



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DES ENTREPRISES ET AUTRES
ORGANISATIONS (ISMEO)**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Pour l'obtention du

**DIPLOME DE MAITRISE PROFESSIONNALISEE EN GESTION DES
ENTREPRISES ET DES ORGANISATIONS**

OPTION : GESTION DES PROJETS

ANNEE ACADEMIQUE 2007-2008



SUJET :

**ANALYSE DE LA PERFORMANCE D'UN PROJET DE
SANTE : CAS DU GIP ESTHER A L'HOPITAL
ARISTIDE LE DANTEC.**

Préparé par

DIECKDIAM POUYE



Sous la direction de

M. Ibrahima Mboulé FALL

Avril 2011

M0183MPGEO11

DEDICACE

A la Sainte Vierge Marie Mère de Dieu !

A tous les membres de la famille pour leur longue patience et les sacrifices consentis.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

- A mon Directeur de Mémoire, M. Ibrahima Mboulé Fall pour son dévouement et son abnégation.
- A toutes les Autorités Médicales et Administratives de l'Hôpital Aristide Le Dantec.
- A la Coordinatrice du Projet ESTHER HALD, Pr Thérèse Moreira Diop.
- Au chargé de Projet ESTHER HALD M. Abdou Ndoye et tous ceux qui de près ou de loin sont impliqués dans ce programme et m'ont apporté leur précieuse collaboration au sein de cette structure.
- A M. Ahmadou Traoré et à tout le corps professoral du CESAG pour tout ce qu'ils nous ont apporté.
- A tous les étudiants du CESAG avec qui nous avons partagé d'intenses moments de communions durant la formation.
- A toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail, j'adresse mes remerciements.

LISTE DES ACRONYMES

ACDI :	Agence Canadienne pour le Développement International
AES :	Accident d'Exposition au Sang
AFNOR :	Association Française pour la normalisation.
ANCS :	Alliance nationale de Lutte Contre le Sida
ARV :	Antirétroviraux
CHU :	Centre hospitalo Universitaire
CNLS :	Conseil national de lutte contre le SIDA
CDVA :	Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme
CESAG :	Centre africain d'Etudes Supérieures en Gestion
DLSI :	Division de lutte contre le Sida et les IST
DES :	Diplôme d'Etudes Spéciales
FHI :	Family Health International
FIDA :	Fonds international de développement Agricole
ESTHER :	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
GP :	Groupe de Parole
HALD :	Hôpital Aristide Le Dantec
HCL :	Hospices Civils de Lyon
ISAARV :	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
LBA :	Lavage broncho alvéolaire
MIO :	Médicaments contre les infections opportunistes
NEPAD :	Nouveau Partenariat d'Afrique pour le Développement.

OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisme Non Gouvernemental
ONUSIDA :	Programme Commun des Nations Unis sur le SIDA
PDV :	Perdu de Vue
PEC :	Prise En Charge
PME/PMI :	Petite et Moyenne entreprise et Industrie
PECG :	Prise En Charge Globale
PNLS :	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PV VIH :	Personne vivant avec le VIH
PTME :	Prévention de la Transmission Mère /Enfant
SIDA :	Syndrome de l'immunodéficience Acquis
UE :	Union Européenne
USAID:	United States Agency for International development
VAD :	Visite à domicile
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH1 :	Virus de l'Immunodéficience Humaine Type1
VIH2 :	Virus de l'Immunodéficience Type2

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Etapes du cycle de vie du projet (Modèle Union Européenne et Banque Mondiale)....	14
Tableau 2 : Effectifs des malades pris en charge (Mars 2005).....	30
Tableau 3 : Effectifs des malades pris en charge (Mars 2006).....	30
Tableau 4 : Effectif des malades pris en charge (Novembre 2006).....	31
Tableau 5 : Effectifs des patients pris en charge (MARS 2007)	33
Tableau 6 : Chronogramme d'activités 2006/2007	37
Tableau 7 : Evolution du nombre de décès et de perdus de vue.....	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des patients de la file active sous ARV de 2005 à 2008.....	35
Figure 2 : Evolution du nombre de décès et de perdus de vue	46

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ACRONYMES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	v
SOMMAIRE.....	vi
INTRODUCTION	i
PREMIERE PARTIE CADRE THEORIQUE ET CONTEXTE DE L'ETUDE.....	9
CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE	10
Section : Généralités sur les concepts de projet.....	10
Section 2 : La performance des projets.....	14
CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	19
Section 1 : Présentation des structures sanitaires partenaires	19
Section 2 :Présentation du projet	22
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET RECOMMANDATIONS	28
CHAPITRE 3. PRESENTATION DES RESULTATS.....	29
Section 1 : Résultats à l'An 1	29
Section 2 : Résultats à l'An2	33
CHAPITRE 4 : ANALYSE CRITIQUE ET RECOMMANDATIONS	41
Section1 : Analyse critique.....	41
Section 2 : Recommandations et plan de mise en œuvre.....	47
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE.....	53
ANNEXES	56
TABLE DES MATIERES.....	67

INTRODUCTION

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Des sommes d'argent impressionnantes sont, investies dans la lutte contre le SIDA dans plusieurs pays du Monde notamment les plus pauvres. Elles sont passées de 300 millions de dollars américains en 1996 à 8,9 milliards en 2006¹. Ce chiffre, certes colossal, ne représente qu'environ la moitié de celui qui est actuellement nécessaire pour faire face à la maladie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Sur le plan humain, les statistiques de l'ONUSIDA (rapport ONUSIDA 2006) révèlent que le nombre de personnes souffrant de la maladie a atteint 39.5 millions en 2006 avec 4,3 millions de nouvelles infections. En 2010, les chiffres publiés par l'ONUSIDA concernant les données épidémiologiques de l'année 2009 restent toujours pharaoniques : 33,3 millions de PVVIH sont dénombrées dans le monde et 2,6 millions de nouveaux cas d'infections à VIH² !

Depuis son apparition, la pandémie a causé en 26 années de propagation la mort de 25 millions de personnes. A noter que la majorité des Personnes Vivant avec le VIH était constituée de femmes et de filles.

Par ailleurs, l'Afrique subsaharienne demeure de loin la région la plus durement touchée par l'épidémie VIH/SIDA .En 2003, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) de cette région est estimé à 26,6 millions dont 3,2 millions ayant contracté l'infection au cours de l'année écoulée. Le SIDA a tué près de 2.3 millions de personnes en 2003.³

Quant au Sénégal, la pandémie du VIH y est caractérisée par une prévalence relativement faible et stable depuis l'avènement des premiers cas de SIDA en 1986.

Selon le premier bulletin épidémiologique (2003-2004), la prévalence estimée est de l'ordre de 1,4% dans la population générale avec un nombre de PV VIH à 80000.

Le SENEGAL fait partie des pays à épidémie concentrée, ce qui signifie que la prévalence est basse dans la population et forte chez les populations à haut risque (travailleuses du sexe, homosexuels)

¹ Rapport ONUSIDA, 2006

² Rapport ONUSIDA, 2010

³ OMS, 2004

La contribution des projets de santé, en plus du rôle de l'Etat dans cette lutte est capitale même s'ils rencontrent des problèmes liés au fait que la prise en charge concerne non seulement le sida mais d'autres maladies associées telles que la tuberculose, l'hépatite et des secteurs comme la santé de la reproduction. C'est ainsi que diverses institutions comme le programme des Nations Unies contre le Sida (ONUSIDA), le Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD), Family Health International (FHI), le Groupement d'Intérêt Public Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau (GIP ESTHER) parmi tant d'autres, participent à la lutte contre le Virus de l'Immuno déficience Acquis (VIH).

Face à cette pandémie ravageuse, devenue un véritable défi pour les systèmes de santé, de multiples et divers moyens financiers humains matériels et stratégiques sont déployés pour diminuer les méfaits. La mobilisation contre ce fléau existe à tous les niveaux : local, national continental et mondial. ...

Toutefois, force est de constater que la plupart des projets en Afrique souffre d'une insuffisance de performance et d'absence de pérennisation des activités au delà des financements.

Ce mémoire intitulé, « analyse de la performance d'un projet de santé : cas du Groupement d'Intérêt Public Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (GIP ESTHER) dans la PEC des PVVIH à l'Hôpital Aristide le Dantec (HALD) sera composée de deux parties : la première porte sur le cadre théorique et la seconde présente et analyse les résultats.

PRESENTATION GENERALE

1. - Problématique

Les années 2000 sont marquées au Sénégal par l'ère de la réforme hospitalière. En effet, beaucoup d'hôpitaux sont passés maintenant au statut d'Etablissements Publics de Santé (EPS). Les nombreuses difficultés auxquelles sont confrontés les agents de santé et les patients fréquentant ces structures ont été à l'origine de l'avènement de ce nouveau statut pour apporter beaucoup plus de satisfaction à la demande de tous les usagers.

Dans ces circonstances, tout soutien extérieur ne peut être que salutaire vu les moyens très limités alloués aux hôpitaux. Chaque structure sanitaire peut user de sa propre stratégie pour disposer de ressources additionnelles pour mieux faire à ses multiples charges.

C'est ainsi qu'un jumelage est né entre un hôpital européen, les Hospices civils de Lyon et un hôpital sénégalais, l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD).

Le fruit de ce partenariat s'est manifesté à travers les différentes actions menées par le Groupement d'Intérêt Public Ensemble pour une Solidarité thérapeutique en Réseau (GIP ESTHER) qui est un organisme à but non lucratif qui apporte son appui aux personnes vivant avec le VIH à travers divers domaines d'intervention.

Des événements importants ont marqué le cycle de vie de ce projet comme son passage de « projet sectoriel » en « projet pays » et la limitation des ressources qui s'en est suivie et qui a été durement ressentie par les bénéficiaires.

En effet, après la signature de la convention entre les deux structures en 2004, la prise en charge (PEC) des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) a débuté réellement en février 2005. Cette PEC s'articule autour des volets médical, psychosocial, formation et équipement en matériel au bénéfice de l'hôpital.

Durant cette première phase du projet où l'Hôpital A .Le Dantec était la seule structure à laquelle étaient allouées directement les ressources, les patients bénéficiaient gratuitement des consultations médicales, des examens de laboratoires et n'achetaient pas de médicaments.

Les rencontres de discussion et de sensibilisation appelées « Groupes de Paroles » se tenaient fréquemment.

Les frais de transport étaient remboursés aux patients et un crédit pour téléphone était toujours disponible pour aviser les patients qui risquaient de rater leur rendez-vous

Beaucoup d'ateliers de formation étaient organisés sur site c'est-à-dire au niveau de l'hôpital même, en plus de l'envoi de certains agents (médecins, pharmaciens, infirmiers.) impliqués dans cette PEC en stage à l'étranger.

Dans le même cadre, certains services ont été équipés en matériel de bureau (ordinateurs) ou appuyés en logistique médico-chirurgicale.

Ces activités sont entièrement prises en charge par le GIP sans aucune participation financière de l'hôpital ni des patients.

Dans la seconde phase du projet, l'HALD n'est plus l'unique bénéficiaire du projet mais la couverture du GIP ESTHER s'étend désormais à d'autres structures comme l'Hôpital Principal de Dakar, le CHU de Fann, etc.

La baisse drastique des ressources financières destinées à l'HALD a alors, engendré, des impacts négatifs sur la gratuité des examens complémentaires, la baisse des activités psychosociales telles la recherche des perdus de vue, la motivation des agents impliqués dans la PEC ...etc.

Dans ces circonstances et en tenant compte des actions d'autres organisations impliquées dans la PEC de la pandémie à l'hôpital, il se pose aujourd'hui la question de savoir comment améliorer la performance du GIP ESTHER au sein de cette institution.

2. Objet de l'étude

L'étude porte sur la performance du GIP ESTHER en tant que projet de santé dans ses différents domaines d'intervention au niveau de l'Hôpital Aristide Le Dantec.

3. Objectifs de l'Etude

a) Objectif général de l'étude

L'objectif général de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la performance du GIP ESTHER à l'HOPITAL A LE DANTEC

b) Objectifs spécifiques

De manière spécifique, cette étude a pour objectifs

- d'identifier les facteurs de performance des projets de lutte contre le VIH Sida
- de décrire le Système de Gestion du GIP ESTHER à l'Hôpital Aristide Le Dantec,
- de déceler les contraintes liées à l'exécution du projet
- formuler des recommandations en vue d'améliorer la performance du projet.

4. La méthodologie de l'étude.

Pour atteindre nos objectifs, nous procédons à un recueil des informations utiles afin d'appréhender le sujet traité à savoir l'analyse de la performance du GIP ESTHER à l'H ALD.

Pour ce faire, cette section identifie d'abord la population cible puis définit les instruments de l'étude et les méthodes de traitement des données.

4.1. Les méthodes de collecte.

La collecte des données est basée sur les techniques d'enquêtes de terrain par administration de questionnaire. Elle est appuyée par l'analyse documentaire (rapport d'activités, d'évaluation, de mission de supervision).

4.1.1. La revue documentaire

Elle est essentiellement basée sur les rapports d'activité, de supervision et d'évaluation du projet.

4.1.2. L'enquête par sondage

C'est une enquête effectuée sous forme de méthodes qualitatives et quantitatives et qui a permis d'interviewer les acteurs impliqués dans la gestion du projet ESTHER à l'H A L D ainsi que les PVVIH qui y sont suivies.

- Outils de collecte des données

Le questionnaire reste le principal outil de collecte de données utilisé dans cette étude.

- L'échantillonnage

Il s'est fait à partir de la population cible dans laquelle un échantillon suffisamment représentatif a été prélevé.

❖ Population cible

La population concernée par cette étude correspond aux PVVIH et aux différents agents hospitaliers impliqués dans la PEC de ces PVVIH à l'HALD c'est -dire les médecins, les pharmaciens, les paramédicaux, les assistants sociaux, le personnel du service administratif, etc.

❖ L'échantillon

Du fait du caractère sensible du thème traité, à savoir la maladie du SIDA, le nombre exact de personnes interrogées n'a pas pu être fixé au départ ; seuls sont retenus comme échantillon ceux qui ont bien voulu répondre au questionnaire et qui sont issus de toutes les catégories socioprofessionnelles indiquées dans la population cible mais aussi des PVVIH.

4.2. Les méthodes de traitement.

Elles s'appuient sur le dépouillement manuel des données suivies de la saisie de celles-ci et de leur traitement .Ce travail a été fait avec les logiciels Word et Excel.

4.3. La démarche de l'étude.

Elle s'articule autour de :

- la revue de la littérature
- l'élaboration d'un questionnaire de recherche
- l'administration d'un questionnaire
- le dépouillement et l'analyse des résultats
- La formulation de recommandations suivie de propositions de solutions en vue d'améliorer la performance du Projet.

5. Intérêt de l'étude

Pour le Sénégal :

Ce travail lui fournit des informations pour mieux améliorer sa stratégie de lutte contre le VIH SIDA

Il lui permet également de s'informer sur l'état des besoins en formation pour ses agents, en équipement pour ses structures, etc.

Pour les autres associations

Diverses associations comme le Conseil National de lutte contre le Sida (C.N.L.S) l'Alliance nationale de lutte contre le Sida (A.N.C.S.), les comités régionaux. Impliquées dans la lutte contre la pandémie du SIDA peuvent y tirer un bénéfice certain

Pour le Projet ESTHER :

Cette Etude peut lui servir de guide pour évaluer la performance dans ses différents domaines d'activité au niveau de l'Hôpital A. Le Dantec

Cet intérêt pourrait d'ailleurs être partagé par les autres partenaires et O.N.G qui s'activent dans cette P.E.C

Pour le CESAG

Ce travail sera un nouvel outil enrichissant dans sa mission de culture d'excellence inculquée à ses étudiants.

En outre les informations compilées dans ce document peuvent lui permettre de diversifier ses axes de recherche

Pour l'Etudiant :

Cette étude lui permet d'une part de s'imprégner des mécanismes de fonctionnement des projets et d'autre part de mettre en pratique les enseignements théoriques reçus au CESAG dans le domaine du management des projets.

6. Délimitation du champ de l'étude

La présente étude se limitera à l'analyse de la performance du GIP ESTHER à travers ses différentes activités de prise en charge (PEC) des PVVIH à l'Hôpital Aristide Le Dantec

7. Annonce du plan de l'étude

En dehors de l'introduction et de la conclusion, l'étude comportera deux parties :

La première partie composée de deux chapitres qui décline le cadre théorique et le contexte de l'étude.

La seconde partie, elle aussi, composée de deux chapitres et qui procède à la présentation et à l'analyse des résultats suivie de recommandations.

PREMIERE PARTIE
CADRE THEORIQUE ET CONTEXTE DE
L'ETUDE

CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE

Ce chapitre décline les généralités sur les concepts de projet et la performance des projets.

Section : Généralités sur les concepts de projet

Cette section porte sur les notions clés relatives au projet, les structures de projet, et le cycle de vie des projets

1.1 Notions clés relatives au projet

1.1.1 Définitions

Suivant les circonstances et selon les auteurs, le concept de projet peut prendre différentes définitions : «Un projet est un ensemble complet d'activités et d'opérations qui consomment des ressources limitées (main d'œuvre, devises, etc.) et dont on attend des revenus ou autres avantages monétaires ou non monétaires » Bridier M. et Serge M. (1995).

Le dictionnaire de management des projets le définit comme étant « un ensemble d'actions à réaliser pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement un début mais une fin »

Ahmadou Traoré dans son cours de gestion des projets définit le projet « comme un ensemble d'activités interdépendantes destinées à la livraison d'un produit ou service clairement identifié et généralement dans un contexte de temps et de ressources limitées »

L'analyse de ces différentes définitions du projet fait ressortir des aspects clés comme objectifs, ressources, besoins, durée et temps.

De ce fait, projet est un ensemble d'éléments complexes qu'il faut agencer pour aboutir à un résultat.

1.1.2 Projet, programme et plan

Le programme recouvre un domaine beaucoup plus large que le projet. En effet, il peut être appréhendé comme un ensemble de projets conduits d'une façon coordonnée afin d'en obtenir un résultat global que ne permettrait pas un management indépendant de chacun d'entre eux. Il intéresse particulièrement un ou des services donnés.

Un plan est un ensemble de programmes.

1.1.3 Gestion de projet, management de projet

La gestion des projets

On désigne par gestion de projet des méthodes et des techniques créées pour la conception, l'analyse et la conduite d'activités temporaires fortement irréversibles, non répétitives, réalisées sous contrainte de temps, en engageant des ressources rares et limitées » Declercq Olsen (Notes de cours : Gestion et suivi de projet)

Le management des projets

La norme iso 10006 définit le management de projet de la façon suivante : « Le management de projet comprend la planification, l'organisation, le suivi de la progression et la maîtrise de tous les aspects du projet dans un processus continu, afin d'atteindre ses objectifs »

Le dictionnaire de *Management de projet* indique que le Management de Projet comporte deux fonctions différentes : la direction du projet qui s'intéresse à des décisions stratégiques ou tactiques et la gestion du projet qui s'occupe des décisions opérationnelles et intervient dans la préparation de certaines décisions stratégiques.

1.1.4 Typologie des projets

Les projets peuvent être distingués selon la taille, le secteur et la finalité.

Suivant certains paramètres, on distingue plusieurs types de projet :

Il s'agit selon la taille de :

- microréalisation : petit projet à caractère participatif avec important investissement humain
- microprojet ; projet de faible investissement (PME /PMI)
- méso et mégaprojet (comme le NEPAD) à une échelle un peu plus grande et intéressant des aspects macro économiques.

Par rapport au secteur, le projet peut concerner plusieurs secteurs (projet plurisectoriel) ou un domaine particulier (projet sectoriel) comme celui de la santé, de l'agriculture etc.

Quant à la finalité, le projet peut viser une rentabilité financière (projet productif) ou un but social pour les biens et services d'utilité publique tels que l'éducation, la santé (projet non directement productif).

1.1.5 Chef de projet

D'après Michel J. & Jean Louis G.M. (1994), « Le chef de projet est responsable du management de projet vis-à-vis de sa hiérarchie et de la direction de l'entreprise. Il a reçu délégation (qui devrait être toujours être formalisée par une lettre de mission) de la part de la direction de l'entreprise, de mener à bien le projet dans un cadre précis .C'est lui qui bâtit sa propre stratégie et pilote son projet vers l'objectif à atteindre ».

Pour M.Destors et J.Le Bissonnais (2000), le chef de Projet est : « l'interlocuteur de l'entreprise vis-à-vis du client. Le Chef de projet est responsable de la réalisation du projet dans les objectifs négociés de techniques, de cout et de délai ».

1.2 Structure de Projet

1.2.1 Structure fonctionnelle

C'est un système d'organisation de projet dans lequel les personnes travaillant dans le projet restent rattachées à leur hiérarchie normale de qui elles continuent de recevoir des consignes de travail.

Le chef de projet est choisi dans la structure permanente et est obligé, quand il a un travail à faire exécuter par le spécialiste d'un service, de s'adresser à lui par voie hiérarchique.

1.2.2 Structure par projet

Dans ce cas, le projet est dirigé par une équipe qui ne répond qu'au chef de projet et ce dernier jouissant d'une large autonomie. Chaque projet dispose de ses ressources et compétences propres pour la durée du contrat ; le Chef de Projet est dans une position de management de type hiérarchique.

1.2.3 Structure matricielle

Dans ce type de structure, les spécialistes sont affectés au projet par leur chef de spécialité et à qui ils restent rattachés hiérarchiquement. Cependant, ils forment avec les spécialistes des autres disciplines concernées une véritable équipe de projet pilotée par le chef de projet.

1.3 Cycle de vie des Projets

Il comprend généralement six étapes :

- l'identification
- la préparation
- l'appréciation
- la négociation
- l'exécution
- l'évaluation ex post

A noter que celles-ci peuvent être synthétisées en trois phases principales à savoir : la planification (réunissant les quatre premières étapes), l'exécution ou la mise en œuvre et enfin l'évaluation.

Par ailleurs, il faut signaler que la plupart des bailleurs de fonds (surtout pour les projets sociaux) tels que la Banque Mondiale, la Caisse Française de développement, l' USAID, et l'ACDI a leur propre cycle de vie de projet.

Exemple : le tableau suivant présente les étapes de l'Union Européenne et de la Banque Mondiale.

Tableau 1 : Etapes du cycle de vie du projet (Modèle Union Européenne et Banque Mondiale)

Les trois phases traditionnelles	Les 6 phases de la Banque Mondiale	Les 6 phases de l'Union Européenne
1-Conception	1-Identification	1 .Programmation
	2-préparation	2. Identification
	3-Evaluation ex ante	3. Instruction de la formulation
	4-sélection	4. Financement
	Négociation	
	Financement	
2_Execution	5-Exécution	5- Exécution
3-Evaluation	6-Evaluation	6- Evaluation

Source : Notes de cours

Section 2 : La performance des projets

Cette section comporte deux paragraphes où sont décrits les éléments essentiels sur la performance d'une part et des modèles d'analyse de la performance d'autre part.

2.1. Eléments essentiels sur la performance.

Ils sont axés sur certaines définitions non exhaustives du concept de performance, ses critères d'évaluation et enfin ses indicateurs.

2.1.1. Définitions de la performance

Pour P. Voyer (1999); la performance peut être la réponse au besoin en termes de qualité, de cout de délais et de temps. A l'autre pole du continuum, la performance peut représenter la juxtaposition de l'efficience, de l'efficacité du bien fondé d'une organisation.

D'après le Fonds International de Développement Agricole (FIDA), « documents d'évaluation des projets », la performance est la mesure dans laquelle un projet ou un partenaire au développement applique les normes de mise en œuvre et obtient des résultats conformes aux objectifs fixés avec les moyens qui lui ont été alloués.

Cette deuxième définition concorde avec l'approche des projets développement et par conséquent demeure valable dans les projets de santé comme ceux intervenant dans la lutte contre le VIH Sida

2.1.2. Critères d'évaluation de la performance

L'évaluation de la performance d'un projet fait intervenir les paramètres tels que l'impact, la viabilité, l'efficacité, l'efficience et la pertinence.

Ainsi, l'impact mesure si les bénéficiaires reçus par les destinataires cibles ont un effet global plus large sur un plus grand nombre de personnes dans la région ou le pays.

La viabilité indique si les points positifs introduits par le projet perdurent à la disparition du projet.

L'efficacité montre si les résultats attendus ont été atteints en quantité ou en qualité.

Quant à l'efficience, elle révèle si les résultats ont pu être obtenus avec un minimum de ressources.

La pertinence concerne la mesure dans laquelle les objectifs du projet correspondent aux priorités des groupes cibles, des partenaires, etc.

2.1.3. Indicateurs de la performance

Les indicateurs de performance sont des mesures qui permettent de déterminer à un moment donné dans l'exécution d'un projet les progrès réalisés par rapport aux objectifs préalablement définis.

A titre illustratif, les indicateurs de coût, de délai et de qualité peuvent être notés.

Pour Philippe Lorino, un indicateur est beaucoup plus qu'un chiffre, c'est en fait un outil de gestion réunissant une série d'informations plus ou moins complexes notamment :

- sa raison d'être : l'objectif stratégique auquel il se rattache, la cible chiffrée et datée qui lui est impartie, éventuellement des résultats comparatifs ;
- la désignation d'un acteur chargé de le produire :
- la désignation d'un acteur responsable du niveau de l'indicateur :
- la périodicité de production de suivi de l'indicateur ;
- les modes de segmentation de suivi, de présentation et la liste de diffusion

A part les indicateurs de cout, de qualité et de délai, d'autres types d'indicateurs à savoir des indicateurs de résultats, de suivi de pilotage peuvent être pris en compte.

Ils peuvent également être distingués selon leur positionnement par rapport à l'action.

2.1.3.1. Les indicateurs de résultat

Ils mesurent, pour une action donnée, comme leur nom l'indique le résultat final de l'action (degré de performance atteinte, degré de réalisation d'un objectif).

Par définition, l'indicateur de résultat arrive trop tard par rapport à l'action puisqu'il permet de constater que l'on a atteint plus ou moins les objectifs. C'est un outil de suivi pour formaliser et contrôler l'objectif.

2.1.3.2. Les indicateurs de suivi.

Ils mesurent la progression des activités et permettent de réagir (action correctrice) avant que le résultat ne soit consommé.

Un indicateur de suivi doit révéler les évolutions tendanciennes dans les processus et fournir une capacité d'anticipation ou de réaction à temps.

2.1.3.3. Les indicateurs de reporting

Ils servent à informer le niveau hiérarchique sur la performance réalisée et le degré d'atteinte des objectifs. Il s'agit toujours d'un indicateur de résultat, donc d'un constat à priori.

2.1.3.4. Les indicateurs de pilotage

Ils servent à la propre gouverne de l'acteur qui les suit pour pouvoir piloter son activité. L'indicateur de pilotage doit guider une action en cours et n'a pas nécessairement vocation à remonter aux niveaux hiérarchiques.

2.1.3.5. Les tableaux de bord

Les indicateurs de pilotage sont regroupés en tableaux de bord, qui en assurent une lecture lisible et interprétable adaptée aux besoins de pilotage.

Chaque tableau de bord correspond à une unité de pilotage donnée sur laquelle ont été définis un schéma de responsabilité et une animation de gestion en vue d'atteindre des objectifs de performance.

2.2. Les Modèles d'analyse de la performance

Les modèles d'analyse étudiés ici sont : le modèle de Norton&Kaplan, le modèle systémique et celui de la Banque Mondiale.

2.2.1. Le modèle de Norton&Kaplan

Ces auteurs proposent quatre axes majeurs d'analyse basés sur les résultats financiers, la satisfaction des clients, les processus internes, l'innovation et l'apprentissage organisationnel.

La perspective financière tient compte de l'accroissement du chiffre d'affaires, la réduction des coûts combinée à une amélioration des chiffres d'affaires et la gestion du risque.

L'optique client met en relief les notions de relation avec le client (qualité de l'accueil, meilleure image de marque dont les indicateurs restent la réactivité, la qualité et le prix) pour arriver à sa satisfaction.

Le déroulement du processus interne est lié aux aspects de coût et de délais.

L'innovation et l'apprentissage font intervenir la réorientation de la compétence, un alignement des objectifs aux compétences de l'entreprise et un développement des ressources humaines.

2.2.2. Le modèle systémique

Pour celui-ci, la performance est fonction des critères de partenariat, de ressources, des résultats de production, d'impact sur les bénéficiaires et de l'environnement. Dans cette situation, la réalisation d'un projet résulte de l'intervention et de l'action de plusieurs acteurs.

C'est donc par l'intermédiaire des ressources humaines, matérielles et des conditions structurelles que surviennent les résultats physiques des activités de projet.

Le contexte, les possibilités d'intervention et les facteurs extérieurs constituent l'environnement où se réalisent tous les événements du cycle de vie du projet.

2.2.3. Le Modèle de la Banque Mondiale

Ce modèle utilise une méthode d'évaluation basée sur cinq paramètres à savoir les résultats, la durabilité, l'impact sur le développement institutionnel, la performance de la Banque et la performance du pays emprunteur.

Parmi tous ces modèles précités, le modèle systémique est celui qui s'adapte beaucoup plus aux projets.

CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE

Ce chapitre présente le contexte de l'étude

Section 1 : Présentation des structures sanitaires partenaires

Il existe depuis 2001 un jumelage entre les Hospice Civils de Lyon et l'HALD dans le cadre de la réforme hospitalière. Ce jumelage était renforcé en 2004 par l'appui d'ESTHER à la PEC des PV VIH.

1.1. Présentation générale de l'hôpital Aristide Le Dantec

Il compte en son sein un service administratif, dix huit services cliniques, neuf services diagnostics et une pharmacie.

Trois mille consultations y sont assurées quotidiennement soit en moyenne quinze mille/semaine et dix huit mille huit cent vingt hospitalisations en 2005.

Dans ses activités de formation, trois cents médecins sont inscrits au Diplôme d'Etudes Spéciales (DES) et sont d'environ douze nationalités.

L'encadrement de cinq mille élèves et étudiants en médecine y est assuré.

Malgré tout ce lourd travail abattu, l'Hôpital traîne une ardoise de un milliard sept cent millions CFA.

Cependant les services les plus concernés par le projet ESTHER sont le service de Médecine Interne, le service de dermatologie et le service de pédiatrie.

Le service de Médecine Interne comporte quatre divisions représentées par un pavillon d'hospitalisation pour hommes appelé Laennec, un pavillon d'hospitalisation pour femmes nommé Pachon, un service de gastroentérologie et un service de néphrologie.

Dans ce service de Médecin Interne, figurent aussi une unité d'endoscopie et d'échographie mais aussi un pavillon d'accueil où sont reçues les premières les urgences vitales.

Le service de Médecine Interne dispose au total d'une capacité d'accueil moyenne de soixante onze lits pour les hospitalisations.

Le service de Dermatologie possède une capacité d'accueil de vingt huit lits pour l'hospitalisation, deux salles de consultations et une salle de soin. Les pathologies les plus fréquentes chez ses hospitalisés restent l'érysipèle, la toxidermie, la sclérodermie et la maladie de Kaposi.

Le service de Pédiatrie dispose d'une capacité d'hospitalisation de soixante onze lits fonctionnels et les pathologies qui y sont traitées demeurent les infections néonatales, les infections respiratoires, les gastroentérites, etc.

Missions

L'HALD s'est assignée comme missions :

- d'offrir les soins d'une qualité exceptionnelle et empreints de compassion à ses patients ainsi qu'à leur famille tout en étant particulièrement dédiées aux traitements des cas complexes,
- de repousser les limites de la connaissance médicale par le biais de la recherche et intégrer ces nouvelles connaissances et académiques ;
- de dispenser un enseignement de qualité en sciences de la santé aux professionnels de santé, aux administrateurs ainsi qu'à l'ensemble de la communauté ;
- d'évaluer et développer de nouvelles technologies et procédures pour la prévention, l'évaluation et la gestion des conditions de santé ;

Dans le domaine du partenariat, l'institution travaille en collaboration avec ses partenaires du réseau de la santé afin d'assurer un continuum des soins complets et intégrés pour les populations dont il est au service.

Avant d'entrer en détail dans les différentes actions menées en collaboration avec ces partenaires et particulièrement avec le GIP ESTHER, l'étude tente d'abord de faire un état des lieux loin d'être exhaustif, quant à la situation existante avant l'avènement du projet ESTHER.

Concernant les PVVIH, la lourdeur de leur PEC de est venue s'ajouter à celle des maladies chroniques que sont les hépatopathies chroniques, les néphropathies, les maladies endocriniennes (avec le diabète en tête), les maladies systémiques, les tumeurs malignes, etc.

En mars 2005, le déficit d'exploitation se chiffrait à 1.200.000.000 FCFA au niveau de la structure, ce qui rend encore beaucoup plus difficile la mise en œuvre de la mission que l'hôpital s'est assignée.

Ce manque de ressources reste donc un frein à la PECG des PVVIH conforme aux recommandations (examens complémentaires, application de protocoles médicamenteux) pour des patients surtout découverts à un stade avancé de la maladie.

Les enfants VIH étaient adressés à un spécialiste au centre de santé de Guediawaye.

Quant à la PTME, elle n'était pas du tout effective.

Quant à la formation, la plupart des praticiens n'étaient pas formés à la PECG des PVVIH.

Devant la montée de la file active (patients suivis dans le cadre de la pandémie du Sida), le besoin de renforcement des capacités en la matière se faisait sentir avec beaucoup plus d'acuité surtout chez les agents hospitaliers d'autant plus qu'il ya un turn over des fonctionnaires lié à leurs fréquentes affectations.

Concernant l'équipement pour une PEC de qualité, il a été constaté un manque d'échographes en Médecine Interne et aux urgences pour une PEC rapide (les examens demandés se faisaient sur rendez-vous et ne permettaient pas certaines interventions à but diagnostic telles que biopsie hépatiques, rénales, etc.), de tensiomètres, pèse-personne.

Du matériel bureautique et informatique comme l'ordinateur pour un meilleur suivi des patients n'existait pas.

A signaler que la coopération belge a financé un vidéo gastroscopie.

Manque d'ordinateurs pour un suivi des patients (ce qui existait était de piètre qualité)

Les locaux étaient inadaptés pour un suivi respectant la confidentialité des patients.

Pour l'appui psychosocial, il n'existait pas de poste téléviseur et de magnétoscope pour animer les Groupe de paroles et séances de sensibilisation.

L'une des difficultés majeures auxquelles l'HALD a toujours fait face est relative aux patients le fréquentant et qui sont pour la plupart d'origine sociale modeste n'ayant pas les moyens de se prendre en charge quand il s'agit d'honorer les prestations qui leur ont été prescrites.

1.2. Présentation des Hospices Civils de Lyon

Les Hospices Civils de Lyon sont le deuxième Centre Hospitalo Universitaire (CHU) de France et regroupe vingt trois établissements dont dix sept hôpitaux généralistes et/ou spécialisés

Ils emploient plus de vingt mille personnes dont seize mille cinq cent cinquante personnels non médecins et trois mille cinq cent personnels médicaux pour une capacité d'accueil de cinq mille quatre cent quatre vingt quatre lits et trois cent quarante neuf places en hôpital de jour.

Les services dédiés à la PE C des PV VIH sont :

- le service du Professeur Peyramond, à l'Hôpital de la Croix-Rousse
- le service du professeur Trepo, à l'Hôtel Dieu
- le service du Pr Touraine, à l'Hôpital Edouard Herriot.

La structure a pris en charge sept mille cinquante quatre nouveaux cas d'infection à VIH depuis le début de l'épidémie. En 2005, deux cent quatre vingt six patients ont bénéficié au moins d'une consultation ou (et) d'une spécialisation dans les services spécialisés (305 en 2004). Le sexe ration H/F qui était en constante diminution depuis le début de l'épidémie semble se stabiliser (S/R : 2.2 en 2005).

Section 2 :.Présentation du projet

2.1. Le contexte de la lutte contre le VIH /SIDA au niveau national

Ce paragraphe décline un aperçu sur l'organisation du système de santé et du dispositif d'accès aux soins des PV VIH au Sénégal.

Le système de santé au Sénégal repose sur une pyramide à trois niveaux :

- l'échelon périphérique correspondant au district sanitaire, l'échelon intermédiaire correspondant à la région médicale et l'échelon central ;
- le district sanitaire est une zone opérationnelle comprenant au moins un centre de santé et un réseau de postes de santé ; Le Sénégal compte actuellement 56 districts sanitaires. Le district est géré par un médecin chef de district;
- les postes de santé sont implantés dans les communautés rurales ou les villages relativement peuplés.

La Région médicale est la structure intermédiaire entre le district et le niveau central, elle correspond à une région administrative et est dirigée par un médecin de santé public, (médecin chef de Région) principal animateur de l'équipe cadre, composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale.

Le niveau central comprend le cabinet du ministre ainsi que les directions et services rattachés.

Enfin, la structure chargée de coordonner l'exécution de stratégies et activités médicales du Programme Multisectoriel de lutte contre le Sida et les IST est la Division de lutte contre le VIH/ Sida anciennement appelé « PNLIS ». Elle est le point focal du secteur santé au niveau du CNLS

La pandémie du VIH se caractérise par une prévalence relativement faible et stable depuis l'avènement des premiers cas de SIDA en 1986.

Selon le premier bulletin épidémiologique (2003.2004), la prévalence estimée est de l'ordre de 1,4% dans ans la population générale avec un nombre de PV VIH à 80000.

Le SENEGAL fait partie des pays à épidémie concentrée, ce qui signifie que la prévalence est basse dans la population et forte chez les populations à haut risque (travailleuses du sexe, homosexuels) ou "passerelle" (groupe favorisant le passage des groupes à haut risque vers la population générale).

La réponse face à cette épidémie a été précoce, élargie et multiforme : organisation de la lutte dès 1987 avec création d'un comité national de lutte contre le SIDA multisectoriel, intervention ciblée visant concomitamment la sensibilisation (personnes vulnérables, promotion du condom). Ceci a entraîné une relative maîtrise de l'infection ces dernières années.

Le Sénégal est engagé depuis 1997 à rendre disponibles et accessibles les ARV afin d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

L'initiative sénégalaise d'accès aux ARV (ISAARV) mise en place en 1998 avait pour objectifs :

- l'accessibilité des ARV et des médicaments contre les infections opportunistes la plus large possible ;
- l'adhésion des patients à ces traitements ;
- la surveillance de l'adhésion et de la tolérance à ces traitements.

Lors de la mise en place de l'ISAARV, les premiers sites d'inclusion étaient le CHU de FANN (service des maladies infectieuses, Centre de traitement ambulatoire, Hôpital d'Enfant Albert Royer) et l'Institut d'Hygiène Sociale.

En 2001 a commencé la phase de décentralisation de la prise en charge avec l'ouverture des premiers centres de dépistage volontaire et sites de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME).

En décembre 2003 le gouvernement a décidé de rendre gratuit les tests de dépistage ARV et les examens de suivi immuno- virologiques traduisant sa volonté de rendre la prise en charge accessible au plus grand nombre.

En juillet 2006, le Sénégal abordait la dernière année du plan Stratégique National 2002-2006.

2.2. Présentation du GIP ESTHER

2.2.1. Généralités

Le GIP ESTHER est un Groupement d'Intérêt Public c'est-à-dire un organisme parapublic sous la tutelle du Ministère de la Santé et des Affaires Etrangères français. Il a été créé en

Mars 2002 sous l'impulsion de Bernard Kouchner. Lors de la conférence d'Abidjan en 1997, Jacques Chirac et Bernard Kouchner avaient exprimé au nom de la France leur volonté d'agir pour permettre un égal accès aux traitements antirétroviraux et aux personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVIH).

Le Groupement d'Intérêt Public GIP ESTHER a pour mission le renforcement des capacités des pays partenaires en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les maladies infectieuses.

Il est présent dans les pays les plus démunis ou à ressources intermédiaires pour contribuer au renforcement de leurs compétences dans la lutte contre le VIH et ses co-infections.

Sa stratégie est construite sur la base de jumelage hospitalier ce qui a contribué au renforcement des compétences des pays partenaires. Le dispositif de jumelage hospitalier a été complété par des partenariats avec le monde associatif et la société civile.

Le renforcement de la Prise en Charge Globale (PECG) s'est développé sur une stratégie globale c'est-à-dire prenant en compte l'ensemble des besoins des personnes atteintes : les besoins médicaux (accès aux traitements, aux actes de biologie), les besoins psychosociaux (information, éducation thérapeutique, accompagnement, lutte contre la stigmatisation réinsertion socio professionnelle, etc.).

Les programmes réalisés en quelques années posent la question de la décentralisation de la PEC et de l'intégration de la lutte contre le VIH dans les structures de soins.

Au Sénégal le GIP ESTHER s'était fixé certains objectifs à travers son partenariat entre les HCL et l'HALD.

2.2.2. Objectifs du projet

Ils comprennent des objectifs globaux et des objectifs spécifiques pour l'An I (2005-2006) et pour l'An II (2006-2007).

2.2.2.1. Objectif Général de l'An I (2005-2006)

Contribuer à la prise en charge décentralisée de PVVIH de 7000 patients en 2006 au niveau national et 500 PV VIH (270 anciens cas ; 230 nouveaux cas) à l'HALD

2.2.2.2. Objectifs spécifiques de l'An1

Ils s'articulent autour des principaux axes suivants :

- Prendre en charge globalement 430 PV VIH 50 femmes PTME et 20 femmes.
- Améliorer la prise en charge des PV VIH en dépistant les effets secondaires plus systématiquement avec une unité de lavage broncho alvéolaire et par l'extension des explorations en particulier rénales, hépatiques, articulaires.
- Améliorer l'adhésion des patients à leur traitement en rendant fonctionnel l'hôpital du jour contenant un centre d'écoute, une salle de réunion et une salle de cours.
- Former en interne soixante paramédicaux huit assistants sociaux neuf administratifs pour l'écoute des PVVIH, leur orientation, leur aide, ainsi que la formation à la PEG des PVVIH de cinquante hospitaliers (trente médecin, dix chirurgiens, dix pharmaciens et biologistes).
- Former en interne quinze paramédicaux, vingt médecins, quatre pharmaciens à l'approche psychosociale dans la prise en charge des PVVIH.
- Acquérir les réactifs consommables, équipements informatiques et biomédicaux à l'amélioration de la PEC des PVVIH, du dépistage des IO (LBA, scanner) et des effets secondaires (explorations métaboliques, immunologiques, anatomopathologiques) et à la prévention aux Accidents par Exposition au Sang (AES).
- organiser une journée de formation continue pour les paramédicaux, assistants sociaux, administratifs et association centrée sur le rôle de ces différents groupes, leurs résultats
- Organiser un séminaire de formation de deux jours avec appel à communication et enseignement post universitaire sur la PEC des PVVIH dans notre structure.
- Animer huit groupes de paroles mensuels de cinquante PVVIH.
- Assurer le fonctionnement des réunions du comité de gestion : deux fois par mois; du comité ESTHER tous les trois mois ; celles de la Commission une fois par trimestre.
- Renforcer la communication entre les praticiens, les assistants sociaux, les malades
- Effectuer huit mille appels / an de cinq mn au plus chacun et quinze Visites à domiciles mensuelles pour l'appui psychosociale et le continuum des soins.

- Assurer le soutien et l'appui financier pour l'achat des médicaments, le soutien à l'accès à certains aides aux diagnostics et le paiement d'ordonnances.
- Mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation permettant une PEC de qualité et une bonne observance des traitements.

2.2.2.3. Objectif général de l'An 2

Contribuer à la prise en charge des PV VIH à travers l'ISAARV (11000 patients au niveau national avant 2011.)

2.2.2.4. Objectifs spécifiques de l'An2

- Intégrer pleinement l'HALD dans l'ISAARV
- Prendre en charge globalement 200 nouveaux PV VIH ,50 femmes enceintes VIH+, et 20 enfants VIH+ (équipements, MIO, rénovation des locaux)
- Appuyer la capacité de réponse de l'Hôpital en matière de diagnostic, acquérir les réactifs consommables et matériels biomédical nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH et à la prévention des AES
- Renforcer la capacité du personnel impliqué dans la PEC des PV VIH (formation continue sur place, DIU, stages pratiques, compagnonnage, comité de gestion, comité ESTHER et grande commission)
- Permettre un suivi régulier du patient (Groupe de parole, suivi des patients, recherche des perdus de vue, visites à domicile, suivi psycho social, appels téléphoniques)
- Permettre une analyse de la file active.

DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION DES RESULTATS,
ANALYSES ET RECOMMANDATIONS

CHAPITRE 3. PRESENTATION DES RESULTATS

L'exploitation des documents mis à disposition (rapports d'activités, registres de distributions de médicaments, etc.), les entretiens menés et les questionnaires administrés aux différents acteurs impliqués dans le projet ESTHER ont permis de disposer d'un recueil de données (résultats), de procéder à leur analyse et enfin de formuler des recommandations.

Section 1 : Résultats à l'An 1

Ils correspondent à l'appui du GIP ESTHER à l'HALD en termes de dotations en équipement, de renforcement des compétences et de prise en charge médico sociale

1.1. Dotations en équipement

- Un réfrigérateur pour les ARV à conserver au frais
- Quatre ordinateurs de seconde main non fonctionnels
- Consommables et réactifs pour les services
- Fibroscopie en Médecine Interne
- (Réhabilitation et équipement d'un local au niveau de la pharmacie par l'HALD,
- Médicaments ARV et IO par la DLSI)

1.2. Données sur le volet renforcement des compétences

Quatre personnes (un médecin, un pharmacien, un assistant social et un infirmier) ont effectué un stage pratique à l'hôpital de la Croix Rousse à Lyon pendant 21 jours au mois de septembre octobre 2005.

Trois missions de compagnonnage (Pr Peyramond, Dr Biron, Mme Delorme et Mme Derieu), deux missions pour le Professeur Peyramond, Mme Chantal Delorme (4jours) et une mission d'une assistante sociale ont été effectuées.

Formation continue sur site: du 20 au 24 juin 2005 pour le personnel paramédical venant de 9 services de l'Hôpital et composé de 9 Infirmiers d'Etat (IE) ,1 Sage Femme (SF), 4 agents sanitaires 4 techniciens Supérieurs (TS), deux Infirmiers Brevetés(IB), deux agents

de l'administration. Par la suite d'autres ateliers de formations ont été organisés (voir fiche chronogramme d'activités et plan détaillé des formations.)

Mise en place d'un comité ESTHER et d'une grande commission

1.3. Données sur le plan médical et psychosocial

Du point de vue du suivi et de l'hospitalisation, il convient de préciser qu'en médecine interne, en dermatologie et pédiatrie l'effectif des patients pris en charge dans le domaine du suivi et de l'hospitalisation en 2005 et 2006 est présenté dans les tableaux suivants :

Tableau 2 : Effectifs des malades pris en charge (Mars 2005)

Services cliniques	Sexe		Total
	F	M	
Médecine interne	6	5	11
Dermatologie	6	7	13
Total	12	12	24

Source : Données d'enquête

Ce tableau présente le nombre de PVVIH suivies et/ou hospitalisées dans les deux services de dermatologie et de médecine interne. Le nombre de patients suivis en dermatologie est plus élevé qu'en Médecine Interne (treize sur onze) ; par ailleurs, ce nombre est pareil quant au genre : douze de sexe masculin sur douze de sexe féminin.

Tableau 3 : Effectifs des malades pris en charge (Mars 2006)

Services cliniques	Sexe		Total
	F	M	
Médecine interne	27	22	49
Dermatologie	32	25	57
Total	59	47	106

Source : Données d'enquête

Le tableau révèle un nombre de consultations plus élevé en dermatologie qu'en médecine Interne (57/49) et parmi ceux-ci la gent féminine (59) dépasse le nombre de consultants de sexe masculin (47)

Tableau 4 : Effectif des malades pris en charge (Novembre 2006)

Services cliniques	Sexe		Total
	F	M	
Médecine interne	34	30	64
Dermatologie	42	35	77
Total	76	65	141

Source : Données d'enquête

Les mêmes tendances que dans les deux tableaux précédents sont notées à savoir le nombre de consultations plus élevé en dermatologie qu'en Médecine Interne avec toujours un nombre de patients de sexe féminin supérieur à celui de sexe masculin.

Evolution de la file active de la période 2005 à 2006

La file active correspond au nombre de patients régulièrement suivis et non perdus de vue. Elle comprend les patients inclus c'est-à-dire en attente d'être mis sous ARV et les patients effectivement mis sous ARV.

Dakar le 01 Septembre 2005

61 patients inclus

47 patients sous ARV

AZT-3TC-EFZ 31

AZT-3TC-NVP 12

AZT-3TC-IDV 03

AZT-3TC-NFV 01

Dakar, le 27 Mars 2006

106 patients inclus

101 patients sous ARV

ZT-3TC-EFZ 59

AZT-3TC-NVP 25

AZT-3TC-IDV 04

AZT-3TC-NFV 02

AZT-3TC-EFZ 05

D4T40-3TC-EFZ 03

D4T30-3TC-EF 06

Dakar, novembre 2006

136 patients inclus

126 patients sous ARV

AZT-3TC-EFZ 86

AZT-3TC-NVP 28

AZT-3TC-IDV 03

AZT-3TC-NFV 03

AZT-3TC-EFZ 05

D4T40-3TC-EFZ 03

D4T30-3TC-EF 03

Section 2 : Résultats à l'An2

Cette section présente les données relatives à la logistique, à la prise en charge médico sociale et à la formation.

2.1. Données sur la logistique

Le GIP ESTHER a doté l'HALD du matériel bio technique suivant : 10 tensiomètres, 01 aspirateur, 5 (cinq) pèse personnes en plus de matériel bureautique et informatique comprenant quatre ordinateurs compact, un ordinateur portable, un vidéoprojecteur et une télévision.

2.2. Données sur la prise en charge médico sociale

2.2.1. La prise en charge médicale

Tableau 5 : Effectifs des patients pris en charge (MARS 2007)

Sexe	M	F	Enfants	AES	Total
Services Cliniques					
Médecine interne	38	45		3	83
Dermatologie	40	52		0	92
Pédiatrie			1	1	1
Maternité		5			5
Total	78	97	1	4	175

Source : Données d'enquête.

Les mêmes remarques s'imposent dans ce tableau comme dans les tableaux précédents (un nombre de patients plus élevé en dermatologie qu'en Médecine Interne) avec des patients issus d'autres services à savoir la maternité et la pédiatrie .Toutefois, ces derniers se retrouvent avec un nombre très minime de PVVIH comptabilisées avec respectivement cinq patients et un patient.

Avec un nombre total de 175 patients sur 500 patients que s'était fixé le projet comme objectif, ce dernier est à 35% de réalisation donc par rapport au plan quantitatif, l'objectif

spécifique est très loin d'être atteint. Pire encore, par rapport à la PTME, le gap est de 90% alors qu'en pédiatrie, il est de 95%. L'état initial du patient, c'est-à-dire anciens cas ou nouveaux cas, n'a pas été précisé pour mieux étayer l'analyse vis-à-vis des objectifs spécifiques du projet.

L'annexe 5 illustre le type d'ARV les plus utilisés sans distinction de sexe ou de service. Ainsi, AFZ-3TC-EFZ fait partie de la prescription chez 99 adultes suivi respectivement d'AZT-3TC-NVP utilisé chez 44 patients. Viennent ensuite D4T40-3TC-EFZ chez 8 patients puis D4T30-3TC-EFZ avec 6 patients atteints, AZT-3TC-NFV, également avec 6 patients et enfin 3TC-ddI-NVP et D4T40-3TC-NVP sont prescrits chacun pour un Patient.

Evolution de la file active de 2007 à 2008

Dakar, Janvier 2007

151 patients inclus

145 patients sous ARV

AZT-3TC-EFZ	91
AZT-3TC- NVP	36
AZT-3TC- IDV	04
AZT-3TC- NFV	03
AZT-3TC-EFZ	04
D4T40-3TC-NFV	04
D4T30-3TC-EFZ	03
D4T40—3TC-NVP	01

Dakar, le 20 Mars 2007

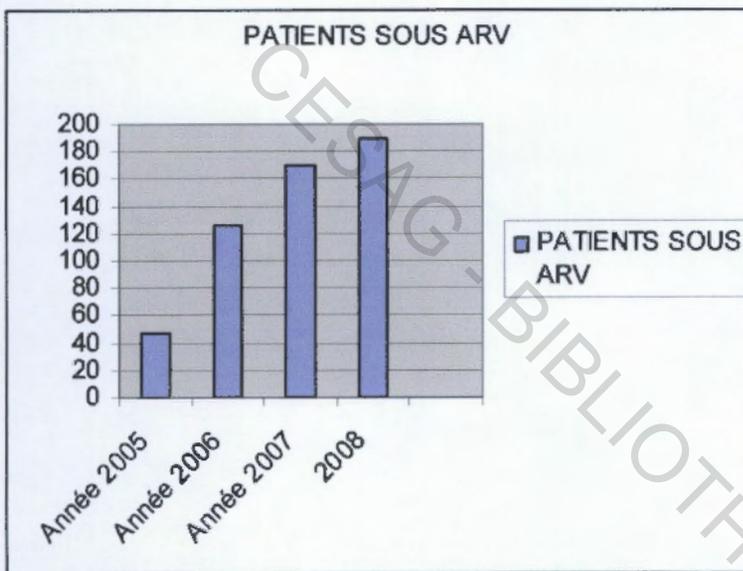
AZT-3TC-EFZ	91
AZT-3TC- NVP	44
AZT-3TC- IDV	05
AZT-3TC- NFV	06
D4T40-3TC-EFZ	06

Dakar, Juillet 2008

Patients sous ARV 189

Comme le montrent les chiffres du tableau 6, le nombre de patients sous ARV n'a cessé d'augmenter de 2005 à 2008.

Figure 1 : Evolution des patients de la file active sous ARV de 2005 à 2008.



Source : Données d'enquête

2.2.2. L'appui psychosocial

La prise en charge psychosociale est une approche indissociable de l'approche médicale ce qui explique l'interdisciplinarité entre l'assistant social, le médecin, l'infirmier et le pharmacien

L'intervention psychosociale s'articule autour de ces principales activités à savoir l'information et le counseling, les visites intra hospitalières, la recherche de perdus de vue, l'accompagnement par le soutien permanent, la recherche de gratuité pour certains patients et l'appui nutritionnel (distribution de kits alimentaires).

De même la dotation des laboratoires en consommables a permis une gratuité totale des analyses disponibles dans la structure.

Le tableau de l'Annexe2 montre que le nombre de gratuités est plus élevé pour les consultations (dix huit cas sur quarante neuf) suivi des examens biologiques (huit cas), des examens biochimiques (sept cas), des examens échographiques (4cas), FCV (3 cas) et enfin des autres examens qui ont bénéficié chacun d'un cas.

Le tableau de l'annexe3 montre que par rapport à la nature de l'acte, pris individuellement, la consultation revient moins chère (2500Fcfa) alors que le bilan général et un seul cas de bilan de biochimie sont beaucoup plus onéreux (respectivement24000Fcfa et 23000fcfa) ; entre les deux fourchettes, c'et-à – dire la consultation et ces deux bilan sus cités, le cout des autres types d'examen varie.

Etudié sur le plan global, ce même tableau révèle que ce sont les bilans biochimiques et biologiques qui consomment plus de ressources financières (14500Fcfa), suivis des explorations échographiques (60000Fcfa), des consultations (45000Fcfa) et enfin des autres actes {tels que Kinési (30000Fcfa), accouchement (5000Fcfa), etc.) pris isolément.

2.3. Données sur la formation.

Pour toutes les informations relatives à la formation, se référer au chronogramme d'activités (2006-2007) illustré au tableau 6 et au plan détaillé des formations planifiées à l'annexe 4.

Tableau 6 : Chronogramme d'activités 2006/2007

Année 2006 2007													
Activités		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Équipement	Équipement biomédical	Aspirateur	Echographe										
	Équipement Informatique	Ordinateurs +accessoires		Ordinateur portable									
	Autre équipement	Tensiomètres Pèse-personnes											
Maintenance							Maintenance (HALD)						
Médicaments consommables et réactifs	ARV+IO	X	x	x	x	X	X	x	x	x	X	x	X
	Réactifs	X											
	Consommables	X											
Formations (Liens avec Annexe : plan de formation)	Ateliers pays												
	Formation continue (conférences, réunions, etc.)				A para		A Médical		A para		A médical		A Para
	Compagnonnage												
	Formation en France ou à l'étranger	DIU à Ouagadougou						France M1	France 21J/ M2	France M3			

Activités		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Coordination/ Renforcement	Réunions responsables associatifs (ou réunions responsables intra hospitaliers...)						X						X
	Réunions associations et Hôpitaux												
	Comité de liaison			x									
	Autres réunions (de suivi, etc.)	COGES 2/M	x	COGES Comité Esther	x	x	COGES Comité ESTHERGC	x	x	COGES Comité Esther	x	x	COGES Comité Esther
Consultations médicales		X	x	x	x	x	X	x	x	X	x	x	X
Education thérapeutique et observance		X	x	x	x	x	X	x	x	X	x	x	X
Appui à la PTME													
Soutien alimentaire éducation nutritionnelle		X	x	x	x	x	X	x	x	X	x	x	X
Soutien psychosocial		X	x	x	x	x	X	x	x	X	x	x	X
Activités économiques et sociales (AGR, frais de scolarité etc.)		X				x							

Ce tableau montre l'exécution de certaines activités en fonction du temps. Ainsi, l'acquisition du matériel tel que pèse-personnes, tensiomètres ordinateurs et échographe et aspirateurs s'est fait durant les trois premiers mois de l'An II.

La maintenance a été effectuée au sixième mois.

Quant à la distribution des ARV et d'autres médicaments spécifiques, elle a été régulière et s'est faite mensuellement durant toute cette période de l'an II. Les consultations médicales, l'éducation thérapeutique et observance, le soutien nutritionnel et l'éducation nutritionnelle mais aussi l'appui psychosocial ont suivi le même rythme.

Quant à la PTME, elle n'a pas connu un état d'exécution à cette période.

Des activités génératrices de revenu et un appui pour frais scolaires ont été effectués au quatrième et cinquième mois d'activités ; des rapports financiers ont été rendus aux cinquièmes et sixièmes mois d'exécution.

CHAPITRE 4 : ANALYSE CRITIQUE ET RECOMMANDATIONS

Section1 : Analyse critique

Cette section établit un rapprochement entre résultats obtenus et résultats attendus en partant des objectifs spécifiques que s'est fixés le projet à l'An1 et à l'An2 pour y voir dans quelle mesure ces objectifs spécifiques ont été atteints ou non

1.1. Pour l'An1

Pour l'objectif Spécifique1 : sur une prévision d'une PEC de 500 PVVIH, 141 PVVIH ont été pris en charge, le reste y compris les 50 PTME et les 20 enfants VIH n'a pas été totalement PEC

O.S.2. L'unité de lavage broncho alvéolaire n'a pas été créée .Un aspirateur a été acquis de même qu'un échographe. Ce dernier appareil a facilité les explorations rénales et hépatiques

O.S.3 L'hôpital du jour n'a pas été crée ni la salle de réunion, ni la salle de cours. Cependant un local a été aménagé pour la distribution de médicaments.

O.S 4 Soixante paramédicaux huit assistants sociaux et douze administratifs ont été effectivement formés

O.S5 En juin 2005, vingt infirmiers sages femmes et travailleurs sociaux ont été formés. En décembre 2006, un atelier de quatre jours a été l'occasion de former ce même personnel sus mentionné. Donc l'objectif est atteint.

O.S6.Des équipements informatiques (ordinateurs) et biomédicaux (tensiomètres, réactifs, pèse personnes, etc.) ont été acquis et ont servi à la PEC des PVVIH et à la prévention des AES. Tous les services de l'hôpital ont reçu des consommables, cependant les services comme la dermatologie et la médecine interne ont reçu plus que les autres.

OS7 Des journées de formation ont été organisées à l'intention des paramédicaux, des assistants sociaux et des administratifs.

OS8. Des praticiens ont été envoyés à Ouagadougou en formation pour l'obtention d'un Diplôme Inter Universitaire (DIU).

OS9. Les données d'enquête (questionnaires, entretiens individuels) recueillies auprès des prestataires ont révélé que des Groupes de Paroles ont été organisés mais le nombre n'a pas été défini.

OS10. Des réunions se sont tenues au rythme de deux fois par mois pour le comité de gestion, tous les trois mois et une fois pour la grande commission.

OS11. Le renforcement de la communication entre les praticiens, les assistants sociaux et les malades s'est fait au cours des consultations, des Groupes de Paroles mais aussi lors des différentes réunions organisées.

OS12. Des visites à domicile (VAD) ont été faites et des appels téléphoniques ont été passés mais leur nombre exact n'a pas été précisé.

OS13. Le soutien à l'accès à certains aides aux diagnostics été fait ; quant au remboursement de certaines ordonnances et d'autres formes d'appui financiers ça reste à préciser.

OS14. Des mécanismes de suivi et d'évaluation mis en place ayant permis une PEC de qualité et une bonne observance du traitement ont abouti au monitoring de la file active qui comprend les patients en attente d'être mis sous ARV et les patients qui sont effectivement sous ARV.

1.2. Pour l'An 2

O.S.1. L'Hôpital Aristide Le Dantec est intégré pleinement dans l'ISAARV car chacun de ces patients pris en charge dans ce cadre a reçu un code d'identification et l'ensemble des patients sous ARV est comptabilisé à l'ISAARV.

OS2. Jusqu'en mars 2007, le nombre de patients prévus pour l'ISAARV, 200 PVVIH, n'a pas été atteint. Toutefois ce nombre a été dépassé en Juillet 2007 pour retomber à 189 en octobre 2008 dont seize enfants.

A cette dernière date, le nombre total de PVVIH était de 335 (109 en Médecine Interne, 134 en Dermatologie et 30 en Pédiatrie).

O.S.3 Cette capacité de diagnostic a été appuyée en ce sens que des réactifs et du matériel biomédical ont été achetés (cf. Volet logistique)

O.S.4. La capacité du personnel a été renforcée par des formations, sous forme de compagnonnage et lors des différentes réunions.

O.S.5 Des appels téléphoniques (5 par jour 22J/Mois pendant 12 mois à raison de 12 mn /appels), des consultations, des examens biologiques et des examens biochimiques, des VAD et des recherches de Perdus de Vue sont réalisés.

O.S.6 L'analyse de la file active a été faite mais il n'y a pas eu de logiciel ESOPE malgré l'acquisition de 4 ordinateurs compact et d'un ordinateur portable.

Sous forme de synthèse, cette section met en relief les points positifs réalisés par le projet et les limites auxquelles le projet est confronté.

Comme avantages décrits dans les réalisations et par rapport à la situation d'avant projet, le GIP ESTHER a eu à améliorer la PEC des PVVIH dans sa partie logistique avec l'installation d'un échographe, d'un aspirateur, l'achat de pèse personnes, de tensiomètre, etc.

Ceci a permis d'alléger la charge aux patients qui au lieu d'aller dans les structures extérieures pour faire des examens complémentaires restent maintenant à l'HALD pour les subir Ce qui leur permet d'économiser du temps et des moyens.

Ce même avantage est valable pour les examens de laboratoire. (Cf. bilan social)

Au plan psychosocial, l'acquisition de poste téléviseur et de magnétoscope a permis d'animer des Groupes de parole

Les appels téléphoniques et les VAD ont permis de retrouver des perdus de vue et contribuer à la régularité dans l'observance du traitement

Dans le volet formation, beaucoup de praticiens ont bénéficié d'une formation à la PEC des PVVIH.

Ce renforcement des compétences a contribué aussi à une meilleure PEC des PVVIH .et leur intégration dans l'ISAARV.

Ces formations leur ont également permis d'acquérir le réflexe d'aller se faire dépister lors des accidents d'exposition au sang. Ainsi certains praticiens sont allés faire des tests de dépistage après blessure contractée lors des soins administrés aux patients. Les résultats étaient négatifs ; heureusement pour ce patients.

Globalement, le projet a eu un apport positif pour ses principaux bénéficiaires que sont les patients, les médecins, les pharmaciens, les paramédicaux, le personnel du service social et administratif à travers les activités sus mentionnées.

Parmi les limites du projet, figurent en bonne place des objectifs spécifiques fixés mais qui n'ont pas été atteints. Ceux-ci sont constitués par le nombre de PVVIH à prendre en charge dans le cadre de l'ISAARV et appuyés par le projet : à l'arrivée, le nombre effectivement pris en charge est en deçà du nombre prévu. Ceci est lié quelque part à des objectifs trop ambitieux fixés au départ.

Par ailleurs, l'Unité de LBA prévue n'a pas vu le jour de même que l'Hôpital de jour qui devrait comporter une salle de cours, une salle de réunion et une salle d'écoute.

En outre, certains patients trouvent le délai d'attente trop long pour leurs consultations qui commencent au-delà de midi et après quoi il faut aller récupérer les médicaments à la pharmacie.

L'une des difficultés auxquelles sont confrontés certains patients restent le manque de moyens financiers si bien qu'ils peinent à respecter les rendez-vous fixés par les médecins.

D'autres patients sont irréguliers tout simplement par ce qu'ils estiment que c'est le projet ESTHER qui doit prendre en charge tout leur frais de transport et tant qu'ils ne disposent pas de cet argent ils remettent à plus tard leur rendez-vous.

Devant la montée de la file active, les praticiens impliqués dans la PEC des PVVIH ayant leur propre programme de travail se sont vus surchargés sans compensation salariale ce qui a contribué à une démotivation de leur part.

Par rapport au plan financier, la procédure de décaissement a été jugée quelquefois trop longue surtout qu'il fallait respecter les normes administratives.

L'arrêt des financements directement attribués, la baisse du soutien du GIP ESTHER à cette structure à l'HALD et l'avènement du projet pays a aggravé la situation de ces patients qui sont obligés d'aller à Fann pour y subir des examens complémentaires qu'ils faisaient gratuitement auparavant à l'HALD. A titre illustratif, voir l'article du journal l'Observateur relatant ces difficultés vécue par une patiente suite à la baisse drastique des financements du Projet ESTHER à l'HALD: « **Séropositive, abandonnée à elle-même**

B. N. est une fillette de 5 ans. Elle est la cadette d'une famille de trois enfants. Ses deux aînés sont décédés. Elle est née en Gambie avec le virus du Sida que lui a transmis sa mère séropositive. Un an après sa naissance, son père polygame (trois épouses) répudie sa mère et les abandonne. Ne sachant quoi faire, la mère rentre au bercail avec son enfant et part vivre avec son père, un vieux de 87 ans. Sans ressources. Par l'entremise de bonnes volontés, la mère et l'enfant sont inscrites au programme Esther (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau) à l'hôpital Le Dantec. Elles y sont suivies pendant trois ans avant que le programme ne ferme. Commence alors la descente aux enfers. Elles n'ont pas les moyens de se payer des antirétroviraux pour calmer la maladie et avoir une vie normale. Résultat : la petite se retrouve avec une tumeur du palais. Conduite à l'hôpital, les toubibs fixent le coup de l'opération à 375.000 francs. Ne sachant où trouver ces fonds, la mère écrit à la Direction de l'action sociale pour une prise en charge. Le dossier dort encore dans les tiroirs. »⁴

IL y a moins d'appels maintenant ce qui augmente le nombre de PDV.

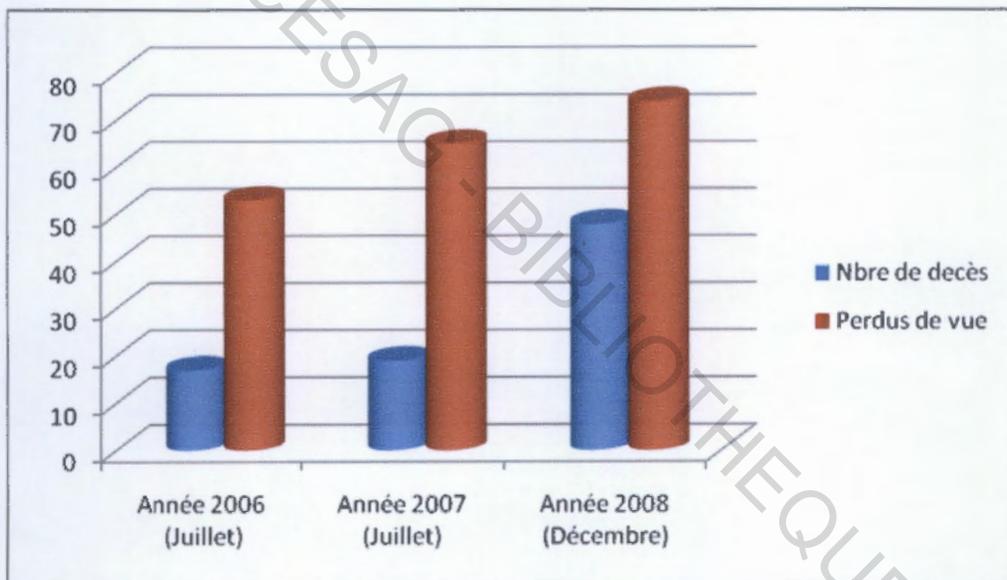
⁴ Daouda MINE Source L'Observateur, Mercredi 28 Avril 2010.

Tableau 7 : Evolution du nombre de décès et de perdus de vue

Paramètre	Année 2006 (Juillet)	Année 2007 (Juillet)	Année 2008 (Décembre)
Nombre de décès	17	19	48
Nombre de perdus de vue	53	65	74

Source : Données de l'enquête.

Figure 2 : Evolution du nombre de décès et de perdus de vue



Source : Données de l'enquête.

Ce tableau et ce graphique illustrent l'évolution du nombre de décès et du nombre de perdus de vue durant les trois années successives. Comme on le constate, l'écart de décès et de perdus de vue se sont progressivement accentués. Cependant, l'ascension du nombre de décès a été plus importante à la troisième année par rapport aux deux premières années.

L'Hôpital ne parvient plus à bénéficier du soutien en logistique comme auparavant. Actuellement, comme activités menées, il ne reste que la consultation et la distribution de médicaments.

Il n'ya plus de GP, plus de recherche de perdus de vue, plus de VAD, plus de visites intra hospitalières plus de repas communautaires mais juste quelques appels téléphoniques.

Section 2 : Recommandations et plan de mise en œuvre

2.1. Recommandations

Les objectifs spécifiques du projet à l'an I ont été très ambitieux, ceci a motivé les acteurs du projet de les revoir à la baisse à l'an II. A ce niveau, la recommandation est de procéder à une bonne planification dans le temps ajustant les activités prévues aux ressources disponibles.

Par rapport à la lenteur des décaissements de fonds, l'une des solutions proposées est la mise en place d'une caisse d'avance et l'instauration d'un système administratif beaucoup plus souple.

La confection des projets de budget nécessite davantage l'implication de tous les services prestataires pour que les prévisions soient plus objectives.

Pour abréger le long délai d'attente sus mentionné, l'augmentation du nombre de médecins et de pharmaciens impliqués dans la consultation et la distribution des médicaments est suggérée. Ainsi, ces activités qui commencent en général entre douze et treize heures pourraient être débutées plus tôt dans la matinée.

Sur l'épineuse question de l'arrêt des financements à l'HALD et vu son impact négatif sur les patients pris en charge dans cette structure, une information préalable aux bénéficiaires est préconisée pour les amener à prendre des dispositions leur permettant d'échapper aux difficultés éventuelles liées à la PEC de la maladie. Dans ce même ordre d'idées, une baisse progressive de ces financements échelonnée dans le temps amoindrirait les difficultés à ces bénéficiaires.

Par ailleurs le partenariat ne concernant plus seulement les HCL et l'HALD, il serait indiqué que les nouveaux partenaires y effectuent beaucoup de visites sur site pour s'enquérir des problèmes auxquels la structure et par suite ses PVVIH sont confrontées. Ainsi, des stratégies communes de travail auraient pu être élaborées pour continuer les activités déjà en cours et ouvrir d'autres perspectives.

Vu le lourd fardeau supporté par certains praticiens dans cette PEC, une motivation adéquate sous forme financière et sous forme de renforcement des capacités sur place ou à l'étranger devrait être instaurée car ces agents et par suite leur service doivent ressentir dans leur vécu quotidien les résidus de leur performance.

Comme récompense pour ces agents des lettres de félicitations avec inscription dans le dossier d'avancement pourrait être proposées.

Dans ce même sillage, des billets offerts pour aller en pèlerinage aux Lieux Saints seraient un bon motif de satisfaction pour récompenser ces agents méritants

La formation apparaît comme une activité à perdurer d'autant que beaucoup d'agents de l'H ALD sont des fonctionnaires pouvant être mutés ailleurs pendant que d'autres arrivent.

Néanmoins, les prestataires, malgré leurs efforts très louables, sont encore invités à consentir encore davantage de sacrifices car ils assurent une mission de salut public au profit des populations.

Le projet pourrait améliorer ses performances en intégrant dans son programme d'activité une formation initiale en management de projet pour ses principaux acteurs.

Le relèvement du plateau technique a été toujours soulevé comme besoin fondamental par les praticiens sus mentionnés. Il est donc suggéré d'acquérir ce matériel de pointe pour améliorer les conditions de travail de ces agents.

L'HALD devrait inscrire dans son budget une ligne spéciale ou mettre en place un mécanisme de réorientation des fonds pour le soutien aux PVVIH vu la lourdeur de leur Prise en charge.

La structure doit continuer ses efforts de recherche de partenaires qui puissent lui venir en appui dans son combat contre la maladie du SIDA.

En outre, les acteurs impliqués doivent cogiter sur la création d'Activités Génératrices de Revenus en vue d'amoindrir la dépendance vis-à-vis de bonnes volontés extérieures.

2.2. Plan de mise en œuvre

La mise en œuvre des recommandations s'articule autour de deux axes : des actions à mener à court terme et des actions à mener à long terme.

2.2.1. Actions à mener à court terme

Le problème majeur étant le manque de moyens chez ces patients démunis, il convient de mettre en place un système qui puisse solutionner d'abord les difficultés auxquelles ces patients sont confrontés. Ces difficultés ont comme nom l'actuel non gratuité des examens cliniques À l'Hôpital A.L.D, l'obligation pour les patients d'aller jusqu'au CHU de Fann pour passer certaines explorations complémentaires, etc.

Dans un premier temps, une sensibilisation auprès des autorités hospitalières est nécessaire pour les amener à prendre une part active dans le don de ces gratuités .Le même geste est demandé vis-à-vis des nouveaux partenaires ESTHER établis à Fann en vue d'un effort supplémentaire mais aussi en direction d'autres organismes intervenant dans la lutte contre le VIH au Sénégal.

- ✓ Les retombées de ces démarches sus mentionnées pourraient être élargies aux agents du service social qui seraient en mesure de reprendre leurs activités naguère suspendues c'est -à-dire les Visites à Domicile(VAD), les recherches de Perdus de Vue. Le nombre d'appels téléphoniques pourrait aussi être augmenté.
- ✓ La mise en place de matériel bio médical suivra dans un deuxième temps.
- ✓ Les activités de formation devront être reprises au niveau de l'Hôpital sous forme de formation initiale pour les uns et de formation continue pour les autres.
- ✓ La durée de ces séminaires de formation, les acteurs concernés et le thème axé dans un premier temps sur la PEC des PV VIH seront précisés.
- ✓ Des systèmes de motivation particulière seront mis en place pour les prestataires surchargés

2.2.2. Actions à mener à moyens et long termes.

Parallèlement aux actions susmentionnées, d'autres stratégies seront mises en branle telles des formations en management de projet avec des notions permettant l'utilisation de

logiciels comme Msproject, Heath Mapper ou d'autres systèmes d'information spécifiques dans le traitement des données de la pandémie du VIH.

La dernière phase d'accompagnement des PVVIH consistera à les aider à s'auto prendre en charge par le biais d'une formation en Gestion leur permettant d'arriver à pouvoir créer leurs propres activités génératrices de revenus.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

Ce mémoire est une contribution à l'analyse de la performance du GIP ESTHER dans son appui à la prise en charge globale aux PVVIH à l'H A.L.D. Pour ce faire, l'étude a d'abord procédé à une revue de la littérature mettant en exergue les paramètres essentiels sur les projets et leurs facteurs de performance puis à la présentation du contexte de l'étude suivi d'un recueil de données.

L'analyse des données révèle que des domaines d'intervention comme le soutien logistique du projet aux services, la formation des agents de l'Hôpital et la prise en charge médico sociale ont connu un succès.

Cependant des limites ont été constatées à certaines phases du projet. Ces difficultés sont relatives à la fixation d'objectifs trop ambitieux qui n'ont pas pu être atteints, à la surcharge de travail pesant sur certains prestataires

Aux patients d'origine sociale modeste qui peinent à être régulier dans leur rendez-vous ; la contrainte de taille a été l'arrêt brusque du financement à l'HALD hypothéquant les activités des prestataires et mettant les patients dans une situation chaotique ! La liste des difficultés n'est pas exhaustive.

Des recommandations telles le renforcement des capacités, la motivation du personnel, la recherche d'autres organisations caritatives partenaires et l'implication de tous les acteurs impliqués dans le projet aux prises de décision sont préconisées

La liste des suggestions à apporter est loin d'être close celles qui sont sus notées ne sont qu'une partie de notre humble contribution pour l'amélioration de l'appui à la PECG des PVVIH à l'HALD par le GIP ESTHER tout en souhaitant que cette Etude puisse être utile à d'autres Projets de Développement.

BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

MEMOIRES

Eclou, Victor Anani (2006), Analyse de la performance des projets et des mécanismes de pérennisation du PPLS (Projet plurisectoriel de lutte contre le SIDA) au Bénin.

Kébé, Khadidiatou Sarr (2007), Etude de la performance des EPS cas du CHRT (Sénégal) dans la mise en œuvre du contrat d'objectifs et de moyens.

OUVRAGES

Michel Joly et Jean Louis G. Müller (1994), de la gestion des projets au management par projet, AFNOR.

Kaplan S. Robert et Norton P. David (1997), le tableau de bord prospectif, Nouveaux Horizons.

Bridier Manuel et Serge Michailof (1995), Guide pratique d'analyse des projets : évaluation et choix des projets d'investissement, Economica

M. Destors et J. Le Bissonais (2000), le chef de projet paresseux ...mais gagnant, Microsoft Press 2ème Edition

Pierre Voyer (1999), Tableau de bord et indicateur de la performance, PUQ, 2ème Edition.

Rapport ONUSIDA, 2006

Rapport ONUSIDA 2010, sur l'épidémiologie du SIDA, Genève onusida 11/2010, 364p.

Banque Mondiale, définition de l'évaluation et du suivi des projets et programme, module2.

OMS, Macroéconomie et Santé : investir dans la santé pour le développement économique, Genève 2004 p33.

Traoré Ahmadou, notes de cours de gestion des projets, 2008

ARTICLE

Rabiller, Nicole/Catherine Demange (mai 2000), les quatre dimensions de la performance : comment mesurer la qualité des prestations hospitalières et pharmaceutiques, N° 396

WEBOGRAPHIE

www.hopitaldantec.org

www.esther.eu

www.observateur.sn

www.sudonline.sn

www.unaids.org

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

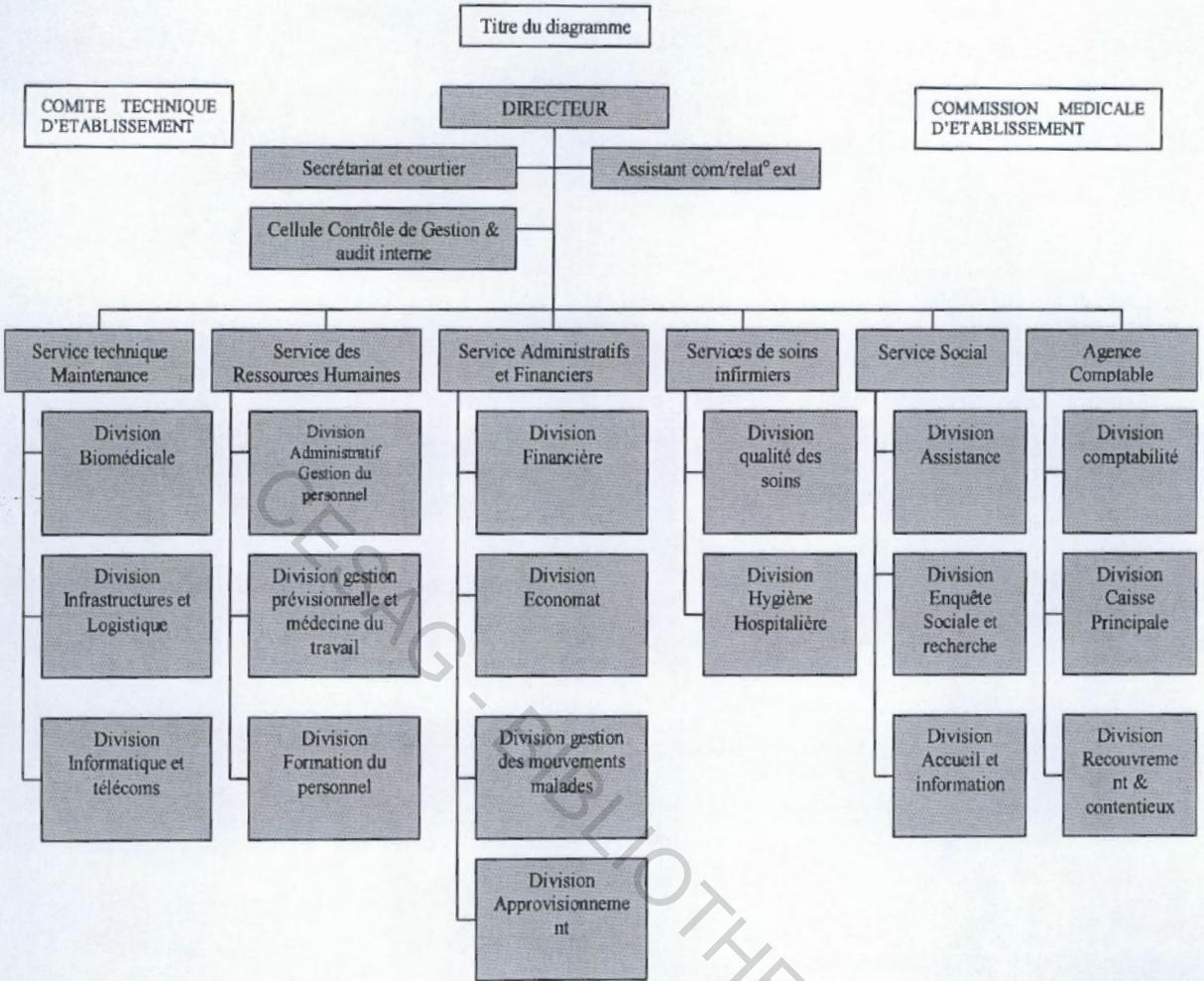
ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme de l'Hôpital Aristide Le Dantec.....	58
Annexe 2 : Tableau de répartition des gratuités en fonction des examens cliniques.....	59
Annexe 3 : Bilan Social des activités de Prise en Charge des PVVIH.....	60
Annexe 4 : Tableau du détail des formations planifiées.....	62
Annexe 5 : Situation des malades sous ARV (27 Mars 2007 et 27 mars 2006)	63
Annexe 6 : Questionnaire	64

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1 : Organigramme de l'Hôpital Aristide Le Dantec



Annexe 2 : Tableau de répartition des gratuités en fonction des examens cliniques

Examens para cliniques	nombre de gratuité
Accouchement	1
Bilan anapath	1
Bilan Bioch	7
Bilan biolo	8
Bilan viro	1
Consultations	18
ECBU	1
Echo	4
FCV	3
Intervention chirurgicale	1
Kinésithérapie	1
Rx coude	1
RX poumon	1
Rx UIV	1
Total	49

Source : Données d'enquête

(Pour rappel, les personnes ayant répondu à l'enquête sont les médecins, les pharmaciens les paramédicaux, les assistants sociaux les PVVIH, etc.

En outre, l'exploitation des rapports d'activité a, aussi, été déterminante pour l'obtention des données de ce travail).

Annexe 3 : Bilan Social des activités de Prise en Charge des PVVIH

N° d Fiche Sociale	Services	Examens	Cout	Interv Sociale
N° 76	Maternité	Echo	15000	Gratuité
N°45	Maternité	Echo	15000	Gratuité
N°137	Maternité	Echo	15000	Gratuité
N°146	Chirurgie infantile	Consultation	2500	Gratuité
N°147	Maternité	Accouchement	5000	Gratuité
N°193	Orthopédie	Intervention	10000	Gratuité
N°307	Bactériologie	ECBU	500	Gratuité
N°308	Orthopédie	Consultation	2500	Gratuité
N°343	Biologie	Bilan Général	23000	Gratuité
N°568	Radiologie	UIV	22500	Gratuité
N°1033	Orthopédie	Consultation	2500	Gratuité
N°1061	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1147	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1149	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1183	Biochimie	Bilan	8000	Gratuité
N°1184	Biologie	Bilan	4000	Gratuité
N°1295	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1296	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1325	Radiologie	Rx Poumon	4500	Gratuité
N°1382	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1385	Cytologie	FCV	5000	Gratuité
N°1415	Biologie	Bilan	8000	Gratuité
N°1416	Biochimie	Bilan	10000	Gratuité
N°1427	Anapath	Bilan	5000	Gratuité
N°1428	Virologie	Bilan		Gratuité
N°1488	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1490	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1543	Cytologie	FCV	5000	Gratuité

N°1589	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1590	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1591	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1667	Radiologie	Rx Coude	3000	Gratuité
N°1709	Biologie	Bilan	4000	Gratuité
N°1744	Biologie	Bilan	4000	Gratuité
N°1745	Biochimie	Bilan	6000	Gratuité
N°1603	Cytologie	FCV	5000	Gratuité
N°1610	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1672	Biologie	Bilan	10000	Gratuité
N°1673	Biochimie	Bilan	24000	Gratuité
N°1687	Institut Curie	Consultation	2500	Gratuité
N°1690	Biologie	Bilan	4000	Gratuité
N°1691	Biochimie	Bilan	13000	Gratuité
N°1709	Biochimie	Bilan	8000	Gratuité
N°1711	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°1718	Orthopédie	Kinésithérapie	30000	Gratuité
N°1719	Dermatologie	Consultation	2500	Gratuité
N°43	Maternité	Echo	15000	Gratuité
N°1710	Biochimie	Bilan	8000	Gratuité
1745	Biologie	Bilan	6500	Gratuité
TOTAL			435500	

Source : Données d'enquête

Annexe 4 : Tableau du détail des formations planifiées

	Titre de la formation	Contenus de la formation	Profil des intervenants	Nombre d'intervenants	Date(s)	Nombre de jours / heures	Profils des stagiaires	Nombre de stagiaires	Docs et supports disponibles (compte rendu, résumés de contenus)
Formation théorique(ou ateliers par pays)									
	PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PVVIH	épidémiologie : prévention et contrôle de l'infection discrimination et stigmatisation ; Aes ; arv ; Io	Docteur en médecine et en pharmacie ; Infirmiers Assistants sociaux	6	Juin06 Oct06 fev07 Aou_Dec 06	5J/6 H/J	Infirmiers Assistants sociaux Administratifs	60 12 9	Doc PowerPoint polycopies
Formation pratique (stage en France ou ailleurs...)									
	PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PV VIH	Formation pratique à la prise en charge globale des PV VIH	Personnel des structures d'accueil (HOSPICES DE LYON)		Sept06 Oct06	21J	Technicien de laboratoire Pédiatre pharmaciens		
	Technique de LBA				Juin à Sep 06	90J	Médecin	1	
	DIU OUAGADOUGOU	Formation des formateurs			Avril06	35J	1_infirmier 1_assistant social 1_Pharmacien	3	

Source : Données d'enquête

Annexe 5 : Situation des malades sous ARV (27 Mars 2007)

Protocoles	Enfants	Adultes	AES	PTME	Total
AZT-3TC-EFZ		99			99
AZT-3TC-NVP		44			44
AZT-3TC-IDV		05			05
D4T40-3TC-EFZ		08			08
D4T30-3TC-EFZ		06			06
AZT-3TC-NFV		06	04		06
3TC-ddl-NVP		01			01
D4T40-3TC-NVP		01			01

Sources : Données d'enquête

Situation des malades sous ARV (27 Mars 2006)

Sexe			AES	Total
	F	M		
Services cliniques				
Médecine interne	27	22	03	52
Dermatologie	32	25	0	57
Total	59	47	03	109

Sources : Données d'enquête

Annexe 6 : Questionnaire

Le présent questionnaire s'adresse aux bénéficiaires (PVVIH), aux prestataires c'est-à-dire aux médecins, pharmaciens, paramédicaux, agents du service social et administratifs et aux responsables du projet.

Qualités de l'accueil

Identification du patient (âge, situation matrimoniale, nationalité, nombre d'enfant,..., etc.)

A quelle heure commencent les activités de PEC (médico psycho sociale ?

Temps d'attente, combien de minutes, d'heures ?

Durée de la consultation ? Vous semble t'elle suffisante ?

Les portes et fenêtres étaient elles fermées ?

Vous a-t-on expliqué votre maladie ? Vous a-t-on expliqué au départ pourquoi vous devriez faire le test ?

Votre entourage connaît il votre situation sérologique ?

En quels termes vous a t'on donné le résultat ?

Si vous aviez à choisir entre plusieurs structures reviendrez vous ici ?

Comment êtes vous informés des œuvres du projet ESTHER ?

Pourquoi cherchez-vous à bénéficier des œuvres du projet ESTHER ?

Par quels moyens de transport arrivez-vous à l'Hôpital ?

Amabilité des prestataires ?

L'accueil qui vous a été réservé vous semble t'il très bon ?

Combien vous coute le ticket de consultation ? Des examens complémentaires ?

Par rapport à votre revenu est ce satisfaisant ?

La distance entre les différents services ne vous posent ils pas de problème ?

Êtes-vous satisfait des soins qu'on vous a décernés ?

Êtes-vous satisfait des conseils hygiéno-diététique et de l'éducation thérapeutique reçue ?

Ets vous assidus dans les rendez vous qu'on vous donne ?

Par rapport aux médicaments qu'on vous a remis n'ay t'il pas eu d'effets secondaires,

Questionnaire aux prestataires

Votre charge de travail a-t-elle augmenté ?

Suivez-vous les patients après l'annonce du résultat ?

Avez-vous des suggestions quant à une meilleure PEC ?

Cette structure est elle un endroit agréable pour travailler ?

Avez-vous une notion claire des objectifs du projet ?

Met-on suffisamment l'accent sur la qualité de la PEC des PVVIH ?

La formation continue est elle encouragée ?

Le Projet est il bien géré ?

L'horaire de travail est elle raisonnable ?

Les charges de travail sont elles en adéquation avec les moyens humains ?

Les charges de travail sont elles en adéquation avec les moyens matériels ?

Y a-t-il une planification dans le travail ?

Y'a t il respect des normes et des procédures ?

La performance est elle liée au salaire ?

La performance est elle le seul le critère pour la promotion,

Le travail est il influencé par la rupture de matériel ?

Les produits sont ils toujours disponibles ?

EQUIPEMENT

Le matériel remis est il en adéquation avec les besoins des services demandés ?

La quantité remise est elle suffisante ?

Le personnel est il suffisamment qualifié pour utiliser ce matériel ?

Le plateau technique est il suffisamment relevé ?

Le matériel demandé arrive t'il toujours à temps ?

Êtes-vous satisfait du cout du matériel ?

FORMATION

Quelles sont les catégories socioprofessionnelles qui ont eu à bénéficier de formation sur la PEC des PVVIH ? Leur nombre ?

La formation 'elle atteint les objectifs fixés ?

Jugez vous que les formateurs ont été à la hauteur du sujet traité ?

Le budget alloué est il suffisant pour la formation ?

A combien d'ateliers avez vous participé ?

Les délais prévus étaient ils respectés ?

Quels sont les objectifs visés dans la mise en œuvre des activités?

Quels sont les éléments qui doivent être pris en compte dans la PEC ?

Existe-t-il des indicateurs de vérification ? Si oui, lesquels ?

Le personnel soignant médical bénéficie t'il d'une motivation particulière ?

Quels sont les obstacles auxquels vous êtes confrontés dans cette PEC des PPVIH ?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES ACRONYMES	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	v
SOMMAIRE.....	vi
INTRODUCTION	i
1. Problématique.....	3
2. Objet de l'étude	4
3. Objectifs de l'Etude.....	5
4. La méthodologie de l'étude.....	5
4.1. Les méthodes de collecte.....	5
4.2. Les méthodes de traitement.....	6
5. Intérêt de l'étude.....	7
6. Délimitation du champ de l'étude	8
7. Annonce du plan de l'étude.....	8
PREMIERE PARTIE CADRE THEORIQUE ET CONTEXTE DE L'ETUDE.....	9
CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE	10
Section1: Généralités sur les concepts de projet	10
1.1 Notions clés relatives au projet.....	10
1.1.1 Définitions.....	10
1.1.2 Projet, programme et plan	10
1.1.3 Gestion de projet, management de projet.....	11
1.1.4 Typologie des projets	11
1.1.5 Chef de projet.....	12
1.2 Structure de Projet	12
1.2.1 Structure fonctionnelle	12

1.2.2	Structure par projet.....	12
1.2.3	Structure matricielle	13
1.3	Cycle de vie des Projets.....	13
Section 2 : La performance des projets		14
2.1.	Eléments essentiels sur la performance.	14
2.1.1.	Définitions de la performance	14
2.1.2.	Critères d'évaluation de la performance	15
2.1.3.	Indicateurs de la performance	15
2.2.	Les Modèles d'analyse de la performance	17
2.2.1.	Le modèle de Norton&Kaplan	17
2.2.2.	Le modèle systémique.....	18
2.2.3.	Le Modèle de la Banque Mondiale	18
CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE.....		19
Section 1 : Présentation des structures sanitaires partenaires		19
1.1.	Présentation générale de l'hôpital Aristide Le Dantec	19
1.2.	Présentation des Hospices Civils de Lyon.....	22
Section 2 :.Présentation du projet.....		22
2.1.	Le contexte de la lutte contre le VIH /SIDA au niveau national	22
2.2.	Présentation du GIP ESTHER.....	24
2.2.1.	Généralités.....	24
2.2.2.	Objectifs du projet.....	25
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET RECOMMANDATIONS		28
CHAPITRE 3. PRESENTATION DES RESULTATS		29
Section 1 : Résultats à l'An 1		29
1.1.	Dotations en équipement	29
1.2.	Données sur le volet renforcement des compétences	29

1.3. Données sur le plan médical et psychosocial	30
Section 2 : Résultats à l'An2	33
2.1. Données sur la logistique.....	33
2.2. Données sur la prise en charge médico sociale	33
2.2.1. La prise en charge médicale	33
2.2.2. L'appui psychosocial.....	35
2.3. Données sur la formation.....	36
CHAPITRE 4 : ANALYSE CRITIQUE ET RECOMMANDATIONS	41
Section1 : Analyse critique	41
1.1. Pour l'An1	41
1.2. Pour l'An 2	42
Section 2 : Recommandations et plan de mise en œuvre	47
2.1. Recommandations	47
2.2. Plan de mise en œuvre	49
2.2.1. Actions à mener à court terme.....	49
2.2.2. Actions à mener à moyens et long termes.....	49
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE	53
ANNEXES	56
TABLE DES MATIERES	67