

Pesinet

Évaluation du projet PESINET à Bamako-Coura en Commune III de Bamako, Mali



Rapport rédigé par :
Marie-Pierre Gagnon, PhD
Université Laval, Québec

Équipe d'évaluation :
Marie-Pierre Gagnon, PhD
David Simonyan, MD, MSc.
Apho Birama Ly, MD, MSc.

Mars 2012

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
1. INTRODUCTION	1
2. DESCRIPTION DU PROJET	2
2.1. QU'EST-CE QUE PESINET?	2
2.2. HISTORIQUE DE PESINET.....	3
2.3. ORGANISATION DU PROJET PESINET	4
2.4. FONCTIONNEMENT DU PROJET PESINET	5
3. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION	6
4. BUT ET OBJECTIFS	7
5. MÉTHODOLOGIE	8
6. EFFETS DU PROJET PESINET SUR L'UTILISATION DES SERVICES MÉDICAUX DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE	10
6.1. MÉTHODOLOGIE	10
6.2. RÉSULTATS	11
6.3 DISCUSSION	18
7. EFFETS DU PROJET PESINET SUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	23
7.1. MÉTHODOLOGIE	23
7.2. RÉSULTATS	25
7.3. DISCUSSION	39
8. PERCEPTIONS DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE PROJET PESINET	41
8.1. MÉTHODOLOGIE	41
8.2. RÉSULTATS	41
9. DISCUSSION	51
9.1. PRINCIPALES FORCES DU PROJET PESINET	52
9.2. PRINCIPALES FAIBLESSE DU PROJET PESINET.....	54
9.3. PRINCIPALES OPPORTUNITÉS POUR LE PROJET PESINET	55
9.4. PRINCIPALES MENACES POUR LE PROJET PESINET	56
10. CONCLUSION.....	59
RÉFÉRENCES	60

Résumé

Le projet Pesinet a été implanté sur une zone pilote, en collaboration avec le Centre de Santé de Référence de la Commune III de Bamako au Mali. Il vise le suivi des enfants de 0 à 5 ans par le suivi des courbes pondérales et des symptômes des maladies infantiles courantes. Il repose sur un modèle de micro-assurance où les familles abonnées s'acquittent d'un abonnement de 500 francs CFA par mois. Grâce à cet abonnement, elles reçoivent la visite d'un agent de pesée qui effectue le suivi du poids et des symptômes des enfants. Les informations sont transmises par voie électronique (via le réseau mobile) à un médecin qui analyse les données et détecte les situations à risque. Des convocations sont remises aux familles lors de la détection d'une possible maladie. En plus de consultations gratuites, les abonnés bénéficient d'une réduction de 50% sur un ensemble de médicaments courants.

L'évaluation présentée dans ce document a été demandée par les responsables du projet Pesinet en vue d'avoir des éléments d'informations qui permettront de constater l'atteinte des objectifs du projet et de valider le modèle de services pour informer les décisions. L'approche utilisée a permis de documenter les effets du projet Pesinet sur le recours aux services de santé chez les enfants abonnés et les retombées sur la prise en charge et la santé de ces enfants. De plus, une évaluation qualitative a porté sur la compréhension des acteurs impliqués dans le projet de même que sur les forces, faiblesse, opportunités et menaces associées au projet Pesinet.

Globalement, l'évaluation du projet Pesinet permet de constater que les objectifs initiaux ont été atteints car des effets significatifs ont été observés sur l'augmentation du taux de la fréquentation de la structure de santé partenaire. La participation au programme Pesinet aurait également des effets positifs sur les consultations médicales préventives. Les coûts associés à l'utilisation des services de santé seraient moindres chez les abonnées à Pesinet. Les effets du

projet sur les indicateurs de santé n'ont pu être vérifiés en raison du très grand nombre d'enfants qu'il serait nécessaire de suivre à cette fin. Les principaux acteurs internes et externes impliqués dans le projet Pesinet ont une vision positive du projet et de sa capacité de croissance. Des collaborations plus soutenues et une meilleure communication entre ces acteurs permettraient d'envisager des conditions où chacun pourrait retirer des bénéfices de sa participation au projet. Or, il importe que l'ensemble des parties prenantes partage la vision du projet Pesinet qui est celle de tendre vers un autofinancement des activités.

Les résultats présentés dans ce rapport pourront permettre de revoir les orientations du projet selon le degré de satisfaction des personnes impliquées dans le projet et des résultats observés sur la prise en charge des enfants. Enfin, les indicateurs développés pourront être suivis dans le temps afin de poursuivre les activités de monitoring du projet pour mieux orienter les décisions futures.

1. Introduction

Pesinet est un programme de lutte contre la mortalité infanto-juvénile en Afrique développé par l'association du même nom. L'association Pesinet fournit un service de télédétection pédiatrique complété par un dispositif d'accès aux soins pour les populations à faibles revenus.

Ce programme est mené au Mali en partenariat avec le Ministère de la Santé du Mali et a été déployé sur une zone pilote, en collaboration avec le Centre de Santé de Référence de la Commune III de Bamako.

Ce rapport d'évaluation du projet Pesinet fait suite à un besoin exprimé par les responsables du projet qui désirent faire le point sur leur première année d'activités. Les résultats de cette évaluation sont importants tant pour les responsables du projet et les bailleurs de fonds, qui désirent obtenir des informations fiables sur les réalisations du projet et les éléments à améliorer, que pour les décideurs des différents paliers de la structure sanitaire afin d'avoir en main des données probantes sur les impacts de ce projet sur la prévention, la détection et la prise en charge rapide des maladies auprès des enfants de 0 à 5 ans.

La démarche d'évaluation combine différentes approches et méthodes et repose sur une étroite collaboration entre l'équipe d'évaluation et les responsables du projet. En effet, pour l'ensemble des activités d'évaluation, ces derniers ont travaillé de concert afin de produire des données rigoureuses et d'en faire une analyse approfondie en vue de fournir des informations utiles pour guider les prises de décisions.

Dans les sections qui suivent, une description du projet est d'abord présentée, en exposant son historique, son organisation et son mode de fonctionnement. Ensuite, le contexte de l'évaluation est décrit, suivi des objectifs et de la méthodologie. Les résultats des différentes phases de l'évaluation sont par la

suite présentés selon les activités de collecte particulière auxquelles ils se rapportent. Enfin, ce rapport propose une discussion mettant en perspective l'ensemble des résultats et une conclusion.

2. Description du projet

2.1. Qu'est-ce que Pesinet?

Pesinet est une association internationale à but non-lucratif dont la mission est de réduire la mortalité juvénile et maternelle en favorisant le recours des populations aux systèmes de soins existants, par la conception et le déploiement de service de proximité pour les mères et leurs enfants.. Cette association vise à soutenir et renforcer les politiques de santé publique et les structures de proximité dans leurs efforts pour réduire les mortalités maternelles et juvéniles endémiques.

L'association Pesinet soutient donc différentes actions, dont celle qui fait l'objet de la présente évaluation, soit le projet Pesinet de la Commune III de Bamako, au Mali. Le programme de suivi de la santé des enfants de moins de 5 ans mis en place en Commune III vise à fournir un service médical abordable permettant de prévenir, détecter et traiter à temps les pathologies simples grâce au suivi régulier de données sanitaires essentielles. Il a été déployé en partenariat avec le Centre de santé de référence de la Commune III. Bamako compte six communes dans chacune desquelles on retrouve un Centre de santé de référence (CSRef) qui constitue la première référence. Des Centre de santé communautaires (CSCCom) sont également répartis sur le territoire des CSRef et représentent le premier point de contact. La Commune III compte huit CSCCom.

Le projet Pesinet de la Commune III de Bamako vise le suivi de certains indicateurs de santé chez les enfants âgés entre 0 et 5 ans grâce à l'utilisation d'outils technologiques comme le téléphone mobile et l'Internet. Basé sur

l'adhésion volontaire des familles, Pesinet offre un service de suivi régulier des courbes de poids et des symptômes de maladies infantiles courantes chez les jeunes enfants, permettant la télédétection et l'accès à des consultations médicales gratuites et aux médicaments courants à prix réduits.

Dans le cadre de ce projet, l'association Pesinet compte sur l'appui du Ministère de la Santé du Mali et d'autres partenaires en vue d'un déploiement éventuel de Pesinet dans les structures de santé primaires à travers le pays.

2.2. Historique de Pesinet

Le projet Pesinet a été tout d'abord expérimenté en 2000, à Saint-Louis au Sénégal. À cette occasion, un système de télédiagnostic pédiatrique précoce basé sur le suivi régulier, par Internet, du poids des enfants de moins de cinq ans a été expérimenté. Les résultats de cette expérience ont démontré une baisse de la mortalité infantile de 138‰ à 6‰ dans la zone concernée (Sevaistre, 2007).

Le second test a été lancé à Bamako dans le quartier de Bamako-Coura au Mali, avec le soutien de la Fondation Orange, du Groupe Alcatel, de Medex (une société française qui exporte des médicaments génériques) et aussi d'une association locale malienne regroupant des acteurs communautaires à la base. À ceux-ci s'ajoutaient des élèves de l'École supérieure des sciences économiques et commerciales de Paris (ESSEC), de l'École centrale de Paris pour la conception et le développement du service et des outils technologiques associés. L'implantation de cette phase a surtout été conduite avec une organisation non gouvernementale (ONG) locale. Suite à des problèmes organisationnels, cette association a cessé son partenariat avec le projet Pesinet, qui a alors conclut une convention avec l'association de santé communautaire (ASACO) de Bamako Coura pour continuer l'expérimentation. À la suite du renouvellement du bureau de l'ASACO, la nouvelle équipe a décidé

d'arrêter la collaboration. Le Ministère de la Santé du Mali, qui a mis en place une agence spécialement dédiée à la promotion et au développement des questions TIC et santé, l'Agence nationale de télésanté de d'informatique médicale (ANTIM), a signé un protocole d'accord de partenariat pour soutenir l'expérience avec Pesinet qui s'est constituée en « Association Pesinet » en septembre 2007.

2.3. Organisation du projet Pesinet

Le projet est dirigé par l'association Pesinet, une organisation à but non lucratif basée en France. La Directrice est chargée de mettre en place les partenariats techniques et financiers, d'étendre les activités de Pesinet à d'autres territoires, de recruter les coordinateurs des programmes et leurs superviseurs, de piloter les activités et d'effectuer des audits périodiques. La Directrice rend régulièrement des comptes au conseil d'administration sur le déroulement des opérations du projet.

Le superviseur est responsable de la gestion des ressources humaines et financières, de la supervision des agents de pesée et de la bonne marche du projet au quotidien. Il est également chargé d'intervenir afin d'assurer le recouvrement des abonnements.

Les agents de pesée (ADP), au nombre de cinq au moment de la présente évaluation, sont des femmes recrutées dans la communauté de desserte et sont responsables du recrutement des nouveaux abonnés, du suivi sanitaire par la pesée des enfants et la collecte d'informations de santé ainsi que du recouvrement de la souscription. Leur rôle est donc central dans le projet Pesinet car ce sont elles qui font le lien entre le médecin, l'équipe de projet et les familles. Leur rôle est proche de celui de relais communautaires mis en œuvre par les programmes d'organisations comme l'UNICEF, l'USAID ou SAVE THE CHILDREN. En ce sens, les ADP représentent des agents de changement dans

la communauté. La différence principale est que leur suivi s'effectue de manière systématique auprès des familles abonnées, à fréquence régulière. Elles ont un travail salarié à temps plein pour assurer ce rôle de suivi sanitaire.

Trois médecins généralistes du Centre de santé de référence (CSRef) de la Commune III de Bamako participent au projet Pesinet. Leur charge de travail varie, selon la disponibilité de chaque médecin et le volume des enfants abonnées Pesinet requérant des soins, mais elle représente environ une dizaine d'heures par semaine. Ainsi, les médecins participants travaillent environ deux heures par jour pour Pesinet, en plus de leur charge habituelle, tel que stipulé dans une convention signée dans le cadre du projet. Les médecins évaluent les données que les ADP leur transmettent, identifient les enfants requérant une consultation médicale urgente et reçoivent les enfants abonnées pour des consultations de routine.

L'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM), relevant du Ministère de la Santé du Mali, est le partenaire institutionnel du projet. Son rôle est d'assurer la coordination technologique du projet au niveau national, d'accompagner le projet et de préparer son passage à échelle.

2.4. Fonctionnement du projet Pesinet

Les familles qui souscrivent au projet sont inscrites par les ADP. Le montant de la souscription est perçu par l'ADP. Ensuite, c'est le superviseur qui recouvre les abonnements auprès des familles, la première semaine du mois.

Les ADP relèvent sur leur téléphone portable les poids des enfants ainsi que des données sanitaires annexes et envoient ces données au moins une fois par jour de tournée au médecin via le réseau GPRS. Le médecin analyse les données et détermine quels enfants doivent être examinés.

Les ADP sont alertés via l'application mobile chaque matin quand un enfant est identifié par le médecin pour une consultation et se déplacent dans les familles pour leur remettre un bon de consultation. Les enfants dont la famille reçoit un bon de consultation sont examinés par le médecin s'ils se présentent au CSRef. Les enfants abonnés peuvent également consulter les médecins du CSRef sans convocation préalable. De plus, chaque enfant qui est abonné au service est vu par le médecin lors de son inscription et, par la suite, peut consulter le médecin au moins une fois par an pour une consultation de routine gratuite et bénéficie de médicaments à moitié tarif.

Un filtrage effectué par l'outil informatique sur la base de données sélectionne les dossiers à «risque», ceux concernant les enfants potentiellement malades. Le médecin peut donc consulter en priorité et avec attention ces dossiers. Chaque dossier d'un enfant se constitue des derniers commentaires et de la courbe de poids (tracée à partir des quinze dernières pesées). Un lien «en savoir plus» permet d'accéder au dossier complet : noms des parents, adresse complète, historique des commentaires, totalité des pesées, historique des consultations.

Le médecin a la possibilité de voir la progression du poids ainsi que les données annexes comme le nombre de selle par jour, la fièvre, le nombre de vomissement, la toux. À partir de ces données, il peut décider de convoquer les enfants à risque.

3. Contexte de l'évaluation

Dans le cadre de l'expérimentation de Pesinet au CSRef de la Commune III de Bamako, les responsables du projet ont émis le besoin de réaliser une évaluation des effets et impacts du projet afin de faire le point sur les principales réalisations et de documenter des éléments à améliorer, tout en identifiant les conditions qui

permettraient la pérennisation du projet de même que son extension à d'autres zones.

Une première évaluation avait été réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine en avril 2010 et portait essentiellement sur la compréhension des familles participant au projet et leur satisfaction (Goita, 2010). Ces éléments ne feront donc pas l'objet de la présente évaluation, mais permettent de mieux comprendre comment le projet a évolué depuis ses débuts.

4. But et objectifs

Cette évaluation est de type développemental, formatif et sommatif (Patton, 2010). Elle s'appuie sur une lecture systématique d'ensemble de l'évolution du projet et une attention particulière est portée à l'implication des acteurs concernés par le projet.

L'évaluation touche principalement deux volets. Tout d'abord, les effets du projet Pesinet sur le recours aux services de santé chez les enfants abonnés et les retombées sur la prise en charge et la santé de ces enfants font l'objet de deux enquêtes de nature quantitative. Ensuite, une évaluation qualitative porte sur la compréhension des acteurs impliqués dans le projet de même que sur les forces, faiblesse, opportunités et menaces associées au projet Pesinet, notamment sur les aspects reliés à la pérennisation du projet et à son extension. Enfin, les résultats provenant de ces diverses sources sont considérés dans leur ensemble selon une perspective de triangulation (Stake, 1995) pour permettre de poser un jugement sur les réalisations du projet jusqu'à ce jour et de proposer des pistes pour guider les suites du projet.

En ce qui concerne l'évaluation des impacts du projet sur l'utilisation des services de santé, la prise en charge des enfants de même que les résultats de santé, l'évaluation tente de répondre aux objectifs suivants :

- 1- Cerner l'impact du projet sur le niveau d'activité du centre de santé
- 2- Analyser les effets du projet sur la détection et de la prise en charge :
 - Taux de consultations
 - Type et occurrence des pathologies
 - Taux d'achat des médicaments prescrits

Pour ce qui est du volet portant sur les processus, les objectifs visés sont de :

- 1- Évaluer l'acceptabilité du projet par les intervenants de santé et son impact sur leurs pratiques :
 - Attitudes des intervenants de santé (ADP, médecins, pharmacien, etc.) impliqués dans le suivi des abonnés par rapport au projet.
 - Niveau de connaissance des intervenants quant aux objectifs du projet.
 - Changements dans les pratiques amenées par le projet.
 - Besoins de formation
- 2- Explorer le potentiel d'extension et de pérennisation du projet
 - Analyse des facteurs permettant l'implantation du projet dans d'autres secteurs
 - Conditions à mettre en œuvre pour assurer la pérennité du projet

5. Méthodologie

Pour réaliser l'évaluation, l'utilisation concomitante de données qualitatives et quantitatives selon une méthode mixte (Creswell et al., 2003) a été retenue. Pour la première enquête quantitative, la source de données principale provient des registres des médecins participant à Pesinet. La seconde enquête quantitative est basée sur une étude longitudinale quasi-expérimentale menée auprès d'un échantillon formé de familles abonnées à Pesinet et de familles non abonnées au service. Les détails concernant la méthodologie de chaque enquête sont présentés dans les sections 6 et 7 qui portent sur ces enquêtes.

En ce qui concerne l'évaluation des processus, une méthodologie strictement qualitative a été utilisée. Ainsi, nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées avec les intervenants de santé impliqués dans le suivi des abonnés de même qu'avec des acteurs clés du projet sur leurs perceptions quant aux facteurs pouvant faciliter ou faire obstacle à la poursuite du projet et son implantation dans différents milieux.

6. Effets du projet Pesinet sur l'utilisation des services médicaux du Centre de santé de référence

Cette section de l'évaluation repose sur l'analyse des principaux indicateurs retenus par l'équipe de coordination du projet Pesinet quant à l'utilisation des services médicaux par les enfants abonnés au service Pesinet et les enfants non abonnés ayant consulté les médecins du CSRef de la Commune III de Bamako.

6.1. Méthodologie

L'analyse a été effectuée à partir des registres médicaux des médecins du CSRef impliqués dans le suivi des enfants abonnés à Pesinet. Ces données ont été croisées avec les bases de données concernant les abonnements, les convocations médicales et les ordonnances tenues par l'équipe de coordination du projet.

Avant d'aborder les indicateurs sur l'utilisation des services, notons qu'au total 4570 consultations, dont 3016 consultations d'enfants de moins de 5 ans, ont été enregistrées dans les registres des médecins associés au projet Pesinet entre janvier et décembre 2010. Sur les 3016 consultations d'enfants de moins de 5 ans, 1289 consultations ont été faites chez des enfants abonnés, soient ceux possédant un numéro d'identification Pesinet, et 1727 chez des enfants non abonnés, soient ceux ne possédant pas de numéro d'identification Pesinet.

Puisque les données relatives aux convocations Pesinet ont été enregistrées seulement à partir du mois d'août 2010, la plupart des analyses ont porté sur la période allant d'août à décembre 2010. Ainsi, parmi les 1289 consultations d'enfants abonnés à Pesinet, 720 ont été effectuées entre août et décembre 2010. C'est donc sur cet échantillon que portent les analyses suivantes.

6.2. Résultats

Cette section présente, tout d'abord, des données descriptives sur les caractéristiques des abonnés Pesinet, les types de convocations émises et le nombre de consultations réalisées par les médecins participant au projet Pesinet. Ensuite, la répartition des enfants consultés par les médecins selon leur statut (abonné Pesinet ou non abonné) est rapportée. Enfin, le profil d'utilisation des services par les abonnés Pesinet est analysé en regardant le taux de transformation des convocations en consultations de même que les diagnostics associés à chaque type de consultation.

Au 1^{er} janvier 2010, 95 enfants étaient inscrits au programme. Tel que présenté au tableau 6.1, 587 enfants étaient actifs dans le projet Pesinet à la fin décembre 2010.

Tableau 6.1: Répartition du nombre d'enfants actifs en fonction du mois*

Mois (2010)	Nombre d'enfants actifs en fin de mois
Août	458
Septembre	478
Octobre	526
Novembre	563
Décembre	587

* Ces données ont été tirées du fichier « abonnement-désabonnement »

Au total, 666 enfants se sont inscrits au projet Pesinet en 2010. Le tableau 6.2 montre la répartition des enfants en fonction de leur mois d'inscription.

Tableau 6.2 : Répartition des enfants inscrits en 2010 en fonction du mois *

Mois (2010)	Nombre de nouveaux enfants inscrits	%
Janvier	28	4,2
Février	22	3,3
Mars	7	1,05
Avril	20	3,0
Mai	166	24,92
Juin	79	11,86
Juillet	44	6,61
Août	76	11,41
Septembre	31	4,65
Octobre	79	11,86
Novembre	57	8,56
Décembre	57	8,56
Total	666	100

* Ces données ont été tirées du fichier « abonnement-désabonnement »

Le tableau 6.3 présente les causes de désabonnements rapportées par les familles. La principale raison de désabonnement est reliée au fait que l'enfant ait quitté le quartier, suivie par le refus de payer la cotisation mensuelle pour l'abonnement. Seulement trois enfants ont été désabonnés pour non satisfaction (2 en février 2010 et 1 en novembre 2010).

Tableau 6.3 : Répartition des enfants désabonnés selon la raison de désabonnement en fonction du mois

Cause de désabonnement	Mois de 2010												
	Jan	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec	Total
A quitté le quartier	0	3	1	1	1	2	4	3	4	16	5	9	49
Refus de payer l'abonnement	1	1	1	1	1	0	2	1	1	3	3	14	29
Âge limite dépassé	0	1	0	0	1	0	0	3	3	6	2	0	16
Non satisfait	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Enfant décédé	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Autre	0	5	2	1	0	2	32	6	3	6	9	10	76
Non précisée	1	12	5	3	3	4	38*	13	11	31	20	33	174
Total	122	132	134	151	314	389	395	458	478	526	563	587	
Nb d'abonnés actifs pour le mois	1,05	9,84	3,79	2,24	1,99	1,27	9,77	3,29	2,40	6,49	3,80	5,86	4,32
% d'abandon	0	3	1	1	1	2	4	3	4	16	5	9	49

*Le pic de désabonnements constatés en juillet est lié au désabonnement par le service d'enfants résidant dans des quartiers que le programme a choisi d'arrêter de cibler à cette date.

Le tableau 6.4 rapporte le nombre de consultations d'enfants abonnés à Pesinet et non abonnés effectuées par les deux médecins participant au projet. Entre août et décembre 2010, les médecins ont fait 1395 consultations d'enfants de 0 à 5 ans, dont 720 (51,6 %) abonnés à Pesinet et 675 (48,4 %) non abonnés.

Tableau 6.4 : Répartition des consultations en fonction des médecins et du statut Pesinet (non Pesinet ou Pesinet).

Registres	Non Pesinet	Pesinet	Total
Médecin 1	629	589	1218
Médecin 2	46	131	177
Total	675	720	1395

Le tableau 6.5 indique le quartier de résidence des enfants de 0-5 ans ayant consulté les deux médecins participant au projet Pesinet. Au total, 956 consultations d'enfants en provenance de Bamako Coura, Bamako Coura Bolibana, Bolibana, Dravela et Dravela Bolibana ont été réalisées entre août et décembre 2010 dont 257 (27%) non Pesinet et 699 (73%) Pesinet.

Tableau 6.5 : Répartition des consultations en fonction du quartier de résidence et du statut Pesinet (non Pesinet ou Pesinet).

Résidence	Non Pesinet	Pesinet	Total
Bamako Coura	95	285	380
Bamako Coura Bolibana	14	50	64
Bolibana	53	108	161
Dravela	83	198	281
Dravela Bolibana	12	58	70
Sous total	257	699	956
Autre quartier	396	8	404
Données manquantes	22	13	35
Total	675	720	1395

Tel qu'indiqué au tableau 6.6, un total de 720 consultations d'enfants abonnés à Pesinet ont été effectuées. Ces consultations semblaient plus nombreuses au mois d'août. Sur les 720 consultations, 589 ont été enregistrées dans le registre du premier médecin et 131 dans le registre du deuxième médecin. Le nombre moyen de consultations effectuées par mois par les médecins était 144 avec le plus bas enregistré au mois de septembre (93) et le plus élevé au mois d'août (215).

Tableau 6.6 : Répartition des consultations en fonction du registre des médecins et du mois de consultations

Mois	Registre		Total
	Médecin 1	Médecin 2	
Aout	152	63	215
Septembre	67	26	93
Octobre	138	21	159
Novembre	100	10	110
Décembre	132	11	143
Total	589	131	720

Le tableau 6.7 précise le type de consultations (avec ou sans convocation) effectuées entre août et décembre 2010. Sur les 720 consultations d'enfants abonnés Pesinet ayant été effectuées entre août et décembre 2010 par les médecins, on note 209 (29,0 %) consultations consécutives à une convocation et 511 (71,0 %) consultations spontanées (i.e. non consécutives à une convocation).

Tableau 6.7 : Répartition des consultations en fonction qu'elles soient consécutives ou non à une convocation.

Mois	Consultations		
	Sans convocation	Avec convocation	Total
Août	145	70	215
Septembre	68	25	93
Octobre	104	55	159
Novembre	81	29	110
Décembre	113	30	143
Total	511	209	720

Tel que présenté au tableau 6.8, le taux moyen des enfants abonnés Pesinet ayant consulté au moins une fois sur une période d'un mois est égal à 24,64 %. Ce résultat signifie qu'environ 25 enfants abonnés Pesinet sur 100 ont consulté au moins une fois par mois entre août et décembre 2010.

Tableau 6.8 : Enfants abonnés Pesinet ayant consulté au moins une fois par mois selon le mois

Mois	Nombre enfants ayant consulté au moins une fois	Nombre total d'enfants inscrits au service Pesinet	Taux d'enfants ayant consulté au moins une fois
Août	177	458	38,65
Septembre	80	478	16,74
Octobre	143	526	27,19
Novembre	105	563	18,65
Décembre	129	587	21,98

En ce qui concerne les raisons de consultation, le tableau 6.9 rapporte que sur les 775 convocations remises au cours de la période considérée, 438 l'ont été pour présomption de maladie (323 pour courbe à risque + 115 pour urgence), 268 pour inscription et 69 pour suivi. Ce tableau indique également le taux de transformation en consultations des convocations remises aux enfants abonnés à Pesinet. Ainsi, sur 775 convocations remises, 209 ont été transformées en consultations, soit un taux de transformation global de 27 %. Parmi les 209 convocations transformées en consultations, on notait 111 consultations pour une inscription, 93 convocations pour présomption de maladie, soient celles pour courbe à risque (55) ou pour urgence (38), et 6 convocations pour suivi. Ainsi, le taux de transformation des convocations pour inscription était le plus élevé avec 41,4%, alors que le taux de transformation des convocations pour présomption de maladie était de 21,2 % $[(55 + 38) / (323 + 115)]$ et celui des convocations pour suivi était de 8,7 % (6/69).

De plus, sur les 209 consultations effectuées suite à une convocation, 145 (69 %) se situaient dans la période prévue, soit 7 jours pour l'inscription, 3 jours pour le suivi et la courbe à risque et 2 jours pour l'urgence (données non présentées).

Tableau 6.9 : Répartition des enfants en fonction des convocations émises et transformées

Type de convocation émise	Nombre de convocations émises	Convocations transformées en consultations	Taux de transformation (%)
Inscription	268	111	41,4
Courbe à risque	323	55	17,0
Urgence	115	38	33,0
Suivi	69	6	8,7
Total	775	209	27,0

Le Tableau 6.10 présente la répartition des convocations selon le type (suivi ou présomption de maladie) et le diagnostic établi par le médecin, regroupé selon la Classification internationale des maladies, version 10 (CIM 10). Au total, quatre convocations pour suivi ont permis de détecter une maladie, tandis que 80 convocations pour présomption de maladie ont permis de détecter une maladie. Le taux de détection à partir des convocations pour suivi est égal à 80% (4/5), tandis que le taux de détection à partir des convocations pour présomption de maladie est égal à 93% (80/86).

Les maladies détectées étaient surtout des maladies infectieuses ou parasitaires (45), des maladies de l'appareil respiratoire (19), des maladies de l'appareil digestif (18) et des maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (2). Les convocations pour suivis ont permis de détecter deux cas de maladies infectieuses ou parasitaires et deux cas de maladies de l'appareil digestif. Les

convocations pour présomption de maladie ont permis de détecter 43 cas de maladies infectieuses ou parasitaires, 19 cas de maladies de l'appareil respiratoire, 16 cas de maladies de l'appareil digestif et 2 cas de maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Tableau 6.10 : Répartition des consultations en fonction des diagnostics et des convocations.

Diagnostic	Convocations		Total
	Suivi	Présomption de maladie (urgences et courbes à risque)	
Maladies infectieuses ou parasitaires	2	43	45
Maladies de l'appareil respiratoire	0	19	19
Maladies de l'appareil digestif	2	16	18
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	2	2
Sous total	4	80	84
Données aberrantes (Conseil, Contrôle, Inscription)*	1	7	8
Diagnostic non précisé (données manquantes)	1	6	7
Total	6	93	99

* Les termes « Conseil », « Contrôle » et « Inscription » sont dans la pratique mentionnés dans la case « Diagnostic » par les médecins quand aucune pathologie n'a été observée

6.3 Discussion

Les données présentées montrent que le nombre de nouveaux enfants abonnés à Pesinet n'a cessé de croître depuis janvier 2010 et que le nombre d'abonnés actifs se situait à près de 600 enfants à la fin décembre 2010. Il semble également que les abonnés soient satisfaits du service puisque seulement trois enfants ont été désabonnés pour cause de non satisfaction entre janvier et la fin décembre 2010. Cependant, d'autres raisons de désabonnement, comme le défaut de paiement, pourraient signifier que certains abonnés ne sont pas

entièrement satisfaits du service. Le défaut de paiement peut également être interprété comme une tentative d'obtenir le service gratuitement par les familles, soit par refus soit par incapacité à payer.

Les enfants abonnés à Pesinet comptent pour plus de la moitié des consultations médicales effectuées par les médecins participant au projet. En effet, le pourcentage d'enfants abonnés à Pesinet consultés par les deux médecins est de 51%, mais ce pourcentage ne se distribue pas équitablement entre les médecins. L'un des médecins (médecin 2) a un volume de consultation moindre, mais compte 74% d'abonnés Pesinet, alors que l'autre (médecin 1) a un grand volume de consultations, mais compte 48% d'abonnés Pesinet.

Il est également intéressant de constater que la proportion d'abonnés Pesinet provenant des quartiers visés par le projet (Dravela, Bolibana, Dravela Bolibana, Bamako Coura, Bamako Coura Bolibana) est très importante chez les enfants qui ont consulté les services médicaux du CSRef. Ainsi, il semble que le projet Pesinet parvienne à fidéliser les abonnés aux services du CSRef. Cette interprétation se base sur le fait que chez les enfants de 0 à 5 ans ayant consulté les deux médecins associés au projet, on retrouve 956 consultations d'enfants provenant des quartiers visés (dont 699 par des abonnés Pesinet) contre 404 consultations d'enfants provenant d'autres quartiers. Il semble donc que le projet Pesinet ait rejoint une proportion importante de la clientèle visée dans les quartiers ciblés, même s'il est encore théoriquement possible d'augmenter la proportion d'abonnés dans ces quartiers. Le projet aurait même augmenté la consultation au CSRef car des données complémentaires indiquent que seulement 50% des enfants abonnés consultaient le CSRef avant leur entrée dans le programme¹. Il semblerait également hautement possible de recruter plus d'abonnés en étendant le service Pesinet à d'autres quartiers.

¹ Selon les résultats de l'enquête de satisfaction

En ce qui concerne les comportements d'utilisation des services de santé chez les enfants abonnés à Pesinet, on note qu'une faible proportion des convocations remises ont été transformées en consultations auprès d'un médecin associé au projet. En fait, le type de convocation qui semble le plus inciter la consultation des services de santé est celui pour l'inscription des enfants au service Pesinet. Cela est intéressant dans la mesure où un premier contact est établi avec un médecin lors de l'inscription de l'enfant au service, lequel peut être vu comme une consultation préventive. Par ailleurs, un tiers des convocations remises pour une visite urgente se sont transformées en consultation, ce qui peut paraître assez faible. Or, il est possible que les agents de pesée (qui peuvent remettre des convocations d'urgence selon leur propre jugement de la situation dans certains cas) remettent une convocation et que l'état de l'enfant s'améliore par la suite. Au contraire, il se peut que les enfants dont l'état est très grave aillent consulter dans une autre structure de santé, telle que l'urgence de l'hôpital par exemple. Pour ce qui est des consultations relatives à une convocation pour courbe à risque ou pour suivi, elles sont relativement peu nombreuses, ce qui indique que la possibilité d'intervenir de façon préventive auprès des enfants présentant une courbe pondérale à risque demeure limitée.

L'évaluation démontre que malgré le recours aux services médicaux plus élevé chez les abonnés Pesinet, une grande proportion des familles ne se présentent pas au CSRef lorsqu'elles reçoivent un avis de convocation de la part de l'ADP. Les consultations spontanées (sans convocation préalable) représentent 71% de toutes les consultations effectuées au CSRef par les abonnés Pesinet, alors que les consultations avec convocation représentent 29% du total.

Les consultations spontanées peuvent correspondre à différentes situations. Premièrement, il est possible qu'elles aient lieu lorsque des symptômes de maladie apparaissent entre deux visites de l'ADP et ne puissent être détectés par ces dernières. Deuxièmement, les familles peuvent venir consulter une fois que la période de validité de l'avis de convocation soit échue. Enfin, la grande

proportion de consultations spontanées observée peut résulter du fait que certains avis de convocations n'aient pas été remis au médecin par les familles lors de leur visite au CSRef ou que les médecins n'aient pas transmis les avis de convocation reçus aux responsables du projet.

D'autres raisons potentielles pourraient être reliées au manque de confiance des familles envers le système de santé qui les mène à se fier davantage à leur propre jugement selon la gravité des symptômes de maladie qu'elles observent. Il se peut également que le concept de suivi médical à distance, tel que réalisé par le médecin Pesinet, ne soit pas bien compris par les abonnés. Une autre hypothèse pourrait être le fait que les familles ayant du retard dans le paiement de leur cotisation d'abonnement craignent de se présenter au CSRef. Or, ces différentes pistes d'explication nécessitent être explorées davantage.

Néanmoins, ces résultats démontrent que le projet Pesinet réussit, par son approche incitative axée sur un modèle de micro-assurance, à améliorer l'utilisation des structures de santé par les abonnés, que ce soit de façon planifiée (avec convocation) ou spontanée. Par ailleurs, ces résultats démontrent un besoin d'amélioration de la capacité du service Pesinet à réagir rapidement en remettant les avis de convocation aux abonnés dès que des symptômes de maladie se présentent et à encourager la consultation rapide des familles auprès de la structure de santé.

Le projet Pesinet a d'ailleurs prévu de se doter d'une nouvelle application qui permet au superviseur du projet de retracer si les avis de convocations ont bien été remis aux familles et de collecter de l'information par rapport au suivi de ces avis. Il sera ainsi possible de savoir si les familles ayant été convoquées se sont effectivement présentées au CSRef. Des options permettant d'alerter les parents de l'enfant abonné pour leur rappeler la convocation remise (par exemple, l'envoi d'une alerte par SMS) sont actuellement explorées.

Néanmoins, lorsque les enfants consultent suite à une convocation pour courbe à risque ou pour urgence, on note que ces consultations permettent de diagnostiquer des maladies dans une grande proportion des cas. Ainsi, 66,7% des consultations suite à une convocation pour suivi ont permis de diagnostiquer une maladie, alors que 86,0% des consultations pour présomption de maladie (urgence et courbe à risque) ont permis de diagnostiquer une maladie. Les principaux diagnostics concernaient les maladies parasitaires ou infectieuses (54%), celles de l'appareil digestif (23%) et celles de l'appareil respiratoire (22%). À la lumière de ces résultats, il semble que le service permette de diagnostiquer des maladies chez la grande majorité des enfants qui consultent et ainsi, de permettre la prise en charge de ces enfants par les services de santé.

Enfin, il est important de noter le fort taux de recours aux services dans la population des abonnés au projet Pesinet, soit de près d'un abonné sur quatre au moins une fois par mois. Si l'on considère ce taux sur une base annuelle, cela signifierait un taux de contact d'environ 3 visites par enfant par année, ce qui est nettement supérieur au taux de contact de 1,05 rapporté en 2008 chez les enfants de 0 à 5 ans de la Commune III de Bamako (Ministère de la Santé, 2008).

7. Effets du projet Pesinet sur la prise en charge des enfants

Dans cette section, nous présentons les résultats d'une enquête longitudinale effectuée auprès d'un échantillon d'enfants abonnés à Pesinet et d'enfants non abonnés provenant d'un quartier comparable, afin de documenter les épisodes de maladie survenus, les comportements de prise en charge et d'utilisation des services de santé et les coûts associés pour les familles.

7.1. Méthodologie

Cette étude cas-témoin longitudinale prospective s'est déroulée entre décembre 2010 et avril 2011 dans certains quartiers de la Commune III de Bamako. Des enquêtrices locales ont été formées afin de recueillir les données auprès des familles participantes. Les familles participantes ont été sélectionnées par une méthode d'échantillonnage accidentel. Un seul enfant par famille était retenu, même si la famille comptait plus d'un enfant abonné à Pesinet ou plus d'un enfant de cinq ans et moins. Autant que possible, les enquêtrices devaient porter une attention à la sélection des enfants en termes d'âge et de sexe afin que les groupes soient équivalents. En se basant sur les données de 2008 sur le recours aux soins chez les enfants de 0 à 5 ans de la Commune III de Bamako (Ministère de la Santé, 2008), une taille d'échantillon de 160 enfants (80 dans chaque groupe) a été estimée suffisante pour détecter, avec une puissance de 80%, une différence entre les groupes d'au moins 10% au niveau des taux de consultation.

La collecte des données s'est échelonnée sur huit temps de mesure, avec des intervalles d'environ deux semaines entre chaque mesure. Un questionnaire a été développé à partir d'une liste d'indicateurs (voir Annexe I). Ce questionnaire servait de guide aux enquêtrices qui étaient en charge de faire le suivi bi-hebdomadaire auprès des familles participantes et de compiler les réponses sur une fiche d'enquête.

Lors de la première visite de l'enquêtrice (Temps 1), un questionnaire visant l'évaluation de la catégorie socio-économique de l'enquêté était d'abord administré à la personne enquêtée pour chaque famille (la mère le plus souvent), autant chez les familles abonnées que chez les non abonnées à Pesinet. Le questionnaire utilisé était celui développé par la Fondation Grameen (2010) et intitulé Indice du Passage du Seuil de Pauvreté (PPI). Le questionnaire développé pour le Mali étant ciblé sur les zones rurales, c'est celui développé pour le Sénégal (Grameen Foundation, 2009) qui a été retenu et administré (voir Annexe II). Lors de cette visite, le premier questionnaire d'enquête était également administré.

Deux semaines après cette première collecte (Temps 2), l'enquêtrice revenait chez la famille de l'enfant et procédait de nouveau à l'administration du questionnaire auprès de la personne enquêtée, en lui demandant de se référer à la période écoulée depuis le questionnaire précédent, soit deux semaines. Au total, huit (8) temps de mesure ont eu lieu pour les enfants des deux groupes.

Ce rapport présente, tout d'abord, des données descriptives sur les caractéristiques des enfants participant à l'étude, autant pour le groupe d'intervention (abonnés Pesinet) que pour le groupe contrôle (non abonnés). Ensuite, les proportions d'épisodes de maladie, de consultation des structures de santé, de lieux de consultation, de recours à la médication et à la tradithérapie, de consultation préventive, la prescription d'ordonnances, le coût des consultations et le coût des ordonnances sont comparés entre les groupes (abonnés Pesinet versus non abonnés). L'influence des variables sociodémographiques (l'âge, le sexe et le PPI) sur ces facteurs est également analysée. Enfin, l'effet de l'intervention sur chacun des indicateurs est testé et l'influence des variables sociodémographiques sur les différences observées entre les groupes (effets d'interaction) est rapportée.

7.2. Résultats

Description des participants

Au total, 180 enfants ont participé à l'enquête, soient 91 dans le groupe d'intervention et 89 dans le groupe contrôle. Les enfants du groupe contrôle étaient significativement plus âgés que ceux du groupe d'intervention et certains d'entre eux dépassaient 5 ans, l'âge limite du programme Pesinet (Tableau 7.1).

Tableau 7.1: Répartition des enfants dans les groupes selon l'âge

Catégorie d'âge	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total
Fréquence Pourcentage (%)			
0 < âge < 1 an	17 18.68	6 6.74	23 12.78
1 < âge < 2 ans	34 37.36	12 13.48	46 25.56
2 < âge < 3 ans	18 19.78	18 20.22	36 20.00
3 < âge < 4 ans	14 15.38	18 20.22	32 17.78
4 < âge < 5 ans	8 8.79	17 19.10	25 13.89
5 < âge	0 0.00	18 20.22	18 10.00
Total	91 50.56	89 49.44	180 100.00

$$\chi^2 = 37,50; p < 0.001$$

En ce qui concerne la répartition selon le sexe (Tableau 7.2), la proportion totale de filles était de 47% et celle de garçons de 53%. Une différence entre les groupes peut être observée car le groupe contrôle comportait une forte majorité de garçons (60%), alors que dans le groupe d'intervention, les filles étaient légèrement plus nombreuses avec 54%. Or, cette différence n'est pas significative au seuil $p < 0.05$.

Tableau 7.2 : Répartition des enfants dans les groupes selon le sexe

Sexe	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total
Fréquence Pourcentage (%)			
Féminin	49 53.85	36 40.45	85 47.22
Masculin	42 46.15	53 59.55	95 52.78
Total	89 49.44	91 50.56	180 100.00

$$\chi^2 = 3,24; p < 0.07$$

La répartition du score PPI diffère également entre les groupes. Tel qu'indiqué au Tableau 7.3, les enfants du groupe d'intervention montraient un niveau supérieur de PPI, représenté par une plus grande proportion des familles se situant dans les échelons 3 et 4, comparativement aux enfants du groupe contrôle, où les familles dans les échelons 1 et 2 étaient plus nombreuses. Cette observation pourrait indiquer que les abonnés Pesinet proviennent généralement de familles au niveau socioéconomique un peu plus élevé.

Pour dix participants, le questionnaire PPI n'a pu être complété et ces derniers représentent des valeurs manquantes dans le Tableau 7.3.

Tableau 7.3 : Répartition des enfants dans les groupes selon le PPI

PPI	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total
1	1 1.19	19 22.09	20 11.76
2	23 13.53	33 19.41	56 32.94
3	41 24.12	20 11.76	61 35.88
4	19 11.18	14 8.24	33 19.41
Total	84 49.41	86 50.59	170 100.00
Valeurs manquantes = 10			

$$\chi^2 = 25.95; p < 0.001$$

Il est important de noter que les analyses qui vont suivre excluent les participants pour lesquels moins de cinq (5) temps de mesure ont été complétés. Quatre (4) participants ont abandonné après le premier temps de mesure, dont trois (3) dans le groupe d'intervention et un (1) dans le groupe contrôle, et ont été exclus des analyses. Ainsi, l'échantillon final porte sur 176 enfants, dont 88 dans le groupe d'intervention et 88 dans le groupe contrôle.

Le nombre d'enfants ayant connu un épisode de maladie au cours de la période d'étude est aussi significativement différent entre les groupes. Ainsi, comme le montre le Tableau 7.4, plus d'enfants du groupe d'intervention ont déclaré un épisode de maladie que dans le groupe contrôle. De plus, le nombre d'enfants qui n'ont déclaré aucun épisode de maladie au cours de la période est plus élevé dans le groupe contrôle et les enfants du groupe d'intervention ont été plus nombreux à déclarer deux, trois ou quatre épisodes de maladie.

Tableau 7.4 : Répartition du nombre d'épisodes de maladies en fonction des groupes

Nombre d'épisodes de maladie	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total
Fréquence Pourcentage (%)			
1 fois	13 14.77	22 25.00	35 19.89
2 fois	24 27.27	23 26.14	47 26.70
3 fois	21 23.86	15 17.05	36 20.45
4 fois et +	21 23.86	10 11.36	31 17.61
Pas malade	9 10.23	18 20.45	27 15.34
Total	88	88	176

$$\chi^2 = 10,24 ; p < 0.037$$

En ce qui a trait au recours à la consultation, les données indiquent également que les enfants du groupe d'intervention ont été significativement plus nombreux à aller consulter au moins une fois au cours de l'étude. Les enfants abonnés à Pesinet sont également beaucoup plus nombreux à avoir consulté deux fois ou plus que les enfants non abonnés. Une grande majorité des enfants du groupe contrôle (72%) n'a eu aucune consultation au cours de la période d'étude.

Tableau 7.5 : Nombre de consultations totales pour la période selon les groupes

Nombre de consultations pour la période	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total
Fréquence Pourcentage (%)			
1 consultation	28 31.82	22 25.00	50 28.41
2 consultations et +	24 27.27	3 3.41	27 15.34
Pas consulté	36 40.91	63 71.59	99 56.25
Total	88	88	176

$$\chi^2 = 24,42 ; p < 0.001$$

Afin de vérifier si les taux de recours aux soins sont semblables entre les groupes, nous avons comparé les proportions de consultations suite à la survenue d'un épisode de maladie. Le Tableau 7.6 montre que le groupe d'intervention a davantage consulté lors d'un épisode de maladie, avec 85 consultations sur 236 épisodes de maladie (un taux de 36,0%). Le taux de consultation chez le groupe contrôle était de 16,7% (28 consultations sur 168 épisodes de maladie). Cette différence entre les groupes est significative, montrant ainsi que les enfants du groupe Pesinet ont davantage tendance à consulter lors d'un épisode de maladie que les enfants non abonnés au service.

Tableau 7.6 : Nombre de consultations lors d'un épisode de maladie selon les groupes

Consultation	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total
Fréquence Pourcentage (%)			
Oui	85 36.02	28 16.67	113 27.97
Non	151 63.98	140 83.33	291 72.03
Total	236	168	404

$$\chi^2 = 18,24 ; p < 0.001$$

Le lieu de consultation lors d'un épisode de maladie a été comparé entre les groupes afin de voir si les enfants abonnés et non abonnés présentaient des différences au niveau de l'utilisation des structures de santé. Les données du Tableau 7.7 rapportent que les deux groupes sont significativement différents puisque les enfants abonnés à Pesinet ont été beaucoup plus nombreux à aller consulter au CSRef (centre partenaire) que les enfants non abonnés. Ceci indique que l'incitatif mis en place par le programme à consulter dans le centre partenaire fonctionne bien.

Tableau 7.7 : Lieu de consultation lors d'un épisode de maladie selon les groupes

Lieu de consultation	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total*
Fréquence Pourcentage (%)			
Un médecin au CSCoM	6 7.23	9 32.14	15 13.51
Un médecin au CSRef	61 73.49	8 28.57	69 62.16
Un médecin à l'hôpital	5 6.02	3 10.71	8 7.21
Un médecin à la clinique	6 7.23	1 3.57	7 6.31
Une autre personne	5 6.02	7 25.00	12 10.81
Total	83	28	111

* Deux données sur le lieu de consultation sont manquantes
 $\chi^2 = 24,47$; $p < 0.001$

Une seule hospitalisation a été rapportée parmi les enfants participant à l'étude et touchait un enfant du groupe contrôle. Or, avec un seul cas, il n'est pas possible de vérifier si l'intervention a pu avoir un impact sur le nombre d'hospitalisations.

Le coût moyen de toutes les consultations réalisées par les enfants du groupe d'intervention (incluant les consultations gratuites) était de 811,33 CFA, alors

qu'il était de 867,86 CFA chez le groupe contrôle. Cependant, si l'on ne tient pas compte d'une consultation d'un enfant du groupe d'intervention pour laquelle le coût atteignait une valeur extrême (38940 CFA), le coût moyen par consultation chute à 346,34 CFA dans le groupe contrôle (Tableau 7.8). La différence de coût entre les deux groupes est significative si l'on ne tient pas compte de la valeur extrême de 38940 CFA.

Tableau 7.8 : Coût moyen d'une consultation selon le groupe

Coût moyen d'une consultation	Intervention	Contrôle
Moyenne	811,33	867,86
Moyenne (sans la donnée de 38940)	346,34	867,86

Valeur p (ANOVA) = 0.02

Pour la première consultation réalisée lors d'un épisode de maladie, on note que les enfants du groupe d'intervention se sont fait prescrire 79 ordonnances, alors que ce nombre était de 28 pour ceux du groupe contrôle. La différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 7.9 : Prescription d'ordonnance lors de la première consultation pour un épisode de maladie selon les groupes

Prescription d'une ordonnance	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total*
Fréquence Pourcentage (%)			
Non	5 5.95	0 0.00	5 4.46
Oui	79 94.05	28 100.00	107 95.54
Total	84	28	112

* Une donnée est manquante

$\chi^2 = 1.74$; $p < 0.19$

Par ailleurs, les répondants ont affirmé avoir acheté les ordonnances prescrites dans une proportion de 100%. Cela concerne autant le groupe contrôle que le groupe d'intervention.

Des consultations hors épisode de maladie ont également été réalisées, pour des fins préventives ou de contrôle, par les enfants enquêtés (Tableau 7.10). On note une seule consultation de ce type chez les enfants du groupe contrôle, alors que six (6) consultations de contrôle ou préventives ont été réalisées chez les enfants du groupe d'intervention.

Tableau 7.10 : Consultations hors épisode de maladie selon les groupes

Consultation de contrôle Fréquence Pourcentage (%)	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total
Non	717 99.17	710 99.86	1427 99.51
Oui	6 0.83	1 0.14	7 0.49
Total	723	711	1434

Les Tableaux 7.11 et 7.12 rapportent la proportion des cas ayant eu recours à l'auto médication lors d'un épisode de maladie, que ce soit par l'achat de médicaments non prescrits par un médecin ou par l'utilisation de médicaments qui étaient disponibles à la maison. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes sur ces deux variables. Également, le coût moyen des médicaments non prescrits n'était pas significativement différent entre les groupes d'intervention et de contrôle (2583.35 CFA versus 1469.69 CFA ; test-F ANOVA, valeur p = 0.82).

Tableau 7.11 : Achat de médicaments non prescrits lors d'un épisode de maladie selon les groupes

Achat de médicaments non prescrits	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total
Fréquence Pourcentage (%)			
Non	190 80.51	126 75.00	316 78.22
Oui	46 19.49	42 25.00	88 21.78
Total	236	168	404

Tableau 7.12 : Utilisation de médicaments disponibles à la maison lors d'un épisode de maladie selon les groupes

Utilisation de médicaments disponibles à la maison	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total*
Fréquence Pourcentage (%)			
Non	162 68.94	110 65.87	272 67.66
Oui	73 31.06	57 34.13	130 32.34
Total	235	167	402

* Deux données sont manquantes

Le recours à la médication traditionnelle (tradithérapie) a aussi été comparé entre les deux groupes. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne l'achat de médecine traditionnelle (Tableau 7.13) ou la préparation d'un remède traditionnel (Tableau 7.14).

Tableau 7.13 : Achat de médecine traditionnelle selon les groupes

Achat de médecine traditionnelle Fréquence Pourcentage (%)	Groupe		
	Contrôle	Intervention	Total*
Non	111 66.47	167 71.06	278 69.15
Oui	56 33.53	68 28.94	124 30.85
Total	167	235	402

* Deux données sont manquantes

Tableau 7.14 : Préparation d'un remède traditionnel selon les groupes

Préparation d'un remède traditionnel Fréquence Pourcentage	Groupe		
	Contrôle	Intervention	Total
Non	161 95.83	224 94.92	385 95.30
Oui	7 4.17	12 5.08	19 4.70
Total	168	236	404

Enfin, les analyses ont permis de vérifier si les variables sexe, âge et PPI pouvaient avoir une influence sur les différences observées entre les deux groupes au niveau des variables d'intérêt. En ce qui concerne le sexe, il n'y a pas de différence significative au niveau du nombre d'épisodes de maladies, du nombre de consultations et du coût des consultations si l'on considère l'échantillon global (données non présentées). On note cependant une différence selon le sexe quant au lieu de consultation car les filles sont significativement plus nombreuses à avoir consulté au CSRef que les garçons dans l'échantillon global (Tableau 7.15). Or, cette différence devient non significative si l'on considère les deux groupes séparément (données non présentées). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il y ait plus de filles dans le groupe d'intervention et que c'est dans ce groupe également que l'on retrouve une plus grande proportion de consultations au CSRef.

Tableau 7.15 : Lieu de consultation pour les deux groupes selon le sexe

Lieu de consultation	Sexe			
	Fréquence Pourcentage	Féminin	Masculin	Total
Un médecin au CSCom	6 10.00	9 17.65	15 13.51	
Un médecin au CSRef	44 73.33	25 49.02	69 62.16	
Autre	10 16.67	17 33.33	27 24.32	
Total	60	51	111	

$$\chi^2 = 6.96 ; p = 0.03$$

L'influence de l'âge a également été considérée en comparant le nombre global de consultations pour les deux groupes selon les catégories d'âge. Pour ce faire, les enfants ont été regroupés selon quatre catégories d'âge (< 1 an, 1 an à < 2 ans, 2 ans à < 3 ans et ≥ 3 ans). Une différence significative liée au groupe d'âge a été observée en ce qui a trait au nombre d'épisodes de maladies : les enfants plus jeunes ont rapporté plus d'épisodes de maladie et ce, dans les deux groupes (Tableau 7.16). Cette différence devient non significative si l'on considère les groupes d'intervention et de contrôle séparément. Le même constat s'applique au nombre de consultations qui est significativement plus élevé chez les enfants plus jeunes (Tableau 7.17), mais pour lequel il n'y a pas de différence significative à l'intérieur des groupes. Ces résultats peuvent signifier que même si la composition des deux groupes est différente en termes d'âge, cela n'a pas d'influence sur les différences observées entre les groupes. La catégorie d'âge n'était pas significativement associée au lieu de consultation et au coût des consultations (données non présentées).

Tableau 7.16 : Nombre d'épisodes de maladie selon les catégories d'âge pour les deux groupes

Nombre d'épisodes de maladie	Catégorie d'âge				
	0 < âge < 1 an	1 ≤ âge < 2 ans	2 ≤ âge < 3 ans	Âge ≤ 3	Total
Fréquence					
Pourcentage					
1 fois	2 9.09	5 11.36	5 13.89	23 31.08	35 19.89
2 fois	4 18.18	14 31.82	8 22.22	21 28.38	47 26.70
3 fois	7 31.82	10 22.73	11 30.56	8 10.81	36 20.45
4 fois et	7 31.82	10 22.73	8 22.22	6 8.11	31 17.61
Pas malade	2 9.09	5 11.36	4 11.11	16 21.62	27 15.34
Total	22	44	36	74	176

$$\chi^2 = 26.99 ; p < 0.01$$

Tableau 7.17 : Nombre de consultations suite à un épisode de maladie selon les catégories d'âge pour les deux groupes

Nombre de consultations	Catégorie d'âge				
	0 < âge < 1 an	1 ≤ âge < 2 ans	2 ≤ âge < 3 ans	Âge ≤ 3	Total
Fréquence					
Pourcentage					
1 consultation	7 31.82	15 34.09	7 19.44	17 22.97	46 26.14
2 consultations et +	7 31.82	11 25.00	8 22.22	5 6.76	31 17.61
Pas consulté	8 36.36	18 40.91	21 58.33	52 70.27	99 56.25
Total	22	44	36	74	176

$$\chi^2 = 17.51 ; p < 0.01$$

Pour ce qui est du niveau socio-économique (estimé à partir du score PPI transformé en deux catégories – bas et élevé – pour faciliter les analyses), ce

dernier ne semble pas être associé au nombre d'épisodes de maladies rapportés par les deux groupes (données non présentées). Cependant, le score PPI est associé au nombre de consultations réalisées suite à un épisode de maladie (Tableau 7.18). Ainsi, les familles ayant un score PPI plus élevé ont davantage consulté lors d'un épisode de maladie, ce qui s'explique fort probablement par le fait que ces familles soient plus favorisées sur le plan économique et éducationnel. Or, cette différence n'est plus significative à l'intérieur de chacun des groupes, quoique l'on note un plus grand nombre de consultations chez les participants au score PPI faible dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle (données non présentées). En contrôlant pour le score PPI, on remarque que les enfants du groupe d'intervention consultent davantage que ceux du groupe contrôle et ce, autant chez ceux dont le score PPI est bas que chez ceux ayant un score PPI élevé (Tableaux 7.19 et 7.20). Ces résultats indiquent que la participation au programme Pesinet pourrait motiver davantage les familles moins favorisées à consulter les structures de santé. Enfin, le lieu de consultation et le coût des consultations ne sont pas associés au score PPI et ce, dans les deux groupes (données non présentées).

Tableau 7.18 : Nombre de consultations suite à un épisode de maladie selon le score PPI pour les deux groupes

Nombre de consultations Fréquence Pourcentage	Score PPI		
	Bas	Élevé	Total*
1 consultation	15 19.74	28 31.46	43 26.06
2 consultations et +	9 11.84	21 23.60	30 18.18
Pas consulté	52 68.42	40 44.94	92 55.76
Total	76	89	165

* 11 données manquantes
 $\chi^2 = 9.96$; $p < 0.01$

Tableau 7.19 : Nombre de consultations suite à un épisode de maladie chez les enfants ayant un score PPI bas selon les groupes

Nombre de consultations Fréquence Pourcentage	Score PPI bas		
	Intervention	Contrôle	Total
1 consultation	6 25.00	9 17.31	15 19.74
2 consultations et +	6 25.00	3 5.77	9 11.84
Pas consulté	12 50.00	40 76.92	52 68.42
Total	24	52	76

$$\chi^2 = 7.36 ; p = 0.03$$

Tableau 7.20 : Nombre de consultations suite à un épisode de maladie chez les enfants ayant un score PPI élevé selon les groupes

Nombre de consultations Fréquence Pourcentage	Score PPI élevé		
	Groupe		
	Intervention	Contrôle	Total
1 consultation	18 32.14	10 30.30	28 31.46
2 consultations et +	20 35.71	1 3.03	21 23.60
Pas consulté	18 32.14	22 66.67	40 44.94
Total	56	33	89

$$\chi^2 = 14.93 ; p < 0.001$$

7.3. Discussion

Cette enquête a permis d'évaluer les effets du projet Pesinet sur les comportements reliés à l'utilisation des services de santé par le biais d'une étude longitudinale prospective. Les enfants abonnés au service de Pesinet ont été suivis pendant près de quatre mois et ont été comparés à des enfants possédant des caractéristiques similaires mais qui n'étaient pas abonnés à Pesinet.

Les résultats indiquent que les enfants abonnés à Pesinet sont significativement plus nombreux que les non abonnés à recourir aux services médicaux lors d'un épisode de maladie. Cette différence se maintient en contrôlant pour l'influence du sexe, de l'âge et du niveau socio-économique. Les enfants abonnés à Pesinet sont également plus nombreux à consulter au CSRef qui est le centre partenaire de ce projet. Il semble donc que le projet réussisse à attirer la clientèle dans le centre partenaire.

Cette évaluation montre aussi que les enfants abonnés à Pesinet sont plus nombreux à consulter de façon préventive les services de santé. Les enfants abonnés à Pesinet ont droit à une consultation médicale gratuite lors de leur adhésion au programme et ils profitent également de consultations généralistes gratuites au centre partenaire, en plus d'avoir accès à plusieurs médicaments à moitié prix.

Les données recueillies sur la prescription d'ordonnances et l'achat de médicaments ne sont pas assez fiables pour pouvoir en faire une analyse poussée. Il en va de même pour les données portant sur les symptômes de maladie, car ils étaient rapportés par la personne enquêtée. De plus, un seul enfant a été hospitalisé au cours de la période d'observation et nous n'avons donc pas pu effectuer d'analyses concernant l'hospitalisation. Les indicateurs retenus ne permettaient pas non plus de mesurer l'effet du programme Pesinet sur l'état de santé des enfants (types de maladies, durée, complications, etc.) car

cela aurait exigé le croisement de nos données avec celles des registres médicaux. Néanmoins, les autres indicateurs documentés dans le cadre de cette enquête semblent relativement fiables et nous pouvons recommander leur utilisation dans le but de poursuivre l'évaluation des effets du programme Pesinet et d'informer les décisions quant à sa poursuite.

8. Perceptions des acteurs impliqués dans le projet

Pesinet

Cette section présente les résultats des entrevues réalisées avec différents acteurs impliqués de près ou de loin dans le projet Pesinet afin d'explorer leurs perceptions quant aux objectifs de ce projet.

8.1. Méthodologie

Lors d'une visite de l'évaluatrice sur le terrain, des entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de 12 personnes impliquées dans le projet Pesinet. Ainsi, deux agents de pesée (ADP), deux médecins, le médecin-chef et la gérante de la pharmacie du CSRef, un représentant du Ministère de la Santé, le président d'association de gestion de CSCom et une représentante du comité des femmes utilisatrices, le responsable d'une évaluation précédente du projet et deux membres de l'équipe de projet ont été interviewés. Les entrevues ont duré entre 18 et 90 minutes et on été enregistrées sur bande numérique avec le consentement des participants. Le contenu des entrevues a été analysé en se basant sur la méthode proposée par Miles et Huberman (2003).

8.2. Résultats

L'acceptabilité du projet Pesinet du point de vue des personnes qui y sont impliquées constitue un élément de succès essentiel. Tout d'abord, nous avons recueilli les perceptions des ADP car elles en sont les principales actrices, de par leur rôle de proximité avec les familles abonnées. Les deux ADP interviewées ont partagé leur expérience en lien avec le projet. À leurs yeux, le projet Pesinet est important puisqu'il s'agit de leur travail, donc de leur source principale de revenus. Elles estiment que les abonnés sont en général très satisfaits du service et rapportent que Pesinet permet aux familles abonnées de réduire leurs dépenses.

Les avantages qu'elles associent au projet sont de permettre le développement d'un lien de confiance avec les familles qui les perçoivent comme des relais avec les services de santé. Selon elles, les familles apprécient leur travail, ce qui est important pour le projet dont le succès repose beaucoup sur le bouche à oreille entre les familles des quartiers couverts. Elles apprécient l'équipe de projet et soulignent les efforts de celle-ci pour que la communauté se sente impliquée dans Pesinet, que ce ne soit pas « *un autre projet des Blancs* ».

Les ADP ont mentionné que l'accueil du personnel du CSRef envers la clientèle pourrait être amélioré. De plus, elles déplorent le manque de médicaments qui sont disponibles pour les abonnés Pesinet à la PMI.

Les autres éléments à améliorer, selon les ADP, sont tout d'abord la rémunération qui devrait être bonifiée en raison de la tâche difficile qui leur est confiée et du nombre important d'abonnés qu'elles doivent couvrir. La question des conditions de travail est importante puisqu'il existe un certain roulement dans les ADP et que leur travail demande une certaine formation. Les ADP développent leurs compétences avec le temps et il en est de même en ce qui concerne leur lien de confiance avec les familles. Il est donc essentiel d'assurer que les ADP se sentent valorisées dans leur travail et favoriser leur maintien en poste.

Deux des trois médecins impliqués dans le projet ont été interviewés. Leur implication dans le suivi des abonnés Pesinet varie puisque l'un des médecins consacre une importante partie de son temps au projet, alors que l'autre y consacre environ 30 minutes par jour. Selon les médecins, le temps consacré au suivi des courbes peut prendre plus de temps que prévu, car il faut souvent attendre que le superviseur ait retranscrit les données dans la base lorsqu'elles n'ont pu être transmises électroniquement. De plus, le temps consacré au suivi des enfants malades peut également être important puisque les médecins doivent les prendre en charge lorsqu'ils se présentent pour une urgence.

En effet, les enfants qui reçoivent un avis de convocation d'urgence suite à la détection d'une courbe à risque ou d'un autre problème doivent se présenter aussitôt que possible. L'un des médecins a affirmé que le projet a réellement eu un impact sur la diminution du délai de prise en charge. « *Au départ, ils venaient en retard. Mais maintenant avec la sensibilisation, ils viennent plus tôt.* ». Les médecins croient que le projet est bénéfique pour la santé des enfants. Il permet de changer les comportements et sensibilise les parents à l'importance de consulter rapidement.

L'élément principal que les médecins voudraient voir améliorer dans le projet est le nombre et le type de médicaments couverts, c'est-à-dire les médicaments qui sont offerts à 50% du prix aux abonnés. Les médecins suggèrent notamment d'ajouter les médicaments injectables au panier. Les médecins sont conscients que le coût des médicaments, même à 50%, peut être un frein pour certaines familles. Une suggestion serait d'abaisser le coût à 25% du prix normal ou encore de calculer ce coût en fonction de la capacité à payer.

Les deux médecins interrogés croient que le projet doit continuer et doit même prendre de l'expansion. Le territoire du CSRef est grand et il n'est pas possible pour les ADP du CSRef de couvrir tout ce territoire. Le fait d'implanter Pesinet dans les CSCom serait, selon les médecins, complémentaire au service du CSRef et ne représenterait pas nécessairement une diminution de la fréquentation des abonnés Pesinet au CSRef.

Selon les médecins, les éléments à améliorer concernent les aspects technologiques, comme la connexion Internet qui fait souvent défaut. Le médecin d'état considère qu'il serait important d'engager un médecin dédié uniquement au projet Pesinet, tout en maintenant l'appui des médecins du centre.

Les perceptions des médecins par rapport au projet sont importantes pour en assurer la crédibilité. En effet, si les médecins en font la promotion auprès de leurs collègues, il sera beaucoup plus facile d'intéresser d'autres médecins au projet.

La gérante de la pharmacie du CSRef considère que le projet Pesinet est très intéressant pour les clients car il permet de vendre les médicaments à mi-tarif pour les abonnés. La balance est remboursée par le projet Pesinet. Elle estime qu'environ 25% de sa clientèle est formée des abonnés à Pesinet. Depuis le démarrage du projet, elle a vu des changements au niveau de la consommation de certains médicaments, tels que les sirops qui sont utilisés davantage par la clientèle de Pesinet. De plus, le projet encourage la vente de DCI (Dénomination Commune Internationale ou *génériques*) qui sont moins chers que les médicaments de spécialité (*marque commerciale*). Elle mentionne que les clients désirent de plus en plus avoir le médicament DCI car ils n'acceptent pas de payer plus cher pour le médicament de spécialité.

En ce qui concerne les éléments à améliorer, la gérante de la pharmacie croit qu'il est important d'assurer l'approvisionnement de tous les médicaments couverts par Pesinet. Elle ne croit pas que les ruptures de stocks dans sa pharmacie soient plus importantes qu'ailleurs. Un autre irritant exprimé est le fait que la clientèle vient souvent en fin de journée et cela peut occasionner certains problèmes pour elle, notamment le fait qu'il n'y ait plus de monnaie pour rendre le change.

Enfin, elle s'est dite très ouverte à la possibilité d'une augmentation de la clientèle suite à l'expansion de Pesinet. Elle trouve donc que le projet est très intéressant pour le CSRef et pour la pharmacie car il assure une bonne clientèle.

Ensuite, la vision du projet par le médecin chef du CSRef est très positive. Le projet est vu comme un service complémentaire au programme de surveillance

préventive des enfants (SPE) qui fait partie des responsabilités du centre. Elle soutient fortement le projet et affirme que son rôle a été central pour « *sauver le projet* » lors des problèmes rencontrés à ses débuts. Elle est convaincue des bienfaits de ce projet pour le suivi des jeunes enfants et a remarqué une augmentation de la clientèle depuis l'avènement de Pesinet. Cependant, cela ne se traduit pas par une augmentation des recettes pour le CSRef car il ne retire pas de bénéfice sur les consultations effectuées par les abonnés Pesinet.

L'appui du CSRef s'est traduit par la mise à disposition de l'un des médecins de l'état rattachés au centre pour le projet lors de son implantation. Il est important de noter que les médecins impliqués dans le projet Pesinet sont rémunérés par des primes liées aux taux d'abonnement et de consultation, mais qu'il n'y a pas de salaire fixe prévu pour ces médecins. Le médecin d'état attiré à Pesinet doit donc ajouter le suivi des enfants abonnés à ses autres tâches afin de conserver son salaire de base assuré par le CSRef.

En cours de projet, deux autres médecins se sont également joints au projet. Mais ces médecins sont des contractuels qui ne font pas partie du personnel du CSRef. Ils travaillent en général sur des projets ou des fonds spéciaux et leur rétention est problématique pour le CSRef. Le médecin chef a affirmé le besoin d'avoir un médecin dédié uniquement au projet. Ceci permettrait d'assurer un service plus constant et d'éviter des ruptures de services car les médecins contractuels sont constamment appelés à se déplacer ou à s'occuper d'autres projets.

Or, cela est complexe car le volume d'activité ne permettait pas, selon le médecin chef, de payer un médecin qui serait dédié uniquement à Pesinet en raison des charges qui sont associées à un poste. Pour le CSRef, un partenariat avec Pesinet afin de recruter un médecin d'état et d'assurer son maintien serait la solution idéale. Le médecin chef est donc fortement favorable à l'extension de

Pesinet dans les CSCom puisque cela pourrait permettre d'assurer un volume d'abonnés plus important.

Par ailleurs, le médecin chef soutient fortement la formation des ADP afin d'assurer qu'elles puissent acquérir des connaissances sur la santé et la prise en charge des enfants. Une ONG (JIGI) qui s'occupe de la formation des agents de santé pourrait être mise à contribution à cet effet.

Afin de documenter les conditions d'extension et de pérennisation du projet, nous avons rencontré les responsables du projet Pesinet, un représentant de l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM) du Ministère de la Santé et un stagiaire à l'ANTIM dont la thèse de médecine a porté sur une évaluation préliminaire du projet. Nous avons également interviewé le président de l'association de gestion et la présidente du comité des femmes utilisatrices d'un CSCom qui ne faisait pas partie du projet au moment de l'enquête afin de voir l'intérêt qu'un tel service pouvait représenter pour cette structure de soins.

Le président de l'association de gestion du CSCom connaît bien le projet Pesinet et s'est montré très intéressé à ce que son CSCom soit impliqué dans ce projet. Il a été invité au lancement du projet au CSRef. À ce moment, il avait déjà été informé de la possible extension du projet sur d'autres aires de santé dans la commune. Il a suggéré de cibler deux aires afin de maximiser la participation. Il estime que le médecin chef en place pourrait très bien assumer la responsabilité de la prise en charge. Leurs besoins seraient davantage reliés à l'embauche et la formation des agents de pesée.

À son avis, le seul problème qu'il entrevoit à l'extension et la poursuite du projet Pesinet est celui du financement. Selon lui, la population est souvent réticente à déboursier pour assurer ses soins de santé. Plusieurs personnes ne vont pas au dispensaire car ils ont peur des frais et préfèrent recourir aux tradithérapeutes ou

acheter des médicaments au marché. Pesinet apparaît comme une forme de financement alternative qui pourrait favoriser le recours aux structures de santé. Il importe donc de miser sur les avantages du projet Pesinet par rapport au financement des soins.

Ces éléments sont également soulignés par la présidente du comité des femmes utilisatrices du CSCoM. Elle rapporte les résultats d'une enquête effectuée auprès des familles qui permet de voir que toutes les mamans sont très intéressées à s'impliquer. Cela a permis de faire de la bonne publicité pour le projet Pesinet. D'ailleurs, l'importance de l'implication du comité des femmes dans la promotion du projet Pesinet est soulignée par le président de l'association de gestion: « *Le comité des femmes est tellement actif qu'un seul mot d'ordre qui est lancé aujourd'hui, demain tout le monde est informé!* »

La présidente du comité des femmes ajoute que Pesinet peut représenter d'autres avantages pour les mamans car elles ne sont plus obligées de se déplacer pour aller vers les structures de santé et de passer du temps pour faire le suivi des enfants : « *C'est la santé qui vient vers elles. Elles économisent le temps!* ».

Du côté de l'Agence nationale de télésanté et d'informatique médicale (ANTIM), qui relève du Ministère de la Santé, on soutient le projet Pesinet depuis ses débuts. Le directeur croit que la principale contribution de l'ANTIM concerne le plan technologique et devrait être plus grande dans ce projet. Par exemple, la plateforme et les données sur le suivi des enfants devraient être hébergées à l'ANTIM et non à l'extérieur du pays comme c'est le cas actuellement. Or, jusqu'à tout récemment, la structure nécessaire à l'hébergement des données de Pesinet n'était pas en place. L'ANTIM s'est également impliquée au niveau de l'évaluation du projet, notamment en validant le cadre d'évaluation proposé. Le directeur mentionne la bonne collaboration qu'il existe entre l'ANTIM et Pesinet, laquelle se matérialise dans leur entente mutuelle. L'ANTIM voit Pesinet comme

un modèle de succès de projet de télésanté et en fait la promotion dans différentes tribunes : « *On cite Pesinet comme le modèle qui a marché... Pour moi, ils sont à la base de ce qui est entrain de se faire dans le système.* ». Cependant, cette agence ne dispose pas de beaucoup de ressources et ne peut offrir tout le soutien technique et méthodologique qui serait nécessaire. L'ANTIM s'est déjà engagée dans l'évaluation du projet en mettant ses stagiaires à contribution.

La plateforme technologique présente également certains problèmes car, du point de vue de l'ANTIM, tous les projets de télésanté du Mali devraient pouvoir éventuellement être hébergés chez elle. Or, plusieurs projets existent en parallèle, développés par différents organismes, ce qui complexifie le travail de cette agence. Pour le passage à l'échelle, l'ANTIM croit que ces projets, incluant Pesinet, devraient migrer vers une seule plateforme.

Par ailleurs, le modèle économique peut poser problème, car il n'est pas assez axé sur le volet préventif et, selon le directeur, le fait que la promotion du projet soit faite sur la réduction du prix des médicaments n'incite pas les personnes à intervenir de façon préventive. Le programme pourrait être davantage axé sur une approche de mutuelle, afin d'inciter à une meilleure prise en charge de la santé en amont.

Enfin, l'ANTIM mentionne que certains problèmes de communication ont été rencontrés avec l'équipe de coordination de Pesinet et qu'il serait bien d'établir une relation plus étroite afin que les rapports soient plus harmonieux. Le directeur souligne l'importance pour Pesinet de tenir compte de la culture malienne pour la gestion des relations avec ses partenaires. La composition même de l'équipe de gestion devrait refléter davantage le fait que c'est un projet de la communauté.

Le stagiaire qui a effectué une première évaluation du projet Pesinet dans le cadre de sa thèse de médecine en janvier 2010 rapporte qu'il a interrogé 96 familles abonnées et que celles-ci étaient généralement très satisfaites des services reçus. Il indique que les coûts mensuels étaient jugés abordables pour les abonnés. Les points à améliorer, selon les résultats de son évaluation, étaient la régularité des agents et la disponibilité des médicaments. L'évaluation a en effet permis que ces éléments soient pris en compte dans les services offerts. Un autre aspect qui pourrait améliorer l'offre de services de Pesinet serait la prise en charge des maladies chroniques car le service est surtout destiné à la prise en charge des cas aigus.

Selon lui, le modèle économique de Pesinet paraît viable car il repose sur l'implication financière des familles, ce qui permet de les engager plus activement par rapport à un service qui serait entièrement pris en charge. Le modèle pourrait certainement être bonifié, mais constitue une première au Mali pour adresser la question de la prévention des maladies infantiles. Le projet permet un contact direct avec les familles, ce qui offre une opportunité pour les ADP de faire de la prévention, comme le suivi nutritionnel ou la promotion de l'utilisation des moustiquaires. Il estime que le suivi d'environ 500 enfants abonnés pourrait constituer une charge adéquate pour un seul médecin.

Pour terminer cette section, nous rapportons les impressions de la responsable du projet Pesinet quant aux étapes franchies et aux perspectives de développement de ce projet. Cette dernière fait partie de l'équipe à l'origine du projet et en a accompagné les différentes étapes. Elle a bénéficié de divers soutiens financiers provenant d'organisations privées et associatives afin de se consacrer aux activités de Pesinet. Son rôle combine la gestion, la planification, la coordination, le développement de partenariats et la recherche de financement.

Selon elle, il faut que tous les partenaires trouvent un intérêt dans ce projet. Elle estime que le projet Pesinet est à un tournant important et que le principal enjeu actuellement est de voir si le projet a réussi à augmenter la fréquentation des centres de santé par les populations et de vérifier si le modèle économique est viable. Elle estime que le projet Pesinet se distingue des autres projets par plusieurs aspects, notamment par son travail d'ultra proximité et le fait qu'il vise le changement de comportements. Le travail des ADP constitue une stratégie d'intervention de proximité qui est reconnue par plusieurs modèles de santé communautaire. Le projet est conçu sur une approche micro locale, autour d'un centre de santé, et se déploie selon la stratégie de la tache d'encre dans la communauté avoisinante.

La question des ressources humaines impliquées dans le projet est également complexe pour la responsable du projet. Pour les médecins, la charge de travail (estimée au maximum à trois heures par jour) ne justifie pas un poste à temps plein. Le modèle envisagé initialement dans le projet était que des médecins détenant déjà un poste régulier puissent contribuer quelques heures par jour à Pesinet et recevoir des primes. Or, la réalité est différente car seul un médecin d'état (salarié) est attiré à Pesinet dans le CSRef. Deux autres médecins contractuels travaillent également pour le projet, mais ces derniers ne reçoivent pas de salaire du CSRef et doivent donc aller chercher leur salaire en exécutant différents contrats à l'extérieur. Cela impacte sur la qualité du service offert et pourrait nuire à la bonne réputation de Pesinet. Le modèle idéal reste donc à définir et, à cet effet, la responsable est en discussion avec le médecin chef du CSRef.

Pour ce qui est des ADP, la responsable du projet admet que leur salaire n'est pas très élevé, mais qu'il est adapté à la nature de leur travail. Elle ajoute qu'il s'agit d'un travail non-qualifié qui pourrait servir de tremplin vers un autre travail. Or, dans le contexte actuel de rareté des emplois, les ADP veulent garder leur travail au sein de Pesinet. Différents scénarios ont été envisagés par la

responsable du projet afin de bonifier les conditions des ADP, dont la possibilité de se former afin de développer d'autres compétences pour viser une promotion au sein du projet. La possibilité de faire de la vente de produits de santé a également été envisagée, mais cela demeure encore au stade de projet.

La responsable du projet croit qu'un grand défi est également celui de rendre tous les partenaires sensibles à l'importance de l'auto financement pour assurer la pérennité du projet Pesinet. Elle croit que cette vision n'est pas partagée par la plupart des personnes impliquées et qu'il serait important que cette prise de conscience soit faite afin que chaque partenaire travaille à un but commun qui est celui d'améliorer la santé des enfants.

9. Discussion

À la lumière des résultats obtenus en triangulant les trois sources de données utilisées dans cette évaluation, il est possible de porter un jugement d'ensemble sur les principales réalisations du projet Pesinet au cours de sa première année d'existence au sein du CSRef de la Commune III de Bamako et d'identifier des éléments qui pourront informer les décisions quant aux futurs développements de ce projet.

Il est important de préciser que l'approche d'évaluation « en accompagnement » que nous avons adoptée, selon le modèle *developmental evaluation* de Patton (2010), a encouragé de fréquents échanges entre l'équipe d'évaluation et les responsables du projet. Ainsi, tout au cours de la collecte des données et de leur analyse, nous avons tenu les responsables du projet informés des résultats et avons travaillé en étroite collaboration avec eux afin que l'évaluation contribue à répondre aux questions qu'ils se posaient ou qui leur étaient posées. Les constats qui suivent sont basés sur les interprétations de l'équipe d'évaluation, mais émanent de plusieurs itérations entre celle-ci et les responsables du projet

afin qu'ils puissent être utiles pour porter une vue d'ensemble des réalisations du projet de même que des éléments pouvant être améliorés.

En guise de discussion, nous croyons important de revenir sur les principaux constats des trois enquêtes réalisées et de les représenter sous forme de messages-clés. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés du modèle d'analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (Wehrich, 1982). Ce type d'analyse permet de formuler les options stratégiques envisageables après confrontation des résultats du diagnostic interne à l'organisme à ceux du diagnostic externe.

9.1. Principales forces du projet Pesinet

Pesinet est un modèle qui répond à une priorité reconnue dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations Unies (2010), soit de réduire la mortalité infantile. C'est un projet qui a su grandir sur la base de différents partenariats et qui a pu se prolonger au-delà de sa phase d'expérimentation par une stratégie de croissance bien planifiée avec un objectif de pérennisation présent dès le départ. L'offre de services a été conceptualisée selon une approche très structurée par une équipe dévouée et compétente en gestion de projets. Le modèle s'est ajusté aux réalités et besoins du milieu. Les ententes que le projet Pesinet a développées avec les acteurs du milieu, les partenaires institutionnels et sa reconnaissance internationale sont également des avantages stratégiques pour le projet. Le fait que le projet ait connu certains problèmes au cours de son développement a permis de le renforcer au fur et à mesure que des solutions étaient proposées pour pallier les problèmes rencontrés.

La motivation du personnel impliqué dans le projet Pesinet représente un gage de succès important pour un tel projet. En effet, comme le modèle repose sur l'offre d'un service moyennant un abonnement, la clientèle s'attend à un service personnalisé et courtois. Les médecins et ADP rencontrés étaient unanimes par rapport à leur intérêt pour le projet. Malgré certains irritants, pour la plupart reliés

à la rémunération, ils étaient tous satisfaits de leur implication dans ce projet. La satisfaction du personnel est la cause première de sa rétention et il importe d'accorder une attention particulière à cet aspect dans une perspective de pérennisation. Les ressources actuelles ont une riche expérience et peuvent être des agents de changement importants dans leur communauté. Autant les médecins que les ADP devraient être soutenus et encouragés à s'impliquer davantage dans leur travail pour Pesinet par des stratégies de motivation variées. Dans une optique de mise à l'échelle, une définition des tâches et des conditions de travail plus claires seront nécessaires afin que les personnes employées dans le cadre du projet en comprennent bien les mécanismes et sachent exactement dans quoi elles s'engagent lorsqu'elles sont embauchées par le projet.

En réponse aux besoins des responsables du projet, l'objectif premier de cette évaluation était de voir à quel point le projet Pesinet permettait d'améliorer la fréquentation des structures de santé et la prise en charge des enfants en bas âge. Les résultats démontrent que ces deux objectifs ont été atteints puisque les enfants abonnés à Pesinet ont eu une fréquentation significativement supérieure à celle des enfants non abonnés. Les abonnés Pesinet ont également été plus nombreux à consulter le médecin de façon préventive. Pour le CSRef et sa pharmacie, une augmentation de la clientèle a été notée. Il est possible que cela entraîne à terme une augmentation de la fréquentation générale du CSRef, car les mamans qui y amènent leur enfant dans le cadre de Pesinet sont plus à même de développer cette habitude pour elles-mêmes et les autres membres de la famille.

Du point de vue des familles abonnées à Pesinet, un avantage majeur est la diminution des dépenses de santé, tout en augmentant la fréquentation des structures de santé. En effet, même en considérant le coût de l'abonnement, les consultations gratuites et les médicaments à moitié prix font baisser les dépenses associées aux soins de santé pour les abonnés Pesinet. De plus, le

fait que les convocations d'urgence utilisées dans le projet soient généralement réalisées dans des délais acceptables pourrait diminuer les coûts liés à des complications. Or, des analyses économiques plus poussées, reposant sur des données médico-administratives fiables, seraient nécessaires pour vérifier cette hypothèse.

9.2. Principales faiblesse du projet Pesinet

Le modèle économique a parfois été remis en question par les personnes interrogées, mais il semble néanmoins que l'aspect de participation financière des abonnés fasse l'unanimité. Le coût d'abonnement a été jugé acceptable par les familles lors d'une évaluation précédente. Les données montrent que les désabonnements sont relativement peu fréquents, mais plusieurs d'entre eux sont pour des raisons de non paiement. Une autre observation provenant de l'enquête terrain nous permet de constater que les abonnés Pesinet sont généralement des familles plus avantagées sur le plan économique. Il est donc possible qu'une proportion importante des familles ne puisse pas accéder au service Pesinet en raison du coût de l'abonnement. Comme les enfants vivant dans des conditions plus précaires sont également plus à risque, il serait essentiel d'explorer des modèles qui permettraient également de rejoindre les familles plus pauvres dans le cadre d'un tel projet. Les résultats de l'enquête terrain démontrent d'ailleurs que Pesinet a un effet positif sur la consultation des enfants provenant de familles aux ressources plus modestes.

Les résultats quantitatifs démontrent que le projet permet de diminuer significativement les dépenses des familles associées aux consultations et à l'achat des médicaments. Il est cependant reconnu par la responsable du projet que le modèle économique doit être révisé afin d'assurer que tous les partenaires impliqués puissent en bénéficier. La question du partenariat avec le CSRef est notamment centrale puisque des tentatives précédentes

d'implantation de Pesinet ont échoué en raison de problèmes avec les organisations partenaires.

Un modèle économique acceptable pour les ressources humaines engagées dans Pesinet est à définir. Le fait que les médecins impliqués dans le projet ne soient pas sur des postes réguliers (sauf un cas) est problématique. Le volume de consultations ne semble pas suffisant pour justifier un poste complet. Ainsi, les médecins attirés au projet sont souvent absents car ils doivent chercher leur complément de salaire sur d'autres projets. Cela peut causer des absences prolongées et jouer sur la satisfaction de la clientèle. La question de la rémunération des ADP est également un élément que le projet doit considérer car la possibilité d'augmenter leur revenu est limitée en raison du quota d'enfants qui peut être suivi pour assurer la qualité du service.

9.3. Principales opportunités pour le projet Pesinet

Le projet Pesinet jouit d'une très bonne réputation, tant du côté des personnes qui y sont impliquées directement que des acteurs externes. Le fait que le projet soit pris en exemple comme un projet porteur apparaît comme une grande opportunité pour attirer des partenaires potentiels. Lors des entrevues avec différents acteurs internes et externes au projet, les possibilités d'expansion de Pesinet ont été jugées très favorables. Ceci s'est d'ailleurs réalisé au cours de la dernière année puisque le projet Pesinet a été implanté dans d'autres quartiers.

Le modèle économique est jugé acceptable, tant du point de vue des familles abonnées que de la plupart des personnes interrogées. Il y a toutefois des éléments qui pourraient être améliorés de façon à ce que le coût de l'abonnement ne soit pas un frein pour l'accès au service chez les familles aux revenus plus faibles. Même si des gains peuvent être faits pour les familles abonnées qui dépenseront moins en soins de santé au bout de l'année, cette approche de prévention est encore peu intégrée dans les mœurs. Le fait d'avoir

un incitatif sous la forme de médicaments à moitié prix est en fait une manière d'attirer la clientèle qui ensuite devrait pouvoir se fidéliser en constatant les bénéfices de sa participation au programme. Il serait intéressant de rencontrer des familles qui se sont désabonnées pour des raisons de non satisfaction et de non paiement car cela pourrait donner des pistes afin d'éviter les désabonnements en répondant aux problèmes identifiés.

Les résultats quantitatifs démontrent que le projet a atteint ses objectifs concernant l'augmentation de la fréquentation des services de santé et la prise en charge rapide des maladies infantiles courantes. Bien que les échantillons sur lesquels se basent nos observations soient petits, les différences observées sont importantes et cliniquement significatives. On peut donc estimer qu'une évaluation à plus large échelle permettrait de confirmer les résultats obtenus. Une telle évaluation devrait cependant s'assurer de pouvoir mesurer des effets sur les issues de santé car ultimement, une intervention de cette nature devrait viser la réduction de la mortalité infantile. Or, pour pouvoir détecter des effets sur la mortalité, des milliers d'enfants devront être suivis.

9.4. Principales menaces pour le projet Pesinet

Comme tout projet d'innovation sociale, le financement est au cœur des préoccupations de Pesinet. Bien qu'il se base sur un modèle économique pertinent, il est encore tôt pour déterminer si ce modèle est effectivement viable du point de vue de tous les acteurs impliqués. Il semble qu'il soit généralement acceptable pour les abonnés, mais les ADP et les médecins participants estiment qu'il faut revoir leur rémunération. Du côté du CSRef, on s'attend à une plus grande participation du projet Pesinet au soutien d'un poste de médecin qui serait dédié au suivi des enfants abonnés. La question de la couverture des charges et assurances pour ce médecin qui serait éventuellement embauché par le CSRef reste à discuter.

Il est certain que pour le CSRef, Pesinet apporte une augmentation de la fréquentation chez les enfants abonnés qui pourrait se répercuter sur la fréquentation générale. Or, si le projet Pesinet est déployé dans des CSCom avoisinants, la clientèle pourrait se disperser entre les structures et il n'y aurait pas vraiment d'impact pour le CSRef. Il en demeure pas moins que le projet Pesinet entraîne une reconnaissance pour le CSRef et que la clientèle risque de revenir si elle y reçoit un accueil courtois et personnalisé. Le défi pour le partenariat entre le projet Pesinet et le CSRef est donc de trouver un terrain d'entente où chaque partenaire sort gagnant, l'un en disposant de la structure nécessaire à la poursuite de ses activités et de la crédibilité de cette structure et l'autre en bénéficiant de retombées financières qui lui permettraient d'améliorer globalement son offre de services.

D'autres projets au Mali sont basés sur une approche similaire à celle de Pesinet et, bien que ne touchant pas nécessairement les mêmes objectifs, peuvent entrer en compétition pour l'allocation des ressources. Certains de ces projets qui proposent des services gratuits pourraient miner les acquis réalisés par un projet comme Pesinet car ils reposent sur un modèle non viable dans un pays comme le Mali. Le Ministère de la Santé soutient également ce genre de projets qu'il voit comme un apport direct de ressources au système de santé, ce qui pourrait être très néfaste pour la survie de Pesinet. Ainsi, il serait important que le Ministère de la Santé se dote d'une politique harmonisée par rapport au soutien des projets d'intervention visant la prise en charge des populations sur base communautaire et s'assure de la cohérence entre les moyens déployés dans ces projets et la réalité du système de santé malien. Le Ministère de la Santé a le pouvoir d'établir des conditions qui permettront que les fonds investis au pays soutiennent la création de structures viables et pérennes une fois les bailleurs repartis. C'est ce que le projet Pesinet propose et il a démontré sa capacité à mettre en œuvre un tel modèle avec un minimum d'appui des instances décisionnelles. L'ANTIM est un acteur clé dans ce dossier et le fait qu'elle cite le projet Pesinet comme un modèle de succès mérite un soutien plus

encadré afin que l'expérience de Pesinet contribue à la formulation de directives claires qui pourront mieux harmoniser la façon dont de tels projets d'innovation sociale sont déployés sur le terrain pour ensuite devenir intégrés dans l'offre de services au niveau national. Il y a une opportunité de partenariat fort intéressante pour la mise à échelle de Pesinet et il importe qu'une bonne communication entre l'équipe du projet et les instances décisionnelles soit priorisée.

Par ailleurs, le fait notamment que l'ANTIM préconise une approche d'harmonisation des infrastructures technologiques qui soutiennent les initiatives de télésanté au Mali requiert une attention particulière pour les promoteurs de Pesinet. Ainsi, afin d'assurer les chances de pérennisation du projet, le renforcement des partenariats institutionnels existants et le développement de nouveaux partenariats avec des structures nationales est essentiel pour Pesinet.

Étant donné les ressources limitées de la présente évaluation et l'absence de données fiables sur le suivi de l'état de santé des enfants abonnés, il n'a pas été possible d'étudier les effets et impacts de l'adhésion au programme Pesinet sur la diminution de la morbidité et de la mortalité associée aux maladies infantiles. Même si cela ne faisait pas partie des objectifs de l'évaluation, il est certain que les décideurs ont besoin de ce genre d'informations lorsque vient le moment d'investir des ressources en vue d'améliorer la santé du plus grand nombre d'individus. Nous pouvons cependant émettre l'hypothèse qu'une prise en charge plus rapide et une médication appropriée permettraient de réduire les risques de complication des maladies infantiles et, éventuellement la mortalité. D'autres études, à plus large échelle, sont nécessaires afin d'explorer ces hypothèses en s'assurant d'impliquer tous les acteurs concernés (Ministère de la Santé, structures de santé, bailleurs de fonds, responsables du projet, médecins et autres professionnels de la santé impliqués).

10. Conclusion

Le projet Pesinet du CSRef de la Commune III de Bamako a réussi à démontrer qu'un programme de suivi du poids et des symptômes de maladies chez les enfants de 0 à 5 ans dans la communauté peut permettre d'augmenter la prise en charge des maladies infantiles courantes dans un délai raisonnable et l'utilisation de médicaments appropriés. Ce programme sensibiliserait également les familles participantes à l'importance de la prévention. Les principaux avantages de l'abonnement à Pesinet pour les familles sont la réduction des dépenses de santé et la prise en charge rapide des enfants lors d'une urgence.

Cependant, le rôle des agents de pesée pourrait être bonifié en leur fournissant des formations complémentaires ou en recrutant des personnes avec une formation en santé, par exemple des aides-soignantes. Ceci permettrait qu'elles profitent des visites au domicile des enfants pour faire d'autres activités de prévention, comme par exemple sur la nutrition. Les conditions d'emploi des médecins impliqués dans le projet sont également à revoir afin d'assurer un service de qualité et sans rupture, tout en maintenant leur motivation. À cet effet, des modèles de partenariat entre le projet Pesinet et le CSRef sont à définir.

Enfin, il est essentiel de prévoir une évaluation à grande échelle des effets de ce programme sur les indicateurs de santé car cela n'a pas pu être réalisé dans la présente évaluation en raison des ressources insuffisantes et de la difficulté d'accéder à des données médicales fiables et uniformes dans les registres disponibles. Il est donc important de prévoir des ressources afin d'assurer le suivi des indicateurs de santé des enfants abonnés à Pesinet et des coûts associés à leur prise en charge afin de produire des évaluations sur le coût-efficacité de ce programme qui pourront informer les décisions quant à la mise à l'échelle du modèle proposé.

Références

Creswell, J.W., Plano Clark, V.L., Guttman, M.L., Hanson, E.E.: Advanced mixed methods research design. In: Tashakkori, A., Teddlie, C. (eds.) *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*, pp. 209–240. Sage Publications, Thousand Oaks (CA), 2003.

Goita, I. Thèse de médecine. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Bamako, 2010.

Grameen Foundation. Indice de Passage du Seuil de la Pauvreté (PPI™)
Un tableau de notation de la pauvreté au Mali. Janvier 2010.
www.progressoutofpoverty.org

Grameen Foundation. Indice de Passage du Seuil de la Pauvreté (PPI™) pour le Sénégal. 2009. www.progressoutofpoverty.org

Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé. Annuaire SLIS. Bamako, 2008.

Miles, M.B., & Huberman, A.M. *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). De Boeck, Paris, 2003.

Nations Unies. Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport 2010. Nations Unies, 2010.

Patton, M.Q. *Developmental evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford Press, New York, 2010.

Sevaistre, P. Afrique Initiative « Sortir de la logique d'assistance en matière de santé », propos recueillis par Patrick Fillioud, *Marchés Tropicaux & Méditerranéens* – 21 Décembre 2007. 30

Stake, R.E. *The Art of Case Study Research*. Sage Publications, London, 1995.

Wehrich, H., *The TOWS matrix: a tool for situational analysis*. *Journal of Long Range Planning*, 1982, 15(2).

Annexe I
Questionnaire d'enquête auprès des familles

Pesinet

Evaluation 2010 du programme de la
commune III de Bamako-Coura



*Fiches d'enquête
auprès des familles*

QUESTION 1 – POUR LES ABONNES PESINET UNIQUEMENT

ID de l'enfant abonné :

Nom et prénom de l'enfant abonné :

Nom et prénom de la mère :

Quartier :

Rue :

Porte :

Numéro de téléphone :

1. Pouvez-vous classer ces objectifs du programme Pesinet par ordre d'importance selon vous, en mettant 1 à l'objectif qui vous paraît le plus important, et 5 à l'objectif qui vous paraît le moins important ?

Prévenir les complications des maladies simples	N°
Détecter et soigner rapidement les maladies simples	N°
Réduire le coût des soins	N°
Assurer un suivi sanitaire régulier de l'enfant	N°
Sensibiliser les familles aux bonnes pratiques de prévention	N°

Date de collecte des réponses : __ / __ / __

Signature de l'enquêteur :

⇒ Question à poser une deuxième fois 4 à 6 mois après la date de la première réponse

QUESTION 2 – POUR LES ABONNES PESINET UNIQUEMENT

ID de l'enfant abonné :		
Nom et prénom de l'enfant abonné :		
Nom et prénom de la mère :		
Quartier :	Rue :	Porte :
Numéro de téléphone :		

1. De manière globale, êtes-vous :

- Très satisfait du service Pesinet
- Assez satisfait du service Pesinet
- Peu satisfait du service Pesinet
- Pas du tout satisfait du service Pesinet

2. Pouvez-vous donner votre niveau de satisfaction quant à la réalisation de chacun des objectifs de Pesinet cités ci-dessous ?

Objectif	Très satisfait	Plutôt satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Prévenir les complications des maladies simples				
Détecter et soigner rapidement les maladies simples				
Réduire le coût des soins				
Assurer un suivi sanitaire régulier de l'enfant				
Sensibiliser les familles aux bonnes pratiques de prévention				

3. Selon vous, quels sont les points à améliorer ?

Réponse :

.....
.....
.....

Date de collecte des réponses : __ / __ / __

Signature de l'enquêteur :

⇒ Question à poser une deuxième fois 4 à 6 mois après la date de la première réponse

QUESTION 3 – POUR LES ABONNES PESINET ET NON PESINET

Enfant abonné Pesinet ? <input type="checkbox"/> OUI (ID :)			<input type="checkbox"/> NON		
Nom et prénom de l'enfant :					
Nom et prénom de la mère :					
Quartier :		Rue :		Porte :	
Numéro de téléphone :					

Complétez ce tableau dès que vous avez réalisé un geste / une action pour la santé de votre enfant

Semaine 1 & 2 : du __/__/__ au __/__/__

1) Est-ce que l'enfant a été malade au cours de cette semaine ? OUI NON

1. a) SI OUI, avez-vous eu recours aux soins médicaux pour le soigner ?
(consultation, achat de médicaments) : OUI NON

1. b) SI NON, pourquoi ?

.....

.....

2) Complétez le questionnaire suivant :

Au cours des deux dernières semaines, je suis allée consulter pour mon enfant :		
	Combien de fois ?	Coût de chaque consultation
1) un médecin du CScom		
<ul style="list-style-type: none"> - quel CScom ? - pour quelle raison suis-je allé(e) au CScom ? - quelle maladie a été diagnostiquée par le médecin ? 	REPONSE :	
2) un médecin du CSréf		
<ul style="list-style-type: none"> - quel CSréf ? - pour quelle raison suis-je allé(e) au CSréf ? 	REPONSE :	

- quelle maladie a été diagnostiquée par le médecin ?		
	Combien de fois ?	Coût de chaque consultation
3) un médecin à l'hôpital		
- quel hôpital (Point G, Gabriel Touré, Luxembourg ?) - pour quelle raison suis-je allé(e) à l'hôpital? - quelle maladie a été diagnostiquée par le médecin ?	REPONSE :	
4) un médecin à la clinique		
- quelle clinique ? - pour quelle raison suis-je allé(e) à la clinique? - quelle maladie a été diagnostiquée par le médecin ?	REPONSE :	
5) un tradithérapeute (médecine traditionnelle)		
-pour quelle raison suis-je allée voir un tradithérapeute?	REPONSE :	
6) un proche non médecin		
- pour quelle raison suis-je allée voir un proche non médecin?	REPONSE :	

Au cours de la semaine, je suis allée acheter un traitement (médicaments ou remède) pour mon enfant :		
	Combien de fois ?	Coût de chaque traitement
1) à l'officine		
- quelle maladie ? - quels médicaments prescrits ?	REPONSE :	
2) au CScom		
- quelle maladie ? - quels médicaments prescrits ?	REPONSE :	
3) au CSréf		

- quelle maladie ? - quels médicaments prescrits ?	REPONSE :	
	Combien de fois ?	Coût de chaque traitement
4) à l'hôpital		
- quelle maladie ? - quels médicaments prescrits ?	REPONSE :	
5) à la clinique		
- quelle maladie ? - quels médicaments prescrits ?	REPONSE :	
6) au marché		
- quelle maladie ? quels médicaments ou remède achetés ?	REPONSE :	
7) on m'a donné un traitement / un remède		
- quel traitement ou remède ?	REPONSE :	
8) j'ai acheté un traitement/un remède auprès d'un proche		
- quel traitement ou remède ?	REPONSE :	
1) j'ai préparé le traitement/remède moi-même		
- quel traitement ou remède ?	REPONSE :	

Date de la collecte des réponses : __ / __ / __

Signature de l'enquêteur :

⇨ Questionnaire à éditer toutes les 2 semaines afin que l'enquêteur remette un nouvel exemplaire vierge à la famille à chaque passage.

QUESTION 4 – POUR LES ABONNES PESINET UNIQUEMENT (hors cadre évaluation : indicateurs internes de pilotage)

ID de l'enfant abonné :

Nom et prénom de l'enfant abonné :

Nom et prénom de la mère :

Quartier :

Rue :

Porte :

Numéro de téléphone :

1. Comment avez-vous entendu parler de Pesinet ? **1 seule réponse possible**

- Par une agent de pesée
- Par un proche
- Par le centre de santé (la PMI)
- Lors d'une journée de sensibilisation
- Autre : précisez :

2. Avant d'abonner votre enfant à Pesinet, quelle structure médicale fréquentiez-vous **en priorité** lorsque votre enfant était malade ?

- **le CS com.**

Si OUI, précisez le nom du CScom :

- **le CSréf**

Si OUI, précisez le nom du CSréf :

- **l'hôpital**

Si OUI, précisez le nom de l'hôpital :

- **la clinique**

Si OUI, précisez le nom de la clinique :

- **Autre**

- Précisez :

**QUESTION 5 – POUR LES ABONNES PESINET ET LES NON ABONNES (hors cadre
évaluation : indicateurs de pilotage internes)**

Enfant abonné Pesinet ?	<input type="checkbox"/> OUI (ID :)	<input type="checkbox"/> NON
Nom et prénom de l'enfant :		
Nom et prénom de la mère :		
Quartier :	Rue :	Porte :
Numéro de téléphone :		

Actuellement, Pesinet propose un abonnement mensuel qui comprend:

- le suivi hebdomadaire à domicile du poids de votre enfant et des symptômes éventuels
- la consultation gratuite en cas de convocation
- le remboursement des médicaments à 50%, dans le cadre de la liste des médicaments pris en charge par Pesinet

1. a) Si le prix de l'abonnement actuel devait augmenter, seriez-vous intéressé(e) pour souscrire un abonnement moins cher mais qui couvrirait moins de services ?

- OUI, je préfère renoncer à un des services proposés par Pesinet mais ne pas payer plus cher
- NON, je préfère garder TOUS les services proposés par l'abonnement actuel, même si le prix mensuel doit augmenter

1. b) Si OUI, quel abonnement vous intéresserait :

	OUI	NON
Un abonnement moins cher mais qui comprend uniquement la pesée de l'enfant		
Un abonnement moins cher mais qui comprend uniquement la pesée ET les consultations gratuites		
Un abonnement moins cher mais qui comprend uniquement la pesée ET le remboursement des médicaments à 50%		

Date de la collecte des réponses : __ / __ / __

Signature de l'enquêteur :

Annexe II

Questionnaire d'évaluation de la catégorie socio-économique (PPI)

CODAGE DE LA GRILLE PPI

Codage des items	Intitulé des Questions & Réponses	Codage de la réponse
Q1	Quel est le matériau des murs de la maison?	
A	Autre	0
B	Briques en banco ou en ciment	11
Q2	Quelle est la principale source d'énergie utilisée pour l'éclairage?	
A	Lampe tempête ou lampe à pétrole artisanale	0
B	Bougie, bois ou autre	3
C	Groupe électrogène, solaire, lampe à gaz ou électricité	8
Q3	Quelle est la principale source d'énergie utilisée pour faire la cuisine?	
A	Autre	0
B	Gaz	7
Q4	Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau utilisée pour boire?	
A	Autre	0
B	Robinet intérieur	7
Q5	Quel type de toilettes utilise le ménage?	
A	Latrines non couvertes, cuvette/seau, aucun ou autre	0
B	Latrines couvertes, latrines ventilées améliorées ou chasse d'eau avec fosse septique	8
C	chasse d'eau branchée à l'égout	19
Q6	Votre ménage possède-t-il un réfrigérateur/congélateur?	
A	Non	0
B	Oui	19
Q7	Votre ménage possède-t-il une télévision?	
A	Non	0
B	Oui	2
Q8	Votre ménage possède-t-il un ventilateur?	
A	Non	0
B	Oui	15

Codage des items	Intitulé des Questions & Réponses	Codage de la réponse
Q9	Votre ménage possède-t-il un fer à repasser électrique?	
A	Non	0
B	Oui	5
Q10	Est-ce que le chef de famille féminin ou la première épouse sait lire ou écrire dans une langue quelconque?	
A	Il n'y a pas de chef de famille féminin ou de première épouse	0
B	Non	2
C	Oui	7
Q11	SI OUI à Q10, quelle est la dernière année d'école accomplie par la maman?	
		Noter le déclaratif des mamans
Q12	Quel est le métier du père de l'enfant?	
A		Noter le déclaratif des mamans
Q13	Etes-vous locataire ou propriétaire?	
A	Locataire	0
B	Propriétaire	1