PN-ABX-865

BASICS
TRIP REPORT

BASICS/Sénégal

Plan d'Activités du Pays
(PAP)
6 Fevrier - 3 Mars 1995

BASICS is a USAID-Financed Project Administered by
The Partnership for Child Health Care, Inc.

Academy for Educational Development (AED)
John Snow, Inc. (JSI)
Management Sciences for Health (MSH)
1600 Wilson Boulevard, Suite 300; Arlington, VA, 22209; USA

BASICS / SENEGAL

PLAN D'ACTIVITES DU PAYS (PAP)

6 FEVRIER - 3 MARS 1995

Judy Aubel
Serigne Mbaye Diène
Yaya Drabo
Nabil Harfouche
Patrick Kelly
Adama Koné
Mutombo wa Mutombo
Abdoulaye Samb
Mamadou Sène

Technical Directive Number: 000-SE-01-005
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00

COMPOSITION DE L'EQUIPE DE TRAVAIL

A. BASICS

Adama Koné	Directeur Régional
Mutombo wa Mutombo	Conseiller Régional SE/PEV
Yaya Drabo	Conseiller Régional IEC
Mamadou Sène	Conseiller Sénégal
Patrick Kelly	Conseiller Technique, Chef d'Equipe

B. CONSULTANTS

Judi Aubel	Consultant IEC/ONG
Nabil Harfouche	Consultant Secteur Commercial
Serigne Mbaye Diène	Consultant Nutrition

C. PARTENAIRES DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Abdoulaye Samb	SANAS/LMD

b

TABLE DES MATIERES

PAGE

Abréviations vii

Résumé 1

I. INTRODUCTION 3
- A. But 3
- B. Méthodologie 3
- C. Analyse et organisation du rapport 5

II. ANALYSE DE LA SITUATION 5
- A. Information de base 5
- B. Tendances sanitaires au Sénégal 6
- C. Assistance de l'USAID à la Survie de l'Enfant 7
- D. Organisation du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale 8
- E. Politique Nationale de Santé 9
- F. Organisation du SANAS 10
- G. Les programmes 12
  - 1. Lutte contre les Maladies Diarrhéiques 12
  - 2. Nutrition 14
- H. Activités d'appui aux programmes 17
  - 1. Formation 17
  - 2. Supervision 18
  - 3. Activités d'IEC d'appui au SANAS 19
- I. Service d'Education pour la Santé 20
- J. Système d'Information Sanitaire 21
- K. Organisations non gouvernementales 23
- L. Le secteur commercial 24

III. POSSIBILITES EN MATIERE DE SURVIE DE L'ENFANT 26
- A. Lutte Antipaludique 26
- B. Lutte contre les IRA 28
- C. Programme Elargi de Vaccination (PEV) 29
- D. Mise en aleur de la Vallée du Fleuve Sénégal 32
- E. Stratégie en milieu urbain 33

IV. INTERVENTIONS DE BASICS 34
- Les grands principes 34
- Stratégies proposées par le projet BASICS (1995-1998) 35
- Justification des objectifs 36

V. PLAN D'EXECUTION DU PROJET BASICS 39

VI. PLAN D'EVALUATION 40
A. Stratégie d'évaluation de BASICS 40
B. Modèles conceptuels et définitions 40
C. Processus d'évaluation 40
D. Indicateurs de progrès 41
E. Le cadre logique du projet BASICS 45

VII. ANNEXES 47

A. Termes de référence pour le PAP (en anglais) 49
B. Douze indicateurs globaux proposés pour surveiller les progres de la Santé . . . 55
C. Carte du Sénégal 61
D. Carte des régions appuyées par l'USAID 65
E. Projections de la population cible (1994-1999) 69
F. Estimation des besoins en sachets SRO pour 1995 73
G. Le chemin de la survie 77
H. Références 81
I. Chronologie des activités au Sénégal (en anglais) 89
J. Cadre logique des activités au Sénégal (en anglais) 97
K. Plan d'évaluation pour le Sénégal/Chronologie de l'évaluation (en anglais) . . . 103

ABREVIATIONS

AME	Allaitement Maternel Exclusif
AI	Evaluation de l'Impact de Programme
ASBEF	Association Sénégalaise de Bien-être Familial
BCG	Vaccin Antituberculeux
CAP	Country Activity Plan
CCTAS	Centre Communautaire de Technologie Appropriée pour la Santé
CONAPORH	Comité National Population et Ressources Humaines
CONGAD	Conseil des ONG d'Appui au Développement
CPSP	Plan Stratégique de Programme Pays
CREN	Centre de Réhabilitation et Education Nutritionnelles
DHSP	Direction de l'Hygiène et de Santé Publique
DCT	Vaccin contre la Diphtérie, Coqueluche et Tétanos
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Socio-Sanitaire
EPB	Promotion de l'Allaitement Maternel
EVN	Espérance de Vie à la Naissance
FCFA	Franc Communauté Financière Africaine
FDP	Fin de Projet
GDS	Gouvernement du Sénégal
HPNO	Bureau Santé, Population et Nutrition
HPSA	Sénégal Health and Population Sector Assessment
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information, Education et Communication
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISED	Institut de Développement et de Santé
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
LMD	Lutte contre le Maladies Diarrhéiques
LMTE	Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'enfance
MSPAS	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
MSH	Management Sciences for Health
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	Organisation de Mise en Valeur du Fleuve Sénégal
ONG	Organisation Non Governementale
PBT	Technique de la Naissance Précédente
PDDS	Plan de District de Développement Sanitaire
PDRH	Projet de Développement des Ressources Humaines
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNPF	Programme National de Planification Familiale

PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDS	Plan Régional de Développement Sanitaire
PRITECH	Technologies de Soins de Santé Primaires
RO	Recherche Opérationnelle
SE/PF	Projet Survie de l'Enfant/Planification Familiale
SIG	Système d'Information pour la Gestion
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SSP	Soins de Santé Primaires
TDCI	Troubles Dus à la Carence en Iode
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TRO	Thérapie de Réhydratation par Voie Orale
URO	Unité de Réhydratation Orale
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

RESUME

Le travail de terrain pour l'élaboration du Plan d'Activités du Pays (PAP) s'est déroulé du 6 février au 3 mars 1995. L'équipe était composée de personnel de BASICS du siège de Washington, du bureau régional pour l'Afrique Francophone et du Sénégal, et de deux consultants internationaux. Cette équipe a travaillé avec le Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale, et en particulier avec le SANAS

Le but du PAP est de définir la stratégie que BASICS va suivre en tant que membre du groupe des agences de coopération, financées par l'USAID, qui apportent une assistance technique au gouvernement du Sénégal jusqu'en 1998. Le document comprend une description du contexte relatif à la Survie de l'Enfant, une analyse des programmes et du système de santé, et la stratégie de programmation nécessaire pour atteindre les objectifs du Bon de Commande (Delivery Order) de BASICS.

La méthodologie utilisée a consisté à faire une synthèse des réalisations des années passees, notamment des résultats de trois études, la participation au séminaire sur l'Actualisation du Projet Survie de l'Enfant, des visites de terrain dans les régions cibles de Kaolack, Fatick et Louga et un atelier de deux jours avec les agents du ministère des niveaux central, régional et de district. Cette procédure a permis d'identifier les problèmes majeurs, leurs causes probables, de déterminer des priorités, de proposer des solutions et des possibilités pour l'assistance de l'USAID et de BASICS.

Sur la base du Bon de Commande du Sénégal, le Plan d'Action a mis l'accent sur le SANAS et ses deux programmes, à savoir le Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et le Programme de Nutrition L'équipe a cependant été autorisée à étudier trois autres aspects importants de la Survie de l'Enfant: le Paludisme, les Infections Respiratoires Aigues et le Programme Elargi de Vaccination.

La définition de la stratégie de BASICS est le résultat d'un processus collaboratif entre les différents partenaires. Après des entretiens aux niveaux central, régional et de district, les mêmes participants ont eu une réunion de deux jours à Dakar pour identifier les problèmes et leurs causes possibles, proposer des solutions et organiser des activités, tout en tenant compte des plans déjà élaborés aux différents niveaux du système. Cet atelier a été suivi par des séances de discussion à l'USAID et au Ministère de la Santé (DHPS et SANAS) où le Plan d'Action a été examiné en détail.

Six objectifs stratégiques ont été définis pour renforcer des programmes nationaux de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et de Nutrition, aussi bien au niveau central qu'à celui des quatre régions qui bénéficient d'une aide de l'USAID pour:

- Améliorer les capacités du Ministère de la Santé dans le domaine de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes de Survie de l'Enfant.

- Accroître l'accès à une prise en charge adéquate des cas de diarrhée et de malnutrition dans les structures de santé (de 43 pour cent à 80 pour cent pour la diarrhée).

- Améliorer les méthodes de prévention de la diarrhée et de la malnutrition, et la prise en charge convenable des cas à la maison

- Accroître la couverture de l'éducation nutritionnelle par la surveillance de la croissance pour les enfants de 0 a 36 mois, en mettant l'accent sur i'AME et les bonnes pratiques de sevrage.

- Améliorer l'état nutritionnel de la femme enceinte.

- Promouvoir l'AME dans les formations sanitaires et dans les communautés.

I. INTRODUCTION

A. BUT

Le projet BASICS (sigle anglais de Soutien de Base pour Institutionnaliser la Survie de l'Enfant) est le fer de lance de l'USAID au niveau mondial pour combattre la mortalité infanto-juvénile dans les pays en développement.

Le projet BASICS illustre la volonté de l'USAID de poursuivre, dans les années 1990, ses efforts pour améliorer la Survie de l'Enfant par la promotion et l'institutionnalisation d'interventions durables et d'un bon rapport coût-efficacité. Ces interventions sont focalisées sur la vaccination, l'amélioration de la nutrition, la lutte contre les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aigues et le paludisme.

Le contrat de BASICS exige qu'un Plan d'Activités du Pays (PAP) soit rédigé pour tout pays en faveur duquel une assistance technique est envisagée Tel que défini au départ, le PAP combinait essentiellement un document d'évaluation du secteur santé, un document d'identification du projet et un document de projet.

Les évaluations des PAP rédigés durant la première année du projet BASICS ont montré qu'ils étaient trop longs, que leur mise au point avait nécessité trop de temps et qu'ils ne s'étaient pas suffisamment concentrés sur l'élaboration détaillée des plans d'action, de plans d'appui à la gestion et de plans d'évaluation. Le consensus qui se dégage actuellement autour de ce processus évolutif est qu'un PAP comporte quatre principales composantes:

- L'établissement du contexte relatif à la santé et à la Survie de l'Enfant;
- Une analyse des systèmes et des programmes de santé;
- Une description de ce qui marche et de ce qui ne marche pas, une attention particulière étant accordée aux problèmes importants, aux causes probables, aux priorités et aux solutions proposées;
- Les interventions possibles de l'USAID, tout en recherchant les meilleures occasions et en voyant ce qu'on peut attendre en fin du projet.

B. METHODOLOGIE

Normalement, le PAP est élaboré au début du projet BASICS dans un pays. Au Sénégal, cet exercice s'est effectué 16 mois après la réception du premier PIO/T de la mission de l'USAID/Sénégal (octobre 1993). Ce retard est imputable à trois raisons principales, à savoir:

1. Le sous-contrat a été signé par l'USAID en août 1994;

2. Le projet-cadre du Sénégal, Survie de l'Enfant/Planification Familiale, sous lequel BASICS et d'autres Organismes de Collaboration fonctionnent, a connu des retards;

3. La décision prise d'un commun accord par l'USAID et le Ministère de la Santé de reporter l'atelier de pré-exécution du projet SE/PF jusqu'à ce l'on dispose des résultats de trois études (Enquête Démographique et de Santé II par MACRO, Analyse Situationnelle en matière de Planification Familiale par Population Council et Enquête sur la prise en charge des cas de diarrhée dans les formations sanitaires par BASICS).

Pendant sa première année au Sénégal, le projet BASICS a fourni un soutien continu aux activités de LMD du SANAS, en développant les résultats de l'assistance technique fournie par le projet PRITECH. Dans le même temps, un important travail de base "PRE-PAP" était réalisé. Ce travail comprend la recherche et la collecte de documents; l'analyse secondaire de l'EDS (Enquête Démographique et de Santé) et l'Etude de Prise en Charge des Cas de Diarrhée dans les Formations Sanitaires (PEC); la participation à l'atelier SE/PF qui a mis en évidence des indicateurs d'avancement du projet à la lumière des changements intervenus au niveau des indicateurs démographiques et de santé depuis 1991.

Le souhait de toutes les parties concernées a été que l'exercice du PAP soit un processus participatif. L'équipe de BASICS a été renforcée par un agent de santé du SANAS.

La méthodologie de travail a été la suivante:

- Orientation de l'équipe, élaboration du plan de travail, ainsi que du plan de rédaction du document;

- Conception d'une matrice à utiliser pour l'analyse;

- Entretiens avec des institutions et des personnes clés;

- Analyse des plans d'action disponibles pour 1995 au niveau des régions et des districts sanitaires;

- Visite de terrain par deux groupes (Louga, Fatick et Kaolack) afin de rencontrer les équipes de santé régionales et de district, ainsi que les représentants de la communauté;

- Un atelier de synthèse avec les représentants des quatre régions pour discuter les conclusions de l'analyse et harmoniser les solutions proposées, les plans de travail et les stratégies d'évaluation;

- Présentation des résultats préliminaires à l'USAID et au Ministère de la Santé à la fin de l'étude;

- Rédaction du premier brouillon.

C. ANALYSE ET ORGANISATION DU RAPPORT

En 1991, l'USAID a entrepris une évaluation exhaustive du secteur de la santé et de la population du Sénégal. Le PAP se référera souvent à cette base de référence et examinera les changements intervenus au cours des quatre dernières années. Alors que les données disponibles en matière de santé ne sont peut-être pas toujours aussi exactes ou suffisantes qu'on pourrait le souhaiter, on a constaté une amélioration remarquable des données de base, au plan quantitatif et qualitatif, grâce aux études entreprises par la Banque Mondiale, l'USAID, l'UNICEF et d'autres organisations.

Notre approche analytique sera d'ordre stratégique, notre style sera concis, nous passerons rapidement du général à la tâche spécifique de décrire en détail la manière dont BASICS se propose d'exécuter, de gérer et d'évaluer l'assistance du programme au Ministère de la Santé conformément à l'esprit du sous-contrat (voir Annexe A pour les termes de référence).

II. ANALYSE DE LA SITUATION

A. INFORMATION DE BASE

La population du Sénégal est estimée à environ 8,3 millions en 1995 dont 40 pour cent vit en milieu urbain; le taux de croissance annuelle est de 2,7 pour cent. En l'an 2000, il y aura 10 millions de Sénégalais dont la moitié habitera en zone urbaine.

Le taux de mortalité infantile est estimé à 68/1.000 naissances vivantes, tandis que celui de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) serait de 131/1.000 naissances vivantes (EDS II, 1992). Ces chiffres sont deux fois moins élevés qu'ils ne l'étaient en 1971. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 510/100.000 naissances vivantes. Ces taux sont inférieurs à ceux d'autres pays sahéliens tels que la Guinée, le Mali et le Niger. L'espérance de vie à la naissance est passée de 48 à 49 ans.

Un autre résultat intéressant de l'EDS II est qu'en dépit du fait que la société sénégalaise reste pro-nataliste, avec un taux de prévalence contraceptive (TPC) de 5 pour cent seulement, l'Indice synthétique de Fécondité (ISF) est tombé de 7,1 en 1978 à 6,6 en 1986 et à 6,0 en 1992.

Malgré une baisse significative des maladies qui sont ciblées par le PEV, le paludisme, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, les affections pulmonaires et, de plus en plus, le SIDA, représentent des menaces pour les enfants.

L'EDS II a trouvé que la malnutrition chronique, chez les enfants de moins de cinq ans, est de 13 pour cent en milieu urbain contre 24 pour cent en milieu rural. Bien que la plupart des femmes allaitent leurs enfants au sein, la pratique ne se fait pas dès les premières heures après

l'accouchement; le colostrum est rarement donné à l'enfant et l'allaitement maternel exclusif pendant les quatre premiers mois est quasiment inexistant.

Des études ont fait ressortir que la carence en vitamine A constitue un problème de santé publique et qu'il y a des carences en iode dans la région du sud-est du pays.

Il n'y a pas eu d'amélioration significative en ce qui concerne l'alphabétisation des hommes et des femmes. Seulement 37 pour cent des hommes savent lire et écrire, contre 18 pour cent chez les femmes. (Ces estimations ne tiennent pas compte de l'alphabétisation en arabe ou dans une langue locale).

B. TENDANCES SANITAIRES AU SENEGAL

L'OMS a mis au point douze indicateurs généraux qui résument la situation sanitaire d'un pays. Ces indicateurs peuvent se résumer en quatre catégories: volonté politique, statut socio-économique, utilisation des services de santé et situation sanitaire. Ce schéma est présenté en Annexe B et l'analyse suivante comparera la situation actuelle à celle qui prévalait en 1991.

1. Volonté politique

Il existe des indices d'un engagement soutenu, au plus haut niveau politique, pour la poursuite de la promotion de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale. Les objectifs du Sénégal à travers les déclarations de politique et les plans d'action sont en phase avec ceux de la communauté internationale (par exemple, les Soins de Santé Primaires et le Plan d'Action National pour les Enfants). En outre, il y a un désir de partenariat avec les secteurs privés commerciaux et sans but lucratif.

En dépit des succès de l'Initiative de Bamako, les mécanismes d'appui à la décentralisation, la coordination à tous les niveaux et les systèmes de logistiques opérationnels pour les produits et médicaments essentiels restent faibles. Le budget alloué à la santé publique (5,7 pour cent du budget national) représente la moitié du niveau recommandé par l'OMS (9 pour cent). Plus des 2/3 du budget sont consacrés aux dépenses en personnel. Des inégalités existent entre les régions, les zones urbaines et les zones rurales, et entre les soins primaires et tertiaires. La plupart des ressources allouées aux soins de santé primaires proviennent à l'heure actuelle de bailleurs de fonds internationaux.

2. Situation socio-économique

Selon les estimations de la Banque Mondiale, le revenu par tête d'habitant était de 780 dollars des Etats-Unis en 1992. Il est trop tôt pour savoir quels seront les résultats de la dévaluation de 50 pour cent du FCFA en janvier 1994. Depuis cette date, la hausse des prix a été de 38 pour cent environ et le gouvernement a aidé à atténuer le choc sur le système sanitaire en réduisant les taxes à l'importation sur les "médicaments à usage social".

3. Utilisation des services de santé

Les indicateurs d'accès de l'Initiative de Bamako à partir de trois d'études montrent que 75 pour cent de la population a accès aux services de santé, mais que seulement 15 pour cent bénéficie d'une couverture préventive efficace, et 6 pour cent d'une couverture curative efficace.
Les 80 pour cent de couverture vaccinale totale pour les enfants de moins d'un an obtenus en 1991 n'ont pas pu être maintenus. Cette couverture est actuellement estimée à environ 45 pour cent. La couverture antitétanique pour les femmes enceintes stagne aux environs de 29 pour cent

La proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins une visite prénatale est passée de 66 pour cent à 74 pour cent entre 1986 et 1992 Quarante-sept pour cent des femmes ont accouché avec l'assistance d'un professionnel de la santé (84 pour cent en milieu urbain et 29 pour cent en milieu rural).

L'accès à l'eau potable reste insuffisant en milieu rural, mais le volume moyen par personne et par jour est passé de 12 litres à 24 litres. Il n'y a pas eu d'amélioration dans le domaine de l'hygiène et du ramassage des ordures - en fait, la situation est en train d'empirer tant en milieu urbain que dans les zones rurales.

En résumé, cette analyse fait ressortir qu'en dépit d'une amélioration de la Survie de l'Enfant au Sénégal, ce sont toujours les mêmes maladies et problèmes qui tuent les enfants: le paludisme, les infections respiratoires aigues, la diarrhée déshydratante et la malnutrition.

Au nombre des menaces qui n'ont pas encore été mentionnées figurent l'environnement changeant des maladies dû à une urbanisation rapide, une résistance croissante à chloroquine du paludisme à falciparum, la progression croissante du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles, ainsi que l'apparition d'une résistance de la tuberculose aux antibiotiques.

C. ASSISTANCE DE L'USAID A LA SURVIE DE L'ENFANT

Depuis une vingtaine d'années, l'USAID fournit une assistance continue aux programmes de soins de santé primaires au Sénégal. Nous mentionnerons ci-dessous, quelques-uns des projets qui sont pertinents pour les projets actuels SE/PF et BASICS et qui leur ont servi de fondement.

- Le Projet de Sine-Saloum (Services de Prestation des Soins de Santé en Milieu Rural II) a fourni une assistance aux régions de Fatick et Kaolack de 1977 à 1991. Les composantes en matière de Survie de l'Enfant étaient les mêmes que celles du projet BASICS aujourd'hui, l'accent étant mis sur l'établissement d'un système de prestation de services à base communautaire (cases de santé et agents de santé communautaires).

  Parmi les premiers succès du projet, on peut citer notamment la décentralisation de la gestion et la participation des communautés locales à sa mise en oeuvre. L'évaluation des

Secteurs de la Population et de la Santé a cependant révélé que peu de progrès ont été durables.

- Le Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal (SANAS) du Ministère de la Santé a entamé la mise en oeuvre d'un programme de LMD en 1986. Du début jusqu'en 1993, l'assistance technique était fournie par le bureau de PRITECH à Dakar. D'importants succès ont été réalisés sur le plan de la formation du personnel, de l'accès aux sachets de RO et de l'élaboration d'un programme d'IEC.

- Les projets REACH et HEALTHCOM ont fourni dans un passé récent une assistance aux programmes de Survie de l'Enfant. Ces projets ont été financés par les fonds centraux de l'USAID. Le premier a travaillé sur le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et le second sur l'IEC.

- Pendant les années 1980, le Projet de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (CCCD), financé par l'USAID au niveau central, avait des programmes un peu partout en Afrique, mais aucun au Sénégal. L'évaluation finale du projet a été présentée lors d'une conférence à Dakar en 1993. Au cours de cette conférence, les leçons apprises ont été soumises aux délégués venus de toute l'Afrique et l'USAID s'est engagée à continuer à appuyer la Survie de l'Enfant en Afrique.

Le projet BASICS a été créé en 1993, essentiellement à partir de la fusion des projets PRITECH, REACH et HEALTHCOM. Sa mission au Sénégal est d'appuyer le SANAS dans ses programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et de nutrition.

D. ORGANISATION DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ACTION SOCIALE

1. Au niveau central, le MSAS compte, outre le Cabinet, quatre directions:

- La Direction de l'Action Sociale,
- L'Inspection de la Santé et de l'Action Sociale,
- la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement (DAGE),
- la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique (DHSP) qui comprend les services suivants:
  - le Service National d'Hygiène (SNH),
  - le Service National de Santé Maternelle et Infantile (SNSMI),
  - le Service d'Alimentation et de Nutrition Appliquée au Sénégal (SANAS),
  - la Division des Soins de Santé Primaires (SSP),
  - la Division des Statistiques,
  - Le Service National des Grandes Endémies (SNGE),
  - Le Service National de l'Education pour la Santé est rattaché au Cabinet.

2. Au niveau régional, la Région Médicale est l'unité administrative. Elle est dirigée par un Médecin-chef, secondé par un Directeur Régional des Grandes Endémies.

3. Au niveau du Département/Commune, on retrouve le District Sanitaire. Les formations sanitaires sont organisées sous forme pyramidale avec, à la base, le Poste de Santé (PS) qui supervise un certain nombre de cases de santé et de maternités rurales; au second niveau, il y a le Centre de Santé qui est le niveau de référence du PS; l'Hôpital Régional et enfin le Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

E. POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Le Sénégal qui a une riche expérience en matière de prestation de soins de santé de base en zone rurale, s'est résolument tourné vers les soins de santé primaires dont l'application trouvait un cadre adéquat dans la décentralisation administrative.

Des difficultés dans le secteur de santé, dans un contexte social et économique en crise, ont conduit à l'élaboration d'une Déclaration de la Politique Nationale de Santé par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale en juin 1989, et d'un Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH) en janvier 1991 entre le MSPAS et la Banque Mondiale.

Les interventions dans le secteur de la santé mettent l'accent sur des soins globaux (par l'intégration des activités), des soins de qualité (par un personnel bien formé, bien supervisé et par une rationalisation des soins et du médicament), dont la pérennisation sera assurée par le renforcement de la gestion et de la participation des populations au niveau le plus périphérique.

La Politique Nationale de Santé qui a été élaborée en 1989 sur la base des contraintes identifiées pendant l'exécution des différents programmes (contraintes d'ordre organisationnel, socio-économique, géographique et climatique) s'est fixé les objectifs suivants:

- Améliorer la santé de mère et de l'enfant;
- Développer des activités préventives et éducatives;
- Rationaliser les activités curatives;
- Rationaliser et développer les ressources humaines, matérielles et financières;
- Maîtriser les variables démographiques.

Le PDRH élaboré par le MSPAS et la Banque Mondiale prévoit la mise en oeuvre de la Politique Nationale de Santé à travers trois composantes:

- Etablissement du système de District Sanitaire;
- Promotion des médicaments essentiels;
- Renforcement institutionnel du secteur de la santé.

F. ORGANISATION DU SANAS

1. Organisation structurelle

Le SANAS est un service de la Direction de l'Hygiène Publique et Sanitaire sous la responsabilité d'un Médecin-chef de service secondé par un adjoint.

Il est chargé de l'exécution de deux programmes: le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD) et le Programme National de Nutrition, avec ses volets Avitaminose A, Carence en Iode (TDCI), AME et Anémie.

En plus de ces deux programmes, les volets suivants sont également sous la responsabilité des agents du SANAS: CODEX, documentation, IEC et enseignement au niveau de l'ENDSS.

En dehors du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale, le SANAS collabore avec les services/projets suivants: la Cellule Agro-Sylvo-Pastorale d'Alerte Rapide (CASPAR/ZAR), le Conseil National pour l'Autosuffisance et le Bien-être des Populations Rurales (CONAPOR), le projet DALIFORT de nutrition en milieu semi-urbain et le projet de Nutrition Communautaire (PNC), Banque Mondiale, AGETIP.

Le SANAS est représenté dans chaque région par un Bureau Régional de l'Alimentation et de la Nutrition (BRAN). Au niveau des districts, les activités de Nutrition et de LMD sont gérées par le coordinateur SMI/PF ou par le superviseur SSP.

2. Organisation opérationnelle (géographique)

On distingue une répartition géographique de l'intervention du SANAS à travers le pays et selon les bailleurs de fonds:

- Les régions de Kaolack, Louga, Fatick et Zinguichor sont appuyées par l'USAID par le biais des projets BASICS et SE/PF (voir les cartes et la population cible aux Annexes C-E); la Coopération Italienne se limite au District de Louga;

- Les régions de Dakar, Thiès et Diourbel sont appuyées par la Banque Mondiale par le biais du PDRH;

- Les régions de Tambacounda, Kolda et Saint-Louis ont l'appui de l'UNICEF et de l'AFVP.

Le personnel du SANAS est réparti dans les différentes régions, avec la responsabilité de couvrir tous les aspects LMD et Nutrition. Une ou deux personnes doivent s'occuper d'une zone géographique, selon les partenaires financiers.

3. Situation du système institutionnel

Le SANAS adapte son organisation en fonction de ses deux programmes et de la répartition géographique des donateurs dans les dix régions du Sénégal (USAID, UNICEF, Banque Mondiale). Ainsi pour la zone dite "USAID", deux agents sont chargés du suivi des activités. En plus de leurs responsabilités en rapport avec leur zone, ils servent de personnes ressources pour le service dans les domaines de LMD et de l'AME.

L'équipe, qui est composée de 10 agents, a acquis des expériences dans la gestion pratique du programme de LMD, dans la formation des personnels, la supervision et la recherche (Etude de Prise en Charge, Etude CAP).

Bien que l'équipe soit dynamique et motivée, l'analyse de la situation fait ressortir un certain nombre de faiblesses:

- Une insuffisance, en quantité et en qualité, du personnel par rapport aux missions assignées au SANAS;

- Une insuffisance de la coordination et de la collaboration entre les différents services/programmes pour la Survie de l'Enfant (GE, SSP, SMI, EPS, SIG, IB, PNPF/SE/PF);

- Des lacunes dans l'évaluation des besoins pour répondre aux exigences des bailleurs de fonds.

Les causes et contraintes liées à ces carences s'expliqueraient par les faits suivants:

- Le manque de concordance entre la formation du personnel et les descriptions de postes;

- L'augmentation des activités et des projets confiés à un personnel limité (TDCI, AME, Avitaminose A, surveillance nutritionnelle au niveau communautaire, recherche opérationnelle);

- La spécialisation trop poussée des agents du SANAS;

- La juxtaposition des deux organigrammes (structurel et opérationnel);

- L'absence de réunions de coordination entre les différents services s'intéressant à la Survie de l'Enfant.

G. LES PROGRAMMES

1. Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

La diarrhée est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Sénégal. Son incidence, estimée à 21 pour cent pour tout le pays, est de 23 pour cent pour les quatre régions bénéficiant d'un concours de l'USAID (Fatick, Kaolack, Louga et Ziguinchor) (EDS II, 92-93). L'incidence est maximale (36 pour cent) entre 6-11 mois d'âge. La diarrhée est un problème prioritaire de santé publique au Sénégal. Dans les régions de l'USAID, c'est l'une des cinq premières causes de morbidité. Elle est au deuxième rang des causes de mortalité.

Les réalisations à ce jour sont: la formation de 1.413 Agents de Santé et de l'Action Sociale, la préparation d'un Manuel de Formation en LMD pour les personnels en cours d'emploi et pour les écoles de base (infirmiers/sages-femmes), l'élaboration et la distribution de cinq types de matériel IEC, y compris des spots radio/télévision, des Etudes (Prise en Charge des Cas de Diarrhée, Etudes KAP des Mères concernant la Diarrhée), et la recherche opérationnelle en IEC.

a. Situation de la prise en charge des cas de diarrhée dans les formations sanitaires

- L'étude sur la Prise en Charge des Cas de diarrhée (PEC) effectuée en septembre 1994 dans les formations sanitaires des quatre régions USAID a montré que la performance du personnel à cet égard est, dans l'ensemble, très insuffisante (5,4 pour cent).

- Seulement 35,7 pour cent des cas de diarrhée sont correctement diagnostiqués par le personnel de santé; la proportion des cas de diarrhée, avec déshydratation, qui sont correctement réhydratés, est faible (21,2 pour cent); la proportion des mères qui ont été correctement conseillées concernant le traitement à la maison est également faible (14,1 pour cent); 40 pour cent des cas de dysenterie sont traités avec un antibiotique approprié.

- 50 pour cent des agents ont reçu une formation en LMD. Parmi ces agents formés, seulement 33 pour cent remplissent les critères d'une formation correcte.

- Très peu d'agents chargés de la prise en charge des diarrhées dans les formations sanitaires sont supervisés. Seulement 13 pour cent l'ont été durant les trois mois qui ont précédé l'enquête. Le problème le plus souvent cité est le manque de véhicule adapté pour les déplacements.

- Le concept de supervision intégrée, qui est très utilisé par les équipes des régions et des districts, n'est pas encore opérationnel. La plupart des superviseurs des districts, n'ont pas été initiés à la supervision en LMD.

- 38 pour cent des établissements étaient en rupture de stock de SRO pendant la visite des équipes d'enquêteurs.

- Même si dans tous les centres de santé, un endroit est prévu pour la TRO, 25 pour cent seulement des hôpitaux et centres de santé disposent d'une URO fonctionnelle. Le manque de personnel et de matériel, est souvent mentionné.

- 75 pour cent des établissements visités organisent des séances d'éducation pour la santé et possèdent une boîte à images sur la diarrhée pour l'animation des causeries individuelles et en groupes. Mais très peu d'agents de santé l'utilisent, même s'ils la trouvent bien adaptée.

- Le Système d'Information pour la Gestion (SIG) ne donne pas assez d'informations sur la diarrhée.

- La fiche de prise en charge des cas de diarrhée n'est utilisée que dans 3 pour cent des formations sanitaires visitées.

b. Situation de la prise en charge à domicile

- Selon l'EDS II, moins de la moitié des mères ayant des enfants de 0-5 ans (44,6 pour cent) connaissent les SRO (47,3 pour cent dans la zone USAID), dont 52,4 pour cent en milieu urbain. Seulement 31,2 pour cent déclarent les avoir déjà utilisées (32,1 pour cent dans la zone USAID).

- Selon la même source, 42 pour cent des mères donnent davantage de liquides pendant la diarrhée de l'enfant (43,2 pour cent dans la zone USAID). Parmi les enfants allaités au moment de l'enquête et ayant la diarrhée, 76 pour cent ont reçu le sein comme d'habitude, 9 pour cent l'ont reçu plus souvent que d'habitude, et 13 pour cent moins que d'habitude.

- L'étude de PEC de 1994 a montré que 56 pour cent des mères donnent plus de liquides pendant la diarrhée; 91 pour cent des mères continuent à alimenter les enfants; 61 pour cent connaissent les signes de gravité indiquant que l'enfant doit être amené à l'établissement de santé.

- Trente deux pour cent connaissent toutes les trois règles de la prise en charge à domicile. Soixante-dix-sept pour cent des mères reconnaissent avoir reçu des conseils sur les SRO/SSS et 75 pour cent savent comment les préparer. Les

sources d'information des mères sont les agents de santé (82 pour cent), la radio/télévision (23 pour cent), les voisins (12 pour cent) et les séances EPS (5 pour cent).

2. Nutrition

La situation alimentaire et nutritionnelle du Sénégal est demeurée précaire ces trois dernières décennies. L'insuffisance de la production alimentaire locale, combinée à une faiblesse des revenus et des niveaux d'éducation, surtout des femmes, contribuent à la persistance des taux élevés de sous-alimentation chez les enfants de moins de cinq ans.

a. La sous-alimentation chez les enfants et ses causes

- Parmi les troubles dus à une carence nutritionnelle, la malnutrition protéino-énergétique et l'anémie enregistrent les taux de prévalence les plus élevés chez les enfants de 6-36 mois. L'avitaminose A et les troubles dus à une carence en iode existent dans certaines régions.

- L'anémie sévit de manière endémique. Elle affecte toutes les tranches de la population. Les groupes les plus affectés sont les enfants de moins de 5 ans (41 pour cent) et les femmes enceintes (30 pour cent) (Bénéfice et al., 1981). Le paludisme, la schistosomiase et les parasites intestinaux sont des causes de l'anémie.

- L'état nutritionnel des enfants a été évalué par des mesures anthropométriques dans trois enquêtes récentes couvrant le territoire national: l'Enquête sur les Priorités (ESP) réalisée en 1992 par la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS), les deux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) effectuées en 1986 et 1993 et l'enquête SANAS/UNICEF de 1994.

- La MPE dans le groupe d'âge de 6 à 36 mois varie entre 20 pour cent et 30 pour cent pour le retard de croissance et l'insuffisance pondérale, et entre 5 et 10 pour cent pour l'émaciation.

- La situation nutritionnelle des enfants ne s'est pas améliorée entre 1986 et 1993 selon les résultats comparés de EDS I et EDS II. Elle s'est même détériorée, selon le taux d'émaciation qui est passé de 6 à 12 pour cent entre 1986 et 1992/93.

- Il existe des différences entre régions: la malnutrition est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, dans les régions du nord-est (Saint-Louis et Tambacounda) et dans les régions du centre où se trouvent trois des quatre régions qui bénéficient du soutien de l'USAID: Kaolack, Fatick et Louga. Entre 1986 et 1993, la situation

s'est dégradée dans la zone Sud qui comprend la région de Ziguinchor, la 4e région cible de l'intervention USAID.

- Parmi les facteurs analysés, le faible niveau d'éducation de la mère est un des plus significatifs pour le retard de croissance. Le risque de malnutrition chez les enfants nés de mères analphabètes est de 72 pour cent supérieur à celui des enfants dont les mères ont reçu une instruction.

- En plus du sexe masculin, de l'âge (12-23 mois) et du milieu rural, les autres facteurs de risques identifiés pour la malnutrition sont liés à l'attitude et aux pratiques de la mère: l'espacement des naissances, la nutrition de la mère durant la grossesse, les visites prénatales, la manière dont elle nourrit le bébé (durée de l'allaitement au sein et déroulement convenable du sevrage).

- Il a été établi qu'environ 1/5 des femmes sénégalaises en âge de procréer sont émaciées (moins de 50 kg). La sous-alimentation chronique, déterminée par l'Indice de Masse Corporelle (IMC) $\leq$ 18,5, affecte 17 pour cent des femmes en milieu rural et 11 pour cent chez les citadines. (EDS II, 1994).

- Durant la grossesse, le gain pondéral moyen peut n'être que de 1,4 kg pendant la saison sèche et de 0,4 pendant l'hivernage (gouvernement du Sénégal et UNICEF, 1993). Ceci est très loin de la recommandation de l'OMS d'un gain total optimal de 12,5 kg à 18 kg pour les femmes souffrant d'une déficience énergétique préalable.

- Cet état de fait s'explique en partie par l'attitude de beaucoup de femmes, surtout en milieu rural. Elle ne souhaitent pas donner naissance à un bébé trop gros qui leur ferait courir les risques de complications souvent fatales.

- La prévalence des faibles poids à la naissance (moins de 2,5 kg) est de l'ordre de 10 pour cent au Sénégal. Elle est plus élevée en milieu rural, avec des différences marquées selon les saisons: 12 pour cent pendant la saison sèche et 28 pour cent pendant la saison humide (gouvernement du Sénégal et UNICEF, 1993).

- La consultation prénatale reste encore relativement faible. L'enquête SANAS/UNICEF 1994 révèle que 18 pour cent des femmes enquêtées ont bénéficié d'une couverture prénatale complète durant leur dernière grossesse (trois visites prénatales au moins, à des intervalles de trois mois, la dernière visite ayant lieu au cours du 3e trimestre de la grossesse; vaccination antitétanique; mesure du poids, de la taille et de la tension artérielle à chaque consultation).

- L'allaitement maternel est une pratique courante et généralisée au Sénégal. Des tendances à la hausse ont été notées entre 1986 et 1992/93 (EDS I, 1986 et EDS

II, 1994): la durée moyenne de l'allaitement maternel est passée de 18,8 à 20,1 mois; la proportion des enfants encore allaités à un an est passée de 88 pour cent à 97 pour cent, celle des enfants encore allaités à deux ans de 28 pour cent à 39 pour cent.

- L'AME pendant les quatre premiers mois de vie n'est observé que chez 6,5 pour cent des mères enquêtées par l'EDS. Soixante-dix pour cent des enfants de 0-4 mois reçoivent de l'eau et 24 pour cent reçoivent d'autres liquides et aliments.

- Le commencement de l'allaitement au sein est généralement retardé de 24 à 48 heures. Des croyances et traditions ancestrales dictent aux mères, et même au personnel de santé, des attitudes et pratiques relatives à l'allaitement maternel qui ne sont pas conformes à celles recommandées par l'OMS. Moins de 12 pour cent des nouveaux-nés sénégalais sont allaités au sein dans la première heure suivant leur naissance. Le personnel de santé dans les établissements sanitaires tend à renforcer ces pratiques, en effet, il recommande l'eau sucrée (85 pour cent des cas) et le lait animal donné au biberon (32 pour cent des cas). Dans moins de 10 pour cent des cas, il conseille de donner le sein (PRITECH/SANAS, 1991).

- L'administration du colostrum au bébé est retardé d'un à deux jours chez 90 pour cent des bébés dans la zone de Dakar et banlieue (PRITECH/SANAS 1991).

- L'administration d'eau aux nourrissons, quel que soit leur âge, est une pratique généralisée et systématique au Sénégal (PRITECH/SANAS, 1991). Cette pratique trouve sa justification dans le fait que le lait maternel est perçu plutôt comme un aliment, et non comme une boisson, par 97 pour cent des mères et par 96 pour cent du personnel de santé.

- Il existe au Sénégal une tendance à introduire tardivement les aliments semi-solides ou solides, en complément du lait maternel après 6 mois d'âge. Près de 70 pour cent n'en bénéficient pas entre 6-7 mois, 45 pour cent entre 8-9 mois, et 25 pour cent entre 12-13 mois (EDS II, 1994).

b. Les interventions en nutrition

- Les céréales, mil, riz sont l'alimentation de base des Sénégalais. La production locale est insuffisante pour couvrir les besoins. Des déficits de 25 à 30 pour cent ont été constatés durant les sept dernières années.

- Au plan des interventions spécifiques pour améliorer l'état nutritionnel des groupes vulnérables, les stratégies suivies se sont confinées à des distributions d'aliments, allant de pair avec une éducation nutritionnelle. La mise en oeuvre de ces stratégies est principalement assurée par le Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (MSPAS) à travers son réseau de structures sanitaires, et sous l'impulsion de ses services spécialisés: le SANAS et le Service de l'Education pour la Santé.

- De 1973 à 1988 un programme national de Protection Nutritionnelle et Sanitaire des Groupes Vulnérables du Sénégal (PPNS-GVS) avait été mis en oeuvre dans plus de 400 postes de santé, centres sociaux et autres établissements publics et privés. Dix virgule trois pour cent de tous les enfants de moins de 36 mois et leurs mères ont participé à ce programme.

- Des rations alimentaires fournies par Catholic Relief Services (CRS), partenaire du MSPAS, étaient distribuées tous les mois à chaque participant. La surveillance de la croissance, associée à l'éducation nutritionnelle, étaient des volets essentiels de ce programme, tout au moins en théorie. Le SANAS était l'agence technique de contrôle et de supervision de ce programme au niveau central.

- Lorsque le volet aide alimentaire a été suspendu par CRS, en 1988, le programme s'est totalement effondré, montrant ainsi la fragilité de ses bases et de ses acquis. Depuis lors, aucun programme d'envergure nationale n'a été exécuté dans le domaine de la nutrition.

- En 1994, la Banque Mondiale et le gouvernement du Sénégal se sont engagés à réaliser un programme de nutrition au niveau communautaire pour 350.000 personnes. Ce programme qui sera exécuté par une agence privée, l'AGETIP, comporte à peu près les mêmes éléments que le PPNS. distribution de vivres, surveillance des enfants et éducation nutritionnelle des mères. Il vise à atténuer les conséquences sociales de la dévaluation du franc CFA. Le grand changement introduit est de déplacer la tutelle de l'intervention du secteur public (Ministère de la Santé Publique) vers le secteur privé. Ce programme concerne onze quartiers dans les régions de Dakar, Diourbel, Kaolack et Ziguinchor.

- Indépendamment de cela, le SANAS dispose d'un Plan d'Action National de nutrition pour la période 1991-1996. Des onze stratégies définies dans le plan, une seule a démarré: la formation des agents de la santé en matière de surveillance de la croissance. Malheureusement la formation ne s'est pas fondée sur une analyse réelle des besoins puisque l'activité de surveillance de la croissance ne se fait pas de manière systématique sur le terrain.

- Une remise à jour de ce plan s'impose, surtout dans le cadre de la collaboration du SANAS et de BASICS.

H. ACTIVITES D'APPUI AUX PROGRAMMES

1. Formation

Le SANAS a une équipe centrale chargée de la formation des formateurs et de la supervision des formations au niveau des régions. L'équipe des formateurs régionaux est composée du Médecin-

chef de région et de trois techniciens supérieurs de santé (coordinateur SSP, coordinateur PEV et coordinateur SMI/PF, et IEC). L'équipe des formateurs de district comprend le Médecin-chef de district et son équipe cadre (les responsables SSP, BRAN, SMI/PF, PEV et EPS).

L'équipe régionale de formation assiste l'équipe de district lors des formations organisées par celle-ci au niveau du district. Certaines équipes régionales ont été formées en épidémiologie par l'ISED et elles seront initiées très prochainement aux méthodes d'enseignement.

Malgré les formations en maladies diarrhéiques et en nutrition, 5,4 pour cent seulement des agents de santé traitent convenablement les enfants atteints de diarrhée, selon les résultats de l'étude de prise en charge des cas de diarrhée.

Les problèmes liés à la formation, selon le personnel de la région, sont les suivants:

- La formation reste trop théorique dans l'ensemble.

- Les formations ne répondent pas souvent aux besoins exprimés du terrain, car elles ne sont pas bien préparées. Etant donné que les besoins en formation émanent de la base, la région souhaite que le niveau central tienne compte du plan de formation élaboré par la région. Au niveau du district, le même souhait est exprimé vis-à-vis de la région. C'est tout le problème fondamental de la décentralisation.

- La période est souvent mal choisie, en fonction plutôt des exigences des bailleurs de fonds.

- Les visites de supervision sont insuffisantes ou inexistantes pour appuyer la formation.

- Il faut également noter que l'organisation simultanée des formations au niveau des districts ne permet pas à la région de les appuyer toutes en même temps. Cependant, il faut noter que certains districts n'ont pas le personnel suffisant pour mener leurs activités de formation.

2. Supervision

Théoriquement, la supervision se fait selon des directives nationales. Le niveau central devrait visiter les régions une fois par semestre; le niveau régional devrait aussi superviser les districts une fois par trimestre; et le district devrait visiter les postes de santé une fois par mois, ou tous les deux mois.

En réalité, la supervision ne se fait pas régulièrement, par manque de moyens logistiques, et lorsqu'elle a lieu, les directives sont rarement suivies. Elle est très souvent ciblée sur des programmes spécifiques.

Les réunions de coordination au niveau des régions et des districts, qui se font respectivement à un rythme d'une fois par trimestre et d'une fois par mois, sont en fait une sorte de supervision/monitorage.

Les problèmes de supervision sont essentiellement liés aux points suivants:

- Le guide de supervision porte sur des concepts généraux mais ne définit ni le contenu technique, ni la méthode de supervision.

- Le personnel est insuffisant dans certaines régions médicales et districts pour assurer les supervisions selon le rythme établi.

- Le rythme de la supervision est souvent ambitieux, compte tenu des moyens financiers, logistiques et en personnel.

3. Activités d'IEC d'appui au SANAS

Depuis 1985, un appui financier et une assistance technique ont été fournis au SANAS pour les activités d'IEC dans le cadre des programmes de LMD et Nutrition, à travers le projet PRITECH. Cet appui a été maintenu dans le cadre du projet BASICS, à partir de 1994.

Entre 1990 et 1993 le projet HEALTHCOM a apporté un appui à ces deux programmes de Survie de l'Enfant pour le développement de matériel éducatif d'IEC. Par ailleurs, HEALTHCOM a systématiquement coordonné ses activités avec PRITECH pour contribuer à la préparation de matériel IEC.

Ces appuis ont eu pour résultat la mise au point de huit différents jeux de matériel éducatif et didactique (boîtes à images, brochures, affiches et vidéo didactique). Ce matériel porte sur les différents thèmes prioritaires relatifs à la prévention et la prise en charge des maladies diarrhéiques et à la nutrition des jeunes enfants.

Ce matériel a été réalisé en collaboration avec le Service d'Education pour la Santé (SEPS). Dans cette collaboration, le rôle du SANAS a été de fournir des éléments techniques prioritaires dans le domaine de la Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et dans celui de la Nutrition. Le rôle de l'EPS a été de coordonner la conception, l'expérimentation et la dissémination de chaque type de matériel.

Les deux programmes de LMD et de Nutrition du SANAS bénéficient également de l'appui de l'UNICEF. Grâce à cela, d'autres matériels éducatifs ont été produits, notamment des affiches et boîtes à images sur l'allaitement, la vitamine A, la nutrition, l'iode et la LMD.

Ces dernières années, les activités d'IEC ont été axées sur la production de plusieurs types de matériel éducatif. Beaucoup de ressources, tant humaines que financières, ont été investies dans

la préparation du matériel, surtout dans les boîtes à images - un outil dont l'impact en termes pédagogiques n'est pas démontré. La production de matériel éducatif est certes une composante importante des stratégies d'IEC, ce n'est cependant pas la seule manière d'aborder le processus d'éducation et de communication.

Les observations faites au niveau des districts/régions révèlent que le matériel d'IEC produit par le SANAS et l'EPS (surtout les boîtes à images et les affiches) est souvent disponible dans les établissements de santé et qu'il est généralement apprécié par les agents de terrain, malgré sa faible utilisation.

Les mêmes constats ont été faits lors d'une étude menée dans les établissements de santé en 1991 (Sène et Diop). Deux conclusions de cette étude expliquent la sous-utilisation des supports éducatifs: (1) dans beaucoup d'établissements, les agents ne considèrent pas que leur rôle est d'éduquer; (2) les affiches sont le plus souvent utilisées comme décoration et rarement comme support éducatif.

Un autre problème important associé à l'IEC dans les formations sanitaires, est celui des attitudes et des compétences du personnel en communication interpersonnelle. Une étude menée en 1990 (Kane) a révélé des attitudes négatives envers les mères lors des consultations curatives. La confiance que fera le patient, ou la personne qui l'accompagne, à un agent de santé sera déterminante pour le suivi des conseils donnés. L'agent de santé qui a une attitude négative envers une mère aura probablement peu d'impact éducatif positif sur elle.

Depuis 1994, le SANAS bénéficie de l'appui du projet Wellstart dans le cadre du programme de nutrition. Les activités de Wellstart sont axées sur la promotion de l'allaitement maternel exclusif et des mesures appropriées de sevrage. Dans ce contexte, des études qualitatives de KAP sont prévues, ainsi que la préparation d'activités et de matériel d'IEC.

Un autre intervenant important au niveau national est le projet SE/PF exécuté par le PNPF avec l'appui de MSH. Cet appui comprend notamment un assistant technique en IEC. Dans le cadre du PNPF, la Direction IEC est activement impliquée dans l'élaboration de stratégies et supports d'IEC en matière de planification familiale. La participation de BASICS aux programmes LMD et Nutrition devra s'intégrer aux activités des agents d'IEC du PNPF qui sont impliqués dans le projet SE/PF.

I. SERVICE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE (SEPS)

Pendant des années, le SEPS faisait partie de la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique du MSPAS. Depuis 1994, ce service est rattaché directement au cabinet du Ministre. Ce repositionnement du SEPS constitue une contrainte dans la mesure où les activités du SEPS ne sont pas sous la responsabilité directe de la DHSP.

Le SEPS est chargé: (1) d'élaborer des stratégies d'EPS pour chacun des programmes techniques du MSPAS; (2) de former le personnel de santé en EPS; (3) de produire du matériel didactique; et (4) d'assurer la supervision des programmes d'EPS/IEC dans les régions.

Ces dernières années, le rôle du SEPS s'est focalisé surtout sur la production du matériel éducatif. Sa mission est pourtant plus large: élaboration des orientations méthodologiques d'une approche d'IEC/EPS; diffusion d'activités et de matériels novateurs en matière de communication et d'éducation; supervision et l'appui continus aux programmes d'EPS dans les régions; évaluation périodique des stratégies et des agents impliqués dans l'EPS.

Une contrainte majeure pour le SEPS est le fait que pratiquement tous les moyens dont le service dispose proviennent des programmes techniques. Chaque année, le SEPS élabore son propre Plan d'Action; il a cependant peu de possibilités de l'exécuter, étant donné qu'il est tributaire des programmes techniques. Cette situation l'empêche de mettre en oeuvre ses propres initiatives et d'assurer un suivi continu de l'ensemble des stratégies dans les régions.

J. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

Le document sur l'Evaluation du Secteur Santé et Population (ESPS) a examiné les systèmes d'information du MSPAS en 1991 et a proposé la définition suivante d'un système fonctionnel: "Un système de gestion de l'information est un outil nécessaire pour l'étude systématique d'un système (ressources, investissement et résultats) visant à améliorer la répartition de ressources rares, gérer le progrès et les échecs, mesurer et comparer les résultats avec des objectifs fixés et communiquer les résultats à tous ceux qui sont concernés."

Le SIG a été évalué de manière formelle pour la dernière fois en 1993. De nombreux progrès ont été réalisés récemment avec l'impression des manuels et fiches de rapport nécessaires, qui s'est accompagnée d'un cours pour enseigner leur utilisation au personnel de santé. Sur les quatre régions de l'USAID, seulement Ziguinchor n'a pas encore terminé la phase de formation Le service bénéficie de l'assistance des bailleurs de fonds, notamment la Coopération Italienne, l'UNICEF et l'USAID.

On peut noter une prise de conscience croissante de l'importance du SIG. Des recommandations du récent atelier sur la SE/PF ont mis l'accent sur le renforcement du SIG et sur sa mise en place dans tout le pays d'ici à fin 1995.

Le système de surveillance de l'Initiative de Bamako, qui se fait deux fois par an, est particulièrement utile pour mesurer les progrès. Il permet en outre d'impliquer les comités de santé dans le processus de planification et de budgétisation. Ce système prend en compte cinq catégories d'indicateurs relatifs aux services: la disponibilité, l'accès, l'utilisation, la couverture convenable et la couverture efficace.

Les analyses des données et les plans d'action se font maintenant au niveau régional et au niveau des districts sanitaires (PRDS/PDDS), depuis la mise en oeuvre de la politique de décentralisation.

Les registres des cliniques de maternité contiennent déjà les éléments nécessaires pour l'estimation de la mortalité des enfants par la technique de l'accouchement précédent (PBT).

Cependant, il y a une sérieuse pénurie de ressources humaines, principalement au niveau du poste de santé où il n'y a qu'un seul professionnel de santé.

Les données du SIG ne sont pas bien utilisées par les différentes divisions du MSPAS, qui se servent encore des systèmes d'information parallèles. Beaucoup de résultats générés et beaucoup d'analyses faites ne sont pas encore utilisés à cause de retards et d'erreurs. Par exemple, le rapport statistique annuel du MSPAS pour l'année 1993 n'a été achevé qu'en février 1995.

Les indicateurs de l'Initiative de Bamako, jusqu'à présent, ne comprennent que les consultations prénatales, le PEV et les consultations curatives.

Les diagnostics des malades ne sont pas assez bien rapportés dans le SIG pour fournir des estimations raisonnablement précises sur les principales causes de mortalité et de morbidité infantiles. La révision et la simplification des formulaires sont envisagées.

La plupart des ordinateurs qui se trouvent aux niveaux national et régional ne sont pas utilisés efficacement. Les bases de données ont besoin d'être nettoyées et complétées pour améliorer leur qualité et le personnel qualifié n'est pas suffisant.

Il y a malgré tout des possibilités. D'autres indicateurs peuvent être incorporés dans le système de surveillance de l'Initiative de Bamako. La LMD sera le prochain volet, suivi des indicateurs de la nutrition et de la planification familiale.

Il pourrait y avoir une meilleure coordination entre le SIG et la formation fournie par l'assistance technique de Tulane à l'Institut pour la Santé et le Développement (ISED). Les cinq modules inscrits au programme sont: l'épidémiologie, la recherche opérationnelle, la gestion, la pédagogie et la formation.

Pour que le SIG puisse fonctionner normalement, il est crucial que la supervision soit intensifiée en vue de diagnostiquer les problèmes et de fournir l'assistance nécessaire.

Aussi un système d'information fonctionnel exige une rétroinformation opportune au personnel de terrain qui passe un temps non négligeable à remplir les formulaires. Sinon, le processus court le risque d'être perçu comme étant inutile, plutôt que comme une démarche nécessaire pour les besoins quantitatifs de la prise de décision dans un système de gestion moderne.

A l'heure actuelle, le SIG a encore besoin, pour son renforcement, d'être soutenu par les bailleurs de fonds. L'assistance italienne s'achève en juin 1995.

K. ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

D'après les informations disponibles au niveau du Conseil des ONG d'Appui au Développement (CONGAD), il y a au Sénégal 69 ONG qui travaillent dans le domaine de la santé, dont 39 locales et 29 internationales.

Parmi les ONG locales, environ 23 travaillent dans le secteur de la Survie de l'Enfant. On ne dispose pas de renseignements précis quant à l'ampleur et l'efficacité des actions menées par chacune de ces organisations. Il semble que beaucoup n'ont pas d'activités soutenues et que leur fonctionnement dépend de la disponibilité de crédits pour des projets particuliers. En général, ces organisations sont de création récente et elles sont faibles du point de vue institutionnel. Une recherche ultérieure sera nécessaire afin d'inventorier exactement leurs activités de SE et d'explorer les possibilités de renforcement avec un appui en assistance technique, formation, matériel didactique, etc.

Les ONG internationales impliquées dans la santé/SE, ont toutes un programme d'appui continu aux ministères et parfois elles appuient directement les communautés. La majorité de ces organisations sont impliquées dans les programmes de SSP/SMI caractérisés par: une collaboration étroite avec le MSPAS; le renforcement des compétences des agents de santé au niveau des districts par le biais de la formation et la supervision; l'appui aux stratégies de santé communautaire/SSP.

Des approches novatrices de mobilisation sociale et d'IEC ont été identifiées dans le cadre des SSP au niveau communautaire avec les organisations suivantes: Vision Mondiale, l'UNICEF, le Plan International, l'Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal, Christian Children's Fund, la Fondation Roussel Bertrand et l'ASBEF. Les expériences avec les moyens de communication traditionnelle (chansons, poèmes, réunions villageoises et sketchs/contes) sont intéressantes. La plupart de ces expériences ne sont malheureusement pas bien documentées et les leçons à en tirer ne sont pas synthétisées.

Une autre catégorie importante d'ONG est celle qui fournit un appui aux programmes cliniques en PF. On note dans cette catégorie l'ASBEF et SANFAM. Elles souhaitent renforcer les aspects de Survie de l'Enfant/Pédiatrie dans leurs programmes de services cliniques. L'assistance de BASICS au personnel de ces organisations, en termes de matériel technique, de matériel d'IEC et/ou de formation, sera bénéfique.

Les principales ONG travaillant dans la zone USAID sont les suivantes:

- Fatick	Plan International Dispensaires Catholiques (8)
- Kaolack	ASBEF Dispensaires Catholiques (9) Plan International SANFAM
- Louga	ASBEF Dispensaires Catholiques (1) Plan International Fondation Roussel Bertrand
- Ziguinchor	Dispensaires Catholiques (14)

L. LE SECTEUR COMMERCIAL

Les objectifs globaux de santé publique en ce qui concerne les maladies diarrhéiques pour la période 1995 à 1999 sont de réduire, chez les enfants de moins de 5 ans, la morbidité et la mortalité de 20 pour cent et 40 pour cent respectivement. Une condition cruciale au plan stratégique pour atteindre ces objectifs sera d'accroître l'accès à la thérapie de réhydratation par voie orale (SRO et autres liquides) à la maison, dans la communauté et dans les formations sanitaires.

Introduite il y a environ 10 ans par le projet PRITECH, l'utilisation des sachets SRO s'est limitée jusqu'à présent aux formations sanitaires (publiques et privés). Le volume annuel de SRO utilisé est tombé de 400.000 sachets en 1991 à 125.000 en 1993, à cause de la faiblesse du système de distribution. L'étude de la prise en charge des cas de diarrhée dans les formations sanitaires, dans la zone USAID, en septembre 1994, a confirmé ce problème - elle a trouvé que deux formations sanitaires sur cinq n'avaient pas de stocks de SRO le jour de l'enquête. Ce résultat a conduit le MSPAS à prendre des mesure pour renforcer le système de distribution au sein du système de santé publique, et à considérer le rôle potentiel du secteur privé commercial.

Cette analyse a pour but d'étudier la possibilité d'impliquer le secteur commercial dans la distribution et la vente des sachets SRO pour qu'il y ait complémentarité avec le système public. Les objectifs sont d'identifier les principaux intervenants et de proposer une stratégie de mobilisation du secteur privé qui pourrait être éventuellement durable.

Description de la situation actuelle des SRO

Le stock actuel de SRO au niveau de la PNA est de 700.000 sachets. Jusqu'à présent, les SRO ont toujours été distribuées gratuitement dans les formations sanitaires. En 1995, les SRO seront placées sur la liste des médicaments et produits essentiels de l'Initiative de Bamako, elles seront distribuées par la PNA aux régions par l'intermédiaire les PRA et vendues au prix unitaire de 50 FCFA.

Besoins théoriques en SRO pour 1995

Le nombre de sachets de SRO qu'on estime nécessaire pour l'année 1995 s'élève à 3,5 millions pour le Sénégal, dont 1,2 million pour les quatre régions de l'USAID. Si la distribution cette année se limite au volume de 1993 (125.000 sachets), seulement 3,6 pour cent des besoins théoriques seront couverts (voir les hypothèses utilisées pour les estimations à l'Annexe F).

Le marché pharmaceutique

Le marché total des médicaments est estimé à 27 milliards de FCFA (55 millions de dollars US) par an, dont 50 millions de dollars dans le secteur privé, y compris le marché parallèle, et 5 millions dans le secteur public. Les importations représentent 90 pour cent des produits et le reste est fabriqué localement à partir des matières premières importées. Trois grossistes approvisionnent le marché avec des produits qui sont divisés en trois groupes avec des marges bénéficiaires différentes allant de 9 pour cent à 33 pour cent. Les SRO ne sont pas actuellement disponibles en pharmacie.

Le secteur sanitaire privé

La majorité des professionnels de santé, médecins et pharmaciens du secteur privé, sont installés à Dakar et dans d'autres grandes villes du pays. Il y a des tradipraticiens partout dans le pays, avec une forte concentration dans les zones rurales.

Les antidiarrhéiques et les antibiotiques sont les médicaments de choix pour le traitement moderne de la diarrhée dans le secteur privé. La connaissance et l'utilisation des SRO sont, au mieux, superficielles.

SRO et secteur privé

Afin d'intéresser le secteur privé à la distribution des sachets de SRO, il faudrait démontrer que le marché existe et qu'il y a un moyen de faire des bénéfices. Il y a trois catégories de produits pharmaceutiques (social, régulier et conditionnement hospitalier) avec des marges bénéficiaires variables. Si le prix du sachet est de 52 FCFA, un conditionnement en gros paquets se traduirait par un prix public de 84 FCFA, avec 10 FCFA de bénéfice pour le grossiste et 22 FCFA pour le pharmacien.

La première étape vers un partenariat durable avec le secteur privé est la création d'un marché pour les SRO qui représenterait un volume annuel de vente d'au moins 500.000 sachets.

Les problèmes majeurs

Des décisions importantes doivent être prises par le gouvernement du Sénégal et la communauté internationale pour impliquer le secteur privé dans la distribution des sachets de SRO. Ces décisions doivent comporter:

1. La maximisation de la marge bénéficiaire, tout en maintenant un prix abordable pour le public;

2. Un engagement de l'USAID à continuer de fournir le produit dans l'immédiat;

3. Une politique et des règlements qui encouragent le secteur privé; et

4. Un engagement du secteur privé.

Conclusions

L'entretien avec les personnes clés du secteur privé a montré qu'elles sont prêtes à apporter leur concours et à coopérer.

III. POSSIBILITES EN MATIERE DE SURVIE DE L'ENFANT

A. LUTTE ANTIPALUDIQUE

Les statistiques de ces dernières années au Sénégal placent le paludisme au premier rang des motifs de consultation et des causes de mortalité.

Le paludisme est endémique dans tout le pays. Deux zones épidémiologiques principales ont été identifiées: la zone tropicale au sud (où la transmission s'effectue pendant quatre à huit mois de l'année), et la zone sahélienne, au centre et au nord du pays (où la transmission s'effectue pendant un à quatre mois).

Il n'y a pas, à l'heure actuelle au Sénégal, de programme structuré de lutte contre le paludisme. Cependant, les activités suivantes ont été exécutées:

1. La lutte antivectorielle récemment menée dans la communauté rurale de Pout (Région de Thiès).

2. L'expérience de Podor (Région de Saint-Louis) sur les moustiquaires imprégnées.

3. La mise à la disposition de tous les districts depuis 1993, à l'exception de ceux de Kolda et d'Oussouye, d'une boîte à images sur la chloroquinisation de la femme enceinte (malheureusement presque pas utilisée).

Dans le domaine du curatif, on peut noter les points suivants:

- Il n'exite pas de schémas thérapeutiques fondés sur des protocoles établis dans le cadre de la Stratégie Nationale qui définit les différentes formes cliniques du paludisme.

- Les ordinogrammes existants ne tiennent pas compte de tous les volets de la prise en charge des cas.

- L'initiative d'uniformisation du traitement dans les régions de Fatick, Thiès et Diourbel par l'élaboration en 1992 des fiches thérapeutiques.

- La diversité de schémas thérapeutiques à base de chloroquine et l'utilisation non standardisée des sels de quinine mise en exergue par une enquête effectuée en 1992 auprès des prescripteurs.

Dans le domaine pharmaceutique, la chloroquine est comprise dans la liste des médicaments de l'IB et l'Amodiaquine a été introduite sur la liste des Médicaments Essentiels comme médicament de seconde ligne, à côté des sels de quinine.

Huit études de chimiosensibilité des souches de Plasmodium ont été effectuées entre 1988-93 dans cinq sites différents. Les résultats ont montré une tendance de la chimiorésistance à augmenter dans un premier temps, puis à régresser.

Possibilités de relance du Programme de Lutte contre le Paludisme

Les indices suivants témoignent de la volonté du pays de relancer le Programme National de Lutte contre le Paludisme:

1. Un coordonnateur national a été nommé en juin 1994.

2. Un plan national a été élaboré, assorti d'objectifs, de stratégies et d'activités et d'un plan d'évaluation.

3. Un total de 23 indicateurs ont été retenus (4 d'impact, 13 de fonctionnement et 6 de résultats).

4. Les activités prévues pour l'exercice 1995 concernent les domaines suivant: initiation du personnel aux nouvelles stratégies de lutte antipaludique, à la mobilisation sociale, à la recherche opérationnelle et au matériel de laboratoires pour le diagnostic.

5. Une réunion des bailleurs des fonds était prévue pour le premier trimestre 1995, sous l'égide du Directeur de la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique pour mobiliser des ressources.

6. L'OMS a déjà consenti une assistance dans le cadre d'AFROPOC pour appuyer les efforts du programme.

Domaines d'appui possibles de BASICS

1. Etude sur la chimiosensibilité des souches de Plasmodium falciparum face aux antipaludéens usuels.

2. Appui à la standardisation de l'approche diagnostique et thérapeutique des cas de fièvre/paludisme.

3. Appui à la formation/recyclage du personnel de santé en ce qui concerne la prise en charge des cas de fièvre/paludisme. Possibilités d'intégration à la formation sur la prise en charge des cas de pneumonie et de diarrhée.

4. Etude de faisabilité sur l'utilisation de moustiquaires et de rideaux imprégnés dans une région du sud du pays où la période de transmission est longue (quatre à huit mois par an).

B. LUTTE CONTRE LES IRA

Les statistiques du Sénégal de ces dernières années placent les infections respiratoires parmi les cinq motifs principaux de consultation et causes de mortalité.

Le diagnostic et le traitement des IRA ne sont pas standardisés à tous les niveaux des structures sanitaires, entraînant un usage abusif des antibiotiques et des antitussifs.

Un premier plan couvrant la période 1992-1994 avait été préparé en 1992 en collaboration avec le projet PRITECH. Le document a été soumis à l'approbation des décideurs techniques (Pédiatres du CHU). Un comité technique consultatif composé de 13 membres a été constitué. Cependant, la mise en oeuvre du programme n'a pas encore démarré, faute de financement.

Possibilités de relance du Programme de Lutte contre les IRA

L'UNICEF aide les districts dans la mise en oeuvre du paquet minimum, dans le contexte de l'IB (les médicaments contre la pneumonie en font partie).

Le bureau de l'OMS au Sénégal a prévu une ligne budgétaire pour les IRA pour le biennum 1994-1995.

Un plan de relance des activités a été élaboré, avec un coût estimatif de 20.857.000 FCFA. Il porte sur les points suivants: (1) la révision et l'actualisation du Plan d'Action, (2) un séminaire de vulgarisation du document auprès du personnel de santé, et (3) des ateliers de planification et de formation.

Domaines possibles d'appui de BASICS

1. Appui à la standardisation de l'approche diagnostique et thérapeutique des cas de toux et de difficultés respiratoires.

2. Appui à la formation/recyclage du personnel de santé pour la prise en charge des cas de toux et des difficultés respiratoires. Il y a des possibilités d'intégration avec la formation sur la prise en charge des cas de paludisme et de diarrhée.

C. PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Actuellement, l'UNICEF est le partenaire le plus important pour le financement des activités de vaccination. En effet, son Plan d'Action 1992-1994 prévoit qu'il intervienne: (1) dans l'achat de vaccins, (2) dans le financement de la formation technique du personnel à tous les niveaux, (3) dans le financement de la supervision, (4) et dans la mise en place du matériel de la chaîne de froid et du matériel d'injection.

Il faut cependant souligner qu'à l'échéance du Plan 1992-1994, l'appui de l'UNICEF va considérablement diminuer. La priorité de cette organisation sera l'appui au système de recouvrement des coûts par le biais de l'Initiative de Bamako. L'appui de l'UNICEF au PEV se limitera à la fourniture des six antigènes traditionnels.

Organisation du PEV

Au niveau central, le PEV est placé sous l'autorité du Directeur de la Santé Publique et il est coordonné par le Médecin-chef du Service National des Grandes Endémies. Le coordonnateur est assisté d'un Comité de Suivi comprenant deux sous-comités (un groupe technique et un groupe de mobilisation sociale).

Au niveau régional, le PEV est placé sous l'autorité du Médecin-chef de région, assisté du Médecin-chef du secteur des Grandes Endémies, qui en est le coordonnateur régional. Le superviseur régional des Soins de Santé Primaires assiste ce dernier dans ses tâches d'organisation et de supervision.

Au niveau du district, le Médecin-chef de district coordonne les activités du PEV. Il est assisté par le superviseur départemental. Au niveau du poste de santé, l'Infirmier en chef du poste exécute le programme dans la zone dont il est responsable.

La population cible est constituée d'une part des enfants de 0-11 mois, avec un rattrapage jusqu'à 2 ans et, d'autre part, des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes.

Trois stratégies sont appliquées pour atteindre la population cible: (1) une stratégie fixe, pour les populations habitant dans un rayon de 5 km d'un point fixe de vaccination, (2) une stratégie avancée, pour les populations habitant entre 5 et 15 km d'un point de vaccination, et (3) une stratégie mobile au delà de 15 km. Soixante pour cent des populations sont tributaires de la stratégie fixe, 20 pour cent de la stratégie avancée ou itinérante, et 20 pour cent de la stratégie mobile qui est assurée par les équipes mobiles régionales et départementales (il y en a 15 dans le pays).

Evolution de la couverture vaccinale

La tendance générale de la couverture vaccinale est à la baisse. La proportion d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés, qui était estimée à 61 pour cent en 1991, se situe actuellement aux environs de 50 pour cent.

Le taux d'abandon entre le BCG et le DTCP3 se situe à 25 pour cent et entre le BCG et le vaccin anti-rougeoleux à 33 pour cent.

Situation des ruptures de stock

Les vaccins sont souvent stockés au niveau régional et au niveau des centres de santé, par crainte d'une rupture de stock au niveau central au moment où ces instances en ont besoin.

Il en résulte des pertes non négligeables de vaccins par défaillance de la chaîne de froid à ces niveaux. Il y a un problème fondamental: le système de commande des vaccins par les instances régionales et les centres de santé ne se fait pas en fonction des besoins réels de la population cible, de l'utilisation passée et des objectifs de couverture qui ont été fixés.

Chaîne de froid

Au niveau central, les vaccins sont conservés dans la chambre froide de la PNA. Jusqu'à présent, celle-ci ne pose pas de problème majeur, malgré sa vétusté.

Au niveau des régions, les vaccins sont conservés dans les congélateurs et réfrigérateurs qui ont une capacité insuffisante par rapport aux besoins.

Au niveau des districts et des postes de santé, les vaccins sont conservés dans les réfrigérateurs.

Le transport de vaccins entre les différents niveaux s'effectue au moyen de boîtes isothermes.

La visite sur le terrain a mis en évidence le problème de la stabilité des températures internes des réfrigérateurs, dans la fourchette de quatre à huit degrés centigrades.

Sécurité des injections

Les vaccinations se font au moyen du matériel stérilisable (seringues et aiguilles), fourni par l'UNICEF, tout en respectant le principe "une seringue-une aiguille-un enfant". Ce matériel est théoriquement renouvelé chaque année.

Effort d'éradication de la poliomyélite

Le personnel a été formé et du matériel de prélèvement a été fourni dans toutes les régions. La notification des cas suspects se fait par téléphone au niveau central, qui collabore avec l'Institut Pasteur pour la confirmation des cas et pour la surveillance de la circulation du virus sauvage. Chaque cas fait l'objet d'une enquête épidémiologique.

Surveillance épidémiologique

* **Rougeole**

Avec la baisse de la couverture vaccinale, on assiste à des épidémies cycliques de rougeole.

Les données disponibles montrent d'une part qu'un enfant sur dix attrape la maladie avant d'atteindre l'âge d'éligibilité pour la vaccination. D'autre part, environ 20 pour cent des cas de rougeole déclarés surviennent chez les enfants vaccinés.

* **Tétanos néonatal**

La couverture vaccinale antitétanique est encore faible (environ 45 pour cent). Quarante-sept pour cent des accouchements se font sans l'assistance d'un professionnel de la santé.

Outre les efforts pour augmenter la couverture vaccinale antitétanique chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer (ces dernières ne sont pas encore prises en compte par le programme), il est impérieux de promouvoir les bonnes conditions d'hygiène là où les mères accouchent (dans les maternités et à la maison).

Domaines possibles d'appui de BASICS.

Appui aux engagements pris par le pays d'élimininer le tétanos néonatal, de lutter contre la rougeole et d'éradiquer la poliomyélite.

- Elimination du tétanos néonatal:

  * Appui à l'amélioration de la couverture vaccinale;
  * Appui à l'identification des groupes à risque;
  * Appui à l'amélioration des conditions d'accouchement dans les établissements modernes et en dehors de ces établissements;
  * Appui à la surveillance épidémiologique.

- Lutte contre la rougeole:

  * Appui à l'amélioration de la couverture vaccinale;
  * Appui à la surveillance épidémiologique;
  * Appui à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques portant sur des cas de rougeole qui ont été vaccinés (mise au point d'un protocole d'enquête et enseignement de son utilisation au personnel).

- Eradication de la poliomyélite:

  * Appui à l'amélioration de la couverture vaccinale;
  * Appui au renforcement de la surveillance épidémiologique;
  * Appui à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques portant sur des cas déclarés (en collaboration avec l'Institut Pasteur).

D. MISE EN VALEUR DE LA VALLEE DU FLEUVE SENEGAL

Le Mali, la Mauritanie et le Sénégal sont les Etats membres de l'Organisation de Mise en Valeur du Fleuve Sénégal (OMVS). Deux barrages ont été construits sous les auspices de l'OMVS, Manantali au Mali et Diama au Sénégal (entre la Mauritanie et le Sénégal). L'objectif recherché est d'améliorer la qualité de la vie par l'augmentation de la production agricole, la fourniture d'électricité, le développement industriel, l'approvisionnement des villes en eau et la navigation des bateaux de la mer jusqu'à Kayes, au Mali.

En décembre 1994, une évaluation rapide, financée par l'USAID, menée par le Projet Santé et Environnement, a fait ressortir l'impact de ces barrages sur la santé: (1) un début d'épidémie de schistosomiase intestinale aux alentours des réservoirs et dans la basse vallée; (2) un accroissement du risque de maladies diarrhéiques, notamment le choléra et la fièvre typhoïde; (3) une malnutrition persistante en dépit de l'augmentation de la production de riz.

Bien que la vallée du fleuve Sénégal se situe hors de la zone d'intervention de l'USAID, cette dernière a demandé à BASICS de voir dans quelle mesure une assistance pourrait être fournie par le biais de son appui au programme national du SANAS, pour aider à l'application des recommandations relatives à la Lutte contre les Maladies Diarrhéiques. L'un de problèmes qui se posent est que le projet de 10 ans de l'USAID est arrivé à terme et qu'aucun financement n'est prévu à cet effet.

E. STRATEGIE EN MILIEU URBAIN

D'ici l'an 2000, plus de 50 pour cent de la population mondiale habitera dans des villes. Cette même dynamique d'urbanisation et de concentration dans les grandes villes est en train de se produire au Sénégal.

Dans les cinq années à venir, un Sénégalais sur deux sera citadin, et un sur quatre habitera la métropole qui sera formée de Dakar, Pikine, Guedewaye, Rufisque et Bargny. Ce phénomène a été accéléré par les sécheresses des années 1970 et continue pour plusieurs raisons, en particulier:

- La pression exercée par la rareté croissante et l'appauvrissement des terres cultivables;
- La recherche d'un emploi et d'une vie meilleure;
- Des taux de natalité élevés dus à une population jeune et à l'abandon des normes sociales et familiales.

Les principales causes de l'augmentation des maladies infectieuses et parasitaires incluent les changements de l'écologie des maladies dues à la pollution, à la pénurie d'eau potable et des mesures d'hygiène insuffisantes, à la promiscuité et à la sous-utilisation des services de santé.

Une importante assistance belge a été fournie aux services de santé du Département de Pikine depuis 1975, ce qui représente un modèle réussi de tarification des soins de santé primaires en milieu urbain.

Un résultat important de la politique nationale de décentralisation entreprise par le gouvernement est que les municipalités et leurs élus sont devenus des partenaires incontournables dans la prestation des services de santé aux populations urbaines. De ce fait, ces entités ont commencé à gérer des cliniques et même un hôpital (Abass Ndao, à Dakar).

Le projet SE/PF a notamment pour objectif de rechercher des moyens novateurs d'atteindre les populations urbaines à travers un programme pilote de vulgarisation. Encouragés par l'équipe du PNPF et de MSH, nous avons rencontré certaines personnalités dans la cité périurbaine de Pikine. Cette démarche a mis en évidence des possibilité et elle a surtout démontré une ouverture totale et un désir de dialogue avec l'USAID et avec le projet pour résoudre les problèmes relatifs à l'urbanisation.

Une ressource dynamique qui existe dans le Département de Pikine est le Centre Communautaire des Technologies Appropriées pour la Santé, dont les activités ont été décrites dans l'ESPS en 1991. Ce centre est bien connu de l'OMS, du Ministère de la Santé et de l'Université Cheikh Anta Diop. Depuis ce temps là, le centre a été transféré à Yeumbeul où, sans aucun appui financier des pouvoirs publics, il exécute une vaste gamme d'activités sanitaires et génératrices de revenus.

Convaincu que les pauvres du milieu urbain constituent un important groupe à risque qui croit rapidement, BASICS pourrait envisager d'offrir son expertise dans le cadre du développement et de la mise en oeuvre de stratégies urbaines multisectorielles et intégrées.

Les buts de BASICS dans ce domaine comprennent: une meilleure définition des besoins des enfants du milieu urbain, une adaptation appropriée des interventions préventives et curatives existantes en matière de Survie de l'Enfant, et la fourniture d'une assistance technique pour le développement de systèmes de prestation efficaces, durables et à la portée des populations.

Quatre stratégies essentielles pour atteindre ces objectifs sont: (1) le renforcement de la surveillance épidémiologique en milieu urbain, (2) un partenariat avec le secteur commercial et le secteur privé à but non lucratif, (3) une communication ciblée et la promotion de la santé au niveau des foyers et de la communauté, et (4) l'essai de mécanismes de financement nouveaux.

IV. INTERVENTIONS DE BASICS

LES GRANDS PRINCIPES

L'objectif du Bon de Commande de BASICS, tel qu'énoncé dans son Article II, est d'apporter une assistance aux activités de Survie de l'Enfant au Sénégal - une importance particulière étant accordée à la diminution de la mortalité infantile due à la diarrhée et à la déshydratation. Cet objectif sera atteint en donnant une plus grande place à la Réhydratation par Voie Orale dans le cadre du projet Survie de l'Enfant/Planification Familiale.

Le Plan Stratégique de l'USAID/Dakar (1992-1997) vise à améliorer la qualité de la vie en ayant des familles moins nombreuses et protégeant les ressources naturelles. Il souligne la nécessité d'avoir des stratégies urbaines et rurales et il note les possibilités en rapport avec la lutte contre le SIDA/VIH.

Le projet Survie de l'Enfant/Planification Familiale a eu deux versions de buts stratégiques. La première, en 1992, encourageait l'espacement des naissances par une meilleure connaissance des méthodes modernes de contraception et par l'utilisation de ces méthodes. La seconde, en 1994, a ajouté explicitement un autre but: la réduction de la mortalité infantile.

Les buts stratégiques de BASICS se situent à deux niveaux. Au niveau mondial, ce projet est le fer de lance de l'USAID pour contribuer à réduire la mortalité infantile dans les pays en

développement. Au Sénégal, il a pour mission prioritaire de faire régresser la mortalité infantile due à la diarrhée et à la déshydratation dans les régions qui bénéficient d'un concours de l'USAID: Fatick, Kaolack, Louga et Ziguinchor.

Finalement, quel est le Plan Stratégique du gouvernement du Sénégal en matière de Survie de l'Enfant? Le Sénégal a ratifié les buts internationaux convenus lors du Sommet des Enfants et il est en train de mettre en oeuvre un Plan d'Action National en faveur des enfants. Cette stratégie cherche à améliorer la qualité de vie des populations et à réduire la mortalité maternelle et infantile par les programmes intégrés de santé maternelle et infantile, y inclus la planification familiale.

La différence marquée entre la stratégie limitée de l'USAID/Dakar et l'approche plus globale du gouvernement sénégalais a suscité bien des débats lors du dernier atelier d'Actualistion du projet SE/PF. La réponse de l'USAID aux appels pour une assistance accrue en ce qui concerne la Survie de l'Enfant et l'intégration des services santé maternelle et infantile est la suivante:

- Le projet SE/PF est en train d'être actualisé;
- Le projet AIDSCAP intervient déjà dans la lutte contre le SIDA/VIH/MST,
- L'USAID n'est que l'un des nombreux bailleurs de fonds et elle encourage d'autres partenariats;
- Le PAP de BASICS prévoit l'étude des créneaux existants dans les domaines du paludisme, des infections respiratoires aigues et des maladies qui peuvent être évitées; le PAP stipule aussi que BASICS doit formuler des recommandations qui pourront aider la mission à atteindre ses objectifs stratégiques.

STRATEGIES PROPOSEES PAR LE PROJET BASICS (1995-1998)

Conformément aux directives du Bon de Commande pour le Sénégal, ce Plan d'Action a mis l'accent sur l'assistance au SANAS et à ses programmes de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et de Nutrition. Bien que les possibilités relatives à d'autres programmes de Survie de l'Enfant (paludisme, IRA et PEV) aient été examinées par l'équipe de BASICS, les stratégies spécifiques et les activités relatives à ces thèmes ne sont pas incluses dans le présent document. Si la mission de l'USAID intègre ces programmes dans les stratégies prioritaires pour le pays et trouve des fonds supplémentaires nécessaires, des propositions détaillées pourront alors être rapidement formulées.

Six objectifs ont été définis pour atteindre le but d'un renforcement des programmes nationaux de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et en faveur de la Nutrition, au niveau central et dans les quatre régions appuyées par l'USAID. Suivant le modèle conjoint USAID/BASICS intitulé "Le Chemin de la Survie" (voir Annexe G), ces objectifs sont axés sur la promotion de la bonne santé et la nutrition; la qualité de la prise en charge à domicile et dans la communauté; l'augmentation de la demande et l'accessibilité des soins de qualité dans les formations sanitaires; et de la promotion du partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres partenaires, qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé. Les objectifs du projet sont les suivants:

OBJECTIF 1 *Améliorer les capacités du Ministère de la Santé dans le domaine de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes de Survie de l'Enfant.*

OBJECTIF 2 *Accroître l'accès à une prise en charge adéquate des cas de diarrhée et de malnutrition dans les formations sanitaires (de 43 pour cent à 80 pour cent pour la diarrhée).*

OBJECTIF 3 *Améliorer les méthodes de prévention de la diarrhée et de la malnutrition, ainsi que la prise charge convenable des cas à la maison.*

OBJECTIF 4 *Etendre l'éducation nutritionnelle par la surveillance de la croissance pour les enfants de 0 à 36 mois, en mettant l'accent sur l'AME et les bonnes pratiques de sevrage.*

OBJECTIF 5 *Améliorer l'état nutritionnel de la femme enceinte.*

OBJECTIF 6 *Promouvoir l'AME dans les formations sanitaires et dans les communautés.*

JUSTIFICATION DES OBJECTIFS

OBJECTIF 1 *Améliorer les capacités du Ministère de la Santé dans le domaine de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes de Survie de l'Enfant.*

Cet objectif proposé vise, dans un premier temps, à améliorer la coordination entre les différents services du Ministère de la Santé impliqués dans des activités pour réduire la mortalité et la morbidité infantile, et à renforcer les capacités institutionnelles du SANAS pour pouvoir apporter un support technique aux régions et aux districts sanitaires.

Le SANAS a la responsabilité de définir et d'exécuter les programmes nationaux de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et la Nutrition, et de coordonner l'assistance des bailleurs de fonds. En conséquence, il doit disposer des ressources humaines suffisantes et être doté des compétences requises dans les domaines de la gestion, de la formation, de la supervision, de la recherche et de l'évaluation. BASICS propose une assistance technique et des ressources pour améliorer les compétences du personnel, au niveau central, des régions et des districts sanitaires.

Les chances d'un impact positif du projet BASICS sont renforcées dans la mesure où les divers partenaires prendront leurs décisions en fonction des données existantes. Des approches nouvelles seront utilisées pour faire le lien entre la recherche opérationnelle et la formation du personnel, en fonction des besoins des programmes.

Des activités spécifiques pour atteindre cet objectif sont: les projets de recherche/action, les essais de terrain pour les estimations de la mortalité en utilisant la technique de la naissance précédente, le monitorage systématique et l'évaluation, de pair avec la rétroinformation et les leçons apprises.

OBJECTIF 2 Accroître l'accès à une prise en charge adéquate des cas de diarrhée et de malnutrition dans les formations sanitaires.

L'étude sur la PEC des cas de diarrhée a mis en exergue de sérieuses lacunes dans la prise en charge des cas par le personnel de santé (environ un enfant diarrhéique sur vingt est correctement pris en charge). L'accès aux soins de qualité implique non seulement que la formation sanitaire soit géographiquement accessible, mais qu'elle dispose aussi d'un personnel compétent et du matériel nécessaire, notamment de sachets de réhydratation orale. En plus, une approche intégrée de la prise en charge des cas de diarrhée et de la malnutrition doit être adoptée pour que l'impact soit significatif.

Quarante pour cent des populations vivent dans un rayon de 5 km d'un centre de santé. Les soins de santé dispensés au niveau des centres de santé ou des hôpitaux ne sont pas nécessairement meilleurs que ceux des postes de santé, en raison du manque de personnel qualifié. Pour que 90 pour cent de la population de la zone de l'USAID ait accès à des soins de qualité dans une formation sanitaire, il faut: 1) améliorer la qualité des prestations sanitaires des agents de santé, 2) veiller à la disponibilité des sachets SRO, 3) établir un partenariat avec le secteur privé (cliniques, pharmacies et communautés), et 4) revitaliser les endroits choisis pour la réhydratation par voie orale (URO, CREN et coins de réhydratation).

OBJECTIF 3 Améliorer les méthodes de prévention de la diarrhée et de la malnutrition, ainsi que la prise en charge convenable des cas à la maison.

La qualité des soins à la maison dans les cas de diarrhée et de malnutrition est fonction des connaissances et des pratiques des mères et ou des personnes qui s'occupent des enfants. Les trois règles à respecter pour le traitement de la diarrhée sont: augmentation les liquides qui sont administrés, continuer à alimenter le sujet et savoir reconnaître au moins deux signes de danger indiquant que l'enfant doit recourir aux services d'une formation sanitaire.

Les mesures préventives connues et pratiquées par les familles sont indispensables pour réduire le nombre et la gravité des épisodes de diarrhée et de malnutrition. Bien que l'allaitement maternel soit universellement pratiqué au Sénégal, l'allaitement maternel exclusif est rare. Un autre problème est l'introduction tardive (à 8-9 mois) d'aliments en supplément de l'allaitement maternel.

Les populations rurales sont particulièrement vulnérables pour plusieurs raisons: l'accès à l'eau potable et l'utilisation des latrines sont limités, et le taux de vaccination contre la rougeole chez les enfants de moins d'un an est faible par rapport aux zones urbaines.

BASICS propose que l'on cherche avant tout à associer les divers intervenants (agents de santé, agents communautaires d'autres ministères et ONG, organisations communautaires et médias) dans des actions qui aboutiraient à un changement de comportement, aussi bien dans le domaine de la prévention que de l'amélioration du traitement à la maison. Dans l'élaboration de stratégies de programmes, il sera important d'effectuer des études à l'échelon communautaire pour comprendre la dynamique de la demande de services de santé et des comportements pour l'obtention de soins.

OBJECTIF 4 Etendre l'éducation nutritionnelle par la surveillance de la croissance pour les enfants de 0 à 36 mois, en mettant l'accent sur l'AME et les bonnes pratiques de sevrage.

La promotion d'une bonne nutrition chez les enfants est plus efficace si les parents, les membres de la communauté et les décideurs perçoivent la détection d'un ralentissement de la croissance comme un signe qu'il faut agir. La surveillance de la croissance est la méthode de choix pour obtenir cette information et concevoir une éducation nutritionnelle appropriée.

Les activités proposées vont renforcer et accroître l'éducation nutritionnelle par la surveillance de la croissance, aussi bien au niveau des centres de santé que dans la communauté, tout en insistant sur la pleine participation de cette dernière.

OBJECTIF 5 Améliorer l'état nutritionnel de la femme enceinte.

La santé et l'état nutritionnel de la femme enceinte ont une incidence majeure pour les chances de survie du nouveau-né et de l'enfant.

Les activités proposées, à mener avec la collaboration des services de santé maternelle et infantile, cherchent à inclure la surveillance et l'éducation nutritionnelles dans les soins prénatals de la femme enceinte, tant au niveau des services de santé qu'à celui de la communauté.

OBJECTIF 6 Promouvoir l'AME dans les formations sanitaires et dans les communautés.

Comme mentionné ci-dessus, l'AME jusqu'à l'âge de 150 jours est rare au Sénégal. Il y a deux autres problèmes: l'allaitement au sein ne commence que 24 à 48 heures après l'accouchement et, pour des raisons traditionnelles, on pense que le colostrum n'est pas bon pour l'enfant. Environ un enfant seulement sur 10 est mis au sein dans la première heure qui suit la naissance. Souvent c'est même le personnel de santé qui recommande aux mères l'eau sucrée et le lait animal donné au biberon, plutôt que le sein juste après la naissance.

Les activités proposées vont mettre en oeuvre l'approche "Amis des Bébés" dans certaines formations sanitaires et identifier les facteurs et les contraintes à prendre en compte dans la planification et l'exécution des activités d'AME au niveau de la communauté.

V. PLAN D'EXECUTION DU PROJET BASICS

L'assistance internationale dans le domaine de la santé au Sénégal est apportée d'une manière "balkanisée" à des domaines qui ne sont ni exhaustifs, ni ne s'excluent mutuellement. L'intervention de l'USAID se concentre sur les régions de Kaolack, Fatick, Louga et Ziguinchor. L'UNICEF, dans ses efforts de soutien pour l'Initiative de Bamako, est actif dans les régions de Kolda, Saint-Louis et Tambacounda; la Communauté Européenne travaille elle aussi à Saint-Louis. La Banque Mondiale est présente à Dakar, Diourbel et Thiès.

Le projet BASICS, en collaboration avec ces organisations, contribuera à la mise en place du mécanisme de collaboration et de prise de décisions concertées qui permettra d'harmoniser les interventions et d'utiliser les ressources de manière plus rationnelle. Un comité de suivi sera créé avec pour mission de définir des règles de conduite, des mécanismes de collaboration entre les organisations et des procédures pour appuyer l'action des partenaires du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, aussi bien au niveau central qu'à celui des régions et des districts.

Le projet BASICS étant une des agences de coopération qui opère dans le cadre du projet SE/PF dirigé par Management Sciences for Health, mettra en place des mécanismes techniques et administratifs. Ces mécanismes comporteront des réunions trimestrielles, la standardisation des méthodes comptables, l'échange et la diffusion de l'information, et la coordination des activités.

Parmi les activités spécifiques devant être administrées conjointement figurent l'ouverture de comptes bancaires dans les régions, l'achèvement du manuel des procédures, l'achat des sachets de réhydratation pour tout le pays et de matériel pour les URO/CREN des régions et des districts et pour les coins TRO de la zone de l'USAID.

BASICS fournit directement au SANAS, au niveau central, une assistance technique et financière pour l'exécution et le monitorage des programmes LMD et Nutrition. L'apport de cette assistance sera géré à partir du Bureau de BASICS par un conseiller résident, secondé par un nutritionniste (à recruter), tous deux travaillant en étroite collaboration avec le SANAS. Un appui complémentaire sera fourni, en fonction des besoins, par le personnel de BASICS du bureau régional et du siège.

Toutefois, le SANAS reste maître d'oeuvre de la réalisation des activités LMD/Nutrition.

Outre les ressources pour le fonctionnement du SANAS, BASICS a la responsabilité de gérer les ressources qui sont destinées aux activités de formation des équipes de région et de district, à la formation à l'extérieur, à la recherche opérationnelle, au développement de matériel IEC et à la supervision.

Les procédures qui seront mises en place pour l'utilisation des fonds de l'USAID seront conformes aux règlements de la mission en ce qui concerne les indemnités journalières et les méthodes comptables établies par BASICS.

VI. PLAN D'EVALUATION

A. STRATEGIE D'EVALUATION DE BASICS

L'évaluation et le monitorage de l'exécution du projet sont les composantes clés des plans stratégiques de BASICS. La responsabilité de l'élaboration et de l'exécution des stratégies d'évaluation incombe à la Division Evaluation, aidée par le Groupe de Travail de l'Evaluation et du Monitorage au sein de la Division Technique. Les trois principales composantes de ces stratégies sont les suivantes:

1. Evaluation du programme de Survie de l'Enfant et monitorage au niveau du pays;
2. Evaluation pour améliorer les services locaux;
3. Evaluation et monitorage du projet BASICS.

B. MODELES CONCEPTUELS ET DEFINITIONS

Une approche axée sur l'obtention de résultats nécessite que les données soient disponibles à temps pour permettre aux décideurs et aux gestionnaires de programmes de calculer les progrès et les indicateurs de performance servant de base à des actions ou pour redéfinir les stratégies, le cas échéant. Le système d'évaluation du projet est un processus circulaire, répétitif et hiérarchique; il repose sur des hypothèses logiques et il continue de fonctionner durant toute la vie du projet.

En principe, le but de l'évaluation du projet est de démontrer l'impact positif des activités du projet sur la Survie de l'Enfant. En réalité, il faut plutôt compter sur le processus et les résultats intermédiaires, pour plusieurs raisons: le temps qu'il faut pour qu'un changement se produise, les coûts de collecte de données, les problèmes de mesure et les incertitudes au sujet du lien de cause à effet.

Etroitement lié à l'évaluation, et complémentaire de celle-ci, il y a le programme de monitorage/surveillance, qui est fondé sur un système d'information pour la gestion (SIG) fonctionnel et qui est nécessaire pour améliorer l'efficacité de la gestion quotidienne.

C. PROCESSUS D'EVALUATION

Théoriquement, pour tout programme BASICS dans un pays, le PAP met en route le processus d'évaluation en évaluant les besoins de la Survie de l'Enfant, en déterminant la base de départ pour le démarrage des activités du projet, en choisissant des indicateurs mesurables qui sont adaptés au projet, et en identifiant les sources de données ainsi que leurs lacunes.

Comme annoncé dans l'introduction, une grande partie de ce travail de base a été réalisée pendant la phase "Pré-PAP" de la première année du projet. L'un des points saillants de cette étape a été l'Atelier d'Actualisation du Projet SE/PF (Dakar, février 1995). L'objectif de cet atelier était de mettre à jour les buts du projet, les stratégies et les indicateurs de performance, en fonction des

changements intervenus depuis la rédaction du document du projet en 1991. L'étape suivante de ce processus devait être la mise au point, en mai 95, d'une matrice d'évaluation des performances acceptable pour l'USAID, le Ministère de la Santé, MSH et les autres agences de coopération. Cette matrice doit permettre de suivre les progrès vers les résultats énoncés dans les termes de référence, et de résoudre les problèmes lorsqu'ils apparaissent. Le contenu de cette matrice doit inclure:

- Des indicateurs de performance relatifs aux point de référence à mi-projet (1997);
- Les responsabilités de chaque agence de coopération;
- Des indicateurs de performance en fin de contrat;
- Une description de la situation de base de l'avant-projet;
- Des hypothèses cruciales dans un cadre logique, nécessaires pour le succès du projet;
- Des indicateurs pour suivre le statut des hypothèses durant l'exécution du projet;
- Une distinction entre la responsabilité des agences de coopération, les facteurs exogènes et la responsabilité du gouvernement du Sénégal.

D. INDICATEURS DE PROGRES (l'analyse suivante se limite aux régions USAID)

LMD

1. Accès à la PEC des cas de diarrhée

- Définition: Proportion des centres de santé avec au moins une personne ayant une formation suffisante en ce qui concerne la prise en charge des cas de diarrhée, avec en plus un stock de sels de réhydratation orale.
- Source de données: Enquête dans les centres de santé
- Estimation de base: 43 pour cent
- Cible à atteindre: 80 pour cent

2. Connaissance des mères sur la PEC des cas de diarrhée à la maison

- Définition: Proportion des mères qui connaissent les trois règles du traitement de la diarrhée à la maison: augmentation des liquides, alimentation continue et connaissance d'au moins deux des sept signes de danger suivants:

1. Beaucoup de selles liquides;
2. Vomissements fréquents;
3. Soif intense;
4. Difficulté à manger ou à boire;
5. Fièvre;
6. Sang dans les selles;
7. Pas d'amélioration après trois jours.

- Source de données: Enquête dans les centres de santé
- Estimation de base: 32 pour cent
- Cible à atteindre: 50 pour cent
- Commentaire: Etant donné que les femmes qui amènent leurs enfants dans les centres de santé ne sont pas représentatives de la communauté, ces questions peuvent être ajoutées aux études EDS pour les estimations portant sur l'ensemble de la population.

3. Connaissance des mesures de prévention de la diarrhée parmi les populations

- Définition: Proportion de familles qui connaissent au moins trois moyens de prévention de la diarrhée à partir d'une liste de possibilités comprenant:

1. L'hygiène (enlèvement de déchets);
2. L'evacuation des matières fécales humaines (latrines);
3. L'eau potable;
4. Le lavage des mains au savon avant les repas;
5. L'allaitement maternel exclusif pour les moins de 5 mois;
6. La vaccination contre la rougeole.

- Source de données: Aucune pour le moment
- Estimation de base: Inconnue
- Cible à atteindre: 50 pour cent des ménages
- Commentaire: ces questions peuvent être ajoutées à l'EDS

4. Pratique des mesures de prévention de la diarrhée parmi les populations

- Définition: Proportion de familles qui pratiquent au moins trois moyens de prévention de la diarrhée à partir de la liste précédente de possibilités.
- Source de données: Aucune pour le moment
- Estimation de base: Inconnue
- Cible à atteindre: 30 pour cent des ménages
- Commentaire: Ces questions peuvent être ajoutées à l'EDS

Allaitement

5. Connaissance du personnel de santé sur les avantages de l'AME

- Définition: Proportion du personnel de santé connaissant les avantages de l'allaitement au sein.
- Source de données: Aucune pour le moment
- Estimation de base: Inconnue
- Cible à atteindre: Non précisée

- Commentaire: Ces questions peuvent être ajoutées à l'étude de PEC. Le nombre et la description des avantages doivent être précisés.

6. Connaissance des mères sur l'AME

- Définition: Proportion des mères qui connaissent les avantages de l'allaitement au sein.
- Source de données: Aucune pour le moment
- Estimation de base: Inconnue
- Cible à atteindre: Non précisée
- Commentaire: Ces questions peuvent être ajoutées à l'EDS. Le nombre et la description des avantages doivent être spécifiés.

7. Allaitement maternel exclusif des nourrissons au sein

- Définition: Proportion d'enfants de moins de 5 mois nourris exclusivement au sein.
- Source de données: EDS
- Estimation de base: 6,6 pour cent
- Cible à atteindre: 15 pour cent
- Commentaire: L'estimation de l'EDS porte sur le groupe d'âge des moins de 4 mois, tandis que le présent indicateur porte sur les enfants de moins de 5 mois. L'EDS peut fournir une estimation ajustée.

8. Aliments semi-solides et solides en supplément à l'allaitement au sein

- Définition: Proportion d'enfants de 5-9 mois reçevant des aliments semi-solides et solides en plus de l'allaitement au sein.
- Source de données: EDS
- Estimation de base: 66 pour cent
- Cible à atteindre: 80 pour cent
- Commentaire: L'estimation de l'EDS porte sur les enfants de 6-9 mois (180-270 jours), tandis que cet indicateur porte sur les enfants de 5-9 mois (150-270 jours). L'EDS peut fournir une estimation ajustée.

9. Surveillance nutritionnelle

- Définition: Proportion d'enfants de moins de 36 mois qui sont pesés et mesurés régulièrement.
- Sources de données: Aucune pour le moment
- Estimation de base: Inconnue
- Cible à atteindre: Non précisée
- Commentaire: La définition de la surveillance "régulière" doit être précisée.

10. Enfants souffrant de malnutrition modérée ou grave

- Définition: Proportion des enfants de moins de 36 mois dont le poids/âge ou le poids/taille est inférieur à -2 écarts types de la moyenne de la population de référence.
- Source de données: EDS
- Estimation de base: P/A (22 pour cent), P/T (11 pour cent)
- Cible à atteindre: P/A (16 pour cent), P/T (non précisé)
- Commentaire: Les chiffres de base portent sur le groupe d'âge 6-36 mois, au lieu de moins de 36 mois. Les estimations peuvent être ajustées pour le groupe d'âge de moins de 36 mois. Il peut y avoir des différences entre les populations urbaines et les populations rurales.

11. Faible poids à la naissance

- Définition: Proportion de nouveaux-nés non-gémellaires dont le poids à la naissance est inférieur à 2,5 kg.
- Source de données: Aucune pour le moment
- Estimation de base: 11 pour cent
- Cible à atteindre: 5 pour cent
- Commentaire: L'estimation de base de 11 pour cent est probablement une sous-estimation, puisque la plupart des accouchements se font en dehors du système de santé et que, de ce fait, les enfants ne sont pas pesés. L'objectif de l'OMS étant de ne pas dépasser 10 pour cent des nouveaux-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 2,5kg, l'objectif de 5 pour cent est beaucoup trop bas.

SOURCES DE DONNEES

Il y a au Sénégal beaucoup de sources de données existantes et potentielles sur la santé. Les principales sont:

1. Le gouvernement du Sénégal

a. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
- * Service de Statistiques
  - Service de données de routine
    (Système d'information pour la gestion)
- * Service de Soins de Santé Primaires
  (Monitorage de l'Initiative de Bamako)
- * Unité de Décentralisation
  - Analyses annuelles des régions et districts sanitaires

2. La communauté internationale

a. OMS
- * Enquêtes

b. UNICEF
- * Evaluation à la mi-décennie des buts du Sommet Mondial (prévue pour la fin de 1995)
- * Etude des sites sentinelles
  - - Cycles de 3-4 mois prévus jusqu'en 1996 (les résultats pour le premier cycle ne sont pas encore disponibles)

c. Banque Mondiale (Projet de Développement des Ressources Humaines)
- * Evaluation à mi-parcours: février 1995

d. USAID
- * MACRO
  - - EDS "légère" en 1996
  - - EDS III en 1997/98
- * MSH (SE/PF)
  - - Données de base du projet
  - - Logiciels
    - . Données sur les prestations sanitaires
    - . Gestion logistique des produits
- * BASICS
  - - Données de base du projet
  - - Répéter l'Etude dans les formations sanitaires
  - - Autres activités prévues
    - . Analyses supplémentaires sur EDS II (Base de données disponible en août 1995)
    - . Aider le MSPAS à tester et évaluer les estimations de la mortalité
      - + technique de la naissance précédente
      - + autopsies verbales
    - . Elaboration des outils d'Evaluation "rapide"
    - . Utilisation des outils pour étude qualitative
      - + Groupes cibles
      - + Evaluation participative
    - . Collaboration avec l'OMS
      - + Etudes sur la prise en charge intégrée

E. LE CADRE LOGIQUE DU PROJET BASICS

Le cadre logique présenté résume le plan stratégique pour le projet BASICS au Sénégal. La matrice décrit six objectifs et activités pour renforcer les programmes nationaux de LMD et de nutrition. Les tâches détaillées nécessaires pour le plan de travail et les budgets ont été élaborées, mais ne sont pas incluses dans le cadre logique.

ANNEXES

Previous Page Blank

ANNEXE A

TERMES DE REFERENCE DU PAP EN ANGLAIS
(CAP Terms of Reference)

Previous Page Blank

SENEGAL CAP TERMS OF REFERENCE

SENEGAL CAP (GENERAL):

1. Purpose: The CAP team will review achievements to date under USAID-funded child survival projects (PRITECH, HEALTHCOM), review and update existing strategies and develop a country activity plan for the BASICS delivery order in CDD/Nutrition which responds to the needs of the national program. In addition, the team will review the objectives of the national program, needs for services within USAID's geographic zone of intervention, other donor inputs and gaps in order to identify additional child survival interventions (e.g., Acute respiratory infections, malaria, EPI) that need to be addressed in order for the Mission to achieve its strategic objectives. The following scopes of work are proposed:

(A) For Dr. Kelly: Dr. Kelly will travel to Senegal in advance of the CAP as the BASICS headquarters representative to the USAID/MOH/MSH Child Survival/Family Planning Project Evaluation Workshop which starts on January 30, 1995.

As the team leader, Dr. Kelly will be the key representative of the BASICS Project for the team with the Ministry of Public Health and Social Affairs, USAID, WHO, UNICEF and other donors. Dr. Kelly, who is the key BASICS Technical Advisor to BASICS Senegal will provide leadership to the team, helping other members synthesize, analyze, and present their findings in a programmatic framework which responds to the BASICS Senegal delivery order and the realities of the country. The team leader will present findings to both the Ministry of Public Health and Social Affairs and USAID/Dakar at the end of the consultancy, and will ensure that both the draft and final CAP document are finalized in a timely manner.
Before departure from Senegal, he will submit a draft report which should include/address the following: inventory of programs and a detailed operational workplan for the first quarter of 1995.

(B) For Dr. Koné: as the Program Development Specialist, Dr. Adama Koné will ensure that the findings and analysis are developed into a clearly designed programmatic and operational document responding to the BASICS Senegal CDD/Nutrition delivery order, as well as proposed interventions (malaria, acute respiratory infections, EPI) to USAID/Dakar. Dr. Koné will work closely with SANAS, The MOPHSA and MSH to plan for operational research and additional studies to be carried out as determined in the delivery order. The Program Development Specialist will develop a corresponding project evaluation plan for the Senegal Country Activity Plan based upon key CDD indicators revised at the January 1995 SCS/FP seminar in Dakar led by the institutional contractor, MSH. He will also help the CAP team develop the BASICS programmatic strategy in response to the delivery order.

(C) For Dr. Aubel: as the IEC/NGO Specialist, Dr. Aubel will review the MOH IEC national strategy and corresponding activities, and carry out an inventory of IEC products developed with funding from UNICEF, WHO and USAID health projects (PRITECH, HEALTHCOM) particularly in the areas of diarrheal diseases and nutrition. Dr. Judi Aubel will primarily assess IEC needs in CDD/Nutrition in the public and private sectors in collaboration with the Ministry of Public Health and Social Affairs, SANAS and the USAID SCS/FP Project, and develop a strategic IEC plan for the BASICS CDD/Nutrition delivery order over a five year period. Dr. Judi Aubel will guide the CAP team on how best to design a program which

Previous Page Blank

responds to findings of health behavior change at both the household and caretaker levels and will work closely with the National Service of Feeding and Applied Nutrition (SANAS) as well as colleagues working under USAID-funded activities: particularly the MSH and AIDSCAP IEC Specialists. The consultant will also assess IEC needs for the national malaria, EPI and acute respiratory infection programs.

Dr. Aubel will also review the roles and activities in child survival, and in particular CDD/Nutrition, of the international PVO'S (PLAN International, AFRICARE, etc), the local IPPF affiliate, ASBEF, the Catholics, and a local NGO consortium, Santé Familiale (SANFAM) funded by USAID/AFRICARE. The consultant will recommend possible areas of collaboration in the private and NGO sector in the areas of CDD and Nutrition, in particular where financial and technical assistance is provided by the USAID SCS/FP Project. The consultant will be given four weeks to carry out this task, with the fourth week devoted to the NGO sector.

(D) For Dr. Mutombo: as the Child Survival Specialist, Dr. Mutombo will review the national child survival programs (CDD, Nutrition, EPI, ARI, Malaria), how they are structured, implemented, and integrated at the district and regional level in the four USAID-Assisted regions. Per the senegal CDD delivery order, the consultant will work closely with SANAS to develop a strategic training plan for CDD case management at the home and health facility. Dr. Mutombo will formulate recommendations to improve integrated case management of the sick child at service delivery points, as well as how to best accent prevention within the service delivery system.

(E) For Nabil Harfouche: Nabil Harfouche will evaluate the resources of the private sector in regards to its ability to procure, distribute, and promote pharmaceutical products relevant to child survival, but in particular oral rehydration salts. To do so, he will take advantage of work done earlier under the PRITECH Project by Steve Fabricant. The Consultant will identify the main players in the commercial sector who have the potential to contribute to child health, particularly pharmacists and private-sector service providers. Harfouche will identify the capacity and resources of producers, importers, distributors and promoters of medicine necessary for child health and develop a strategy to mobilize resources, especially in regards to greater accessibility of oral rehydration salts in the private sector. During the course of this exercise, he will coordinate with the in-country representative of the SOMARC Project which envisions adding ORS to its list of socially marketed commodities.

(F) For Serigne Diene: Dr. Diene will work closely with the National Service of Feeding and Applied Nutrition (SANAS) between February 15 and March 5, 1995, to develop BASICS Project plans in Nutrition, using as a framework the existing nutrition project developed by SANAS with technical assistance from the WINS Project and WELLSTART. The Expanded Breastfeeding Promotion Project/WELLSTART has finalized their programmatic strategy with SANAS and anticipates collaboration with the BASICS Project, vis-a-vis support from the BASICS Nutritionist to be hired in early 1995 upon completion of the CAP document. The consultant should also carefully review the BASICS Senegal CDD delivery order with USAID/Dakar and determine how nutritional aspects of CDD can be strengthened.

2) PROPOSED ACTIVITIES: the CAP team will work with BASICS Senegal Country Advisor, Mamadou Sène, and two MOPHSA Counterparts. Mamadou Sène will provide technical and programmatic oversight and guidance to the CAP team, and two counterparts selected by the MOPHSA will work as

technical advisors to help the BASICS team represent the Ministry of Public Health. The following specific activities are proposed:

(A) FACT-FINDING AND PROBLEM ANALYSIS

(I) Review and analysis of pertinent background documents, including PRITECH, and HEALTHCOM Reports and IEC materials, the BASICS/MOPHSA 1994 Health Facility Survey, DHS, The Mission API, World Bank Reports, and UNICEF documents.

(II) TEAM PLANNING MEETING: a Team Planning Meeting will be held upon arrival in Senegal led by the Team Leader to clarify roles and responsibilities of the team members in preparing the CAP.

(III) Continued discussions with USAID, MOH, UNICEF, and other donors on progress achieved and problems encountered under earlier child survival projects, particularly PRITECH, to strengthen the national CDD program, and to identify where further effort should be targeted.

(IV) Visits to the field in week two to observe child health care delivery practices and constraints, visiting both public MOPHSA and PVO project sites (PLAN International, Kaolack).

(V) Meetings with the NGO and commercial sectors to determine their level of interest and potential involvement in child survival, particularly in the procurement, distribution and marketing of ORS.

(B) DEVELOPMENT OF A PROGRAM DESIGN: Development of a strategic plan for discussion with USAID, MOH and other donors based upon the BASICS Senegal CDD/Nutrition delivery order.

--The program goal for CDD/Nutrition/Child Survival for which BASICS can contribute.

--The program purpose, a statement of accomplishments that BASICS could achieve.

--The expected project results, the specific outputs or immediate results of project activities and the interMEDIATE OUTCOMES OF PROJECT ACTIVITIES.

--The project inputs and activities

(C) DEVELOPMENT OF AN EVALUATION PLAN: Development of a draft evaluation plan. In this section the CAP will specify performance indicators for the BASICS activities in Senegal, and present baseline data for key indicators to be incorporated into the MOPHSA/SCS/FP/BASICS information system.

(D) DEVELOPMENT OF A MANAGEMENT PLAN: A timeline for activities will be developed. The CAP team will also describe to USAID staff, government officials, and other parties as necessary, the BASICS structure for managing country programs, including management from BASICS/W, BASICS Regional West Africa office in Dakar, Senegal, and BASICS/Senegal.

(E) PRESENTATION AND APPROVAL OF THE CAP: The draft CAP will be presented to USAID Dakar and the MOPHSA prior to the team's departure. It will be modified to incorporate feedback from appropriate parties in Senegal, and will be presented to BASICS and AID/W staff for approval and finalization.

3. ANTICIPATED CONTACTS: The USAID Mission and the MOPHSA will be the principal contact in-country. Team members will contact Mission staff for briefing/debriefing as needed, keeping in mind that the Mission is moving between February 11 and 21.

A. MINISTRY OF HEALTH COUNTERPARTS: Two counterparts will be selected by the MOPHSA (one from SANAS) to work as technical advisors to help the basics team represent the Ministry of Public Health in this important exercise. Specific roles and responsibilities of the MOPHSA counterparts will be to: help the BASICS team establish MOPHSA contacts in the national and regional levels, coordinate field trips and logistical preparations, locate resource documents, provide input with the analysis of the team's findings, and present those findings to the MOPHSA and USAID/Dakar.

B. BASICS SENEGAL COUNTRY ADVISOR: While the Country Advisor, Mamadou Sène will continue to give priority to ongoing activities with SANAS, he will provide some technical and programmatic oversight and guidance to the CAP team, particularly briefing them on the BASICS Senegal CDD delivery order, past achievements with the PRITECH Project and achievements to date with the BASICS Project. Sène and his staff will arrange for the translation of these terms of reference and conduct preliminary discussions of these terms with the Director of Public Health. Together with SANAS colleagues, the Country Advisor will help the team with planning and logistics for field trips.

ANNEXE B

DOUZE INDICATEURS GLOBAUX PROPOSES POUR SURVEILLER LE PROGRES DE LA SANTE

DOUZE INDICATEURS GLOBAUX PROPOSES POUR SURVEILLER LE PROGRES DE LA SANTE

INDICATEUR	REALISATIONS
1 LA SANTE POUR TOUS A RECU L'APPUI DE LA POLITIQUE DES INSTANCES LES PLUS ELEVEES	1978 - ADHESION A LA DECLARATION D'ALMA ATA (LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000) 1988 - DECLARATION D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION (REVISEE EN AOUT 1994) 1989 - DECLARATION D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE 1990 - RATIFICATION DES DROITS DES ENFANTS DECLARES A LA CONFERENCE DES NU SUR LA SANTE DE L'ENFANT 1990 - PROGRAMME NATIONAL DE PF 1990 - PROGRAMME NATIONAL DE MORTALITE MATERNELLE 1990 - PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES (1990 - 1995) 1991 - PLAN D'ACTION NATIONAL POUR LES ENFANTS 1991 - PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION; PLAN D'ACTION 1991 - 1996 1992 - CONAPORH 1994 - POLITIQUE NATIONALE SUR LES BONNES PRATIQUES D'ALLAITEMENT ET DE SEVRAGE 1994 - PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (1995 - 1997) PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MST/SIDA 1994 - PROGRAMME TRIENNAL D'INVESTISSEMENTS PUBLICS 1994 - PROGRAMME D'AJUSTEMENT STRUCTUREL 1995 - PLAN D'ORIENTATION POUR LE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL (1996 - 2000) REFORME ADMINISTRATIVE ET TERRITORIALE
2 LES MECANISMES D'IMPLICATION DES POPULATIONS DANS LA REALISATION DES STRATEGIES ONT ETE MIS EN PLACE OU RENFORCES ET SONT EN REALITE FONCTIONNELS	- MISE EN OEUVRE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO POUR SOUTENIR LA STRATEGIE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES - RENFORCEMENT DE LA DECENTRALISATION ET DE LA DECONCENTRATION DU POUVOIR DE DECISION - PLANS D'ACTION DES REGIONS ET DES DISTRICTS SANITAIRES - COMITES SANITAIRES A TOUS LES NIVEAUX DU SYSTEME MEDICAL (HOPITAUX, CENTRES ET POSTES DE SANTE) - UTILISATION RATIONNELLE DES MEDICAMENTS/PRODUITS ESSENTIELS - DESIRE DE PARTENARIAT AVEC LE SECTEUR PRIVE (COMMERCIAL ET ONGs)
3 AU MOINS 5% DU PNB REVIENT A LA SANTE	- LE BUDGET ALLOUE A LA SANTE PUBLIQUE EXPRIME EN POURCENTAGE DU BUDGET D'EXPLOITATION DE L'ETAT ETAIT DE 5,7% EN 1992/93. CE POURCENTAGE EST INFERIEUR AU 9% RECOMMANDE PAR L'OMS ET EQUIVAUT A 1500 FCFA OU 3 $ US PAR PERSONNE ET PAR AN.

Previous Page Blank

INDICATEUR	REALISATIONS
4 UN POURCENTAGE RAISONNABLE DES DEPENSES NATIONALES ALLOUEES A LA SANTE EST CONSACRE AU SOINS DE SANTE AU NIVEAU LOCAL	- 68% DU BUDGET ALLOUE A LA SANTE PUBLIQUE COUVRE LES SALAIRES - LES CONTRIBUTIONS DES COMITES DE SANTE S'ELEVAIENT A 600 MILLIONS FCFA EN 1993, DONT 460 MILLIONS FURENT DEPENSES DANS L'ACHAT DES MEDICAMENTS ESSENTIELS DE L'INITIATIVE DE BAMAKO (0,12 $ US PAR PERSONNE ET PAR AN)
5 LES RESSOURCES SONT EQUITABLEMENT REPARTIES	- UN MONTANT DISPROPORTIONNE EST DEPENSE DANS LES SOINS TERTIAIRES, EN PARTICULIER LES HOPITAUX - IL EXISTE DES INEGALITES REGIONALES EN 1990, ON A ESTIME QUE DAKAR AVEC 22% DE LA POPULATION A CONSOMME 40% DU BUDGET DE LA SANTE
6 LES BESOINS EN MATIERE DE RESSOURCES EXTERIEURES RECOIVENT UNE ASSISTANCE SOUTENUE DE LA PART DES PAYS NANTIS	- LA MAJEURE PARTIE DU BUDGET ALLOUE AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES PROVIENT DE L'AIDE ETRANGERE - LES PRINCIPAUX PARTENAIRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE SONT: - AU NIVEAU INTERNATIONAL: LES NATIONS UNIES, LA BANQUE MONDIALE, LE MARCHE COMMUN EUROPEEN - AU NIVEAU BILATERAL: ETATS-UNIS, FRANCE, CANADA, BELGIQUE, ALLEMAGNE, JAPON, ITALIE, NORVEGE - ONGs NATIONALES ET INTERNATIONALES: - ENDA, CECI
7 LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES SONT DISPONIBLES POUR TOUTE LA POPULATION, ET SE CARACTERISENT COMME SUIT: - EAU POTABLE A LA MAISON OU A 15 MN DE MARCHE	MENAGES - MILIEU RURAL: 28% (24L/PERSONNE/JOUR (SAUMATRE DANS CERTAINES ZONES, EXCES DE FLUOR A KAOLACK) - MILIEU URBAIN: 85%
- DES INSTALLATIONS SANITAIRES ADEQUATES	- MILIEU RURAL: LA PLUPART DES GENS NE DISPOSENT PAS DE SYSTEMES ADEQUATS - MILIEU URBAIN: PRES DE LA MOITIE NE DISPOSE PAS DE SYSTEMES ADEQUATS (AGGRAVATION DU PROBLEME DE L'ENLEVEMENT DES ORDURES)
- IMMUNISATION POUR LES 6 MALADIES DU PEV	MOINS DE 1 AN - BCG: 77% FEMME: TT1 - 40% DPT3: 56% TT2 - 29% POL3: 56% MEA: 45% CCV: 45% YF: 45%

INDICATEUR	REALISATIONS
7 PHC (SUITE) - SOINS SANITAIRES SE SITUANT À UNE HEURE DE VOYAGE, DISPOSANT D'AU MOINS 20 MEDICAMENTS ESSENTIELS - PERSONNEL FORME POUR PRENDRE SOINS DES GROSSESSES ET DES ACCOUCHEMENTS ET POUR SUIVRE LES ENFANTS JUSQU'A L'AGE DE 1 AN	INDICATEURS D'ACCES DE L'IB ET RESULTATS DU TEST PAR ZONE - ACCESSIBILITE 75% - DISPONIBILITE 89% - UTILISATION 56% - COUVERTURE SUFFISANTE - PREVENTIVE 22% - CURATIVE 8% - VISITES PRE-NATALES: 74% DES FEMMES AVEC AU MOINS 1. MOYENNE = 3,4, AVEC PREMIERE VISITE VERS 5 MOIS - ACCOUCHEMENT ASSISTES PAR LES AGENTS DE SANTE - MILIEU URBAIN: 81% - MILIEU RURAL: 19%
8 LE STATUT NUTRITIONNEL DES FEMMES EST SATISFAISANT: - AU MOINS 90% DE NOUVEAUX-NES PESENT AU MOINS 2,5 KILOS - AU MOINS 90% DES ENFANTS ONT UN POIDS POUR AGE QUI CORRESPOND AUX NORMES DU CENTRE NATIONAL DE STATISTIQUES SANITAIRES	- CARENCE EN IODE DANS LE SUD-EST - CARENCE EN VITAMINE A - 11%. CELA REPRESENTE PROBABLEMENT UNE SOUS ESTIMATION PARCE QUE TRES PEU DE NOUVEAUX-NES SONT PESES EN MILIEU RURAL - MOINS DE CINQ ANS (MALNUTRITION CHRONIQUE) - POIDS POUR LA TAILLE (MOINS DE -2 DE L'ECART TYPE DE LA MOYENNE DE LA POPULATION DE REFERENCE) - MILIEU URBAIN: 13% - MILIEU RURAL: 24% MALNUTRITION CHRONIQUE - ENVIRON 9%
9 LE TAUX DE MORTALITE INFANTILE POUR TOUS LES SOUS-GROUPES IDENTIFIABLES EST INFERIEUR A 50 POUR 1000 NAISSANCES VIVANTES	1992: TAUX DE MORTALITE INFANTILE = 68/1000 NAISSANCES VIVANTES (MOYENNE NATIONALE) TAUX DE MORTALITE DES MOINS DE 5 ANS = 131/1000 NAISSANCES VIVANTES TAUX DE MORTALITE MATERNELLE = 510/100.000 NAISSANCES VIVANTES
10 L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE EST SUPERIEURE A 60 ANS	1992: ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE = 49 ANS
11 LE TAUX D'ALPHABETISATION DES ADULTES CHEZ LES HOMMES AUSSI BIEN QUE CHEZ LES FEMMES DEPASSE 70%	1992: HOMMES - 37% FEMMES - 18%
12 LE PRODUIT NATIONAL BRUT EST SUPERIEUR A 500 $ US PAR HABITANT	1992: 780 $ US JANVIER 1994 (50% DE DEVALUATION DU FCFA)

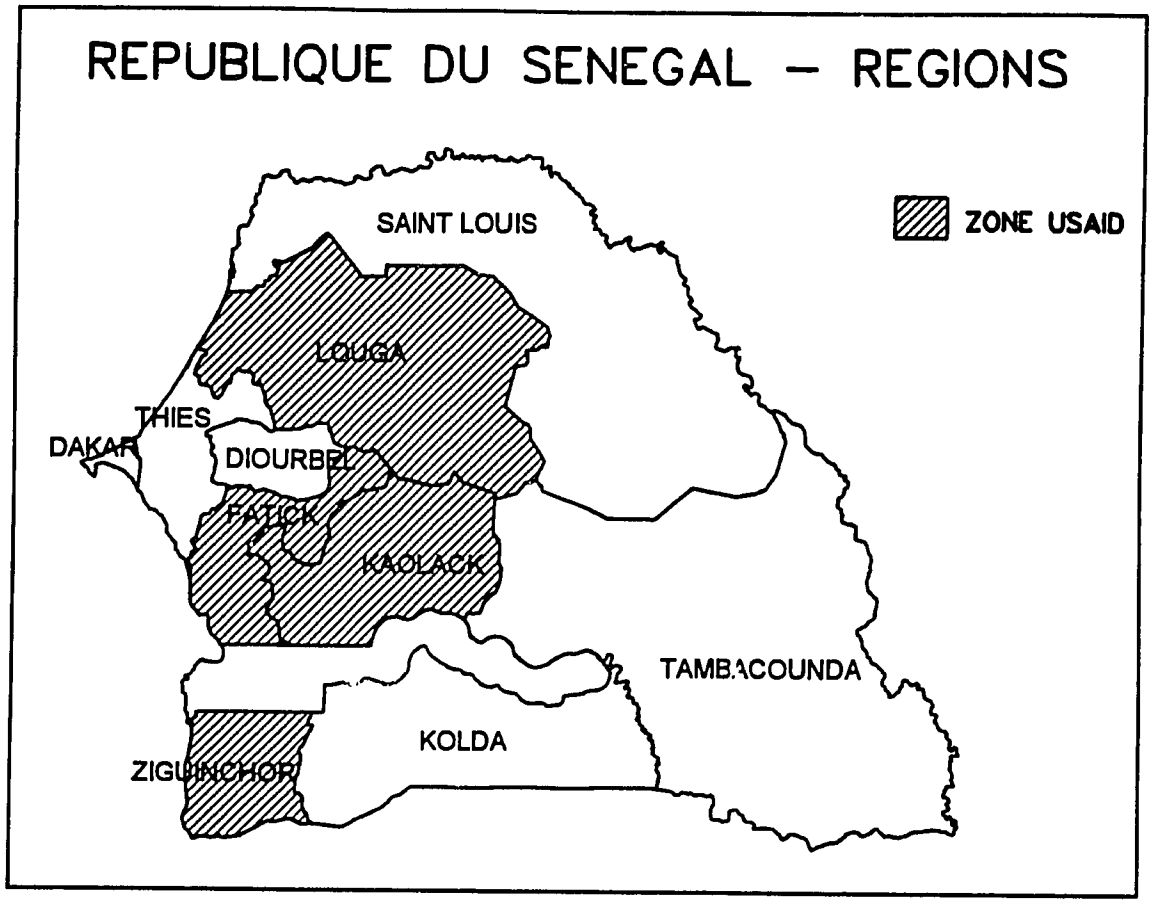
ANNEXE C

CARTE DU SENEGAL

Previous Page Blank

ANNEXE C

CARTE DU SENEGAL



Previous Page Blank

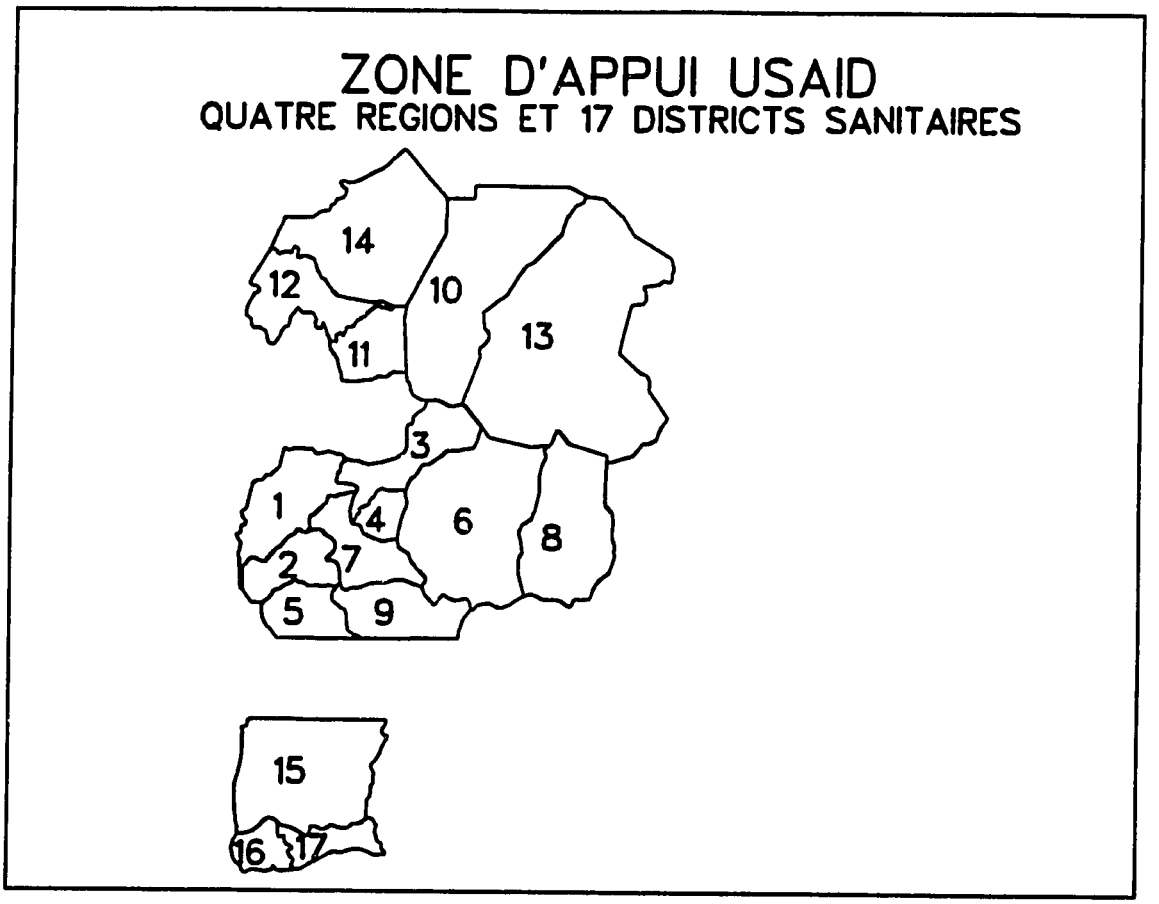
ANNEXE D

CARTE DES REGIONS APPUYEES PAR L'USAID

Previous Page Blank

ANNEXE D

CARTE DES REGIONS APPUYEES PAR L'USAID



Previous Page Blank

REGIONS	CODES	DISTRICTS SANITAIRES
FATICK	1	FATICK
	2	FOUNDIOUGNE
	3	GOSSAS
	4	GUINGUENEO
KAOLACK	5	SOKONE
	6	KAFFRINE
	7	KAOLACK
	8	KOUNGHEUL
LOUGA	9	NIORO DU RIP
	10	DARAH
	11	DAROU MOUSTY
	12	KEBEMERE
	13	LINGUERE
ZIGUINCHOR	14	LOUGA
	15	BIGNONA
	16	OUSSAOUYE
	17	ZIGUINCHOR

ANNEXE E

ZONE USAID: PROJECTIONS DE LA POPULATION CIBLE (1994-1999)

ANNEXE E

ZONE USAID: PROJECTIONS DE LA POPULATION CIBLE (1994-1999)

REGIONS	1994	1995	1996	1997	1998	1999
FATICK	568688	578382	588241	598267	608465	618837
ENFANTS 0-11 MOIS	27297	27762	28236	28717	29206	29704
1-4 ANS	80754	82130	83530	84954	86402	87875
0-4 ANS	108051	109893	111766	113671	115608	117579
FEMMES (15-49)	130798	133028	135295	137602	139947	142333
TOTAL	29003	29497	30000	30512	31032	31561
ENCEINTES						
KAOLACK	947870	971884	996506	1021751	1047637	1074178
ENFANTS 0-11 MOIS	45498	46650	47832	49044	50287	51561
1-4 ANS	134598	138007	141504	145089	148764	152533
0-4 ANS	180095	184658	189336	194133	199051	204094
FEMMES (15-49)	218010	223533	229196	235003	240956	247061
TOTAL	48341	49566	50822	52109	53429	54783
ENCEINTES						
LOUGA	525467	530397	535374	540397	545467	550585
ENFANTS 0-11 MOIS	25222	25459	25698	25939	26182	26428
1-4 ANS	74616	75316	76023	76736	77456	78183
0-4 ANS	99839	100775	101721	102675	103639	104611
FEMMES (15-49)	120857	121991	123136	124291	125457	126635
TOTAL	26799	27050	27304	27560	27819	28080
ENCEINTES						
ZIGUINCHOR	466831	478903	491287	503991	517023	530393
ENFANTS 0-11 MOIS	22408	22987	23582	24192	24817	25459
1-4 ANS	66290	68004	69763	71567	73417	75316
0-4 ANS	88698	90992	93344	95758	98234	100775
FEMMES (15-49)	107371	110148	112996	115918	118915	121990
TOTAL	23808	24424	25056	25704	26368	27050
ENCEINTES						
TOTAL	2508856	2559565	2611406	2664406	2718593	2773993
ENFANTS 0-11 MOIS	120425	122859	125348	127892	130492	133152
1-4 ANS	356258	363458	370820	378346	386040	393907
0-4 ANS	476683	486317	496167	506237	516533	527059
FEMMES (15-49)	577037	588700	600623	612813	625276	638018
TOTAL	127952	130538	133182	135885	138648	141474
ENCEINTES						

Previous Page Blank

ANNEXE F

ESTIMATION THEORIQUE DES BESOINS EN SACHETS SRO POUR 1995

ANNEXE F

ESTIMATION THEORIQUE DES BESOINS EN SACHETS SRO POUR 1995

CATEGORIE	SENEGAL	FATICK	KAOLACK	LOUGA	ZINGUINCHOR	USAID
POPULATION	8346605	578382	971884	530397	478903	2559565
ENFANTS < 5 ANS	1585855	109893	184658	100775	90992	486317
14 JOURS PREVALENCE	20,6%	21%	23,3%	24,5%	20,8%	22,9%
EPISODES / ENF /AN	4,4	4,5	5,0	5,3	4,5	4,9
EPISODES TOTAUX / AN	7014143	495486	923779	530108	406358	2391108
CAS EN BESOIN DE SRO	1753536	123872	230945	132527	101589	597777
BESOINS EN SRO	3507072	247743	461889	265054	203179	

HYPOTHESES UTILISEES POUR LE CALCUL

POPULATION 1995 (ESTIMATIONS DE LA DIVISION STATISTIQUES DU MEFP)
ENFANTS < 5 ANS = POPULATION X 19%
14 JOURS PREVALENCE (EDS II)
DUREE MOYENNE D'UNE DIARRHEE AIGUE= 4 JOURS
INCIDENCE/JOUR= (14 JOURS PREVALENCE)/(14+4-1)
EPISODES/ENF/AN = INCIDENCE/JOURS X 365 JOURS
EPISODES TOTAUX/AN = EPISODES/ENF/AN X NOMBRE D'ENFANTS <5 ANS
CAS AYANT BESOIN DES SRO = TOTAL EPISODES/AN X 25%
BESOIN TOTAL EN SACHETS SRO = CAS A TRAITER X 2 SACHETS/CAS

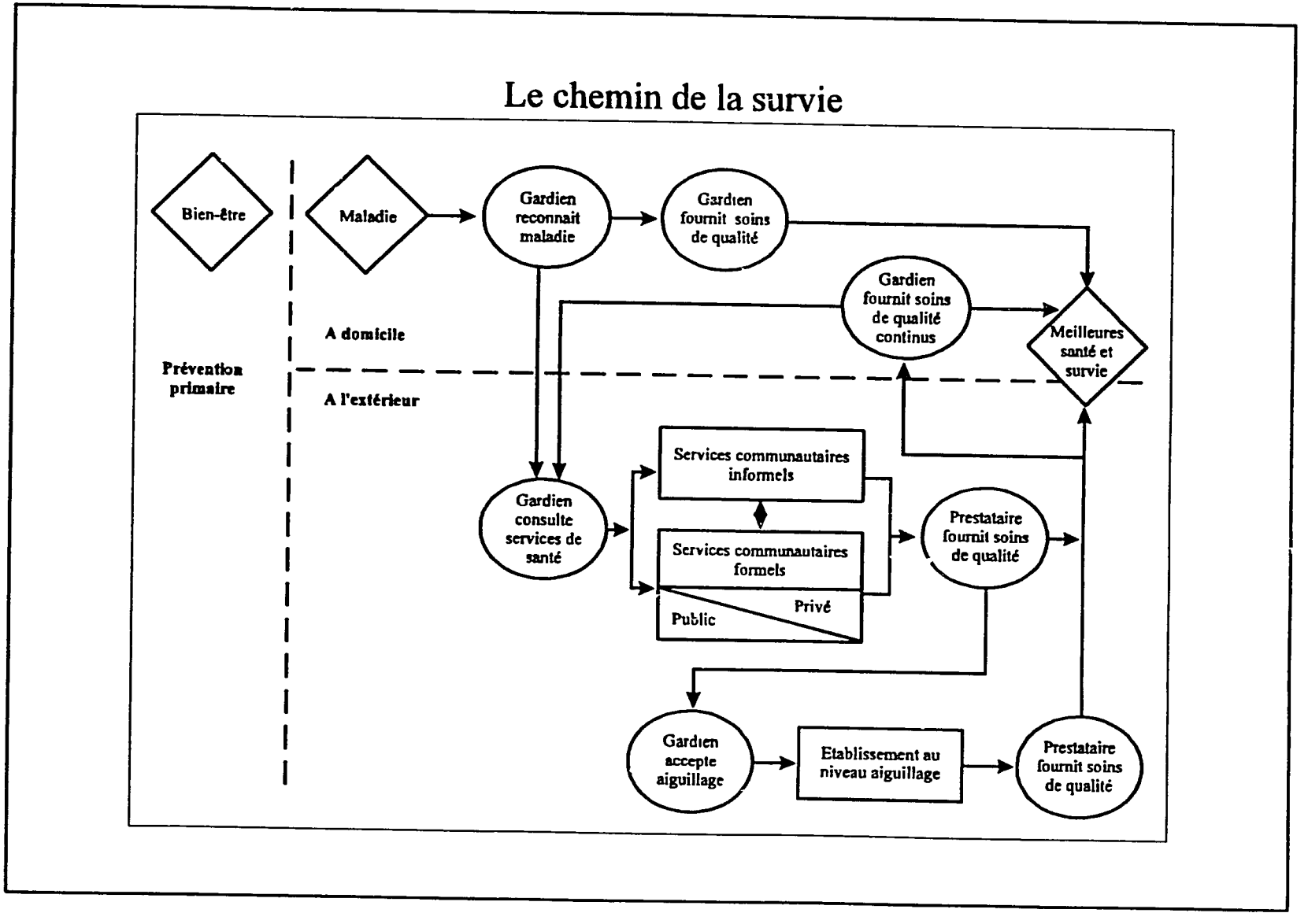
Previous Page Blank

ANNEXE G

LE CHEMIN DE LA SURVIE

Previous Page Blank

Previous Page Blank



ANNEXE H

REFERENCES

Previous Page Blank

ANNEXE H

REFERENCES

EVALUATION

BASICS. Quantifiable Indicators. 15 September 1994.
BASICS. Guidelines for Project Reporting. 19 October 1994.
BASICS. Evaluation and Monitoring of Child Survival Programs: A Decision Guide. October 17, 1994.
BASICS. The BASICS Strategy for Operations Research and Small Grants Programs. May 1994.
Coordination Committee. Proposed Workshop Agenda. Dakar: 22 December 1994.
UNICEF/WHO. Definitions and Data Sources for WHO/UNICEF Evaluation Indicators. Geneva, May 1994.
UNICEF. Plan Intégré de Suivi et Evaluation du Programme de Coopération, des Indicateurs des Buts Intermédiaires et du Sommet. Dakar, 1994
UNICEF. Reporting on Progress Towards Mid-Decade Goals. New York: UNICEF, 10 March 1994.
UNICEF. Technical Guidelines for Monitoring Mid-Decade Goals. New York: UNICEF, 15 March 1994.
USAID. USAID's Strategic Planning and Performance Measurement.

TECHNIQUE DE LA NAISSANCE PRECEDENTE

BASICS. Child Mortality Measurement in Senegal: What Can We Propose? Washington, D.C.: Senegal Cluster Meeting with Invited Guests Hill and Macfarlane, 10 August 1994.
BASICS. Trip Report to Senegal (Kelly). June 1994.
BASICS. Symposium on Indicators for the Assessment of Child Health and Survival (Hill, A. and Macfarlane, S. Washington, D.C.: BASICS, 10 August 1994.
David, P., Bisharat,L. and Kawar, S. Using Routine Surveys to Measure Mortality: A Tool for Programme Managers. Social Science and Medicine, Vol. 33, No. 3, 1991.
Hill, A. Overheads on Approaches to Measuring Child Survival. August 1994.
Hill, A. Draft Proposal to BASICS for the Production and Dissemination of a Monograph on the Measurement of Child Survival Indicators. Boston: 7 December 1994.
Hill, A. Questionnaires for Verbal Autopsies: For Adult, Child and Post-Neonatal Deaths.
Kelly P. Outline of Literature Review on Mortality Measurement. 1994.
Macfarlane, S. Guidelines for the Evaluation of Epidemiological Surveillance Systems. February 1994.
Macfarlane, S. Overheads on Building Local Capacity for Epidemiological Surveillance. August 1994.
WHO/UNICEF. The Measurement of Overall and Cause-Specific Mortality in Infants and Children. Geneva: December 1992.
WHO/UNICEF. Using the Preceding Birth Technique and Data From the Health Services to Monitor Childhood Mortality in Developing Countries. Geneva: 14-15 December 1993.

PREPARATION DU PAP

BASICS, BASICS Project Planning & Budgeting System. October 1994.
BASICS. Senegal Country Program (PY1).
BASICS. Activities Planned from October 1994-September 1995.
BASICS. January Update of Activities. 20 January 1995.
BASICS. BASICS Project Evaluation and Monitoring. January 1995.
BASICS. Senegal Country Program (PY2). October 1994.
BASICS. Excerpts From the Core Contract. 1) Minimum content in a CAP, 2) Description/Specifications/Work Statement of the Core Contract, 3) Operations Research, surveys and model projects.
BASICS. Guidelines for Preparing Country Activity Plans. 12 April 1994.
BASICS. BASICS Annual Work Plan - Project Year 2.
BASICS. Interview Matrix: Focus Areas versus Critical Issues.

Previous Page Blank

BASICS. Technical Division Update. 10 January 1995.
BASICS. Guidelines for Preparing Country Assistance Program (CAP) Plans.
BASICS. PY1 Senegal Annual Report. (Draft)
BASICS. Pathway to Survival/Le Chemin de la Survie.
MSH. Work Plan Format for Child Survival/Family Planning Project.
MSH. Minutes: Cooperating Agencies Coordination Meeting. Rosslyn: 4 November 1994.
USAID. BASICS Delivery Order for Senegal. Washington, D.C., 1 August 1994.
USAID. Grant Agreement for the Senegal Child Survival/Family Planning Project. 17 June 1992.

LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

BASICS. TRIP REPORT: Dakar, Senegal ARI/CDD Program Manager's Meeting (Murray). October 3-7 1994.
BASICS. BASICS Trip Report: Enquête sur la Prise en Charge des Cas de Diarrhée dans les Etablissements de Santé des Régions de Fatick, Kaolack, Louga et Ziguinchor, Sénégal (Manoncourt, S. and Diop, B.). Washington, D.C.: BASICS, 9 November 1994.
BASICS. BASICS Strategy for Further Development of CDD Programs. May 1994.
PRITECH. Les Maladies Diarrhéiques dans le Sahel: Données Epidémiologiques et Premiers Résultats des Programmes de Lutte. Dakar: PRITECH/ORANA, août 1989.
PRITECH. Implementing Diarrheal Disease Control Programs: The PRITECH Experience. Boston: MSH/AED, 1993.
RDS. Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques: Plan d'Action 1990- 1995. Dakar: République du Sénégal/Ministère de la Santé Publique/SANAS, août, 1990.
WHO. Complete Set (In French) of CDD program materials (1988). To be sent to Dakar by DHL.
WHO. Joint WHO/ICDDR,B Consultative Meeting on Formulation of ORS. Dhaka: December 10-12, 1994.
Sangwa, M. Rapport de Mission Effectuée à Dakar du 20 au 28 Juin 1994. Dakar: WHO/AFRO.

NUTRITION

Brownlee, A., Essama, B. and Waters, H. Support for Senegal's Program to Combat Protein-Energy Malnutrition: Strategy Paper. Dakar: WINS/WELLSTART, 30 April 1994. (Also in French).
First Foods. Washington, D.C.: Nurture/Center to Prevent Childhood Malnutrition.
Huffman, N. and Martin, L. Child Nutrition, Birth Spacing, and Child Mortality. Annals New York Academy of Sciences.
Pelletier, D. Epidemiological Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality. American Journal of Public Health, Vol. 83, 1993.
Pelletier, D. et alia. The Effects of Malnutrition on Child Mortality in Developing Countries. Ithica: Cornell Food and Nutrition Policy Program, 13 April 1994.
Powoz, E. Améliorer les Pratiques Alimentaires Pendant la Maladie et la Convalescence de l'Enfant: Leçons Apprises en Afrique. Washington, D.D.: AED/SARA, mai 1994.
PRITECH. Manuel de Formation en Nutrition Pour les Personnels de Santé et de l'Action Sociale. Dakar: Ministère de la Santé Publique/SANAS/USAID, 1993.
RDS. Programme National de Nutrition: Politique Nationale d'Allaitement Maternel et des Bonnes Pratiques de Sevrage. Dakar: République du Sénégal/Ministère de la Santé Publique/SANAS, août 1994.
RDS. Programme National de Nutrition: Plan d'Action 1991-1996. Dakar: République du Sénégal/Ministère de la Santé Publique/SANAS, août 1991.
SANAS. Situation de l'Allaitement Maternel au Sénégal: Analyse des Pratiques et Activités de Promotion (Draft). Dakar: SANAS/Wellstart, January 1995
USAID. OYB Transfer of Micronutrient Funds to G/Health. July 1994.
USAID. Stratégie d'Appui au Programme Sénégalais de Lutte Contre la Malnutrition Protéino-Energétique. Dakar: 25 août 1994.
WELLSTART. Appui au Plan Sénégalais Pour la Promotion de l'Allaitement Maternel et du Sevrage Approprié. Dakar: 28 octobre 1993.
WELLSTART. Senegal Workplan for 1995. 1 December 1994. (Revised January 1995).
WHO. Vitamin A Administration Using Immunization Contacts. 20 October 1994.

WINS. Atelier sur la Stratégie Régionale de Soutien Nutritionnel pour l'Afrique Centrale et de l'Ouest. Ouagadougou: 1-5 décembre 1994.
SANAS. Rapport d'Analyse de l'Enquête Sur la Carence en Vitamine A et l'Acces aux Soins de Santé Primaires (Brouillon). Dakar: SANAS/UNICEF, 1995.

LE SECTEUR PRIVE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

ABT Associates. The Private Delivery of Health Care: Senegal.
BASICS Contract. Policy Aspects of Child Health Programs: Considerations for the BASICS Project. Annex J.
BASICS Contract. The Private Sector Role in the BASICS Project. Annex H.
BASICS. PATHWAY TO SURVIVAL.
BASICS. The BASICS Strategy for Improving Pharmaceutical Management for Child Survival. May 1994.
BASICS. Annual Workplan (PY2) Technical Division: Working Group on the Private/Public Sector.
Fabricant, S. Options for the Supply of ORS Sachets to the Private and Public Sectors in Senegal. Dakar: PRITECH/PATH, November 1985.
JSI. Senegal: Population Sector Analysis and Proposed Strategies. USAID/Dakar, January 1991.
POPTECH. Senegal Health and Population Sector Analysis. USAID/Dakar, 18 June 1991.
Sallet, J-P. Evaluation de la Mise en Oeuvre de l'Initiative de Bamako au Sénégal. Dakar: PRITECH, avril 1990.
USAID. Country Program Strategic Plan for Senegal: 1992-1997. Dakar: USAID/Senegal, February 1991.
USAID. Child Survival: An Eight Report to Congress on the USAID Program. Washington, D.C., December 1993.
Watt, M. Follow-up Visit With the Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) of Senegal. Dakar: PRITECH, May 1993.
Watt, M. Report on MIS Consultancy and Final Report: PRITECH Support to the Pharmacie Nationale D'Approvisionnement. Dakar: PRITECH, October 1993.
World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press, 1993.

IEC ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

BASICS Contract. Lessons Learned by R&D/Health Child Survival Projects. Annex C.
BASICS. PATHWAY TO SURVIVAL.
BASICS. BASICS Communications Strategy. May 1994.
BASICS. BASICS Information Dissemination Strategy. May 1994.
JSI. Senegal: Population Sector Analysis and Proposed Strategies. USAID/Dakar, January 1991.
POPTECH. Senegal Health and Population Sector Analysis. USAID/Dakar, 18 June 1991.
UNICEF. Facts for Life: A Communication Challenge. 1993.
USAID. Child Survival: An Eight Report to Congress on the USAID Program. Washington, D.C., December 1993.

PALUDISME

Barakamfitiye, D. Afro-Memorandum sur le Séminaire/Atelier d'Elaboration du Programme de Lutte Antipaludique. Brazzaville, 10 août 1994.
BASICS. BASICS Malaria Strategy. May 1994.
BASICS. BASICS Trip Report (Kelly): Senegal, 21 August-4 September 1994.
Breman, J and Campbell, C. Combating Severe Malaria in African Children. Bulletin of the World Health Organization, Vol. 66, No. 5, 1988.
Choi, H. The Effectiveness of Insecticide-Impregnated Bed Nets in Reducing Cases of Clinical Malaria: A Meta-Analysis of Published Results. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, (Accepted for publication), June 1994.

Compte Rendu d'un Atelier.
Feller-Dansokho, E. La Prévention du Paludisme Chez la Femme Enceinte dans la Région de Dakar. Dakar: XIVème Journées Médicales de Dakar, février 1994.
Feller-Dansokho, E. Remarques Adressées le 24 Août Courant à l'OMS-Brazzaville en Réponse à la Note du Dr. Benzerroug.
Feller-Dansokho, E., Ki-Zerbo, G. et Badiane, S. Prise en Charge Diagnostique et Thérapeutique de l'Accès Palustre Simple dans la Région de Dakar. Dakar.
Feller-Dansokho, E. Note Technique sur l'Elaboration du Programme National de Lutte Antipaludique du Sénégal. Dakar, 31 Août 1994.
Mills, A. et alia. Financing Mechanisms for Village Activities in The Gambia and Their Implications for Financing Insecticide for Bednet Impregnation. Journal of Tropical Medicine and Hygiene, No. 97, 1994.
Guide de la Planification d'un Programme National de Lutte Contre le Paludisme en Afrique.
PSI. Operations Research Program for the Social Marketing of Impregnated Mosquito Nets in the Central African Republic. June 1994.
RDS. Arrêté Ministériel Portant Nomination de Coordinateur de la Lutte Antipalustre. Dakar: République du Sénégal, 16 juillet 1994.
Schreck, C. and Self, L. Treating Mosquito Nets for Better Protection from Bites and Mosquito-Borne Disease. Geneva: WHO.
SLAP. Evaluation de la Lutte Antipaludique au Sénégal. Dakar: Service de Lutte Antiparasitaire, avril 1994.
USAID. USAID Integrated Malaria Control Strategy for Sub-Saharan Africa (Draft). Washington, D.C., 10 October, 1994.
WHO. A Global Strategy for Malaria Control. Geneva, 1993.
Wood, D. The Interrelationship Between Malaria, Anemia and Iron Supplmentation. (Draft), 7 June 1993.
Zimicki, S. The Potential for Promoting Insecticide-Treated Bednets in Subsaharan Africa. Philadelphia: Center for International, Health and Development Programs.

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

BASICS. BASICS ARI Strategy. May 1994.
BASICS. TRIP REPORT: Dakar, Senegal ARI/CDD Program Manager's Meeting (Murray). October 3-7 1994.
RDS. Programme de Lutte Contre les Infections Respiratoires Aiguës de l'Enfant: Plan d'Action 1992-1994. Dakar: République du Sénégal/Ministère de la Santé, juillet 1992.
WHO. Household Survey Manual: Diarrhea and Acute Respiratory Infections. Geneva: WHO, 1994.
WHO. ARI Sixth Programme Report (Draft). Geneva: WHO.
WHO. Acute Respiratory Infections: A Guide for the Planning, Implementation and Evaluation of Control Programmes Within Primary Health Care. Geneva: WHO, October 1986.
WHO. Household Facility Survey Manual: Case Management of Acute Respiratory Infections. Geneva: WHO, July 1994.
Sangwa, M. Rapport de Mission Effectuée à Dakar du 20 au 28 Juin 1994. Dakar: WHO/AFRO.

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

POP COUNCIL. TOGO: Combining Family Planning and the Expanded Program of Immunizations. Lomé: The Population Council/Ministry of Health, January 1993.
BASICS. BASICS Strategy for Linkages of Child Health with Maternal Health, Family Planning and HIV/AIDS. May 1994.
USAID. Les Principes du PEV: Un Guide Pour les Responsables du PEV. Washington, D.C.: USAID/John Snow, Inc., juin 1991.
BASICS. BASICS EPI Strategy. May 1994.

INTEGRATION DES PROGRAMMES DE SMI/PF/VIH/SIDA

BASICS. BASICS Strategy for Linkages of Child Health with Maternal Health, Family Planning and HIV/AIDS. May 1994.
CSIS. Global HIV/AIDS: A Strategy for US Leadership. Washington, D.C.: The Center for Strategic and International Studies, 1994.
POP COUNCIL. TOGO: Combining Family Planning and the Expanded Program of Immunizations. Lomé: The Population Council/Ministry of Health, January 1993.
RDS. Rapport de la Deuxième Mission d'Identification Pour la Réduction de la Mortalité Maternelle au Sénégal. Dakar: République du Sénégal/Ministère de la Santé Publique/Ministère du Développement Social/PNUD/OMS/Université de Columbia.
RDS. Synthèse du Programme National de Lutte Contre la Mortalité Maternelle au Sénégal. Dakar: République du Sénégal/Ministère de la Santé Publique.
WHO. Safe Motherhood in Senegal: A Case Study. Geneva: WHO/Maternal Health and Safe Motherhood Programme, June 1993.

PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADES

PRITECH. Technical Literature Update on Diarrhea: Integration. Boston: PRITECH, Vol. VIII, No. 3, 1993.
WHO/UNICEF. Integrated Management of the Sick Child. November 1994.

POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE DANS LA VALLEE DU FLEUVE SENEGAL

EHP. Health Impacts From the Development of the Senegal River. Rosslyn: 6 December 1994.
Kelly, P Rapport de Mission: Etude du Plan Directeur de Santé-Projet OMVS/USAID. Dakar: MCDI, 26 décember 1990.
Kelly, P. Le Bassin du Fleuve Sénégal: Cartes et Populations. Dakar: MCDI, mars 1991.

POPULATIONS URBAINES A HAUT RISQUE

BASICS. Delivering Child Survival Services to High-Risk Populations. May 1994.

MSP - ANALYSE INSTITUTIONNELLE

BASICS. BASICS Decentralization Strategy. May 1994

PROMOTION DE LA PREVENTION

BASICS. Matrix Developed by the Prevention Working Group. 1994.
BASICS. PATHWAY TO SURVIVAL.
Stanton, B. Development of a Conceptual Framework for the Promotion of Infant and Child Health.

ANNEXE I

CHRONOLOGIE DES ACTIVITES AU SENEGAL EN ANGLAIS (Activity Timeline)

Previous Page Blank

COUNTRY: SENEGAL
PROJECT: SENEGAL COUNTRY PROGRAM
COUNTRY/PROJECT CODE SE 01
BEGIN/END DATES OCTOBER 1, 1994 - SEPTEMBER 30, 1995

ACTIVITY TIMELINE:PROJECT YEAR 2

FILE: I\senegal\from_jd\sewpupdt wk4
13-Sep-95

ACT#	ACTIVITIES	END DATE	KEY PERSONS	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	EXPECTED OUTPUTS	Status as of July 1, 1995
OBJECTIVE 1	**Improve MOH capacity to plan, implement and evaluate child survival programs.**																
1.01	CAP/Inter-Ministerial Coordination																
	* Participate in MSH Child Survival/Family Planning Project Pre-implementation and evaluation workshops with cooperating agencies	1/95	Kelly, Sène				X									Clearly defined roles and responsibilities of the CAs under the Senegal CS/FP Project	Kelly and Sène defined CDD indicators with SANAS
	* Develop a Country Activity Plan in Senegal to identify technical assistance and support activities in child survival	3/95	Kelly Sène Regional Advs				X	X								CAP developed	Draft French CAP approved by MOH & USAID Final CAP ready for distribution - July '95
1.02	SANAS Operations & Planning Support																
	Manage the budget allocated to SANAS operations which will include costs for supervision activities, office supplies costs, maintenance of vehicles, photocopying machines, computers and printers.	9/95	Sène	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	SANAS will conduct supervision visits	SANAS budget is being managed by BASICS Senegal Administrative Assistant Supervision trips to be carried out in the 4th quarter
1.03	District and regional level planning	9/95	Sène		X	X	X									Regional and district annual plans developed	Plans being implemented in Fatick, Kaolack, Louga and Ziguinchor
1.04	Evaluation																
	* Develop an evaluation design and key instruments	2/95	Sène, Koné				X	X								Design, instruments and tools developed	Evaluation plan and key instruments were developed during the February 1995 Senegal CAP and are in final review stages
	* Draft tools for evaluation.	2/95	Kleinau, Pyle				X	X									
	* Finalize protocol for evaluation	6/95	Blyth						X	X	X	X					
	* Conduct project evaluation	8/95	Durgavich											X			
	* Write up annual evaluation report	9/95													X	Annual report completed	
1.05	Health Facility Survey and other Research																
	* Finalize Health Facility Survey on Diarrhea Case Management	11/94	Kelly Sène, Diop Manoncourt		X											MOH Regional staff will be trained in using HFS/DHS data for program planning	Health facility survey completed Analysis for each region presented at regional workshops for three out of the four regions, April 1995

COUNTRY: SENEGAL
PROJECT: SENEGAL COUNTRY PROGRAM
COUNTRY/PROJECT CODE: SE 01
BEGIN/END DATES. OCTOBER 1, 1994 - SEPTEMBER 30, 1995

ACTIVITY TIMELINE:PROJECT YEAR 2

FILE: i \senegal\from_jd\sewpupdt.wk4
13-Sep-95

ACT#	ACTIVITIES	END DATE	KEY PERSONS	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	EXPECTED OUTPUTS	Status as of July 1, 1995
	• Regional workshops for the dissemination of results of the Health Facility Survey and secondary analysis of DHS II data for the four USAID assisted regions.	1/95	Sène		X	X	X									Regional and District work-plans.	Secondary analysis of DHS data sets developed and sent to each region
	• Survey using the preceding birth technique (PBT) Discussions with MOH & Department of Statistics to begin planning for PY3.	9/95	Kelly Sène									X	X	X	X		
OBJECTIVE 2	**Increase access to adequate standard case management for diarrhea.**																
2.01	In-Country Training/SANAS																
	• Provide training to SANAS and BRAN staff in management, supervision, operational research and training	9/95	Sène	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Appropriate staff trained.	Supervision and TOT skills training for SANAS and BRAN staff planned for July - August
	• Evaluation of CDD training materials Revision of CDD training materials based upon evaluation and Health Facility Survey analysis.		Murray, Sène						X							CDD training materials	Reschedule to PY3 under Mamadou Sene's leadership
	• Development of a combined CDD/Nutrition training design for regional and district health workers	8/95	Sène Diene Regionl Advs										X	X		Integrated training design for CDD and Nutrition.	Reschedule to PY3 under Serigne Diene's leadership
	• Training of trainers in CDD in two Districts of Ziguinchor (Oussouye and Ziguinchor)	12/94	Sène, SANAS Regional Advs														Carried out December 26 - 31, 1994
2.02	Private Sector/Pharmaceutical Management Assessment of National ORS needs and development of a strategy for distribution through the National Pharmacy	5/95	Harfouche							X	X					Projection of annual ORS needs and private sector strategy	BASICS Consultant, Nabil Harfouche carried out this assignment during the CAP in February 1995 Recommendations from the CAP private sector strategy under discussion with SANAS
2.03	Re-establishment of URO/CRENS	9/95	Sène, Diene											X	X		Planning with MSH/SANAS for distribution of equipment

COUNTRY: SENEGAL
PROJECT: SENEGAL COUNTRY PROGRAM
COUNTRY/PROJECT CODE SE 01
BEGIN/END DATES: OCTOBER 1, 1994 - SEPTEMBER 30, 1995

ACTIVITY TIMELINE:PROJECT YEAR 2

FILE i\senegal\from_jd\sewpupdt wk4
13-Sep-95

ACT#	ACTIVITIES	END DATE	KEY PERSONS	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	EXPECTED OUTPUTS	Status as of July 1, 1995
OBJECTIVE 3	**Improve diarrhea/malnutrition preventive practices and appropriate home case management.**																
3.01	IEC Materials Development																
	* Work with SANAS and the National Health Education Service to evaluate the effectiveness, impact and use of existing CDD IEC print materials	5/95	Drabo Sène Keith							X	X					IEC materials evaluation report with a plan for revision of materials	Completed during the CAP by Consultant Judi Aubel
	* Development of an IEC strategy for CDD and Nutrition.	6/95	Drabo								X	X				IEC strategy developed	Reschedule to PY3.
	* Revise and reprint CDD IEC print materials per findings from the evaluation	9/95	Drabo											X	X	Feedback on effectiveness of IEC materials which may lead to further revisions.	Reschedule to PY3
3.02	WELLSTART Breastfeeding KAP Study	5/95	Aubel, Sène								X	X				Collaboration with WELLSTART consultant Judi Aubel	Ongoing collaboration with WELLSTART
OBJECTIVE 4	**Increase nutrition education coverage through growth monitoring of under-3's, emphasizing good weaning practices.**																
4.01	Nutrition Program Development																
	* Carry out a nutrition assessment and develop a nutritional country strategy with SANAS.	3/95	Sène				X	X	X								Completed during the CAP by Consultant, Serigne Diene, discussions ongoing with SANAS and USAID/Dakar Strategy revised June '95
	* Develop a six month nutrition workplan with SANAS	7/95	Diene									X	X			Senegal nutrition workplan	Consultancy June 5 - August 12, 1995
	* Develop a French-language version of the PROFILES database	8/95	Ross, Diene										X	X		PROFILES nutrition database for Senegal	Ross and Diene have developed a French database Diene will work with the MOH and Jay Ross of AED to collect, verify and input data

COUNTRY: SENEGAL
PROJECT: SENEGAL COUNTRY PROGRAM
COUNTRY/PROJECT CODE: SE 01
BEGIN/END DATES. OCTOBER 1, 1994 - SEPTEMBER 30, 1995

ACTIVITY TIMELINE:PROJECT YEAR 2

FILE i\senegal\from_jd\sewpupdt.wk4
13-Sep-95

ACT#	ACTIVITIES	END DATE	KEY PERSONS	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	EXPECTED OUTPUTS	Status as of July 1, 1995
4.02	Local Nutritionist Provide technical support to SANAS in collaboration with WELLSTART and BASICS/Senegal	9/95	Thierno											X	X	Final six-month Senegal nutrition plan	Thierno begins August 1, 1995, to be oriented by Serigne Diene
	OBJECTIVE 5 **Improve the nutritional status of pregnant women.**																
5.01	Discussions with SANAS pertaining to activities within the nutrition country strategy.	9/95	Diene Thierno									X	X	X			
	OBJECTIVE 6 **Promote exclusive breastfeeding in health facilities and communities with WELLSTART and UNICEF**																
6.01	Training of regional breastfeeding trainers: Fatick - 6/95 Louga and Kaolack - 8/95											X	X	X			Fatick Regional team trained in June '95. Louga and Kaolack planned for August '95 Ziguinchor on hold due to political conflicts
	Participate in the WELLSTART PHC/BF Training Workshop in Dakar, Senegal	5/95	Sène								X					Skill update and information on BF training materials	Advisor more knowledgeable about BF which will enhance project activities
	STAFFING AND MANAGEMENT **Provide technical, operational and financial and administrative support to BASICS/Senegal**																
7.01	Country Advisor • Provide support and guidance to the CDD and Nutrition Programs in collaboration with SANAS/ MOH, MSH, WELLSTART and other collaborating donors in the four targeted USAID Regions: Fatick, Louga, Kaolack and Ziguinchor.	9/95	Sène	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Quarterly and monthly reports, annual workplans	Country Advisor provides monthly updates Potential long-term interventions have been identified during the CAP which will be further explored

COUNTRY: SENEGAL
PROJECT: SENEGAL COUNTRY PROGRAM
COUNTRY/PROJECT CODE: SE 01
BEGIN/END DATES. OCTOBER 1, 1994 - SEPTEMBER 30, 1995

ACTIVITY TIMELINE:PROJECT YEAR 2

FILE: i \senegal\from_jd\sewpupdt wk4
13-Sep-95

ACT#	ACTIVITIES	END DATE	KEY PERSONS	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	EXPECTED OUTPUTS	Status as of July 1, 1995
	• Provide technical assistance for regional and district level planning in collaboration with SANAS, BRAN and MSH	9/95	Sène	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	District and regional plans	1995 regional and district plans completed Country Advisor, Sene carried out numerous planning trips throughout the year
	Participate in BASICS Regional Training Seminar in Dakar, Senegal	5/95	Sène								X					Senegal training strategy an plans developed	Project document with training plans
	Plan for PY3 at the BASICS PY3 Planning Workshop in Dakar, Senegal.	8/95	Sène											X		PY3 country program plan	Planning with MOH/USAID in progress
7.02	Field Office																
	• Complete the staffing of the local office by recruiting and hiring a driver. Purchase of one project vehicle.	3/95	Sène Durgavich Daffe					X	X							Hire driver, purchase project vehicle	Vehicle has been ordered Driver will be hired around time of delivery
	• Recruit and hire a Nutritionist	6/95	Sène								X	X					Twelve candidates identified and will be interviewed in collaboration with SANAS in June
7.03	Regional Office Support																
	Provide technical assistance and oversight to the BASICS/Senegal country program and to the Senegal Country Advisor	9/95	Koné Drabo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Trip reports completed	The BASICS Regional Advisor, Adama Kone, IEC Specialist ,Yaya Drabo, and Child Survival/EPI Advisor, Mutombo wa-Mutombo are based in Dakar and provide periodic technical assistance
7.04	Headquarters Support																
	Support from Headquarters operations staff and members of the Senegal cluster, including 1 TDY by the Operations Officer to provide program oversight, and 1 TDY by the Operations Coordinator for routine financial and administrative monitoring	9/95	Blyth Johnson Durgavich		X	X										Cluster meetings held, annual workplan and routine reports produced	HQ staff will work as a team with the Senegal country staff Blyth and Durgavich carried out a project management visit in December 1994

ANNEXE J

CADRE LOGIQUE DES ACTIVITES AU SENEGAL EN ANGLAIS (Locical Framework)

LOGICAL FRAMEWORK - SENEGAL
(DRAFT - 16/6/95)

	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Assumptions
Goal Reduction of <5 morbidity and mortality	- CMR - Morbidity rates in <5s	- DHS II (baseline) vs. DHS III (impact) - National census	- Effective preventive/treatment actions implemented
Purpose Strengthen national CDD/nutrition programs	- 20% reduction in <5 diarrhea morbidity (14-day prevalence) and 40% in mortality by 1999 - Increases in participation (weighing), nutritional status, weaning (intro of supplementary foods)	- DHS III - Periodic surveys with verbal autopsies - Rapid Facility Assessments (RFAs) - Monthly project reports - Periodic KAP surveys/Integrated Household Surveys (IHSs)	
Objective 1 Improve MOH capacity to plan, implement, evaluate CS programs	- Strategies and workplans developed for SANAS and MOH collaboration	- Reports showing SANAS/MOH collaboration	- Willingness and mechanism to facilitate collaboration
Activity 1.1 Promote interministerial coordination	- Coordination mechanisms identified and implemented	- Joint planning and implementation documents/reports	
Activity 1.2 Improve SANAS skills in planning, training, supervision, research	- Timely regional plans - Decentralized, appropriate training - # of supervisory visits with checklists - # of research projects	- SANAS workshop reports - Training reports - Supervision reports - Research protocols carried out	
Activity 1.3 Develop/implement IEC plan to support CDD/ nutrition programs	- SANAS/EPS joint IEC plans developed - CDD/nutrition IEC messages and materials prepared	- Joint IEC plan - CDD/nutrition IEC messages and materials	
Activity 1.4 Improve ORS public sector distribution & availability	- % of annual estimate of ORS ordered/ received - Bamako Initiative (BI) ORS indicators (availability, accessibility, utilization, coverage, effective coverage)	- Annual calculation of ORS need - CS documents - BI monitoring reports	- Population and diarrhea morbidity data available - Annual ORS orders through CS project - ORS effectively integrated into BI
Activity 1.5 Assist SANAS and Statistics Division in data collection, processing and use	- Indicators identified - Data collected - Data analyzed	- Statistical reports on CS indicators	
Activity 1.6 Assist in effective MOH decentralization	- 50% of regional district plans done locally	- Regional/district plans	- Regions/districts receive timely TA

Activity 1.7 Test Preceding Birth Technique (PBT) to estimate <2 mortality	- PBT methodology tested	- Evaluation report on PBT methodology feasibility, reliability, cost	
Activity 1.8 Provide TA	- # person months of TA	- Scopes of Work - Quarterly reports - Consultant reports	- Technical needs identified
Activity 1.9 Document and disseminate lessons learned	- lessons identified - lessons documented - Workshop on lessons learned conducted - # of lessons learned reports disseminated	- Lesson learned document - Workshop report	- Useful, important lessons identified
Objective 2 Increase access to adequate diarrhea/ malnutrition Standard Case Management (SCM)	- Increase from 43% to 80% - % of facilities with workers trained in diarrhea/nutrition SCM - % of facilities with ORS - % of population with access to ORS	- RFA - DHS	- ORS logistic/distribution system in place
Activity 2.1 Train health workers (HWs) in standard diarrhea/malnutrition SCM in both public & private sectors	- Increased knowledge of diarrhea and malnutrition diagnosis and treatment - improved diagnosis and treatment of diarrhea and malnutrition	- pre/post test (cognitive improvement) - RFA (performance improvement)	- Training needs assessment done - Training materials revised - Performance can be improved in presence of other constraints
Activity 2.2 Improve partnership between public and private sectors for distribution & sales of ORS	- Formal strategy developed by MOH & commercial sector - Increase in # of ORS packets distributed	- Joint policy and strategy written - Commercial distribution records	- Partners are willing and able to work together
Activity 2.3 Improve effectiveness of URO/CREN & ORT corners	- Problems and constraints identified - % of functional URO/CREN/ORT corners	- Assessment reports - RFA	
Objective 3 Improve diarrhea/malnutrition preventive practices and appropriate case management in home	- % of mothers knowing: * 3 rules of diarrhea case management * and practicing 3 preventive measures for diarrhea - % of mothers using ORT correctly - % of mothers recognizing malnutrition - % of mothers seeking appropriate treatment for diarrhea/malnutrition	- DHS - KAP surveys - IHS - Exit interviews	- Effective IEC messages and materials

Activity 3.1 Train others (non-health ministries/ NGOs, community leaders/organizations) in prevention and SCM of diarrhea and malnutrition	- # of organizations participating - # of people trained - Knowledge and ability of those trained to diagnosis and treat diarrhea and malnutrition	- Project and training reports - Pre/post tests - HW KAP surveys	- Others sectors and organizations agree to participate
Activity 3.2 Conduct studies on community demand and care seeking behavior	- Studies conducted	- Study reports	
Objective 4 Increase nutrition education coverage through growth monitoring (GM) of <3s, emphasizing good weaning habits	- % of <3s participating in GM - % of <3s less than 2 standard deviations of reference standard - % of 5 month olds receiving breast milk plus supplements	- DHS - Service statistics - KAP surveys/IHSs	- Effective IEC messages and materials
Activity 4.1 Train HWs and implement GM in 2 health facilities/district	- HWs training in GM in 34 health facilities	- Pre/post tests - Service statistics/monitoring reports - Supervision/assessment reports	
Activity 4.2 Implement GM in 2 communities/ region	- # of communities with GM - % of <3s participating in GM	- Supervision, assessment reports - Service statistics	
Objective 5 Improve nutritional status of pregnant women (w/MotherCare)	- Joint SANAS/MOH assessment and strategies - % of mothers with improved knowledge - % of LBW births	- Joint assessment report - KAP survey/IHSs - LBW sample (baseline vs. post intervention)	
Activity 5.1 Assess needs, train workers, evaluate monitoring of pregnant women during ANC visits	- Assessment completed - Curriculum and materials developed - Training conducted - % of pregnant women participating	- Assessment report - Training curriculum and materials - Pre/post tests - RFAs - Exit interviews	
Objective 6 Promote Exclusive Breast Feeding (EBF) in health facilities & communities (w/ WELLSTART and UNICEF)	- % of health workers and mothers knowing advantages of EBF for <5 months - % of <5 months on EBF	- RFAs - DHS - KAP & IHSs - Exit interviews	
Activity 6.1 Assess needs, train, implement "Baby Friendly" approach in 5 maternities	- % with effective "Baby Friendly" programs	- Supervision/assessment reports	

Activity 6.2 Conduct community-based study on determinants of EBF in 3 communities	- EBF determinants identified - Studies carried out	- Study reports	

ANNEXE K

PLAN D'EVALUATION POUR LE SENEGAL/ CHRONOLOGIE DE L'EVALUATION EN ANGLAIS (Evaluation Plan for Senegal/Evaluation Timeline)

DRAFT
(14/6/95)

EVALUATION PLAN FOR SENEGAL

I. Background

Duration: 10/93 - 9/98
Amount: $785,374 - Core; $1,390,218 - USAID/Dakar

In early 1995, a BASICS team, in collaboration with the Ministry of Health (MOH) and SANAS, developed a Country Activity Plan (CAP) in support of the USAID-funded Child Survival(CS)/Family Planning Project. The document reviewed the health situation in Senegal, especially as it relates to the population under five. BASICS efforts will focus on the strengthening of CDD and nutrition programs. Based on the team's review and in accordance with USAID/Dakar's strategy, the BASICS team developed a plan of action that covers a three and a half year period (until the end of BASICS). The plan consists of six objectives that will improve the capacity of the MOH to plan, implement, manage and monitor child health activities, emphasizing the prevention and control of diarrheal diseases and malnutrition, two of the major causes of under five morbidity and mortality in Senegal. BASICS will develop communications, as well as logistic and information systems, to ensure that the target population know what to do and has access to simple means to address the problems. Standard Case Management (SCM) for CDD and nutrition (especially growth monitoring/promotion or GMP and proper breast feeding) will be promoted.

II. Objectives

As shown in the Logframe, the six objectives are:

1) Improve MOH capacity for CS program planning, implementation and evaluation;
2) Increase access to adequate diarrhea/malnutrition case management in health facilities;
3) Improve diarrhea/malnutrition preventive practices and appropriate case management in the home;
4) Increase the coverage of nutrition education through growth monitoring for children 0-36 months, emphasizing Exclusive Breast Feeding (EBF) and good weaning practices;
5) Improve the nutritional status of pregnant women; and
6) Promote EBF in health facilities and communities.

III. Evaluation Plan

A. A Description of Key Indicators and Methods of Collection

Key Indicator	Definition	Data Source
1. CDD		
ORS Access Rate	% of population that has regular supply of ORS available in community	Integrated Household Survey (IHS)
ORT Use Rate	% of diarrhea cases <5 that receive increased fluids	IHS
Maternal Knowledge	% of mothers of <5s that knows 3 rules of home case management	IHS
Training Coverage	% of diarrhea-treating health workers who have been trained in diarrhea case management	Rapid Facility Rate Assessment (RFA)
Cases Correctly Managed at Health Facility	% of <5 diarrhea cases seen at health facility that are correctly managed	RFA
Mothers Correctly Advised on Home Case Management	% of mothers of <5s treated for diarrhea correctly advised on home case management	RFA IHS Exit Interviews
2. Malnutrition		
Training Coverage Rates	% of health workers interacting with interacting with mothers trained in GMP, EBF and good weaning practices	RFA
Maternal Knowledge	% of mothers of infants knowing proper breast feeding weaning habits	RFA IHS Exit Interviews

102

Mothers Correctly Advised on Home Care Management	% of mothers of <5s with malnutrition correctly advised on home case management	RFA IHS Exit	Interviews
Cases Correctly Managed at Health Facility	% of <5 malnutrition cases seen at health facility that are correctly managed	RFA	

The three principal methods of data collection and determining intervention effectiveness are:

- IHS - to determine the knowledge, attitude and practice of mothers and caretakers relating to CDD and nutrition.

- RFA - to ascertain quality of care in diagnosis and treatment of CDD and malnutrition among the staff at the health facilities in the four regions.

- Exit Interviews - to determine the effectiveness of the health workers' ability to communicate home care and care seeking in diarrhea and malnutrition to mothers as they depart the health facilities.

B. Timeline of Evaluation Activities

The activities planned under the BASICS Project in Senegal can be grouped under two headings. The first objective is concerned with process and strengthening institutional capacity of the Ministry to pan, implement and evaluate health programs. The primary means of verification are reports on the training, on results of workshops on lessons learned. In addition, IEC plans and materials will be developed and the results will be the plans and messages dealing with the prevention and control of diarrheal diseases and malnutrition. The field testing of the Preceding Birth Technique (PBT) will be important not just to Senegal but to most developing countries.

The second set of objectives includes number two though six which will skills and competence of the health workers, especially in the CDD and malnutrition areas. There are two principal aspects, one dealing with the capacities of the health workers while the other address the ability of the caretakers at home to diagnose and treat and/or refer the child. To determine if the training has been effective, there will be pre/post tests administered to the health workers which will quantify the increase in knowledge. To ascertain whether there has been improvement in the health worker skills and quality of care, a series of Rapid Facility Assessments (RFAs) will be conducted. BASICS will also carry out exit interviews, Integrated Household Surveys (IHSs) and KAP surveys to measure the impact of the improved health worker knowledge and counseling skills on the knowledge and practice of the mother. Of particular interest will be breast feeding and weaning practices and nutritional consumption of the mother during pregnancy.

A graphic presentation of the Evaluation Timeline is presented in the following Table which includes information on where the indicators will be reported on and who is responsible for producing the evaluation mechanism that tracks BASICS Program performance in Senegal.

(DRAFT - 16/6/95)

Evaluation Timeline

(Senegal)

Indicators & Means of Collection	Timeline																				Document	By Whom
	PY1				PY2				PY3				PY4				PY5					
Goal: Reduce <5 morbidity and mortality																						
1. National Census	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	Census	GOS
2. DHS																					DHS	MACRO
3. Preceding Birth Technique					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	Qrtly Rpts	BASICS
Purpose: Strengthen national CDD/nutrition programs																						
1. Periodic RFAs																					RFA	BASICS
2. Periodic KAP surveys/IHSs																					KAP/IHS Rpts	"
Obj 1: Improve MOH capacity to plan, implement, evaluate CS programs																						
1. Plans																					Plans/reports	GOS
2. Reports					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Qrtly Rpts	BASICS
Act 1.1 - Promote interministerial coordination																						
1. Joint planning documents					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Documents	GOS
																					Qrtly rpts	BASICS
Act 1.2 - Improve SANAS planning, training, supervision, research skills																						
1. Workshop reports																					Qrtly Rpts	BASICS
2. Training reports																					Qrtly Rpts	"
3. Supervision reports																					Qrtly Rpts	"
Act 1.3 - Develop/implement IEC for CDD/nutrition																						
1. Joint IEC plan																					IEC Plan	GOS
2. IEC messages and materials																					Qrtly Rpts	BASICS
Act 1.4 - Improve public sector ORS distribution and availability																						
1. BI monitoring reports																					Qrtly Rpts	BASICS
Act 1.5 - Improve SANAS data collection, processing and use																						
1. Statistical reports on CS indicators																					Qrtly Rpts	BASICS

105

Act 1.6 - Assist in MOH decentralization **1. Regional/district plans**																						GOS Plans Qrtly Rpts	GOS BASICS
Act 1.7 - Test PBT to estimate <2 mortality **1. Evaluation report**																						Eval Report	BASICS
Act 1.8 - Provide TA **1. Consultant reports**																						Consultant R	BASICS
Act 1.9 - Document & disseminate lessons learned **1. Lessons learned document** **2. Workshop report**																						Document Report	BASICS "
Obj 2: Increase access to adequate diarrhea/malnutrition case management **1. RFAs**																						RFAs	BASICS
Act 2.1 - Train public & private HWs in diarrhea/malnutrition SCM **1. Pre/post training** **2. RFAs**																						RFAs Qrtly Rpts	BASICS "
Act. 2.2 - Improve distribution of ORS **1. Plans & strategy** **2. Commercial distribution records** **3. RFAs**																						RFAs Qrtly Rpts	BASICS "
Act 2.3 - Improve effectiveness of URO/CREN & ORT corners **1. Assessment reports** **2. RFAs**																						RFAs Qrtly Rpts	BASICS "
Obj 3: Improve diarrhea/malnutrition prevention & case management in home **1. Exit interviews** **2. KAP surveys/IHSs**																						KAP/IHSs Qrtly Rpts	BASICS "
Act 3.1 - Train others in diarrhea/malnutrition SCM **1. Pre/post tests** **2. HW KAP surveys**																						Qrtly Rpts	BASICS
Act 3.2 - Conduct studies of community demand & care seeking behavior **1. KAP surveys/IHSs**																						Qrtly Rpts	BASICS

Obj 4: Increase nutrition education (especially good weaning habits) through GM of <3s **1. Service statistics** **2. KAP surveys/IHSs**																						KAP/IHSs Qrtly Rpts	BASICS "
Act 4.1 - Train HWs and implement GM **1. Pre/post test** **2. Service statistics/monitoring reports** **3. Supervision/assessment reports**																						Assess Rpts Qrtly Rpts	BASICS "
Act 4.2 - Implement GM in 2 regions **1. Service statistics/monitoring reports** **2. Supervision/assessment reports**																						Assess Rpts Qrtly Rpts	BASICS "
Obj 5: Improve nutritional status of pregnant women **1. KAP surveys/IHSs** **2. LBW sample**																						KAP/IHSs LBW Study	BASICS "
Act 5.1 - Assess needs, train workers, evaluate ANC **1. Training curriculum and materials** **2. Pre/post test** **3. RFAs** **4. Exit interviews**																						RFAs KAP/IHSs Qrtly Rpts	BASICS " "
Obj 6: Promote EBF **1. RFAs** **2. KAP surveys/IHSs** **3. Exit interviews**																						RFAs KAP/IHSs Qrtly Rpts	BASICS " "
Act 6.1 - Assess needs, train, implement "Baby Friendly" approach in 5 maternities **1. Supervision/assessment reports**																						Assess Rpts Qrtly Rpts	BASICS "
Act 6.2 - Conduct community-based study on determinants of EBF in 3 communities **1. Study reports**																						Study Rpts Qrtly Rpts	BASICS "