

# Enquêtes qualitatives sur les motivations des Comités de Veille et d'Alerte Communautaire impliqués dans la surveillance des maladies infectieuses au Sénégal

Comprendre les facteurs de motivation des acteurs communautaires de santé

Mai 2019





# Enquêtes qualitatives sur les motivations des Comités de Veille et d'Alerte Communautaire impliqués dans la surveillance des maladies infectieuses au Sénégal

Comprendre les facteurs de motivation des acteurs communautaires de santé

**Doudou Diop**, MD, MEASURE Evaluation, Palladium

**Abdoulaye Ba**, MSc, MEASURE Evaluation

**Judith Nguimfack**, MSc, MEASURE Evaluation, Palladium

**Scott Moreland**, PhD, MEASURE Evaluation, Palladium

**Sandhya Sukumaran**, DVM, MEASURE Evaluation, Palladium

Mai 2019

## **MEASURE** Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill

123 West Franklin Street, Suite 330

Chapel Hill, North Carolina 27516

Phone : +1-919-445-9359

measure@unc.edu

[www.measureevaluation.org](http://www.measureevaluation.org)

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en œuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis. TR-19-348

ISBN : 978-1-64232-143-2



# TABLE DES MATIERES

Abréviations .....	5
Remerciements .....	6
Résumé.....	7
1. Introduction.....	8
1.1 Contexte et justifications.....	8
1.2 Objectifs de l'étude .....	8
2. Méthodologie de l'étude .....	10
2.1 Matériels de collecte de données .....	10
2.2 Considérations éthiques .....	10
3. Résultats de l'étude .....	11
3.1 Données socio-démographiques .....	11
3.2 Facteurs de motivation.....	13
3.2.1 <i>La légitimité sociale et institutionnelle des CVAC</i> .....	13
3.2.2 <i>La formation reçue et la dotation en téléphones portables</i> .....	15
3.2.3 <i>L'appui et le suivi par les ICP et superviseurs</i> .....	17
3.3 Facteurs de démotivation.....	18
3.3.1 <i>Les téléphones, le réseau et le déficit de CVAC</i> .....	18
3.3.2 <i>Le sentiment d'incapacité à résoudre les souffrances des populations</i> .....	21
3.3.3 <i>Les problèmes de suivi et l'absence d'outils de gestion et de sensibilisation</i> .....	22
3.3.4 <i>Le manque de considération sociale et institutionnelle</i> .....	24
4. Conclusion générale.....	26
5. Annexes .....	28
Annexe 1 : Protocole de l'étude .....	28
<i>Contexte et justifications de l'étude</i> .....	29
<i>Objectifs</i> .....	29
<i>Méthodologie</i> .....	30
<i>Analyse des données</i> .....	30
<i>Considérations éthiques et confidentialité</i> .....	30
Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé.....	32
<i>Note d'information et formulaire de consentement</i> .....	32
Annexe 3 : Questionnaire individuel .....	33
Annexe 4 : Guide d'entretien.....	34
Annexe 5 : Calendrier des focus groups .....	35

## ABREVIATIONS

ACS	acteur communautaire de santé
CMU	couverture maladie universelle
CNERS	Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé
CSC	cellule de santé communautaire
CVAC	Comité de Veille et d'Alerte Communautaire
FGD	focus group discussion
ICP	infirmier chef de poste
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
SBC	surveillance à base communautaire

## REMERCIEMENTS

L'équipe du projet MEASURE Evaluation, avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et le Programme Mondial de la Sécurité Sanitaire (GHSA), tient à remercier le Dr Marie Khemesse Ngom Ndiaye, Directrice Générale de la Santé au Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) qui nous a facilité la réalisation de cette étude. Nous tenons à remercier le Dr Khady Seck, coordonnatrice de la Cellule de Santé Communautaire du MSAS et toute son équipe pour leur appui technique dans l'élaboration du protocole de l'étude et leurs conseils.

Nous remercions les Docteurs Abib Ndiaye et Seynabou Ndiaye, Médecins Chefs de Région respectifs de Tambacounda et Saint-Louis, Sénégal. Nos remerciements vont également aux Médecins Chef de Districts : Dr Kalidou Ba, de Koumpentoum, Dr. Tidiane Gadiaga, de Tambacounda, Dr. Mame Late Mbengue, de Podor, et Dr. Bayal Cissé, de Pété, qui ont pris toutes les dispositions nécessaires au bon déroulement de l'étude dans les postes de santé de leurs districts respectifs.

Nous remercions vivement les Infirmiers Chefs de Poste de Fanaye, Ndioum, Bodé Lao, Médina Ndiathbé, Dialocoto, Missirah, Diam Diam et Kouthiagaïdy, qui ont assuré la coordination générale des focus groups dans leurs postes de santé respectifs.

Une mention spéciale est réservée aux membres des Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC) des huit postes de santé sélectionnés dans l'étude pour leur participation et leur contribution très significative.

Merci également à l'équipe de communication de MEASURE Evaluation à l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill (UNC) pour la coordination, le travail de mise en page, et d'édition du présent rapport.

### **Citation suggérée :**

Diop, D., Ba, A., Nguimfack, J., Moreland, S., & Sukumaran, S. (2019). Enquêtes qualitatives sur les motivations des Comités de Veille et d'Alerte Communautaire impliqués dans la surveillance des maladies infectieuses au Sénégal. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina at Chapel Hill.

## RESUME

**Contexte :** les récentes épidémies de maladies infectieuses en Afrique ont fait ressortir le rôle important de la communauté dans la surveillance des maladies notamment dans la détection précoce et la réponse rapide. Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) du Sénégal avec l'appui de ses partenaires dont MEASURE Evaluation a initié en 2016 la phase pilote de la surveillance à base communautaire. Cette activité est venue s'ajouter au paquet de services des acteurs communautaire de santé (ACS) qui intervenaient dans la santé maternelle et néonatale. C'est dans ce contexte que MEASURE Evaluation a mené une étude évaluative de la motivation des membres des Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC) impliqués dans la surveillance épidémiologique.

**Objectifs :** cette étude avait pour objectifs, d'identifier les facteurs qui motivent et ceux qui démotivent les membres de CVAC dans leur rôle d'acteurs communautaires de santé (ACS) en général et dans la recherche et la notification des maladies prioritaires en particulier ; et de formuler des recommandations sur les moyens de renforcer la motivation des CVAC dans leur activité de surveillance communautaire.

**Matériels et méthodes :** huit focus groups ont été réalisés dans les postes de santé sélectionnés dans les districts sanitaires de Tambacounda, Koumpentoum, Podor, et Pété. Les données ont été collectées avec un questionnaire individuel et un guide d'entretien structuré en thèmes. Les données du questionnaire individuel ont été analysées sous SPSS. Les focus groups ont été enregistrés sur des dictaphones puis transcrites. Les données transcrites ont été traitées avec le logiciel Atlas.ti. Cette étude a obtenu un avis éthique et scientifique favorable du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé et l'autorisation administrative du MSAS. Chaque participant a signé un consentement avant le démarrage des focus groups.

**Résultats :** 65 membres de CVAC au total ont participé à l'étude. L'enquête sociodémographique a montré que les membres de CVAC sont majoritairement jeunes avec une moyenne d'âge de 35 ans, mariés pour la plupart (83 %), avec une proportion plus élevée de femmes (sex-ratio 0,5), et scolarisés (55 % ont été jusqu'au niveau secondaire). En ce qui concerne le niveau de connaissance des langues, la langue la plus parlée est le pular (58 %), cependant le français reste la langue la plus écrite (71 %) et la plus lue (68 %). Pour ce qui est des facteurs de motivation, ils sont essentiellement symboliques et relationnels. Il s'agit de la reconnaissance communautaire et institutionnelle, des formations reçues et des outils de travail mis à leur disposition, et du suivi par les personnels de santé (ICP et superviseurs). S'agissant des facteurs de démotivation, le principal grief est lié aux moyens de travail (outils de gestion, de sensibilisation, et téléphones portables). Il s'ajoute à cela le manque de considération sociale et institutionnelle que certains CVAC ont pu ressentir et l'incapacité des membres de CVAC à répondre aux sollicitations des populations (consultations médicales, médicaments, argent, etc.). Au regard des résultats de l'étude, il a été formulé comme recommandations d'assurer aux CVAC une reconnaissance institutionnelle et un suivi régulier par les personnels de santé, et de leur doter d'objets de reconnaissance unique et de téléphones portables plus performants et en plus grande quantité.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Contexte et justifications

Les récentes épidémies de maladies infectieuses en Afrique telles que l'épidémie à virus Ébola ont fait ressortir le rôle important des acteurs communautaires de santé dans la surveillance des maladies notamment dans la détection précoce et la réponse rapide. Le Sénégal dispose à travers le pays d'un réseau bien organisé de Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC). La cellule de santé communautaire (CSC) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a élaboré en 2014 un guide national de mise en œuvre de la stratégie CVAC.

Les CVAC ont été initialement créés pour améliorer la santé maternelle et néonatale en renforçant la participation et l'autonomisation des femmes leaders communautaires dans le suivi de la mise en œuvre des activités de promotion de la santé maternelle et néonatale. Les rôles et responsabilités des CVAC comprennent l'identification précoce et le suivi personnalisé des femmes enceintes, des mères, et des nouveau-nés dans chaque localité pour augmenter les taux de consultations prénatales, les accouchements dans des structures sanitaires, et les consultations post-natales. Les membres de CVAC sont des volontaires engagés, des personnes ressources issues de la communauté, avec une grande capacité à planifier des activités et mobiliser des ressources pour la résolution des problèmes de santé maternelle et néonatale. La survenue de la maladie à virus Ebola a amené les autorités sanitaires du Sénégal avec l'appui des partenaires techniques et financiers dont MEASURE Evaluation à élargir le paquet de services des CVAC à la surveillance communautaire des maladies à potentiel épidémique. Avec l'avènement de la couverture maladie universelle (CMU), la stratégie a aussi été utilisée pour sensibiliser les communautés à l'adhésion aux mutuelles de santé. C'est dans ce contexte que la CSC dans sa mission de coordination des interventions communautaires a jugé nécessaire d'intégrer ces différentes activités pour faciliter l'opérationnalisation de la stratégie au niveau communautaire. Ce qui a motivé la révision du guide national de mise œuvre de la stratégie CVAC prenant en compte les domaines de la santé maternelle et infantile, de la surveillance épidémiologique, et de la couverture maladie universelle.

MEASURE Evaluation participe à la surveillance communautaire au Sénégal depuis 2016, en assurant la formation des CVAC dans quatre districts sanitaires pilotes (Tambacounda, Koumpentoum, Pété, et Podor) sur la recherche active et l'envoi de signaux sur les huit maladies humaines prioritaires. Ces signaux sont envoyés par SMS aux infirmiers chefs de poste (ICP). Chaque groupe de CVAC est composé de huit à dix membres et peut couvrir d'un à sept villages, selon la taille et la localisation des villages. Plus de la moitié des groupes de CVAC des quatre districts pilotes ont été formés et équipés de téléphones portables pour détecter et signaler les maladies prioritaires en utilisant l'application mobile mInfoSanté. MEASURE Evaluation a initié récemment dans le cadre du programme de sécurité sanitaire mondiale un projet de surveillance communautaire des zoonoses prioritaires. Tous les groupes de CVAC des quatre districts pilotes seront formés pour détecter et signaler les maladies zoonotiques suivantes : la rage, la grippe aviaire, la tuberculose bovine, les fièvres hémorragiques Ebola et Marburg, l'anthrax, et la fièvre de la vallée du Rift. Cette activité de surveillance des zoonoses au sein de la communauté va s'ajouter aux responsabilités actuelles des membres de CVAC notamment la santé maternelle et néonatale, et la surveillance des huit maladies humaines prioritaires. C'est dans ce contexte que MEASURE Evaluation a mené une étude évaluative de la motivation des membres de CVAC.

## 1.2 Objectifs de l'étude

- Identifier les facteurs qui motivent et ceux qui démotivent les membres de CVAC dans leur rôle d'acteur communautaire de santé en général et dans la recherche et la notification des maladies prioritaires en particulier.

- Formuler des recommandations sur les moyens de renforcer la motivation des CVAC dans leur activité de surveillance communautaire

## **2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE**

Cette étude est de type qualitatif avec usage de groupe de discussion.

En tout, nous avons organisé huit focus group dans quatre districts sanitaires où intervient le projet. Dans chaque district, nous avons choisi de collecter les données sur un poste de santé performant et un autre non performant. Les critères de performance ou de non performance ont été retenus sur la base du nombre de signaux envoyés par les CVAC, la proportion de signaux vérifiés par l'ICP, la proportion de cas suspects parmi les signaux vérifiés, et la tenue de réunions du CVAC.

### **2.1 Matériels de collecte de données**

Pour collecter les données, un guide d'entretien structuré en thèmes a été conçu. En plus du guide d'entretien, il a été fait usage d'un questionnaire individuel pour collecter certaines données socio-démographiques pertinentes pour l'étude, à savoir l'âge, le sexe, le niveau scolaire, le niveau de connaissance des langues locales, etc.

Les données des focus group ont été enregistrés sur des dictaphones afin de pouvoir être transcrits. Les données transcrites ont fait l'objet d'un traitement informatique avec le logiciel Atlas.ti afin de faire sortir les points saillants répondant aux objectifs de l'étude. Quant aux données des questionnaires individuels, elles ont été analysées sous SPSS.

### **2.2 Considérations éthiques**

Cette étude a obtenu un avis éthique et scientifique (N°000097/MSAS/DPRS/CNERS) du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS) et l'autorisation administrative du Ministère de la Santé (N°0001279/MSAS/DPRS/DR) avant d'être mise en œuvre. Avant de procéder à la collecte des données chaque participant, après explication détaillée de l'étude, a lu et signé le consentement éclairé.

### 3. RESULTATS DE L'ETUDE

#### 3.1 Données socio-démographiques

Les enquêtes qualitatives auprès des CVAC dans les districts de Pété, Podor, Tambacounda, et Koumpentoum ont touché 65 personnes, soit 43 femmes et 22 hommes. En réalité dans tous les postes de santé visités dans le cadre de cette étude, on a constaté que les CVAC femmes sont significativement plus nombreuses que les CVAC hommes.

**Tableau 1 : Catégories socio-démographiques**

Catégories		Fréquence	%
<b>Sexe</b>	Féminin	43	66,2
	Masculin	22	33,8
<b>Situation matrimoniale</b>	Marié	54	83,1
	Célibataire	11	16,9
<b>Niveau scolaire</b>	Primaire	17	26,2
	Secondaire	36	55,4
	Supérieur	2	3,1
	Non scolarisé	3	4,6
	Alphabétisé	7	10,8
<b>Total</b>		65	100,0

La moyenne d'âge des participants à l'étude est de 35 ans avec des extrêmes de 18 et 58 ans (écart type 10,65). Majoritairement les CVAC sont âgés de moins de 35 ans ; ce phénomène est encore plus observé chez les femmes.

Dans notre étude, 83,1 % des participants sont mariés, avec une moyenne de 4,3 enfants par participant. Les participants à l'étude sont pour la plupart des soutiens de famille. En moyenne chaque CVAC prend en charge 7 personnes dans sa famille. La prise en charge est mesurée sur la base des personnes qui sont à la charge directe du participant, c'est-à-dire que ce dernier assure les besoins primaires liés à la nourriture, l'éducation, et la santé.

Les CVAC interrogés dans cette étude sont en grande partie instruits. En effet, plus de 25 % des participants sont allés jusqu'à l'école primaire et 55 % sont allés jusqu'au niveau secondaire ; seuls 5 % ne sont pas instruits et 11 % ont bénéficié d'une alphabétisation en langues locales.

**Tableau 2 : Statistiques descriptives**

Caractéristiques	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Age	65	18	58	35,02	10,647
Personnes en charge	65	0	16	7,35	4,174
Nombre d'enfants	65	0	13	4,31	3,259

Dans le cadre de cette étude nous nous sommes intéressés de près aux langues parlées, lues, et écrites par les participants. La variable langue revêt une importance capitale dans le cadre de l'étude des motivations des CVAC. En effet les variables langues lues et écrites sont nécessaires pour utiliser correctement les téléphones et envoyer des signaux.

Dans le tableau 3 sont décrits les niveaux de connaissance des langues déclarées par les participants. Nous avons noté que 58 % des CVAC parlent comme première langue le pulaar ; cela s'explique aussi par le fait que le projet intervient dans des zones où la langue dominante est le pulaar (Podor, Pete, et Tambacounda). La seconde langue la plus parlée est le mandingue (21 %), le wolof (district de Koumpentoum), le diakhanké (district de Tambacounda) et le bambara suivent pour respectivement 11 %, 6 % et 3 %.

Par ailleurs, il faut noter que la langue la plus écrite reste le français, soit 71 % des CVAC. Cela s'explique par le fort taux de scolarisation chez les CVAC. La seconde langue écrite chez les CVAC est le pulaar (pour 17 % des participants), ensuite il y a le mandingue (6 %) et enfin, le wolof (5 %).

Des résultats similaires sont retrouvés pour les langues lues. En effet la majeure partie des membres de CVAC (70 %) savent lire le français ; ensuite, nous avons respectivement 16 %, 8 % et 6 % des participants qui savent lire le pulaar, le mandingue, et le wolof.

Le niveau de connaissance relativement élevé des langues locales (lues et écrites) est lié au programme d'alphabétisation en langues locales initié ces dernières années par l'Etat du Sénégal.

**Tableau 3 : Situation sur les langues**

		Fréquence	%
<b>Première langue parlée</b> (N=65)	Bambara	2	3,1
	Diankhaké	4	6,2
	Mandingue	14	21,5
	Pulaar	38	58,5
	Wolof	7	10,8
<b>Première langue écrite</b> (N=65)	Français	45	69,2
	Mandingue	4	6,1
	Pulaar	11	16,9
	Wolof	3	4,6
	Aucune	2	3,0
<b>Première langue lue</b> (N=65)	Français	44	67,6
	Mandingue	5	7,6
	Pulaar	10	15,3
	Wolof	4	6,1
	Aucune	2	3,0
<b>Total</b>		65	100,0

Les CVAC interrogés dans le cadre de cette étude sont en majorité des cultivateurs (32,8 %), s'en suit les ménagères (25 %). Il faut noter que les professions matrones et relais/acteurs communautaires sont aussi très présentes dans les groupes de CVAC (20 %).

**Tableau 4 : Profession principale des CVAC**

		Fréquence	%
<b>Profession</b>	ACS/relais	10	15,6
	Animateur radio	1	1,6
	Commerçante	2	3,1
	Cultivateur	21	32,8
	Dépositaire	1	1,6
	Infirmière	2	3,1
	Matrone	10	15,6
	Ménagère	16	25,0
	Restauration	1	1,6
	Total	64	100,0

Les répondants dans le cadre de cette étude sont généralement des jeunes avec une moyenne d'âge de 35 ans. Il y'a plus de femmes que d'hommes dans les groupes de CVAC. La majeure partie des CVAC sont instruits, soit en français ou en langues locales. Parmi tous les CVAC interrogés, seulement deux membres ne savent pas lire ou écrire dans une langue quelconque.

Eu égard à ces résultats, nous recommandons de développer des modules de formation en français et en deux langues locales au moins, selon la zone d'intervention du projet.

## 3.2 Facteurs de motivation

### 3.2.1 La légitimité sociale et institutionnelle des CVAC

Les premières questions adressées aux participants des focus groups avaient pour objectif d'aider à comprendre comment ceux-ci sont devenus des acteurs communautaires de santé. En tout, trois profils se sont dégagés.

- En premier nous avons ceux qui sont choisis par les communautés. Chez les CVAC des postes de santé de Bodé Lao, Ndioum, ou Kouthiagaidy, les participants ont tous répondu directement qu'ils ont été choisis pour devenir acteur communautaire de santé. Comme il se fait habituellement, les leaders communautaires (imams, chef de villages, notables, etc.) se réunissent pour désigner des personnes ; très souvent à la demande des projets ou des postes de santé, afin que ceux-ci rejoignent les postes de santé pour subir des formations et devenir des ACS. Etant donné que chaque village a besoin de son « doctor<sup>1</sup> », généralement le choix est porté sur des personnes qui s'activent déjà dans le secteur de la santé ou alors des gens avec un certain niveau d'éducation, c'est-à-dire qui savent lire et écrire le français. Ces catégories de personnes portent le plus souvent le poids social « d'être choisies » par les membres de la communauté. Dès lors, elles ont socialement une légitimité d'actions ; elles sont reconnues par leurs communautés en tant que relais sur les questions liées à la santé.
- Le second groupe est composé de personnes qui ont déjà l'amour ou le désir de se lancer dans les activités de santé. Ce sont généralement des personnes qui s'engagent volontairement dans les activités de causeries, de counseling, et de soins. Elles se rapprochent des postes de santé et

<sup>1</sup> Terme utilisé en milieu rural pour désigner le personnel de santé. Il est le plus souvent employé pour nommer l'infirmier chef de poste.

finissent par gagner la confiance des ICP. Ces derniers les initient à certaines tâches. Ces catégories de personnes acquièrent leur légitimité au sein de l'espace médical, en l'occurrence le poste ou le centre de santé, et c'est après que les communautés les reconnaissent comme « doctor ». Ainsi, ces personnes acquièrent d'abord une légitimité institutionnelle, ensuite, une reconnaissance sociale.

- En troisième et dernier lieu, nous avons les « doublement choisis ». Pour les premiers, nous avons des cas où ce sont les ICP qui font des requêtes pour avoir des relais communautaires. Dans ce cas, les villageois choisissent et lui envoient des relais. En revanche, chez les « doublement choisis », ce sont les ICP qui se déplacent dans les villages. De concert avec les notables, une rencontre est organisée en présence des communautés. C'est alors qu'un membre est désigné devant les villageois et les « doctor » (ICP) pour aller subir une formation et soutenir les efforts de santé pour les villageois.

Les entretiens ont montré que les motifs et raisons d'engagement comme acteur communautaire de santé sont très déterminants dans la longévité et la poursuite des activités assignées aux membres de CVAC. L'auto-motivation dans le domaine du volontariat a un impact différent de la motivation basée sur la désignation. De prime abord, les activités des CVAC sont purement volontaires, ce qui revient à dire qu'un engagement personnel est nécessaire.

Les motifs et raisons de devenir acteur communautaire de santé diffèrent d'une communauté à une autre. Dans certains cas, les CVAC sont désignés par les communautés. Dans d'autres, soit ils s'engagent par amour du métier, soit ils sont choisis par les ICP et les communautés à travers des réunions villageoises.

A cet effet, il est important de réfléchir à une forme de valorisation communautaire ou institutionnelle des CVAC. Cela revient à leur accorder plus d'importance aux yeux des communautés qu'elles représentent et publiquement, mais aussi dans leur lieu de travail, c'est-à-dire dans les centres de santé, poste, ou case de santé.

**Tableau 5 : Légitimité communautaire et institutionnelle**

	Verbatims illustratifs
<b>Les CVAC choisis par les communautés</b>	<p>« Moi je suis matrone et aussi membre du CVAC ; pourquoi je suis CVAC et matrone ce sont les gens de mon village qui se sont réunis et ont dit que je sois leur représentante depuis 2012 »  <b>Participant FGD, Bode Lao, Pété</b></p> <p>« Je retourne à ce qu'on s'est dit au début c'est la population et nos parents qui nous ont choisi et il y a des personnes qui ont plus de niveau d'éducation que nous, mais ils nous ont choisi donc on reste pour eux en guise de reconnaissance car nous sommes tous parents et c'est un seul et unique village »  <b>Participant FGD, Bode Lao, Pété</b></p>
<b>Les CVAC ayant choisi de se lancer seul dans le domaine de la santé</b>	<p>« Ce qui m'a poussé à y entrer c'est que j'aime tout ce qui est dans le domaine de la santé. C'est dans cela que je m'activais jusqu'à l'arrivée du programme CVAC qui avait besoin de relais dans la zone. Et c'est dans ce cadre-là qu'ils nous ont pris » <b>Participant FGD, Médina Ndiathbé, Pété</b></p>
<b>Les CVAC choisis par les ICP et les communautés</b>	<p>« Nous, ce sont les dirigeants du poste de santé qui avaient besoin d'éléments au niveau des localités ; et là c'est le chef de poste en personne qui s'est déplacé dans les localités jusqu'au village. On a fait appel à tous les villageois ; puis on a choisi une ou deux, jusqu'à trois personnes. Cela dépend de l'étendu du village mais c'est le village qui a choisi et qui nous a amené ici » <b>Participant FGD, Diam Diam, Koumpentoum</b></p>
<b>Les CVAC sont socialement reconnus</b>	<p>« Comme ils le disent les relais ne sont pas seulement les relais du CVAC, il y a beaucoup de relais dans le village mais tout le monde connaît notre position, et en plus quiconque qui a un problème vient vers nous et c'est seulement grâce au CVAC »  <b>Participant FGD, Fanaye, Podor</b></p>

### 3.2.2 La formation reçue et la dotation en téléphones portables

Dans le cadre du projet de surveillance à base communautaire (SBC), la formation prend une importance capitale ; elle est le noyau de la bonne mise en œuvre du projet. Les formations peuvent être considérées comme étant les premiers intrants du projet auprès des membres de CVAC. La qualité des formations sur les huit maladies constitue la première chose qui a impressionné les acteurs communautaires de santé. En effet, les CVAC ont fait savoir que la formation est importante pour eux parce que non seulement elles ont acquis de nouvelles connaissances, mais aussi elles ont maintenant une connaissance pratique pour sensibiliser les populations. Pour rappel, les CVAC ont plusieurs casquettes et travaillent avec d'autres projets. A cet effet, ils font des sensibilisations et des visites à domicile pour les consultations pré et post-natales, la nutrition des enfants, l'hygiène et l'assainissement, etc.

Ces nouvelles connaissances des maladies, allant des symptômes à leurs modes de transmission ainsi qu'à leurs moyens de prévention, constituent un outil permettant aux CVAC de bien mener leurs activités de terrain. Maintenant il ne s'agit plus de dire : « attention la rougeole, le choléra ou la fièvre jaune existent » ; mais de savoir expliquer les symptômes et manifestations de ces maladies dans les langues locales.

**Tableau 6 : Des formations et des portables**

	Verbatims illustratifs
<p><b>Valorisation de la formation face à l'argent, la paye</b></p>	<p>« On veut repousser les maladies car ça nous aide dans notre vie. Si on te dit que dans ta famille un membre est décédé par le choléra ou bien qu'on te dise que l'ainé de ta famille est décédé par telle ou telle maladie et si tu vas jusqu'à avoir une formation en santé tu dois avoir une volonté à t'engager pour repousser ces maladies car ceux qui sont partis tu n'y peux rien mais pour ceux qui restent tu dois faire de ton mieux pour les garder toujours éloigner de ces maladies. Mais ce n'est pas pour de l'argent on ne compte pas sur ça - c'est elle (la population) qui nous a choisi pour qu'on fasse la formation et qu'on puisse leur être utile ; à chaque rencontre quand on termine on appelle la population en retour pour faire le point avec elle. Si c'est sur une maladie que la formation a portée, on leur dit comment ça vient et comment on peut l'éviter pour que demain lorsque quelqu'un vient à voir ses signes pour qu'il puisse savoir que faire » <b>Participant FGD, Fanaye, Podor</b></p> <p>« Depuis le départ on m'avait dit que le travail n'avait pas de salaire que je le faisais pour ma population c'est du volontariat et on a la chance de faire des formations » <b>Participant FGD, Médina Ndiathbé, Pété</b></p> <p>« J'y tiens car j'ai en retour beaucoup de connaissances car les formations que nous faisons nous amène beaucoup de connaissances, l'argent peut finir mais la connaissance, non » <b>Participant FGD, Kouthiagaydi, Koumpentoum</b></p>
<p><b>La formation aide dans les autres activités</b></p>	<p>« On nous a parlé des huit maladies mais il n'est pas seulement resté là, elle s'intéresse aussi aux femmes qui ont des enfants. Depuis la venue du CVAC nous en sommes heureux car il y avait des femmes enceintes qui restaient cinq à six mois sans aller au dispensaire mais par la grâce de Dieu avec l'aide du CVAC cela a beaucoup diminué » <b>Participant FGD, Médina Ndiathbé</b></p>
<p><b>Les populations ont mieux compris les symptômes de maladies – les populations sont devenues alertes</b></p>	<p>« Lorsqu'on est venu pour la formation de CVAC et lorsque nous sommes rentrés dans les villages on a appelé la population on s'est assis puis on leur a parlé de la surveillance des huit maladies que sont le choléra, l'Ébola, la rougeole, la fièvre jaune, etc. Toutes ces maladies les plus âgées les connaissaient mais elles sont restées sans rien faire et maintenant puisqu'on nous a choisi et on nous a dit comment faire, en nous donnant les outils nécessaires, lorsqu'une personne voit une maladie semblable à ce qu'on leur a décrit il nous le fait savoir au plus vite » <b>Participant FGD, Fanaye, Podor</b></p>

### 3.2.3 L'appui et le suivi par les ICP et superviseurs

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet de SBC, un important dispositif a été mis en place afin d'abord de permettre un suivi régulier des performances des CVAC, mais aussi un apprentissage continu sur le terrain. Il s'agit du suivi assuré par les agents de districts de MEASURE Evaluation mais aussi du recyclage fait par les ICP.

Tout au long des entretiens, il a été constaté, avec les CVAC des postes de santé de Médina Ndiathbé, Fanaye, Dialocoto et Diam-Diam, une occurrence des verbatims liés à l'appui des ICP dans leur recyclage. En effet, ces ICP appuient régulièrement l'effort des CVAC de leurs postes respectifs. Ainsi, à la question « qu'est-ce qui vous a aidé dans le cadre de vos activités », en dehors des formations reçues, les CVAC mettent en exergue l'appui des ICP. Ces derniers, en plus de valoriser les CVAC, d'abord en les choisissant au sein de leur communauté, puis en accordant une importance à leurs tâches, ont appliqué une technique de management horizontale qui a permis à ceux-ci de leur faire des retours et de poser des questions à chaque fois que le besoin se faisait sentir. La disponibilité des ICP a été un facteur de réussite dans les postes de santé à hautes performances. Aussi, il faut ajouter que les CVAC ont apprécié les efforts et la rapidité avec lesquels les ICP prennent en charge les cas qu'ils réfèrent et même en dehors du projet de SBC. Cela donne plus de valeur à leur travail aux yeux de leur communauté. Mieux encore, cela est un moyen efficace qui permet aux CVAC de pouvoir se faire entendre et porter leurs voix lors des sensibilisations et des visites à domicile.

L'autre facteur qui aide et facilite le travail aux CVAC est la réunion mensuelle convoquée par l'ICP. Certes, pour le cas spécifique du projet de SBC il n'existe pas de réunions régulières, il n'en demeure pas moins que les ICP s'efforcent d'organiser des réunions mensuelles. C'est le cas par exemple dans les postes de santé de Dialocoto, Médina Ndiathibé, et Fanaye. Ces réunions sont des occasions de restitution et de mise à niveau pour les CVAC. Dans de pareilles circonstances, les ICP ont compris qu'aucun CVAC n'aimerait rester derrière en matière de performances. Une mise à niveau est faite pour les CVAC qui ne comprennent pas les procédures et les outils de gestion.

Dans un autre registre, il y a la supervision effectuée par le district au niveau des postes de santé. Les CVAC reconnaissent que la visite du district est doublement importante pour eux : la supervision forme et assure le suivi. Pour les CVAC, la supervision est très importante, elle permet après avoir formé une personne et l'avoir doté d'un outil (le téléphone), de la suivre et de l'évaluer. La supervision est un moment d'échanges, de partage, et de recyclage pour les CVAC. Certains CVAC apprécient la capacité d'écoute des agents du district, ainsi que leur patience pour répondre à toutes leurs questions. Certains diront que les agents du district ont la patience et la générosité de partager des connaissances avec des adultes en se corrigeant mutuellement et avec une certaine habileté.

**Tableau 7 : Appui des ICP et des surveillants de district**

	Verbatims illustratifs
<b>Appui de l'ICP dans les activités</b>	<p>« Quand j'ai voulu lancer le signal j'ai beaucoup essayé et finalement je suis venu voir le médecin [ICP] qui m'a aidé ; à part cela on a aucun problème »</p> <p>« On travaille avec le docteur qui est l'ICP. En cas de difficulté on vient auprès de lui pour qu'il nous explique la procédure d'envoi du signal » - <b>Participante FGD, Médina Ndiathbé, Pété</b></p> <p>« Quand on a un problème on part voir l'ICP » - <b>Participant FGD, Fanaye, Podor</b></p> <p>« Si tu viens au poste de santé tout ce que tu ne comprends pas l'ICP arrête ce qu'il faisait pour t'expliquer et même si tu es chez toi et que tu l'appelles il vient t'expliquer clairement », <b>Participante FGD, Dialocoto, Tambacounda</b></p>
<b>Appui des ICP dans les référencement, prise en charge rapide des malades</b>	<p>« Ce qui nous fait plaisir le plus coté CVAC Surveillance c'est lorsque tu amènes un malade et que l'ICP le soigne et qu'il guérit totalement là tu ressens un grand plaisir. »</p> <p><b>Participant FGD, Diam Diam, Koumpentoum</b></p>
<b>Appui de l'équipe MEASURE Evaluation</b>	<p>« Si ce que l'on fait est bien ils nous encouragent car nous sommes des adultes si on fait quelque chose qui n'est pas bien et qu'on nous le reproche d'une certaine manière on pourrait se décourager alors il soigne leurs reproches pour qu'on ne soit pas froisser car ils se sont déplacés à deux reprises pour me voir alors que j'étais en déplacement avec le téléphone il pouvait se dire pourquoi je l'avais fait mais ils ne m'ont rien dit et à la troisième rencontre j'avais oublié mes fiches mais ils m'ont compris et ils m'ont dit la prochaine fois faudrait que j'apporte mes fiches car ils se basent là-dessus pour savoir ce que j'ai accompli dans le travail. »</p> <p>- <b>Participant FGD, Fanaye, Podor</b></p>

### 3.3 Facteurs de démotivation

#### 3.3.1 Les téléphones, le réseau et le déficit de CVAC

Les membres de CVAC, surtout dans la zone du Nord (Pété et Podor) trouvent que les téléphones portables distribués ne sont pas suffisants pour couvrir tous les membres des groupes de CVAC. Le fait que tout le monde ne possède pas un téléphone retarde l'envoi des signaux. Penser au fait d'aller trouver le détenteur du téléphone dans un autre village encore lointain est démotivant pour eux. De plus, ils réclament la vulgarisation des CVAC dans les autres villages pour permettre un meilleur maillage des zones. En effet, dans le cas de Bodé Lao, les CVAC se plaignent du fait que seuls ceux des villages de Aéré Poste et Koga possèdent des téléphones. Pour pouvoir transmettre des signaux, les autres membres du CVAC doivent se déplacer jusque dans ces villages. Face aux moyens de transports limités ou inexistants dans la zone et la distance entre les villages, les membres de CVAC jugent les déplacements

pénibles. Toujours selon eux, ils peinent à référer les malades parce qu'ils sont conscients que le déplacement est pénible et coûte beaucoup d'argent pour les malades.

L'outil de travail utilisé dans le cadre de la surveillance est le téléphone mobile. Ce dernier, selon les CVAC, pose trois types problèmes.

- En premier lieu, les CVAC de Ndioum (Podor) ont fait savoir que les portables se gâtent trop vite. En effet les téléphones mobiles de marque Tecno distribués au CVAC ne tiennent pas trop longtemps. Pour la plupart d'entre eux, les touches se sont détériorées. Des CVAC de Fanaye utilisent leur propre téléphone mobile pour faire le travail ; il leur suffit de déplacer leurs puces.
- En deuxième lieu, les CVAC se sont plaints du fait que le réseau téléphonique ne marche pas. En effet, dans les zones de Missirah, Dialocoto, et Diam-Diam la couverture pour le réseau Tigo est très faible. Cela retarde le travail et démotive dès lors les CVAC.
- En troisième lieu, il y a le défaut de portables pour certains membres de CVAC. Les téléphones ne sont pas distribués à tous les membres de CVAC. Dans cette situation, si les membres de CVAC qui ont des portables doivent transmettre des signaux, ceux qui n'en ont pas reçu sont obligés de se procurer du crédit pour appeler le détenteur du portable pour enregistrer le cas. A ce niveau une perte d'efforts est notée chez certains ; pour d'autres le défaut de crédit, en plus des distances entre les maisons ou les villages fait qu'ils ne sont pas motivés, ils considèrent que cela « n'en vaut pas la peine ».

Les entretiens avec les CVAC ont permis de constater l'insuffisance des téléphones destinés à envoyer les signaux. Les motifs et raisons de devenir acteur communautaire de santé diffèrent d'une communauté à une autre. Dans certains cas les membres du CVAC sont désignés par les communautés, dans d'autres soit ils s'engagent par amour de l'activité, ou alors ils sont choisis par les ICP et les communautés, à travers des réunions villageoises.

**Tableau 8 : Défaits de téléphones mobiles et de CVAC**

	Verbatims illustratifs
<p><b>Défauts de CVAC dans les villages</b></p>	<p>« On a besoin d'aide sur les transports. [...] si l'environnement est sain c'est pour tout le monde, mais si c'est seulement Aéré Poste ou Koga qui en disposent [de CVAC] et que les autres localités n'en ont pas ça ne veut rien dire. Si on a la possibilité d'élargir les CVAC pour en faire bénéficier les autres villages et maintenir le contact et augmenter les moyens de communication ce serait bien. Il faut donc augmenter le nombre de téléphones portables pour que les huit membres puissent en bénéficier et bien d'autres. »</p> <p><b>Participant FGD, Bodé Lao, Pété</b></p> <p>« Pour moi l'aide que je reçois quand je n'ai pas de crédit et que mon CVAC me lance un rappelle-moi et que je n'ai pas de crédit je pars voir mon ICP pour qu'il m'aide à contacter mon CVAC pour qu'il me passe son signal et qu'on solutionne le problème ; aussi on aimerait que tous les membres du CVAC aient un téléphone portable »</p> <p><b>Participant FGD, Diam-Diam, Koumpentoum</b></p>
<p><b>Défaut de téléphones mobiles</b></p>	<p>« Concernant le CVAC, les problèmes que je rencontre sont quand j'ai un cas qui est dans un autre village si l'autre membre du CVAC rencontre un problème pour que je reçoive le signal, par défaut de crédit téléphonique pour m'appeler, il me balance des rappelle-moi et moi aussi s'il se trouve que j'ai plus de crédits je lui balance un rappelle-moi en retour, alors que l'enfant est toujours malade et ne peut supporter la maladie. Ce sont ces difficultés que je rencontre. Des fois des cas m'échappent à cause de cela. Parfois on rencontre un problème de réseau parce que le réseau Tigo n'est pas très fonctionnel dans la zone car on peut envoyer un message et que l'envoi échoue. Le réseau orange est plus accessible que celui de Tigo, c'est un problème aussi. »</p> <p><b>Participant FGD, Missirah, Tambacounda</b></p> <p>« Les portables font défaut car si on veut envoyer des signaux le réseau fait défaut, parfois si tu poses une question le portable ne te donne pas de bonnes réponses cela m'est arrivé, un jour quand j'ai voulu envoyer un signal pour un cas qui habite à Médina ndiathbé, j'ai beaucoup essayé et finalement je suis venu voir le « médecin » qui m'a aidé à part cela on a aucun problème »</p> <p><b>Participant FGD, Médina ndiathbé, Pété</b></p>

### 3.3.2 Le sentiment d'incapacité à résoudre les souffrances des populations

Travailler pour sa communauté est intégré par les CVAC, comme annoncé précédemment, dans un registre d'actions volontaires pour servir ses parents et ses proches. Vu leur position dans la communauté, les CVAC sont très souvent sollicités par les membres de leurs communautés. A l'occasion des visites à domicile et des sensibilisations, les CVAC réfèrent les personnes malades auprès des postes de santé. Toutefois, il se pose toujours un problème lié au manque de moyens des populations. En de pareilles situations, le pouvoir et la capacité de réagir des CVAC sont mis à l'épreuve. Les populations s'attendent à ce que les CVAC les aident à se rendre dans les postes de santé.

L'empathie des CVAC face aux souffrances des populations pourrait être considérée comme un avantage, du moment qu'elle motiverait au mieux leur engagement à se battre pour leur communauté. Sous un autre registre, l'empathie peut être source de relâchement ou de démission dans leur engagement. A continuer de constater que les femmes ne peuvent pas amener leurs enfants se soigner par manque de moyens de transport ou de payer les ordonnances, les CVAC commencent à se poser des questions sur leur utilité pour leurs communautés.

**Tableau 9 : Difficultés liées à l'empathie des CVAC face aux souffrances des communautés**

	<b>Verbatims</b>
<b>Manque de moyens financiers</b>	<p>« Il y'a un autre problème que j'ai noté aussi si on a un cas suspect par exemple et qu'on pense que l'enfant est atteint par la maladie et qu'on doit le transférer à Koumpentoum pour lui faire des prélèvements les parents rencontrent des difficultés pour faire les déplacements car on avait reçu un cas qui s'est passé ainsi car il se trouvait que les parents n'avaient pas les moyens »</p> <p><b>Participant FGD, Diam-Diam, Koumpentoum</b></p> <p>« Dès fois tu as un cas mais le fait de faire passer le message c'est là le problème ; la deuxième chose c'est la mère de l'enfant malade quand tu l'identifies et que tu lui dis d'aller au poste elle refuse elle viendra pas et la plupart du temps on te fausse des rendez-vous ou bien elle espère que tu lui donnes des médicaments gratuitement et je leur dit d'aller au poste il y'a l'ICP là-bas il va faire le nécessaire mais à mon niveau je ne peux pas te garantir la gratuité des médicaments parce que ce n'est pas pour moi ce que je peux faire c'est de repérer les cas et de les transférer au poste. »</p> <p><b>Participant FGD, Bodé Lao, Pété</b></p>
<b>Honte d'aller se faire soigner – absence de revenus</b>	<p>« Il y'a des gens qui contractent certaines maladies et ont honte de se confier. Pour certains, leurs enfants tombent malades jusqu'à avoir la malnutrition et finissent par perdre excessivement du poids. Si tu te rends à l'hôpital on te dit que l'enfant a perdu du poids est ce qu'il mange normalement ou bien est ce qu'il est comme ça. Nous quand on s'aperçoit de ce genre de cas on leur explique pour qu'ils aient le courage de se rendre à</p>

	<p><i>l'hôpital. Même si la maman ne vient pas on peut prendre l'enfant et l'emmener à l'hôpital pour que la maman n'ait pas à affronter cette situation »</i></p> <p><b>Participant FGD, Médina Ndiathbé, Pété</b></p>
<b>Moqueries des populations</b>	<p><i>« Ce qui me déplaît dans CVAC c'est lorsque tu as un cas et que lorsque tu fais le signal la femme te demande pourquoi cela alors que tu n'as pas de réponse et aussi ils pensent qu'en retour tu y gagnes quelque chose »</i></p> <p><b>Participant FGD, Ndioum, Podor</b></p>

### 3.3.3 Les problèmes de suivi et l'absence d'outils de gestion et de sensibilisation

- Malgré l'importance de l'apport des ICP et de MEASURE Evaluation pour l'action efficace des CVAC, certains répondants se sont plaints de trois choses. D'abord, ils jugent insuffisantes les supervisions réalisées. Selon eux, la supervision ne devrait pas se faire au niveau des postes de santé. Il ne s'agit pas de convoquer les CVAC au niveau des postes, de leur poser des questions, et de formuler des recommandations. En revanche, les superviseurs devraient choisir des jours et aller les passer dans les villages afin de vivre l'expérience et les difficultés auxquelles les membres de CVAC sont confrontés. Aussi cette supervision sur place a une grande valeur pour eux. En effet, les communautés savent qu'ils ont été formés et qu'ils possèdent des téléphones portables pour envoyer des signaux, et ce serait bien de voir les gens qui sont derrière tout cela.
- Ensuite, ils ont parlé d'absence de réunion de coordination. En effet, dans certains postes, les ICP ne convoquent pas de réunions, ni au niveau du poste, ni dans les villages. Pour les CVAC de Ndioum, il faut que des réunions se fassent entre tous les acteurs communautaires de santé dans les villages afin qu'il y ait un suivi des activités et que des recommandations soient données à chacun.
- Et en troisième position, nous avons le défaut d'outils de gestion. Selon les répondants, les outils de rapportage sont insuffisants. Les outils pour la sensibilisation, comme les cartes-conseil sont également inexistantes. Ils estiment aussi qu'il est difficile de communiquer sans outils visuels ; les outils de communication visuels rendent les échanges beaucoup plus attractifs et captent l'attention des gens.
- Le dernier problème lié à la sensibilisation abordée par les CVAC de Fanaye est l'absence d'incitation pour les femmes qui viennent assister aux causeries ou à qui les CVAC rendent visite. D'après les CVAC, ce serait bien et très bénéfique pour eux d'avoir des cadeaux à distribuer aux participants des réunions.

**Tableau 10 : Problèmes dans le suivi et absence d'outils de gestion et de sensibilisation**

	Verbatims illustratifs
<b>Défaut d'outils visuels pour les plaidoyers et les causeries</b>	<p>« Nous n'avons aucune base on ne fait que parler comme elle vient de le dire donc si on avait une base ce serait mieux car si tu parles avec une personne sans lui montrer un exemple certains pourront le comprendre d'autres non. Les gens qui n'ont pas été à l'école ils prennent cela comme des futilités. Les images nous seront d'une certaine utilité, car même dans les causeries on en a besoin dans les maisons, les rencontres et même au niveau du poste de santé car après les causeries il faut une boîte à images pour montrer aux gens. »</p> <p><b>Participant FGD, Fanaye, Podor</b></p>
<b>Défaut d'outils de rapportage</b>	<p>« Ce qui ne me plaît pas dans le travail de CVAC c'est que les outils de gestion ne sont pas au complet ; là actuellement même si tu fais des causeries tu n'as pas là ou l'inscrire. »</p> <p><b>Participant FGD, Ndioum, Podor</b></p>
<b>Absence d'engagement niveau district</b>	<p>« À chaque fois que je me lève je passe d'abord par lui [ICP] mais le district je n'en sais rien ; toutes les formations qu'on a eu à faire à part CVAC le district n'en fait pas parti il y'a même des cases que nous ne connaissons pas ; on ne voit personne seulement le poste, sauf s'ils ont besoin de nous pour une formation à Podor ils nous appellent après ça rien. Il faut faire les suivis après formation, il faut venir jusque dans les coins les plus reculés pour voir nos conditions de travail et nos problèmes, s'il y'a besoin, nous aider ou nous encourager dans notre travail. Lorsque tu formes une personne il doit y avoir un suivi ; pour le CVAC, ce qui l'empêche d'aller de l'avant c'est qu'il n'y a pas de suivi ; c'est une bonne initiative mais il n'y a pas de suivi. Si on venait nous voir tous les sixou trois mois ça serait mieux. »</p> <p><b>Participant FGD, Ndioum, Podor</b></p>
<b>Absence de suivi niveau village</b>	<p>« Puisqu'on nous a formé dans le poste de santé et qu'on nous a remis des téléphones portables pour envoyer des signaux sur les huit maladies ciblées, ce serait important qu'il ait un suivi, que les dirigeants viennent vers la communauté pour discuter avec eux, que la communauté sache qu'on est envoyé pour qu'elle ne pense pas qu'on vient faire les enregistrements pour y avoir quelque chose , pour qu'elle ne pense pas que c'est de la manipulation , j'aimerais qu'ils viennent rencontrer la population. »</p> <p><b>Participant FGD, Ndioum, Podor</b></p>

<p><b>Absence de formation de recyclage</b></p>	<p>« Il y'a des difficultés car nous n'avons pas d'outils. On doit avoir les cartes conseils sur les huit maladies pour que demain quand on passe dans les maisons qu'on puisse avoir une base à montrer aux gens : les maladies et leurs manifestations et que cela soit en couleur pour que les gens puissent bien comprendre. On a aussi besoin d'un recyclage pour qu'on puisse se rappeler des choses qu'on a apprises sur les maladies comment elles se manifestent on ne l'a pas refait depuis la formation comme ils viennent de le dire quand on a un problème on part voir l'ICP, et si on nous faisait une formation de recyclage ça va nous aider à mieux maitriser le programme pour qu'on puisse bien aider la population. »</p> <p><b>Participant FGD, Fanaye, Podor</b></p>
<p><b>Défaut de réunions entre les CVAC</b></p>	<p>« Ce qui ne me plait pas dans le travail de CVAC c'est les outils de gestion il l'a dit c'est incomplet ; on veut aussi qu'on nous change les téléphones portables et aussi si on pouvait organiser une réunion dans un village et appeler tout le monde les relais et badjenou gokh pour qu'il ait un suivi. » –</p> <p><b>Participant FGD, Ndioum, Podor</b></p>

### 3.3.4 Le manque de considération sociale et institutionnelle

Les CVAC répondants se plaignent souvent d'un manque de considération de la part des populations (sociale et communautaire) et aussi de la part du milieu médical (institutionnelle). Ceux-ci estiment que les populations ne les considèrent pas pour deux raisons. D'abord parce qu'ils n'arrivent pas à satisfaire leurs besoins, c'est-à-dire, les aider quand ils ont des ordonnances à acheter ou les aider dans les référencement ; ensuite, il y a le fait que les populations ne perçoivent pas un avancement social et économique des CVAC.

*« Le fait d'aller voir la population pour discuter avec elle et qu'elle te minimise ; même cela fait partie des problèmes » —*

**Participant FGD, Missirah, Tambacounda**

Les CVAC se plaignent du fait que certaines personnes ne leur accordent pas de foi ; elles ne prêtent pas oreille à leurs activités, par ce que « leurs occupations sont plus importantes » que ce que font les CVAC. En effet, les CVAC femmes sont plus exposées à ce genre de critiques. « *Nous, nous sommes des femmes mariées et nous avons une maison, nos maris, et nos enfants à s'occuper et nos activités aussi surtout* » —

**Participant FGD, Médina Ndiathbé, Pété**

Un CVAC de Diam-Diam raconte ses expériences en disant ceci :

*« Pour moi, Dieu a fait que j'ai poursuivi mes études jusqu'au baccalauréat et beaucoup de personnes m'apercevaient dans d'autres domaines que celui-là ; et pour eux ; me voir être un simple relais communautaire c'est insignifiant à leurs yeux car ils disent que je manque d'ambition ou que je ne veux rien dans ma vie alors que du côté dont je le vois ils ne peuvent pas le voir ainsi car l'intérêt que je vois dans la santé eux ils ne peuvent pas le voir ».*

Un autre vient ajouter : « *Quelquefois les gens apprécient nos rencontres, par contre, d'autres les jugeraient choses inutiles : « vos déplacements à l'hôpital ne donnent rien , tu sais qu'il y a des gens qui disent que nous nous fatiguons pour rien alors qu'on ne nous paye pas ; même aujourd'hui il y a quelqu'un parmi nous qui a entendu ça mais ça nous fait rien ; ils disent que nous sommes tout le temps à l'hôpital et nous y ramenons rien et aujourd'hui si on avait laissé ce qu'on nous a confié ils allaient dire que nous sommes des incapables on nous a confié une tâche sans qu'on soit à la hauteur. »*

Ce CVAC de Diam-Diam met en exergue la dualité dans le rôle d'acteur communautaire : comment réaliser des activités bénévoles et faire vivre sa famille. En effet, beaucoup de CVAC ont fait état de cette difficulté. Comme l'ensemble de la communauté, les CVAC s'activent dans l'agriculture, la pêche, et le commerce. Etant donné que 54 % parmi eux ont quatre enfants et sept personnes en charge en moyenne, les CVAC sont confrontés à des difficultés pour prendre en charge leurs familles.

Il faut aussi ajouter que le volontariat est difficile pour les femmes, surtout pour celles qui sont mariées. Elles sont censées s'occuper de leur ménage d'abord avant de se lancer dans les activités de CVAC. Très souvent cela occasionne des conflits dans leurs ménages et des incompréhensions avec leurs familles.

*« Nous aujourd'hui on nous prend comme des folles car nous restons toute la journée pour les activités même aujourd'hui je suis venue en retard car je ne pouvais pas sortir sans préparer le repas c'est au moment où ma fille est rentrée qu'elle a continué le travail et que je suis venue ici, ça aussi fait partie de nos difficultés et des fois nos maris se moquent de nous en disant que nous travaillons pour rien mais nous on aime le travail c'est pourquoi on y tient beaucoup mais nous voulons en retour que vous nous aidiez un peu pour qu'on puisse évoluer »* — **Participant FGD, Fanaye, Podor**

## 4. CONCLUSION GÉNÉRALE

L'étude sur les motivations des membres de CVAC dans le cadre du projet de surveillance à base communautaire a été menée dans les quatre districts d'intervention dudit projet : Podor, Pété, Tambacounda, et Koumpentoum. Il s'agissait d'une étude qualitative avec collecte de données à travers des focus groups. Dans chaque district deux focus groups ont été menés avec des CVAC impliqués dans la surveillance des maladies infectieuses.

L'étude a montré que les membres de CVAC sont généralement des jeunes et majoritairement des mariés ; avec une présence de femmes supérieure à celle des hommes. Dans le chapitre des motivations, les entretiens ont montré que les facteurs de motivation sont purement symboliques et relationnels. En l'absence d'une paye dans le cadre de ce travail, les facteurs émotionnels et symboliques donnent valeur au travail effectué par les CVAC. Il peut s'agir d'une confiance collective qu'on leur accorde, d'un choix qu'on fait d'eux ou d'un certain intérêt qu'on porte en leur nom pour représenter le village ou la communauté dans le domaine de la santé. A cela s'ajoute le sous-chapitre des plus aptes à continuer l'activité dans lequel nous avons les CVAC qui ont été volontaires de la santé avant même la venue du projet. Les motivations qui expliquent l'engagement des CVAC dans ce projet comprennent le symbolisme des formations reçues et leurs utilités dans leur travail, les relations cordiales avec les ICP/Superviseurs, ainsi que leur appui et écoute face aux incompréhensions dans bien des cas des procédures et outils. Par ailleurs, en ce qui concerne les facteurs de démotivation, l'aspect pécuniaire, même s'il a été évoqué par certains répondants, n'occupe pas une place centrale. La rémunération est loin d'être le plus grand problème ou la principale préoccupation des membres de CVAC. En réalité les facteurs démotivants des CVAC se trouvent encore dans les moyens de travail (outils de gestion, de sensibilisation, et téléphones portables), les rapports sociaux (manque de considérations sociale et institutionnelle), et les défis sociaux et économiques (incapables face aux souffrances populaires).

**Tableau 11 : Facilités dans le projet pour les CVAC**

Facilités	Impact sur les activités du projet
Choix par les communautés	Le choix des CVAC par les communautés aide dans la motivation personnelle des acteurs communautaires. Ils sont forcés d'agir.
Formations sur les huit maladies	La formation sur les huit maladies est un outil de sensibilisation : expliquer les maladies par les symptômes ; plus de notoriété dans la communauté ; recours aux structures de santé très tôt ; et augmentation de la vaccination chez les enfants.
Suivi et appui des ICP	L'implication personnelle des ICP dans le processus permet de booster la confiance des CVAC avec le recyclage, les réunions mensuelles, et les visites sur site.
Supervision de l'équipe MEval.	Les supervisions des équipes de MEASURE Evaluation valorisent le travail des CVAC.
Disponibilité des téléphones portables	Le fait d'avoir des téléphones portables à leur disposition a aidé dans l'envoi des signaux par les CVAC.

**Tableau 12 : Difficultés et recommandations**

Difficultés	Impact actuel	Recommandation
Reconnaissance sociale	Le manque de reconnaissance communautaire dé motive les CVAC dans leurs activités ; Ils agissent, et en retour les communautés ne les prennent pas au sérieux.	Doter les CVAC de documents officiels ou d'objets de reconnaissance unique (badge, t-shirts, casquette, etc.) Faire un choix coordonné public (district, communautés et projets) Visite sur sites des CVAC (district et projets) Appui des communautés dans les travaux champêtres des CVAC
Reconnaissance des ICP/ médecins	Les CVAC ne sont pas motivés à s'investir parce que les ICP/médecins ne les soutiennent pas. S'ils font des référencement, ils ne sont pas pris en charge directement.	Doter aux CVAC d'une reconnaissance institutionnelle auprès des ICP/médecins Faire des réunions régulières entre CVAC/communautés/ICP
Déficit de téléphones	Les CVAC non-détenteurs de téléphones mobiles ne sont pas motivés.	Changer les téléphones (proposer des téléphones simples de marque Samsung) Doter de plus de téléphones aux CVAC dans les villages
Manque d'objets pour motiver ou pour attirer le public	Les CVAC ont du mal à capter les communautés dans les discussions.	Offrir des cadeaux aux femmes lors des journées de sensibilisation (produits d'hygiène pour les femmes par exemple)
Absence de cartes conseils avec images en couleur	Les CVAC ne peuvent pas retenir l'attention des communautés avec seulement des paroles.	Confectionner des cartes conseils avec couleur, en langues locales et français

## **5. ANNEXES**

### **Annexe 1 : Protocole de l'étude**

#### **PROTOCOLE D'ETUDE**

**Évaluation de la motivation des membres des Comités de Veille et d'Alerte  
Communautaire (CVAC) impliqués dans la surveillance des maladies infectieuses  
au Sénégal**

Version 2.0

## Contexte et justifications de l'étude

Les récentes épidémies de maladies infectieuses en Afrique telles que l'épidémie à virus Ébola ont fait ressortir le rôle important des acteurs communautaires de santé dans la surveillance des maladies notamment dans la détection précoce et la réponse rapide. Le Sénégal dispose à travers le pays d'un réseau bien organisé de Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC). La cellule de santé communautaire (CSC) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a élaboré un guide national qui décrit les critères de choix des membres de CVAC y compris leurs responsabilités. Les CVAC ont été initialement créés pour améliorer la santé maternelle et néonatale en renforçant la participation et l'autonomisation des femmes leaders communautaires dans le suivi et la mise en œuvre des activités de promotion de la santé maternelle et néonatale. Les rôles et responsabilités des CVAC comprennent l'identification précoce et le suivi personnalisé des femmes enceintes, des mères, et des nouveau-nés dans chaque localité pour augmenter les taux de consultations prénatales, les accouchements dans des structures sanitaires, et les consultations post-natales. Les membres de CVAC sont des volontaires engagés, des personnes ressources issues de la communauté, avec une grande faculté à planifier des activités et mobiliser des ressources pour la résolution des problèmes de santé maternelle et néonatale. Pour faire face aux multiples défis en santé publique, d'autres programmes comme la couverture maladie universelle (CMU) et la surveillance épidémiologique ont exprimé le besoin de travailler avec les CVAC. Aussi, le MSAS a développé le guide de mise œuvre de la stratégie de CVAC intégrée qui vise à améliorer la santé communautaire par le renforcement des capacités et l'autonomisation des leaders communautaires dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la surveillance épidémiologique, et de la couverture maladie universelle.

MEASURE Evaluation participe à la surveillance communautaire au Sénégal depuis 2016, en assurant la formation des CVAC dans quatre districts sanitaires pilotes (Tambacounda, Koumpentoum, Pété, et Podor) sur la recherche active et l'envoi d'alertes sur les huit maladies humaines prioritaires. Ces alertes sont envoyées par SMS aux infirmiers chefs de poste (ICP). Chaque groupe de CVAC est composé de huit à dix membres et peut couvrir d'un à sept villages, selon la taille et la localisation des villages. Plus de la moitié des groupes de CVAC des quatre districts pilotes ont été formés et équipés de téléphones portables pour détecter et signaler les maladies prioritaires en utilisant l'application mobile mInfoSanté. MEASURE Evaluation a initié, récemment, dans le cadre du programme de sécurité sanitaire mondiale, un projet de surveillance communautaire des zoonoses prioritaires. Tous les groupes de CVAC des quatre districts pilotes seront formés pour détecter et signaler les maladies zoonotiques suivantes : la rage, la grippe aviaire, la tuberculose bovine, les fièvres hémorragiques Ebola et Marburg, l'anthrax, et la fièvre de la vallée du Rift. Cette activité de surveillance des zoonoses au sein de la communauté va s'ajouter aux responsabilités actuelles des membres de CVAC, notamment la santé maternelle et néonatale et la surveillance des huit maladies humaines prioritaires. C'est dans ce contexte que MEASURE Evaluation prévoit d'organiser des discussions de groupe avec les acteurs communautaires afin de mieux comprendre la motivation des membres de CVAC et leurs attentes, et d'identifier des moyens d'incitation raisonnables et durables pour les encourager à continuer à jouer leur rôle important dans la communauté en tant que volontaires de la santé. Certaines recommandations issues de l'enquête pourraient être prises en compte dans ce projet pilote de surveillance des zoonoses prioritaires.

## Objectifs

- Identifier les facteurs qui motivent et ceux qui démotivent les membres de CVAC dans leur rôle d'acteur communautaire de santé en général et dans la recherche et la notification des maladies prioritaires en particulier.
- Formuler des recommandations sur les moyens de renforcer la motivation des CVAC dans leur activité de surveillance communautaire.

## Méthodologie

MEASURE Evaluation facilitera les discussions de groupe avec les membres de CVAC des districts sanitaires de Tambacounda, Koumpentoum, Pété, et Podor.

- Deux discussions de groupe seront menées dans chaque district.
- Dans chaque district, les deux groupes de CVAC seront sélectionnés sur la base d'un échantillonnage de commodité. Les critères de sélection de ces groupes de CVAC seront la facilité des déplacements des membres de CVAC et l'accessibilité du poste de santé ou tout autre lieu où pourra se tenir la rencontre pour la discussion de groupe.
- Les superviseurs de district de MEASURE Evaluation, en coordination avec les ICP des postes de santé sélectionnés, s'assureront qu'au moins quatre à six membres des groupes de CVAC sélectionnés participeront aux discussions de groupe.
- Les discussions de groupe seront organisées au poste de santé local, où se tiennent généralement les réunions communautaires. Elles devraient durer entre une heure et demie et deux heures.
- Les discussions de groupe seront menées dans un espace privé tel qu'une salle de réunion dans le poste de santé pour faciliter une bonne participation et une meilleure audibilité. Il est généralement observé qu'un tel environnement met les participants plus à l'aise.
- Pour une évaluation générale, des données démographiques et des informations sur l'engagement communautaire des participants seront collectées telles que l'âge, le sexe, le nombre d'années d'activité comme acteur communautaire de santé, le nombre d'années d'activité dans la surveillance à base communautaire, et le temps moyen en heure(s) consacré aux activités de santé communautaire par semaine.
- Les participants seront informés sur la méthodologie qui sera adoptée, y compris la nécessité d'enregistrer la discussion. Ils seront invités à signer un formulaire de consentement après avoir reçu toutes les informations pertinentes relatives à l'étude et les réponses à leurs questions.
- Les discussions seront dirigées par un modérateur et les notes prises par des animateurs qui sont les superviseurs de MEASURE Evaluation présents dans les districts pilotes dans le cadre de la surveillance à base communautaire.
- Le modérateur, provenant de l'équipe MEASURE Evaluation, sera chargé de la formation des animateurs, l'application du protocole, et de s'assurer que toutes les notes sont bien prises et les enregistrements vocaux sont correctement faits. Pour assurer l'intégrité des données, le modérateur enregistrera les discussions avec un enregistreur audio pour confirmer les notes prises. L'enregistrement ne sera pas utilisé à d'autres fins.

## Analyse des données

Dans cette étude, une approche qualitative sera utilisée pour analyser les données collectées à l'aide de techniques d'analyse de données qualitatives. Un échantillon des transcriptions des discussions de groupe sera comparé avec les fichiers audios pour s'assurer de l'intégrité des données. Toutes les transcriptions seront exploitées en utilisant les principes de la théorie ancrée. Cette méthode consiste à coder les idées et éléments qui se répètent, ensuite à regrouper les codes en concepts, puis en thèmes.

## Considérations éthiques et confidentialité

L'étude ne sera démarrée qu'après obtention d'un avis éthique auprès du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERES). Les discussions de groupe ne seront organisées qu'après avoir obtenu le consentement éclairé des participants. Les identifiants, les coordonnées, et toutes les données des

participants resteront confidentiels. Ils ne seront accessibles qu'à l'équipe de recherche et aux personnes autorisées. Aucun document (rapport, publication, etc.) ne mentionnera les identifiants ni les coordonnées des participants.

## Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé

Évaluation de la motivation des membres des Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC) impliqués dans la surveillance des maladies infectieuses au Sénégal

### Note d'information et formulaire de consentement

MEASURE Evaluation mène une étude pour mieux comprendre la motivation et les défis rencontrés par les membres de CVAC engagés dans les activités de surveillance à base communautaire (SBC) au Sénégal. Cette étude, basée sur des discussions de groupe, sera animée par le personnel de MEASURE Evaluation et organisée en coordination avec les infirmiers chefs de poste. Les participants à cette étude seront les membres de CVAC des quatre districts pilotes où MEASURE Evaluation, en collaboration avec le Ministère de la Santé, met en œuvre le projet SBC. Parce que vous êtes membre de CVAC du district de Podor, Pété, Tambacounda, ou Koumpentoum, nous aimerions vous inviter à participer à cette étude.

Cette discussion prendra environ une heure et demie à deux heures. Votre participation à cette discussion est entièrement volontaire et vous ne serez pas rémunéré pour votre temps. Vous pourrez refuser de répondre à des questions avec lesquelles vous n'êtes pas à l'aise. Néanmoins, des réponses ouvertes et sincères aux questions seront très appréciées. Si vous le souhaitez, vous pourrez arrêter de participer à tout moment. Votre décision n'affectera pas votre travail comme membre de CVAC. Toutes les données d'interview seront anonymisées avant l'analyse et aucune référence ne sera faite à votre nom si le rapport est publié. Vos réponses resteront confidentielles. Si vous avez des questions après cette discussion, veuillez contacter Dr. Doudou Diop, investigateur principal de l'étude au 77 552 19 29, email : [doudoudiop@thepalladiumgroup.com](mailto:doudoudiop@thepalladiumgroup.com)

Pour nous assurer que nous avons correctement saisi vos réponses, nous aimerions enregistrer cette session sur une bande audio. L'enregistrement aura un identifiant anonyme unique et sera conservé sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Une fois les réponses du groupe transcrites, l'enregistrement sera supprimé. Pour plus d'informations concernant les aspects éthiques de l'étude, veuillez contacter Dr. Samba Cor Sarr, Coordinateur du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNEERS), au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Téléphone : 77 647 09 99. Email : [cnrs2008@live.fr](mailto:cnrs2008@live.fr)

Voulez-vous participer à cette étude ? Oui | \_\_\_\_ | Non | \_\_\_\_ |

Donnez-vous votre permission pour l'enregistrement de cette discussion ? Oui | \_\_\_\_ | Non | \_\_\_\_ |

**Déclaration de consentement :** J'ai lu ou écouté et j'ai compris les informations ci-dessus et j'ai reçu des réponses à toutes les questions que j'ai posées. Je consens librement à participer à cette discussion de groupe.

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Date et signature : \_\_\_\_\_

**Déclaration de l'agent qui a mené la discussion sur le consentement éclairé :** J'ai soigneusement expliqué la nature, l'objectif, et la méthodologie de l'étude à la personne mentionnée ci-dessus et j'ai été témoin de la signature du formulaire de consentement éclairé.

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Date de la signature : \_\_\_\_\_

### Annexe 3 : Questionnaire individuel

Date : |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / 2018

Région médicale : \_\_\_\_\_ District sanitaire : \_\_\_\_\_

Poste de santé : \_\_\_\_\_ animateur : \_\_\_\_\_

Assistant : \_\_\_\_\_

Prénom & Nom : \_\_\_\_\_

Pseudo : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Quartier/village : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Langue (s) parlée (s) : \_\_\_\_\_

Langue(s) écrite (s) : \_\_\_\_\_

Langue(s) lue(s) : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : 0 : non scolarisé | 1 : alphabétisé | 2 : primaire | 3 : secondaire | 4 : supérieur

Situation matrimoniale : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Nombre de personnes en charge :

\_\_\_\_\_

Profession :

\_\_\_\_\_

Nombre et noms des villages couverts :

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

## Annexe 4 : Guide d'entretien

---

1. Quelle est votre principale activité génératrice de revenu ?
  2. Qu'est-ce qui vous a motivé à devenir un acteur de santé communautaire ?
  3. Depuis combien de temps êtes-vous membre de CVAC ?
  4. Les membres de votre communauté sont-ils au courant que :
    - a. Un groupe de CVAC existe dans votre localité (village) ?
    - b. Vous êtes membre de CVAC ?
  5. À quelle fréquence rencontrez-vous les membres de votre communauté (individus / ménages) ?
  6. À quelle fréquence votre CVAC se réunit-il ?
  7. Comment définiriez-vous votre rôle de CVAC ? Quelles sont vos responsabilités ? Veuillez décrire ce que vous faites quotidiennement en tant que membre de CVAC.
  8. Y a-t-il d'autres activités communautaires pour lesquelles vous faites du bénévolat ?
  9. Quel est votre rôle dans la surveillance des maladies telles que la diarrhée sanglante, la rougeole, la fièvre jaune, etc. dans votre communauté ?
  10. Qui vous soutient dans ce rôle ?
  11. Quels sont les principaux défis auxquels vous faites face dans votre rôle de CVAC ? Quelles mesures les autorités ont-elles prises pour résoudre certains ou tous ces problèmes ?
  12. Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail de CVAC ?
  13. Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans votre rôle de CVAC ?
  14. Qu'est-ce qui fait que vous restez motivé dans votre travail ?
  15. Avez-vous été déçu ou insatisfait dans votre rôle de CVAC ? Qu'est-ce qui a été spécifiquement décevant ?
  16. Un membre de CVAC est une personne qui soutient sa communauté sans rémunération. Outre l'argent, comment d'autres structures/organismes comme le gouvernement, les structures sanitaires, les organisations communautaires, ou tout autre organisme, pourraient-ils vous soutenir dans votre rôle de CVAC ?
- MENTIONNEZ CES ELEMENTS SEULEMENT SI LA QUESTION N'EST PAS COMPRISE :** Comme la supervision, des incitations, du matériel et équipement, etc.
17. Si vous deviez choisir, quel serait le moyen le plus important pour que le gouvernement ou un organisme communautaire puisse vous soutenir dans votre rôle ?

## Annexe 5 : Calendrier des focus groups

Dates	Région médicale	District sanitaire	Poste de santé
24 oct. 2018	Saint Louis	Podor	Ndioum
25 oct. 2018	Saint Louis	Podor	Fanaye
26 oct. 2018	Saint Louis	Pété	Médina Ndiathbé
27 oct. 2018	Saint Louis	Pété	Bodé Lao
31 oct. 2018	Tambacounda	Tambacounda	Dialocoto
1 nov. 2018	Tambacounda	Tambacounda	Missirah
2 nov. 2018	Tambacounda	Koumpentoum	Kouthiagaidy
3 nov. 2018	Tambacounda	Koumpentoum	Diam Diam

## **MEASURE** Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill  
123 West Franklin Street, Suite 330  
Chapel Hill, North Carolina 27516  
Phone : +1-919-445-9359  
measure@unc.edu  
[www.measureevaluation.org](http://www.measureevaluation.org)

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en œuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis. TR-19-348

ISBN : 978-1-64232-143-2

