

1- Définition du projet

Lancé en février 2017, le projet WIN avait pour but principal de réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans les régions de Kolda et de Sédhiou, en améliorant l'accès et la demande pour des produits et services de santé maternelle et infantile de qualité au niveau communautaire et dans les familles défavorisées.

La stratégie consistait à mettre en place des Unités Mobiles (UM) de santé qui offrent un paquet de services intégrés de santé maternelle et infantile au niveau communautaire dans des zones qui abritent des marchés hebdomadaires ou d'accès difficile par des prestataires qualifiés.

Le projet WIN avait pour objectif sur une année de consulter 36 000 personnes, de faire 10 656 années de vie sauvée (DALYs) et 15 681 couple-années de protection (CYPs).

L'innovation de ce projet est surtout liée à l'intervention des UM à la veille et le jour des marchés hebdomadaires qui constituent une occasion pour l'ensemble des populations enclavées de faire le déplacement pour s'approvisionner.

Il a été mis en œuvre par ADEMÁS avec la collaboration du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), la fondation Diane POWELL, Population Services International (PSI) et la Bank of Africa (BoA).

3-Description de la démarche

Une sage-femme, un infirmier, un dépositaire et un chauffeur qui sont sous la supervision d'un médecin composent une unité mobile.

Les services sont offerts, dans des tentes aérées et ventilées ou dans des cases de santé la veille et/ou les jours de marché hebdomadaire dans des sites identifiés par les régions médicales et les districts sanitaires. Les prix des services offerts sont les mêmes que dans le secteur public pour éviter toute concurrence :

100 FCFA : consultation pour les enfants âgés de 5 ans à 14 ans.

200 FCFA : consultation pour les personnes âgées de 15 ans à 59 ans.

Gratuit : consultation pour les 0-5 ans et pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Les médicaments sont payés à la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement et sont stockés au siège du projet à Kolda. Ensuite ils sont vendus aux populations en respectant les prix homologués par le MSAS.

Toute sortie dans une nouvelle zone est marquée par une visite de courtoisie au chef de village pour présentation du projet et un repérage du site pour l'installation des tentes. Elles sont précédées par des activités de création de la demande qui sont menées par les relais communautaires.

2- Contexte

Au Sénégal, le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, est passé de 401/100.000 naissances vivantes en 2005 à 315/100.000 naissances vivantes en 2016. Pour la mortalité néonatale, elle est passée de 33‰ en 2008 à 21‰ en 2016 (EDS). En ce qui concerne la planification ; le taux de prévalence est passé de 12% en 2010-2011 à 23,1 % en 2016 avec des besoins non satisfaits estimés à 23,6% (EDS).

Les régions de Kolda et Sédhiou ont été choisies pour ce projet car dans ces zones le taux de mortalité néonatale est encore très élevé respectivement 39‰ et 29‰, ainsi que les taux de Prévalences contraceptives, elles sont de 18,9% et 16,1%.

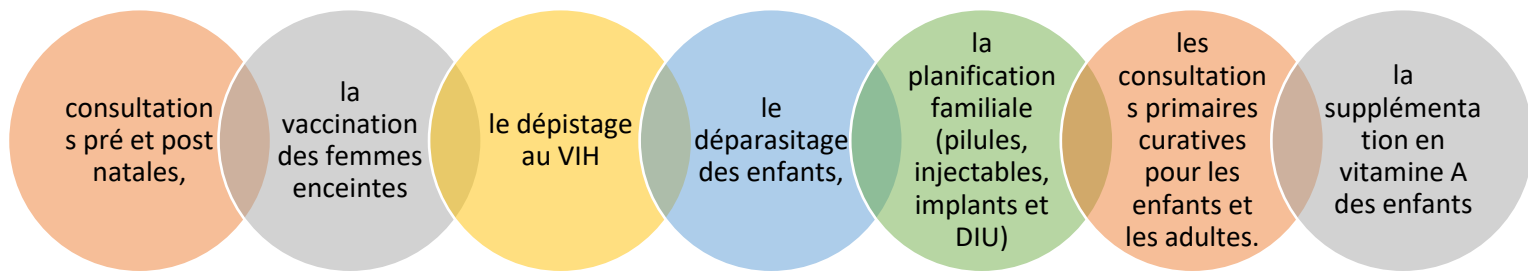
Aussi, un problème d'accessibilité géographique, financière et des problèmes d'acceptabilité socio-culturelle de la Planification Familiale.

Dans ce contexte l'Agence pour le Développement du Marketing Social (ADEMAS) avec l'appui de ses partenaires financiers et techniques a initié une phase pilote du projet dénommé WIN

La fondation Diane POWELL a été créée pour soutenir les initiatives innovantes et les recherches en santé. Elle compte aussi mobiliser les sage-femmes pour avoir de meilleurs résultats pour les naissances au Sénégal.

<p>Coordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les sorties des UM sont planifiées sur une base mensuelle et partagées avec les parties prenantes (Gouvernances, Préfectures, Sous-Préfectures, autorités locales, régions médicales (RM), districts (DS), postes de santé (PS) et acteurs communautaires). Et les agents des UM prennent part aux réunions de coordination des parties prenantes.
<p>Création de la demande</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avant les sorties des activités de communication sont menées par les relais des organisations communautaires de base avec qui des contrats ont été signés pour promouvoir des comportements favorables à une meilleure santé et inciter à la recherche de soins au niveau des UM et des postes de santé.
<p>Supervision</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une supervision des agents du projet est organisée tous les trimestres par les équipes cadres de districts et régions et des revues semestrielles et annuelles sont également organisées avec la participation des acteurs y compris les bénéficiaires.
<p>Respect des politiques, normes et protocoles (PNP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour assurer une offre de services de qualité, les agents du projet sont tenus au respect des PNP et les ordinogrammes définis par le MSAS.
<p>Respect de la confidentialité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les sites de consultations sont choisis par la communauté et les clients en attente sont tenus à des distances raisonnables des tentes et des lieux où se tiennent les marchés.
<p>Reporting</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des outils de recueil des données du MSAS à savoir le carnet de santé, les registres etc. Les données sont systématiquement partagées avec les postes de santé concernés avant que les UM ne quittent la zone. • Transmission du rapport mensuel aux RM, DS et PS. • Utilisation de la plateforme DHIS2 pour l'analyse des données et le suivi des performances
<p>Systeme de transport vers les structures</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le seul moyen de transport est la moto et les distances sont énormes (15 à 30 km) pour se rendre aux structures de santé avec des routes et pistes impraticables . Pour promouvoir les accouchements dans les structures sanitaires, le projet a mis en place un système de transport gratuit pour les patientes. Les conducteurs de moto ont été choisis par la communauté et ont été formés pour un transport sécurisé. Ils seront remboursés par le projet sur la base d'une documentation avec une périodicité en collaboration avec les ICP et sage-femmes
<p>Appui aux structures de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet appuie techniquement les postes, les districts et les régions dans les campagnes de distribution de médicaments, la vaccination de routine des enfants et la supervision des prestataires qualifiés et les acteurs communautaires et il prend en charge également les accouchements inopinés dans les cases et les postes en l'absence des agents qualifiés.

Le paquet de services offert :



4- Les réalisations

Identité

- Aar sa bopp, Aar say doom

Le Logo



Le lancement

- le 2 février 2017 était la date de la cérémonie de lancement du projet à kolda

Les affiches



Les films : une version courte et une version longue



Les zones d'interventions des UM (Marches et zones difficiles)

Kolda :

Dialadiang, Témento, Manda Douane, Sarè Sara et Firdaoussi

Sédhiou :

Yarang, Touba Mouride, Sarè Alkaly, Carrefour Ndiaye et Touba.

Les activités des OCBs :

83 Causeries réalisées sur 76 prévues,
1740 Femmes non enceintes,
287 Femmes enceintes,
431 Hommes

Les Unités Mobiles :

83 sorties au niveau de 7 marchés.

5- Les acquis

15601 personnes ont bénéficié des services des UM dont **2585** enfants de moins de 5 ans

8361 femmes en âge de reproduction dont **2556** femmes enceintes ont bénéficié des services de l'UM.

53,91% des femmes enceintes ont eu à faire 3 CPN pour un objectif de 50%

46,95% ont fait 4 CPN.

550 femmes vues au niveau des unités mobiles, ont eu à adopter une méthode PF pour la première fois (nouvelles dans le programme) et **3695** ont été orientées dans les PPS (Point de Prestation de Service) pour y accoucher

306 femmes enceintes vues dans les unités mobiles ont accouché dans les structures sanitaires grâce au système de transport gratuit et aux activités de sensibilisation. Parmi elles, **35%** ont bénéficié du système de transport mis en place par l'équipe WIN. En plus, **70** femmes n'ayant pas été vues dans les UM ont pu bénéficier de ce système de transport du projet.

541 femmes en âge de reproduction ont adopté une méthode contraceptive, parmi lesquelles **337** femmes (62%) ont choisi des méthodes de longue durée

6- Quelques Appréciations des bénéficiaires

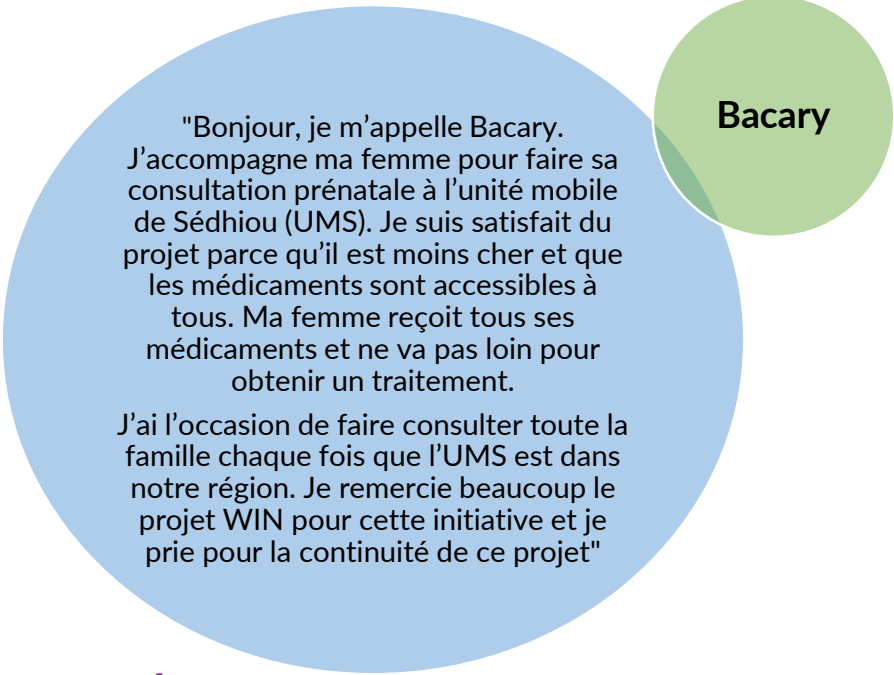


**Hawa
KANDE**

Hawa 24 ans habitant à Keyel Bessela a accouché de son quatrième enfant avec l'aide de l'équipe du projet WIN à Dialadiang (Kolda) dans l'ambulance de l'unité mobile qui la transporta au poste de santé. Tous ses précédents accouchements ont eu lieu à la maison et non dans une structure sanitaire. Il a fallu la venue de l'une des unités mobiles du projet WIN pour qu'elle puisse bénéficier pour la première fois des consultations prénatales par la sage-femme. Après l'accouchement par la sage-femme, Hawa et son garçon ont été transportés au poste de santé de Paroumba pour bénéficier du reste des soins.

**AISSATOU
DIATTA**

"Je suis bénéficiaire du projet WIN. J'ai 3 enfants et je n'ai jamais fait de consultation prénatale; mais comme le projet intervient dans notre localité, je bénéficie de la Consultation Prénatale et j'ai mes visites régulièrement. Je vois la différence entre les visites prénatales et le fait de ne pas les faire. Aujourd'hui, je me sens bien et je vais bien. Différent de mes autres grossesses où je n'ai pas suivi ANC. Je prie pour que le projet se poursuive et remercie tout le personnel pour leur disponibilité"



Bacary

"Bonjour, je m'appelle Bacary.
J'accompagne ma femme pour faire sa consultation prénatale à l'unité mobile de Sédhiou (UMS). Je suis satisfait du projet parce qu'il est moins cher et que les médicaments sont accessibles à tous. Ma femme reçoit tous ses médicaments et ne va pas loin pour obtenir un traitement.

J'ai l'occasion de faire consulter toute la famille chaque fois que l'UMS est dans notre région. Je remercie beaucoup le projet WIN pour cette initiative et je prie pour la continuité de ce projet"

7- Les difficultés rencontrées

- ❖ Retard de la première consultation pour des raisons culturelles;
- ❖ Difficultés à engager les autorités locales et sanitaires dans la mobilisation des ressources pour la pérennisation du projet.
- ❖ Insuffisance des activités de CCC
- ❖ Le cout élevé des unités mobiles (Montant)
- ❖ Difficultés à réaliser 12 sorties par mois avec le nombre insuffisant de prestataires (2) que compte l'unité mobile.

8- Leçons apprises

- ❖ Il faut une meilleure responsabilisation des districts sanitaires pour permettre une mutualisation des ressources afin de mener ensemble les activités ;
- ❖ Les VAD touchent plus de femmes enceintes que les autres stratégies dû à la discrétion de la stratégie par rapport aux causeries ou mobilisations sociales ;
- ❖ L'intégration du projet au système de santé est essentielle pour renforcer les acquis du projet ;
- ❖ La mise en place d'un système de transport vers les structures sanitaires pour les accouchements ;
- ❖ Le travail de sensibilisation et de mobilisation des OCBs dans chaque marché avant les interventions est une chose importante pour informer les populations.
- ❖ Choisir et former des conducteurs de moto pour le transport sécurisé des patientes car dans la zone le seul moyen de transport est la moto, les pistes sont impraticables et les conducteurs de moto ont été choisis par la communauté.
- ❖ La collaboration entre le projet et la mutuelle de Bagadadji qui prend en charge les populations qui bénéficient des services de l'unité mobile de Kolda a été une bonne chose qu'il faut répliquer dans d'autres localités.

9- Recommandations

- ❖ Renforcer la communication pour le changement de comportements (en ciblant particulièrement les maris et les grand-mères) surtout pour adresser les contraintes d'ordre socioculturel ;
- ❖ Démultiplier autant que possible des unités mobiles de prestations de services de santé pour se rapprocher davantage des populations enclavées ;
- ❖ Tester dans les postes et centres de santé des zones d'intervention du projet, l'expérience de l'accouchement humanisé il permet à la patiente de choisir sa position pour accoucher et donc permettrait de venir à bout d'une certaine résistance à ce sujet au niveau des communautés ;
- ❖ Intégrer les sorties des UM (WIN, MSI ET AMREF) pour élargir le paquet de services ;
- ❖ Renforcer les UM WIN de Kolda et Sédhiou en prestataires de santé ;
- ❖ Intégrer les prestataires des UM lors des sessions de renforcement de capacités au niveau des régions de Kolda et de Sédhiou ;
- ❖ Elargir les zones d'intervention du projet WIN en enrôlant d'autres marchés hebdomadaires et zones d'accès difficile ;
- ❖ Faire la promotion de la PEC des bénéficiaires des mutuelles de santé par les UM ;
- ❖ Etendre le paquet de services (l'échographie mobile, l'identification et orientation des femmes fistuleuses, victimes de viol et violence basée sur le genre) ;
- ❖ Tester d'autres modèles de transport pour les patientes seul la moto est utilisée;
- ❖ Tester d'autres stratégies comme les maisons d'accueil ;
- ❖ Appuyer la création de mutuelles de santé au niveau des zones d'intervention pourrait renforcer la fréquentation des UM et aider à la pérennisation ;
- ❖ Renforcer des UM dans les zones comme Loyel, Thialène, Mbane, Taliyel Diaba identifiées par les MCD ;
- ❖ Etendre le projet à Tambacounda et Kédougou qui ont les mêmes difficultés de couverture sanitaires et les distances entre les structures sanitaires sont importantes.
- ❖ Penser à la gratuité du service du au faible pouvoir d'achat des populations en général et en particulier des femmes.