



Expérience Acquise de Programme de Santé Communautaire ChildFund/USAID-Sénégal

Évaluation Finale - Programme de Santé Communautaire du
Sénégal/ChildFund
2006-2011

MAI 2011

Cette publication a été produite pour la revue par United States Agency for International Development.
Soumis par Initiatives Inc.

Expérience Acquisée de Programme de Santé Communautaire ChildFund/USAID-Sénégal

Évaluation Finale - Programme de Santé Communautaire du
Sénégal/ChildFund
2006-2011

Souleymane Barry
Eliot Putnam
Cheikh Tidiane Touré

L'information contenu dans ce rapport est le produit d'une évaluation conduit par Initiatives, Inc. Le rapport était préparé par Initiatives, Inc. suite à l'ordre d'achat No. 685-O-00-11-00104-00 de la part de l'Agence de Développement International des États Unis.

Initiatives Inc.
264 Beacon Street, 6th Floor
Boston MA 02116 USA
TEL (617) 262-0293
FAX (617) 262-2514
www.initiativesinc.com

DISCLAIMER

Les opinions exprimés dans ce rapport appartiennent aux auteurs individuels et ne représentent pas nécessairement les avis, ni de l'Agence de Développement International des États Unis, ni du Gouvernement des États Unis.

LISTE DES ACRONYMES

ADEMAS	<i>Agence pour le Développement de Marketing Social</i>
ADC	<i>Agent de Développement Communautaire</i> (Community development agent)
APS	Annual Program Statement of USAID
ARI	Acute respiratory infections (<i>infections respiratoires aiguës</i>)
ASC	<i>Agent de Santé Communautaire</i> (or CHW)
BR	<i>Bureau Regional</i> (Regional coordination office, managed by Abt Associates)
CCF	Christian Children's Fund
CHW	Community Health Worker (or ASC)
CA	Cooperative Agreement
CHP	Community Health Program (<i>Programme Santé Communautaire</i>)
CMO	Chief District Medical Officer
COP	Chief of Party
CPI	Counterpart International
CRS	Catholic Relief Services
DANSE	<i>Division de l'Alimentation, Nutrition et Survi d'Enfant</i> (Child Survival/MOH)
DLSI	<i>Div. de Lutte contre SIDA et Infections Sexuellement Transmises</i> (AIDS/STI-MOH)
DSR	<i>Div. de la Santé de la Reproduction</i> (Reproductive Health-MOH)
DSSP	<i>Div. des Soins de Santé Primaires</i> (Primary Care/MOH)
ECS	<i>Educateurs Communautaires de Santé</i> (fills same role as ADC)
EGF	<i>Excisions genitales féminines</i> (female genital mutilation)
FHI	Family Health International
GMO	<i>Groupe de Mise en Oeuvre</i> (program implementation unit in Plan regions)
GOS	Government of Sénégal
HSS	Health systems strengthening (<i>RSS</i>)
ICP	<i>Infirmière Chef de Poste</i> (Chief Nurse, Health Post)
IEC	Information, education and communication
IRA	<i>Infections respiratoires aiguës</i> (acute respiratory infection)
MCD	<i>Médecin Chef du District</i> (Chief District Medical Officer)
MNCH	Maternal, newborn and child health
MOH	Ministry of Health of Sénégal
MSP	<i>Ministère de Santé Publique</i> (MOH)
NGO	Non-governmental organization

OIP	<i>Offre Initiale des Pilules</i> (Pilot project to introduce contraceptive pill)
ONG	<i>Organisation non-gouvernementale</i>
PMI	President's Malaria Initiative
PNDS	<i>Plan National de Développement Sanitaire</i>
PNLP	<i>Programme National de Lutte contre le Paludisme</i> (Malaria Program/MOH)
PNT	<i>Programme National de Lutte contre la Tuberculose</i>
PSC	<i>Programme Santé Communautaire</i> (ChildFund-led Community Health Program)
RB	Regional coordinating bureau (established by Abt Associates in Thiès and Kolda)
RSS	<i>Renforcement du Système de Santé</i> (HSS)
SNEIPS	<i>Service National d'Education et Information pour la Santé</i> (IEC for health)
SPNN	<i>Santé pre-natal et neo-natal</i> (pregnant and newborn health)
SSP	<i>Soins de santé primaire</i> (primary health care)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	i
TABLE DES MATIÈRES	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	1
I. INTRODUCTION	3
II. CONTEXTE DU PROGRAMME.....	4
III. METHODOLOGIE DE L’EVALUATION.....	5
i. Approche méthodologique.....	5
ii. Les phases de la collecte des données.....	6
iii. Sites et cibles.....	7
iv. Considérations générales et limites de l’étude.....	8
IV. CONCLUSIONS	8
i. Approche et gestion du programme	8
ii. Qualité des services et couverture.....	12
iii. Systèmes de référence et de contre-référence	13
iv. Connaissance des services disponibles et utilisation	14
v. Barrières socioculturelles pouvant limiter l’accès aux soins de santé	18
vi. Respect des protocoles du Ministère de la Santé	18
vii. Pérennisation.....	19
V. RECOMMANDATIONS	21
i. Qualité des services, systèmes de référence et supervision	21
ii. Coordination et Gestion du Programme.....	21
iii. Synergie entre cases de santé et postes de santé	22
iv. Pérennisation.....	22
v. Recherches opérationnelles et évaluation	23
VI. LEÇONS APPRISES.....	23
VII. CONCLUSION GÉNÉRALE.....	24
ANNEXE A	25
ANNEXE B	27
ANNEXE C	29
ANNEXE D	30

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation désignée pour conduire cette mission d'évaluation du Programme de Santé Communautaire financé par l'USAID au Sénégal adresse de vifs remerciements à Initiatives Inc. pour lui avoir confié un travail d'une si grande importance.

Nous avons particulièrement apprécié la disponibilité et l'appui constants qui nous ont été apportés durant cette évaluation par le personnel de Initiatives Inc, en particulier Jackie McConlogue et Nicole Dupré.

Nous sommes aussi très reconnaissants aux cadres supérieurs des principales divisions du Ministère de la Santé du Sénégal qui nous ont consacré le temps nécessaire et pour la bonne volonté dont ils ont fait preuve en nous faisant partager leurs opinions et perceptions du Programme de Santé Communautaire.

Nous souhaitons également vivement remercier le personnel de l'USAID/Sénégal pour son assistance durant l'évaluation. Des remerciements tout particuliers sont adressés à Mme Ramatoulaye Dioume du bureau Santé, qui a été notre principal contact, et M. Sounka Ndiaye, responsable du Suivi-Evaluation pour leur appui perspicace dans la programmation et l'organisation des séances de briefing et de débriefing.

L'équipe a également été chaleureusement reçue durant l'évaluation par les personnels des différentes organisations membres du Consortium dirigé par ChildFund dans la mise en œuvre du programme de santé Communautaire. Le Chef d'équipe, M. Mamadou Diagne, nous a accueillis en nous gratifiant d'une présentation complète du programme dans ses locaux à Thiès, tout en se mettant à notre entière disposition lui et son équipe durant toute notre mission. Sa bonne humeur et sa passion pour ce programme n'ont pas manqué de retenir notre attention.

Enfin, exprimons notre profonde admiration pour les personnes qui, soutenues par ce programme, assurent quotidiennement le travail pour rendre les soins de santé primaires accessibles aux enfants et aux familles dans les communautés rurales du Sénégal. Les agents de santé communautaire, les matrones et relais qui, avec des motivations minimales, gèrent les cases de santé et délivrent les services aux habitants des villages qui, autrement, n'auraient aucun accès aux soins de santé. Ceux là sont les héros méconnus de ce programme.

Souleymane Barry
Eliot Putnam
Cheikh Tidiane Touré

Mai 2011

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Un volet important du soutien de l'USAID pour le secteur de la santé au Sénégal sur les cinq dernières années, partant de Juillet 2006, a été la mise en œuvre d'un programme pour le renforcement des soins de santé primaires au niveau communautaire. Ce programme a été financé dans le cadre d'un accord de coopération avec un Consortium de six (06) ONGs, dirigé par ChildFund (ex-Christian Children's Fund). Initialement composé de quatre ONGs, les deux complémentaires rejoignent le Consortium par la suite. L'objectif du programme de santé communautaire (PSC) était d'assurer une extension de l'accès à un paquet de base de soins primaires de santé dans les communautés rurales, par la redynamisation et l'équipement d'un réseau existant mais sous-utilisé d'infrastructures de santé appelées « cases de santé ». En dépit du manque de ressources pour soutenir de telles infrastructures, le Ministère de la Santé les considère comme étant la base de la « pyramide sanitaire » du pays. Il nourrit de gros espoirs sur l'opportunité offerte par cette initiative, pour ramener les soins de santé primaires plus proches des populations rurales, dont l'accès à ces soins au niveau des postes et centres de santé publics étaient toujours limités en raison du coût et des distances.

Il s'agit d'un programme vaste et ambitieux, financé à l'origine à hauteur de 13 millions de dollars US mais, après extension de sa couverture, passant de cinq à treize régions, le budget alloué s'établit à 26 millions de dollars, avec une possible extension nationale prévue dans la prochaine phase quinquennale. Etant donné qu'une évaluation à mi-parcours du PSC n'a pas été effectuée, une évaluation finale a été considérée comme essentielle pour rendre compte de l'expérience acquise à ce jour et informer son expansion future. À cet effet, Initiatives Inc., un cabinet de consultance basé à Boston, a été sollicitée par l'USAID pour effectuer cette tâche, et une équipe de trois personnes a été constituée pour mener l'évaluation entre mars et avril 2011.

La méthodologie de l'évaluation, décrite en détail plus loin dans ce document, comprend des rencontres avec des autorités et leaders, des individus et groupes d'acteurs à tous les niveaux du système de santé. Le travail de l'équipe d'évaluation s'est articulé autour d'une série de de visites déroulées pendant deux semaines dans différentes régions du pays où le PSC a été mis en œuvre. Des précautions ont été prises pour s'assurer que l'équipe visite des districts de santé où chaque membre du Consortium a été le responsable de la mise en œuvre.

Les entretiens et les focus-groups ont été menés grâce à un guide d'entretien élaboré par l'équipe et joint en annexe au présent rapport. Cet outil de collecte a été élaboré de manière à recueillir des informations sur une série de questions et de problèmes précisés dans le plan de travail de l'évaluation que sont : (1) la qualité et la gamme des services de santé offerts aux communautés; (2) le système de référence et de contre-référence des patients; (3) la connaissance des services et leur utilisation par les communautés; (4) les barrières socioculturelles à l'accès aux services; (5) le respect des normes et protocoles du Ministère; (6) la pertinence des approches du programme et sa gestion, et (7) la pérennisation des services mis en place par le programme.

Dans l'ensemble, l'équipe d'évaluation a conclu que le programme de santé communautaire a réalisé d'importants progrès dans le renforcement de l'accès aux services de santé primaires au niveau des communautés rurales dans les régions et districts qui étaient auparavant mal desservies. Les services offerts par les activités du programme sont devenus non seulement appréciés, mais aussi attendus par les populations rurales des zones couvertes par les cases de santé fonctionnelles, comme l'indiquent les nombreux entretiens individuels et focus-groups menés par l'équipe. Le PSC a rendu les soins de santé primaires de qualité plus accessibles aux communautés où il est mis en œuvre, dans le processus d'allègement de la charge des patients dans les établissements de santé publics.

Il est aussi à noter l'enthousiasme nourri pour le programme et sur ses réalisations auprès des dirigeants et responsables des principaux départements du Ministère de la Santé (DSSP, DANSE, DSR, PNLP, PNT). Le ministère de la Santé est préoccupé par la réussite ce programme, car il considère la santé communautaire comme un élément essentiel de la stratégie nationale pour les soins de santé, qu'il espère pouvoir intégrer dans son budget à moyen terme.

Cependant, Il y a des domaines dans lesquels le PSC a besoin d'un renforcement significatif, et qui sont l'objet de recommandations décrites en détail dans ce rapport par l'équipe d'évaluation.

- **Services offerts.** L'équipe a trouvé la gamme des services offerts dans le paquet de base au niveau des cases de santé appropriée et estime qu'elle ne devrait pas être élargie pour le moment. Mais un travail complémentaire reste à être fait aussi bien pour systématiser le processus par lequel les patients sont référés vers les postes de santé que pour renforcer la synergie entre les postes de santé et les cases de santé. Les compétences attribuées aux Agents de Développement Communautaires (ADC) par le PSC pour superviser et encadrer les équipes des cases et interagir avec les comités de santé et autres organisations communautaires doivent être renforcées par une formation complémentaire.
- **Approche du Programme.** L'USAID devrait insister sur les revues conjointes et une meilleure coordination entre les différents programmes qu'il finance dans le domaine de la santé de façon à maximiser leurs contributions respectives. Il est également suggéré que des ressources additionnelles soient trouvées pour répondre aux besoins matériels des cases de santé.
- **Pérennisation.** Pérenniser les avantages conférés par ce programme pour le long terme, y compris lorsque l'appui externe est réduit ou n'est plus disponible, est dans tous les esprits et à fait l'objet de plusieurs recommandations. Ceci implique de s'inspirer de modèles développés par chaque membre du consortium et des idées avancées par les responsables du Ministère de la Santé situés à plusieurs niveaux et, en particulier, de développer des approches dans lesquelles des ressources provenant des communautés peuvent être mobilisées pour renforcer et assurer la pérennisation des services que les habitants ont si bien apprécié. Entre autre choses, l'établissement d'un groupe de travail sur ce sujet est proposé au niveau national.

Encore une fois, l'équipe d'évaluation a formulé plusieurs recommandations dans ces domaines et d'autres qui ont été présentés dans le présent rapport (voir pp. 22-25.) Elle espère que ses efforts ainsi que ceux de plusieurs personnes des administrations publiques, des ONG et des donateurs, qui ont un si grand intérêt pour ce programme, contribueront à développer davantage le PSC pour qu'il soit un modèle réussi de prestation des services de santé aux communautés qui sont mal desservies.

I. INTRODUCTION

En juillet 2006, USAID/Sénégal a accordé un financement à un consortium dirigé par Christian Children's Fund, rebaptisé depuis ChildFund, dans le cadre d'un accord de coopération sur cinq ans (CA # 685-A-00-06-00061-00) afin de mettre en œuvre la composante 'santé communautaire' de son soutien global au secteur de la santé au Sénégal. Le programme de santé Communautaire (PSC) s'appuie sur les précédentes initiatives financées par l'USAID pour renforcer les soins de santé primaire au niveau communautaire. Il complète aussi d'autres initiatives tels que le développement des politiques de santé, le renforcement du système de santé (RSS) et le marketing social, le tout coordonné, et, en soutien au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du Gouvernement.

L'objectif du PSC était de fournir un paquet de services de base, qui répondraient aux besoins les plus pressants en matière de soins de santé primaires au niveau des communautés rurales - santé maternelle, infantile et du nouveau-né (SMNI), traitement de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës (IRA), prévention et traitement du paludisme, prévention du VIH/SIDA et de la TB, planification familiale, nutrition et autres besoins de santé communautaire. Un tel appui s'est fait à travers l'équipement et la mise à disposition d'un personnel au niveau d'un réseau de « cases de santé », lesquelles sont constituées de 2 ou 3 pièces, généralement, une salle de consultation et une salle d'accouchement. Celles-ci étaient construites avec l'appui de l'USAID et d'autres donateurs par des projets antérieurs mais, n'étaient pas pourvues en personnel ou étaient sous utilisées, et, dans nombre de cas, étaient tout simplement fermées. Bien que les cases de santé ne soient pas financées ou équipées en personnel par le gouvernement, elles sont reconnues par le Ministère de la Santé (MSP) comme étant la base essentielle de la « pyramide de santé » au Sénégal, et sont reliées aux postes de santé et aux centres de santé par le biais de la supervision et du système d'approvisionnement. Le MS a clairement exprimé son désir de renforcer cette base pour qu'elle réponde mieux aux besoins de santé des communautés, mais ne dispose pas présentement des ressources pour le faire lui-même.

Le soutien du programme, pour chaque case, est centré sur le recrutement et la formation d'une équipe comprenant :

- un Agent de Santé Communautaire (ASC), chargé de traiter les patients sur place, de référer les cas nécessitant un traitement par un prestataire formé vers le poste le plus proche ;
- une ou plusieurs matrones dont le rôle est de suivre les grossesses et de procéder à l'accouchement des femmes, de promouvoir la planification familiale auprès de leurs patientes, et
- des relais dont le rôle est d'aller vers les communautés, et d'organiser des causeries, ou des groupes de discussion, avec les membres de la communauté dans leurs domiciles et dans les villages pour discuter des problèmes de santé, promouvoir des comportements plus adéquats, et encourager l'utilisation des services préventifs et curatifs disponibles dans les cases. Il conviendrait de noter que tout ce personnel communautaire est non rémunéré.

En plus de la formation, et dans certains cas des recyclages de l'équipe, dans les domaines liés à l'offre du paquet de service de base, le PSC appuie les cases en introduisant un petit kit d'équipements obstétricaux pour les matrones (gants, ciseaux, spéculum, récipients), un stock initial des médicaments de base, tels que les médicaments contre la diarrhée, les plaquettes de fer, des comprimés pour maux de tête, et des bandages, ainsi que du matériel informatique (IEC).

Dans quelques cas, l'appui inclut également la réparation ou la rénovation de la case et la fourniture de mobilier tel que les tables d'accouchement. Quelques membres du consortium (voir ci-dessous) ont accordé une petite motivation aux ASC, aux matrones et aux relais. La raison pour laquelle le PSC donne un appui aussi modeste aux cases de santé et au personnel communautaire est que la pérennité de leur travail dépendra de l'engagement de leurs communautés respectives à prendre en charge ces coûts, une stratégie que nous discuterons plus loin dans ce rapport.

La supervision des cases de santé et de leur personnel relève de la responsabilité des Agents de Développement Communautaire (ADC), lesquels sont recrutés, formés et payés par le PSC. D'une ONG à l'autre, la désignation de l'ADC peut changer et dans certains cas, ils sont dénommés facilitateurs ou éducateurs communautaires de santé, mais leur rôle reste identique. Il s'agit de :

- Suivre et d'encadrer le travail du personnel communautaire,
- S'assurer de la bonne tenue des registres de consultation, d'accouchement et de référence,
- Maintenir les liens avec les postes et les centres de santé et d'accompagner les comités de santé villageois pour leur permettre de générer des ressources pour le fonctionnement de la case.

Un deuxième niveau de supervision est assuré par l'Infirmier Chef de Poste (ICP) de l'établissement le plus proche. Ce dernier est censé visiter régulièrement les cases de santé situées dans sa zone de couverture pour procéder à la vaccination des enfants, faire des injections et s'assurer de la qualité des prestations offertes par le personnel communautaire.

À ses débuts en 2006, la PSC était financé à hauteur de 13 millions de dollars (USA). Le Consortium de mise en œuvre dirigé par ChildFund, incluait Africare, Plan et World Vision, et le programme ciblait alors cinq régions du Sénégal pour le renforcement des services de santé au niveau communautaire. Quelques années après, ils ont été rejoints par deux autres ONG, en l'occurrence, Catholic Relief Services (CRS) et Counterpart International (CPI), mais en se focalisant au départ sur les activités de prévention du paludisme à la faveur de l'Initiative du Président contre le Paludisme autre appelée Presidential Malaria Initiative (PMI).

Aujourd'hui, le PSC s'est élargi à un niveau tel qu'il n'appuie pas moins de 1.620 cases de santé repartis dans 13 régions et 65 districts de santé, et son budget atteint 26 millions de dollars américain.

Un nouveau programme quinquennal est actuellement soumis à l'étude à l'USAID/Sénégal pour la phase II du PSC. Son des objectifs sera de procéder à l'enrôlement de la plupart sinon de toutes les cases de santé du Sénégal, y compris ceux situés dans la région urbaine, faiblement desservie, de Dakar.

Une évaluation à mi-parcours du programme n'ayant pas été effectuée, l'évaluation finale pour documenter les acquis et le succès ou non du PSC à renforcer l'offre de services de santé communautaire au cours des cinq dernières années, s'est avérée indispensable. Bien que la décision ait déjà été prise par USAID/ Sénégal de poursuivre et d'étendre le programme, les conclusions et les leçons apprises de cette évaluation seront essentielles pour orienter la phase d'extension du Programme

C'est dans cette perspective qu'une équipe de trois consultants a été recrutée par Initiatives, Inc., un cabinet de consultance basé à Boston, pour entreprendre l'évaluation finale du programme de santé communautaire sur la base des termes de référence élaborés par l'USAID. Le processus de cette évaluation a démarré au Sénégal au début du mois de mars 2011.

II. CONTEXTE DU PROGRAMME

Les gouvernements, les ONG et les donateurs ont pendant plusieurs années expérimenté et mis à l'échelle, avec des systèmes décentralisés, des approches efficaces et durables pour offrir des soins de santé primaires aux communautés rurales dans les pays en développement. Pour ces communautés, les services hospitaliers sont souvent inaccessibles, les centres de santé et même les postes sont souvent si éloignées que leur accès devient problématique pour des familles démunies et incapables de payer leur transport. Dans ces conditions, des services de santé primaires à base communautaire, offerts à travers des structures communautaires ou même des 'abris volontaires', pourraient être la seule issue de fortune pour

ces familles. Cependant, le maintien de tels services, particulièrement sans appui extérieur, s'est avéré difficile, leur couverture et leur qualité restent à prouver.

L'existence d'un réseau de cases de sante en zone rurale à travers le Sénégal offrait une belle opportunité de développement d'une approche véritablement globale, pour l'offre de soins de sante primaires sous la houlette du Consortium dirigé par ChildFund. La création d'un paquet minimum de services, la formation d'équipes de prestataires et la forte dépendance vis-à-vis de l'engagement communautaire pour soutenir les cases de sante, sont autant de défis pour cet ambitieux programme, nécessitant ainsi une approche innovante pour créer un modèle durable d'offre de soins de sante pour les populations locales.

Si le programme réussit à démontrer sa fonctionnalité et sa viabilité, en l'absence même d'un appui par le gouvernement, il introduira un bel exemple et une avancée considérable pour de nombreux pays en développement.

Un autre domaine de ce programme qui suscite la curiosité pour les autres et pour l'équipe d'évaluation, c'est la taille inhabituelle du Consortium de mise en œuvre. Dirigé par ChildFund, il est composé de six ONG internationales, ayant des logiques d'intervention différentes. Leur capacité de trouver des compromis, tout en gardant chacune sa propre personnalité sera déterminante pour le succès d'un tel programme.

Par ailleurs, il est important de noter que ce programme de sante communautaire est un maillon central dans le portefeuille des interventions en sante décrites dans l'*Annual Program Statement* (APS) de l'USAID pour la période 2006-2011, qui d'ailleurs était conçu pour appuyer intégralement les orientations politiques du programme national de sante mis en avant par le gouvernement dans le cadre du PNDS.

III. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

i. Approche méthodologique

La finalité de cette évaluation est d'analyser l'atteinte, par le programme de santé communautaire, des objectifs clés pour l'amélioration de la santé des communautés en milieu rural au Sénégal en ciblant des domaines et pratiques qui ont un impact crucial sur la santé des populations. Cinq objectifs clés avaient été assignés au programme lors de son implantation, à savoir : l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile, la lutte contre les maladies courantes telles que le paludisme, la tuberculose, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës.

Cette évaluation étant qualitative, son approche est conçue pour fournir des données pertinentes pouvant indiquer les changements induits par le projet en matière de connaissances, attitudes et de pratiques pouvant avoir une incidence positive sur la santé des populations couvertes. L'évaluation qualitative n'est pas une technique mais une démarche d'identification et d'analyse qui par définition ne vise pas la quantification. Dans son approche, l'évaluation qualitative (entretiens évaluatifs) permet d'identifier et d'apprécier les changements qualitatifs induits ou apportés par un projet ou une intervention en se fondant essentiellement sur une approche participative. Elle privilégie délibérément le point de vue des bénéficiaires et des communautés dans l'appréciation de l'intervention, sa plus-value et son impact en termes de changements en comparant les situations avant-après l'intervention. En outre, elle crée une opportunité de dialogue avec la communauté qui permet, au delà de l'appréciation des réalisations et des résultats, de pointer les limites et insuffisances pour réorienter les actions futures.

Dans tout le processus de mise en œuvre de cette évaluation, une approche participative a été privilégiée avec une implication constante des équipes des différentes ONGs du Consortium, des personnels de

terrain chargés de la mise en œuvre du projet (ADC/ECS, Superviseurs et Coordonnateurs), les acteurs communautaires, les leaders et populations dans les différentes zones visitées. L'avantage de l'approche participative est qu'elle permet de prendre en compte de manière croisée différentes perspectives par une prise en compte des points de vue des différents niveaux d'acteurs.

ii. Les phases de la collecte des données

La revue de la documentation. L'équipe d'évaluation a consulté un important lot de documents relatifs au projet de santé communautaire (PSC) mis à disposition par l'USAID/Sénégal et par le Consortium et ChildFund. Tous les rapports trimestriels et annuels, proposal de base, études, plans d'actions, budgets et autres documents techniques et/ou d'orientation ont été consultés et analysés par l'équipe d'évaluation à la fois pour une bonne connaissance du projet que pour en analyser les activités et réalisations. Les documents consultés sont listés en annexe du présent rapport.

Cette analyse de la documentation a permis de préparer les rencontres avec les différentes parties prenantes et acteurs du projet. Elle a également permis d'avoir une première appréciation des activités et réalisations du PSC.

Rencontres avec les responsables et personnes ressources. La seconde phase de terrain a consisté en des entretiens avec les différentes structures et institutions concernées directement ou indirectement par le programme de santé communautaire. Il s'agit en l'occurrence des différentes divisions du Ministère de la Santé (DSSP, DANSE, DSR, SNEIPS), des responsables des programmes nationaux (PNLP, PNT), des autres agences d'exécution de l'USAID (IntraHealth, FHI, Abt Associates, ADEMAs) et des responsables des différentes ONGs membres du Consortium (ChildFund, Africare, Plan, World Vision, CRS et Counterpart). Ces rencontres ont permis d'apprécier la vision du Ministère, par le biais de ces divisions citées, du programme de santé communautaire et de l'inscription de celui-ci dans les priorités nationales en matière de santé. D'autres part, les rencontres avec les autres agences d'exécution de l'USAID ont permis d'investiguer le niveau d'intégration de ces différentes interventions et, par ricochet, les défis en matière de coordination.

Collecte de données sur le terrain. L'essentiel des données qui fondent les résultats et conclusions de cette évaluation proviennent de l'enquête de terrain effectuée du 21 au 30 mars 2011 dans les 6 régions du Sénégal : Tambacounda (District de Koumpentoum), Kaolack (District de Ndoffane), Kaffrine (District de Kaffrine), Diourbel (District de Diourbel), Saint-Louis (District de Richard-Toll) et Matam (District de Matam). Dans les localités visitées, trois techniques ont été utilisées pour collecter l'information auprès des différentes cibles :

- **Entretiens informels.** Les entretiens informels ont été réalisés avec des informateurs clés qui occupent différentes fonctions sociales ou jouent différents rôles dans la gestion des affaires de la communauté, et avec le personnel du projet à différents niveaux. Ces entretiens ont permis de collecter des informations générales mais très intéressantes, fournies de manière spontanée et anodine dans un contexte qui ne s'inscrit pas dans une relation enquêteur-enquêté.
- **Entretiens semi-structurés.** Les entretiens semi-structurés, comme leur nom l'indique, sont des techniques d'entretien qui permettent de collecter de l'information qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été menés avec l'aide d'un guide d'entretien élaboré par l'équipe (cf Annexe B) qui liste les thèmes (ou axes thématiques) à aborder avec des sous-points de relances fondés sur les axes prioritaires de l'évaluation définis par l'USAID pour cette mission. Ces entretiens semi-structurés ont été effectués avec les médecins-chefs de districts (MCD), les superviseurs de soins de santé primaires (SSSP), les infirmiers chefs de postes (ICP), les agents communautaires (ASC, matrones et relais), les leaders communautaires et les agents de développement communautaires (ADC) du programme.

- **Focus-group.** Les Focus-group sont une technique de collecte de données utilisées dans le cadre d'entretiens de groupe. Ils réunissent entre 8 et 12 participants. L'avantage de cette technique est de permettre d'avoir une opinion d'un groupe sur des questions d'intérêt communautaire.

Dans le cadre de cette évaluation, des focus-groups ont été organisés avec des groupes distincts d'hommes et de femmes pour documenter les opinions, connaissances et attitudes des populations sur les questions relatives à la santé communautaire dans la localité.

iii. Sites et cibles

L'étude réalisée a été menée dans des régions coordonnées par chacune des six ONGs du Consortium.

- **Choix localités et sites visités** Dans le choix des localités et sites à visiter, l'équipe d'évaluation a été guidée par la nécessité de visiter une zone couverte par chacune des ONG impliquée dans la mise en œuvre du programme combinée à celle d'avoir une diversité des zones géographiques, avec notamment une forte contrainte liée à un délai de réalisation relativement court (12 jours). Cette contrainte a conduit à définir un schéma d'approche qui soit appliqué dans toutes les zones visitées.

Compte tenu du nombre très limité de jours prévus pour le terrain, l'option de couvrir pour une région chaque ONG avec le schéma suivant : choisir un district sanitaire duquel on identifierait un poste de santé pour lequel deux cases, parmi celles polarisées par celui-ci, seront visitées a été retenue par l'équipe d'évaluation. Le choix des sites, districts et postes de santé a été opéré de manière raisonnée de façon à assurer une variété de profil des cases à visiter (accès facile/accès problématique; taille population couverte; nombre de villages polarisés.) Pour le choix des cases de santé à visiter, deux critères fondamentaux ont été considérés : effectif de la population et profil d'accès par rapport au poste de santé. Une attention particulière a été ici prêtée aux cases qui présentent des problèmes de liaison avec leur poste de rattachement. Les cases à fort potentiel de fréquentation (population couverte élevée) et celles enclaves par rapport au poste de santé sont privilégiées dans le choix.

Tableau récapitulatif des localités et cases visitées

REGION	DISTRICT	POSTE DE SANTE	CASES VISITEES		ONG RESPONSABLE
TAMBACOUNDA	Koumpentoum	Mereto	<i>Keur Daouda</i>	<i>Touba Sine</i>	AFRICARE
KAFFRINE	Kaffrine	Ndiognick	<i>Louméne</i>	<i>SegréSecco</i>	WORLD VISION
KAOLACK	Ndoffane	Keur Baka/ Thiaré	<i>Ganda Wolof</i>	<i>Koki</i>	CHILDFUND
DIORBEL	Diourbel	Ngohé	<i>Lagnar</i>	<i>Mbacfasagal</i>	CRS
SAINT-LOUIS	Richard-Toll	Savigne	<i>Ndiougue</i>	<i>Diagambal</i>	PLAN
MATAM	Matam	Ogo	<i>Hombo</i>	<i>Diandioly</i>	COUNTERPART

- **Cibles de l'enquête de terrain**

Dans toutes les localités visitées, les mêmes cibles ont été rencontrées dans le cadre des entretiens, à savoir:

- Le médecin-chef de district et le superviseur soins de santé primaires
- L'infirmier chef de poste (ICP)
- Les agents de mise en œuvre du projet (Coordonnateurs, Superviseurs, ADC/ECS)
- Les acteurs communautaires (ASC, matrones, relais)
- Les membres des comités de santé de la case
- Les communautés : groupes de femmes et d'hommes
- Les leaders communautaires et élus locaux

iv. Considérations générales et limites de l'étude

Compte tenu des contraintes de temps et de couverture, cette évaluation n'a pas la vocation d'être représentative de l'ensemble des situations existantes dans les différentes zones d'intervention du PSC. Elle ne prétend pas fournir des conclusions qui soient extrapolables dans toutes les zones d'intervention du PSC. Cependant, la grande variété de critères qui ont présidé au choix des zones et sites autorisent à penser que ses résultats constituent, néanmoins, de bons éléments d'appréciation des performances du projet dans les zones visitées.

Toutefois, ses conclusions restent valables pour toutes les zones visitées et constitue une base d'appréciation pour réorienter les interventions aussi bien dans ces zones que dans les autres localités couvertes par le PSC.

IV. CONCLUSIONS

i. Approche et gestion du programme

Pertinence de l'approche

Les interventions du Programme de Santé Communautaire se situent au cœur des enjeux et défis identifiés dans le cadre du présent PNDS 2009-2018 qui capitalise sur son expérience¹, s'oriente entre autres, vers l'accélération de la lutte contre morbidité et la mortalité maternelle, néo-natale et infanto-juvénile et reconnaît explicitement la nécessité d'un partenariat avec la communauté pour une meilleure promotion de la santé. Il s'inscrit également en droite ligne des priorités définies dans l'*Annual Program Statement 2006-2011* de l'USAID qui consacre le renforcement de l'assistance technique pour une meilleure prise en charge des besoins de santé primaire qui affectent le pays : mortalité maternelle et infantile, malaria et d'autres maladies infectieuses. Dans sa mise en œuvre, le PSC reprend à son compte les recommandations issues de la revue technique commanditée par l'USAID en 2009 en vue de l'extension de la planification familiale, qui résume son message clé à travers le slogan : « Démocratiser, démedicaliser, décentraliser ». Ces repères sont intéressants en ce qu'ils renforcent la cohérence et l'*alignement*² derrière les priorités nationales.

Cadre de gestion interne du programme

Le programme de santé communautaire est mis en œuvre par un consortium de six ONG internationales ayant des personnalités différentes et un ancrage communautaire variable. Ce consortium est dirigé par un

¹ La reconnaissance de cette initiative a travers la formalisation du groupe de travail créé en 2007 pour réfléchir sur les stratégies de passage à l'échelle

² Le principe d'alignement concerne l'adéquation des politiques et programmes des donateurs aux priorités nationales exprimées par les autorités du pays

'PRIME'³, ChildFund en l'occurrence, qui est signataire de l'accord de financement avec l'USAID et qui assure la coordination de la mise en œuvre. Composé de quatre ONG au départ, (Plan, Africare, WorldVision et Childfund) le consortium s'est élargi avec l'avènement du *Presidential Malaria Initiative* (PMI) pour intégrer CRS et CPI qui, dans un premier temps, ont offert uniquement des services en matière de lutte contre le paludisme. Bien qu'ayant favorisé une extension de la zone de couverture, l'implication de ces dernières en 2009, ne sera pas sans effet sur l'homogénéité du point de vue des performances. En effet, des disparités parfois importantes sont notées entre les zones anciennes et celles nouvellement enrôlées où les populations n'ont pas encore acquis les mêmes reflexes en matière de prévention et de recours aux soins de santé. Aussi, la délivrance du paquet de services dans les zones d'extension a été plus laborieuse que dans celles couvertes par le groupe de base⁴.

Enfin, des différences notoires, résultant des limites parfois inhérentes à la capacité de couverture de l'ONG, sont constatées d'une zone à l'autre. Ces différences posent des problèmes d'équité, qui font que toutes les communautés n'ont pas eu les mêmes chances de bénéficier ou non du programme.

Coordination interne

Du point de vue de la coordination, le PSC a institué des réunions de coordination trimestrielles devant la diversité des intervenants. Ces réunions auraient permis à l'unité de coordination et aux membres de discuter et de s'informer de l'évolution des indicateurs dans leurs zones respectives, d'identifier les contraintes rencontrées dans la mise en œuvre, d'apprécier l'état d'exécution des mesures prises lors des réunions précédentes.

Le fait d'organiser les réunions de coordination dans des zones différentes, permet d'effectuer des visites de terrain avec le partenaire hôte, pour apprécier collectivement son travail et partager les expériences concrètes menées par chaque ONG. De même, l'implication des superviseurs en sus des coordinateurs nationaux aurait favorisé l'échange de feedback entre responsables du niveau opérationnel.

Coordination avec l'Etat et ses partenaires clé

Vers sa troisième année, le programme qui avait davantage axé ses interventions au niveau communautaire, a perçu la nécessité d'accroître sa coordination avec les départements et programmes du niveau central (DANSE, PNLP, DSR, PNT, etc.). Cette coordination s'est traduite par la mise sur pied de cadres de concertation, la tenue de revues et de supervisions conjointes, etc. De telles stratégies auraient contribué à accroître la disponibilité de certains services qui, en complément à ce qui est fait au niveau du district, ont directement été mis à disposition au niveau des cases de santé. Cette possibilité offerte par PSC, à travers la coordination avec le niveau central, est intéressante puisqu'elle rompt d'une certaine manière, d'avec l'approche verticale qui généralement, augmente la charge de travail du district, seul interlocuteur face aux multiples sollicitations du niveau central.

Il semblerait d'ailleurs que là où cette coordination s'est faite de manière systématique et dans un cadre formalisé, comme ce fut le cas avec l'UNICEF, la DSR, le PNLP, les résultats ont été plus importants. Outre la coordination avec le niveau central du MSP, le PSC a entretenu des liens forts avec les districts qui ont supervisé la formation des ASC et des matrones, et n'hésitaient pas à faire participer les bureaux de zone dans leurs activités de coordination. D'ailleurs, dans les cas où plusieurs membres du Consortium étaient représentés dans une même région, quelques faiblesses de coordination interne au PSC ont été relevées.

³ Le mot PRIME est utilisé pour désigner le Chef de file qui dirige le Consortium

⁴ Nous utilisons le terme groupe de base emprunté au projet pour désigner les quatre ONG qui ont lancé l'initiative du PSC en 2006

Coordination avec les agences USAID

Dans le souci de garder la cohérence et la complémentarité dans l'action menée par différentes agences de l'USAID, le Programme a établi ponctuellement des cadres d'échange et de coordination avec FHI, ADEMAS et INTRAHEALTH. D'après les interviews, ces cadres ont généralement permis soit, de résoudre les difficultés ponctuelles, et dès lors, se sont essouffés par la suite ; soit n'ont pas eu d'apport significatif sur la coordination, laissant ainsi intacts les dysfonctionnements causés par le faible niveau d'engagement de certains acteurs tels les ICP. A cela, il faut ajouter l'absence d'un point focal du PSC dans les locaux des bureaux régionaux⁵, censés faciliter la coordination entre agences et en même temps, harmoniser leur planification avec les régions médicales et les districts, une dérogation lui ayant été accordée par le bureau national de l'USAID.

D'ailleurs, il faut reconnaître qu'une meilleure coordination en amont avec le PSC contribuerait à relever les performances de ces agences qui doivent, à leur tour, aider les différents niveaux du système de santé à capitaliser sur les acquis du niveau communautaire.

Approche de mise en œuvre : Approche communautaire

En mettant ensemble des ONG d'envergure internationale, le consortium était également soucieux de tirer le meilleur de l'expertise et de l'expérience de chaque partenaire, tout en poursuivant le même objectif qui est le renforcement de la santé communautaire au Sénégal. Cela signifie que du point de vue de l'opérationnalisation, chaque ONG pouvait garder ses procédures et son approche de développement, dès lors que ceux-ci ne compromettaient pas la mise en œuvre du programme de santé communautaire. Du fait de cette autonomie, l'implication des collectivités par exemple, dans la mise en œuvre, s'est faite de manière variable d'une ONG à l'autre.

A titre d'exemple, Plan met en œuvre une approche de développement basée sur un partenariat avec la collectivité locale qui, à son tour, met en place un groupe de mise en œuvre (GMO) qui est bénéficiaire direct des financements alloués par Plan. Ce modèle qui est formalisé à travers un 'Accord de Partenariat' est intéressant dans la mesure où, il favorise la transparence, l'appropriation et surtout la coresponsabilité qui sont des éléments essentiels pour la durabilité des interventions.

Dans le cadre du programme de santé communautaire, le GMO s'est beaucoup impliqué dans le suivi des dépenses du programme, dans l'approvisionnement des cases en médicaments et dans la coordination avec les Educateurs Communautaires de Santé. Ce niveau d'implication des communautés offre des opportunités pour la pérennisation. Les membres des GMO qui comptent parmi eux des élus, ont déclaré être « *plus sensibles aux problèmes de fonctionnement des cases, de leur approvisionnement en médicaments et de la motivation de leur personnel* ». En revanche, la question s'est posée de savoir si le GMO a suivi les directives retenues par le Consortium lors du recrutement des ADCs, d'autant plus que les performances de l'ADC dans ce cas, se sont révélées être en deca des attentes.

Dans les zones couvertes par Africare, WorldVision et CPI, on note aussi une bonne collaboration avec les collectivités locales, mais celles-ci sont encore faiblement utilisées dans la prise en charge des préoccupations des cases, en particulier, dans l'approvisionnement en médicaments et la question de la pérennisation. Dans les cas de CRS et ChildFund, nous avons perçu une participation particulièrement forte de leurs ADCs en soutien de chaque case de santé dans leur zones de couverture. Une des raisons pour cela était que ces ADCs sont responsables pour un nombre de cases (5 à 6) plus petit que les ADCs de, par exemple, Africare (8 à 9). Ceci leur permet de dépenser plus de temps avec chaque case individuel et son équipe. Tout cela signifie qu'il y a eu des différences d'approche qui traduisent des

⁵ Les bureaux régionaux (BR) ont été mis sur pied par Abt Associates qui à travers ce mécanisme, travaille à la coordination entre agences d'exécution de l'USAID et partant, renforce leur visibilité et leur planification avec le district

variations dans la manière dont les différents membres du Consortium ont envisagé les perspectives dans le court, le moyen et le long terme.

Ces limites du point de vue de la mobilisation communautaire et de l'implication des collectivités et des autorités sanitaires locales ont d'ailleurs été reconnues par le programme, qui fait état de 17 réunions sur 156 prévues avec les groupes, et 2 sur 24 prévues avec les postes de santé [Rapport d'activités annuel Oct 2009- Sept 2010].

Supervision et suivi des cases de santé

Agents de développement communautaire :

Le PSC a bâti un schéma de supervision qui donne à l'ADC un rôle essentiel dans l'accompagnement et le suivi des cases, et place celui-ci sous la supervision de l'ICP et des chefs de projet ou superviseurs au niveau de chaque bureau opérationnel.

Ainsi définit, l'ADC assure le premier niveau de contrôle et de validation des prestations offertes par les ASC et les matrones ; mais également, est chargé d'accompagner les comités de santé dans leur mission de contrôle et de pilotage des cases.

Sur la base des registres disponibles au niveau des cases et des interviews auprès de différents acteurs, on peut affirmer sans ambages que les ADC entretiennent effectivement des relations étroites avec les cases dont ils assurent un suivi de proximité. Dans plusieurs zones, selon le niveau de couverture de l'ONG, les ADC se rendent une à deux fois par semaine dans les différentes cases. Ce travail est parfois même effectué dans des conditions difficiles. En l'absence de moyens de transport adéquats, ils doivent se fier à la régularité des charrettes pour parcourir de longues distances.

En revanche, si cette fréquence est bien observée, des réserves peuvent être émises quand à la qualité de leur supervision. En effet, la non disponibilité des fiches de référence sur des périodes relativement longues et les problèmes de remplissage récurrents de ceux-ci, suscitent de nombreuses interrogations sur la qualité de leurs visites effectuées au niveau des cases. A cela, il faut ajouter les défis liés au suivi et à la gestion des stocks de médicaments par les ASC, ainsi que leur conservation. Les cas de rajout de nouveaux médicaments non rendus disponibles par le projet, les problèmes de péremption de médicaments ou de remplissage des registres, et l'état sale et/ou désorganisé de stockage des produits, sont autant de situations qui laissent planer le doute sur la qualité du suivi apporté par ces ADC.

Infirmiers Chefs de poste :

S'agissant des ICP, leur supervision est également mise en cause par cette évaluation. Dans la plupart des cases visitées, les populations ont fait part de l'irrégularité de la supervision par l'ICP. (Une raison citée par les ICPs eux-mêmes était manque de transport dépendable.) Mieux, il est ressorti que même lorsqu'ils viennent à faire le déplacement, ils sont généralement préoccupés par les pesées et la vaccination des enfants et ne disposent que d'un temps très court pour superviser adéquatement les cases. Ces témoignages se vérifient aussi à travers les registres dans lesquels on trouve rarement les signatures de l'ICP.

D'une manière générale, les limites constatées dans la mise en œuvre de la supervision font de celle-ci un domaine critique à surveiller par le programme.

Au demeurant, la supervision en tant qu'elle est intimement liée au dispositif de suivi-évaluation, permet aux districts et surtout aux programmes de disposer des données du niveau communautaire en l'absence

de données du niveau intermédiaire⁶. Les données produites par les cases encadrées par le PSC apportent les preuves empiriques, tant recherchées, qui confirment la pertinence de l'offre initiale de pilule par les matrones, mais surtout de l'existence d'une demande jusque là insatisfaite.

ii. Qualité des services et couverture

Un des aspects importants à considérer dans cette évaluation était la qualité des services et le niveau de couverture. Des informations collectées sur le terrain et observations faites au niveau des cases visitées, il ressort que dans les différentes cases visitées, le paquet de base est disponible avec une connaissance adéquate, par les agents de la case (ASC/matrone), des services à offrir pour la prise en charge des différentes affections. Dans certaines cases, notamment dans la zone Africare, la liste complète des services offerts au niveau de la case est affichée à l'entrée. Même si cette liste est en français, langue qui n'est pas souvent maîtrisée par les populations des villages, il est apparu clair que l'essentiel de cette information leur est fournie par les agents de la case (ASC et matrone).

En ce qui concerne la qualité des services offerts, l'équipe d'évaluation conclue qu'elle est assez correcte dans l'ensemble des cases visitées. Les données collectées sur le terrain, aussi bien auprès des personnels de santé (MCD, ICP) qu'au niveau des communautés, corroborent cette bonne appréciation de la qualité des services offerts au niveau des cases de santé.

Oui un ASC bien formé peut soigner et traiter sans problème car ça fait longtemps que A. me traite et je n'ai jamais eu de problème avec ce qu'il me donne (...). A chaque fois que moi, ou un de mes enfants est malade, je viens directement le voir... et quelle que soit l'heure. Ils sont bien disponibles, lui et la matrone. Seul DIEU pourra les payer.

(Femme, 39 ans, mariée, 8 enfants, non scolarisée)

Les données fournies dans des études similaires confortent cette forte appréciation de la qualité des services offerts au niveau des cases de santé.

Dans le cadre de l'étude de *Documentation de l'offre initiale de pilules par les matrones des cases de santé* (2010), l'information collectée au niveau de femmes utilisatrices permet de mieux évaluer l'appréciation de la qualité des services offerts du point de vue des femmes utilisatrices. Près de 98% des femmes interrogées estiment être satisfaites de la qualité des services délivrés par la matrone au niveau de la case de santé.

Tableau 1 : Appréciation des femmes de la qualité des services délivrés par la matrone

	Effectif	%
Satisfaisant	217	97,7
Sans avis	4	1,8
Peu satisfaisant	1	,5
Total	222	100,0

Source: Etude de documentation de l'Offre initiale de pilules, ChildFund/FHI/CEFOREP, Avril 2010

⁶ Les données du niveau intermédiaire sont quasi-inaccessibles depuis plusieurs d'un an du fait des grèves de retention décrétées par les professionnels de la santé.

Un autre indicateur de la qualité des services délivrés au niveau des cases de santé est l'accueil. Interrogées sur la qualité de l'accueil qui leur est réservé à la case de santé, 95,5% des femmes interrogées dans le cadre de cette étude ont estimé être bien reçues par la matrone de la case de santé.

Tableau 2 : *Appréciation de la qualité de l'accueil de la matrone par les femmes*

	Effectif	%
Satisfaisant	212	95,5
Sans avis	8	3,6
Peu satisfaisant	2	0,9
Total	222	100,0

Source: Etude de documentation de l'Offre initiale de pilules, ChildFund/FHI/CEFOREP, Avril 2010

Les informations obtenues auprès des femmes dans le cadre de l'enquête qualitative de la présente évaluation corroborent ces résultats en mettant en exergue l'attitude positive de la matrone et de l'ASC au moment de l'accueil et de la prise en charge des patients au niveau de la case.

Du point de vue de la gamme de services offerts au niveau de la case (c'est-à-dire les services compris dans le paquet de base), à partir de ses différentes rencontres et investigations, l'équipe d'évaluation a conclu qu'elle est correcte et appropriée pour la prise en charge des affections et maladies que les ASC et les matrones sont censés traiter, dans la limite d'un seuil de gravité bien défini. Au delà, les agents de santé de la case sont bien informés de la nécessité - et dans quels cas, procéder à une référence des cas vers le poste de santé. Plusieurs agents de santé communautaires ont exprimé le souhait d'assurer des services additifs, comme par exemple de pouvoir effectuer des injections et d'élargir leurs prérogatives sur certains domaines. L'équipe d'évaluation estime que les limites définies du point de vue des services offerts au niveau des cases de santé sont appropriées pour le moment.

Planification familiale. En dépit de cette positive appréciation de la gamme de services offerts au niveau de la case, il est important de souligner l'émergence d'une forte demande en services de planification familiale exprimée par les femmes lors des focus-groups; particulièrement dans les zones dont les cases ne sont pas encore enrôlées dans l'offre initiale de pilules. Ce service semble être tout à fait pertinent à étendre au niveau de toutes les cases aussi bien pour satisfaire la demande existante que pour la susciter chez des populations qui n'en font pas encore la demande. D'autant plus que, des études ont montré une augmentation du rythme de fréquentation des cases de santé dès que l'offre initiale de pilules est intégrée dans le paquet de services disponibles. Les résultats de la documentation de l'OIP ont montré que l'offre initiale de pilule contraceptive dans les cases de santé au Sénégal a entraîné une augmentation très nette du nombre de femmes qui fréquentaient les cases de santé.

Autres préoccupations. La bonne appréciation de la qualité des services cache quelques préoccupations importantes à relever qui peuvent à terme compromettre cette qualité. En effet, la question de la conservation des produits reste un grand défi pour assurer une qualité optimale des services offerts au niveau des cases de santé. Dans certaines cases visitées, la date de péremption des médicaments n'est pas respectée (disponibilité en stock de médicaments périmés); et dans d'autres cas, les espaces de stockage des produits sont dans des états d'insalubrité très marqués.

iii. Systèmes de référence et de contre-référence

Les références qui partent de la case de santé vers le poste concernent en majorité les femmes enceintes, conformément aux directives du Ministère de la Santé qui veulent que les accouchements soient encadrés

un/une clinicien(ne) formé(e), les patients qui souffrent de diarrhée persistante, ou d'autres pathologies qui dépasseraient les compétences du personnel au niveau des cases.

Les pratiques observées par l'équipe d'évaluation sont très variables d'une zone à l'autre et d'une case à une autre. En effet, dans nombre de situations, les cas graves ont été effectivement référés par les ASC et les matrones, cependant le mode opératoire est très varié. La plupart des agents rencontrés par l'équipe l'évaluation utilisent des méthodes inadaptées, non nécessairement conformes aux prescriptions du programme. D'aucuns se contentent de remettre la fiche de référence au patient, d'autres lui remettent la fiche de contre-référence pour conserver celle de la référence. Certains ne sachant pas écrire, accompagnent le patient au poste ou encore appellent l'ICP pour référer le patient, mais sans la fiche. Ces pratiques traduisent généralement un défaut de maîtrise de la procédure, et entretiennent une dose d'informalité dans le suivi des patients. Hormis ces facteurs, la non disponibilité des fiches de référence est aussi observée au niveau de certaines cases visitées, environ 50% de celles-ci. Ces différences observées dans les pratiques des agents suscitent des interrogations sur la qualité de la supervision.

En outre, la faible qualité de la référence a sans doute des effets sur la contre référence. En effet, il est difficile d'espérer une contre-référence lorsque la fiche en question est retenue au niveau de la case par l'expéditeur. Cette situation fait que le suivi des patients référés peut se révéler problématique. Hormis ces cas, d'autres facteurs tels que la rétention d'information par les ICP sont évoqués par les acteurs. Il s'agit de dysfonctionnements liés à des grèves du personnel qui affectent le système de santé sénégalais dans son ensemble.

iv. Connaissance des services disponibles et utilisation

Des communautés mieux informées. Un des aspects fondamentaux qui caractérisent les zones couvertes par le programme de santé communautaire est le niveau de connaissances des populations des services disponibles au niveau des cases de santé. Dans les zones visitées, l'équipe d'évaluation a relevé des preuves d'un niveau élevé d'information des populations sur les causes et symptômes de maladies et de l'importance à la fois de la prévention que d'un recours précoce aux services de la case de santé. En effet, on observe un niveau assez élevé de connaissance, aussi bien par les hommes que par les femmes, des services offerts dans les cases de santé. Si la méconnaissance des services a semblé pendant longtemps avoir joué négativement sur la fréquentation des cases de santé, la situation actuelle observée dans les localités visitées indique un changement important sur cet aspect. Cette connaissance des services disponibles est doublée, comme indiqué plus haut, d'une appréciation positive de la qualité des services offerts au niveau de la case. A titre d'exemple, les femmes interviewées aussi bien dans les focus-groups qu'individuellement, connaissent au moins trois affections ou maladies prises en charge au niveau de la case de santé.

Les signes de gravité des maladies semblent également être bien diffusés auprès de ces populations. De ce point de vue, le programme de santé communautaire a permis un meilleur accès des communautés rurales à l'information sur la santé, en particulier sur la santé néonatale et infantile. Le schéma classique qui associait la connaissance au niveau d'instruction est ici bouleversé étant donné que la plupart d'entre elles n'ont aucun niveau d'instruction, ou au mieux n'ont suivi que des études coraniques. L'enseignement à tirer est que, quelque soit le niveau d'instruction des communautés, si l'information adaptée leur est portée par les canaux pertinents, l'appropriation communautaire est possible. Les agents du projet, au travers des différentes activités déroulées au niveau et avec la communauté, ont donné aux populations, notamment aux femmes les informations adaptées sur les maladies et affections courantes et sur les avantages d'une prise en charge précoce des maladies aussi bien pour une facilitation du traitement qu'une réduction des coûts (un début de palu ou de diarrhée est plus facile à guérir et coûte moins cher qu'un cas grave).

On observe au travers des entretiens réalisés sur le terrain, que les avantages d'une prise en charge précoce sont bien assimilés par les populations, notamment les femmes ce qui favorise une fréquentation accrue des cases de santé. De ce point de vue, le programme de santé communautaire a permis un meilleur accès des communautés rurales à l'information sanitaire (prévention de prise en charge précoce) par le biais des activités de sensibilisations et des causeries communautaires. En outre, il apparaît clairement que le déroulement d'activités de santé autour de la case de santé, notamment par le biais des stratégies avancées (PEV, pesées, etc.) ont fortement contribué à relever le statut de la case et son importance, mais également participe dans le renforcement de la mobilisation des communautés sur les questions de santé.

Accessibilité des services et utilisation. Du point de vue de l'utilisation des services, les données indiquent une augmentation très significative due à la mise à disposition du paquet de services au niveau des cases de santé.

En effet, à l'instar de l'impact positif que le PSC a eu sur les connaissances et appréciation des populations rencontrées vis-à-vis des services offerts au niveau des cases de santé, les comportements des populations, notamment des femmes, dans l'utilisation des services de la case de santé semblent avoir largement évolué par rapport à ce qu'ils étaient avant l'intervention.

La bonne appréciation de la qualité des services se traduit par une fréquentation accrue de la case par les populations du village d'implantation et de ceux environnants, qui entraîne une réduction jusqu'à 20 ou 30% dans la charge de travail (pression de la demande de soins au niveau des postes de santé) pour les ICP. Cette performance des cases fait que, dans la majorité des cas, c'est essentiellement les cas graves de palu, IRA, et diarrhée qui atteignent le poste de santé. Cette augmentation de l'utilisation des services de la case de santé révèle le rôle incitateur que le programme PSC a joué sur deux aspects au moins: sur la conscientisation et l'information des populations sur les avantages de la prévention et du recours précoce aux soins. L'utilisation des services de la case de santé a été renforcée par le PSC du fait de l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé des communautés qui étaient les plus marginalisées dans l'accès aux soins. Pour la majorité des personnes, l'offre des services de santé au niveau de la case est leur seul moyen d'accès aux soins de base. Cette approche renforce l'accessibilité des services de santé pour les populations les plus démunies, résidant dans des localités ou zones relativement éloignées des postes de santé. Dans certains cas, les coûts du transport et de la prestation, sans compter la perte de temps que cela peut occasionner constituaient les principales barrières dans l'accès aux soins au niveau des postes de santé. La fonctionnalité des cases annule cette limitation.

- **Accessibilité géographique et financière**

La question de l'accessibilité des services de santé a été débattue dans différentes études qui mettent en exergue la place centrale du critère d'accessibilité géographique dans les déterminants du recours aux soins.

La structuration du système de santé, en limitant l'offre de services au poste de santé, mettait les populations rurales dans l'obligation d'effectuer des déplacements, le plus souvent longs et coûteux en termes de temps et d'argent, pour accéder aux soins de base. Le PSC, en mettant à disposition le paquet de services de base au niveau des cases de santé, résout au moins la question de la distance et donc des coûts associés et du temps de trajet que cela implique. La mise en œuvre du paquet de service au niveau communautaire réduit ainsi une barrière importante dans l'accès aux soins des populations rurales comme l'indiquent les différents propos recueillis sur le terrain. Le problème de l'enclavement des localités et des villages constitue l'une des raisons fondamentales qui assoient la pertinence de ce programme. Dans la plupart des zones, les villages sont extrêmement excentrés par rapport au poste de santé de rattachement. Les difficultés de transport que cela implique font que la case de santé reste, par défaut et par la force des

choses, la structure de prestations sanitaires la plus proche et donc la plus accessible en termes de distance et de temps.

D'autre part, parallèlement à l'amélioration de l'accessibilité géographique, la mise à disposition des services de base au niveau des cases de santé améliore l'accessibilité financière des soins de base, favorisant ne même temps le recours à ces soins primaires. Cette accessibilité est d'autant plus renforcée que les populations peuvent recourir aux services de la case même sans argent, et de payer une fois qu'ils disposent des moyens financiers. De ce point de vue, les services offerts au niveau de la case de santé permettent un accès facile et équitable aux soins de base à tous les membres de la communauté. Cette accessibilité financière est ici décrite par l'appréciation des coûts faite par une femme résidente dans un des villages abritant une case de santé :

C'est une bonne chose le fait de doter la case du village des traitements des différentes maladies, surtout pendant l'hivernage (...) ça nous a permis de ne plus devoir payer le transport et de ne plus aller ailleurs pour se soigner. Auparavant il fallait marcher ou payer 100f à l'aller et 100f au retour pour aller au poste, sans compter l'irrégularité des moyens de transport comme les charrettes ne sont pas toujours disponibles (...). Mais maintenant ça nous permet de faire des économies de temps et d'argent; et de ne plus marcher, ce qui était une chose pénible pour nous. (Femme, 29 ans, mariée, 5 enfants)

- **Renforcement et valorisation des compétences locales**

Au delà des appréciations positives émises par l'ensemble des personnes interrogées qui renvoient le plus souvent aux avantages apportés par la redynamisation des cases de santé et l'amélioration de leur accès aux soins de base, le programme de santé communautaire, par le fait de recruter et de renforcer les compétences des membres de la communauté, participe à la valorisation des compétences locales et de la communauté toute entière. Cette approche constitue également un aspect qui renforce l'appréciation des populations tout en encourageant l'adhésion communautaire au programme. Dans les entretiens réalisés, cet aspect est apparu comme très bien perçu par les populations, l'assimilant souvent à une reconnaissance des compétences de la localité.

(...) le fait de prendre une personne de notre localité et de la former en renforçant ses capacités est une fierté pour nous. Le projet de l'USAID a apporté un renforcement de capacités au personnel de la case et à certains membres du village. (...) Personnellement ça m'a apporté une bonne santé et ça m'a donné plus de temps pour pouvoir travailler. (...) En tout cas les populations sont très contentes parce que la mortalité maternelle et infantile est très réduite maintenant ; nos maris ont gagné une économie parce que maintenant ils achètent moins d'ordonnances. (Femme, leader communautaire, 42 ans, mariée, 9 enfants,)

Par rapport aux avantages j'ai noté une revalorisation des activités au niveau des cases de santé impliquées dans le projet. On s'est rendu compte que les cases enrôlées ont beaucoup plus de valeur actuellement que les autres (...). L'autre aspect c'est la valorisation non seulement des cases mais aussi des acteurs, c'est un plus qu'elles ont par rapport aux autres cases (Agent du Projet, ADC Ndoffane)

- **Réduction de la charge de travail des ICP et relèvement des indicateurs**

Les entretiens effectués avec les personnels de santé ont fait ressortir l'apport du PSC dans la prise en charge communautaire des maladies courantes et l'appui que cette plateforme des cases de santé offre au système de santé dans son ensemble.

La faiblesse de la couverture sanitaire du système formel doublée d'une demande bien réelle de la communauté crée un fossé qui est partiellement résorbé par le programme de santé communautaire. Cet état de fait conduit la plupart des prestataires à soutenir l'efficacité de l'initiative, d'autant qu'elle semble avoir un impact réel sur les indicateurs de santé des localités concernées.

De mon point de vue personnel, en tant que technicien, je peux dire que c'est une initiative à saluer pour au moins deux raisons fondamentales : nous sommes dans une zone où la couverture sanitaire est très faible et les villages très éloignés les uns des autres ; même les distances entre le poste de santé et certains villages qu'il polarise peuvent être très distants, allant parfois jusqu'à 25 kilomètres. Donc de ce point de vue, ce projet permet de combler cette lacune en mettant à disposition le produit à côté des populations, donc ça améliore la couverture des populations ; ensuite ça en facilite l'accès surtout géographique et financier (...). Il faut juste qu'ils soient bien encadrés et bien suivis
(Médecin Chef de District de Richard-Toll)

Comme le révèlent les propos cités ci-dessus, les entretiens réalisés avec les prestataires de santé expriment tous une adhésion et une appréciation positive de l'initiative qui mettent en avant la faiblesse de la couverture des postes de santé. En effet, les difficultés du système de santé, tel qu'il est configuré actuellement, à prendre en charge une part importante de cette demande implique que des schémas innovants, comme ceux basés sur une approche communautaire, soient pensés et appuyés. D'autre part, la mise à contribution des cases de santé dans ce processus à un autre avantage qui est de décongestionner les postes de santé pour un nombre non négligeable d'actes de consultations.

Dans les différentes localités visitées, l'ensemble des ICP interrogés au niveau des postes de santé adhèrent à l'initiative. Leur position dans la structure de la pyramide sanitaire fait qu'ils sont les plus directement interpellés par tout ce qui se passe au niveau de la case, d'autant ces dernières participent à la réduction de leur charge de travail par la prise en charge de tous les cas bénins liés notamment aux premiers traitements du paludisme, à la prise en charge des accouchements, à la tenue de séances de counseling et la délivrance des contraceptifs dans la limite des méthodes disponibles au niveau de la case. Cette relation directe qu'ils entretiennent avec les structures de santé communautaires fait d'eux les premiers à ressentir les impacts au niveau du poste, de tout ce qui se fait au niveau des cases de santé.

Ici au poste on est presque toujours débordés (...) et comme la matrone a relativement un peu plus de temps que nous, la disponibilité de la pilule au niveau de la case réduit considérablement notre charge de travail, puisque toutes les femmes qui seraient venues pour ce besoin se limiteront au niveau de leurs cases respectives (...)
(Infirmier Chef de Poste).

Un autre aspect qui renforce la bonne appréciation que les ICP ont de l'initiative, c'est qu'ils sont ceux qui utilisent directement les rapports des activités réalisées au niveau de la case, dont les données sont intégrées dans celui à produire par le poste de santé. De ce fait, tous les efforts consentis au niveau de la case et des villages polarisés par celle-ci, sont capitalisés par le poste de santé et donc par le District Sanitaire. Une hausse de l'utilisation des méthodes de contraception modernes, une baisse des accouchements à risque ou encore une baisse de la mortalité maternelle, de quelque niveau qu'elle puisse être est donc directement profitable au poste de santé en termes de relèvement des indicateurs comme l'ont d'ailleurs souligné les ICP rencontrés.

Moi je dirai que ça comporte plusieurs avantages sanitaires pour la population et pour nous aussi prestataires ; la disponibilité de la pilule à la case de santé peut favoriser son utilisation par les femmes ce qui du coup, réduit beaucoup les consultations liées aux grossesses rapprochées par exemple. Et l'autre chose c'est que ça relève nos indicateurs du point de vue de la couverture en PF. C'est une bonne stratégie pour atteindre les OMD
(Infirmier Chef de Poste)

Les différents prestataires de santé interrogés dans les différentes localités considèrent l'apport de cette intervention comme bénéfique à la fois pour les populations dont l'accès aux services est renforcée et la santé collective améliorée, mais également pour les districts sanitaires dans la lutte contre certains problèmes sanitaires associés aux grossesses rapprochées (mortalité maternelle et infanto-juvénile par

exemple). Il faut également noter que la mise en œuvre de cette initiative est apparue, du point de vue des prestataires de santé, notamment au niveau des postes de santé, comme améliorer les conditions de travail des ICP et des sages-femmes en allégeant leur charge de travail.

v. Barrières socioculturelles pouvant limiter l'accès aux soins de santé

Selon les discussions effectuées avec les différents participants, des changements importants ont été observés sur l'existence des barrières socioculturelles limitant le recours aux services des cases. Il apparaît que sur plusieurs domaines (consultations prénatales, pesées, vaccination et planification familiale) d'importants acquis ont été obtenus par le projet. Dans la plupart des zones visitées, les facteurs socioculturels (us et coutumes, religion, etc.) ont une très faible prégnance sur l'utilisation des services par les populations. Même en ce qui concerne la planification familiale, qui est l'un des domaines qui enregistrait le plus de résistances et de rejet de la part des communautés, des évolutions significatives sont observées allant jusqu'à une expression verbale de la demande dans les zones sont enrôlées dans l'initiative offre initiale de pilules. Comme l'indique une des matrones rencontrées:

Avant, il était absolument rare, même impossible de voir un homme poser des questions sur la PF (...) maintenant, en plus de se renseigner sur certains questions qui concernent la PF, il arrive que des hommes réfèrent ou mettent en rapport leurs épouses avec la matrone pour qu'elle lui prescrive la planification familiale .

Les principales réticences enregistrées aussi bien de la part des populations lors des focus-groups qu'auprès des agents de développements communautaires concernent la zone de Matam. Ces résistances dans cette zone située dans le nord-est du pays, à forte dominante *haal pulaar*, peuvent être attribuées en partie à la couverture assez récente de la région dans le programme de santé communautaire (en 2008). Étant donné que les changements sociaux et culturels nécessitent des temps relativement long et un travail de longue haleine de la part des intervenants, il est bien raisonnable d'espérer une évolution de ces barrières dans cette zone avec le temps. Il faut enfin souligner que cette région, du fait de son caractère assez excentré, a pendant longtemps été l'une des moins exposées aux interventions dans le domaine de la santé communautaire. Toutefois, dans l'ensemble des localités visitées, l'emplacement de la case de santé et l'absence de clôture peuvent constituer des facteurs importants d'entrave dans l'utilisation des services de la santé. Ces deux aspects, en limitant le caractère de "discretion" ("*soutoura*", terme oulof évoqué dans plusieurs entretiens) surtout pour les femmes, peuvent agir comme de véritables facteurs de limitation.

Dans des contextes socioculturels assez différents, le projet de santé communautaire a su développer des stratégies et approches novatrices et adaptées aux différents contextes pour contourner ces difficultés. L'approche mise en œuvre a consisté au déploiement d'un certain nombre de stratégies pour atteindre l'adhésion de certains groupes sociaux clés (grands-mères, religieux, chefs de villages ou coutumiers, hommes, etc.). C'est une démarche qui ne compromet pas l'équilibre ni l'ordre social établi, mais plutôt s'appuie sur cet ordre social établi pour en mobiliser les différentes ressources dans le but d'apporter les changements voulus aussi bien dans les représentations que dans les comportements. De ce point de vue, l'utilisation de la position de la grand-mère dans l'organisation sociale par le biais de la "*stratégie grand-mères*" a été une idée très novatrice et très productive.

vi. Respect des protocoles du Ministère de la Santé

Le respect des normes et protocoles semble avoir été une des forces de ce programme. En effet, la plupart des agents rencontrés au niveau des districts et des postes de santé ont soutenu que les matrones et les ASC observent quasi-systématiquement les normes et prescriptions du Ministère dans leurs prestations au niveau des cases. Ce témoignage est confirmé par les ASC et les matrones eux-mêmes qui connaissent bien les limites qui leur sont définies par la réglementation.

Les cas où il y a eu entorse au règlement, sont relativement rares comme l'explique cet agent : « la seule fois où j'ai enfreint le règlement, c'est quand un patient s'est présenté avec une fièvre et que j'ai dû lui donner de l'ACT directement sans passer par le TDR qui était d'ailleurs en rupture ».

En outre, il faut souligner que le cadre législatif et réglementaire changeant n'est pas pour aider à l'observation systématique de ces normes et protocoles. En effet, de légères différences sont notées dans la compréhension des textes d'une zone à l'autre. Dans les zones de Diourbel et Richard Toll, par exemple, les équipes cadres du district et à leur suite, les matrones ont soutenu que l'accouchement ne devait se tenir dans les cases que dans les cas d'urgence avérée, c'est à dire, quand la femme à terme ne dispose pas du temps nécessaire pour se rendre au poste en toute sécurité. En revanche, au niveau de Matam, cette information n'était pas encore reçue par les autorités locales et le personnel communautaire. Par conséquent, la plupart des interviewés (ICP comme matrones) ont trouvé normal que les patientes n'ayant pas présenté de risque quelconque durant leur grossesse, puissent être assistées par les matrones au niveau des cases.

D'une manière générale, les matrones et les populations ont marqué leur étonnement face à de telles restrictions, puisqu'elles jugent que les premières ont une longue expérience des accouchements qu'elles auraient l'habitude de réaliser sans difficulté aucune. De plus, le fait de limiter les interventions des matrones en matière d'accouchement nous semble être en porte-à-faux avec l'idée d'une démedicalisation soutenue par d'autres travaux.

En outre, il faut signaler le risque que cette mesure ne conduise à une désaffection des cases au profit des accouchements à domicile. Ces situations sont déjà répertoriées au niveau de certains sites où les matrones se déplacent vers les domiciles pour y procéder à des accouchements.

vii. Pérennisation

Dans presque tous les bureaux et sites visités par l'équipe d'évaluation, la question de la pérennisation et de la durabilité du Programme de Santé Communautaire a été posée comme souci majeur. Lors de nos toutes premières visites au Ministère de la Santé, le chef de la Division des Soins de Santé Primaires (DSSP), qui est le plus directement impliqué dans les services de santé primaires, soutenait qu'il n'y avait plus de temps à perdre, pour entamer les discussions sur les options de politiques et de programmes pour l'inclusion permanente des services de santé communautaires dans le dispositif national. Selon elle, et de l'avis de bon nombre d'acteurs, toutes les options doivent être mises sur la table.

Appui direct du PSC. L'équipe d'évaluation a été frappé par le niveau relativement bas des investissements et appuis destinés aux cases, quand on sait que celles-ci sont au cœur du programme. Comme indiqué plus haut, cet investissement comprend une formation et des cours de recyclage pour le personnel communautaire, un trousseau de sages-femmes, du matériel d'IEC, et une provision de départ en médicaments. Le financement des travaux de réparation et de rénovation pour un petit nombre d'établissements, a été approuvé et certains membres du consortium PSC rémunèrent en moyenne 10\$ américain par mois, les agents de santé communautaire non salariés, les sages-femmes et les bénévoles. L'absence d'un investissement plus substantiel était apparente dans plusieurs cases de santé visitées par l'équipe qui a remarqué des tables d'accouchement et du mobilier cassés, des murs fissurés ou des planchers délabrés, et même un toit effondré. L'équipe a trouvé des médicaments mal conservés, souvent sales, dans les petits placards. Il s'entendait partout le désir généralement, exprimé par le personnel, d'une plus grande "motivation" financière.

Cependant, l'équipe d'évaluation comprend que derrière la limitation de l'appui direct aux cases de santé et à leurs équipes, se cache le souci d'encourager les communautés dans lesquelles elles se trouvent, à mobiliser et à contribuer financièrement aux frais de réparations, d'amélioration, d'équipement souhaité, et de motivation financière du personnel. Pour le long terme, ceci semble être le meilleur choix pour

assurer leur pérennité. Comme le programme se poursuit et arrive à maturité, et que les communautés se rendent de plus en plus compte de l'importance de l'accès aux services fournis par la case de santé et son équipe, on peut espérer que ces communautés prendront davantage de responsabilités dans leur accompagnement.

Mobilisation communautaire. Il s'agit là d'une tâche bien difficile. Convaincre les populations déjà extrêmement démunies du milieu rural à contribuer au soutien d'un service communautaire, quoique apprécié, (l'équipe d'évaluation ayant constamment eu des preuves de cette appréciation) est difficile. Le comité de santé est l'association communautaire la plus attendue pour superviser les opérations de la case et organiser l'effort de mobilisation communautaire.

Il est généralement composé de 3-5 membres et son rôle premier est la gestion des fonds générés au niveau de la case à travers les prestations offertes et la vente de médicaments. Le président dudit comité reçoit ces fonds du personnel qui gère la case, et est chargé d'approuver les dépenses, généralement, pour le renouvellement des stocks de médicaments au niveau du poste de santé dont dépend la case. Un autre rôle de ce comité est d'appuyer le plaidoyer en faveur de la case au sein de la communauté, en faisant connaître ses services et en mobilisant des ressources financières.

D'après les membres de ces comités, il est évident que le processus qui conduit à générer des ressources au sein de la communauté, est généralement long et difficile. Le toit effondré, dont nous avons parlé plus haut en est une illustration. En effet, dans un village visité par l'équipe d'évaluation dans le district sanitaire de Matam (région de Matam), où le PSC est mis en œuvre, le toit de la salle d'accouchement de la case s'était entièrement effondré, la rendant hors d'usage, une situation qui a l'évidence, y existe depuis un certain temps. Un entretien avec l'ASC et le Président du Comité de Santé a révélé qu'à ce jour, la communauté, très motivée pour les réparations, n'était pas en mesure de rassembler les fonds nécessaires à l'achat de matériaux pour démarrer les travaux, alors qu'un entrepreneur local avait gratuitement proposé ses services.

Une situation similaire a été observée dans la case de Santé d'un village du district Sanitaire de Ndoffane (région de Kaolack, PSC mis en œuvre par Child Fund), où le toit endommagé de la salle de consultation occasionnait le ruissellement des eaux de pluie. Le président du comité de santé et l'ASC ont indiqué que les fonds disponibles dans la caisse de la case s'étaient avérés insuffisants pour les réparations nécessaires et le réapprovisionnement en médicaments. De ce fait, ils ont privilégié le réapprovisionnement en médicaments, dans l'espoir de mobiliser un appui de la communauté pour les réparations, avant l'arrivée de la saison des pluies, en juin.

Sur la base de ces exemples, il apparaît évident à l'équipe d'évaluation que les comités de santé ne sont pas assez inventifs dans la recherche de soutien communautaire pour la Case. Ces membres ne semblent pas suffisamment dévoués pour voir au-delà du rôle de gestion des fonds qui leur a été confié. Des outils et stratégies sont nécessaires pour les motiver davantage et pour impliquer d'autres entités communautaires tels que les comités de développement de village, les leaders villageois, et d'autres groupements citoyens afin de susciter le sens de la responsabilité chez les membres de la collectivité pour une prise en charge progressive à partir de ressources locales, de cette installation si appréciée. (D'après l'équipe d'évaluation, de telles situations nécessitent un encadrement et d'un suivi plus rigoureux de la part des ADCs, ce qu'on nous discutons plus loin dans le texte.

Approches de pérennisation. Les membres du consortium du PSC ont, à tour de rôle, abordé la question de la pérennisation avec des innovations spécifiques qui méritent d'être reprises. Dans le modèle des systèmes de micro-financement qu'on retrouve ailleurs, World Vision a octroyé un financement de départ à une association de travailleurs bénévoles qui fournit à ses membres, une disponibilité financière d'emprunt à faible taux d'intérêt en cas de nécessité. Le même modèle a été reproduit pour les agents de

santé communautaire. Dans les régions où le programme est mis en œuvre par Plan, des accords officiels ont été signés avec la Collectivité locale dans les districts de santé relevant de sa juridiction par laquelle il envoie directement les fonds à cette Collectivité qui supervise le programme et paie les salaires de ses ADC (appelés *éducateurs communautaires* chez Plan). Suivant ce modèle, le financement provient toujours du PSC, mais est contrôlé par le secteur public, ce qui peut être considéré comme une étape vers l'autonomie.

Le surveillant DSSP de la région de Matam a insisté sur la nécessité de mettre à profit de nouvelles idées pour générer des ressources qui peuvent être utilisés pour soutenir les services communautaires. Il a suggéré, par exemple, que les femmes qui amènent leurs enfants à la case de santé pour une consultation et pour la pesée puissent être sollicitées pour une modique somme d'argent. Cette stratégie pourrait constituer une source de revenus importants puisqu'il s'agit d'un service rendu très apprécié. Pour les Sénégalais déjà habitués à payer des frais raisonnables pour les services offerts, il ne serait pas non avenant de payer un pourcentage supplémentaire. En cela, le Sénégal est en avance sur d'autres pays. En somme, il est important que le programme de santé communautaire et les autres acteurs étudient les conceptions et les modèles de mobilisation communautaire et de création de ressources existants. Du moment que le programme se prépare à investir d'importantes sommes d'argent dans la stratégie de santé communautaire au Sénégal, le PSC, l'USAID et le Ministère de la Santé doivent incessamment aborder la question de la pérennisation de cette dernière qui peut être considéré comme une ressource éphémère.

V. RECOMMANDATIONS

i. Qualité des services, systèmes de référence et supervision

- **La gamme des services offerts dans le paquet de base des cases de santé est appropriée et ne devrait pas, pour le moment, être élargie.** Le paquet de base, comprenant l'offre initiale de pilules, devrait être mis à disposition au niveau de toutes les *cases de santé*. D'autre part, la maîtrise des services inclus dans le paquet de base par les agents de santé communautaire et les matrones devrait être renforcée par le biais d'une formation continue et un recyclage des agents. L'introduction de nouveaux services comme la fourniture des contraceptifs injectables (souvent suggéré par les équipes des *cases*), ne devrait pas être envisagée sans évaluer la capacité des fournisseurs et s'assurer d'une supervision régulière par les ICP.
- **La disponibilité et l'utilisation des fiches de référence/ contre-référence créés par le programme devraient être systématisées et assurées dans toutes les *cases de santé*.** Cela permettra d'assurer une gestion plus cohérente et standardisée des cases et un meilleur suivi des patients référés entre les cases de santé et les postes.
- **Les compétences des ADC doivent être renforcées et élargies aux domaines de la supervision formative.** Les ADC jouent le rôle central dans la supervision de la gestion des *cases de santé* et le mentorat des ASC, matrones et relais communautaires. En raison des faiblesses dans la gestion des *cases* relevées par l'équipe d'évaluation, une formation complémentaire des ADC dans les techniques de supervision formative (ainsi qu'une meilleure surveillance par les coordinateurs) est nécessaire.

ii. Coordination et Gestion du Programme

- **L'USAID devrait assurer le lead dans la systématisation des revues périodiques et les supervisions mixtes,** tant au niveau central qu'au niveau décentralisé (districts), parmi les différents programmes de santé qu'il appuie.

- **Pour obtenir une coordination plus efficace, le PSC devrait être représenté au sein des bureaux de coordination régionaux financés par l'USAID.** Pour le moment il n'y est pas représenté, ce qui a conduit à des écarts et des malentendus dans la coordination du programme.
- **Étudier les possibilités de partenariat avec le programme de renforcement du système de santé (RSS) financé par l'USAID** pour l'obtention d'un appui complémentaire pour satisfaire les besoins matériels et d'équipement des cases de santé, en termes de logistique, de réfection, de réhabilitation et d'équipement. L'investissement du PSC dans ces domaines pour soutenir les *cases de santé* est faible et il faudrait plus de contribution pour assurer la qualité des services.
- **Revoir critères de recrutement des équipes des cases de Santé, notamment les agents de santé communautaires (ASC).** Le fait que certains agents de santé communautaires ne soient pas alphabétisés pose souvent problème pour assurer un bon suivi et une utilisation efficace des outils de gestion de la case. L'alphabétisation dans le cadre de la formation globale pourrait être considérée comme une solution à cette question.
- **Accorder une plus grande attention au renforcement des capacités des membres des comités de santé des cases,** afin de leur permettre d'être plus apte à s'acquitter de leur rôle de leadership dans le suivi des services offerts au sein des cases de santé et dans la mobilisation du soutien de la communauté.

iii. Synergie entre cases de santé et postes de santé

- **Envisager un appui logistique pour faciliter la supervision des cases de santé par les Infirmiers Chefs de Poste.** Les ICP sont censés assurer la supervision technique des cases de santé dans leurs secteurs sur une fréquence régulière, mais ceci s'est révélé problématique en raison, entre autres, de l'absence de moyens de déplacements disponibles. Mettre à leur disposition des motos pourrait être une solution.
- **Améliorer la coordination entre le PSC, qui soutient les cases de santé, et IntraHealth qui appuie la mise en œuvre des activités de stratégies avancées en faveur des postes de santé.** Cet aspect est essentiel pour parvenir à une organisation plus systématique et plus réalisable qui permettrait aux ICP de s'acquitter de leur responsabilité relative à la supervision des cases de santé.

iv. Pérennisation

- **Le consortium du PSC dirigé par ChildFund est appelé à élaborer et à mettre en place un mécanisme opérationnel pour impliquer les communautés et les leaders communautaires** dans la génération de ressources pour soutenir les cases de santé et donc qui tende vers un modèle pérenne de santé communautaire. Pour se faire, il doit s'appuyer sur les différents modèles développés par ses membres afin de soutenir leurs efforts, ainsi que les idées avancées par les partenaires du MSP aux niveaux national, régional et district. Agir autrement, reviendrait à risquer de compromettre les énormes réalisations jusqu'ici obtenues par le programme de santé communautaire.
- **Renforcer les capacités des ADC de travailler avec les comités de santé des cases,** non seulement pour être sûr qu'ils supervisent correctement les opérations des cases de santé, mais aussi pour développer des outils et stratégies afin de coordonner le soutien communautaire dans le but de répondre aux besoins à long terme des cases de santé en termes de réparations, de rénovations et d'équipement. (Ceci ne fait que souligner le

rôle central des ADC dans la mise en œuvre du PSC au niveau communautaire, et leur besoin de renforcement de capacités ainsi que d'autres soutiens du programme).

- **Mettre en place au niveau national, un groupe de travail sur la pérennisation du programme de santé communautaire en tant qu'élément essentiel du système de santé national.** Ce groupe devrait comprendre les hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé, de l'USAID et autres partenaires de mise en œuvre. Il devrait se réunir à une fréquence trimestrielle, et discuter de toutes les idées et de tout ce qui pourrait assurer un soutien permanent aux services de santé communautaires, que ce soit à travers de nouveaux et /ou l'augmentation des frais pour l'utilisation des services, un engagement approfondi des organisations communautaires, de nouveaux mécanismes de soutien des personnels des cases de santé, l'utilisation élargie des modèles développés par les membres du consortium du PSC . Toutes ces discussions devraient aboutir à des recommandations pour un changement ou un développement de politiques qui, en retour, devraient assurer la durabilité de l'offre de services de santé primaires aux communautés sénégalaises.

v. Recherches opérationnelles et évaluation

- **Une étude de base devrait être menée**, en s'appuyant sur les données et statistiques collectées au cours des cinq premières années du PSC et à partir desquelles les progrès futurs du PSC pourraient être mesurés avec plus de précision.
- **Une évaluation à mi-parcours devrait être menée** à mi-chemin de la prochaine phase quinquennale PSC, afin de fournir une base pour les ajustements des stratégies du programme au besoin.

VI. LEÇONS APPRISES

1. Le maintien des liens et des mécanismes de coordination entre le gouvernement et les bailleurs de fonds au niveau central et les partenaires pour la mise en œuvre au niveau régional et district mène inéluctablement à une amélioration des performances du programme.
2. Quand elles sont impliquées et bien informées, les collectivités locales et les communautés sont capables de mobiliser des ressources et de jouer un rôle important dans la réalisation des objectifs d'un programme et l'assurance de sa durabilité.
3. Lorsqu'ils sont soigneusement sélectionnés et bien formés, les agents de santé communautaires - ASC, matrones - sont en mesure de jouer des rôles clés en offrant des services de qualité au niveau des cases de santé.

VII. CONCLUSION GÉNÉRALE

Le programme de santé communautaire, financé par l'USAID et mis en œuvre par un consortium d'ONG dirigé par ChildFund, a réussi à répondre à la nécessité, fortement ressentie par le Ministère de la Santé, de porter la santé communautaire à un haut niveau d'importance, et à atteindre un niveau de couverture beaucoup plus large que dans les programmes similaires dans d'autres pays bien connus de l'équipe d'évaluation.

Les services offerts par le biais de ce programme sont devenus non seulement appréciés, mais aussi attendus dans les villages et communautés desservies par les cases de santé enrôlées. Il importe également de noter la forte conviction, partagée par les dirigeants des différentes divisions du Ministère de la Santé, de la nécessité de prendre en compte la santé communautaire comme un élément essentiel de la stratégie nationale des soins de santé au Sénégal. Il n'en demeure pas moins, cependant, un défi important, celui de maintenir ces interventions dans un avenir où l'appui extérieur ne serait plus que substantiel. Tous les responsables rencontrés par l'équipe d'évaluation ont évoqué l'importance de ce défi à relever pour la durabilité de l'accès des communautés rurales au droit à la santé de base.

ANNEXE A

Bibliography

1. Coles and All, “ Report of technical Review Team”, USAID, Dakar, Septembre-Octobre 2009
2. USAID, « RAPPORT D’ACTIVITES TRIMESTRIEL », Santé Communautaire, Dakar Juillet 2007
3. Santé Communautaire, «SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION », Dakar Mars 2010
4. USAID « Orientation des ADC sur les stratégies d’intervention communautaire, Document technique », Santé Communautaire, Dakar Septembre 2007
5. USAID « ANNUAL ACTIVITIES REPORT OCTOBER 2006 TO SEPTEMBER 2007 », COMMUNITY HEALTH, Dakar October 2007
6. USAID « Santé Communautaire: plan d’action 5 », Dakar Octobre 2010-Septembre 2011-04-14
7. USAID « President’s Malaria Initiative (PSC/PMI) », rapport trimestriel, Dakar Janvier-Mars 2010
8. USAID « Quarterly Activities report », Community Health, Dakar July 2008
9. USAID « Santé Communautaire », rapport d’activités annuel, Dakar Octobre-Septembre 2010
10. USAID « Santé Communautaire », rapport trimestriel d’activités, Dakar Octobre-Décembre 2010
11. USAID « Santé Communautaire », rapport d’activités annuel, Dakar Octobre 2006 à Septembre 2007
12. USAID « Programme de Santé Communautaire », PSC/USAID, évaluation finale, Dakar 2011
13. USAID « Système de suivi-évaluation », santé communautaire, Dakar juin 2007
14. USAID « Quarterly activities report », Community Health, Dakar January-February-march 2007
15. USAID “ Community health”, Annual Activities report, Health program, Dakar October 2007-septembre 2008
16. USAID “ Community health project”, Dakar April-June 2007
17. USAID « Santé Communautaire », plan d’action AN 1, Dakar Octobre 2006
18. USAID « Santé Communautaire », rapport d’activités trimestriel, programme santé, Dakar Avril-Mai-Juin 2010
19. USAID « rapport d’activités trimestriel », santé communautaire, Dakar Octobre-Novembre-Décembre 2006
20. USAID « Quarterly activities report », Community Health, Dakar April-May-June 2007
21. USAID « Quarterly activities report », Community Health, Dakar October-November-December 2007

22. USAID « rapport d'activités trimestriel », santé communautaire, Dakar Janvier-Février-Mars 2007
23. USAID « Santé Communautaire », plan d'action AN 4, Dakar Octobre 2009-Septembre 2010
24. USAID « Santé Communautaire », rapport d'activités annuel, Dakar Octobre 08 à septembre 2009
25. USAID « Santé Communautaire », rapport d'activités trimestriel, programme santé, Dakar Avril-Mai et Juin 2009
26. USAID « Santé Communautaire », rapport d'activités trimestriel, programme santé, Dakar Octobre-Novembre et Décembre 2009
27. USAID « Santé Communautaire », rapport d'activités trimestriel, programme santé, Dakar Janvier-Février et Mars 2009
28. USAID « Santé Communautaire », rapport d'activités trimestriel, Dakar 2009
29. USAID « Santé Communautaire », rapport d'activités trimestriel, Dakar 2008
30. USAID « Weer community health program », Dakar 2006 June 2011
31. USAID, « Santé communautaire », liste nominative des cases par région-district et poste de santé, Dakar 2009
32. USAID « Santé communautaire », cartographie des interventions PSSC et PMI ? Dakar Octobre 2007-Septembre 2008
33. CRS SENEGAL, « Protocole d'accord dans l'exécution du projet » : Président Malaria Initiative, Dakar Décembre 2010
34. USAID, « Santé communautaire- PMI », cadre logique des indicateurs, programme santé, Dakar Novembre 2007

ANNEXE B

Data collection instruments for interviews and focus groups

1. Guide d'entretien pour les différentes cibles par axe thématique

Thème 1 : Perceptions du projet PSC [MCD, ICP/SF, MT/ASC, Communautés]

- Perception du projet de santé communautaire
- Quel apport pour la communauté ?
- Implication des communautés dans ce projet ? (Niveau, comment, etc.)

Thème 2 : Services (offerts, disponibles et/ou à rajouter éventuellement)

[MCD/ICP, ADC, MT-ASC, communautés]

- Connaissance des services offerts au niveau de la case (lesquels ?)
- Perception/Appréciation des services offerts (utilisation, coûts, disponibilité, qualité, etc.)
- Quels autres services pourraient être ajoutés ? Pourquoi
- Comment s'y prendre pour éventuellement ces autres services

Thème 3 : Références / Contre-références

[MCD/ICP surtout et MT-ASC]

- Gestion des références qui partent/viennent des cases de santé
- La question des contre-références et du suivi de ces malades (difficultés)
- Comment améliorer le système de référence et de contre-référence des malades ?

Thème 4 : Barrières sociales et culturelles : religion, coutumes, appartenance sociale ou castuelle, etc

[ICP, agents communautaires et communautés]

- Sur la diffusion des connaissances & information des populations
- Sur l'utilisation des services
- Peurs, stigmatisations sociales (notamment pour la TB, le VIH, la PF, etc.)

Thème 5 : Respect des protocoles du Ministère de la Santé [MCD, ICP, MT-ASC]

- Connaissances des protocoles et normes du Ministère
- Respect des protocoles et normes
- Difficultés et/ou contraintes dans le respect de certains de ces normes et protocoles

Thème 6 : Stratégies, Contraintes et difficultés [ADC, relais, MR-ASC]

- Quelles stratégies mises en œuvre pour impliquer et sensibiliser les communautés (+ leaders)
- Principales difficultés dans la mobilisation des communautés (rejets, refus, résistances)
- Prise en compte du genre dans les stratégies et activités

Thème 7: Points spécifiques

- Supervision,
- Encadrement, formation et recyclage [ICP, ADC, MR-ASC]
- Taux et niveau de couverture
- Gender sensitive : prise en compte des besoins des différents groupes dans les services offerts

Succès & Echecs : les plus grands succès ; les choses qui ont moins bien réussi
Défis actuels et futurs
Recommandations

2. Guide d'entretien pour les membres du Consortium

Axe 1: Cadre institutionnel

- Partenariat entre différents membres du consortium (forces/ contraintes et défis)
- Dans quelle mesure les compétences distinctives de chaque organisation ont-elles été utilisées
- Mécanisme de gouvernance interne (Rôle de chacun/ Redevabilité/ suivi - évaluation)
- Coordination du programme au niveau de Diourbel/ impact sur la coordination de la non disponibilité d'un bureau de zone pour l'opérationnalisation

Axe 2 : Coordination avec le Ministère de la Santé

- Respect des protocoles et normes du ministère de la santé
- Collaboration avec les postes de santé, les Districts et RMs (référence - contre-référence)

Axe 3: Implication des communautés

- Appropriation
- Quel rôle les collectivités ont-elles joué dans ce projet
- Statut de l'ASC, de la matrone, de l'ADC

Axe 4: Enseignements tirés de cette expérience

- Coordination interne
- Coordination avec le Ministère
- Implication des communautés/ des collectivités
- Opportunités pour la pérennisation
- Apport de la recherche opérationnelle? (Implication des universités et utilisation des paquets pilotes/ etc.)

Vision pour un éventuel Programme de Santé Communautaire renouvelé

ANNEXE C

Liste des Contacts

Dr. Ramatoulaye Dioume, USAID Dakar	Sounka Ndiaye, USAID Dakar
Isetha Simone, USAID Dakar	Debbie Gaye, USAID Dakar
Dr Amadou Mbow, USAID Dakar	Dr Bocar Daff, DSR (MOH)
Dr Aida Tall, DSR (MOH)	Dr Ndeye Codou Lakh, DSSP (MOH)
Dr Mame Bocar Lô, PNT (MOH)	Dr Mbayam Dione, DANSE
Mme Fatou Diouf Gaye, DANSE	M. Seye, SNEIPS
Dr Moussa Thior, PNLP (MOH)	Mamadou Diagne, COP PSC/ ChildFund
Ndeye Wade, ChildFund	Medoune Diop, Counterpart International
Salif Deme, Counterpart International	Abdourahmane Traore, Counterpart International
Dr Cheikh Sadbou Sarr, ADEMAs	Dr Seynabou Mbengue, ADEMAs
Ndeye Marie Rose Diaw, ADEMAs	Agoussou Gomis, World Vision
Elhadji Babacar Gueye, IntraHealth	Laurence Mukanyindo, AFRICARE
Ousseynou Samb, AFRICARE	Gorgui Sène Diallo, AFRICARE
Diaguily Koita, Plan Sénégal	Dr Barbara Sow, FHI Sénégal
Dr Malick Niang, Abt Associates	Dr Sokhna Sow, Abt Associates/BR Thiès
Malick Ndome, Catholic Relief Service (CRS)	Dr Bouna Sall, MCD Diourbel
Mme Niang, Superviseur SSP/Diourbel	Babacar Sy Sarr, CRS/Diourbel
Mamadou Jacques Ndour, ChildFund/Kaolack	Boubacar Feye, ICP Ndoffane
Dr Fatou Bereke Ndiaye, MCD Adjt Ndoffane	Paul Waly Diouf, World Vision/Kaffrine
Dr Diop, MCD Koumpentoum	Prudence Nicole Mpamy, World Vision/Birkelane
Alexandre Ndiaye, World Vision/Birkelane	M. Niang, ICP Mereto
M. Faye, ICP Thiaré	M. Sarr, ICP Ndignick
Amadou Moustapha Sow, Plan/Saint Louis	Dibcor Sene, Plan/Saint Louis
Dr Dieye, MCD Richard Toll	Dr Ngom, MCD Adj, Richard Toll
Diadji Aly Sow, Superviseur SSP RM Matam	Ousmane Diop, ICP Ogo
Amadou Cherif Seck, ICP Savoigne	

....and ADCs, CHWs, *matrones*, outreach workers, health committees, village leaders and community groups and individuals in all districts and communities visited.

ANNEXE D

Ordre de Travail (Scope of Work)

USAID/Sénégal Community Health Program (ChildFund)

Final Evaluation Work Plan

March 14 – April 29, 2011

The evaluation will proceed according to the implementation plan included in the final evaluation technical proposal submitted by Initiatives, Inc. and approved by USAID/Sénégal, That plan is expanded below.

March 14 – First evaluation team working meeting; briefing at USAID/Dakar

March 15 – Team travels to program HQ in Thies for full day meeting with ChildFund program leadership and members of the program consortium. Community health program COP and senior program staff provide full presentation of project history, structure, scope and current status, followed by extensive period of questions and answers.

March 16 – Team completes and submits evaluation work plan for USAID review; completes itinerary for field visits; arranges schedules for meetings with Dakar-based key informants, primarily within MOH, and with individual consortium members.

March 17, 18 – Team holds meetings with Ministry of Health units with connection to or interest in the community health program. These include DANSE, DSP, DRS, SNEIPS, PNT, PNLN, CAS/PNDS, and others as deemed necessary. Issues/questions to be discussed will include but not be limited to:

- extent to which the community health program has complemented MOH priorities
- possible areas of conflict between MOH and program priorities
- adherence of community health program to MOH protocols and policies
- coordination/collaboration issues
- potential for sustainability and eventual absorption of community health inputs by MOH.

March 19 – Evaluation team meets for weekly progress review.

March 21 – Visits to be made by one or more team members to Dakar offices of individual consortium members - World Vision, Plan, CRS, Africare, Counterpart International. Issues to be discussed will include:

- perceived strengths and weaknesses of community health program partnership
- extent to which individual partners' technical capacities are used to advantage
- appropriateness of geographic and technical division of labor, collaboration with MOH
- goals for community health program if/when USAID support is renewed
- hopes and expectations for findings of this evaluation.

An expanded interview guide for meetings with consortium members is attached.

The team will set up meetings with other USAID-funded stakeholders involved in different ways with health programming in Sénégal that intersect with the community health program, such as ADEMAs, IntraHealth, Abt Associates, FHI and possibly RTI.

March 20-25 – Two team members leave for Kaolack (where it will be rejoined after 3/21 by member making Dakar visits) to begin series of visits in regions of Tambacounda, Kaolack, Kaffrine, and Diourbel*. Objective: to observe program operations in areas where each of the consortium members is active, meet with area coordinators and MOH representatives, visit a broad range of “cases de santé”, and hold focus group discussions with ASCs, ICPs, midwives, community leaders, etc. A full schedule of visits is being developed and coordinated with the community health program COP. Interview guides for the various interactions are being prepared. These will be shared when completed**.

March 25 – Full team returns to Dakar.

March 26 – Team review meeting.

March 27 – April 1 – Full team leaves for St. Louis to begin second week of field visits in regions of St. Louis and Matam*. Objective will be the same as previous week’s visits (above.)

April 1 – Team returns to Dakar.

April 2 – Team meets to review full field experience, begin drafting summary of key findings.

April 4 – National holiday.

April 5 – Debriefing for USAID/Dakar and consortium members.

April 6 or 7 – Debriefing with combined MOH stakeholders.

April 8 – Evaluation team finalizes individual writing assignments.

April 9 – Team leader returns to U.S.

April 10 – 29 – Preparation of draft evaluation report; USAID review; preparation and translation of final report, all as mandated in evaluation implementation plan.

*Regions and districts have been selected to enable the evaluation team to visit areas where each member of the Community Health Program consortium has coordinating and oversight responsibility.

**See attached “Cibles & Outils de Collecte”.

Guide d'entretien pour les membres du consortium

I. Cadre institutionnel

Partenariat entre différents membres du consortium (forces/ contraintes et défis)

Dans quelle mesure les compétences distinctives de chaque organisation ont-elles été utilisées

Mécanisme de gouvernance interne au consortium (rôle de chacun/redevabilité/suivi-évaluation)

II. Coordination avec le Ministère de la Santé

Respect des protocoles et normes du ministère de la santé

Collaboration avec les postes de santé, les Districts et RMs (référence/contre-référence/supervision)

Coordination du programme au niveau de Diourbel/ impact sur la coordination de la non disponibilité d'un bureau de zone pour l'opérationnalisation

III. Implication des communautés

Appropriation

Quel rôle les collectivités et comités de santé ont-elles joué dans ce projet

Statut de l'ASC et de la matrone

IV. Enseignements tirés de cette expérience

Coordination interne

Coordination avec le Ministère

Implication des communautés/ des collectivités

Opportunités et stratégies pour la pérennisation

Apport et opportunités pour la recherche opérationnelle ? (Implication des universités et utilisation des paquets pilotes/ etc.)

Vision pour un éventuel Programme de Santé Communautaire renouvelé