- La promotion de l'hygiène, eau et assainissement.

Ils s'inscrivent dans les priorités du pays en matière de santé car ces deux thèmes font partie des programmes prioritaires retenus par le Ministère de la santé.

En ce qui concerne la promotion de la santé scolaire, le rôle du projet est important. Le CRCO et la CRF ont en effet été moteurs au sein de la commission qui a élaboré et rédigé « le projet de mise en place d'un système de santé scolaire aux Comores 2001-2006 ». Ce programme n'a cependant pas démarré, et le projet CRF-CRCO reste pour l'instant la seule action coordonnée en matière de santé scolaire.

En ce qui concerne la promotion de l'hygiène, l'action a trois volets principaux :

- Sensibilisation à l'hygiène dans les villages du projet par les volontaires du CRCO.
- Amélioration de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles de ces villages
- Actions environnementales avec mise en place de points d'eau et de latrines dans 17 écoles : il s'agit là d'un projet distinct, complémentaire du projet évalué.

Le projet s'intègre donc bien dans les priorités sanitaires du pays et son apport est important même s'il ne touche qu'une partie des bénéficiaires potentiels (60 écoles sur 275)..

### **4-1-3 Quel niveau de cohérence existe –t –il entre le volet sensibilisation et prévention, et le volet curatif du programme ?**

Il existe une cohérence forte entre ces 2 volets tels qu'ils sont décrits dans le document de projet et dans les termes de référence quand il s'agissait :

« Volet préventif : d'améliorer les comportements individuels en matière d'hygiène en agissant auprès des enfants, vecteurs communautaires, afin de diminuer la transmission des maladies types nématodoses intestinales, filariose lymphatique et ectoparasites. »

« Volet curatif : d'améliorer l'état sanitaire des enfants en milieu scolaire en luttant contre les nématodoses intestinales (vers), les filaires lymphatiques, les ectoparasites (poux, puces, gale, teigne), les dermatoses. »

Sensibilisation, prévention et traitement visaient les mêmes maladies.

Dans les faits, nous l'avons vu, le volet curatif s'est réduit dès le début du projet au traitement des ectoparasites (poux, puces, gale, teigne), laissant de côté le traitement des vers intestinaux et des filaires, maladies autrement plus graves.

Cela a entraîné un déficit de cohérence et de légitimité de l'action qui aurait du être globalement repensée dès qu'il est apparu que la part la plus importante du volet curatif allait échapper au contrôle du projet.

En d'autres termes, mobiliser pendant trois ans des centaines de personnes, et dépenser 360.000 euros pour tenter d'éradiquer filaires et vers intestinaux sur une zone, avec l'idée de tester et d'étendre ensuite le dispositif à l'ensemble du territoire, était pertinent et cohérent. Mais déployer les mêmes moyens pour soigner pendant trois ans des ectoparasitoses l'est beaucoup moins.

## **4-2 Résultats et effets**

Notons que les termes de référence proposent de les évaluer, compte tenu du cadre logique, sans mentionner de cadre logique .

### **4-2-1 Volet sensibilisation et prévention**

4-2-1-1 *Résultats et effets des sensibilisations sur les comportements des enfants en matière d'hygiène*

- *Nombre d'enseignants touchés par le programme ?*

Quarante huit enseignants et directeurs d'école ont été formés en 2001, soixante formés ou recyclés en 2002. Vingt deux conseillers et inspecteurs pédagogiques ont aussi été formés. Ces formations portaient sur le projet, leur rôle au sein du projet, la nature et le traitement des maladies ciblées, l'intérêt des visites médicales scolaires, l'intérêt de la prévention par l'hygiène et l'utilisation des outils pédagogiques qui leur étaient fournis (brochures grand public, guides pour l'enseignement de l'hygiène à l'usage des maîtres, boîtes à images).

Les formations ont été appréciées par les maîtres et les enseignants qui y ont participé.

La diffusion de la formation des directeurs vers les enseignants varie beaucoup selon les écoles.

De manière générale, nous avons rencontré une forte motivation pour la promotion de l'hygiène chez tous les enseignants , qu'ils appartiennent à des écoles « dans » ou « hors » projet.

L'enseignement de l'hygiène est systématique dans toutes les écoles (dans et hors projet), non pas 2H30 par semaine mais 10 à 30 minutes par semaine selon le niveau.

Nous n'avons pu disposer de statistiques sur le nombre d'enseignants touchés par le programme, mais 1000 guides ayant été distribués, ce nombre doit se situer entre les 600 annoncés dans les termes de référence et 1000.

- *Nombre d'enfants touchés par le programme ?*

Les statistiques qui nous ont été fournies ne permettent pas de déterminer ce nombre. Stéphanie Dillière dans son rapport de septembre 2002 donne le chiffre d'environ 18 400 (7500 en Grande Comore, 8700 à Anjouan, 2200 à Mohéli).

Le nombre d'enfants concernés par l'enseignement de l'hygiène dans les écoles du projet pourra être aisément connu en demandant aux directeurs d'école leurs effectifs.

Le nombre de ceux concernés par les visites médicales annuelles peut être connu en analysant les fiches de diagnostic et de traitement établies pour chaque enfant lors de la visite médicale annuelle et en cours de traitement par l'OMS.

Pour 2002, les statistiques fournies nous donnent 7883 enfants examinés pour Anjouan, 716 pour Mohéli. Pour la Grande Comore, nous ne disposons que de pourcentages (?). En 2001, en Grande Comore, ce nombre était de 4300 pour 18 écoles sur 24. On peut donc estimer à 6000 ce nombre pour la Grande Comore en 2002, soit au total environ 14 600 enfants examinés en 2002.

Pour 2003, un nombre exact pourra être établi quand les visites médicales seront terminées et les fiches analysées.

- *Mesures adoptées par les enseignants et les enfants en faveur de l'hygiène ?*

Les enquêtes réalisées auprès des enfants révèlent les éléments suivants :

<b>Est-ce que les maîtres vous demandent ou vous obligent parfois à faire des choses pour l'hygiène ?</b>	<b>Hors projet N=9</b>	<b>Dans projet N=19</b>
Nettoyer les classes	44%	68%
Porter des habits propres	77%	58%
Nous laver	66%	42%
Nous peigner (filles), nous couper les cheveux (garçons)	33%	47%
Nettoyer la cour	22%	37%
Nous couper les ongles	11%	21%
Nous laver les mains avant d'entrer en classe	0	10%

- *Quels sont les changements intervenus pour une meilleure hygiène ?*

<b>Est-ce que des choses ont changé dans votre école pour que tous les enfants aient une meilleure hygiène ?</b>	<b>Hors projet N=9</b>	<b>Dans projet N=19</b>
Rien	44%	42%
Construction de latrines	33%	21%
Adduction d'eau	33%	16%
Visite médicale	0	10%
Distribution de savon, peignes, brosses à dents	0	26%
Clôture de la cour de l'école	22%	5%
Lavage des mains avant d'entrer	0	10%
Construction de nouvelles classes	11%	10%

Mises à part les mesures spécifiques au projet (visite médicale annuelle et distribution faite en année 1 de savon, brosses à dents et peignes), on ne note pas de différence significative entre les deux groupes dans et hors projet.

- *Résultats des sensibilisations des enfants dans leur comportement hors de l'école ?*

Les principales modifications de comportement énoncées par les enfants sont les suivantes :

<b>Est-ce que certains d'entre vous ont changé quelque chose dans leurs habitudes en matière d'hygiène à la maison ?</b>	<b>Hors projet N=9</b>	<b>Dans projet N=19</b>
On se lave	88%	84%
On lave nos habits	33%	52%
On se lave les dents	33%	16%
On balaye la maison	0	21%
On lave les assiettes	11%	21%

Notons que les résultats de ces tableaux donnent des taux de classes et non d'enfants. Ils sont intéressants par les réponses apportées, mais les taux ne sont pas significatifs.

- *A quel degré l'enfant est-il vecteur de changement ?*

Il est difficile de répondre à une telle question. Le faire sérieusement sur un thème donné nécessite des enquêtes complexes. Par ailleurs, rappelons qu'il peut être risqué de vouloir faire jouer aux enfants des rôles qui ne leur sont pas traditionnellement et culturellement dévolus.

#### 4-2-1-2 Résultats et effets des sensibilisations sur les comportements des communautés.

- *Nombre de familles touchées ?*

Aucune statistique disponible ne permet de répondre à cette question.

- *Degré d'acceptabilité des procédures de soins et de sensibilisation au sein des familles ?*

Les enquêtes auprès des infirmiers réalisant les consultations scolaires n'ont pas révélé de difficultés d'acceptation des soins ou de l'examen clinique des enfants de la part des familles. Les enseignants et les directeurs n'ont pas fait mention non plus de difficultés dans leurs rapports avec les familles pour ce qui concerne l'hygiène des enfants.

Dans la majorité des cas, les visites à domicile par les volontaires CRCO sont aussi bien acceptées. Seuls quelques volontaires très jeunes (collégiens ou lycéens) se sont plaint de n'être pas toujours très bien accueillis.

- *Quelles sont les mesures prises en faveur de l'hygiène dans les familles ?*

Les enquêtes auprès des enfants montrent que les changements intervenus exprimés sont les suivants :

<b>Est-ce que vos parents ont changé quelque chose dans leurs habitudes en matière d'hygiène</b>	<b>Hors projet N=9</b>	<b>Dans projet N=19</b>
Les parents se lavent les mains	11%	21%
Les ordures sont brûlées	0	16%
Les vêtements sont lavés au savon	0	21%
La maison est balayée tous les jours	11%	16%
On fait bouillir l'eau de boisson	11%	5%
On nettoie autour de la maison	0	11%
On lave les assiettes	11%	5%
Aucun changement	44%	16%

L'enquête auprès des familles révèle que :

- 66% des familles hors projet disent avoir changé leur comportement en matière d'hygiène depuis 1 an , contre 61% pour les familles dans le projet.

Il est intéressant de comparer les réponses données selon les îles :

- En Grande Comore, seules 33% des familles disent avoir changé des éléments d'hygiène et parlent le plus souvent de l'amélioration des murs et des revêtements du sol de leur maison.

- A Moheli, 46% disent avoir changé des éléments d'hygiène, surtout concernant la prévention du paludisme.

- Enfin, à Anjouan, 95% disent avoir modifié leur comportement en insistant sur le lavage des mains, et sur le rôle joué, selon les villages, par les enseignants, les volontaires CRCO, les associations de villageois et la radio.

On retrouvera ces différences dans les réponses pour d'autres questions.

- *Quels sont les changements de comportement des communautés ?*

Les deux changements intervenus dans les communautés les plus cités sont l'entretien des rues (balayage par les femmes le plus souvent) et la gestion des ordures (brûlées ou jetées hors du village).

On retrouve les mêmes différences entre îles :

Seulement 30% des familles interrogées en Grande Comore évoquent des changements dans le village. A Anjouan plus de 90% des familles les évoquent.

- *Quels sont les facteurs de changement comportemental en matière d'hygiène au sein des familles*

Nous ne nous sommes pas attardés sur cette étude maintes fois menée. On en connaît les résultats : ces facteurs sont multiples et peu maîtrisables, et en la matière, il faut savoir rester modeste.

Rappelons les principaux facteurs probables :

- La radio et la télévision
- L'école
- La religion
- Ceux qu'on appelle aux Comores les « je viens », c'est à dire la diaspora vivant dans des conditions d'hygiène différentes et les important petit à petit
- Les « crises », épidémie de choléra par exemple
- Le développement du réseau routier (désenclavement, échanges, enrichissement)
- Les facteurs évoqués par les familles : les associations, les notables

#### 4-2-2 Volet curatif

##### 4-2-2-1 *Quels sont les résultats en matière clinique sur les ectoparasitoses des enfants ?*

En matière clinique, unanimement, tous les infirmiers, enseignants, volontaires, enfants et familles interrogés parlent d'une baisse notable des ectoparasitoses.

Nous ne sommes pas en possession d'éléments statistiques permettant de confirmer ou d'infirmer cela. De quoi disposons-nous ?

- De dossiers recueillis en janvier et novembre 2000 dans les écoles de 11 villages de Grande Comore, et portant sur 747 à 801 enfants.
- Des données recueillies sur Mohéli et Grande Comore en 2001.
- Pour notre part, nous avons réalisé un sondage parmi les fiches diagnostiques recueillies dans les 9 écoles (18 classes soit 522 enfants) où avait déjà eu lieu la visite médicale 2003 en Grande Comore.

Voici un tableau récapitulatif ( en % ) de ces différentes données :

Date	01/00	11/00	02/01	2001	2002	07/02	07/02	05/03
Ile	Gde Comore	Gde Comore	Gde Comore	Mohéli	Gde Comore	Anjouan	Mohéli	Gde Comore
Nombre d'enfants	N= ?	N =747	N=4885	N :?	N= ?	N=7263	N=716	N=402
Gale	5,5	24,5	9,7	3	6,5	24,6	13,5	1,7
Teigne	9	4	5,1	4	4,4	6,0	3,2	4,4
Poux	27,5	19	18,9	6	19	6,5	7,1	13,4
Puces chiques	3,5	11 ;5	4,7	7	2	7,4	3,6	1,2

Ces données sont trop disparates dans leurs lieux, dates et méthodes de recueil pour permettre de conclure sur l'efficacité ou pas de l'action.

On note une grande variation des taux selon la période de l'année, selon les villages.

Des données ont été recueillies lors des visites médicales sur les 3 îles en 2002, 2003 , les données 2003 portant sur 60 écoles et environ 15000 enfants. L'exploitation de ces données objectivera l'évolution des maladies ciblées.

#### 4-2-2-2 *Y a-t-il une baisse de l'absentéisme scolaire pour cause de maladie ?*

Nous avons noté dans notre enquête « enfants » un taux d'absentéisme scolaire de 22,5% pour les écoles hors projet et de 25,3% pour les écoles projet, sans pouvoir identifier la cause médicale ou non des absences.

Nous ne disposons d'aucun chiffre antérieur sur l'absentéisme scolaire. Nous ne pouvons donc répondre précisément à la question posée. Notons cependant l'importance de cet absentéisme (25%).

Dans les enquêtes auprès des familles et des enseignants, la cause d'absentéisme principalement évoquée est le paludisme.

#### 4-2-2-3 *Qualité du travail des enseignants et des enfants ?*

L'influence d'une éventuelle baisse de l'endémie ectoparasitaire sur la qualité de l'enseignement n'a pu être évaluée.

Par contre, s'agissant de l'amélioration de la qualité de l'enseignement de l'hygiène grâce aux outils pédagogiques fournis par le projet (guide maître, boîte à images) et grâce aux interventions dans les écoles des volontaires CRCO, nous avons pu mettre en évidence les éléments suivants :

- Tous les directeurs et enseignants interrogés faisant partie du groupe « dans projet » ont témoigné de l'aide que leur apportaient ces documents, notamment le guide maître.
- Par ailleurs, l'enquête « enfants » montre une différence significative entre le groupe d'enfants « dans projet » et le groupe « hors projet » en ce qui concerne les « non réponses » aux questions portant sur l'hygiène.

#### **Taux d'enfants n'ayant pas répondu aux questions**

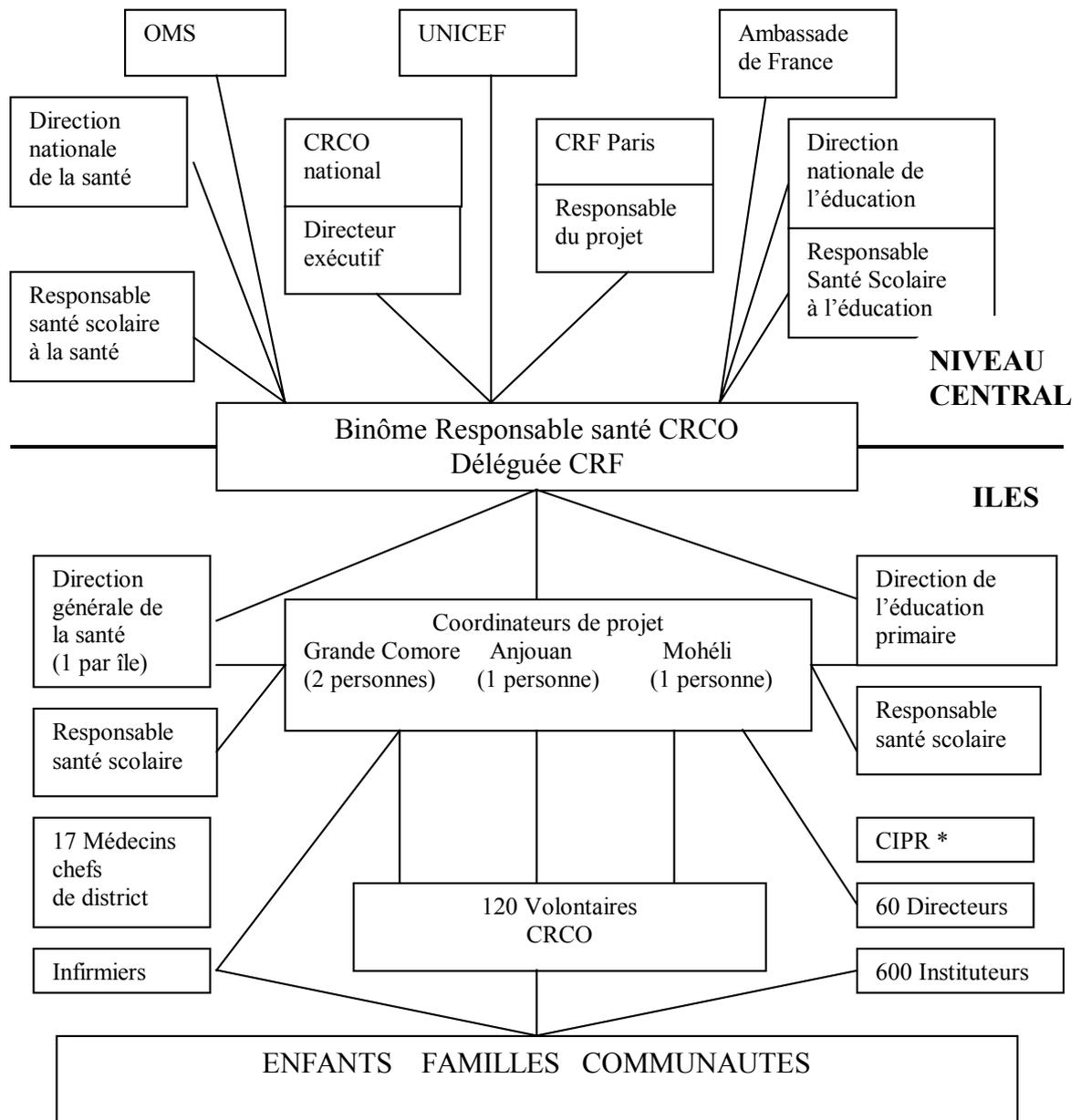
Questions	Enfants hors projet N=250	Enfants dans projet N=549	Ecart
3-1	2,05	1,09	0,96
3-2	15,35	9,16	6,19
3-3	18,98	8,38	10,60
3-4	9,54	4,05	5,49
3-5	7,81	2,47	5,34
3-6	5,59	1,22	4,37
3-7	7,89	1,86	6,03
3-8	7,97	2,72	5,25
3-9	6,18	1,09	5,09

Pour toutes les questions, le taux d'enfants n'ayant pas répondu est supérieur chez les hors projet. Le groupe « dans projet » a de meilleures connaissances et est plus réactif aux questions d'hygiène.

### **4-3 Dispositif institutionnel**

#### **4-3-1 *Quels sont les rôles respectifs des différents acteurs ?***

On peut schématiser le dispositif institutionnel mis en place par l'organigramme suivant :



\* CIPR : Conseillers et inspecteurs pédagogiques régionaux. Découpage administratif équivalent aux districts pour la santé, mais différent géographiquement

#### **4-3-2 Les rôles sont-ils bien définis ?**

- Le niveau central regroupe les différentes tutelles : bailleurs, ministères, comités Croix Rouge et Croissant rouge. Ils exercent essentiellement un rôle de contrôle.
- Le binôme « Responsable santé CRCO/Déleguée CRF » est la cheville ouvrière du projet. La responsable CRCO occupe ce poste depuis l'origine du projet.

La délégation CRF a été assurée pendant 2 ans par la même personne. Depuis 8 mois, deux délégués se sont succédés.

Le binôme assure le lien avec les tutelles et les bailleurs, gère le projet, encadre les équipes « îles ».

Les coordinateurs du projet de chaque île (2 en Grande Comore, 1 à Anjouan et 1 à Mohéli) assurent les relations avec les tutelles locales (direction générale de la santé et direction de l'enseignement primaire de l'île), animent les équipes de terrain (volontaires, directeurs, infirmiers) et assurent la mise en œuvre du projet sur chaque île.

#### **4-3-3 Acquis et difficultés du dispositif ?**

- Le système peut sembler lourd. Heureusement, certaines personnes cumulent les fonctions : exemple : le responsable projet Grande Comore est aussi responsable santé scolaire à la direction de l'éducation - le responsable projet Anjouan est aussi le responsable santé scolaire à la direction de la santé.

- Les relations du binôme avec les bailleurs : OMS, UNICEF, Ambassade de France : elles sont bonnes et débordent le simple cadre du projet. Cependant, actuellement, ces coopérations sont ponctuelles. On ne peut pas parler de portage commun du projet.

- Binôme et Directions nationales de la santé et de l'éducation  
Ces directions sont informées plus ou moins régulièrement de l'avancée du projet. Elles ont conscience que les conflits de compétence qui opposent les autorités nationales aux autorités des îles les empêchent de soutenir activement le projet, mais elles souhaitent être tenues au courant.

- Binôme et Comité CRCO et CRF Paris  
Les relations entre la responsable santé CRCO, la déléguée CRF et leurs hiérarchies respectives sont régulières. On peut cependant regretter qu'elles ne soient pour l'essentiel que d'ordre administratif et financier, et que ni à Paris ni à Moroni, le binôme ne peut compter sur un appui technique régulier concernant le projet.

- Le partenariat CRF/CRCO  
Au niveau opérationnel, le binôme qui associe la responsable santé du CRCO et la déléguée CRF a toujours bien fonctionné. Le fait que ces deux personnes travaillent dans les mêmes locaux facilite les choses.

Au niveau des instances dirigeantes des deux organisations, les contacts sont bien plus rares (le responsable parisien du projet est venu 2 fois en presque 3 ans aux Comores).

Il existe un accord cadre liant les deux organisations. Il s'agit d'un accord cadre général de coopération bilatérale qui ne précise notamment pas les rôles de chacun dans le cadre du projet « lutte contre les endémies parasitaires ».

L'absence d'élaboration commune du projet, l'absence d'adaptation négociée aux circonstances survenues depuis l'origine de l'action, n'ont pas facilité l'appropriation du projet par le CRCO.

Enfin, il y a bien une gestion financière commune de l'action pour ce qui concerne les dépenses engagées aux Comores. Toutes les autres dépenses, qui représentent presque 50% du budget du projet, échappent au contrôle du CRCO. Cette opacité financière est préjudiciable au projet et aux relations CRF/CRCO. Elle a aussi gêné son évaluation, car nous n'avons eu accès qu'aux dépenses terrain effectuées jusqu'en juillet 2002. Ces données ne permettent pas la comparaison entre les dépenses prévues et réalisées utile pour parler des perspectives.

- Le système est très centralisé. Tout passe par le binôme responsable. Cela facilite et renforce la coordination, mais au détriment des inter-relations entre acteurs :  
La direction nationale de la santé ne sait pas ce que fait la direction nationale de l'éducation en matière de santé scolaire et vice versa.  
Les coordinateurs projet des 3 îles n'ont pas ou que peu d'échanges de leurs expériences, et dans les faits les pratiques semblent assez différentes d'une île à l'autre. Par exemple, la coordination Anjouan est très autonome, a produit ses propres documents de suivi des médicaments distribués lors des visites médicales, de suivi des volontaires.  
La coordination Mohéli réalise elle-même toutes les visites médicales sans s'appuyer sur les centres de santé existants.  
La coordination Grande Comore, du fait de la proximité du binôme responsable, n'assure pas la liaison avec les tutelles comme les deux autres îles.  
Le suivi des volontaires par les coordinateurs varie considérablement selon les coordinateurs, les volontaires, les villages etc...

#### **4-3-4 Degré de confiance et d'acceptation du projet par les différents acteurs ?**

Le projet est perçu par tous les partenaires (bailleurs, tutelles, acteurs de terrain, bénéficiaires, familles) comme la seule action d'envergure en matière de santé scolaire. Il est donc très bien accepté par tous.

D'autres facteurs renforcent cette perception favorable :

- Le CRCO est une organisation nationale, liée à l'état, mais qui échappe pour l'instant aux conflits de compétence qui opposent les autorités des îles aux autorités nationales. Son action n'est donc pas entravée. Bien au contraire, dans ce climat, les bailleurs internationaux voient en lui un partenaire privilégié
- La forte implantation et mobilisation à la base des acteurs du projet (volontaires CRCO, directeurs, instituteurs) crédibilisent l'action.

En même temps, ce statut a créé des attentes qui sont exprimées :

- Pourquoi limiter l'action à quelques villages ?
- Pourquoi l'arrêter, et qu'est-ce que cela signifierait ?

#### **4-3-5 Les modalités des prises de décision sont-elles satisfaisantes ?**

Nous n'avons pas identifié de modalités de prise de décisions clairement définies.

- La CRF Paris, gestionnaire du projet pour le MAE et cofinanceur, détient le pouvoir de décision lié au fait qu'elle maîtrise les fonds. Le responsable qui suit ce projet, parmi beaucoup d'autres, exerce un suivi essentiellement administratif et financier de l'action.
- Le binôme responsable à Moroni détient l'information et travaille à temps plein au projet. Il prend donc l'essentiel des décisions au quotidien sans avoir toujours le recul souhaité. Il ne peut pas non plus avoir les compétences techniques nécessaires dans tous les domaines dans lesquels il lui est demandé d'intervenir (hygiène, santé scolaire, parasitologie...)

- Le CRCO se sent légitimement chez lui et souhaiterait s'approprier l'action, mais il n'en contrôle ni les finances, ni l'équipe animatrice située dans des locaux CRF, ni les aspects techniques.

L'absence de structure de prise de décisions clairement définie peut être source de tension entre les partenaires (comment l'action va-t-elle continuer ? qui va en décider ?)

De plus cette absence provoque des « trous » dans les décisions à prendre. La scission entre le programme OMS et le projet CRF posait un problème dès l'origine de l'action. Les termes de références dont la rédaction doit se situer vers fin 2001-début 2002, s'en font d'ailleurs l'écho. L'action doit s'achever dans trois mois et aucune réponse n'a encore été apportée.

#### **4-3-6 Les bénéficiaires : quel est leur degré de compréhension, d'acceptation, de prise de conscience du rôle qu'ils ont ?**

##### 4-3-6-1 Les enfants

Les enquêtes révèlent plusieurs éléments :

- Soixante pour cent des familles disent parler (ou que les enfants parlent) de l'hygiène à la maison, sans différences entre « dans » et « hors » projet.
- Dans l'ensemble, les enfants connaissent bien les mesures à prendre en faveur de l'hygiène, ici aussi sans différence notable entre les « dans » et « hors » projet.
- Cependant, nous avons vu que les enfants « dans projet » sont globalement plus réactifs que les « hors projet » sur les questions d'hygiène.
- Il était prévu qu'en 2003 des enfants soient nommés responsable de l'hygiène dans leur classe, dans les écoles du projet. Cela n'a pas été réalisé.

##### 4-3-6-2 Les familles

- Nous avons vu qu'elles acceptent les interventions des soignants, des enseignants, des volontaires.
- L'enquête « familles » renseigne sur leur participation à des réunions sur l'hygiène :

<b>Etes-vous allé à des réunions sur l'hygiène ?</b>	<b>Hors projet (N=199)</b>	<b>Dans projet (N=478)</b>	<b>Total (N=677)</b>
N'a jamais participé à une réunion	29,6%	28,2%	28,7%
A participé à une réunion	19,6%	21,5%	21,0%
A participé à plusieurs réunions	28,6%	29,5%	29,2%
Ignore l'existence de réunions	22,1%	20,7%	21,1%

Il n'existe pas de différence sur cette question entre les familles dans et hors projet. Cela peut s'expliquer par le fait que le thème de l'hygiène est développé par de nombreuses associations villageoises qui animent sans doute des réunions sur ce thème.

Cinquante pour cent des personnes interrogées ont participé à une ou plusieurs réunions.

- Nous avons vu plus haut les différences d'appréciation selon les îles sur les changements intervenus en matière d'hygiène dans les maisons, les villages, à l'école. Les familles anjouanaises semblent être très réactives en matière d'hygiène, et sensibles aux problèmes liés à l'eau. Les familles mohéliennes sont moins réactives, et surtout préoccupées par le paludisme. Les familles grand comoriennes semblent être les moins réactives.

#### 4-3-6-3 Existe-t-il une différence liée au sexe dans la sensibilité au message de changement de comportement véhiculé par l'enfant ?

Nous pensions, à l'issue des enquêtes, qu'il existait une différence significative entre la sensibilité des hommes et des femmes au message de changement de comportement en matière d'hygiène. Nous avons comparé les taux d'absence de réponse sur les questions d'hygiène entre les hommes et les femmes dans et hors projet.

#### Taux d'adultes n'ayant pas répondu aux questions

Questions	Adultes hors projet			Adultes dans projet		
	Autre	Mère	Père	Autre	Mère	Père
3-2	37,5	20,5	13,6	3,6	14,3	31,4
3-4	50,0	19,3	13,6	3,5	14,8	25,5
3-5	37,5	5,6	13,6	3,6	7,4	21,6
3-6	50,0	26,1	31,8	7,1	22,8	27,5
3-7	50,0	20,5	18,2	3,6	15,3	25,5
3-8	12,5	21,7	27,3	25,0	18,5	17,6

On ne note pas de différences très significatives dans le groupe hors projet. Par contre, le taux des non réponses des pères dans le groupe dans projet est régulièrement supérieur à celui des mères.

#### 4-3-7 Les volontaires

Ils constituent la force du CRCO.

- Ils sont nombreux. Nous en avons rencontrés dans tous les villages, même dans les villages hors projet. Certains participent au projet scolaire, d'autres au projet choléra, etc.
- La majorité de ceux que nous avons rencontrés sont motivés.

Mais nous avons aussi rencontré des déçus, qui ont participé au projet dans l'espoir de trouver une activité salariée. D'autres nous ont signifié qu'ils arrêteraient leur bénévolat dès qu'ils trouveraient un travail. Ce bénévolat constitue de toute façon une limite à ce que les coordinateurs peuvent exiger d'eux.

Le turn-over des volontaires affectés au projet est, nous a-t-on dit, important, mais nous n'avons pu le chiffrer. Il n'y a pas de statistiques sur le sujet.

- Leur niveau de compétence en matière d'hygiène et leur niveau d'éducation en général, est faible le plus souvent.

En ce qui concerne le travail des volontaires dans les villages, et son suivi, les situations sont aussi très variables.

Nous avons assisté à deux visites médicales. Les volontaires sont présents, effectuent les soins. C'est visiblement pour eux la partie la plus gratifiante de leur rôle, mais cela ne dure que deux à quatre jours par an.

Leurs autres actions, à savoir la sensibilisation des familles à l'hygiène par des réunions et des visites à domicile, sont effectuées de façon très variable, 2 à 4 heures par semaine à une demi-journée par mois selon les volontaires.

Nous ne disposons d'aucune statistique permettant de comparer leur activité en début de projet et leur activité actuelle. Mais il nous a semblé être exprimé par tous (familles, enseignants, coordonnateurs, volontaires eux-mêmes) que leur motivation s'émuaisait, tout au moins en ce qui concerne leur activité de sensibilisation régulière à l'hygiène.

- Enfin, l'enquête « famille » met en évidence une différence très significative de

l'activité des volontaires et de son effet sur les familles selon les îles :

Questions aux familles « dans » projet	Anjouan N=160	Grande Comore N=158	Mohéli N=160	P*
On enseigne l'hygiène à l'école	78,8	53,2	75,0	0,0000
Les enfants en parlent à la maison	70,6	47,1	65,0	0,0003
Visite du CRCO 1 fois ou plus	65,6	21,6	11,9	0,0000
A assisté à une réunion ou plus	71,9	36,1	45,0	0,0000
Hygiène souvent à la radio	74,4	26,6	52,5	0,0000
Enfants soignés 1 fois ou plus	52,5	11,4	4,4	0,0000
Il y a eu des changements à l'école	79,4	27,9	75	0,0000
Il y a eu des changements à la maison	96,8	33,1	78,6	0,0000
Il y a eu des changements au village	90,4	55,9	63,5	0,0000

\* Test du chi carré. Significatif si  $P < 0,05$

#### 4-3-8 Les partenaires institutionnels

- Ils reconnaissent tous (UNICEF, OMS, Ambassade, ministères) l'importance que joue le projet, non pas dans la lutte contre les endémies parasitaires, mais dans la promotion de la santé scolaire. Le leadership du CRCO / CRF en la matière est admis par tous. Il est étonnant que les gestionnaires du projet n'aient pas tiré les conséquences de cet état de fait . Il nous a semblé clair que pour tous les partenaires, c'est là l'apport essentiel et la spécificité du projet.

- *Quel est l'impact du projet OMS et comment positionner le projet CRF ?*

Nous l'avons vu, le programme OMS rencontre des difficultés.

De plus, la complémentarité du projet CRF avec le programme OMS, qui était un élément essentiel de la pertinence du projet à l'origine, n'existe plus. Les deux actions sont menées séparément. Le projet ne semble plus devoir se positionner en fonction de cela, mais plutôt en fonction du rôle qu'il peut jouer dans la promotion de la santé scolaire

#### 4-4 Démarches

##### 4-4-1 Volet prévention et sensibilisation

###### 4-4-1-1 *Le mode d'organisation du travail est-il pertinent ?*

En quoi consiste-t-il ? Il y a eu :

- La mise en place d'une coordination centrale forte.
- La mise en place de coordinations sur les trois îles.
- La formation des directeurs d'école et des volontaires CRCO (deux par village) pour les préparer à sensibiliser les enfants et leur famille à l'hygiène.
- La fourniture des outils pédagogiques nécessaires.

Une des modifications apportées au dispositif par rapport au projet pilote mené en 1999 a été l'implication des directeurs dans l'action. Cela a certainement été très positif. Lors de toutes nos visites sur le terrain, les directeurs d'écoles sont apparus comme les acteurs les plus motivés et les plus actifs. Ce sont eux, avec les enseignants, qui constatent les problèmes

d'hygiène et de parasitoses et qui en parlent aux parents. Selon les villages, ils travaillent de façon plus ou moins étroite avec les volontaires CRCO.

#### 4-4-1-2 Ce dispositif a-t-il atteint son objectif en améliorant les comportements des enfants ?

Les résultats de l'enquête « enfants » mettent en évidence une différence significative entre les comportements en matière d'hygiène des enfants « dans » et « hors » projet.

Le projet a certainement joué un rôle dans cette évolution, mais beaucoup d'autres facteurs peuvent être intervenus (désenclavement de certains villages, projet latrines-eau, construction de bâtiments scolaires neufs par la BM, alimentation en eau de certains villages etc...)

Observation et questions aux enfants	Hors projet N=250	Projet N=549	P*	Note
Absentéisme	22,5	25,3	NS**	1
Enfants sans chaussures	3,9	3,2	NS	2
Vêtements sales	27	16,2	0,00028	2
Mains sales	24,9	16,1	0,003	2
Se lavent en entier 1 fois/semaine ou moins	23,7	25,5	NS	
Se lavent les dents 1 fois/sem ou moins	15,7	9,7	0,014	
Se lavent la tête moins d'une fois/sem	20,5	28,2	0,018	3
Vont aux latrines à l'école (caca)	49,1	60,1	0,003	4
Vont aux latrines à l'école (pipi)	50,9	65,9	0,00004	
Vont aux latrines à la maison (caca)	77,5	92,4	< 10 <sup>-5</sup>	
Vont aux latrines à la maison (pipi)	80,3	92,9	< 10 <sup>-5</sup>	
Jamais soignés à l'école	21,7	16,6	NS	5
Jamais examinés à l'école	86	60,2	< 10 <sup>-5</sup>	5

\* test du chi carré

\*\* Non significatif (P ≥ 0,05)

#### Notes

1 : Importance de l'absentéisme dans les deux cas

2 : % sans doute plus important dans les petites classes et avant la scolarisation. L'enquête a porté sur des classes de CE2, CM1, CM2.

3 : question non adaptée au pays. Pour les enfants interrogés, il n'y a pas de différences entre se laver le corps et se laver la tête.

4 : Les bâtiments (classes) sont souvent éloignés les uns des autres (centre et périphérie du village), si bien qu'une école peut très bien « avoir » officiellement des latrines et l'eau, mais en réalité un seul bâtiment en est doté.

5 : La question portait sur les examens ou soins pratiqués dans l'année. Sur les trois îles les visites 2003 étaient soit en cours, soit allaient commencer (Mohéli).

#### 4-4-1-3 Les outils pédagogiques sont-ils adaptés au profil des bénéficiaires ?

- Mille guides pédagogiques à l'intention des instituteurs, pour les aider à enseigner l'hygiène, ont été distribués. Ils sont très appréciés des enseignants. Ceux qui le connaissent mais ne l'ont pas reçu nous l'ont réclamé. Ce document parle de l'hygiène de façon très pratique et adaptée aux conditions de vie locales, et offre des pistes pour animer le cours sur les thèmes proposés (se laver les mains, se laver le corps, se méfier de l'eau sale etc...). La seule remarque souvent faite est l'absence de résumé à la fin de chaque chapitre, résumé qui pourrait être dicté à l'issue de la leçon.

- Cinq mille brochures de sensibilisation à l'hygiène ont été distribuées aux volontaires et aux familles. Elles nous semblent avoir été beaucoup moins utiles que les guides pédagogiques. Bien que rédigées en deux langues, elles sont sans doute d'accès difficile pour une part de la population, et les volontaires enquêtés, s'ils confirmaient la détenir, n'ont cependant jamais été très clairs sur l'usage effectif qu'ils en faisaient.
- Les boîtes à images. Nous les avons vues dans toutes les écoles « dans projet » visitées, presque toujours dans le bureau du directeur, et en très bon état, ce qui n'est pas en faveur d'un usage fréquent. Certains enseignants nous ont dit les utiliser mais regretter qu'elles ne soient pas accompagnées d'un commentaire écrit au dos pour en faciliter l'usage.

#### **4-4-2 Volet curatif : l'organisation des traitements est-elle pertinente ?**

Le volet curatif a consisté en la mise en place de visites médicales annuelles dans les soixante écoles du projet et au traitement une fois par an des ectoparasitoses rencontrées. Le traitement des filarioses et des vers intestinaux n'a pas été assuré. En ce qui concerne les ectoparasitoses, leur traitement une fois par an n'est pas suffisant. Une petite réserve de médicaments est laissée aux directeurs à l'issue de la visite médicale, mais elle est insuffisante pour traiter les enfants le reste de l'année.

#### **4-4-3 Le projet a été efficace.**

Le dispositif a globalement bien fonctionné. Les activités prévues dans le volet prévention et dans le volet curatif ont été réalisées (formations, sensibilisations, diffusion des outils pédagogiques, supervision des uns et des autres, visites médicales, etc .. ).

#### **4-4-4 Cela a-t-il permis d'atteindre les objectifs poursuivis ?**

Autrement dit, le projet a-t-il été efficace ?

L'objectif poursuivi annoncé est

- l'amélioration des comportements en matière d'hygiène
- et l'amélioration de la santé des enfants en luttant contre les parasitoses ( filaires, vers intestinaux) qui sont des maladies qui peuvent être graves, et contre les ectoparasitoses ( poux, puces, teigne, gale ) qui sont beaucoup moins graves.

Le premier objectif, l'amélioration des comportements en matière d'hygiène, peut être considéré comme un objectif complémentaire. On sait que ce type d'objectif s'inscrit dans le long terme (5, 10, 20 ans) et qu'il dépend de multiples facteurs qu'on ne peut tous connaître et encore moins contrôler. Il est donc le plus souvent associé à des objectifs plus immédiats et plus « visibles ». Tel est le cas ici.

Les enquêtes montrent des différences significatives de comportement entre les groupes « dans » et « hors » projet. L'absence de données antérieures au début de l'action ne permet pas de faire une comparaison « avant /après ». Nous ne pouvons pas non plus estimer l'importance des modifications survenues, ni la part prise par l'action dans leur survenue.

Le deuxième objectif comportait deux volets.

- Le volet lutte contre deux parasitoses graves, qui donnait toute son importance et sa légitimité à l'action.

- Le volet lutte contre les parasitoses cutanées qui, sans être négligeable médicalement, avait surtout l'intérêt de donner une bonne visibilité à l'action, et d'y associer pratiquement les mères et les volontaires.

Le premier volet ( lutte contre les parasitoses graves ) a été abandonné sans qu'il en soit tenu compte. Les termes de référence en font encore mention comme objectif.

Il est difficile « d'examiner l'adéquation d'une démarche avec les objectifs poursuivis » quand ceux-ci sont modifiés à ce point sans qu'il en soit tenu compte.

En ce qui concerne le deuxième volet, lutte contre les ectoparasitoses, l'analyse des fiches recueillies en 2002 et en 2003 permettra peut-être d'objectiver une évolution de ces pathologies et d'évaluer l'influence du projet sur cette évolution.

#### ***4-4-5 Pérennité : Quelles sont les perspectives à la fin du programme et notamment les perspectives de prises en charge par le réseau des volontaires du CRCO ?***

L'évaluation de la pérennité du projet pose plusieurs questions :

- Que s'agit-il de pérenniser ? Autrement dit, quels sont les résultats acquis aujourd'hui ?
  - Les enfants dans projet disposent d'un enseignement amélioré de l'hygiène.
  - Ils bénéficient d'un contrôle amélioré de leur hygiène par les instituteurs et directeurs.
  - Eux et leurs familles bénéficient de sensibilisations à l'hygiène (réunions publiques et visites à domicile) dispensées par les volontaires du CRCO.
  - Les enfants sont examinés une fois par an par un infirmier, mais l'examen ne porte que sur le diagnostic et éventuellement le traitement (par les volontaires CRCO) des ectoparasitoses.

- Le CRCO dispose-t-il des moyens de poursuivre l'action ?

Moyens humains : En dehors de la déléguée CRF qui s'investit essentiellement sur les projets nouveaux ou en cours, toutes les ressources humaines sont locales. Il n'existe donc pas de problèmes majeurs à ce niveau.

Moyens organisationnels : L'organisation est rodée. Malgré quelques faiblesses déjà mentionnées ( suivi et adaptation insuffisante lors de la séparation avec le programme OMS, essoufflement des bénévoles ), le dispositif fonctionne et pourrait continuer sans la CRF.

Appui institutionnel : La santé scolaire et l'hygiène font partie des priorités des autorités de tutelle. Celles-ci mettent déjà du personnel au service du projet (directeurs, infirmiers). Elles sont favorables à ce que se poursuive une action qu'elles ne peuvent assurer actuellement et qu'elles soutiennent par la mise à disposition de certains personnels (directeurs d'école, infirmiers, deux des coordinateurs régionaux ).

Moyens financiers : Là réside le problème essentiel. S'il est vrai que le projet s'appuie sur un vaste réseau de bénévoles, celui-ci fonctionne grâce à un encadrement qui l'organise et le motive. Cet encadrement est constitué de :

- Les coordinateurs régionaux. Ils sont rémunérés actuellement par le projet et le CRCO ne sera pas en mesure d'assurer ces rémunérations à la fin de l'action. De plus, nous l'avons vu, ces coordinateurs occupent souvent un poste dans la fonction publique, en lien avec leur rôle de coordinateur, pour lequel ils sont aussi rémunérés par l'état. On

ne peut donc pas envisager que l'état comorien prenne en charge leur rémunération de coordinateurs régionaux à l'issue du projet.

- La coordinatrice santé du CRCO. C'est elle qui gère le projet au niveau central. Ce poste est actuellement financé par le projet. Le CRCO dit ne pas pouvoir assurer cette rémunération à la fin du projet.

Enfin, les visites médicales sont financées par le projet qui paie les infirmiers et les médicaments. Rien n'est prévu pour l'après projet.

En résumé, trois éléments dominent l'évaluation de la pérennité du projet :

- Le CRCO dispose des moyens humains, organisationnels et institutionnels de pérenniser l'action.
- Les résultats acquis sont actuellement minimes. Les ressources dont dispose le projet peuvent lui permettre d'être plus ambitieux. C'est même indispensable pour rester dans un rapport coût/efficacité acceptable.
- Les moyens financiers nécessaires à la pérennisation de l'action ont été sous-estimés. Sans poursuite de l'aide extérieure pendant une période à préciser, l'action sera interrompue sans résultats acquis.

Comme le disait un des partenaires : « Si nous arrêtons le projet cette année, c'est comme si nous avions jeté notre salive dans de l'eau ».

## 4-5 Perspectives

### 4-5-1 Dans quelle mesure ce programme doit-il être étendu ?

- Le programme doit d'abord être repensé, et notamment ses objectifs doivent être redéfinis.

Le document de projet, dont la rédaction date pourtant de juillet 2001, énumère successivement des champs d'activités principaux, des buts généraux, des objectifs, des objectifs spécifiques, des thèmes prioritaires et des résultats attendus. Le tout est cohérent et ambitieux, mais aussi vaste et imprécis, difficilement opérationnel pour les gestionnaires du projet ( cf annexe 8)

La suppression de la prise en charge du traitement des filaires et des vers intestinaux d'abord, la dispersion de l'équipe animatrice ensuite, auraient dû amener les gestionnaires à redéfinir le projet. Le cadre logique, et son adaptation aux événements, aurait trouvé là tout son intérêt. Cette étape est toujours indispensable et reste un préalable incontournable pour envisager une suite à l'action.

- Les actions déjà menées en milieu scolaire, le travail réalisé auprès des ministères pour promouvoir la santé scolaire (la rédaction du « projet de mise en place d'un système de santé scolaire aux Comores 2001-2006 »), la reconnaissance du leadership du CRCO/CRF en la matière par tous les partenaires, tout cela fait de la santé scolaire un thème de choix pour orienter la suite du projet. Elle l'était déjà, un peu comme une toile de fond. Elle devrait devenir centrale.

- Plus précisément encore, l'organisation mise en place permet au CRCO/CRF de pouvoir envisager la mise en place d'un système de santé scolaire modeste au départ (une consultation par an) mais étendu à toutes les écoles primaires des trois îles et prenant en charge l'enfant dans sa globalité et non pas uniquement ses problèmes dermatologiques.

#### **4-5-2 Dans quelle mesure le dispositif institutionnel doit-il être modifié ?**

Si une telle orientation était prise, le dispositif institutionnel ne nécessiterait que des adaptations minimales :

- Les tutelles (ministères et directions générales des îles) et les partenaires actuels devraient être associés à la conception de cette extension du projet, c'est à dire essentiellement informés, et sollicités en ce qui concerne les bailleurs potentiels.
- Les médecins chefs de district devraient voir leur rôle renforcé. La santé scolaire fait déjà partie de leur cahier des charges. Ils semblent être prêts à sa mise en place effective. Certains d'entre eux cherchent à mettre en place des visites médicales scolaires inspirées du dispositif CRF/CRCO, mais avec d'autres ONG (ID, CAP). Médecins chefs et ONG devraient être associés à l'extension du projet dès sa conception.
- Nous n'avons pas rencontrés de CIPR et nous ne connaissons pas leur rôle exact dans le dispositif de l'éducation nationale. Il faudrait s'assurer qu'ils n'ont pas un rôle à jouer dans le dispositif de santé scolaire qu'il serait préjudiciable d'ignorer.

#### **4-5-3 Quels éléments du programme devront faire l'objet d'un suivi particulier ?**

Trois éléments semblent être essentiels à suivre si l'action se poursuit :

- Ses aspects financiers, car la pérennité de l'action en dépend.

Comment financer de façon pérenne les visites médicales (soignants et médicaments) ? Dès le début de la suite de l'action les communautés pourraient sans doute les prendre en charge.

Comment préparer les différents partenaires au retrait de la CRF et du CRCO du système de santé scolaire mis en place ?

- Ses aspects techniques : il s'agit de doter le projet d'une organisation et d'outils communs ayant fait leurs preuves ailleurs, et de les suivre pour éventuellement les adapter aux Comores.
- Les volontaires : force vive du mouvement, il sera nécessaire de les associer à l'action tout en préparant leur retrait, car il n'est pas de la vocation du CRCO d'assurer la santé scolaire.

#### **4-6 En conclusion**

Le projet de lutte contre les parasitoses en milieu scolaire conduit par la CRF et le CRCO répondait à des besoins bien identifiés. Il a perdu une grande part de sa pertinence quand il s'est dissocié du programme OMS de lutte contre les filarioses. On peut d'ailleurs s'étonner de ce que le MAE, dans un même mouvement, ait apporté sa caution au projet en le cofinçant, et lui ait retiré sa pertinence en mettant comme condition au cofinancement la non intervention thérapeutique sur les filarioses et nématodoses intestinales.

Les activités prévues ont cependant été réalisées, hormis bien sûr celles liées à la lutte contre les filaires. Le dispositif institutionnel prévu a été mis en place et fonctionne. Le projet est efficient.

Les résultats attendus n'ont jamais été clairement définis. Le bouleversement que représentaient les exigences de l'OMS et du MAE aurait pu être l'occasion de redéfinir les résultats attendus et les objectifs à atteindre. Cela n'a pas été fait et tout le travail réalisé, qui est important, n'aura pour l'instant que peu d'efficacité si cette étape de redéfinition des objectifs n'est pas très rapidement réalisée.

La mise en place d'un système de santé scolaire dans toutes les écoles primaires semble être l'objectif qui permettrait d'utiliser au mieux le dispositif mis en place et les résultats des activités déjà menées.

Cette réorientation de l'action devra tenir compte du fait que, pour l'instant, le dispositif mis en place s'appuie sur un vaste réseau de volontaires, bénévoles, qui fonctionne grâce à la qualité de son encadrement. Ce dernier est financé par le projet. Et pour l'instant aucun relais n'est prévu pour ce financement. La viabilité et les perspectives de l'action dépendront donc aussi des réponses apportées aux problèmes financiers.

## **5 RECOMMANDATIONS**

### **5-1 Abandonner l'idée de complémentarité avec le programme OMS.**

Le programme OMS lutte contre les filaires et par voie de conséquence contre les vers intestinaux. Le projet CRF/CRCO lutte contre les ectoparasitoses et sensibilise à l'hygiène.

Il s'agit de deux actions distinctes.

Le projet CRF/CRCO a perdu sa légitimité et doit la reconstruire en se fixant de nouveaux objectifs.

Cela fait, des actions complémentaires pourront être menées. Par exemple, un contrôle épidémiologique de l'efficacité du programme OMS par l'Université de Tours, ou le renforcement de l'efficacité du traitement contre les filaires et les vers intestinaux dans les écoles par une deuxième distribution de médicaments lors d'une visite médicale organisée par le CRCO, à distance du passage de l'OMS.

### **5-2 Fixer de nouveaux objectifs au projet**

Pour tenir compte des acquis du projet, le thème de la santé scolaire semble devoir être conservé.

L'instauration, dès l'année prochaine, d'une visite médicale de médecine générale dans toutes les écoles primaires est un objectif envisageable, à plusieurs conditions :

- Se déterminer rapidement car des activités devraient être lancées avant la rentrée 2003-2004.
- Se donner un peu de temps dans le cadre du projet actuel en demandant un report de la fin du projet de six mois.
- Concevoir un nouveau projet avec demande de cofinancement sur trois ans pour mettre en place les mesures pouvant assurer la pérennité de l'action.
- Élaborer un cadre logique (voir dans l'annexe 7 l'ébauche proposée lors de la restitution sur place).

### **5-3 Mobiliser le dispositif institutionnel mis en place autour de ce nouvel objectif.**

- Associer les tutelles à l'élaboration du nouveau projet.
- Y associer aussi les bailleurs pour qu'ils inscrivent l'action dans leurs plans d'action annuels.

#### **5-4 Renforcer les liens CRF-CRCO**

Un nouvel accord de coopération devrait être signé, incluant notamment les nouvelles orientations données au projet. De manière générale, tout nouveau projet conduit en commun par les deux sociétés devrait faire l'objet d'une convention précisant les rôles de chacun, le mode de prise de décision. Le document de projet et le budget détaillé devraient être annexés à la convention.

#### **5-5 Favoriser l'appropriation du projet par le CRCO.**

- En négociant avec lui les nouvelles orientations à donner au projet.
- En instaurant des séances de travail régulières du binôme « responsable santé CRCO-déléguée CRF » dans les locaux du CRCO.

**5-6 Associer les médecins chefs de district à l'élaboration du projet** si l'option « mise en place de visites médicales scolaires » se confirme.

**5-7 Un référent technique spécialiste du domaine d'intervention du projet pourrait être associé à l'action.** Cela pourrait d'ailleurs se faire pour tous les projets de développement de la CRF, comme cela se fait dans la majorité des ONG de développement. Son rôle : -Conseiller le gestionnaire du projet au siège, et le délégué expatrié pour tous les aspects techniques.

-Garantir la cohérence technique de l'ensemble du projet, qui évolue dans le temps.  
-Apporter son expérience aux techniciens partenaires sur le terrain et crédibiliser l'ONG.

**5-8 Exploiter les données recueillies au cours des visites médicales 2002-2003 et en diffuser les résultats aux partenaires et aux communautés.**