685 0210
PD-ABI-583
65218

EVALUATION CONJOINTE FINALE

(GOUVERNEMENT DU SENEGAL - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE,
GOUVERNEMENT DES ETATS-UNIS - AGENCE POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL)

DU

PROJET DE DEVELOPPEMENT DE SERVICES DE SANTE RURALE AU SINE SALOUM

(685-0210)

RAPPORT PRESENTE PAR L'EQUIPE SENEGALO-AMERICAINE

JUILLET 1982

REMERCIEMENTS

Données d'Evaluation demandées par la Division Afrique

Description du Projet

Résumé Analytique

SECTION UN

I. Résumé des Recommandations

II. Principales Questions

III. Gestion et Soutien USAID/Ministère de la Santé publique

IV. Enseignements tirés du Projet

V. Conformité avec la Politique du Programme de l'AID

SECTION DEUX

VI. Méthodologie de l'Evaluation

VII. Structure Administrative

VIII. Système Intégré de Gestion

IX. Formation

X. Supervision

XI. Mesures Préventives de Santé

XII. Médicaments et Fournitures

XIII. Infrastructures

XIV. Utilisation des Postes et Cases de Santé

XV. Viabilité des Cases de Santé

XVI. Incidences Financières des Recommandations

ANNEXES

A. Noms des Membres de l'Equipe Sénégalaise et Entrevues

B. Calendrier de Travail

C. Documentation

D. Carte du Sine Saloum

REMERCIEMENTS

L'équipe américaine d'évaluation aimerait remercier toutes les personnes contactées pour les efforts qu'elles ont déployés en vue de prêter leur concours dans le cadre de l'évaluation du Projet de Santé du Sine Saloum

Nous sommes reconnaissants aux responsables du Ministère de la Santé publique que nous avons rencontrés pour leurs encouragements. Nous apprécions tout particulièrement la discussion relative aux besoins et aux possibilités du projet que nous avons eue avec le Ministère de la Santé publique, de même que les entretiens fructueux que nous avons eus avec le Directeur de la Recherche, de la Planification et de la Formation, le Conseiller Technique n° 1 et le Directeur de l'Hygiène et de la Protection Sanitaire. L'équipe a beaucoup apprécié ces discussions informelles et l'assistance du Ministère de la Santé publique.

En outre, il convient de souligner que nous avons trouvé le personnel de la mission de l'USAID/Dakar tout disposé à nous aider, notamment celui du Bureau de Santé. En effet, le personnel de ce Bureau n'a ménagé aucun effort pour permettre à l'évaluation de respecter son calendrier de travail, et les réponses qu'il a apportées à nos questions ont toujours été judicieuses et reflétaient une profonde connaissance du projet. La clairvoyance dont a fait preuve le Docteur White, Responsable du Bureau de Santé de la Mission, et le temps qu'il nous a généreusement consacré, ont revêtu une importance particulière dans la synthèse des informations concernant le Projet. Le personnel du projet, notamment Madame Aïda Lô et Monsieur Sangoné Mboup, ont aussi pleinement collaboré; les données et analyses ont été volontiers fournies chaque fois que nous les avons sollicitées, et les changements de calendrier ont toujours été acceptés avec bienveillance. Beaucoup de temps a été consacré aux discussions relatives aux problèmes et à l'historique du projet avec le personnel du projet; à cet égard, leur assistance et leurs vues ont été très utiles.

Nos remerciements s'adressent également aux membres de l'équipe d'évaluation de Dakar pour leur collaboration et les efforts qu'ils ont déployés afin de nous informer de leurs conclusions. L'équipe américaine voudrait remercier tou particulièrement Monsieur El Hadji Diamé, statisticien en service au Ministère de la Santé publique; Monsieur Idrissa Diop, économiste, qui a, avec enthousiasme, accompagné l'équipe américaine sur le terrain lors des entrevues; Madame Astou Diagne, économiste en service au Ministère du Plan et de la Coopération; Madame Rosaline Murray, économiste au Ministère du Plan et de la Coopération; Monsieur Ousmane Samb, Directeur des Secteurs Urbain et Rural au Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine; Monsieur Samba Diakhaté, administrateur civil chargé des collectivités locales; et Monsieur El Hadji Cissé, inspecteur de la Promotion Humaine en service à Kaolack.

L'équipe américaine est aussi reconnaissante à Monsieur Bill Anderson, du Bureau d'Etudes de l'USAID/Dakar pour son assistance au cours des phases de l'évaluation ayant trait aux visites sur le terrain et aux analyses. Sa perspicacité et ses observations ont été hautement appréciées.

.../.

Enfin, nous aimerions adresser nos plus vifs remerciements à Madame Paulette Chaponnière, planificatrice et infirmière de Santé publique, pour l'aide considérable qu'elle nous a apportée. Sa connaissance profonde du projet et ses compétences professionnelles, de même que sa parfaite compréhension des populations sénégalaises et de leurs besoins ont rendu notre travail plus facile. Les tâches difficiles qui lui étaient assignées et qui consistaient à prévoir et à satisfaire les besoins des équipes sénégalaise et américaine, ainsi que ceux de santé de l'AID, tout comme sa participation à toutes les activités et enquêtes de l'équipe, étaient indispensables à la réalisation du travail.

L'Equipe Américaine de l'Evaluation

- Dr. George Jones, Chef d'Equipe
  AID/REDSO/WA
  Abidjan

- Turra Bethune
  AID/AFR/DR/HN
  Washington

- Richard Ousmanski, Bureau de la Santé
  Outre-Mer, Service de la Santé publique
  Washington

DONNEES D'EVALUATION DEMANDEES PAR LA DIVISION AFRIQUE DE L'AID

Question I : Quelles sont les problèmes que le projet essaye de surmonter et qui est confronté à ces problèmes ?

Réponse : Le projet tente de surmonter des problèmes d'ordre structurel, technologique, et de moyens.

Problèmes d'ordre structurel

A) Un système de prestation de services du Ministère de la Santé publique qui n'atteint pas la majorité des populations rurales;

B) Des affectations de personnel insuffisantes pour une supervision adéquate; et

C) Aucune capacité de transport du Ministère de la Santé publique pour la supervision et le soutien logistique.

Problèmes de moyens

Infrastructure sanitaire, effectif et moyens financiers limités pour étendre les services de santé.

Problèmes d'ordre technologique

Compétence limitée dans le cadre de l'approche des services de santé basée sur le village utilisant les ressources financières et le personnel local mais nécessitant la supervision et le soutien du Ministère de la Santé publique. Nécessité de nouvelles technologies en matière de formation, de supervision, d'information, de transport et de logistique.

Question II : Quelle technologie le projet tente-t-il de promouvoir pour surmonter ce problème ?

Réponse : A) Le projet favorise les technologies liées aux soins de santé pour étendre les services de santé aux populations rurales du Sénégal, y compris :

- La formation des membres des comités de santé et des villageois afin d'obtenir le soutien des villages;

- La formation et la redéfinition du rôle des cadres moyens de la santé en vue de soutenir et de renforcer les services de santé villageoise;

- Les mesures préventives de santé ayant des objectifs bien définis telles que les vaccinations et la surveillance nutritionnelle des enfants;

- La planification des capacités en se fondant sur le système intégré de gestion afin d'améliorer l'allocation des ressources;

- La restructuration de la supervision;

- L'utilisation d'une liste des médicaments essentiels dans le but d'améliorer la rentabilité des soins de santé;

- L'utilisation de moyens de transport appropriés moins coûteux.

B) Le projet met l'accent sur les possibilités de mettre au point des technologies qui puissent surmonter les problèmes des deux manières suivantes :

- en offrant des possibilités de recherches sur les opérations;

- grâce à son approche basée sur l'essai et l'erreur qui a abouti à des solutions valables pour surmonter les goulots d'étranglement tels que les systèmes appropriés de transport, de financement et de gestion des cases de santé, et d'information conçus pour des illettrés.

Question III : Quelle technologie le projet essaye-t-il de remplacer ?

Réponse : Le projet tente de remplacer de manière efficace l'infrastructure sanitaire existante. Cette infrastructure utilise du personnel hautement qualifié travaillant dans des locaux assez bien équipés qui entraînent un investissement et des dépenses de fonctionnement substantiels pour ne servir qu'un nombre limité de personnes. Le projet étendra le système existant en vue d'atteindre plus de personnes à moindre coût.

Question IV : A) Pourquoi les planificateurs du projet croient-ils que les bénéficiaires visés adopteront la technologie proposée ?

Réponse : Les bénéficiaires visés ont déjà adopté la technologie proposée comme en témoigne 1) une diminution dans l'utilisation des postes de santé relevant du Ministère de la Santé publique et une augmentation correspondante dans l'utilisation des cases de santé villageoise; et 2) la rémunération des ASC par les villageois.

B) La nouvelle technologie fournit-elle des incitations économiques substantielles ?

Réponse : La méthode d'approche du projet permet au Ministère de la Santé publique d'accroître sensiblement le nombre de personnes servies avec un accroissement minimum de son personnel. En deuxième lieu, le coût de l'extension des services est partagé avec les bénéficiaires des services par l'intermédiaire du paiement des médicaments, de la construction des cases de santé et de la rémunération des agents de santé communautaire (ASC).
En troisième lieu, l'approche développe une structure destinée à l'application des mesures préventives de santé propres à sauver bien des vies humaines et à réduire sensiblement l'incapacité (vaccination et surveillance nutritionnelle des enfants) à un coût raisonnable. En quatrième lieu, l'accessibilité améliorée des services de santé et un traitement précoce des cas de maladie contribuent à accroître la productivité du petit paysan étant donné que le traitement précoce réduit le temps perdu dans le cadre des travaux champêtres. Ceci est particulièrement vrai durant la saison des semailles qui est également la période pendant laquelle la population est plus exposée aux maladies débilitantes.

Question V : Quelles sont les caractéristiques manifestées par les bénéficiaires qui sont favorables à l'adoption de la technologie proposée ?

Réponse : La culture prévoit la prise des décisions en commun qui est indispensable au soutien des cases de santé et des ASC et les villageois sont ouverts à la médecine moderne.

Les entretiens avec les autorités administratives locales et les villageois de même que la revue de la presse nationale démontrent l'enthousiasme et le soutien dont bénéficie cette approche des soins de santé primaires.

Question VI : A) Quel est le taux d'adoption du présent projet ou quel taux d'adoption les projets antérieurs ont-ils enregistré dans le cadre du transfert de la technologie proposée ?

Réponse : Le taux d'adoption est satisfaisant. Certaines cases de santé, sur les 378, fonctionnent depuis près de trois ans. D'autres avaient échoué sur le plan financier mais ont redémarré. Les cases de santé enregistrent actuellement une demande croissante venant des départements voisins qui ne sont pas, à l'heure actuelle, compris dans la zone du projet.

B) Pourquoi les bénéficiaires visés ont-ils ou n'ont-ils pas adopté cette technologie ?

Réponse : Les villageois ont adopté la technologie parce qu'elle répond à un besoin ressenti. La durée des trajets et le coût des soins de santé sont considérablement réduits, ce qui est plus important même pour une personne malade.

Question VII : Le projet déclenchera-t-il des forces qui entraîneront une étude plus poussée du problème et des améliorations du thème technologique proposé en vue de le surmonter ?

Réponse : Le projet a déjà abouti à ce résultat. Le Ministère de la Santé publique se rend compte maintenant du besoin d'une capacité de réparation et d'entretien des véhicules d'une part, et de réapprovisionnement en médicaments d'autre part. Deuxièmement, le Ministère suit soigneusement le projet en vue de déterminer les possibilités de le reprendre à l'extérieur de la région du Sine Saloum. En conséquence, les problèmes de coût sont actuellement soulevés et il existe des plans destinés à leur trouver des solutions.

Question VIII: Est-ce que les fournisseurs privés sont motivés pour examiner le problème soulevé par le projet et proposer des solutions ?

Réponse : Le seul apport matériel est constitué par les médicaments et les fournitures médicales. A l'heure actuelle, le secteur privé, financé par des expatriés qui en sont les propriétaires en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, ne peut faire concurrence à PHARMAPRO, l'organisme national semi-public d'approvisionnement en médicaments qu'il vend à des prix plus bas. La quantité nécessaire au projet est trop petite parce que le projet a une ampleur limitée et que la liste des médicaments essentiels est courte et ne comprend que quelques médicaments courants peu coûteux tels que l'aspirine. Au taux actuel de la demande, il est peu probable qu'un entrepreneur sénégalais puisse avoir un marché assez grand pour produire sur place les médicaments en question.

En ce qui concerne les fournisseurs privés de soins de santé, les agents de la santé compétents qui constituent un nombre limité au Sénégal ne sont pas disposés à servir dans des zones rurales reculées et leur nombre limité ne permettrait pas d'assurer la prestation des services de façon adéquate. Les ASC sont les fournisseurs privés des soins de santé dans les zones rurales du Sine Saloum.

Question IX : Quel système de prestation le projet utilise-t-il pour transférer la nouvelle technologie aux bénéficiaires visés ?

Réponse : Par l'intermédiaire du soutien et de la supervision du Ministère de la Santé publique, les cadres moyens du Ministère de la Santé publique sont formés en vue de former et de soutenir les comités de santé villageois dans la gestion financière des médicaments et les ASC dans la prestation des soins de santé primaires.

Question X : Quelles techniques de formation le projet utilise-t-il afin de développer le système de prestation ?

Réponse : Il y en a plusieurs. Formateurs, superviseurs, cadres moyens de la santé, comités villageois et ASC ont tous été formés et continuent de bénéficier de stages de recyclage.

DESCRIPTION DU PROJET

Historique et Objectifs de la Conception du Projet

Le Gouvernement du Sénégal, grâce à une subvention de l'AID d'un montant de 3,3 millions de dollars étalée sur quatre ans, a initié le projet du Sine Saloum en août 1977. Le projet visait deux objectifs :

1. Mettre en place un réseau de 600 cases de santé villageoise pourvues de personnel et soutenues par 1800 agents au niveau communautaire dans les 6 départements de la région du Sine Saloum.

2. Améliorer et renforcer l'infrastructure de soutien du Gouvernement du Sénégal dans le domaine des services des centres de santé.

Le projet a assigné la plus grande part des responsabilités concernant le fonctionnement local des services de santé aux villageois eux-mêmes. Ces derniers devaient construire les cases de santé par l'intermédiaire d'un réseau de comités de gestion et de conseils de communautés rurales. Ils étaient également chargés de réapprovisionner ces cases en médicaments de base nécessaires au traitement des principales maladies sévissant dans la région. Les coûts des produits pharmaceutiques et des services devaient être pris en charge par les villageois.

En vue de faciliter la mise en place d'un système uniforme de prestation de services de santé rurale, le projet devait fournir les éléments suivants :

1. Construction, équipement et fournitures

   - Rénovation de 58 postes de santé existants, construction de 15 nouveaux postes de santé et rénovation de l'Ecole des Agents d'Assainissement de Khombole;

   - Fourniture de l'équipement pour 79 postes de santé existants et nouveaux;

   - Fourniture de l'équipement et du stock initial de médicaments pour 600 cases de santé;

   - Fourniture du financement destiné à l'acquisition de 17 véhicules, 76 chevaux et charrettes, d'équipements audio-visuels, de manuels d'alphabétisation et de matériel didactique.

2. Formation

L'élaboration du projet avait également préconisé :

- un programme de recyclage destiné aux agents de santé communautaire (ASC) et à leurs superviseurs;

- l'alphabétisation par le Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine pour les membres des conseils des communautés rurales;

- une assistance technique à court terme dans les domaines de la formation, de l'encadrement et de l'élaboration d'un programme d'études pour l'Ecole de Khombole;

- des bourses de formation pour 40 agents d'assainissement à l'Ecole de Khombole;

- des dépenses relatives aux ASC en cours de formation.

3. Assistance Technique

Afin d'appuyer le système existant, trois niveaux d'assistance technique étaient prévus :

A) la formation des infirmiers/sages-femmes

B) l'éducation sanitaire

C) l'administration en matière de santé publique

4. Déplacements

En vue des distances géographiques à parcourir dans le cadre des activités du projet, des fonds ont été alloués pour les déplacements liés à la supervision, à l'alphabétisation et aux activités d'assainissement.

En avril 1980, aux deux tiers de la durée du projet, l'USAID a mené une évaluation d'impact qui a révélé que le projet rencontrait de sérieux problèmes. Un tiers des cases de santé ouvertes avaient déjà fermé. L'évaluation avait noté que les principaux problèmes étaient constitués par la viabilité financière, le soutien et la supervision, ainsi que le réapprovisionnement en médicaments. Les autres problèmes cités concernaient le choix des ASC, le transport en vue de la supervision et du soutien logistique, l'emplacement des cases, la rémunération des ASC et le soutien aux comités de santé.

Le Gouvernement du Sénégal et l'USAID/Dakar se penchèrent immédiatement sur les conclusions de l'évaluation d'impact. De juillet à septembre 1980, le projet fut restructuré en vue de résoudre les problèmes révélés par l'évaluation d'impact.

La restructuration du projet mit l'accent sur la nécessité : 1) d'améliorer la structure de gestion, 2) d'une formation supplémentaire pour les comités de gestion, 3) du recyclage des agents de santé communautaire, 4) d'améliorer le système de réapprovisionnement en médicaments, et 5) d'assurer la viabilité financière des cases de santé. La restructuration limita le projet à quatre départements de la région et proposa que le projet se concentre sur seulement 20 communautés rurales et 60 villages choisis au sein de ces communautés rurales. Le but de cette insistance plus limitée était de ralentir le rythme d'exécution afin d'organiser les comités de santé, et de mettre en place une infrastructure sanitaire qui pourrait appuyer le système de façon plus adéquate.

RESUME ANALYTIQUE

Le Gouvernement du Sénégal et l'USAID/Dakar ont considérablement amélioré la gestion du Projet de Développement des Services de Santé Rurale au Sine Saloum. Le Ministère de la Santé publique à Dakar de même que son personnel à tous les niveaux de la région ont manifesté un intérêt et un engagement soutenus au programme de Soins de Santé Primaires (SSP) encouragé par ce projet. Le Ministère de la Santé publique supervise de près le projet dans l'intention de l'étendre sur le territoire national s'il s'avère faisable aux plans financier et de la programmation. Bien que des résultats significatifs aient été obtenus, il reste encore beaucoup à faire en ce qui concerne la mise en place et l'institutionnalisation de ce système de prestation de soins de santé rurale. Les fonds investis par l'AID à ce jour auront été dépensés inutilement si une Phase II du projet n'est pas établie en vue de poursuivre son développement.

Aussitôt après la restructuration du projet, le Gouvernement du Sénégal a apporté d'importants changements de politique au système de financement des SSP au Sénégal. Initialement, alors que des contributions étaient exigées pour pouvoir bénéficier des services de santé au niveau des cases de santé, les soins de santé étaient gratuits au niveau des autres structures de prestation de services de santé. En conséquence, les cases de santé étaient désavantagées au plan compétitif. Les nouveaux changements de politique préconisaient le partage des coûts par les utilisateurs des services de santé à tous les niveaux du système. Avec l'application de la récente politique de décentralisation du Sénégal et la formation des communautés rurales comme cellules administratives à la base, il a été confié aux collectivités locales la responsabilité de gérer les fonds provenant des contributions des utilisateurs des services de santé. La nouvelle politique mettait l'accent sur la participation et le contrôle de la communauté dans la gestion des fonds produits par les contributions financières.

En vue d'évaluer l'état d'avancement actuel du projet, l'équipe a utilisé comme base à partir de laquelle mesurer les progrès accomplis, les objectifs assignés au projet amendé et les conclusions du rapport d'évaluation d'impact de 1980. Dans le cadre de l'accomplissement de cette tâche, l'équipe a identifié les problèmes majeurs suivants :

- les données relatives à l'utilisation des cases et à l'état-civil au niveau villageois sont actuellement collectées et enregistrées de manière systématique.

- près de 675 (89%) des ASC ont été recyclés, la formation de la plupart des 378 comités de santé a été assurée, 48 (100%) des infirmiers chefs de poste de santé ont reçu une formation complèmentaire et 44 (100%) des techniciens d'assainissement ont été formés dans les domaines de l'assainissement rural appliqué et de la supervision dans le but d'améliorer le soutien aux activités sanitaires au niveau des villages.

- par suite de la fourniture de mobylettes en vue de la supervision, du paiement de primes d'incitation, et de la formation complèmentaire, il a été rapporté que plus de 90% des infirmiers chefs de poste et plus de 95% des techniciens d'assainissement visitent les cases de santé au moins une fois par mois.

- les dépôts de médicaments et de fournitures médicales des cases de santé sont actuellement réapprovisionnés par les villages eux-mêmes à partir des dépôts des communautés rurales.

- le système d'enregistrement des données concernant l'utilisation des cases et l'état civil n'est pas complètement développé et sa capacité analytique fait défaut à tous les niveaux.

- une récente enquête a révélé que des 37 cases étudiées sur les 40 villages choisis bénéficiant de l'appui du projet, deux tiers étaient financièrement viables.

- les mobylettes achetées constituent un moyen de transport plus efficace pour la supervision des cases de santé.

- les critères de désignation des ASC ont changé, ce qui s'est traduit par un taux de maintien plus élevé des ASC.

- la plupart des cases de santé du département de Nioro qui avaient fermé lors de la dernière évaluation ont redémarré grâce à l'initiative des villageois, et non pas du projet, et fonctionnent actuellement.

En dépit des progrès accomplis, la réussite du projet ne sera que partielle si des efforts ne sont pas consentis en vue de trouver des solutions aux problèmes persistants qui sont les suivants :

- le faible rôle de direction du Ministère de la Santé publique au niveau régional qui se traduit par une usurpation des fonctions du Ministère par le personnel du projet. Cette situation a entraîné des interruptions fréquentes dans l'évolution du programme et une utilisation inefficace des effectifs.

- bien que des efforts aient été déployés, le projet ne s'est pas suffisamment penché sur les incidences des charges récurrentes des activités du projet.

- le paiement actuel des primes d'incitation a ajouté un élément supplémentaire coûteux au projet et favorise une motivation qui n'est pas nécessaire à l'exercice des fonctions du personnel.

- bien que les villageois arrivent à maintenir le niveau des approvisionnements villageois, le système de réapprovisionnement est inefficace et requiert une source de médicaments peu coûteux au niveau régional.

- l'absence d'un garage régional du Ministère de la Santé publique empêche le développement d'une capacité d'entretien et de réparation des véhicules et des mobylettes et partant, fait obstacle à la viabilité du projet.

L'équipe d'évaluation recommande que le projet soit prolongé pour une période pendant laquelle l'élaboration d'une deuxième phase pourra être réalisée.
Une phase II du projet devrait faire face, au moins, aux cinq problèmes soulevés ci-dessus.

I. RESUME DES RECOMMANDATIONS

La Section II du présent rapport évalue en détail chaque volet du projet et énumère les nombreuses recommandations afférentes de l'équipe d'évaluation. Ce qui suit est un résumé des recommandations les plus importantes ou celles qui nécessitent des mesures immédiates :

1. Une Phase II du Projet de Développement des Services de Santé Rurale devrait être élaborée et mise en oeuvre avec le soutien de l'USAID.

2. Le Directeur de Projet de la Phase II devrait être un Médecin-Chef régional choisi en fonction de son intérêt et de son expérience dans le domaine des Soins de Santé Primaires (SSP). Il devrait posséder des compétences en matière de planification et d'administration aussi bien que des qualifications en épidémiologie.

3. Le projet devrait être complètement intégré dans les structures du Ministère de la Santé publique. Les volets du projet devant être intégrés et maintenus comprennent : 1) l'ensemble de la gestion et de la supervision, 2) la formation, 3) les systèmes d'information, et 4) les capacités de maintenance et de réparation des véhicules.

4. En vue d'abriter la direction du projet au sein de l'Inspection Régionale du Ministère de la Santé publique, une Cellule des Soins de Santé Primaires devrait être créée. Cette cellule comprendrait : 1) le chef d'équipe, 2) un coordinateur pour la formation, 3) un coordinateur pour la supervision, 4) un coordinateur pour la PMI, 5) un coordinateur pour la pharmacie, et 6) un coordinateur pour l'assainissement.

5. Une succursale régionale de la PHARMAPRO devrait être créée à Kaolack afin d'accroître l'efficacité de la distribution des produits pharmaceutiques. L'USAID devrait aider à sa création.

6. Un centre national de formation en soins de santé primaires devrait être crée au siège régional du projet. Ce centre assurerait l'orientation et le recyclage du personnel du projet aussi bien que des agents travaillant en dehors de la région dans le cadre des SSP.

7. Un atelier de maintenance et de réparation des véhicules du Ministère de la Santé publique devrait être crée avec l'assistance de l'USAID.

8. Un système de surveillance sanitaire devrait être mis en oeuvre en même temps que la mise en oeuvre d'un programme élargi de vaccination, d'un programme de réhydratation par voie orale et d'un programme de surveillance nutritionnelle des enfants.

9. Il faudrait supprimer le système de paiement de primes d'incitation et le remplacer par un autre système recueillant l'agrément du Gouvernement du Sénégal et du Ministère de la Santé publique.

10. Les coûts d'entretien et de réparation des véhicules, de même que les frais d'essence et de lubrifiants devraient être pris en charge par d'autres sources de soutien que l'USAID.

11. Les indemnités accordées aux ASC pour un séminaire de recyclage d'un jour par trimestre devraient être prises en charge par les villages plutôt que par l'USAID. Le soutien assuré par l'USAID pour la formation des ASC avant leur entrée en fonction devrait également être supprimé.

12. Le coût des stocks initiaux de médicaments et de fournitures médicales est assez peu élevé pour être également pris en charge par les villages plutôt que par l'USAID.

13. Tous les travaux futurs de construction de locaux financés par l'USAID devraient être en rapport avec une ligne budgétaire du Gouvernement du Sénégal/Ministère de la Santé publique destinée à l'entretien des locaux.

14. En se fondant sur les conditions de compétence, dans le cadre du futur pourvoi en personnel d'assainissement, l'affectation d'agents sanitaires au lieu des techniciens d'assainissement au niveau des postes de santé serait appropriée.

15. Il faudrait assurer un recyclage régulier à tout le personnel des cases de santé et aux membres des comités de santé. Tant les ASC que les comités sont indispensables au fonctionnement et à la viabilité des cases.

16. En même temps que la planification de la Phase II, le Gouvernement du Sénégal et l'USAID devraient mener une étude économique en vue de déterminer les charges récurrentes liées au programme de SSP tel qu'il est modifié par cette évaluation et ses recommandations.

17. Les données existantes devraient être davantage évaluées afin d'analyser les relations qui existent entre le poste de santé et ses auxiliaires que sont les cases de santé. Cette analyse devrait étudier :
1) les incidences de coût pour le Ministère de la Santé publique, et
2) les incidences de coût pour les bénéficiaires.

Cette étude devrait être menée par des consultants qualifiés venant de l'extérieur et devrait faire des recommandations sur la manière d'assurer la collecte et l'exploitation des données afin d'assurer le suivi de cette importante question.

18. Le Gouvernement du Sénégal devrait, comme partie intégrante de la Phase II, passer contrat avec une institution qualifiée qui fournirait une assistance technique courante et périodique à court terme. Le chef d'équipe de l'Assistance Technique devrait posséder de l'expérience en matière de planification et d'administration et être personnellement impliqué dans les services d'assistance technique aussi bien que dans la supervision des autres consultants.
Il est essentiel d'assurer la continuité et l'aptitude de fournir des conseils techniques dans la vaste gamme des domaines techniques du projet.

19. L'expansion géographique du projet ne devrait intervenir qu'après que :

- la gestion du projet aura été intégrée avec succès dans les structures du Ministère de la Santé publique;

- les indemnités auront été supprimées;

- PHARMAPRO aura mis en place une succursale régionale fonctionnant normalement pour assurer la distribution des produits pharmaceutiques aux cases de santé;

- le Ministère de la Santé publique aura acquis la capacité d'assurer la maintenance et la réparation de ses véhicules au niveau régional.

II. PRINCIPALES QUESTIONS

L'équipe d'évaluation a perçu son rôle comme étant celui qui consiste à évaluer les progrès et réalisations du projet en vue de faciliter son évolution. Toutefois, nos premiers contacts avec l'USAID/Dakar, le Ministère de la Santé publique et le personnel du projet étaient destinés à concentrer l'attention sur des problèmes spécifiques. Les responsables du Ministère de la Santé publique, y compris le Ministre, l'USAID/Dakar et le personnel du projet souhaitaient que nous examinions les réalisations du projet et les questions plus générales telles que : 1) l'acceptabilité politique, 2) la satisfaction des bénéficiaires, 3) l'intégration du programme, 4) l'utilisation rationnelle des ressources, et 5) les possibilités d'extension.

Question 1 : Acceptabilité politique

Le plan sanitaire du Sénégal s'est fixé les objectifs suivants :

- développer et renforcer l'infrastructure sanitaire;
- développer les activités relatives à la santé publique;
- développer et intensifier la formation professionnelle du personnel s'occupant des soins de santé;
- amplifier l'application des activités relatives aus soins de santé primaires (SSP).

En outre, lors des discussions avec les responsables du Ministère de la Santé publique, deux objectifs supplèmentaires ont été formulés :

- développer des moyens raisonnables permettant d'assurer la prestation des services de SSP; et
- obtenir la forte et active participation et le soutien des populations dans l'amélioration de leur état de santé.

Réponse : Le but, les objectifs et l'exécution du projet confirment notre opinion que le projet est compatible avec le plan sanitaire global du pays, et contribue à atteindre les objectifs de ce plan. Dans la région du Sine Saloum, le projet est en train de mettre en place une infrastructure destinée aux SSP au niveau villageois, d'introduire des activités préventives de santé et de former le personnel. La formation des comités de santé et le travail de la Promotion Humaine, de même que celui des techniciens d'assainissement se traduisent par une participation active des populations. Toutefois, les coûts relativement raisonnables de ces services de santé ne sont pas encore déterminés. Une étude portant sur les dépenses récurrentes a été menée en mai 1982, mais n'a pas répondu à ses objectifs. Toutes les parties concernées sont conscientes de l'importance de cette question. Une étude plus poussée sera entreprise.

L'équipe a discuté l'acceptabilité politique avec les responsables du Ministère à Dakar, le Gouverneur de la région, et plusieurs sous-préfets et chefs de villages au Sine Saloum. Un enthousiasme et un soutien sans réserve ont été manifestés à tous les niveaux. L'équipe a aussi noté chez ces responsables la compréhension profonde et la connaissance du projet. L'équipe a pu ainsi conclure que le projet a été bien accueilli et est soutenu par les responsables sénégalais dans la zone du projet.

Question 2 : Satisfaction des Bénéficiaires

Réponse : Les bénéficiaires visés par le projet sont les habitants des villages et des villes secondaires du Sine Saloum. Le réseau de cases de santé est destiné à assurer des soins de santé et des services d'assainissement à ces populations, et à décentraliser le système de prestation de services en vue de le rendre plus proche des personnes qui en ont besoin. Les observations et entrevues de l'équipe américaine d'évaluation, de même que l'enquête menée par l'équipe sénégalaise d'évaluation ont confirmé la réalisation de cet objectif. Les critères retenus par l'équipe sénégalaise en ce qui concerne la satisfaction des bénéficiaires étaient : (1) l'acceptabilité et l'accessibilité des services, (2) la disponibilité et les coûts raisonnables des médicaments, et (3) la participation des bénéficiaires et le contrôle qu'ils exercent sur les services.

1. Acceptabilité et accessibilité des services : une enquête sénégalaise menée en mai 1982 a indiqué que près de 99% des 383 villageois interrogés résidant dans des villages dotés de cases ont exprimé leur satisfaction quant aux soins reçus au niveau des cases de santé. L'équipe américaine a eu au cours de ses visites la preuve manifeste de l'utilisation des services dispensés par les cases de santé. Les données recueillies à trois postes de santé et aux cases qui leur sont associées ont fait ressortir une baisse de 40% pour les visites aux postes de santé avec un accroissement correspondant pour les visites aux cases de santé. Ces données, et un examen des registres d'autres cases de santé pour vérifier les taux de visites, ont révélé l'acceptation des services des cases de santé.

S'agissant de l'accessibilité, l'enquête sénégalaise a fait ressortir un taux d'utilisation élevé parmi les 756 villageois interrogés dans 40 villages dotés de cases et les villages environnants. 98% des hommes (238) et 92% des femmes (458) interrogés ont répondu qu'ils ont eu recours aux cases pour des soins. L'implication est que les villageois ont accès aux services des cases, mais quand ils sont trop éloignés des cases, le degré d'accessibilité diminue. Parmi ceux qui vivent dans des villages dotés de cases, 99% ont répondu qu'ils ont eu recours à la case, alors que même chez ceux qui vivent dans des villages environnants, 96% des hommes et seulement 83% des femmes interrogés ont utilisé les services des cases. La plupart des villages environnants sont situés en moyenne à une distance de trois à cinq kilomètres des villages dotés de cases. Une distance de plus de cinq kilomètres semble avoir une influence sur l'accessibilité des cases, notamment pour les femmes.

La conclusion est que le projet a considérablement amélioré l'accès des villageois aux SSP et que le degré d'acceptation des services des cases de santé est particulièrement élevé.

2. La disponibilité des médicaments s'est améliorée depuis l'évaluation, mais le réapprovisionnement demeure un problème. Le réapprovisionnement connaît encore des interruptions et des retards interviennent quant il s'agit d'exécuter les commandes en raison de l'absence d'une source régionale fiable de médicaments et de fournitures médicales peu coûteux.

Néanmoins, les dépôts des communautés rurales sont maintenant mieux approvisionnés qu'en 1980, et semblent être plus en mesure de réapprovisionner les cases. Bien plus, les taux d'utilisation des cases montrent que les médicaments sont pour la plupart disponibles. Les huit cases visitées disposaient de stocks suffisants de médicaments et de fournitures médicales.

La cadence de renouvellement des stocks au niveau des cases de santé indique qu'ils sont à la portée des bourses des populations; toutefois, on ne sait pas si le prix constitue un obstacle pour certains villageois. Au cours de l'hivernage, qui est aussi la période pendant laquelle commence la campagne agricole, lorsque les populations sont plus exposées aux maladies et disposent de moins de ressources financières, l'utilisation des cases connaît un accroissement considérable. Ceci indique que les services sont à la portée des bourses des populations. A mesure que les besoins en médicaments augmentent et que la possibilité de payer diminue, les villageois n'en continuent pas moins, en général, à acheter les médicaments.

3. Participation et contrôle des bénéficiaires : L'enquête sénégalaise a constaté une vaste compréhension des villageois au sujet du système de fonctionnement de la case et de son comité de gestion. L'équipe américaine a examiné les registres des comités de gestion concernant les médicaments, les fournitures médicales et les ressources d'auto-financement; elle les a trouvés très utiles pour des fins de gestion. Avec le concours de la Promotion Humaine, les infirmiers chefs de poste et les techniciens d'assainissement ont introduit des notions de soins de santé primaires auprès des villageois et les ont encouragés à organiser et à soutenir la gestion des cases et des comités de santé au niveau villageois. Les villageois forment les comités de santé, construisent leurs propres cases et désignent leurs propres ASC en vue de la formation. Bien que l'infirmier chef de poste et le technicien d'assainissement assurent la formation des ASC et des comités de santé, et plus tard assurent la supervision technique et l'appui nécessaires, la gestion, le financement et le contrôle des services dispensés par les cases sont du ressort des villages. Sans la participation et la responsabilité des villages, les cases de santé ne seraient pas viables. L'équipe a conclu que les villages participent à la gestion des services et activités de santé villageoise.

Question 3 : Intégration

Réponse : La notion d'intégration du projet, sur le plan géographique et dans la structure administrative du Ministère de la Santé publique, est un idéal.

L'équipe a constaté une double structure de gestion des Soins de Santé Primaires au niveau villageois. Au niveau régional, le personnel du projet assure la gestion en coordination avec le personnel régional du Ministère de la Santé publique. Toutefois, au niveau des départements et des communautés rurales, le personnel du Ministère de la Santé publique est chargé de l'exécution du projet; au niveau de la direction régionale, le personnel du projet assure la gestion du projet, plutôt que le personnel du Ministère de la Santé publique. La coordination et le soutien des services de santé, au niveau villageois, sont assurés par le personnel du Ministère de la Santé publique au niveau des postes de santé. Il existe maintenant une intégration et une coordination du programme qui sont passées du niveau villageois au niveau départemental.

A tous les niveaux, le personnel du projet a créé une véritable structure verticale destinée à l'exécution du projet. La structure verticale des volets formation et supervision a contribué à renforcer le système. Actuellement, ce système est parallèle à la structure du Ministère de la Santé publique qui comprend un système d'enregistrement des données et d'information, avec des compétences distinctes de supervision et de direction. La structure du Ministère de la Santé publique comprend également une capacité de formation.

Si ce programme doit être viable, les activités et les capacités parallèles doivent être intégrées à la structure administrative et de fonctionnement du Ministère de la Santé publique. Plusieurs sénégalais interrogés ont fait part de leur préoccupation concernant la non-intégration des activités du projet dans les structures du Ministère de la Santé publique à tous les niveaux.

De l'avis de l'équipe d'évaluation, une intégration totale peut être réalisée en deux ans et, si le Gouvernement du Sénégal en faisait la demande, l'AID devrait promouvoir cette intégration.

Question 4 : Utilisation rationnelle des ressources

Réponse : L'équipe a examiné les dépenses du projet telles qu'elles figurent dans le rapport intitulé "Les Soins de Santé Primaires au Sine Saloum : Evaluation des dépenses récurrentes du Projet USAID/Sénégal". L'équipe a estimé que les fonds du projet ont été dépensés de manière rationnelle sauf en ce qui concerne :

1. Les stocks initiaux trop importants, ce qui a entraîné du gaspillage.

2. L'achat, au départ, de chevaux et charrettes devant être utilisés pour assurer la supervision et le soutien logistique. (Ce moyen de transport n'a jamais été accepté par les infirmiers chefs de poste et les techniciens d'assainissement).

3. L'utilisation abusive des véhicules par les chauffeurs du projet, ce qui s'est traduit par des coûts de réparation élevés. La maintenance des véhicules est insuffisante et les précautions convenables ne sont pas prises sur les mauvaises pistes.

4. La sous-utilisation des fonds réservés à l'assistance technique. Une assistance technique judicieuse fournirait de nouvelles idées, assurerait au projet le "feed-back" technique régulier du personnel du projet, et aiderait à l'exécution des différents volets du programme.

5. Une mauvaise utilisation des fonds est constituée par le paiement d'indemnités au personnel du Ministère de la Santé publique. Des indemnités sont accordées afin de motiver des agents à faire du travail qui fait partie intégrante de leurs fonctions normales.

Aucun de ces cas de mauvais emploi n'est le résultat d'une mauvaise gestion sauf, peut-être, la négligence manifestée dans la supervision de l'utilisation des véhicules par les chauffeurs. Les premiers stocks excessifs de médicaments et l'achat de chevaux et de charrettes ont été le résultat d'erreurs commises dans la conception du projet. Le projet a tiré des enseignements de ces décisions. L'utilisation future des fonds du projet serait plus rationnelle si : 1) l'assistance technique était utilisée de façon adéquate; et 2) si les indemnités étaient supprimées.

Les dépenses du projet relatives à la formation et au transport ont été effectuées de façon adéquate. Le Ministère de la Santé publique devra prendre en charge les coûts récurrents de ces dépenses.

Au départ, des fonds étaient nécessaires pour développer et soutenir une capacité de formation et de supervision et le transport des médicaments et des fournitures médicales. Ces nouvelles capacités renforcées devraient maintenant permettre au Ministère de la Santé publique (a) d'introduire et de soutenir des mesures préventives de santé ayant des objectifs bien définis qui puissent changer sensiblement l'état de santé des populations, telles que le Programme Elargi de Vaccination, la Réhydratation par Voie Orale et la surveillance nutritionnelle des enfants; et (b) de répondre à la demande et aux besoins jusqu'ici insatisfaits de services de santé. Avec le soutien extérieur des services de santé villageoise, le financement des bénéficiaires a été suffisant pour assurer les activités au niveau villageois. La disponibilité et l'accessibilité accrues de services en partie financés par les villageois devraient contribuer à prévenir les problèmes et influer sur le diagnostic précoce et le traitement des cas, évitant ainsi les coûts d'ordre social et économique qu'entraîneraient le traitement des cas avancés qui auraient pu être prévenus.

Question 5 : Possibilités d'Extension

Réponse : Nous sommes heureux du fait que le Gouvernement du Sénégal souhaite reprendre et étendre le projet USAID de développement des services de santé rurale à d'autres régions du pays. Sur le principe, l'équipe d'évaluation soutient vivement cet objectif et estime que des efforts devraient être consentis dans ce sens. Toutefois, avant de l'étendre à d'autres régions, l'équipe préconise d'attendre que certaines conditions soient remplies. Si le projet est étendu trop tôt à d'autres régions, de grosses pertes de temps, d'argent et d'énergie sont à prévoir. A mesure que le pays avance dans l'utilisation de ses propres ressources qui sont limitées, de tels essais et expériences deviennent coûteux et il serait imprudent de s'engager dans cette voie. La planification à partir d'une base solide devient encore plus importante étant donné l'investissement de temps et d'argent nécessaire de la part des bénéficiaires eux-mêmes dans le cadre du développement de leurs services de santé. Tout doit être mis en oeuvre pour assurer le succès de la participation communautaire.

L'équipe estime que les principales préoccupations auxquelles il faut faire face avant d'étendre le programme à d'autres régions sont au nombre de quatre. Ces préoccupations majeures sont les suivantes :

1. Gestion parallèle : Il est recommandé qu'une cellule de SSP soit créée au sein de l'Inspection Régionale de Santé placée sous la direction du Médecin Chef Régional en vue de gérer le programme de SSP au sein du Ministère de la Santé publique.

2. Paiement des indemnités : Les indemnités devraient être supprimées étant donné que le Gouvernement du Sénégal ne sera pas en mesure de les prendre en charge. D'autres moyens de motiver le personnel du Ministère de la Santé publique dans l'exercice de ses fonctions normales devraient être recherchés.

3. Source non fiable d'approvisionnement disponible au niveau régional, système non fiable d'approvisionnement en médicaments peu coûteux pour les cases de santé. : Il est recommandé que les dépôts existants de médicaments aux niveaux régional et départemental soient combinés pour former un seul dépôt au niveau régional qui fonctionnerait comme succursale de PHARMAPRO en vue de résoudre le problème persistant qui est celui de la distribution des produits pharmaceutiques.

4. Absence d'une capacité de réparation et d'entretien des véhicules du Ministère de la Santé publique au niveau régional : Il est proposé qu'un garage du Ministère de la Santé publique soit construit et équipé. Etant donné que le projet est compatible avec le Plan Sanitaire du Gouvernement du Sénégal, qu'il est soutenu au niveau local par les autorités administratives et par les bénéficiaires, qu'il peut être intégré aux structures du Ministère de la Santé publique et qu'il utilise de façon adéquate les ressources limitées qui sont mises à sa disposition, l'équipe s'associe à l'extension du projet à d'autres régions et départements du Sénégal. L'équipe d'évaluation estime qu'avec l'assistance de l'USAID, les quatre problèmes évoqués peuvent être résolus en deux ans.

III GESTION ET SOUTIEN USAID/MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Le Ministère de la Santé publique et l'USAID/Dakar ont fait des progrès dans le cadre du soutien et de la supervision du Projet de Développement des Services de Santé Rurale. Les structures de communication restent ouvertes et sont fréquemment utilisées, ce qui se traduit par le fait que chacune des deux parties répond aux préoccupations et aux requêtes de l'autre.

Ministère de la Santé publique/Dakar

L'une des importantes hypothèses relatives au développement du projet était que le Gouvernement du Sénégal fournisse le personnel compétent et en nombre suffisant en vue de soutenir le système de prestation de soins de santé rurale. Sept catégories de personnel sanitaire étaient mentionnées comme étant indispensables :

Médecin-Chef Régional,
Coordinateur de Projet,
Superviseurs Régionaux,
Superviseurs Départementaux : Ministère de la Santé publique et Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine
Infirmiers chefs de Poste de Santé,
Agents d'Assainissement,
Pharmacien Régional.

A l'exception d'un Agent de la Promotion Humaine à affecter à chaque département, le Gouvernement du Sénégal a rempli ses engagements contractuels y compris l'affectation de 44 diplômés de l'Ecole de Khombole pour compléter les effectifs.

Des progrès ont été réalisés pour retirer la gestion directe du projet du bureau du Gouverneur de la Région qui n'avait pas le temps de diriger le projet comme il était jugé nécessaire de le faire.

Le Médecin-Chef Régional n'a pas été directement impliqué dans le fonctionnement courant du projet et n'a donc pas pu assurer la direction active du projet au cours des deux années passées. Le coordinateur du projet a par conséquent joué un rôle prépondérant dans la direction du projet. De ce fait, les médecins-chefs départementaux, qui sont sous la supervision du Médecin-Chef Régional, n'ont pas été impliqués ni informés des décisions du projet comme ils auraient dû l'être. Ensuite, comme résultat de l'absence de direction de la part du Médecin-Chef Régional, l'intégration des activités du projet à celles du Ministère de la Santé publique dans la région n'a pas eu lieu.

Les entretiens que nous avons eus avec les Médecins-Chefs départementaux et les infirmiers-superviseurs départementaux ont indiqué que la définition des rôles, comme il est stipulé dans l'Accord de Subvention du Projet, n'a pas encore été accomplie.

Finalement, le Ministère de la Santé publique n'a pas décentralisé le système de distribution des produits pharmaceutiques au niveau de la région conformèment à l'Accord de Subvention du Projet. L'USAID et le Ministère de la Santé publique ont toutefois étudié le problème du réapprovisionnement en médicaments à tous les niveaux. Des réunions aux niveaux central et régional ont été tenues afin d'examiner leurs résultats qui indiquent que, à ce jour, des systèmes simplifiés d'inventaire, de commande et de distribution, volets essentiels de ce projet, ne sont pas encore en place. Le personnel de gestion des produits pharmaceutiques de la direction de PHARMAPRO sera bientôt envoyé en mission pour observer et étudier d'autres systèmes de réapprovisionnement en médicaments au Togo, au Niger et en Tunisie.

USAID/Dakar

Pour respecter les dispositions de l'Accord de Subvention du Projet, l'AID/Dakar a désigné un directeur de projet en la personne du Responsable de son Bureau de Santé, le Docteur Mike White. Elle a également fourni des conseillers techniques pour la Formation Sanitaire et le Développement Communautaire.

Observations : Malgrè le fait qu'elle soit en conformité avec l'Accord de Subvention du Projet, l'Equipe d'Evaluation estime que la Mission aurait pu fournir une assistance technique plus opportune et plus appropriée.

Davantage d'assistance technique plus qualifiée en système intégré de gestion, gestion et planification, maintenance et réparation de véhicules, éducation sanitaire et réapprovisionnement en médicaments aurait grandement été utile au projet durant les deux années passées.

L'équipe d'évaluation a constaté que le personnel du projet accomplissait souvent des tâches qui auraient dû être effectuées par le personnel régional du Ministère de la Santé publique. L'utilisation du Responsable du Bureau de santé de la Mission basé à Dakar comme principal responsable de l'USAID dans la supervision technique du projet et la fourniture d'assistance technique n'a pas été efficace en raison de la distance qui le sépare du projet et des autres fonctions qu'il assume en qualité de Responsable du Bureau de Santé de l'USAID et auxquelles il doit consacrer beaucoup de temps.

Le processus de prise de décisions du Ministère de la Santé publique et de l'USAID a été plutôt satisfaisant, malgrè l'absence d'un directeur de projet au niveau du Ministère à Dakar pour assurer la coordination avec l'USAID/Dakar. Il y a eu toutefois des décisions qui ont été prises en commun et qui n'ont pas tenu compte des possibilités de créer des incitations ayant des effets négatifs. Par exemple, la prise en charge par le projet des frais de réparation des mobylettes d'un montant supérieur à 6.000 F.CFA est contraire aux dispositions de l'Accord de Projet qui stipule que le Ministère de la Santé publique ou le personnel des postes de santé prendra en charge les frais d'entretien et de réparation. La prise en charge de ces frais par le projet perpétue la dépendance du programme vis-à-vis du soutien extérieur en ce qui concerne les charges récurrentes.

En second lieu, le budget du projet prévoit des indemnités pour la formation et les déplacements. Un changement de politique d'exécution aurait peut-être été approprié plus tôt lorsque les incidences des indemnités sont devenues évidentes. Le Ministère de la Santé publique n'est pas en mesure de prendre en charge ces coûts et ne le fera pas. Le paiement d'indemnités a créé une situation dans laquelle le personnel du Ministère de la Santé publique impliqué dans le programme s'attend à percevoir des sursalaires pour du travail qui fait partie intégrante de leurs fonctions. Bien que les activités du projet aient accru l'efficacité du travail; les indemnités n'ont donc pas leur raison d'être.

L'USAID/Dakar s'est efforcé de fournir le soutien nécessaire à la gestion du projet en affectant de temps en temps trois ou quatre personnes à Kaolack en vue d'aider le personnel sur place dans l'exécution du projet. Toutefois, la cadence élevée de renouvellement du personnel de l'USAID et du Ministère de la Santé publique a porté atteinte à l'efficacité de la gestion. La Mission a récemment pris des mesures tendant à améliorer la gestion en confiant au responsable du projet la responsabilité d'assurer la communication et la coordination avec le personnel en service à Kaolack. L'équipe d'évaluation recommande également que le Responsable du Bureau de Santé de l'USAID ait régulièrement des consultations plus fréquentes avec le Médecin-Chef Régional à Kaolack. Les décisions devraient être prises en commun. Cette disposition renforcerait la direction du projet à partir du Service Régional du Ministère de la Santé publique à Kaolack et faciliterait la gestion des activités du projet au niveau régional.

Enfin, il convient de souligner que l'exécution du projet a été retardée par la lenteur de l'AID/Washington dans ses décisions. Il lui a fallu huit mois pour approuver le plan de restructuration. De ce fait, le nouvel accord de projet n'a été signé qu'en septembre 1981, dix mois seulement avant la présente évaluation.

En résumé, malgré les problèmes rencontrés dans le cadre de la gestion et du soutien par le Ministère de la Santé publique, l'USAID/Dakar et l'AID/Washington, la situation est positive dans son ensemble. Des problèmes ont été identifiés mais les réalisations du projet, de même que la gestion courante tant par l'USAID que par le Ministère de la Santé publique sont très encourageantes. L'intérêt et le soutien des deux parties, les structures de communication établies et bien utilisées entre les parties concernées, ainsi que l'évolution récente de la gestion du projet rendent une Phase II réussie très probable.

IV ENSEIGNEMENTS TIRES DU PROJET

Conception du Projet

1. Dans le cadre des Soins de Santé Primaires (SSP), la participation de la communauté à la gestion et au soutien financier est essentielle pour assurer la continuité et garantir le soutien continu des villageois. Les ressources extérieures ne devraient pas exclure la participation locale (Exemple : le financement par l'USAID de la formation des ASC).

2. Les cadres moyens de la santé sont les éléments clés d'un programme de SSP. L'appui et la supervision qu'ils assurent sont indispensables à l'amélioration de la santé au niveau villageois. Ils méritent de recevoir une formation intensive et soutenue en vue de développer leurs capacités de soutenir les agents de santé communautaire.

3. Les agents d'assainissement jouent un rôle important dans le cadre des activités de santé préventive et maintiennent l'équilibre entre les soins de santé préventive et curative au niveau villageois.

4. Les médicaments essentiels sont indispensables à la crédibilité des cases de santé. Les stocks initiaux de médicaments devraient refléter le taux d'utilisation des cases plutôt que l'importance de la population.

5. Les apports du pays coopérant devraient être soigneusement analysés en vue de déterminer les éventuelles conséquences négatives des contributions, par exemple les indemnités accordées au personnel du Ministère de la Santé publique.

Exécution du Projet

1. Le personnel du projet et les participants au projet, y compris les villageois, devraient pouvoir commettre des erreurs sans risquer de mettre fin au soutien. La croissance, comme le prouve ce projet, provient du fait de disposer du temps et du soutien nécessaire pour apprendre à partir des fautes commises.

2. L'exécution réussie dépend de la compétence du personnel tout comme d'une élaboration judicieuse de projet. Les personnalités charismatiques ne doivent pas être confondues avec la compétence technique et la véritable motivation permettant d'atteindre les objectifs du projet.

3. La capacité des principaux responsables et du personnel chargés de l'exécution du projet de faire face aux problèmes, de les analyser et de chercher des solutions constitue un indicateur du potentiel de réussite du projet.

4. Des modes de communication et de soutien à tous les niveaux sont indispensables au développement et à la viabilité du programme.

5. Une sélection soigneuse de l'assistance technique tout comme une programmation judicieuse sont indispensables à une exécution efficace.

6. La formation initiale est très importante, mais le recyclage continu est tout aussi important. Des contacts réguliers avec les comités de santé et leur renforcement revêtent une importance cruciale.

7. Les systèmes de collecte et d'analyse des données devraient être bien conçues et simples à utiliser.

8. Toutes les notions et tout le matériel introduits doivent être aussi simples que possible; on doit pouvoir les adapter aux conditions locales et réparer le matériel sur place.

9. Ceux qui sont chargés de l'exécution du projet doivent être sensibilisés pour garder à l'esprit le moment opportun où le projet devra se passer des apports extérieurs, y compris le matériel, les fonds et l'assistance technique.

Evaluation du Projet

1. Les évaluations conjointes revêtent une grande importance en tant qu'expériences d'éducation et de sensibilisation pour tous.

2. La notion occidentale de "comptes équilibrés" ne devrait pas être retenue comme critère en ce qui concerne la viabilité des cases. La fixation des prix et la vente des produits pharmaceutiques se font en fonction de coutumes et de pressions sociales fortement marquées; toutefois, les villages disposent de divers moyens de reconstituer les fonds destinés à l'achat des médicaments essentiels.

3. La prochaine évaluation du programme de SSP avec participation de la communauté devrait comprendre l'évaluation des incidences de la participation communautaire sur le processus de développement. L'action, la prise de décisions et le soutien de la communauté nécessaires à l'égard des SSP revêtent une certaine valeur par rapport aux autres aspects du développement individuel et communautaire.

Gestion

1. La structure administrative décentralisée du Sénégal complète et renforce la participation communautaire aux SSP. La structure permet et encourage l'organisation et la prise de décisions au niveau des villages, ce qui a eu une considérable influence positive sur le développement des soins de santé dispensés au niveau villageois.

2. La décentralisation des services de santé au niveau villageois a permis au Gouvernement du Sénégal de répondre à une demande de services de santé rurale qui était demeurée jusqu'ici insatisfaite.

V CONFORMITE DU PROJET AVEC LA POLITIQUE DU PROGRAMME DE L'AID

L'équipe d'évaluation a étudié la conformité du Projet de Santé Rurale du Sine Saloum avec la politique du programme de l'AID/Washington. Les réalisations du projet ont été examinées en ce qui concerne : 1) le renforcement institutionnel, 2) le transfert de technologies, 3) la politique sanitaire du pays hôte, 4) les incidences des dépenses récurrentes et 5) la participation du secteur privé.

1. Renforcement Institutionnel

A. Gouvernement du Sénégal

Le projet a mis en place un système d'information et un système de réapprovisionnement en médicaments. Ces programmes ont été suivis à tous les niveaux (départements, communautés rurales et villages) de l'infrastructure du Ministère de la Santé publique.

Le projet a et continue à avoir une incidence sur la capacité du Ministère de la Santé publique d'assurer la prestation des services de santé. Dans le cadre des efforts déployés en vue d'étendre les services au niveau villageois, des changements structurels et de système sont intervenus et continuent à se produire au sein des structures du Ministère de la Santé publique dans la région du Sine Saloum. Par suite du projet, une capacité de formation en Soins de Santé Primaires (SSP) a été mise au point, des changements structurels sont intervenus dans la supervision, un système intégré de gestion est en train d'être mis au point, et la structure de soutien de base destinée aux soins de santé dispensés et gérés au niveau des villages est actuellement mise en place. Toutefois, le Ministère de la Santé publique possède une institution qui a besoin d'être renforcée davantage pour assurer la viabilité des SSP au niveau villageois.

Les changements structurels et fonctionnels ont été opérés, mais au niveau régional, c'est le projet plutôt que le Ministère de la Santé publique qui fait fonctionner et gère ces systèmes, y compris la supervision. Bien que le développement institutionnel se soit produit, le processus n'est pas complet au niveau de la gestion; de ce fait, une Phase II est nécessaire pour compléter ce processus.

B. Village

Les comités de santé ont été constitués, formés et gèrent actuellement les dépôts de médicaments et de fournitures médicales.

Le projet met en place au niveau des villages des comités qui permettent aux villageois de gérer leurs propres services de santé. Les cadres moyens du Ministère de la Santé publique sont formés pour pouvoir former les villageois et soutenir les initiatives locales. La capacité des villageois d'organiser et de gérer les soins de santé a été renforcée, mais la nécessité de la renforcer davantage se fait encore sentir.

2. Transfert de Technologies

L'extension des services de santé nécessite l'introduction de nouvelles notions dans la formation, la supervision, l'utilisation des effectifs et la prestation des services. De nouvelles notions ont été introduites, mais toutes n'ont pas réussi. La force du projet a été cette aptitude à les expérimenter, à les utiliser ou à les rejeter s'il y a lieu, et ensuite à rechercher d'autres moyens. Un exemple est l'effort consenti en vue de rendre les cases de santé viables. L'effort se poursuit au niveau des villages.

Une infrastructure destinée à la prestation de SSP est en place, le projet peut commencer une Phase II introduisant d'autres services tels que la réhydratation par voie orale, le programme élargi de vaccination et la surveillance nutritionnelle des enfants. Ces technologies visées et spécifiques se sont avérées des possibilités d'améliorer l'état de santé des bénéficiaires.

3. Politique Sanitaire du Pays

Huit pour cent des budgets des Conseils Ruraux sont alloués pour l'achat de médicaments destinés aux communautés rurales.

Le Gouvernement du Sénégal a suivi et évalué les efforts déployés dans le domaine des SSP par ce projet et par des projets financés par d'autres donateurs. Par suite du projet de Pikine financé par la Belgique, le Gouvernement du Sénégal a introduit un changement de politique nécessitant la participation des populations du Sénégal au financement et à la gestion de leurs services de santé. Les contributions des utilisateurs sont maintenant établies et les comités de santé élus sur place gèrent les dépenses relatives aux contributions collectées. Le Gouvernement du Sénégal étudie actuellement un changement de politique afin de permettre une plus large utilisation des huit pour cent en vue de satisfaire d'autres besoins en matière de soins de santé.

Le Ministère de la Santé publique suit de près et participe activement à l'évolution du présent projet. Le Ministère évalue les possibilités de reprendre le projet dans d'autres régions du pays. En ce moment, les possibilités du projet d'influer sur ses futurs programmes et décisions en matière de budget sont considérables.

4. Incidences des Dépenses Récurrentes

En mai 1982, le Projet a financé une étude portant sur les dépenses récurrentes engendrées par le projet.

L'analyse est incomplète et nécessitera des travaux plus poussés. Il est évident pour les parties concernées que les indemnités accordées au personnel du Ministère de la Santé publique constituent une lourde charge pour les dépenses récurrentes qui non seulement ne se justifient pas, mais encore ne peuvent être prises en charge par le Gouvernement du Sénégal. L'équipe d'évaluation a recommandé une suppression progressive de ces indemnités au cours des 6 à 8 mois à venir.

Deux conditions nécessaires à la viabilité à long terme de ce programme sont la construction et l'équipement d'un garage régional du Ministère de la Santé publique, et la mise en place d'un dépôt régional auxiliaire de PHARMAPRO. Le programme pourrait également bénéficier d'un centre régional de formation en SSP. Il est préconisé que l'USAID continue de soutenir ce programme pendant cinq années supplèmentaires ou jusqu'à ce qu'il soit potentiellement viable.
La mise en place d'un garage, d'un centre de formation et d'un dépôt pharmaceutique se traduira naturellement par d'autres dépenses récurrentes. Etant donné que ces éléments sont essentiels pour la poursuite du programme, ces dépenses à ajouter aux coûts actuels de la formation et du transport doivent être évaluées et l'aptitude du Gouvernement du Sénégal à les prendre en charge doit être déterminée. L'équipe recommande que les incidences des dépenses récurrentes tant sur le projet en cours que sur la Phase II proposée soient déterminées avant de procéder à l'élaboration du PID (Document d'Identification de Projet) de la Phase II.

5. Participation du Secteur Privé

Les villageois payent pour recevoir des soins et rémunèrent les ASC.

La politique du Gouvernement du Sénégal concernant les contributions des utilisateurs et la participation locale à la gestion financière de ces contributions encourage la participation des bénéficiaires du projet. Les villageois financent essentiellement les services de santé assurés au niveau villageois.

Les possibilités actuelles de participation du secteur privé sont minimes. Les ASC sont les seuls fournisseurs de services privés. L'effectif privé compétent en matière de santé est limité et ne peut être amené à fournir des services au niveau des villages. Le seul apport matériel existant est constitué par les produits pharmaceutiques dont la quantité est limitée et insuffisante pour appuyer la production locale.

Conclusion : Pertinence de l'Expérience du Projet vis-à-vis des Politiques du Programme de l'AID

L'évaluation du projet a soulevé plusieurs problèmes concernant la politique de l'AID dans les domaines suivants :

1. Indemnités : Bien que cela soit contraire à la politique actuelle de l'USAID/Dakar, la conception des projets comprend souvent le paiement de primes d'incitation aux participants à l'exécution du projet en vue de promouvoir et de soutenir les changements introduits par le projet. Le but est de motiver les employés du secteur public à effectuer du travail qui fait ou devrait faire partie intégrante de leurs fonctions normales au moyen de primes d'incitation qui, par la suite, ne peuvent pas être prises en charge par le budget du gouvernement. L'USAID/Dakar devrait s'en tenir à sa politique qui n'autorise pas le paiement d'indemnités.

2. Durée des Projets : Si l'USAID souhaite renforcer des institutions et effectuer des changements de politique, davantage de temps et un soutien continu sont nécessaires. L'expérience montre que même avec un vif intérêt et un engagement résolu du gouvernement, les changements sont lents à venir. En cinq ans, le projet a réussi à apporter quelques changements d'ordre institutionnel, mais le processus n'est pas complet. La clôture du projet à ce stade de son évolution se traduirait probablement par une perte de l'investissement initial, alors que sa poursuite contribuerait à garantir cet investissement. Une planification supplémentaire de la part de l'AID assurerait le soutien continu aux projets qui font des progrès et révèlent des possibilités considérables après l'apport initial étalé sur une période de cinq ans.

3. Evaluation des Projets : La politique de l'AID en matière d'évaluation périodique a eu une influence positive sur le présent projet. Une évaluation importante après deux ans a révélé que le projet était en difficulté et a fourni l'orientation nécessaire à améliorer son évolution.
Une seconde évaluation après deux autres années indique de bonnes réalisations et des possibilités considérables. A nouveau, des recommandations ont été faites afin d'améliorer le projet. Le processus d'évaluation a été l'occasion d'un examen minutieux et d'une réévaluation. Nous estimons que c'est de ce processus que les projets tirent profit et progressent.

VI METHODOLOGIE D'EVALUATION

Historique

Initialement prévue pour novembre 1981, l'évaluation finale du projet du Sine Saloum a été effectuée en juillet 1982. Malheureusement, à cette époque, une partie du personnel de soutien de la Mission possédant une vaste connaissance de l'évolution du projet était soit absente ou occupée à d'autres tâches importantes, et n'était donc pas facilement disponible pour les discussions. Malgrè cela, le processus d'évaluation s'est poursuivi et l'équipe a travaillé avec le personnel qui était disponible.

But et Termes de Référence

Le but de l'évaluation était de mesurer les résultats obtenus par le personnel du Projet et du Ministère dans la réalisation des objectifs spécifiés dans le Document du Projet Restructuré (septembre 1980) et l'Amendement n° 6 à l'Accord de Subvention du Projet (signé le 11 septembre 1981). En outre, l'équipe d'évaluation de l'USAID a examiné :

- l'efficacité des relations de travail existant entre le Ministère de la Santé publique à Dakar, l'équipe chargée de l'exécution du projet à Kaolack, et le Bureau de Santé de l'USAID;

- le degré de satisfaction des bénéficiaires;

- l'efficacité des changements institués au niveau de la gestion depuis l'évaluation précédente;

- la formation et la compétence des agents de santé communautaire du projet;

- la viabilité financière du système villageois d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales; et

- la conformité du projet avec la politique du Gouvernement du Sénégal et de l'AID.

Méthodologie

Dans le cadre de la méthodologie, les contributions ont été apportées par deux équipes de la manière suivante :

- L'équipe sénégalaise a, en mai 1982, collecté et analysé les résultats d'une enquête menée auprès des populations pour les fins de l'évaluation du projet. L'enquête a été menée au site du projet et était axée sur six (6) sujets :

1 La viabilité financière des cases de santé, y compris les ventes et les recettes relatives aux médicaments;

2. La formation du personnel du projet et la satisfaction perçue par les bénéficiaires;

3. Les taux d'utilisation des cases par les villageois et leur compréhension des objectifs du projet;

4. La disponibilité des médicaments; et

5. L'acceptation des villageois des médicaments disponibles.

L'équipe a fait la distinction entre les villages choisis à étudier avec une attention particulière et les villages non choisis.

- L'équipe américaine a obtenu et examiné les données destinées à l'évaluation à partir de quatre sources :

1. Documentation relative au projet et documents connexes (dont la liste figure à l'Annexe C).

2. Un questionnaire utilisé sur le terrain qui attirait l'attention de l'équipe sur la restructuration du projet et les autres catégories de résultats concernant : 1) un système intégré de gestion, 2) la supervision, 3) la formation, 4) les infrastructures et la maintenance, 5) la situation financière des cases, 6) la structure administrative du projet et du système, 7) l'utilisation de mesures préventives de santé, 8) la disponibilité des médicaments et des fournitures médicales, et 9) une mesure relative à l'utilisation des cases. Les questions étaient groupées par sujet et posées au personnel compétent du projet, du Ministère de la Santé publique du Gouvernement du Sénégal, et du Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine à tous les niveaux du projet, du niveau régional au niveau villageois.

3. Une visite sur le terrain de deux des quatre départements concernés de la région du Sine Saloum. L'un de ces deux départements a été choisi comme exemple des plus anciens départements bénéficiant des services du projet, l'autre comme exemple d'un des plus nouveaux bénéficiant de ces services. Dans chaque département, deux postes de santé ont été choisis : l'un comme exemple d'un poste fonctionnant bien, et l'autre comme exemple d'un poste au fonctionnement moyen. En outre, deux villages dotés de cases dépendant de chacun des deux postes ci-dessus mentionnés ont été choisis. Tous les postes de santé ont été respectivement choisis par les médecins-chefs des deux départements et à partir de "groupes reconnus pour leurs efforts spéciaux". L'équipe d'évaluation a utilisé le questionnaire au niveau de ces huit localités.

4. Enfin, l'équipe s'est servi des résultats de l'enquête menée par l'équipe sénégalaise dans le cadre de l'évaluation.

En utilisant les diverses sources d'information disponibles, l'équipe s'est efforcée de mieux comprendre le système sanitaire du Gouvernement du Sénégal y compris sa structure, ses ressources et sa planification progressive. Elle a également essayé de bien comprendre les problèmes de santé existants, leur ampleur et leur prédominance au sein des populations du Sine Saloum. Un composé des informations recueillies à partir des évaluations passées, des descriptions du projet et autres documents connexes, de même que l'étude actuelle ont alors servi de base à partir de laquelle le projet pouvait être évalué pour étudier son incidence, sa pertinence, son efficacité et son impact sur les résultats obtenus en direction de la réalisation des objectifs.

En vue d'accomplir la tâche consistant à évaluer l'état d'avancement du projet, la mission de l'AID a affecté sur le terrain une équipe américaine composée d'un administrateur en matière de santé, d'un spécialiste de santé, d'un spécialiste de soutien logistique et d'un spécialiste d'élaboration de programmes. Cette équipe a été remplacée par d'autres spécialistes selon les besoins sur le terrain et lors de la synthèse des informations pendant la phase de rédaction du rapport.

L'équipe sénégalaise était composée d'un statisticien, de trois économistes, d'un spécialiste de programmation, d'un spécialiste de formation et de trois techniciens.

Limites de l'Etude

L'équipe a reconnu que seul un échantillonnage restreint du grand nombre de lieux de prestation de services pouvait être entrepris. De ce fait, l'évaluation présente des conclusions générales au détriment des détails, représentant ce que l'équipe a estimé être une assez bonne connaissance de la vaste gamme des réalisations du projet, ce qui est suffisant pour justifier les recommandations concernant la poursuite et les efforts de restructuration du projet.

VII ORGANISATION DU PROJET

Historique

L'organigramme qui figure à la page 39 a décrit les relations qui existent entre le Projet du Sine Saloum et le Ministère de la Santé publique. Comme on peut le constater, la direction du projet est assurée par le Médecin-Chef Régional qui est responsable de l'exécution du projet. Les activités du projet sont exécutées par un "personnel de projet" désigné.

Le projet touche quatre niveaux du Ministère de la Santé publique : les niveaux régional, départemental, de la communauté rurale et du village.

1. Niveau régional : Le Médecin-Chef Régional, qui est responsable devant le Gouverneur au niveau régional et devant le Ministère de la Santé publique au niveau national, supervise toutes les activités sanitaires de la région, y compris l'hôpital, les centres de santé départementaux et les postes de santé. Il est assisté par les superviseurs régionaux qui ont été délégués pour mettre au point et assurer la formation systématique et le recyclage des infirmiers-chefs de poste et aux techniciens d'assainissement itinérants. Un adjoint au directeur au niveau régional relevant du Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine fournit du personnel de soutien au Médecin-Chef Régional en encourageant des activités de développement relatifs à la santé communautaire.

2. Niveau départemental : Le centre de santé (de la circonscription médicale) est le centre des services à ce niveau. Son personnel se compose généralement du Médecin-Chef Départemental, d'infirmiers et de sages-femmes. Un infirmier et une sage-femme ont été identifiés pour coordonner, superviser et soutenir les activités du personnel des postes de santé au niveau de la Communauté Rurale. Un superviseur de la Promotion Humaine fournit du soutien aux infirmiers chefs de poste et aux techniciens d'assainissement, en mobilisant les villageois en vue de l'organisation des comités et des cases de santé.

3. Niveau de la Communauté Rurale : Les postes de santé ou "dispensaires" sont situés à ce niveau. Leur personnel comprend des infirmiers et des techniciens d'assainissement qui assurent la formation, la supervision et le soutien des ASC et des comités de santé.

4. Niveau du village : Les comités de santé et les ASC interviennent à ce niveau. Les membres des comités de santé sont choisis par le village pour administrer et gérer les finances et soutenir le programme sanitaire local. Le programme comporte habituellement une case où les médicaments sont dispensés par deux ASC formés.

Les ASC sont des secouristes (quelqu'un qui a été formé pour assurer les soins élémentaires) et des matrones (accoucheuses traditionnelles formées) qui ensemble, grâce aux soins élémentaires, assurent les traitements mineurs et les accouchements. Eventuellement, la matrone peut remplacer le secouriste en son absence.

Le "Personnel du Projet" assume des responsabilités à tous les niveaux ci-dessus indiqués. Il est responsable devant le Médecin-Chef Régional, et en même temps sert de liaison avec le Ministère de la Santé publique à Dakar. Pour la plupart, le personnel du projet est chargé de coordonner les activités avec tous les organismes du Gouvernement du Sénégal impliqués dans l'exécution du projet.

Les efforts de restructuration du projet, en 1980, ont été concentrés sur seulement 60 cases de santé appuyés par 20 postes de santé au niveau des communautés rurales. Depuis lors, ces 60 cases ont été la cible principale de la formation et de la supervision bien que le personnel des autres postes et cases ait pu également bénéficier d'une formation et d'une supervision complèmentaires. En juillet 1982, le projet comptait 378 cases de santé, 756 ASC, 48 infirmiers chefs de poste et 44 techniciens d'assainissement.

Observations

- l'infirmier chef de poste est une personne clé dans la mise en oeuvre et la maintien d'une méthode d'approche des SSP au niveau des villages du Sine Saloum. Sa formation et sa motivation déterminent le caractère des activités des cases de santé.

- chaque case de santé visitée par l'équipe d'évaluation disposait d'un comité de gestion. Chaque case était située au centre du village et fonctionnait avec un stock disponible de médicaments. Les cases font partie intégrante de la vie du village.

- bien que le projet restructuré se soit concentré sur 60 des 378 cases, l'enquête de mai 1982 menée par le Gouvernement du Sénégal a indiqué que les cases non sélectionnées fonctionnaient et étaient presque aussi bien soutenues par les infirmiers chefs de poste et les techniciens d'assainissement.

- les activités du projet ont été conçues pour être en conformité avec la structure administrative existante du Ministère de la Santé publique et pour pouvoir être exécutées dans le cadre de cette structure, en étendant les services de SSP au niveau villageois. La conception a prévu le soutien institutionnel nécessaire tout en préservant l'autonomie des villageois en ce qui concerne le développement, le financement, la gestion et le soutien de leurs propres services et activités de santé de base.

- la politique de décentralisation administrative du Gouvernement du Sénégal assure aux Conseils Ruraux élus au niveau des Communautés Rurales des budgets provenant des impôts généraux. Ceci a créé un environnement politique au niveau local au sein duquel les populations rurales peuvent participer et assumer des responsabilités en ce qui concerne le financement et la gestion de leurs propres services de santé. Cette réforme administrative a favorisé le développement des comités de santé des villages et des communautés rurales.

Problème 1 : En principe, le personnel du projet est responsable devant le Médecin-Chef Régional. Toutefois, dans la pratique, le Médecin-Chef Régional assume d'autres responsabilités et de ce fait, il n'a pas été en mesure d'assurer la direction qui était nécessaire. Les médecins-chefs départementaux qui sont supervisés par le Médecin-Chef Régional n'ont pas été convenablement informés ou n'ont pas participé de façon adéquate aux décisions concernant le projet. De facto, la direction est essentiellement assurée par le Coordinateur du Projet, ce qui s'est traduit par une structure de gestion parallèle à la structure régionale du Ministère de la Santé publique. Une direction effective est nécessaire de la part du Ministère en vue d'intégrer la gestion du projet à la gestion du Ministère au niveau régional.

Recommandations :

A. Affecter un Médecin-Chef Régional qui possède de l'expérience en SSP et manifeste de l'intérêt dans ce domaine. De préférence, ce médecin aurait des qualifications en matière de planification, d'administration et d'épidémiologie, et percevrait le programme de SSP comme un volet central de l'ensemble du programme sanitaire du Ministère de la Santé publique.

B. Dans le but d'intégrer la gestion du projet dans la gestion du Ministère de la Santé publique au niveau régional, créer une Cellule de Soins de Santé Primaires au sein de l'Inspection Régionale de Santé, placée sous la direction du Médecin-Chef Régional. La Cellule de SSP serait dirigée par un Chef d'Equipe et comprendrait cinq postes de coordinateurs pour chacun des domaines suivants : formation, supervision, PMI, assainissement et dépôts villageois de produits pharmaceutiques. Leurs responsabilités devraient se présenter comme suit :

- le chef d'équipe superviserait les cinq membres du personnel et coordonnerait le programme avec d'autres services du Ministère de la Santé publique tels que le Service des Grandes Endémies, le Service d'Education Sanitaire et le Service d'Hygiène. Le chef d'équipe travaillerait en collaboration avec d'autres agents du Ministère de la Santé publique en vue d'intégrer le projet au système intégré de gestion du Ministère et enfin, de planifier et de coordonner les activités d'un garage régional du Ministère destiné à la réparation et à l'entretien des véhicules et des mobylettes.

- le Coordinateur de la Formation serait chargé d'élaborer, d'organiser et d'exécuter tous les programmes de SSP ayant trait à la formation.

- l'Infirmier Coordinateur de la Supervision assurerait la supervision des activités de SSP de la région et serait chargé de la collecte et de l'enregistrement des données et des rapports d'activité du personnel. En collaboration avec le statisticien de la région, il aiderait à superviser l'analyse des données appropriées à chaque niveau du système de prestation de services. Le coordinateur de la supervision serait aussi chargé d'évaluer les besoins de formation à partir des informations produites, et de rédiger et de diffuser un bulletin d'information trimestriel au niveau de la région.

- la Sage-Femme Coordinatrice serait chargée de soutenir et de superviser toutes les activités de PMI des maternités rurales au niveau des postes de santé, et les matrones au niveau villageois.

- le Coordinateur de l'Assainissement superviserait, soutiendrait et coordonnerait les activités rurales d'assainissement sanitaire des agents d'assainissement rural. Le coordinateur de l'assainissement coordonnerait les activités d'assainissement du programme de SSP avec le Service Régional d'Hygiène du Ministère de la Santé publique.

- le Coordinateur des Dépôts de Médicaments et de Fournitures Médicales devrait être un spécialiste de l'administration et de la gestion de dépôts de médicaments. Le poste ne nécessite pas un pharmacien hautement qualifié, mais une personne honnête ayant été formée dans les systèmes de financement, de tenue des écritures et de contrôle de petits dépôts. Le coordinateur aiderait les infirmiers chefs de poste à fournir du soutien aux postes de santé et aux comités de santé dans le cadre de la gestion des dépôts de médicaments et de fournitures médicales. Il aiderait également PHARMAPRO dans la mise en place et le fonctionnement d'un dépôt régional auxiliaire qui puisse satisfaire les besoins des postes et des cases de santé.

Problème 2 : Les responsabilités des médecins-chefs départementaux, des superviseurs infirmiers et sages-femmes en ce qui concerne le programme de SSP ne sont pas clairement définies.

Recommandation : Rédiger les descriptions des postes pour tout le personnel du Ministère de la Santé publique impliqué dans le programme et les diffuser auprès du personnel supérieur et subalterne afin que tous aient une idée claire de leurs rôles et fonctions respectifs.

Problème 3 : Les techniciens d'assainissement ont en général eu des difficultés à accomplir leurs tâches. Ils ont reçu une formation d'un haut niveau en matière de techniques d'assainissement qui sont plus adaptées au milieu urbain. Ils estiment accomplir des tâches trop faciles et se sentent ainsi frustrés avec les méthodes d'approche plus simples de l'assainissement rural.

Recommandation : Au cours des trois prochaines années, former et affecter des agents d'assainissement plutôt que des techniciens d'assainissement plus qualifiés au niveau des postes de santé en vue de collaborer avec les villageois dans le cadre de l'assainissement. Le niveau de compétence de l'agent sanitaire est plus adapté aux activités d'assainissement rural.

Problème 4 : Les comités de santé volontaires perdent de l'intérêt dans le soutien et la gestion qu'ils assurent aux cases de santé sans intervention extérieure périodique.

Recommandation : L'infirmier chef du poste de santé devrait assister aux réunions du conseil rural en qualité de membre non-volant afin d'informer ses membres des besoins sanitaires du village et de lui fournir du soutien technique.

Problème 5 : La restructuration du projet a prévu une assistance technique au projet, y compris le soutien d'un contrat institutionnel de trois personnes. L'assistance technique a été sous-utilisée pour une large part et un contrat n'a pas été passé avec une institution en vue de fournir une assistance technique à long terme. Les domaines nécessitant grandement de l'assistance technique à l'heure actuelle sont ceux relatifs au système d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales, au système intégré de gestion et à la maintenance et à l'entretien des véhicules.

Recommandation : Vu la capacité actuelle du personnel du projet de gérer l'exécution du projet, recruter une assistance technique à court terme. Passer contrat avec une institution qualifiée dans le but de fournir une assistance technique périodique à court terme dans les domaines ayant trait aux systèmes intégrés de gestion de SSP, à la formation, à l'éducation sanitaire, à l'organisation communautaire, aux systèmes d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales, et à l'entretien et à la réparation des véhicules. Que l'assistance technique soit fournie tous les 4 à 6 mois pendant un à deux mois et par les mêmes conseillers techniques afin d'assurer la continuité. Que le chef de l'équipe recrutée dans le cadre du contrat institutionnel soit un planificateur et un administrateur en matière de santé capable de travailler en étroite collaboration avec le Directeur et le Coordinateur du Projet dans le cadre de la planification et l'administration de l'exécution du projet. Avec le coordinateur du Projet, le chef d'équipe planifierait et gérerait l'assistance technique nécessaire au projet.

VIII SYSTEME INTEGRE DE GESTION

Historique

L'évaluation d'avril 1980 avait conclu que les efforts de soutien et de supervision du projet ne faisaient pas l'objet de rapports, qu'ils étaient fortuits et désorganisés. Elle avait également noté qu'il n'y avait aucun moyen d'évaluer l'impact du projet en raison de l'absence de données de base. L'évaluation avait recommandé la mise au point d'un système simplifié de tenue de registres qui fournirait régulièrement des informations au personnel chargé de la gestion du projet sur les activités du projet à tous les niveaux. Le document de restructuration des Services de Santé Rurale avait préconisé un système intégré de gestion et de surveillance sanitaire basé sur les plans de travail destinés à la réalisation des objectifs du projet. Il était également prévu une disposition concernant un plan de supervision et la responsabilité individuelle en vue de l'évaluation du rendement individuel, et une collecte des données de base afin d'évaluer l'impact du projet.

Ce système de rapports simples et de collecte d'informations devait être mis au point par l'assistance technique fournie au projet sous la forme d'un contrat de services personnels d'une durée d'un an à compter de novembre 1980.

Les retards intervenus dans la signature de l'Amendement du Document de Projet ont retardé le recrutement d'un conseiller technique. Une autre perturbation dans le processus de mise au point du système intégré de gestion intervint par la suite avec la résiliation imprévue du contrat du conseiller technique. A ce moment là, seule une ébauche du système proposé et du rapport du conseiller technique avait été faite.

En utilisant le système tel qu'il avait été défini par le rapport incomplet, le personnel du projet mit en oeuvre ce qui constitue l'actuel Système Intégré de Gestion.

Observations :

- Les ASC enregistrent convenablement les visites des malades, les médicaments prescrits et les décès et les naissances qui interviennent au village. La plupart d'entre eux tiennent également des comptes quotidiens sur les médicaments vendus et achetés.

- Les trésoriers des comités de santé, pour la plupart, enregistrent quotidiennement les ventes et les achats de médicaments.

- Les données sur l'utilisation des cases et l'état civil sont collectées et font régulièrement l'objet de rapports envoyés au niveau régional du projet.

- Les infirmiers chefs de poste, les techniciens d'assainissement et les superviseurs départementaux élaborent des plans de travail trimestriels et des rapports mensuels qui sont envoyés aux infirmiers superviseurs et au personnel du projet au niveau régional.

- Les rapports d'activité et les données sont collectés, étudiés et classés par le personnel du projet.

SYSTEME INTEGRE DE GESTION DU PROJET

Case de santé

A - Etablis par l'ASC
- Nombre de villages utilisant la case
- Nombre de visites
- Nombre de nouveaux malades
- Malades âgés de moins de 1 ans
- Malades âgés de 15 à 45 ans
- Type de cas traité
- Fonds collectés, déboursés
- Situation financière
- Activités d'Assainissement
- Naissances : vivantes/mortes
- Décès : 0 à 2 jours
  - 3 à 7 jours
  - Autres

B - Tenu par le Comité de Santé :
Registre de comptabilité concernant le Réapprovisionnement en médicaments

C - Tenus par l'ASC :
- Registre de consultation
- Registre de comptabilité pour les médicaments
- Naissances / Décès

Communauté Rurale

Poste de Santé

A - Etablis par les Infirmiers
- * Ensemble des données mensuelles des cases.
- * Plan de travail trimestriel
- * Rapport d'activité mensuel

B - Etablis par le Technicien d'Assainissement :
- * Plan de travail trimestriel
- * Rapport d'activité mensuel (Activités d'Assainissement)

C - Tenus par le Comité de Santé :
- * Registre de comptabilité concernant les médicaments de la case.
- * Inventaire

Département

Médecin-Chef

Rapports de l'Infirmier/du Technicien d'Assainissement

Rapport du Tech. d'Assainissement

Infirmier/sage-femme/superviseur

Rapport d'activité de l'infirmier/de la sage-femme

Superviseurs de la Promotion Humaine

Rapport

Inf./sage-femme superviseurs

Rapports Infirmier/Tech. d'Assainissement

Rapports des Supervisseurs

Rapport PH.

Projet USAID

Rapports du Projet

Rapport de la P.H.

Rapp. Activité

Promotion Humaine Adjoint au Directeur

Région

Médecin-chef

Rapports du Superviseur Départemental

LEGENDE :

——— Circulation des rapports et des informations

- - - - Circulation des copies

- TABLEAU 2 -

Problème 1 : Le projet n'a pas encore mis au point un système de surveillance sanitaire destiné à suivre et à évaluer la morbidité et la mortalité. Sans un tel système, l'impact du projet sur l'état de santé des populations ne peut pas être directement évalué.

Recommandation :

Bien qu'une enquête sanitaire ait été prévue pour l'automne 1982 en vue d'évaluer l'état de santé des populations, le projet devrait élaborer et mettre en oeuvre un système permanent de surveillance sanitaire.

Problème 2 : Etant donné que le système d'information du projet n'est pas intégré à celui du Ministère de la Santé publique, quelquefois le personnel du Ministère ne respecte pas les calendriers, vu qu'il s'agit pour eux d'un double emploi.

Recommandation :

Développer un système complet détaillé et normalisé qui puisse fournir les informations nécessaires au Ministère de la Santé publique et au projet.

Problème 3 : Les plans de travail et les rapports d'activité des infirmiers-chefs de poste, des techniciens d'assainissement et des infirmiers superviseurs varient d'une localité à une autre.

Recommandation :

Mettre au point des formulaires normalisés pour les plans de travail et les rapports d'activité.

Problème 4 : Etant donné que les formulaires que les ASC doivent soumettre sont compliqués et nécessitent un certain niveau d'instruction pour être convenablement remplis, les informations sont incomplètes et inexactes. Il est aussi demandé aux ASC de remplir un formulaire de rapport mensuel à remettre à l'infirmier-chef de poste. Rassembler les données est une tâche difficile et le formulaire est compliqué.

Recommandation :

Simplifier les formulaires afin qu'ils puissent être utilisés par des analphabètes qui ne savent écrire qu'en Arabe et Wolof, et former les infirmiers-chefs de poste afin qu'ils puissent aider les ASC à remplir les formulaires de rapport et à faire des résumés mensuels et/ou trimestriels.

Problème 5 : Il n'existe actuellement au sein du Ministère de la Santé publique ou du personnel du projet aucune capacité d'analyser les données.

Recommandation :

Le projet devrait assurer la formation d'au moins un agent du Ministère de la Santé publique aux niveaux départemental et régional dans le domaine de la statistique sanitaire. En outre, les infirmiers-chefs de poste devraient être formés dans l'analyse des informations provenant des régistres des postes et des cases de santé, de même qu'ils devraient être instruits à propos de la manière de présenter convenablement les "feed-back" de base destinés à ces sources.

Problème 6 : Il n'y a aucun "feed-back" concernant les rapports rédigés dans le cadre du projet.

Recommandation :

Publier un bulletin d'information mensuel portant sur les activités du programme comme moyen de partager les idées, problèmes et solutions, et de créer une certaine unité. Former aussi le personnel régional dans l'identification des informations significatives et dans la rédaction de rapports à fournir au niveau des cases et postes de santé en vue d'assurer l'utilité des rapports à ces derniers.

- TABLEAU 3 -

ENSEMBLE DU SYSTEME INTEGRE DE GESTION EXISTANT A CHAQUE NIVEAU (JUILLET 1984)

CRITERES	CASE	POSTE	DEPARTEMENT	REGION - MOATIV/KAOLACK
1. RESULTATS OBTENUS	. Les ASC enregistrent les données relatives à l'utilisation des cases et à l'état civil. . Système d'enregistrement des achats et des ventes de médicaments en place au niveau des cases de santé.	. Système de collecte des données concernant les cases en place. . Les infirmiers-chefs de poste et les techniciens d'assainissement élaborent et envoient les plans et rapports d'activité.	. Résumé des données relatives aux cases envoyé au niveau régional. . Les infirmiers-superviseurs élaborent des plans de travail trimestriels. . Préparation de rapports de supervision trimestriels.	. Les données des cases sont reçues, étudiées et des mesures sont prises s'il y a lieu. . Selon les besoins, échange d'information avec le Ministère de la Santé publique et la Promotion Humaine.
2. PERTINENCE	. Les informations transmises sont utiles dans l'identification des problèmes de santé locaux. . Les informations constituent un indicateur de l'acceptation et de la productivité des ASC. . Les informations sur les dépôts de médicaments facilitent le contrôle des stocks et des approvisionnements.	. Les données sur les cases fournissent une base pour l'élaboration des plans de travail par les infirmiers-chefs de poste et les techniciens d'assainissement.	. Les données sur les cases et les postes sont utiles à l'élaboration des plans de travail des superviseurs.	. Les informations s'avèrent très utiles pour l'analyse de l'évolution et le suivi du projet. . Informations utiles à l'identification des problèmes.
3. QUALITE	. Enquête quotidien des consultations généralement bien tenu. . Rapports quelquefois incomplets et inexacts. . Non conçu pour utilisation en Arabe, Wolof ou par des illétrés. . Comptabilité inégale en ce qui concerne les achats et les ventes de médicaments.	. Les plans de travail ne reflètent pas nécessairement les besoins d'information du projet. . Les rapports ne suivent pas toujours un plan prescrit. . Les rapports ne reflètent pas l'analyse ou l'interprétation au niveau des cases.	. Les rapports ne suivent pas toujours un plan prescrit. . Les rapports ne reflètent pas l'analyse des rapports établis au niveau des postes de santé.	. Aucune interprétation ou analyse des données. . Le système d'information ne comporte pas des informations de gestion. . Pas de données de surveillance sanitaire. . Les données sur l'utilisation des cases sont satisfaisantes.
4. RENTABILITE	. Peu ou pas de "feed-back" des postes de santé en ce qui concerne les données collectées au niveau des cases.	. Aucun "feed-back" n'est donné aux ASC en ce qui concerne les informations qu'ils ont transmises.	. Limitée en raison du défaut d'analyse des informations et des données concernant les postes de santé.	. Aucun "feed-back" concernant les informations et les données collectées. . Limitée en raison du défaut de capacité d'analyse.

ENSEMBLE DU SYSTEME INTEGRE DE GESTION EXISTANT A CHAQUE NIVEAU (JUILLET 1982)

CRITERES	CASE	POSTE	DEPARTEMENT	REGION - USAID/KAOLACK
4. RENTABILITE (Suite)	. La comptabilité relative aux ventes et aux achats de médicaments fournit un moyen de contrôle des fonds.	. Limitée en raison du défaut d'interprétation des données sur les cases en vue d'identifier les problèmes de santé.	. Aucun "feed-back" donné aux infirmiers-chefs de poste et aux techniciens d'assainissement. . Rapports des postes utilisés pour déceler les problèmes.	. NOTA : Niveau régional du Ministère de la Santé publique : Non utilisé à ce niveau. N'assume aucune responsabilité de gestion.
5. EFFICACITE	. Le plan des rapports est complexe. . Quelquefois, les rapports sont transmis de manière irrégulière.	. Les plans de travail et les rapports d'activité sont transmis régulièrement et en général à temps. . Les cases concernant les cases sont rassemblées et envoyées régulièrement.	. Rapports mensuels irréguliers.	. Les systèmes parallèles du Ministère de la Santé publique et du projet limitent l'utilité des données et des rapports d'activité et causent un double emploi.

IX FORMATION

Historique

Le volet formation du présent projet est bien développé. Le tableau 4 indique le type et le nombre de personnes formées, de même que le type et la durée de la formation effectuée depuis octobre 1980. La formation a été étendue à tous les niveaux du personnel et est caractérisé par la forte participation et le vif intérêt des stagiaires.

Les villages n'étaient pas en mesure de soutenir financièrement 3 ASC; en conséquence, la plupart des villages participants dotés d'une case de santé disposent actuellement de 2 ASC. En général, les postes de secouriste et d'hygièniste ont été combinés pour former un seul poste dont le titulaire a été formé dans les deux domaines. Le second poste est toujours celui de la matrone.

L'évaluation de 1980 avait également recommandé la formation combinée des deux ASC afin qu'ils puissent se substituer l'un à l'autre. Le programme compte actuellement près de 48 postes de santé et 378 cases de santé. En conséquence, le projet a assuré la formation de 48 infirmiers-chefs de poste, 44 techniciens d'assainissement, 378 secouristes/hygiènistes, et 378 matrones dans le cadre du programme, soit un total de 756 ASC.

Le programme de soins de santé primaires (SSP) assure au CESSI (Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers) un placement sur le terrain pour les infirmiers supérieurs en SSP. Les étudiants du CESSI sont les futurs administrateurs et enseignants de soins infirmiers du Sénégal et des autres pays africains francophones. Ils passent sept semaines au Sine Saloum à travailler avec les infirmiers-chefs de poste. Les étudiants du CESSI aussi bien que les infirmiers-chefs de poste bénéficient de l'échange.

Observations de l'Enquête Sénégalaise

- Toutes les cases de santé (378) disposent d'une matrone et d'un secouriste-hygièniste formés.

- Quatre-vingt-sept pour cent des ASC interrogés au cours de l'enquête ont reçu une formation combinée.

- A propos du test des connaissances qui comportait 18 questions, 78% des matrones ont donné plus de 80% de réponses exactes, et 83% des secouristes/hygiènistes ont donné plus de 80% de réponses exactes.

- A propos du test des connaissances réservé uniquement aux matrones, 67% seulement n'ont pas répondu correctement à l'une des sept questions posées; toutefois, 59% ont répondu correctement à toutes les questions.

- Quarante-quatre techniciens d'assainissement sont diplômés de l'Ecole de Khombole et sont affectés aux postes de santé situés dans la zone du projet.

FORMATION

PROJET DE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE RURALE AU SINE SALOUM

Personnel du Projet (2)

- Assistent → Infirmiers-Superviseurs régionaux (2)
- Assité ← Directeur régional de la Promotion Humaine (1)
- → Infirmiers (6) et sages-femmes (12) superviseurs départementaux et superviseurs (4) de la Promotion Humaine 15 jours de formation en supervision.
- → Infirmiers-chefs de poste (48) et techniciens d'assainissement (40) — case
  - → Secouriste/Hygiéniste 2 semaines de formation combinée. 1 jour de recyclage tous les trois mois.
  - → Matrone 2 semaines de formation combinée. 1 jour de recyclage tous les trois mois.
  - → Comités de santé villageois. 3 jours à 1 semaine de formation mettant l'accent sur la gestion des médicaments.

Techniciens d'Assainissement =
- 1 semaine d'orientation
- 2 semaines de pratique sur l'assainissement du milieu
- 15 jours sur la supervision

Infirmiers - 15 jours sur la supervision.

- Chaque technicien d'assainissement a reçu une formation complèmentaire en assainissement rural appliqué, SSP, supervision et organisation communautaire.

- Environ vingt-deux agents du Ministère de la Santé publique et du Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine ont reçu une formation en supervision, pédagogie et organisation communautaire.

- Tous les quarante-quatre techniciens d'assainissement et les quarante-huit infirmiers-chefs de poste ont été formés comme formateurs.

- D'après l'enquête, plus de 90% des infirmiers-chefs de poste et 81% des techniciens d'assainissement avaient assuré la formation des comités de santé.

- L'enquête a révélé que 53% des visites effectuées auprès des infirmiers-chefs de poste et 75% de celles effectuées auprès des ASC revêtaient une certaine forme de formation dispensée à ces derniers.

- Au cours de l'enquête, 91% des ASC ont déclaré qu'ils étaient satisfaits de la formation reçue, qu'ils trouvaient les sujets intéressants et qu'ils pensaient que leurs instructeurs, les infirmiers de postes de santé, étaient dévoués.

Les résultats ci-dessus satisfont la plupart des objectifs en ce qui concerne les résultats prévus dans l'amendement du document de projet et les critères d'évaluation ayant trait à la formation. Trois objectifs n'ont pas été atteints : (1) le coordinateur sénégalais du projet n'a pas reçu de formation en gestion de projet; (2) la formation périodique régulière n'a pas été confirmée pour les comités de santé; et (3) cinquante agents du Ministère de la Santé publique et du Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine n'ont pas été formés comme il était jugé nécessaire. Environ vingt-deux d'entre eux ont été formés. L'équipe d'évaluation a toutefois estimé que l'effort de formation entrepris par le personnel du projet était tout-à-fait satisfaisant. Le personnel doit être loué des résultats évidents de leurs efforts.

Les problèmes suivants indiquent qu'il reste encore des questions pendantes. Les recommandations faites en vue de faciliter la mise en oeuvre des futurs plans du volet formation du programme de SSP se présentent comme suit :

<u>Problème 1</u> : Le système de formation du personnel en SSP fonctionne. Il n'est pas encore "institutionnalisé" au niveau régional du Ministère de la Santé publique. Les superviseurs régionaux du Ministère sont en train d'être incorporés dans les activités de formation, mais à l'heure actuelle, ces superviseurs ne coordonnent ni ne dirigent le programme de formation.

<u>Recommandation</u> :

En supposant la création d'une cellule de Soins de Santé Primaires au sein de l'Inspection Régionale de la Santé, un poste de coordinateur de la formation en SSP doit être créé. Travaillant sous la direction du Chef d'Equipe de la cellule de SSP, le coordinateur de la formation sera chargé d'identifier les besoins de formation, d'organiser et d'exécuter le programme de formation préalable et de recyclage des agents assurant les SSP à tous les niveaux du système de prestation de services de la région.

Problème 2 : La formation des ASC, des infirmiers, des techniciens d'assainissement et des infirmiers-superviseurs départementaux constitue une tâche considérable qui a été généralement bien accomplie. Les problèmes suivants ont été constatés en ce qui concerne le programme de formation :

- Le nouveau personnel affecté au projet n'a pas été suffisamment orienté et formé;

- Les comités de santé manquent d'informations sanitaires et ne sont pas compétents en matière d'organisation communautaire;

- Les matrones n'assurent ni des soins prénatals ni la surveillance nutritionnelle des enfants;

- Les infirmiers des postes de santé sont souvent faibles en techniques pédagogiques.

- Les superviseurs départementaux ne sont pas qualifiés pour superviser les postes de santé; et enfin

- Les techniciens d'assainissement manquent de compétences dans la planification des structures administratives indispensables aux activités de santé villageoise.

Recommandations :

A. La formation devrait être institutionnalisée au sein du Ministère de la Santé publique en vue d'assurer la continuité des programmes d'études révisés.

B. L'USAID, en collaboration avec le Ministère de la Santé publique, devrait prévoir à Kaolack des locaux qui serviraient de centre de formation du personnel en SSP.

C. La Phase II devrait comprendre des volets formation pour faire face :

1) A la gestion du système d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales au niveau des superviseurs départementaux, des infirmiers et des comités villageois;

2) Aux aptitudes en matière de supervision à tous les niveaux du programme;

3) Aux notions et à l'application de l'organisation communautaire développées notamment au niveau des postes et des villages.

Problème 3 : Bien que le programme existant de formation soit tout-à-fait complet, il fait défaut dans certains domaines. Par exemple, certains médecins-chefs régionaux et départementaux ont besoin d'une plus grande connaissance des notions de SSP, de gestion de système d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales, d'organisation communautaire, de planification des effectifs, et de supervision.

Recommandations :

A. Que l'USAID/Dakar organise un atelier de trois jours destiné aux médecins-chefs et superviseurs, avec l'assistance de conseillers techniques provenant du Ministère de la Santé publique, des Etats-Unis et peut-être, de l'OMS.

B. Assurer aux agents chargés des SSP à tous les niveaux une formation dans le domaine de l'organisation et de l'utilisation du Système Intégré de Gestion. Aux niveaux régional et départemental, former au moins une personne dans l'analyse des données collectées à ces deux niveaux du Ministère de la Santé publique.

C. Maintenant que la structure destinée à la prestation des services de SSP est en place, former le personnel compétent au niveau des départements, des postes de santé et des villages en vue d'incorporer les services de santé préventive dans leur programme. De telles mesures préventives comprennent la vaccination, la réhydratation par voie orale et la surveillance nutritionnelle des enfants.

D. Afin de faciliter l'intégration du projet dans les structures du Ministère de la Santé publique au niveau régional et l'extension future du programme de SSP, le coordinateur du projet devrait recevoir une formation en gestion financière et du personnel, planification et analyse de données.

Problème 4 : Les ASC formés par le projet ont reçu des indemnités journalières au cours de leur formation. Ces indemnités dans leur ensemble sont coûteuses pour le Ministère de la Santé publique.

Recommandations :

En vue d'encourager le soutien à long terme des ASC, que l'USAID mette fin au paiement des indemnités journalières aux ASC pour un jour de recyclage tous les trois mois. Ces coûts devraient être pris en charge par les villages où servent les ASC. En outre, l'USAID devrait commencer à prendre des dispositions avec le Ministère de la Santé publique pour se retirer progressivement du paiement des frais relatifs à la formation initiale des ASC.

CRITERES	MATRONE (Case)	SECOURISTE/ HYGIENISTE (Case)	COMITES DE SANTE (Village)	INFIRMIERS (Poste)	TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT (Poste)	INFIRMIERS ET SAGES-FEMMES SUPERVISEURS (Dept)	PERSONNEL DU PROJET
1. RESULTATS OBTENUS	. La plupart ont été formés (2 semaines) (environ 336 sur les 378) . Sont recyclés (1 jour tous les 3 mois..	. La plupart ont été formés (2 semaines) (environ 231 sur les 378) . Sont recyclés (1 jour au moins tous les 3 mois).	. Reçoivent une formation de courte durée en matière de gestion des médicaments et fournitures médicales.	. 100% ont reçu une formation de formateur et une formation en supervision (40)	. 100% ont reçu une formation de formateur. . 100% ont été formés en assainissement rural appliqué. . 100% ont reçu une formation en matière de supervision.	. Ont reçu une formation en matière de supervision.	. Le coordinateur a reçu une formation d'un mois aux Etats-Unis en santé communautaire et évaluation. . Formation du coordinateur : 1 mois aux Etats-Unis et au Canada en développement communautaire, pédagogie et nutrition
2. PERTINENCE	. Indispensable	. Indispensable	. Importante	. Indispensable	. Indispensable	. Utile	. Utile
3. QUALITE	. Pour le test des connaissances auquel elles ont été soumises lors de l'enquête, 78% ont répondu correctement à plus de 50% des questions portant sur les SSP en général: elles ont répondu correctement à seulement 67% des questions relatives à le PMI (39% ont répondu correctement à toutes les questions) . Il est nécessaire de revoir les techniques.	. Pour le test des connaissances auquel ils ont été soumis, 25% ont répondu correctement à plus de 80% des questions. . Il est nécessaire de revoir le dosage correct des médicaments.	. La gestion des stocks de médicaments est sporadique et comporte des lacunes. . Il n'existe aucune notion de la manière d'identifier les problèmes de santé et de prendre des mesures destinées à les résoudre.	. La connaissance et l'utilisation de techniques d'enquête sont faibles, toutefois, les comités de santé ont bien répondu aux questions du test des connaissances. . Formation insuffisante des comités de santé. . Le recyclage ne satisfait pas les besoins des matrones. . Recyclage effectué au cours des visites.	. Formation et recyclage insuffisants des comités de santé. . Il est peu évident que les secouristes/ hygiénistes exécutent des activités d'éducation sanitaire et d'assainissement du milieu dans leurs villages respectifs.	75% des postes concernés par l'enquête reçoivent la visite des superviseurs départementaux une fois par mois. . La compréhension des notions de supervision est inégale et le rôle de supervision n'est pas clair.	. Sans objet

- TABLEAU 5 - (suite)

CRITERES	MATRONE (Case)	SECOURISTE/ HYGIENISTE (Case)	COMITES DE SANTE (Village)	INFIRMIERS (Poste)	TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT (Poste)	INFIRMIERS ET SAGES-FEMMES SUPERVISEURS (Dept)	PERSONNEL DU PROJET
4. RENTABILITE	. 86% des matrones déclarent qu'elles s'occupent de la majorité des accouchements dans leurs villages. . Toutefois, moins de femmes les consultent pour des soins prénatals	. Le nombre des visites à une case varie de 15 à 600 par mois. . La moyenne des visites par mois est de 100 à 150 environ mais varie selon les saisons. . Manifestement, le taux d'utilisation des postes diminue d'un tiers en moitié tandis que celui des cases augmente.	. Les comités existent et la plupart sont au courant de la situation financière des cases. . Ne sont pas activement impliqués dans les activités de santé villageoise.	. Visitent régulièrement les cases. . Comprennent et assument leurs responsabilités de soutien.	. Visent régulièrement les villages et exécutent beaucoup d'activités d'éducation en matière d'assainissement du milieu, toutefois, l'amélioration des conditions d'hygiène est minime.	. N'est pas manifeste.	. Généralement satisfaisante. A atteint les villages et les comités de santé. . Formation insuffisante en techniques de gestion et d'analyse à chaque niveau.
5. EFFICACITE	. Les accouchements dont s'occupent les accoucheuses qualifiées sont plus nombreux. . Le coût des accouchements chez soi remplaçant les soins prodigués à la maternité rurale est moindre.	. Une demande plus importante de soins de santé est actuellement satisfaite (utilisation globale) à moindre coût. . Le coût des soins prodigués au niveau des cases remplaçant ceux prodigués au niveau des postes est moindre.	. Le contrôle de la situation financière des cases par les comités de santé améliore la viabilité des cases.	. Le taux d'utilisation décroissant des postes a permis de consacrer du temps au recyclage, à la collecte des données, au soutien et à la supervision des cases.	. N'est pas manifeste.	. N'ont pas participé à la formation des autres.	. La formation n'est pas régulièrement accessible à tous les niveaux. . La capacité de former n'est pas institutionnalisée au niveau régional du Ministère de la Santé publique.

X SUPERVISION

Historique

L'introduction de services de santé villageoise semi-autonomes a eu deux incidences sur le Ministère de la Santé publique du Sénégal. Premièrement, du soutien supplémentaire de la part du Ministère en matière de supervision a été nécessaire et deuxièmement, la nature d'un tel soutien a dû être défini. La structure de supervision existante au sein du Ministère n'était pas adaptée à la supervision d'activités de santé villageoise. Cette structure évolue et s'adapte depuis le démarrage du projet au fur et à mesure que les changements nécessaires interviennent. Le tableau 6 décrit la structure de supervision du projet et la structure actuelle de supervision du Ministère de la Santé publique.

Une contribution importante du projet a consisté à introduire et à encourager l'utilisation d'infirmiers aux plus hauts niveaux du Ministère de la Santé publique dans le but de superviser et de soutenir les infirmiers en service sur le terrain. Ceci est en contradiction avec le système européen dans lequel seuls les médecins sont habilités à superviser les infirmiers. Le niveau de compétence et la fréquence des contacts nécessaires rendait l'utilisation de médecins inefficace, notamment au niveau des postes et des cases de santé.

Le Médecin-Chef Régional, comme l'indique le tableau 6, est le principal superviseur du projet en ce qui concerne tous les programmes, du niveau régional au niveau villageois. Dans la pratique, la supervision directe incombe uniquement à un cadre du personnel régional et aux médecins-chefs départementaux. L'infirmier-superviseur régional assume de véritables responsabilités de supervision concernant les activités du projet qui s'étendent jusqu'à la communauté rurale où se situe le poste de santé. Le poste de santé à son tour est dirigé par un infirmier qui, outre ses fonctions médicales, est chargé de la coordination des activités du technicien d'assainissement et de la supervision directe du secouriste/hygiéniste et de la matrone au niveau des cases de santé.

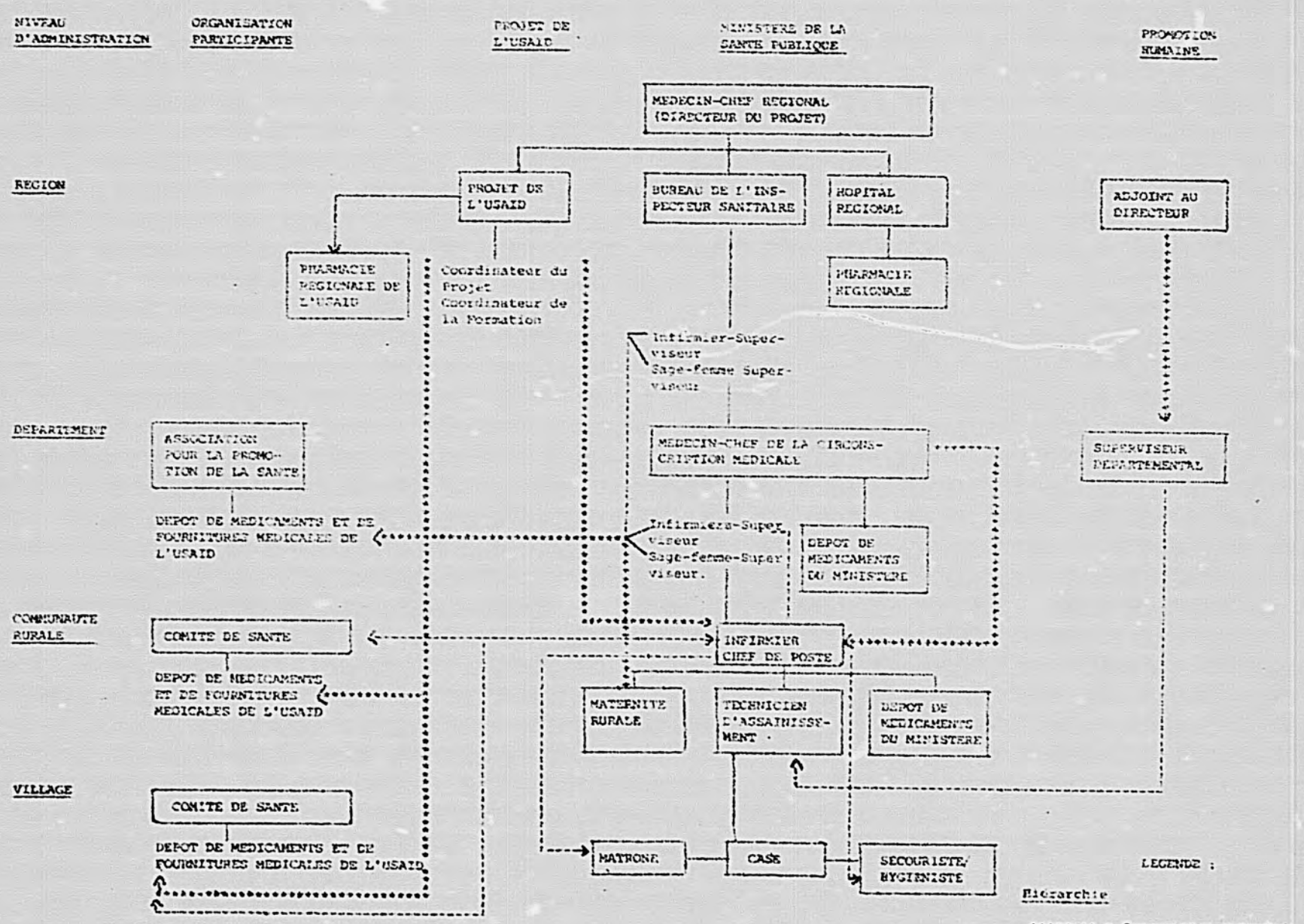
Le superviseur relevant du Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine partage avec l'infirmier-chef de poste la responsabilité de superviser les techniciens d'assainissement affectés aux postes de santé.

Les superviseurs (infirmiers et agents de la Promotion Humaine) aux niveaux régional et départemental disposent de 8 véhicules affectés au projet en vue de pouvoir assurer les visites de supervision. Les infirmiers-chefs de poste et les techniciens d'assainissement ont reçu 78 mobylettes destinées aux visites de supervision.

Observations

- Un système adéquat et viable de supervision des activités de SSP au niveau régional a été mis en place.

- La fréquence des visites de supervision et la satisfaction des bénéficiaires quant aux soins reçus au niveau des cases de santé implique que le soutien apporté par le Ministère de la Santé publique aux activités des cases de santé constitue un maillon important dans la chaîne des prestations de services.


NIVEAU D'ADMINISTRATION
ORGANISATION PARTICIPANTE
PROJET DE L'USAID
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROMOTION HUMAINE
MEDECIN-CHEF REGIONAL (DIRECTEUR DU PROJET)
REGION
PROJET DE L'USAID
BUREAU DE L'INSPECTEUR SANITAIRE
HOPITAL REGIONAL
ADJOINT AU DIRECTEUR
PHARMACIE REGIONALE DE L'USAID
Coordinateur du Projet
Coordinateur de la Formation
PHARMACIE REGIONALE
Infirmier-Superviseur
Sage-femme Superviseur
DEPARTEMENT
ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTE
MEDECIN-CHEF DE LA CIRCONSCRIPTION MEDICALE
SUPERVISEUR DEPARTEMENTAL
DEPOT DE MEDICAMENTS ET DE FOURNITURES MEDICALES DE L'USAID
Infirmiers-Superviseur
Sage-femme-Superviseur.
DEPOT DE MEDICAMENTS DU MINISTERE
COMMUNAUTE RURALE
COMITE DE SANTE
INFIRMIER CHEF DE POSTE
DEPOT DE MEDICAMENTS ET DE FOURNITURES MEDICALES DE L'USAID
MATERNITE RURALE
TECHNICIEN D'ASSAINISSEMENT
DEPOT DE MEDICAMENTS DU MINISTERE
VILLAGE
COMITE DE SANTE
DEPOT DE MEDICAMENTS ET DE FOURNITURES MEDICALES DE L'USAID
MATRONE
CASE
SECOURISTE/ HYGIENISTE
LEGENDE :
Hiérarchie
******** = Supervision autorisée par le Ministère de la Santé publique.
-------- = Supervision proposée par l'équipe d'élaboration des projets.
******** = Supervision effective

- Les ASC interrogés ont déclaré que 90% des infirmiers-chefs de poste effectuaient des visites aux cases de santé au moins une fois par mois. Plus de 95% des techniciens d'assainissement ont déclaré qu'ils effectuaient des visites aux cases au moins une fois par mois.

- Les ASC ont déclaré que 53% des visites de supervision et de soutien des infirmiers des postes de santé étaient consacrées au renforcement des connaissances et à l'instruction. Le reste a été consacré au soutien administratif en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments, la vérification des données et l'inspection des cases. Ils ont déclaré que les techniciens d'assainissement ont consacré 25% de leurs visites aux questions d'ordre administratif et 75% au recyclage.

- Les ASC ont déclaré que l'infirmier-chef de poste tenait des réunions avec eux-mêmes et les comités de santé au moins une fois par mois.

- L'enquête a indiqué que 75% des superviseurs départementaux visitaient les infirmiers des postes de santé au moins une fois par mois.

- Bien que les superviseurs départementaux relevant de la Promotion Humaine assument d'autres fonctions, 55% des infirmiers-chefs de poste ont déclaré avoir reçu leur visite une fois par mois.

- Plus de 90% des infirmiers-chefs de poste participent aux réunions tenues avec le médecin-chef départemental et les infirmiers superviseurs pour discuter des problèmes et des futures activités. Les infirmiers-chefs de poste interrogés par l'équipe d'évaluation ont insisté sur l'importance de ces réunions et du soutien amélioré qui en résulte.

- Près de 100% des hommes et des femmes (383) interrogés dans les villages dotés de cases de santé ont déclaré qu'ils étaient satisfaits des soins de santé reçus au niveau des cases. Ceci est aussi le résultat de la disponibilité des médicaments et de la formation.

- Les infirmiers superviseurs régionaux sont diplômés du CESSI et ont la compétence requise pour leurs postes.

- Les véhicules affectés aux infirmiers superviseurs et les mobylettes affectées aux infirmiers des postes de santé et aux techniciens d'assainissement ont facilité les visites de supervision. Quatre-vingt-quinze pour cent des mobylettes des infirmiers de poste de santé et soixante-quatorze pour cent des mobylettes des techniciens d'assainissement fonctionnaient six mois après leur réception.

Le projet a réalisé les objectifs de l'Amendement du Document de Projet en ce qui concerne les résultats prévus et les critères d'évaluation ayant trait à la supervision. Un système de transport est en place, des réunions régulières sont tenues entre l'infirmier-chef de poste, le technicien d'assainissement, l'ASC et le comité de santé; l'infirmier-chef de poste et le technicien d'assainissement visitent régulièrement les ASC; et enfin, l'infirmier-chef de poste assiste régulièrement aux réunions mensuelles tenues au niveau départemental. Bien que les critères du projet aient été satisfaits, le système de supervision et de soutien des activités de sante doit encore être développé davantage. Le développement futur du programme nécessite la résolution des problèmes suivants :

Problème 1 : Le tableau 6 illustre la hiérarchie relative à la supervision concernant les SSP assurés au niveau des postes et des cases de santé. Le projet a développé un système parallèle et distinct de supervision. Au niveau régional, les superviseurs du Ministère de la Santé publique jouent un rôle minime et sont remplacés par le personnel du projet. En général, les décisions sont prises par le personnel du projet sans consultation avec le Ministère et les informations ne circulent pas entre le personnel du projet et les superviseurs régionaux. Le Médecin-Chef Régional a demandé aux deux infirmiers-superviseurs régionaux de concentrer leurs efforts sur les deux départements restants dans lesquels le projet ne fonctionne pas : les départements de Kaffrine et de Fatick.

Recommandation :

De la même manière que dans la section administrative il est recommandé de fusionner les rôles du personnel du projet et des superviseurs régionaux, il devient important de redéfinir par écrit les rôles et les attributions en mettant l'accent sur les changements suivants :

1 - Que l'infirmier-superviseur régional soit chargé de la supervision du programme.

2 - Qu'une sage-femme-superviseur régional recrutée à plein temps soit chargée de la supervision : des sages-femmes-superviseurs départementaux, des sages-femmes des postes de santé et auxiliaires, et des matrones au niveau des cases de santé.

Problème 2 : Certains infirmiers-superviseurs départementaux n'exécutent pas régulièrement les tâches courantes de supervision. En conséquence, les visites aux postes de santé sont souvent effectuées de façon irrégulière et ne se font que pour faire face à un problème identifié par l'infirmier-chef de poste : ces superviseurs souvent n'étaient pas reconnus comme superviseurs par leurs collègues des postes de santé ayant reçu la même formation et possédant souvent plus d'années d'expérience. Les responsabilités de supervision étaient souvent limitées aux activités du projet uniquement. Un membre du personnel du projet a déclaré avoir trois superviseurs : son médecin-chef, l'infirmier-superviseur régional et le coordinateur de la formation assurée dans le cadre du projet. En outre, certains superviseurs assument d'autres responsabilités au niveau de la Circonscription Médicale et ne consacrent pas assez de temps aux activités de supervision.

Recommandation :

Tous les infirmiers et sages-femmes superviseurs départementaux devraient être affectés à plein temps et recevoir une formation complèmentaire à court terme en supervision telle que celle assurée par le Centre Régional de Formation de l'OMS à Lomé, au Togo. Cette formation devrait être suivie d'un recyclage périodique. L'infirmier-superviseur départemental devrait accompagner périodiquement les infirmiers des postes de santé lors de leurs visites de supervision aux cases de santé. Les responsabilités de supervision devraient être étendues en vue de couvrir toutes les activités de SSP liées aux soins infirmiers assurés par le Ministère de la Santé publique.

Problème 3 : Le Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine collabore avec le Ministère de la Santé publique dans le cadre de la mise en place d'une capacité de coordination destinée à aider à sensibiliser les villageois et à les mobiliser afin qu'ils prennent en charge leurs propres besoins en matière de santé. Au niveau départemental, le superviseur de la Promotion Humaine a été désigné comme le superviseur des techniciens d'assainissement exerçant dans les postes de santé : le technicien d'assainissement a donc deux superviseurs : le superviseur de la Promotion Humaine et l'infirmier-chef de poste : le superviseur relevant de la Promotion Humaine surveille le travail du technicien d'assainissement et collabore avec les comités de santé. Ni le superviseur de la Promotion Humaine ni l'infirmier-chef de poste n'ont la compétence technique requise pour superviser le travail d'assainissement du milieu qu'effectue le technicien d'assainissement.

Recommandation :

Les superviseurs départementaux de la Promotion Humaine devraient être encouragés à coordonner et à soutenir l'action des agents d'assainissement des postes de santé plutôt qu'à les superviser. Quatre des techniciens d'assainissement les plus compétents devraient être promus au niveau départemental pour joindre l'équipe des infirmiers superviseurs et être chargés de la supervision des agents d'assainissement des postes de santé, en supposant que les techniciens d'assainissement soient éventuellement remplacés par des agents sanitaires moins spécialisés.

Problème 4 : Les infirmiers des postes de santé n'apportent pas suffisamment de soutien et de supervision aux matrones (accoucheuses) qui ont été formées. Il a été constaté qu'il leur manque du matériel, qu'elles effectuent incorrectement les analyses d'urine, et qu'elles ne reçoivent pas des visites régulières de supervision.

Recommandation :

Que les sages-femmes/auxiliaires et les infirmiers-chefs de poste assurent la formation sur le tas et la supervision dans les domaines des soins prénatals, des accouchements aseptiques et de la surveillance nutritionnelle des enfants.

Problème 5 : Les indemnités accordées par le projet actuellement utilisées comme motivation pour les visites s'élèvent à environ 40% du budget annuel alloué pour la supervision (ce chiffre ne comprend pas les indemnités payées au personnel du projet à Kaolack). Les indemnités sont actuellement payées au personnel du projet, aux infirmiers-superviseurs régionaux et départementaux et à leurs chauffeurs, et aux infirmiers et techniciens des postes de santé afin que les visites de supervision soient effectuées. Aucune de ces visites ne nécessitent de passer la nuit. Le Ministère de la Santé publique ne peut et n'est pas disposé à prendre en charge ces dépenses récurrentes. L'équipe d'évaluation estime que les responsabilités de supervision font partie intégrante des descriptions des postes et que les indemnités créent une motivation non justifiée destinée aux titulaires de ces postes dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions.

Recommandations :

Supprimer toutes les indemnités d'ici six à huit mois. Le Gouvernement du Sénégal et l'USAID devraient tenir une série de réunions avec le personnel du Ministère de la Santé publique, à tous les niveaux de la supervision, en vue d'expliquer la décision et de discuter du rôle et des notions de supervision dans le cadre d'un programme de SSP, et d'essayer de trouver d'autres moyens de motivation.

Problème 6 : Le projet supervise et finance l'entretien et la réparation de tous les véhicules. Il n'existe pas de garage régional du Ministère de la Santé publique. Les chauffeurs du projet conduisent les véhicules sans précaution aucune, contribuant ainsi aux coûts exorbitants des réparations. Il n'existe aucun programme de maintenance préventive. Les infirmiers et les techniciens d'assainissement des postes de santé doivent prendre en charge les réparations d'un montant égal ou inférieur à 6.000 FCFA; au delà de ce montant, le projet examinera la possibilité de payer ces frais de réparation, en les étudiant cas par cas.

Recommandations :

A. Construire et équiper un garage régional du Ministère de la Santé publique et former les mécaniciens et les chauffeurs. Les chauffeurs du projet et du Ministère, de même que les infirmiers-superviseurs régionaux et départementaux devraient être formés pour pouvoir conduire et assurer la maintenance préventive.

B. L'USAID devrait aider à financer une étude de factibilité pour déterminer si le budget actuel du Ministère de la Santé publique destiné à la réparation des véhicules peut prendre en charge les dépenses récurrentes d'un garage régional du Ministère. Sinon, examiner la manière dont le Ministère pourrait financer les coûts supplèmentaires qu'entraînerait un tel garage.

C. Le succès du programme dépend de la disponibilité et de l'utilisation des mobylettes par les infirmiers des postes de santé. Toutefois, les dépenses récurrentes concernant le carburant, l'entretien et la réparation des mobylettes ne devraient pas être prises en charge par le projet.

49a

SUPERVISION

CRITERES D'EVALUATION DE L'OMS

CRITERES	CASE (Village)	POSTE (Communauté rurale)	CIRCONSCRIPTION MEDICALE (Dépt)	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	USAID MAOLACK (Région)
RESULTATS OBTENUS	. 90% des infirmiers-chefs de poste et des techniciens d'assainissement visitent les cases au moins une fois par mois.	. 75% des infirmiers-superviseurs départementaux visitent les postes de santé. . Tous les infirmiers-chefs de poste et tous les techniciens d'assainissement ont des mobylettes. . 55% des postes sont visités par la Promotion Humaine une fois par mois.	. 90% des infirmiers chefs de poste participent aux réunions mensuelles avec le médecin-chef départemental.	. Aucun progrès réalisé dans la zone du projet; aucune supervision effectuée dans la zone du projet.	. Utilise les rapports mensuels provenant des cases, des postes et des départements pour évaluer les résultats obtenus. . Assiste aux réunions mensuelles tenues au niveau départemental pour les infirmiers-chefs de poste.
PERTINENCE	. Les visites du personnel des postes de santé sont indispensables. . 1 visite par mois est suffisante.	. Les mobylettes sont indispensables. . Les visites des infirmiers départementaux sont importantes. . Les visites de la Promotion Humaine sont utiles.	. Les réunions sont très utiles.	. Sa supervision n'est pertinente que pour l'extension future du programme.	. Les rapports et les réunions sont importantes pour la supervision; toutefois la supervision devrait être effectuée par les infirmiers superviseurs régionaux.
QUALITE	. Les visites des infirmiers sont destinées à renforcer la formation, à superviser la comptabilité financière et la collecte des données, et à couvrir à la satisfaction des besoins des comités. . Les techniciens d'assainissement ne collaborent pas de façon optimale avec les comités et les populations.	. Les visites des infirmiers départementaux nécessitent une définition plus détaillée en ce qui concerne leurs tâches et leur autorité. . La supervision effectuée par les techniciens d'assainissement de la Promotion Humaine est inadéquate. La coordination devrait être renforcée. . Les infirmiers-chefs de poste apportent un soutien insuffisant aux comités de gestion des dépôts de médicaments. . Le système de transport est très approprié.	. Soutien insuffisant de la part des médecins-chefs et des infirmiers superviseurs aux comités de gestion des dépôts de médicaments. . Les réunions tenues mensuellement par les infirmiers s'avèrent utiles.	. Minime (une certaine coordination s'effectue).	. La qualité des rapports varie. . Aucune analyse des données des rapports n'est effectuée. . Le niveau de supervision est généralement satisfaisant à tous les niveaux.
RENTABILITE	. Les cases fonctionnent et la plupart sont viables. . Toutes les cases sont couvertes par la supervision.	. Le système de transport est en place, la supervision s'effectue. . La sensibilisation de la population a atteint un niveau minimal.	. Tous les postes reçoivent une certaine supervision de la part des infirmiers-superviseurs et des médecins-chefs.	. Minime.	. La structure de supervision est en place et fonctionne.

- TABLEAU 7 - (suite)

CRITERES	CASE (Village)	POSTE (Communauté Rurale)	CIRCONSCRIPTION MEDICALE (Dépt)	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	USAID KAOLACK (Région
EFFICACITE	. Le taux des visites de supervision est très satisfaisant. . Le temps consacré aux tâches et aux autres responsabilités est convenable.	. L'utilisation des mobylettes est efficace sauf pour les techniciens d'assainissement qui ont un taux de réparation plus élevé. . Le temps que les infirmiers départementaux consacrent aux visites est utilisé de manière efficace. . L'efficacité des visites des agents de la Promotion Humaine n'a pas été déterminée.	. Utilisation efficace du temps consacré aux réunions consultatives et au soutien apporté aux centres de gestion des dépôts de médicaments. . Les infirmiers superviseurs départementaux devraient consacrer plus de temps à la supervision.	. Le temps consacré à la supervision est insuffisant dans les 4 départements que couvre le projet.	. Utilisation inefficace du temps consacré à la supervision - une grande part de responsabilité devrait être donnée aux superviseurs régionaux. . Les rapports sont irréguliers.

XI MESURES PREVENTIVES DE SANTE

Historique

Depuis la restructuration de l'approche du programme en octobre 1980, le personnel du projet met l'accent sur : le renforcement des mécanismes de supervision et de soutien, la livraison régulière des produits pharmaceutiques, et le développement d'un système intégré de gestion et de collecte de données relatives à la surveillance sanitaire. Une formation et une supervision considérables ont été réalisées en vue de développer les volets susmentionnés du système de prestation de soins de santé primaires au niveau des postes de santé et des villages. Une partie de cette formation, notamment celle des techniciens d'assainissement, a compris les activités d'éducation sanitaire et d'assainissement du milieu. Tel que le système de prestations est conçu, l'infirmier-chef de poste de santé est désigné pour former les matrones en hygiène, soins prénatals, surveillance nutritionnelle des enfants, éducation sanitaire et alimentation des nourrissons. Le secouriste/hygiéniste est formé par l'infirmier-chef de poste dans les domaines de la prophylaxie du paludisme, de la nutrition et de l'hygiène. (Toutefois, ces sujets ne constituent que les aspects relatifs à la prévention et à la promotion de la santé en général dans le cadre de la formation des ASC). Le technicien d'assainissement assure la formation du secouriste/hygiéniste dans les aspects ayant trait à l'assainissement rural. Aussi bien l'infirmier-chef de poste que le technicien d'assainissement doivent instruire les comités de santé des activités destinées à promouvoir la santé villageoise.

Observations

- Au cours de l'enquête sénégalaise, les techniciens d'assainissement ont déclaré avoir introduit quatre types d'activités d'assainissement (sur les 8 énumérés) dans les villages où ils travaillent. Les quatre activités le plus souvent mentionnées sont les fourneaux en "ban" (Note : ces fourneaux préviennent les brûlures et économisent l'énergie), la protection des puits, le filtrage de l'eau et l'action communautaire.

- Plusieurs techniciens d'assainissement interrogés par l'équipe d'évaluation semblent avoir enregistré des succès en ce qui concerne l'assainissement dans les villages.

- Grâce au recyclage, les infirmiers-chefs de poste ont lancé une campagne contre le paludisme en apprenant aux ASC à dispenser régulièrement durant l'hivernage la chloroquine aux enfants âgés de moins de cinq ans et aux femmes enceintes.

En résumé, bien que des efforts aient été déployés dans le but de renforcer le travail d'assainissement rural des techniciens d'assainissement, le projet, au cours des 18 mois passés, a mis l'accent sur le renforcement d'autres éléments essentiels du programme de SSP au niveau villageois. Bien que le projet se soit concentré sur la santé tant préventive que curative, la concentration sur la supervision, le transport, la formation et le système intégré de gestion a manqué de mettre l'accent sur les efforts préventif et promotionnel de la santé. Bien que des mesures préventives de santé aient été élaborées et recommandées par l'Amendement du Document de Projet, elles n'ont pas été incorporées au programme. Manifestement, les techniciens d'assainissement et les ASC ont introduit des mesures d'assainissement et de santé préventive au niveau des villages. Toutefois, la viabilité de ces activités de santé préventive n'est pas manifeste ou évidente.

L'équipe d'évaluation estime que le temps passé à mettre en place la structure des prestations de SSP a été un élément essentiel de l'exécution du programme et que le programme peut actuellement mettre davantage l'accent sur des mesures spécifiques de santé préventive telles que les vaccinations, la surveillance nutritionnelle des enfants et l'alimentation des nourrissons.

Problème 1 : Les techniciens d'assainissement, dans le cadre de la formation qu'ils assurent, insistent trop sur la manière de construire des fourneaux en "ban" plutôt que sur la protection de l'eau contre les animaux, le filtrage de l'eau, les latrines et l'évacuation des ordures ménagères qui peuvent contribuer à réduire les maladies transmissibles.

Recommandation :

Le recyclage devrait mettre l'accent sur l'importance des activités d'assainissement qui auront des incidences sur les maladies transmissibles.

Problème 2 : Bien que les activités de santé préventive soient incluses dans les activités du projet, il est nécessaire de renforcer la concentration du programme sur la santé préventive et la promotion de la santé en général. L'éducation sanitaire est insuffisante à tous les niveaux. Les matrones ne donnent pas des soins prénatals et n'effectuent pas la surveillance nutritionnelle des enfants. Les techniques de réhydratation par voie orale sont sporadiquement ou peu fréquemment utilisées. Il existe actuellement une demande insatisfaite des ASC et des populations en ce qui concerne un programme de vaccinations.

Recommandations :

A. Le Ministère de la Santé publique et l'USAID devraient organiser un atelier de trois jours axé sur l'éducation sanitaire à l'intention des techniciens d'assainissement et des ASC.

B. Etudier la factibilité de la préparation chez soi de la mixture destinée à la réhydratation par voie orale. Recycler les matrones des villages et former les sages-femmes auxiliaires des maternités rurales dans les domaines des soins prénatals, de la surveillance nutritionnelle des enfants et de l'alimentation des nourrissons (tel qu'il est recommandé dans la section formation).

C. Fournir au médecin responsable du Service Régional des Grandes Endémies l'assistance technique d'un épidémiologiste du Centre de Lutte contre les Maladies, d'Atlanta et d'un spécialiste chargé des opérations durant la Phase II du projet dans le cadre du développement d'un programme élargi de vaccination, en utilisant :

- une approche de centre fixe allant du poste de santé jusqu'au niveau villageois;

- le Service Régional des Grandes Endémies pour la formation des infirmiers régionaux comme formateurs du programme élargi de vaccination, des superviseurs des chaînes de froid, et des infirmiers des postes de santé comme vaccinateurs, et des ASC en vue d'aider à organiser les séances de vaccination des villageois;

- que les systèmes de collecte de données de surveillance sanitaire et les régistres de vaccination soient intégrés dans le système d'information actuel du Ministère de la Santé publique.

Le programme élargi de vaccination devrait être développé et géré par le Service Régional des Grandes Endémies; toutefois, le programme devrait être coordonné avec le programme de Soins de Santé Primaires.

XII MEDICAMENTS ET FOURNITURES MEDICALES

Historique

Dans la plupart des programmes de santé rurale, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, la disponibilité des médicaments et des fournitures médicales, mais particulièrement des médicaments, devient la pierre angulaire de l'acceptabilité des bénéficiaires. Quand les médicaments n'atteignent pas leur destination, les programmes souffrent de grandes pertes de visites et sont éventuellement clôturés.

Il a été évident pour l'équipe d'évaluation, au cours de ses visites sur le terrain, que le Projet du Sine Saloum, conscient de ce phénomène, a essayé d'améliorer le système d'approvisionnement en médicaments. Plusieurs cases qui avaient été fermées ont été réouvertes depuis la précédente évaluation.

Le système actuel utilise une série de dépôts où les médicaments peuvent être achetés (voir Tableau). Les dépôts sont contrôlés et gérés par des comités mis sur pied au niveau des villages, des communautés rurales et des départements, et un rapport de symbiose prévaut à tous les niveaux du système. Si un dépôt manque de satisfaire aux besoins de réapprovisionnement d'une case de santé, la chaîne d'approvisionnement est interrompue, ce qui nécessite une mesure de substitution. Ces substitutions se traduisent souvent par un réapprovisionnement plus coûteux qui compromet l'équilibre délicat qui existe entre la distribution et le réapprovisionnement. En vue de satisfaire les principaux besoins de réapprovisionnement du Sénégal, le Gouvernement a mis sur pied un organisme relevant du Ministère de la Santé publique et appelé PHARMAPRO. PHARMAPRO est chargée de l'achat et de la distribution de "médicaments peu coûteux destinés aux programmes officiels". Les médicaments passent de PHARMAPRO au dépôt de communauté rurale, et enfin au village. A chaque niveau, les agents de la santé responsables agissent en qualité d'agents chargés des achats de médicaments. Les comités de santé assument les responsabilités financières et de comptabilité concernant les achats à tous les niveaux.

Pendant toute la durée du projet, un certain nombre de problèmes ont été soulevés en ce qui concerne le fonctionnement du programme d'approvisionnement en médicaments. Ces problèmes sont les suivants :

1. Approvisionnement continu en médicaments destinés aux villageois.

2. Blocage de l'apport des villageois au système de réapprovisionnement en médicaments par l'infirmier-chef de poste.

3. Utilisation de sources privées de médicaments.

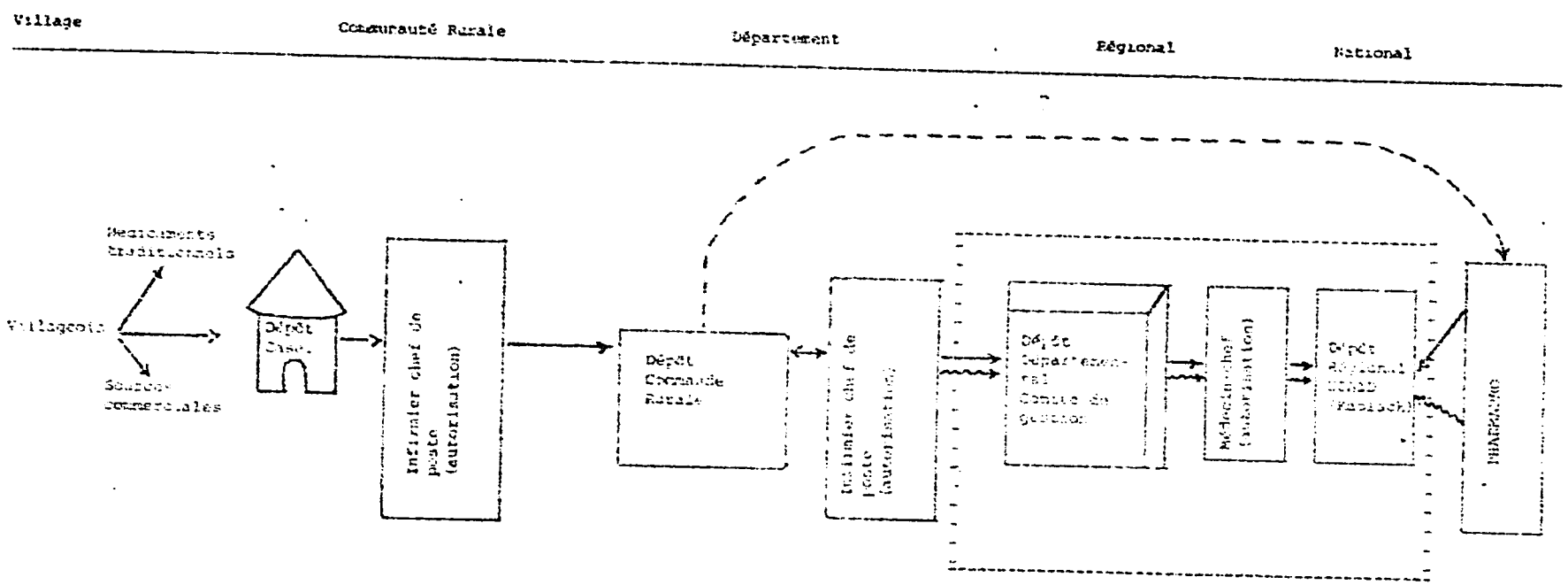
4. Vente des médicaments à des prix suffisamment élevés pour couvrir les coûts de réapprovisionnement.

5. Les problèmes potentiels avec l'introduction de médicaments d'origine américaine dans un système qui n'est pas familiarisé avec leurs noms, dosages et formes.

6. L'absence de certains médicaments que les villageois utilisent traditionnellement depuis longtemps et qu'ils estiment efficaces.

- TABLEAU 2 -

SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS



LEGENDE : Système du Ministère de la Santé publique ⟶

Système du Projet ⟶

Approvisionnement complémentaire en médicaments effectué directement sur paiement comptant ⟶

Fusionnement proposé des dépôts départementaux avec le dépôt régional.

Observations

- Au niveau du dépôt régional de l'USAID à Kaolack, le système de comptabilité des médicaments pour la réception et la livraison des stocks a été en grande partie acceptable et a satisfait les besoins courants du programme.

- Le gérant du dépôt s'est avéré digne de confiance en ce qui concerne les déplacements qu'il effectue en vue de superviser le système d'approvisionnement en médicaments dans le département.

- Afin de tenir un inventaire adéquat, l'infirmier superviseur chargé des médicaments à Gossas a affectué des visites hebdomadaires à Kaolack pour les approvisionnements.

- La plupart des dépôts pharmaceutiques visités au niveau des communautés rurales fonctionnaient convenablement, offrant aux cases de santé un bon choix de médicaments. Nous n'avons pas constaté de ruptures de stocks à ce niveau et le système de comptabilité, y compris les inventaires, était bien tenu.

- Les huit cases de santé visitées étaient bien approvisionnées en médicaments essentiels et avaient prévu les demandes saisonnières accrues en se fondant sur l'expérience.

- En général, les cases de santé stockaient convenablement les médicaments et géraient bien les ventes.

Problème 1 : Le dépôt régional ne peut gérer un système de distribution de médicaments à grande échelle qui serait nécessaire dans le cadre d'un programme élargi.

Recommandation :

Pour soutenir les initiatives de la Banque Mondiale tendant à renforcer les systèmes d'approvisionnement en médicaments au Sénégal, l'USAID devrait aider le Ministère de la Santé publique et l'USAID à mettre en place une succursale régionale de PHARMAPRO à Kaolack.

Problème 2 : Le dépôt au niveau départemental ne contribue pas de manière significative à empêcher les retards qui interviennent dans l'exécution des commandes de médicaments. C'est un intermédiaire superflu entre les niveaux villageois et régional.

Recommandation :

Le dépôt régional et le dépôt départemental devraient se regrouper au niveau régional en vue d'améliorer la distribution aux villages.

Problème 3 : L'achat des médicaments n'est pas bien organisé et est donc susceptible de connaître des interruptions à mesure que des demandes accrues se font dans le cadre du programme.

Recommandation :

Il faudrait aider le Gouvernement du Sénégal à mieux exploiter les données relatives à l'utilisation des médicaments pour permettre l'analyse des besoins à long terme.

Problème 4 : L'équipe n'a pas été en mesure de trouver un système normalisé de comptabilité pour l'achat, l'inventaire et la distribution des médicaments. Quelques postes seulement disposaient de système de comptabilité complets et précis. Aucun de ces systèmes n'était conçu pour être utilisé par les villageois ou les ASC illettrés.

Recommandations :

A. Un recyclage plus poussé et une meilleure utilisation des visites de supervision. Que la formation et le recyclage en gestion des médicaments soient assurés aux infirmiers en vue de leur permettre d'intervenir à chaque niveau du système de fonctionnement et l'utilisation concernant les médicaments. Que les infirmiers soient également formés pour pouvoir superviser et soutenir régulièrement les systèmes de comptabilité des comités de santé au niveau des communautés rurales et des villages.

B. Mettre au point un système unifié de comptabilité qui soit simple et susceptible d'être utilisé par les membres des comités de santé ou les ASC illettrés.

Problème 5 : Malgré les progrès accomplis, certaines cases ne sont pas en mesure de se réapprovisionner en médicaments et fournitures médicales sans faire appel à des dons provenant de la collectivité. Souvent, les médicaments sont donnés gratuitement à cause des pressions sociales ou perdus pour cause de détérioration.

Recommandation :

Un groupe d'étude spécial devrait être constitué en vue d'aider les comités de gestion à examiner les problèmes de distribution des médicaments et d'élaborer d'autres méthodes de remboursement.

Problème 6 : Dans plusieurs cases, les médicaments étaient devenues inutiles en raison de péremption, de stockage inadéquat ou de défaut d'utilisation, par exemple la poudre destinée à la réhydratation orale.

Recommandation :

Le stock initial devrait être réduit à un minimum jusqu'à ce que la détermination saisonnière puisse être faite en ce qui concerne l'utilisation des différents médicaments pour les différents types de maladies. Le minimum devrait être basé sur le nombre de chefs de famille plutôt que sur la population totale. Le montant des médicaments ne devrait pas dépasser 30.000 FCFA au cours de la phase initiale des essais jusqu'à ce que le taux d'utilisation soit déterminé et qu'une capacité de gestion soit en place.

Problème 7 : Dans certains postes de santé où la date de péremption des médicaments était échue, les ASC ne savaient pas quoi en faire étant donné qu'ils devaient "rendre compte de l'utilisation de tous les médicaments".

Recommandation :

Qu'un consensus national soit élaboré pour permettre aux agents de la santé à tous les niveaux d'éliminer les médicaments périmés de manière simple mais efficace.

Problème 8 : Il n'existe aucune liste normalisée des médicaments destinés aux cases de santé et approuvée par les autorités médicales de la région.
Le problème est compliqué par les multiples sources éventuelles d'achat tant privées que publiques.

Recommandation :

Le Ministère de la Santé publique devrait établir une liste des médicaments essentiels pour les dépôts villageois. Cette liste devrait être dressée à partir de la liste des médicaments essentiels retenus par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les médicaments recommandés comprennent :

Aspirine
Nivaquine
Elixir parégorique
Auréomycine 1%
Auréomycine 3%
Ganidan
Selaskyl (pour remplacer la pipérazine)
Comprimés de sulfate ferreux *
Solution de Permanganate
Poudre destinée à la Réhydratation Orale **
Vitamine C

Problème 9 : Les ASC rencontrent des problèmes au niveau de la distribution des médicaments d'origine américaine étant donné qu'ils ne sont pas familiarisés avec leurs taille, forme, marquages, couleur et dosage.

Recommandation :

Aucun médicament ne devrait être acheté aux Etats-Unis, à moins qu'il ne soit compatible avec la nouvelle liste.

Problème 10 : Les trousses des matrones souvent manquent d'articles de base.

Recommandation :

Qu'un meilleur système de rééquipement des trousses des matrones soit assuré par l'intermédiaire du système d'approvisionnement des dépôts villageois.

Note : * A utiliser par les matrones dans le cadre des soins prénétals.

** Le projet devrait envisager l'éducation sanitaire pour la préparation chez soi des solutions de sel et de sucre.

SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS (CRITERES D'EVALUATION DE L'OMS)

NIVEAU	CASE	POSTE	DEPARTEMENTAL	REGIONAL
1. RESULTATS OBTENUS	Les cases ne souffrent plus de ruptures de stocks prolongées.	La plupart des postes sont maintenant en mesure d'approvisionner les cases en médicaments essentiels.	Un programme adéquat de planification et d'exécution devrait être élaboré.	Satisfait en général les besoins du système concernant l'approvisionnement en médicaments essentiels
2. PERTINENCE	Les populations ont manifesté une attitude très positive vis-à-vis des services dispensés par les cases.	Le poste permet aux cases de s'abstenir d'utiliser les sources commerciales.	Ne facilite pas les mouvements opportuns des médicaments à travers le système.	A en général renforcé tout le système en suscitant une plus grande confiance dans la prestation des services.
3. QUALITE	Pas de procédures types. De grandes variations continuent d'exister.	Le personnel travaille de façon adéquate, mais a besoin d'une formation supplémentaire.	Il semble exister un manque de connaissance des procédures nécessaires au fonctionnement du programme.	S'améliorera davantage avec la formation recommandée et la mise en place d'installations matérielles.
4. RENTABILITE	Le nombre de visites a augmenté proportionnellement à celui des visites au poste qui a diminué.	La satisfaction des besoins des cases a permis au poste de se concentrer davantage sur les principales maladies.	Les postes sont souvent obligés de le contourner pour s'adresser directement au niveau régional.	Pour la plupart, les postes et les départements sont satisfaits des services actuels.
5. EFFICACITE	Plusieurs cases enregistrent encore des médicaments détériorés.	Un temps excessif est consacré à l'inventaire, à la commande et à l'exécution des commandes.	N'est pas en mesure de satisfaire les besoins des postes de manière opportune.	La rotation des stocks doit être améliorée. Les retards sont dus aux insuffisances de la procédure.
6. IMPACT	Sans objet. Pas en mesure de déterminer la baisse intervenue dans les journées de travail perdues par suite de maladies, de décès.	Sans objet (voir case)	Sans objet (voir case)	Sans objet (voir case)

560

XIII INFRASTRUCTURES

Historique

Bien que la construction et la rénovation des infrastructures ne constituent pas un des principaux éléments du projet Sine Saloum, elles représentent un investissement assez important et à ce titre méritent d'être commentées par l'équipe d'évaluation. L'accord de subvention du projet stipule qu'à la fin du projet, huit nouveaux postes de santé seraient construits et 51 postes de santé rénovés. L'accord de subvention prévoyait également le stockage des médicaments dans chaque communauté rurale, et des travaux de rénovation de l'école de Khombole. Une somme d'environ 79.000 dollars a été prévue au budget pour cette activité. Le projet est bien lancé vers la satisfaction de ces objectifs. En plus des huit nouveaux postes de santé, cinq nouveaux postes supplémentaires ont été construits grâce à la main d'oeuvre villageoise et au soutien financier local. Il a été réalisé environ 73% de la rénovation des postes de santé dans le cadre du projet.

Un poste de santé se compose d'un bâtiment simple de trois pièces construit à partir de matériaux locaux, de maçonnerie et de béton armé. En général, deux pièces sont séparées de la troisième par un long couloir avec des portes à chaque bout. Le logement de l'infirmier est tout à fait confortable. Sa proximité avec le poste permet de faire face aux urgences rapidement.

Observations

- L'équipe n'a visité que quatre des huit nouveaux postes et un certain nombre des postes rénovés, mais le personnel local de la santé nous a affirmé qu'ils étaient représentatifs. Chaque infirmier interrogé à ces postes de santé a déclaré sa satisfaction quant à la situation actuelle et aucune suggestion tendant à des modifications n'a été faite. La masse des villageois était également satisfaite des locaux. L'équipe a toutefois relevé des problèmes qui nécessitent des solutions.

Problème 1 : Les murs de plusieurs des nouveaux bâtiments ont de larges fissures. Les panneaux du plafond d'un des nouveaux bâtiments (ouvert en novembre 1981) pendent et de grandes taches d'eau sont visibles sur les alentours.

Recommandation :

Le Gouvernement du Sénégal devrait définir la responsabilité de l'entretien et de la réparation des bâtiments et un budget approprié devrait être prévu chaque année pour ces fins. Une procédure destinée à rendre compte de l'entretien devrait être établie.

Problème 2 : Les conditions d'hygiène étaient intolérables au sein de certains postes. Le manque d'eau aggrave ce problème. Quelquefois, l'infirmier n'a pas d'eau pour se laver les mains avant de soigner les malades. En outre puisque les garçons/filles de salle font souvent les pansements, ils tendent à négliger les tâches de nettoyage.

Recommandation :

Une source d'eau devrait être installée dans tous les postes en y construisant un puits ou des réservoirs. Une petite somme d'argent devrait également être allouée en vue de recruter une personne chargée de l'entretien. Les superviseurs devraient assurer le recyclage concernant le maintien des conditions d'hygiène dans les locaux du poste de santé pour servir d'exemples aux villageois.

Problème 3 : Les latrines sont en mauvais état ou abandonnés et ne sont donc pas utilisées dans plusieurs postes.

Recommandation :

Que les techniciens d'assainissement soient chargés d'exécuter un programme spécial de sensibilisation destiné à tous les postes et cases de santé. Il sera particulièrement important de confier les rôles dirigeants aux Comités de Gestion dans le cadre de ces programmes afin qu'ils puissent être de solides programmes de suivis.

Problème 4 : La conception de base des nouveaux postes de santé n'est pas adéquate au plan fonctionnel. Les couloirs sont trop étroits pour permettre l'attente et le mouvement, la salle de visite est trop petite, et l'espace réservé au stockage des approvisionnements est insuffisant. Les postes manquent aussi de mobilier essentiel.

Recommandation :

Un architecte devrait étudier les systèmes de travail et le mouvement des malades dans plusieurs postes en vue de recommander des changements structurels. Un mobilier type devrait être affecté à tous les postes à partir du budget du Ministère. L'assistance du donateur devrait être utilisée pour compléter plutôt que remplacer cet équipement initial.

XIV UTILISATION DES POSTES ET CASES DE SANTE

Le rapport d'octobre 1980 a indiqué que la majorité des postes de santé enregistraient un taux de visites décroissant (s'agissant des nouveaux malades). L'enquête sénégalaise de mai 1982 portant sur 40 des 60 cases désignées pour des efforts spéciaux dans le cadre du projet a confirmé ces conclusions antérieures :

1. Des 756 villageois ou bénéficiaires potentiels interrogés dans les 40 villages dotés de cases et les zones environnantes, 98% des hommes et seulement 83% des femmes ont eu recours à la case.

2. L'enquête a fait ressortir que 58% seulement des populations des villages environnants sollicitent l'assistance de la matrone formée du village doté d'une case de santé. Bien que l'on ne puisse pas savoir exactement les raisons pour lesquelles les femmes sont moins susceptibles de se rendre à une case de santé située dans un autre village, plusieurs raisons ont été avancées. Tout d'abord les hommes disposent de plus de temps pour voyager et ensuite, chaque village environnant est susceptible d'avoir sa propre accoucheuse dont les femmes continuent à avoir recours aux services.

3. Le taux moyen des visites par personne interrogée était supérieur à 3 visites depuis la dernière saison des pluies (environ 6 à 7 mois avant l'enquête). Ces visites comprenaient celles consistant à amener un enfant pour des soins.

4. Parmi les personnes vivant dans un village doté d'une case de santé, plus de 73% avaient effectué plus de 3 visites, alors que le taux était de 55% pour les habitants des villages environnants. En conséquence, la distance peut être un facteur déterminant la fréquence des visites à la case de santé. D'autres raisons peuvent être la préférence des guérisseurs traditionnels et des accoucheuses et/ou la non-acceptation d'un ASC inconnu.

5. Les visites aux postes et cases de santé doublent et triplent au cours de l'hivernage (août à octobre). En conséquence, le nombre de visites par personne est susceptible de baisser pour le reste de l'année.

6. Quatre-vingt-sept pour cent des habitants des villages dotés de cases de santé ont déclaré avoir eu recours au poste de santé moins souvent. Pour les habitants des villages environnants, 82% ont été moins souvent au poste de santé.

7. Les raisons plus souvent invoquées pour justifier les visites aux cases de santé ont été le traitement du paludisme, de la conjonctivite, de la diarrhée, des maux de tête liés au paludisme et des maux d'estomac liés à la diarrhée.

8. En guise de réponse à la question de savoir comment ils percevaient les services dispensés à la case de santé et les mesures préventives de santé, 74% ont souligné la réduction du temps perdu pour obtenir des soins, 67% ont déclaré que le traitement était excellent, 42% ont demandé une réduction du coût, et 27% ont mentionné des rapports améliorés entre les villages

Les données d'évaluation concernant les visites aux postes de santé en 1980 et 1981 ont indiqué une baisse de 40%.

1. VISITES AUX POSTES DE SANTE (1980 - 1981)

TABLEAU 1

Année	Ngayene	Paoscoto	Mbar
1980	10.299	21.700	9.954
1981	6.270	12.325	6.652

Pour essayer de comprendre le rapport existant entre les visites aux postes et aux cases de santé, l'équipe a examiné les données disponibles concernant les cases de santé qui étaient supervisées et soutenues par les postes de santé de Ngayene, Paoscoto et Mbar. Etant donné que le système intégré de gestion ne fonctionne que depuis octobre 1981, les données disponibles concernant les cases de santé sont limitées et, dans certains cas, incomplètes.

2. VISITES DE SANTE DE LA COMMUNAUTE RURALE DE PAOSCOTO

TABLEAU 2

Infrastructure	Août 79 - Avril 80	Août 80 - Avril 81	Août 81 - Avril 82
POSTE DE SANTE	26.653	9.184	9.372
CASES DE SANTE (10)	Non-applicable	Pas de données	11.862
TOTAL	26.653	?	21.234

3. VISITES DE SANTE DE LA COMMUNAUTE RURALE DE NGAYENE

TABLEAU 3

Infrastructure	Dec. 79 - Mai 80	Dec. 80 - Mai 81	Dec. 81 - Mai 82
POSTE DE SANTE	3.944	3.070	2.521
CASES DE SANTE	Non-applicable	Pas de données	2.122
TOTAL	3.944	?	4.643

4. VISITES DE LA COMMUNAUTE RURALE DE MBAR

TABLEAU 4

Infrastructure	1980	1981
POSTE DE SANTE	9.954	6.652
CASE DE SANTE	Non-applicable	9.400
TOTAL	9.954	16.052

Des conclusions définitives ne peuvent pas être tirées des données provenant des trois postes et des cases qui leur sont associées. Toutefois, dans tous les trois postes, le nombre de visites a sensiblement diminué depuis l'implantation des cases de santé.

L'équipe d'évaluation a remarqué qu'à Paoscoto et Mbar où il y a des infirmiers compétents qui supervisent et soutiennent régulièrement leurs cases de santé respectives, le nombre de visites aux cases de santé commence à dépasser le nombre de visites au poste de santé. Chaque poste a sous sa responsabilité 10 cases et chaque poste sert environ 15.000 personnes.

Les caractéristiques ci-dessus de l'utilisation des postes de santé suggèrent ce qui suit :

- comme il ressort de l'utilisation croissante des cases, un poste pourvu d'un infirmier peut ne pas être en mesure de servir, à la satisfaction des consommateurs, une population de 15.000 personnes.

- comme une étude canadienne l'a confirmé dans le département de Gossas, l'ASC peut s'occuper de 60% des malades qui se rendent au poste de santé.

- les avantages d'un trajet et d'une attente plus courts, et des coûts des médicaments plus abordables au niveau des cases de santé contrebalancent dans l'esprit du consommateur la meilleure qualité des soins disponibles au niveau du poste de santé.

- comme Mead Over l'a fait remarquer dans son "Rapport sur les Dépenses Récurrentes des Projets de Soins de Santé Primaires dans les Pays du CILSS", il semble que la demande de soins pour des cas moins graves varie à mesure que le prix et/ou la distance diminue. Les données suggèrent (Mbar et Ngayene) que des soins à un coût plus bas au niveau de la case de santé ont également eu un impact sur l'augmentation de la demande de soins pour des cas moins graves qui peuvent être convenablement traités au niveau de la case de santé par un ASC.

- si, comme les données le suggèrent, le nombre de visites augmente d'au moins 40% au niveau des cases de santé au détriment des postes de santé, le coût des médicaments et des fournitures médicales au poste peut diminuer si le reste des cas ne s'aggrave pas. Si telle est la situation, les coûts des soins de santé en ce qui concerne les fournitures passent du poste où ils sont financés par le Ministère de la Santé publique à la case où ils sont financés par la population.

En conséquence, les dépenses récurrentes peuvent être moins lourdes pour le Ministère.

- la diminution qui intervient dans l'utilisation du poste permet à l'infirmier chef de poste de s'occuper des cas médicaux plus graves et lui donne plus de temps à consacrer aux activités de supervision et de soutien. Les cases, à leur tour, s'avèrent capables de satisfaire une plus grande part de la demande de soins de santé.

Les conclusions suggérées ci-dessus sont sciemment basées sur les données provenant de trois seulement des 48 postes de santé concernés par le projet. Il est très probable que les données reflètent les taux d'utilisation des autres postes étant donné le choix au hasard des trois postes de santé, les observations de l'équipe d'évaluation et les résultats de l'enquête de mai 1982 menée auprès des bénéficiaires. Si ces conclusions traduisent exactement l'impact du projet, un soutien continu à apporter au projet se justifie.

Recommandations :

Que le projet recrute au moins deux personnes (1 économiste, 1 statisticien) pour rassembler et analyser les données en vue d'évaluer et de mesurer le rapport qui existe entre l'utilisation du poste de santé et celle des cases de santé. Le but de cette étude devrait être de fournir des données destinées aux décisions à prendre aux niveaux du projet et du Ministère de la Santé publique en ce qui concerne la planification relative à l'affectation du personnel sanitaire et l'allocation des ressources. L'analyse devrait comprendre les incidences de l'utilisation sur le coût des SSP pour le Ministère et les bénéficiaires. Le conseiller technique devrait également suggérer la manière dont de telles données devraient être collectées, stockées et analysées sur une base continuelle.

XV VIABILITE DES CASES

Depuis le démarrage du projet, la viabilité financière des cases de santé est au centre des préoccupations de toutes les personnes impliquées dans l'exécution. Au cours des trois années passées, il y a eu de nombreuses tentatives d'exploiter les données disponibles en vue de déterminer l'autonomie et la viabilité des cases. Compte tenu des autres évaluations et des facteurs de temps, l'équipe d'évaluation a comparé les données existantes avec ses propres observations sur le terrain afin de déterminer la viabilité financière relative des cases de santé.

L'évaluation de 1980 a constaté que la plupart des cases de santé connaissaient des difficultés financières. Depuis lors, les villageois ne payent plus une contribution fixe par visite pour les services reçus dans le but de couvrir les salaires de trois ASC et de financer le réapprovisionnement en médicaments. L'expérience a montré que le taux de contribution pour les services reçus était insuffisant pour couvrir aussi bien les salaires des ASC que l'achat des médicaments et des fournitures médicales.

Le personnel du projet, après une série de discussions avec les responsables sénégalais suite à l'introduction de la politique du Gouvernement du Sénégal établissant des contributions pour les visites au poste de santé, a décidé de supprimer le paiement de contributions pour les services reçus au niveau des cases de santé. La nouvelle stratégie du projet a préconisé :

1. de supprimer un poste d'ASC en combinant les compétences du secouriste et de l'hygiéniste et en les confiant à un seul ASC;

2. de demander aux bénéficiaires de payer pour chaque médicament fourni; et

3. de permettre à chaque village de décider et d'être responsable de la rémunération des deux ASC.

Chaque village devait mettre au point une méthode de rémunération de l'ASC qui ne compromettrait pas l'autofinancement de l'approvisionnement en médicaments.

S'agissant de la rémunération des ASC, l'enquête sénégalaise d'évaluation a indiqué que la majorité des villages "motivent" les ASC en faisant une collecte une ou deux fois par an au niveau des villages. Pour le secouriste/hygiéniste, la rémunération varie entre 14.000 et 22.000 FCFA (42 et 67 dollars) par an. Les matrones reçoivent en général 250 à 600 FCFA (1 dollar à 1,80 dollar) par naissance. Dans deux cas, un chef religieux villageois faisait office de secouriste/hygiéniste et refusait d'être payé. Le second moyen le plus fréquent de rémunération se faisait par l'intermédiaire de contributions en nature. Généralement, un champ était mis à part, cultivé et récolté par les villageois et la production donnée à l'ASC.

La capacité financière de se réapprovisionner en médicaments et fournitures médicales a été plus difficile à évaluer. L'enquête sénégalaise a étudié quarante cases dans les quatre départements du projet et a conclu que 26 des 40 étaient viables lorsqu'on ajoutait la somme disponible à la valeur des médicaments disponibles et qu'on faisait la comparaison avec la valeur du stock initial fourni par l'USAID. Toutefois, plusieurs des cases classées comme n'étant pas viables sont, en fait, viables. Ces cases connaissent un petit déficit pour deux raisons principales. Premièrement, l'ASC se trouve dans l'obligation, pour des raisons

sociales liées aux coutumes, de traiter gratuitement ses parents. Deuxièmement, l'enquête a estimé à environ 10 ou 11% le stock disponible non utilisable pour cause de péremption ou de détérioration. Toutefois, les villages comblent le déficit en faisant une collecte auprès de tous les villageois en vue de couvrir les coûts de réapprovisionnement. D'un point de vue purement comptable, plusieurs de ces cases ne sont pas financièrement viables, mais dans le contexte africain, elles survivent financièrement. Il est vrai que certaines des 40 cases rencontraient de sérieuses difficultés financières et que ces cas nécessitent une étude plus poussée en vue d'en déterminer la cause.

Observations

- Parmi les nombreux membres des comités de santé interrogés, l'équipe a constaté une volonté et une capacité d'assumer les responsabilités concernant la collecte des fonds, la vérification des stocks, l'achat et la distribution des médicaments.

- Les villageois payaient pour les médicaments et les fournitures médicales fournis par les ASC.

- Dans la plupart des cases visitées, l'équipe a trouvé un système de comptabilité simple des entrées et des sorties de fonds.

- Dans la plupart des cas, le système de tenue des registres est institué par l'infirmier chef de poste et est, en général, régulièrement contrôlé par ce dernier.

- L'équipe a constaté que presque tous les ASC recevaient une rémunération annuelle sous une forme ou une autre.

Toutefois, les problèmes suivants nécessitent des solutions :

Problème 1 : Certains médicaments sont rarement utilisés et se détériorent, d'autres ont un taux d'utilisation élevé. Il n'existe aucun système d'inventaire des médicaments essentiels au niveau des cases de santé et des dépôts de communauté rurale en vue de prévenir les ruptures de stock.

Recommandation :

Déterminer le temps requis pour le réapprovisionnement en médicaments à chaque niveau (communauté rurale et case de santé) et établir 1) un niveau minimum de chaque type de médicament qui devrait être disponible à tout moment, et 2) un niveau d'inventaire recommandé pour la commande de tout médicament et de toute fourniture médicale.

Problème 2 : Bien que chaque case de santé n'en utilise qu'une petite quantité, l'équipe a noté l'absence générale de tout système de tenue de registres concernant les stocks de médicaments et de fournitures médicales. L'absence de tels registres rend encore plus difficile la tâche consistant à prévenir la détérioration des médicaments, à commander rapidement et à comparer les recettes aux commandes.

Recommandation :

A tous les niveaux, instituer un moyen permettant de suivre l'évolution des stocks de médicaments et de fournitures médicales.

Problème 3 : L'enquête sénégalaise a indiqué que les villages qui recevaient les stocks initiaux les plus importants de la part de l'USAID étaient ceux qui rencontraient le plus de difficultés à gérer ces stocks.

Recommandation :

Fournir une quantité minimum de base et réapprovisionner aussi fréquemment que nécessaire en ajoutant des quantités supplèmentaires de médicaments jusqu'à ce que le taux de réapprovisionnement soit déterminé avec une fréquence raisonnable. Renforcer, grâce au recyclage, la supervision qu'exerce l'infirmier-chef de poste sur la gestion financière des médicaments par les comités de santé et les ASC.

Problème 4 : Dans plusieurs villages visités, la matrone n'était rémunérée ni par les moyens traditionnels ni par la collecte auprès des villageois.

Recommandation :

Collaborer avec les comités de santé pour définir les responsabilités concernant la rémunération des matrones.

XVI ANALYSE FINANCIERE ACTUELLE ET INCIDENCES FINANCIERES DES CHANGEMENTS RECOMMANDES AU GOUVERNEMENT DU SENEGAL

Le tableau 10 illustre les dépenses du projet par ligne budgétaire au cours de la période allant du 1er octobre 1980 au 31 juillet 1982. Environ 1.182.745 dollars ont été dépensés dans le cadre des onze lignes budgétaires prévues. Au 31 juillet 1982, les fonds restants s'élèvent à environ 417.191 dollars.

D'après les prévisions budgétaires pour les six mois restants, jusqu'au 31 décembre 1982, les dépenses approcheront le chiffre de 195.143 dollars et le solde sera d'environ 245.167 dollars.

Une planification provisoire préalable à la restructuration du projet indique qu'au cours d'une période supplémentaire de dix mois, à l'exclusion des frais de déplacement du personnel régional et départemental du Ministère de la Santé publique de même que des frais de réparation des mobylettes, le projet aura besoin d'environ 246.890 dollars. Ceci en supposant également que le projet maintiendra le niveau actuel d'assistance technique.

Bien que l'équipe américaine ait senti qu'il n'entrait pas dans le cadre de ses termes de référence de faire une analyse financière du projet ou des dépenses récurrentes, elle a examiné la répartition proportionnelle des coûts, pour le Ministère de la Santé publique et l'USAID, qui seraient touchés par ses recommandations. Le tableau résumant ces implications budgétaires souligne les domaines de recommandations spécifiques. Comme on peut le voir, certains réajustements seront nécessaires. Il est prévu que les nouveaux coûts pour le Ministère seront minimes au cours de la phase recommandée qui durera cinq ans. Plusieurs des coûts associés aux modifications sont déjà inscrits au budget du Ministère.

Le principal changement consistera à mettre l'accent sur la supervision et la formation. Pour assurer la réussite du projet, des efforts devront être consentis dans le cadre de la supervision et de la formation. A l'heure actuelle, la formation, y compris le matériel, ne représente que 9% des dépenses totales du projet. En vue de la supervision, les frais de transport seront élevés au cours des premières années du nouveau programme, mais à mesure que les activités se poursuivront et que les agents de santé deviendront plus autonomes, une diminution progressive de ces frais devrait intervenir.

Les coûts d'équipement et de construction durant la seconde phase seront pris en charge par l'USAID. Toutefois, les apports de plus en plus importants du Gouvernement du Sénégal conduiront à une prise en charge totale des coûts d'ici la fin de la Phase II.

Des vingt-six recommandations entraînant des incidences budgétaires (voir tableau), quatre seulement nécessitent un nouveau financement de la part du Gouvernement du Sénégal. Les coûts relatifs à l'une de ces quatre recommandations étaient initialement pris en charge par le Ministère de la Santé publique (le coordinateur du projet et le superviseur de la formation). Ces derniers devraient réintégrer la Fonction Publique sénégalaise, mais à un niveau plus élevé de la structure administrative.

TABLEAU 10

ANALYSE FINANCIERE DU PROJET ET PREVISIONS POUR UNE EXTENSION NE COMPORTANT AUCUNE MODIFICATION

Ligne budgétaire	Budget prévu octobre 1980 y compris les accumulations	Dépenses octobre 1980 au 31 juillet 1982	Prévision des dépenses janvier à octobre 1983
Formation	147.012	106.620	33.890
Matériel	7.500	-0-	-0-
Equipement et Mobilier	57.735	119.703	28.000
Médicaments	225.000	281.488	-0-
Véhicules	243.800	230.572	35.000
Salaires locaux	84.140	39.776	25.000
Frais de déplacement	100.580	42.816	-0-
Construction	179.000	78.342	-0-
Assistance Technique Enquête sur l'état de santé des populations	462.500	247.839	125.000
Evaluation	50.000	35.589	-0-
Imprévus	135.669	-0-	
TOTAL	1.599.936 Dollars	1.182.745 Dollars	246.890 Dollars

67a

- TABLEAU II -

P = Personnel
F = Fonctionnement
D = Déplacement
E = Dépenses d'équipement

RECOMMANDATIONS AYANT DES INCIDENCES BUDGETAIRES

CATEGORIE	FINANCEMENT GOUVERNEMENT DU SENEGAL		FINANCEMENT USAID		FINANCEMENT VILLAGEOIS	
	CONTINU	NOUVEAU	CONTINU	NOUVEAU	CONTINU	NOUVEAU
PROJET A POURSUIVRE PENDANT CINQ ANS	P-F-D.		P-F-D.		P-F-D.	
A. Système intégré de gestion (structure administrative) :						
1 - Restructurer le personnel du projet comme cellule de soins de santé primaires faisant partie intégrante des structures du Ministère de la Santé publique.		P	F D			
2 - Intégrer le dépôt départemental dans le dépôt régional.	P F D					
3 - Construire un garage régional du Ministère de la Santé publique.	F	P F D		E		
B. Formation :						
4 - Qu'un poste d'infirmier coordinateur de la formation en soins de santé primaires soit créé.		P	F D			
5 - Que l'USAID/Dakar organise un séminaire de 3 jours destiné aux médecins chefs et aux superviseurs.				P F D		
6 - Former le personnel chargé des soins de santé primaires à tous les niveaux dans la façon d'utiliser les données collectées.			F F D			
7 - Que le coordinateur du projet reçoive une formation spéciale en gestion du personnel, planification et analyse de données.			P F D			
C. Supervision						
8 - Que le technicien d'assainissement au niveau régional soit chargé des activités d'assainissement du milieu aux niveaux des postes et des cases.	P F		D			
9 - Que tous les infirmiers et sages-femmes superviseurs départementaux soient affectés à plein temps pour superviser les activités de soins de santé primaires aux niveaux départemental, des postes et des cases.	P F		D			

P = Personnel
F = Fonctionnement
D = Déplacement
E = Dépenses d'équipement

CATEGORIE	FINANCEMENT GOUVERNEMENT DU SENEGAL		FINANCEMENT USAID		FINANCEMENT VILLAGEOIS	
	CONTINU	NOUVEAU	CONTINU	NOUVEAU	CONTINU	NOUVEAU
10 - Que tous les infirmiers superviseurs départementaux reçoivent une formation supplémentaire de courte durée en supervision telle que celle offerte à Lomé, au Togo.	F		P D			
11 - Que quatre des techniciens d'assainissement les plus compétents soient promus au niveau départemental en vue de soutenir et de superviser les agents sanitaires des postes de santé.	P			F D		
12 - Que toutes les indemnités soient supprimées progressivement d'ici six à huit mois.			D (6 mois)			
13 - Qu'une petite étude soit menée en vue de déterminer les incidences des dépenses récurrentes liées à la mise en place d'un garage régional du Ministère de la Santé publique sur les fonds du Ministère alloués à la réparation des véhicules.			P F D			
14 - Que l'on apprenne à conduire aux infirmiers superviseurs régionaux et départementaux afin d'éviter la nécessité de disposer d'autres chauffeurs du Ministère de la Santé publique.			P F D			
15 - Que les infirmiers chefs de poste et les techniciens d'assainissement soient formés dans les domaines de la maintenance des mobylettes et des réparations élémentaires.				P F D		
D. Médicaments						
16 - Que le pharmacien régional reçoive une formation poussée en gestion de médicaments.				F D		
17 - Que les infirmiers reçoivent une formation en cours d'emploi et soient recyclés en ce qui concerne les techniques de gestion de médicaments nécessaires au fonctionnement du système d'approvisionnement et à l'utilisation des médicaments à chaque niveau.			F			
E. Infrastructures						
18 - Que le Gouvernement du Sénégal soit chargé de l'entretien et de la réparation des bâtiments.	F					

- TABLEAU 11 - (suite)

P = Personnel
F = Fonctionnement
D = Déplacement
E = Dépenses d'équipement

CATEGORIE	FINANCEMENT GOUVERNEMENT DU SENEGAL		FINANCEMENT USAID		FINANCEMENT VILLAGEOIS	
	CONTINU	NOUVEAU	CONTINU	NOUVEAU	CONTINU	NOUVEAU
19 - Que chaque poste ait sa propre source d'approvisionnement en eau.		E				
20 - Que le Ministère de la Santé publique soit chargé de suivre la construction des nouveaux postes avec une liste de contrôle concernant l'équipement.	F					
F. Prévention						
21 - Qu'un centre de formation en soins de santé primaires soit implanté à Kaolack.	P F D			E		
22 - Recycler les matrones et former les agents-femmes auxiliaires des maternités rurales dans les domaines des soins prénatals, de la surveillance nutritionnelle des enfants et de l'alimentation des nourrissons.				F		
23 - Recycler les accoucheuses-moyennes en matière de nutrition des enfants et d'alimentation des nourrissons.				F		
24 - Fournir au médecin responsable du Services des Grandes Endémies l'assistance technique d'un épidémiologiste, responsable des opérations, provenant du Centre de Lutte contre les Maladies, d'Atlanta.				P F D		
25 - Organiser un atelier d'une durée d'au moins trois jours destiné aux techniciens d'assainissement et aux ASC sur l'éducation sanitaire.				P F D		
G. Au Plan Général						
26 - Passer contrat avec une seule institution compétente en vue de fournir l'assistance technique périodique à court terme pendant toute la durée du projet.				P F D		
27 - Que le projet passe immédiatement contrat avec un économiste et un statisticien en vue de rassembler et d'analyser les données disponibles dans le but de déterminer le rapport entre l'utilisation des postes et celle des cases.				P		

Afin d'obtenir une estimation des nouveaux coûts en rapport avec les recommandations, nous nous sommes fondés sur les chiffres concernant les dépenses réelles effectuées en 1981 pour élaborer la matrice suivante (un facteur inflation de 15% y a été ajouté dans le but de mieux prévoir ces coûts) :

NOUVEAUX COUTS (en dollars)

	Gouvernement du Sénégal	USAID	Villages
Divers	78.820	180.000	
Formation	5.000	10.000	2.520
Supervision		44.000	
Médicaments		58.000	
Infrastructure	50.000		
Prévention		245.000	
Total	133.820	537.000	2.520

L'équipe d'élaboration de la Phase II fera une analyse financière plus poussée concernant l'ensemble du projet au cours de la restructuration du projet.

ANNEXE A

MEMBRES DE L'EQUIPE SENEGALAISE D'EVALUATION

Ministère de la Santé publique	Mr. El Hadj DIAME - Statisticien Mr. Idrissa DIOP - Economiste Tous deux de la Direction de la Recherche, de la Planification et de la Formation.
Ministère du Plan et de la Coopération	Mme Astou DIAGNE - Economiste Mme Rosaline MURRAY - Economiste Toutes deux de la Direction de la Recherche, de la Planification et de la Formation.
Secrétariat d'Etat à la Promotion Humaine	Mr. Ousmane SAMB - Directeur des Secteurs Urbain et Rural.
Ministère de l'Intérieur	Mr. Samba DIAKHATE - Administrateur Civil chargé des collectivités locales.
Equipe de l'AID à Kaolack	Mme Aïda Lô - Coordinatrice du Projet. Mr. Sangoné MBOUP - Coordinateur de la Formation. Mr. El Hadj CISSE - Promotion Humaine.

GROUPES DE TRAVAIL POUR L'ANALYSE DES DONNEES

Population	DIAME et DIAGNE
Comités de Santé	DIOP et MURRAY
ASC	MBOUP et CHAPONNIERE
Infirmiers/Techniciens	SAMB et CHAPONNIERE
Autorités Administratives	DIAKHATE et CHAPONNIERE

ANNEXE B

ENTREVUES DE L'EQUIPE AMERICAINE - NIVEAU NATIONAL

	Ministère de la Santé publique
Dr. BA	Directeur de la Recherche, de la Planification et de la Formation
Mr. Mamadou LO	Conseiller Technique n° 1
Dr. Madiou TOURE	Directeur de l'Hygiène et de la Protection Sanitaire
Dr. TSHYOA	Projet de Santé de la Banque Mondiale, Coordinateur pour le Ministère de la Santé publique.
Dr. ELOM	Représentant de l'OMS
Mr. Boubacar SABALY	Enquêteur de la Promotion Humaine
Mr. Mamour Alioune FAYE	Enquêteur de la Promotion Humaine
Mr. NDIAYE	Enquêteur de la Promotion Humaine
Mr. Souleymane Bocar LY	Enquêteur de la Promotion Humaine

U S A I D

Dr. David SHEAR	Directeur de la Mission
Dr. Michael WHITE	Responsable du Bureau de Santé
Mr. Mamadou JALLOW	Responsable des Evaluations

Conseiller Technique

Mme Paulette CHAPONNIERE	Coordinatrice d'Evaluation

ENTREVUES DE L'EQUIPE AMERICAINE - NIVEAU REGIONAL

Gouverneur

Mr. Souleymane DIENE	Gouverneur de la Région du Sine Saloum

Personnel du Projet

Mme Aida LO	Coordinatrice du Projet
Mr. Sangoné MBOUP	Coordinateur de la Formation
Mr. Peter HALPERT	Assistant Technique auprès de la coordinatrice du projet (Système Intégré de Gestion et Système de Fonctionnement des véhicules).
Mr. Mamadou CAMARA	Gérant, Dépôt Régional des Approvisionnements de l'USAID.

Service Régional du Ministère de la Santé publique

Dr. KANE	Médecin-Chef Régional Médecin-Chef, Directeur Régional Adjoint, Service des grandes endémies
Mme DIOP	Infirmière Superviseur

Promotion Humaine

Mr. NDIAYE	Directeur, Bureau Régional
Mr. El Hadj CISSE	Adjoint au Directeur, Sine Saloum

Département de Kaolack

Dr. Malick NIANG	Médecin-Chef
Mme NDAO	Sage-Femme Superviseur
Mr. SARR	Infirmier Superviseur

Département de Nioro

Dr. Yacinthe DJOKH	Médecin-Chef
	Préfet
Mr. Kalidou SOW	Responsable départemental, Promotion Humaine.
Mr. SAMORA	Responsable départemental, Promotion Humaine.
Mme Anna NGOM	Sage-femme superviseur
Mr. Biram PATHE	Infirmier superviseur

Département de Gossas

Mr. FAYE	Pharmacien départemental
Mr. DIENG	Infirmier superviseur

Département de Foundiougne

Mr. NIARIG	Infirmier-chef de poste, Sokone

Département de Nioro

Communauté Rurale Ngayene

Mr. Delphiei DIAO	Infirmier-chef de poste
Mr. Saboye DIANOE	Technicien d'Assainissement

Paoscoto

Mr. Ousmane BA	Infirmier-chef de poste
Mr. Idrissa DIAO	Technicien d'Assainissement
Mr. BOU	Sous-Préfet
	Président, Conseil Rural

Département de Gossas

Communauté Rurale

Ouadiour

Mme Mariama NDIAYE	Infirmière-chef de poste
	Technicien d'Assainissement
Mr. Bara SAME	Membre du Conseil Rural

Département de Gossas

Communauté Rurale

Mbara

Mr. CAMARA	Infirmier-chef de poste
Mr. Djib NGOM	Technicien d'Assainissement

Lagane

Mr. Abdou DIENG	Infirmier-chef de poste

Keur Guèye (Village) - Ouadiour

Secouriste

Matrone

Darou Sacor (Village) - Mbara

Secouriste

Matrone

ENTREVUES DE L'EQUIPE AMERICAINE -- NIVEAU REGIONAL (suite)

Département de Nioro

Communauté Rurale

Taïf (Village)

Secouriste, Ancien du village

Matrone

Chef de Village

Darou Mbapp (Village)

Secouriste

Matrone

Communauté Rurale de Paoscoto

Darou Saloum (Village)

Secouriste

Matrone

ANNEXE C

EQUIPE D'EVALUATION

CALENDRIER DE TRAVAIL

1er juillet	Les membres de l'équipe américaine arrivent à Dakar et commencent à étudier les documents relatifs au projet fournis sur place.
5 juillet	Réunions avec le personnel de direction du Ministère de la Santé publique.
6 juillet	Réunions : Equipe sénégalaise d'évaluation Promotion Humaine Responsable du Bureau de Santé de l'USAID/Dakar
7 juillet	Réunions : Responsable du Bureau d'Elaboration des Projets de l'AID Ministère de la Santé publique Responsable du Bureau de Santé de l'USAID/Dakar
8-9 juillet	Réunions : Equipe sénégalaise d'évaluation Groupes d'étude Personnel et étudiants du CESSI
12 juillet	Départ pour Kaolack Réunion avec le personnel du projet
13 juillet	Visite du Dépôt Régional de Médicaments de l'USAID Entrevues avec le personnel du projet Visite au Médecin-chef adjoint
14 juillet	Visite au Service Régional de la Promotion Humaine Visite sur le terrain aux départements de Nioro et de Gossas : . visite au sous-préfet . réunions avec les superviseurs de santé . visite du dépôt départemental de médicaments . visite de nouveaux postes de santé

ANNEXE C (suite)

15 juillet	Retour à Nioro et Gossas : . visite de cases et postes de santé . réunion avec le Chef du Service des Grandes Endémies . exposés faits par le personnel du projet
16 juillet	Visite au Gouverneur du Sine Saloum Suite des visites sur le terrain.
17 juillet	Retour à Dakar
19-29 juillet	Autres réunions avec l'équipe sénégalaise d'évaluation, le Responsable du Bureau de Santé de l'USAID/Dakar. Rédaction du Rapport.

ANNEXE D

DOCUMENTATION

- Breakdown of gas consumption and repair costs per project vehicle, 9/80 - 3/82
- (Working document) Les Soins de Santé Primaires au Sine Saloum : Evaluation des Dépenses Récurrentes du Projet, May 1982.
- Participation des Populations à l'Effort de Santé publique : Principes et Directives Méthodologiques, July 1980. (Pamphlet published by Ministry of Public Health, Senegal).
- Senegal FY'83 : Country Development Strategy Document, (Supplement, February 1982).
- Planning Pharmaceuticals for Primary Health Care : The Supply and Utilization of Drugs in the Third World. Gish, Feller, APHA, 1979.
- (Draft) World Health Organization : Provisional Guidelines for Health Program Evaluation
- Guidelines for Analysis of Pharmaceutical Supply System Planning in Developing Countries, OIH Series No. 7.
- 1977 Sine Saloum Rural Health Project (Project Paper).
- Memorandum : Linda Neuhauser to Clive Grey/Mead Over. Subject : Recurrent Costs in Sahel Health Projects, May 22, 1979.
- A Monitoring and Evaluation Plan for USAID Assistance Program in Senegal, Nena Vreeland, Bush, Tapsoba, December 15, 1981.
- Senegal : The Sine Saloum Rural Health Care Project, Project Impact Evaluation No. 9, October 1980.
- The Rural Health Services Developmental Project in the Sine Saloum Region of Senegal : Technical Assessment and Analysis, John Kennedy, August 1980
- Project Paper Amendment Number 1 (No. 685-0210) : Rural Health Services Development Project, September 1980.
- Amendment No. 6 à l'Accord de Subvention entre le Gouvernement de la République du Sénégal et des Etats-Unis d'Amérique pour le Projet de Développement de la Santé Rurale, Signed June 12, 1981.
- Evaluation Criteria, Developed by the Project Redesign Team, 1980.
- Recurrent Cost in the Sahel : Chapter 111: Rural Primary Care in Senegal, Mead Over, (no date on available copy).

- A Study of the Financing of the Health Sector in Senegal, A. Mashayekhi, October 1981.

- An Analysis of the Medicine Distribution System of AID/Senegal Sine Saloum Rural Health Project, James W. Herrington, Dr., Public Health Technician for Community Development, Kaolack, October 1980.

- AID, Senegal FY 1983 Country Development Strategy Statement, February 1982.

- Senegal Health Strategy, 1981.

- Questionnaires, Data, and Analysis of a Sine Saloum Population Sample covering: health committee activity and training, villager participation in project activity, training and functioning of Health Post Nurses and Sanitation Agents, an assessment of the financial status of a sample of project villages.

- Copies of project report formats and data summaries.

- (Project Report) "Execution de la Première Tranche du Projet", Mrs. Aïda Lô, Project Coordinator, 1982.

- "An Analysis of the Medicine Distribution System of the AID/Senegal Sine Saloum Rural Health Project", James E. Herrington, October 1980.

- "Rapport de Tournée éffectuée dans le Département de Nioro du 17 novembre 1980 au 28 janvier 1981, Project Senegal/USAID du Sine Saloum, April 1981.

- Training Manual for First Aid Agents.

- Training Manual for Matrones.

- Memory Aid for Matrones.

- Senegal MOH Budget.

- (An outline) "The Management Information System" (the proposed system in outline included also Annex 5 in Project Redesign Paper).

- Republic of Senegal - Sixth four year Plan of Economic and Social Development: Guiding Principles and Sectoral Programs (1981/1985).

- (Draft) Project Evaluation Summary - (Interim) Senegal Rural Health Services Development Project No. 685-0210, Submitted by Linda Neuhauser AFR/SFWA/SDP, May 1979.

- La Réforme de l'Administration Régionale et Locale: Illustrations, Commentaires et Textes de Références, UNICEF.