

Mission d'évaluation du projet « Forfait Obstétrical » Projet de Rapport

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION GENERALE	3
1.1. PRESENTATION DE LA MISSION	3
1.1.1. <i>Justification et contexte de la mission</i>	3
1.1.2. <i>Approche méthodologique</i>	3
1.1.2.1. Echantillonnage	3
1.1.2.2. Outils et techniques utilisés	4
A. Questionnaires, guides d'entretien élaborés de façon participative	4
B. Focus-Group	5
C. Dialogue méthodique.....	6
D. Observation physique, inspection sommaire des lieux	6
E. Examen des dossiers médicaux.....	6
G. Méthodologie d'évaluation.....	6
H. Appréciation de la gestion et revue des aspects comptable et financiers du programme	7
I. Revue de la documentation	7
1.1.3. <i>Notre équipe d'évaluateurs</i>	7
1.2. PRESENTATION DU PROJET « FORFAIT OBSTETRICAL »	8
1.2.1. <i>Historique du projet</i>	8
1.2.2. <i>Objectif et activités</i>	9
Définition	9
Prestations	10
Le cadre logique	10
La charte du forfait	10
1.2.3. <i>Zone et population cible</i>	11
1.3. DIFFICULTES RENCONTREES.....	11
II. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'EVALUATION TECHNIQUE	12
2.1. L'ADHESION AU FORFAIT	12
2.1.1. <i>Evolution du taux d'adhésion</i>	12
2.1.2. <i>Prise de connaissance du Forfait et éléments d'adhésion</i>	14
Prise de connaissance du Forfait.....	14
Raison d'adhésion du Forfait.....	14
Choix du CS	14
2.2. LES PRESTATIONS DU FORFAIT	15
2.2.1. <i>Qualité du service et prise en charge des patientes</i>	15
Accueil, Attente, Consultation, Soins.....	15
Respect de l'intimité des patientes.....	17
Etat des locaux : Confort de l'environnement, Hygiène, Sanitaires.....	17
Etat des locaux : bâtiments	18
Notre appréciation	18
2.2.2. <i>Disponibilité et qualité des médicaments et consommables</i>	19
2.2.3. <i>Prise en charge des indigents</i>	21
2.2.4. <i>Tarifcation et règlement des actes</i>	21
2.3. L'ENVIRONNEMENT ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL.....	22
2.3.1. <i>Les ressources humaines (personnel)</i>	22
Qualification, effectif du personnel et volume de travail.....	22
Motivations.....	23
Rapports sur le lieu de travail : entre collègues	24
Connaissance du forfait	24
Implication dans la gestion	24
2.3.2. <i>Les ressources matérielles (équipements, fournitures et consommables non médicaux)</i>	24
2.3.2.1. Equipements médicaux et non médicaux.....	24
A. Centre de Sebka : état des locaux et niveau d'équipement	24
B. Le Centre d'El mina	26
C. Terre des Hommes.....	27
2.3.2.2. Fourniture des services : eau, électricité, téléphone, transport.....	27
III. GESTION FINANCIERE ET ADMINISTRATIVE DU PROGRAMME	29

3.1. LE RAPPORT FINANCIER (RAF) DU FORFAIT	29
3.1.1. <i>Tableau de synthèse du RAF cumulé aux 30 oct. 03 et 31 mai 04</i>	29
3.1.2. <i>Elaboration du Rapport Financier</i>	30
Présentation du RAF	30
Détermination des recettes	31
Affectation des recettes	32
3.1.3. <i>Système de suivi des opérations et de tenue des comptes</i>	34
3.2. NOTES EXPLICATIVES ET REVUE DES COMPTES DU FORFAIT	34
3.2.1. <i>Trésorerie (notes 1, 2)</i>	34
3.2.2. <i>Approvisionnement en médicaments (note 3)</i>	36
3.2.3. <i>Comptes du DRPSS (note 6)</i>	36
3.3. GESTION FINANCIERE ET ADMINISTRATIVE	37
IV. SYNTHESE DES RESULTATS DE L'EVALUATION	39
4.1. APPRECIATION DU FONCTIONNEMENT	39
4.2. FORCES ET FAIBLESSES DU FORFAIT	39
4.3. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	41
4.3.1. <i>Recommandations du personnel médical</i>	41
4.3.2. <i>Recommandations des patientes</i>	41
4.3.3. <i>Recommandations de la mission</i>	42
ANNEXES	43
<i>Annexe I. Les zones du projet : données synoptiques sur l'environnement et la population cible</i>	43
<i>Annexe II. Caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon</i>	46
<i>Annexe III. Les membres de l'équipe d'évaluation</i>	48
Mme Tall Oumoul Khayri Ba, Expert Comptable et Consultante	48
Mr Alassane Thioye, Sociologue, Superviseur des enquêtes de terrain	48
Mme Ly Haoussa Mahamane Haidara, Assistante Sociale	48
Mme Sy Lalla Aïcha Guongo Djigui, Sage Femme	49
Mme Dieynaba Sy, Sage Femme	49
Mme Madina Diaw,	49
Mme Kouro Kane, Auxiliaire de Santé	49
<i>Annexe IV. Organigramme du MSAS</i>	50
<i>Annexe V. Questionnaire-Guide d'entretien du personnel médical</i>	51
<i>Annexe VI. Questionnaire-Guide d'entretien des patientes</i>	59
<i>Annexe VII. Les TDRS de la mission</i>	66

I. Introduction générale

1.1. Présentation de la mission

1.1.1. Justification et contexte de la mission

Cf TDRs et notre proposition de services

1.1.2. Approche méthodologique

Cf TDRs et notre proposition de services

1.1.2.1. Echantillonnage

Nous avons sélectionné un échantillon de 200 patientes réparties à part égale entre les CS du forfait et des CS hors forfait aux fins de mener des comparaisons homogènes. Cet échantillon est réparti comme suit, par CS :

Centre de Santé (CS)	Effectif	Forfait	Hors forfait
Seb	84	84	
El Mina	11	11	
TDH	5	5	
Teyarett	29		29
Salam Diam	28		28
CHN	16		16
Inter Ese	10		10
Polyclinique	17		17
	200	100	100

Regroupement des adresses des patientes par Moughataa :

Centre de Santé	NB	F	HF
1. Teyarett	34	1	33
2. Ksar	11	4	7
3. Tevragh Zeïna	9	1	8
4. Toujounine	1	0	1
5. Sebkha	43	38	5
6. El Mina	38	34	4
7. Dar Naïm	30	1	29
8. Arafat	31	20	11
9. Riad	0	0	0
10. Interieur	3	1	2
	200	100	100

En ce qui concerne le personnel médical, nous avons interrogé un échantillon de 104 personnes, réparties comme suit :

Centre	Effectif	%	Forfait	HF
Sebkha	37	36%	37	
El Mina	13	13%	13	
TDH	5	5%	5	
CHN	2	2%		2
PMI/p	4	4%		4
Tey	18	17%		18
Tab Salam	15	14%		15
InterEse	3	3%		3
Polyclinique	7	7%		7
	104	100%	55	49

Enfin nous avons examiné un échantillon de 100 partogrammes choisies de manière aléatoire à partir du numéro de dossier.

1.1.2.2. Outils et techniques utilisés

A. Questionnaires, guides d'entretien élaborés de façon participative

Le questionnaire/guide d'entretien utilisé dans le cadre de cette étude est le produit d'un processus participatif et itératif issu d'une mise en synergie de techniques complémentaires. Il comprend une combinaison féconde de questions ouvertes, fermées et semi-fermées d'une part, et des questions quantitatives et qualitatives d'autre part. Nous avons élaboré cet outil « sur mesure », pour un meilleur ciblage et une meilleure circonscription de l'objet de notre étude. Dès les premiers contacts avec le terrain, nous avons convenu de procéder par étape pour la mise au point du guide d'entretien, afin de pouvoir baser la collecte de nos données sur un outil capable de « capter » des faits aussi complexes que les questions d'appréciation de la qualité de soins médicaux et de la performance d'un programme de santé publique, lorsqu'elles sont posées à un public aussi hétérogène que les membres du corps médical, paramédical, le personnel non médical des structures de santé, et les patientes.

Aussi avons-nous procédé par étape après avoir élaboré les documents en groupe, soumis les projets aux membres de notre équipe d'évaluation tout comme aux autres parties prenantes de la mission, nous avons effectué une série de tests sur un petit groupe de personnes pour mesurer la qualité des réponses obtenues, ce qui nous a permis d'affiner notre approche tant dans la nature des questions que dans la façon de les aborder et de guider la compréhension des personnes enquêtées. Les guides d'entretien ont ainsi fait l'objet de deux tests sur le terrain, précisément à Sebkha, avant l'administration finale aux différentes parties concernées par l'enquête. Les questionnaires/guides d'entretien, sont au nombre de deux, tous bâtis sur le même modèle à quelques différences près, le premier destiné aux patientes et le deuxième au personnel.

Les thèmes abordés par le questionnaire portent pour l'essentiel sur les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés (âge, ethnie, situation matrimoniale, profession et niveau d'instruction), le suivi des prestations du forfait, la connaissance du forfait, le degré d'information et d'implication dans la gestion du forfait, l'opinion sur la qualité des prestations du forfait (les soins, les médicaments, l'accueil et le temps d'attente), les points forts et points faibles du forfait et les recommandations. Du fait de certains signaux identifiés dans la phase test du questionnaire, nous avons opté pour un nombre important de questions ouvertes. Force est de reconnaître qu'il s'agit là des questions les plus difficiles à dépouiller, les réponses obtenues pouvant être très diverses et inattendues, et le temps d'analyse et de

synthèse s'en trouve augmenté. Mais les réponses à ces questions sont également les plus riches d'enseignements pour notre propre compréhension de l'attente et de la perception des différentes parties, et pour permettre à celles ci d'exprimer le fond de leur pensée sur les questions posées.

B. Focus-Group

Le focus groupe est un outil qualitatif mis en contribution également afin de pouvoir approfondir et éclaircir certaines questions déjà soulevées par le guide d'entretien et d'en aborder d'autres non couvertes par celui ci. Nous avons abordé des discussions thématiques dans les groupes qui ont permis la confrontation des idées et opinions des uns et des autres sur les grandes questions soulevées par le forfait. A l'occasion, deux focus groupe ont été organisés à des dates différentes au CS de Sebkha, l'un avec les patientes et l'autre avec le personnel.

Le focus groupe/Patientes est le premier qui s'est tenu le lundi 29/12/03 dans les locaux du CS de Sebkha avec les bénéficiaires du projet forfait obstétrical.

Le but de cette rencontre était :

- de s'enquérir du degré de compréhension du projet par les femmes bénéficiaires,
- d'avoir leur appréciation du projet et d'évaluer le degré de satisfaction de ses bénéficiaires par rapport au projet.

12 femmes en âge de procréer ont participé à cette réunion conduite par 2 animatrices. Sur ces 12 femmes présentes, une a suivi toutes les étapes du forfait (suivi de la grossesse jusqu'à l'accouchement), 2 l'ont suivi à moitié et sont parties accoucher dans leur village, les 9 autres suivent toujours leur grossesse en cours dans le forfait.

Après une brève introduction par les animatrices de l'objet de la rencontre, les débats ont porté sur :

- L'information sur le forfait, ses objectifs, ce qu'il couvre,
- L'opinion des patientes sur les prestations du forfait (qualité des soins, l'accueil, les médicaments, les rapports patientes/personnel, l'état des locaux.....).

Le deuxième focus groupe, celui du personnel, s'est tenu le lundi 05/01/04 également dans les locaux du CS de Sebkha et a vu la participation de 11 membres du personnel dont le médecin chef du centre (une partie du temps seulement, au démarrage), 6 sage femmes (3 de la maternité, 2 de la prénatale, 1 de la postnatale), 1 aide soignant du bloc opératoire, 1 fille de salle et 2 biologistes techniciens de labo.

Le but de cette rencontre était :

- de s'enquérir du vécu et de l'expérience du personnel médical et paramédical par rapport au projet qui est le forfait.
- de poser les points forts et les points faibles pour pouvoir donner des indications afin d'améliorer le programme dans une optique de pérennisation mais aussi d'extension.
- d'identifier les problèmes soulevés par le projet et de trouver des axes de solutions.

Le focus groupe a été conduit par deux animatrices (une sage femme et une assistante sociale/déléguée médicale) et à enregistré la participation des deux sages femmes qui avaient en charge le monitoring et évidemment toute l'équipe de la mission d'évaluation. Les discussions ont porté pour l'essentiel sur les points suivants, identifiés par le groupe comme étant les plus importants soulevés par le forfait :

- les motivations du personnel,
- la rupture des médicaments
- l'état des locaux et le niveau de l'équipement.

C. Dialogue méthodique

Le dialogue méthodique est une technique qualitative qui nous a permis d'avoir des discussions thématiques individuelles semi-libres à libres avec les personnes enquêtées (personnel et patientes), le souci étant également de pouvoir recadrer, par ce moyen, certaines questions non couvertes par le questionnaire.

Nous avons donné la parole aux acteurs concernés afin qu'ils puissent exprimer en toute liberté leurs sentiments, opinions et sensations sur les grandes questions du forfait, et d'en exposer par voie de conséquence les véritables problèmes, du point de vue de chacun des acteurs.

C'est une technique très pratique et très payante qui nous a permis de collecter une quantité importante d'informations de qualité, parmi les plus insolites.

D. Observation physique, inspection sommaire des lieux

Nous avons visité et observé les locaux, mené des discussions et entrevues avec les acteurs directs et indirects notamment le personnel en place et quelques patientes rencontrées sur les lieux.

E. Examen des dossiers médicaux

Nous avons procédé à l'examen des dossiers médicaux sur un échantillon de 100 dossiers / partogrammes choisis au hasard, et par la revue des carnets de santé en possession des patientes au moment des enquêtes par le questionnaire. Ainsi nos enquêteurs ont directement observé les carnets de santé au même moment où ils posaient aux patientes la question de savoir si à leur avis, le carnet était bien ou mal tenu, et de nous dire le « pourquoi » de leur réponse.

G. Méthodologie d'évaluation

Sans prétendre procéder à une évaluation d'impact, ce qui ne saurait être le cas compte tenu de la jeunesse du programme, qui vient à peine de souffler sa première bougie (novembre 2002-décembre 2003, période couverte par notre mission en gros), nous avons effectué un bilan des activités du programme sur la période précitée.

Nous nous sommes amplement servis du rapport effectué par Dr. Charles et Abdatt en juillet 2003, comme situation de référence, et comme données à valider éventuellement pour étayer les mêmes tendances observées, le cas échéant. En dehors de cette référence, il a été généralement très difficile pour nous d'obtenir les données de la situation antérieure au programme pour pouvoir mener une analyse situationnelle classique « Avant-Après ».

Nous avons inclus dans notre échantillon une taille égale de CS hors Forfait pour servir d'élément de comparaison utilisant l'approche également classique « Avec-Sans » ou groupe témoin.

H. Appréciation de la gestion et revue des aspects comptable et financiers du programme

Nous avons procédé à la revue des procédures de gestion, des livres et documents supports de la gestion, de l'organisation administrative et financière du programme. Nous avons obtenu et analysé les rapports de synthèse périodiques (revue limitée) sur la situation financière du forfait. Aussi nous avons revu la situation des stocks de médicaments, et vérifié le stock inscrit sur un petit échantillon de médicaments pris au hasard.

I. Revue de la documentation

Les documents de référence que nous avons utilisé dans le cadre de la mission sont :

- (1) Le Forfait Obstétrical, mise en œuvre dans les Moughataas de Sebkhah et El Mina, version finale du 6 février 2002.
- (2) Le rapport de la mission d'évaluation et de valorisation du projet FAC 95012800 « Appui à l'autonomie des systèmes socio-sanitaires mauritaniens, Composante Santé de la mère : Suivi de l'enquête MOMA : mise en place d'un projet MSR dans la Wilaya de Nouakchott », par le prof Dr Bruno Dujardin, et Dr Gilles Landrison, mars 2002.
- (3) Le Forfait Obstétrical à Nouakchott, rapport après 7 mois et demi de fonctionnement, par Dr Charles Vangeenderhuysen, Dr Abdatt Ould Abba, 17 juillet 2003.

Le deuxième rapport a été utilisé comme une source d'informations générales sur la situation sanitaire dans le pays et le grand projet MSR dans lequel se situe le programme du Forfait. Le premier décrit le projet, ses activités, les premières projections financières et propose un cadre logique pour servir de tableau de bord au suivi des opérations du projet, et le dernier en dresse un bilan préliminaire. C'est en réalité ce dernier rapport que nous avons utilisé en profondeur, en faisant une sorte de « situation de référence » pour nous permettre d'apprécier les aspects « avant-après » de l'évaluation pour certaines données de référence. Nous avons en effet examiné la méthodologie d'approche utilisée pour la confection de ce rapport, notamment la collecte des données par « la paire du monitoring en continu » que nous présentons dans le paragraphe suivant et nous en avons conclu que les résultats de leur enquête, pour ce qui concerne la partie sur les aspects médicaux, thérapeutiques et les prestations de qualité peuvent servir de référence à la présente mission d'évaluation. Sur ces aspects, en effet, la couverture des travaux du monitoring en continu a été plus étendue, le temps de collecte des données plus étalé et plus régulier que les données ponctuelles que nous avons pu collecter seulement en quelques jours d'enquêtes ; aussi nous avons convenu d'utiliser nos données aux fins de validation (confirmer ou non) de ces aspects du rapport de Dr. Charles et Abdatt.

1.1.3. Notre équipe d'évaluateurs

Notre équipe d'évaluateurs, au départ composée de trois personnes, s'est vite élargie assez sensiblement à la suite des premières difficultés rencontrées. Nous avons convenu de choisir des personnes du corps médical ou proches, pour mener l'enquête compte tenu de la nature du « milieu », qui ne se laisse pas pénétrer facilement par des « intrus » et aussi pour une meilleure stratégie de communication à destination des patientes. Ensuite nous avons décidé de confier l'animation des Focus Group à une assistante sociale et une sage femme suffisamment expérimentées et rompues aux techniques d'animation de groupe, qui ont orchestré cette partie de la mission, sous la supervision du sociologue qui a largement participé aux enquêtes dont il a aussi assuré la supervision sur le terrain.

Les aspects gestion et finances de la mission ont été couverts essentiellement par l'Expert Comptable, chef de la mission. Les résultats et conclusions préliminaires de ces aspects de la mission ont été partagés avec toute l'équipe, et même à l'occasion des Focus Group, lorsque des questions financières ont été soulevées qui nécessitaient un éclairage de la part de la mission, pour mieux orienter les débats.

Cette organisation de la mission n'aura été qu'un arrangement méthodologique beaucoup plus qu'un cloisonnement de sujets étanchement séparés, bien au contraire. Le processus de la mission, tout comme les résultats, aura illustré la totale imbrication et la connectivité des différentes questions médicales, financières ou de gestion administrative. Il s'agit là de différentes parties d'un même corps (*pour parler le langage médical*), l'examen a nécessité dès lors la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire, ce que nous avons fait en dépit des moyens limités dont nous avons disposé.

Enfin il faut signaler la présence à nos côtés de l'équipe du « monitoring en continu » mandatée par le FNUAP, qui bien que n'étant pas membre de la mission d'évaluation, a été présente tout au long de la mission : séance d'entretien approfondie au démarrage, interpellations ponctuelles sur certaines questions d'éclairage, participation au Focus Group, et (*à la suite de ce projet de rapport*), *participation au débriefing d'ensemble de la mission (cette partie initialement prévue n'a pas pu se tenir pour des raisons de calendrier*. Nous saluons leur esprit de collaboration, la disponibilité et l'engagement de cette paire infatigable qui a toujours répondu présent à nos sollicitations. L'intérêt du « monitoring » est manifeste dans le suivi du programme, pour assurer l'existence permanente de services de qualité, en attestent certains clignotants qui indiquent un « signe de relâchement » subséquent à la cessation des activités du monitoring pour des contraintes budgétaires : exemple des équipes de garde sans sage-femme.

Voir en annexe, un CV résumé de chacun des membres de l'équipe

1.2. Présentation du projet « Forfait Obstétrical »

1.2.1. Historique du projet

Le Forfait obstétrical est un projet qui entre dans le cadre du programme de « Maternité Sans Risque dans la wilaya de Nouakchott » (MSR) conçu en 1996 et validé en 1998 par le comité de pilotage puis mis en œuvre dans la même année sous l'égide de la DRPSS (Direction régionale de la protection sanitaire et sociale) et du CHN (Centre Hospitalier National) avec le concours du Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France (SCAC).

Le programme MSR a pour objectif général la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales par l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et de la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes et aux nouveaux nés.

Les réalisations de ce programme sont multiples en termes de formation du personnel, d'équipement, d'élaboration d'outils de surveillance, de recherche et de mobilisation sociale.

Dans la perspective toujours de mieux faire, naquit l'idée de l'instauration d'un système équitable et transparent de recouvrement des coûts de la grossesse et de l'accouchement qui pourrait faciliter l'accès de toutes les femmes enceintes à une prise en charge de qualité. Les réflexions enclenchées depuis 2000 ont abouti à la mise au point du projet « Forfait Obstétrical » qui a vu le jour après un long parcours fruit d'une large concertation.

Au delà de l'objectif général de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales qu'il partage avec le programme MSR, le « Forfait » se donne comme objectif spécifique, « l'amélioration de l'accessibilité des patientes, en particulier les plus démunies, aux soins préventifs et curatifs lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ». Le principe du forfait obstétrical a été approuvé par les professionnels lors d'un séminaire de consensus et a obtenu l'accord du Comité Régional pour le Développement Socio sanitaire (CRDSS) de Nouakchott en juin 2002. Sa mise en œuvre, encouragée par le MSAS (Ministère de la Santé et des Affaires Sociales) par un courrier en date du mois d'août 2001, a eu lieu le 17 novembre 2002 après une gestation de près de deux ans.

Grâce aux apports des professionnels et des techniciens mauritaniens, et aux suggestions de deux spécialistes de la question, F.MONET/STEP et L.BERNIS/OMS, une dernière version du document de base a été établie (Version 8, novembre 2001). ????

Le projet dont l'installation était prévue initialement dans l'ensemble des moughatas de la wilaya de Nouakchott, n'a été finalement mis en œuvre que dans les moughatas les plus pauvres de Sebkha et d'El Mina dans trois centres de santé : Sebkha, El Mina Moughata, El Mina Terre des Hommes. Cette démarche prudente a été adoptée dans un souci d'expérimentation d'une opération complexe de par sa nouveauté, ses enjeux, et tous les espoirs et attentes qu'il a suscité déjà au stade de la mise au point du projet. Tous ces défis ont fait que l'ensemble des acteurs ont convenu d'avancer par étape, en se donnant le temps d'expérimenter le fonctionnement du système dans un espace maîtrisable, avant son extension et sa généralisation éventuelle.

Pour davantage renforcer le caractère expérimental de cette phase du Forfait, il a été mis en place un système de suivi permanent appelé « le monitoring en continu ». Il s'agissait pour l'équipe des deux sage femmes en charge de ce volet, de collecter des données qualitatives et quantitatives suivant une méthodologie consistant à traquer notamment les éléments d'un service de qualité tel que défini par les réunions de consensus dans le cadre des zones du Forfait, et en comparant l'évolution des performances dans les zones forfait et HF. *Le monitoring, faut-il le préciser a été mené sous la supervision de Dr. Charles.*

1.2.2. Objectif et activités

Définition

L'objectif principal du Forfait est comme déjà annoncé plus haut, l'amélioration de la santé maternelle par la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales. Pour ce faire, le programme vise plus directement l'amélioration de l'accessibilité des femmes, en particulier les plus démunies, aux soins préventifs et curatifs de qualité lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

En termes opérationnels, le « Forfait » désigne le programme qui a été conçu sous la forme d'une prise en charge de la grossesse contre le paiement d'une somme forfaitaire fixée à 5.000 UM. Le document de programme propose la définition suivante : « le Forfait obstétrical est une cotisation permettant à toutes les femmes enceintes de Sebkha et El Mina de faire suivre la totalité de la grossesse et d'accoucher dans les formations sanitaires publiques de ces moughatas à un tarif unique abordable quels que soient le déroulement et les complications immédiates éventuelles ».

Prestations

Les prestations suivantes sont couvertes par le Forfait

Au cours de la grossesse

- 4 consultations prénatales, avec dosage systématique de l'albuminurie et délivrance des traitements prophylactiques (fer, acide folique et chloroquine).
- Le bilan biologique de base incluant la détermination du groupe sanguin et du rhésus, la sérologie de la syphilis et le dosage de l'hémoglobine.
- Les traitements ambulatoires, et éventuellement les hospitalisations, en cas de survenue d'une pathologie « Classique » de la grossesse : vomissements gravidiques, hypertension artérielle, douleurs pelviennes, infection urinaire ou vaginale, menace d'accouchement prématuré, avortement, grossesse extra-utérine.

Au cours de l'accouchement

- L'accouchement normal

- L'accouchement pathologique : accouchement dirigé, épisiotomie, contexte infectieux, extraction fœtale, hémorragie
- La césarienne

Au cours de la période post-natale

- Les traitements ambulatoires ou non des complications de l'accouchement
- La visite post-natale

Le cadre logique

Le document de programme du projet est assorti d'un cadre logique qui reprend les objectifs, annonce les résultats attendus et propose des indicateurs de performance, des contraintes et des facteurs de risques.

Le principal résultat attendu est l'accès des femmes enceintes, notamment les plus démunies, à des soins de qualité à un coût abordable.

Pour atteindre ce résultat, les faits suivants doivent être constatés : (1) la prise en charge médicale et chirurgicale des patientes et des nouveaux nés est effective, (2) la prise en charge est de qualité tant du point de vue technique que sur le plan relationnel, (3) les soins et services offerts sont accessibles à toutes les femmes.

La charte du forfait

La « Charte du Forfait » énoncée dans la formulation du programme, en constitue l'engagement moral attendu de la part des prestataires et qui est essentiel pour l'atteinte des objectifs.

La Charte du Forfait Obstétrical

Je m'engage à faciliter l'accès du plus grand nombre de patientes à des soins de qualité

Cet engagement comporte des devoirs

- Respecter les procédures du Forfait
- Améliorer les relations avec les patientes
- Assurer des soins de qualité
- Participer à une meilleure organisation des services
- Renoncer à tout bénéfice financier en dehors de ses procédures normales

Cet engagement comporte des droits

- Être informé de toutes les procédures liées au Forfait
- Disposer des médicaments et des consommables nécessaires aux soins
- Connaître les résultats de l'évaluation continue du Forfait
- Connaître tous les éléments financiers du Forfait dans une totale transparence
- Pouvoir rencontrer les responsables du forfait pour améliorer le système

1.2.3. Zone et population cible

Les zones de prédilection et populations cibles du programme sont les moughatas réputées les plus pauvres, ce qui a accusé l'éligibilité des quartiers de Sebkha et d'El Mina au rang de zones pilotes pour abriter les premières expérimentations du projet.

La population de ces deux moughatas constitue 30% de la population de Nouakchott soit, 100.161 habitants pour Sebkha qui est la plus peuplée et 82.483 habitants pour El Mina.

On y trouve trois centres de santé, (un à Sebkha qui est doté d'un bloc opératoire, deux à El Mina) et trois postes de santé dont un dispose d'une maternité. D'ailleurs 8.200 accouchements annuels y sont attendus dans le cadre du programme.

1.3. Difficultés rencontrées

Cette étude qui s'est voulue en partie une observation participante dans sa démarche et ses stratégies de collecte de l'information, n'a pas été sans écueils. En effet, difficultés, problèmes, rétentions d'informations et manque de collaboration d'un bon nombre des deux parties concernées (patientes et personnel médical et paramédical) ont rythmé la cadence de cette évaluation du début jusqu'à la fin de la mission. Cette atmosphère a du reste contribué au retard dans l'exécution des travaux dans les délais. Cependant, il faut admettre que le retard important provient essentiellement du fait que nous avons largement sous-estimé la complexité des données et les difficultés du terrain.

L'accès à la base de données des différentes structures médicales Forfait et Hors forfait enquêtées était très difficile, à la limite impossible pour beaucoup d'entre elles. Les unes n'avaient pas du tout une base de données et celles qui en possédaient ne l'avaient pas à jour, à l'exception du CS de Sebkha qui dispose d'une importante base de données qui gère une partie de l'information du centre concernant la salle d'accouchement et le bloc opératoire. Ces données sont compilées par le médecin gynécologue de la maternité sur une base pratiquement quotidienne au moyen d'un logiciel spécialisé, EPi-Info.

Les autres données que nous avons pu obtenir (particulièrement pour la partie financière de l'étude) étaient pour l'essentiel empiriques et dispersées dans des registres et des cahiers d'écoliers entre les mains de plusieurs personnes, dont la tenue pour beaucoup compromet la fiabilité des informations.

L'administration du questionnaire aux deux parties concernées a quant à elle, souffert de difficultés spécifiques du fait de la réticence d'un certain nombre de personnes initialement approchées à se le faire administrer, surtout le personnel qui occupe la haute marche de la hiérarchie. Ces difficultés peuvent s'expliquer par le calendrier chargé du personnel médical, mais elles dénotent également d'une absence de préparation et de sensibilisation des groupes cibles à l'enquête et à ses enjeux, surtout qu'il s'agit d'un exercice encore peu habituel pour beaucoup de personnes. Nos séances de travail étaient souvent entrecoupées, chez le personnel médical pour les besoins de leur occupation professionnelle quotidienne, que nous comprenons fort bien du reste (faire un pansement, s'enquérir de l'état d'un malade, assister un accouchement), et chez les patientes, qui s'excusaient pour vérifier leur position dans le rang, se faire prendre les constantes, se faire consulter, aller aux toilettes ou payer à manger, tandis que d'autres se dérobaient tout simplement.

A ces difficultés inhérentes au contexte naturel de l'environnement des structures sanitaires de nos communautés, caractérisées par un afflux important de patients et des conditions d'accueil et de travail qui ne sont pas toujours satisfaisantes, s'ajoutent les « crises de nerfs » et autres comportements peu qualifiables dont l'équipe d'évaluation fut parfois victime de la part du personnel dans certaines structures médicales visitées.

A en juger les comportements des uns et des autres, nous estimons que la mission a été quelque part dérangeante d'où le repli à la défensive de certains, qui ont pris les membres de la mission comme des « intrus ». Malgré la présence à nos côtés de personnes du « corps médical et social », nous nous sommes vu opposer un refus catégorique d'accès à des informations essentielles, n'eut été l'intervention efficace de la hiérarchie. En effet, il faut le souligner, cette mission n'aurait jamais pu être menée à terme sans l'intervention personnelle du DRASS, du médecin chef de Sebkha, et du gynécologue responsable du Forfait qui ont promptement intervenu à chacune de nos sollicitations. Cette situation en soi, dont nous saluons l'efficacité pour lever les blocages, est tout de même un indicateur du climat d'ensemble qui règne dans ce milieu « protégé », qui admet difficilement l'autre ; alors quid

du malade, le patient, qui comme nous, cherche sa voie dans un environnement qui n'est pas nécessairement le sien !

La somme de toutes ces difficultés a durement éprouvé le déroulement de la mission et il a fallu beaucoup de courage, de tact et de patience pour la conduire à terme, certes lentement mais assez sûrement.

II. Principaux résultats de l'évaluation technique

2.1. L'adhésion au Forfait

2.1.1. Evolution du taux d'adhésion

Le nombre d'adhésion au Forfait avait atteint 2.211 patientes sur les 3.435 CPN 1 enregistrés au bout de 7 mois de fonctionnement, et le taux de pénétration plafonnait autour de 80% des patientes des CS du forfait (pourcentage d'adhésion au forfait lors de la CPN 1) selon le rapport d'évaluation de juillet 2003. Selon les données collectées par nos soins, les adhésions au forfait de déc. 02 à mai 03 (période couverte par le rapport précité) sont de 2.633 patientes, pour un nombre de CPN 1 que nous n'avons pas pu déterminer avec exactitude du fait de la qualité des données obtenues (voir problèmes soulevés plus ci-après). Malgré l'incertitude qui pèse sur les données de cette période du démarrage du programme, nous pouvons admettre que le forfait a connu une évolution certaine dans le taux d'adhésion déterminé par rapport à la population des patientes qui fréquentent les 3 CS concernés : 83% pour Sebkhha en juin 03 (données non validées pour juillet à septembre 03) ; 98% pour El Mina CME en octobre 03, et 75% pour El Mina Moughata en octobre 03. Cette situation est du reste attendue, car à la longue, on peut admettre que les patientes qui fréquentent les CS où existe le forfait vont progressivement adhérer dès lors qu'elles ont eu l'information. A signaler cependant l'évolution en dents de scie de la situation de El Mina, qui varie entre 75 et 83% d'un mois à l'autre, mérite une certaine attention. Ces tendances confirment les conclusions du rapport de juillet 03, qui avait soulevé le problème de l'évolution atypique d'El Mina qui a nécessité une sensibilisation du personnel pour relever la barre. Le tableau qui suit illustre la situation d'ensemble décrite.

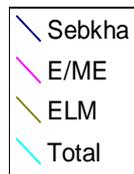
Vu sous un angle différent mais complémentaire, la population des patientes du forfait est passée de 509 membres en décembre 02, à 2.633 en mai 03 (date du rapport de juillet 03) puis à 5.491 adhésions en novembre 03 (soit près de 108% en 4 mois). Le taux d'adhésion a certes évolué, mais en dents de scie avec une tendance à la baisse, comme illustré dans le tableau et le graphique qui suivent.

Cette situation explique ou confirme l'état de saturation du CS de Sebkhha notamment, qui ne peut plus faire face à la forte progression des premiers temps du Forfait, dans l'état actuel de sa capacité. Mais force est de reconnaître que la tendance est générale et concerne les trois CS du Forfait à la fois, elle mérite de ce fait une attention toute particulière. Est-ce une vitesse de croisière, ou le signe de problèmes de croissance ?

Tableau : Evolution des adhésions au Forfait

	Sebkhha	E/ME	ELM	Total	Cumul	Sebkhha	E/ME	ELM	Total
Déc-02	285	108	116	509	509				
Janv-03	228	91	42	361	870	44%	46%	27%	41%
Févr-03	183	94	59	336	1 206	26%	32%	27%	28%
mars-03	280	106	118	504	1 710	29%	27%	35%	29%

avr-03	287	71	121	479	2 189	23%	15%	27%	22%
Mai-03	268	62	114	444	2 633	18%	12%	20%	17%
Juin-03	330	93	126	549	3 182	18%	15%	18%	17%
juil-03	340	92	143	575	3 757	15%	13%	17%	15%
août-03	278	91	104	473	4 230	11%	11%	11%	11%
Sept-03	290	98	97	485	4 715	10%	11%	9%	10%
oct-03	245	79	100	424	5 139	8%	8%	9%	8%
Nov-03	210	86	56	352	5 491	7%	8%	5%	6%
Total	3 224	1 071	1 196	5 491					



NB : Problèmes et limites des statistiques obtenues.

Nous avons relevé un certain nombre d'incohérences dans la collecte des données, surtout dans les premiers mois du forfait, et aussi à partir de juin 03. Des discordances existent dans les statistiques des actes entre les relevés du rapport mensuel et les recettes versées par le gestionnaire, qui constituent, à notre avis, le dernier maillon de preuve en cas de conflit sur les chiffres. Les problèmes rencontrés concernent surtout les données sur le nombre d'adhésions au Forfait, et les CPN 1, et CPN 2,3,4, notamment pour le centre de Sebkha et El Mina ME pour les mois de novembre et décembre 02. Nous avons constaté que les CPN 2, 3 et 4 étaient regroupés sur le rapport mensuel de Sebkha, ce qui occulte l'information pourtant fondamentale sur la régularité de la fréquentation des CS par les patientes. A partir du mois de juin d'ailleurs, il est à regretter que les informations concernant les CPN 1 à 4 n'ont même plus été mentionnées sur le rapport mensuel de Sebkha.

2.1.2. Prise de connaissance du Forfait et éléments d'adhésion

Prise de connaissance du Forfait

48 % des patientes qui se sont exprimées a pris connaissance du Forfait au centre de santé, informée par le personnel sur place. Sebkha est à 51% le centre où les patientes ont été le plus informées de l'existence du Forfait, suivi d'El Mina (36%), puis de TDH (20%).

La deuxième source d'information est le voisinage et la famille à 36% dans l'ensemble. Les autres sources d'information déclarées sont l'affichage (2%) qui concerne seulement Sebkha,

les cérémonies (1%), les médias (3%), et la sensibilisation dans les quartiers (3%). Nous ajouterons toutefois que l'affichage a été bel et bien observé dans les centres d'El Mina, même si les patientes interrogées ne l'ont pas mentionnée comme leur source d'information.

Raison d'adhésion du Forfait

La raison majeure de l'adhésion est la prise en charge médicale avec 46% en moyenne ; cette raison est beaucoup plus manifeste pour les patientes interrogées à El Mina TDH (80%), que pour celles d'El Mina (45%) ou de Sebkha (44%). La raison suivante est l'avantage des coûts à (30%).

Par ailleurs d'autres raisons non négligeables ont été invoquées, telles que le suivisme (11%), l'information (8%), ou le fait d'être des habituées du centre (1%).

Choix du CS

Le choix du CS est déterminé en priorité par la zone de résidence selon 81 personnes soit, 47% en zone F contre 34% en zone HF. Cela suggère que ce sont les résidents de la zone qui en priorité viennent au forfait. Cette information est corroborée par l'analyse de la population des patientes interrogées dans les CS du Forfait qui en majorité habitent cette zone avec 38% à Sebkha, 34% à El Mina. A noter que 20% des patientes interrogées viennent d'Arafat et 4% du Ksar.

Le deuxième déterminant est la bonne qualité des soins prodigués selon 67 personnes soit, 35% en zone HF contre 32% % sur la zone F.

A ces deux raisons, s'ajoutent l'accessibilité du coût pour 8% des patientes, soit 10% en zone F et 6% en zone HF.

Cependant, il faudra noter au passage que le bloc opératoire, très important soit-il pour toute structure de santé quelle qu'elle soit, ne constitue pas en soi un véritable attrait, contrairement à notre attente, encore moins un déterminant fort dans le choix du CS. D'ailleurs, il n'y a que 2 personnes seulement (1 à Sebkha et 1 à CHN) qui l'ont cité comme raison pour le choix du CS.

Par ailleurs d'autres raisons ont été invoquées, notamment l'inexistence de structure sanitaire dans la zone de résidence, la confiance (CHN), l'échographie (Sebkha), la qualité de l'accueil, la proximité, l'information, les besoins d'urgence en soins de santé, l'espoir de soins de qualité etc.

2.2. Les prestations du forfait

2.2.1. Qualité du service et prise en charge des patientes

Accueil, Attente, Consultation, Soins

Nous avons apprécié la qualité du service dans son ensemble par rapport aux critères suivants : l'accueil, les modalités et conditions de l'attente (temps, gestion des files d'attente), la consultation (temps, respect de l'intimité des patientes), la qualité des soins appréciée à la fois par le personnel et les patientes, et par l'examen des dossiers et de l'environnement de travail. Nous avons ainsi examiné l'hygiène et le confort de l'environnement, de l'attente à la consultation, la salle d'accouchement, le bloc opératoire ainsi que les salles d'hospitalisation. Enfin nous avons observé et recueilli les avis sur la qualité des rapports humains dans l'enceinte des structures visitées.

De façon générale, la qualité des soins selon l'appréciation du personnel est meilleure dans les zones Forfait par rapport au HF ; et si on met de côté Tab Salam (qui à plusieurs égards constitue une structure d'exception), l'écart est encore plus grand en faveur des zones Forfait (89% de satisfecit contre 76%). Par ailleurs aucun score « mauvais » n'a été enregistré dans les zones Forfait contre 6% dans les zones HF en dehors de Tab Salam, pour la qualité des soins.

Chez les patientes, la qualité des soins est également bien appréciée dans les deux zones et légèrement mieux en zone Forfait à 100% contre 97% en zone Hors Forfait qui est d'ailleurs la seule zone où la qualité des soins est jugée mauvaise par 6% des patientes qui se sont exprimées (toutes du CHN). Ce mauvais score enregistré par le CHN, s'expliquerait par certains incidents dans la pratique de la profession dont sont victimes certaines patientes comme celle qui nous a déclaré lors de l'enquête avoir beaucoup souffert d'une césarienne très mal exécutée et reprise en conséquence.

Par ailleurs, d'autres patientes qui ont pourtant bien apprécié la qualité des soins dans son ensemble, n'ont pas pu s'empêcher de formuler quelques plaintes, à l'endroit des centres HF (Teyarett, Tab Salam, CHN) notamment « l'inadéquation des médicaments prescrits ou achetés sur place qui n'améliorent pas l'état des patientes » selon elles.

Quant à la qualité de l'accueil, elle est dans l'ensemble bien appréciée par la majorité des patientes qui se sont exprimées en zone Forfait comme en zone Hors Forfait avec une légère domination de la première sur la deuxième, soit respectivement 98% qui estiment être bien reçues contre 94%. Ce qui explique sans doute les rapports relativement positifs avec le personnel, estimés bons à 97% en zone Forfait et à 93% en zone Hors Forfait. Cependant, cette qualité de l'accueil est quelque part non satisfaisante avec 4% des patientes en zone HF qui estiment être mal reçues contre 2% en zone F, confirmée encore respectivement par des proportions de 5% et de 2% qui jugent mauvais les rapports avec le personnel.

Cette petite pincée de patientes qui déprécie certainement non sans raison la qualité de l'accueil, aussi faible soit-elle, mérite qu'on lui prête attention. En effet, elle déclare avoir été souvent victime de la part du personnel, de non respect, de grondement, mais aussi de chantage pour le paiement de l'acte avant les soins. Ces comportements s'ils se confirmaient, seraient complètement en porte à faux avec les objectifs et les engagements définis dans la charte du forfait, dont l'existence et le contenu sont d'ailleurs ignorés par 99% du personnel des centres Forfait.

Ceci dit, même si les patientes estiment généralement être bien reçues, elles se plaignent cependant des conditions de l'attente. L'attente, en effet, est de loin la première raison de la non satisfaction des patientes, ce qui a été confirmé par les réponses du personnel.

Nous avons apprécié le temps d'attente en fonction de quatre (4) grilles de temps : 30 mm à 1 heure ; 2 à 3 heures ; 4 à 5 heures, plus de 5 heures.

Entre 30 mm et 1 heure, les patientes en zone HF attendent le plus à 80% contre 44% en zone F, et au delà de 1 heure, ce sont les patientes en zone F qui attendent le plus. D'ailleurs, ce n'est qu'en zone F que les patientes attendent plus de 5 heures de temps avec un score de 26% (toutes de Sebkh), alors que la zone HF n'a enregistré aucun score « mauvais » sur ce point.

En effet de la prénatale à l'échographie en passant par la postnatale, les patientes attendent de très longues heures assises par terre et en plein air bravant le froid, le vent et la poussière. Elles arrivent très tôt le matin (dès six heures du matin pour les premières, voire avant, selon leurs témoignages), et attendront en moyenne 1 heure et demi pouvant aller à 5 heures de temps (selon l'estimation du personnel) ou pouvant aller à six heures (témoignage des

patientes) voire au delà. Cette estimation nous semble minimisée si l'on considère l'heure d'arrivée des patientes et les files d'attente.

Les consultations démarrent entre 9 heures et 10 heures le matin selon les services, parfois au-delà comme pour le cas de l'échographie du fait du manque de personnel qualifié. Elles durent en moyenne 10 à 15 minutes (nous remarquons au passage l'absence d'une montre « officielle » dans les locaux du CS, y compris dans la salle d'accouchement). Nous constatons que le temps d'attente est plus élevé dans les zones Forfait (ce qui est une contre performance) et la durée de la consultation y est moins importante (ceci est également une contre performance). Cette situation pourrait toutefois s'expliquer par l'afflux important dans les zones Forfait, en général, et surtout à Sebkha. C'est d'ailleurs dans ce centre qu'on enregistre les consultations les plus expéditives, de l'ordre de 5 minutes. Pour justifier cette célérité, la personne interrogée, (qui en l'occurrence est une accoucheuse auxiliaire) a invoqué le fait que les « constantes se font dans la salle d'attente, donc on ne prend pas beaucoup de temps ».

A notre avis, une organisation du travail aussi parfaite soit-elle ne justifie pas tant que cela une consultation en deçà de la norme admise de 15 minutes en moyenne. Quant à la gestion des files d'attente, le personnel estime qu'elle est bien gérée de façon générale, et les centres HF estiment mieux s'en sortir que celles du forfait. A l'extrême 4 % du personnel de Sebkha estime que les files d'attente sont mal gérées.

Respect de l'intimité des patientes

L'intimité des patientes serait mieux respectée dans les zones du forfait ; surtout si l'on exclut Tab Salam qui enregistre un bon score sur ce chapitre, seuls 88% du personnel HF reconnaît que l'intimité est très bien respectée (29%), bien respectée (56%) ou assez bien respectée (3%), contre 95 % en zone Forfait. Le hic, c'est le score certes faible mais encore inacceptable des 2% du personnel qui estiment que cette intimité est mal respectée. En effet, la porte de la salle d'accouchement est toujours ouverte, nous l'avons nous même remarqué, et « les personnes entrent et sortent comme elles veulent, malgré nos interdictions » ajoute un membre du personnel.

Chez les patientes, la question de l'intimité serait mieux respectée en zone HF qu'en zone F avec des scores respectifs de 96% contre 87%. D'ailleurs 13% des patientes en zone F, qui viennent toutes de Sebkha, estiment que cette intimité n'est pas du tout respectée contre 2% seulement en zone HF. Lorsqu'on leur a demandé de donner les raisons, les patientes ont évoqué l'existence de paravent, la consultation individuelle, la « confidentialité » de la sage femme pour expliquer leur satisfaction ; puis elles ont dénoncé la transparence du rideau qui fait office de paravent, la consultation quasi-collective (certaines déclarent être reçues à 2, 3, voire 4 patientes dans la salle de consultation), les va et vient, la présence d'étrangers au service, mais aussi le mauvais souvenir dont est victime une mal césarisée au CHN qui nous a déclaré ceci : « je n'oublierai jamais ce qu'ils m'ont fait subir ».

Etat des locaux : Confort de l'environnement, Hygiène, Sanitaires

D'une façon générale, on remarque une plus grande sévérité dans les critiques apportées aux conditions de travail de la part du personnel des zones F par rapport aux zones HF. Cette sévérité, qui par ailleurs est largement justifiée à notre avis, est aussi accentuée par la surcharge de travail qui n'a pas été suivie d'une augmentation des revenus en conséquence, selon leur témoignage.

Le personnel estime à 29% que les locaux sont étroits dans la zone Forfait contre 20% seulement dans la zone HF ; et 16 % du personnel du forfait estime que les locaux sont délabrés contre 6% seulement dans le HF.

Le personnel évoluant en zone HF donne une meilleure appréciation de la propreté (94%) et de l'hygiène (88%) de ses locaux que le personnel de la zone forfait qui estime à 85% seulement que les locaux sont propres et à 78% seulement qu'ils sont hygiéniques. Nous nous attarderons sur le cas extrême de ceux qui estiment que les locaux sont sales (9% dans la zone F) ou non hygiéniques (4% dans la zone HF). A l'appui de ces observations, les commentaires suivants toutes du CS Sebkha, que nous reproduisons en l'état : (1) Les salles d'hospitalisation ne sont pas suffisantes, (2) Il y'a un problème de canalisation et d'évacuation d'eau¹ pour pouvoir arroser et nettoyer la salle d'accouchement au moins 2 fois par semaine, (3) pour l'entretien on reçoit 6 sachets de Omo de 20 UM par mois, une bouteille de javel et 1 savon.

La situation des sanitaires n'est guère meilleure : de l'absence totale à l'insuffisance ou à l'existence de sanitaires non fonctionnels dans la presque totalité des structures visitées. A Sebkha, les toilettes sont très insuffisantes, presque inexistantes et les patientes sont obligées de faire leurs besoins en plein air derrière les locaux. Et pourtant 5% des recettes sont, en principe, alloués au fonctionnement du forfait (à l'entretien des locaux). Toutefois, et du point de vue du personnel tout au moins, les zones du forfait restent légèrement mieux loties que les zones HF en ce qui concerne l'existence de sanitaires fonctionnels, à l'exception de Tab Salam où les sanitaires ne posent pas de problème. Dans certaines structures de santé HF, les patientes se plaignent de l'inexistence totale de toilettes (Teyarett, PMI pilote) ce qui pose un problème certain.

Les patientes également se plaignent des locaux. En effet, les patientes des zones F ont de loin une meilleure appréciation de la propreté (83%) et de l'hygiène(74%) de leurs locaux respectifs que les patientes des zones HF qui estiment à 65% seulement que les locaux sont propres et à 48% qu'ils sont hygiéniques. A l'extrême, 8% des patientes en zone HF estiment que les locaux sont sales contre 4% en zone F (toutes de Sebkha).

Dans les deux zones confondues (Forfait et Hors Forfait), 82% des patientes apprécient bien l'état des locaux (90% en zone F contre 73% en zone HF). Cependant seule la Zone F enregistre un score « mauvais » sur cette rubrique avec 6% des patientes qui estiment que les locaux sont délabrés.

Les patientes en zones Forfait et Hors Forfait estiment, avec le même score (65%), que les locaux sont spacieux. Par contre 28% des patientes en zone F estiment que les locaux sont étroits contre 12% en zone HF.

Etat des locaux : bâtiments

Le CS de Sebkha est devenu étroit et les locaux peu fonctionnels pour abriter l'activité croissante du forfait. La maternité compte 12 lits pour une moyenne de 20 à 30 accouchements par jour. Le temps d'hospitalisation, en dehors des césariennes, a été dramatiquement réduit allant jusqu'à quelques heures seulement. Les chambres sont très mal équipées (pas de draps, les placards sont scellés et les patientes entremêlent leurs effets à même le sol ou utilisent les berceaux non occupés. Ces berceaux servent aussi de dépôts d'ordures à l'occasion, car il n'y a pas de poubelle dans les chambres.

Il faut cependant noter, que dans le bloc opératoire qui a été récemment construit, les règles d'hygiène sont très bien respectées.

¹ Ces problèmes auraient trouvé un début de solution, témoignage de Dr. Abdelkader

A TDH, les bâtiments sont délabrés mais relativement propres.

Dans la zone HF, les bâtiments que nous avons visités sont généralement acceptables, surtout à Teyarett et Tab Salam., sauf pour la PMI pilote où les locaux sont très étroits.

Notre appréciation

L'appréciation globalement positive sur la qualité des soins nous a quelque peu surpris, non pas dans l'absolu, mais du fait de l'ampleur de la réponse et de sa constance. Il faut avouer que ces réponses nous ont quelque peu surpris, surtout lorsque cet état de fait a été confirmé par les résultats du Focus Group des patientes, au cours duquel la qualité des soins a été très peu évoquée, sauf par le biais des médicaments dont les patientes ont déploré la rupture fréquente. Il aura fallu attendre le focus group du personnel pour entendre les quelques rares plaintes, mais celles-ci n'ont jamais remis en cause la qualité des soins sur le plan clinique, les décisions obstétricales, etc.

Nous nous sommes rendus compte que les réponses à la question directe de la qualité des soins ne traduisaient pas exactement les préoccupations réelles exprimées çà et là au contour des questions disséminées à travers le questionnaire, qui, sans en avoir l'air, véhiculaient la même idée sur la qualité des prestations : informations reçues sur les soins, les médicaments, le carnet de santé, l'état des locaux, les raisons du choix du CS, etc. Une attention particulière a été apportée sur la partie ouverte des questions précédentes, qui a été l'occasion de faire émerger les véritables questions.

Ce paradoxe nous a amené à nous demander si les personnes interrogées étaient réellement en mesure d'apprécier la qualité des soins reçus ou administrés, ou alors ne sommes-nous pas en train de distiller dans notre interprétation des réponses, notre propre jugement de valeur alimenté par la rumeur.

En effet, force est de reconnaître que les réponses aux mêmes questions diffèrent selon que l'on se trouve dans la rue, dans une causerie de groupe, ou face à un enquêteur. Les nombreuses plaintes entendues çà et là n'ont pas effectivement été exprimées dans les réponses à nos questions, sauf dans des cas extrêmes mais isolés, de l'ordre de 5 à 6%. Sous ces réponses à l'apparence de « perfection », il ne faut pas oublier de remettre les choses dans leur contexte : la population concernée, les habitudes antérieures, la culture du respect de la « blouse blanche », l'absence de référence, l'absence d'alternative tout au moins en apparence. C'est pourquoi nous avons prêté une grande attention aux 11% du personnel et 1% des patientes de la zone F pour qui la qualité des soins serait moyenne.

Notre observation des conditions de travail, d'hygiène, de consultation, et notre examen des locaux nous amènent à relativiser les appréciations précédentes quasi-parfaites. En effet, nous avons relevé un niveau d'hygiène très moyen, parfois même préoccupant (pour ce qui concerne surtout la salle d'accouchement de Sebkhah) avec des problèmes d'eau et d'électricité récurrents, un niveau d'équipement très limité dans l'ensemble aussi bien pour le matériel et les équipements médicaux, que pour le matériel de bureau les fournitures et consommables, le matériel et les fournitures d'entretien, l'insuffisance ou l'inexistence de toilettes, le manque de personnel. La question de la capacité d'accueil du CS Sebkhah est notamment posée avec une grande acuité, car si elle n'est pas réglée dans des délais raisonnables, elle risque d'entraîner une dégradation progressive de la qualité des services.

2.2.2. Disponibilité et qualité des médicaments et consommables

Le personnel médical estime que les médicaments et consommables médicaux sont relativement insuffisants. Paradoxalement, le personnel des zones HF a une meilleure

appréciation de la quantité des médicaments en moyenne : 61% la jugent suffisante, 56% seulement si on enlève le poids de TSD, contre 47% dans les zones du forfait. A signaler que dans la zone HF, les médicaments et consommables sont parfois carrément inexistant, comme à Teyarett dans notre échantillon, ce qui n'est jamais arrivé dans les zones du forfait. Dans cette zone, c'est la quantité qui est remise en question (exemples cités : gants, intranules, rasoirs, antibiotiques), le personnel estime que le stock théorique mensuel alloué ne répond pas aux besoins, surtout compte tenu de l'affluence sans cesse croissante. Seuls les produits d'urgence sont suffisants selon une des personnes interrogées, une autre estime qu'« on ne leur donne que du fer ». A titre d'illustration, nous reprenons ici la définition qui nous a été donnée par une sage femme en réponse à notre question de savoir ce qui distingue un accouchement normal d'un accouchement dystocique : pour elle, un accouchement normal se résume à l'utilisation d'une paire de gants, un sachet de fer, les (premiers) soins du nouveau né. Pour ces actes, les produits utilisés sont la bétadine, en salle d'accouchement, la pommade pour les soins des yeux du nouveau né. Dès lors qu'intervient l'usage d'un produit pharmaceutique (méthergin injectable en cas de saignement, perfusion ou syntho pour déclencher un accouchement, buscopan, amoxicilline si révision utérine en cas de saignement, etc.) dans un accouchement qui présente toutes les caractéristiques « normales » (pas de forceps, de perfusion, etc.), il devient alors dystocique.

Du point de vue de la qualité, la majeure partie des patientes ne supporte pas le fer donné par le forfait. Aussi indexés sont l'amoxicilline en provenance de l'inde, dont la qualité serait douteuse, et la pommade utilisée pour les soins des yeux du nouveau né (le collyre a la préférence tant du personnel que de certaines mamans qui se sont prononcées sur la qualité). Aussi éloquent est ce témoignage d'un membre du personnel « ce sont des médicaments que la CAMEC commande auprès des commerçants, et ils viennent de l'inde le plus souvent » ; à signaler que cette appréciation a été exprimée par les membres du corps médical dans les zones du forfait comme HF, prouvant que le problème de l'approvisionnement est général. Sur cette question du reste, la partie financière de l'évaluation a, en effet, soulevé le point de la fiabilité des fournisseurs locaux de médicaments et consommables médicaux.

Enfin le personnel déplore l'absence de certaines molécules et consommables : méthergin comprimés, spasfon comprimés, sérum anti-D pour lutter contre les risques liés au RH- ; les fils de ligature du cordon pour les nouveaux nés (la ligature se fait avec les bandes, ce qui provoque parfois des saignements) ; il n'y a pas de poches urinaires, de sondes urinaires, de « geloplasma ».

Tout pour dire que les dotations mensuelles sont estimées ne pas toujours répondre au besoin de l'activité réelle. A titre d'exemple, à Sebkhā, le labo n'est doté que de 50 tubes à essais par mois, alors que le CS reçoit une moyenne de 60 patientes par jour.

Par ailleurs, les patientes se plaignent de la prescription d'ordonnances trop chères qu'elles doivent payer de leur propre poche, en dépit des promesses du forfait. Aussi il arrive qu'elles fassent un nombre important d'Allers-Retours avant de pouvoir disposer de leurs médicaments, ce qui implique encore des frais et d'autres complications pour elles. Le pire, c'est que certains médicaments souvent prescrits n'existent pas au niveau du forfait, d'où une certaine désillusion quant aux promesses du forfait.

Malgré les problèmes soulevés ci dessus, paradoxalement la disponibilité et la qualité des médicaments sont en générale mieux appréciées par les patientes que par le personnel. En effet la majorité des patientes qui se sont exprimées pense que les médicaments et consommables sont suffisants, soit 90% en zone F et 89% en zone HF. Cependant, une proportion de (9%) en zone F et (5%) en zone HF estime qu'ils sont insuffisants. Aussi dans les deux zones, comme explicité un peu plus haut, en raison de l'insuffisance des

médicaments, certaines patientes se résolvent à payer leur ordonnance à la pharmacie, et les patientes de Sebkha sont les plus affectées par cette situation, selon leurs témoignages.

Quant à la qualité de ces médicaments et consommables, elle est légèrement mieux appréciée en zone F (96%) qu'en zone HF (94%). Très peu de patientes déclarent être insatisfaites avec les médicaments, 2% en zone F contre 1% seulement en zone HF. Et si la qualité des médicaments est appréciée moyenne et mauvaise par cette proportion de patientes, c'est parce que, déclarent-elles, ces médicaments surtout le fer « provoquent des vomissements », « coupent l'appétit » et « ne soulagent pas du tout les douleurs ».

En dépit des insuffisances, force est de reconnaître l'impact évident du forfait sur le portefeuille des patientes et de leur famille, principalement du fait de la baisse des prescriptions sur ordonnance. Car s'il est vrai que le seul médicament qui est souvent délivré est le fer, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de médicaments, et d'autres produits médicaux sont utilisés gratuitement pour les soins des patientes du forfait, qui sont encore prescrits pour les personnes hors forfait, qui elles payent à l'acte.

2.2.3. Prise en charge des indigents

Le personnel médical reconnaît dans l'ensemble la présence des indigents, même si certains pensent qu'ils se présentent rarement : 22% à Sebkha contre 0% à El Mina et TDH, ce qui implique que l'appréciation de ces faits n'est pas une question de forfait ou non, mais peut-être de zone de résidence. Près de 90% du personnel interrogé dans tous les CS reconnaît la présence d'indigents à l'exception du CHN (50% mais à retenir que nous n'avons pu interroger que deux sage femmes pour les raisons évoquées plus haut), de Sebkha (76%), de PMI pilote (75%), et de la polyclinique (86%).

La question épineuse de la prise en charge des indigentes commence par leur identification, et il apparaît que celle-ci n'est pas organisée de manière systématique. A la question de savoir comment vous reconnaissez les indigentes, le personnel répond dans sa grande majorité que c'est « plutôt par intuition », par leur apparence, leur habillement, leur comportement, ou sur la base de leurs propres déclarations. Seulement quelques personnes, évoquent des éléments qui peuvent être assimilés à un embryon de procédure d'identification : veuves, femmes célibataires, familles à revenu modeste ; ou encore en remplissant la fiche d'identification, la réticence à payer malgré la pression, l'accumulation d'ordonnances non payées, etc. Une seule fois, l'existence d'un comité de santé pour les identifier a été évoquée, et une autre fois l'existence d'enquêtes sur la base des déclarations de la patiente. Les réponses obtenues, qui parfois se contredisent, illustrent la complexité de cette question, et la difficulté d'appréciation qui se pose au personnel même. En effet, 15% du personnel des structures du forfait ont estimé dans l'ensemble qu'il n'y avait pas la présence d'indigents (dont 22% à Sebkha), contre 8% dans les zones HF ; et 7 % du personnel des CS du Forfait estime que les indigentes sont peu nombreuses contre 22% dans les centres HF.

A notre avis, si le forfait a voulu ouvrir la brèche pour prévoir la prise en charge des indigents, il ne s'agit là que d'une éventualité et les modalités pratiques n'ont jamais été définies quant à la mise en application effective de cette possibilité.

En dépit de cette imprécision, le personnel du forfait estime à 69% que les « indigentes identifiées » sont prises en charge contre 63% dans la zone HF, et seulement 50% si on exclut TSD. Quant à la prise en charge effective, elle ne figure pas dans les rapports de synthèse obtenus, et les rapports préparés par les CS indiquant un faible niveau d'actes non payés (la raison n'est pas toujours précisée).

2.2.4. Tarification et règlement des actes

Généralement le règlement des frais des actes médicaux pose encore un problème majeur même si l'avènement du forfait a beaucoup contribué à assainir la situation.

Il ressort des témoignages recueillis, tant sur les questionnaires que lors de confidences occasionnelles, que des sommes indues continuent encore à être perçues par des membres du personnel. Par exemple, à Tab Salam et à l'hôpital national nous avons recueilli le témoignage de patientes qui nous ont affirmé avoir été victimes de telles pratiques. A titre d'exemple :

- sur les quatre dames qui ont accouché les nuits des 22 et 23 décembre à Tab Salam, trois déclarent avoir payé 2.000 UM et la quatrième 3.000 UM. Il nous a été indiqué qu'une femme qui a accouché peut payer jusqu'aux environs de 3.000 UM, pour un accouchement normal au lieu de 700 UM prévus.
- Au CHN, elles payent souvent le quadruple des 5.200 UM prévus pour un accouchement normal, d'ailleurs une dame nous a interpellé lors de l'enquête pour nous signifier qu'elle a payé plus de 19.000 UM pour un accouchement normal et qu'on lui a exigé de payer cinq mille ouguiyas (5.000 UM) additionnels pour avoir le bulletin de naissance de son enfant. Une autre dame, qui a fait l'objet d'une césarienne, se plaint d'être séquestrée pour défaut de paiement. Son carnet de santé est confisqué et elle est interdite de sortie jusqu'à ce qu'elle ait payé les frais de la césarienne, alors qu'elle déclare ne pas en avoir les moyens.

Dans la zone du forfait, nous avons relevé que certaines payaient des sommes importantes avant leur adhésion au forfait, du fait d'une information tardive sur le programme. Une fois l'adhésion au forfait effectuée, les paiements en extra concernent en général le cas de certains prestations et actes non couverts par le forfait (les soins du bébé autres que les premiers soins, les ordonnances pour les médicaments non couverts par le forfait) ; les cas de paiement en sus relevés dans le cadre du forfait concernent essentiellement les ruptures de stocks de médicaments et quelques cas isolés de prestations qui ont été effectuées en dehors des centres du Forfait, généralement pour des raisons d'urgence : douleurs algies pelviennes (4), analyses de sang (2), anémie (1), céphalées (1), douleurs abdominales (3), HTA (1). Certaines de ces analyses ont donné suite à une ordonnance réglée également en sus.

2.3. L'environnement et les conditions de travail

2.3.1. Les ressources humaines (personnel)

Qualification, effectif du personnel et volume de travail

De manière générale, le personnel en place est à la fois peu qualifié et insuffisant. Il s'agit ici d'une qualification technique, car nous sommes dans un milieu médical. Même si plus de 50% des personnes interrogées déclarent avoir un niveau secondaire, seuls 4% ont bénéficié d'une formation technique (5% du personnel des centres Forfait, et seulement 2% pour le HF). Ce constat est du reste affirmé par 5% du personnel interrogé (toutes du CS Sebkha) et repris dans les recommandations par 9 personnes qui recommandent d'augmenter le personnel, dont les 3 précisent par du personnel qualifié, 2 personnes qui demandent de revoir la politique d'utilisation des bénévoles, et 4 personnes qui réclament une formation continue au profit du personnel. L'insuffisance de l'effectif explique sans doute le recours important aux bénévoles, dont l'utilisation est remise en cause. Signalons tout de même que le personnel des structures du Forfait est généralement plus qualifié que celui des structures HF, ce qui est

du reste attendu notamment du fait de la présence de qualifications médicales spécialisées du fait de l'existence du bloc.

Les équipes de garde sont largement composées de bénévoles : A Sebkha, toutes les 4 équipes de garde sont composées en majorité de bénévoles, ce qui compromet inmanquablement la qualité des services et des soins, mais surtout la décision obstétricale. A titre d'exemple, à la date du 11/12/03 et en l'absence de la sage femme responsable, l'équipe de garde n'était composée que de bénévoles et d'élèves stagiaires. Ainsi lors d'un accouchement, une bénévole a failli faire subir à une primipare une épisiotomie qui pouvait être évitée, car de l'avis de cette bénévole non qualifiée une primipare doit toujours être déchirée pour extraire le bébé.

L'utilisation des bénévoles devrait être revue et corrigée à la lumière de cet incident vécu par notre équipe, mais aussi et surtout sur la base des témoignages du personnel médical qui se plaint de la trop forte présence de bénévoles. Ces plaintes ne sont pas seulement motivées par des préoccupations uniquement financières, qui sont réelles du reste, mais elles reposent aussi sur un souci de qualité des prestations qui requièrent une certaine connaissance technique, un certain doigté, etc.

Il convient de noter un manque notoire de sages femmes et d'infirmiers qualifiés. A titre d'exemple, à El Mina comme à Sebkha, sur les 4 équipes de garde que compte la maternité, seules 3 comptent une sage femme. A El Mina, la quatrième équipe qui est sans sage femme est composée d'une infirmière médico-sociale, d'une accoucheuse, d'une élève sage-femme et d'une fille de salle. C'est cette équipe qui était d'ailleurs de garde lors de notre passage le 16/12/03.

Dans les centres HF, nous n'avons pas pu obtenir les listes complètes du personnel et des gardes en général. Nous n'avons pu collecter que les déclarations des personnes trouvées sur place. Cependant à Tab Salam Diam, nous avons constaté que le personnel était en bon nombre par rapport au taux de fréquentation de la structure relativement faible, mais il s'agit pour l'essentiel de personnel non qualifié qui a été formé sur le tas à l'intérieur même du centre.

Cependant du point de vu des patientes, le personnel est en général relativement suffisant avec 92% de satisfecit en zone F qui prend le dessus sur le HF (78%), mais il faut reconnaître qu'il ne s'agit là que d'une appréciation de la « quantité » et non de la « qualité ».

Toutefois, à l'extrême, cet effectif est peu suffisant à suffisant selon 20% des patientes du F contre 5% en zone HF. Cette insuffisance de l'effectif s'expliquerait par l'absence et/ou le retard du personnel, mais aussi par la non prise en compte de l'affluence et du volume de travail.

Motivations

Le personnel se plaint beaucoup de la faiblesse des motivations et du caractère discriminatoire de sa répartition. Il estime que les clefs de répartition existantes ne récompensent pas le mérite, ceux qui travaillent le plus ne sont pas les mieux rémunérés. Cet avis est largement partagé, presque à tous les échelons (**sauf pour le personnel du bloc qui de l'avis des autres est mieux traité sur ce plan**).

Le personnel à El Mina n'est pas du tout satisfait du forfait et déplore la mauvaise et la non transparence de la gestion et par conséquent la distribution des motivations.

Comparé à la zone HF, la différence dans les plaintes provient essentiellement de l'insuffisance des motivations par rapport à la charge de travail, ce qui est compréhensible,

compte tenu de l'accroissement de travail drainé par l'avènement du forfait, mais aussi par rapport à l'espoir ou aux attentes induits par l'importance supposée ou connue des recettes du forfait. Par ailleurs, le personnel des zones Forfait se plaint davantage du manque de visibilité et d'information sur le mode de calcul de la rémunération par rapport aux recettes du forfait. Par exemple, le personnel déplore le manque d'équité dans la répartition de la motivation libre, dont l'appréciation revient au seul médecin chef. Les plaintes sur le retard des paiements sont beaucoup plus vivaces dans la zone HF où le personnel déclare ne recevoir les motivations que tous les trois mois, voire cinq.

Rapports sur le lieu de travail : entre collègues

Le climat de travail semble satisfaire au personnel, qui reconnaît avoir de bonnes relations de travail avec les collègues. Ces relations semblent meilleures dans les zones F où 45 % du personnel les qualifie de très bonnes, contre 35% en zone HF.

Connaissance du forfait

Nos travaux ont révélé une méconnaissance presque parfaite de la charte du Forfait. Parmi les 104 personnes du personnel des structures de santé interrogées, il s'avère qu'une seule (du CS Sebka) déclare avoir déjà lu la charte une seule fois, et avoir retenu qu'en fait, « elle nous incite à un meilleur engagement dans les objectifs du forfait ». Toutes les autres personnes qui ont répondu « Oui » à la question n'ont pas été en mesure d'en donner une explication fidèle. Elles ont confondu la « Charte » avec le contenu du Forfait. Ceci est « révélateur » d'une absence de compréhension profonde de la mission dévolue au projet, et de la non adhésion des parties prenantes à ses principes, du fait tout simplement d'en ignorer la substance, ou de ne pas la partager ce qui en pratique revient au même.

Implication dans la gestion

78% du personnel des centres du forfait affirme ne pas être impliqué dans la gestion du forfait. Lorsqu'il est impliqué, le personnel évoque ses responsabilités opérationnelles dans la gestion des médicaments, le suivi des dossiers, la collecte et le reversement des recettes. Une seule fois, il a été déclaré que les responsables informent sur les recettes du forfait à chaque fin de mois, et à aucun moment référence n'a été faite à une quelconque information sur les dépenses.

C'est la même situation qui prévaut chez les patientes, en réalité elles ne sont pas du tout impliquées dans la gestion du forfait. D'ailleurs sur cette question, 95% ont répondu « Non », 2% se sont tues, et parmi les 3% qui ont répondu « Oui », deux(2) personnes n'ont donné aucune explication valable ni du niveau, ni de la nature de leur implication dans la gestion, à l'exception d'une seule patiente d'Elmina qui déclare être impliquée dans la sensibilisation sur le forfait en tant que femme relais.

2.3.2. Les ressources matérielles (équipements, fournitures et consommables non médicaux)

2.3.2.1. Equipements médicaux et non médicaux

Qualité et quantité des équipements généraux et spécialisés, du matériel médical : bloc, bâtiment, salles ; Etat des locaux : accessibilité, conformité aux normes et standards médicaux.

Le personnel estime que l'état du centre est très délabré, et les locaux très étroits pour abriter des services et des soins de qualité.

A. Centre de Sebkha : état des locaux et niveau d'équipement

Le centre de sebkha est implanté dans une localité d'extrême pauvreté et reçoit un nombre très important de patientes. Il possède une maternité et un bloc opératoire. Cependant les conditions d'accueil de ces patientes sont très déplorables. A la prénatale, à l'échographie comme à la postnatale, les conditions d'accueil sont déplorables, les femmes attendent de très longues heures en plein air assises à même le sol sans aucune protection ni confort. En plus, elles se plaignent de l'inexistence de toilettes.

Les salles d'hospitalisation

Les salles sont très mal entretenues. Il y'a 5 salles d'hospitalisation pour une activité pouvant aller jusqu'à 20 ou 30 accouchement par jour. Dans chaque salle nous avons :

- Salle E : 3 lit sans drap, 1 seul berceau sans moustiquaire avec un petit matelas, les armoires sont scellées, les ventilateurs ne marchent pas, la propreté laisse à désirer, 2 potences et 3 petites tables de chevet.
- Salle D : 3 lits, 3 berceaux sans matelas et sans drap, 3 tables de chevet. Les placards sont fermés par des cadenas ; la propreté laisse vraiment à désirer et les ventilateurs ne marchent pas.
- Salle C : les ventilateurs ne marchent pas, 3 lits sans drap plus un seul berceau sans moustiquaire ni matelas et les armoires sont toujours scellées et la propreté laisse à désirer.
- Salle B : 3 lits sans drap, 3 berceaux dans les mêmes états que les salles précédentes, les ventilateurs ne fonctionnent pas, les salles sont mal entretenues et sont sans sceau de poubelle alors les malades choisissent un des berceaux non occupé comme place d'ordure, les armoires sont scellés et les patientes ne savent même pas là ou ranger leurs bagages. L'entretien des chambres est fait seulement le matin une fois par jour, alors que les accouchées ne font que 2 heures après l'accouchement.

A la suite de notre projet de rapport du 28 mars 2004, cette situation a évolué. Des travaux ont été entrepris avec l'appui de la coopération française qui ont permis l'extension de la salle d'accouchement et la réhabilitation d'un pavillon d'hospitalisation. La capacité est passée de 12 à 28 lits. De l'avis du médecin chef de la maternité de Sebkha, Dr. Abdelkader, les problèmes d'évacuation et d'égouts ont été résolus, du fait de cette extension. Le Dr Abdelkader signale également que les locaux de consultation attendent encore une extension devenue plus urgente.

La salle d'accouchement

Elle comprend une salle d'attente et la salle proprement dite, la salle d'attente dispose de 4 lits en très mauvais état, un lavabo qui ne fonctionne pas et qui est nettoyé seulement une fois par jour (par un garçon de salle). La salle d'accouchement est nettoyée une fois par jour et comprend 4 tables d'accouchement, un placard pour le matériel de bureau, les partogrammes, les carnets, les registres, un bureau et 2 chaises, une poupin elle (stérilisation de boîte), une balance, un tensiomètre, un aspirateur, deux seaux à poubelle, une lampe chauffante en panne remplacée par une torche.

Avec une moyenne de 20 à 30 accouchements par jour, cette salle d'accouchement n'est pas nettoyée avec suffisamment d'eau car il y'a un problème d'évacuation d'eau et les garçons ou filles de salle qui passent vers 4 h du matin nettoient seulement avec une serpillière un seau d'eau du savon et de l'eau de javel. Les tables d'accouchement n'étant pas non plus nettoyées

après chaque acte, une patiente qui vient après une autre est obligée de nettoyer elle même la table avec son pagne ou un morceau, ce qui les expose énormément aux risques d'infections.

Le problème de l'eau doit être réglé dans les meilleurs délais pour permettre un nettoyage régulier de la salle et des tables d'accouchement après chaque acte.

Le bloc opératoire

Il y'a deux salles d'opération dont une fonctionnelle et qui comprend :

- table d'opération 01,
- sciatique (lampe en salle)01
- table d'anesthésie 01
- aspirateur 03
- tensiomètre électrique 03
- bistouri électrique 02
- chaise pour l'anesthésiste 01
- un tabouret 02
- un escabeau (petit escalier) 02
- tambour moyen (compresse) 06
- jambière 01
- ciseau 02
- seau à poubelle 04 (2 par Salle)
- Climatiseur 01
- Bouteille de CO2 (01)
- Bouteille d'O2 (01)

La salle de stérilisation

- grand tambour (les champs et tenues de bloc) 04
- machine à laver 01 (en panne)
- poupin elle 02 dont 1 avec le major
- autoclave 01(en panne)
- cœlioscopie et accessoires 01
- chariots 02
- frigo 01

La salle de réveil

- 1 seul lit
- 1 ordinateur

Les matériels (instruments)

- 6 boîtes de curetage
- 6 boîtes de césarienne
- 1 boîte de forceps (2 ou 3 paires)

NB : l'existence ou non de ce matériel ici répertorié ne peut être réellement confirmé, car le major du bloc n'a pas voulu ouvrir les boîtes pour que l'on puisse vérifier, il s'est seulement contenté de nous les énumérer.

Cependant au bloc les règles de propreté et d'hygiène sont tout de même très bien respectées.

B. Le Centre d'El mina

Le centre d'El mina reçoit un nombre assez important de patientes. Il possède une maternité et abrite plusieurs consultations , prénatale, postnatale, consultation externe.

Le problème d'équipement ne se pose pas tellement à la prénatale et à la postnatale il y'a une salle d'attente commune avec des bancs en ciment. La maternité possède une salle d'hospitalisation, une salle de mise en observation, deux bureaux, une salle d'accouchement avec 3 lits et des toilettes. Ce pendant les patientes se plaignent du temps d'attente et surtout de la rupture des médicaments. A la pharmacie l'infirmière vendeuse diminue la dose de médicament car l'approvisionnement est très insuffisant. Mais les patientes déclarent être victimes de discrimination quant à la délivrance des médicaments ; Celles qui n'ont pas de « bras longs » sont toujours renvoyées de rendez vous en rendez vous chaque 2 ou 3 jours pour venir récupérer le reste de leur médicament, mais en vain.

C. Terre des Hommes

Terre des Hommes est un centre médical implanté aussi dans la moughataa d'El mina. les bâtiments sont délabrés et n'ont pas fait l'objet de réfection depuis leur construction. Même s'il est propre et spacieux; le centre est peu équipé. La salle d'accouchement dispose de 2 tables, une balance, un centimètre, tensiomètre et un petit bureau. Le centre est en majorité fréquenté par des patientes résidentes ou proches de la zone. Ces patientes se plaignent du temps d'attente, du retard du personnel du comportement désagréable de certains membres du personnel à leur égard lors de la consultation, mais aussi de la rupture des médicaments et par conséquent de la prescription d'ordonnances trop chère qu'elles doivent payer de leur propre poche.

Quant au personnel, il se plaint de la distance et de l'augmentation du volume de travail alors que les motivations régressent chaque mois.

2.3.2.2. Fourniture des services : eau, électricité, téléphone, transport

La salle d'accouchement de Sebkha n'est jamais nettoyée avec suffisamment d'eau car il y'a un problème d'évacuation et les garçons ou filles de salle qui s'en occupent se plaignent de l'insuffisance du matériel et des équipements (un torchon de ménage (serpillière), un seau d'eau, du savon et de l'eau de javel). Avec une moyenne de 20 à 30 accouchements par jour, un nettoyage plus complet à grande eau aurait été plus approprié, à notre avis. Les tables d'accouchement n'étant pas non plus nettoyées après chaque acte, une patiente qui vient après une autre est obligée de nettoyer elle même la table. Cette situation les expose à d'importants risques d'infections.

Les problèmes d'eau et d'électricité semblent être récurrents dans les structures visitées. Des coupures fréquentes d'électricité sont évoquées à Sebkha et TDH notamment, où la raison invoquée est un défaut d'installation. Il convient cependant de signaler l'existence d'un groupe électrogène à Sebkha. La rareté de l'eau est aussi décriée tant à El Mina qu'à TDH. La situation est également dramatique dans les autres structures, y compris au CHN où on nous dit que le groupe électrogène est également en panne. Ainsi, il n'y a pas d'eau du tout à l'Inter Entreprise et à la PMI pilote.

Concernant le téléphone, qui est devenu un outil de communication indispensable surtout dans une structure de santé, il n'existe pas à TDH et 92% du personnel de Sebkha interrogé déclare méconnaître le ou les téléphones du CS parce qu'il leur est inaccessible. Les zones HF sont tout aussi mal loties sur cette question.

Enfin pour le transport, les zones HF ne disposent presque pas de moyen fonctionnel, à l'exception de Tab Salam et du CHN. Il faut dire que même dans les zones du Forfait, seul le CS de Sebkha dispose d'une ambulance, mais son état a suscité beaucoup de commentaires : il est souvent en panne et selon certains ne sert pas à grand-chose. Ainsi la majorité des évacuations médicales se fait par taxi ou par véhicule personnel.

III. Gestion financière et administrative du programme

3.1. Le Rapport Financier (RAF) du Forfait

3.1.1. Tableau de synthèse du RAF cumulé aux 30 oct. 03 et 31 mai 04

	Notes	Cumul nov.02- nov.03	Cumul nov.02- oct. 03	Total oct. 03 selon CS	Ecart	
<u>Recettes</u>						
Sebkha	2	26 770 950	25 050 550	25 050 550	0	
El Mina CME	2	6 388 300	5 859 000	5 859 000	0	
El Mina	2	8 203 500	7 758 800	7 758 800	0	
s-total recettes	8	41 362 750	38 668 350	38 668 350	0	
<u>Dépenses</u>						
Fonctionnement des CS	3	4 313 954	4 044 514	4 044 513	1	10%
Prime personnel CS (motivations)	4.1	12 466 132	11 816 562	11 816 560	2	85%
Prime équipe de garde bloc	4.2	5 848 800	5 365 800	5 365 800	0	
Prime gestionnaire forfait	4.3	500 000	460 000	460 000	0	
Prime pharmacien forfait	4.4	300 000	250 000	250 000	0	
Primes gardien forfait	4.5	130 000	120 000	120 000	0	
Salaire chauffeur (DRPSS)	5.1	180 000	160 000	160 000	0	
Cas sociaux	5.2	1 270 850	490 000	490 000	0	
Fonctionnement forfait	5.3	6 800	6 800	6 800	0	
Impression outils forfait	5.4	30 000	30 000	30 000	0	
Impression outils MSR	6	720 000	720 000	720 000	0	
Achat médicaments	6	5 689 094	5 689 094	5 689 094	0	
Frais financiers	5.5	10 440	10 440	10 440	0	
s-total dépenses	8	31 466 070	29 163 210	29 163 207	3	
<u>Solde sur le compte bancaire</u>						
Réapprovisionnement médicaments	6	9 151 926	8 074 166	8 074 526	-360	
DRPSS	5	-857	723 573	724 430	-857	
Fonds de sécurité du forfait	7	743 754	705 544	705 578	-34	5%
s-total disponibilités	8	9 894 823	9 503 283	9 504 534	-1 251	
Total de contrôle du solde	8	9 896 680	9 505 140	9 505 143	-3	
Ecart		-1 857	-1 857	-609	-1 248	

		<u>Total oct. 03</u> <u>selon CS</u>	<u>Total mai 04</u> <u>selon CS</u>	<u>Variation</u>	<u>%</u>
<u>Recettes</u>					
Sebkha	2	25 050 550	40 132 250	15 081 700	60%
El Mina CME	2	5 859 000	9 578 500	3 719 500	63%
El Mina	2	7 758 800	12 416 600	4 657 800	60%
Arafat	2		782 200	782 200	
s-total recettes	1	38 668 350	62 909 550	24 241 200	63%
<u>Dépenses</u>					
Fonctionnement des CS	8.1	4 044 513	6 468 633	2 424 120	60%
Prime personnel CS	8.2	11 816 560	18 507 164	6 690 604	57%
Prime équipe de garde bloc	4.1	5 365 800	8 795 100	3 429 300	64%
Prime gestionnaire forfait	5.1	460 000	740 000	280 000	61%
Prime pharmacien forfait	5.2	250 000	600 000	350 000	140%
Primes gardien forfait	5.3	120 000	190 000	70 000	58%
Primes anesthésiste bloc	4.2		120 000	120 000	
Salaire chauffeur (DRPSS)	6.1	160 000	300 000	140 000	88%
Cas sociaux (DRPSS)	6.2	490 000	1 845 760	1 355 760	277%
Complément de motivation	5.5	6 800	435 400	428 600	6303%
Fonctionnement centre forfait (DRPSS)	6.3		20 300	20 300	
Impression outils forfait	6.4	30 000	32 300	2 300	8%
Impression outils MSR	6.5	720 000	1 360 000	640 000	89%
Achat médicaments	3	5 689 094	18 346 624	12 657 530	222%
Frais financiers	6.6	10 440	10 440	0	0%
s-total dépenses	1	29 163 207	57 771 721	28 608 514	98%
<u>Solde sur le compte bancaire</u>					
Réapprovisionnement médicaments	3	8 074 526	4 473 476	-3 601 050	-45%
DRPSS	6	724 430		-724 430	
Fonds de sécurité du forfait	7	705 578	663 743	-41 835	-6%
s-total disponibilités	1	9 504 534	5 137 219	-4 367 315	-46%
Total de contrôle du solde	1	9 505 143	5 137 829	-4 367 314	-46%
		-609	-610	-1	

3.1.2. Elaboration du Rapport Financier

Présentation du RAF

Le Rapport financier présenté dans le cadre de la présente mission d'évaluation a été élaboré par le pharmacien Docteur Brahim qui a pris la relève du Dr Charles, mais il n'a pas été publié ni paraphé de façon officielle. Les RAF mensuels transmis au DRASS et aux divers partenaires du programme constituent les documents officiels qui sont signés par les responsables du programme.

Pour les besoins de la mission, nous avons repris les montants qui figurent sur les rapports mensuels que nous avons compilé pour les comparer aux montants cumulés sur le document de travail préparé par le CS. Les écarts soulevés entre le tableau compilé par nos soins et le document du CS proviennent d'erreurs et d'anomalies dues au mode de calcul des cumulés et des soldes des différents comptes. La présentation du RAF est identique au modèle utilisé pour le rapport financier mensuel. Pour faciliter le suivi et la compréhension des lecteurs, nous avons maintenu le format, bien qu'il présente certaines insuffisances que nous soulignons en détail dans l'analyse qui suit la revue des comptes. Dans l'ensemble, il faut retenir que la présentation du rapport financier ne met pas suffisamment en exergue les différentes rubriques de dépenses regroupées par catégories, telles que les salaires, les dépenses de fonctionnement, les achats mis en stock, les acquisitions de matériel et d'équipements durables ou consommables, etc. La forme du RF ne met pas non plus en exergue les sommes effectivement décaissées et celles mises en réserve pour des dépenses futures. Enfin et surtout, le solde disponible n'est pas expliqué par source et catégorie de fonds : s'agit-il de sommes en banque, auquel cas il faut indiquer le montant du relevé bancaire à la date du rapport et expliquer les écarts éventuels par un état de rapprochement bancaire, ou s'agit-il d'espèces en caisse, auquel cas il faut les justifier par un procès-verbal dûment signé de la personne à qui ces sommes sont confiées.

Les comptes du programme sont élaborés au moyen d'une application sur un fichier Excel. Le fichier est très pratique pour déterminer les différentes catégories de dépenses qui impliquent des calculs plus ou moins complexes de ratios pour ventiler notamment les sommes affectées aux motivations, la part des ressources affectée à l'approvisionnement des médicaments et consommables et les sommes à réserver pour la DRPSS ou le fonds de sécurité du forfait. Mais il ne constitue pas à lui seul un livre de comptabilité qui permette de suivre les différentes opérations du programme.

Détermination des recettes

Les recettes du forfait sont constituées, d'une part par le produit des cotisations des patientes qui adhèrent au forfait (5.000 UM), et d'autre part par le produit de la vente des actes et services qui rentrent dans le cadre des prestations aux patientes qui n'ont pas adhéré au Forfait. Les prestations couvertes par le programme sont les suivantes, et sont facturées aux prix unitaires indiqués aux patientes en dehors du Forfait :

Tableau : Prix des actes

	Initial	Révisé
Surveillance prénatale		
CPN 1	300	500
CPN 2,3,4	200	200
Echographies	1 500	2 000
Laboratoires	2 000	2 000
Pathologies	800	1 000
Hospitalisations et accouchements		
Hospitalisations	3 500	4 000
Avortements	2 000	2 500
Grossesse extra-utérine	18 000	20 000
Accouchement normal	1 000	2 000
Accouchement avec pathologie	2 500	3 500
Césarienne	18 000	20 000
Surveillance postnatale		
Consultation postnatale	200	200

Affectation des recettes

La répartition des recettes définie dans le document de programme du Forfait est la suivante :

Tableau :

<u>Recettes</u>	R	<u>Au départ</u> R	<u>Révisé</u> (oct 03) R	<u>Révisé</u> (mars 04) R
<u>Charges Variables</u>	CV			
Médicaments, réserves		30% R	40% R	
Fonctionnement des CS			10% R	
<u>Charges Fixes</u>	CF			
Primes personnel du bloc, par garde		18.700	18.700	
Primes gestionnaire, par mois		40.000	40.000	
Primes pharmacien, par mois		10.000	50.000	
Primes gardien, par mois		10.000	10.000	
<u>Marge</u>	M=R-CV-CF	M	M	
DRPSS		15% M	10% M	
Fonds de sécurité		10% M	5% M	
Centres de santé		75% M	85% M	
Entretien (5% CS)		3,75%		
Primes au personnel (95% CS)		71,25%	85%	

La répartition de la somme allouée au fonctionnement des CS (10% des recettes) et des primes au personnel (85% de la marge) se fait au prorata de l'activité. Pour le calcul du prorata, la valeur affectée à l'activité de chaque CS est calculée tous les mois en appliquant aux différentes catégories d'actes ou de prestations effectuées un coefficient. Le tableau suivant donne les coefficients proposés dans le document du programme et le mode de calcul des points d'activités pour chaque CS, en se basant sur l'exemple du mois de novembre 02.

Tableau : coefficient des actes

ACTIVITE DU 01 AU 30 novembre 2003							
		CS SEBKHA		CS EL MINA M/E		CS EL MINA	
		N	Activité	N	Activité	N	Activité
	i	N1	i X N1	N2	i X N2	N3	i X N3
CPN	0,2	460	92	363	73	194	39
Echo	0,3	243	73	10	3	0	0
Groupe Rh	0,2	218	44	72	14	88	18
BW	0,1	218	22	72	7	88	9
Hb	0,1	218	22	72	7	88	9
Jours Hospitalisation	0,2	7	1	0	0	0	0
Accouchement	1,0	544	544	142	142	161	161
CpN	0,2	315	63	112	22	104	21
Total			861		269		256

Ainsi le total des points d'activité de chaque CS détermine sa quote-part dans la répartition des frais de fonctionnement et des primes au personnel de la façon qui suit :

Total des points d'activités du mois : $861 + 269 + 256 = 1.356$

La valeur unitaire du point pour les frais de fonctionnement s'obtient en divisant le montant total des frais de fonctionnement du mois par le total des points d'activités du mois. Pour chaque CS, on obtiendra sa quote-part des frais de fonctionnement en multipliant la valeur unitaire du point par le nombre total de points.

De même la valeur unitaire du point pour les primes au personnel s'obtient en divisant les primes au personnel par le montant des points d'activités du mois. La part des primes au personnel allouée au CS est obtenue en multipliant la valeur unitaire du point pour les primes au personnel par le nombre total de points.

Ensuite les primes au personnel du CS sont réparties à raison de 70% au titre des primes fixes, déterminées selon un barème et 30% de primes libres dont la répartition devait être confiée à un comité comprenant les représentants du personnel. Le tableau suivant indique les coefficients pour le barème des primes fixes au personnel.

Tableau : coeff. de répartition des primes fixes au personnel

CS SEBKHA	Avant	Actuel
Médecin Gynécologue	5	5
Médecin chef responsable de la maternité	4,5	4,5
Médecin-chef non responsable de la maternité	3	4,5
Résident		4,25
Maîtresse sage-femme	4	4
Chef de bloc		4
TSS anesthésiste		4
Sage-femme assurant des gardes	3,5	3,5
Sage-femme de consultation, n'assurant pas de garde	3	3,5
Technicien de labo ou d'anesthésie	3	3
Infirmière	2,5	2,5
Aide infirmière ou Accoucheuse auxiliaire	2	2
Personne chargée des médicaments	1,5	3
Matrone et fille de salle	1	1,5
Fille de salle	1	1

Tableau : Indemnités de garde au personnel du bloc

	Prévu	Au départ	Depuis 1er juin
Obstétricien	5.000	5.000	5.000
Résident gynécologue	4.500	4.500	6.000
Résident pédiatrie	4.500		
Infirmier anesthésiste	2.000	2.000	2.000
Infirmier	1.500	1.500	1.500
Fille de salle	800	800	800
Chauffeur	400	800	800
	18.700	14.600	16.100

3.1.3. Système de suivi des opérations et de tenue des comptes

Les recettes sont collectées au niveau du service qui effectue la prestation (caisse auxiliaire) et versées régulièrement à la personne responsable de la pharmacie pour le CS Sebka (caisse centrale). A son tour, la responsable de la pharmacie reverse les sommes collectées au gestionnaire du forfait (qui en principe vient faire le ramassage au niveau même du CS, il détient une caisse qui pourrait être qualifiée de caisse principale). Ensuite, il verse les sommes obtenues directement dans le compte bancaire ouvert au nom du forfait, après avoir effectué certaines dépenses telles que les primes et indemnités diverses.

Au niveau du CS Sebka, il existe cinq (5) caisses auxiliaires et une (1) caisse principale :

- La caisse des « Consultations Périnatale »
- La caisse « Maternité »
- La caisse « Echographies »
- La caisse du « bloc opératoire »
- La caisse des « Consultations Postnatales »
- La caisse « Centrale » tenue par la responsable de la pharmacie
- Et la caisse principale tenue par le gestionnaire : celui-ci collecte les recettes des CS, effectue le paiement des motivations, indemnités et autres allocations pour les parties bénéficiaires et procède au versement du solde dans le compte bancaire du programme.

Le tableau Excel utilisé pour la préparation des rapports financiers du programme ne constitue pas en soi un système de comptabilité qui présente les assurances classiques d'un logiciel de comptabilité : avec Excel, il n'existe pas d'assurance que la comptabilité à partie double est respectée, il est possible de faire des corrections directement à main levée sur une cellule quelconque, il arrive que les formules de calcul sur la partie non protégée du fichier soient effacées ou changées même par inadvertance. Le système utilisé ne prévoit pas la tenue de journaux, tracés et tenus comme cela se doit.

Les opérations qui figurent sur le RF sont reprises à partir des rapports mensuels dits « Bilan Mensuel des Formations Sanitaires » préparés et envoyés au Pharmacien par le personnel de la maternité. Ce bilan mentionne les statistiques des différents actes médicaux du mois, en indiquant la partie Forfait et la partie Hors Forfait. Le Pharmacien détermine alors les recettes attendues en appliquant à ces statistiques déclarées les prix unitaires applicables. Puis il compare le résultat obtenu aux sommes effectivement perçues par le gestionnaire du forfait, et dégage un écart désigné sous le terme d'« ajustement ».

3.2. Notes explicatives et revue des comptes du forfait

3.2.1. Trésorerie (notes 1, 2)

Importante note de clarification

Initialement, la période de référence de la mission concernait décembre 02 à septembre 03 pour l'examen des états financiers du projet. Compte tenu de la demande formulée par le comité de pilotage de la mission d'étendre nos travaux à l'analyse de l'équilibre financier du forfait, et devant la difficulté de disposer des données aux dates choisies, nous avons convenu d'étendre le délai de référence de la mission à mai 04 au lieu d'octobre 2003. Cette approche a l'avantage de nous permettre de disposer de deux dates repères pour pouvoir effectuer une analyse des tendances, et de données plus récentes pour actualiser nos commentaires.

Composition et évolution des recettes et des dépenses

De son démarrage en novembre 2002 à novembre 2003, le forfait a enregistré 41,3 millions de recettes et effectué des dépenses à hauteur de 31,46 millions d'UM, laissant un solde de 9,9 millions d'UM (le relevé bancaire à cette date affiche un solde de 9.924.766 UM et le solde sur le rapport financier corrigé de 9.896.680 soit un écart de 28.086 UM). A noter que 65% des recettes proviennent de Sebka qui déterminent largement les entrées de fonds du projet.

Les recettes ont augmenté de 63% entre octobre 2003 et mai 2004 et les dépenses de 98% sur la même période. En effet, une légère baisse est constatée entre septembre et novembre suivie d'une reprise à la fin de l'année, qui se confirme en avril 04.

Du côté des dépenses, l'importante augmentation provient essentiellement des achats de médicaments et de l'augmentation des frais d'administration du projet.

A noter que le solde du relevé bancaire au 31 mai 04 est de 3.661.786 alors que sur le rapport financier apparaît un solde de 5.137.829 UM. Il n'existe pas, à notre connaissance, de journal des dépenses faisant apparaître un solde comptable qui pourrait être rapproché au relevé de la banque, aussi il est impossible à ce stade de déterminer l'origine de cet écart.

Analyse comparative du solde de trésorerie

	Notes	Total oct. 03 selon CS	Cumul nov.02- nov.03	Total mai 04 selon CS
Réapprovisionnement médicaments	3	8 074 526	8 074 166	4 473 476
DRPSS	6	724 430	723 573	0
Fonds de sécurité du forfait	7	705 578	705 544	663 743
s-total disponibilités		9 504 534	9 503 283	5 137 219
Solde du relevé bancaire			9 924 766	3 661 786

Commentaires sur la présentation du rapport financier du projet

La section sur l'élaboration du rapport financier (3.1.1) explique le mode de préparation notamment la détermination et l'affectation des recettes du forfait. La présentation ne reprend pas exactement les regroupements des rubriques tel que cela était proposé dans le document de projet du Forfait. Afin de faciliter la présentation synthétique du rapport financier, et de lever des équivoques sur la dénomination de certaines rubriques, nous proposons la présentation suivante, en comparant les données regroupées à fin oct. 03 et mai 04.

	Note	Cumul à oct. 03 selon CS	Cumul à mai 04 selon CS	Variation	%
Recettes	2	38 668 350	62 909 550	24 241 200	63%
Charges fixes (ou directes)					
Consommables et médicaments	3	5 689 094	18 346 624	12 657 530	222%
Indemnités personnel opératoire	4	5 365 800	8 915 100	3 549 300	66%
Indemnités personnel administratif	5	710 000	1 340 000	630 000	89%
Prime gardien	5.3	120 000	190 000	70 000	58%
Complément motivation	5.5	6 800	435 400	428 600	
Frais généraux)					0
Administration générale du projet	6	1 410 440	3 568 800	2 158 360	153%
Fonds de sécurité	7				0
Fonctionnement des formations sanitaires	8	15 861 073	24 975 797	9 114 724	57%
Dépenses	2	29 163 207	57 771 721	28 608 514	98%
Solde	1	9 505 143	5 137 829	-4 367 314	-46%

Commentaires sur la dénomination des rubriques du rapport financier

Dans le document du projet, les charges fixes comprennent les achats de consommables et médicaments, qui en réalité sont des charges variables car elles augmentent en fonction du volume des opérations (des actes traités). Nous comprenons que c'est le caractère d'affectation d'un ratio fixe de 40% à la rubrique qui est visé. Il convient également de noter que la consommation effective de consommables et médicaments ne peut être appréciée de façon exacte que lorsque le forfait sera doté d'une comptabilité des stocks efficace, en mesure de déterminer les charges (ce qui a été consommé) et les stocks en fin de période (ce qui reste en magasin).

Le bénéfice dégagé après les charges directes est alors réparti sur d'autres rubriques de dépenses à caractère plus général.

3.2.2. Approvisionnement en médicaments (note 3)

Au 31 mai 04, les disponibilités pour l'achat de médicaments sont de 4.473.476 UM, analysé comme suit :

	<u>Recettes</u>		<u>Dotation</u> <u>médicaments</u>	<u>Dépenses</u> <u>médicaments</u>	<u>Autres</u> <u>dépenses</u>	<u>Solde</u>
Nov-déc.02	3 947 000	30%	1 184 100			1 184 100
janv-03	3 023 700	30%	907 110			2 091 210
févr-03	2 840 100	30%	852 030			2 943 240
mars-03	3 652 000	40%	1 460 800			4 404 040
avr-03	3 504 100	40%	1 401 640	183 404	3 000	5 619 276
mai-03	3 182 500	40%	1 273 000	78 550		6 813 726
juin-03	3 756 000	40%	1 502 400	238 495		8 077 631
juil-03	3 900 000	40%	1 560 000			9 637 631
août-03	3 714 100	40%	1 485 640	3 151 370	-360	7 972 261
sept-03	3 623 550	40%	1 449 420	1 167 814	720 000	7 533 867
oct-03	3 525 300	40%	1 410 120	869 461		8 074 526
nov-03	2 694 400	40%	1 077 760	0		9 152 286
déc-03	3 562 900	40%	1 425 160	2 015 729	0	8 561 717
janv-04	3 059 800	40%	1 223 920	4 653 500	640 000	4 492 137
févr-04	2 810 800	40%	1 124 320	0	0	5 616 457
mars-04	3 706 600	40%	1 482 640	1 742 241	0	5 356 856
avr-04	3 588 200	40%	1 435 280	0	0	6 792 136
mai-04	4 818 500	40%	1 927 400	4 246 060	0	4 473 476
	<u>62 909 550</u>		<u>24 182 740</u>	<u>18 346 624</u>	<u>1 362 640</u>	

3.2.3. Comptes du DRPSS (note 6)

Les soldes du compte de la DRPSS sont analysés dans le tableau suivant :

	Recettes	Dépenses (frais fixes)	Bénéfice	Dotation DRPSS (10%)	Dépenses DRPSS	solde DRPSS calculé par nous	solde DRPSS selon CS	Ecart
Nov-déc.02	3 947 000	2 311 360	1 635 640	163 564	10 000	153 564	153 564	0
janv-03	3 023 700	1 713 936	1 309 764	130 976	10 000	274 540	274 540	0
févr-03	2 840 100	1 604 840	1 235 260	123 526	20 000	378 066	378 066	0
mars-03	3 652 000	2 338 600	1 313 400	131 340	10 000	499 406	499 406	0
avr-03	3 504 100	2 251 906	1 252 194	125 219	14 000	610 626	610 625	1
mai-03	3 182 500	2 152 206	1 030 294	103 029	11 800	701 855	701 855	0

	Recettes	Dépenses (frais fixes)	Bénéfice	Dotation DRPSS (10%)	Dépenses DRPSS	solde DRPSS calculé par nous	solde DRPSS selon CS	Ecart
juin-03	3 756 000	2 421 000	1 335 000	133 500	10 000	825 355	825 355	0
juil-03	3 900 000	2 550 956	1 349 044	134 904	478 856	481 404	482 259	-855
août-03	3 714 100	2 458 006	1 256 094	125 609	80 000	527 013	526 198	815
sept-03	3 623 550	2 394 775	1 228 775	122 878	20 000	629 891	629 075	816
oct-03	3 525 300	2 361 750	1 163 550	116 355	21 000	725 246	724 430	816
nov-03	2 694 400	1 930 200	764 200	76 420	800 850	816	0	816
déc-03	3 562 900	2 380 550	1 182 350	118 235	118 235	816	0	816
janv-04	3 059 800	2 129 000	930 800	93 080	93 080	816	0	816
févr-04	2 810 800	1 972 300	838 500	83 850	80 850	3 816	0	3 816
mars-04	3 706 600	2 452 400	1 254 200	125 420	122 420	6 816	0	6 816
avr-04	3 588 200	2 377 100	1 211 100	121 110	118 110	9 816	0	9 816
mai-04	4 818 500	3 008 350	1 810 150	181 015	178 015	12 816	0	12 816
	62 909 550	40 809 235	22 100 315	2 210 032	2 197 216			
			22100315	2 210 032	2 197 216			

3.3. Gestion financière et administrative

La gestion quotidienne des opérations financières relève en principe du gestionnaire. Dans la réalité, le gestionnaire joue seulement le rôle de caissier : collecte les recettes des CS, effectue le versement à la banque après avoir procédé au règlement des motivations au personnel sur la base des calculs faits par le pharmacien. Le rôle de gestion quotidienne dévolu au gestionnaire se résume à la collecte et au versement des fonds à la banque et aux bénéficiaires. Ces tâches ne sont pas assujetties à des procédures rigoureuses d'enregistrement et de suivi des opérations : il n'y a pas, à notre connaissance, un livre de caisse ou un livre de banque dans lequel sont consignées toutes les opérations. Il n'existe pas, au niveau du gestionnaire, un classement exhaustif de toutes les pièces justificatives (il dispose des carnets de reçus, mais le mode de classement et la conservation ne nous ont pas été décrits, malgré notre demande). Au niveau des caisses secondaires, les carnets de reçus, là où ils existent (à titre d'exemple, nous n'en avons pas trouvé à la caisse postnatale), ne font pas l'objet d'un classement organisé et systématique. Parfois, nous ne sommes pas arrivés à retrouver des carnets de reçus demandés pour une période donnée, le personnel arguant qu'il y avait différents utilisateurs et qu'il ne savait pas où se trouvait le carnet que l'on recherchait (maternité) ou qu'il en existait tellement que cela demandait un temps de recherche important (cas de la consultation prénatale).

C'est le pharmacien qui prépare le rapport mensuel sur les recettes et les dépenses, sur la base des documents collectés par le gestionnaire. Le pharmacien est également chargé de la gestion de la pharmacie, en particulier l'approvisionnement des centres en médicaments, le suivi et le renouvellement du stock. Dans le rapport de juillet 2003 sur le fonctionnement du forfait, Dr. Charles et Abdatt soulignaient le fait que le pharmacien était appelé à jouer un rôle central dans le système. Ce rôle qu'il joue déjà dans la préparation du rapport financier mensuel, a été précisé plus tard dans un PV du comité de gestion en date du 28/07/03.

Enfin il faut signaler que la fonction de pilotage du forfait dévolue aux comités de suivi et comité de gestion n'est pas totalement assurée. Le premier ne se réunit pas, en pratique. Le comité de gestion se réunit de façon relativement régulière, mais les PV qui sont, en principe, adressées aux différents partenaires du programme (OMS, CF, DRASS) ne sont pas, par

contre, classés au niveau du local du forfait, qui devait servir de lieu géographique pour la gestion du programme, et donc de classement centralisé de tous les documents du programme.

IV. Synthèse des résultats de l'évaluation

4.1. Appréciation du fonctionnement

De manière générale, le personnel dans son ensemble apprécie le forfait quant à ses intentions et ses objectifs réels, qu'il juge d'ailleurs comme un projet d'œuvre sociale très pertinent et très bénéfique pour les populations pauvres. Par contre ils déplorent une mauvaise gestion ainsi que sa non transparence, l'absence d'implication des prestataires dans le fonctionnement du forfait, et le déficit de communication et d'information.

Le fonctionnement du forfait est unanimement bien apprécié par les patientes qui se sont exprimées soit, 100% qui estiment qu'il fonctionne très bien à bien.

La majorité des patientes qui se sont exprimées soit, 74% estime que l'avenir du Forfait est prometteur, surtout celles d'El Mina et de TDH qui l'affirment à 100% contre 69% seulement à Sebkha. Une proportion de 9% voit déjà le forfait prendre une place importante dans le secteur de la santé et lui souhaite une longue vie et pense aussi que l'initiative est à encourager et à étendre dans les zones reculées pour une adhésion en masse des femmes.

Quant aux sceptiques parmi les patientes, elles sont 3% qui malgré leur sentiment mitigé, estiment que le forfait est promu à un bel avenir si les engagements de prise en charge totale des prestations sont respectés sans exposer les bénéficiaires à des frais supplémentaires. Une autre proportion de 3%, un peu plus sceptique ou radical, estime tout simplement que le forfait n'a pas d'avenir sans amélioration. Il faudra en tenir compte pour rectifier le tir à temps.

A notre avis, si le forfait a fait l'objet d'un document bien ficelé au départ, retraçant les objectifs et le contenu des activités, la mise en œuvre et notamment les procédures applicables n'ont pas été déterminées et suffisamment expliquées. Nous comprenons que la formulation du programme en soi a utilisé largement le principe de « l'apprentissage par l'action », un certain nombre d'ajustements ayant été apportés au fonctionnement des opérations au fur et à mesure. Ces ajustements ont surtout concerné les prestations médicales, le calcul et la répartition des recettes et des dépenses, la répartition des tâches de gestion. L'organisation des opérations, la définition des procédures, l'organisation générale et le suivi de la gestion n'ont pas, à notre avis, fait l'objet d'une étude approfondie. Ainsi les révisions dans les fonctions dévolues au personnel permanent du projet ne concernent que l'attribution ou non de tâches et surtout leur répartition entre le gestionnaire et le pharmacien. Le forfait manque cruellement de directoire, c'est-à-dire l'équivalent de ce qui aurait été une direction chargée de la gestion administrative et opérationnelle quotidienne (à côté d'une direction technique chargée des questions de santé qui de facto est assurée par le Dr. Abdel Kader même si cela n'est pas expressément mentionné dans les documents officiels que nous avons obtenu) et qui rendrait compte au comité de gestion (l'équivalent du Conseil d'Administration).

L'absence d'implication des bénéficiaires, bien que soulevé par une seule personne membre du personnel, doit aussi être considéré comme une faiblesse importante du système de suivi et de gestion du Forfait.

4.2. Forces et faiblesses du Forfait

Plus de 45% des membres du personnel qui se sont exprimés estiment que le point fort le plus important du Forfait est la prise en charge des patientes du début à la fin de la grossesse et 28% invoquent l'accessibilité des pauvres aux soins. Les autres points forts cités sont : l'amélioration de la santé maternelle et infantile par la MSR, le bon suivi de la grossesse, le

coût abordable des soins (4%), les avantages au personnel (2%) et la gratuité des médicaments (2%).

A l'image du personnel, les patientes aussi donnent dans le même ordre de priorité et presque dans les mêmes proportions, les mêmes points forts du forfait.

En effet, la majorité des patientes qui se sont exprimées, soit 42% dans l'ensemble dont 43% à Sebkha, 33% à Elmina et 38% à TDH, donnent priorité à la prise en charge comme point fort du forfait. L'accessibilité des coûts vient en deuxième position à 18%, citée seulement par les patientes de Sebkha (20%) et d'Elmina(11%). A ces deux points forts s'ajoute le bon suivi médical, mis en branle par 7% des patientes qui se sont exprimés, toutes de Sebkha(9%). S'y ajoutent d'autres points forts, cités à des scores compris entre (1 et 6%), notamment, les médicaments, l'aide aux femmes, les soins de qualité, les analyses, les échographies, l'égalité des femmes etc.

Par ailleurs sur cette même question des points forts, certaines ont formulé à la place, des plaintes (2%), attestant de leur degré d'insatisfaction, tout comme les 6% qui sont en attente, faute d'être toujours convaincues.

En ce qui concerne les faiblesses du programme :

- 30% des personnes qui se sont exprimées déplorent en priorité la rupture des médicaments, puis l'insuffisance des consommables, l'absence de certaines molécules et le système d'approvisionnement des médicaments et consommables, jugé non fiable.
- 13% pensent que les motivations sont faibles, inéquitablement réparties et leur paiement trop tardif ; 12% dénoncent la mauvaise gestion et la non transparence de la gestion et surtout sa centralisation.
- 5% estiment que le matériel est insuffisant, tandis que 5% trouvent le personnel insuffisant et surtout peu qualifié. D'ailleurs 3% déplorent le niveau d'éducation et de formation de ce personnel avant d'évoquer par la suite la qualité non satisfaisante de l'accueil des patientes.
- 3% aussi indexent la saturation du centre de Sebkha et la surcharge de son bloc opératoire par des activités Hors Forfait. Alors que pour 1% les points faibles du forfait sont le manque de confiance de ses destinataires (bénéficiaires et prestataires) à son égard. Cette proportion si faible soit elle, est cependant très expressive et mérite qu'on lui prête suffisamment d'attention

Il faut dire que 49 % des personnes interrogées, composées principalement du personnel des zones HF, n'ont pas donné d'indication quant aux forces et faiblesses du forfait, prouvant par là leur méconnaissance du programme.

Tout comme chez le personnel, chez les patientes aussi, le dominant des points faibles du forfait, est la rupture des médicaments, décriée par 18% des patientes qui se sont exprimées (toutes de Sebkha).

Le deuxième point faible est la longue file d'attente indexée par 12% de l'ensemble des patientes qui se sont exprimées(toutes également de Sebkha).

Cependant même si 21% des patientes ne donnent aucun point faible, et que 23% n'ont rien à signaler, d'autres points faibles aussi petits soient-ils en terme de scores (compris entre 1 et 5%), cités par certaines patientes, constituent autant de plaintes à prendre avec beaucoup de considération. C'est notamment, la non prise en charge de l'ensemble des prestations (5%),

l'insuffisance du personnel (3%), la non prise en charge du nouveau né (3%), les dépenses en sus(2%), les retards du personnel (2%), les absences du personnel(1%), le comportement du personnel (2%), l'étroitesse des locaux(1%), l'exigence de paiement (1%) et le déplacement des autres centres Forfait à Sebka pour faire l'échographie (1%).

4.3. Principales recommandations

4.3.1. Recommandations du personnel médical

Pour une bonne amélioration du forfait, 34% du personnel qui s'est exprimé pense qu'il faut augmenter le personnel et surtout le personnel qualifié, revoir le système du bénévolat, sensibiliser davantage le personnel sur le forfait pour un meilleur respect de la charte, et renforcer sa formation continue.

Toujours pour cette même proportion, les motivations du personnel doivent être suffisantes et équitablement réparties et leur paiement effectué dans les délais. Le personnel doit aussi être impliqué dans la gestion.

22% insistent sur les médicaments et consommables et suggèrent leur augmentation (en quantité, et en diversité) ainsi que l'amélioration de l'approvisionnement afin d'éviter les ruptures. Le système d'approvisionnement et de gestion des stocks devrait être renforcé notamment par la mise au point de procédures efficaces et transparentes.

Une proportion de 17% demande que la gestion du forfait soit améliorée par une meilleure transparence et une meilleure implication du personnel et de toutes les parties.

Pour 11%, il faut améliorer davantage la sensibilisation des patientes par l'apport d'informations correctes et précises sur le contenu du programme, l'élargissement de l'adhésion et l'organisation des bénéficiaires pour mieux les impliquer.

Tandis que 10% pensent qu'une bonne amélioration du forfait, suppose une bonne amélioration de la qualité du service qui se traduit par la réponse aux attentes des patientes, l'augmentation de la couverture des prestations, l'amélioration des conditions de l'accueil (réduction du temps d'attente et amélioration de la propreté des lieux), la réfection et l'augmentation des sanitaires.

4.3.2. Recommandations des patientes

Par ailleurs, chez les patientes, davantage de sensibilisation est la recommandation première, formulée par la majorité, soit une proportion de 10%, toute de Sebka (9%) et d'Elmina (27%).

La deuxième recommandation est d'augmenter le personnel et surtout le personnel qualifié (9%) et de veiller au respect méticuleux des heures de travail c'est à dire la ponctualité (6%).

Eviter les ruptures de stock est aussi une recommandation de haute importance définie par 9% des personnes qui se sont exprimées, sans oublier, la nécessité d'aménager une salle d'attente, exprimée par 8% des patientes, toutes de Sebka.

Entre autres recommandations, non négligeables, nous avons : la réduction du temps d'attente (5%), l'encouragement de l'adhésion massive des femmes au forfait (3%), le respect des engagements (4%), un monitoring continu et des actions correctives (2%).

Extension nationale du forfait

76% du personnel des structures de santé qui se sont exprimés approuvent l'idée d'une extension du forfait, contre 19% qui pensent que le mieux serait de ne pas se précipiter et de corriger d'abord les erreurs avant de s'engager dans cette voie.

4.3.3. Recommandations de la mission

Les principaux éléments de recommandation de la mission concernent la gestion du forfait, le suivi et l'organisation de la collecte et de l'analyse des données, et la poursuite d'un système de « monitoring » de la qualité des prestations. Enfin concernant la charte du forfait, la mission recommande la reformulation dans le sens d'une plus grande solennité, suivant un processus participatif en vue d'une meilleure appropriation ; un engagement écrit, signé, etc.

Concernant la gestion, la mission recommande une plus grande professionnalisation de la gestion du programme dans son ensemble, et une meilleure intégration des services opérationnels : gestion hospitalière, financière, administrative. Cela signifie qu'une unité de gestion doit être mise en place, suffisamment dotée en ressources humaines, matérielles et financières, à qui la charge de la gestion du programme sera confiée dans un premier temps. A terme, le système devrait pouvoir être intégré progressivement dans le système de santé national, mais cela doit encore rester un objectif assez lointain, compte tenu des nombreux ajustements qui devront s'opérer pour que le système de santé actuel puisse être en mesure d'assurer une gestion de qualité de manière transparente et participative.

L'unité de gestion doit être dotée d'un guide des procédures qui explique de façon simple mais très claire la gestion des fonds du programme, la collecte et le reversement, la préparation des rapports financiers qui répondent aux normes d'une gestion moderne, en mettant l'accent sur l'enregistrement et le suivi des opérations quotidiennes. Pour cela, l'unité a besoin d'outils de gestion harmonisés sous la forme de formulaires simples mais qui prévoient la collecte de toutes les données utiles, qu'elles soient cliniques ou autres. Par exemple, les statistiques sur les différentes prestations doivent être collectées, à intervalles réguliers, mais aussi validées et analysées. La qualité des supports de collecte des données doit être améliorée.

Les différentes sources de données doivent pouvoir servir de contrôles réciproques. Exemple : la base de données du bloc tenue par le médecin gynéco du Forfait, qui suit tous les actes opératoires et les accouchements doit pouvoir être confrontée aux registres de la maternité, ce qui n'est pas le cas actuellement, du fait de la qualité de la collecte des données.

La mission recommande la mise en place d'un système comptable et de gestion financière plus adapté aux exigences du programme et aux besoins de suivi de ses dépenses tel qu'elles sont autorisées dans les différentes rubriques du budget, mais tout en étant conformes aux principes comptables usuels. Ainsi il serait souhaitable de mettre en place un journal des dépenses de banque et de caisse, et des procédures de contrôle comprenant impérativement la réconciliation de soldes de trésorerie.

Annexes

Annexe I. Les zones du projet : données synoptiques sur l'environnement et la population cible

Dans les premières années de son indépendance comme l'ensemble des pays de la sous région, la Mauritanie connaîtra une sédentarisation massive et une urbanisation soutenue. Très vite les grands centres urbains seront littéralement envahis par les populations rurales en quête de meilleures conditions de vie. Ainsi, Nouakchott, capitale politique du pays, connaîtra une expansion exponentielle de sa population qui passera en moins de 40 ans (entre 1965 et 2000) de 17500 habitants à plus de 611883 habitants selon le recensement provisoire de la population et de l'habitat 2000. Très vite les autorités locales seront débordées et les infrastructures de base incapables de suivre l'évolution démographique de la ville, ce qui intensifie conséquemment la pauvreté. A Nouakchott, la pauvreté touche respectivement 26,3% et 12,6% des ménages dans les zones à habitats sous intégrés contre 11,6% et 3,7% des ménages à habitats intégrés. Elle se caractérise essentiellement par une situation sanitaire largement déficitaire.

Le tableau ci dessous rappelle l'évolution de la population de Nouakchott depuis l'indépendance.

Evolution de la population de Nouakchott

Années	1961	1963	1969	1980	1988	1990	2000
Effectifs	5000	10000	40000	205000	393395	441904	611883

Source : Khadijetou Dia (Mémoire de Maîtrise/ lettres et sciences humaines/ géographie humaine)

Figure : évolution de la population de Nouakchott (à insérer ci dessous)

La population de la capitale s'est fortement accrue en 1987. Cette année fût marquée par la grande ampleur de l'afflux massif des populations rurales à Nouakchott.

Faute d'un nombre suffisant de logements et d'infrastructures d'accueil, la majorité de la population résidait dans les quartiers périphériques précaires, leurs seuls refuges.

Ces quartiers périphériques précaires ce sont constitués principalement entre 1972 et 1975, dont les principaux sont ceux de Sebkha et d'El Mina qui constituent nos deux zones d'étude.

La moughata d'El Mina

Evolution de la population d'El Mina

Années	1988	1996	2000
Populations	100454	154498	185073

Source : ONS , recensement général de la population 2000

Figure : évolution de la population d'El Mina (à insérer ci dessous)

En 1988, El Mina comptait 100 454 habitants, puis 154 498 en 1996, et selon les résultats provisoires du RGPH 2000 , aujourd'hui sa population est estimée à 185 073 sur 611883 que

compte la wilaya de Nouakchott soit 24% de la population et un taux de 3,7% par an. Cette extension démographique fût accompagnée d'une expansion spatiale en plusieurs étapes. Ainsi autour de ces nouveaux lotissements, viennent s'installer des populations venant de différents horizons. Ce qui contribuera plus tard à une bidonvilisation rapide qui sera à l'origine de l'accroissement de la pauvreté dans ce milieu. D'ailleurs, le tableau ci dessous décrit le niveau de revenu des ménages à El Mina.

Montant des revenus à El Mina(en US Dollars)

Revenu par mois	12,75	25-35	43-62,5	68,7-87,5	93,7-125	131-218,7	Plus de 218	Total
Ménages	7	38	54	56	34	10	1	200

Source : enquête ONS, 1999, Nouakchott

Ce tableau laisse constater que 99 ménages soit 49,5% disposent d'un revenu qui ne dépasse pas 62,5 \$ par mois.

Structure de la population d'El Mina

Répartition de la population d'El Mina en 1994

Ages	Masculin	Féminin	Ensemble
0	3051	3012	6069
1-4	9694	9572	19266
5-9	8297	8002	16299
10-14	8048	7710	15758
15-19	6865	6523	13388
20-24	6818	6221	13039
25-29	7531	6058	13589
30-34	6861	5665	12596
35-39	5218	4013	9231
40-44	3799	2740	6539
45-49	2500	1901	4401
50-54	1692	1338	3030
55-59	1391	1270	2661
60-64	818	699	1517
65-69	584	596	1180
70-74	289	343	632
+75	283	392	675
Total	73739	66055	133801

Source : ONS, annuaire socio-démographique 1995-1996

Représentation de la population d'El Mina par âge et par sexe
(Graphique à insérer ci dessous)

La Moughata de Sebkha

Malheureusement, nous avons pas pu disposer de données complètes fiables sur la moughata de Sebkha comme nous l'avons souhaité. « Cependant, il faudra retenir que Sebkha est plus

peuplé qu'El Mina et par conséquent plus pauvre ». Toute fois les deux moughatas partagent les mêmes caractéristiques socio-démographiques.

Wilaya : Nouakchott		Population	
Moughataa	Masculin	Féminin	Total
Sebkha	35035	28439	63474
El Mina	51026	43985	95011

Annexe II. Caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon

L'utilité des caractéristiques socio-démographiques est de montrer que le ciblage est pertinent, autrement dit que la population prise comme « population témoin » est bien comparable à celle du Forfait.

Les caractéristiques socio-démographiques de la population ciblée dans le cadre de cette étude sont multiples et diverses, nous avons retenu les suivantes que nous jugeons les plus pertinentes.

Situation matrimoniale

Sur les 200 patientes qui se sont exprimées dans les deux zones confondues (Forfait et Hors Forfait), 194 personnes sont mariées et 6 divorcées, soit une répartition équitable parfaite de 97 patientes mariées et 3 divorcées pour chaque zone.

Principales sources de revenus

Les principales sources de revenus des patientes qui se sont exprimées en zone F comme en zone HF, sont le revenu du mari, soit 187 personnes dont 87 en zone F et 100 en zone HF qui enregistre le score le plus important.

D'autres principales ressources sont évoquées, mais uniquement en zone Forfait et à des proportions faibles à savoir, Revenu personnel(2), Mandat(2).

Profession de la patiente

La dominante de la profession des patientes est l'activité ménagère qui concerne dans l'ensemble 136 personnes dont 69 en zone F et 67 en zone HF. Les autres activités sont pour l'essentiel de petites activités de survie.

Profession du conjoint

La profession dominante chez les conjoints en zone F comme en zone HF est chauffeur(34), soit une répartition équitable parfaite de 17 personnes pour chaque zone, suivi des fonctionnaires 6) dont 12 F et 14 HF, et enfin des petits métiers de survie.

A en juger la profession des patientes et de leurs conjoints - qui ne sont pour l'essentiel que des activités de survie qui ne génèrent que peu de ressources - nous pouvons dire que le revenu des ménages est très précaire, donc insuffisant pour faire face aux besoins fondamentaux de bien être (nourriture, santé etc.). Ce qui atteste encore une fois de plus de l'importance et de la pertinence du projet « Forfait obstétrical » pour ces populations.

Niveau d'instruction

35 personnes des patientes qui se sont exprimées sont analphabètes. Le HF est plus sévèrement frappé que le Forfait avec respectivement 29 cas contre 6 cas.

66 personnes, zones F et HF confondues, ont atteint le niveau primaire, soit une répartition égale parfaite de 33 patientes par zone. 43 patientes dans l'ensemble ont accédé au niveau secondaire, soit 25 en zone F contre 18 en zone HF.

A la lecture de ces chiffres, il ressort que les patientes du Forfait sont plus instruites que celles du Hors forfait. Cependant dans l'ensemble le niveau d'instruction des patientes n'est pas très satisfaisant, car même si beaucoup ont eu à fréquenter l'école, leur séjour y est très court pour avoir abandonné très tôt. Dès lors, les conséquences d'une mauvaise ou sous instruction

seraient une marginalisation par rapport à l'accès à l'information et surtout à la bonne concernant le projet du Forfait et au delà, beaucoup d'autres projets à objectifs pour le mieux être. Mais également le défaut, voire le déficit de compréhension, de maîtrise et d'assimilation des instructions en termes de conduite à tenir et de prise des médicaments pour ne citer que ceux là.

Annexe III. Les membres de l'équipe d'évaluation

Mme Tall Oumoul Khayri Ba, Expert Comptable et Consultante

Mme Tall (plus de 10 ans d'expérience professionnelle) est la Consultante principale, directrice du cabinet OKT-Consult et chef de la mission. Expert Comptable agréée auprès de l'ONECRIM (Ordre National des Experts Comptables de Mauritanie), elle compte une expérience diversifiée dans les études des projets et programmes de développement, et particulièrement dans le domaine de l'évaluation et de l'audit opérationnel et financier.

Mr Alassane Thioye, Sociologue, Superviseur des enquêtes de terrain

Mr Thioye. Il est titulaire d'une maîtrise en sociologie de l'université Gaston Berger de Saint-Louis (Sénégal). Il bénéficie d'une grande expérience sur les enquêtes de terrain. Il a supervisé l'équipe d'enquêteurs dans la collecte des données et participé à la restitution et l'analyse.

Collaborateur du cabinet depuis mars 2001, Mr Thioye a participé aux missions de terrain, parmi lesquelles : Audit et/ou Evaluation des projets et programmes de développement, confection de bases de données, encadrement d'organisations de micro financement.

Son expérience professionnelle comprend aussi :

- ❑ 1998-2001, Chargé de communication de la RADHO (Rencontre Africaine des Doits de l'Homme), Section Saint-Louis (Sénégal)
- ❑ Mars à Juillet 2000, Coordinateur d'une enquête menée par des chercheurs belges et portant sur « La pauvreté et les stratégies de survie en milieu africain anglophone : cas de la Gambie »
- ❑ Année académique 1998-99, Encadreur en méthodologie des Sciences sociales, Université Gaston Berger de Saint-Louis (Sénégal)
- ❑ Février à Avril 1998, Stage à l'ONG Action-Enfance-Développement (AED) sur les enfants et jeunes en rupture, Saint-Louis
- ❑ 1997 et 1998, Stage à l'AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) sur la délinquance juvénile et les méthodes de réinsertion socio-économique, Saint-Louis

Mme Ly Haoussa Mahamane Haidara, Assistante Sociale

Mme Ly est assistante sociale diplômée, a assuré des fonctions d'encadrement et de formation dans le secteur de la santé :

- ❑ chargée de la formation des assistants sociaux à l'Ecole Nationale de la Santé Publique à Nouakchott (ENSP) de 1990 à nos jours
- ❑ chef de service social de la promotion féminine, chargée de la formation et de l'encadrement des auxiliaires (1981 à 1989),
- ❑ chef de service social du district de Nouakchott chargée de l'enfance abandonnée, des conflits de ménage et des femmes en détention (1973 à 1981),
- ❑ chef de service social de la 7^{ème} région à Atar (1972 à 1973),

Mme Sy Lalla Aïcha Guongo Djigui, Sage Femme

Mme Sy est sage femme diplômée, très expérimentée et reconnue sur le plan national, ayant capitalisé plusieurs années d'expérience dans le domaine de la santé reproductive.

En plus de son diplôme de sage femme d'Etat (1978), elle a obtenu en 1987 le diplôme de fin d'Etudes du CESSI. Dakar, au Sénégal. Elle a également effectué plusieurs stages de formation additionnels, notamment sur :

- la Santé Communautaire. Lomé – Togo (1982)
- la santé reproductive et techniques de planification familiale, à Nouakchott, Mauritanie (1989)
- espacement de naissance et andragogie, à Tunis, Tunisie (1990)
- Programme Intensif Interdisciplinaire de Formation en Santé Familiale, au Canada (1993)

Sur le plan professionnel elle a eu à occuper plusieurs fonctions :

- ❑ Responsable de la Maternité du Gorgol(80lits) Kaédi, Mauritanie (1978 à 1981)
- ❑ Responsable du Centre de Protection Maternelle et Infantile de Kaédi. Mauritanie (1982 à1985)
- ❑ Chef de division : Formation et Supervision au Programme Elargi de Vaccination (PEV), Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (1988 à1990)
- ❑ Professeur à l'Ecole Nationale de Santé Publique (1990 à 1994)
- ❑ Superviseur du Programme de Récupération et d'Education Nutritionnelles (PREN) Terre des Hommes Mauritanie (de 1996 à nos jours)

Mme Dieynaba Sy, Sage Femme

Mme Djeinaba SY est une sage femme diplômée qui a capitalisé plusieurs années d'expérience pratique dans le domaine de la santé.

Elle a exercé comme sage femme d'Etat dans plusieurs cliniques :

- Clinique du Sahel (1992-1996)
- Clinique Moulaty (1996-2000)
- Clinique Essalama (de 1996 à nos jours)

Mme Madina Diaw,

Mme Kouro Kane, Auxiliaire de Santé

Annexe IV. Organigramme du MSAS

Annexe V. Questionnaire-Guide d'entretien du personnel médical

GUIDE D'ENTRETIEN (PERSONNEL MEDICAL)

Nr...../.....

I- Identification

Nom et Prénom :-----

Adresse :-----

Age :-----

Ethnie :-----Langues parlées :-----

Situation matrimoniale:

Célibataire Marie(é) Divorce(é) Veuf (ve)

Profession / spécialité médicale-----Ancienneté-----

Niveau d'instruction:

Ecole primaire Ecole secondaire Formation universitaire

Formation technique Autres (a préciser)-----

Diplômes obtenus-----

Séminaires et formations continues-----

II- Opinion sur les outils et les moyens du forfait

2.1. Bâtiment et mobilier

Est ce qu'il y'a suffisamment et régulièrement d'eau et d'électricité ?

Oui Non

Si non expliquer : -----

Existe-il un téléphone régulièrement fonctionnel?

Oui Non

Si non expliquer : -----

Existe t-il suffisamment de sanitaires (toilettes) ?

Oui Non

Si non expliquer-----

Nom de l'enquêteur (initiales)..... Fait à Date.....

Existe t-il des moyens de transports (ambulance) suffisants et fonctionnels pour les cas à transférer ? Oui Non

Si non expliquer-----

2.2. Matériel

Le matériel médical est-il :

Suffisant Peu suffisant Insuffisant Inexistant

Si insuffisant ou inexistant expliquer-----

Le matériel de bureau est-il :

Suffisant Peu suffisant Insuffisant Inexistant

Si insuffisant ou inexistant expliquer-----

Y'a-t-il une disponibilité permanente d'algorithmes et de livres ? Oui Non

Si non expliquer-----

2.3 Etat des locaux

En très bon état En bon état Moyen En mauvais état (délabrés)

Très propres Propres Assez propres Sales

Hygiéniques Assez hygiéniques Non hygiéniques

Autres (a préciser)-----

III- Opinion sur les prestations du forfait

3.1. Qualité des prestations

La qualité des soins est-elle :

Très bonne Bonne Assez bonne Mauvaise

si mauvaise : expliquer-----

Les médicaments et consommables sont-ils :

- suffisants insuffisants inexistants

si insuffisants ou inexistants : expliquer-----

La qualité des médicaments et consommables est-elle : :

- Très bonne Bonne Assez bonne Mauvaise

si assez bonne ou mauvaise : expliquer-----

La qualité de l'accueil

- Le temps d'attente est -il : 30 mn 1 heure 2 heures 3 heures
 4heures 5 heures plus de 5 heures

si plus d'1 heure, expliquer :-----

La durée de la consultation proprement dite :

- 5 mn 10 mn 15 mn 20 mn 30 mn plus de 30 mn

si moins de 10 mn : expliquer-----

Les files d'attentes sont-elles :

- Très bien gérées Bien gérées Assez bien gérées Mal gérées

Donnez vous des informations complètes et compréhensibles aux patientes sur les soins à recevoir et sur la conduite à tenir? Oui Non

si oui lesquelles et comment :-----

si non pourquoi-----

L'intimité des patientes est elle respectée?

- Très bien respectée Bien respectée Assez bien respectée
 Pas du tout respectée

si très bien ou bien respectée, expliquer comment: -----

si mal ou pas du tout respectée, expliquer pourquoi : -----

3.2. Prise en charge des indigents

Y'a t-il des indigentes qui se présentent au centre ? Oui Non

si oui comment les reconnaissez vous ?-----

Est ce qu'elles sont Très nombreuses Nombreuses peu nombreuses

Est ce qu'elles sont prises en charge ? Oui Non

si oui comment : -----

si non pourquoi-----

IV. Conditions de travail

4.1. Vous travaillez combien d'heures en moyenne par jour ?

- 2-3 Heures 3- 6 heures 6-8 heures 8- 10 heures 10- 12 heures
 12- 14 heures 14- 16 heures 16- 18 heures 18- 20 heures
 20- 22 heures

Vos heures de travail sont-elles :

- Trop nombreuses Nombreuses Raisonables
 Autres (a préciser)

si trop nombreuses ou nombreuses : expliquer-----

4.2. Vos rapports avec les patients sont-ils :

- Très bons: Bons Assez bons Mauvais

si assez bons ou mauvais : expliquer-----

4.3 Recevez- vous des indemnités (motivations)pour chaque prestation ? :

- Oui: Non

Si oui, ces indemnités sont-elles :

- Suffisantes Peu suffisantes Insuffisantes

Si peu suffisantes ou insuffisantes : expliquer-----

Si non : Expliquer-----

4.4. Qualification et effectif du personnel

Selon vous le personnel est-il suffisant ?

- Très suffisant Suffisant Peu suffisant Insuffisant

Si peu suffisant ou insuffisant : expliquer-----

Selon vous le personnel est-il bien formé ?

- Très bien formé bien formé mal formé pas formé du tout

Si mal formé ou pas du tout formé : expliquer-----

4.5. Vos rapports avec vos collègues sont-ils :

- Très bons Bons Assez bons Mauvais

Si assez bons ou mauvais, expliquer :-----

V. Opinion générale et perspectives

5.1 Connaissance du projet

Connaissez-vous la « charte du forfait » ? : Oui Non -----

Si oui, expliquer-----

Etes-vous impliqués dans la gestion et/ou informés du fonctionnement et des résultats du projet ? : Oui Non -----

Si oui, expliquer comment-----

5.2 Selon vous le forfait fonctionne t-il :

- Très bien Bien Assez bien ne fonctionne pas du tout

Si assez bien ou ne fonctionne pas du tout, expliquer :-----

5.3 Faites nous en quelques lignes des commentaires sur les forces faiblesses et l'avenir du forfait:

Les points forts du forfaits (Utilités, Avantages) -----

Annexe VI. Questionnaire-Guide d'entretien des patientes

GUIDE D'ENTRETIEN (PATIENTES)

Nr...../.....

Maternité :-----

IDENTIFICATION

1 Nom de la patiente-----

Adresse-----

Age-----Moughataa -----

Ethnie-----Langues parlées-----

Situation matrimoniale

Célibataire Mariée: Divorce(é) Veuve

Taille de la famille (noms de personnes vivant dans la concession)-----

Principales sources de revenus de la famille :

Revenu personnels Revenu du mari Revenus des enfants

Transfert d'argent de l'étranger (mandat) . Autre (a préciser)

Profession

Fonctionnaire Privée Indépendante

Petit commerce Couturière Teinturière

Vendeuse de boutique Ménagère Autre (a préciser)

Profession du conjoint :

Fonctionnaire: Privée Indépendant Commerçant

Boutiquier Chauffeur Gardien Domestique

Ouvrier Chômeur Autre (a préciser)

Niveau d'instruction :

Aucun . Ecole primaire Ecole secondaire . Formation universitaire

formation technique

Langue d'alphabétisation-----

Avez vous adhéré au forfait: Oui: Non

Si oui, date d'adhésion-----La somme payée-----

Les modalités de paiement : En une tranche En deux tranches

DOSSIER MEDICAL

2 Historique médicale

Nombre de grossesses démarrées----- Nombre de grossesses à terme -----

Nombre d'avortements----- Nombre de césariennes-----

enfants vivants-----enfants non vivants-----

âge du décès-----causes du décès-----

Nom de l'enquêteur (initiales).....Fait à

.....Date.....

pathologies :

- hypertension artérielle problèmes cardiaques anémie
 Diabète MST vomissements Autres (a préciser)

SUIVI DES PRESTATIONS DU FORFAIT

3 Prestations prévues (cocher la case correspondante **O**: oui, **N**: non) examiner le carnet de santé

	O	N	Date	Commentaires
<u>Au début de la grossesse</u>				
Consultation prénatale				
Délivrance du carnet de santé				
Bilan biologique (GrRh, BW, Hb, Albuminurie)				
Echographie				
Fer + acide folique jusqu'à 26S				
Chloroquine à dose curative vers 20 SA				
VAT				
<u>A 26 SA</u>				
Consultation prénatale				
Albuminurie				
Fer et acide folique pour 6 semaines				
Chloroquine à dose curative vers 30 SA				
VAT				
<u>A 32 SA</u>				
Consultation prénatale				
Albuminurie				
Fer et acide folique pour 4 semaines				
<u>A 36 SA</u>				
Consultation prénatale				
Albuminurie				
Fer et acide folique pour 4 semaines				
<u>A terme</u>				
Accouchement (eutocique ou non)				
Dossier d'accouchement				
Carnet de santé de l'enfant				
Fer pour 4 semaines				
<u>4 semaines après l'accouchement</u>				
Consultation post-natale				
Fer pour 8 semaines				
<u>Pathologies</u>				
Avortements				
Grossesses extra-utérines				
Hypertension artérielle				
Menace d'accouchement prématuré				
Anémie sévère				
Algies pelviennes				
Pathologie infectieuse				
Vomissements graves				
Hémorragies				
Complications du post-partum immédiat				
Hospitalisation				
Examens complémentaires				

si oui comment : -----

si non pourquoi : -----

La qualité des soins est-elle Très bonne Bonne Assez bonne Mauvaise

si assez bonne ou mauvaise, expliquer : -----

Les médicaments et consommables sont-ils: Suffisants Insuffisants
Inexistants

si insuffisants ou inexistants, expliquer: -----

La qualité des médicaments et consommables est-elle Très bonne Bonne
 Assez bonne Mauvaise

si assez bonne ou mauvaise : expliquer-----

Disposez vous d'un **carnet de santé**: Oui: Non
....l'examiner

si oui ce carnet est-il : Bien rempli: Mal rempli Non rempli

si mal rempli ou non rempli, expliquer-----

Si non (pas de carnet), expliquer-----

La qualité de l'accueil: Etes vous ?

Très bien reçue Bien reçue Mal reçue

si mal reçue, expliquer :-----

Le temps d'attente est-il :

- 30 mn 1 heure 2 heures 3 heures 4 heures 5 heures
 plus de 5 heures

si plus d'1 heure : expliquer-----

Votre intimité est- elle respectée ? Très bien respectée Bien respectée
 Assez bien respectée Pas du tout respectée

si très bien ou bien respectée, expliquer : -----

si mal ou pas du tout respectée expliquer-----

La durée de la consultation :

- 5 mn 10 mn 15 mn 20 mn 30 mn 45 mn
 1 heure plus d'1 heure

Que pensez-vous de la durée ? Suffisante Insuffisante Excessive

si insuffisante ou excessive, expliquer : -----

Vos rapports avec les prestataires sont-ils:

- Très bons Bons Assez bons Mauvais

si assez bons ou mauvais, expliquer : -----

**6 Votre appréciation des moyens
Effectif du personnel**

Selon vous le personnel médical est- il Suffisant Peu suffisant
Insuffisant

si peu suffisant ou insuffisant, expliquer :-----

Etat des locaux

- Très bon état Bon état Moyen Délabrés
 Très propre Propre Assez propre Sale
 Très spacieux Assez spacieux Etroit
 Très Hygiène hygiénique Assez hygiénique Non hygienique
 Autre (a préciser)

Pourquoi avez vous choisi ce centre médical?

- parce que c'est moins coûteux Parce qu'il soigne bien
 Parce qu'il y'a un bloc opératoire Parce que vous résidez dans la zone
 Autre (Préciser)

7 Votre appréciation sur le fonctionnement du forfait

Selon vous le forfait fonctionne t-il:

- Très bien Bien Assez bien ne fonctionne pas du tout

si assez bien ou ne fonctionne pas du tout, expliquer :-----

8 Les forces et faiblesses, les perspectives du projet

Faites en quelques lignes des commentaires sur :

Les points forts du forfait (utilités, avantages) -----

Annexe VII. Les TDRS de la mission