

PROJET SANTÉ DAR NAIM



Equipe du Projet Santé Dar Naim au centre de santé Tab Salam Diam

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS 2006

Par

Diallo Amadou Malal : Chef de projet

Bâ Abdoulaye Samba : Responsable médical

Fatimata Oumar Diop : Responsable de la santé de la reproduction

Nos félicitations vont à l'ensemble du personnel du projet pour la qualité du travail fourni et tous les sacrifices consentis. Il s'agit de :

Direction du PSDN :

Kane Fatimétou, Responsable à la mobilisation sociale
Youssef Konté, Gestionnaire
Sy Boubacar, Chauffeur

Tab Salam Diam :

Unité I Ndèye Sy Koné, Sage femme responsable de l'unité I

Unité II Aïssata Sow Gaye, Sage femme surveillante

Unité III Anta Ndiaye, Infirmière médico-sociale, Responsable de l'unité III
Aïchétoù mint Arda, Infirmière médico-sociale, Responsable du l'unité de traitement de la tuberculose

CREN Marième Mbodj, Responsable du CREN

Ramata Sy, Auxiliaire de nutrition

Vaccination Moulimnine mint Baba, Auxiliaire de santé

Nouha Mint Isselmou, Infirmière médico-sociale

Service général

Diop Abdoulaye, Responsable de la Pharmacie et du laboratoire

Diallo Harouna et Marième mint Ahmed, Service Accueil

Coumba mint Saleck et Salké mint Didi, Filles de salle

Alioune O/ Yarg, Gardien

Tab EL Avia : Aïssata Baldé, Infirmière médico-sociale, Responsable du poste de santé

Habsa Bâ, infirmière médico-sociale

Dieynaba Bâ, Fille de salle

Tab El Khaïr : Binta Kébé, Infirmière médico-sociale

Ramatoulaye Gaye, Auxiliaire de santé

Mariem Mint Abdel Wahab, Fille de salle

Tab Teissir : Fatou Diop, Auxiliaire de santé

Fatou Fall, Fille de salle

En formation à l'ENSP

Aïchétoù mint Harouna

Maty mint Sid'Ahmed

Fatou Kiné Guèye

Nos remerciements vont au Conseil d'Administration et à la Direction de Caritas Mauritanie ainsi qu'aux responsables des autres projets Caritas.

Les populations de Dar Naïm s'associent à nous pour adresser des remerciements à tous nos partenaires :

- les autorités administratives,
- les partenaires financiers du projet,
- les autorités sanitaires, plus particulièrement le médecin chef de la moughataa de Dar Naïm et le DRPSS de Nouakchott,
- les comités de santé de Tab Salam Diam, de Tab El Avia et de Tab El Khaïr,
- Les ONG nationales et internationales

Et à tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué au développement du Projet.

Nos remerciements vont également à :

Dr Yves de Muizon

Dr Marie-Christine Rousseau

Mme Dominique Sanviti

Sr Delphina Valer

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition de la population de Dar Naïm par aire de santé et par groupe d'âge (recensement PSDN 2003)

Tableau II : Evolution de la population de Dar Naïm par année

Tableau III : Répartition de la population de Dar Naïm par aire de santé et par groupe d'âge en 2006 selon le taux d'accroissement retenu

Tableau IV : Suivi des femmes enceintes

Tableau V : Suivi des accouchements

Tableau VI : Planning familial

Tableau VII : Gynécologie

Tableau VIII: Suivi nutritionnel des enfants de 0 à 3ans

Tableau IX : Résultats de la vaccination de routine

Tableau X : Présentation du bouquet de prestations de la mutuelle

Tableau XI : Situation des adhésions en 2006, par zone géographique

Tableau XII : Comparaison entre le recouvrement des cotisations de 2005 et 2006

Tableau XIII : Coûts des soins

Tableau XIV : Fréquence des recours aux soins pour les mutualistes à jour de leurs cotisation

Tableau XV : Estimation du budget de la mutuelle en 2007

Tableau XVI : Situation financière des structures sanitaires

Liste des graphiques

Graphique I : Evolution des consultations prénatales au PSDN de 1995 à 2006

Graphique II : Evolution des accouchements au PSDN de 1995 à 2006

Graphique III : Causes de sortie des enfants sortis du CREN

Graphique IV : Répartition des malades par tranches d'âge

Graphique V : Les 10 principaux motifs de consultations au PSDN en 2006

Graphique VI : Activités du laboratoire en 2006

Graphique VII : Suivi des cotisations en 2005

Graphique VIII : Suivi du recouvrement des cotisations en 2006

Graphique IX : Evolution des recettes de TSD de 2004 à 2006

Liste des acronymes

CAL : Cellule Approvisionnement Logistique de Caritas Mauritanie

CREN : Centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle

DRPSS : Délégation Régionale pour la Protection sanitaire et sociale

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

IOV : Indicateur objectivement vérifiable

IST : Infection sexuellement transmissible

MSAS : Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

MEFS : Ministère de l'Enseignement Fondamental et Secondaire

OS : Objectif spécifique

OS1R1 : Objectif spécifique 1 Résultat 1

PSDN : Projet santé Dar Naïm

TEA: Tab EL Avia

TEK: Tab El Khaïr

TSD : Tab Salam Diam

TT: Tab Teïssir

1- Les réalisations

1.1 Description succincte du contexte

Origine du projet

Le projet a été initié en 1989 à la demande du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS). Toutes ses structures sanitaires figurent sur la carte sanitaire de la Direction Régionale pour la Promotion Sanitaire et Sociale (DRPSS). Il bénéficie de l'appui du MSAS dans les domaines suivants :

- la mise à disposition de personnel (05 agents) ;
- la chaîne de froid, les antigènes et les consommables pour la vaccination ;
- le matériel et médicaments pour le dépistage, le traitement et le suivi des tuberculeux ;
- les outils de gestion des soins (registres, fiches de suivi et de rapport d'activités) ;
- la prise en charge du coût de l'eau et de l'électricité des formations sanitaires du PSDN ;
- la supervision de l'équipe dans l'exécution des activités techniques ;
- la formation continue et la formation diplômante du personnel (03 agents en formation à l'ENSP).

Problèmes à résoudre

La pérennité du système est basée sur l'engagement des bénéficiaires pour parvenir à l'autonomie et à l'autogestion des services de santé. Mais le bénévolat est un exercice très difficile dans un contexte périurbain précaire composé de familles venant d'horizons divers qui fait que le tissu social demeure encore fragile.

Les principaux problèmes identifiés sont relatifs aux situations suivantes :

- faible participation des membres des comités de santé ;
- insuffisance de l'accessibilité aux soins surtout au niveau de la référence ;
- absence d'un mode d'organisation préparant à l'autonomisation ;
- concertation insuffisante avec les autres acteurs de santé de la moughataa.

1.2 Présentation du programme triennal 2004- 2006

- **Objectif global**

Les conditions de vie de la population de Dar Naïm sont améliorées.

- **Objectifs Spécifiques¹**

OS1: une offre de soins de qualité, accessible à tous, est proposée à la population de Dar Naïm

OS2: La participation de l'ensemble des acteurs dans la gestion du système de santé est renforcée

OS1R1. L'accès à des soins de qualité est amélioré

OS1R2: La participation financière des bénéficiaires est adaptée à la capacité contributive du plus grand nombre

OS1R3: Les plus démunis sont pris en charge

OS2R4: Les comités de santé sont opérationnels

OS2R5: Une nouvelle structure de gestion du système de santé, autonome et impliquant l'ensemble des acteurs, est mise en place

OS2R6: La complémentarité avec les activités des autres organismes intervenant dans la zone de Dar Naïm est renforcée

¹ Indicateurs du programme en annexe I page 19

- ***Les grands principes de l'intervention***

La stratégie du projet a été d'emblée axée vers cinq pôles :

1° L'intégration de la structure de santé à la carte sanitaire régionale par un travail en concertation avec la Direction régionale de la protection sanitaire et sociale (DRPSS), l'équipe départementale de santé et le comité de gestion.

2° L'appropriation de la structure de santé par la population grâce à :

- L'implication des élus locaux à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre du projet (il a été conçu et exécuté avec le maire de la commune).
- La création d'association d'usagers (chaque association désigne en son sein un comité de santé de 6 membres au moins).

3° La recherche d'une autonomie dans la gestion financière des activités curatives par une qualité de l'accueil et des soins favorisant un taux de fréquentation suffisant. La disponibilité du service 24h/24 par l'adjonction de logements de fonction créant ainsi une appartenance au quartier.

4° L'accessibilité des soins

- l'accessibilité géographique : un poste de santé tous les trois kilomètres.
- l'accessibilité financière par un recouvrement des coûts adapté au niveau de vie des usagers,
- l'appui à la constitution d'une mutuelle de santé
- la création d'un fonds de solidarité pour les indigents.

5° La responsabilisation des différents acteurs

Responsabilisation des populations sur la prise en charge de sa santé et la gestion des ressources par les agents de santé.

Le système mis en place a pour but de favoriser :

- un usage rationnel des services médicaux
- l'augmentation des compétences techniques
- le renforcement des capacités de gestion
- la promotion de la mutuelle de santé

Pour asseoir ce système la direction du projet organise :

- une réunion d'excellence tous les 15 jours
- une supervision régulière
- un système continu de collecte et d'analyse de données.

1.3 Zone d'intervention

Le quartier Dar Naïm a vu le jour suite à la sécheresse qui a sévi en Mauritanie il y a vingt ans. Dar Naïm est situé à l'est de l'aéroport de la ville, entre la route de l'Espoir et celle d'Akjoujt. Il mesure 15 Km de long sur 5 km de large. Les infrastructures ont suivi lentement et sont loin d'être achevées ; trois routes goudronnées permettent l'accès au quartier, les points d'eau sont peu nombreux et seule une partie du quartier est électrifiée. Les égouts n'ont pas été construits, l'évacuation des eaux usées ne se fait pas. L'habitat est horizontal et précaire ; beaucoup de parcelles loties ne sont pas construites, surtout à Teissir, et les maisons construites habituellement en bloc de ciment restent souvent inachevées ; il n'est pas rare de voir des tentes dressées dans les parcelles. Dans les secteurs non lotis de Hay Saken et Zaatara on trouve des baraques en tôles rouillées.

1.4 Les partenaires impliqués

Le projet a été initié à la demande du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) et toutes ses structures sont représentées dans la carte sanitaire. Il bénéficie de l'appui du MSAS dans différents domaines :

- mise à disposition d'agents de santé² ;
- prise en charge des coûts de l'eau et de l'électricité dans trois structures de santé (TSD, TEA et TEK)
- chaîne de froid, antigène et consommables pour la vaccination
- soutien du volet de lutte contre la tuberculose par l'équipement du laboratoire (microscope, réfrigérateur et réactifs), la fourniture d'antituberculeux et la supervision ;
- approvisionnement du projet en produits contraceptifs pour permettre un accès gratuit des bénéficiaires à ces produits ;
- fourniture d'outils de gestion des soins : registres, fiches de suivi, formulaires de rapports d'activités etc.

Malheureusement, les supervisions et la coordination faites par la Délégation Régionale à la Promotion Sanitaire et Sociale (DRPSS) sont insuffisantes.

La collaboration avec l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers permet d'obtenir régulièrement une évaluation externe du volet mutuelle de santé

On note aussi une bonne collaboration avec le Préfet du département et d'autres projets de développement de Caritas Mauritanie. Par ailleurs, le PSDN entretient d'excellentes relations de partenariat avec d'autres ONG de développement : Doulos, ADRA M³, World Vision, MSF, Medicos del Mundo⁴, FLM, Terres des Hommes, Naître & Grandir Mauritanie⁵.

1.5 Les groupes cibles

La population de la Moughataa de Dar Naïm se chiffre à 65.476 habitants (recensement 2003 du PSDN actualisé sur la base d'un accroissement annuel de 3,25%) et comporte 44% de jeunes de moins de 15 ans et 27% de femmes en âge de procréer (15 – 45 ans). Les habitants du quartier viennent d'horizons divers et se sont organisés en coopératives, associations, centre de promotion féminine, etc. Ils ont subi au cours de ces dernières années un grand bouleversement social, avec la quasi disparition du nomadisme ancestral. L'aire d'intervention du projet quant à elle recense 50.742⁶ habitants qui sont autant de bénéficiaires potentiels.

Tableau I : Répartition de la population de Dar Naim par aire de santé et par groupe d'âge (recensement PSDN 2003)

Groupe d'âge	Tab Teissir	Tab Salam Diam	Tab El Avia	Tab El Khair	Centre MSAS	Total
0-1an	274	995	322	335	556	2482
1-5 ans	971	3527	1142	1188	1971	8799
5-15 ans	1633	5935	1922	2000	3318	14807
Femmes en âge de procréer	1756	6381	2066	2150	3567	15920
Hommes	1375	4995	1617	1683	2792	12462

² Annexe II : Ressources humaines

³ ADRA et Doulos apportent un appui au PSDN dans la prise en charge des enfants malnutris par la fourniture de produits alimentaires

⁴ Medicos del Mundo appuie le projet dans la lutte contre la tuberculose

⁵ Naître et Grandir Mauritanie a mis en place en collaboration avec Caritas Mauritanie un système de surveillance de la sécurité alimentaire

⁶ Actualisé sur la base d'une croissance annuelle de 3,25%

Adultes>45 ans	553	2010	651	677	1124	5016
Total	6562	23842	7720	8034	13328	59486

Tableau II : Evolution de la population de Dar Naïm par année

(Taux d'accroissement annuel : 3,25%)⁷

Années	2003	2004	2005	2006
Aires de santé				
Tab Teïssir	6 562	6 775	6 995	7 223
Tab Salam Diam	23 843	24 618	25 418	26 244
Tab El Avia	7 720	7 971	8 230	8 497
Tab El Khair	8 033	8 294	8 564	8 842
Centre MSAS	13 328	13 761	14 208	14 670
Total	59 486	61 419	63 415	65 476

Tableau III : Répartition de la population de Dar Naim par aire de santé et par groupe d'âge en 2006 selon le taux d'accroissement retenu

Groupe d'âge	Tab Teïssir	Tab Salam Diam	Tab El Avia	Tab El Khair	Centre MSAS	Total
0-1an	302	1095	354	369	612	2732
1-5 ans	1069	3882	1257	1308	2169	9685
5-15 ans	1797	6533	2116	2201	3652	16299
Femmes en âge de procréer	1933	7024	2274	2367	3926	17523
Hommes	1513	5498	1780	1852	3073	13717
Adultes>45 ans	609	2212	717	745	1237	5520
Total	7223	26244	8497	8842	14670	65476

1.6 Actions réalisées (état d'avancement, classé suivant les résultats du cadre logique)

OS1R1. L'accès à des soins de qualité est amélioré

- **L'organisation des activités de soins**

- **L'intégration des soins**

Rappel : Le projet comprend 1 Centre de soin à Tab Salam Diam (3 unités) et 3 postes de santé (Tab El Avia, Tab El Khair, Tab Teïssir).

- Les 3 postes de santé offrent les soins suivants : consultation, suivi nutritionnel, vaccination, accouchements...)

- Depuis 2004, les 3 unités du Centre de TSD qui étaient jusque là spécialisées dans un type de soin offrent désormais des soins intégrés au même titre que les postes de santé. Ce nouveau système a deux

⁷ Source : Délégation régionale à la promotion sanitaire et sociale de Nouakchott : PACIL/Projet de développement social volet connaissance du milieu (Communes de Dar Naïm, Sebkhah et Toujounine ; Septembre 05)

avantages : optimisation des moyens en personnel, plus grande discrétion pour les patients dont la maladie n'est plus identifiée dès leur entrée dans la salle de soins.

En plus de ces 3 unités, le Centre de Santé dispose d'une maternité, d'une pharmacie, d'un laboratoire et d'un Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnel (CREN).

Les enfants de 0 à 3 ans reçus dans les structures sanitaires du PSDN sont pesés systématiquement. Tout enfant dont le rapport Poids/taille est inférieur à 80% est orienté au CREN afin que soit déterminée la nature de sa prise en charge. Ceux souffrant de malnutrition grave (Rapport Poids Taille < 75%) sont admis en hôpital de jour, les autres (rapport poids taille compris entre 80 et 75%) sont suivis en ambulatoire et bénéficient de visites à domicile.

➤ *La continuité des soins*

Afin de personnaliser les soins et d'en assurer la continuité, un malade traité dans une unité est suivi par elle pour toutes autres demandes de soins. La billetterie a la charge de ventiler les nouveaux malades et de veiller à leur bonne répartition afin d'éviter les déséquilibres.

Le système de gestion de la continuité des soins, visant à éviter une rupture prématurée des traitements des malades chroniques par la gestion des rendez-vous permet de relancer les intéressés et favorise un meilleur suivi.

Les trois médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre et dermatologue) qui ont organisé des consultations à TSD en 2005 pour renforcer cette continuité des soins ont arrêté leurs interventions dans le courant de l'année. Leurs nouvelles affectations ne leur permettent plus de s'investir dans les activités du PSDN par ailleurs bénévoles.

• *Le suivi des femmes enceintes*

Tableau IV : Suivi des femmes enceintes

Structures sanitaires	Femmes enceintes suivies	Grossesses attendues	Taux de couverture	Total Consultations prénatales	Nombre de consultations par femme
Tab Salam Diam	1130	1312	86%	3545	3,14
Tab El Avia	375	425	88%	964	2,57
Tab El Khaïr	513	442	116%	1261	2,46
Tab Teïssir	176	361	49%	605	3,44
Total PSDN	2 194	2 540	86%	6 375	2,91

2.194 femmes enceintes suivies pour 2.540 grossesses attendues⁸ ce qui donne un taux de couverture de 86% (cible 95%). Le graphique I montre une réelle augmentation du nombre des consultations prénatales chaque année

6.375 consultations prénatales ont été faites au profit de ces 2.194 femmes soit 2,91 consultations par femme (assez proche de la cible de 3,4 visée). Cette moyenne est assez appréciable au regard de la moyenne nationale qui est à 2 consultations par femme.

Le bilan de grossesse est prescrit à la première consultation prénatale et comprend : le groupage sanguin + facteur rhésus, le dépistage de la syphilis et le taux de l'hémoglobine. En cas d'anémie grave le suivi est fait avec la numération et la formule sanguine.

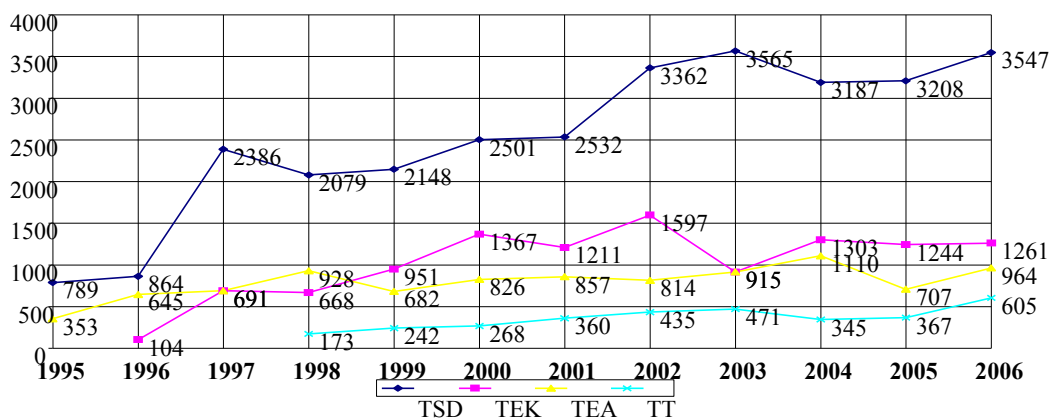
193 séances ont été animées sur les thèmes suivants :

- suivi de la grossesse
- accouchement assisté
- hygiène

⁸ Estimation faite sur la base d'un recensement par aire de santé de la population réalisée en 2003 par le PSDN et d'une projection selon le taux de croissance démographique annuel.

- allaitement maternel
- vaccination
- planification familiale
- mutilations génitales féminines

Graphique I : Evolution des consultations prénatales au PSDN de 1995 à 2006



➤ **Accouchements assistés**

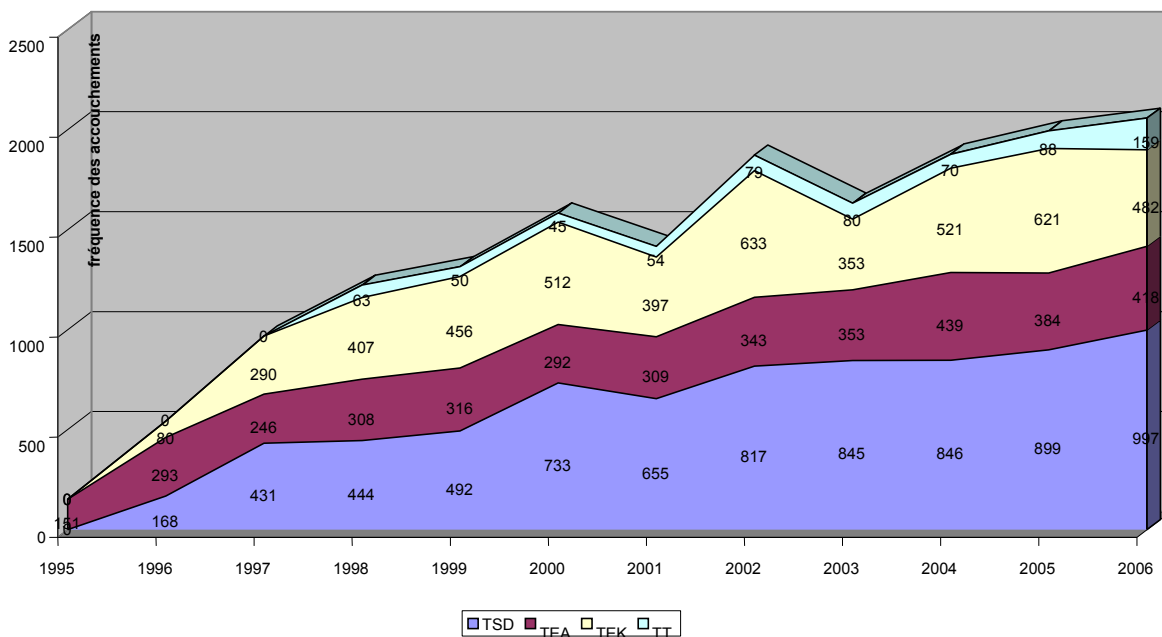
Tableau V : Suivi des accouchements

Structures sanitaires	Nombre d'accouchements	Accouchements attendus	Taux de couverture
Tab Salam Diam	997	1181	84%
Tab El Avia	418	382	109%
Tab El Khaïr	482	398	121%
Tab Teïssir	159	325	49%
Total PSDN	2056	2286	90%

2.056 accouchements ont été pratiqués dans les maternités du PSDN sur 2.286 accouchements attendus soit 90% (cible de 90%), globalement on observe une bonne couverture des accouchements assistés. L'excellente progression de la couverture des accouchements à Tab Teïssir (88 en 2005 et 159 en 2006) pourrait être liée au développement du quartier. De nombreuses familles viennent de s'installer à proximité du poste de santé.

La progression de la couverture des accouchements assistés (Graph II) est très bonne de 1996 à 2006, le nombre d'accouchements dans les formations sanitaires du projet est passé de 500 à 2.056 en 10 ans.

Graphique II : Evolution des accouchements au PSDN de 1995 à 2006



Maternité de Tab Salam Diam : Mise au sein immédiate de l'enfant après l'accouchement

➤ *Planification familiale (PF)*

Tableau VI : Planning familial

Structures sanitaires	Nouvelles	Anciennes	Total
Tab Salam Diam	386	1447	1833
Tab El Avia	63	181	244
Tab El Khaïr	56	137	193
Tab Teïssir	91	448	539
Total PSDN	596	2213	2809

- Selon la politique nationale de santé, les produits contraceptifs sont fournis gratuitement aux bénéficiaires afin de favoriser l'espace des naissances. Pour ce faire, le MSAS par le biais de son programme national de la santé de la reproduction approvisionne toutes les structures de santé du pays. On note une bonne amélioration dans la fourniture en produits contraceptifs, mais quelques difficultés subsistent encore. Ainsi, En 2006, 2.809 Femmes ont été suivies en consultations de planification familiale dont 596 nouvelles. Ces chiffres étaient en 2005 de 2.090 anciennes et 484 nouvelles.

➤ *Gynécologie*

Tableau VII : Gynécologie

Structures sanitaires	Cas traités dans les structures du PSDN						Total
	Syphilis	Stérilité primaire	Stérilité secondaire	Écoulement génital	Ulcérations génitales	Autres	
Tab Salam Diam	16	16	132	541	35	448	1188
Tab El Avia	12	0	0	81	7	197	297
Tab El Khaïr	6	0	0	224	24	195	449
Tab Teïssir	0	0	1	223	26	190	440
Total PSDN	34	16	133	1069	92	1030	2374
%	1%	1%	6%	45%	4%	43%	

Les IST (syphilis, écoulement génital et ulcérations génitales) représentent le principal motif de consultation gynécologique (50%) ce qui renforce l'intérêt de la mise en place d'un centre de dépistage du VIH dans le projet.

Dans « Autres » sont regroupées toutes les affections pelviennes féminines (dysménorrhées, troubles du cycle, douleurs pelviennes idiopathiques etc.).

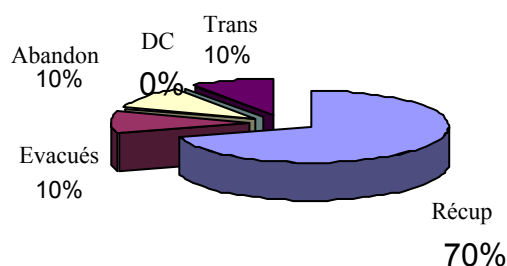
Les consultations pour stérilité sont passées de 44 en 2005 à 149 en 2006 du fait du passage régulier de la gynécologue dans les 6 premiers mois de l'année.

➤ *Le suivi nutritionnel des enfants de 0 – 5 ans*

Tableau VIII : Suivi nutritionnel des enfants de 0 à 3ans

Structures sanitaires	Enfants pesés	Bon état nutritionnel	Malnutrition modérée	Malnutrition grave
Tab Salam Diam	4649	4231	372	46
Tab El Avia	2061	1861	169	11
Tab El Khaïr	1933	1749	155	29
Tab Teïssir	1 963	1891	51	21
Total PSDN	10 387	9 505	765	97

Graphique III : Causes de sortie des enfants sortis du CREN



En 2006, 183 enfants admis au CREN sont sortis dont 70% (129 enfants) guéris, 10% (19) abandons, 10% (18) transferts vers d'autres CREN et 10% (18) référés à la pédiatrie de l'hôpital.

Il est à noter qu'aucun décès n'a été déploré au CREN cette année.

Sachant que les mères sont hospitalisées au CREN tous les jours de 8h à 15h avec leurs enfants, les causes d'abandon sont souvent liées à plusieurs phénomènes dont les plus courants sont : les difficultés liées à la prise en charge des autres enfants restés à la maison et la nécessité pour les mères chef de ménage de mener des activités économiques.



CREN de TSD : Soins d'un enfant hospitalisé

➤ *La vaccination*

Tableau IX : Résultats de la vaccination de routine

Vaccins CS	Groupe Cible	BCG	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	DTC 1	DTC 2	DTC 3	RVX	HB1	HB2	HB3
TSD	1095	870	832	673	633	575	673	633	575	454	528	476	454
TEA	355	384	384	289	256	207	289	256	207	187	487	72	145
TEK	369	400	382	362	293	253	362	293	253	200	280	252	200
TT	301	139	120	153	172	149	153	172	149	141	138	163	136
Total	2120	1793	1718	1477	1354	1184	1477	1354	1184	982	1433	963	935
%		85%	81%	70%	64%	56%	70%	64%	56%	46%	68%	45%	44%

BCG : Vaccin contre la tuberculose

Polio : Vaccin contre la poliomyélite (administré en 4 doses)

DTC : Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (administré en 3 doses)

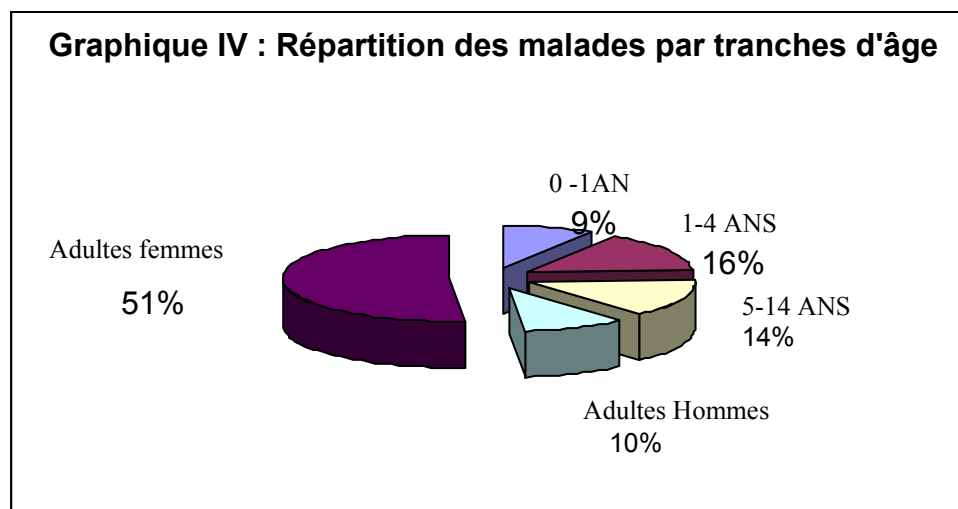
RVX : Rouvax (vaccin contre la rougeole)

HB : Vaccin contre Hépatite B (administré en 3 doses)

Le PSDN organise des séances de vaccination de routine dans toutes les structures sanitaires du projet. Les enfants de 0 à 11 mois sont la population cible, ils sont au nombre de 2.120 en 2006 selon le recensement de l'aire de santé réactualisée. Ainsi, 85% des enfants sont vaccinés contre la tuberculose, 56% ont reçu les 3^{ème} dose des vaccins contre la poliomyélite et la DTC (diphtérie, tétanos et coqueluche) et 46 % (982) sont protégés contre la rougeole et 44% ont reçu la 3^{ème} dose du vaccin contre l'hépatite B.

➤ *Les activités de consultations générales*

Le PSDN a réalisé 33 482 consultations en 2006 contre 30.156 en 2005 soit une progression de 11%. L'aire de santé du PSDN couvre une population de 50.742 habitants (recensement du PSDN en 2003 réactualisé) soit un taux de fréquentation de 66%. 90% de ces consultations ont été faites au profit des femmes et des enfants (population considérée comme à risque élevé de maladie par le projet)



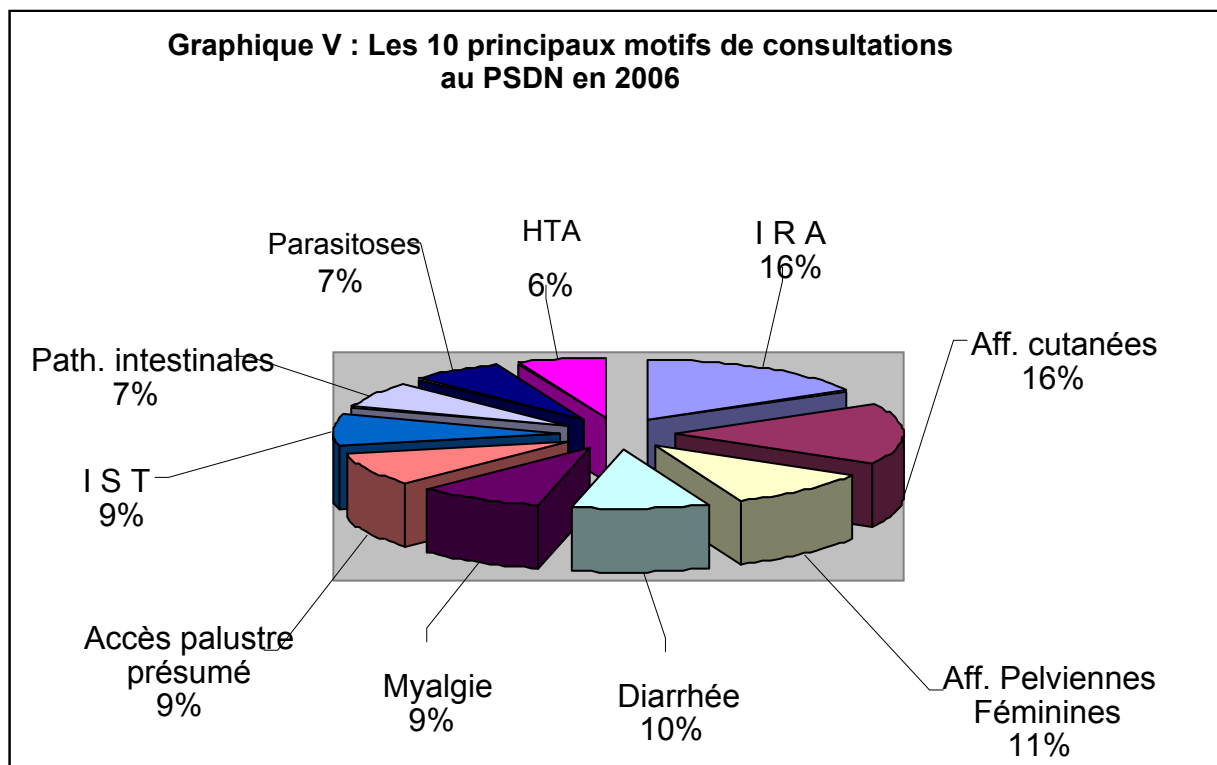
➤ *Les principales pathologies*

Le 1^{er} motif de consultation est l'infection respiratoire aigüe (IRA) : 16% (4.240) ; suivie des Dermatoses 13% (4.042). Les infections sexuellement transmissibles représentent 9 % du groupe des dix pathologies les plus fréquentes soit un malade sur 10. Ceci est préoccupant par rapport à l'extension de la pandémie du SIDA et montre la pertinence de la mise en place d'un centre de dépistage du VIH à TSD et du renforcement du programme de sensibilisation et d'information sur les IST/SIDA.

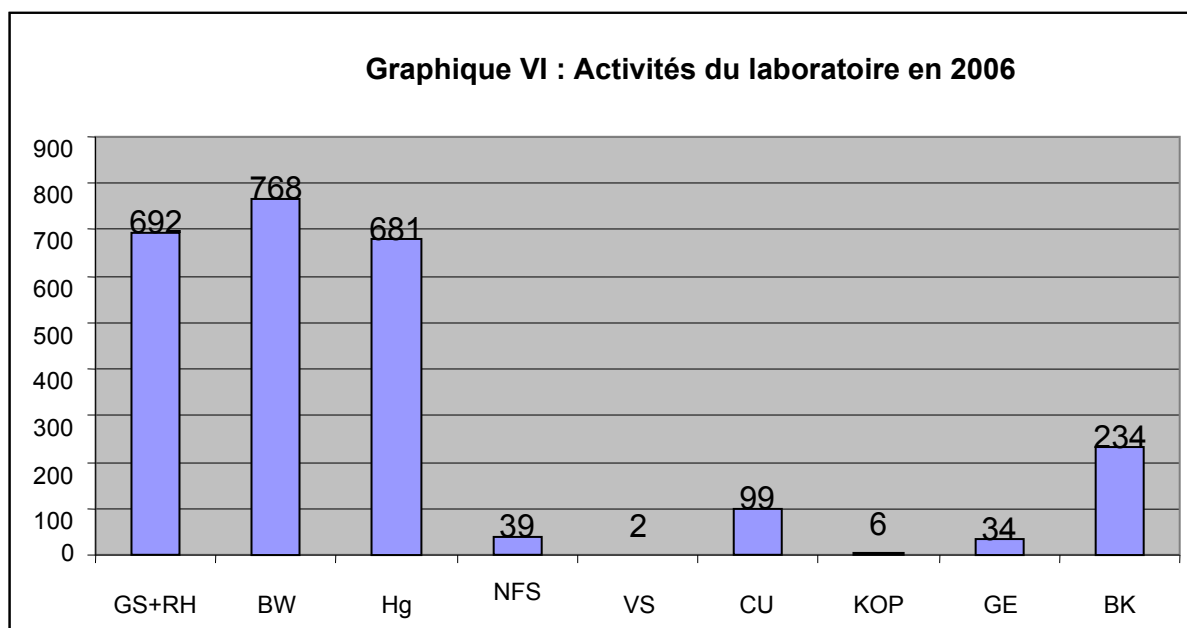
Les Hypertensions artérielles (HTA) 6% (1.575 cas) arrivent dans le groupe des 10 pathologies les plus fréquentes. L'adoption en 2006 de certaines mesures de nature à favoriser l'accessibilité et la continuité des soins pour ce groupe de malades serait l'élément déterminant de la hausse de cette demande de soins.

Ces mesures sont :

- la gestion des rendez-vous
- la réduction du coût des médicaments prescrits à ces malades



➤ *Les activités du laboratoire*



GS+RH : Groupe sanguin avec rhésus

BW : Bordet Wassermann (Examen pour le dépistage de la syphilis)

Hg : Hémoglobine

NFS : Numération formule sanguine

VS : Vitesse de sédimentation des hématies

CU : Culot urinaire

KOP : Kystes Œufs Parasites (Examen de selles)

GE : Goutte épaisse

BK : Bacille de Koch

Les 768 BW ont permis de dépister 16 cas de syphilis à chaque fois, le traitement a pris en compte les couples.

OS1R2: La participation financière des bénéficiaires est adaptée à la capacité contributive du plus grand nombre

- ***L'accessibilité financière aux soins***

- ***La mutuelle de santé***

La mutuelle a amélioré progressivement le bouquet et le niveau des prestations fournies à ses membres.

Tableau X : Présentation du bouquet de prestations de la mutuelle

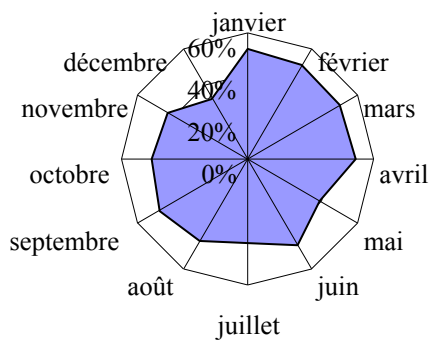
Prestations	Couverture
Hôpital	
Forfait Hospitalisation	20 000 UM
Forfait Accouchement	5 500 UM
Malade suivi en ambulatoire (plafond)	5 000 UM
L'opération chirurgicale au cours d'une césarienne	100%
Médicaments achetés en pharmacie privée	50%
Centre et Poste de santé	
Consultations + médicaments génériques	50 UM 100%
Bilan de grossesse	75%
Accouchement	75%
Examens complémentaires	75%
Soins dentaires	50%

Tableau XI : Situation des adhésions en 2006, par zone géographique

Zones	Fin 2 005	Nouvelles adhésions en 2 006	Radiations en 2006	Total adhérents fin 2006
Dar Salam	2 999	172	657	2 514
Hay Saken	955	176	212	919
Tab Salam Diam	1 163	630	225	1 568
Eolienne	454	122	91	485
Maison des jeunes	626	431	95	960
Zaatar	530	462	233	759
Tensoueilem	308	45	56	297
Total	7 035	2 038	1568	7 503

Au 31 décembre 2005 la mutuelle comptait 7.035 adhérents. En 2006, 2.038 nouveaux adhérents ont été enregistrés ce qui donne une progression de 29%. Malheureusement pendant cette période, 1.568 membres ont été radiés pour un retard de cotisation supérieur à 6 mois. En 2005, seulement 705 bénéficiaires étaient dans la même situation. La vie politique du pays (renouvellement des deux chambres du parlement et des conseils municipaux) n'a pas favorisé une bonne participation des responsables de la mutuelle au système de recouvrement des cotisations.

Graphique VII : Suivi des cotisations en 2005



Graphique VIII : Suivi du recouvrement des cotisations en 2006

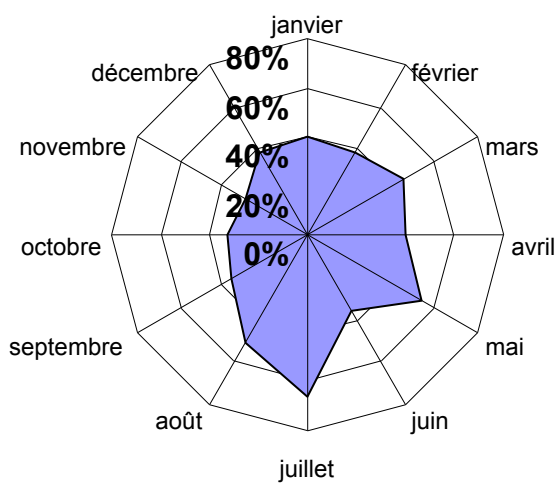


Tableau XII : comparaison entre le recouvrement des cotisations de 2005 et 2006

(a) Suivi des cotisations 2005 (en UM)				(b) Suivi des cotisations 2006 (en UM)			
Mois	<u>cotisations attendues</u>	Cotisations perçues	%	Mois	Cotisations attendues	Cotisations perçues	%
janvier	227 800	118 300	52%	janvier	353 300	142 300	40%
février	231 050	117 750	51%	février	356 300	135 100	38%
mars	234 650	117 600	50%	mars	363 600	166 650	46%
avril	237 100	122 200	52%	avril	369 350	148 100	40%
mai	251 650	98 950	39%	mai	385 950	207 000	54%
juin	269 500	128 500	48%	juin	391 500	142 150	36%
juillet	284 000	113 000	40%	juillet	319 692	210 400	66%
Août	304 000	136 000	45%	août	359 592	182 500	51%
septembre	307 900	150 450	49%	septembre	362 042	129 350	36%
octobre	323 700	147 600	46%	octobre	364 092	121 450	33%
novembre	292 600	143 550	49%	novembre	366 742	106 900	29%
décembre	324 900	119 950	37%	décembre	375 242	142 750	38%
Total	3 288 850	1 513 850	47%	Total	4 367 402	1 834 650	42%

En 2005 la mutuelle avait enregistré 1.513.850 UM de cotisations ; en 2006 ce montant s'élève 1.834.650 UM, soit une progression de 21%. Comme expliqué plus haut, 2006 a été une année de campagnes électorales en Mauritanie ce qui a réduit considérablement les activités de sensibilisation et d'information réalisées par la mutuelle de santé. Néanmoins le « bouche à oreille » a permis de contribuer à l'obtention des résultats observés.

Une baisse est observée du mois d'octobre à celui de décembre, cette période couvre les mois du Ramadan et celui de la Tabaski. Ces événements occasionnent beaucoup de dépenses chez les mauritaniens et chaque année on note une baisse du recouvrement des cotisations de la mutuelle de santé.

Tableau XIII : Coûts des soins (en Ouguiyas)

Prestations	Coûts des soins	Nb d'actes	coût moyen
		pris en charge	
Consultations+médicaments dans le CS et postes de santé	982 653	3 460	284
Analyses de laboratoire dans les CS	51 185	55	931
Pharmacies privées	110 487	160	691
Soins dentaires	3 150	7	450
Accouchement normal	81 615	63	1 295
Accouchement à l'hôpital	27 500	5	5 500
Césariennes	180 000	6	30 000
Soins ambulatoires à l'hôpital	92 800	32	2 900
Hospitalisation	660 000	33	20 000
Total	2 189 390	3 821	573

3.821 actes de soins ont été offerts aux mutualistes en 2006. Sachant que la mutuelle compte 7.503 bénéficiaires pour la même période on pourrait estimer le taux de recours aux soins à 51%.

Cependant, si l'on considère que les 3.821 actes ont été offerts à 2.401 bénéficiaires à jour de leurs cotisations⁹, ce taux est de 159% (voir tableau ci-dessous : Fréquence des recours). En 2005, il était de 125%¹⁰.

Cette situation pourrait être causée par le fait que l'adhésion à la mutuelle est motivée par l'existence de malades chroniques dans la famille. C'est ce qu'on appelle une sélection adverse.

Tableau XIV : Fréquence des recours aux soins pour les mutualistes à jour de leurs cotisation

	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Déc
Bénéficiaires à jour¹¹	1 908	1 808	2 046	2 367	2 367	2 406	2 500	2 597	2 600	2 873	2 496	2 845	
Consultations + médicaments	183	227	264	207	321	301	290	408	334	313	327	285	3460
Accouchement normal	5	9	5	4	6	0	4	7	3	5	11	4	63
Examens de laboratoire	2	8	3	4	13	6	7	2	1	1	6	2	55
Pharmacie privée	4	11	13	16	15	28	28	21	7	6	5	6	160
Soins dentaires	0	0	0	1	0	4	0	1	0	0	1	0	7
Hospitalisations	1	5	6	0	6	1	1	2	3	3	1	4	33
Soins ambulatoires	3	3	0	5	1	4	4	3	5	1	0	3	32
Accouchements à l'hôpital	1	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	5
Césariennes	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	0	1	6
Total Actes par mois	199	263	291	237	363	347	334	444	354	333	351	305	3 821
Taux de recours par mois	10%	15%	14%	10%	15%	14%	13%	17%	14%	12%	14%	11%	159%

Le coût global des soins est de 2.189.390 UM et les recettes des cotisations s'élèvent à 1.834.650 UM soit un taux de recouvrement de 83%. Il est permis d'en déduire que les recettes de la mutuelle ne couvrent plus les coûts des soins. En effet, le budget de la mutuelle en 2006 n'a pu être équilibré que grâce aux réserves des années précédentes. Différents phénomènes sont à l'origine de cette situation :

- le montant de la cotisation n'a pas suivi l'évolution du bouquet de prestations (cf. : rapport d'activités 2005)
- la population connaît mieux les avantages que l'on peut tirer de la mutuelle et pratique la sélection adverse,
- les coûts des prestations de soins dans les formations sanitaires augmentent chaque année.

Il ressort de cette analyse la nécessité de relever le niveau de la cotisation pour éviter de creuser le déséquilibre financier.

Au 31 décembre 2006, la mutuelle comptait 1.630 familles et 7.503 bénéficiaires (4,6 personnes en moyenne par famille). Elle a enregistré 472 nouvelles familles dans le courant de l'année contre 699 en 2005.

A partir de ces données et du coût des soins en 2006, il est possible sur la base de certaines hypothèses de proposer plusieurs scénarios pour adapter le niveau des cotisations à celui de la couverture actuelle de la mutuelle :

- Réaliser une bonne campagne de sensibilisation en 2007 pour obtenir l'adhésion d'au moins 600 familles soit environ 2.760 nouveaux bénéficiaires. Ce qui porterait le nombre total de bénéficiaires à 10.265 personnes.
- Mettre en place un bon système de recouvrement des cotisations afin d'arriver à un taux de recouvrement à 70%.
- Rehausser la cotisation à 60 UM (de l'ordre de 0,18 €) par mois et par bénéficiaire.

Si ces conditions étaient réunies, il serait possible d'avoir le scénario suivant :

⁹ Condition indispensable pour être couvert par la mutuelle

¹⁰ Rapport d'activités 2005

B

¹¹ Payer régulièrement ses cotisations est une condition indispensable à l'accès de la prise en charge par la mutuelle

Tableau XV : Estimation du budget de la mutuelle en 2007**Estimation des recettes (en Ouguiyas)**

Nbre d'anciens bénéficiaires attendus	7 505	Cotisation mensuelle bénéficiaire	60
Nbre de nouveaux bénéficiaires attendus	2 760	Cotisation annuelle bénéficiaire	720
Nbre total de bénéficiaires attendus	10 265	Durée de la période d'observation	4 mois
Nouvelles familles	600	Montant droit d'adhésion	200
Droits d'adhésion	120 000		
Cotisations anciens bénéficiaires	3 782 520		
Cotisations nvx bénéficiaires	695 520 ¹²		
Total recettes	4 598 040		

Estimation des charges (en Ouguiyas)**Soins**

Estimation du coût des soins annuel par bénéficiaire			Estimation du coût annuel des soins	
Tx de couverture des bénéficiaires	Coût moyen	Coût moyen annuel par adhérent	Prestations anciens bénéficiaires	3 440 292
80%	557	446	Prestations nvx bénéficiaires	421 728
			Sous total	3 862 020

Autres charges

Marge de sécurité	8%	308 962
Frais de fonctionnement	6%	236 275
Sous total		545 237
Total charges :		4 407 257
Résultat :		190 783

OS1R3: Les plus démunis sont pris en charge***La prise en charge des indigents***

L'identification des indigents a été confiée à la responsable de la mobilisation sociale du projet (Inspectrice de l'enseignement détachée au PSDN). Elle est appuyée par une commission de 6 membres composée des 4 responsables des formations sanitaires du PSDN, du responsable médical du projet et du président de la mutuelle de santé. Cette commission est chargée de valider le travail fait lors de l'identification des indigents et de gérer le fonds d'équité.

Le projet paye à la mutuelle l'adhésion et les cotisations des familles répondant aux critères d'indigence définis par la commission.

En 2006, 42 familles (202 personnes) ont été classées parmi les plus démunies du quartier par la commission. En plus de la couverture offerte dans le cadre de la mutuelle de santé, ces familles ont bénéficié de 71 prises en charge pour couvrir les soins suivants :

- 63 consultations avec achat d'ordonnances
- 3 hospitalisations
- 2 échographies

¹² Recouvrement à 70% sur une moyenne de 6 mois de cotisation pour chaque nouveau bénéficiaire

- 1 scanner
- 1 examen de laboratoire

Les soins ont coûté globalement 201.545 UM, les droits d'adhésion et les cotisations à la mutuelle de santé : 154.450 UM et l'accompagnement (transport) 50.200 UM. Ce qui donne un total de 406.195 UM.

Les malades hospitalisés à Cheikh Zayed ou référés dans des structures publiques spécialisées (Centre de neuro-psychiatrie et Centre National d'Orthopédie et de Rééducation Fonctionnelle) ont bénéficié d'une prise en charge de la direction des affaires sociales du Ministère de la Santé. Ce faisant, les coûts supportés par le PSDN ont été réduits de 70%

Le service social de l'hôpital Cheikh Zayed a exprimé le souhait de partager l'expérience du PSDN dans le domaine de l'identification et de la gestion des malades indigents.

En plus de faciliter l'accès aux soins, le projet a affecté 200.000 UM au financement d'activités génératrices de revenus au profit des indigents. 7 familles (42 personnes) ont bénéficié de ce financement pour initier les activités suivantes :

- vente de charbon : 3
- petit commerce : 2
- vente de poissons : 1
- teinture : 1

Ces activités ont été démarrées dans le courant du mois de décembre. En conséquence, il n'y a pas encore assez de recul pour en tirer des enseignements.

Le Président de l'Association des imams de Mauritanie a animé à TSD une rencontre regroupant tous les imams de la commune de Dar Naïm. Cette réunion a été organisée pour renforcer l'implication des imams dans la prise en charge des indigents.

OS2R4:Les comités de santé sont opérationnels

L'appropriation de la structure de santé par les bénéficiaires

Malgré tous les efforts fournis depuis 1998, les comités de santé ne sont toujours pas opérationnels.

A partir de juillet 2004, il est devenu assez clair que ces comités étaient de moins en moins actifs et ne pouvaient être considérés comme représentants des bénéficiaires auprès du projet.

Ainsi, le PSDN a renforcé ses relations avec d'autres organisations communautaires comme la mutuelle de santé, l'association des imams, des associations des jeunes du quartier afin de constituer une nouvelle base pour la mobilisation des populations et le lien avec les structures de santé du projet.



Séance de mobilisation de la population du quartier autour de la mutuelle de santé

OS2R5: Une nouvelle structure de gestion du système de santé, autonome et impliquant l'ensemble des acteurs, est mise en place

Le processus d'autonomisation du projet

➤ La nouvelle structure de gestion

L'option retenue en 2005 était d'appuyer la création d'une structure de gestion regroupant des représentants de la population et du personnel de santé au sein d'une association. Cette dynamique a été lancée pour renforcer l'appropriation des structures de santé par les bénéficiaires et faciliter leur autonomisation.

Ainsi, différentes rencontres regroupant les comités de santé, la mutuelle, une association de jeunes du quartier, la direction de Caritas Mauritanie et l'équipe du projet ont été animées par un consultant pour créer les conditions favorables au développement d'une structure de gestion capable à terme d'assurer la durabilité du projet.

Ces rencontres ont permis de déterminer la composition, le mode de fonctionnement et les textes de la future association.

Progressivement, il a fallu se rendre à l'évidence que les représentants de la population (comité de santé et mutuelle) n'étaient pas en capacité d'assumer la mission qui leur était dévolue. Différentes raisons sont à la base de ce constat :

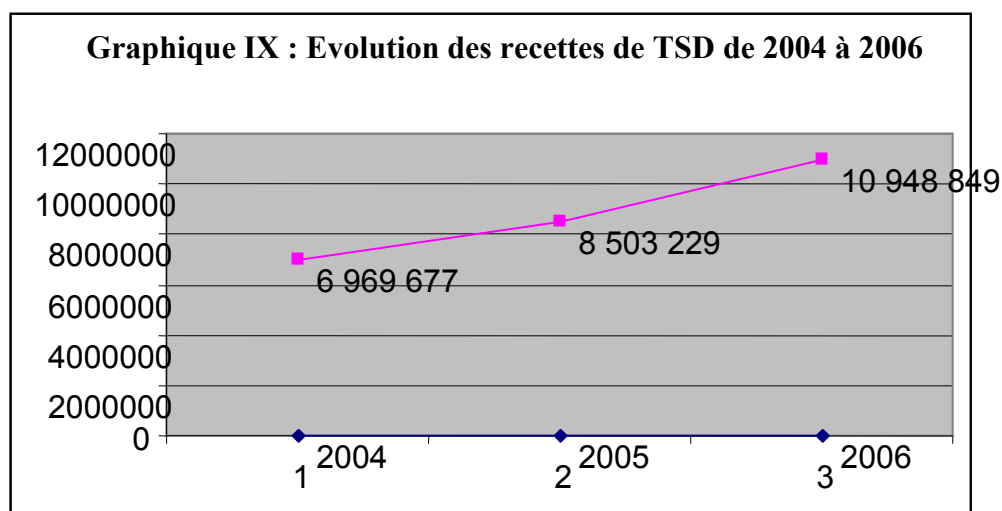
- la majorité est analphabète et ceux qui ont été scolarisés ont rarement atteint le collège donc le niveau d'instruction est relativement très bas,
- une faible motivation à s'engager dans des actions bénévoles,
- les comités de santé sont totalement coupés de la base qui les a élu
- les capacités organisationnelles du groupe sont très limitées.

Face à cette situation, Caritas Mauritanie est à la recherche d'autres alternatives avec une ONG nationale ou le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

➤ *La promotion de l'autonomie financière*

Tableau XVI : Situation financière des structures sanitaires (en Ouguiyas)

Structures sanitaires	Recettes	Dépenses	Taux de recouvrement
Tab Salam Diam (TSD)	10 948 849	15 726 073	70%
Tab El Avia (TEA)	1 446 713	1 110 789	130%
Tab El Khaïr (TEK)	1 883 815	1 195 803	158%
Tab Teïssir (TT)	1 663 495	1 290 768	129%



Les trois postes de santé (Tab El Avia, Tab El Khaïr et Tab Teïssir) sont autonomes financièrement : tous les salaires et le fonctionnement sont pris en charge par les recettes du recouvrement des coûts.

Les salaires sont payés grâce aux contributions de la population par le biais du système de recouvrement des coûts. Cette situation n'a été possible que parce que ces salaires sont proportionnels aux recettes.

Le Centre de santé (Tab Salam Diam) ne peut couvrir que 70% de ses dépenses (les frais de formation et de supervision ne sont pas pris en compte), son équilibre financier est réalisé par Caritas Mauritanie grâce à un système de cofinancement impliquant les Ministères français et belge des Affaires Etrangères, MEMISA Belgique, Caritas France et Caritas Italie. Les recettes locales de cette structure ont représenté 10.948.849 UM à comparer à la prévision initiale de 8.499.900 UM. Le niveau des recettes a donc été supérieur au prévisionnel.

OS2R6: La complémentarité avec les activités des autres organismes intervenant dans la zone de Dar Naïm est renforcée

La complémentarité avec les autres acteurs

La carte sanitaire de Dar Naïm compte, outre les 04 structures sanitaires du projet, un hôpital général (l'hôpital Cheikh Zayed), un centre de santé mis en place par le MSAS et géré par le médecin chef du département et un poste de santé initié par l'Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille (AMPF).

Les contacts du PSDN avec le médecin responsable de la *Moughataa* sont bons mais pas réellement productifs en terme d'organisation des services de santé du PSDN et de gestion du système de santé local.

Généralement, la collaboration se limite à des activités relatives à un nombre limité de programmes prioritaires (tels que le PEV) que sur la gestion active du système de santé local.

Le responsable médical du projet a représenté Caritas Mauritanie au Forum social mondial de Bamako où il a présenté l'action du PSDN dans la prise en charge des indigents. Cette participation a été financée par Caritas France.

La responsable de la santé de la reproduction a participé à l'atelier national de Kinshasa organisé par MEMISA Belgique pour les projets santé partenaires, elle y a présenté l'expérience de la mutuelle de santé de Dar Naïm.

2. MOYENS

2.1 Ressources matérielles

Le projet s'est progressivement développé et se compose:

- d'un Centre de santé Tab Salam Diam ("La Paix") créé en 1990, équipé :
 - d'un dispensaire;
 - d'un centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN);
 - d'une maternité et d'un laboratoire démarrés en 1996;
 - de trois postes avancés équipés chacun d'une salle d'accouchement: Tab El Avia (1995), Tab El Khaïr (1996) et Tab Teïssir (1997).
 - d'une mutuelle de santé
 - d'un fonds de solidarité pour la prise en charge des soins des indigents
-
- Le parc automobile du projet est de 02 véhicules. Le projet a fait l'acquisition de deux nouvelles voitures en remplacement des anciennes devenues très vétustes. Malheureusement, l'une de ces voitures a été victime d'un accident qui a occasionné d'importants dégâts matériels.

 - Une ligne Internet a été installée et facilite la communication avec les autres institutions.

En 2006, la pharmacie d'approvisionnement du projet qui était à la Cellule d'Appui Logistique de Caritas Mauritanie a été ramenée à TSD. Ce qui a l'avantage de favoriser de meilleures conditions de gestion des médicaments.

Note sur le système de recouvrement des coûts des soins fournis :

Le PSDN fonctionne dans un cadre de recouvrement des coûts (politique Initiative de Bamako) : une facturation des soins au moment et au lieu de l'utilisation existe donc dans les différentes structures du PSDN. Cette facturation se fait à la prestation : la consultation est facturée (un forfait à l'épisode), mais aussi les accouchements, les médicaments prescrits et les éventuels examens complémentaires demandés (le laboratoire par exemple).

A TSD et dans les 3 postes de santé, le forfait facturé est actuellement de 120 UM et le coût moyen d'une prescription est d'environ 240 UM (1.000 UM valent environ 3 Euros).

Le forfait accouchement assisté est de 1.500 UM, il englobe outre les prestations fournies au cours de l'accouchement tous les médicaments et consommables utilisés, un suivi et un traitement éventuel d'une semaine.

Le prix de vente des médicaments aux structures PSDN n'est que très légèrement supérieur au prix d'achat par le PSDN de ces médicaments à la Cellule d'Appui Logistique (CAL) de Caritas Mauritanie.

2.2 Ressources humaines ¹³

Le projet est géré par une équipe de direction de 06 membres. Cette équipe a pour mission de :

- planifier les activités du projet
- mettre en place un système de suivi évaluation
- assurer la formation continue du personnel
- coordonner les activités du projet avec celles des autres projets Caritas Mauritanie et celles des services du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

Le centre de santé Tab Salam Diam fonctionne grâce à une équipe de 16 agents (infirmiers, sages femmes, auxiliaires de santé, personnels d'entretien). Ce personnel est pris en charge essentiellement grâce à des subsides fournis par les partenaires financiers.

¹³ Annexe II : ressources humaines

Les trois postes avancés Tab El Avia, Tab El Khaïr et Tab Teïssir sont gérés par 09 agents. La rémunération des personnels de santé de ces postes est fonction des recettes générées par les consultations. Le revenu des agents est en effet indépendant de la vente des médicaments, afin d'éviter un dérapage éventuel dans le comportement de prescription des agents de santé.

Ce système permet d'équilibrer les recettes et les dépenses au niveau des postes mais présente l'inconvénient de ne pas permettre d'assurer un revenu régulier aux agents.

Le centre de santé (TSD) assurant, outre les soins, la gestion et la coordination de l'ensemble, l'équilibre recettes-dépenses est assuré par les ressources externes du projet.

De fait, il existe ainsi une différence de rémunération entre les personnels du centre et ceux des postes, qui est générateur d'insatisfaction.

Dans le processus d'autonomisation du projet, il est prévu d'harmoniser les rémunérations des agents des postes de santé avec ceux du personnel évoluant au centre de santé Tab Salam Diam.

La mutuelle de santé est administrée par un bureau exécutif dont les 7 membres sont des bénévoles, une gérante et un gardien. Le gardien est payé par les cotisations des membres de la mutuelle mais la gérante et le siège sont pris en charge grâce au soutien financier du PSDN.

Le départ en formation de trois agents et la démission d'une infirmière ont réduit considérablement l'effectif du personnel. Devant l'impossibilité de trouver un personnel équivalent sur le marché du travail, il fallu demander d'énormes sacrifices au reste de l'équipe pour continuer à faire face à une demande de plus en plus importante.

Caritas Mauritanie vient de recruter un médecin occidental au poste de Conseillère santé. Elle apporte un appui technique à l'équipe de direction du PSDN.

2.3 La formation

L'équipe de direction et les animateurs du projet ont participé aux différentes formations organisées par Caritas Mauritanie.

- Trois auxiliaires ont entamé leur formation à l'école Nationale de santé publique. Ce qui porte à 8 le nombre d'agents du PSDN formés ces dernières années dans cette école.
- Un atelier de formation en suivi évaluation des Mutuelles de santé a permis de faire un recyclage sur la gestion administrative et financière au profit des responsables de la Mutuelle de santé.

Dans le cadre du renforcement des capacités des responsables de la mutuelle, les actions suivantes ont été réalisées :

- une session de formation pour les délégués de zones : 76 délégués formés au fonctionnement et à la promotion de la mutuelle (1 journée par zone dans chacune des 7 zones)
- un atelier de formation en suivi / évaluation pour le Conseil d'administration et le Comité de Contrôle (13 participants, 10 jours : gestion, suivi-évaluation)
- un atelier de planification des activités de la Mutuelle de santé.
- Une évaluation externe de la mutuelle a été réalisée en 2006 par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

Education à la santé pour les populations :

478 séances d'éducation à la santé ont été conduites en 2006 pour 11.761 personnes : hygiène, malnutrition, sida, assainissement, vaccination, etc. Les sessions utilisent des outils pédagogiques spécifiques élaborés par le projet depuis son lancement et par d'autres associations locales : flipcharts, tableaux explicatifs imagés, etc.

Le projet en collaboration avec les associations du quartier a célébré la journée internationale de lutte contre le SIDA. Pour ce faire, 6 sites ont été choisis et des khaïmas¹⁴ équipées de matériel de sonorisation ont été installées. L'occasion a été mise à profit pour échanger avec la population du quartier par un jeu de questions / réponses sur le SIDA.



Session de formation des animateurs de la mutuelle de santé

¹⁴ Tentes traditionnelles

IV. Perspectives

- Harmoniser les salaires du personnel de santé.
- Améliorer les procédures d'identification et de prise en charge des indigents.
- Renforcer l'efficacité de la mutuelle pour accroître son taux de pénétration par la poursuite de campagnes de sensibilisation et l'amélioration du bouquet de prestation.
- Améliorer la continuité des soins par :
 - o Un renforcement de la gestion des rendez-vous des malades chroniques
 - o La mise en place d'un forfait consultation prénatale qui permet d'offrir à chaque parturiente un paquet de prestations incluant le bilan de grossesse.
 - o Prélever le bilan de grossesse à la CPN, le projet se chargera d'acheminer les prélèvements au laboratoire et de rapporter les résultats.
 - o Une étude des coûts et procédures de mise en place d'un forfait accouchement qui inclut le second niveau.
 - o Organiser un système de dépistage du VIH/SIDA prévoyant l'accompagnement des séropositif au centre de traitement ambulatoire.
- Introduire dans la formation continue du personnel le concept « globalité des soins » afin de renforcer la notion « aire de responsabilité ».
- Poursuivre et développer les échanges et le dialogue avec la communauté, notamment la mutuelle de santé, les autorités administratives, politiques et religieuses.
- Appuyer le médecin chef dans la structuration d'un système de santé de district en l'incitant à s'investir davantage dans la supervision des structures sanitaires de l'ensemble de Dar Naïm.
- Etudier la faisabilité technique et financière d'un cabinet dentaire à TSD
- Planifier l'électrification de Tab Teïssir vu que sa fréquentation est en hausse et que la nouvelle extension de réseau électrique passe à proximité du poste de santé

ANNEXE I : Indicateurs du programme 2004 - 2006

Objectif ou résultat	Indicateurs	Définition	Base	Cible	Sources
L'état de santé de la population de Dar Naïm s'est amélioré significativement	Taux d'accouchements assistés	nombre d'accouchements assistés/nombre d'accouchements attendus	2003: 59%	2006 : 70%	Rapport d'activités DRPSS
	couverture vaccinale contre la rougeole	% d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole	2003: 63%	2006 : 75%	Rapport d'activités DRPSS
	couverture vaccinale au DTC 3	% d'enfants de moins d'un an vaccinés contre le DTC 3	2003: 61%	2006 : 70%	Rapport d'activités DRPSS
	couverture vaccinale contre la polio 3	% d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la polio 3	2003: 57%	2006 :70%	Rapport d'activités DRPSS
	couverture vaccinale contre au BCG	% d'enfants de moins d'un an vaccinés au BCG	2003: 77%	2006 : 85%	Rapport d'activités DRPSS
	Taux de fréquentation de la consultation curative à Dar Naïm	Nombre de consultations dans l'ensemble des structures de santé de Dar Naïm/population totale de Dar Naïm	2003: 41%	2006 : 55%	Rapport d'activités DRPSS
OS1: une offre de soins de qualité, accessible à tous, est proposée à la population de Dar Naïm	Taux de fréquentation de la consultation curative dans les structures du projet	Nombre de consultations dans la structure de santé du projet/population des quartiers desservis par cette structure de santé	2003:45%	2006: 54%	Rapport d'activités PSDN
	% de supervisions réalisées	Nombre de supervisions réalisées/nombre de supervisions planifiées (1 par semaine)	2003:75%	2006: 90%	Rapport d'activités PSDN
	Nbre séances mensuelles d'éducation à la santé	séances organisées par le personnel, les mutualistes et les COSA	2003:55	2006: 70	Rapport d'activités PSDN
OS2:La participation de l'ensemble des acteurs dans la gestion du système de santé est renforcée	100% des entités actrices participent à l'élaboration des plans opérationnels annuels	entités actrices: COSA, Mutuelle, Ministère Santé, Caritas, équipe projet	2003:83%	2006: 100%	Rapport d'activités PSDN

OS1R1. L'accès à des soins de qualité est amélioré	Taux de fréquentation de la consultation prénatale	Nombre total des consultations prénatales/nombre de femmes vues en consultation prénatale	2003:3.4	2006 : 3.4	Rapport d'activités PSDN
	Taux d'utilisation prénatale	Nombre de femmes enceintes vues en consultation prénatale/nbre de grossesses attendues	2003: 89%	2006 : 95%	Rapport d'activités PSDN
	Taux d'accouchements assistés	nombre d'accouchements assistés/nbre d'accouchements attendus	2003:87%	2006: 90%	Rapport d'activités PSDN
	Taux d'enfants de 0 à 3 ans pesés'	Nbre denfants de 0 à 3 an pesés lors de leur venue aux centres / nbre d'enfants de 0 à 3 ans dans les aires de santé couvertes	2003: 4%	2006: 50%	Rapport d'activités PSDN
OS1R2:La participation financière des bénéficiaires est adaptée à la capacité contributive du plus grand nombre	IOV1:Nbre de bénéficiaires de la Mutuelle/population totale de D.N.	Bénéficiaires: cotisants depuis plus de 6 mois et à jour de leurs cotisations	2003: 30%	2006: 65%	Rapport d'activités Mutuelle
OS1R3: Les plus démunis sont pris en charge	Taux de prise en charge des plus démunis	% des demandes de soins émanant des indigents identifiés qui sont prises en charge	2003: 100%	2004:100% 2005:100% 2006:100% 2007:100%	Rapport d'activités PSDN
OS2R4:Les comités de santé sont opérationnels	% des inventaires du stock de médicaments effectués avec l'implication des COSA	Implication: présence d'au moins un membre du COSA lors des inventaires mensuels;3 structure ont un COSA	2003:30%	2006: 70%	Rapport d'activités PSDN
	IOV2 Nbre de séances d'animation réalisées par les COSA/ planifiées	Nbre de séances d'animation réalisées par les COSA/ planifiées	2003: 31%	2006: 80%	Rapport d'activités PSDN

OS2R5: Une nouvelle structure de gestion du système de santé, autonome et impliquant l'ensemble des acteurs, est mise en place	Tenue de l'AG constitutive en 2005			2005: Assemblée générale	Rapport d'activités PSDN ; PV de réunion
	Transfert des activités des structures sanitaires du projet en 2005			Transfert des activités des structures sanitaires du projet en 2005	Rapport d'activités PSDN, Convention
OS2R6: La complémentarité avec les activités des autres organismes intervenant dans la zone de Dar Naïm est renforcée	nombre de supervisions réalisées par le Médecin chef/planifié;	nombre de supervisions planifiées: 40 par an en 2004, 24 en 2005 et 2006, 12 en 2007	2003: 0	nombre de supervisions planifiées: 40 par an en 2004, 24 en 2005 et 2006, 12 en 2007	Rapport d'activités PSDN
	nombre d'actions menées avec d'autres partenaires		2003 : 5	2006 : 15	Rapport d'activités PSDN

-

ANNEXE II : RESSOURCES HUMAINES

Noms et prénoms	Fonctions	Lieux d'affectation
Direction du PSDN		
Diallo Amadou Malal	Administrateur	Chef du projet
Bâ Abdoulaye Samba	Professeur de santé	Responsable médical
Fatimata Oumar	Sage femme	Responsable santé de la reproduction
Kane Fatimétou	Inspectrice de l'enseignement	Responsable à la mobilisation sociale
Youssouf Konté	Comptable	Gestionnaire
Sy Boubacar	Chauffeur	
Centre de santé TSD		
Aïssata Sow Gaye,	Sage femme	Surveillante TSD : Unité II
Ndèye Sy Koné	Sage femme	TSD : Unité I
Moulimnine mint Baba	Auxiliaire de santé	TSD : Unité I
Marième mint Ahmed	Auxiliaire de santé	Billetterie TSD
Anta Ndiaye	Infirmière	TSD : Unité III
Aïchétoù mint Arda	Infirmière	TSD : Unité III
Nouha mint Isselmou	Infirmière	TSD : Unité II
Marième Mbodj	Auxiliaire de nutrition	CREN
Ramata Sy	Auxiliaire de nutrition	CREN
Diop Abdoulaye	Technicien Laboratoire	Labo & Pharmacie
Diallo Harouna	Agent administratif	Caissier
Coumba mint Saleck	Fille de salle	TSD
Salké mint Didi	Fille de salle	TSD
Alioune O/ Yarg	Gardien	TSD
Poste de santé TEA		
Aïssata Baldé	Infirmière	Tab El Avia
Habsa Bâ	Infirmière	Tab El Avia
Dieynaba Bâ	Fille de salle	Tab El Avia
Poste de santé TEK		
Ramatoulaye Gaye	Auxiliaire de santé	Tab El Khaïr
Binta Kébé	infirmière	Unité II
Marième Mint Abdel Wahab	Fille de salle	Tab El Khaïr
Poste de santé Tab Teïssir		
Fatou Diop	Auxiliaire de santé	Tab Teïssir
Fatou Fall	Fille de salle	Tab Teïssir
Personnel en formation		
Maty mint Sid'Ahmed	Auxiliaire de santé	Ecole Nationale de la Santé Publique
Aïchétoù mint Harouna	Auxiliaire de santé	Ecole Nationale de la Santé Publique
Fatou Kiné Guèye	Auxiliaire de santé	Ecole Nationale de la Santé Publique