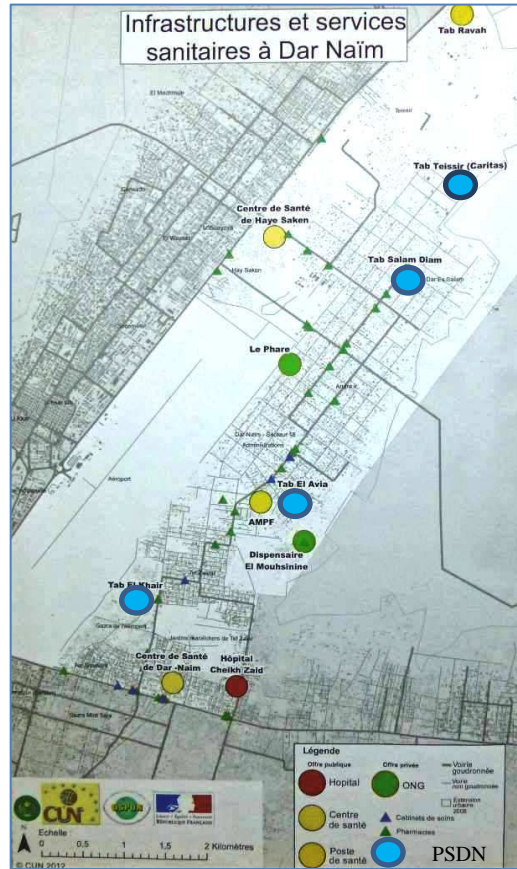


# ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ A DAR NAIM (APSDN)

**Carte des lieux d'interventions : Dar Naïm (Nouakchott) et Bababé en milieu rural au Sud du pays**



## RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS 2014

Par

**Bâ Abdoulaye Samba : directeur**

**Fatimata Oumar Diop : Responsable de la santé de la reproduction**

**Partenaires financiers :** Ministère de la Santé - La Coopération belge - Caritas Mauritanie – Secours catholique - Memisa Belgique



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

**Conseil d'administration**

Aïssata Sow Gay Présidente  
Fatimata Oumar Diop Secrétaire  
Diop Abdoulaye Trésorier  
Aminétou Mint Inalla Membre  
Youssouf Konté Membre

**Structure de gestion**

Bâ Abdoulaye Samba Directeur  
Aïssata Sow Gaye Surveillante TSD  
Hamady Cissoko Responsable administratif et financier  
Fatimata Oumar Diop Responsable RS et suivi des mutuelles  
Fatimétou Kane Responsable Fonds d'équité

**Service financier**

Youssouf Konté, Gestionnaire  
Fatimata Konté Caissière

**Centre de santé Tab Salam Diam :**

Habsa Bâ, Infirmière médico-sociale  
Bâ Habibata, Infirmière médico-sociale  
Aïssata Diallo, Infirmière médico-sociale  
Minettou Mint Inallah, Infirmière médico-sociale  
Harouna Diallo, Infirmier médico-social  
Diop Abdoulaye, Technicien de laboratoire responsable, Pharmacie et du laboratoire  
Fatimétou Mohamed Djouma, Auxiliaire de santé  
Moulimnine Mint Baba  
Zeïnabou Abdallahi  
Mariem Mint Abdel Wahab  
Kane Safiétou, Filles de salle  
Madina Athié, Fille de salle  
Diop Mamadou Oumar, Service Accueil  
Alassane Ball, Chauffeur  
Mohamed Sow, Chauffeur  
Sy Boubacar, Chauffeur  
Houssein O/ Alioune, Gardien  
Abdoulaye Konté, Gardien

**Poste de santé Tab EL Avia :**

Djeynaba SY Sage-femme, Chef de poste  
Aïssata Baldé, Infirmière médico-sociale,  
Ramatoulaye Gaye, Auxiliaire de santé  
Binta Bâ Fille de salle

**Poste de santé Tab El Khair**

Binta Athié Sage-femme, Chef de poste :  
Fatou Diop, Auxiliaire de santé  
Khadhara Mint Samba Fille de salle

**Poste de santé Tab Teïssir**

Maty Mint Sid' Ahmed Infirmière médico-sociale, Chef de poste  
Fatou Galladou Guèye, Infirmière médico-sociale  
Fatou Fall, Fille de salle

**Mutuelle Communautaire de santé de Dar Naïm**

Sophy Fall, Gestionnaire  
Cheikh Oumar Coulibaly, Gestionnaire

**Volet Bababé**

Sall Fatimata Sagefemme Superviseur  
Sy Ibrahima Chauffeur  
Guèye Hamidou Gardien  
Komé Alhousseinou, Gestionnaire Mutuelle Communautaire de santé de Bababé

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

- **les autorités administratives**
  - Le Hakem de Dar Naïm
  - Le Hakem de Bababé
  - Le maire de la commune de Dar Naïm
  - Les maires des communes de Bababé, Aéré Mbar et El Vor
- **les autorités sanitaires, plus particulièrement :**
  - Dr Abderrahmane O/ Jiddou directeur SSBN au Ministère de la santé
  - Dr Moustapha O/ Abdallahy DRAS de Nouakchott et son équipe
  - Dr Lemrabott O/ Mowloud médecin chef de la moughataa de Dar Naïm,
  - Dr Varwa Médecin chef de la moughataa de Sebkha et toute l'équipe du CS de Sebkha.
- **Les partenaires responsables d'institutions nationales :**
  - Professeur Sid' Ahmed Ould Mogueya, doyen de la faculté de Médecine
  - Dr Sid' Ahmed Ould Dahdi chef du département de Santé Publique à la faculté de Médecine
  - Dr Abdallahy Ould El Vally directeur de l'Action sociale et de la Solidarité nationale au MASEF
  - Dr Amina Ndiaye Directrice de l'ENSP et son équipe
  - Dr Hamahoullah O/ Cheikh directeur de l'hôpital Cheikh Zayed
  - Le Directeur de l'INRSP
  - Le directeur du CTA
- **Les ONGs**
  - Caritas Mauritanie
  - ACF
  - World Vision (ADP Bababé)
  - MON 3 (Bababé)
- **Les partenaires techniques et financiers**
  - Memisa Belgique
  - DGD (Coopération belge),
  - Secours Catholique / Fondation Caritas France
  - L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers

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

Nos remerciements vont également à :

Dr Yves de Muizon  
Dr Marie-Christine Rousseau  
Mme Dominique Sanviti, sage femme  
Sr Delphina Valer  
Dr Christian Roberti

## **Introduction**

### **1. Champ d'action de l'APSDN**

- 1.1 Moughataa de Dar Naïm
- 1.2 Moughataa de Bababé

### **2. Les partenaires impliqués**

- 2.1 L'appui des partenaires
- 2.2 Ministère de la santé
- 2.3 Caritas Mauritanie
- 2.4 Memisa Belgique

### **3. Problèmes à résoudre**

- 3.1 Problèmes généraux de santé dans la zone de Dar Naïm
  - 3.1.1 L'état de santé de la population
  - 3.1.2 L'offre de soins
  - 3.1.3 L'accessibilité financière des services de santé

### **4. Présentation du programme triennal 2014 -2016**

- 4.1 Objectif général
- 4.2 Objectif spécifique
- 4.3 Résultats

### **5. Les réalisations faites en 2014**

#### **5.1 Résultat 1**

- 5.1.1 Le renforcement de la visibilité de l'APSDN par le plaidoyer
- 5.1.2 L'intégration de l'APSDN dans le système de santé
- 5.1.3 L'amélioration de la qualité des soins
- 5.1.4 La résolution des problèmes organisationnels

#### **5.2 Résultats 2**

##### **5.2.1 L'offre de soins**

- a. Les activités réalisées à Dar Naïm
  - i. Les consultations générales
  - ii. Les principales pathologies
  - iii. Les activités de l'unité de suivi des malades chroniques :
  - iv. Le suivi des femmes enceintes
  - v. Les accouchements assistés
  - vi. La planification familiale (PF)
  - vii. Le suivi de la croissance des enfants de 0 – 5 ans
  - viii. La vaccination
  - ix. Les activités du laboratoire
  - x. Les activités du centre de dépistage du VIH

##### **5.2.2 L'accessibilité des soins**

- b. Le forfait accouchement
- c. La mutuelle de santé
- d. Le fonds d'équité

##### **5.2.3 Les activités soutenues dans la Moughataa de Bababé**

- e. Le suivi des femmes enceintes
- f. Accouchements assistés
- g. Planification familiale (PF)
- h. Le suivi nutritionnel des enfants de 0 – 5 ans
- i. La vaccination
- j. Les activités de consultations générales
- k. L'accessibilité des soins à travers la Mutuelle Communautaire de Santé de Bababé

#### **5.3 Résultats 3 : La capitalisation des expériences permet le partage et la réplication des enseignements tirés du programme**

- 5.3.1 Echanges d'expériences avec les différents acteurs de la wilaya
- 5.3.2 Documentation des expériences du programme

### 5.3.3 Formation continue du personnel de santé

#### **Perspectives**

## Liste des tableaux

- Tableau I : Répartition de la population de Dar Naïm par aire de santé et par groupe d'âge
- Tableau II : Activités de l'Unité de soins des maladies chroniques
- Tableau III : Suivi des femmes enceintes de l'aire de santé de L'APSDN
- Tableau IV : Suivi des accouchements
- Tableau V : Planning familial
- Tableau VI : Suivi nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans
- Tableau VII : Résultats de la vaccination de routine
- Tableau VIII : Activités du laboratoire
- Tableau IX : Activités du centre de dépistage du VIH
- Tableau X : Situation des adhésions
- Tableau XI : Récapitulatif des coûts moyens
- Tableau XII : Récapitulatif des coûts moyens et des taux d'utilisation des services de l'étude de faisabilité
- Tableau XIII : Planification familiale dans la CSS de Bababé
- Tableau XIV : Suivi nutritionnels des enfants de la Moughataa de Bababé
- Tableau XV : Résultats de la vaccination de routine dans la CSS de Bababé
- Tableau XVI : Situation des adhésions à la MCSB
- Tableau XVII : Suivi du recouvrement des cotisations à la MCSB
- Tableau XVIII : Bénéficiaires en ordre de paiement / Total Bénéficiaires à la MCSB
- Tableau XIX : coûts moyen des soins à la MCSB
- Tableau XVII : Comparaison entre cotisations et dépenses de soins à la MCSB

## Liste des graphiques

- Graphique I : Evolution des consultations générales à Dar Naïm de 1999 à 2014
- Graphique II : Répartition des cinq premiers motifs de consultations à Dar Naïm
- Graphique III : Activités de l'Unité de soins des maladies chroniques à Dar Naïm
- Graphique III : Evolution des consultations prénatales à Dar Naïm de 1995 à 2014
- Graphique IV : Evolution des accouchements à Dar Naïm de 1995 à 2014
- Graphique V : Bénéficiaires en ordre de paiement / Total Bénéficiaires à la MCSDN
- Graphique VI : Comparaison entre cotisations et dépenses de soins à la MCSDN
- Graphique VII : Les principaux motifs de consultations à la CSS de Bababé
- Graphique VIII : Bénéficiaires en ordre de paiement / Total Bénéficiaires à la MCSB
- Graphique IX : Comparaison entre cotisations et dépenses de soins à la MCSB

## **LISTE DES ACRONYMES :**

APSDN : Association pour la Promotion de la Santé à Dar Naïm  
BCG : Vaccin contre la tuberculose  
BK : Bacille de Koch.  
CFIP : Centre de Formation et d'Insertion Professionnelle  
CREN : Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle  
CTA : Centre de Traitement Ambulatoire du Sida  
CU : Culot urinaire  
DRAS : Direction Régionale à l'Action Sanitaire  
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique  
FE : Fonds d'équité  
GE : Goutte épaisse  
GS+RH : Groupe sanguin avec rhésus  
IMTA : Institut de Médecine Tropicale d'Anvers  
INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique  
Hg : Hémoglobine  
IOV : Indicateur objectivement vérifiable  
IRA : Infections Respiratoires Aigues  
IST : Infection sexuellement transmissible  
Hep : Hépatite.  
KOP : Kystes (Œufs Parasites (Examen de selles)  
MS : Ministère de la Santé  
MEN : Ministère de l'Education Nationale  
NFS : Numération formule sanguine  
OS : Objectif spécifique  
OS1R1 : Objectif spécifique 1 Résultat 1  
PF : Planification Familiale  
Penta : Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, l'hépatite B et la coqueluche (administré en 3 doses)  
PNO : Pneumonie (administré en 3 doses)  
PSDN : Projet santé Dar Naïm  
Polio (P0, P1, P2, P3) : Vaccin contre la poliomyélite (administré en 4 doses)  
PTME : Prévention de la Transmission du Sida entre la Mère et l'Enfant  
RVX : Rouvax (vaccin contre la rougeole).  
RPR : Examen pour le dépistage de la syphilis  
TEA: Tab EL Avia  
TEK: Tab El Khaïr  
TSD : Tab Salam Diam  
TT: Tab Teïssir  
VS : Vitesse de sédimentation des hématies

## **Introduction**

Initialement l'**Association pour la Promotion de la Santé à Dar Naïm** (APSDN) était un projet de développement de soins de santé primaires au premier échelon de CARITAS Mauritanie (PSDN – Projet Santé Dar Naïm). En 2012 elle est devenue une association. L'autonomie de l'APSDN découle de la volonté de Caritas Mauritanie et de Memisa à contribuer au développement de la société civile mauritanienne. Il s'inscrit dans un cadre institutionnel défini par la politique nationale de santé 2006 – 2015 et la politique nationale de contractualisation du secteur de la santé. Il est favorisé par la présence d'une équipe avec une expérience qui a donné au projet une identité et une personnalité propre reconnues par tous les partenaires.

Il est composé au niveau des ressources humaines par :

- Une assemblée générale de 43 membres ;
- Un Conseil d'Administration de 5 membres ;
- Une structure de gestion composée de 3 femmes et de 2 hommes, qui s'est approprié les principaux éléments de gestion du cycle de projet et qui a acquis une vraie capacité managériale. Le reste du personnel est essentiellement féminin (29 personnes).

Elle gère les structures suivantes:

- Un centre de santé (CS) de Tab Salam Diam (TSD), une formation sanitaire de premier échelon couvrant 34 892 personnes et qui assure en même temps un appui aux postes de santé (laboratoire, CDV, maternité)
- 3 postes de santé couvrant : Tab Teïssir (8 523), Tab El Avia (16 962) et Tab El Khaïr (17 404) .
- une extension en milieu rural dans la Circonscription Sanitaire de Bababé où est exploitée l'approche des soins suivie à Dar Naïm lors des précédents programmes.
- Outre l'offre de soins, le projet a tenté de mieux répondre à la demande de soins par la mise en place d'une mutuelle et d'un fonds d'indigents. Suite à une étude de faisabilité, la Mutuelle de Santé a tenu sa première assemblée générale en janvier 2003 et a été reconnue par récépissé N°0099 du 17-novembre 2008.
- Le Fonds d'équité, créé en 2005, couvre des familles incapables d'honorer leurs contributions à la mutuelle. L'identification des indigents est confiée à la responsable de la mobilisation sociale du projet. La commune et l'hôpital Cheikh Zayed participent au processus d'identification des indigents pris en charge par l'APSDN par l'entremise de leurs services sociaux respectifs. En plus de la prise en charge des soins, le fonds soutient la réinsertion de ces familles dans leurs communautés.

Toutes ces actions ont bénéficié de l'appui financier notamment de Memisa-DGD de 1998 à 2013 (2 programmes quinquennaux successifs et 2 programmes triennaux).

L'APSDN manifeste son **alignement sur la politique nationale de santé**, même si dans certains domaines, il y a nécessité d'apporter des innovations : la mutuelle de santé et le fonds d'équité, l'équipe cadre de mougathaa...

Par des contacts étroits avec le MCM et le DRAS, l'APSDN renforce le système de santé dans ses rapports avec le niveau de la mougathaa et le niveau intermédiaire. Ce faisant elle favorise une gestion participative :

- Répartition de la population par aires de santé impliquant tous les acteurs.
- Recherche de cohérence et de synergie entre les prestations offertes par les différents intervenants
- Organisation de campagnes de vaccination de rattrapage concertées sur les zones à faible couverture
- Actions conjointes de sensibilisation réalisées lors des journées nationales sur le thème du SIDA, de la TBC, des MGF, du diabète, de l'allaitement maternel et de la santé de la reproduction.
- Mobilisation des acteurs de la société civile
- Supervisions conjointes à Bababé
- Définition et mise en œuvre de projet(s) pour accompagner la croissance de la population à Dar Naïm ;
- Appui à l'émergence de structures autonomes.

**Ancrage sociétal** : l'APSDN travaille avec des OBC pour dans des activités de promotion de la santé. Les responsables des mutuelles constituent une interface de plus en plus influente avec les prestataires. Les visites à domicile sont des nouveaux canaux utilisés par l'APSDN pour rentrer en dialogue avec la population cible.

La collaboration avec plusieurs acteurs locaux (communes de Dar Naïm et de Bababé, Caritas, le Gret et l'hôpital Cheikh Zayed, les OBC etc...) sont autant de facteurs favorisant l'ancrage sociétal.



## 1. Champ d'action de l'APSDN

### 1.1 Moughataa de Dar Naïm

Le quartier Dar Naïm a vu le jour suite à la sécheresse qui a sévi en Mauritanie il y a vingt ans. Dar Naïm est situé à l'est de l'aéroport de la ville entre la route de l'Espoir et celle d'Akjoujt. Il mesure 15 Km de long sur 5 km de large. Les infrastructures ont lentement suivi ; de nouvelles routes goudronnées permettent l'accès au quartier. La fourniture en eau commence à s'améliorer mais peu de ménages sont encore raccordés au réseau d'adduction d'eau. Une grande partie du quartier est électrifiée. Les égouts n'ont pas été construits, l'évacuation des eaux usées ne se fait pas. De nouvelles constructions voient le jour, le commerce c'est bien développé (magasins de vente de produits alimentaires, des magasins de vente de matériel et matériaux de construction... Les secteurs de Hay Saken et Zatar ont été lotis récemment ce qui attire de nouveaux arrivants.

La population de la Moughataa de Dar Naïm est de 144 043 habitants (Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2013) organisé par l'Office National des Statistiques (ONS) et comporte 44% de jeunes de moins de 15 ans et 27% de femmes en âge de procréer (15 – 45 ans).

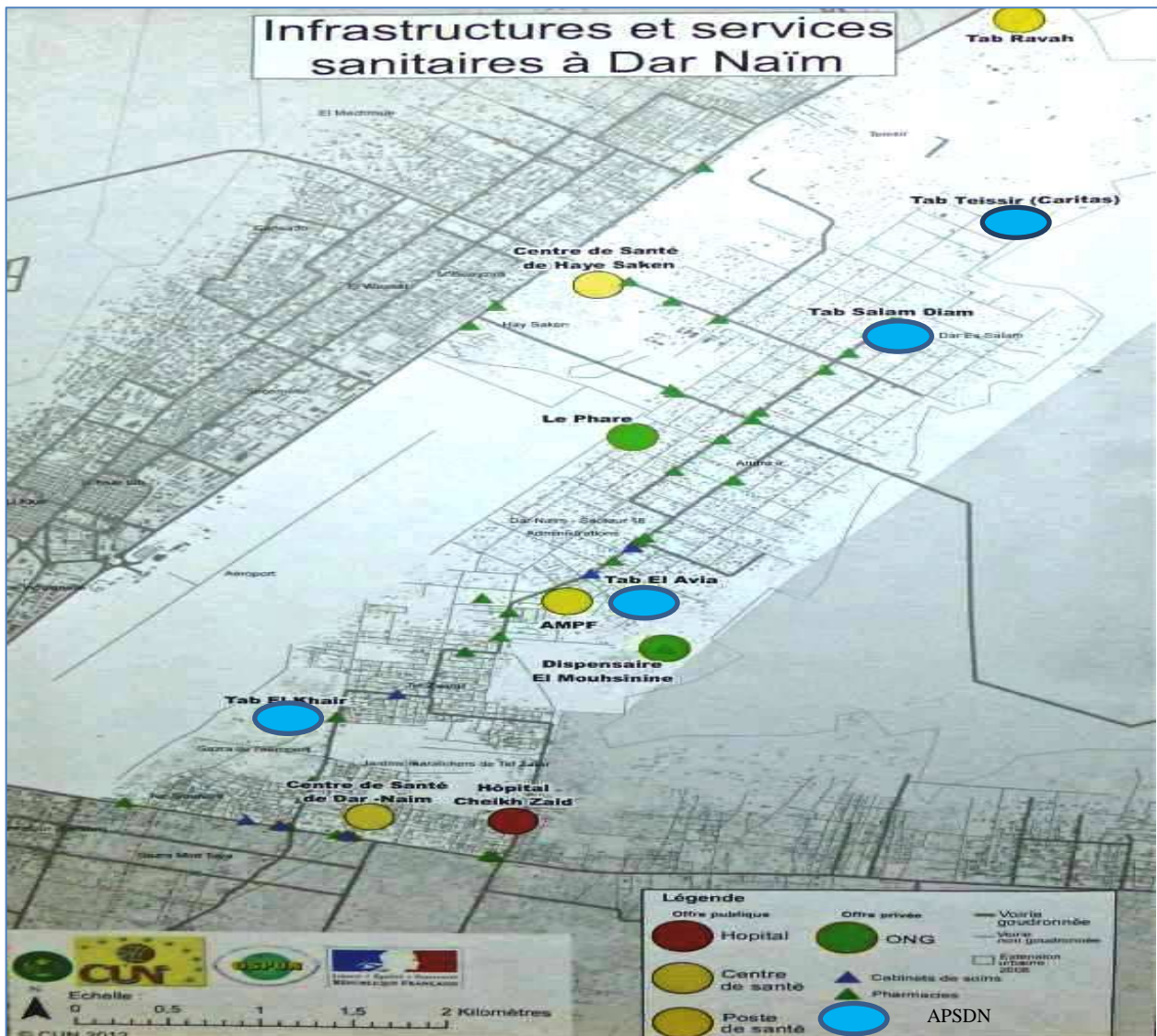
L'offre et la demande de soins sur Dar Naïm se sont considérablement enrichies grâce aux structures de santé de l'APSDN (3 Poste de Santé, 1 Centre de Santé, 1 mutuelle et un fonds d'équité) mais aussi celles du Ministère de la santé (2 Centres de Santé et 1 Hôpital Général de Référence) et de quelques ONG (4 Postes de Santé) et de nombreuses pharmacies privées; néanmoins, la couverture sanitaire des nouveaux quartiers reste insuffisante.

**Tableau I : Répartition de la population de Dar Naïm par aire de santé et par groupe d'âge**  
(Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2013)

Intervenants	PSDN				Ministère santé		Autres ONG				Total
	TT	TSD	TEA	TEK	CS Tensouilim	CS Haysaken	PS Tewassoul	AMPF	RAVA	Le Phare	
0-1an	356	1 458	709	727	1 205	1 084	241	120	30	90	6 023
1-5 ans	1 261	5 165	2 511	2 576	4 264	3 838	853	426	107	320	21 322
5-15 ans	2 120	8 679	4 220	4 329	7 167	6 450	1 433	717	179	538	35 834
Femmes en âge de procréer	2 281	9 338	4 540	4 658	7 710	6 939	1 542	771	193	578	38 552
Hommes	1 785	7 308	3 553	3 645	6 035	5 431	1 207	603	151	453	30 173
Adultes>45 ans	718	2 941	1 430	1 467	2 428	2 185	486	243	61	182	12 138
<b>Total</b>	8 523	34 892	16 962	17 404	28 809	25 928	5 762	2 881	720	2 161	144 043
<b>Populations/ Intervenants</b>	<b>77 782</b>				<b>54 737</b>		<b>11 524</b>				<b>144 043</b>
%	54%				38%		8%				100%

Le RGPH 2013 a facilité la répartition de la population par aires de santé en concertation avec le MCM de Dar Naïm.

L'aire d'intervention des formations sanitaires de l'APSDN recense 77.782 habitants soit 54% de la population. S'agissant de la mutuelle de santé et du fonds d'équité vu qu'aucun des autres intervenants ne mène des activités de protection sociale médicale, les actions de l'APSDN visent les 144 043 habitats de Dar Naïm qui sont autant de bénéficiaires potentiels.



## 1.2 Moughataa de Bababé

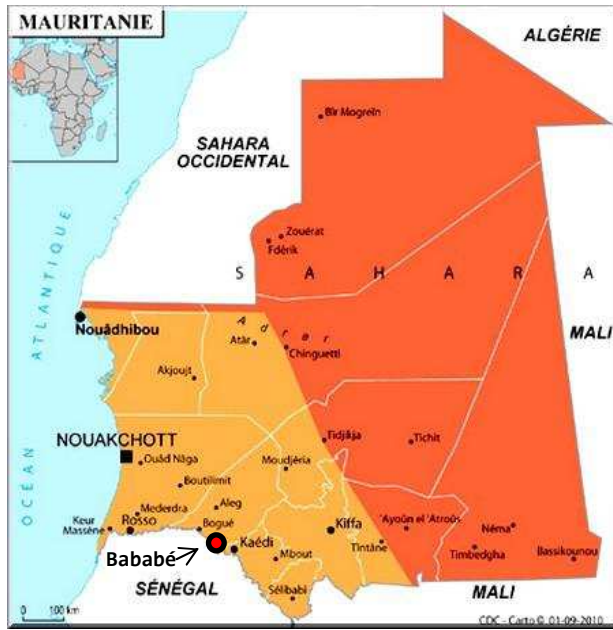
A Bababé le Projet consiste en un programme de Soins de Santé Primaires pour une population évaluée à 37251 personnes selon le RGPH 2013 répartie dans 3 communes rurales (Bababé, Aéré Mbare et El Vor). La densité de population est faible, particulièrement dans l'aire de santé d'El Vor.

12 formations sanitaires desservent cette population : Le Centre de Santé (C.S.) de Bababé est dirigé par un médecin mais le personnel est insuffisant en quantité et en qualité. Il comprend une maternité, un service d'hospitalisation de 20 lits, un fauteuil dentaire, une unité de radiologie, un service d'ophtalmologie et un laboratoire. Certaines unités de soins sont encore fermées par manque de personnel (radiologie et ophtalmologie). 11 PS constituent en fait le premier échelon du système local de santé où le PMA est supposé être offert.

En 2014, 4 infirmiers ont été affectés par le Ministère pour prendre en charge les postes de santé. Ainsi, 9 postes de santé / 11 sont gérés par des infirmiers et les autres sont animés par des auxiliaires de santé formés par le programme.

L'hôpital général de référence avec un plateau technique complet se trouve à Aleg, le chef-lieu de la wilaya du Brakna , à 120 km de Bababé (route bitumée); une ambulance est disponible pour transporter les cas urgents référés de Bababé à l'hôpital d'Aleg.

Pour favoriser l'accès financier aux soins, le programme a soutenu deux actions complémentaires une mutuelle de santé et la mise en place d'un forfait obstétrical (programme de mutualisation des risques liés à la grossesse et à l'accouchement) permet à toutes les femmes enceintes de faire suivre l'intégralité de leur grossesse pour la somme de 5500 UM (15,28 euros)



## 2. Les partenaires impliqués

L'APSDN et ses partenaires (Caritas et Memisa) ont signé une convention de partenariat pour exécuter un programme triennal 2014 – 2016. Il permet de mettre en place des actions et moyens en vue du renforcement de l'autonomie de l'APSDN et d'un désengagement progressif de Memisa après 2016.

Par ailleurs, l'APSDN entretient d'excellentes relations de partenariat avec d'autres ONG de développement : ACF, World Vision (ADP de Bababé) et MON 3.

Les principaux partenaires qui contribuent à l'atteinte des objectifs du programme 2014 – 2016.

### 2.1 Ministère de la santé

**L'Etat mauritanien** a délivré un récépissé à l'APSDN lui donnant ainsi une personnalité morale et juridique. Cet acte va renforcer son intégration dans le système de santé, faciliter l'accès aux subsides et sa reconnaissance auprès d'autres partenaires.

Toutes les structures sanitaires de l'APSDN figurent sur la carte sanitaire de la Direction Régionale à l'Action Sanitaire (DRAS). Elles bénéficient de l'appui du Ministère de la Santé dans les domaines suivants :

- la mise à disposition de personnel (08 agents) ;
- la chaîne de froid, les antigènes et les consommables pour la vaccination ;
- le matériel et médicaments pour le dépistage, le traitement et le suivi des tuberculeux ;
- les outils de gestion des soins (registres, fiches de suivi et de rapport d'activités) ;
- la prise en charge du coût de l'eau et de l'électricité des formations sanitaires du PSDN ;
- la supervision de l'équipe dans l'exécution des activités techniques ;
- la formation continue et la formation du personnel (10 agents formés à l'ENSP).

D'autres chantiers sont en cours de négociation pour formaliser l'autonomie de l'APSDN auprès du gouvernement et des partenaires :

- Un projet de convention est élaboré et sera soumis au Ministère de la santé.
- Un compte est ouvert à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Matériels et Consommables Médicaux (CAMEC) au profit de l'APSDN. Un projet de convention est à l'étude pour encadrer la collaboration entre l'APSDN et la CAMEC. Ladite convention permettra à l'APSDN de passer ses commandes en priorité à la CAMEC comme structure officielle du système national de santé dans lequel le projet veut s'inscrire.

On note aussi une bonne collaboration avec le Préfet du département.

### 2.2 Caritas Mauritanie

Le principal partenaire local est Caritas Mauritanie qui est une ONG de droit mauritanien. Par son appui technique et logistique, **CARITAS Mauritanie** participe à :

- o La mobilisation des ressources
- o L'élaboration de manuels de gestion
- o L'audit financier et des procédures de gestion
- o La gestion du personnel et obligations légales
- o L'animation du Conseil d'établissement
- o La supervision

Certains partenaires de Caritas apportent un appui financier direct ou indirect. Parmi eux **le Secours catholique – Caritas France** appuie plus particulièrement l'APSDN

Caritas Mauritanie mène différentes actions en faveur de l'autonomie de l'APSDN. Le Directeur tient une réunion mensuelle avec la Direction de l'APSDN et participe à différentes réunions avec le CA et le Conseil d'Etablissement de l'APSDN ; il a des contacts réguliers avec le Consul de Belgique et le Secours catholique. Pour diversifier les sources de financement, Caritas et l'APSDN ont obtenu une subvention de l'UE suite à un appel à projet lancé par le Programme de l'Union Européenne pour la Société Civile et Culture (PESCC). Le projet vise à promouvoir les mutuelles de santé de Dar Naïm et Bababé.

Par ailleurs, Caritas a contribué au renforcement de l'autonomie de l'APSDN par :

- La diversification des sources de financement : accès au financement d'autres partenaires (Secours Catholique / Caritas France et l'Union européenne (Programme de l'Union Européenne pour la Société

Civile et la Culture PSCC).

- La supervision de la mise en place des logiciels comptable et paie, leur paramétrage et la formation du personnel à leur utilisation.
- La contribution à l'élaboration de deux manuels de de procédures pour la gestion des finances, des immobilisations et des ressources humaines.
- L'organisation d'audit des procédures, restitution et communication des recommandations.
- L'appui à la préparation de l'audit externe des partenaires techniques et financiers (Secours catholique, DGD et Memisa ) par la coordination des demandes et de la documentation justificative à préparer.
- Recherche de financement pour la construction d'un siège pour la mutuelle de Dar Naïm
- Appui à la recherche d'une ambulance dans le réseau de Caritas Espagne
- Accueil et orientation lors des missions d'évaluation et de suivi des partenaires (Memisa, Secours Catholique, Institut de médecine tropicale d'Anvers)

### 2.3 Memisa Belgique

**Memisa** apporte son appui dans le suivi technique et financier à travers un entretien mensuel par skype, des échanges permanents par courriels, des rapports et une mission annuelle de suivi. La mission réalisée en 2014 a permis de :

- Suivre la réalisation des activités, l'évolution des indicateurs, l'exécution du budget et l'atteinte des résultats du programme en cours ;
- Vérifier la mise en œuvre des recommandations de la visite de l'année précédente et de l'évaluation externe ;
- Faire un lobbying à travers les rencontres avec les partenaires locaux et les autorités
- Soutenir la formulation d'un sujet potentiel de recherche « la réinsertion sociale des indigents », avec IMT Anvers. 02 chercheurs de l'IMT sont attendus à Nouakchott en 2015.
- Proposer des pistes de réflexion pour orienter le programme vers des actions innovantes après l'horizon 2016

L'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers (service du prof. B. Criel) a assuré un accompagnement de la mutuelle de santé de Dar Naïm grâce à des visites annuelles. Une nouvelle collaboration IMT- APSDN – Memisa est prévue en 2015 pour analyser les déterminants socio-économiques pouvant favoriser la réinsertion sociale des indigents affiliés au fonds d'équité.

### 3. Problèmes à résoudre :

Les problèmes à résoudre se situent à deux niveaux :

#### 3.1 Problèmes généraux de santé dans la zone de Dar Naïm

##### 3.1.1 L'état de santé de la population:

En fin 2013, les cinq principaux motifs de consultation sont les infections respiratoires aiguës (IRA) 19%, les affections cutanées 13%, les diarrhées, les affections pelviennes féminines 9% et les infections sexuellement transmissibles 8%.

La fréquence élevée de ces affections pourrait être liée aux conditions de vie des populations. Donc, leur prévalence pourrait être modifiée par l'adoption de comportements pouvant favoriser un meilleur état de santé. Face à cette situation, l'APSDN organise des activités de visites à domicile pour renforcer l'information de la population par une communication pour un changement de comportements.

##### 3.1.2 L'offre de soins

L'offre de soins s'est considérablement enrichie, grâce à l'APSDN dont l'aire de santé recense 77 782 habitants (54% de la population totale), mais aussi par l'installation d'unités de santé étatiques dont un hôpital général et l'apport de 04 ONG qui gèrent chacun un poste de santé. Cette offre reste cependant insuffisante : le nombre de médecins est faible, la coopération et la recherche de complémentarité entre les divers organismes de santé du quartier doit encore être développée, et dans certaines zones de Dar Naïm (Hay Teïssir et Lemkaïty) l'accessibilité reste insuffisante, à cause de la pénurie de transports en commun.

### 3.1.3 L'accessibilité financière des services de santé

Selon l'étude réalisée en décembre 2014 pour redéfinir les cotisations et le pack de prestations offertes par la MCSDN, il s'agit du problème principal à Dar Naïm.

La même étude révèle que 70,6% des chefs de ménages enquêtés se plaignent de l'accessibilité financière comme étant la barrière principale à l'accès aux soins, 46% évoquent la qualité de l'accueil dans les formations sanitaires et 34,1% l'accessibilité géographique.

Le manque de moyens financiers pour faire face aux coûts des soins est la barrière fondamentale à l'accès aux soins pour une grande majorité des personnes interrogées. Cela veut dire simplement que pour les personnes interrogées les soins coûtent cher au regard de leurs revenus actuels et de leurs dépenses courantes.

L'existence de ce « ressenti » est un facteur à prendre en compte pour la mise en place d'une nouvelle formule mutualiste.

L'accessibilité géographique aux soins se pose avec autant d'acuité dans certains quartiers périphériques cela est dû à l'inexistence de routes et de système organisé de transport en commun.

La mauvaise qualité de l'accueil fait souvent référence au temps d'attente qui est relativement long à cause des longues files que l'on observe chaque matin dans les formations sanitaires. L'APSDN est victime de son succès et la pénurie de personnel soignant ne permet pas d'ouvrir de nouvelles unités de soins.

## 4. Présentation du programme triennal 2014 -2016

### 4.1 Objectif général

Contribuer au Renforcement du système local de santé intégré avec trois composantes (structures de soins, mutuelle et fonds d'équité)

### 4.2 Objectif spécifique

L'objectif spécifique du projet est ainsi défini :

Le système local de santé intégré avec trois composantes (structures de soins, mutuelle et fonds d'équité) proposé à la population des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé est renforcé

### 4.3 Résultats

**Résultat 1 :** L'autonomie de la Coopérative de santé est renforcée par le développement de partenariats fonctionnels avec les autorités politico-sanitaires, les institutions académiques et les partenaires de la société civile.

Champ d'action : la mobilisation des acteurs locaux tels que les autorités politico-sanitaires, les OBC, la population et les autres acteurs de développement en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

**Résultats 2 :** L'accès aux soins de santé primaires des populations cibles du programme est amélioré

Champ d'action : l'offre de soins communautaires de qualité, durable et accessible à tous.

**Résultats 3 :** La capitalisation des expériences permet le partage et la réplique des enseignements tirés du programme

Champ d'action : La vulgarisation des expériences et des enseignements tirés du programme

## **5. Les réalisations faites en 2014**

### **5.1 Résultat 1**

L'autonomie de l'APSDN est renforcée par le développement de partenariats fonctionnels avec les autorités politico-sanitaires, les institutions académiques et les partenaires de la société civile.

Champ d'action: la mobilisation des acteurs locaux tels que les autorités politico-sanitaires, les OBC, la population et les autres acteurs de développement en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

En 2014, l'APSDN dispose d'une autonomie de gestion et a mis en œuvre une stratégie pour relever les défis. Le succès d'une telle stratégie est subordonné à la contribution des partenaires pour l'atteinte de certains résultats :

- Le renforcement de la visibilité de l'APSDN par le plaidoyer
- L'intégration de l'APSDN dans le système de santé
- L'amélioration de la qualité des soins

La résolution des problèmes organisationnels

#### **5.1.1 Le renforcement de la visibilité de l'APSDN par le plaidoyer**

Le lobbying vise à éclairer les décideurs sur la plus-value apportée par l'APSDN afin d'obtenir l'appui permettant de faire face aux enjeux et défis de l'autonomie.

Pour réussir ce plaidoyer, tous les acteurs dont l'activité, la vocation ou l'image peut être mise à contribution seront sollicités. Il s'agira essentiellement des partenaires et sympathisants de l'association (Caritas, Memisa, Maire, DRAS et Médecin chef de Dar Naïm, Secours Catholique, IMT, Consul belge...).

Pour soutenir le plaidoyer, des activités sont planifiées pour assurer la visibilité de l'APSDN et de ses partenaires :

- Des panneaux à l'intérieur et à proximité des locaux sont disponibles à Dar Naïm et Bababé,
- Des logos sur les supports écrits destinés aux partenaires et à l'environnement externe sont disponibles
- Des dépliants sur les mutuelles et le fonds d'équité sont disponibles
- La tenue d'une journée portes-ouvertes est programmée à Dar Naïm et Bababé
- Des cartes de visites sont produites ;
- Une adresse mail APSDN et un site web sont en chantier.

#### **5.1.2 L'intégration de l'APSDN dans le système de santé**

L'APSDN a élaboré des projets de convention pour définir la relation qu'elle souhaite entretenir avec le Ministère de la Santé et ses démembrements. La formalisation de l'autonomie de l'APSDN par la signature d'une convention avec le Ministère de la Santé, l'Hôpital Cheikh Zayed et la Centrale d'Achat des Médicaments et des Consommables Médicaux (CAMEC) pourrait favoriser :

- L'accès aux subsides et l'augmentation de l'effectif du personnel soignant affecté par le Ministère de la santé
- La mise en place d'un système d'approvisionnement en médicaments fiable et performant afin de garantir des médicaments de qualité à un prix abordable sans créer une structure parallèle ;
- Un meilleur accès aux soins de référence pour les bénéficiaires du fonds d'équité ;

La diversification des sources de financement : la recherche de nouveaux partenariats et l'accès aux fonds multilatéraux.

#### **5.1.3 L'amélioration de la qualité des soins**

Renforcer l'offre de soins de santé afin qu'elle soit de qualité et accessible (au plan spatial, temporel et financier) au plus grand nombre. Elle devra offrir un paquet d'activités le plus complet possible tenant compte des attentes de la population cible.

L'APSDN met l'accent sur l'amélioration de la qualité de l'accueil. Pour ce faire, elle a instauré un cadre, des conditions et des procédures qui encadrent l'administration des soins de santé.

L'approche «soins centrés sur les patients» est le modèle de référence mais nécessite des formations qui se feront

en cascade.

Par son caractère novateur, l'initiative aura un potentiel d'apprentissage important et doit être conçue comme un projet de recherche action, visant à documenter et guider l'évolution de l'APSDN.

#### **5.1.4 La résolution des problèmes organisationnels**

L'APSDN a un déficit en personnel soignant, ses besoins sont estimés à 6 infirmières/ sages-femmes. Pour résorber le déficit, l'APSDN s'est adressé en 1<sup>ère</sup> intention au Ministère de la santé avec l'appui du médecin chef de la Moughataa (président du conseil d'établissement de l'association).

Le second recours est la formation de 08 auxiliaires de santé qui pourront compléter leur cursus à l'ENSP pour devenir des infirmières.

Les formations sanitaires de l'APSDN connaissent des ruptures fréquentes de stocks de médicaments causées par l'absence de fonds de roulement à la hauteur des besoins. La reconstruction du fonds de roulement est en cours grâce à une contribution de Memisa hors financement du programme d'un montant de 5 000 000 UM et l'apport de l'APSDN sur ses recettes locales 6 000 000 UM.

Les locaux de la maternité de Tab Salam Diam deviennent vétustes et exigus compte tenu de l'importance des activités : un plan de construction est à l'étude et le financement de la réhabilitation est à trouver.

### **5.2 Résultats 2 : L'accès aux soins de santé primaires des populations cibles du programme est amélioré** Champ d'action : l'offre de soins communautaires de qualité, durable et accessible à tous.

#### **5.2.1 L'offre de soins**

L'APSDN met à la disposition de la population de Dar Naïm 04 formations sanitaires dont l'aire de santé recense environ 77 782 personnes.

Ces formations sanitaires offrent un paquet d'activités comprenant :

- Des consultations générales
- Des consultations prénatales et postnatales
- Des accouchements assistés
- La vaccination
- Le suivi de la croissance des enfants de 0 – 5 ans
- Un laboratoire
- Des activités de promotion de la santé.

A Bababé, l'APSDN apporte un technique et financier à 12 structures de santé qui composent la circonscription sanitaire de la Moughataa.

#### **i. Les activités réalisées à Dar Naïm** **i. Les consultations générales**

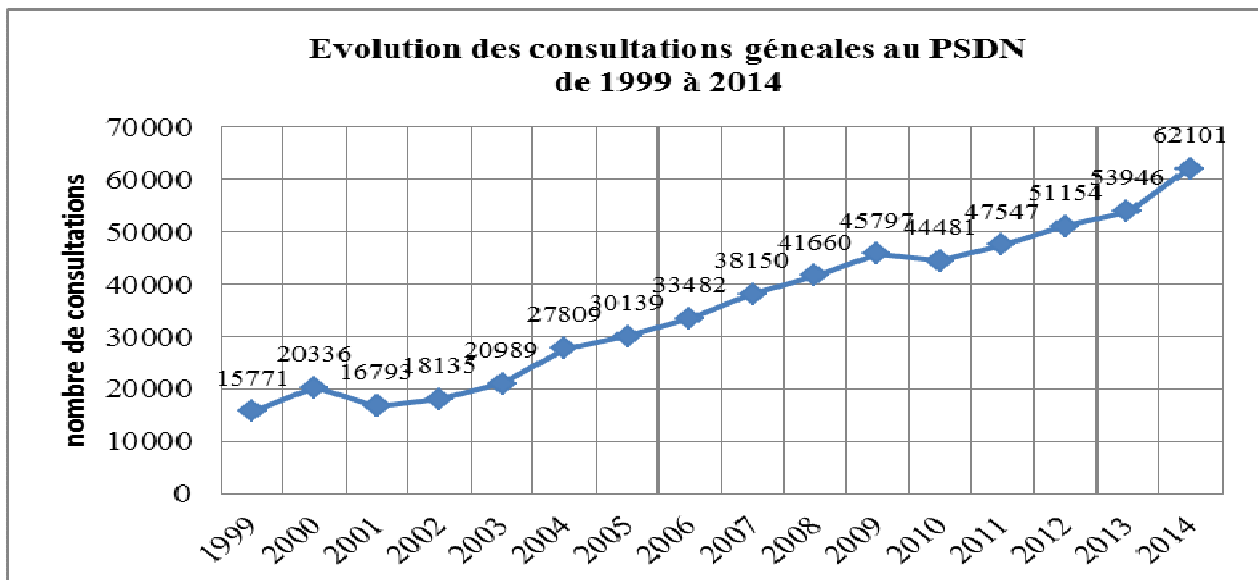
L'APSDN a réalisé 62101 consultations dans une aire de santé qui couvre une population de 77 782 habitants soit un recours à la consultation curative de 0,8/an /personne.

En 2013, le PSDN avait enregistré 53 946 malades, on observe une progression de 15% (8155 malades) dans l'utilisation des services de consultations.

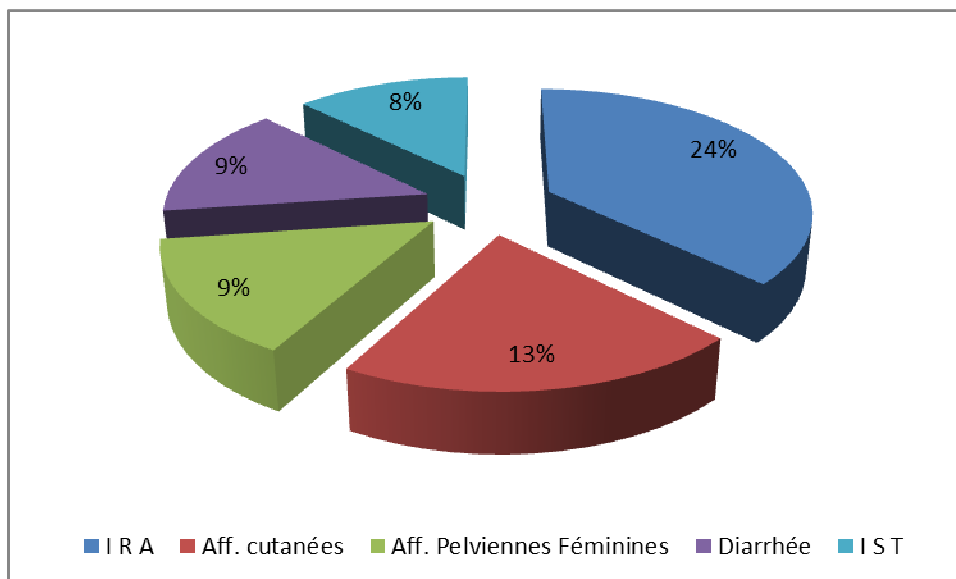
79% de ces consultations ont été faites au profit des femmes et des enfants en dessous de 5 ans (population considérée comme à risque élevé de maladie).

#### **Graphique I : Evolution des consultations générales au PSDN de 1999 à 2014**





**Graphique II : Répartition des cinq premiers motifs de consultations**



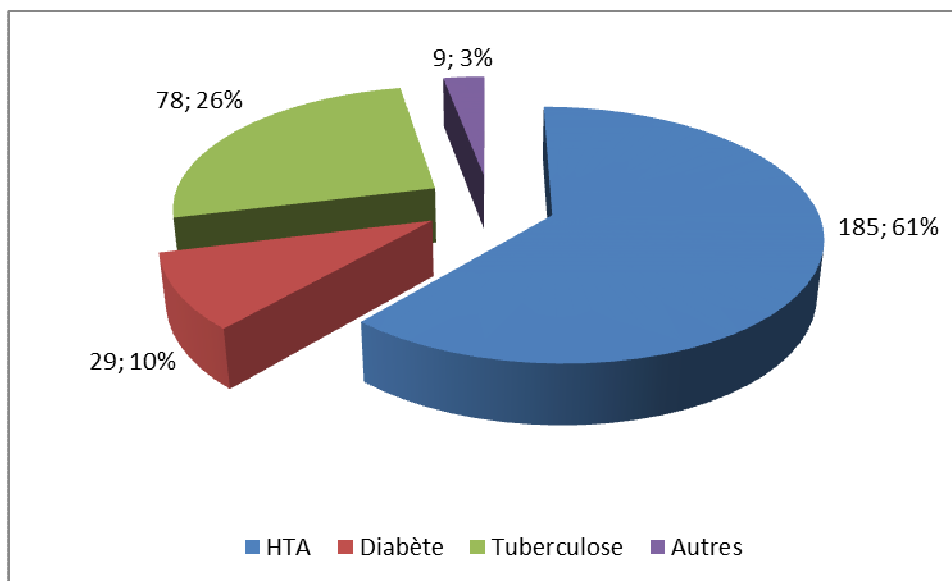
### ii. Les principales pathologies

Les cinq principaux motifs de consultation sont les infections respiratoires aiguës (IRA) 24%, les affections cutanées 13%, les affections pelviennes féminines 9%, les diarrhées 9% et les infections sexuellement transmissibles 8%.

Ces 05 maladies représentent 63% des motifs de consultations. La fréquence élevée de ces affections pourrait être liée aux conditions de vie des populations. Donc, leur prévalence pourrait être modifiée par l'adoption de comportements pouvant favoriser un meilleur état de santé. Les activités de visites à domicile pour informer la population par une communication pour un changement de comportements doivent être renforcées.

### iii. Les activités de l'unité de suivi des malades chroniques

**Graphique III : Activités de l'Unité de soins des maladies chroniques**



301 malades chroniques sont régulièrement suivis par un médecin. Les principales affections répertoriées sont l'hypertension artérielle 61%, la tuberculose 26%, le diabète 10% et autres 3%.  
2483 consultations pour 301 malades soit 12 consultations par malade.

### iv. Le suivi des femmes enceintes

**Tableau III : Suivi des femmes enceintes de l'aire de santé de L'APSDN**

Structures sanitaires	Femmes enceintes suivies	Grossesses attendues	Taux de couverture	Total Consultations prénatales	Nombre de consultations par femme
Tab Salam Diam	1549	1 750	89%	4476	2,89
Tab El Avia	847	583	145%	2690	3,18
Tab El Khaïr	932	648	144%	3236	3,47
Tab Teïssir	447	519	86%	1123	2,51
<b>Total PSDN</b>	<b>3 775</b>	<b>3 500</b>	<b>108%</b>	<b>11 525</b>	<b>3,05</b>

3 775 femmes enceintes suivies pour 3500 grossesses attendues<sup>1</sup> ce qui donne un taux de couverture de 108 % (cible 95%)<sup>2</sup>.

11 525 consultations prénatales ont été faites au profit de ces 3775 femmes soit 3.05 consultations par femme. L'objectif fixé par la politique nationale de santé étant de 4 consultations par femme.

La prévention de la transmission du sida de la mère à l'enfant (PTME) est intégrée aux CPN. Ainsi, le test de dépistage du VIH est proposé avec le bilan de grossesse.

Dans le cadre de la PTME, 1783 tests ont été réalisés soit 47% des femmes enceintes suivies dans les formations sanitaires de l'APSDN. Malgré une rupture en tests de dépistage auprès de tous nos fournisseurs locaux qui a duré 3 mois, il y a une bonne progression par rapport à la situation antérieure.

04 tests positifs ont été enregistrés les patientes ont été référées au CTA où elles sont suivies. Les tests positifs représentent 0,2% des examens réalisés. Ce qui est nettement inférieur au taux de prévalence nationale estimé à 1%.

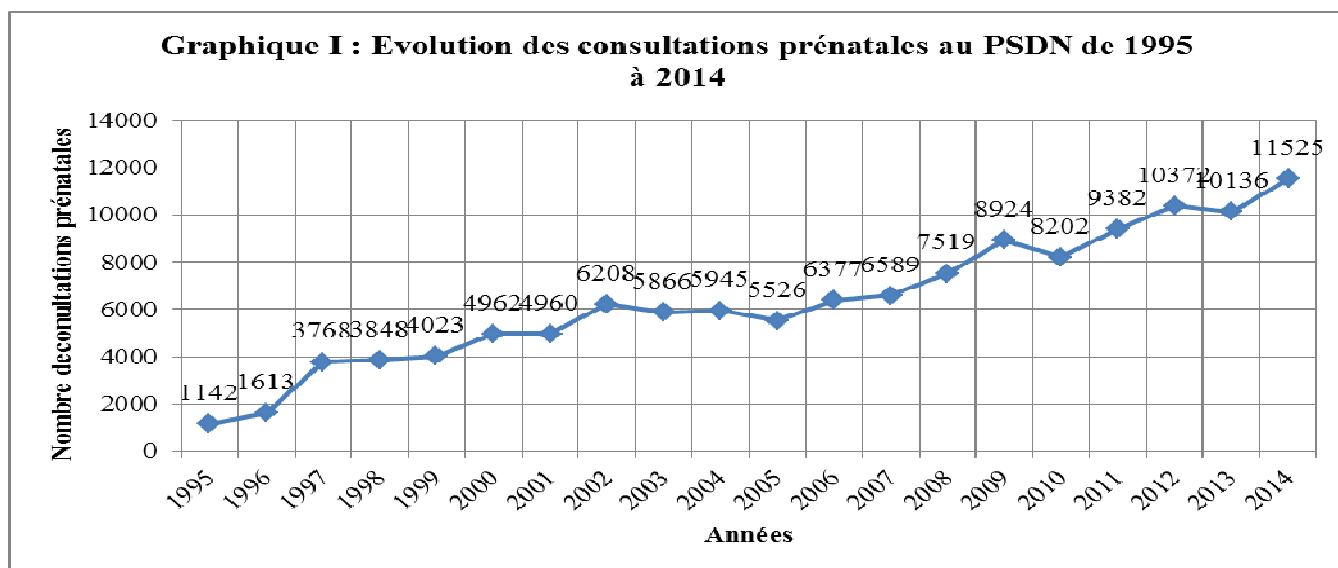
<sup>1</sup> Estimation faite sur la base d'un recensement par aire de santé de la population réalisée en 2013 par l'ONS.

<sup>2</sup> Le graphique I montre une réelle augmentation du nombre des consultations prénatales chaque année.

162 séances ont été animées par le personnel de santé au profit des femmes enceintes qui fréquentent les structures du projet et ont permis de toucher 1908 personnes sur les thèmes suivants :

- Suivi de la grossesse
- Accouchement assisté
- Hygiène
- Allaitement maternel
- Vaccination
- Planification familiale
- Mutilations génitales féminines
- VIH SIDA

**Graphique III : Evolution des consultations prénatales au PSDN de 1995 à 2014**



**v. Les accouchements assistés**

**Tableau IV : Suivi des accouchements**

Structures sanitaires	Nombre d'accouchements réalisés	Nombre Accouchements attendus	Taux de couverture
Tab Salam Diam	1202	1 465	82%
Tab El Avia	607	712	85%
Tab El Khaïr	612	731	84%
Tab Teïssir	214	358	60%
<b>Total PSDN</b>	<b>2 635</b>	<b>3 266</b>	<b>81%</b>

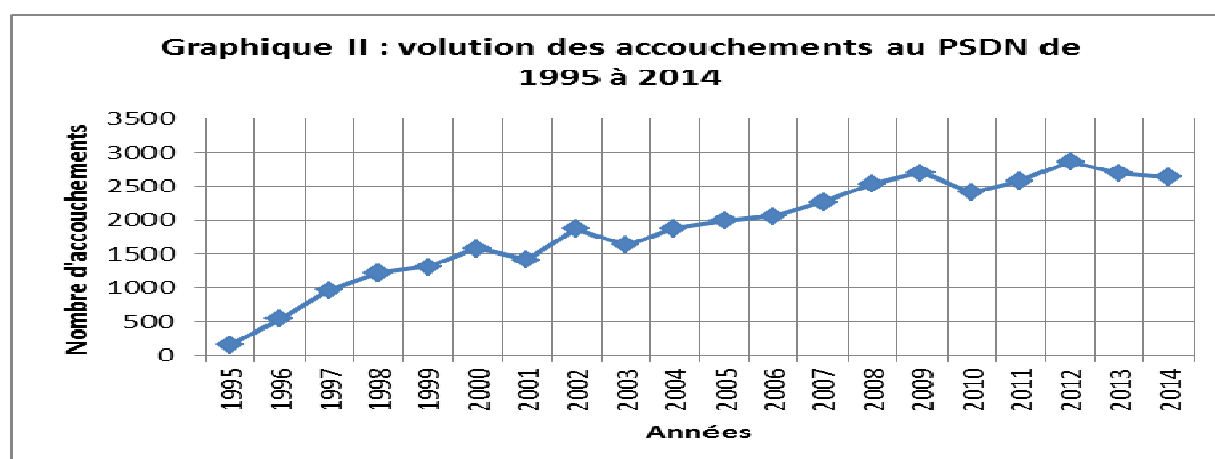
2635 accouchements ont été pris en charge dans les maternités de l'APSDN sur 3266 accouchements attendus soit 81% (cible de 95%). Le recensement fait en 2013 révèle que les indicateurs qui étaient calculés sur la base d'une population de l'aire de santé estimée à 70 000 personnes doivent être revus. Par ailleurs, l'éloignement des nouveaux quartiers situés sur des dunes de sable et l'absence de système de transport organisé ne favorise pas une bonne couverture malgré les efforts sont consentis pour assurer une bonne couverture des accouchements :

La qualité des soins dispensés et toutes les actions entreprises pour favoriser l'accès financier. Ces actions sont le forfait accouchement, la mutuelle de santé et le fonds d'équité.

La mutuelle de santé de Dar Naïm a rehaussé la couverture des soins au 1<sup>er</sup> niveau. Le paquet de prestations adopté au cours de sa dernière assemblée générale prévoit une prise en charge de ces soins à 100%. En réduisant la barrière financière la mutuelle va contribuer à l'amélioration de la couverture des accouchements professionnellement assistés.

15% des femmes en travail (355) ont accouché dans les formations sanitaires de référence.

#### Graphique IV: Evolution des accouchements au PSDN de 1995 à 2014



#### vi. La planification familiale (PF)

**Tableau V : Planning familial**

Structures sanitaires	Nouvelles	Nombre de contacts	Pop Cibles	Taux
Tab Salam Diam	1005	1 492	9338	11%
Tab El Avia	223	628	4540	5%
Tab El Khaïr	516	686	4658	11%
Tab Teïssir	354	404	2281	16%
<b>Total PSDN</b>	<b>2 098</b>	<b>3 210</b>	<b>20 817</b>	<b>10%</b>

5308 prestations de planification familiale ont été offertes à 2098 femmes. Elles représentent 10% du groupe cible. L'objectif de couvrir 12% des bénéficiaires ciblées n'est pas atteint. La gratuité des produits contraceptifs favorise l'accès financier à la contraception mais le système d'approvisionnement connaît des dysfonctionnements. Toutefois l'on observe un engagement plus soutenu du programme national et des partenaires pour l'amélioration du système de distribution des produits contraceptifs.

La pose d'implants contraceptifs démarrée en Mars 2013 permet la diversification des méthodes et renforce la couverture PF.

#### vii. Le suivi de la croissance des enfants de 0 – 5 ans

**Tableau VI : Suivi nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans**

Structures sanitaires	Enfants pesés	Bon état nutritionnel	Malnutrition modérée	Malnutrition grave
Tab Salam Diam	2392	1909	446	37
Tab El Avia	2735	2614	96	25
Tab El Khaïr	2538	2514	12	12
Tab Teïssir	1323	1259	52	12
<b>Total</b>	<b>8 988</b>	<b>8 296</b>	<b>606</b>	<b>86</b>

8988 enfants de 0-5 ans pesés dont 92% ont un bon état nutritionnel, 7% souffrent de malnutrition modérée (rapport Poids/taille < 80%) et 1% de malnutrition grave (rapport Poids/taille < 70%).

Bonne collaboration avec l'ONG espagnole «Action contre la faim» dans différents domaines (éducation des mères, formation de relais communautaires, visites à domicile et démonstrations culinaires)

### viii. La vaccination

**Tableau VII : Résultats de la vaccination de routine**

Vaccins	Groupe Cible	BCG	P0	P1	P2	P3	Penta1	Penta2	Penta3	PNO 1	PNO 2	PNO 3	RVX	Hépatite
TSD	1458	1283	932	1062	902	767	1346	1174	949	1215	1124	889	964	986
TEA	769	692	420	488	401	373	539	477	427	518	460	402	512	499
TEK	727	792	517	601	532	483	713	636	586	603	453	334	578	543
TT	356	146	147	138	147	123	155	149	134	132	112	69	137	118
<b>Total</b>	<b>3 310</b>	<b>2913</b>	<b>2016</b>	<b>2289</b>	<b>1982</b>	<b>1746</b>	<b>2 753</b>	<b>2 436</b>	<b>2 096</b>	<b>2 468</b>	<b>2 149</b>	<b>1 694</b>	<b>2191</b>	<b>2 146</b>
%		88%	61%	69%	60%	53%	83%	74%	63%	75%	65%	51%	66%	65%

#### Légende

*BCG : Vaccin contre la tuberculose*

*Polio (P0, P1, P2, P3) : Vaccin contre la poliomyélite (administré en 4 doses)*

*Penta : Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, l'hépatite B et la coqueluche (administré en 3 doses)*

*RVX : Rouvax (vaccin contre la rougeole).*

*PNO : Pneumonie (administré en 3 doses)*

*Hep : Hépatite.*

L'APSDN organise des séances de vaccination de routine dans toutes les structures sanitaires du projet. Les enfants de 0 à 11 mois en sont la population cible, ils sont estimés 3310.

88% des enfants sont vaccinés contre la tuberculose, 53% ont reçu la 3<sup>ème</sup> dose contre la poliomyélite, 63% celle de Penta 3, 66 % sont protégés contre la rougeole et 65% contre l'hépatite. Selon la politique nationale la vaccination est gratuite mais les fréquentes ruptures dans l'approvisionnement en antigènes sont à l'origine de la faible progression de la couverture vaccinale.

### ix. Les activités du laboratoire

**Tableau VIII : Activités du laboratoire**

GS+RH	BW	Hg	NFS	VS	CU	KOP	GE	BK	VIH	Total
2429	2326	2295	38	1	12	3	304	263	1853	9524

#### Légende

GS+RH : Groupe sanguin avec rhésus

RPR : Examen pour le dépistage de la syphilis

Hg : Hémoglobine

NFS : Numération formule sanguine

VS : Vitesse de sédimentation des hématies

CU : Culot urinaire

KOP : Kystes (Œufs Parasites (Examen de selles)

GE : Goutte épaisse

BK : Bacille de Koch.

Le GS+RH, le RPR, le dépistage du VIH et l'hémoglobine sont en général prescrits dans le cadre d'un bilan de grossesse. Ceci contribue sans nul doute à améliorer le suivi des femmes enceintes.

L'INRSP supervise le laboratoire du PSDN et organise des contrôles de qualité.

### x. Les activités du centre de dépistage du VIH

Un centre de dépistage intégré propose aux usagers des formations sanitaires un dépistage volontaire et gratuit au public suivant :

- les femmes enceintes pour prévenir la transmission Mère/Enfant (PTME) ;
- les malades dont l'état de santé est évocateur du SIDA
- les malades souffrant d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)
- et à tout volontaire qui en fait la demande.

**Tableau IX : Activités du centre de dépistage du VIH**

<b>PTME</b>	<b>Positifs</b>	<b>Volontaires</b>	<b>Positifs</b>	<b>Tuberculeux</b>	<b>Positifs</b>	<b>Total</b>	<b>Positifs</b>
1783	4	56	3	14	0	1853	7
%	0,2%		5.36%		0,00%		0,38%

1853 tests ont été réalisés dont 7 positifs soit 0,38% de la population dépistée. Tous les malades non tuberculeux qui se soumettent au test de dépistage du VIH sont répertoriés comme des volontaires, c'est ce qui explique la fréquence élevée (5.36%) des tests positifs dans ce groupe.

Tous les séropositifs dépistés ont été accompagnés au CTA par un membre de l'équipe. La prise en charge prévoit systématiquement une reprise du test de dépistage par le laboratoire du CTA, une aide au transport, un suivi et un traitement gratuit. Les tests de contrôle réalisés par le CTA ont confirmé tous les résultats positifs obtenus par le laboratoire du PSDN. Cette disposition sert de contrôle qualité à notre laboratoire.

### **5.2.2 L'accessibilité des soins**

Pour renforcer l'accès financier aux soins un forfait accouchement, une mutuelle de santé et un fonds d'équité ont été mis en place.

#### **ii. Le forfait accouchement**

Il a été fixé à 3500 UM et existe depuis de nombreuses années. Il permet la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence dans les formations sanitaires du projet et dans les structures de santé de référence. Ainsi, l'APSDN garantit l'accès aux soins de santé y compris dans les structures de référence à toutes les femmes en travail admises dans ses formations sanitaires à un coût accessible au plus grand nombre. Pour ce faire, une collaboration a été signée avec le médecin chef du Centre mère et enfant de Sebkhia pour assurer les soins de référence des femmes en travail au second échelon. Ce centre de santé dispose d'un plateau technique permettant de prendre en charge les urgences obstétricales y compris les césariennes.

#### **iii. La mutuelle de santé**

La mutuelle est une association à but non lucratif basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Elle est une alternative pour favoriser l'accès financier aux soins en permettant l'organisation des usagers pour un partage des coûts des soins. La couverture des membres est fonction de leurs capacités contributives et du coût de l'offre de soins disponible.

L'adhésion à la mutuelle est familiale et les cotisations sont individuelles.

Au 31 décembre 2013, la mutuelle comptait 5622 bénéficiaires. Cette année on note l'adhésion de 741 nouveaux bénéficiaires ce qui ramène le nombre à 6876 personnes au 31 décembre 2014.

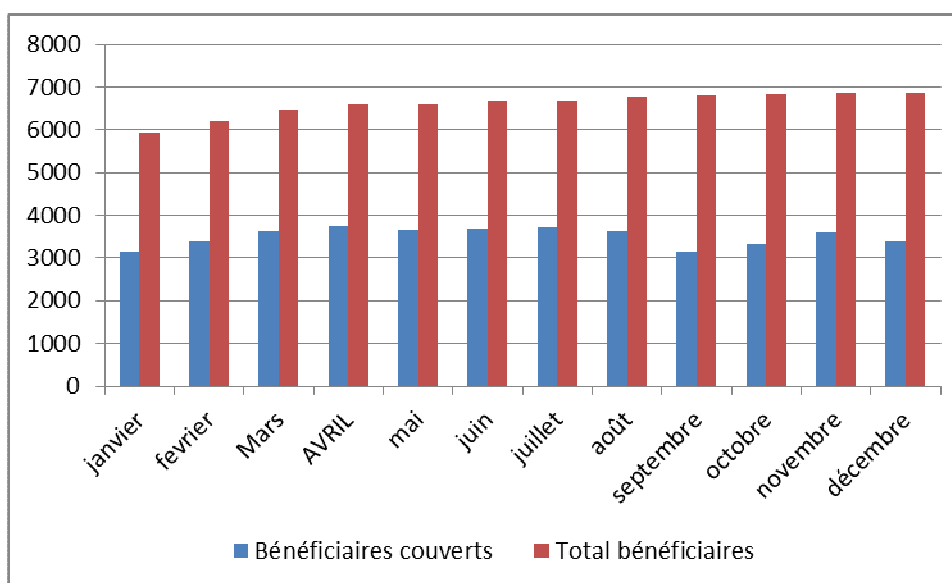
**Tableau IX : Situation des adhésions**

<b>Zones de la MCSDN</b>	<b>2014</b>	<b>Nvx adhérents en 2015</b>	<b>Total 2015</b>
Dar Barka	224	2	226
Dar Salam	808	111	919
Eolienne	256	80	336
Hay Saken	505	96	601
Maison des jeunes	1017	289	1306
Tab Salam Diam	1711	190	1901
Tensoueilem	220	382	602
Zaatar	881	104	985
<b>Total</b>	<b>5622</b>	<b>1254</b>	<b>6876</b>

En 2013 la mutuelle a enregistré 2 687 720 UM de cotisations pour 4 722 480 UM projetés soit un recouvrement de 57%. En 2014, un recouvrement de 2 485 860 UM a été réalisé sur des cotisations attendues

estimées à 5 775 840 UM (43%). On observe un taux de recouvrement des cotisations qui est en chute libre depuis trois ans. En 2012 ce taux était de 66% en 2013 57% et cette année 43%.

**Graphique V : Bénéficiaires en ordre de paiement / Total Bénéficiaires**



**Tableau XI : Calcul coûts moyens**

<b>Récapitulatif des coûts moyens 2014</b>			
<b>Prestations</b>	<b>Total</b>	<b>coût moyen</b>	<b>fréquent.</b>
Consultations + médicaments	1 201 235	302	3 977
Accouchement normal	274 625	2 615	105
Analyses de laboratoire dans les CS	210 060	1 400	150
Soins ambulatoire à l'hôpital	138 570	2 615	53
Accouchements référés à l'hôpital	11 000	5 500	2
Soins dentaires	66 040	1 887	35
Pharmacie Privée	101 455	825	123
Césarienne	240 000	34 286	7
Hospitalisation	600 000	30 000	20
<b>Total</b>	<b>2 842 985</b>	<b>636</b>	<b>4 472</b>

4472 actes de soins ont été offerts aux mutualistes en 2014 contre 3130 en 2013 soit 1342 actes en plus donc une progression de 43%. Sachant que la mutuelle compte 6876 bénéficiaires pour la même période on pourrait estimer le taux de recours aux soins à 0,65.

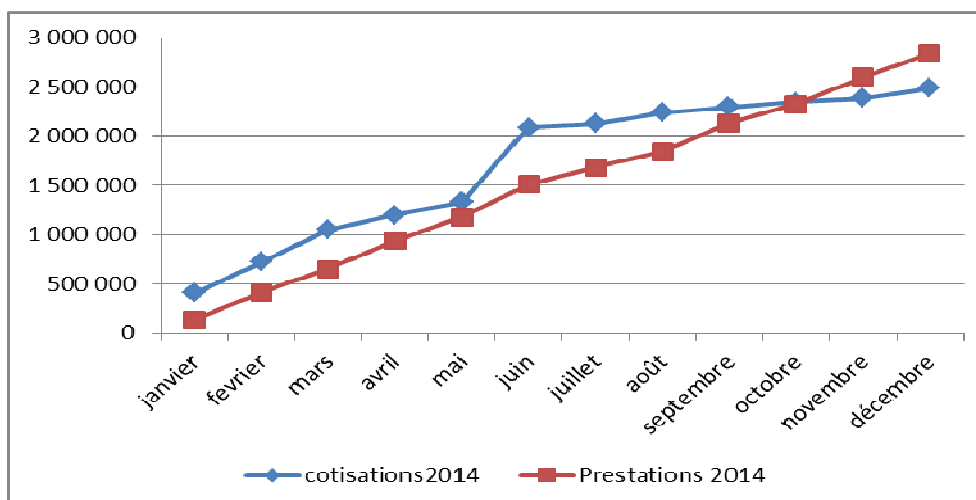
Cependant, si l'on considère que les 4472 actes ont été offerts à 3397 bénéficiaires à jour de leurs cotisations<sup>3</sup>, ce taux est de 1,32.

Le coût global des soins est de 2 842 985 UM et les recettes des cotisations s'élèvent à 2 485 860 UM donnant un taux de couverture des soins de 87%. La mutuelle connaît un déficit budgétaire sur l'exercice 2014 de 357 125 UM. Sachant que le coût moyen est de 636 UM pour un taux de recours aux soins de 1,32, la cotisation annuelle pour couvrir les dépenses de soins devait être 840 UM. Dans la réalité, elle est à 840 UM.

L'équilibre est précaire et pour éviter de creuser le gap un programme d'action sur 08 mois a obtenu l'agrément du PESCC afin de soutenir la promotion des mutuelles de Dar Naïm et de Bababé. Il vise l'autofinancement des soins par la population grâce et le renforcement des capacités des 02 mutuelles

<sup>3</sup> Condition indispensable pour être couvert par la mutuelle

## Graphique VI : Comparaison entre cotisations et dépenses de soins



Une étude réalisée en décembre 2014 pour redéfinir le pack de prestations et les cotisations a permis de lever un coin du voile sur ce phénomène. En réponse à la question « Pouvez-vous présenter brièvement les raisons de l'arrêt de vos cotisations ? » posées aux 200 chefs de ménage « anciens mutualistes » pour cerner les causes de leurs radiations de la mutuelle.

Les réponses formulées ont permis de classer les répondants en 03 sous-groupes :

- ceux qui se disent responsables de leur radiation 52%
- ceux qui accusent la mutuelle 35%
- ceux qui pointent le doigt vers les services de santé 13%.

Le 1<sup>er</sup> sous-groupe évoque à 54.5% les voyages et l'oubli qui ont pour conséquence l'accumulation des arriérés de paiement de cotisation, 27.2% disent que l'insuffisance de leurs revenus ne les permettent plus de cotiser et 8.3% donnent diverses raisons comme entre autres : « nous sommes couvert par la CNAM ».

Le second sous-groupe se plaint à 47.6% du paquet de prestations jugé insignifiant, 28.6% se disent insatisfaits de l'organisation de la mutuelle (erreurs sur les listes des adhérents en ordre de paiement et absences récurrentes des gestionnaires au siège de la mutuelle) et enfin, pour 23.8% c'est le délégué qui ne vient plus récupérer les cotisations.

Le dernier sous-groupe se plaint à 75% de manque de médicaments et 25 % de mauvais accueil dans les formations sanitaires.

L'étude a permis de calculer les coûts moyens des soins et proposer à l'AG un pack de prestations plus attrayant.

### Les coûts moyens des prestations de soins

**Tableau XII : Récapitulatif des coûts moyens et des taux d'utilisation des services de l'étude de faisabilité<sup>4</sup>**

Prestations	Taux de fréquentation	Coût moyens
Médicaments Pcie FOSA	96,00%	264
Médicaments Pcie privée	41,00%	1 414
Accouchement normal	3,09%	3 490
Analyses de laboratoire	4,42%	1 400
Soins dentaires	1,03%	3 000
Hospitalisation	0,79%	30 000

<sup>4</sup> Rapport étude de faisabilité MCSDN Novembre - février 2015



Soins ambulatoires hôpital	1,62%	5 000
----------------------------	-------	-------

### **La formule mutualiste basée sur le binôme cotisations /prestations**

Il reste à initier un système de recouvrement des cotisations plus performant et d'étudier avec les formations sanitaires les moyens à mettre en œuvre pour réduire les ruptures de stock en médicaments et améliorer la qualité de l'accueil.

En vue de l'organisation de l'assemblée générale pour adopter le couple cotisations /prestations, 03 scénarii ont été préparés pour animer les débats. La cotisation sera calculée sur la base du coût des prestations à couvrir selon la formule proposée par STEP/BIT :

Prime de risque = Coûts moyens x Taux de fréquentation x Taux d'utilisation x Taux de prise en charge.

A la prime de risque on ajoute un pourcentage pour la charge de sécurité (5 à 10%), le fonctionnement (5 à 10%) et enfin il est recommandé de prévoir un excédent (environ 5%).

#### **iv. Le fonds d'équité**

L'accès aux soins de santé des plus pauvres a toujours été au centre des préoccupations de l'APSDN et de ses partenaires. Mais malgré des tarifs extrêmement bas, certains malades sont incapables de faire face à leurs dépenses de santé. Les difficultés de certains ménages sont temporaires suite à une adversité soudaine, pour d'autres, l'exclusion est beaucoup plus longue.

Pour favoriser l'accès aux soins, le projet a soutenu l'émergence d'une mutuelle de santé. Le droit d'adhésion à la mutuelle est fixé à 300 UM par ménage et les cotisations mensuelles à 130 UM par personne.

Malheureusement, la mutuelle ne s'adresse en pratique qu'aux ménages ayant la capacité de payer leurs cotisations.

L'impossibilité pour les ménages les plus pauvres de payer la cotisation à la mutuelle a amené le projet à créer un fonds de solidarité pour prendre en charge les soins des malades indigents.

Le principe repose sur un fonds externe qui paie les soins de santé des personnes identifiées comme trop pauvres pour subvenir à leurs besoins de santé.

Le fonds d'équité vient en complément, en finançant la prime d'assurance des patients les plus démunis. Cela permet d'offrir aux populations ciblées un service également proposé à l'ensemble de la population, ce qui réduit les risques de fragmentation du système local de santé, de stigmatisation des bénéficiaires du fonds et encourage l'insertion sociale.

Depuis leur création, la mutuelle de santé et le fonds de solidarité ont bénéficié de l'appui technique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Ce qui a permis la production de deux ouvrages en 2007 et 2009 et l'organisation en 2013 d'une étude dont l'objectif principal était de « comprendre les raisons de la sous-utilisation des soins par les indigents affiliés à la mutuelle de Dar Naïm, et d'identifier les implications programmatiques de cette analyse pour la prise en charge des problèmes de santé des indigents ».

La gestion du fonds est confiée à une inspectrice de l'enseignement qui a développé de fortes compétences en assistance sociale. Elle agit souvent sur base de suggestions de la population, procède à des visites aux domiciles des ménages et évalue leur degré de vulnérabilité et d'exclusion sociale. Elle fait valider ses décisions par un comité formé par du personnel du Projet, d'un conseiller municipal, du service social de l'hôpital de référence et de la mutuelle de santé.

Ainsi, le fonds qui comptait 777 indigents au 31 décembre 2013 a recruté 09 nouvelles familles (47 personnes) en 2014. Pendant la même période, les visites de suivi ont permis de constater que 31 bénéficiaires ont connu une nette amélioration de leurs conditions de vie provoquant leur radiation. Ainsi, la liste des bénéficiaires passent à 793 personnes en fin d'année 2014.

Le fonds d'équité couvre tous les soins (y compris le transport) des ménages qui ne peuvent payer ni les soins de santé ni la cotisation à la mutuelle. Selon cette logique, la prise en charge médicale offerte par le fonds d'indigence est plus étendue que le paquet proposé aux mutualistes.

Le fonds d'équité a dépensé 2 308 040 UM pour la prise en charge des indigents. Le volet soins a couverts les dépenses de santé de 751 malades pour un coût total de 2 027 790 UM. Ces dépenses regroupent le coût des prestations non prises en charge par la mutuelle, les frais liés à l'affiliation des indigents à la mutuelle de santé et l'accompagnement (transport). Le principal poste de dépenses des soins est l'achat d'ordonnances dans les

officines privées.

Avec l'aide d'un réseau de partenaires, le programme tente progressivement de couvrir d'autres services sociaux pour répondre effectivement aux besoins des ménages indigents. Ceci inclut des activités d'accompagnement des malades et des actions de réinsertion sociale (visites de suivi à domicile, soutien à la scolarisation et à la régularisation de l'état civil, appui au développement de l'activité économique des ménages, et diverses formes d'aides à la subsistance du ménage et à l'amélioration des conditions de vie).

Ainsi, 6 familles indigentes (56 personnes) ont bénéficié d'un financement de 133 750 UM pour initier des activités génératrices de revenus, 08 familles (62 personnes) ont bénéficié de dons en nourriture d'une valeur de 122500 UM, et 24 000 UM pour les fournitures scolaires de 4 enfants inscrits à l'école primaire et de nombreuses visites à domicile pour enrôler 47 nouveaux bénéficiaires.

### 5.2.3 Les activités soutenues dans la Moughataa de Bababé

#### v. Le suivi des femmes enceintes

1349 femmes enceintes suivies pour 1676 grossesses attendues<sup>5</sup> ce qui donne un taux de couverture de 80,5 % (cible 85%).

3711 consultations prénatales ont été faites au profit de ces 1349 femmes soit 2.8 consultations par femme. L'objectif fixé par la politique nationale de santé étant de 4 consultations par femme.

La promotion du forfait obstétrical a été renforcée et son extension à 03 nouvelles structures réalisée.

#### f. Accouchements assistés

1243 accouchements ont été pris en charge dans les formations sanitaires de la CSM de Bababé sur 1564 accouchements attendus soit 79.48 % (cible de 82%). Différentes actions ont été initiées pour renforcer la couverture des accouchements assistés d'une part la promotion et extension du forfait obstétrical qui est appliqué dans 7 formations sanitaires sur 12 et d'autre part la mutuelle de santé couvre à 100% tous les coûts des soins offerts dans les formations sanitaires de base et de référence y compris le forfait obstétrical et les urgences.

Cependant, malgré les efforts consentis pour assurer une bonne couverture des accouchements l'éloignement et l'éparpillement des populations en milieu rural ne favorisent l'atteinte de la cible.

#### g. Planification familiale (PF)

Tableau XIII : Planification familiale dans la CSS de Bababé

PF Nles	1 047
Anciennes	1 108
Total PF	2 155

2155 prestations de planification familiale ont été offertes à 1047 femmes. Elles représentent 10.50% du groupe cible. L'objectif de couvrir 12% des bénéficiaires ciblées n'est pas atteint. La gratuité des produits contraceptifs favorise l'accès financier à la contraception mais le système d'approvisionnement connaît des dysfonctionnements.

#### h. Le suivi nutritionnel des enfants de 0 – 5 ans

Tableau XIV : Suivi nutritionnels des enfants de la Moughataa de Bababé

Vert	6 446	76%
Jaunes	1 787	21%
Rouges	249	3%
Total	8 482	100%

8482 enfants de 0-5 ans pesées dont 76% ont un bon état nutritionnel, 21% souffrent de malnutrition modérée et 3% de malnutrition grave.

<sup>5</sup> Estimation faite sur la base d'un recensement par aire de santé de la population réalisée en 2013 par l'ONS

Ce résultat est le fruit de la collaboration de différents acteurs la circonscription sanitaire, l'UNICEF, Médecus Mundi, World Vision et APSDN.

### i. La vaccination

La circonscription sanitaire de la Moughataa Bababé organise des séances de vaccination de routine dans les formations sanitaires et des activités avancées de vaccination pour toucher les populations des zones rurales vivant loin des structures de santé. Les enfants de 0 à 11 mois en sont la population cible, ils sont estimés 1863. 92% des enfants sont vaccinés contre la tuberculose, 92% ont reçu la 3<sup>ème</sup> dose contre la poliomyélite, 92% celle de Penta 3, 70 % sont protégés contre la rougeole et 33% contre l'hépatite. Selon la politique nationale la vaccination est gratuite. L'APSDN et World Vision ont contribué à l'atteinte de ce résultat.

**Tableau XV : Résultats de la vaccination de routine**

BCG	1 721	92%
Polio 3	1 711	92%
Penta3	1 716	92%
Rouvax	1 305	70%
Hépatite	621	33%
Cible	1 863	

BCG : Vaccin contre la tuberculose

Polio (P0, P1, P2, P3) : Vaccin contre la poliomyélite (administré en 4 doses)

Penta : Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, l'hépatite B et la coqueluche (administré en 3 doses)

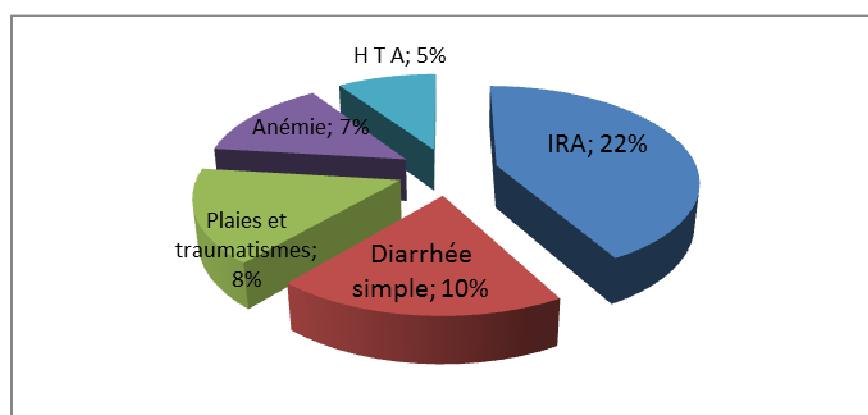
RVX : Rouvax (vaccin contre la rougeole).

Hep : Hépatite.

### j. Les activités de consultations générales

16422 consultations enregistrées dans une aire de santé qui couvre une population de 37 251 habitants soit un recours à la consultation curative de 0,44/an /personne.

Graphique VII : Répartition des cinq premiers motifs de consultations à la CSS de Bababé



Les cinq principaux motifs de consultation sont les infections respiratoires aiguës (IRA) 22%, les diarrhées 10%, les affections pelviennes plaies et traumatismes 8%, les anémies 7% et les hypertensions artérielles 5%

### k. L'accessibilité des soins à travers la Mutuelle Communautaire de Santé de Bababé

Au 31 décembre 2013, la mutuelle comptait 2737 bénéficiaires. Cette année on note l'adhésion de 930 nouveaux bénéficiaires ce qui porte le nombre à 3667 personnes au 31 décembre 2014.

**Tableau XVI : Situation des adhésions à la Mutuelle de santé de Bababé**

Villages	déc-13	Nvx bénéficiaires en 2014	Total 2014
Abdallah Diéry	39	20	59
Aéré Goléré	64	10	74
Aéré Mbar	260	17	277
Bababé	1561	458	2019
Balawa 1	1	1	2
Balawa 2	0	54	54
Belel Gawdé	0	17	17
Belel Ournguel	26	0	26
Fondé	15	0	15
Djoudé	180	63	243
Djoudé Diéri	46	67	113
HEL BIR	0	82	82
Kraa Laknam	33	0	33
Matgoum	28	0	28
Dar el Beidha	12	0	12
Netgué	47	0	47
Tenzah	77	5	82
Winndé niaworé 1	23	6	29
Winndé niaworé 2	47	19	66
Wendou Edy	7	0	7
Séno Boussobé	84	26	110
Séno Kuna	6	0	6
Wane wane	36	21	57
Wouro Dialaw	0	27	27
Hocceré Thoubalel	15	1	16
Wothié	130	0	130
<b>TOTAL</b>	<b>2737</b>	<b>930</b>	<b>3667</b>

**Tableau XVII : Suivi du recouvrement des cotisations à la MCSB**

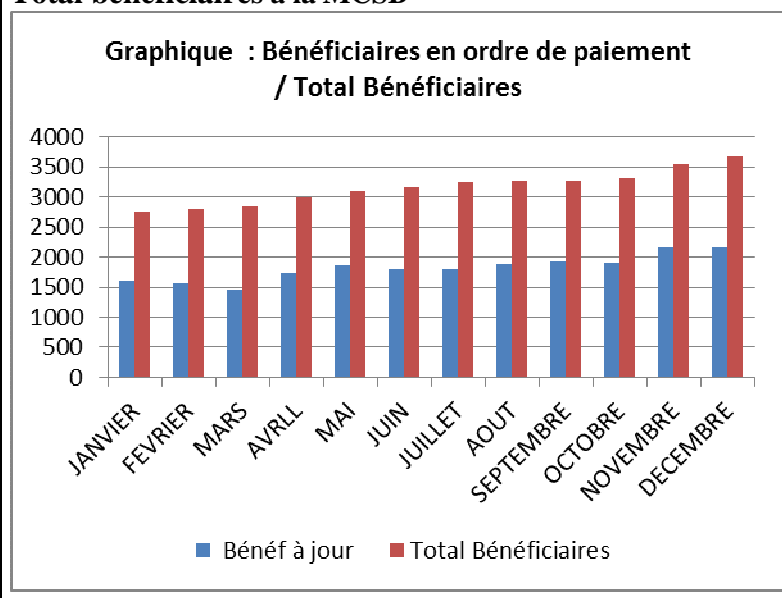
Jan	Fév	Mars	Avril	mai	juin	Juillet	Août	Sept	octobre	Nov	Déc.	Total
222 710	219 700	291 420	322 580	364 200	186 100	223 600	152 820	22 550	157 140	370 300	266 520	<b>2 999 640</b>

La mutuelle a enregistré 2 999 640 UM de cotisations pour un montant attendu estimé à 4 767 100 UM soit un taux de recouvrement de 63%.

**Tableau XVIII : Bénéficiaires en ordre de paiement / Total bénéficiaires à la MCSB**

	Bénéf à jour	Total Bénéf
JANVIER	1608	2 759
FEVRIER	1564	2 792
MARS	1468	2853
AVRIL	1733	2987
MAI	1860	3104
JUIN	1806	3162
JUILLET	1797	3244
AOUT	1895	3263
SEPTEMBRE	1937	3277
OCTOBRE	1898	3318
NOVEMBRE	2158	3552
DECEMBRE	2163	3667

**Graphique VIII : Bénéficiaires en ordre de paiement / Total bénéficiaires à la MCSB**



**Tableau XIX : Calcul coût moyen des prestations de soins à la MCSB**

Prestations	Total	Coûts moyens	Fréquence
Consultations + médicaments	1 992 844	613	3 252
Accouchement	3 500	3 500	1
Laboratoire	-	-!	-
Echographies	20 000	2 000	10
Soins dentaires	44 820	1 868	24
Pharmacie Privée	859 910	1 201	716
Forfait Obstétrical	545 000	5 619	97
Hospitalisation	71 780	2 871	25
Accouchement référé	-	-	-
Césarienne	-	-	-
Hôpital d'Aleg	-	-	-
<b>Total</b>	<b>3 537 854</b>	<b>858</b>	<b>4 125</b>

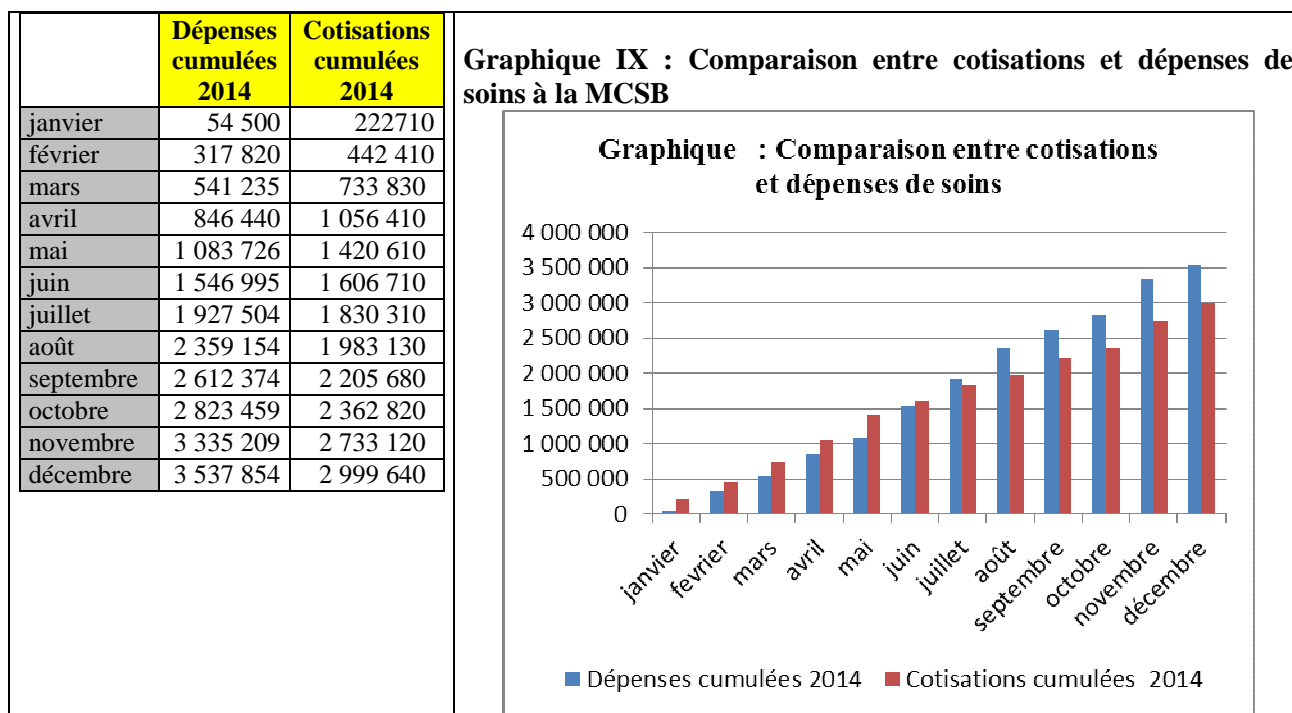
4125 actes de soins ont été offerts aux mutualistes en 2014. Sachant que la mutuelle compte 3667 bénéficiaires pour la même période on pourrait estimer le taux de recours aux soins à 1,12.

Cependant, si l'on considère que les 4125 actes ont été offerts à 1823 bénéficiaires à jour de leurs cotisations<sup>6</sup>, ce taux est de 2,26.

Ce taux paraît excessif et pourrait être lié à une sélection adverse (recrutement d'un nombre élevé de malades chroniques) ou à des fraudes massives. Il y a fraude si la mutuelle couvre les soins d'un malade non affilié ou d'un bénéficiaire qui n'a pas payé ses cotisations.

<sup>6</sup> Condition indispensable pour être couvert par la mutuelle

**Tableau XIX : Comparaison Cotisations – Dépenses de soins à la MCSB**



Les recettes des cotisations s’élèvent à 2 999 640 UM et le coût global des soins est de 3 537 854 UM. Le taux de couverture des soins par les cotisations est de 85%. La mutuelle connaît un déficit budgétaire sur l’exercice 2014 de 538 214 UM. Sachant que le coût moyen est de 858 UM pour un taux de recours aux soins de 2,26, la cotisation annuelle pour couvrir les dépenses de soins devait être 1939 UM. Dans la réalité, elle est à 1300 UM, ce qui est en faveur des hypothèses formulées ci-dessus.

**5.3 Résultats 3 : La capitalisation des expériences permet le partage et la réplique des enseignements tirés du programme**

Champ d’action : La vulgarisation des expériences et des enseignements tirés du programme

**5.3.1 Echanges d’expériences avec les différents acteurs de la wilaya**

Le nouveau découpage administratif de Nouakchott qui en fait trois wilayas renforce la proximité avec la DRAS. La collaboration avec le médecin chef de la Moughataa touche d’avantage l’organisation des services, la gestion du système local de santé et le suivi des malades chroniques.

Dans le cadre des programmes prioritaires, il coordonne l’exécution des activités du Programme Elargi de Vaccination, de l’allaitement maternel et de la lutte contre la malnutrition. De même, il a favorisé la participation de plusieurs agents à différents ateliers de formation ou à des forums d’échange.

Les statistiques de toutes les formations sanitaires de base transitent par le médecin chef qui les centralise et les transmet à la DRAS.

Le projet entretient d’excellentes relations avec le Hakèm (préfet), la commune et l’Hôpital Cheikh Zayed.

La commune et l’hôpital Cheikh Zayed participent au processus d’identification des indigents pris en charge au PSDN par l’entremise de leurs services sociaux respectifs.

**5.3.2 Documentation des expériences du programme**

La collecte et l’analyse des statistiques sanitaires, des fiches de visites à domicile, fiches de suivi des malades chroniques, d’identification des indigents permet de créer des bases de données pour documenter les expériences du programme. Cette documentation est la base de la formulation d’un sujet de recherche « la réinsertion sociale des indigents » qui sera réalisé en partenariat avec l’Institut de Médecine Tropicale (IMT) d’Anvers. 02 chercheurs de l’IMT sont attendus à Nouakchott en 2015.

L’étude vise à appréhender les problèmes sociaux et sanitaires des indigents. Il s’agira d’analyser les

déterminants socio-économiques pouvant favoriser la réinsertion sociale des indigents. Des études de cas sont documentées pour servir de base à l'élaboration du protocole de l'étude. Elles serviront à améliorer la qualité de la prise en charge des bénéficiaires.

### 5.3.3 Formation continue du personnel de santé

La formation permanente du personnel soignant organisée à raison d'une séance/semaine et d'une supervision par mois permet de standardiser les soins et les traitements.

En plus 13 infirmières/ sagefemmes ont participé à 24 sessions de formation organisées par le Ministère de la santé et des ONG intervenant dans le secteur de la santé. Ces formations ont touché différents domaines :

# Perspectives

L'APSDN inscrira son action au profit des populations de Dar naïm dans la lignée de l'orientation promue par Caritas depuis le démarrage des structures de santé. Elle garantira pour les familles les plus démunies l'accès à des soins de qualité (unités intégrées, collaboration avec la mutuelle, fonds d'équité). Elle a cosigné une convention de collaboration pour la période 2014 – 2016 associant Caritas Mauritanie, Caritas France, la DGD (Coopération belge) et Memisa Belgique. Pour les années 2015 et 2016 l'APSDN à poursuivre la réalisation du programme ci-dessous dont l'objectif est de :

« Contribuer à l'amélioration de la santé de la population des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé par le renforcement du système local de santé intégré avec trois composantes (structures de soins, mutuelle et fonds d'équité).»

**Résultat 1** L'autonomie de la Coopérative de santé est renforcée par le développement de partenariats fonctionnels avec les autorités politico-sanitaires, les institutions académiques et les partenaires de la société civile.

**Champ d'action :** la mobilisation des acteurs locaux tels que les autorités politico-sanitaires, les OBC, la population et les autres acteurs de développement en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

## **Activités :**

### **1.1 Elaborer et exécuter un plan de développement de la coopérative :**

- Des missions d'appui conseil seront planifiées sur la base de TDR précis et d'une convention entre Caritas et la Coopérative pour:
  - o Appui à la mobilisation de ressources grâce aux relations publiques et à la communication
  - o Élaboration de manuel de gestion
  - o Audit financier et des procédures de gestion
  - o Supervision régulière par un membre de l'équipe de direction de Caritas et/ou le Directeur de Caritas
  - o Gestion du personnel et obligations légales
  - o Mise en œuvre d'une convention cadre fixant les engagements de chacun (Ministère d'une part, Caritas d'autre part) quant à l'appui de la coopérative
  - o Animation du Conseil d'établissement

### **1.2 Organiser des réunions de concertation et d'échange intra-sectorielles**

Le système de santé dans ses rapports avec le niveau de la mougathaa et le niveau intermédiaire favorise une gestion participative :

- Répartition de la population par aires de santé impliquant tous les acteurs.
- Recherche de cohérence et de synergie entre les prestations offertes par les différents intervenants
- Organisation de campagnes de vaccination de rattrapage concertées sur les zones à faible couverture
- Actions conjointes de sensibilisation réalisées lors des journées nationales sur le thème du SIDA, de la TBC, des MGF, du diabète, de l'allaitement maternel et de la santé de la reproduction.
- Mobilisation des acteurs de la société civile
- Supervisions conjointes à Bababé
- Définition et mise en œuvre de projet(s) pour accompagner la croissance de la population à Dar Naïm ;
- Appui à l'émergence de structures autonomes ayant un label « Caritas » ou APSDN.

### **1.3 Animer des campagnes d'éducation sur les méfaits des MGF:**

- Mobilisation de la société civile autour de ce thème



- Sensibilisation de la population sur les méfaits des MGF.

#### 1.4 Assurer le suivi de la croissance et du développement de la petite enfance :

Dépistage systématique de la malnutrition par le Z score chez les enfants 0-5ans

Prise en charge en ambulatoire au 1er échelon de la malnutrition modérée et malnutrition grave référée au second échelon

Introduction de la consultation de nourrissons sains associée à la vaccination de routine.

Participation aux campagnes nationales de vaccination de rattrapage organisées le Ministère de la santé

Rappel des enfants irréguliers au cours des visites à domicile

#### 1.5 Elaborer et exécuter un plan de développement des mutuelles de Dar Naïm et de Bababé :

Mobilisation sociale autour de la mutuelle ; élargissement aux classes moyennes

Redéfinition du rôle des délégués et des critères de choix des membres du CA

Renouvellement des organes

Formation continue des responsables

Supervision régulière par un membre de l'équipe de direction de la coopérative

**Résultats 2 :** L'accès aux soins de santé primaires des populations cibles du programme est amélioré

**Champ d'action :** l'offre de soins communautaires de qualité, durable et accessible à tous.

#### **Activités :**

##### 1.6 Organiser la prise en charge des malades chroniques:

Suivi médical au 1<sup>er</sup> échelon

Gestion des RDV et formalisation de la prise en charge dans les FOSA de référence

Mesures de récupération pour les irréguliers (GSM, Rappels pendant les visites à domicile...)

Décentraliser le suivi y compris les examens de laboratoire

##### 1.7 Renforcer les activités de dépistage du VIH/SIDA :

Dépistage anonyme et gratuit proposé activement aux femmes enceintes, aux cas d'IST, de tuberculose...

Séropositifs mis en relation avec le CTA ;

Accès gratuit au traitement et au suivi

Appui conseil des associations de PVVIH

##### 1.8 Renforcer la santé de la reproduction

Disponibilité des services 24h/24, 7j/7

Amélioration du cadre de l'accueil (réfection des locaux, climatisation des salles d'accouchement etc.)

Amélioration de la prise en charge des femmes enceintes par l'introduction de la CPN recentrée (plus grande implication des familles dans la prise en charge des femmes enceintes et des accouchements, échographie, bilan de grossesse etc.)

Amélioration de la qualité de prise en charge des femmes référées au CS de Sebkhah

Offres techniques de P.F. diversifiées par l'introduction du Norplant.

Sensibilisation renforcée et associée à la CPN.

Mesures de récupération pour les irrégulières.

##### 1.9 Réorganiser le système de recours pour les indigents référés :

- Convention signée avec l'hôpital Cheikh Zayed pour la prise en charge des malades indigents

- Convention avec une pharmacie privée pour les molécules ne figurant sur la liste des médicaments essentiels

##### 1.10 Impliquer d'autres acteurs dans l'identification des indigents :

La Commune de Dar Naïm et l'hôpital Cheikh Zayed participent au processus d'identification des

indigents.

1.11 Initier des actions de réinsertion sociale en faveur des indigents :

Formation professionnelle des jeunes indigents en lien avec les structures existantes(CFIP notamment...)

Création d'AGR

Accès aux documents d'état civil

Scolarisation des enfants

**Résultats 3 :** La capitalisation des expériences permet le partage et la réplique des enseignements tirés du programme

Champ d'action : La vulgarisation des expériences et des enseignements tirés du programme

**Activités :**

1.12 Créer des bases de données pour documenter les expériences du programme

Analyse des statistiques sanitaires, des fiches de visites à domicile, fiches de suivi des malades chroniques, d'identification des indigents et...

1.13 Organiser des études pour mieux appréhender des problèmes sociaux et sanitaires

Collaboration avec les instituts de formation (IMTA, FMN)

Publication des résultats

Organisation de journées portes ouvertes

Production de supports de communication (prospectus, flip chart etc.)

3.23 Organiser la formation continue du personnel de santé :

- 1 séance/semaine de formation permanente du personnel.
- Recyclage des membres de l'équipe soignante
- Utilisation de la stratégie « Plaintes – Traitement » (SPT) et des instructions opérationnelles
- Supervision régulière

1.15 Renforcer les équipes de Bababé par la formation de 4 infirmiers à l'ENSP

Appui à l'installation des équipes mobiles

Encadrement et formation continue