

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
TECHNIQUE ET DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
(M.E.T.F.P)

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail- Liberté - Patrie

OFFICE DU BREVET DE TECHNICIEN
SUPERIEUR
(OBTS)

INSTITUT DE RECHERCHE ET DE FORMATION
POUR LE DEVELOPPEMENT LOCAL
(IRFODEL)

Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Brevet de Technicien Supérieur(BTS)

SPECIALITE: ANIMATEUR DE DEVELOPPEMENT LOCAL

THEME :

**IMPACTS DE L'APPROCHE RELAIS
COMMUNAUTAIRE DU PMDCT DANS LA MISE
EN ŒUVRE DU PROJET PISPMET A AOUDA**

Présenté et soutenu par :

SODJI Ahli Anselme

Promotion : 2015-2017

Sous la direction de :

Maître de stage :

**M. KOUEVI-GATH Hippolyte
Sociologue et chargé de projet
PISPMET dans la zone Aouda**

Directeur de mémoire :

**M. KPEKPE Koffi Daniel
Economiste du développement
Formateur à l'IRFODEL-CENTRE**

Décembre, 2018

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
TECHNIQUE ET DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
(M.E.T.F.P)

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail- Liberté - Patrie

OFFICE DU BREVET DE TECHNICIEN
SUPERIEUR
(OBTS)

INSTITUT DE RECHERCHE ET DE FORMATION
POUR LE DEVELOPPEMENT LOCAL
(IRFODEL)

**Mémoire pour l'obtention du Diplôme
de Brevet de Technicien Supérieur(BTS)**

SPECIALITE: ANIMATEUR DE DEVELOPPEMENT LOCAL

THEME :

IMPACTS DE L'APPROCHE RELAIS
COMMUNAUTAIRE DU PMDCT DANS LA MISE
EN ŒUVRE DU PROJET PISPMET A AOUDA

Présenté et soutenu par :

SODJI Ahli Anselme

Promotion : 2015-2017

Sous la direction de :

Maître de stage :

M. KOUEVI-GATH Hippolyte
Sociologue et chargé de projet
PISPMET dans la zone Aouda

Directeur de mémoire :

M. KPEKPE Koffi Daniel
Economiste du développement
Formateur à l'IRFODEL-CENTRE

Décembre, 2018

DEDICACE

Je dédie ce mémoire à :

- ❖ Mon père SODJI Quamvi Apollinaire**
- ❖ Ma mère KODJOVI Akouavi Dado**

REMERCIEMENTS

Qu'il nous soit permis d'adresser nos sincères remerciements à:

- Chacun des membres du JURY d'avoir accepté instruire ce mémoire ;
- Monsieur KOUADJO A. Lazare, Directeur Exécutif du PMDCT qui a accepté de faire le stage dans sa structure pour mener les recherches ;
- Monsieur KOUEVI-GATH Hippolyte, le Chargé de projet PISPMET dans le canton d'Aouda et maître de stage, qui a contribué à la préparation de la collecte des informations dans la zone du projet;
- Monsieur KPEKPE Koffi Daniel, Economiste du développement et Formateur à IRFODEL-CENTRE, qui a accepté encadrer ce travail de recherche.
- Monsieur FOLLY-NOTSRON Akuété, Professeur de français à IRFODEL-CENTRE, qui a accepté faire ses observations sur la rédaction de ce mémoire.
- Tout le personnel du PMDCT et l'équipe d'IRFODEL-CENTRE qui ont apporté leur soutien durant ce travail de recherche,
- Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin d'une quelconque manière à la réalisation de ce mémoire.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASC	Agent de Santé Communautaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DLM	Dispositif de Lave-main
IB	Initiative de Bamako
ODD	Objectif de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PISPMET	Programme Intégré pour la Santé familiale et la Promotion de la Micro Entreprise féminine au Togo
PMDCT	Programme Méthodiste de Développement Communautaire au Togo
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PplM	Pain pour le Monde
RC	Relais Communautaire
RDC	République Démocratique du Congo
RFS	Responsable de la Formation Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaire
TPI	Traitement Préventif Intermittent.
USP	Unité de Soins Périphériques

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Récapitulatif des personnes enquêtées par catégorie, groupe d'acteurs et localité.....	36
Tableau 2 : Récapitulatif des personnes enquêtées par groupe d'acteurs et par sexe.....	37

SOMMAIRE

DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
SOMMAIRE	vi
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	4
PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE, CONCEPTUEL, PHYSIQUE ET METHODOLOGIQUE	4
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	5
1.1- INTERET DE L'ETUDE.....	5
1.2- PROBLEMATIQUE	7
1.3- REVUE DE LA LITTERATURE	10
1.4- DEFINITION DES CONCEPTS CLES	12
1.5- DESCRIPTION DE LA RELATION ENTRE LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT	16
CHAPITRE 2: CADRE PHYSIQUE ET METHODOLOGIQUE	19
2.1- CADRE PHYSIQUE.....	19
2.2- CADRE METHODOLOGIQUE	28
DEUXIEME PARTIE.....	33
PRESENTATION, ANALYSE, INTERPRETATION DES RESULTATS ET FORMULATION DES RECOMMANDATIONS.....	33
CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	35
3.1- PRESENTATION DES RESULTATS.....	35
3.2- ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	43
CHAPITRE 4: FORMULATION DES RECOMMANDATIONS.....	50
4.1- A L'ENDROIT DES RELAIS COMMUNAUTAIRES (RC) DU PMDCT	50
4.2- A L'ENDROIT DES RESPONSABLES DE L'ONG PMDCT	51
CONCLUSION	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
REFERENCES WEBOGRAPHIQUES	56
ANNEXES	57
TABLE DES MATIERES	73

INTRODUCTION

En septembre 1978, il était admis à la conférence internationale d'Alma-Ata¹ que les Soins de Santé Primaire (SSP) étaient un moyen de réaliser la 'Santé pour tous à l'an 2000 (Faye, 2012).

Pour la mise en œuvre de la politique des Soins de Santé Primaire, la participation communautaire se révèle comme une stratégie fondamentale, (Rapport de l'OMS, 1978).

Ainsi, les premières applications des SSP ont été faites dans certains pays Africains (Éthiopie, Sénégal, Madagascar, etc.) et asiatiques (Chine, et Népal), à travers, la formation des agents de santé villageois ou communautaires, des aides-soignants ou des matrones (Faye, 2012).

A la suite de la conférence d'Alma-Ata, d'autres initiatives de redynamisation, des Soins de Santé Primaire en Afrique, ont eu lieu. Il s'agit, de l'initiative de Bamako (IB²) en 1987 et la déclaration d'Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des systèmes de santé en Afrique, en 2008, (PNDS-TOGO, 2012- 2015).

A la Conférence de Bamako en 1987, les échecs des SSP ont été constatés. Comme solution, le principe de la décentralisation du système de santé et de soins a été retenu. Cette réforme institutionnelle a institué une pyramide sanitaire avec des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les hôpitaux régionaux et de district dirigés par des médecins et le niveau périphérique. Ce dernier est composé par des postes de santé dirigés par un infirmier chef de poste et des cases de santé, confiées aux Agents de Santé Communautaire (ASC). En responsabilisant l'infirmier au niveau périphérique (administration, curatif, promotion de la santé) et en

¹ Ville de l'ex URSS (Union de la République Socialiste et Soviétique)

² IB est adopté à la conférence des ministres de santé africains à Bamako en vue de relancer les soins de santé primaires sur les principes d'efficacité et d'équité en vue d'assurer la santé pour tous, à l'an 2000. (Valéry Ridde, 2004).

valorisant la participation communautaire, cette réforme a démultiplié ses fonctions, en rendant nécessaire la présence des ASC. Compte tenu de la charge de travail de ces derniers, il a été décidé de leur confier les soins curatifs primaires et de prospecter des alternatives comme le relais communautaire (RC) pour les activités de promotion de la santé (visites à domicile, sensibilisation et mobilisation communautaire), (Faye, 2012).

Dès lors, l'Initiative de Bamako marque l'intégration des relais communautaires dans le domaine de la santé en particulier, la santé communautaire. Ils sont désormais reconnus comme acteur intervenant dans la mise en œuvre des actions de santé au niveau de leur communauté.

Dans les pays comme la République Démocratique du Congo (RDC), le Sénégal, le Mali, le Burkina- Faso et le Benin les RC sont identifiés et formés en vue de servir leur communauté en matière de promotion de la santé communautaire (visite à domicile, mobilisation communautaire et sensibilisation sur les maladies courantes...).

Les RC sont souvent et spécialement employés par les ONG dans la plupart des pays cités ci-dessus. Ils sont volontairement recrutés par les ONG. Ils les assistent dans la mise en œuvre de leurs projets de promotion de la santé communautaire.

Au Togo, l'ONG Programme Méthodiste de Développement Communautaire (PMDCT) œuvrant pour la promotion de la santé communautaire, identifie, forme et emploie les relais communautaires dans la mise en œuvre de ses projets. C'est le cas de son projet : Programme intégré pour la Santé familiale et la Promotion de la Micro Entreprise féminine au Togo (PISPMET³), exécuté dans les cantons d'Aouda, Gboto et Tokpli.

³ Ce projet est mise en œuvre par le PMDCT entre Mars 2015 et Avril 2018 dans les cantons de Gboto, Tokpli et Aouda. «*Document projet PISPMET phase I* »

Pour mieux cerner et apprécier les impacts du travail des relais communautaires du PMDCT sur leur vie professionnelle, leur relation avec les bénéficiaires et l'appropriation des actions du volet santé du projet par les bénéficiaires, ce thème de recherche a été choisi: **“Impacts de l'approche relais communautaire du PMDCT dans la mise en œuvre du projet PISPMET à Aouda⁴”**.

Les études antérieurement effectuées sur les RC, ne portant que sur le fonctionnement, la responsabilisation et la contribution des RC à la mise en œuvre des projets en matière de santé communautaire, il revient essentiellement d'analyser et de déterminer durant le présent travail, les impacts de l'approche RC sur les participants locaux (acteurs relais et bénéficiaires).

Dans le cadre de ce travail, les données collectées et analysées ont porté sur le changement que le travail des RC du PMDCT, a apporté dans leur vie professionnelle et familiale ; le changement intervenu dans leur relation avec les bénéficiaires et sur ce que les bénéficiaires du projet PISPMET ont acquis grâce aux actions des RC. Les données sont collectées, à travers, deux méthodes ; l'entretien individuel et l'observation directe. S'en suit le traitement des données à la fois qualitative et quantitative.

En vue d'atteindre les objectifs poursuivis par cette étude, la rédaction du document est structurée en deux parties, la première aborde le cadre théorique, conceptuel, physique et méthodologique de la recherche ; la seconde partie est consacrée à la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus ainsi que la formulation des recommandations pour l'amélioration des prestations dans la mise en œuvre de ce projet.

⁴ Aouda, est un canton situé dans la préfecture de Sotouboua. Il constitue depuis 2015, une Zone d'intervention de l'ONG PMDCT.

PREMIERE PARTIE

PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE, CONCEPTUEL, PHYSIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Le premier chapitre est consacré à l'intérêt de l'étude, la problématique, la revue de la littérature et la définition des concepts. La relation entre le secteur de la santé et le développement est également mise en exergue dans ce premier chapitre.

1.1- INTERET DE L'ETUDE

La réussite d'un projet dépend des interactions entre les acteurs (intervenants ou populations bénéficiaires) autour du projet, de l'appropriation des actions du projet par les bénéficiaires et aussi du changement que le projet a apporté dans la vie des bénéficiaires (Assogba, 1993).

L'implication des communautés bénéficiaires dans la mise en œuvre des projets est depuis quelques années une exigence des partenaires techniques et financiers ; ceci dans le but de garantir l'appropriation du projet par les communautés.

Pour arriver à cette finalité, les ONG exécutrices des projets, ont eu à développer des stratégies en vue de promouvoir la participation communautaire.

Au Togo et plus précisément dans le canton d'Aouda, les ONG présentes (PMDCT, RADAR⁵, ADESCO⁶ et Plan Togo⁷) ont toutes mis en place un système d'implication de la population locale. Dans le canton d'Aouda, des

⁵ Regroupement des Associations pour un Développement Appliqué des Réseaux. Elle intervient en collaboration avec Plan Togo pour accompagner les groupements villageois d'épargne et de crédit.

⁶ Appui au Développement et à la Santé Communautaire. Elle intervient dans le canton en promouvant la santé sexuelle chez les adolescents.

⁷ Elle est une ONG internationale et intervient dans la scolarisation des jeunes filles, l'éducation, l'appui des personnes handicapées.....

volontaires locaux ont été formés et responsabilisés dans la mise en œuvre des projets.

Particulièrement au sein de l'ONG PMDCT, les volontaires locaux sont dénommés relais communautaires. Ces derniers sont des volontaires bénévoles formés et responsabilisés dans la mise œuvre du projet PISPMET.

Durant six mois de stage réalisé à raison de deux mois en 2016 et de quatre mois en 2017 au sein de l'ONG PMDCT, le travail des RC dans le dispositif mis en place pour l'implication des populations, a été remarquable.

Ainsi, vu le rôle des relais dans l'exécution du projet PISPMET et compte tenu du caractère très technique du domaine de la santé, il est essentiel que les impacts de l'approche RC sur les participants locaux soient identifiés et analysés.

Dès lors, la présente étude va principalement porter sur l'identification et l'analyse des impacts de l'approche RC du PMDCT sur, la vie professionnelle et familiale des acteurs relais ; la relation entre les RC et les bénéficiaires ainsi que sur l'appropriation des actions du projet par les bénéficiaires.

1.2- PROBLEMATIQUE

Depuis plus de quatre décennies, la participation communautaire est parue comme un principe fondamental dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre des projets de développement.

La conférence d'Alma-Ata tenue en septembre 1978, a été un tournant pour l'application de ce principe dans le domaine de la santé, ceci, à travers, la mise en œuvre des projets de promotion des Soins de Santé Primaire dans les communautés.

Ainsi, des stratégies suscitant l'implication des communautés, telles que le recrutement volontaire et la formation des agents de santé communautaires et relais communautaires, ont fait leur apparition.

Les ASC et les RC jouent un rôle d'appui au personnel des centres de santé en matière de promotion de la santé dans les communautés. Ils interviennent aussi dans les projets d'intervention à base communautaire initiés par l'Etat ou les ONG.

Au Togo, les acteurs officiellement reconnus sont les Agents de Santé Communautaire (ASC). Mais, les relais communautaires sont aussi présents et jouent un rôle spécial pour les ONG dans le cadre de la mise en œuvre de leurs projets de développement en matière de santé communautaire. C'est le cas de l'ONG PMDCT qui emploie les RC dans le cadre de ses projets de santé communautaire depuis une dizaine d'années.

Par ailleurs, dans les pays comme le Sénégal, le Mali, le Burkina-Faso, le Bénin, la République Démocratique du Congo (RDC), les RC sont officiellement reconnus. Ils ont quasi pratiquement les mêmes responsabilités que les ASC dans le champ de la santé.

Les recherches antérieures sur le rôle, la responsabilisation et le fonctionnement des relais communautaires dans le cadre de l'exécution des projets de santé communautaire initiés par les ONG ou l'Etat ont fait objet

d'étude au Sénégal, Mali, Burkina-Faso et en République Démocratique du Congo (RDC).

Cependant, notre recherche documentaire n'a pas permis d'identifier des données sur les impacts réels de l'approche RC sur les participants locaux au projet (acteurs relais et bénéficiaires).

Ainsi, vu l'importance du rôle que jouent les RC du PMDCT dans la mise en œuvre du projet PISPMET à Aouda, une question générale s'est posée pour orienter l'étude: **quels sont les impacts de l'approche RC du PMDCT sur les participants locaux (acteurs relais et bénéficiaires) du projet PISPMET ?**

De cette question générale découlent trois questions spécifiques, à savoir:

- i) quel est l'impact de l'approche RC du PMDCT sur la vie professionnelle et familiale des acteurs relais ?
- ii) quel est l'impact de l'approche RC du PMDCT sur l'appropriation des actions du projet par les bénéficiaires ?
- iii) quel est l'impact de l'approche RC du PMDCT sur la relation entre les acteurs relais et les bénéficiaires ?

Pour répondre à ces questions, les hypothèses suivantes ont été formulées :

1.2.1- Hypothèse générale

L'approche RC du PMDCT favorise l'implication des participants locaux (acteurs relais et bénéficiaires) dans la mise en œuvre du projet PISPMET.

1.2.2- Hypothèses spécifiques

De l'hypothèse générale découle trois hypothèses spécifiques à savoir :

- i) l'approche RC contribue à l'amélioration de la vie professionnelle et familiale des relais en renforçant leurs connaissances en matière de santé ;

- ii) l'approche RC permet l'appropriation des actions du projet par les bénéficiaires ;
- iii) l'approche RC améliore la relation entre les acteurs relais et les bénéficiaires durant la mise en œuvre le projet.

1.2.3- Objectif général

Cette étude vise à analyser et déterminer les impacts réels de l'approche Relais Communautaire (RC) du PMDCT sur les participants locaux au projet PISPMET dans le canton d'Aouda.

1.2.4- Objectifs spécifiques

Pour atteindre l'objectif général de l'étude, trois objectifs spécifiques ont été définis, à savoir:

- i) détermination des impacts de l'approche relais communautaire sur la vie professionnelle et familiale des acteurs relais du projet.
- ii) évaluation des impacts de l'approche RC sur l'appropriation des actions du projet PISPMET par les bénéficiaires.
- iii) analyse des impacts de l'approche RC sur la relation entre les acteurs relais et les bénéficiaires du projet.

1.3- REVUE DE LA LITTERATURE

Les relais communautaires ont fait objet d'étude de quelques auteurs dont Faye et organisations telle que l'ONG ACF dont leurs résultats de recherche concourent à cette étude. Alors il revient nécessaire de montrer de façon succincte dans ce document l'étendue de leurs résultats par rapport au thème choisi.

L'étude menée par Faye en 2012, a porté sur les enjeux, les modalités et les défis de la responsabilisation des relais communautaires dans la mise en œuvre du traitement préventif intermittent (TPI) saisonnier du paludisme dans les régions de Tivaoune, Keur et Socé, au Sénégal. En effet, son étude a permis dans son ensemble de mettre en exergue le rôle que les relais communautaires sont en mesure de jouer en matière de santé dans leur communauté. Son étude a permis également de déterminer la motivation des RC et de se rendre compte que les communautés apprécient bien leur rôle. En outre, les résultats de son étude ont permis de conclure que la responsabilisation des relais renforce l'adhésion des communautés.

Pour l'ONG Action Contre la Faim (ACF), son étude effectuée en 2015, a porté sur le rôle, le fonctionnement, la formation et la motivation des RC durant la mise en œuvre des activités du programme "Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant" (ANJE) dans les régions du Sénégal, Mali et Burkina-Faso. Ainsi son étude a permis d'évaluer le rôle que les RC ont joué dans la lutte contre la malnutrition aigüe chez les enfants et l'appropriation des techniques d'alimentation des enfants par les mères.

En somme, les résultats de recherche de Faye et de l'ONG ACF montrent que les relais communautaires sont actifs et ils jouent un rôle important dans la mise en œuvre des projets en matière de santé communautaire. Leur responsabilisation en tant qu'acteur relais dans la mise en œuvre des projets

destinés à leur communauté renforce l'adhésion de la communauté au projet.

Ainsi, au vue des objectifs visés par cette étude et des résultats obtenus par Faye et l'ONG ACF, nous admettons que leurs résultats constituent un complément à cette étude, car celle-ci a porté généralement sur l'identification et l'analyse du rôle des RC du PMDCT dans le projet PISPMET. Il en est de même que l'appréciation du rôle des RC par leur communauté.

Au-delà de cette complémentarité, cette étude dans un premier temps abordera spécifiquement le changement que le rôle et la formation des RC ont apporté dans leur vie professionnelle et familiale et ensuite se penchera sur la contribution des RC à l'appropriation des actions du projet par les bénéficiaires. Aussi mettra-t-elle en exergue la relation entre les RC et les bénéficiaires et l'appréciation du rôle des RC par le personnel de la santé de l'USP de la zone projet.

1.4- DEFINITION DES CONCEPTS CLES

La rédaction d'un document scientifique est un travail scientifique et il est important de s'entendre sur le sens des concepts clés utilisés dans cette étude afin d'être clair et d'éviter toute confusion.

❖ Approche

Selon le dictionnaire Robert micro (2009), le terme ‘‘approche’’ désigne la manière d'aborder une question d'étude.

❖ Relais communautaire (RC):

Comparativement à l'ASC « chargé de dispenser des soins curatifs de base ainsi que des soins préventifs et promotionnels dans sa communauté », le RC est un agent chargé de mener des activités de sensibilisation, d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, ainsi que des activités préventives et promotionnelles dans sa communauté, (étude sur le fonctionnement des relais, réalisée par l'ONG ACF en 2015)

Selon le *Community relay procedures Manual*⁸, le Relais Communautaire est une personne, homme ou femme volontaire, habitant le village ou la rue, choisie par les habitants de cette entité et qui assure le pont entre les individus membres d'une famille et le service de santé. Le relais communautaire, accepte de consacrer une partie de son temps aux activités d'intérêts communautaires, en vue de contribuer à l'élaboration et la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans sa communauté.

Dans le cadre de cette étude sur le projet PISPMET, le relais communautaire constitue un membre (acteur) de la communauté

⁸ Terme anglais qui signifie, Manuel de procédures des relais communautaires

bénéficiaire, identifié, formé et responsabilisé dans la mise en œuvre des activités du projet. Il sert de pont ou intermédiaire entre les animateurs du projet et les groupes bénéficiaires (Rapport de formation des relais communautaire d'Aouda élaboré par l'ONG PMDCT en 2016) Par sa formation et son expérience, le RC devient, un leader local et une personne ressource pour les ONG intervenant dans sa communauté.

❖ **Approche relais communautaire**

Les recherches, ne nous ont pas permis de trouver une définition théorique du concept ‘‘approche relais communautaire’’.

Mais, suite à notre propre analyse et échange avec le *Chargé de projet PISPMET, zone Aouda*, nous avons retenu que : le terme ‘‘approche relais communautaire ’’, est une manière d’intégrer et de responsabiliser les membres d’une communauté cible, dans la mise en œuvre des projets de promotion de la santé communautaire du PMDCT.

L’approche RC constitue donc un dispositif d’implication des populations dans l’exécution des projets de santé communautaire du PMDCT.

Dans le cadre du projet PISPMET, l’approche RC consiste à identifier, sélectionner, former et responsabiliser une ou deux personnes dans chaque village d’intervention du projet. Ces personnes peuvent être des hommes ou des femmes. Elles doivent avoir un âge supérieur à 18 ans, savoir lire, parler et écrire le français et maîtriser les langues locales (Kabyè et Kotokoli).

En réalité l’approche RC du PMDCT, vise à promouvoir la démultiplication, l’appropriation et la pérennisation des actions du projet par les acteurs relais dans leurs localités respectives. Ceci implique la nécessité de former et de responsabiliser certains acteurs dans chaque localité du projet en vue de garantir sa continuité.

Au-delà des concepts définis précédemment, certains termes utilisés dans le document nécessitent d'être définis. Il s'agit, des termes suivants :

❖ Projet de développement

Un projet est avant tout une composante d'un programme qui contribue en partie à satisfaire un besoin d'un groupe cible dans le temps et dans l'espace.

Selon le centre européen d'expertise en évaluation, un projet est une intervention publique unique, non divisible, visant à atteindre des objectifs opérationnels.

Dans le cadre de cette étude, le terme projet de développement est compris comme une intervention ciblée, limitée dans le temps et caractérisée par un ensemble d'activités planifiées et coordonnées dont la réalisation nécessite des ressources (matérielles, financières et humaines) en vue d'améliorer les condition de vie sociale et économique des populations d'une localité donnée.

❖ Santé communautaire

Le terme santé communautaire apparu pour la première fois dans les années 1990 aux Etats-Unis caractérise les actions menées en matière de santé par des acteurs au niveau leur communauté.

Selon Céline SMITH, la santé communautaire, contrairement à la santé publique qui est une discipline qui se traduit par une politique et gère administrativement la situation sanitaire d'une collectivité qui reste passive, est un concept qui véhicule des valeurs qui se traduisent par des méthodes d'intervention qui exigent la participation active de la communauté à l'amélioration de la situation sanitaire. Cette définition de Céline SMITH est celle qui retienne notre attention dans le cadre de la présente étude.

Tout compte fait, la mise en œuvre d'un projet de développement nécessite une participation active de la communauté ciblée par le projet. De même, les interventions en matière de santé communautaire se traduisent par la participation active de la communauté.

Ainsi, vue l'intérêt accordé au terme de santé communautaire et projet de développement dans la présente étude, il revient essentiel de mettre en exergue le lien entre le terme "santé" et "développement" dans le document.

1.5- DESCRIPTION DE LA RELATION ENTRE LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT

Ce paragraphe met en exergue la relation qui existe entre la santé et le développement.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le but du développement est la dignité humaine et le bien-être, dont la santé est un élément essentiel. Les progrès accomplis en matière de développement social durable se répercutent sur l'état de santé de la population et la "santé pour tous" doit devenir un principe directeur dans le cadre plus large du développement durable (rapport de la quatre-vingt-treizième session du conseil exécutif de l'OMS, 1993).

C'est ainsi que l'OMS va loin en démontrant que l'énergie et la créativité humaines sont les moteurs du développement; des personnes malades ou fatiguées ne peuvent avoir ni l'une ni l'autre. Une population active en bonne santé est un préalable au développement économique, puisqu'elle consacre davantage de temps et d'énergie à utiliser ses ressources naturelles et humaines pour des activités productives et pour la protection de l'environnement.

Dès lors, des accords multilatéraux et internationaux se poursuivent entre l'OMS et ses pays membres en vue de renforcer le système et les services de santé dans le monde, de réduire les inégalités en matière d'accès aux services de santé et de donner une place prioritaire à la santé dans les politiques de développement.

Malgré ces accords et efforts pour promouvoir la santé et le développement des populations, les Etats et les institutions de développement se sont rendus compte au début du 21^{ème} siècle que le secteur de la santé est toujours confronté à de nombreux défis d'enjeu régional, national et international (l'apparition de nouvelle épidémie dans certains pays, la

prolifération des maladies non-transmissibles et transmissibles, les inégalités d'accès aux services de santé dans les pays pauvres, les insuffisances en matière d'équipements et d'infrastructures sanitaires...).

Alors pour faire face aux défis de l'heure et parvenir à l'assurance de la bonne santé et du bien-être pour tous à l'horizon 2030, les Objectifs de Développement Durable (ODD) ont été définis et adoptés par toutes les nations depuis 2015. En effet, les ODD visent à garantir une amélioration socioéconomique et écologique des conditions de vie de la génération actuelle et de la génération future. Ainsi la réalisation des actions pour l'atteinte des 169 cibles des ODD doit tenir compte de la protection de l'environnement, de l'équité genre, de la gestion rationnelle des ressources (naturelles comme non naturelles) pour un développement socioéconomique optimal et durable.

En particulier, c'est l'ODD 3, qui est consacré aux défis à relever en matière d'assurance de la santé et du bien-être de la population de tous les coins du monde. En effet, cet objectif vise à faire de la santé et le bien-être pour tous, une priorité dans les actions des Etats et des organismes de développements (Institutions Internationales, ONG...). Désormais l'Etat et les organisations de développement sont appelés à élaborer et mettre en œuvre des stratégies et programmes qui vont contribuer au renforcement des systèmes et services de santé publique que communautaire, garantir l'offre des soins de qualité à tous, réduire considérablement les problèmes de santé (épidémie, maladie non-transmissible et transmissible, malnutrition, mortalité néonatale, infantile et maternelle...).

De tout ce qui précède, il est retenu que le secteur de la santé est primordial pour l'amélioration des conditions de vie des populations. Or qui parle de l'amélioration des conditions de vie parle du mieux-être et quand le mieux-être y est, le développement est assuré.

Le secteur de la santé constitue donc un facteur de développement. A titre d'exemple, dans une localité où la population a facilement accès à un service de santé de qualité, la population serait en bonne santé et très active pour développer des activités d'ordre social et économique qui vont favoriser le développement de cette localité. C'est dans cette optique que l'ONG Programme Méthodiste pour le Développement Communautaire au Togo (PMDCT), visant l'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables a élaboré le projet, Programme Intégré pour la Santé familiale et la Promotion de la Micro Entreprise féminine a au Togo (PISPMET) pour répondre dans un premier temps aux problèmes de santé qui se posent dans le canton d'Aouda et dans un second temps appuyer la population cible à augmenter leur niveau de vie.

CHAPITRE 2: CADRE PHYSIQUE ET METHODOLOGIQUE

Dans ce deuxième chapitre de la première partie du document, il est abordé en premier lieu, le cadre physique qui a porté sur la description de l'ONG PMDCT, du projet PISPMET, de l'approche relais communautaire du PMDCT et du canton d'Aouda. En second lieu, le cadre méthodologique de l'étude est présenté.

2.1- CADRE PHYSIQUE

2.1.1- Présentation de l'ONG PMDCT

L'ONG Programme Méthodiste de Développement Communautaire au Togo (PMDCT) est une ONG d'obédience chrétienne créée en octobre 1998. Elle constitue le département des œuvres de développement de l'Eglise Méthodiste du Togo. Elle est dotée d'autonomie de gestion. Le programme vise à contribuer à l'édification d'une société plus juste, conviviale et plus humaine en luttant contre la pauvreté et en promouvant au Togo le développement économique, social et culturel des communautés. Son siège se trouve à Lomé et se situe dans le bloc administratif de la Conférence de l'Eglise Méthodiste du Togo dans l'enceinte de la Paroisse "Salem" au quartier Hanoukopé, face à la CNTT. Elle a des bureaux annexes à Tabligbo dans la préfecture de Yoto, à Aouda dans la préfecture de Sotouboua et à Amoussoukopé dans la préfecture d'Agou.

En effet, dans le but de contribuer au développement communautaire au Togo, l'ONG PMDCT a réalisé différents projets de promotion de la santé communautaire couplés de l'autopromotion du genre féminin dans la préfecture de Yoto et de Sotouboua.

Entre 2006 et 2015, elle a mis en œuvre les phases I, II, III du projet ‘‘Renforcement de la Santé de la Mère et de l’Enfant’’ (RSME) dans cinq cantons (Zafi, Ahépé, Kouvé, Gboto et Tokpli) dans la préfecture de Yoto. Entre 2007 et 2014, elle a exécuté le projet ‘‘Programme de Santé Intégré et d’Autopromotion de la Femme’’ (PISAF) dans le canton de Zouvi. En 2015 dans le cadre du projet PISPMET, l’ONG PMDCT a élargi ses actions vers le canton d’Aouda dans la préfecture de Sotouboua. La détermination des impacts réels de l’approche RC appliqué dans la mise en œuvre de ce projet PISPMET fait l’objet de cette étude.

2.1.2- Présentation du projet PISPMET

Le projet PISPMET est un projet exécuté par l’ONG PMDCT dans les cantons de Gboto et Tokpli dans la préfecture de Yoto et d’Aouda dans la préfecture de Sotouboua. Ce projet est réalisé avec l’appui financier de PplM⁹. Il a duré trois ans (d’Avril 2015 à Mars 2018).

L’objectif général de ce projet est de contribuer à l’amélioration des conditions de vie des populations des localités de Gboto, Tokpli et Aouda, à travers, l’éducation à la santé et à la promotion de la micro entreprise féminine au Togo.

Le projet ‘‘PISPMET’’ est composé de deux volets : le volet 1 : ‘‘santé communautaire’’ et le volet 2 : ‘‘micro entreprise’’.

L’objectif spécifique du volet (1) est de : « *renforcer durablement le niveau de connaissances des populations des localités du projet en matière de santé communautaire pour un changement de comportement sur le plan de la prévention des maladies courantes* ».

Le volet(2) a pour objectif spécifique de : « *renforcer la capacité des populations des zones d’intervention pour une prise en charge*

⁹ Organisation Allemande, partenaire financier du PMDCT

communautaire dans le but de promouvoir le développement endogène de leur localité ».

Ce projet a touché directement 225 personnes dont 176 femmes et 49 hommes. Le nombre de personnes indirectement touché est estimé à plus de 1500 personnes résidents dans le canton d'Aouda selon les animateurs de terrain.

Les activités dudit projet sont présentées par volet dans les lignes suivantes :

- Volet santé communautaire

Les activités du volet santé communautaire sont :

❖ Animation de causeries éducatives sur les maladies courantes et les règles d'hygiène et d'assainissement

Cette activité est l'activité principale du projet. Elle consiste d'une part à sensibiliser et éduquer chaque semaine les groupes de bénéficiaires sur les causes, les manifestations et les mesures de prévention des maladies courantes de la sous-région (paludisme, choléra, hépatites, méningite, malnutrition aigu, hypertension artérielle, diabète...), d'autre part à susciter l'attention des bénéficiaires sur l'importance de la pratique régulière des règles d'hygiène et d'assainissement (lavage des mains, salubrité, entretien, non à la défécation à l'air libre...) dans leurs ménages et entourages.

❖ Formation des relais communautaires

Elle consiste à former les acteurs identifiés comme relais dans la communauté bénéficiaires sur leur rôle à jouer dans la mise en œuvre du projet. La formation porte, en occurrence, sur les techniques d'animation

de groupe, les techniques d'organisation des évènements de sensibilisation et des visites à domicile, les méthodes d'identification des enfants malnutris... Les RC sont aussi outillés des supports sur les thèmes de causerie éducative. Au total 13 relais dont 09 femmes ont été formés durant le projet.

❖ Renforcement de capacité des acteurs locaux (chefferie, membres de CVD et CCD et les femmes leaders)

Cette activité du projet a permis de former les acteurs locaux sur leur rôle au niveau local et attirer leur attention sur la notion du développement communautaire, de la contribution locale et les facteurs du développement endogène. L'atelier de renforcement a touché au total 22 acteurs locaux dont 12 femmes.

❖ Identification et prise en charge des enfants malnutris

Cette activité consiste à identifier et référer les enfants malnutris à l'ONG PMDCT qui à son tour prend en charge les enfants malnutris sur le plan médical et nutritionnel par l'intermédiaire du personnel de santé de l'USP Aouda. Au total 15 enfants malnutris dont 09 garçons ont été identifiés et pris en charge durant le projet.

❖ Construction de latrines écologique et sanitaires (EcoSan)

Cette activité consiste à installer les latrines EcoSan dans les ménages des bénéficiaires qui ont accepté apporter une contribution locale de 80.000 F CFA. Au total dix latrines EcoSan ont été installées dans la zone Aouda.

❖ Installation de fontaines et puits

Suite à une concertation entre l'ONG PMDCT, les acteurs locaux (chefferie, membres de CVD/ CCD et femmes leaders) et le comité locale

de l'hydraulique villageois, une fontaine et un puits ont été installés dans deux villages bénéficiaires du projet où le besoin d'approvisionnement en eau potable se fait le plus sentir par rapport aux autres villages bénéficiaires du canton. Le village ayant bénéficié la fontaine est Habièda et celui ayant bénéficié le puits est Landa.

❖ Distribution de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA)

Pour contribuer à la réduction du taux de paludisme dans le canton, l'ONG PMDCT a distribué dans le cadre de son projet 240 moustiquaires imprégnées aux bénéficiaires du projet dans le canton d'Aouda contre une contribution locale de 500F par bénéficiaire.

❖ Appui des centres de santé de la zone du projet en équipements et matériels médicaux

Durant le projet, 12 lits d'hôpital, 01 Microscope, des gans, des compresses et autres matériels de soins ont été offerts à l'USP Aouda pour renforcer son équipement.

- Volet micro entreprise féminine

❖ Formation, appui et accompagnement des groupements féminins dans la création et gestion de leur AGR

Dans le cadre du deuxième volet du projet qui vise à promouvoir la micro entreprise féminine, 16 groupements féminins ont été formés et appuyés techniquement et matériellement pour démarrer leur activité génératrice de revenu (AGR). Parmi ces groupements, 05 sont spécialisés dans la transformation du manioc en gari, 04 dans la fabrication du savon congru

et 06 dans la production et le stockage des céréales (riz, maïs, sodja et sorgho)

NB : il est à noter que cette étude a porté uniquement sur les actions du volet santé communautaire du projet.

2.1.3- Description du canton d'Aouda

Le canton d'Aouda se trouve dans la région centrale au Togo plus précisément dans la préfecture de Sotouboua. Il est situé à environ 308 km de Lomé la capitale du Togo, 22 km du chef-lieu de préfecture (Sotouboua) et à 32 km de Sokodé chef-lieu de la Région centrale. La Préfecture de Sotouboua compte 16 cantons (dont le canton d'Aouda) et 270 villages. Le canton d'Aouda est limité au nord par le canton de LamaTessi, au sud par les cantons d'Adjengré, de Tittigbé et de Sessaro, à l'Est par le canton de Kadambara et l'Ouest par la faune de Fazao. Le canton d'Aouda couvre une superficie de 204 km² selon la Direction Régionale de la Statistique de Sokodé. Il est situé dans son ensemble dans la plaine de Mono entrecoupé par endroit des collines. La colline de Tchoribiyè à Toukoudjou est le point culminant du canton.

La population du canton d'Aouda est estimée en 2015, à environ 15768 habitants dont 7951 hommes et 7817 femmes selon la Direction de la statistique de Sokodé. Le canton est composé majoritairement des peuples Kabyè et autres tels que Kotokoli, les Nawdéba, Lamba, Tem, Bassar, Peulh et Moba. Sa pluralité ethnique lui confère des pratiques socioculturelles diversifiées. Les religions pratiquées dans le canton sont : L'animisme, le christianisme et l'islam.

Le canton d'Aouda est dirigé par un chef canton. Il regroupe environ 26 villages dirigés par les chefs du village. Parmi ces villages, 10 ont bénéficié du projet PISPMET. Il s'agit des villages : Zongo, Kadja, Landa, Habièda, Tchilada, Houlong, Nima, Babadè, Alabadè et Lawélou.

2.1.4- Description de l'approche relais communautaire du PMDCT

L'application de l'approche relais communautaire s'incline en différentes phases dont : identification, sélection, formation et accompagnement des relais communautaires. Ainsi, une description succincte des différentes phases de cette approche et du rôle des RC rendra plus explicite la lecture de ce travail.

- Les phases d'application de l'approche RC du PMDCT

❖ Phase d'identification

Elle est effectuée au début de projet. Après l'organisation des bénéficiaires du projet en différents groupes par localité de provenance, les animateurs de terrain en collaboration avec les acteurs locaux, passent à l'identification des personnes (homme ou femme) capables de jouer le rôle de relais. Au moins deux personnes sont identifiées au sein de chaque localité.

Les critères d'identification sont, avoir au moins 18 ans, avoir une bonne moralité, être membre actif et reconnu dans la localité, savoir parler, lire et écrire le français, être disponible, parler les langues locales (Kabyè et kotokoli), résider dans le milieu pendant 3 ans au moins et être marié (de préférence).

❖ Phase de formation

Pour permettre aux personnes identifiées d'acquérir les connaissances nécessaires et de mieux jouer leur rôle dans la communauté, un atelier de formation est organisé à leur endroit. La formation a porté sur le rôle et les qualités d'un relais communautaire et les techniques et méthodes d'animation en matière de santé communautaire. Ces techniques et méthodes sont : la Communication pour le Changement de Comportement

(3C), l'Information-Education-Communication (IEC) ; la réunion de masse, la causerie éducative, le focus group et divers.

Aussi leur formation a-t-elle porté sur les manifestations et les mesures de prévention des maladies courantes, (paludisme, diarrhée, choléra, malnutrition, méningite, etc...).

❖ Phase de sélection

A la phase de sélection, chaque personne identifiée et formée, est soumise à un test oral et écrit de contrôle de connaissance. Ce test permet de choisir la meilleure personne capable de jouer le rôle de relais. Les personnes retenues sont celles qui ont bien réussi les tests et se rendent disponibles à jouer le rôle de relais bénévolement dans leur localité de provenance.

Après la sélection des RC, une cérémonie est organisée pour montrer publiquement les RC aux autorités locales et à la population.

❖ Phase d'accompagnement

Cette phase est caractérisée par l'observation et l'appui des relais dans la mise en pratique des connaissances acquises et l'accomplissement de leurs plans d'action (animation de causerie éducative ; visite à domicile, organisation des opérations "village propre"...).

Pour ce faire, les animateurs de terrain organisent des réunions mensuelles avec tous les relais communautaires. Ces réunions portent parfois sur le rapport d'activité des RC par localité, la préparation des thèmes de causeries éducatives, des opérations "village propre" et des activités de sensibilisation à grand public.

Aussi ces réunions périodiques, constituent-elles, le lieu d'échange et de concertation entre les animateurs et les RC sur les difficultés que rencontrent ces derniers lors de l'accomplissement de leur rôle.

- Rôle du relais communautaire du PMDCT

Dans le cadre des interventions communautaires du PMDCT à travers ses projets, les ménages constituent les premières cibles. L'adoption des bonnes pratiques en matière de santé (prévention des maladies courantes, hygiène et assainissement) au niveau de ces ménages nécessite un suivi rapproché que fera le relais communautaire, à travers des séances d'IEC et des visites à domicile.

Ainsi, selon les attributions des RC du PMDCT, ils sont tenus d'informer, éduquer, inciter au changement de comportement et de vérifier le respect des pratiques des règles d'hygiène et d'assainissement dans les ménages bénéficiaires de leur localité. Ce qui a conduit les habitants d'Aouda à surnommer en langue Kabyè, les animateurs, relais communautaires et bénéficiaires du projet PISPMET : « *tchééré tchééré* » qui veut dire "propreté".

Somme toute, les RC du PMDCT se sont montrés capables de jouer leur rôle dans leur localité respective malgré les difficultés.

2.2- CADRE METHODOLOGIQUE

Le cadre méthodologique illustre la démarche scientifique qui a été adoptée pour mener cette étude. Il a porté sur le type d'étude qui a été fait. Ensuite, le milieu d'étude et les caractéristiques de la population d'étude. Enfin, les techniques de collecte des données adoptées et les difficultés rencontrées durant l'étude sont présentées.

2.2.1- Type d'étude

La présente étude consiste à faire une analyse qualitative et quantitative des données recueillies sur le terrain. Il s'agit essentiellement des données qui illustrent les effets de l'approche relais communautaire du PMDCT sur les participants locaux du projet PISPMET en particulier les acteurs relais et les bénéficiaires du canton d'Aouda.

2.2.2- Milieu d'étude

Le milieu de cette étude est constitué de huit villages sur les 10 qui ont bénéficié du projet PISPMET dans le canton d'Aouda.

Il s'agit des villages suivants : Alabadè, Babadè, Habièda, Houlong, Lawèlou, Landa, Tchilada et Zongo.

Ces villages ont été choisis à cause de leur proximité par rapport au chef-lieu du canton et aussi à cause de la disponibilité des répondants ciblés, pour notre enquête dans ces zones.

2.2.3- Population d'étude

❖ Taille de la population d'étude

La taille globale de la population du canton est estimée à 15768 habitants du canton dont 7951 hommes et 7817 femmes selon la direction de la statistique de Sokodé en 2015, mais le projet PISPMET réalisé dans dix

villages du canton a directement touché 225 personnes dont 176 femmes et 49 hommes et indirectement environ 1500 personnes selon le rapport de fin projet.

Ainsi la population de l'étude est constituée d'un échantillon de 97 personnes dont 72 femmes et 25 hommes. Mais, sur le terrain l'enquête n'a touché qu'un échantillon de 66 personnes dont 46 femmes et 19 hommes.

❖ Caractéristiques de la population d'étude

L'échantillon de 97 personnes constitue l'échantillon prévisionnel de notre population l'étude.

La constitution de cet échantillon est basée sur les critères suivants : localité, genre, âge, personnes ayant participé au projet, personne n'ayant participé pas au projet. Il est à noter que les personnes ayant participé au projet sont les personnes à qui le projet a directement touché. Les personnes n'ayant pas participé au projet sont les personnes qui résident dans les villages bénéficiaires mais ne participent pas aux actions du projet. Pourtant elles sont au courant des actions du projet dans leur localité. Ainsi elles sont considérées comme des bénéficiaires indirects du projet.

Selon le **critère localité**, les personnes enquêtées sont les personnes qui résident dans les villages d'intervention du projet. 08 villages sur les 10 villages bénéficiaires sont sélectionnés pour l'étude. Ainsi en plus du RFS, 12 personnes sont identifiées par village. Ce qui fait un total de 97 personnes.

Selon le **critère genre**, les femmes sont en majorité sélectionnées (72 femmes sur 97 à raison de 9 par village sélectionné pour l'étude) car le projet est destiné en premier lieu aux femmes. Cela est démontré par le fait que le nombre de femmes directement touché par le projet (176 sur 225) est supérieur au nombre des hommes (49/225).

Selon le **critère âge**, les personnes qui constituent l'échantillon ont l'âge compris entre 26 et 58 ans.

Selon le **critère personne ayant participé au projet**, 81 personnes sur 97 sont sélectionnées soit 10 personnes par village sélectionné en plus du RFS)

Selon le **critère personne n'ayant pas participé au projet**, 16 personnes soit 02 personnes par village sont sélectionnées pour l'étude.

Compte tenu des réalités du terrain, l'échantillon de départ n'a pas été respecté comme prévu.

Ainsi, l'étude a finalement touchée un échantillon de 66 personnes. Cet échantillon est composé de : 01 responsable de la formation sanitaire (RFS) et 65 personnes provenant des 08 villages sélectionnés pour l'étude.

Sur les 65 personnes 56 personnes dont 40 femmes ont participé au projet.

Les personnes ayant participé au projet sont classés en quatre groupes de personne enquêtée dont :

- les relais communautaires composé de 09 personnes dont 5 femmes ;
- les bénéficiaires directs composés de 42 personnes dont 34 femmes ;
- les membres de CVD composés de 02 personnes dont une femme,
- les autorités locales composées de 03 chefs de village.

Il est à noter que les bénéficiaires directs sont les membres des groupes de causeries éducatives mise en place par le PMDCT dans les villages bénéficiaires du projet.

Les personnes n'ayant pas participé au projet et qui ont fait partie des enquêtés sont au nombre de 09 personnes dont 06 femmes. Elles sont impliquées dans l'échantillon des personnes enquêtées en vue d'avoir un regard externe sur l'appréciation des relais communautaires.

2.2.4- Techniques et outils de collecte des données

Trois techniques de collecte des données ont été utilisées : l'entretien individuel, l'observation directe et l'analyse documentaire.

Dans la pratique, nous avons élaboré un guide d'entretien pour chaque groupe de personne enquêtée et une grille d'observation pour les RC. (Voir annexe).

En effet, le guide d'entretien utilisé pour les acteurs relais et les bénéficiaires nous a permis d'identifier, à partir des informations collectées, les impacts réels de l'approche RC du PMDCT sur les participants locaux (acteurs relais et bénéficiaires).

Le guide d'entretien utilisé pour les bénéficiaires indirects, les présidents de CVD et les chefs du village, a permis de voir comment les autres acteurs des localités bénéficiaires du projet perçoivent l'approche RC du PMDCT dans leurs localités respectives.

Aussi le guide d'entretien utilisé pour le responsable de la formation sanitaire d'Aouda, nous a-t-il permis de voir comment le personnel de santé de l'USP Aouda, perçoit le travail des relais communautaires du PMDCT dans son aire sanitaire.

La technique d'observation directe, a permis de vérifier l'application des préceptes en matière d'hygiène et assainissement, dans les ménages de (05) relais et de 10 bénéficiaires directs.

L'analyse documentaire a permis de consulter le rapport de formation des RC, les rapports d'enquête de terrain et de suivi d'activité du projet. Ainsi elle a permis de collecter les informations sur le contenu de la formation des RC et le plan d'action des RC, également sur l'application des bonnes pratiques en matière d'hygiène, assainissement et de prévention des maladies courantes par les relais et les bénéficiaires.

2.2.5- Les difficultés rencontrées

Dans le déroulement de l'enquête, quelques difficultés ont été rencontrées, ce qui a engendré la complexité de la recherche. Ces difficultés sont entre autres:

- ❖ La non maîtrise du dialecte de la localité d'étude (Kabyè et Kotokoli) qui a influencé la collecte d'information sur le terrain ;
- ❖ La distance entre le lieu d'enquête et le lieu du stage, ce qui a nécessité plus de moyens financiers ;
- ❖ La non-disponibilité de certaines personnes ciblées par l'échantillon (relais, chef du village, bénéficiaires directs comme indirects). C'est pourquoi durant la période impartie à l'enquête nous n'avons pas pu toucher la totalité des personnes ciblées dans l'échantillon de départ.

DEUXIEME PARTIE

PRESENTATION, ANALYSE, INTERPRETATION DES RESULTATS ET FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

La deuxième partie du document est la suite de la première partie. Elle est répartie en deux chapitres. Le premier est consacré à la présentation, l'analyse et l'interprétation des données collectées auprès des personnes enquêtées sur le terrain. Le deuxième porte sur les recommandations formulées au vue des résultats obtenus.

CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Ce chapitre présente les résultats de la phase pratique de la recherche. Il est consacré à la présentation, l'analyse et l'interprétation des informations obtenues sur le terrain.

3.1- PRESENTATION DES RESULTATS

La présentation des résultats porte sur la récapitulation des enquêtés par groupe d'acteurs selon le genre et la localité dans le tableau. Après ce suit la présentation des données collectées auprès des enquêtés. Les données sont classées par affinité en cinq groupes dont :

- les connaissances et compétences acquises par le RC du PMDCT ;
- le changement intervenu dans la vie professionnelle et familiale des RC du PMDCT ;
- l'appropriation des bonnes pratiques par les bénéficiaires directs par l'intermédiaire des RC du PMDCT;
- le changement intervenu dans la relation entre les RC et les bénéficiaires directs durant l'exécution du projet ;
- l'appréciation du rôle des RC du PMDCT par les bénéficiaires indirects, les autorités locales et le personnel du centre de santé d'Aouda.

3.1.1- Récapitulation des enquêtés dans le tableau

Le tableau 1 fait le point sur les personnes enquêtées par catégorie, groupe d'acteurs et localité.

❖ Tableau 1: Récapitulatif des personnes enquêtées par catégorie, groupe d'acteurs et localité

Catégories	Personnes ayant participé au projet				Personnes n'ayant pas participé au projet	TOTAL
Groupe d'acteurs Localités	Relais communautaires	Bénéficiaires directs	Chef du village	Membres du CVD	Bénéficiaires indirects	
Alabadè	1	7	1	0	0	9
Babadè	2	7	0	1	2	12
Habièda	1	7	1	0	1	10
Houloung	1	7	0	1	1	10
Landa	1	0	0	0	0	1
Lawèlou	1	7	1	0	2	11
Tchilada	1	7	0	0	2	10
Zongo	1	0	0	0	1	2
TOTAL	9	42	3	2	9	65

Source : Données d'enquête de terrain réalisé par M. SODJI Ahli Anselme en Mars 2018 à Aouda.

Interprétation du tableau 1 :

L'analyse du tableau 1 par localité (village), montre qu'à l'exception du RFS qui n'est pas mentionné dans le tableau, l'enquête de terrain a touché 65 personnes réparties sur 08 localités à raison de : 09 personnes à Alabadè, 12 à Babadè, 10 à Habièda, 10 à Houloung, 1 à Landa, 11 à Lawèlou, 10 à Tchilada et 2 à Zongo.

Ainsi, les groupes d'acteurs qui ont été interrogés durant l'enquête de terrain sont :

- 09 RC provenant de 08 villages ;
- 42 Bénéficiaires directs provenant de 06 villages sur les 08 sélectionnés pour l'étude ;
- 02 membres de CVD provenant de 02 villages ;
- 03 Chefs provenant de 03 villages ;
- et 09 bénéficiaires indirects provenant de 09 villages.

L'indisponibilité de certains groupes d'acteurs a fait que le nombre de personne prévue à enquêter dans chacun des 08 villages sélectionnés n'est pas atteint.

Le tableau 2 fait le point sur les personnes enquêtées par groupe d'acteurs et sexe.

❖ Tableau 2 : Récapitulatif des personnes enquêtées par groupe d'acteurs et par sexe

Groupe d'acteur Sexe	Relais communautaires	Bénéficiaires directs	Chef du village	Membres du CVD	Bénéficiaires Indirects	RFS	TOTAL
Femmes	5	34	0	1	6	0	46
Hommes	4	8	3	1	3	1	20
TOTAL	9	42	3	2	9	1	66

***Source :** Données d'enquête de terrain réalisé par M. SODJI Ahli Anselme en Mars 2018 à Aouda.*

Interprétation :

L'analyse du tableau 2 montre que l'enquête de terrain a touché au total 66 personnes dont 46 femmes et 20 hommes. Ainsi les groupes d'acteurs touchés par l'enquête sont :

- 09 relais dont 05 femmes et 04 hommes,
- 42 bénéficiaires directs dont 34 femmes et 08 hommes,
- 3 chefs du village (hommes) ;

- 02 membres de CVD dont 01 femme et 01 homme ;
- 09 bénéficiaires indirects dont 06 femmes et 03 hommes ;
- et 01 responsable de la formation sanitaire (RFS).

En sommes, l'analyse du tableau 2 révèle que l'enquête a touché en majorité les femmes (69% des personnes enquêtées). Ce qui montre que les femmes ont beaucoup participé au projet et cela s'explique par le fait que le projet PISPMET est destiné en premier lieu aux femmes.

3.1.2- Les connaissances et compétences acquises par les relais communautaires du PMDCT

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet PISPMET, treize (13) relais communautaires ont été formés et responsabilisés dans la zone Aouda. Mais durant l'enquête de terrain, neuf (09) ont été interrogés.

Ainsi, 100% (09) des relais interrogés ont affirmé qu'ils ont acquis des connaissances et compétences durant la mise en œuvre du projet.

Ces connaissances sont, les causes, les manifestations et les mesures de prévention des maladies courantes (paludisme, malnutrition, méningite, hépatite, choléra...), les techniques de lavage des mains et de traitement de l'eau, les techniques d'animation de groupe (exposé, partage du regard, interpellation, tour de table, brainstorming, counseling...), et les techniques de suivi (visite à domicile, entretien, observation etc).

Les compétences sont liées à leur capacité à organiser et animer les séances de causeries éducatives, à diriger les réunions et les groupements féminins, à instruire les bénéficiaires sur le montage du dispositif de lave-main (DLM) et à organiser les opérations de salubrité publique.

3.1.3- Le changement intervenu dans la vie professionnelle et familiale des relais communautaires du PMDCT

En matière de changement intervenu, 100% (09) des RC interrogés, ont affirmé que leur fonction de relais a apporté un changement positif dans leur vie professionnelle et familiale.

❖ Changement intervenu sur le plan professionnel

Sur le plan professionnel, les RC affirment tous que les rôles qu'ils jouent dans le projet, leur ont permis d'acquérir des connaissances et compétences en matière d'organisation d'activités, de prise de parole en public, d'animation de réunion et de causerie sur les maladies courantes.

Ainsi, ils affirment que, ces connaissances et compétences acquises, amplifient leur capacité d'intervention dans leur communauté. Mais, parfois leurs activités champêtres ou autres préoccupations personnelles les empêchent de jouer pleinement leur rôle.

❖ Changement intervenu sur le plan familial

Lors des entretiens, 100% des RC ont affirmé que leur responsabilisation dans le projet, les a amené à mettre régulièrement en application les bonnes pratiques en matière de santé, hygiène et assainissement (balayage, sarclage, traitement de l'eau, utilisation des moustiquaires...) dans leur ménage. Ceci pour donner un bon exemple aux membres de leur communauté, affirment certains R.C.

Aussi, 100% (05) des ménages (intérieur et alentour) des relais visités sont-ils modérément assainis. Ce qui confirme l'application des bonnes pratiques par les relais.

3.1.4- L'appropriation des bonnes pratiques par les bénéficiaires directs par l'intermédiaire des relais communautaires du PMDCT

Les 42 bénéficiaires (100%) qui ont été interrogés durant l'enquête, ont affirmé que l'activité (conseil, suivi, sensibilisation...) des relais leur a permis d'acquérir et de mettre en application les bonnes pratiques en matière de santé communautaire.

Celle-ci sont les règles d'hygiène et assainissement : les techniques de lave-main (usage du savon, cendre et de l'eau); l'installation du dispositif de lave-main (DLM) dans les ménages bénéficiaires ; les techniques de traitement de l'eau (désinfection de l'eau avec le chlore, l'eau de javel ou par filtration...); l'entretien des maisons (sarclage, balayage quotidien, destruction des eaux de pontes des moustiques); l'utilisation des latrines améliorées.

En plus, de ces pratiques en matière d'hygiène et assainissement, l'activité des relais a permis aux bénéficiaires d'acquérir des connaissances en matière de prévention de la malnutrition chez les enfants (les types de repas à faire aux enfants, la conduite des cas de malnutrition vers le centre de santé...).

3.1.5- Le changement intervenu dans la relation entre les bénéficiaires directs et les relais communautaires durant l'exécution du projet

En matière de changement sur le plan relationnel entre les relais communautaires et les bénéficiaires de leur localité, les deux acteurs ont réciproquement affirmé qu'il y a eu amélioration.

Les 42 bénéficiaires (100%) ont répondu que leur relation avec le relais communautaire de leur localité s'est encore améliorée durant la mise en œuvre du projet.

Les raisons avancées par tous les bénéficiaires interrogés sont le fait qu'ils échangent plus régulièrement avec l'acteur relais sur de nouvelles choses

avec l'avènement du projet dans leur localité. Ils ajoutent que grâce à la responsabilisation des acteurs relais dans le projet, ils ont la chance de tenir des rencontres avec le RC et de causer sur les maladies courantes (au moins une fois par semaine), de mener ensemble des activités de salubrité publique (au moins une fois dans le mois).

Aussi, ajoutent-ils qu'avant la mise en œuvre du projet PISPMET, outre les assemblées villageoises, réunions de GVEC¹⁰, funérailles, ou d'autres évènements d'intérêt public, ils n'avaient pas d'autre opportunité de rencontres et d'échanges entre eux pour discuter particulièrement des maladies courantes, de l'application des règles d'hygiène et d'assainissement.

Quant aux 9 relais interrogés (100%), leurs réponses confirment celles avancées par les bénéficiaires. 100% des relais interrogés affirment que leur responsabilisation dans le projet a amélioré leur relation avec les bénéficiaires directs. Les RC ajoutent qu'avant l'arrivée de l'ONG PMDCT avec le projet PISPMET, ils n'avaient pas l'habitude de tenir des séances de causeries éducatives avec les membres de leur localité. En plus 55,55% des relais interrogés soit (05) sur (09), ont ajouté qu'ils n'avaient pas l'habitude de sortir et de circuler de maison en maison (visite à domicile) pour échanger avec les membres de leur localité sur les maladies courantes et l'application des bonnes pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement.

¹⁰ Groupement Villageois d'Epargne et de Crédit communément appelé « 3clés » dans les localités du canton d'Aouda.

3.1.6- L'appréciation du rôle des relais communautaires du PMDCT par les bénéficiaires indirects, les autorités locales et le personnel du centre de santé d'Aouda.

Sur ce point, nous avons interrogé (09) personnes bénéficiaires indirects, (03) chefs de village, (02) présidents de CVD et le premier responsable de la formation sanitaire.

100% des bénéficiaires indirects, chefs et présidents de CVD ont apprécié positivement les actions des relais communautaires du PMDCT dans leur localité. Ils affirment tous que les relais entretiennent de bonnes relations avec eux et que leurs actions impactent positivement leur localité. Ceci se confirme par les opérations de salubrité publique qu'organise chaque relais dans leur localité.

Quant au responsable de la formation sanitaire (RFS), il affirme qu'il ne connaît pas tous les relais communautaires du PMDCT et ne maîtrise que l'action de peu d'entre eux. Toutefois il est au courant des activités de promotion de la santé communautaire de l'ONG PMDCT à travers son projet PISPMET.

Ainsi, il affirme que les RC qu'il connaît, sont également des ASC qui exercent dans son aire sanitaire. Ceux-ci sont au nombre de quatre et ils jouent bien leur rôle car, ils suivent régulièrement des formations et sont plus impliqués dans les actions de santé au niveau local que les autres RC du PMDCT.

3.2- ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Eu égard aux résultats présentés, une analyse quantitative et qualitative a été faite afin d'effectuer une bonne interprétation des résultats et confronter les résultats obtenus par rapport aux hypothèses de départ. En effet, l'analyse et l'interprétation ont porté sur les cinq groupes de résultats précédemment présentés :

- les connaissances et compétences acquises par les relais communautaires du PMDCT ;
- le changement intervenu dans la vie professionnelle et familiale des relais communautaires du PMDCT ;
- l'appropriation des bonnes pratiques par les bénéficiaires directs par l'intermédiaire du RC du PMDCT ;
- le changement intervenu dans la relation entre les RC et les bénéficiaires directs durant l'exécution du projet ;
- l'appréciation du rôle des relais communautaires du PMDCT par les bénéficiaires indirects, les autorités locales et le personnel du centre de santé d'Aouda.

3.2.1- Les Connaissances et compétences acquises par les relais communautaires

Les connaissances et compétences acquises par les RC sont principalement liées à l'information, l'éducation et la communication (IEC¹¹) sur les maladies courantes (paludisme, méningite, choléra, malnutrition,) et sur les bonnes pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement (lavage des mains, entretien des maisons, traitement de l'eau, opération de salubrité publique...). Au-delà de ces connaissances et compétences les RC ont également acquis les techniques d'organisation et d'animation de causerie éducative et de réunion ; techniques de suivi (visite à domicile, observation directe etc).

En effet, ces connaissances et compétences acquises par les RC sont dues à la formation initiale qu'ils ont reçu et à leur implication active dans la réalisation des actions du projet.

Ainsi, comme résultats, les connaissances et compétences acquises par les RC leur ont permis de développer leurs capacités au niveau local en matière de mobilisation et de sensibilisation communautaire.

En plus, ces connaissances et compétences ont apporté un changement dans leur vie familiale et professionnelle.

3.2.2- Le changement intervenu dans la vie professionnelle et familiale des relais communautaires du PMDCT

Les (09) RC interrogés, ont lié ce changement aux connaissances et compétences qu'ils ont acquises, à travers, leur formation et l'accomplissement de leur rôle durant l'exécution du projet.

En effet, le changement intervenu dans la vie des acteurs relais est d'ordre professionnel et familial.

¹¹ Technique d'animation basée sur l'Information Education Communication

❖ Changement intervenu sur le plan professionnel

Sur le plan professionnel, ce changement a porté sur leur capacité d'assimilation et d'application des connaissances en matière d'organisation d'activité (opération village propre,) d'animation des causeries éducatives, d'identification des enfants malnutris, de mobilisation, de sensibilisation de leur communauté. Il est à noter que, ce changement se manifeste par leur capacité de prise de parole en public et de réflexion sur les actions de développement de leur localité.

En d'autre terme, le rôle de relais leur confère une image de personne ressource considérée voir de leader d'opinion au niveau local. En effet, les RC ont capitalisé une expérience en matière d'animation communautaire et sont appréciés par les différents groupes d'acteurs de leur localité.

❖ Changement sur le plan familial

Sur le plan familial, ce changement a porté sur leur capacité de mettre en pratique les leçons apprises en matière d'hygiène et assainissement dans leur ménage respectif, ainsi que leur capacité à transmettre les connaissances à leur famille (leurs enfants et conjoints).

Dès lors, les ménages des relais sont devenus des exemples en matière d'application des règles d'hygiène et d'assainissement dans la zone du projet. Ceci se confirme par les observations recueillies sur le terrain et les rapports d'enquête sur l'utilisation du dispositif de lave-main (DLM). En effet, 88,88%¹² (08) des RC interrogés ont installé le dispositif de lave-main dans leur ménage, également 100%¹³ (09) des RC interrogés traitent leur eau avant de la boire et utilisent les moustiquaires imprégnées. Ainsi, l'application de ces bonnes pratiques par les RC permet à leur famille de se

¹² Données d'enquête sur l'utilisation du dispositif de lave-main dans les localités du projet PISPMET, octobre 2016.

¹³ Données d'enquête sur l'utilisation des moustiquaires et le traitement de l'eau par les bénéficiaires du projet PISPMET, Septembre 2017.

mettre à l'abri des maladies courantes (paludisme, choléra...) d'où la promotion du bien-être familial.

En somme, la capitalisation de ces deux premiers résultats obtenus montre que les connaissances et les compétences acquises par les RC ont apporté un changement positif s'expliquant par une amélioration de la vie professionnelle et familiale des RC.

Ainsi, l'interprétation de ces deux résultats révèle que la première hypothèse spécifique : **“ l'approche relais communautaire contribue à l'amélioration de la vie professionnelle et familiale des relais en renforçant leurs connaissances en matière de santé ”** est vérifiée et confirmée à 100% sur la base de l'analyse des informations recueillies auprès de l'échantillon.

3.2.3- Les bonnes pratiques acquises par les bénéficiaires directs par l'intermédiaire des relais communautaires

L'objectif de l'application, de l'approche RC dans le cadre du projet PISPMET, est d'une part de favoriser l'appropriation des actions du projet par les bénéficiaires et d'autre part d'assurer la démultiplication des actions du projet dans le reste du canton d'Aouda.

Dès lors, l'acquisition et l'application des bonnes pratiques en matière d'hygiène et assainissement par les bénéficiaires ont été une priorité pour l'équipe du projet. Ainsi, durant la mise en œuvre du projet, les RC, à travers, l'accomplissement de leur rôle dans leur localité ont incité les bénéficiaires à se conformer aux règles d'hygiène et d'assainissement.

D'après l'analyse des affirmations des bénéficiaires, il est retenu que leurs relais les motivent à adopter les bonnes pratiques, à travers, les causeries éducatives, sensibilisations et visites à domicile. Il y a lieu de souligner que la responsabilisation des relais dans le projet a été une condition favorable

à l'assimilation et l'application des actions du projet par les bénéficiaires. Dès-lors, l'approche RC du PMDCT se révèle comme un facteur d'appropriation des actions du projet PISPMET par les bénéficiaires.

En somme, l'interprétation de ce troisième résultat montre que la deuxième hypothèse spécifique : **“l'approche RC permet l'appropriation des actions du projet par les bénéficiaires “** est vérifiée et confirmée à 100%.

3.2.4- Le changement intervenu dans la relation entre les bénéficiaires directs et les relais communautaires durant l'exécution du projet

En matière de changement intervenu dans les rapports entre les bénéficiaires et leurs relais, l'on retient une amélioration positive entre les deux acteurs susmentionnés. Ainsi, leur participation réciproque aux actions du projet a entraîné une évolution de leur habitude relationnelle au niveau local. Ceci se manifeste par la régularité de leur rencontre d'échange sur d'autres thématiques (hygiène, assainissement, prévention des maladies courantes etc.) autre que les thématiques habituelles (funérailles, réunion villageoise, réunion GVEC, marché,..).

En effet, ce changement est axé sur les actions des relais en matière de promotion de la santé et de la salubrité dans leur localité. Il se caractérise par l'organisation des séances de causeries éducatives sur les maladies courantes, les visites à domiciles et les opérations ‘village propre’.

Or avant le projet PISPMET, les acteurs relais et les membres de leur localité n'avaient pas l'habitude de tenir des rencontres d'échanges périodiques sur les questions d'hygiène, d'assainissement et de prévention des maladies courantes.

Aussi, ce changement est-il caractérisé par la considération, l'écoute active que portent les bénéficiaires aux relais. Ainsi, malgré les situations d'incompréhension et de mésentente qui ont régné durant la mise en œuvre du projet, ces deux acteurs ont su développer une vie associative basée sur

l'échange et la concertation. Ce qui les a permis de travailler en synergie pour contribuer activement à la mise en œuvre du projet.

De tout ce qui précède, il est retenu que l'interprétation de ce quatrième résultat montre que la troisième hypothèse spécifique de la recherche : **“l'approche RC améliore la relation entre les relais et les bénéficiaires durant la mise en œuvre du projet ”** est également vérifiée et confirmée à 100%.

3.2.5- Appréciation du rôle des relais communautaires du PMDCT par les bénéficiaires indirects, les autorités locales et le personnel du centre de santé d'Aouda.

En vue d'avoir un regard externe sur l'approche du PMDCT au niveau local, nous avons collecté quelques informations auprès des bénéficiaires indirects du projet, autorités locales et personnel de l'USP Aouda.

Du traitement des informations recueillies, il est retenu globalement, une appréciation positive de l'approche RC du PMDCT auprès des interviewés. Les bénéficiaires indirects et les autorités locales ont apprécié le fait que les fils du terroir aient été formés et responsabilisés durant la mise en œuvre du projet.

Ils sont aussi satisfaits de voir les membres de leur communauté organiser régulièrement des opérations de salubrité publique (journée village propre) et animer des séances de causeries éducatives. Ceci permet de valoriser les compétences des acteurs au niveau local et de les inciter à apprendre davantage.

Dans le champ de santé locale, les RC du PMDCT sont sous-estimés par rapport aux ASC du canton qui travaillent en collaboration directe avec le personnel de l'USP Aouda. Toutefois, le RFS de l'USP Aouda apprécie bien le rôle des RC dans la localité et suggère qu'on devrait les intégrer

dans le rang des ASC pour les rendre encore plus efficaces et pérenniser leurs actions.

En somme, l'interprétation de ce cinquième et dernier résultat obtenu montre que le rôle des relais est bien apprécié par les bénéficiaires indirects du projet de même que les acteurs locaux du canton et le responsable de la formation sanitaire. De ce fait, il est retenu que ce dernier résultat approuve l'ampleur de l'approche relais communautaire du PMDCT dans la zone du projet. C'est ainsi que ce dernier résultat constitue un complément pour s'assurer que l'approche RC répond bien aux attentes des acteurs de la communauté bénéficiaire du projet.

De tout ce qui précède l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus révèlent que les trois hypothèses spécifiques posées au départ sont vérifiées et confirmées. Ainsi, la confirmation de ces hypothèses amène à conclure que l'hypothèse générale de la recherche **“ l'approche relais communautaire du PMDCT favorise l'implication des participants locaux (acteurs relais et bénéficiaires) dans la mise en œuvre du projet”** est aussi vérifiée et confirmée. Cela s'explique par le fait que les résultats obtenus retracent le caractère participatif de l'approche RC du PMDCT, à travers, la mobilisation et la responsabilisation des participants locaux dans la mise en œuvre du projet.

CHAPITRE 4: FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

Ce chapitre est consacré aux recommandations formulées à l'instar des résultats obtenus en vue de promouvoir une amélioration continue de l'approche relais communautaire du PMDCT. Ainsi les recommandations formulées vont surtout à l'endroit des relais communautaires et des responsables de l'ONG PMDCT.

4.1- A L'ENDROIT DES RELAIS COMMUNAUTAIRES (RC) DU PMDCT

Les recommandations à l'endroit des RC portent sur le développement de leurs capacités au niveau local:

Dans cette perspective, il est recommandé aux RC de :

- ❖ continuer à valoriser leur connaissance et compétence à travers la poursuite des actions du projet dans leur localité ;
- ❖ servir de personne ressource pour d'autre ONG qui vont intervenir dans leur localité ;
- ❖ collaborer avec les ASC de leur localité pour partager l'expérience en matière de santé communautaire ;
- ❖ participer activement à tous les travaux de développement de leur localité ;
- ❖ promouvoir le leadership communautaire tout en contribuant à l'identification et à la résolution des problèmes en matière de santé dans leur localité (insalubrité, malnutrition, paludisme...).

4.2- A L'ENDROIT DES RESPONSABLES DE L'ONG PMDCT

Les recommandations faites à l'endroit des responsables de l'ONG PMDCT portent sur le renforcement de capacité des relais communautaires et de leur statut.

Dans cette perspective, il est recommandé aux responsables de l'ONG PMDCT :

- ❖ un recyclage annuel des RC sur leur rôle en matière de santé communautaire. Ce renforcement de capacité pourrait contribuer à renforcer durablement la capacité d'action des RC dans leur localité ;
- ❖ l'implication active du personnel du centre de santé locale. En effet, le constat fait durant l'enquête est que le personnel de la santé de l'USP Aouda ne travaille pas en collaboration avec tous les RC du PMDCT, du fait que l'ONG ne les ait pas impliqués dans le choix des relais. Alors l'implication du personnel de l'USP de la zone du projet pourrait contribuer à renforcer la relation entre les RC et le personnel de santé. Par conséquent, cette collaboration pourrait renforcer durablement le statut et le rôle des RC dans les localités du projet. De plus, cette collaboration pourrait renforcer la confiance entre ces deux acteurs. Ainsi à la fin du projet, les RC peuvent s'exercer sous l'ordre du RFS en tant qu'acteur endogène capable de travailler comme les ASC ;
- ❖ la Création d'un cadre d'échange entre les RC, les ASC, les animateurs de terrain et le personnel de la santé de l'USP dans le but de renforcer la relation et le partage d'expérience entre les acteurs intervenant dans le domaine de la santé communautaire dans le canton ;

- ❖ une évaluation à long terme de l'action des relais pour mesurer la capacité des RC à pérenniser les actions du projet dans la zone du projet.

A l'instar des recommandations formulées quelques pistes de leur mise en œuvre ont été arrêtées.

Il s'agit en l'occurrence de:

- ❖ identifier les points forts et faibles des RC, à travers, un test de maîtrise des connaissances et compétences acquises en vue de voir sur quelle thématique faut-il les recycler ;
- ❖ impliquer le personnel de la santé de l'USP dans l'organisation du recyclage ;
- ❖ établir un budget post projet pour suivre la capacité de continuation des actions du projet par les RC dans le canton.

CONCLUSION

Tout compte fait, la présente étude a porté dans son ensemble sur les questions liées aux impacts de l'approche relais communautaire du PMDCT sur les participants locaux, durant la mise en œuvre du projet PISPMET dans le canton d'Aouda. Dans ce cas-ci, il avait été question de déterminer les impacts de cette approche sur la vie professionnelle et familiale des acteurs relais, sur l'appropriation des actions du projet par les bénéficiaires directs et sur la relation entre les acteurs relais et les bénéficiaires directs.

Il s'agit, plus précisément, de déterminer le changement qu'a apporté cette approche dans la vie professionnelle et familiale des acteurs relais, également dans les rapports entre les bénéficiaires directs et leur relais communautaire, comme la contribution de cette approche à l'appropriation des actions de projet par les bénéficiaires directs.

Ainsi, après l'analyse qualitative et quantitative des données collectées dans huit villages bénéficiaires du projet, il ressort que l'approche RC du PMDCT a permis de renforcer les connaissances et compétences des acteurs relais et par conséquent contribuer à l'amélioration de leur vie professionnelle et familiale. Elle a aussi favorisé l'appropriation des actions du projet par les bénéficiaires directs et amélioré les relations entre les participants locaux, en l'occurrence les acteurs relais et les bénéficiaires.

C'est ainsi que l'approche RC a contribué à l'implication active des participants locaux dans la mise en œuvre du projet. Elle a également contribué à la valorisation des potentialités des acteurs endogènes, à travers, la responsabilisation des acteurs relais.

En d'autre terme, elle a permis le renforcement de capacités des acteurs locaux en vue de promouvoir l'appropriation et la pérennisation des actions

du projet par les communautés. Par conséquent, elle prépare les communautés à s'auto promouvoir, en vue de la promotion du développement communautaire.

Il convient d'ajouter que l'approche relais communautaire est une approche qui suscite dans son ensemble la participation communautaire dans la mise en œuvre des projets de développement du PMDCT.

Ainsi, la question de la poursuite des actions à la fin du projet par les relais communautaires dans leur localité reste fondamentalement à étudier davantage en vue d'apporter plus de précision sur les impacts à court et à long termes de l'application de l'approche RC, en vue d'appréhender si les acteurs relais ont continué à poursuivre leurs actions, deux à trois, après la fin du projet ; il en est de même des bénéficiaires directs.

.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ❖ Assogba, Y. (1993). Entre la rationalité des intervenants et la rationalité des populations bénéficiaires : l'échec des projets en Afrique noire. *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 37, (100), 49–66.
- ❖ Document projet PISPMET, 2015.
- ❖ Faye, S. (2012). Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis. *Autrepart*, vol.60, (1), 129-146.
- ❖ Rapport de formation des relais communautaires du PMDCT, Aouda, 2016.
- ❖ Rapport d'enquête du PMDCT sur l'utilisation du dispositif de lave-main, 2016.
- ❖ Rapport d'enquête du PMDCT sur l'utilisation des moustiquaires, 2017.
- ❖ Rapport de fin projet PISPMET, 2018.
- ❖ Rapport de la conférence d'Alma-ata, WHO, 1978.
- ❖ rapport de la quatre-vingt-treizième session du conseil exécutif de l'OMS, 1993.
- ❖ Support du cours, *relation entre acteurs*, IRFODEL, 2017.

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

- ❖ www.sanru.org/project/relay community procedures manual/doc, 24/12/2017/ 00: 36
- ❖ www.coverage-monitoring.org/.../Etude sur le fonctionnement des relais communautaires, 22/08/2017/ 00: 51

ANNEXES

QUESTIONNAIRE DE COLLECTE POUR LE THEME DE MEMOIRE :

Cible : relais communautaire

0. Profil du répondant :

0.1	Localité de provenance :		
0.2	Sexe :	M	F
0.3	Age :		
0.4	Lieu de résidence.....Années de résidence.....		
0.5	Scolarisation	Alphabétisé	Néant
0.6	Profession autre que relais:.....		

1. Connaissance du projet PISPMET et participation aux activités

1.1	Quel projet le PMDCT mène-t-il dans votre localité ?.....		
1.3	quel rôle jouez- vous dans ce projet ?.....		
1.4	Quelles sont les activités auxquelles vous avez participé durant les 3 ans d'exécution du projet ?.....		
1.5	Quels sont les outils et équipements mis à votre disposition pour participer aux activités du projet ?		
1.6	Sont-ils suffisants?	OUI	NON
1.7	Si non, que proposez-vous ?		

2. Impact de l'approche sur la vie des relais

2.1	Depuis combien d'années êtes-vous relais communautaire ?.....		
2.2	Quel changement, positif comme négatif le rôle de relais communautaire vous a apporté dans votre vie professionnelle ?.....		
2.3	Quel changement, positif comme négatif le rôle de relais communautaire vous a apporté dans votre vie familiale ?.....		
2.4	Quels sont les compétences que vous avez acquises à travers l'exercice de la fonction du relais communautaire dans votre localité ?.....		
2.5	Quels changements sont intervenus dans vos rapports avec la communauté ?.....		
2.6	quels sont les autres avantages que vous découvrez dans l'exercice du rôle de relais ?.....		
2.7	Avez-vous des difficultés de tout ordre liées à l'exercice de votre rôle ?	OUI	NON
2.8	Si oui, lesquelles ?.....		
2.9	Quelles approches de solution proposez-vous pour limiter ces désagréments liés à la fonction de RC?.....		

3. Relation relais communautaires- bénéficiaires

3.1	Quel avis portez-vous sur l'exercice de votre fonction dans la communauté?.....		
3.2	Est-ce que les bénéficiaires sont à votre écoute lors de vos rencontres?	OUI	NON
3.3	Si non pourquoi ?		
3.4	Arrive-t-il à certains moments d'avoir des différends entre vous et les bénéficiaires	OUI	NON
3.5	Si oui, à quoi sont dus ces critiques ?.....		
3.6	Globalement, vos relations avec les bénéficiaires se sont-elles améliorées avec votre fonction ; se sont-elles dégradées ou restées sans changement ?		

4. Appropriation des actions du projet

3.1	Quelles compétences avez-vous acquis en matière de santé communautaire, depuis le début du projet jusqu'à maintenant ?		
3.2	Partagez-vous ces compétences avec votre famille et vos proches qui ne participent pas aux actions du PMDCT?	OUI	NON
3.3	Désirez-vous acquérir davantage d'autres compétences ?	OUI	NON
3.4	Si oui ; quoi par exemple ?		
3.5	Si le PMDCT partait à la fin du projet ; êtes-vous en mesure de continuer les activités ?	OUI	NON
3.6	Si non pourquoi		
3.7	Si oui par quel moyen allez vous continuer les actions ?.....		

GRILLE D'OBSERVATION : Ménage du relais

- | | | | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Quelle est l'état de la maison du relais : | Propre (balayé, sarclé) | <input type="checkbox"/> | Salle | <input type="checkbox"/> |
| 2. Quelle est l'entourage de la maison du relais : | Propre (balayé, sarclé) | <input type="checkbox"/> | Salle | <input type="checkbox"/> |
| 3. Existence d'un dispositif de lave-main : | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |

NB : R.C= relais communautaire

QUESTIONNAIRE DE COLLECTE POUR LE THEME DE MEMOIRE :

Cible : Bénéficiaires

0. Profil du répondant :

0.1.	Localité de provenance :		
0.2.	Sexe :	M	F
0.3	Age :		
0.4	Lieu et années de résidence :		
0.5	Scolarisation :	Alphabétisée	Néant
0.6	Profession :		

1. Connaissance du PMDCT et du projet PISPMET

1.1	Connaissez-vous le PMDCT ?		OUI	NON
1.2	Quel projet le PMDCT mène-t-il dans votre localité ?			
1.3	Quels sont les différentes activités réalisées par le PMDCT dans votre localité ?			
1.4	Sentez-vous impliqués dans ce projet ?		OUI	NON
1.5	Qui sont appelés relais communautaires dans ce projet ? Donnez le nom des relais communautaires que vous connaissez ?			
1.6	Que représente-t-il pour vous ?			
1.7	Quels sont leurs rôles ?			

2. Impact de l'action des relais sur la participation des bénéficiaires aux activités du projet

2.1	Participez-vous régulièrement aux activités du projet ?		OUI	NON
2.2	Si oui, Quelles sont les activités auxquelles vous avez participé ?			
2.3	Si non, pourquoi ?			
2.4	Quels rôles jouez-vous dans la réalisation des activités du projet PISPMET dans votre localité ?			
2.5	Qu'est-ce qui vous motive à participer aux activités du projet ?			
2.6	Quelle appréciation faites-vous de votre participation à ce projet ?			
2.7	Que faites votre relais concrètement avec vous			
2.8	Est-ce que les relais jouent un rôle dans votre participation aux activités du projet		OUI	NON
2.9	Si oui quel rôle jouent-ils ?			
2.10	Etes-vous satisfaits de leur rôle dans le projet ?		OUI	NON
2.11	Justifiez votre réponse			
2.12	A votre avis, ont il apporté un changement par leur actions dans la communauté ?		OUI ..	NON ..
	Quoi par exemple			

3. Impact des actions des relais sur l'Appropriation des activités du projet par les bénéficiaires

3.1	Qu'est-ce que vous avez acquis de ce projet en matière de connaissances ?.....		
3.2	Mettez-vous en pratique les connaissances acquises sur ce projet ?	OUI	NON
3.3	Si oui lesquelles ?.....		
3.4	Si non pourquoi ?.....		
3.5	Partagez-vous ces connaissances avec vos enfants et proches qui ne participent pas aux actions du PMDCT ?	OUI	NON
3.6	Si oui, quoi par exemple ?.....		
3.7	Si oui pourquoi ?.....		
3.8	Qu'est-ce que les relais vous ont permis d'apprendre dans ce projet ?		
3.9	Les relais vous aident-ils à mettre en pratique les connaissances acquises du projet ?	OUI	NON
3.10	Donnez quelques exemples:.....		
3.11	Si le PMDCT partait à la fin du projet ; êtes-vous en mesure de continuer les activités ?	OUI	NON
3.12	Si non pourquoi		
3.13	Si oui par quel moyen allez vous continuer les actions ?.....		

4. Relation bénéficiaire- relais communautaire

4.1	Faites-vous confiances à vos relais ?	OUI	NON
4.2	Est-ce que leur choix vous convient-il ?	OUI	NON
4.3	Rencontrez-vous des problèmes avec les relais ?	OUI	NON
4.4	Justifiez votre réponse.....		
4.5	Avez-vous observé des changements chez ceux qui sont devenus des relais communautaires ? Ces changements sont positifs ou négatifs.....?		
4.6	Le travail des relais répond-t-il à vos attentes ?	OUI	NON
4.7	Si non pourquoi ?.....		
4.8	Quelle appréciation faites-vous de votre relation avec les relais ?.....		
4.9	Quels propositions feriez-vous vous pour améliorer leur actions ?.....		

GRILLE D'OBSERVATION : Ménage du bénéficiaire

- | | | | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Quelle est l'état de la maison du relais : | Propre (balayé, sarclé) | <input type="checkbox"/> | Salle | <input type="checkbox"/> |
| 2. Quelle est l'entourage de la maison du relais : | Propre (balayé, sarclé) | <input type="checkbox"/> | Salle | <input type="checkbox"/> |
| 3. Existence d'un dispositif de lave mains : | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTORITES LOCALES

0. PROFIL DU REPONDANT :

0.1	Localité de provenance :		
0.2	Sexe :	M	F
0.3	Age :		
0.4	Lieu et années de résidence :		
0.5	Scolarisation :	Alphabétisée	Néant
0.6	Profession :		

1. CONNAISSANCE DU PMDCT ET DU PROJET PISPMET

1.1	Connaissez-vous le PMDCT ?		OUI	NON
1.2	Quels sont les différentes activités réalisées par le PMDCT dans votre localité ?.....			
1.3	Qui sont appelés relais communautaires dans votre localité ? Donnez le nom des relais communautaires que vous connaissez.....			
1.5	Quel rôle jouent-ils dans votre localité?			

2. APPRECIATION DE L'APPROCHE RC

2.1	Quel avis portez-vous sur le rôle des relais dans votre localité ?		Non satisfaisant	satisfaisant
2.2	Avez-vous relation avec les relais ?		OUI	NON
2.3	Echangez-vous avec les relais communautaire par rapport à leur travail dans votre localité		OUI	NON
2.3	Leur travail influence-t-il vos activités votre village		OUI	NON
2.4	Si oui comment ?.....			
2.5	Est-ce la relation entre les RC et la communauté a-t-elle connu des changements avec l'exercice des RC ?			
2.6	est-ce que les relais viennent se plaider de leur relation avec les bénéficiaires à votre niveau ?		OUI	NON
2.7	Avez-vous des suggestions à faire en vue d'améliorer l'approche relais communautaire ?..... Si oui lesquelles ?.....			

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE PERSONNEL DE SANTE DE L'USP AOUDA

0. PROFIL DU REPONDANT :

0.1	Nom ;.....	Poste ;.....	
0.2	Sexe :	M	F
0.3	Age :.....		
0.4	Lieu et durée de résidence :.....		
0.6	Profession :.....		

1. CONNAISSANCE DU PMDCT ET DU PROJET PISPMET

1.1	Connaissez-vous le PMDCT ?	OUI	NON
1.2	Quel projet le PMDCT mène-t-il dans votre localité ?.....		
1.3	Quels sont les différentes activités réalisées par le PMDCT dans votre localité ?.....		
1.4	Qui sont appelés relais communautaires dans ce projet ? Donnez le nom des relais communautaires que vous connaissez.....		
1.5	Quel rôle jouent-ils dans votre localité?		

2. APPRECIATION DE L'APPROCHE RC

2.1	Quel avis portez-vous sur le rôle des relais dans votre localité ?	Non satisfaisant	Satisfaisant
2.2	Echangez-vous avec les relais sur leur travail?	OUI	NON
2.3	Leur travail influence-t-il vos activités dans l'aire sanitaire	OUI	NON
2.4	Si oui comment ?.....		
	y-a-t-il des inconvénients ?.....		
2.5	Trouvez-vous une différence dans la fonction de ces RC et celle des ASC ? Si oui laquelle ?.....		
2.6	Avez-vous des suggestions à faire en vue d'améliorer l'approche relais communautaire ?..... Si oui lesquelles ?.....		

NB : ASC= Agent de Santé Communautaire

RC= relais communautaire

QUESTIONNAIRE DE COLLECTE POUR LE THEME MEMOIRE :

Cible : les non-bénéficiaires du projet

0. Profil du répondant :

0.1.	Localité de provenance :		
0.2.	Sexe :	M	F
0.3	Age :		
0.4	Lieu et années de résidence :		
0.5	Scolarisation :	Alphabétisée	Néant
0.6	Profession :		

1. Connaissance du PMDCT et du projet PISPMET

1.1	Connaissez-vous le PMDCT ?	OUI	NON
1.2	Etes-vous bénéficiaires de leur projet ?	OUI	NON
1.3	Pourquoi vous ne faites pas partie des bénéficiaires ?		
1.4	Quels sont les activités que le PMDCT réalise dans votre localité ?.....		

2. Appréciation de l'approche RC

2.1	Connaissez-vous les relais communautaires du PMDCT	OUI	NON
2.2	Savez-vous leur rôle dans la communauté ?	OUI	NON
2.3	A-t-il relation de relation avec vous ?	OUI	NON
2.4	Si oui ; est-ce qu'il vous donne des conseils sur la santé ?	OUI	NON
2.5	Quel changement observez-vous chez les bénéficiaires du PMDCT	aucun	NSP
2.6	Est-ce que le travail des relais communautaire du PMDCT a apportez un changement dans votre localité ?	OUI	NON
2.7	Si oui lequel ?.....		

TABLE DES MATIERES

<i>DEDICACE</i>	<i>ii</i>
<i>REMERCIEMENTS</i>	<i>iii</i>
<i>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS</i>	<i>iv</i>
<i>LISTE DES TABLEAUX</i>	<i>v</i>
<i>SOMMAIRE</i>	<i>vi</i>
<i>INTRODUCTION</i>	<i>1</i>
<i>PREMIERE PARTIE</i>	<i>4</i>
<i>PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE, CONCEPTUEL, PHYSIQUE ET METHODOLOGIQUE</i>	<i>4</i>
<i>CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL</i>	<i>5</i>
1.1- INTERET DE L'ETUDE.....	5
1.2- PROBLEMATIQUE	7
1.2.1- Hypothèse générale.....	8
1.2.2- Hypothèses spécifiques	8
1.2.3- Objectif général.....	9
1.2.4- Objectifs spécifiques	9
1.3- REVUE DE LA LITTERATURE	10
1.4- DEFINITION DES CONCEPTS CLES	12
1.5- DESCRIPTION DE LA RELATION ENTRE LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT	16
<i>CHAPITRE 2: CADRE PHYSIQUE ET METHODOLOGIQUE</i>	<i>19</i>
2.1- CADRE PHYSIQUE	19
2.1.1- Présentation de l'ONG PMDCT	19
2.1.2- Présentation du projet PISPMET	20
2.1.3- Description du canton d'Aouda	24
2.1.4- Description de l'approche relais communautaire du PMDCT	25
2.2- CADRE METHODOLOGIQUE	28
2.2.1- Type d'étude.....	28
2.2.2- Milieu d'étude.....	28
2.2.3- Population d'étude	28
2.2.4- Techniques et outils de collecte des données	31
2.2.5- Les difficultés rencontrées	32
<i>DEUXIEME PARTIE</i>	<i>33</i>
<i>PRESENTATION, ANALYSE, INTERPRETATION DES RESULTATS ET FORMULATION DES RECOMMANDATIONS</i>	<i>33</i>
<i>CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS</i>	<i>35</i>
3.1- PRESENTATION DES RESULTATS	35
3.1.1- Récapitulation des enquêtés dans le tableau	36
3.1.2- Les connaissances et compétences acquises par les relais communautaires du PMDCT.....	38

3.1.3- Le changement intervenu dans la vie professionnelle et familiale des relais communautaires du PMDCT.....	39
3.1.4- L'appropriation des bonnes pratiques par les bénéficiaires directs par l'intermédiaire des relais communautaires du PMDCT	40
3.1.5- Le changement intervenu dans la relation entre les bénéficiaires directs et les relais communautaires durant l'exécution du projet.....	40
3.1.6- L'appréciation du rôle des relais communautaires du PMDCT par les bénéficiaires indirects, les autorités locales et le personnel du centre de santé d'Aouda.	42
3.2- ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	43
3.2.1- Les Connaissances et compétences acquises par les relais communautaires	44
3.2.2- Le changement intervenu dans la vie professionnelle et familiale des relais communautaires du PMDCT.....	44
3.2.3- Les bonnes pratiques acquises par les bénéficiaires directs par l'intermédiaire des relais communautaires.....	46
3.2.4- Le changement intervenu dans la relation entre les bénéficiaires directs et les relais communautaires durant l'exécution du projet.....	47
3.2.5- Appréciation du rôle des relais communautaires du PMDCT par les bénéficiaires indirects, les autorités locales et le personnel du centre de santé d'Aouda.	48
CHAPITRE 4: FORMULATION DES RECOMMANDATIONS.....	50
4.1- A L'ENDROIT DES RELAIS COMMUNAUTAIRES (RC) DU PMDCT	50
4.2- A L'ENDROIT DES RESPONSABLES DE L'ONG PMDCT	51
CONCLUSION	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
REFERENCES WEBOGRAPHIQUES	56
ANNEXES	57
TABLE DES MATIERES	73

**THEME : IMPACTS DE L'APPROCHE RELAIS COMMUNAUTAIRE DU PMDCT DANS LA
MISE EN ŒUVRE DU PROJET PISPMET A AOUDA**