



INFORME DEFINITIVO

EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO : «MATERNDAD CON MENOR RIESGO EN EL DISTRITO SANITARIO DE YAKO DE YAKO»

*Realizada por la:
Oficina de Apoyo en Salud Pública'96
(BASP'96)*

Sitio web: www.baspg6.net

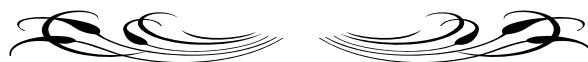


Financiación: AACID



Febrero 2013

INDICE DE CAPITULOS



AGRADECIMIENTOS -----	4
LISTA DE ABREVIACIONES -----	5
LISTA DE TABLAS -----	6
LISTA DE GRAFICAS -----	6
INTRODUCCIÓN -----	9
I. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN -----	10
II. DESCRIPCIÓN SUCCINTA DE LA INTERVENCIÓN EVALUADA -----	11
III. METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA EVALUACIÓN -----	15
3.1. Marco general del estudio-----	15
3.2. Beneficiarios del estudio-----	17
3.3. Técnicas de colección de datos-----	17
3.4. Muestra / Preparación de muestras-----	18
3.5. Colección de datos -----	18
3.6. Herramientas de colección de datos-----	18
3.7. Aspectos éticos-----	19
3.8. Entrada y tratamiento de datos -----	19
3.9. Control de calidad de los datos-----	19
3.10. Plan de análisis-----	20
3.11. Constitución de los grupos de trabajo-----	20
IV. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN -----	23
4.1. Estado de la puesta en marcha del proyecto -----	23
4.2. Características de las personas encuestadas -----	26
4.3. Análisis de los resultados alcanzados en comparación a los resultados esperados del proyecto. -----	29
4.3.1. La construcción y el equipamiento de una nueva maternidad a Arbolle (R1.A1). ----	30
4.3.2. La Construction de 6 latrines douches dans 6 CSPS (R2A1) -----	33
4.3.3. La dotación del material medico a la maternidad y al bloque operatorio del CMA de Yako (R3 .A1) -----	33
4.3.4. La dotación del material medico a las maternidades de 23 CSPS (R4.A1)-----	34
4.3.5. Dotación de medicamentos y consumibles a las maternidades-----	34
4.4. Identificación de los aportes del proyecto con respecto a los objetivos de la estrategia nacional de reducción de la mortalidad materna e infantil -----	40
4.5. Apreciación de la intervención -----	54
4.5.1. Pertinencia del proyecto -----	57

4.5.2. Financiación-----	58
4.5.3. Recursos humanos -----	59
4.5.4. Coherencia del proyecto -----	60
4.5.5. La eficacia de la intervención-----	61
4.5.6. Análisis de la eficiencia -----	62
4.5.7. Impacto a nivel del sistema de salud -----	64
4.5.8. Impacto a nivel de los beneficiarios -----	64
4.5.9. Colaboración public –ONG-comunidad-----	65
4.5.10. Durabilidad del proyecto -----	66
4.5.11. Lecciones aprendidas del proyecto-----	67
CONCLUSIÓN -----	74
RECOMENDACIONES -----	74
ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE-----	77
ANNEXE 2 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES -----	87

AGRADECIMIENTOS

La Oficina de Apoyo en Salud Pública'96 (BASP'96) a través de sus consultores tiene el placer de agradecer la ONG MMA para su marca de confianza acordándole el privilegio de realizar la evaluación del proyecto « **Maternidad con Menor Riesgo en el Distrito Sanitario de Yako**»

Además, el equipo de los consultores presenta sus agradecimientos:

- A los Responsables del Ministerio de la salud para haber autorizado y facilitado la puesta en marcha de esta actividad
- A la unidad de apoyo para la ejecución del proyecto

Expresa igualmente su gratitud:

- Al Director regional de la salud del Norte, al Equipo directivo del Distrito Sanitario de Séguénéga y personal sanitario de los centros de salud visitados para el interés que han acordado a la realización de este estudio;
- A los líderes de opinión (prefectos, alcaldes, jefes tradicionales y jefes religiosos);
- A los responsables de las tropas teatrales;
- A los agentes de salud comunitarios y a las parteras tradicionales de las localidades visitadas;
- A las poblaciones de los municipios y pueblos encuestados, particularmente las mujeres embarazadas y las mujeres en edad de procrear para la acogida expresiva que han reservado a los encuestadores.

Por fin el equipo expresa su gratitud a todos y todas que han aportado su contribución a la realización de este trabajo. Lo gustaría insistir particularmente sobre el apoyo indispensable del Sr. Kayinamura Pierre Claver de la oficina de MMA de Ouagadougou que ha aportado al equipo de consultores la asistencia necesaria para la ejecución de la misión.

LISTA DE ABREVIACIONES

AACID:	Agencia de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIS:	Agente Itinerante de Salud
ASC:	Agente de Salud Comunitario
ATL:	Taller Teatro del Lorum
CAMEG:	Central de compra de medicamentos esenciales genéricos
CMA :	Centro medico con antena quirurgica
COGES:	Comité de Gestión
CPN:	Consulta prenatal
CSPS:	Centro de Salud y de Promoción Social
DECD:	Dirección del Equipo Directivo de la Salud
DRS:	Dirección Regional de la Salud
DS:	Distrito Sanitario
DSME:	Dirección de la salud de la madre y del niño
ECD:	Equipo Directivo del Distrito
FM:	Fondo Mundial
IEC:	Información Educación Comunicación
ICP:	Enfermero Jefe de Puesto
MMA:	Medicus Mundi Andalucía
MMR:	Maternidad con Menor Riesgo
MS:	Ministerio de la salud
NRS:	Niño del pecho
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
PCIME:	Atención medica Integral de las enfermedades de la infancia
PEV:	Programa amplio de vacunación
PNLP:	Programa nacional de Lucha contra el Paludismo
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas por el Desarrollo
SLM:	Sustitos de Leche Materna
UNICEF:	Fondos de las Naciones Unidas por la Infancia

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 : Actores implicados en el proyecto y atribuciones: -----	14
Tabla 2 : Tabla recapitulativa de los beneficiarios encontrados -----	22
Tabla 3 : Tasas de realización de las actividades del proyecto -----	24
Tabla 4 : Fuerzas y flaquezas del proyecto -----	68
Tabla 5 : Apreciación técnica de las actividades del proyecto -----	70

LISTA DE GRAFICAS

Mapa 1 : Distrito sanitario de Yako (fuente : mapa sanitaria 2010 MSP)-----	16
Grafica 1 : Los actores de la formación-----	36
Grafica 2 : Numero de CPN por año -----	42
Gráfico 3 : Partos no asistidos en comparación con los partos asistidos 2008-2012-----	51
Gráfico 4 : Partos a domicilio y partos asistidos de 2008-2012 -----	52
Grafico 5 : Importe previsto y importe gastado por actividad -----	63
Grafico 6 : Comportamiento de los beneficiarios directos -----	67

RESUMEN EJECUTIVO

La ONG Medicus Mundi Andalucía interviene en el distrito sanitario de Yako desde 2010, sobre la base de un acuerdo entre la Dirección Regional de la salud del Norte y MMA para poner en marcha un periodo de dos años (2010-2012). La presente evaluación final del proyecto ha sido realizada con el fin de apreciar los resultados conseguidos.

La metodología utilizada ha consistido en una revista documentaria con unas entrevistas estructuradas, semiestructuradas y de focus grupos con los beneficiarios directos e indirectos del proyecto; unas observaciones fueron hechas durante los encuentros sobre el terreno. Todos los 23 CSPS cubiertos por el proyecto fueron visitados. El análisis consistió a apreciar el grado de realización por el resultado esperado.

El proyecto « Maternidad con Menor Riesgo en el Distrito Sanitario de Yako (1º fase) se inscribe en el marco de la puesta en marcha del Plan Estratégico Nacional de la Salud de la Reproducción (1998-2008) así como en los planes de acciones anuales 2010 y 2011 del Distrito sanitario de Yako. La puesta en marcha del proyecto permitió de observar las realizaciones siguientes:

- ✓ La construcción y equipamiento de una nueva maternidad;
- ✓ La construcción de 6 letrinas duchas por los CSPS del D.S. de Yako;
- ✓ La dotación del D.S. de Yako en material medico quirúrgico para el CMA;
- ✓ El abastecimiento de los depósitos farmacéuticos de 23 formaciones sanitarias en medicamentos para el tratamiento de los riesgos maternos;
- ✓ El abastecimiento del bloque operatorio de medicamentos para la realización de las cesáreas (anestésicos, antibióticos, etc.).
- ✓ El refuerzo de las capacidades de 220 parteras tradicionales en prevención y detección de los riesgos maternos;
- ✓ El refuerzo de las capacidades de 70 agentes de salud (personal sanitario) en prevención y detección de los riesgos maternos.
- ✓ El refuerzo de las capacidades de 220 ASC en técnicas IEC. La realización de al menos dos supervisiones de 220 AV por los CSPS et 70 agentes de salud (personal sanitario por el CMA ;
- ✓ La dotación de las 220 AV en medios para la prevención y la detección de los riesgos maternos mediante un equipamiento compuesto de un kit mínimo para las curas perinatales y obstetricas de mismo que de los 70 agentes de salud (personal de salud) personnel sanitaire du matériel medico-

- ✓ La realización de las salidas de representaciones teatrales forum para sensibilizar la población sobre los riesgos materno infantiles ligados al embarazo y al parto;
- ✓ La operabilidad de la unidad de gestión del proyecto MMR.

El proyecto ha sido estimado pertinente a través los objetivos altos que se ha fijado contribuyendo al alcance de los OMD (OMD 4 et 5). De un punto de vista operacional, el proyecto Maternidad con Menor Riesgo ha constituido un aporte indiscutible al desarrollo de los recursos humanos en tema de promoción global de la salud de las comunidades en particular de las mujeres del distrito sanitario de Yako. El coste total del proyecto Maternidad con Menor Riesgo puesto en marcha en el distrito sanitario de Yako está evaluado a 220 093 497 Fr. CFA y financiado por la Junta de Andalucía a 78,4% sea 178 897 247 Fr. CFA, Médicus Mundi a 5,6% sea 12 987 810 Fr. CFA y a 15,8% por el Ministerio de la Salud sea 36 208 440 Fr. CFA.

Se destaca que la puesta en marcha del proyecto fue realizada en sentido de una maximización de los resultados. Muchos elementos militan en favor de una buena eficiencia del proyecto por que los resultados conseguidos están a la medida de los gastos hechos y de las economías realizadas y que han sido vuelto a invertir para llevar unas otras actividades.

Impacto a nivel del sistema de salud: la extensión de la cobertura sanitaria del distrito sanitario de Yako por la construcción de una nueva maternidad ha tenido un impacto directo sobre la oferta de las curas de salud materna e infantil en el distrito. Los apoyos en equipamiento y productos farmacéuticos y los esfuerzos de las capacidades del personal que se encarga de la salud materna e infantil en el distrito sanitario contribuyeron a reforzar el sistema de salud del distrito sanitario de Yako.

Impacto a nivel de los beneficiarios: la gratuidad de las curas, los servicios de acompañamiento ofertas, la satisfacción en el aspecto de sensibilización de las poblaciones sobre los problemas de salud están estimados muy satisfactorios por los beneficiarios.

Des recommandations ont été faites aux différents niveaux (Autorités sanitaires et MMA).

INTRODUCCIÓN

La Región Sanitaria del Norte está limitada al Sur por las regiones sanitarias del Centro-Oeste, la Planicie Central, al oeste por la región sanitaria de la Boucle del Mouhoun, al este por las regiones sanitarias del Sahel y del Centro-Norte y al norte por la República de Mali. Cuenta con una población de 1 127 042 habitantes sobre una superficie de 27 598 Km².

Sobre el plan administrativo, la Región Sanitaria del Norte cubre cuatro provincias que son:

- la provincia del *Passoré* correspondiente al distrito sanitario de Yako,
- la provincia del *Lorum* correspondiente al distrito sanitario de Titao,
- la provincia del *Yatenga* correspondiente a los distritos sanitarios de Ouahigouya y de Séguénéga,
- la provincia del *Zandoma* correspondiente al distrito sanitario de Gourcy.

Los indicadores sanitarios de esta región son menos satisfactorios que los indicadores nacionales. La evolución de los indicadores de la región está presentada en la tabla 2.

Presente en Burkina Faso desde hace algunos decenios, la ONG Medicus Mundi Andalucía interviene en distintas provincias de la región del norte. En conformidad con su programa socio sanitario de acompañar las autoridades sanitarias en la lucha contra la enfermedad y el mejor estar de las poblaciones vulnerables, esta ONG interviene en diversos campos tal como la lucha contra la práctica de la escisión, el paludismo y la maternidad con menor riesgo...etc.

Con el fin de mejorar la salud de la madre y del niño en la región sanitaria del Norte y particularmente en la Provincia del Passoré, Distrito Sanitario de Yako la ONG Medicus Mundi Andalucía ha iniciado el proyecto Maternidad con Menor Riesgo desde mayo 2010. Es al cabo de la puesta en marcha de este proyecto financiado por MMA que interviene la presenta evaluación.

I. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

Fue en 2009 que en colaboración con la DRS del Norte, Medicus Mundi Andalucía (MMA) ha organizado un taller de identificación de las necesidades para el proyecto « Maternidad con Menor Riesgo en el Distrito Sanitario de Yako». A este taller participaron igualmente el Médico jefe de Distrito y el responsable de la salud de la reproducción de Distrito sanitario de Yako de mismo que las delegaciones del nivel central: la DSF y la DEP del Ministerio de la Salud. Es en este marco que el documento del proyecto ha sido elaborado y presentado a la Junta de Andalucía que es el principal proveedor. Este proyecto cubre 23 formaciones sanitarias sobre 46 que cuenta el distrito. Ha sido iniciado el 1 de mayo 2010 para una duración de 2 años para terminarse el 30 de abril 2012.

En Burkina Faso, los datos de la última encuesta demográfica y de salud muestran que las defunciones maternas representan 19 % de todas las defunciones de las mujeres de 15-49 años. Las mujeres corren un riesgo de 1 sobre 50 de morir de una causa maternal durante los años de procreación. La relación de mortalidad está estimada a 341 por 100.000 nacidos vivos durante el periodo de 7 años precedente la encuesta.

El presente proyecto « Maternidad con menor riesgo en Distrito sanitario de Yako (1º fase) hace parte de un programa de trabajo mucho más amplio de MMA que busca a cubrir todos los distritos sanitarios de la Región Sanitaria del Norte (Ouahigouya, Titao, Séguénéga, Gourcy y Yako). En efecto es en 2000 que estas acciones han podido empezar gracia sobre todo a la financiación de la Junta de Andalucía que desde entonces ha continuado a apoyar las acciones de cooperación sanitarias sucesivas que le hemos propuesto para continuar a ejecutar este programa. Este proyecto pretende ampliar una parte de las actividades emprendidas conjuntamente por la DRS del Norte y Medicus Mundi Andalucía en el D.S de Ouahigouya desde 2000 a 2003, en el de Titao desde 2003 a 2006 y en el de Séguénéga de 2006 a 2009. Se inscribe el marco de la puesta en marcha del Plan Estratégico Nacional de la Salud de la reproducción (1998-2008) así como en los planes de acciones anuales 2010 y 2011

del Distrito sanitario de Yako.

En el DS de Yako la situación de los riesgos ligados a la salud de la reproducción no es diferente de la que se encuentre en el resto del país. Según las estadísticas de 2004 la mortalidad materna está estimada a 484 por 100 000 nacidos vivos. Teniendo en cuenta de la baja tasa de frecuentación de las formaciones sanitarias, este dato es inferior a la realidad. La tasa de cobertura prenatal es de 81,74 % en 2004 y la de la cobertura obstétrica es de 49%. En el DS de Yako en 2003 sobre 14.169 embarazos solamente 7.053 (50%) mujeres han beneficiados de una asistencia durante el parto. En definitiva es una situación que justifica la presente intervención.

Es en este sentido que la oficina BASP'96 ha sido solicitada para medir los efectos del proyecto sobre los beneficiarios que son las mujeres en edad de procrear y el personal sanitario de mismo que las parteras tradicionales y los agentes de salud comunitarios. Después de un recuerdo metodológico el presente informe presenta los resultados de la evaluación, hace un análisis de la intervención para sacar las lecciones aprendidas y las recomendaciones.

Antes de presentar la metodología de la evaluación, conviene de presentar el proyecto de Maternidad con Menor Riesgo (1º fase) y su evolución en el Distrito Sanitario.

II. DESCRIPCIÓN SUCCINTA DE LA INTERVENCIÓN EVALUADA

El presente proyecto « Maternidad con menor riesgo en Distrito sanitario de Yako (1º fase) hace parte de un programa de trabajo mucho más amplio de MMA que busca a cubrir todos los distritos sanitarios de la Región Sanitaria del Norte (Ouahigouya, Titao, Séguénéga, Gourcy et Yako).

Se inscribe el marco de la puesta en marcha del Plan Estratégico Nacional de la Salud de la reproducción (1998-2008) así como en los planes de acciones anuales 2010 y 2011 del Distrito sanitario de Yako.

En el le DS de Yako la situación de los riesgos ligados a la salud de la reproducción no es diferente de la que se encuentre en el resto del país. Según las estadísticas de 2004 la mortalidad materna está estimada a 484 por 100 000 nacidos vivos. Teniendo en cuenta de la

baja tasa de frecuentación de las formaciones sanitarias, este dato es inferior a la realidad. La tasa de cobertura prenatal es de 81,74 % en 2004 y la de la cobertura obstétrica es de 49%. En el DS de Yako en 2003 sobre 14.169 embarazos solamente 7.053 (50%) mujeres han beneficiados de una asistencia durante el parto. En definitiva es una situación que justifica la presente intervención.

De manera general, el proyecto busca a mejorar los indicadores de la salud de la población del Distrito Sanitario de Yako. Se trata especialmente de reducir la mortalidad materna e infantil en el Distrito Sanitario de Yako mediante la mejora de la prevención y la detección de los riesgos maternos ligados al embarazo y al parto.

A la vista de alcanzar estos objetivos, las estrategias puestas en plaza por el proyecto son las siguientes:

- La construcción de infraestructuras particularmente de una maternidad y de seis (6) letrinas al beneficio del Distrito Sanitario de Yako;
- El equipamiento especialmente de la nueva maternidad así como del CMA de Yako en material médico quirúrgico;
- El refuerzo de las capacidades del personal en prevención y detección de los riesgos maternos;
- La supervisión de las actividades;
- La dotación de las formaciones sanitarias en medicamentos y en material médico técnico;
- La mejora de la oferta de prestación de de servicios de curas de calidad;
- La información – educación - comunicación.

En lo que concierne este último punto, la característica del proyecto ha consistido a utilizar muchas canales de los cuales:

1. Las charlas de grupo y entrevistas individuales que se hacen en las formaciones durante las CPN (estrategia fija) o fuera las formaciones sanitarias durante las vacunaciones (estrategias avanzadas).
2. Las representaciones teatrales forum en los pueblos: muy apreciado por el conjunto de las poblaciones, el teatro forum se reveló un medio eficaz de comunicación de masa a

nivel de los pueblos. La puesta en escena sirve en mismo tiempo de distracción pero transmitiendo un mensaje adecuado. Estas sesiones han suscitado un real interés sobre todo cuando dejan un espacio de comunicación para los participantes que aprovechan de expresar las lecciones aprendidas de la puesta en escena. Así un gran número de personas pudieron estar sensibilizadas. Se trata de los hombres ocupados durante el día en los trabajos de campos.

Sobre el plan institucional, el proyecto está financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID) y Medicus Mundi Andalucía con la colaboración local del Ministerio de la Salud à través la Dirección Regional de la Salud del Norte.

El proyecto puesto en marcha por una unidad de apoyo dispone de un personal local con servicios aferentes (línea telefónica, acceso a Internet) y de un personal compuesto de tres miembros: una coordinadora, una secretaria y un chofer de mismo que un punto focal MMR Yako. Este equipo trabaja a tiempo pleno en estrecha colaboración con el personal de la DRS del Norte y del Distrito Sanitario de Yako. Está equipada de un material de oficina y de un vehículo de servicio. Los gastos de funcionamiento están incluidos en el presupuesto del proyecto.

Son esencialmente las partidas siguientes que fueron financiadas:

- La construcción de infraestructuras sanitarias ;
- El equipamiento de las formaciones sanitarias del Distrito Sanitario de Yako en material médico técnico;
- La dotación de las formaciones sanitarias del Distrito Sanitario de Yako en medicamentos;
- La formación de las parteras tradicionales sobre su nuevo papel, los ASC y el personal sanitario sobre las curas obstétricas neonatales de base y en andragogia;
- Las salidas de representaciones teatrales en los pueblos sobre los riesgos maternos e infantiles ligados al embarazo y al parto;
- La puesta en marcha de una unidad de gestión del proyecto MMR

Sobre el plan operacional, el proyecto implica varios actores a todo los niveles como lo indica la tabla 1.

Tabla 1 : Actores implicados en el proyecto y atribuciones:

NIVELES	ACTORES	ATRIBUCIONES
Central	DSME Medicus Mundi Andalucía	
Regional	DRS	
Provincial	Distrito sanitario	Formación de los actores sobre el terreno Supervisión de los responsables de los CSPS por el Equipo Directivo del Distrito
	Punto focal Maternidad con Menor Riesgo	Cargado de la gestión del proyecto, de la evaluación de las necesidades y de la programación de las actividades.
	Tropas teatrales	Producción y representaciones de las piezas de teatro forum en los pueblos.
	Prefecto	Sensibilización de las autoridades administrativas, tradicionales y religiosas
Ayuntamiento/Aire de salud	Alcaldes,	Sensibilización de las poblaciones
	CSPS (ICP)	Supervisión de los ASC por los responsables de los CSPS Co-organización de las sesiones de sensibilización durante las CPN
Pueblos	Líderes de opinión: jefes religiosos, jefes tradicionales	Contribución a la sensibilización de las poblaciones
	ASC	Animación de las sesiones de sensibilización durante las CPN y las vacunaciones.
	AV	Sensibilización de las mujeres embarazadas

Los resultados esperados al cabo del proyecto son:

1. La construcción y equipamiento de una nueva maternidad;
2. La construcción de 6 letrinas duchas para los CSPS del D.S. de Yako;
3. La dotación del D.S. de Yako en material médico quirúrgico para el CMA;
4. El abastecimiento de los depósitos farmacéuticos de 23 formaciones sanitarias en medicamentos para el tratamiento de los riesgos maternos;

5. El abastecimiento del bloque operatorio en medicamentos para la realización de las cesáreas (anestésicos, antibióticos, etc.).
6. El refuerzo de las capacidades de 220 parteras tradicionales en prevención de los riesgos maternos;
7. El refuerzo de las capacidades de 70 agentes de salud (personal sanitario) en prevención y detección de los riesgos maternos.
8. El refuerzo de las capacidades de 220 ASC en técnicas IEC.
9. La realización de al menos dos supervisiones de las 220 parteras tradicionales por los CSPS y 70 agentes de salud (personal sanitario) por el CMA;
10. La puesta a la disposición de 220 parteras tradicionales de medios para la prevención y la detección de riesgos maternos mediante la dotación de un equipamiento compuesto de un kit mínimo para las curas peri natales y obstetricias de mismo que a los 70 agentes de salud (personal sanitario) del material médico técnico)
11. La realización de las salidas de representaciones teatrales forum para sensibilizar la población sobre los riesgos maternos infantiles ligados al embarazo y al parto.
12. La funcionalidad de la unidad de gestión del proyecto MMR

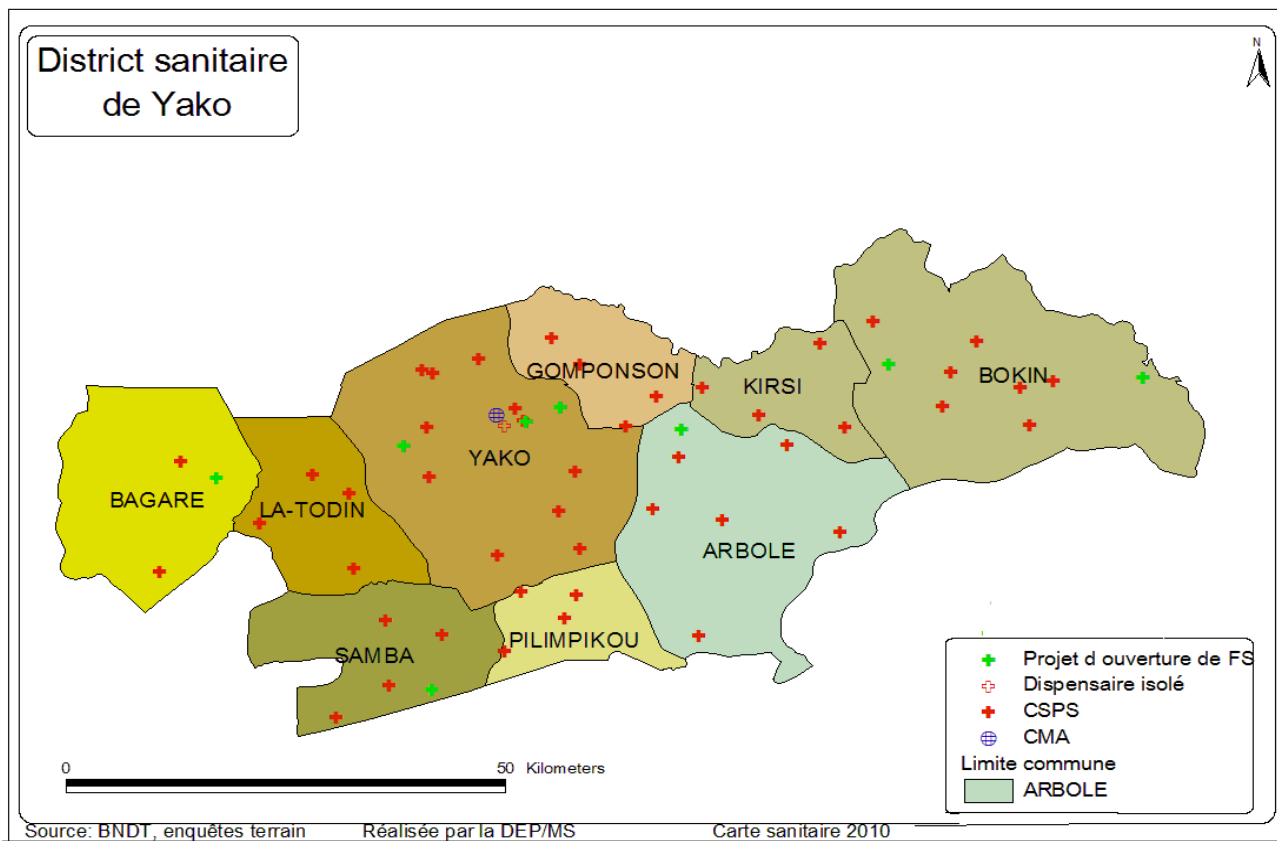
III. METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA EVALUACIÓN

3.1. Marco general del estudio

El distrito sanitario de Yako es uno de los cinco distritos sanitarios que cuenta la región sanitaria del Norte

Sobre el plan administrativo el distrito sanitario se amplía sobre nueve (09) departamentos (Yako, Bagare, Latoden, Gomposon, Kirsi, Bokin, Arbolé, Samba y Pilimpikou. El mapa más abajo presenta los distintos departamentos del DS de Yako.

El distrito sanitario de Yako constituye el marco de este estudio y está representado sobre la mapa 1 más abajo :



Mapa 1 : Distrito sanitario de Yako (fuente : mapa sanitaria 2010 MSP)

El estudio se ha desarrollado en 23 formaciones sanitarias repartidas en el distrito sanitario de Yako:

- Departamento de Arbolé : CSPS de Arbolé, Boulkon y Kaba. ;
- Departamento de Bagaré: CSPS de Bagaré y Zougo ;
- Departamento de Bokin : CSPS de Bokin, Sarma y Téma ;
- Departamento de Gomposon : CSPS de Gomposom y Niognogo ;
- Departamento de Kirsi : CSPS de, Kapon, y Kirsi ;
- Departamento de Latodem : CSPS de Latodem y Minissia ;
- Departamento de Pilimpikou : CSPS de Konan y Pilimpikou ;
- Departamento de Samba : CSPS de samba, Thébo y Toessin ;
- Departamento de Yako : CMA de Yako así como los CSPS de Pélektanga, Song-naba y Tindila ;
- Los pueblos de los cuales las poblaciones han sido sensibilizadas.

3.2. Beneficiarios del estudio

Las estructuras y personas concernidas por la evaluación son:

➤ **Los beneficiarios directos:**

- Las mujeres en edad de procrear, embarazadas y que han parido durante el periodo cubierto para el proyecto;
- Las parteras tradicionales y los agentes de salud comunitarios que han beneficiados de la formación;
- Los agentes de salud (personal sanitario).

➤ **Los beneficiarios indirectos :**

- La población general de todo el distrito sanitario de Yako;
- Los líderes de opinión (Prefecto, alcaldes, jefes tradicionales, jefes religiosos... etc.);
- Las tropas teatrales que han sensibilizado la población.

➤ **Los colaboradores**

- La DSF
- La DRS y el Equipo Directivo del Distrito Sanitario de Yako
- La Unidad de Apoyo a la Ejecución del proyecto
- Las formaciones sanitarias que han beneficiado de las nuevas infraestructuras, los equipamientos y de los medicamentos.

➤ **Las personas recursos**

- Los actores del proyecto a nivel de Medicus Mundi Andalucía.

3.3. Técnicas de colección de datos

La misión utilizó una dinámica cuantitativa comprendiendo tres (3) enfoques para conseguir los datos necesarios a la evaluación final del proyecto:

- El estudio y el análisis de la documentación relativa al proyecto;
- Los encuentros y las discusiones con el equipo del proyecto así como los distintos colaboradores;
- Los focus grupos ;
- Las entrevistas durante las visitas de terreno.

La revista documentaria ha permitido de pasar en revista y de explorar los distintos documentos en comparación con el proyecto. Se trata del informe de planificación, el informe de ejecución (informes narrativos y financieros), del informe de seguimiento del proyecto y de los documentos nacionales sobre la mortalidad materna.

3.4. Muestra / Preparación de muestras

Respecto a los objetivos del estudio, los distintos beneficiarios citados más arriba están concernidos por el estudio. Todos los beneficiarios citados han sido vistos gracias a las distintas preparaciones de muestras. En medio 5 parteras tradicionales y 5 agentes de salud comunitarios han sido vistos por formación sanitaria sea un total de 115 AV y 115 ASC, 2 agentes de salud (personal sanitario) han sido interrogados por formación sanitario sea 46 agentes. Los beneficiarios directos dentro de las poblaciones han sido vistos: mujeres en edad de procrear, parteras tradicionales (15 beneficiarios directos: mujeres de 15 a 45 años en edad de procrear) y 15 beneficiarios indirectos por CSPA sea 345 mujeres en edad de procrear y 230 ASC y AV.

3.5. Colección de datos

La evaluación del proyecto necesita la colección de datos cuantitativos y cualitativos respecto a las actividades realizadas así como la financiación de las actividades sobre el periodo del 18 al 28 de febrero 2013. Esta colección de datos ha sido hecha gracias a las entrevistas realizadas con los actores que intervienen en la puesta en marcha del proyecto así como los colaboradores técnicos y financieros.

3.6. Herramientas de colección de datos

Se ha desarrollado las herramientas de colección de datos antes de ir sobre el terreno con la finalidad de recoger todas las informaciones necesarias a la evaluación. Son:

- Una tabla para la revisita documentaria;
- Una ficha de seguimiento y de progreso de las actividades y de los indicadores;
- Un guía de entrevista para los puntos focales y el equipo de Medicus Mundi Andalucía ;

- Un guía de entrevista para los colaboradores técnicos y financieros;
- Un guía de entrevista para los líderes de opinión;
- Un cuestionario para los beneficiarios directos (mujeres en edad de procrear, AV, ASC y personal sanitario) ;
- Un guía de entrevista de grupo con los beneficiarios directos;
- Un cuestionario para los beneficiarios indirectos (población).

3.7. Aspectos éticos

La sensibilidad de las personas debe estar tenida en cuenta porque a veces se puede observar las discreciones durante los distintos contactos con los encuestadores. Una atención particular ha sido acordada a estas discreciones y la participación al estudio ha sido voluntaria con el respecto de las condiciones citadas por la encuesta.

Las normas y reglas de éticos siguientes han sido respetadas:

- El consentimiento aclarado de los participantes a la encuesta;
- La confidencialidad de las informaciones recogidas.

3.8. Entrada y tratamiento de datos

La entrada de datos ha sido realizada sobre Epi Info. El análisis de datos cuantitativos se hizo gracias a la ayuda de los logicales Epi Info para la entrada y SPSS vs 16 para los análisis. El logicial Excel ha sido utilizado para la transferencia de datos y de las graficas.

Por lo que se refiere a los datos cualitativos coleccionados durante las entrevistas individuales y de « focus grupos » o discusiones en grupo, teniendo en cuenta de su naturaleza y de su volumen, han sido objeto de un análisis manual por síntesis o por punto de convergencia.

3.9. Control de calidad de los datos

El control de calidad ha sido basado sobre: (i) la supervisión de la colección; (ii) el control a la entrada de datos; y por ultimo (iii) la eliminación de los valores anormales al análisis.

3.10. Plan de análisis

El procedimiento de análisis de datos se ha desarrollado según las etapas siguientes:

- La primera etapa consiste en una serie de análisis para verificar la integridad de datos. Unos controles de validez de datos han sido efectuados para cernir la falta de coherencia de datos.
- La segunda etapa es la descripción de los variables; las proporciones han sido utilizadas para describir los variables cualitativos y las medias han servido para los variables cuantitativos.
- La tercera etapa es el análisis cruzado de los variables (tabla cruzada) en función de los datos de identificación.

3.11. Constitución de los grupos de trabajo

Para cubrir los sitios de encuestas, un equipo de cuatro (4) encuestadores ha sido contratado para recoger los datos sobre el terreno. Estos encuestadores han trabajado bajo la responsabilidad técnica de dos Consultores de los cuales un Medico especializado en Salud Publica y un especialista en Ciencias Sociales.

El papel de cada miembro del equipo esta definido de manera siguiente:

- los consultores están cargados de la supervisión, de la coordinación y de la redacción del informe del estudio.

El papel de cada miembro está definido de la manera siguiente:

- consultores :
 - o Concepción del estudio y organización de la supervisión
 - o inventario del material y equipamiento
 - o administración del guía de entrevista a los responsables.
- Los encuestadores:
 - o Administración del cuestionario a la atención del personal
 - o Administración de las entrevistas a los beneficiarios.

3.12. Dificultades encontradas

Algunas dificultades han sido observadas durante el desarrollo del estudio. Se trata principalmente de:

- ✓ No puesta a la disposición a tiempo de los documentos necesarios a la revista documentaria a causa de la defunción de la coordinadora del proyecto intervenida poco tiempo antes del inicio de la misión de la evaluación.
- ✓ Non mise à disposition à temps par le projet, des documents nécessaires à la revue documentaire du fait du décès de la coordinatrice du projet intervenu peu avant le début de la mission.
- ✓ La no información de todas las partidas concernidas por la evaluación antes del inicio de la colección de datos. Esta dificultad ha podido estar evitada por la sensibilización.

Tabla 2: Tabla recapitulativa de los beneficiarios encontrados

Departamentos	CSPS	Parteras tradicionales	Agentes de salud comunitarios	Agentes de salud (personal sanitario)	Beneficiarios directos (mujeres de 15 a 49 años en edad de procrear)	Celda MMR	Lideres	Focus Grupo Beneficiarios indirectos : Población
Arbollé	Arbollé	4	7	1	15	1	0	1
	Boulkon							
	Kaba	4	4	1	15	1	0	0
Bagaré	Bagaré	8	14	2	15	1	A retirar	0
	Zougo	7	8	2	15	1	0	1
Bokin	Bokin	5	4	6	15	1	1	1
	Sarma	6	5	2	15			
	Téma	9	5	1	15	1	0	0
Gomposom	Gomposom	10	10	2	15	1	1	1
	Niognogo							
Kirsi	Kirsi	5	6	2	15	1	0	1
	Kapon	5	5	2	15	1	0	0
Latodem	Latoden	7	6	2	15	1	0	1
	Minissia	6	7	1	15	1	0	0
Pilimpikou	Pilimpikou	12	6	1	15	1	1	0
	Konan	1	2	2	15	No constituida	0	0
Samba	Samba	4	5	3	15	1	1	0
	Thébo							
	Toessin	8	7	1	15	1	0	1
Yako	Yako							
	Pélektanga	2	6	2	15	Non constituida	0	0
	Song-naba	4	6	2	15	1	0	0
	Tindila	4	3	1	15	1	0	0
TOTAL og	19/23	111/115	116/115	36/46	285/345	16	4	7/9

IV. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

El equipo de los evaluadores ha pasado sistemáticamente a la revista de los resultados esperados del proyecto, Las entrevistas, observaciones y diversas encuestas han permitidas de fijarse una idea del estado de la puesta en marcha del proyecto Maternidad con Menor Riesgo en el Distrito sanitario de Yako iniciado por Medicus Mundi Andalucía.

4.1. Estado de la puesta en marcha del proyecto

Para alcanzar los resultados del proyecto se ha previsto las actividades siguientes:

- La construcción y equipamiento de una maternidad a Arbolé
- La construcción de 6 letrinas duchas en 6 CSPS
- La dotación de un material medico a la maternidad y al bloque operatorio del CMA de Yako
- la dotación de material medico a las maternidades de 23 CSPS citados arriba
- la dotación de medicamentos y consumibles a las maternidades de 23 CSPS citados arriba y la del CMA así como al bloque operatorio para la realización de las cesáreas
- la formación de 220 parteras tradicionales y dotación de material
- la formación de 77 agentes de salud (personal sanitario)
- la formación de 220 agentes de salud comunitarios
- la realización de dos supervisiones para las 220 parteras tradicionales y 77 agentes de salud formados.
- la Dotación de un kit mínimo para las curas peri natales e obstétricas a 220 parteras tradicionales
- la sensibilización a través del teatro (30 representación teatrales están previstas)

Más abajo, el recapitulativo de las actividades realizadas (tabla 3). Los resultados alcanzados por el proyecto estarán comparados a los objetivos específicos de la intervención

Tabla 3: Tasas de realización de las actividades del proyecto

Objetivos específicos	Actividades previstas	Actividades realizadas	Gastos previstos	Gastos efectuados	Indicadores	Observaciones
Refuerzo de las infraestructuras	Construcción de una nueva maternidad	Construcción de una nueva maternidad para el CSPS de Arbolle	26.623.800	20.288.400	Nueva maternidad operacional	-
		Electrificación de 2 maternidades existentes	-	5.490.000	Las maternidades de Kapon y Konan están electrificadas	Esta actividad no prevista ha sido realizada gracias a un saldo recuperado sobre el coste de la maternidad de Arbolle
		Construcción de 6 letrinas duchas en 6 CSPS	5.903.550	5.884.200	Existencia de 6 letrinas duchas en los 6 CSPS citados	-
		Electrificación de 4 otras maternidades existentes	-	10.980.000	Las maternidades de Latoden, Zougo, Niognogo y Thebo están electrificadas	Actividad no prevista y su financiación ha sido obtenida gracias al reajuste del presupuesto total
Equipamiento de infraestructuras sanitarias	Dotar el centro de referencia del DS de Yako en material medico técnico	Dotación del bloque operatorio del CMA de Yako en material medico técnico	8.527.350	8.540.438	Material medico técnico disponible en el CMA de Yako	-
	Equipar la nueva maternidad en material medico técnico y mobiliario	Equipamiento en material medico técnico y mobiliario de la nueva maternidad del CSPS de Arbolle	-	3.308.000	Existencia de equipamiento en la nueva maternidad de Arbolle	-
Reforzar las capacidades y	Dotar 23 maternidades en	23 maternidades de los CSPS están	19.678.500	25.419.665	Numero de maternidades	-

las prestaciones de servicios a las madres y niños	material medico técnico	dotadas de material medico técnico			dotadas en material medico técnico	
	Dotar los CSPA en medicamentos	23 CSPA están aprovisionados en medicamentos según las necesidades expresadas	13.119.000	10.941.431	Numero de CSPA aprovisionados en medicamentos	
	Dotar 220 AV en material de motivación	313 kits de motivación está dotados a las AV	7.576.222	2.820.000	Numero de AV dotadas en kit de motivación	El saldo ha servido a comprar un complemento de material medico técnico para las maternidades
	Formar los agentes de salud en las curas obstetricias y neonatales de urgencia de base	23 responsables de maternidades y 23 ICP formados en SONUB y en andragogia	7.576.222	11.064.419	Numéro de agentes formados	Al momento de que el proyecto ha sido elaborado el concepto de SONUB no estaba de actualidad y es así que el coste de esta formación supera las previsiones y el excedente sale sobre todo de la formación de las AV.
	Formar 220 AV sobre su nuevo papel	313 AV formadas sobre su nuevo papel	8.658.540	4.081.925	Numero de AV formadas	-
	Puesta en marcha de la unidad de apoyo al proyecto MMR Yako	Equipamiento de la unidad de apoyo en material informático	1.180.710	1.155.000	Existencia de equipamiento para el funcionamiento de la unidad	-
	Formar 220 ASC sobre la	309 ASC formados	3.935.700	3.065.975	Numero de ASC formados	Al momento que el

	detección de los riesgos ligados a la salud de la madre/niño					proyecto ha sido identificado el número de ASC identificados era de 220. Sin embargo durante el mes de junio 2010 las necesidades de formación de los ASC evaluadas directamente sobre el terreno eran de 309 personas.
	Sensibilizar la población	20 salidas de representaciones teatrales forum Encuentro con 146 líderes de opinión 14 prefectos /alcaldes y 23 ICP	3.935.700	3.421.010	Numero de personas sensibilizadas	-
	Supervisión de los agentes de salud Supervisión de las Celdas maternidad con Menor Riesgo en 23 CSPS	Realización de 23 salidas de supervisión de los agentes de salud Realización de salidas para la supervisión de 156 celdas MMR	787.140	565.000 795.000	Numero de agentes de salud supervisados Numero de celdas MMR supervisadas	Las previsiones de 787.140 Fr. CFA estaban para las dos supervisiones
TOTAL	-	-	107.502.434	117.820.463	-	-

Fuente: Balance general del proyecto MMR Yako, 2012

4.2. Características de las personas encuestadas

La encuesta evaluativo ha interesado un total de 552 personas de la provincia del Passoré en la región sanitaria del Norte de los cuales 51,44% mujeres en edad de procrear sea 284 personas y 48,55% de

prestadores de servicios de salud, agentes de salud comunitarios y parteras tradicionales sea 268 personas. Esta encuesta ha permitido de tener una apreciación de los beneficiarios directos del proyecto

4.2.1. Las mujeres en edad de procrear (FAP)

Sobre el conjunto de las mujeres en edad de procrear vistas, las de Bokin y de Yako que ocupan las más grandes proporciones con respectivamente 16,2% y 15,8%. La mayoría de los otros municipios, Arbolle, Bagara, Latoden y Samba se encuentran con 10,6% de la muestra, dos municipios Kirsi y Pilimpikou 10,2% de la muestra mientras que en Gomponsom se ha podido encuestar 5,3%. De manera general, el número medio de mujeres en edad de procrear interrogadas en cada CSPA es de 14 a 15 salvo para Samba donde hay 17 mujeres en edad de procrear.

La gran mayoría de las encuestadas 95,4% están casadas y se reparten en casadas monógamos 47,5% y en casadas polígamos 47,9%.

Más de la mitad de mujeres 58,8% no tiene ninguno nivel de instrucción. Las que están alfabetizadas son del orden de 16,2%, las mujeres que tienen un nivel primario representan 13,4%, las que tienen un nivel secundario representan 6,3%, mientras que las que han frecuentado la escuela coránica son 5,3%. Es decir que en la localidad, las mujeres están dominadas por el analfabetismo porque en todo su conjunto, las mujeres que tienen un nivel primario, secundario y alfabetizadas no sobrepasa nunca 35,9% contra 58,8% de las mujeres que tienen ninguno nivel. Es decir que a pesar de que los esfuerzos del Gobierno y de los colaboradores técnicos y financieros en el tema de la educación y de la formación de las mujeres, muchos esfuerzos quedan a realizar. Se revela de este hecho urgente que los colaboradores que intervienen sobre el terreno en la disciplina, integra el tema de la educación de las mujeres en sus diversas iniciativas en materia de desarrollo de la mujer.

La agricultura y el comercio son las principales actividades de la mujer en la localidad. En efecto, 37,3% de las mujeres son comerciantes y 35,2% de las mujeres son agricultoras sea un total de 72,5%. Se nota igualmente la importancia de la mujer en el hogar, 24,6%.

4.2.2 Las características generales de los prestadores de servicios de salud, parteras tradicionales, agentes de salud comunitarios

Los prestadores de servicios de salud que han dado su opinión sobre el proyecto han sido vistos en distintas localidades: Bokin (16%) y en Bagare (14,9%), Yako (13,4%), Samba y Latoden (10,4%), Kirsi (9,3%), Arbolé (9%), Gomposom y Pilimpikou (7,5%) y Tema (0,7%).

Los ASC con una proporción de 47,4% sea 147 personas interrogadas constituyen la categoría dominante de la muestra seguida de las parteras tradicionales, 41,4% de la muestra sea 111 personas, las parteras auxiliares, 9,7% sea 26 personas. Siguen después los enfermeros titulados y comadrones y matronas.

El personal ocupa diversas funciones, pero se nota de los ASC y AV aseguran las funciones de sensibilización (91,8%), de referencia (51,9%) en los centros de salud y de asistencia (14,9%) en un CSPS.

La gran mayoría encuestadas (66 %), están en ese puesto de trabajo hay más de dos años y los que están en su puesto hay entre 1 o 2 años ocupan igualmente una proporción importante de 31 % mientras que los que están en su puesto hay menos de 1 año son muy poco numerosos (3). Se retiene que más de 50% del personal tienen un mínimo de antigüedad de 2 a 3 años en la localidad, lo que corresponde prácticamente a la duración de la puesta en marcha del proyecto.

Se nota que 91,8% de los encuestados declaran llevar las actividades de sensibilización, 8,2% realizan las actividades de referencia hacia a los centros de salud. La sensibilización queda de hecho la principal actividad de esta categoría del personal, especialmente las parteras tradicionales y los ASC en el marco de este proyecto. En efecto se trata de conseguir las mutaciones de comportamientos de las comunidades particularmente las mujeres en el tema de salud del embarazo y del parto. En esta perspectiva, las parteras tradicionales y los ASC acompañan las comunidades asegurando la referencia de ciertos embarazos con riesgo para su atención médica a nivel de los CSPS y del CMA.

4.3. Análisis de los resultados alcanzados en comparación a los resultados esperados del proyecto.

Las actividades realizadas durante la ejecución del proyecto han sido evaluadas a partir de los datos cuantitativos y cualitativos recogidos durante la colección de datos. Esto ha permitido de constatar:

- las actividades realizadas completamente;
- las actividades en curso de realización;
- las actividades no realizadas;
- las estrategias del estado de realización de las actividades principales del programa;
- las dificultades ligadas a la realización de actividades;
- las lecciones aprendidas.

También ha sido posible de apreciar los resultados conseguidos en relación con los objetivos formulados en los documentos del presupuesto y las fuerzas y las flaquezas en la puesta en marcha de las actividades realizadas han sido puesto en evidencia.

Los recursos financieros, materiales y humanos han hecho el objeto de un análisis profundizado en la medida donde su papel en la puesta en marcha ha sido importante, análisis basado sobre las cuestiones claves siguientes:

- ¿Cual es el estado de ejecución de los planes de presupuesto de financiación según los periodos?
- ¿Cuál es la destinación final de los presupuestos (los fondos concedidos están utilizados para las actividades o no)?
- ¿Cual es la parte de los recursos invertidos?
- ¿Como estos recursos han sido utilizados para realizar las actividades del plan de acción?
- ¿El material utilizado, en la puesta en marcha es adecuado o no?
- ¿Cual es la eficacia de los recursos humanos en la puesta en marcha del plan de acción?

La situación de la zona de intervención y las distintas acciones propuestas para responder a ellas han sido analizadas. La opinión de los beneficiarios y de los colaboradores ha sido comparada con todas las informaciones financieras y las informaciones sobre el acceso a los servicios han permitido de producir un análisis coherente de la situación y los efectos del proyecto sobre las personas y las estructuras. Este análisis ha sido hecho para los distintos resultados siguientes:

- La Construcción y equipamiento de una maternidad a Arbolle ;
- La Construcción de 6 letrina duchas en 6 CSPS ;
- La dotación del material medico a la maternidad y al bloque operatorio del CMA de Yako ;
- la Dotación de material medico a las maternidades de 23 CSPS citados arriba ;
- la Dotación de medicamentos y consumibles a las maternidades de 23 CSPS citados arriba y a la del CMA así como al bloque operatorio para la realización de las cesáreas ;
- la Formación de 220 parteras tradicionales y dotación de material ;
- la Formación de 77 agentes de salud (personal sanitario) ;
- la Formación de 220 agentes de salud comunitarios ;
- la Realización de dos supervisiones para 220 parteras tradicionales y 77 agentes de salud formados ;
- la Dotación de un kit mínimo para las curas peri natales e obstetricias a 220 parteras tradicionales ;
- la Sensibilización por el teatro (30 representaciones teatrales están previstas) ;
- la puesta en marcha de una unidad de apoyo al proyecto MMR.

4.3.1. La construcción y el equipamiento de una nueva maternidad a Arbolle (R1.A1).

El proyecto de construcción de la maternidad es la emanación de la concertación entre las autoridades sanitarias de la región del Norte, Medicus Mundi Andalousia y los lideres comunitarios del Distrito sanitario de Yako. Completamente financiado por MMA, ha sido realizado en 2012 bajo el control técnico de un Técnico Superior en

Construcción y operacional desde junio 2012 fecha de integración del local por el servicio de la maternidad. Con una previsión presupuestaria de 26 623 800 FCFA, la construcción ha sido realizada a 20 288 400 FCFA sea una economía de 6 345 400 FCFA.

Personal encontrado:

El equipo de evaluación ha encontrado sobre el terreno el personal sanitario compuesto de una enfermera diplomada jefe de servicio, de un agente itinerante de salud y de dos parteras tradicionales. Con su orientación, hemos hecho la visita del local beneficiando de una instalación de placas solares funcionales para el alumbrado.

Las características del local:

Se trata de un edificio bastante grande que abarca:

- a. Tres (3) salas de hospitalización de las parturientes;
- b. Tres (3) despachos;
- c. Una (1) sala de guardia;
- d. Una (1) sala del PEV.
- e. Una (1) sala de espera;
- f. Una (1) sala del parto.

Es importante de subrayar que el edificio presenta algunos pequeños defectos tal como a nivel de algunas puertas internas que se cierran con dificultades de mismo que la puerta principal y la pared presenta una fisura de poca importancia.

Pero es importante de subrayar que hemos observado la gran satisfacción de los usuarios del edificio. En la realidad el edificio construido de una capacidad de 18 camas es muy grande para ser una maternidad de un CSPA de la cual la capacidad es de 6 camas. Sin embargo en las previsiones del Gobierno todos los CSPA que están a nivel de las capitales de los ayuntamientos se transformarán en un centro medico y en ese caso la nueva maternidad tiene las normas para esta estructura. Las autoridades sanitarias están muy satisfechas.



Hay que subrayar igualmente que la economía realizada en la construcción de la maternidad ha servido a la electrificación de las maternidades ya existentes de los CSPS de Konan y de Kapon por un coste de 5 490 000 FCFA.

Si normalmente se debe congratular de una tal iniciativa de utilizar útilmente y socialmente las economías realizadas, queda a observar que esta economía no debe necesariamente servir a otra cosa ciertamente útil. Este enfoque puede influir negativamente sobre la ejecución de un proyecto tal como lo hemos constatado sobre el aspecto que el suelo de la nueva maternidad no está enladrillado aunque no está previsto en el plan nacional de construcción de las maternidades de los CSPS.

En este punto de vista, se debe congratular el equipo de gestión del proyecto para la realización de la electrificación de cuatro otras maternidades especialmente las de Latoden, Zougo, Niognogo et Thebo sobre la base de un reajuste del presupuesto global total del proyecto esperando que este reajuste no ha influido negativamente sobre las otras actividades

4.3.2. La Construction de 6 latrines douches dans 6 CSPS (R2A1)

De manera general, la importancia de la existencia de las letrinas duchas a nivel de las habitaciones o de las estructuras socio colectivas ya no es más demostrar. En efecto, estas infraestructuras participan directamente o indirectamente a la promoción de la salud de los utilizadores para el desarrollo de la higiene y del saneamiento. También, según el paso del proyecto la necesidad de las letrinas duchas ha sido expresada por 14 CSPS precisamente para las maternidades. Pero particularmente por razón de los costes relativamente altos, aproximadamente 1 000 000 Fr.CFA por una letrina ducha, solamente 6 letrinas duchas han sido programadas y realizadas en los CSPS de Arbolle, Zouga, latoden, Kirsi, Pelgatenga, Sarma et Yako. Las seis letrinas duchas han sido construidas en los CSPS de Arbolle, Zougo, Latoden, Kirsi, Pelgatenga, Sarma y Yako. Las obras han sido realizadas bajo la supervisión del punto focal de MMA. De un coste provisional de 5 903 550 FCFA, la construcción ha sido realizada a 5 884 200 FCFA sea una economía de 19 350 FCFA. No se nota ningún defecto en los edificios construidos.

4.3.3. La dotación del material medico a la maternidad y al bloque operatorio del CMA de Yako (R3 .A1)

Según las autoridades sanitarias encontradas al CMA de Yako, los materiales medico técnicos han sido recibidos dando la conformidad a dos veces, la primera vez en febrero 2012 y la segunda vez en septiembre 2012. Con la colaboración perfecta de las autoridades sanitarias del CMA de Yako, hemos podido verificar los documentos de entrega dejado en consigna por el proveedor y el recepcionista. Se trata de materiales destinados a la sala de consulta, sala de espera, sala del parto y para los casos del post parto. En total hemos descontado para la entrega de septiembre 66 elementos de equipamiento de los cuales algunos son dobles. Es importante de subrayar que a la recepción de los materiales, se procede a una verificación minuciosa materializada por una cruz o por OK sobre cada elemento.

4.3.4. La dotación del material medico a las maternidades de 23 CSPS (R4.A1)

La dotación de material medico a las maternidades de 23 CSPS se inscribe en la misma lógica sus mencionada de refuerzo de las capacidades operacionales de los CSPS. Las necesidades, de facto similares han sido expresadas a nivel operacional, es decir los CSPS y de facto han respondido directamente a las necesidades de las dichas estructuras. También las 23 formaciones sanitarias han podido beneficiar en septiembre 2011 y cada uno según sus necesidades las cajas del parto y de pequeñas cirugía, de las camas y colchones de hospital de una plaza, chatas, sondas de aspiración, mascarillas de reanimación adulto y pediátricas tipoambu que puede ser esterilizado en autoclave y de aspirador a pedal.

4.3.5. Dotación de medicamentos y consumibles a las maternidades

Se ha realizado la dotación de medicamentos y consumibles a las maternidades de 23 CSPS citadas arriba y a la del CMA así como al bloque operatorio para la realización de las cesáreas (R5.A1)

Las maternidades de 23 CSPS del Distrito sanitario han sido dotadas en medicamentos y consumibles. Con conformidad al paso del proyecto, estas dotaciones han sido hechas sobre la base de las necesidades expresadas por el nivel operacional. Se trata primero de los consumibles, percutor, hierro ácido fólico, solución Ringer, unos medicamentos utilitarios tales como citosina, glucosa, ampicilina, amoxicilina, hilo de sutura, guante estéril, guante en desorden, guante domestico, sulfadoxina +pirimetamina etc. Este paso es tanto muy fructuoso que ha tenido en cuenta la especificad endémica de cada CSPS.

4.3.6 Formación de 220 parteras tradicionales y su dotación en material, (R6.A1), de 77 agentes de salud (personal sanitario) (R7.A1), de 220 agentes de salud comunitarios (R8.A1)

Formation de 220 accoucheuses

El objetivo era de equipar las parteras tradicionales sobre su nuevo papel en términos de sensibilización de las mujeres y las comunidades en marco de la gestión de los embarazos y del parto. La formación ha alcanzado abundantemente sus objetivos y ha concernido 313 AV formadas. Asegurada por un equipo de personas recursos la formación queda el marco de adquisición de las competencias técnicas y operacionales para rendir toda la intervención eficaz para las poblaciones beneficiarias. También el objetivo es aquí de evaluar la proporción del personal que ha beneficiado de la formación, pero igualmente el impacto de su acción sobre los beneficiarios.

La gran mayoría de los agentes de salud encuestados 91,8% sea 246 personas declaran haber recibido una formación para el trabajo de sensibilización y de referencia a los centros de salud que hacen sobre el terreno.

Formation de 220 agents de santé communautaires

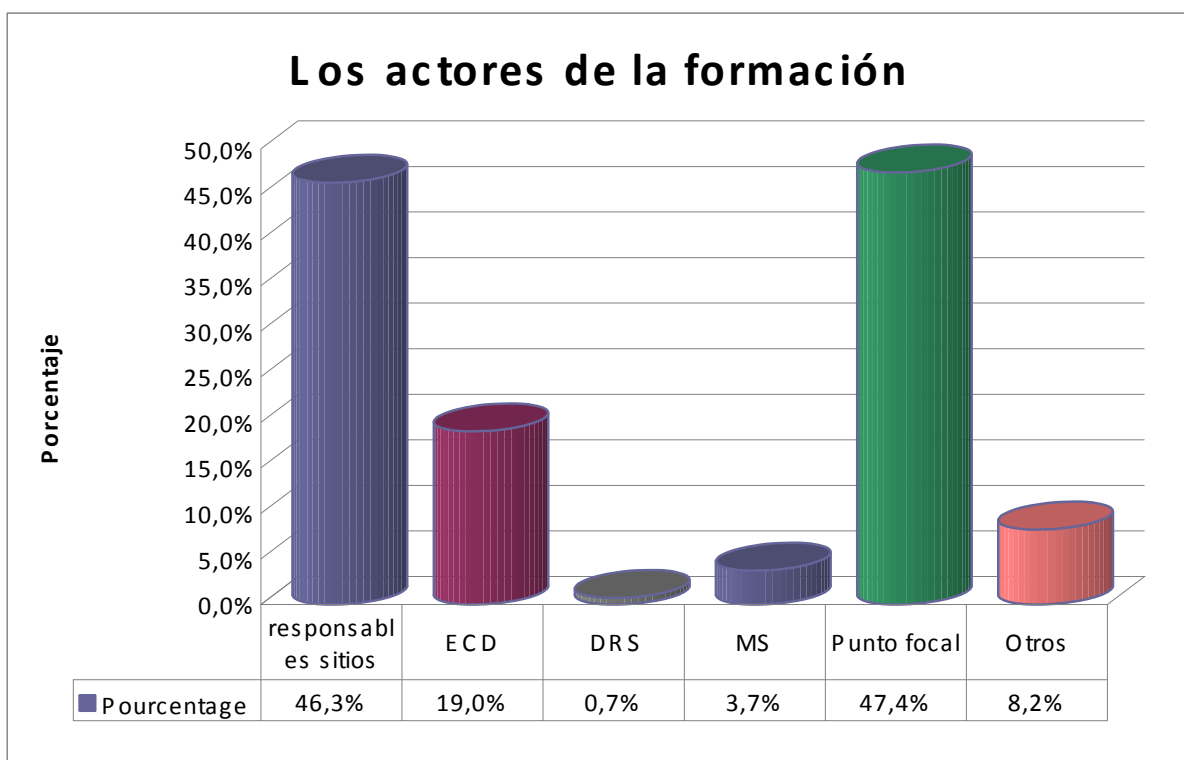
Al momento que el proyecto ha sido identificado el número de los ASC era evaluado a 220. Al inicio de la intervención, en mes de junio 2010 las necesidades de formación de los ASC estaban de 309 a formar. Es así que el proyecto a formado 309 agentes de salud comunitario.

Formación de 77 agentes de salud (personal sanitario)

Aquí el objetivo es de formar los agentes de salud sobre las curas obstétricas neonatales de base. Al momento que el proyecto ha sido elaborado el concepto SONU no estaba en vigor y generalizado. Sin embargo esta formación se realizó con un coste más alto que las previsiones: las economías hechas sobre la partida formación de las AV han permitido de llevar a bien esta

actividad y 23 responsables de maternidades y 23 ICP han sido formados en SONUB y en andragogia.

Siempre para la partida formación, los encuestados citan diversos actores de la formación a saber los responsables de de los sitios para 46,3% sea 124 encuestados, el ECD para 19 % sea 51 encuestados, la DRS para 0,7%, le MS para 3,7% sea 10 personas, el punto focal para 47,4% sea 127 personas e otros 8,2% sea 22 personas



Grafica 1 : Los actores de la formación

En lo que concierne la duración de la formación, una proporción de 45,5 % declara haber beneficiado de una formación de 3 días, seguida de 2 días para 21,3% de los encuestados y por último 7,1% de los encuestados que han recibido una formación de 4 días y 5,2% declarando haber recibido una formación de una duración de 14 días.

Varios temas han sido abordado durante las formaciones: en efecto, 50% de los beneficiarios citan la sensibilización, 19,4% subrayan la referencia/atención medica, 16% mencionan la

complicación del embarazo, 31% la gestión del embarazo, 12,3 la atención medica de las enfermedades infantiles, 6,7% el planning familiar, 4,1 las SONU de base y 2,2% la formación. Parece pues que la mayoría de los beneficiarios sostenía efectivamente que durante la formación, sobre todo han aprendido las técnicas de sensibilización. Los detalles de las respuestas de los encuestados están presentados en la tabla siguiente más abajo. Hay que subrayar la flaqueza absoluta de las respuestas si en lo que conciernen ciertos temas esenciales tal como las SONU de base solamente 4,1%. Pues es imperativo en términos de recomendaciones hacer la elaboración de un programa de formación de los actores que toma en cuenta todas las sensibilidades de la intervención. Es igualmente importante de tener en cuenta las respuestas que conciernen la categoría Otras, se puede notar sobre todo el higiene y la malnutrición que ocupan cada uno 0,7%. Se trata igualmente de otros elementos tales como: acompañar al centro, evitar los trabajos penosos, evitar el parto a domicilio, higiene de la maternidad, importancia de las CPN, los perjuicios del parto a domicilio, atención medica del post parto y practica del higiene.

❑ Dotación de material

Muchas estructuras apoyadas por el proyecto han beneficiado del equipamiento: i) el bloque operatorio del CMA de Yako recibió del material medico técnico ii) la maternidad de Arbolle nuevamente construida ha beneficiado del equipamiento adecuado en la sala del parto y en los despachos y es funcional iii) las maternidades de 23 COPS apoyadas recibieron del material medico técnico.

R10.A1: Dotación de un kit mínimo para las curas peri natales y obstétricas a 220 AV

Esta actividad buscaba el refuerzo de las capacidades operacionales de las AV en términos de curas prenatales y obstétrica les fue cambiada en la motivación de las AV dándolas unos materiales utilitarios. En efecto, importa de subrayar que desde 2009, se ha hecho un cambio a nivel de las responsabilidades de las AV que en lo sucesivo no debía ocuparse que de la sensibilización y del acompañamiento de las mujeres hacia a los centros de salud. Este nuevo papel implicaba de hecho la no necesidad de los kits inicialmente previstos para las curas

obstétricas. También esta actividad ha sido cambiada en un sistema de motivación de las AV por el proyecto. Sin embargo importa de subrayar que inicialmente eran los CSPS que debían favorecer esta motivación a través el comité de gestión proponía que sea nos apoyos materiales, financieros o lo dos a vez a las parteras.

También de una manera practica, con el fin de motivar las mujeres a la sensibilización de las mujeres embarazadas y a su acompañamiento en los centros de salud, las AV han sido dotadas por el proyecto en cubo con cubierto, saco de dama, jabón, lámpara de petróleo y el Comité de gestión del CSPS las da un importe de 250 FCFA por acompañamiento de cada mujer al centro de salud para parir. Siempre en el marco de esta motivación, el proyecto ha deseado tener en cuenta las la cuestión de los medios de desplazamiento como las bicicletas para las AV, pero teniendo en cuenta de la intervención importante de la UNICEF en la zona en este tema, las autoridades sanitarias han optado por la electrificación de las maternidades. Esta elección estratégica ha podido influir sobre el dinamismo de las parteras tradicionales en tema de sensibilización y se pregunta si la prosecución de los partos a domicilio no está ligada entre otro a un relajamiento de las AV en su misión de sensibilización y de orientación. En conclusión, la actividad de adquisición de Kits para las curas prenatales y obstétricas ha sido transformada en la dotación de Kits de motivación para las AV. Del punto de vista financiero, el presupuesto que estaba destinado a la actividad inicial estaba de 7 576 222 FCFA ha sido ejecutado para la segunda formulación a 2 820 000 FCFA y pues una economía de 4 756 222 FCFA utilizada para el equipamiento en material medico técnico para la maternidades de 23 CSPS.

R11.A1 Sensibilización por el teatro (30 representaciones teatrales están previstas)

Vente (20 salidas de representaciones teatrales forum han sido ejecutadas unos encuentros con 146 lideres de opinión, 14 prefectos / alcaldes y 23 enfermeros jefes de puesto han sido realizados. El coste provisional que estaba de 3 935 700 FCFA a sido ejecutado a 3 421 010 FCFA con una economía de 514.690 FCFA. Marco de atracción y de distracción, los teatros forums han constituidos de verdaderos marcos de sensibilización de las comunidades sobre los riesgos

ligados al embarazo y al parto y sobre las lecciones sacadas y que pueden influir positivamente sobre los comportamientos de las poblaciones. El parto a domicilio era el tema de prestación teatral, los participantes constituidos de niños, mujeres y de los hombres hicieron numerosas observaciones o preguntaban muchas cuestiones:

¿Por qué algunas mujeres embarazadas no quieren ir a la CPN?

¿Por qué algunas mujeres no quieren tomar pastillas contra el paludismo?

¿Que hay que hacer cuando una mujer pare a domicilio?

¿Una mujer que no hace la CPN puede ir a parir a la maternidad?

Estos distintos intercambios han aportado una propuestas de nuevas estrategias tales:

Cada mujer embarazada tiene que ir inmediatamente al CSPA desde el segundo mes de embarazo;

Los hombres deben acompañar sus mujeres al CSPA.

La sensibilización nos permitirá de despejar este peste de mortalidad materna, etc., en resumen el efecto de la prestación teatral es inmediata en términos de cambio de comportamiento en adelante favorables a la gestión del embarazo y del parto.

Estos encuentros han sido la ocasión para las poblaciones de meter directamente en causa los agentes de salud de no las haber suficientemente informadas sobre las ventajas de las CPN, pero también de la no disponibilidad mismo de algunos agentes mismo de estar a su lado y de cambiar con ellas.

Por ultimo, algunas proposiciones de recomendaciones han podido estar hechas por las comunidades tales como:

- Las poblaciones necesitan un agente de salud;
- Alumbrado de los CSPA.
- La población necesita de una ambulancia;
- Realizar la sensibilización por el teatro al menos una vez por mes;
- Reclamamos este tipo de sensibilización frente a la personas mayores;

La sensibilización moviliza muchas personas lo que es bien para nosotros.

Aproximadamente 6000 niños, mujeres y hombres han participado a estos teatros forums y han podido aprovechar directamente de sus resultados pedagógicos. La principal

recomendación es que frente a esta necesidad real de mutación socio conductista y visto los resultados muy positivos de las presentaciones teatrales en tema de educación y de comunicación para el cambio de comportamiento, es urgente para tales programas influyendo directamente sobre la mejora de las condiciones de de salud y del bien estar, de desarrollar todo un programa específico de IEC /CCC.

4.4. Identificación de los aportes del proyecto con respecto a los objetivos de la estrategia nacional de reducción de la mortalidad materna e infantil

El Burkina Faso, desde 1998 (1987 en Nairobi y 1989 en Niamey), a adherido a la iniciativa para una maternidad sin riesgo y unas políticas y programas de reducción de la mortalidad materna e infantil están elaborados y puestas en marcha por el Gobierno. Unos colaboradores apoya este esfuerzo del gobierno y el presente proyecto de MMA es un ejemplo. Las líneas más abajo describen las prácticas en tema de gestión del embarazo por los beneficiarios directos del proyecto (mujer en edad de procrear)

La encuesta evaluativo del proyecto MMR busca a apreciar los comportamientos de las mujeres en edad de procrear favorables a la prevención y a la detección de los riesgos maternos y neonatales. También la toma en cuenta de los pareceres y de las opiniones de las mujeres embarazadas permite de evaluar directamente los impactos del proyecto.

Según las mujeres en edad de procrear interrogadas, resulta que 18,7% de entre ellas estaban embarazadas. 3,2% dicen que estaban a 6 meses de embarazo, una otra proporción de 3,2% declara que estaban a 8 meses de embarazo, mientras que 2,8% tiene embarazos de 5 meses y 2,5% un embarazo de 4 meses. Se nota igualmente las proporciones no despreciable de 1,8% que ha declarado tener un embarazo de 2 meses, 1,4% declare un embarazo de 3 meses y la misma proporción para un embarazo de 1 mes. De esto resulta que las mujeres encuestadas están informadas sobre su estado de embarazo. En efecto, ya desde 1 mes una proporción importante está situada sobre su estado de embarazo, lo que significa que desde entonces, la mujer se mete en una posición de gestión y de protección del embarazo.

La información sobre el embarazo es cierto esencial, por que permite en principio a la mujer de adoptar unas actitudes propicias a este efecto del cual las CPN. También la encuesta ha

buscado a saber el resultado reservado a la información sobre el embarazo, a saber si las mujeres informadas sobre su estado de embarazo van a la CPN.

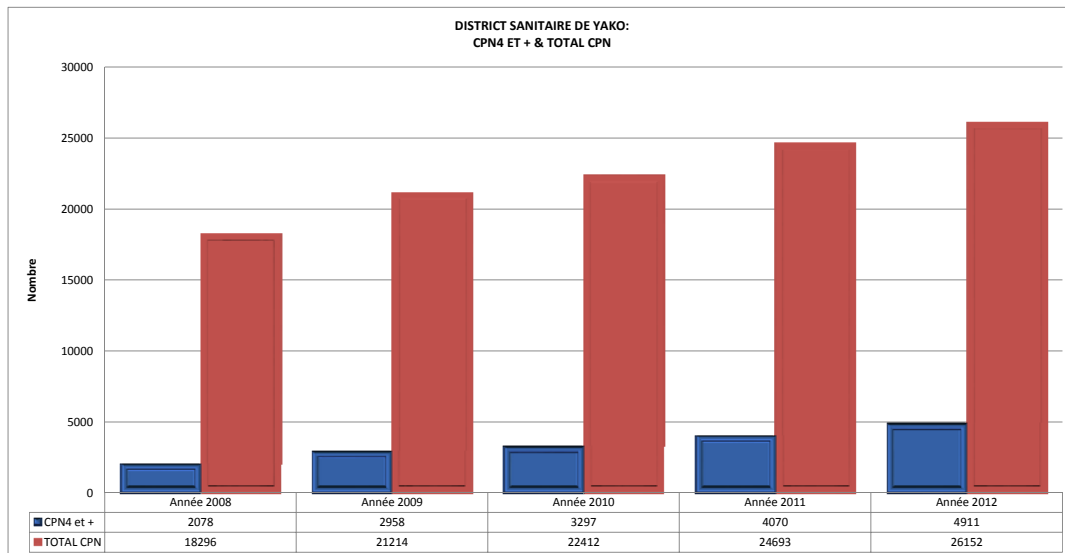
Se destaca que muchas de entre ellas han empezado las CPN: en efecto, 14,8% de las mujeres embarazadas han empezado la consulta prenatal contra 3,5% que todavía no la han empezado. Si compara las informaciones que hablan sobre las duraciones de los embarazos y en el principio que la consulta prenatal empieza desde la edad de 3 meses del embarazo, observa que 3,5% de las mujeres que declaran no todavía empezar las consultas prenatales tiene un embarazo de más de 3 meses. De esto se concluye que un esfuerzo queda a hacer en términos de información y de sensibilización de las mujeres y de las comunidades sobre precisamente la cuestión del embarazo sano para un parto sano.

Las razones del no comienzo de las consultas prenatales

La ausencia o la insuficiencia de las consultas prenatales queda el principal factor de los riesgos maternos y neonatales. También ha buscado a identificar las principales razones a este efecto. Los encuestados dan muchas razones explicativas del no comienzo de las consultas prenatales, pero la que domina es la de « mala salud » 2,5%, seguida « unas dificultades financieras » 0,4% y en la misma proporción la de « no sé a cual momento comenzar la consulta prenatal». Al análisis, parece que la razón mayor evocada a saber la de la mala salud debería en principio constituir antes la razón primera de la consulta prenatal precoz o de una doble consulta prenatal y de enfermedad si se estima la probabilidad no nula de una complicación de enfermedad y partiendo de los riesgos de impacto sobre la salida del embarazo.

Por otro lado se nota unas otras razones bastante significativas tal « se mueve mucho», « estaba en desplazamiento», « lo haré hoy», etc. que dan sobre todo cuenta del medio ambiente de las mujeres en situación de combate perpetuo de busca permanente de supervivencia o de lucha contra la pobreza que indica que en la realidad algunas mujeres tiene poco tiempo a dedicar a su propio salud incluso de su embarazo. Sin embargo algunas razones « espera el tercer trimestre », « no es el momento» confirman el nivel de información aceptable de las encuestadas sobre los plazos de las CPN.

Los datos de las encuestas están confirmados por los datos colectados por el servicio del CISSE¹ de Yako. El número de las consultas prenatales aumentan cada año sobre 5 años de mismo que el número de las mujeres embarazadas que han hecho 4 CPN y más.



Grafica 2 : Numero de CPN por año

¹ Centro de información y de vigilancia epidemiológica (CISSE)

➤ **Gestión de los embarazos**

Cada embarazo constituye una experiencia, queda que una mujer que es a su primero embarazo ver todavía que no ha tenido embarazo no estará nunca al mismo nivel de informaciones que la que ha tenido muchos embarazos. De hecho pues el número de embarazos tenidas da una idea sobre las capacidades y competencias de la mujer en tema de prevención y de detección de los riesgos ligados al embarazo y al parto. Resalta de las entrevistas que el numero de embarazos tenidos va de 1 a 10 embarazos, lo que implica la

diversidad de las capacidades y de competencias en tema de de gestión de los embarazos. La frecuencia la más alta en tema del numero de embarazo es de 3 embarazos para 19% de las mujeres, seguida de 2 embarazos para 15,8% de las mujeres encuestadas, de 4 embarazos para 15,1% de las mujeres. Sin embargo hay que subrayar que 10,2% de las mujeres han tenido 5 embarazos, 8,2% 6 embarazos, 7,7% han tenido 7 embarazos, 6% han tenido 8 embarazos, 2,8% han tenido 9 embarazos y por ultimo 1,8% han tenido 10 embarazos. El numero de embarazos tenidos es generalmente alto, aproximadamente 2% de las mujeres han tenido 10 embarazos!!!

El número de los partos da cuenta de los embarazos efectivamente llevados a término. Los datos muestran: 19% de las encuestadas, han tenido 2- 3 partos, 14,8% de las encuestadas han tenido 4 partos, 10,6% de las encuestadas (5 partos), 8,5% de las encuestadas (6 partos) y los extremos: 1,4% de las encuestadas (9 partos) y 10 partos para 1,1% de las encuestadas. Estas cifras que son perfectamente comparables a las que del número de embarazos muestran bien que de manera general, el número de partos es inferior al número de embarazos tenidos, lo que significa que en un intervalo de tiempo determinado, todos los embarazos no llegan a términos.

Conocimiento del aborto natural :

La preocupación del estudio estaba de evaluar la proporción de las mujeres que tenido un aborto natural durante los distintos embarazos. La evaluación de los abortos naturales permite de estimar la importancia de los riesgos ligados al embarazo, a fin de de desarrollar consecuentemente unos programas de información y de sensibilización adaptados.

La proporción de los encuestados que han declarado haber hecho un aborto natural es relativamente alta y es del orden de 17,6% de las mujeres encuestadas.

Conocimiento de muerte nacido.

Esta cuestión se inscribe pues siempre en la lógica de la precedente, a saber la evaluación de los riesgos ligados el embarazo, pero también al parto. Los datos muestran que 9,5% de las mujeres encuestadas han parido una muerte nacido contra 89,1% de las mujeres que declaran no haber hecho de muerte nacido. Esta proporción de las mujeres que han conocido o hecho una muerte nacido queda enorme. En efecto las razones reales que están a la base de las

mueres nacidos no son ineluctables como tales y encuentran siempre las respuestas en el seguimiento del embarazo a través las CPN.

Determinación de la causa de muerte nacido :

El objetivo del estudio estaba de determinar aquí las causas de muerto nacido según las mujeres encuestadas. Esta determinación de las causas de muerte nacido, además en hecho que permite de definir unos programas adaptados en tema de política de población favorece por lo demás o precisa los programas concretos de atención médica de ciertos embarazos en comparación las preocupaciones reales. Resalta que para 34,5% de los encuestados, es la razón de mala salud que está citada. Para 5,3% de las encuestadas, es la pobreza que es la razón. Unas otras razones no menos de despreciables están citados a saber parto difícil o ignorancia.

La habitud de las CPN: El estudio busca a definir el perfil de actitud de las encuestadas relativamente a las CPN durante sus distintos embarazos. Resalta que para la gran mayoría 92,6% de encuestadas van frecuentemente en las CPN durante su embarazo. Se debe acelerar e intensificar la sensibilización sobre la prevención y detección de los riesgos neo natales en vista de reducir ver eliminar las dificultades ligadas al embarazo y al parto. En efecto, 6 % de los encuestados declaran no ir frecuentemente en la CPN, lo que es igualmente enorme. Las razones son sin duda numerosas, pero para el esencial se retiene que una CPN no efectuada constituye una fuente de amenazas para el resultado del embarazo así como la vida de la mujer.

La justificación de las CPN

La razón mayor justificativa de las CPN para la mayoría de las encuestadas 81% es la busca de la buena salud de la madre y del niño. Pero para la proporción que declaran no ir frecuentemente a la CPN, las razones avanzadas son entre otro « se mueve mucho con las actividades», « la distancia », « está a su primero embarazo », « la ignorancia », « la vergüenza », « la falta de finanzas », etc. En total muchos esfuerzos quedan a hacer para que no solamente todas las mujeres pero todo el conjunto de la comunidad tenga unas actitudes

positivas frente a las y poder movilizarse consecuentemente para quitar los bloqueos de toda natura frente a las CPN.

Conocimiento de las mujeres sobre las CPN

El dominio del nivel de la información de las mujeres sobre las normas en tema de las CPN queda muy esencial en tema de la MMR. En efecto, la información sobre las CPN permite antes todo a las mujeres embarazadas de preservar su embarazo y su vida. También el estudio ha puesto en relieve el hecho que la mayoría de las mujeres, 54,2% declaran que hay que hacer 4 CPN antes de parir, para 16,3% las CPN están al número de de 5 antes de parir, para 0,7% las CPN están al número de dos antes del parto. Pero ciertas se expresan en número más alto de la norma, hay que subrayar que ciertas al contrario dan unas indicaciones más allá de las normas. En efecto, para 12,7% el número de CPN antes del parto es de 5, para 6% este numero es 6 veces, para 2,8% es de 7 veces, para 0,7% es de 8 veces, para 0,4% el numero de las CPN es de 9 veces de mismo que para igualmente 0,4% es de 10 veces. Las respuestas están diversificadas y denotan en todos los casos unas lagunas que muchas (cerca de 45%) de las mujeres tienen enfrente de las normas en tema de las CPN.

Prácticas del parto en un centro de salud: se trata de evaluar aquí el grado de interiorización del parto de las mujeres en un centro de salud en las actitudes de las comunidades, particularmente las mujeres. Resalta que la gran mayoría 81,3% de las mujeres declaran que paren siempre en un centro de salud. Esta práctica se justifica según las mujeres por el hecho que es para la buena salud de la madre y del niño. Una proporción importante (17,6%) de las mujeres encuestadas declaran no parir siempre en un centro de salud con razones siguientes: « la suegra era partera tradicional », « no conozco los riesgos de maternidad », « la expulsión del placenta es rápida », « la distancia para ir al CSPA es grande », « la ignorancia », «no hay un CSPA », « falta de dinero ».

La justificación de un parto en un centro de salud

Tratando de la justificación de la respuesta, 73,9% de encuestadas declaran que es para la buena salud de la madre y del niño. Por lo que se refiere a 15,8% declaran no parir siempre en un centro de salud, las respuestas justificativas son: «mi suegra era partera tradicional», «no conozco de riesgos de maternidad» «la expulsión del placenta es rápida», «distancia», «la ignorancia», «no hubo un CSPS», «falta de dinero», etc. Pero hay que subrayar que las encuestadas ponen el acento sobre la expulsión rápida del placenta, la distancia y la falta del dinero como razones justificativas del no parto en los centros de salud. Estos datos nos muestran que el parto en un centro de salud no es siempre un adquirido en la medida en que las prácticas quedan marcadas por las que son tradicionales. En efecto, hay que subrayar que en la conciencia colectiva de ciertas comunidades, ciertas actitudes tales como: la suegra queda todavía para algunas mujeres una referencia en tema del parto», «la expulsión del placenta es rápida» quedan a dominar para hacerlas de verdaderas soportes educativos. Si embargo, queda a tener igualmente en cuenta los aspectos esenciales de tales como la pobreza, la ignorancia en las estrategias de lucha para las mutaciones cualitativas de la salud de la madre y del niño. También se revela indispensable la recomendación del desarrollo de estudios de comportamientos, actitudes y prácticas (CAP) como componente imprescindible de los programas de promoción de la salud de la madre y del niño en Burkina Faso.

Las Consultas post natales:

Las consultas prenatales garantizan la salud neonatal e infantil. Para la mayoría, 92,6% de las mujeres encuestadas van a la consulta post natal; 6% de las mujeres encuestadas no van a la consulta post natal, lo que queda importante en tema de salud.

Tratando de la justificación de las respuestas a esta cuestión, 81 % de las mujeres encuestadas justifican sus actitudes con respecto a las CPN por la busca de la buena salud de la madre y del niño, 7% dan otros diversos elementos de respuestas tales como «se mueve mucho con las actividades», «la distancia», «está a su primero embarazo», «esta lejos del CSPS», «la

ignorancia», «la vergüenza», «la falta de medios financieros», «el seguimiento del embarazo».

La implicación del esposo en estado del embarazo de la mujer:

La evaluación de la implicación del esposo permite de poner de relieve de manera global la importancia embarazo dentro de la familia y de la comunidad. Resalta que según 68,3% de las encuestadas, sus maridos se implican en la gestión del embarazo. Una proporción no despreciable de encuestadas, 29,9% dicen que sus maridos no se implican en la gestión de sus embarazos.

La participación concreta del esposo a la gestión del embarazo:

Las encuestadas declaran a 20,1 % que la participación consiste en el apoyo moral. Pero para 77,8 %de las encuestadas es sobre todo el acompañamiento en el centro de salud, para 51,8%, la participación del esposo consiste al apoyo financiero y para 18,3%, se tratará de otros apoyos diversos. Hay que subrayar que para 28,9%, el esposo no participa prácticamente a la gestión del embarazo.

La apreciación de la implicación del esposo :

De manera mayoritaria, 45,4% encuestadas, las mujeres encuentran esta implicación satisfactoria, 7% encuentran esta implicación muy satisfactoria. Si embargo 20% la encuentran poco satisfactoria y 21% no la encuentra nunca satisfactoria. De manera general pues, se concluye que más de la mitad de las mujeres encuestadas sea 52,4% tienen una apreciación positiva de la implicación de sus esposos en la gestión del embarazo. Lo que significa que cerca de la mitad de los esposos probablemente no se implican nunca, lo que no es de naturaleza a favorecer la salud de la madre y del niño y debe estar tomado en cuenta igualmente en los programas de la población.

II- PRÁCTICAS EN TEMA DE CONSULTAS PRENATALES Y POST NATALES

Las razones de la no consulta de ciertas mujeres durante el embarazo y el parto están citadas más abajo.

La toma en cuenta de las razones de la no consulta de ciertas mujeres durante el embarazo constituye unas recetas para este tipo de programa de población. También con unas entrevistas, se saca esencialmente muchas razones de la no consulta:

- Mala información, por 38,4% de las mujeres;
- Las actitudes no favorables de la familia y de la comunidad para 31% de las mujeres;
- No existencia de centro de salud o distancia muy larga para 44% de encuestadas
- La mala prestación de los agentes de salud para 1,1% de las encuestadas sea 3 mujeres;
- Otras razones expresadas por 36,6% de las encuestadas a título de las cuales se retendrá sobre todo « la ignorancia », « la falta de sensibilización », « las dificultades financieras », etc.

Las dificultades encontradas por las mujeres en tema de maternidad:

De par su permanencia sobre el terreno, los PAA tienen un discernimiento de los problemas de maternidad de las mujeres. Resalta unos datos coleccionados a su nivel las informaciones siguientes sobre las dificultades de las maternidades de las mujeres.

Para 15,3% de las encuestadas, la falta de los alimentos constituye una de las dificultades encontrados por las mujeres en tema de maternidad. Es claro que durante el embarazo, en principio el organismo es más exigente en tema de alimentación y no tener a comer correctamente durante este periodo multiplica los riesgos ligados al embarazo y al parto.

Para 31,7%, la falta de medios financieros es una fuente no despreciable de dificultades, la pobreza, está a la base de privación de muchas cosas incluidas las necesidades en tema de gestión del embarazo y de maternidad.

Para 13,8% de los encuestados, la no implicación del marido es una fuente de dificultades que motivan el hecho que la mujer no consulta durante el embarazo, esta se encuentra sola a hacer frente a las cuestiones de gestión, especialmente los desplazamientos, los pequeños gastos que pesan sobre la mujer.

Par 10,4% de las encuestadas, los trabajos penosos juegan sobre los embarazos negativamente de manera general y influyen negativamente sobre la maternidad.

Para 9,3% de las encuestadas, es la enfermedad que explica las dificultades ligadas a la maternidad.

7,1% de las encuestadas incriminan la negligencia y el retraso encontrados a nivel de las estructuras de salud y que juegan negativamente sobre su frecuentación y de hecho favorecen las dificultades ligadas a la maternidad.

1,9%, el ausencia de acompañamiento juega sobre la maternidad de las mujeres porque favorecen directamente la no frecuentación de las estructuras de salud

Para 3% sea 8 encuestadas, la no accesibilidad de la carretera no favorece la maternidad de las mujeres

De mismo 7,1% piensan que la distancia muy larga no lo permite del hecho de la falta de medios financieros para realizar unas visitas frecuentes a los centros de salud.

Por ultimo 3,4% de las encuestadas encuentran que los partos cercanos no favorecen la maternidad de las mujeres.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OBSTETRICOS POR LOS BENEFICIARIOS DIRECTOS

La mayoría de las mujeres encuentran el acceso fácil a los servicios obstétricos. Solamente 16% de las mujeres lo declaran difícil. Con respecto a la acogida, es satisfactoria para más de $\frac{3}{4}$ de las mujeres (77%) y mismo muy satisfactoria para un pequeño número de 1% de las mujeres pero poco satisfactoria para 9% de las mujeres. Para el coste del parto, es abordable para la mayoría de las mujeres. Una minoría, 10% de las mujeres no lo encuentra abordable.

No hubiera dificultades encontradas durante los embarazos pasados según 71% de las mujeres contra 28%. Estas últimas declaran haber sido al centro cuando las dificultades se presentaban durante los embarazos pasados. Han encontrados la atención medica eficaz según más de 84% de las mujeres que se presentan al centro. Un gran número, cerca de 88% de las mujeres están satisfechas de las condiciones del parto en sus centros de salud.

Para la apreciación de los servicios ofertas en los centros de salud, 28% de las mujeres están satisfechas de su atención medica en los centros de salud, 22,5% encuentran los agentes de

salud disponible, 6% encuentran una mala actitud de los agentes de salud, 31% de las mujeres no tienen nada a señalar y 9,5% de las mujeres no se han pronunciadas.

Conocimiento de un agente de una partera tradicional:

Las mujeres se han pronunciadas igualmente sobre el conocimiento de una partera tradicional; 74% de las mujeres conocen una partera tradicional contra 26% que la ignoran. El papel de la partera tradicional está conocido para 74% de las mujeres contra 24% que lo saben. Las mujeres que han recurrido a la partera tradicional están al numero de 99 sea 35 % de las mujeres.

Las circunstancias en las cuales han tenido este recurso son diversas. Ciertas están ligadas al parto para 23% de las mujeres, a los dolores para 31 %, y 5% para otra cosas. Los otros casos establecidos son los acompañantes de las mujeres embarazadas según 3%, las hemorragias, el planning familiar y otros consejos.

La colaboración de la partera tradicional con la matrona del centro ha sido apreciada. 72% de las mujeres declaran que trabajan con la matrona contra 22 %. Además la cualidad de la colaboración está apreciada por 72% de las mujeres y 6% piensan a la flaqueza de su colaboración.

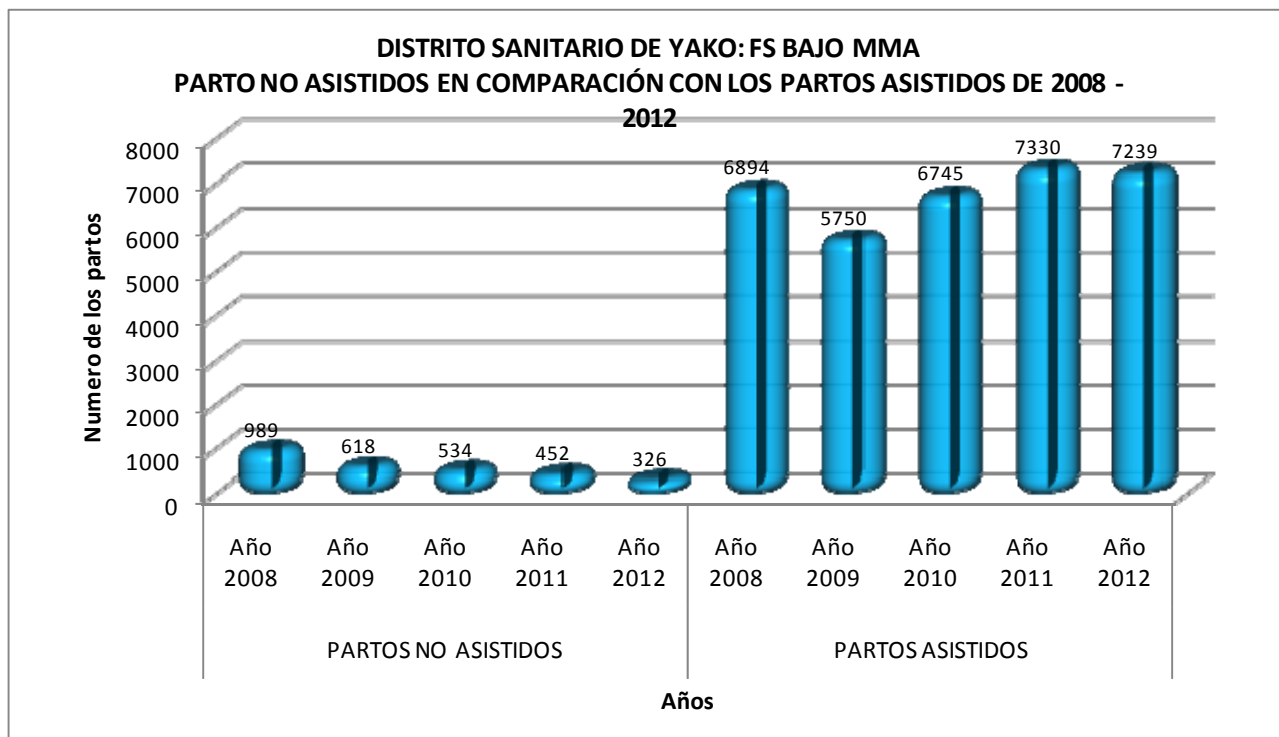


Gráfico 3 : Partos no asistidos en comparación con los partos asistidos 2008-2012

Este gráfico muestra la evolución de los indicadores en los CSPS cubiertos por el proyecto MMR. Los partos no asistidos están en buena regresión en los CSPS del proyecto desde 5 años y como corolario, el número de partos asistidos aumentan sobre todo en 2010 y 2011 años de actividades intensas del proyecto.

De mismo en el conjunto del Distrito Sanitario de Yako, los datos sobre los partos a domicilio y los partos asistidos muestran una buena utilización de los servicios obstétricos por los beneficiarios directos (disminución de los partos a domicilio y aumento de los partos asistidos de 2008 à 2012 (ver gráfico 4 más abajo).

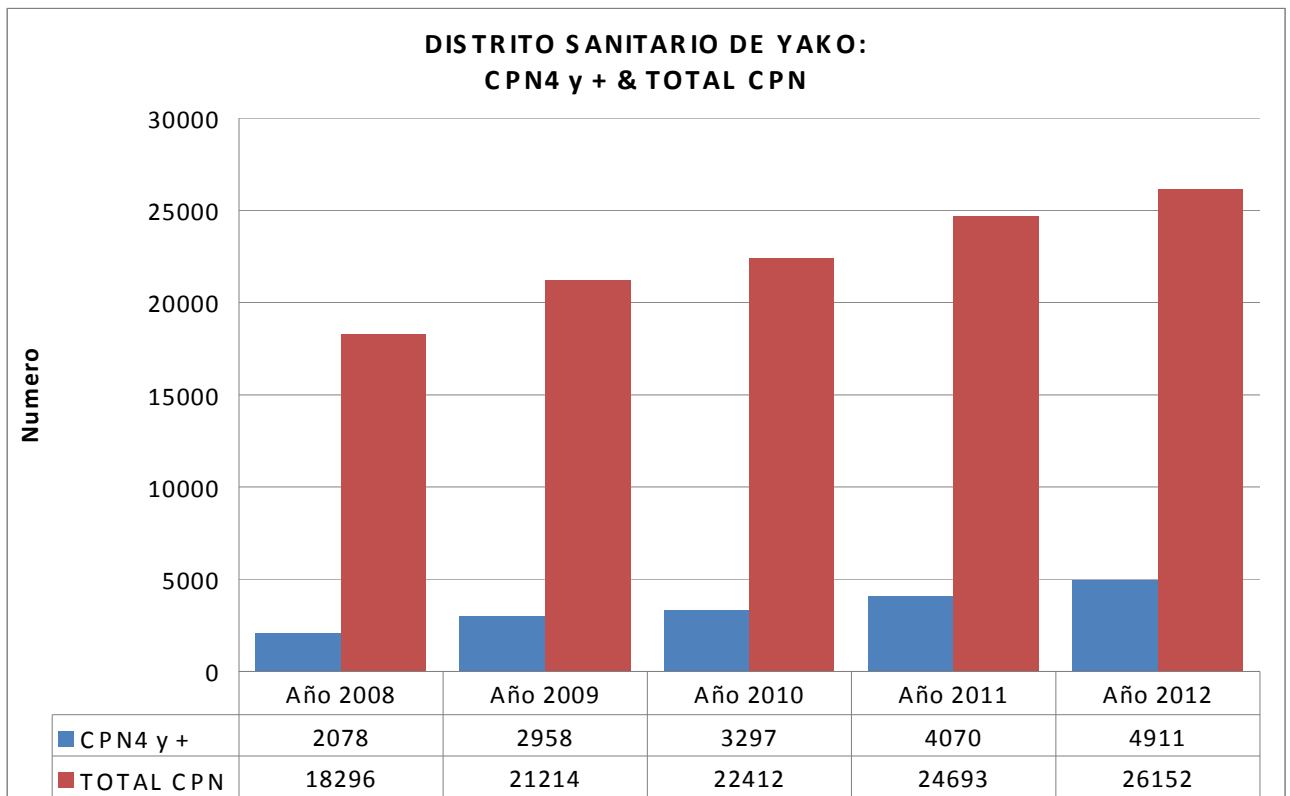


Gráfico 4 : Partos a domicilio y partos asistidos de 2008-2012

Abastecimiento, supervisión y referencia

Abastecimiento: el personal de las formaciones sanitarias en amplia proporción (46,3% de parteras tradicionales, ASC y prestadores de servicios de salud) declara haber recibido el material técnico, 35,1% de los sujetos dice haber recibido el material de atención medica, 13,1% declara haber recibido los cuadernos, 5,2% declara haber recibido un material de sonorización. El abastecimiento se hace al depósito farmacéutico según 19,4% del personal encuestado y al centro de salud según 13,4% de los agentes. Según una proporción reducida de las personas encuestadas (4,9%) el abastecimiento se hace a la CAMEG. Pero se nota otros puntos de abastecimiento tales como el distrito o el CSPS. El ritmo de abastecimiento es generalmente mensual, a veces trimestral con agotamientos de existencias señalados.

Supervisión

La gran mayoría (90,3%) de los encuestados declara que están supervisados; pero 9% de los sujetos declara no estar supervisados. En efecto las supervisiones han sido puntualmente realizadas por los responsables del proyecto. Un total de 23 salidas de supervisión de los agentes de salud y 156 salidas de supervisión de las celdas Maternidad con Menor Riesgo han sido realizadas.

Los actores de la supervisión son los responsables de los sitios según 60,1% de los encuestados y por el equipo directivo (ECD) según 26,5% des los encuestados. La DRS, el le MS y el UNICEF han sido citados.

Referencia

En los casos de referencia de una parturiente hacia un CPS/CMA la información reciprocidad es muy esencial no solamente para la persona que refiere para la justificación de su acto de referencia, pero también para los profesionales de salud del sitio de mismo que para el medio ambiente social inmediato para lo cual la salida del problema sanciona la referencia. Según la gran mayoría, 79,1% de los encuestados tienen unas informaciones reciprocidad sobre la salida del problema. Lo que no es el caso para 19,4% que declaran no tener informaciones reciprocidad. Esta proporción de no reciprocidad de información queda sin embargo muy alta y importa de la inscribir como recomendación y delante de este hecho hacer parte de los servicios ligados a la referencia y la contra referencia de los casos de las parturientes.

Las fuentes de información reciprocidad son: AA según 33,2%, ICP según 17,5%, la matrona según 10,4%, el MCD según 1,1%.

Las posibilidades de evacuación hacen parte integrante de las condiciones de salud de las poblaciones sobre todo en caso de urgencia (mujeres en la espera de parir, etc.). Los encuestados citan diversas posibilidades de medios de evacuación: la moto/triciclo según

67,5%, el coche según 43,7, la bicicleta según 22,8%, la carreta según 1,1%. La ambulancia e ir andando han sido citados también.

La responsabilidad de la evacuación en caso de complicación del embarazo: la definición o la precisión de la responsabilidad de la evacuación queda una de las condiciones del éxito de la evacuación. Los encuestados citan por orden los responsables de las evacuaciones: el ICP según 42,2%, la AA según 10,8%, la matrona según 7,1%, y por ultimo el MCD según 2,2%. Unas otras respuestas han sido mencionadas también (26,9%). Aparece pues que es el ICP que se ocupan principalmente de la evacuación hacia una estructura competente en caso de complicación del embarazo.

Las evacuaciones han buscado a apreciar el nivel de satisfacción del trabajo en los beneficiarios directos de la intervención: la mayoría 50,7% está satisfecha, porque disponen de las condiciones mínimas de trabajo, 24,3% está muy satisfecho. También la satisfacción no es total en todo el mundo: 24,3% de los sujetos se dicen poco satisfechos del hecho da las malas condiciones de trabajo. Mencionamos esta respuesta: «no se ocupa de nosotros».

4.5. Apreciación de la intervención

Un poco más la mitad de las mujeres, sea 63% saben que existe un proyecto para ayudar a mejor seguir las mujeres embarazadas hasta su parto.

Según algunas mujeres, han tenido esta información sea a la radio o a la televisión, en la representación de las tropas teatrales para la sensibilización, en los mercados y en otras ocasiones como las charlas con el vecino y a través las gentes del pueblo... etc.

Según la mayoría de las mujeres (53%) han entendido hablar de este proyecto en las charlas debates a nivel de los centros de salud.

Más de la mitad de las mujeres (59%) encuentra satisfaciente o mismo muy satisfaciente el proyecto. Solamente una minoría de las mujeres no lo aprecia totalmente y lo encuentran poco satisfaciente. Las que han beneficiado de los resultados del proyecto son un poco más de la

mitad de las mujeres 51% contra 11% que no lo han beneficiado. Entre las que lo han beneficiado, 39% piensan que las CPN son para ellas un beneficio, 25% piensan que el parto asistido es un beneficio contra 28% de las mujeres. 18% de las mujeres piensan que el seguimiento de los niños de pecho constituye un beneficio para ellas contra más de un tercero de las mujeres (35%). Por último 7% de las mujeres piensan que la donación de harina, el hierro y la donación de mosquitera constituyen los beneficios para ellas.

Si el proyecto debía terminarse, más de la mitad (60 % de las mujeres) declaran que continuarán a frecuentar los centros de salud para las consultas contra solamente 3% de las mujeres. Las razones que explican sus puntos de vista son la salud de la madre y del niño según 28% de las mujeres, la atención médica según 8% de las mujeres, para la SS según 25% de las mujeres, para AAF según 4% de las mujeres. Los otros beneficios citados son el acceso fácil del centro de salud, la importancia de la maternidad, quiere continuar a vivir, no hay medios financieros y el seguimiento de los niños de pecho. La existencia de una mutua de salud, o de una asociación ha sido apreciada dando 25% de si contra 75% diciendo no. Entre las que piensan que hay una mutua o una asociación, 8% piensan que la mutua tiene una atención médica de la salud de la madre y del niño.

Para la atención médica de las mujeres desde el embarazo hasta al parto, ciertas mujeres han dado como observaciones o sugerencias la insuficiencia del personal de salud y la falta de formación de este personal en la atención médica. Algunas mujeres, (17%) piensan que la reducción de los costes podría contribuir a esta atención médica y por lo tanto, la reducción del número de los partos a domicilio. Ciertas mujeres (5,3%) declaran que la atención médica puede contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil. Algunas mujeres (2,5%) piensan que la sensibilización de los maridos podría contribuir a la mejora de la atención médica de las mujeres embarazadas. Las otras sugerencias son las siguientes:

- El parto gratuito;
- Continuar la sensibilización;
- La gratuidad de los medicamentos;
- Atención médica continua;

- Atención medica total;
- Apoyo alimentaría;
- Continuar la sensibilización.

Las mujeres han hecho unas observaciones y sugerencias sobre las actividades MMR que se resumen principalmente a la continuidad del proyecto (29,2%). Las otras observaciones fuertes, es que el proyecto MMR favorece o apoya la mujer (15,1%), el proyecto MMR apoya en la atención medica de los partos (12,7%). Pero se subraya que una proporción importante de las mujeres (10,4%) dicen que no tienen informaciones sobre las actividades ver ignoran el proyecto. Sin embargo esta tendencia no remite en causa los adquiridos del proyecto, pero traduce el deseo de las comunidades de estar informadas sobre el conjunto de las actividades y modalidad de la puesta en marcha del proyecto, en vez de satisfacerse de las actividades del proyecto que se desarrollan en su sola localidad siendo convencido que unas actividades se realizan en otra parte de los cuales desearían conocer a titulo de comparación y por que no de participación, lo que no además permitiría de reforzar los lazos íter comunitarios.

Las otras observaciones no menos importante de otra parte son la sensibilización a la participación familiar (4,9%), la reducción de los partos a domicilio (3,5%). Unas otras observaciones están hecha sobre la forma de peticiones a examinar a saber tomar en cuenta el acondicionamiento de la red de carreteras, la ampliación de la maternidad, el apoyo en materiales técnicos y por ultimo tomar en cuenta el desarrollo de las actividades generadoras de recursos (AGR) a favor de las mujeres.

En conformidad con los términos de referencias, la apreciación de la intervención ha portado sobre: la pertinencia, la eficacia, la eficiencia, el impacto y la durabilidad.

La pertinencia ha sido buscada a través del estudio de integración del proyecto en el contexto de Burkina Faso, su conformidad con las prioridades de la política nacional de reducción de la mortalidad y de la morbilidad de las mujeres y de los niños. El marco lógico del proyecto ha sido analizado para ver la coherencia de la planificación. Los elementos de la pertinencia del

proyecto han sido buscados a través las diluciones con el equipo del proyecto, los responsables de las instituciones sanitarias regionales y del distrito así como los colaboradores.

La eficiencia ha sido apreciada a través el análisis comprometido en comparación con los resultados alcanzados por el proyecto. La disponibilidad de los recursos respecto a las necesidades ha sido igualmente estudiada. Además, las modalidades de gestión de los recursos (humanos, financieros y materiales) han sido evaluadas.

La eficacia ha sido estudiada por comparación de los resultados alcanzados respecto a los resultados esperados. Sobre la base del documento del proyecto y de los distintos informes, se ha procedido a un análisis de las cualidades técnicas obtenidas respecto a las previsiones. Este análisis ha sido realizado sobre el estado de ejecución de las actividades, los resultados obtenidos y el grado de alcance de los objetivos.

Los efectos e impactos han sido apreciados a través los cambios obtenidos por la puesta en marcha del proyecto a nivel de la población, los efectos inmediatos sobre los actores concernidos y los beneficiarios pero igualmente a través la movilización social.

La durabilidad ha sido apreciada a través el nivel de integración del proyecto en el dispositivo de reducción la mortalidad y morbilidad materna infantil en la región y el grado de implicación de los colaboradores en el proceso y los mecanismos de toma de decisión. El análisis de grado de apropiación de los adquiridos del proyecto por los beneficiarios se inscribe igualmente en la perspectiva de la durabilidad de los adquiridos del proyecto.

4.5.1. Pertinencia del proyecto

La pertinencia de la intervención ha sido analizada a través la integración del proyecto Maternidad con Menor Riesgo en la política nacional de reducción de la mortalidad y de la morbilidad de las mujeres y niños respecto a los riesgos ligados al embarazo y al parto en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario.

El objetivo general del proyecto Maternidad con Menor Riesgo es de reducir la tasa de mortalidad y de morbilidad respecto a los riesgos ligados al embarazo y al parto en el Distrito sanitario de Yako. Así este objetivo se inscribe el objetivo global del plan estratégico 2001-2010 de la DSF de lo cual el objetivo general es de reducir la mortalidad y la morbilidad dentro de las poblaciones a través ocho objetivos intermediarios. La reducción de la mortalidad materna es una prioridad por que está tomada en cuenta a nivel del objetivo intermediario N° 3.

La mortalidad materna en Burkina Faso queda entre las más altas de región oeste africana. El EDS de 1998-99 informa un ratio de mortalidad materna de 484 por 100.000 nacimientos vivos. Según otros fuentes (OMS 2000), este ratio alcanzará 1000 defunciones maternas por 100 000 nacimientos vivos.

Según el EDS de 2003, la tasa de mortalidad neonatal es de 31‰ y la tasa de mortalidad infantil de 81‰. Más de la mitad de las defunciones infantiles sobreviene durante el periodo neonatal.

En este contexto, la pertinencia del proyecto Maternidad con Menor Riesgo es indiscutible.

Su objetivo específico es de reducir la mortalidad materna e infantil en el distrito sanitario de Yako mediante la mejora de la prevención y la detección de los riesgos maternos ligados al embarazo y al parto.

También se inscribe con armonía en el plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna y neonatal poniendo el acento sobre dos (2) elementos esenciales

- Devolver accesibles las curas maternas y neonatales de calidad,
- Reforzar las capacidades de las comunidades.

4.5.2. Financiación

El coste total del proyecto Maternidad con Menor Riesgo, puesto en marcha en el distrito sanitario de Yako está evaluado a 220 093 497 FCFA y financiado esencialmente por la Junta de Andaloucia a 78,4% sea 178 897 247 FCFA, Medicus Mundi a 5,6% sea 12 987 810 FCFA y a

15,8% por el ministerio de la salud sea 36 208 440 FCFA. Además las cargas sociales, la financiación ha servido a la puesta en marcha del proyecto a través la realización de las infraestructuras, la dotación de las formaciones sanitarias en medicamentos, materiales medico técnicos y el equipamiento de las formaciones sanitarias, la formación de los actores directos del proyecto que son las parteras tradicionales, ASC y los prestadores de servicios de salud, la sensibilización de las poblaciones por las representaciones teatrales forum, etc. La puesta en marcha de las actividades sobre el terreno ha costado 117 820 463 FCFA sobre un coste provisional de 107 502 434 FCFA sea 61,41% de las financiaciones exteriores.

El apoyo de MMA representa un aumento importante de los fondos disponibles para la salud a nivel del distrito sanitario de Yako. En efecto, las actividades de MMA han aumentado el presupuesto global de los gastos sanitarios del distrito.

4.5.3. Recursos humanos

De un punto de vista operacional, el proyecto Maternidad con Menor Riesgo ha constituido un aporte indiscutible al desarrollo de los recursos humanos en tema de promoción global de la salud de las comunidades en particular de las mujeres del distrito sanitario de Yako. Los nuevos papeles de las parteras tradicionales y de los agentes de salud comunitarios consisten naturalmente a servir de consejo en salud especialmente en la salud de la reproducción. La sensibilización a través los teatros forums han creado y reforzado las determinaciones de los hombres, decididos a jugar su papel de jefe de familia y más específicamente en lo que concierne la promoción de la salud familiar, pero igualmente en materia de desarrollo para una responsabilización más grande en la vida familiar y comunitaria.

También el tema de desarrollo de los recursos humanos y la formación representan una tasa importante de los gastos del proyecto a nivel del distrito sanitario. Muchos responsables han subrayado que las actividades de refuerzo de las capacidades constituyen un aporte positivo de MMA para el distrito. Para algunos, la llegada de MMA ha tenido una influencia sobre la disponibilidad y la motivación de los agentes para las actividades de cada día, especialmente las ligadas a la prestación de las curas a los enfermos.

4.5.4. Coherencia del proyecto

La coherencia del proyecto puede estar analizada tanto del punto de vista externa que interna. Para lo que concierne la coherencia externa hay que recordar que el proyecto Maternidad con Menor Riesgo se inscribe plenamente en las preocupaciones de Burkina Faso en tema de salud de las poblaciones y participa a la realización de los objetivos específicos de hoja de ruta para la puesta en marcha del plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna y neonatal que apunta los objetivos específicos siguientes:

1. Rendir disponibles y accesibles los SONUB de cualidad en 80% de las formaciones sanitarias de primer nivel y los SONUC de cualidad en 100% de las estructuras de referencia (CMA, CHR, CHU) del sector publico;
2. Aumentar la tasa de los partos asistidos de 50% a 80%.
3. Aumentar la tasa de prevalecia contraceptiva de 20% a 30% ;
4. Aumentar la participación de los individuos, de la familia y de las comunidades en la puesta en marcha de los programas de salud materna y neonatal.

Por lo demás, se desprende de las estrategias prioritarias, especialmente la estrategia 3 intitulada « Refuerzo de la participación comunitaria en favor de la salud materna y neonatal que visa a aumentar la utilización de los servicios y el recurso a los servicios calificados por la sensibilización de las mujeres sobre el reconocimiento de los signos del peligro durante el embarazo, la necesidad de parir en un ambiente asegurado y que integra los hombres.

En términos de coherencia interno, hay que subrayar que las actividades del proyecto han sido definidas sobre la base metodológica de la participación de los líderes comunitarios, de las comunidades y de los animadores de la salud. El equipo directivo del distrito ha sido en el centro de la puesta en marcha del proyecto, por lo demás un punto focal ha sido designado y ha asegurado en permanencia con la dirección la armonización de las actividades en un marco global. También, la programación, el seguimiento han jugado eficazmente su partición en la puesta en marcha de las actividades. Esta sincronización de los programas ha permitido no solamente de evitar todo obstáculo eventual pero sobre todo ha fuertemente influido el

alcance de los objetivos fijados por el proyecto.

4.5.5. La eficacia de la intervención

Muchas actividades llevadas en el marco de la puesta en marcha del proyecto han permitido de poner en relieve la eficacia del proyecto. Estas acciones se inscriben perfectamente en el marco de los objetivos específicos del proyecto a saber « mejorar los indicadores de salud de la población del distrito sanitario de Yako. Específicamente, busca a reducir la mortalidad materna e infantil en el distrito sanitario de Yako mediante la mejora de la prevención y la detección de los riesgos maternos ligados al embarazo y al parto». La eficacia del proyecto ha sido apreciada a través las realizaciones observadas:

- La formación: esta actividad ha concernido la gran mayoría del personal encuestado: agentes de salud, parteras tradicionales y ASC. Los actores que han animado las distintas formaciones (responsables sitios, ECD, punto focal, DRS y a veces el MS son los cuadros de la puesta en marcha de la política sanitaria del país. La mayor parte de las personas encuestadas declara haber beneficiado de una formación de 3 días en termino de adquisiciones practicas de conocimiento, la formación ha permitido de adquirir las practicas de sensibilización, referencia/atención medica, las nociones de SONU y del planning familiar
- La construcción y el equipamiento de la maternidad de Arbolle y la construcción de letrinas duchas en 6 CSPA del distrito sanitario de Yako.
- El abastecimiento de los depósitos farmacéuticos de 23 formaciones sanitarias en medicamentos para el tratamiento de los riesgos maternos;
- El abastecimiento del bloque operatorio en medicamentos para la realización de las cesáreas (anestésicos, antibióticos, etc.).
- El refuerzo de las capacidades de 220 parteras tradicionales en prevención y detección de los riesgos maternos;
- El refuerzo de las capacidades de 70 agentes de salud (personal sanitario) en prevención y detección de los riesgos maternos.

- El refuerzo de las capacidades de 220 ASC en técnicas IEC.
- La realización de al menos dos supervisiones de 220 AV por los CSPS y 70 agentes de salud (personal sanitario) por el CMA ;
- La realización de salidas de representaciones teatrales forum para sensibilizar la población sobre los riesgos maternos infantiles ligados al embarazo y al parto.

Los beneficiarios directos interrogados (mujeres en edad de procrear) encuentran para la mayor parte el proyecto satisfaciente. Los beneficios citados del proyecto son las CPN y los partos asistidos

4.5.6. Análisis de la eficiencia

La eficiencia del proyecto se define como el « carácter del proyecto de lo cual los resultados son a la medida de las sumas gastadas». Los evaluadores han intentado aquí de poner en relación los resultados alcanzados por la intervención con los medios utilizados e invertidos. El presupuesto inicial del proyecto es de 1 07 502 434 FCFA y se ha gastado el importe de 117 820 463 FCFA. Pues un complemento presupuestario ha sido provisto. La actividad para la cual la gran parte del presupuesto prevista es la construcción de la maternidad de Arbolle. Todo el presupuesto previsto para esta maternidad no ha sido gastado y el saldo ha permitido de realizar la electrificación de dos otras dos maternidades. También unas otras actividades tales como el equipamiento de la gran maternidad de Arbolle (maternidad de norma CMA en lugar de una maternidad de un CSPS) y la electrificación de cuatro otras maternidades (no previstas) han podido realizarse gracias unos reajustes presupuestarios.

Se destaca que la puesta en marcha del proyecto ha sido realizada en el sentido de una maximización de los resultados. En efecto cada vez que ha sido posible, los principales actores del proyecto han operado unas economías de gestión en la perspectiva de refuerzo del conjunto de las acciones y de los resultados del proyecto así como los reajustes presupuestarios en conformidad a la reglamentación en tema de gestión presupuestaria, lo que ha permitido de realizar unas otras actividades suplementarias. Este elementos militan a favor de una buena eficiencia del proyecto por que los resultados están en la medida de los

gastos hechos y de las economías realizadas que han sido reinvertidas para llevar otras actividades.

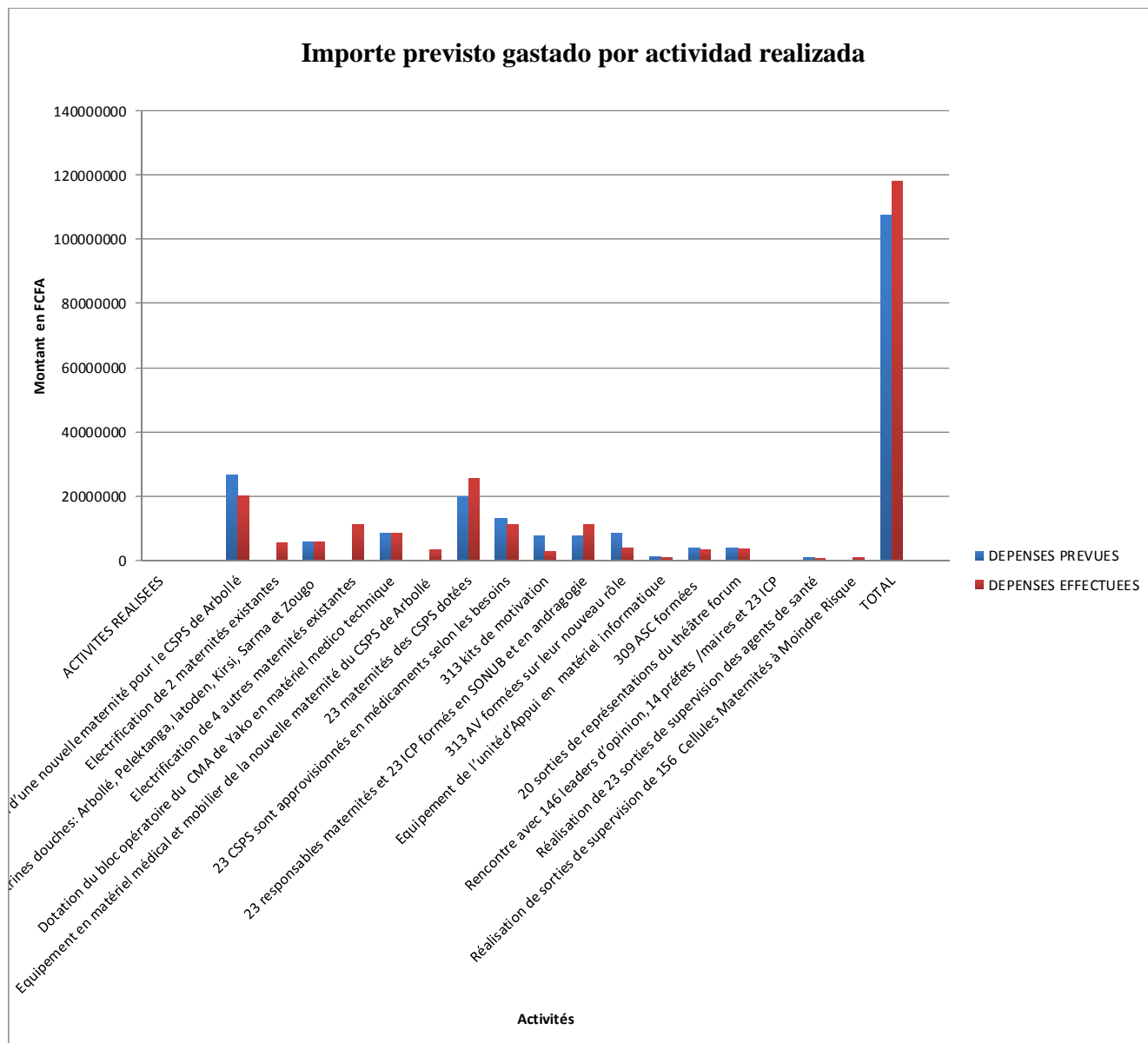


Grafico 5 : Importe previsto y importe gastado por actividad

4.5.7. Impacto a nivel del sistema de salud

Los impactos son la resultante de los esfuerzos intensivos del gobierno y de los colaboradores al desarrollo con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La ampliación de la cobertura sanitaria del distrito sanitario de Yako por la construcción de una nueva maternidad ha tenido un impacto directo sobre la oferta de las curas de salud materna e infantil en el distrito. Los apoyos en equipamiento y productos farmacéuticos y los refuerzos de capacidades del personal en carga de la salud materna e infantil en el distrito sanitario han contribuido a reforzar el sistema de salud del distrito de Yako. Como corolario, se observa una progresión de los indicadores de salud materna (claro aumento de los partos asistidos, clara disminución de los partos a domicilio).

El impacto sobre la salud de la población de la zona cubierto por el proyecto podrá estar una baja de la mortalidad materna e infantil contribuyendo al alcance de los Objetivos del Milenio (OMD₄ y OMD₅).

4.5.8. Impacto a nivel de los beneficiarios

La puesta en marcha del proyecto Maternidad con Menor Riesgo se inscribe en la óptica de las mutaciones socio conductista de las comunidades en vista de llegar a una movilización comunitaria para una gestión compartida del embarazo entre el hombre y la mujer en lugar y plaza de la concepción «embarazo, asunto de la mujer». Después de su puesta en marcha, los discursos comunitarios quedan el único medio de análisis de la lectura del impacto de la intervención.

« Si la mujer esta embarazada, debe ir al centro de salud para los pesos por que puedes estar enfermo sin saberlo, mientras que si vienes al centro de salud, se puede detectar tu enfermedad y tratarte. Si no vienes al centro, nadie no puede saberlo» focus grupo, mujeres de ZOUGO / BAGARE

« Si es durante la temporada de lluvias, nos dice de no trabajar solo se puede ir a los pozos para buscar un poco de agua pero se trata de una grande cantidad, se lo niega. Si es para preparar una comida de gran cantidad se dice que no puedes por que estarás confrontada al calor », focus grupo, MIA

« El papel de la sociedad es de acompañar la familia en cuestión hasta que el niño este nacido. Hay muchos papeles, aconseja sobre todo la mujer sobre la manera que debe comportarse»; focus grupo hombres, Gomponsom.

¿Cual es el papel o la responsabilidad de la comunidad durante el embarazo y el parto de una mujer en la localidad? Pienso que es el marido que se ocupa de todo que sea el gasto financiero ligado o no a la maternidad, en efecto el hombre que ama de verdad a su mujer va hacer todo que sea de su poder para que el parto se pasa bien en las mejoras condiciones;

Un otro papel del esposo es de decir a su mujer de no hacer algunos trabajos o bien insistir a que se vaya frecuentemente en consulta, el hombre no puede quedarse mudo frente al sufrimiento de su mujer; Focus grupo, hombres, Gomponsom.

La gratuidad de las curas, los servicios de acompañamiento ofertas, la satisfacción sobre los problemas de salud están jugados muy satisfactorios por los beneficiarios.

4.5.9. Colaboración public –ONG-comunidad

La puesta en marcha del proyecto Maternidad con Menor Riesgo ha sido un verdadero laboratorio para el desarrollo de la colaboración. El ministerio de la salud a través la dirección regional, a la vista de la importancia de la intervención para la mejora de los indicadores en la región ha sido el padrino natural y ha integrado las actividades en marco del Equipo Directivo del Distrito sanitario de Yako. Además las comunidades han podido escuchar con atención el discurso de la unidad de gestión del proyecto y ha colaborado sin reserva no solamente a la implantación de las actividades del proyecto y sobre todo ha jugado un papel que estaba lo suyo participando masivamente a las actividades de sensibilización. Por lo demás, a través las celdas MMR que comprenden el conjunto de los lideres a nivel aldeano, el proyecto ha podido

construirse una implicación comunitaria y establecer una comunicación social sostenida que han sido los factores esenciales del éxito del programa.

En conclusión, y sobre la base de esta experiencia que merece de estar reconducida e intensificada, se deduce de esto que la implicación, la organización y la responsabilización de las comunidades son los principales factores del éxito de intervención en tema de programas de salud.

Es decir que la llegada de MMA ha inducido un cierto dinamismo en este tipo de colaboración. Queda que se perpetúa cuando los fondos no estarán más concedidos. El interés garantizado por este nuevo tipo de colaboración aprovechará a otras prioridades de salud en la medida en que las mismas ONG se ocupan ya de otros problemas de salud, como la mortalidad con menor riesgo (MMR).

A propósito de los cambios de comportamientos, se nota la participación en los beneficios y una adhesión de los hombres a la gestión del embarazo cuidando a la toma en carga de las necesidades financieros para las CPN y da la alimentación de futura madre de mismo que la preparación del parto que no es solamente el asunto de las mujeres pero del conjunto de la estructura social.

4.5.10. Durabilidad del proyecto

El comportamiento de los beneficiarios directos del proyecto sobre todo después del fin del proyecto es un elemento de durabilidad. Las mujeres en edad de procrear encuestadas después del fin del proyecto han guardado las buenas prácticas (prácticas de consultas) como lo muestra el gráfico más abajo:

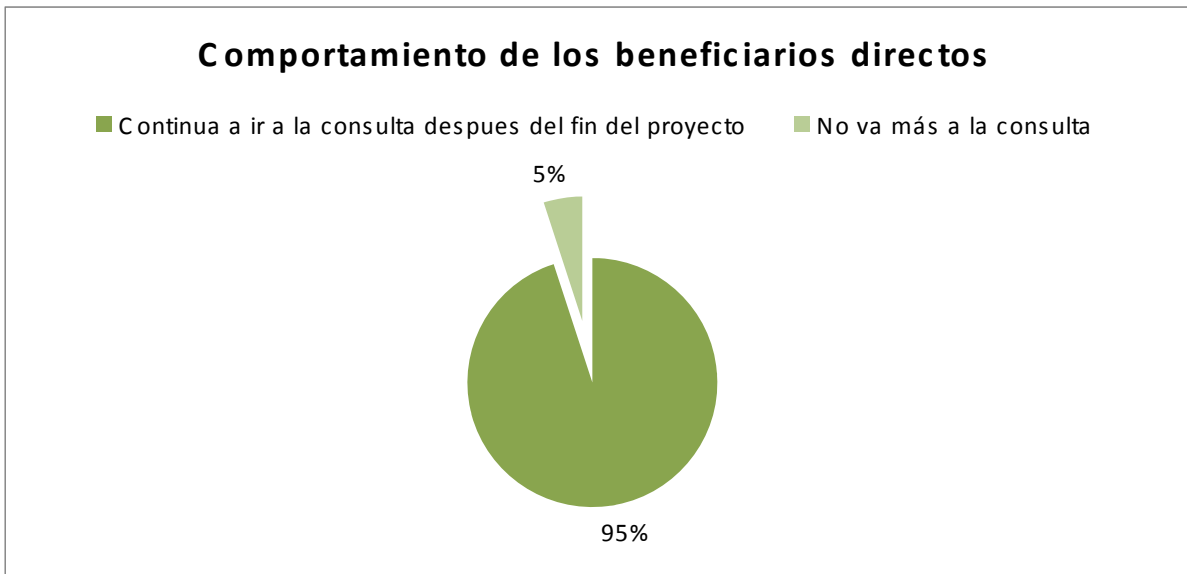


Grafico 6 : Comportamiento de los beneficiarios directos

4.5.11. Lecciones aprendidas del proyecto

La puesta en marcha del proyecto ha conocido un éxito. Muchos factores han facilitado su ejecución:

- La implicación de los actores de la política sanitaria de la región del norte (DRS, Ginecóloga del CHR/Ouahigouya) Equipo directivo del Distrito sanitario de Yako ha sido un elemento determinante del éxito del proyecto;
- El refuerzo de las capacidades del personal sobre todo el extendido del distrito sanitario;
- la presencia permanente de una coordinadora del proyecto dotada de una fuerte capacidad de comunicación;
- la implicación de las estructuras comunitarias, de los tropas teatrales y de los lideres de opinión en la ejecución del proyecto;
- la formación de las parteras tradicionales para orientar las mujeres hacia las formaciones sanitarias con el fin de aumentar el numero de los partos asistidos y disminuir el numero de las defunciones maternas: se trata en este caso de ajuste de las previsiones iniciales del

proyecto debido al hecho que desde 2009, la política sanitaria de Burkina Faso no autoriza más a las parteras tradicionales a asistir los partos;

- Por ultimo la integración del proyecto en plan de acción del Distrito sanitario, el dispositivo operacional puesta en sitio y el seguimiento de cerca a todos los niveles por los distintos actores han devuelto el proyecto eficiente.

Al lado de las fuerzas, se nota algunas flaquezas que han esmaltadas la puesta en marcha del proyecto. Se trata de:

- La insuficiencia de los recursos humanos;
- la gran movilidad de los agentes de salud debida a las destinaciones es una realidad a tomar en cuenta desde la elaboración de un proyecto;
- Por ultimo la crisis financiera internacional que fragiliza España está resentida en la zona del proyecto por que el nuevo programa esperado desde el año pasado no ha empezado.

La tabla siguiente más abajo retoma las fuerzas y las flaquezas del proyecto tales como formuladas por las personas interrogadas.

Tabla 4 : Fuerzas y flaquezas del proyecto

Aspectos	Fuerzas	Flaquezas
Puesta en marcha del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente colaboración con las autoridades políticas y sanitarias de la región de la intervención • El refuerzo de las capacidades del personal de las zonas de intervención ha sido muy positivo por que el personal se ha apropiado rápidamente del proyecto • Las necesidades reales expresadas por los responsables de las 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura no completa de la región sanitaria del Norte y particularmente del distrito sanitario de Yako • Gran movilidad del personal formado en el marco del proyecto • Cobertura solamente de 23 CSPS del DS de Yako sobre más de 46 CSPS que cuenta

	formaciones sanitarias identificadas han sido cubiertas	el DS de Yako <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia de los recursos dando la impresión de espolvoreamiento
Actividades de comunicación	<p>Les responsables del proyecto han comunicado frecuentemente con los líderes de comunitarios y a veces con los beneficiarios;</p> <p>Los teatros forums han constituido un trampolín de información y de intercambios con las poblaciones;</p> <p>Intégration du projet dans le cadre du système large de communication du DS</p>	Los hacen el papel importante por su acompañamiento para llegar a los partos asistidos, habrán preferido recibir más de motivación (bicicleta por ejemplo)

Tabla Sintética portando las consideraciones con relación a las enseñanzas que tratan sobre los puntos más abajo:

- La identificación del proyecto (árbol a problema, árbol de objetivos, población beneficiaria, resultados, actividades);
- La planificación de la ejecución, el cronograma, la metodología, la organización y responsabilidad, los mecanismos de coordinación;
- La eficacia en el alcance de los objetivos perseguidos;
- La gestión de los recursos (personal, recursos materiales y económicos);
- La participación de la población beneficiaria y de los actores implicados en los distintos fases del ciclo del proyecto;
- La sostenibilidad del proyecto ;
- El impacto del proyecto sobre la igualdad del género y sobre el medio ambiente;
- Los instrumentos para el seguimiento y evaluación (indicadores, fuentes de verificaciones, datos del año de base).

Tabla 5 : Apreciación técnica de las actividades del proyecto

Identificación del proyecto				
Identificación del proyecto	La prevención y la detección de los riesgos ligados a la mortalidad materna y neonatal se inscribe en las preocupaciones del gobierno burkinabé en tema de salud de la madre y del niño. El objetivo es de contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna y neo natal	Los beneficiarios del proyecto que son las mujeres en edad de procrear y las mujeres embarazadas hacen parte de los grupos prioritarios en tema de protección y de promoción de la salud. Además la mejora de la salud de estos grupos beneficiarios participa a la mejora del conjunto de los miembros de la familia y por lotanto de las comunidades.	Los principales resultados han sido la sensibilización de las comunidades a la gestión compartida del embarazo y del parto, el refuerzo de las capacidades operacionales de los prestadores de servicios de salud y de los agentes de salud comunitarios y las parteras tradicionales, el desarrollo de las infraestructuras de salud, la dotación del CMA y de los 23 CSPS en material medico técnico y en medicamentos.	Las actividades del proyecto estaban de 3 tipos: formación, equipamiento y dotación, información y sensibilización. Todos respondieron a las necesidades expresadas por las comunidades del Distrito Sanitario de Yako. En efecto estas actividades han sido definidas durante unos talleres específicos que ha conocido la participación de los distintos actores incluso los beneficiarios, se podría deducir de ellos que la formulación de las actividades condiciona ya los resultados si ha sido participativa. Contribuir a la realización de los resultados esperados. Responsabilización de los actores desde su implantación, su puesta en marcha así como su seguimiento.
Puesta en marcha del proyecto				
La planificación de la ejecución, el cronograma, la metodología, la organización de las funciones y responsabilidades, los mecanismos de coordinación	La puesta en marcha del proyecto ha sido operada sobre la base de 3 principios: la responsabilización comunitaria, la integración de las actividades y el seguimiento mejora. Estos principios han determinado la movilización social en favor de las actividades, la colaboración perfecta	La metodología del proyecto ha sido en su conjunto participativa y construida al rededor de las celdas MMR, suscitadas por los líderes comunitarios. También, que se trata de la definición de los	La organización de las funciones y de las responsabilidades ha siempre respetado la estructura social en su conjunto. En efecto, las comunidades han constatados sus plenos papeles en la puesta en marcha del proyecto y sobre	Los mecanismos de coordinación han sido dinámicos y operacionales. Por un cierto voluntarismo, hay que subrayar que la coordinadora del proyecto estaba presente cerca de los beneficiarios tanto para la programación como para la ejecución de las actividades. En otros términos, no se ha notado en ninguno momento un cualquier incumplimiento

	<p>con el Distrito sanitario y la facilitación a todos los niveles del seguimiento. Resulta de esto una coherencia del conjunto de puesta en marcha de las actividades a nivel del Equipo directivo del distrito.</p>	<p>objetivos, de las actividades y de la puesta en marcha, las comunidades han sido siempre delante de las actividades de los cuales además estaban convencidos de los efectos e impactos sobre el conjunto del grupo social. La principal lección que se puede sacar es que un proyecto es primero una emanación comunitaria.</p>	<p>todo han notado su utilidad. Por otra parte, las comunidades han constatado la capacidad de sus miembros a jugar unos papeles que estaban prestados por otras personas exteriores a sus comunidades. En algunas partes, la puesta en marcha del proyecto ha permitido de valorizar la estructura social como tal, lo que prácticamente no ha sido nunca el caso</p>	<p>de la parte de la coordinadora.</p>
--	---	--	--	--

Resultados obtenidos y apreciación de los evaluadores

<p>La eficacia en el alcance de los objetivos perseguidos</p>	<p>Los actores están unánimes sobre la eficacia de la intervención. En efecto, en algunos casos los resultados alcanzados por algunas actividades han sido más allá de los resultados esperados</p>	<p>Que se trata de las actividades de formación, de dotación o de sensibilización, los beneficiarios incluso el conjunto de las comunidades del Distrito Sanitario han sido interesadas al conjunto del proceso, particularmente a través de las celdas MMR que han jugado un papel de condicionamiento y de responsabilización comunitaria.</p>	<p>Los factores que explican este éxito son entre otros la implicación del conjunto de la estructura social a través las celdas MMR en la puesta en marcha del proyecto, la concertación entre los distintos niveles de los actores. La fluidez del equipo e igualmente al respecto de las normas de gestión presupuestara.</p>	<p>La preparación de las poblaciones, su responsabilización y su toma de conciencia de los impactos del proyecto sobre el diario de las comunidades han sido los principales determinantes de la movilización social que ha influido directamente sobre la eficacia del proyecto.</p>
<p>La gestión de los recursos</p>	<p>De manera general, la gestión del proyecto ha</p>	<p>El proyecto MMR realizó un</p>	<p>La gestión financiera fue</p>	<p>La gestión de los recursos materiales fue</p>

(personal, materiales y económicos)	sido centrada sobre los resultados. Que se trata de los recursos humanos, financieros y materiales, la preocupación de maximización de los resultados ha guiado la gestión cotidiana del proyecto.	disparate original en tema de desarrollo de los recursos humanos en la medida en que las comunidades beneficiarios lo han beneficiado a través la formación de las celdas MMR refuerzo de los recursos, lo que ha paliado a la falta aparente de los recursos humanos a nivel de la unidad de gestión del proyecto.	flexible, ero rigurosa, la mayoría de las actividades fueron realizadas con una economía presupuestaria, lo que ha facilitado los reajustes presupuestarios en vista de tomar en cuenta algunas actividades saludables tal como la electrificación de las maternidades. En otros términos, la gestión especialmente financiera ha demostrado una extrema eficacia y de eficiencia.	metodología tanto en la formulación de las necesidades como en el dispatching, lo que aumenta la admiración de las autoridades sanitarias, a pesar de todo desean ver MMA perseguir su apoyo en este sentido.
La participación de la población beneficiaria y de los otros actores implicados en los distintos fases del ciclo del proyecto	Uno de los puntos fuertes del proyecto es la toma en cuenta de la participación efectiva de las poblaciones a todas las fases del proyecto.	No hubo unas etapas del proyecto donde no se ha notado la participación de los representantes de los beneficiarios y de las comunidades	El compromiso de los líderes particularmente las autoridades tradicionales, religiosas, etc. a través las celdas MMR ha creado de hecho una dinámica de apropiación comunitaria, lo que constituye un factor determinante para el éxito de un tal proyecto. La estrategia comunitaria del proyecto merece de estar portado al conocimiento de los actores a través el conjunto del territorio nacional incluso a nivel regional.	El esquema de la participación comunitaria a través las celdas MMR, cuadro de sensibilización comunitaria merece en efecto de estar retenida como referencia o un modelo para la puesta en marcha de un proyecto centrado sobre la comunidad actor y beneficiaria

<p>La sostenibilidad del proyecto</p>	<p>De manera general, las comunidades del distrito sanitario de Yako, los hombres han adquiridos las actitudes positivas a la gestión del embarazo y del parto. Esto es también lo mismo para las mujeres, en resumen el proyecto MMR ha sido un verdadero marco de eclosión de nuevos valores sociales.</p>	<p>La comunidad dispone de un capital en recursos humanos comunitarios para la prevención y la detección de los riesgos ligados a la maternidad.</p>	<p>La sensibilización por los teatros forums han sido una escuela de formación social o prácticamente los hombres y mujeres pero también los niños han hecho el aprendizaje de otra estructura social donde todo el mundo tiene su plaza y su papel a desempeñar.</p>	<p>El ministerio de la salud a través de la Dirección Regional de la Salud desea naturalmente con el apoyo de los colaboradores tales como MMA, la reconducción ver la ampliación del proyecto MMR al conjunto de Burkina para lo mejor de la madre y del niño, pero también al conjunto de las comunidades. Lo que es cierto desde este momento, es que los reflejos positivos adquiridos durante la puesta en marcha del proyecto MMR Yako estarán siempre mantenidas a nivel de la localidad.</p>
<p>El impacto del proyecto sobre la igualdad del género y sobre el medio ambiente</p>	<p>El proyecto ha podido a realizar una mutación cualitativa de concepciones y de actitudes de los hombres y de las mujeres frente a la salud de la familia en términos de responsabilidad de cada uno.</p>	<p>La mención particular a hacer para las prestaciones teatrales en tema de sensibilización que han sido el marco pedagógico de la formación de los beneficiarios y del conjunto de las comunidades</p>	<p>La sensibilización ha puesto sin duda la importancia de medio ambiente en tema de salud, pero también los límites y las necesidades de abarcar unos otros métodos de tratamientos.</p>	
<p>Los instrumentos para el seguimiento y evaluación (indicadores, fuentes de verificaciones' datos del año de inicio)</p>	<p>Los indicadores (números de infraestructuras realizadas, de agentes supervisados, líderes de opinión sensibilizados e implicados, personas sensibilizadas) fueron disponibles durante la evaluación e informa sobre la realización de las actividades</p>	<p>Los indicadores no toman suficientemente en cuenta los resultados y los impactos en términos de cambio cualitativo y cuantitativo de las actitudes conductistas que el proyecto MMR ha conseguido.</p>	<p>Las fuentes de verificación que son los informes de actividades, los informes de formación, de supervisión y de prestaciones teatrales dan suficientemente cuenta de la realización de las actividades</p>	<p>La necesidad de la toma en cuenta por los indicadores de otras dimensiones tales como las que se refieren sobre los resultados sea deseable.</p>

CONCLUSIÓN

El proyecto MMR en el distrito sanitario de Yako se realizó gracia a una fuerte implicación de las autoridades sanitarias de la DRS del Norte y del distrito sanitario de Yako. La gestión de su puesta en marcha a través de la colaboración DRS-unidad de apoyo-comunidad ha favorecido una fuerte apropiación comunitaria. Los evaluadores sobre la base de las entrevistas, de la colección de datos estadísticas y de la búsqueda documentaria han hecho destacar unas buenas prácticas SONU a nivel de los beneficiarios directos: los partos asistidos han aumentado desde los 5 últimos años mientras que los partos a domicilio conocen una buena disminución sobre el mismo periodo.

La principal crítica hecha al proyecto que se puede retener es la flaqueza de la financiación que ha ocasionado una baja cobertura del distrito sanitario. Hay que esperar que la próxima fase venga a colmar este déficit para la toma en cuenta de las otras localidades no cubiertas por la actual fase.

RECOMENDACIONES

A las autoridades sanitarias de la región del Norte y del Distrito Sanitario de Yako

- ❑ Una atención particular debe estar acordado al programa de planificación familiar teniendo en cuenta del número elevado de embarazos notados en las mujeres. Más de la mitad de las mujeres entrevistadas han tenidos más de 5 embarazos. A esto se añaden las condiciones de vida difíciles del conjunto de las poblaciones en particular las mujeres. También durante aun unos años, esto debería constituir una de las preocupaciones mayores de los que intervienen en la zona en tema de programas de la población;

- ❑ Las autoridades de la DRS verán como arreglar la cuestión de la motivación de las parteras tradicionales de manera perenne;

❑ Los Distritos Sanitarios deberán también poner el acento sobre la acogida en las maternidades (seguro de calidad) por el personal de salud, sugerencia destacada durante la evaluación.

❑ Sobre el desarrollo de servicios de salud

Las poblaciones han puesto relieve la flaqueza de los servicios de salud en el punto de vista material, pero sobre todo en el punto de vista humano. Importa que las autoridades sanitarias acuerden una importancia particular a la gestión de los recursos humanos sobre todo en términos igualmente del seguimiento, con el fin de descubrir a tiempo las consecuencias de algunos agentes de los cuales las malas conductas recaerán ineluctablemente sobre el conjunto de las poblaciones.

❑ La educación y la formación de las mujeres:

A pesar de los esfuerzos del Gobierno y de los colaboradores técnicos y financieros en tema de educación y de formación de las mujeres, muchos esfuerzos quedan a hacer. Se revela de este hecho urgente que los colaboradores que intervienen sobre el terreno en el tema, integran este aspecto de educación de las mujeres sobre todo la educación a la salud en sus diversas iniciativas en el tema de desarrollo de la mujer. Un esfuerzo queda a hacer en términos de información y de sensibilización de las mujeres y de las comunidades precisamente sobre la cuestión de la necesidad del embarazo sano para un parto sano.

La sensibilización de las comunidades sobre la gestión del embarazo:

La principal recomendación es que frente a esta necesidad real de mutación socio conductista de las poblaciones y visto los resultados muy positivos de prestaciones teatrales en tema de educación y de comunicación para el cambio de comportamiento, se pone urgente para tales programas influyentes directamente sobre la mejora de las condiciones de salud y del bien estar de desarrollar todo un programa específico de IEC/CCC. Muchos esfuerzos quedan a hacer en términos de sensibilización para que las mujeres pero también el conjunto de las comunidades tengan unas actitudes positivas frente a las CPN y que se movilizen

consecuentemente para quitar los bloqueos de toda naturaleza frente a las prácticas de las CPN.

A Medicus Mundi Andalucía

❑ La reconducción y la ampliación del proyecto MMR

Sobre la base de la experiencia del proyecto Maternidad con Menor Riesgo que ha cubierto la mitad de las formaciones sanitarias del Distrito Sanitario de Yako y a la vista de los resultados alcanzados en el punto de vista de las actitudes y comportamientos relativos al embarazo y al parto, se impone sobre todo los planos la necesidad de reconducción del proyecto a todas las formaciones sanitarias del Distrito Sanitario de Yako. La prioridad del próximo apoyo a la promoción de la salud materna infantil y sexual deberá dar una prioridad a los 23 CSPS del distrito no cubiertos por el presente proyecto.

ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE

POUR L'EVALUATION FINALE DU PROJET : «MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»

1. INTRODUCTION :

Ce fût en 2009 qu'en partenariat avec la DRS du Nord, Medicus Mundi Andalucia (MMA) a organisé un atelier d'identification des besoins pour le projet « Maternité à Moindre Risque dans le District sanitaire de Yako ». A cet atelier y ont également participé le Médecins Chef de District et le responsable de la santé de la Reproduction du District sanitaire de Yako ainsi que les délégations de la DSF et de la DEP du Ministère de la santé. C'est dans ce cadre que le document du projet en question a vu le jour et a pu être présenté à la Junta de Andalucia qui est notre principal bailleur de fonds. Ce projet couvre 23 formations sanitaires sur les 46 qu'il compte. Il a été initié le 01 mai 2010 pour une durée de 24 mois et prend donc fin le 30 avril 2012.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le présent projet « Maternité à Moindre Risque dans le District Sanitaire de Yako (1^ophase) fait partie d'un programme de travail beaucoup plus ample de MMA qui cherche à couvrir tous les District Sanitaires de la Région Sanitaire du Nord (Ouahigouya, Titao, Séguénéga, Gourcy et Yako). En effet c'est en 2000 que nous avons pu commencer ces actions grâce surtout au financement de la Junta de Andalucia qui depuis lors a continué à appuyer les actions de coopération sanitaires successives que nous lui avons proposée pour continuer à exécuter ce programme. Ce projet prétend étendre une partie des activités entreprises conjointement par la DRS du Nord et Medicus Mundi Andalucia dans le D.S de Ouahigouya depuis 2000 à 2003, dans celui de Titao de 2003 à 2006 et dans celui de Séguénéga de 2006 à 2009. Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction (1998-2008) ainsi que dans les plans d'actions annuelles 2010 et 2011 du District sanitaire de Yako.

Dans le DS de Yako la situation des risques liés à la Santé de la reproduction n'est pas différente de celle qu'on rencontre dans le reste du pays. Selon les statistiques de 2004 la mortalité maternelle est estimée à 484 pour 100.000 naissances vivantes. En tenant compte du faible taux de fréquentation des formations sanitaires ce chiffre est très inférieur à la réalité. Le taux de couverture prénatal est de 81,74% en 2004 et celui de la couverture obstétricale est de 49%. Dans le DS de Yako en 2003 sur 14.169 grossesses seulement 7.053 (50%) femmes ont bénéficiées d'une assistance à l'accouchement. C'est en définitive cette situation qui justifie la présente intervention.

➤ Objectif Général :

Améliorer les indicateurs de santé de la population du District sanitaire de Yako.

➤ **Objectif Spécifique :**

Réduire la mortalité maternelle et infantile dans le District sanitaire de Yako moyennant l'amélioration de la prévention et la détection des risques maternelles liés à la grossesse et à l'accouchement.

➤ **Résultats :**

R1 : On aura construit et équipé une nouvelle maternité.

R2 : On aura construit 6 latrines douches pour les CSPS du D.S. de Yako.

R3 : On aura doté le D.S. de Yako du matériel medico chirurgical pour le CMA.

R4 : On aura approvisionné les dépôts pharmaceutiques des 23 formations sanitaires en médicaments pour le traitement des risques maternels.

R5 : On aura approvisionné le bloc opératoire de médicaments pour la réalisation des césariennes (anesthésiques, antibiotiques, etc.).

R6 : On disposera de 220 accoucheuses villageoises formées en prévention et détection des risques maternels.

R7 : On disposera de 70 agents de santé (personnel sanitaire) formés en prévention et détection des risques maternels.

R8 : On aura formé 220 ASC en techniques IEC.

R9 : On aura réalisé au mois deux supervisions des 220AV par les CSPS et 70 agents de santé (personnel sanitaire par le CMA.

R10 : On aura mis a la disposition des 220 AV des moyens pour la prévention et la détection des risques maternels moyennant la dotation d'un équipement composé d'un kit minimum pour les soins périnataux et obstétricaux de même qu'aux 70 agents de santé (personnel sanitaire du matériel medico-technique.

R11 : On aura réalisé 30 sorties de représentation théâtrales forum pour sensibiliser la population sur les risques materno-infantiles liés à la grossesse et à l'accouchement.

➤ **Activités :**

R .A1 : Construction et équipement d'une maternité à Arbollé

R .A1 : Construction de 6 latrines douches dans 6 CSPS

R .A1 : Dotation du matériel médical à la maternité et au bloc opératoire du CMA de Yako

R .A1 : Dotation du matériel médical aux maternités des 23 CSPS cités ci haut

R .A1 : Dotation de médicaments et consommables aux maternités des 23 CSPS cités ci-dessus et à celle du CMA ainsi au bloc opératoire pour la réalisation des césariennes

R6.A1 : Formation de 220 accoucheuses villageoises et dotation du matériel

R7.A1 : Formation de 77 agents de santé (personnel sanitaire)

R8.A1 : Formation de 220 agents de santé communautaires

R9.A1 : Réalisation des deux supervisions pour les 220 AV et 77 agents de santé formés.

R10.A1 : Dotation d'UN kit minimum pour les soins périnataux et obstétricaux à 220 AV et 77 AS.

R11.A1 : Sensibilisation par le biais du théâtre (30 représentations théâtrales sont prévues)

➤ **Population bénéficiaire :**

Bénéficiaires directs :

-74.494 femmes de 16 à 45 ans en âge de procréer dont 15.679 femmes susceptibles d'avoir la grossesse -220 Accoucheuse villageoises -220 Agents de santé communautaire -70 Agents de santé (personnel sanitaire).

Bénéficiaires indirects :

La population de tout le district Sanitaire de Yako estimée à 313.570 habitants selon les données de 2004.

➤ **Le partenaire :**

Il s'agit du Ministère de la santé à travers la Direction régionale de la santé du Nord.

➤ **Les bailleurs de fonds :**

Bailleurs de fonds	Contributions financières en F. CFA	% de la contribution
Junta de Andalucia	178 897 247	78.4%
Medicus Mundi Andalucia	12 987 810	5.6%
Ministère de la santé	36 208 440	15.8%
Coût total du projet	228 093 497	100%

3. CADRE DE L'ÉVALUATION ET LES ACTEURS IMPLIQUÉS:

➤ **Cadre de l'évaluation**

Le projet s'exécute dans le District sanitaire de Yako situé dans la région sanitaire du Nord. Pratiquement dans la période évaluée de mai 2010 à avril 2012 les zones d'actuations concernées sont celles couvertes par toutes les 23 formations sanitaires. Il s'agit de :

- Département de Arbolé : CSPS de Arbolé, Boulkon et Kaba..
- Département de Bagaré: CSPS de Bagaré et Zougo.
- Département de Bokin : CSPS de Bokin, Sarma et Téma.
- Département de Gomposon : CSPS de Gomposom et Niognogo.
- Département de Kirsi : CSPS de, Kapon, et Kirsi.
- Département de Latodem : CSPS de Latodem et Minissia.
- Département de Pilimpikou : CSPS de Konan et Pilimpikou.
- Département de Samba : CSPS de samba, Thébo et Toessin.
- Département de Yako : CMA de Yako ainsi que les CSPS de Pélektanga, Song-naba et Tindila.
- Les villages dont les populations ont été sensibilisés.

➤ **Acteurs impliqués :**

L'évaluation doit prendre en compte toutes les institutions et groupes d'intérêts suivants :

- La DSF
- Medicus Mundi Andalusia
- La DRS et l'Equipe cadre du District sanitaire de Yako
- L'Unité d'Appui à l'Exécution du projet
- Le personnel sanitaire ayant bénéficié de la formation
- Les formations sanitaires ayant bénéficiées de nouvelles infrastructures, des équipements et des médicaments
- Les accoucheuses villageoises et agents de santé communautaires ayant bénéficiés de la formation
- Les leaders d'opinions (Préfet, maires, chefs traditionnels, chefs religieux... etc.)
- Les troupes théâtrales ayant sensibilisé la population
- La population en général, et en particulier les femmes enceintes et ayant accouché pendant la période couverte par le projet.

4. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION ET RESULTATS ATTENDUS

➤ **Objectifs :**

- Analyser les résultats obtenus par rapport aux résultats attendus.
- Identifier les apports du projet par rapport aux objectifs de la stratégie nationale de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.
- Identifier les difficultés, contraintes ou obstacles ayant émaillé sa mise en œuvre et les facteurs ayant facilité son exécution.
- Formuler les recommandations appropriées pour la capitalisation des acquis du projet en vue de sa bonne pérennisation d'une part et pour l'amélioration des interventions futures d'autre part.

➤ **Résultats attendus**

- Les informations sur le niveau de réalisation des résultats et sur les ressources utilisées sont disponibles.
- Un inventaire des acquis du projet est produit.
- Les difficultés, contraintes ou obstacles et les facteurs facilitant sont identifiés.
- Des recommandations appropriées pour assurer l'efficacité et l'impact du projet sont formulées.

5. NIVEAUX D'ANALYSE : CRITÈRES ET QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

De façon spécifique, l'évaluation devra analyser l'efficacité, l'efficience, la cohérence, la viabilité, les aspects méthodologiques du projet. Bien que nous comprenions que la définition des questions de l'évaluation est l'une des tâches à réaliser conjointement avec l'entreprise chargée de l'évaluation, nous établissons à continuation quelques questions qui pourraient orienter l'évaluation de chacun de ces critères.

Efficacité :

Les actions menées à bien pendant ces 24 mois correspondent-elles aux objectifs spécifiques fixés au début du projet? Est-ce que les résultats prévus jusqu'à présent ont été atteints? Est-ce que des effets non prévus ont été détectés? Les objectifs spécifiques et les résultats ont-ils été bien formulés, et disposent-ils d'indicateurs mesurables? Est-ce que les bénéficiaires ont rencontrés des difficultés pour accéder aux activités de l'intervention ? Ces questions sont orientatives, et comme nous l'avons exposé précédemment, elles se redéfiniront et seront complétées lors de la phase d'élaboration de l'évaluation.

Efficiences :

Est-ce que la transformation des ressources en résultats a été efficiente ? Dans quelle mesure la collaboration institutionnelle et les mécanismes de gestion articulés ont contribué à atteindre les résultats de l'intervention ? Le chronogramme prévu a été respecté ? Dans quelle mesure ils ont maintenu les prévisions budgétaires ?

Cohérence:

Est-ce que les instruments proposés, dans le cadre du projet, sont adéquats pour atteindre les objectifs de celui-ci? Existe-il une correspondance entre les problèmes identifiés et les objectifs proposés? Est-ce que les actions sont compatibles avec d'autres actions menées dans les mêmes régions/communautés? Est-ce que les activités programmées sont adéquates pour l'atteinte des objectifs ?

Couverture:

Les critères utilisés pour choisir la population bénéficiaire ont-ils été adéquats? De quelle manière?

Aspects méthodologiques :

Est-ce que la formulation de l'intervention selon le cadre logique a été correcte ? Est-ce que le système d'indicateurs et sources de vérification prédéfinies ont été utiles ? Est-ce que les méthodes de récolte et analyses de données ont été appropriés?

Viabilité:

Est-ce qu'il y a eu un impact sur la capacité institutionnelle ? Est-ce que les actions proposées sont facilement appropriables par la population bénéficiaire? Dans quelle mesure les bénéfices de l'action pourront être pérennisés une fois terminée le projet? Est-ce qu'il y a eu une certaine synergie ou une complémentarité avec les politiques locales de la région d'intervention?

Impacts :

Dans quelle mesure l'intervention a contribué à l'atteinte de l'objectif global proposé par le projet ? Est-ce qu'il y a eu un impact positif sur les bénéficiaires directs considérés ?

6. MÉTHODOLOGIE ET PLAN DE TRAVAIL

➤ **Méthodologie :**

Les phases de travail proposées sont les suivantes :

1. Etude de cabinet: analyse des principaux documents afférents au projet telle que les rapports d'activités de formation, sensibilisation, supervision, les états de répartition du matériel et de l'équipement, fonctionnement du laboratoire du CMA équipé, utilisation effective des MILDA par les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans dans les villages ; - entretiens individuels avec les membres de l'équipe. (1 semaine).

2. Travail de terrain ou collecte de l'information: La collecte des données se fera à travers des enquêtes sur le terrain dans les formations sanitaires (CSPS et CMA) et ainsi que les entretiens avec les prestataires et les responsables sanitaires au niveau du district et de la région. L'échantillon prendra en compte les formations sanitaires et les villages dont les populations ont été sensibilisées : les prestataires de soins, les équipes de santé au niveau du district et de la région sanitaire, les agents de santé communautaires, les leaders d'opinion et les troupes théâtrales ayant facilité la sensibilisation de la population. (2 semaines).

3. Saisie, analyse et interprétation de l'information collectée: L'information qui a été obtenue pendant la phase de travail sur le terrain sera analysée et sera évaluée par l'équipe évaluatrice. (1 semaine).

4. Élaboration du rapport préliminaire d'évaluation: Un rapport préliminaire d'évaluation du projet sera présenté à MMA, dans lequel se reflèteront les conclusions et les recommandations qui ont été obtenues afin d'apporter l'information complémentaire nécessaire. (1 semaines).

5. Élaboration du rapport final d'évaluation et divulgation des résultats. Dans le point 7, nous détaillons la structure que devra avoir le rapport. Il sera sollicité à l'organisme évaluateur un plan de travail, dans lequel seront détaillées les phases, délais et produits qui vont être reçus. (2 semaines).

➤ **Planification**

Le démarrage des travaux est prévu pour le 14 Janvier 2013 pour une durée de sept (07) semaines pouvant être réparties à titre indicatif comme suit :

Semaine 1 : Prise de contact et rencontres préliminaires avec l'équipe du projet à Ouagadougou, et revue documentaire.

Semaine 2 à 3 : Collecte des données sur le terrain et focus groupe.

Semaine 4 : Analyse et interprétation des données recueillies.

Semaine 5 : Préparation du rapport provisoire dû pour la fin de la semaine 5.

Semaine 6 et 7 : Restitution du rapport provisoire, période de lecture du rapport provisoire par les acteurs et élaboration du rapport final et des documents annexes. Diffusion des résultats.

7. STRUCTURE ET PRÉSENTATION DES RAPPORTS D'ÉVALUATION

La structure du rapport d'évaluation devra inclure, au moins, les suivants chapitres:

0. Résumé exécutif

1. Introduction

- 1.1. Antécédents et objectif de l'évaluation.
- 1.2. Description succincte de l'intervention évaluée.
- 1.3. Méthodologie utilisée pour l'évaluation.
- 1.4. Présentation de l'équipe de travail.
- 1.5. Conditionnalités et limites de l'étude réalisée.
- 1.6. Description du travail exécuté.
- 1.7. Structure de la documentation présentée.

2. Description des interventions analysée :

- 2.1. Conception initiale
- 2.2. Description détaillée de son évolution

3. Critères d'évaluation e facteurs de développement :

- 3.1. Pertinence et cohérence
- 3.2. Efficience.
- 3.3. Efficacité.
- 3.4. Impact.
- 3.5. Viabilité.

4. Conclusions et leçons tirées des conclusions générales qui révèlent des bonnes pratiques, qui puissent être extrapolées, et qui puissent rétro alimenter les actions de l'intervention qui est en cours d'exécution, ou pour des interventions futures, selon les cas.

5. Recommandations dérivées de l'évaluation classifiées selon le critère choisi par l'équipe évaluateur (Ex : à court/long terme, selon les critères d'évaluation, selon la dimension ou composante de l'intervention, selon la zone d'intervention...). Dans tous les cas, si c'est possible, toujours mentionner l'acteur (ou les acteurs) auquel est dirigée la recommandation.

8. Annexes, qui devront inclure :

- TdR. -Le plan de travail, la composition et la description de la mission.
- Méthodologie proposée, techniques et sources utilisées pour collecter l'information:
 - * Révision documentaire: Liste des sources secondaires utilisées.
 - * Entretiens: liste des informateurs, guide d'entretien, transcriptions et notes.
 - * Enquêtes: modèles, données brutes collectées et analyse statistique.

* Ateliers d'échange et partage d'expériences ; Ateliers participatifs : rapports des ateliers et résultats.

Il s'agit d'une évaluation finale. A ce titre, elle doit permettre de faire une appréciation technique des activités du projet, de capitaliser les leçons apprises dans la mise en œuvre du projet et de faire des suggestions/recommandations pour les projets à venir. Le travail doit aboutir à un rapport d'évaluation finale produit en français. Le rapport produit doit être facile à comprendre, non ambigu, avec une explication claire des jargons utilisés. Les recommandations doivent être suffisamment argumentées. Le rapport devra aussi réunir des considérations par rapport aux enseignements tirés sur les suivants aspects :

- L'identification du projet (arbre à problème, arbre d'objectifs, population bénéficiaires, résultats, activités)
- La planification de l'exécution, le chronogramme, la méthodologie, l'organisation de fonctions et responsabilités, les mécanismes de coordination.
- L'efficacité dans l'atteinte des objectifs poursuivis.
- La gestion de ressources (personnelles, ressources matérielles et économiques).
- La participation de la population bénéficiaire et des autres acteurs impliqués dans les différentes phases du cycle de projet.
- La soutenabilité du projet.
- L'impact du projet sur l'égalité de genre et sur l'environnement.
- Les instruments pour le suivi et évaluation (indicateurs, sources de vérifications, données de l'année base).

MMA s'engage à partager les conclusions et les recommandations du rapport avec les autres acteurs impliqués dans l'évaluation, et spécialement avec les partenaires locaux. À cet effet, les moyens les plus adéquats seront utilisés pour faire la restitution de l'évaluation aux destinataires: distribution du rapport final en papier ou sous format électronique, ateliers de réflexion, etc. Ce format pourra être amélioré par le Consultant en relation avec les commanditaires.

8. ÉQUIPE ÉVALUATEUR

➤ Expertise requise

L'évaluation sera conduite par un bureau d'études ou par un groupe de consultants externe, en collaboration avec MMA et ses partenaires. L'étude nécessitera une équipe pluridisciplinaire composée d'au moins un spécialiste de l'évaluation de projets de développement ayant une forte composante de santé maternelle.

Compte tenu du secteur du projet, l'équipe de consultants devra remplir les conditions suivantes :

- Avoir des expériences avérées dans l'évaluation de projets (méthodes quantitatives et qualitatives): au moins 10 ans d'expérience dans le suivi/évaluation des projets.
- Avoir une bonne connaissance en santé publique et des ses politiques et stratégies dans la

sous région Afrique de l'Ouest, et en particulier au Burkina,

-Avoir une bonne capacité rédactionnelle,

-Avoir d'excellentes aptitudes de communication, -Avoir une maîtrise parfaite de la langue Française et mooré.

9. PREMISSES POUR L'ÉVALUATION, EMPLOI DU REGISSEUR ET LA PUBLICATION

L'équipe évaluatrice doit garantir l'accomplissement des critères requis tant professionnels qu'éthiques entre lesquels on note :

-Autonomie et confidentialité : l'évaluation doit respecter le droit des personnes qui apportent l'information en assurant son anonymat et confidentialité.

-Neutralité : l'équipe évaluatrice ne doit pas réaliser des actions ni des manifestations subjectives, surtout pendant le travail de terrain qui pourraient mettre en danger l'image ou relation que les partenaires, autorités ou bénéficiaires peuvent avoir avec MMA et avec ses bailleurs de fonds.

-Responsabilité : n'importe quel désaccord ou différence d'opinion pourront surgir entre les membres de l'équipe et entre ceux là et les responsables du projet, dans la relation des conclusions et/ou recommandations, doivent être mentionnées dans le rapport. Toute affirmation doit être soutenue par l'équipe ou laisser trace du désaccord **sur elle**.

-Intégrité : l'équipe évaluatrice aura la responsabilité de faire ressortir les questions non mentionnées spécialement dans les termes de références, si elles s'avèrent nécessaires pour obtenir une analyse plus complète de l'intervention.

-Incidences : dans le cas où ils existent des problèmes pendant la réalisation du travail de terrain ou dans n'importe quelle phase de l'évaluation, ils devront être communiqués immédiatement à MMA. Si ce ne sera pas le cas, l'existence des dits problèmes en aucun cas pourra être utilisée pour justifier le non atteint des résultats établis par MMA dans les TDR.

-Validation de l'information : il revient à l'équipe évaluatrice de garantir la véracité de l'information recueillie pour l'élaboration des rapports et en dernière instance elle sera responsable de l'information présentée dans l'évaluation.

-Rapports d'évaluation : la diffusion de l'information recueillie et du rapport final rentre dans les prérogatives de MMA.

-Remise des rapports : S'il s'avérait un retard dans la remise des rapports ou dans l'hypothèse que la qualité des rapports remis soit manifestement inférieure à celle que MMA s'attendait, les pénalités prévues dans le cahier des charges des clauses administratives seront appliquées. Dans tous les cas **MMA** se réserve le droit à conduire l'évaluation et/ou à décider sur ces différents aspects. Dans ce cas, c'est manifeste que tout droit d'auteur retomberait sur **MMA**.

10. DÉLAIS POUR LA RÉALISATION DE L'ÉVALUATION

Le rapport de l'évaluation doit être produit selon les étapes suivantes :

-Signature du contrat entre MMA et l'Equipe Evalueur choisi -14/01/2013

-Démarrage de l'évaluation -14/01/2013

-Étude du cabinet -14 au 20/01/2013

-Travail sur le terrain – 21 /01 au 03/02/2013

- Présentation du Rapport Préliminaire -17/02/2013
- Élaboration du Rapport Final – 17 au 03/03/2013
- Remise du Rapport Final définitif -04/03/2013

11. BUDGET DE L'ÉVALUATION

Le budget maximum disponible pour la réalisation de l'évaluation est de 4.590.000 FCFA. Cette somme inclut toutes les dépenses faites par les professionnels employés et qui sont directement liées à cette activité : honoraires, visas et frais de vaccination, déplacements sur le terrain, logement et manutention de l'équipe évaluateur et, coûts de traduction et d'édition des documents. En particulier, à propos des traductions c'est très important souligner que ce budget devra inclure TOUS les coûts de traduction, donc de l'espagnol au français pour les documents relatifs au projet et la traduction du document d'évaluation finale du français à l'espagnole, ceci certifié par le Ministère des Affaires Etrangères du Burkina.

12. PRÉSENTATION DE LA PROPOSITION TECHNIQUE ET CRITÈRES DE PONCTUATION

La proposition doit être soumise en format électronique, à l'adresse suivante :
medicusmundi.burkina@gmail.com, andalucia@medicusmundi.es

Le dossier soumis doit contenir les suivantes informations :

- le nom de l'entité évaluatrice et ses contacts,
- une mémoire de l'expérience dans le domaine de l'évaluation
- résumé sur l'équipe évaluateur proposée et les Curriculum Vitae de ses membres
- brève proposition des méthodologies et plan de travail (adaptée aux présents TdR)
- une proposition financière détaillée de l'entreprise qui doit inclure tous les frais prévus pour la réalisation de l'évaluation.
- La date limite de présentation des propositions est le 30/04/2012

➤ Ponctuation

- (a) Méthodologie proposée et respect des TDR (30 points)
- (b) Fiabilité et expérience de l'entreprise (20 points)
- (c) Expérience de l'équipe évaluateur proposée (20 points)
- (e) Valeur ajoutée de l'offre (10 points)
- (f) Proposition économique pour l'accomplissement de la totalité des tâches nécessaires pour réaliser l'évaluation (10 points)

Les propositions qui n'atteindront pas les 70 points seront rejetées. De même, nous choisirons l'offre qui obtiendra la meilleure ponctuation en fonction des critères et des barèmes établis.

ANNEXE 2 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

BURKINA FASO

MINISTERE DE LA SANTE / MEDICUS MUNDI ANDALUCIA

EVALUATION FINALE DU PROJET : «MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»

Entretien focus group avec les bénéficiaires indirectes (population) du district sanitaire de Yako

IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS AUX «FOCUS GROUP»

Intitulé du guide	
Région	/ ___/___/___/
Province	/ ___/___/___/
District	
Localité	
Noms prénoms des enquêteurs	
Date de l'enquête	/ ___/___/___/
	(Jour) (Mois) (Année)
Heure de début du «focus group»	/ ___/h/___/mn
Heure de fin de «focus group»	/ ___/h/___/mn
Nom et prénoms du Superviseur	Date _____
	Signature _____

PARTICIPANTS

N° d'ordre	Noms & Prénoms	Age	Profession	Niveau scolaire	Nombre d'enfant	Statut matrimonial
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

* Non Scolarisé

* Primaire

* Secondaire

* Universitaire

* École Coranique

* Alphabétisé

1. Quel est le rôle ou la responsabilité de la communauté pendant la grossesse et l'accouchement d'une femme dans la localité?
2. Quel doit être le rôle de l'époux pendant la grossesse et l'accouchement de sa femme ?
3. Pourquoi certaines femmes ne consultent-elles pas lors de la grossesse et de l'accouchement ?
4. Qui décide dans le ménage si quelqu'un doit aller à dans un centre de santé ou pas?
5. En ce qui concerne la femme enceinte qui décide qu'elle doit aller en consultation et qu'elle doit accoucher dans un centre de santé?
6. Quel constat faites-vous sur les maternités dans votre localité ?
7. Etes-vous au courant du projet MMR ?
8. Que pensez-vous de ce projet ?
9. Savez vous que le local de la maternité a été rénové ?
10. La mise en œuvre du projet a-t-elle amené une amélioration au niveau des maternités?
11. Quel changement a-t-il apporté dans votre village ?
12. Selon vous quelles sont les difficultés rencontrées par les femmes en matière de maternité ?
13. Avez-vous des suggestions ou des recommandations afin d'améliorer les maternités de vos femmes?

REMERCIER LES BENEFICIARIES POUR LA PARTICIPATION

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE / MEDICUS MUNDI ANDALUCIA
EVALUATION FINALE DU PROJET :
«MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»

1. Guide d'entretien avec les partenaires techniques et financiers

<i>Région</i> _____	<i>Province</i> _____	<i>Structure</i> _____
<i>Nom prénoms</i> _____	<i>Fonction</i> _____	

I. CONNAISSANCE DU PROJET

- 1.1 Connaissance des activités du Projet MMR de Medicus Mundi Andaluca
- 1.2. Quelle collaboration existe-t-il entre Medicus Mundi Andaluca et vos interventions ?

II. APPRECIATION DE LA PERTINENCE

- 2.1 En quoi les activités menées par Medicus Mundi Andaluca dans le cadre du projet sont-elles pertinentes par rapport aux objectifs assignés à la promotion de la MMR au Burkina Faso ?

III. APPRECIATION DE L'EFFICACITE

- 3.1 Les activités prévues (en nombre et en qualité) ont-elles été réalisées dans l'ensemble ?
Oui
Non
NSP

- 3.2 Si Non, pourquoi ?
- 3.3 Si Oui, comment cela a-t-il été possible ?

IV. ELEMENTS POSITIFS ET NEGATIFS

- 4.1 Quels sont les points positifs à retenir du projet ?

4.2 Quels sont les points à améliorer ?

V. LEÇONS APPRISES

5.1 Quelles sont les leçons apprises pendant la mise en œuvre de ce projet et qui peuvent être mises en pratique pour d'autres projets ?

5.2 Quelle est la meilleure stratégie pour la poursuite des activités sur la MMR ?

VI. SUGGESTIONS

5.3 Quelles suggestions feriez-vous à Medicus Mundi Andalusia ?

Je vous remercie pour votre participation

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE / MEDICUS MUNDI ANDALUCIA
EVALUATION FINALE DU PROJET :
«MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»

2. Guide d'entretien avec les points focaux et l'équipe de MMA

Région _____ Province _____
Commune _____ Village _____ Personnel interrogé _____
Nom et prénoms _____ Fonction dans la structure _____

I. CONNAISSANCE DU PROJET

- a. Pouvez-vous nous dire dans quel contexte le projet MMR a-t-il été initié dans le district sanitaire de Yako financé par Medicus Mundi Andalucia?
- b. Quel est votre rôle dans ce projet?

II. Analyse des résultats obtenus par rapport aux résultats attendus du projet

- 2.1. Quels sont les objectifs de votre projet ?
- 2.2. Quels sont les activités prévues ?
- 2.3. Quels sont les activités réalisées ?
- 2.4. Que pouvez-vous nous dire sur les impacts du projet MMR sur la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans le district sanitaire de Yako ?
- 2.5. Quelles analyses faites-vous de l'utilisation des services obstétricaux d'urgence ?
- 2.6. Comment se fait le suivi et la coordination du projet ?
- 2.7. **Les activités menées dans le cadre de la MMR sont-elles adaptées aux réalités du Burkina Faso / de votre district ?**

Oui

Non

NSP

Justifier votre réponse

III- Identification des apports du projet par rapport aux objectifs de la stratégie nationale de la maternité à moindre risque

- 3.1. Que pouvez-vous nous dire de façon générale sur l'efficacité du projet ?
- 3.2. Que pouvez-vous nous dire sur l'utilisation des ressources mobilisées (finances, matériel et personnel) en adéquation avec la demande et l'offre de soins en matière de SR?
- 3.3. Y a-t-il des raisons objectives de croire que le projet a participé au renforcement du système de santé ?

IV- Identification des difficultés, contraintes ou obstacles ayant émaillé sa mise en œuvre et les facteurs ayant facilité son exécution

4.1 Les activités prévues (en nombre et en qualité) ont elles été réalisées dans l'ensemble ?

- Oui
- Non
- NSP

4.2. Si Non pourquoi ?

Quels sont les problèmes majeurs qui ont influencé l'exécution du projet ?

V. Eléments positifs et négatifs

5.1 Quels sont les points positifs à retenir du projet ?

5.2 Quels sont les points à améliorer ?

VI. Leçons apprises

6.1. Quelles sont les leçons apprises pendant la mise en œuvre de ce projet ?

VII. Suggestions

7.1. Quelles suggestions feriez-vous pour une amélioration des activités menées ?

7.2. Quelle est la meilleure stratégie pour la poursuite du projet ?

VIII. Quels documents pertinents pouvons-nous obtenir de vous pour l'évaluation de ce projet ?

Veillez bien nous remettre ces documents ?

Je vous remercie pour votre participation

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE / MEDICUS MUNDI ANDALUCIA
EVALUATION FINALE DU PROJET :
«MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»

Guide d'entretien avec les leaders d'opinion : les chefs religieux (imam, catéchiste, pasteur) et les chefs coutumiers (chefs de terre) du district sanitaire de Yako : FICHE A ADRESSER A LA CELLULE MATERNITE A MOINDRE RISQUE : ICP, AV, ASC, religieux

VOIR AUSSI PREFET ET MAIRE

Région_____	Province_____
Commune_____	Village_____
Personne interrogée_____	Fonction_____

I. CONNAISSANCE DU PROJET

- 1.1. Pouvez-vous nous dire en quelques mots en quoi consiste le projet « **Maternité à Moindre Risque** » financé par Medicus Mundi Andaluca?
- 1.2. Quel est votre rôle dans ce projet?

II. APPRECIATION DE LA PERTINENCE

2.1. En quoi le projet est-il pertinent par rapport à la promotion pour la MMR au Burkina Faso /dans votre district ?

2.2. Les activités menées sont-elles adaptées aux réalités du Burkina Faso / de votre district ?

- Oui
- Non
- NSP

Justifier votre réponse

III. ELEMENTS POSITIFS ET NEGATIFS

3.1 Quels sont les points positifs à retenir du projet MMR ?

3.2 Quels sont les points à améliorer ?

IV. LEÇONS APPRISES

4.1 Quelles sont les leçons apprises pendant la mise en œuvre de ce projet MMR ?

V. SUGGESTIONS

5.1 Quelles suggestions feriez-vous pour une amélioration des activités du projet MMR?

5.2. Quelle est la meilleure stratégie pour la poursuite du projet ?

Je vous remercie pour votre participation

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE / MEDICUS MUNDI ANDALUCIA
EVALUATION FINALE DU PROJET :
«MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»

3. Entretien individuel avec Troupes théâtrales

Région _____	Province _____
Commune _____	Village _____
Association/ Troupe théâtrale interrogée _____	
Nom et prénoms _____	Fonction dans la structure _____

I. CONNAISSANCES DU PROJET

1.1 Pouvez-vous nous dire en quoi consiste le projet en quelques mots ?

1.2 Quelles sont les activités que vous menez dans le cadre du projet ?

II. LA PERTINENCE DU PROJET

2.1 En quoi les activités que vous menez répondent-elles aux objectifs du projet ?

III. EFFICACITE DE L'INTERVENTION

3.1 Les activités prévues (en nombre et en qualité) ont-elles été réalisées ?

Oui

Non

3.2 Si Non pourquoi ?

IV. EFFICIENCE DE L'INTERVENTION

4.1 Avez vous disposé des ressources (matérielles, financières, humaines) en quantité et en qualité suffisante pour produire les résultats ?

Oui

Non

4.2 Justifiez votre réponse.

V. IMPACT DES ACTIVITES

5.1 Quel est l'impact des activités sur les populations ?

5.2 Quel est l'impact des activités menées sur votre structure ?

VI. ELEMENTS POSITIFS ET NEGATIFS

6.1 Quels sont les points positifs à retenir du projet ?

6.1 Quels sont les points à améliorer ?

VII. LEÇONS APPRISES

7.1 Quelles sont les leçons apprises pendant la mise en œuvre de ce projet ?

VIII. SUGGESTIONS

8.1. Quelles suggestions feriez-vous pour une amélioration des activités menées ?

8.2. Quelle est la meilleure stratégie pour la poursuite du projet ?

Je vous remercie pour votre participation

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE / MEDICUS MUNDI ANDALUCIA

EVALUATION FINALE DU PROJET :
«MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»

Guide d'entretien avec les AV, ASC, personnel sanitaire

Région _____ Province _____

District Sanitaire : _____ Commune _____ CSPS _____

Village _____ Personnel interrogé _____

Nom et prénoms _____ Fonction dans la structure _____

Nom et prénom de l'enquêteur : _____

Date d'enquête : jour /__/_/ mois /__/_/ année /__/_/

I- Caractéristiques générales

N	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																					
101	Depuis combien de temps faites vous vous ce travail ?	1 =Moins d 1 AN 2= 1-2 ans 3= plus de 2 ans																						
102	Quelles sont les activités que vous menez dans le cadre de votre travail ?	1=Sensibilisation 2=Référence vers centre de santé 3=Assistance dans un CSPS 97= Autres																						
103	Avez-vous reçu une formation pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2																						
104	Si oui, qui vous a formé ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Responsables sites</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ECD</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DRS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Point Focal MMA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Autres à précise</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Responsables sites	1	2	ECD	1	2	DRS	1	2	MS	1	2	Point Focal MMA	1	2	Autres à précise	1	2	
	OUI	NON																						
Responsables sites	1	2																						
ECD	1	2																						
DRS	1	2																						
MS	1	2																						
Point Focal MMA	1	2																						
Autres à précise	1	2																						

105	et pendant combien de temps	/____/____/ jours	
106	Qu'est-ce que vous avez appris lors de cette formation ?		
107	Avez-vous été recyclé ?	OUI.....1 NON 2	
108	Existe-t-il des accouchements à domicile	OUI.....1 NON 2	
109	Si OUI donnez les raisons		

II- Pratiques en matière de consultations prénatales et post natales

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
201	Selon vous, pourquoi certaines femmes ne consultent-elles pas lors de la grossesse et de l'accouchement ?	1=Mauvaise information 2=Attitude non favorable de la famille ou de la communauté 3=Pas de centre santé ou distance trop longue 4=Mauvaise prestations des agents de santé 97=Autres (à préciser)_____	
202	Quelles sont selon vous les difficultés rencontrées par les femmes en matière de maternité ?		
203	Expliquez nous comment vous assurez le suivi d'une femme enceinte ?		
204	Pouvez-vous nous citer quelques complications qui peuvent survenir pendant la grossesse ?	1=Anémies 2=Œdème des MI 3= saignement 4= Tension élevée 5= Avortement 6= Décès 97=Autres -----	
205	Pouvez-vous nous citer quelques complications qui peuvent survenir pendant l'accouchement ?	1= saignement 2=Tension élevée 3= Convulsions 4=Déchirure au niveau Appareil génitale	

		4=Décès du bébé 5= Décès maternel 97=Autres (à préciser)	
206	Face à une de ces complications que faites-vous ?		
207	Les femmes accouchées vont-elles en consultations post natales ?	OUI.....1 NON 2 NSP 98	
208	Si oui pourquoi (donner les raisons)	1=Complications suite à l'accouchement 2=Pour suivre la femme et le bébé 3=Vaccination 97=Autres	
209	Si non Pourquoi		

III. Approvisionnement, supervision et référence

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
301	Quel genre de matériel et médicament recevez-vous pour ce travail ?		
302	Comment vous vous approvisionnez	1=CAMEG 2=Dépôt pharmaceutique 3=Centre de santé dont vous relevez 97=Autres à préciser	
303	Si Oui à quel rythme ?	1=Mensuel 2=Trimestriel 3=Semestriel 97=Autre à préciser	
304	Est-ce que vous êtes supervisée ?	OUI.....1 NON 2	
305	Si oui, par qui ?	OUI NON Responsables sites 1 2 ECD 1 2 DRS 1 2 MS 1 2 Point Focal MMA 1 2 Autres à préciser 1 2	
306	Quand vous référez une parturiente (femme en travail) vers un CSPS/CMA, est-ce que vous avez des informations	OUI.....1 NON 2	

	retour sur l'issue du problème ?		
307	Si oui par qui ?	=MCD 2=ICP 3=SF 4=AA 97=Autres (à préciser)	
308	Quelles sont les possibilités d'évacuation des parturientes à partir de votre village?	1= Vélo 2=Charrette tirée par âne 3=Moto/tricycle 4=Véhicule 97=Autres	
309	Qui s'occupe de l'évacuation vers une structure compétente d'une femme en cas de complications de grossesse.	1=MCD 2=ICP 3=SF 4=AA 97=Autres (à préciser)	
310	Quelle est la distance entre vous et votre structure de référence ?	/ _____ /	
311	Décrivez nous votre niveau de satisfaction par rapport à votre travail	1= Très satisfaisante parce que bonnes conditions de travail 2= Satisfait, car conditions minimales 3= Peu satisfaisant car mauvaises conditions de travail 97=Autres : _____ 98=NSP	
312	Avez-vous des suggestions ou des recommandations afin d'améliorer les maternités de vos femmes?	1= Continuer la gratuité pour les soins maternels 2=Sensibilisation des maris sur santé maternelle 3=Reprise du projet 4=Extension du projet à d'autres localités 97=Autres _____	

Je vous remercie pour votre participation

BURKINA FASO
 MINISTRE DE LA SANTE / MEDICUS MUNDI ANDALUCIA

**EVALUATION FINALE DU PROJET :
 «MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»**

Questionnaire avec les bénéficiaires directes (femmes en âge de procréer : 15 -49 ans) du district sanitaire de Yako

Q1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Région _____ Province _____

District sanitaire _____ Commune _____ CSP _____

Village _____

Nom et prénom de l'enquêteur : _____

Date d'enquête : jour /__/__/ mois /__/__/ année/__/__/

Q2 : CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

No	QUESTIONS	REponses ET CODES	OBSERVATION
Q2.1	Statut matrimonial de la femme	1 =Mariée mono 2= Mariée poly /____/ 3= Séparée 97=Autre à préciser	
Q2.2	Quel âge avez-vous?	/____/____/ans 98=Ne sait pas 99=Pas de réponse	
Q2.3	Quel est votre niveau d'instruction?	1=aucun; /____/ 2=primaire; 3=secondaire; 4=supérieur 5=Alphabétisé 6=Ecole coranique	

Q.2.4	Activité principale de la femme	1=Salariée du secteur public 2=Salariée du secteur privé 3=Commerçante 4=Agricultrice /____/ 5=Femme au foyer 97=Autre à préciser	
Q.2.5.	Statut de l'enquêté	1= Enceinte 2= Femme ayant été enceinte depuis moins de 2 ans 3= Non enceinte /____/	Si Q2.5= 2 ou 3 passer à Q3.1
Q.2.6.	Vous êtes à combien de mois de grossesse ?	/____/____/	
Q.2.7.	Avez-vous déjà commencé la Consultation Périnatale ?	1= Oui 2= Non /____/	
Q.2.8.	Si non pourquoi ?	1= Difficultés financières 2= Mauvaise santé 3=NSP à quel moment commencer 97= Autres () 99= Non Réponse	

Q3 : GESTION DES GROSSESSES

No	QUESTIONS	REPONSES ET CODES	OBSERVATION
Q3.1	Combien de grossesses avez-vous portées ?	/____/____/	
Q3.2	Combien de fois avez-vous accouché	/____/____/	
Q3.3	Combien d'enfants vivants avez-vous ?	/____/____/	
Q.3.4	Avez-vous déjà fait une fausse couche ?	1= Oui 2= Non /____/	
Q.3.5.	Avez-vous déjà fait un mort né?	1= Oui 2= Non /____/	
Q 3.6	Quelle était la cause	1= Finances 2= Mauvaise santé 97= Autres () 98= NSP	
Q.3.7.	Allez-vous souvent en consultation prénatale à chaque grossesse ?	1= Oui 2= Non /____/	

Q.3.8.	Justifiez votre réponse.	1= Bonne Santé mère enfants 97= Autres () 98= NSP	
Q.3.9.	Combien de consultations une femme doit faire avant d'accoucher ?	/____//____/ 98= NSP	
Q.3.10.	Accouchez-vous toujours au Centre ?	1= Oui 2= Non /____/	
Q.3.11.	Justifiez votre réponse	1= Pour la Bonne Santé mère/enfant 97 = Autres () 98 = NSP	
Q.3.12.	Allez-vous aux consultations post natales	1= Oui 2= Non	
Q.3.13.	Votre époux s'implique-t-il dans votre état de grossesse ?	1= Oui 2= Non	
Q.3.14.	Que fait-il concrètement pendant votre grossesse ?	1= Soutien moral 2= Accompagnement au centre de santé 3= Soutien financier 4=Autres soutiens divers 5=Rien 6=Autres	
Q.3.15.	Comment trouvez-vous son implication ?	1= Très satisfaisante 2= Satisfaisante 3= Peu satisfaisante 4= Pas satisfaisante	

Q4 : UTILISATION DES SERVICES OBSTETRICAUX

No	QUESTIONS	REPONSES ET CODES	OBSERVATION
Q4.1.	Le centre de Santé est-il facile d'accès ?	1= Oui Si Oui passer à Q4.3 2= Non	Si Oui passer à Q4.3
Q4.2.	Si non pourquoi ?	1= Pas de moyen de déplacement 2= Distance trop grande 3=Pas de route 4=Présence de marigot ou rivière 5=Autres	
Q4.3.	Comment trouvez-vous l'accueil au centre de	1= Très satisfaisant 2= Satisfaisant	

	santé ?	3= Peu satisfaisant 4= Pas satisfaisant 68=NSP	
Q4.4.	Le coût de l'accouchement est-il abordable ?	1= Oui 2= Non /____/	
Q4.5.	Avez-vous eu des problèmes pendant vos grossesses passées ?	1= Oui 2= Non /____/	
Q4.6.	Êtes-vous allée au centre ?	1= Oui 2= Non /____/ Si non passer à Q4.8	
Q4.7.	Si oui comment pouvez-vous qualifier la prise en charge ?	1= Très efficace 2=Efficace 3=Peu efficace 4= Pas efficace	
Q4.8.	Comment trouvez-vous les conditions d'accouchement dans votre centre de santé ?	1= Très satisfaisant 2= Satisfaisant 3= Peu satisfaisant 4= Pas satisfaisant	
Q4.9	Quelle appréciation globale faites-vous des services offerts dans le centre de santé.	_____ _____ _____	
Q4.10	Connaissez-vous une accoucheuse villageoise ?	1= Oui 2= Non /____/	
Q4.11.	Savez-vous son rôle dans le village ?	1= Oui 2= Non /____/	
Q4.12.	Avez-vous déjà eu recours à elle ?	1= Oui 2= Non /____/	
Q4.13.	Si oui dans quelle circonstance ?	1= Accouchement 2=Douleurs 97=Autres ()	
Q4.14.	Travaille-t-elle avec la sage femme du centre ?	1= Oui 2= Non /____/	
Q4.15.	Si oui comment trouvez-vous leur collaboration	1= Très bonne collaboration 2= Bonne collaboration 3= Faible collaboration 4= Pas de collaboration 98=NSP	

Q5 : Activités du projet MMR

No	QUESTIONS	REponses ET CODES	OBSERVATION
Q5.1	Savez-vous qu'il existe dans votre localité district un projet pour aider à mieux suivre les femmes enceintes jusqu'à leur accouchement ?	1= Oui 2= Non /___/	Si non passer à Q5.8
Q5.2	A quelle occasion avez-vous entendu parler de ce projet ?	1= Radio/Télévision 2=Troupes Théâtrales 3=Centre de santé 3=Marché 97=Autres	
Q5.3	Comment trouvez-vous ce projet ?	1= Très satisfaisant 2= Satisfaisant 3= Peu satisfaisant 4= Pas satisfaisant	
Q5.4.	Avez-vous déjà bénéficié des services de ce projet ?	1= Oui 2= Non /___/	Si non passer à Q5.6
Q5.5.	Si oui citez quelques bienfaits :	1=CPN régulières à cause du projet 2=Accouchement assisté 3=Suivi de ma santé et de celle du NRS 97=Autres à préciser....	
Q5.6.	Le projet a pris fin aujourd'hui continuerez- vous à aller en consultation ?	1= Oui 2= Non /___/	
Q5.7.	Si OUI/NON Justifiez votre réponse		
Q5.8.	Existe-t-il une mutuelle de santé ou une association d'entraide entre femmes dans le village ?	1= Oui 2= Non /___/	
Q5.9	Prend-t-elle en charge les frais relatifs à la santé de la mère et de l'enfant?	1= Oui 2= Non /___/	
Q5.10.	Quelles sont vos remarques et suggestions par rapport à la prise en charge des femmes de la grossesse à l'accouchement ?		
Q5.11	Quelles sont vos remarques et suggestions par rapport au projet MMR ?		

EVALUATION FINALE DU PROJET : «MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»

1. FICHE DE SUIVI DES INDICATEURS

<i>Activités prévues</i>	Activités réalisées	Observations	Source de vérification
R1 : On aura construit et équipé une nouvelle maternité.			
R2 : On aura construit 6 latrines douches pour les CSPS du D.S. de Yako.			
R3 : On aura doté le D.S. de Yako du matériel medico chirurgical pour le CMA.			
R4 : On aura approvisionné les dépôts pharmaceutiques des 23 formations sanitaires en médicaments pour le traitement des risques maternels.			
R5 : On aura approvisionné le bloc opératoire de médicaments pour la réalisation des césariennes (anesthésiques, antibiotiques, etc.).			
R6 : On disposera de 220 accoucheuses villageoises formées en prévention et détection des risques maternels.			
R7 : On disposera de 70 agents de santé (personnel sanitaire) formés en prévention et détection des risques maternels.			
R8 : On aura formé 220 ASC en techniques IEC.			
R9 : On aura réalisé au mois deux supervisions des 220AV par les CSPS et 70 agents de santé (personnel sanitaire par le CMA.			
R10 : On aura mis a la disposition des 220 AV des moyens pour la prévention et la détection des risques maternels moyennant la dotation d'un équipement composé d'un kit minimum pour les soins périnataux et obstétricaux de même qu'aux 70 agents de santé (personnel sanitaire du matériel medico-technique.			
R11 : On aura réalisé 30 sorties de représentation théâtrales forum pour sensibiliser la population sur les risques materno-infantiles liés à la grossesse et à l'accouchement.			

2. FICHE DE PROGRES

<i>Activités prévues</i>	<i>Etat d'avancement</i>	<i>Activités réalisées</i>	<i>Problèmes rencontrés</i>	<i>Solutions préconisées</i>
R1 : On aura construit et équipé une nouvelle maternité.				
R2 : On aura construit 6 latrines douches pour les CSPS du D.S. de Yako.				
R3 : On aura doté le D.S. de Yako du matériel medico chirurgical pour le CMA.				
R4 : On aura approvisionné les dépôts pharmaceutiques des 23 formations sanitaires en médicaments pour le traitement des risques maternels.				
R5 : On aura approvisionné le bloc opératoire de médicaments pour la réalisation des césariennes (anesthésiques, antibiotiques, etc.).				
R6 : On disposera de 220 accoucheuses villageoises formées en prévention et détection des risques maternels.				
R7 : On disposera de 70 agents de santé (personnel sanitaire) formés en prévention et détection des risques maternels.				
R8 : On aura formé 220 ASC en techniques IEC.				
R9 : On aura réalisé au mois deux supervisions des 220AV par les CSPS et 70 agents de santé (personnel sanitaire par le CMA.				
R10 : On aura mis a la disposition des 220 AV des moyens pour la prévention et la détection des risques maternels moyennant la dotation d'un équipement composé d'un kit minimum pour les soins périnataux et obstétricaux de même qu'aux 70 agents de santé (personnel sanitaire du matériel medico-technique.				
R11 : On aura réalisé 30 sorties de représentation théâtrales forum pour sensibiliser la population sur les risques materno-infantiles liés à la grossesse et à l'accouchement.				

**EVALUATION FINALE DU PROJET :
«MATERNITE A MOINDRE RISQUE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YAKO»**

GUIDE DE REVUE DOCUMENTAIRE



Date

Structure

Nature de la structure

(cocher)

Public	Privé	Société civile	Partenaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Titre du document

Auteur

Année de production

Aspect concerné par le document

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Synthèse du contenu

Principales conclusions pour la MMR