



Documentation de la Rencontre du Réseau Santé Afrique Francophone

Nouakchott, 2 au 7 mars 2003

Editeurs: Katja Franke
Dr. Wolfhard Hammer

Index

Code de champ modifié

0. Abréviations	5
Remerciements	6
1 Introduction	6
1.1 Contexte et Objectifs de la Rencontre	6
1.2 Discours du Ministre du MSAS Mauritanie	7
2. Santé et Pauvreté	8
2.1 Santé et Pauvreté: Quelles mesures?	8
2.2 Comment faire profiter les pauvres des interventions santé ? Comment contribuer à une plus grande justice sociale?	9
2.3 <i>Présentations des projets autour du sujet</i>	11
3. Islam et Santé	18
4. Prestations de services GTZ	19

0. Abréviations

ASBC	Agents de Santé de Base Communautaire
CTP	Conseiller Technique Principal
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (angl.: PRSP)
FES	Fonds d'équité pour la Santé
IST	Infections Sexuelles Transmissibles
MSAS	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (Mauritanie)
MSF	Médecins sans Frontières
ODM	Objectifs de Développement du Millénaire (angl.: MDG)
PV VIH	Personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

Supprimé : e

Supprimé : de

Documentation de la Rencontre du Réseau Santé Afrique **Francophone;** Nouakchott, 2 - 7 mars 2003

Supprimé : ¶

Supprimé : Francophone¶

Supprimé : ¶

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier nos hôtes, le chef de bureau GTZ, Dr. Vereno, et le Conseiller Technique Principal du projet Santé de Base dans les régions de Hodh el Gharbi und Hodh es Chargui, Dr. Eric Verschueren, ensemble avec toute l'équipe ainsi que le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, pour cet accueil très chaleureux et une organisation et accompagnement très compétents. C'était un grand honneur pour tous les participants et participantes du réseau santé d'avoir été invités en Mauritanie.

Supprimé : (Titel genau ?), Dr. Eric Verschueren

شكرا !

Supprimé : ¶

1 Introduction

1.1 Contexte et Objectifs de la Rencontre

La rencontre du réseau santé Afrique francophone de la GTZ a eu lieu du 2 au 7 mars 2003. Elle a réuni 34 collègues venant de 13 pays africains et du siège de la GTZ ainsi que du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) de la Mauritanie. Parmi les participants il y avait également des invités des Universités de Montréal, d'Anvers et de Bâle¹.

Le sujet central de la rencontre était la contribution du secteur santé à la lutte contre la pauvreté. En relation avec ce sujet, le groupe a discuté intensément de nos prestations de services, ce que nous appelons nos 'produits': Le développement de produits a pour objectif d'offrir de façon professionnelle et transparente les 'atouts' de nos services, afin de mieux nous positionner sur le marché. En relation avec le sujet central de la rencontre, la contribution du secteur santé à la lutte contre la pauvreté, le groupe a discuté intensément les produits existants et futurs. Il a été convenu de (1) documenter nos approches existantes et prometteuses dans ce domaine et de (2) contribuer à formuler une position GTZ santé sur les effets positifs du secteur sur la réduction de la pauvreté.

Supprimé : Cette année, la rencontre s'est orientée explicitement sur le développement

Supprimé : (encore) plus

Supprimé : rencontre:

Le débat autour de ce sujet continuera en groupe de travail par voie électronique et se poursuivra dans la prochaine rencontre des collègues de tous les projets santé et du siège, qui aura lieu début Septembre².

Le deuxième thème principal de la rencontre à Nouakchott traitait le sujet "Islam et Santé": Dans plusieurs des pays d'Afrique francophone, l'Islam constitue une religion majoritaire. Les questions prédominantes pendant la rencontre étaient les suivantes: Quelles sont les réponses de l'Islam par rapport à la santé et la vie journalière des Croyants? Quelles approches le secteur santé de la GTZ pourrait-il envisager vis-à-vis des structures et systèmes établis par les traditions et les lois islamiques?

Supprimé : celles-ci:

Une troisième partie de la rencontre était réservée à la présentation de divers produits ainsi qu'à la visite de trois centres de santé dans la ville de Nouakchott.

Supprimé : ¶

¹ Slim Haddad, Université Montréal, Unité de Santé Internationale, Canada

Bart Criel, Institut de Médecine Tropicale (ITM), Département de Santé Publique, Anvers, Belgique

Manfred Zahorka, Institut Tropical de Bâle, Suisse

² le "Sommerseminar" - séminaire d'été, du 1 au 3 Septembre 2003

Supprimé : ¶
² le

1.2 Discours du Ministre du MSAS Mauritanie

Supprimé : (lieber Wolfhard, entscheide Du, ob Du es drin haben willst)

Monsieur l'Ambassadeur,
Messieurs les Ministres,
Monsieur le Wali,
Monsieur le Directeur Régional de la GTZ pour l'Afrique de l'Ouest, du Centre et du Madagascar,
Monsieur le Directeur de la GTZ,
Honorables Invités,
Mesdames, Messieurs,

Permettez-moi au nom du Gouvernement Mauritanien et en mon nom personnel de vous souhaiter la bienvenue dans le pays de l'hospitalité, la Mauritanie

C'est pour nous un grand honneur d'accueillir cette réunion sous-régionale du réseau santé Afrique francophone.

Ce réseau, dont l'objectif est d'échanger techniquement entre professionnels de santé de la GTZ et ses partenaires à travers la capitalisation de ses différentes expériences, devra permettre d'améliorer l'offre des services de santé dans nos pays respectifs.

Nul n'est sans ignorer l'intérêt que nous accordons au thème de cette réunion à savoir la lutte contre la pauvreté et l'islam et la santé qui constitue le cadre de la politique sanitaire du gouvernement de la République Islamique de la Mauritanie.

Supprimé : le

Nous espérons que nous pouvons profiter des différents produits de la GTZ qui seront exposés pour l'amélioration de la santé des populations mauritaniennes.

Déjà la GTZ consent un effort considérable dans ce sens à travers notamment l'accompagnement effectif du processus de décentralisation entamé par le secteur de santé, et à travers l'appui au développement d'approches innovatrices dans des thèmes aussi capitaux comme la lutte contre le paludisme, le système d'information sanitaire et la mobilisation sociale.

Cette coopération a toujours su trouver sa place dans les orientations et les politiques de santé du pays. En effet l'apport incontestable dans des domaines aussi importants et complexes comme l'indigence ou l'amélioration de la qualité des soins, la médecine traditionnelle ou la gestion du savoir nourrit le développement des visions stratégiques du Ministère. L'ancrage de ces stratégies nouvelles dans le patrimoine social et culturel du pays constitue un gage de réussite certaine. Nous réitérons notre engagement à continuer la collaboration fructueuse et appréciée par notre département avec le gouvernement allemand à travers son organe de coopération technique.

Je déclare ouvert les travaux de cette rencontre du Réseau Santé Afrique Francophone.

2. Santé et Pauvreté

2.1 Santé et Pauvreté: Quelles mesures?

La corrélation entre la santé et la pauvreté est évidente et reconnue par la communauté internationale: Trois des huit Objectifs de Développement du Millénaire concernent l'amélioration de la santé, notamment la réduction de la mortalité des enfants, la mortalité des mères et la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Le programme d'action 2015 du gouvernement fédéral allemand au dédoublement de la pauvreté extrême, poursuit des objectifs similaires et attribue également une grande importance à l'amélioration des dimensions sociales, notamment dans le contexte de la santé.

Supprimé : se concentrent sur

Supprimé :

Pauvreté et santé sont étroitement liées: La pauvreté peut avoir des répercussions graves sur la santé; une mauvaise santé peut générer la pauvreté. Les pauvres ne sont souvent pas capables d'utiliser les services de santé et ne peuvent même pas prendre les mesures nécessaires afin de prévenir des maladies, soit à cause des contraintes financières (règlement des coûts des services de santé et coûts liés à l'utilisation), soit à cause de leur ignorance des comportements favorables à la santé, soit par manque d'information sur leur droits.

Supprimé : parmi une société

Supprimé : d'une

Supprimé : un

Dans un système qui ne prévoit pas de protection en cas de maladie, les coûts d'un traitement, à payer individuellement, peuvent avoir des conséquences catastrophiques pour une famille pauvre et même appauvrir ceux qui jusque-là se trouvaient dans une situation financière relativement confortable. D'après une étude récente⁴, le pourcentage des dépenses annuelles non alimentaires, la santé incluse, pour le quintile le plus pauvre au Vietnam en 1998, a été de 45%, comparé au taux de 4% pour le quintile le plus riche. La situation dans la plupart des pays du réseau santé d'Afrique francophone est comparable.

Supprimé : un

Supprimé : stable.

Supprimé : étude³,

Supprimé : alimentaire, la santé incluse,

Supprimé : a celle-ci
Wolfhard, davon gehe mal aus.

Supprimé : aber ist das auch wirklich OK ?

Le taux de morbidité est en moyenne plus élevé chez les pauvres. Les femmes pauvres meurent plus fréquemment lors d'une grossesse ou pendant la naissance de leur enfant. Aussi, le niveau de mortalité parmi les nouveau-nés et des enfants moins de cinq ans est beaucoup plus élevé chez les pauvres que chez les nantis. Une santé insuffisante peut avoir des répercussions négatives sur le développement physique et intellectuel des enfants et augmenter l'absentéisme à l'école. S'y ajoutent les implications d'une éducation insuffisante pour l'avenir de l'enfant.

Supprimé : haut

Supprimé : nantis d'une société. ¶

Supprimé : de

Supprimé : à niveau socio-économique

Supprimé : peut d'une façon significative

Supprimé : une

Supprimé : en ce qui concerne les

Supprimé : bénéfiques pour les pauvres:

Supprimé : moindre,

Supprimé : intensivement

Vu les conséquences d'une situation de santé précaire, l'amélioration de l'état de la santé de la population peut, de façon significative, contribuer à la croissance économique. En contrepartie, la croissance économique simple, sans législation sociale, s'accompagne, en général, d'une inégalité croissante entre les différentes couches sociales. Puisque les pauvres utilisent les services de santé moins que les couches plus riches, ils n'en profitent pas autant que les plus nantis.

Le défi est donc de permettre aux plus pauvres d'utiliser les services et d'en tirer les mêmes bénéfices que les plus aisés et de contribuer ainsi à la justice sociale. Cet aspect a été intensément discuté pendant la rencontre.

⁴ Working Group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health (2002), Health, Economic Growth, and Poverty Reduction, World Health Organization, dans: Pauvreté et Santé: Anciennes Certitudes et nouveaux postulats, Danny Denolf, GTZ Congo

Finalement, il est aussi évident que le secteur santé ne peut pas résoudre le problème seul: Les facteurs en dehors du secteur de la santé, tels que l'éducation, l'environnement, la création d'emplois et une bonne gouvernance sont primordiaux pour l'amélioration de la santé.

Supprimé : génération d'emploi

Supprimé : primordiales

2.2 Comment faire profiter les pauvres des interventions santé ? Comment contribuer à une plus grande justice sociale?

Comment faut-il agir pour améliorer les indicateurs de santé dans des pays où le secteur santé manque de ressources financières et souvent humaines; comment atteindre ceux qui en ont le plus besoin tout en promouvant la justice sociale?

Supprimé : un environnement qui est caractérisé par une pénurie de moyens financiers;

D'après une évaluation des dépenses publiques, effectuée par la Banque Mondiale, dans le secteur de santé de sept pays africains, la part des dépenses de santé utilisée surtout par les plus pauvres est relativement moindre que celle accordée aux plus riches. Les raisons pour cela se trouvent dans le fait qu'une grande partie des dépenses pour le secteur santé est affectée aux établissements de soins curatifs comme les hôpitaux régionaux et nationaux, au détriment des services de santé primaires. Néanmoins, le bon fonctionnement de ces derniers est essentiel pour garantir le traitement de maladies prioritaires dans la population et ainsi pour réduire le danger d'appauvrissement en cas de maladie. Il paraît donc indispensable d'analyser quelles méthodes/approches sont nécessaires afin d'orienter les affectations financières de sorte que les pauvres en profitent de façon significative.

Supprimé : ⁵

Supprimé : contribuer à la diminution des conséquences qui pourraient mener à l'appauvrissement d'une personne.

Ceci soulève la question de la distribution et des effets distributifs dans le secteur santé. Les intervenants et donc aussi la coopération technique doivent prendre position par rapport aux effets qu'ils veulent atteindre: Faudrait-il obtenir des bénéfices concentrés sur les pauvres, visant également - de manière plus modérée - les autres couches (distribution progressive), ou faudrait-il se concentrer sur un gain absolu pour les pauvres? Voulons-nous que les pauvres profitent en termes relatifs ou absolus? Quelles sont donc les mesures à soutenir: les approches qui ciblent directement les pauvres, p.ex. en offrant des services gratuits à un groupe à déterminer auparavant? Ou des activités qui se concentrent plutôt sur la restructuration du système de santé en place, afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des pauvres d'une société?

Supprimé : par contre

Un ciblage peut être justifié afin de répondre de façon palliative et temporaire à des situations très graves (crises humanitaires, pauvreté extrême). Par contre, le ciblage des pauvres peut provoquer des réactions négatives de la part des moins pauvres et avoir ainsi des conséquences néfastes pour le système de santé. Il peut donc stigmatiser ceux qui sont 'classés' comme les plus pauvres. Le ciblage peut ainsi accélérer la création d'une 'médecine à deux vitesses' en ce qui concerne la qualité des services.

Supprimé : également

Supprimé : relation de

Un autre problème est le manque de méthodes fiables pour identifier ceux qui sont les plus démunis, puisque la pauvreté n'est pas un état bien défini et dans des pays pauvres la position sociale varie facilement.

Supprimé : discerner

D'autres formes de ciblage, p.ex. celui d'une région rurale⁶, peuvent être préférables au ciblage individuel. Egalement, une approche intégrée comprenant plusieurs mesures en faveur des pauvres, d'après la situation concrète, peut constituer une alternative. Des exemples sont donnés dans les présentations des projets.

Supprimé : préférables⁷. Egalement, des options qui considèrent

Supprimé : concrète peuvent constituer des alternatives.

⁶ surtout en intégrant d'autres secteurs (comme p.ex. développement rural).

⁸ Présentateurs: Dr Florette Ralaiavy, Dr Huguette Noromiadana, Dr Dieter Köcher

Pour conclure, il paraît donc primordial de développer un cadre de référence **pour** ce qu'on voudrait atteindre: Est-ce qu'il faut uniquement s'engager pour les pauvres? Comment s'y prendre dans des pays où la plupart de la population est pauvre? Comment faire face au fait que la pauvreté est relative et qu'il est facile de franchir les seuils 'très pauvres' (indigent) – 'pauvre' – 'moins pauvres'?

Supprimé : sur

Dans sa présentation, **Slim Haddad** constate le suivant: Si l'on veut contribuer à améliorer le sort des pauvres, on peut distinguer entre trois leviers pour des interventions publiques dans les secteurs de la santé:

- le financement de la santé sous forme d'allocation de fonds aux services de santé ou sous forme d'assurance,
- la régulation concernant la distribution, la qualité ou le prix des services, et
- l'action directe sur l'organisation et la prestation des services.

Comme moyens d'action on dispose de différentes formes de ciblage (géographique, maladies, groupes d'âge et autres) et de la possibilité d'agir sur l'offre (les services) ou la demande (la population).

En général, l'arsenal méthodologique est assez limité pour concevoir et pour évaluer les actions. Idéalement il faudrait d'abord définir une base normative, mesurer les bénéfices et les efforts, mesurer la distribution des bénéfices et des efforts sur les différentes couches socio-économiques de la population pour finalement décomposer les effets distributifs. D'habitude, on est d'accord de vouloir éviter des effets régressifs (effets plus favorables pour les nantis). Souvent on visera des effets progressifs (plus favorables aux démunis) mais dans certaines circonstances, des effets proportionnels (changements similaires dans chaque groupe) pourraient être regardés comme justifiés.

Si cette première approximation au problème semble être assez simple, elle devient plus compliquée quand on continue à poser des questions: Que faut-il mesurer, l'effort en terme de financement demandé aux différentes couches de la population ou les bénéfices qu'ils obtiennent? Si c'est l'effort, doit-il être indépendant des besoins en « fonction » de la capacité contributive? Quelle est la « juste » part du fardeau des coûts que chaque acteur devrait assumer? Si ce sont les bénéfices, lesquels? L'accès aux soins? La consommation de services ou le résultat - la santé?

Des exemples des pays d'Afrique montrent que **l'iniquité** existe pratiquement partout mais les dimensions sont très différentes. Les interventions en faveur d'une plus grande équité peuvent aboutir à améliorer certains indicateurs sans changer d'autres. La méthode « Benefit incidence analysis » utilisée actuellement par la Banque Mondiale pour évaluer les résultats des politiques de santé est d'une validité qui reste à être prouvée. L'approche de principe est la suivante: On mesure la valeur des contributions publiques par unité d'activité produite; on estime les « bénéfices » (utilisation) par groupe; pour finalement estimer la part de subventions dont a bénéficié chaque groupe social. Sans prendre en considération la qualité des données utilisées, l'équation dépenses publiques - utilisation - bénéfices apparaît problématique.

Supprimé : l'inéquité

Après la présentation, des groupes de travail ont ressorti plusieurs aspects à prendre en considération: Evidemment, un projet/programme GTZ ne doit pas cibler que les pauvres, mais envisager des effets en terme d'équité, ceci pour contribuer à la justice sociale et pour assurer la pérennité et une meilleure relation 'coût-efficacité' des mesures.

Les participants ont constaté que jusqu'aujourd'hui, l'impact des politiques de réforme du secteur santé en ce qui concerne leurs effets en terme d'équité n'est pas encore bien connu, dû au manque de techniques de mesure bien établies mais aussi dû à l'existence de la multitude des dimensions **d'** inégalités.

Supprimé : des

Pour les projets soutenus par la GTZ, les questions suivantes méritent d'être discutées:

- Est-ce que le suivi des impacts en terme d'équité devrait faire partie du monitoring régulier des projets?
- Serait-il souhaitable de développer une méthodologie commune aux projets GTZ pour l'évaluation des effets des projets en terme de contribution à la lutte contre la pauvreté?
- Si oui, comment chaque projet pourrait y contribuer? Comment pourrait on y parvenir?
- Quels devraient être les exigences communes (critères normatifs, indicateurs, méthodologies, processus)?

2.3 Présentations des projets autour du sujet

Les présentations des participants portaient sur la question suivante: *Quelles sont les méthodes et approches prouvées efficaces par lesquelles nos projets/programmes santé contribuent à la lutte contre la pauvreté?* Dans leur majorité, les contributions ont traité trois axes centrales d'intervention: l'amélioration de l'accès des pauvres aux services de santé (sur le plan financier et géographique), l'adaptation de la gamme des services offerts aux besoins des pauvres et l'encouragement des pauvres à se rendre capables d'agir en faveur de leur propre santé.

Supprimé : collègues

Projet "Santé de Base et Santé Reproductive", Mahajanga, Madagascar⁸

Supprimé : ¶

A Mahajanga, la pauvreté est un phénomène très répandu et accroissant. Les principaux indicateurs de santé restent à un niveau assez bas; le problème de la qualité faible des services est renforcé par un accès difficile en termes géographique et économique. Dans les années 90, la répartition des dépenses publiques favorisait clairement les riches. Le projet n'était pas non plus orienté explicitement vers les pauvres. Par contre, la crise politique, économique et sociale du début 2002 a amené le gouvernement malgache à suspendre temporairement la participation financière des usagers des formations sanitaires. Une forte affluence de malades, en grande partie des pauvres, s'en est suivi, ce qui a mené à une stabilisation de l'état de santé de la population malgré la situation générale aggravée. Par contre, cette stratégie a résulté dans une surcharge inattendue des services, l'épuisement des stocks de médicaments et la déception consécutive des malades. Partant de l'évaluation de ce cas, le projet a entamé les réflexions suivantes: Comment peut-on atteindre l'amélioration de la qualité des soins de santé en garantissant des tarifs que les pauvres sont en mesure de payer?

Supprimé : aux

Supprimé : de

Supprimé : s'est ensuit,

Supprimé : à

Supprimé : non-attendue

Pour résoudre ce problème, le projet part de trois hypothèses:

- Il est nécessaire d'obtenir des informations sur la perception des pauvres par rapport à leurs capacités financières et la qualité des services.
- Puisque dans une région rurale les frais de transport aux services de santé constituent un obstacle souvent plus important que les frais du traitement, il est nécessaire d'inclure le transport dans la prise en charge et de 'rapprocher' les services aux populations rurales.
- L'appui au développement institutionnel, englobant l'appui à la décentralisation, le renforcement des commissions sociales des communes et l'implication de la communauté reste une stratégie centrale aussi dans la lutte contre la pauvreté.

Le projet se propose d'intervenir sur plusieurs axes dont la plus importante est la diminution des barrières à l'utilisation des services. Ceci inclut un meilleur ciblage des activités sur les pauvres et un rééquilibrage de la participation financière des usagers.

Ceci se traduit par les mesures suivantes: améliorer l'accueil des plus pauvres, favoriser les interventions en milieu rural, faire le plaidoyer pour des subventions ciblées dans ce milieu, appuyer la création d'un 'fonds d'indigence' et promouvoir sa gestion transparente.

La question fondamentale porte sur les chances de succès d'une telle orientation - vu le fait que la pauvreté n'est pas seulement un phénomène économique et sociale, mais qu'elle a des fortes implications sur le plan politique (accès au pouvoir, etc.). Une autre question concerne les bailleurs : Dans quelle mesure seront-ils prêts à redéfinir le terme central de « pérennité » dans ce contexte ? Finalement se posera le problème de monitoring de l'impact de ces activités sur les pauvres qui demandera des réflexions supplémentaires.

- Supprimé : qui
- Supprimé : politiques
- Supprimé : bailleurs et dans
- Supprimé : ils seront prêt
- Supprimé : contexte.

Projet « Recherche sur la prise en charge des indigents comme base d'un système de sécurité sociale dans le contexte islamique de la Mauritanie »⁹

Par rapport à ses activités plutôt sociales, le projet a développé un concept de prise en charge des indigents dans les régions de Hodh el Gharbi et de Hodh es Chargui. Le concept s'applique actuellement dans un projet pilote sur fonds propres de la GTZ ('Eigenmaßnahme'), qui sera évalué en automne de l'année 2003.

Le concept part du constat que les indigents restent une frange de la population assez marginalisée et méconnue des services de santé. Les raisons pour ceci se trouvent dans la difficulté de définir précisément le 'groupe' des indigents, la faiblesse des systèmes d'identification et la faible « opérationnalisation » de leur prise en charge.

- Supprimé : opérationnalisation

Les définitions macro- et micro-économiques internationales et nationales ne permettent pas une application pratique au niveau des postes et centres de santé et au niveau de l'hôpital. De même, elles ne permettent pas encore leur utilisation comme base d'identification par les institutions qui devraient s'en occuper. Les approches publiques en Mauritanie n'ont pas permis d'identifier correctement les indigents dans la société et il n'y a pas eu d'approche communautaire ou de proximité à ce jour. Egalement, la mise en place effective d'une caisse de prise en charge n'a pas eu lieu.

- Supprimé : es
- Supprimé : une approche

Dans le nouvel environnement international (MDGs, réduction de la dette), les objectifs nationaux dans le secteur de la santé visent :

- l'amélioration des indicateurs de santé avec un accent sur les plus pauvres,
- la limitation de l'impact des dépenses de santé sur le revenu des plus pauvres et
- la participation de la population aux décisions,

Le projet actuellement réalise les activités suivantes:

Partant d'une définition développée au sein du projet¹⁰, le concept propose un comité d'identification, qui est constitué de représentants des autorités religieuses, de la commune et du niveau local ainsi que d'un représentant du groupe des indigents.

- Supprimé : se constitue

L'approche repose sur l'identification du pauvre par les communes elles-mêmes, par ceux qui connaissant le mieux leur entourage et vise donc plus de transparence par une approche de proximité. L'identification se fait à l'aide d'outils de contrôle et d'identification développés à cette fin.

- Supprimé : elles-

- Supprimé : d'identification.

Le projet a activement décidé de baser son approche sur les lois et traditions islamiques. Celles-ci proposent des mécanismes de solidarité envers les indigents bien ancrés et

- Supprimé : d'ancrer

- Supprimé : dans la jurisprudence et la tradition islamique.

⁹ Présentateur : Dr. Sidi Ould Mohamed Laghdaf, DRPSS de Hodh el Chargui

¹⁰ "L'indigence est la situation dans laquelle la personne quoiqu'elle puisse parfois satisfaire un besoin alimentaire élémentaire ne peut potentiellement prendre en charge ses soins de première nécessité en tout temps."

connues dans les sociétés musulmanes. Les systèmes traditionnels constituent une bonne base pour la création d'une caisse de solidarité sur base des ressources traditionnelles, communales et étatiques. Il est prévu que les caisses soient établies au niveau communal. La capitalisation est facilitée et surveillée par un comité de pilotage réunissant les différents ministères et organismes dans les secteurs de la santé et de la protection sociale ainsi que l'Association des Oulémas de Mauritanie et la GTZ.

Supprimé : facilité et surveillé

Après l'évaluation, l'élaboration de textes juridiques adaptés est envisagée. L'extension de l'expérience, si elle est concluante, vers les autres régions du pays sera également proposée.

Fonds d'équité pour la Santé (FES), Cambodge¹¹

Une approche prometteuse pour financer l'hospitalisation des plus pauvres a été développée par le Département de Santé Publique à l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers, en collaboration avec Médecins Sans Frontières Belgique: les Fonds d'Equité pour la Santé (FES). Ce concept a été testé au Cambodge et vise la création d'un fonds consacré à l'achat des différents services dont les pauvres ont besoin pour accéder à l'hôpital.

Au Cambodge la maladie est une raison majeure de pauvreté: 90 % des dépenses de santé sont des paiements directs par les utilisateurs; le financement public reste très limité. Le système de santé Cambodgien est également confronté à un secteur informel privé croissant avec, souvent, une offre irrationnelle (et fort chère !) de soins.

L'approche adoptée jusqu'à maintenant, c'est-à-dire l'exemption de paiement par les plus pauvres pour les soins de santé dans un contexte de recouvrement des coûts, ne s'est pas montrée efficace – en effet, les critères établis n'ont pas pu garantir une identification correcte des plus pauvres et, de plus, les gestionnaires des structures de santé n'avaient aucun intérêt à offrir des soins gratuits.

Le but du FES était d'établir un système capable de financer les soins hospitaliers de santé pour les plus pauvres, y inclus les frais de transport, de nourriture et des produits de base, et d'assurer un accompagnement social et une défense des droits de ces patients.

Le fonds est alimenté par des bailleurs de fonds mais est géré par une ONG locale qui est responsable de l'identification des pauvres, de la gestion et de l'administration du fonds, ainsi que des relations avec le prestataire. L'accompagnement des malades hospitalisés est assuré par les cadres de l'ONG.

Les premiers résultats sont très encourageants: les hôpitaux de district bénéficiant de FES, mis en place à partir de 1999, ont connu une forte augmentation de l'utilisation de la part des pauvres. De même, au niveau des hôpitaux, un meilleur accueil de ces patients semble prendre place.

Actuellement, dans la phase pilote, les FES sont financés par Médecins Sans Frontières Belgique. Il est envisagé, à terme, d'intégrer cette initiative dans le système social du pays afin d'assurer une pérennisation de cette solution.

Une limite du système FES mis en place, à côté de la question évidente de sa pérennité, est le fait que le système se limite (encore) aux soins hospitaliers. La possibilité d'étendre le financement aux soins offerts au premier échelon du système de soins est envisagée.

¹¹ [Bart Criel, Institut de Médecine Tropicale \(ITM\), Département de Santé Publique, Anvers, Belgique](#)

Un atelier technique sera organisé à l'IMT Anvers en décembre 2003 (15 et 16/12) pour promouvoir cette nouvelle stratégie auprès des bailleurs et organisations opérationnelles européennes (ONG et agences techniques de coopération).

Planification stratégique et cadre budgétaire à moyen terme: l'exemple de la Mauritanie¹²

La situation de départ

En Mauritanie, la zone rurale constitue 46,4% de la population et abrite 76% des pauvres; au sein du rural, il existe une importante disparité entre rural fleuve (60,2% d'étendue) et rural autre (zone aride avec 71,7%). Les indicateurs courants qui reflètent la santé des groupes vulnérables (mortalité infantile, malnutrition, anémie des femmes enceintes etc.) présentent actuellement une évolution favorable en Mauritanie mais des progrès considérables restent à obtenir pour que la Mauritanie atteigne les objectifs du Millénaire.

Une analyse de ces indicateurs en fonction du niveau socio-économique révèle un gradient plus ou moins important en défaveur des pauvres. Ceci est spécialement vrai pour le retard de croissance des enfants selon le niveau d'instruction de la mère et le milieu de résidence; pour le pourcentage d'enfants souffrant d'infections respiratoires aiguës (IRA) pour lesquels la mère a consulté; pour la malnutrition de l'enfant et les années d'éducation de la mère; pour la contraception moderne et la pauvreté.

Ce gradient existe aussi au niveau de l'affectation des dépenses publiques: Les régions pauvres sont défavorisées par le manque de personnel médical formé, par une carence en infrastructures médicales et par des dépenses de santé moins importantes que dans les régions plus riches.

En face de cette situation, la Mauritanie vise les objectifs suivants:

Améliorer les indicateurs de santé, en particulier pour les groupes les plus pauvres: Mortalité infantile et infanto-juvénile, mortalité maternelle, contrôle des maladies transmissibles, amélioration de l'état nutritionnel avec l'accent sur le milieu rural, surtout:

- Améliorer l'accès physique à des structures de santé correctement équipées (rural)
- Améliorer la disponibilité des ressources humaines (rural, motivation)
- Améliorer la disponibilité du médicament / consommable (gratuite)
- Améliorer la qualité des services, augmenter la demande des services et lutter contre la maladie (paludisme, tuberculose, HIV/SIDA, pathologies de la grossesse, pathologies de l'enfant,...)

Limiter l'impact des dépenses de santé sur le revenu des plus pauvres, surtout:

- Renforcer l'Action Sociale: Fonds de Solidarité / Indigence, Mécanismes de partage du risque

Améliorer la participation des pauvres dans la gestion du système de santé, surtout:

- Réadaptation des Textes Réglementaires (composition, pouvoir, indigence)
- Dynamiser les Comités de Santé à tous les niveaux

Le cadre budgétaire à moyen terme 2002 - 2004

Le Ministère de la Santé a établi un cadre budgétaire à moyen terme 2002 - 2004 pour réaliser ces objectifs. Il vise surtout:

- La disponibilité des ressources humaines
- L'accessibilité géographique des services
- La disponibilité des ressources matérielles essentielles

¹² Dr Mohamed Nezhir Ould Hamed, Directeur de la planification, de la coopération et des statistiques, Ministère de la santé et des affaires sociales

- La qualité des services, la demande pour les services, la lutte contre des maladies prioritaires
- L'action sociale, les mécanismes de solidarité, la participation
- Le renforcement des capacités institutionnelles

La mise en pratique de ce cadre budgétaire est caractérisée par une réallocation nette des ressources en fonction des soins primaires.

Les autres mesures prises sont:

- Réforme des procédures budgétaires et de la gestion financière permettant une meilleure disponibilité des financements sur budget de l'Etat au profit des formations sanitaires
- Mise en place d'une Centrale d'Achat de Médicaments pour garantir l'approvisionnement en médicaments et consommables, et révision en cours de la tarification
- Réforme de la formation, de la gestion et de l'incitation à la performance avec la mise en place de contrats zones et de primes de technicité décentralisées (Plan de Formation, Arrêté Primes)
- Revitalisation du Secteur Hospitalier
- Réforme du système de recouvrement des coûts et du cadre d'implication des communautés dans la gestion de leur santé (Décret SRC)
- Renforcement de la participation des ONGs et des organisations à base communautaire (Guides et politique de contractualisation)
- Réforme du Système National d'Information Sanitaire pour aider à la décision et au suivi du programme (Reforme, Carte Sanitaire).

La réalisation de ce programme ambitieux en faveur des pauvres et des régions pauvres est possible grâce aux ressources supplémentaires disponibles dans le cadre des programmes internationales d'allégement de la dette.

Supprimé : Schlusssatz !?

Appui au développement de DSRP (PRSP) - un exemple du Congo¹³

Afin de mieux positionner le secteur de la santé au sein du processus du DSRP, le Ministère de la Santé du Congo (RDC) a sollicité l'appui technique de la GTZ pour l'élaboration d'un document donnant un aperçu de la littérature internationale sur la place de la santé dans les stratégies de réduction de la pauvreté. Le résultat de cet analyse démontre qu'il faut impérativement tenir compte du secteur de la santé dans le processus DSRP.

Forfait obstétrical Nouakchott

Le concept du forfait obstétrical établi dans deux départements de Nouakchott a été exposé par un représentant de Médecins sans Frontières: Contrairement aux régions rurales, le taux de femmes enceintes utilisant les services de santé obstétricale est relativement élevé. Pourtant, un nombre important de femmes ne se rendent pas au centres de santé de ces deux départements. A cela il y a deux raisons, l'une financière et l'autre la qualité de services jugés insuffisante des patientes. Un grand problème constitue le paiement des frais d'accouchement pathologiques comme la césarienne.

L'approche de MSF vise donc à améliorer l'accessibilité financière des services par un forfait couvrant la plupart des soins qui surviennent lors d'une grossesse et l'accouchement qu'il soit normal ou pathologique. Le projet inclut également des activités d'amélioration de la qualité des soins et de motivation du personnel. Les recettes couvrent les dépenses fixes en médicaments, fonctionnement des centres de santé et du

Supprimé : s

Supprimé : (nicht GTZ)

Supprimé : de

Supprimé : haute.

Supprimé : l'accès des femmes par la mise en place d'un

Supprimé : un accouchement.

Supprimé : l'amélioration

Supprimé : soins. La zone de mise en œuvre inclut plus de 180.000 habitants. Dans les

Supprimé : premiers six mois, autour de 2.300 femmes ont été traité ; pour le futur 8.000 accouchement par an (?) sont attendus.

¹³ présentateur : Dr. Danny Denolf

personnel participant au système du forfait. Les bénéfiques sont distribués par un système de primes au personnel le plus engagé, ce qui est un facteur important pour la motivation du personnel. La zone de mise en œuvre comprend plus de 180.000 habitants. Dans les premiers mois, autour de 2.300 femmes ont été traitées et on s'attend à 8.000 accouchement par an.

Supprimé : personnel.¶

Les atouts de ce concept se trouvent dans son élément de solidarité entre les femmes enceintes qui partagent d'une façon équitable les frais des services dont elles ont besoin : la motivation des soignants pour une meilleure qualité et la gestion rigoureuse étant donné que le système doit fonctionner avec des ressources bien connues d'avance. Il décourage, par sa simplicité et sa transparence, des recettes « en parallèle ». Le système de primes valorise les soignants et peut ainsi contribuer à l'humanisation des services quant à la volonté de recevoir et de traiter des patientes pauvres.

Supprimé : la viabilité des coûts pour les familles concernés, facilitant ainsi le rapprochement de la population pauvre aux services de santé et dans l'amélioration de la qualité des services par le système de primes. Wolfhard, alleine durch das Auszahlen von Prämien wird die Qualität doch

Les premières évaluations se sont montrés positives¹⁴, surtout en relation aux indicateurs de santé et la pérennité financière (recouvrement des coûts).

Supprimé : noch nicht besser... Gab es da noch einen Aspekt? Ich kann auch Eric fragen. Le concept est conçu de manière assez simple et transparente; le

Néanmoins il faut constater que l'applicabilité au milieu rural devrait être difficile: le taux d'utilisation des services obstétricaux dans les départements ruraux est clairement inférieur à celui de la région de Nouakchott, ce qui pourrait rendre difficile la faisabilité financière.

Supprimé : (couverture

Mise en place d'Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) à Kolda/Sénégal – une approche pour l'amélioration de l'offre de services¹⁵

Dans la région de Kolda dans le sud-ouest du Sénégal, le projet 'Planification Familiale et Lutte contre les MST/SIDA' vise l'augmentation de l'utilisation des services de santé reproductive. Kolda est une région caractérisée par une accessibilité géographique des services de santé assez faible, aggravé par l'insécurité dans la région. Par conséquent, l'utilisation des services surtout dans les endroits les plus éloignés n'atteint pas le taux souhaité, et le niveau de connaissances sur les IST, le SIDA et les moyens de contraception dans la population est assez faible.

Par conséquent le projet a réalisé le concept 'd'Agents de Santé à Base Communautaires (ASBC)'. Les tâches principales de ces agents consistent en la promotion de la planification familiale, la lutte contre les IST/SIDA, la lutte contre la mortalité maternelle et la promotion de l'abandon de la Mutilation Génitale Féminine. Les ASBC sont des personnes de confiance d'un certain âge, choisies par la population elle-même selon des critères définis. Ceci est primordial, puisque les ASBCs servent d'intermédiaires entre les populations et les centres de santé. Dans le contexte de leur tâche, les ASBC, qui dans la plupart des cas ont une profession qui n'est pas liée au secteur de santé, travaillent surtout dans un contexte de planning familial, de prévention et de sensibilisation et non dans un contexte médical. Les prescriptions en médicaments sont réduites au traitement de maladies telles qu'une diarrhée ou une fièvre communes. Afin d'effectuer leur tâches, les ASBC reçoivent des formations continues et sont approvisionnés en produits et en médicaments. De même, des supervisions régulières sont prévues. Il est à mentionner que les ASBCs ne sont pas payés pour leurs tâches, par contre il y a une petite marge bénéficiaire dans la vente de produits qui leur est réservée.

Depuis l'introduction de ce concept, le projet constate une augmentation importante des connaissances sur les méthodes d'espacement de naissances et d'utilisation de contraceptifs y inclus le préservatif et une meilleure connaissances des voies de

¹⁴ Voir présentation dans l'annexe

¹⁵ Dr M. Laura Mastrogiacom-Mbow

transmission d'IST et du SIDA¹⁶. Sans que cela ait été évalué, il semble être évident que cette approche plus qu'une approche par des centres de santé, permet aux populations isolées et pauvres de bénéficier de certains services clé.

Conclusion

Les projets et concepts ici décrits permettent les conclusions suivantes :

La contribution à la lutte contre la pauvreté ne devrait pas être réduite au ciblage des pauvres. Les participants ont plutôt démontré que des approches plus globales, en faveur d'un développement qui inclut les pauvres au lieu de les isoler en tant que bénéficiaires prioritaires, a des atouts importants. Le défi reste posé de concevoir les mesures telles qu'elles bénéficient réellement aux pauvres (et aux autres) et d'en fournir les preuves.

Supprimé : démontrent l'importance primordiale que constitue le sujet de l'économie et les concepts de distribution pour le secteur de la santé: Les moyens restreint dans nos pays partenaires demandent une définition et conception très réflétié quant aux effets que l'on désire atteindre. Blubb blubb

Supprimé : blubb¶
¶
WOLFHARD HIER IST DER SPEZIALIST GEFRAGT. Ich suche nach einem abschließenden statement zum Zusammenhang Armut – Gesundheitsfinanzierung – Distribution – Gesundheit, der zusammenfasst, ohne zu wiederholen.

¹⁶ Pour les détails (taux d'augmentation) voir la présentation dans l'annexe

3. Islam et Santé

Une demie journée du Fachverbund Santé Afrique francophone a été consacrée au sujet: « Islam et Santé ». Trois présentations ont été données:

- Dr. Gerd Eppel: « Islam et Santé au Sénégal - Expériences du Projet Planification Familiale/Lutte contre les MST/SIDA »
- Cheikh Baba Ould Maata (Mauritanie): « Islam et Santé » et « Islam: entraide et partage de risques »

L'institution du « Haut Conseil Islamique » en Mauritanie représente une particularité dans le monde musulman: cette institution dont les cinq membres sont sélectionnés parmi les savants les plus éminents du pays et nommés par le Président de la République Islamique de Mauritanie lui-même, représente un cadre consultatif pour le Gouvernement concernant toutes les questions relatives à l'Islam. En même temps – et par l'importance de ses membres – ce conseil figure comme courroie de transmission à travers les quelques 800 Imams (et la prière de vendredi) avec l'ensemble des croyants en Mauritanie.

Dans sa présentation « Islam et Santé », le Cheikh Baba Ould Maata (ancien membre du Haut Conseil Islamique) a expliqué les principes généraux en matière de la santé qui émanent de la Chariaa:

- « tout ce qui est dangereux est interdit »
- « il est obligatoire de s'efforcer à préserver sa santé et la santé d'autrui »

Ces deux principes peuvent être largement utilisés en faveur de la santé s'il y a une collaboration réelle entre ulémas (savants) et médecins.

Deux exemples ont été discutés:

- la lutte contre le SIDA (p.e. principe de l'utilisation du préservatif: « entre deux maux on choisit le moindre » = hadith)
- la santé maternelle (p.e. 60 jours de repos après l'accouchement).

Dans sa présentation: « Islam – entraide et partage des risques », le Cheikh Baba Ould Maata a expliqué les mécanismes d'entraide qui existent en Islam traditionnellement et qui pourrait être exploités offrant des opportunités favorables à la sécurité sociale aussi bien au niveau du partage de risque qu'à la prise en charge sociale. L'Islam favorise un partage de risques en faveur du plus pauvre ainsi que les mécanismes de prise en charge des indigents avec la possibilité de mise en place d'institution de sécurité sociale de type mutuelle. D'impliquer auprès du médecin de la santé publique, l'islamologue et le sociologue pour une approche nouvelle des projets de santé appuyés par la GTZ en pays musulmans, a été recommandé par le Cheikh Baba Ould Maata.

Dans sa présentation « **Expériences du Projet Planification Familiale/Lutte contre les MST/SIDA** », le Dr. Eppel a exposé la position du Coran ainsi que la particularité de l'Islam au Sénégal, pays laïc avec une structure sociale essentiellement « africaine » et regroupée dans des confréries d'une grande influence politique.

Des enquêtes menées par le projet ont permis de bien distinguer entre obligations religieuses et origines traditionnelles et culturelles des comportements de la population. Ainsi, par l'influence de la religion et le concours des responsables religieux (Imams et Marabouts) un changement du comportement de la population pourrait être incité. Ainsi que le Cheikh Baba Ould Maata, le Dr. Eppel suggère que le projet doit appuyer le

dialogue entre responsables religieux et personnel de santé et ainsi tenter d'établir des structures de communication et de coordination durables.

4. Prestations de services GTZ

Un aspect important de la rencontre était de présenter nos prestations de services. La question était de savoir quels étaient les éléments pertinents et pour lesquels la GTZ a des compétences ou peut les acquérir, ceci pour un appui-conseil dans le cadre de la politique nationale de nos partenaires.

Il a été proposé d'accélérer spécialement les domaines suivants:

- Le management de la qualité, comprenant la qualité des soins de santé y inclus le concept de la recherche-action, la gestion d'hôpital et le développement de politiques à niveau national
- La décentralisation et l'appui au concept de 'la santé de district'
- Le développement d'assurance maladie sociale
- Le 'paquet' lutte contre le VIH/SIDA, incluant les mesures préventives et curatives et l'approche entreprise ('workplace policy')
- La santé mère-enfants, la santé sexuelle et reproductive des jeunes et autres thèmes liés à la santé sexuelle et reproductive, et la promotion de la santé
- Les stratégies de lutte contre le paludisme et la tuberculose
- Le traitement et l'intégration sociale de personnes handicapés

Les discussions autour de la rencontre ont initié le développement d'un produit 'équité et lutte contre la pauvreté' ».

La vaste expérience du secteur santé de la GTZ dans l'interaction dans les divers contextes culturels et religieux va mener à l'élaboration de modules correspondants.

Afin de mieux présenter et promouvoir les activités de nos projets et les produits qui y sont développés, il a été conclu d'élaborer un site-web du réseau santé. La publication du site sera annoncée et accessible par les sites internet de la GTZ, secteur santé.

Des présentations additionnelles intéressantes ont été tenues lors de la rencontre ¹⁷:

L'Offre Intégrée Active de la Planification Familiale ; Niger¹⁸

L'Offre Intégrée Active de la Planification Familiale (OIA), élaborée dans le cadre du projet Promotion de la Santé Familiale au Niger (Projet ALAFIA), part de l'hypothèse que le taux d'utilisation de la contraception moderne d'1% en milieu rural au Niger n'est pas principalement dû à la réticence des groupes-cible mais plutôt du personnel, qui n'adresse pas le sujet. Le projet a donc développé une approche qui instruit le personnel à proposer systématiquement ce service à toute cliente potentielle, en y intégrant le mari, si la femme le souhaite. Dans les trois centres de santé pilotes où cette approche a été introduite, la moitié des femmes à qui la Planification Familiale a été proposée ont accepté l'offre, et 1 sur 4 ont pu être servies immédiatement.

¹⁷ L'auteur n'a seulement pu résumer une choix des présentations tenues. La totalité des présentations se trouve à la fin de ce document.

¹⁸ présentatrice: Dr Mary White-Kaba

Supprimé : la présentation et contournement de

Supprimé : d'accélérer

Supprimé : districts'

Supprimé : d'assurance-maladie

Supprimé : mesures

Supprimé : stratégies

Supprimé : Wolfhard, wenn das wirklich ins Internet soll, müssten wir bei den Produkten tatsächlich nicht nur die Produkte aufzählen, die in Nouakchott genannt werden, sondern auch die (zB KV), die bereits in der Entwicklung sind. Sonst ergibt es ein schiefes Bild. Außerdem finde ich persönlich es nicht so gut, wenn wir der Öffentlichkeit so offenherzig mitteilen, worüber wir gerade „nachdenken“ – It's up to you to decide (as LSPM)¶

Supprimé : initiées

Supprimé : ¶

Supprimé : présentations additionnelles

Supprimé : de la Famille au Niger,

Supprimé : du

Supprimé : offrir

Supprimé : y intégrant les hommes également. Dans l'évaluation, l'approche s'est montrée positive.¶

Supprimé : ¶

¶ **Mise en place d'Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) à Kolda/Sénégal – une approche pour l'amélioration de l'offre de services**¶

Dans la région de Kolda dans le sud-ouest du Sénégal, le projet 'Planification Familiale et Lutte contre les MST/SIDA' supporte l'augmentation de l'utilisation des services de santé reproductive. Kolda est une région caractérisée par une accessibilité géographique des services de santé assez faible. L'insécurité dans la région rend les problèmes d'accès encore plus grave. Par conséquent, l'utilisation des services surtout dans les endroits les plus éloignés n'atteint pas le taux souhaité, et le niveau de connaissance sur les IST, le SIDA et les moyens de contraception dans la ... [1]

Supprimé : profession qui n'est pas lié au secteur de santé, travaillent surtout dans un contexte de planning ... [2]

Mutilations Génitales Féminines (MGF), la sexualité et le SIDA : l'approche d'écoute et de dialogue²⁴

Le projet sectoriel « Appui aux initiatives pour l'abandon des mutilations génitales féminines²⁵ » a pour objectif d'informer la population dans les pays partenaires des conséquences des mutilations génitales féminines par le biais des activités des initiatives locales et de la coopération technique allemande. Le but est d'inciter la population dans ces pays à abandonner complètement ces pratiques préjudiciables ou à les remplacer par des rites et pratiques de la même valeur culturelle.

Au delà du sujet immédiat, la mutilation génitale, il s'agit de faire ressortir les phénomènes qui sont à la base de beaucoup de sujets de la coopération technique : La réflexion des rôles et des droits des femmes et des hommes, le renforcement des femmes, l'éducation formelle et informelle des filles, l'ouverture du dialogue entre les genres et les générations sur les traditions, normes et valeurs. Tout ceci doit être lié d'une façon multisectorielle et abordé en considérant le contexte socioculturel. Depuis 2002, le projet approche le sujet de MGF d'une nouvelle façon auprès de la population. Le principe de cette approche est qu'on ne peut pas changer des comportements enracinés d'une communauté seulement par la présentation d'arguments rationnels. Seulement une réflexion et un échange véritable des points de vue englobant toutes les parties de la société concernée et franchissant les seuils femme/homme et jeunes/âgés entraînent un changement progressif du comportement.

Pendant les 'journées de réflexion', organisées par des associations guinéennes, en collaboration avec la GTZ, la réaction des groupes cibles²⁶ était très positive. Les représentants des différents groupes participaient avec beaucoup d'enthousiasme et proposaient la continuation du dialogue. Les contraintes existantes, telle que p.ex. la stigmatisation d'une jeune femme n'ayant pas été excisée, ont pu être discutées ouvertement. Les modules développés pour les journées de réflexion et les dialogues des générations ont été traduits dans deux autres langues locales et adaptés aux différents contextes culturels. Une vidéo sur l'atelier de dialogue des générations²⁷ démontre le potentiel de cette approche. Elle est disponible en langues française et allemande et peut être commandée au projet sectoriel MGF²⁸.

²⁴ Présentatrice : Dr Aissataou Dieng

²⁵ voir aussi : www.gtz.de/fqm

²⁶ notamment les associations de femmes, les filles des lycées, collèges et ateliers d'apprentissage, les sage-femmes, matrones, tradi-praticiennes (exciseuses), les leaders religieux et élus locaux, ainsi que des femmes et hommes des différentes générations

²⁷ réalisé en septembre/octobre 2002 à Conakry

²⁸ emanuela.finke@gtz.de

5. Présentations

I. Santé et Pauvreté

Introduction au sujet

Madagascar : Le rôle potentiel du projet Santé dans la réduction de la pauvreté à Mahajanga

Mauritanie La prise en charge des indigents comme base d'un système de sécurité sociale dans le contexte islamique de la Mauritanie

Bénin Pauvreté et Santé: l'expérience béninoise

Bénin Enquête légère pauvreté et santé

Sénégal Les ASBC (Agents de Santé à base communautaire dans la région de Kolda

Congo La place de la santé dans les stratégies de réduction contre la pauvreté

Congo Appui au développement de PRSP - un exemple du Congo

Guinée Stratégies de réduction de la pauvreté dans le secteur de la santé en Guinée

Univ. d'Anvers Fonds d'Equité pour la Santé au Cambodge: une solution pour les plus pauvres?

Gambie Population programmes and poverty alleviation - The Gambian experience

MSF, Mauritanie Forfait obstétrical

Togo Impact de l'Approche Contractuelle sur l'Utilisation des Services de Santé

Ghana Prise en charge et soutien en faveur des PVVIH au Ghana

Mauritanie Santé et pauvreté: nouvelles orientations stratégiques

Univ. Montréal Contribution des projets de santé à la lutte contre la pauvreté: Évaluation des impacts en terme d'équité

Côte d'Ivoire L'impact d'un système de santé sur la pauvreté : Proposition d'un cadre d'analyse

Côte d'Ivoire Contribution à la lutte contre la pauvreté - volet lutte contre les IST/SIDA

Conclusions volet santé et pauvreté

II. Islam et Santé

Mauritanie Islam et Santé

Sénégal Islam et Santé au Sénégal

Mauritanie Islam : Entraide et Partage de Risques

III. Nos prestations de services – une sélection

Guinée Qualité – Produits

Côte d'Ivoire Système de Gestion et de Planification des Ressources dans le Secteur de la Santé Publique

Niger L'offre intégrée active du planning familial: Projet sectoriel santé reproductive

Projet sectoriel Santé Sexuelle et Reproductive Recherche-Action - Une formation de qualité avec des résultats concrets

Mauritanie Projet santé de base dans les Hodh

Mise en place d'Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) à Kolda/Sénégal – une approche pour l'amélioration de l'offre de services

Dans la région de Kolda dans le sud-ouest du Sénégal, le projet 'Planification Familiale et Lutte contre les MST/SIDA' supporte l'augmentation de l'utilisation des services de santé reproductive. Kolda est une région caractérisée par une accessibilité géographique des services de santé assez faible. L'insécurité dans la région rend les problèmes d'accès encore plus grave. Par conséquence, l'utilisation des services surtout dans les endroits les plus éloignés n'atteint pas le taux souhaité, et le niveau de connaissance sur les IST, le SIDA et les moyens de contraception dans la population est assez faible.

Par conséquence, le projet a implémenté le concept 'd'Agents de Santé à Base Communautaires (ASBC)'. Les tâches principales de ces agents consistent en la promotion de la planification familiale, la lutte contre les IST/SIDA, la lutte contre la mortalité maternelle et la promotion de l'abandon de la Mutilation Génitale Féminine. Les ASBC sont des personnes de confiance d'un certain âge, choisies par la population elle-même par des critères définis. Ceci est primordiale, puisque les ASBCs servent d'intermédiaires entre les populations et les centres de santé. Dans le contexte de leur tâche, les ASBC, qui dans la plupart des cas ont une

profession qui n'est pas lié au secteur de santé, travaillent surtout dans un contexte de planning familiale, de prévention et de sensibilisation et non dans un contexte médical. Les prescriptions en médicaments sont réduites au traitement de maladies telles qu'une diarrhée ou un fièvre communs. Afin d'effectuer leur tâches, les ASBC reçoivent des formations continues et sont approvisionnés de stocks de produits et de médicaments. De même, des supervisions régulières sont prévues. Il est à mentionner, que les ASBCs ne sont pas payés pour leurs tâches, par contre il y a une petite marge bénéficiaire dans la vente de produits.

Après **combien de temps ??** d'implémentation du concept, le projet peut constater une augmentation importante des connaissances sur les méthodes d'espacement de naissances et d'utilisation de contraceptives y inclus le préservatif et une meilleure connaissances des voies de transmission d'IST et du SIDA¹.

Mutilations Génitales Féminines (MGF), la sexualité et le SIDA : l'approche d'écoute et de dialogue

Le projet sectoriel « Appui aux initiatives pour l'abandon des mutilations génitales féminines² » a pour objectif d'informer la population dans les pays partenaires des conséquences des mutilations génitales féminines par le biais des activités des initiatives locales et programmes et de la coopération technique allemande. Le but est d'inciter la population dans ces pays à abandonner complètement ces pratiques préjudiciables ou à les remplacer par des rites et pratiques demême valeurculturelleil s'agit de faire sortir les phénomènes qui sont à la base de beaucoup de sujets de la coopération technique.

La refléction des rôles et des droits des femmes et des hommes, le renforcement des femmes, l'éducation formelle et informelle des filles, l'ouverture du dialogue entre les genres et les générations sur les traditions, normes et valeurs doivent être liés d'une facon multisectionnelle et abordés en considérant leur contexte socio-culturel complexe. Depuis

¹ Pour les détails (taux d'augmentation) voir la présentation dans l'annexe

² voir aussi : www.gtz.de/fgm

2002, le projet entame une nouvelle approche dans l'abordement du sujet de MGF auprès de la population. Le principe de cette approche est qu'on ne peut pas changer des comportements enracinés d'une communauté seulement par la présentation des arguments rationnels. Seulement une réflexion et un échange des points de vue ouverts englobant toutes les parties de la société concernée et franchissant les seuils femme/homme et jeunes/agés entraîne un changement progressif de comportement.

Pendant les 'journées de réflexion', organisées par des associations guinéennes, en collaboration avec la GTZ, la réaction des groupes cibles³ était très positive. Les représentants des différents groupes participaient avec beaucoup d'enthousiasme et proposaient la continuation du dialogue. Les contraintes existantes, telle que p.ex. la stigmatisation d'une jeune femme n'ayant pas été excisée, ont pu être discutées ouvertement. Les modules développés pour les journées de réflexion et les dialogues des générations ont été traduits dans deux autres langues locales et adaptés aux différents contextes culturels. Un vidéo sur l'atelier de dialogue des générations⁴ démontre le potentiel de cette approche. Il est disponible en langue française et allemande et peut être commandé au projet sectoriel MGF⁵.

-----Saut de page-----

5. Présentations

I. Santé et Pauvreté

Introduction au sujet

Madagascar :	Le rôle potentiel du projet Santé dans la réduction de la pauvreté à Mahajanga
Mauritanie	La prise en charge des indigents comme base d'un système de sécurité sociale dans le contexte islamique de la Mauritanie
Bénin	Pauvreté et Santé: l'expérience béninoise
Bénin	Enquête légère pauvreté et santé
Sénégal	Les ASBC (Agents de Santé à base communautaire dans la région de Kolda
Congo	La place de la santé dans les stratégies de réduction contre la pauvreté
Congo	Appui au développement de PRSP - un exemple du Congo
Guinée	Stratégies de réduction de la pauvreté dans le secteur de la santé en Guinée
Univ. d'Anvers	Fonds d'Equité pour la Santé au Cambodge: une solution pour les plus pauvres?

³ notamment les associations de femmes, les filles des lycées, collèges et ateliers d'apprentissage, les sage-femmes, matrones, tradi-praticiennes (exciseuses), les leaders religieux et élus locaux, ainsi que des femmes et hommes des différentes générations

⁴ réalisé en septembre/octobre 2002 à Conakry

⁵ emanuela.finke@gtz.de

Gambie	Population programmes and poverty alleviation - The Gambian experience
MSF, Mauritanie	Forfaits obstétriques
Togo	Impact de l'Approche Contractuelle sur l'Utilisation des Services de Santé
Ghana	Prise en charge et soutien en faveur des PVVIH au Ghana
Mauritanie	Santé et pauvreté: nouvelles orientations stratégiques
Univ. Montréal	Contribution des projets de santé à la lutte contre la pauvreté: Évaluation des impacts en terme d'équité
Côte d'Ivoire	L'impact d'un système de santé sur la pauvreté : Proposition d'un cadre d'analyse
Côte d'Ivoire	Contribution à la lutte contre la pauvreté - volet lutte contre les IST/SIDA
Conclusions volet santé et pauvreté	

-----Saut de page-----

II. Islam et Santé

Mauritanie	Islam et Santé
Sénégal	Islam et Santé au Sénégal
Mauritanie	Islam : Entraide et Partage de Risques

III. Nos prestations de services – une sélection

Guinée	Qualité – Produits
Côte d'Ivoire	Système de Gestion et de Planification des Ressources dans le Secteur de la Santé Publique
Nige	L'offre intégrée active du planning familial: Projet sectoriel santé reproductive
Projet sectoriel Santé Sexuelle et Reproductive	Recherche-Action - Une formation de qualité avec des résultats concrets
Mauritanie	Projet santé de base dans les Hodh