Cabinet Conseil

STRATEGIE DE L'USAID/SENEGAL
1998-2006

Atelier d'Elaboration du Cadre de Résultats

Objectif Stratégique N°3 : Santé

22-26 Septembre 1997-NOVOTEL-DAKAR

SYNTHESE DES RESULTATS

RAPPORT FINAL

Destinataire

USAID / SENEGAL
DAKAR
Contrat 685-C-00-97-00054-00 du 31 07 97

MGP Afrique RC 97 B 1038 *votre partenaire une valeur sûre*
(221) 825 86 53 825 86 53/82416 25 15 363 Dakar Fann
Siege Social HLM2 Villa N 673 Dakar Sénegal
NINEA 0067969 E Mail mgpafr@telecomplus sn

SOMMAIRE

I - CONTEXTE **page 4**

II- RAPPEL DU MANDAT **page 5**

III- DEROULEMENT **page 5**

IV- SEANCE D'OUVERTURE **page 7**

V- EXPOSES INTRODUCTIFS **page 8**

V 1 - Le contexte senegalais

V 2 - Orientations techniques et methodologiques

VI- RESULTATS DES TRAVAUX **page 10**

VI 1- Resultats des travaux de groupe **page 12**

VI 1 1- Exercice n° 1 Identification des axes d'intervention prioritaires **page 13**

VI 1 2- Exercice n° 2 Choix et Formulation de l'OS **page 25**

VI 1 3- Exercice n° 3 Formulation des RIC **page 32**

VI 1 4- Exercice n° 4 Developpement des RIC **page 35**

VI 2- Les resultats des travaux du Comite Restreint **page 52**

VII- EVALUATION DE L'ATELIER **page 58**

ANNEXES **page 61**

1- Rappel liste des documents et outils de travail utilises
2- Agenda
3- Listes des presences

LISTE DES ABREVIATIONS

B F	Bailleurs de fonds
C.P N	Consultations Prenatales et Postnatales
C R	Conseil Regional
I B	Initiative de Bamako
I E C	Information, Education et Communication
L M D	Lutte contre les maladies diarrheiques
M S A S	Ministere de la Sante et de l'Action Sociale
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
O C B	Organisations Communautaires de base
O S	Objectif Strategique
P E V	Programme elargi de vaccination
P F	Planification familiale
P N P F	Programme National de Planification Familiale
P P S	Points de prestations de services
R I	Resultat Intermediaire
R I C	Resultat Intermediaire Cle
R V O	Rehydratation par voie orale
S E	Survie de l'Enfant
SIDA	Syndrome Immuno-Deficience Acquise
S I G	Systeme d'informations aux fins de gestion
S M I	Sante maternelle et infantile
S N P	Surveillance nutritionnelle et ponderale
S R	Sante de la Reproduction
S R O	Sachet de rehydratation orale
SSP	Soins de sante primaire
T R O	Therapie de Rehydratation par voie Orale
VIH	Virus de l'Immuno-Deficience Humaine

I - CONTEXTE

Dans le cadre de la formulation de sa future strategie d'intervention au SENEGAL (1998-2006), l'USAID/SENEGAL a entrepris depuis plusieurs mois, une serie d'actions, d'etudes, de rencontres formelles et informelles, d'ateliers de reflexion et de formation pour poser avec ses partenaires les bonnes questions et envisager les solutions les plus appropriees et les mieux partagees par les acteurs impliqués dans leur mise en œuvre

En vue d'approfondir la reflexion et de l'affiner davantage sur les plans technique et methodologique, elle a organise, apres les journees de reflexion du Méridien President (en Avril 1997) et de Saly Portudal (04 -07 Août 1997), un atelier de formation de formateurs avec l'appui technique de la firme « The Mitchell Group Inc (TMG) » et le Cabinet MGP Afrique Cet atelier avait pour but d'apporter un eclairage methodologique plus pousse sur l'elaboration d'un cadre de resultats suivant les criteres specifiques et contextuels de l'USAID Y ont assiste des agents de l'USAID, les facilitateurs de MGP-Afrique et des personnes ressources invitees par l'USAID

Cette cible restreinte devait par la suite servir d'agent de demultiplication de la formation reçue pour transferer les connaissances acquises aux participants des travaux de groupe ultérieurs

Il s'agit dans un premier temps, pour les groupes, d'elaborer un cadre de resultats affine pour les objectifs strategiques « Decentralisation, Secteur Prive et Sante », etant entendu que le cadre de resultats doit

- Correspondre aux buts de l'agence,
- repondre a des criteres acceptables par l'USAID,
- et repondre a la fois aux attentes de la mission et de l'Agence

Dans le contexte de competition pour l'obtention des ressources, seuls les cadres de resultats qui remplissent les conditions requises ont des chances d'être retenus

C'est pour ces raisons que la mission de Dakar a depêché « The Mitchell Group, Inc (TMG) » qui, en collaboration etroite avec le Cabinet MGP-Afrique doit aider a definir une demarche visant, dans le cadre des futurs travaux, a mieux conformer le processus amorcé aux normes techniques et aux attentes de l'Agence

II - RAPPEL DU MANDAT

Aux termes du contrat N° 685-0-00-97-0054-00 du 30 Juillet 1997, la firme locale MGP-Afrique adjudicataire de ce contrat, se voyait assigner les tâches suivantes

- Organisation materielle des reunions des « focus groups » en vue de l'affinement des Cadres de Résultats dont les esquisses avaient ete realisees lors des sessions precedentes, en Août a Saly ,

- Assistance technique, en termes de facilitation, aux « focus groups » pour la realisation des attendus des presentes sessions (Sept 1997) ,

- Prise en charge de tous les aspects administratifs et logistiques en vue d'un bon deroulement de ces ateliers, qui doivent se tenir respectivement du 08 au 26 Septembre 1997

Le present rapport constitue un compte rendu de la troisieme étape consacree a l'objectif strategique # 3 la Sante, dont les ateliers ont eu lieu du 22 au 26 Septembre 1997

III - DEROULEMENT

Les travaux du « focus group » charge d'affiner l'objectif strategique retenu lors de l'atelier précedent (Saly, 04 - 06 Août 1997) et d'esquisser un cadre de resultats, ont fait l'objet de l'atelier sur la Sante qui s'est tenu au NOVOTEL du 22 au 26 Septembre 1997

Les travaux ont ete ouverts par le Directeur de l'USAID-Senegal et par le President du groupe MGP-Afrique qui ont souhaite la bienvenue aux participants (liste jointe en annexe) et defini les objectifs de l'atelier

Les travaux se sont deroules dans le temps imparti, en tenant compte des amenagements necessaires Le calendrier a cet effet a ete modifie avec l'accord des participants (cf en annexe le calendrier final)
Les documents ci-dessous listes ont servi de support pour l'elaboration de l'OS et le developpement des Resultats Intermediaires Cles

- un agenda adapte,
- un communique de l'USAID sur la formulation de l'Objectif Strategique,
- principes directeurs et elements de reflexion,
- le cadre de resultats,
- les termes de references des commissions,
- la grille d'analyse des indicateurs,
- la note sur les buts de l'Agence

Quatre exercices ont permis de guider les travaux techniques d'elaboration de l'OS, depuis les conditions critiques jusqu'aux idees d'activites (cf annexe)

Un groupe restreint d'une vingtaine de personnes a procede a la finalisation des resultats obtenus par les differentes commissions

La firme americaine The Mitchell Group (TMG) et le Cabinet MGP-Afrique ont assure l'encadrement et la facilitation des travaux

Le cadre de resultats retenu par le groupe restreint a ete presente a l'USAID le vendredi 26 Septembre 1997

Le present rapport reprend en les exposant de maniere exhaustive l'ensemble des travaux realises au terme de chacun des moments

IV- SEANCE D'OUVERTURE

Dans son allocution d'ouverture Madame Anne M WILLIAMS a utilise la parabole des trois (3) magiciens devant le fleuve

Pour le Directeur de l'USAID trois elements determinants ont modifie le paysage du systeme de sante c'est d'abord les lois de la decentralisation qui ne peuvent plus permettre d'hesitation dans la responsabilisation des communautes de bases

C'est ensuite l'existence du PNDSS et l'initiative de Bamako

C'est enfin, l'exigence de durabilite des actions pour le futur

Ces changements doivent strictement et obligatoirement renforcer les pouvoirs de decision

Il se trouve egalement que les 2 autres OS ont deja pris en compte la responsabilisation au niveau politique et celle au niveau economique

Il reste donc la responsabilisation sociale dans le domaine de la sante comme OS

En conclusion, Madame Anne M WILLIAMS a demande aux participants d'elaborer le meilleur Cadre de Resultats pour répondre aux attentes de la population Pour cela, la parabole de la gambienne est d'actualite Elle dit qu'elle peut travailler avec les experts et les organismes d'assistance technique, si ceux-ci prennent en compte sa survie Le Directeur espere enfin que nous serons le magicien le plus efficace a defaut d'être les trois (3) magiciens a la fois

A la suite de cette allocution de Madame le Directeur de la Mission, le President de MGP-Afrique a defini les objectifs de l'atelier dont le produit doit non seulement correspondre aux buts mais egalement repondre a un certain nombre de criteres admis et acceptables par USAID

Ainsi, pour se conformer aux normes et attentes, la Mission USAID de Dakar a depêche The Mitchell Group dont le rôle est de favoriser la reflexion sur le processus de developpement d'un cadre de resultat sous-tendu par une grille d'analyse rigoureuse integrant les criteres et parametres cles justifiant le choix de l'OS, des RIC, des RI et des indicateurs

V- LES EXPOSES INTRODUCTIFS

La seance pleniere qui a precede les travaux en commissions a ete entierement consacree a l'expose et aux discussions sur les communications portant respectivement sur

A) le contexte

■ Les principes directeurs et elements de reflexion pour la nouvelle strategie ont fait l'objet d'un expose presente par Monsieur Chris Barratt qui a surtout mis l'accent sur les trois domaines d'interventions techniques prioritaires et les politiques nationales de santé ,

■ Un resume des reformes engendrees par la decentralisation a ete presente successivement par le Colonel Oumar NDIAYE a travers les mutations structurelles du systeme de sante publique et par Monsieur François Pathe DIOP, axe sur les problematiques et les opportunites de la decentralisation ,

■ Un dernier expose relatif aux opportunites et perspectives du secteur prive de la sante a ete presente par le Dr Seynabou MBENGUE

A la suite de ces exposes, les observations suivantes ont ete formulees

✓ *Certains participants ont eu l'impression que la decentralisation allait assombrir le domaine de la sante*
« Pourquoi presenter les problematiques avant les opportunites !» note un participant

✓ *Pour d'autres, la décentralisation est plus porteuse d'opportunites que de problemes pour la sante En fait c'est la santé qui ne s'est pas adaptee a l'organisation administrative C'est sa faute !*

✓ *Il faut definir le statut du district sanitaire par rapport aux instances decentralisees (région, commune et communaute rurale)*
✓ *On sous estime la part de l'Etat*

✓ *Comment va-t-on envisager les ressources humaines ?*

✓ *Qu'en sera t-il de*

1- *La mobilite du personnel ?*
2- *La gestion technique des programmes ?*

✓ *Le MSAS a traîne les pieds en ce qui concerne la decentralisation*

✓ *La decentralisation est une option nationale irreversible Elle va corriger des desequilibres Il n'y aura pas de rupture, d'autant plus que l Etat a conserve les services techniques*

✓ *La creation de district (1991) montre que l'Etat (MSAS) a voulu decentraliser ses activites*

✓ Il ne faut pas avoir un sentiment de catastrophisme Il suffira de capter les opportunites et faire face aux problemes qui se poseront, voire même les anticiper en prenant toutes les dispositions necessaires pour perenniser les acquis et ameliorer les performances plutôt que d'être pessimiste avec la decentralisation

✓ Il y a un desequilibre entre le secteur prive de la sante et le public , dans la mesure ou sur 50 Milliards F CFA dépensés en Sante, le public ne reçoit que 10 % de cette somme En plus les reseaux de distribution sont pour la plupart assures par le prive

B) <u>Orientations techniques et methodologiques</u>

Helene SOOS et Alice J WILLARD de Mitchell Group ont presente le cadre de resultats et ses elements constituants

Elles ont fourni a chaque fois des exemples pour illustrer les definitions proposees (cf en Annexe les parties principales de leur expose)

Apres la presentation sur le cadre de resultats, une discussion de fond a ete soulevee portant sur la problématique la Mission USAID doit-elle être tenue comptable du cadre de resultats

Pour tous la comprehension est que la responsabilite est collective entre la mission de l'USAID et ses partenaires (y compris Gouvernement, collectivites locales et autres parties prenantes), quand bien même devant le Congres Americain, c'est la Mission qui reste comptable des resultats obtenus

Trois idees majeures ont ete soulevees concernant le prochain programme

1) Afin d'eviter la duplication des efforts, L'USAID ne souhaiterait pas intervenir dans les deux (2) domaines suivants

   - Le paludisme (du fait du programme finance par la Banque Mondiale) ,

   - Le PEV (Programme Elargi de Vaccination), du fait du soutien apporte au programme par le Japon, et compte tenu des gros investissements necessites en matiere de logistique

2) L'USAID peut-elle intervenir dans le domaine de la Nutrition ?

3) Il faut une approche concertee entre les bailleurs Ils doivent développer des synergies au lieu de developper des antagonismes Le paludisme est important comme une priorite , pourquoi l'eliminer a ce niveau de la strategie sous pretexte que la Banque Mondiale intervient deja dans ce domaine

Aussi, pour un participant, « Il faut revisiter la reflexion concernant la cooperation ! »

VI - RESULTATS DES TRAVAUX

OBJECTIF STRATEGIQUE "SANTE"

UTILISATION ACCRUE DES SERVICES DE SR/SE/MST-SIDA DANS LE CADRE DE LA DECENTRALISATION

RIC1 OFFRE ACCRUE DE SERVICES DE SR/SE/MST SIDA

- R I # 1 — Fonctionnalite des PPS publics existants ameliore
- R I # 2 — PPS Communautaires et prives offrant des services renforces et/ou crees
- R I # 3 — Partenariat pour la sante publique ameliore entre le secteur public et le secteur prive
- R I # 4 — Representation ameliore des divers partenaires aux decisions de progammation de mise en oeuvre de suivi et d evaluation
- R I # 5 — Suivi des programmes et des activites ameliore

RIC2 DEMANDE ACCRUE DES SERVICES DE SR/SE/MST SIDA

- R I # 1 — Perception accrue des benefices (individuels et familiaux) des services (SR/SE/MST-SIDA) et produits par les population
- R I # 2 — Participation accrue des leaders d'opinion (religieux, politique elus locaux) dans la mobilisation sociale
- R I # 3 — Implication accrue des partenaires (secteur prive ONG OCB) dans l'IEC
- R I # 4 — Connaissance de la localisation des PPS accrue

RIC3 FINANCEMENT ACCRU DES SERVICES DE SANTE PAR DES SOURCES INTERNES

- R I # 1 — Ressources de l'Etat et des collectivites locales affectees a la sante accrues en termes reels
- R I # 2 — Partenariat effectif developpe pour le financement des systemes de sante
- R I # 3 — Capacites de gestion financieres et administratives des partenaires (collectivites locales ONG comites) renforcees
- R I # 4 — Cadre legal et reglementaire du financement de la sante ameliore

VI-1- RESULTATS DES TRAVAUX DE GROUPE

VI.1.1-RESULTATS DE L'EXERCICE N°1

Trois (3) commissions ont été constituées pour réfléchir sur les domaines prioritaires d'intervention, les cibles prioritaires et les partenaires potentiels

COMMISSION 1

Facilitateur Sidy KANE
Rapporteur François DIOP

I – Documents de travail

1 1 Principes directeurs et elements de réflexion
1 2 Extrait du PNDSS sur les objectifs du programme
1 3 Canevas de travail en commission

II- Méthode

2 1 Clarification des principes directeurs
2 2 Reflexion sur les domaines prioritaires
2 3 Hierarchisation des priorites
2 4 Definition des groupes cibles
2 5 Identification des partenaires

III- Resultats

3 1 Interventions techniques

Il a ete identifie huit (8) interventions comme prioritaires par la Commission 1

① Paludisme
② MST/VIH-SIDA
③ Sante des adolescents
④ Planification familiale
⑤ Suivi de la grossesse
⑥ Prise en charge integree de l'enfant malade
⑦ Maladies infectieuses (tuberculose, méningites, fievre jaune)
⑧ Revisiter la philosophie du projet santé rurale dans le contexte de la régionalisation

① Paludisme

L'identification du paludisme comme priorite par la commission est basee sur l'importance de cette maladie du point de vue morbidite et mortalite dans le pays Il a ete rappele que la lutte contre le paludisme, malgre son importance dans les conditions epidemiologiques, n'a pas reçu assez d'attention dans les regions cibles de la strategie courante de l'USAID

② MST/VIH SIDA

Deux arguments ont ete avances pour supporter l'identification des MST/VIH SIDA comme axe d'intervention Premierement, une avancee de la maladie est reportee dans les regions a forte migration (St-Louis, Tambacounda, Kaolack) Deuxiemement, des inegalites dans la prise en charge des cas de seropositifs et des malades sont observées entre Dakar d'une part, les autres regions d'autre part

③ Sante des Adolescents

Bien que representant une frange importante et grandissante de la population, il a ete note l'inexistence d'une politique pour la sante des adolescents, de leur prise en charge au niveau des structures de prestations de services preventifs et curatifs

④ Planification familiale

Le Senegal a connu une baisse importante de la mortalite des enfants durant les dernieres decennies Cependant, la fecondite est toujours elevee bien que des tendances a la baisse soient observees en milieu urbain Par ailleurs, il a ete rappele le fosse important entre la demande PF et l'utilisation non seulement dans les zones urbaines, mais aussi dans les zones rurales en d'autres termes, il y a une demande PF non satisfaite dans le pays

⑤ Suivi de la grossesse

Bien que la couverture des consultations prenatales ait augmente dans le pays, un fosse important existe entre celle-ci et l'assistance a l'accouchement par un personnel forme et la couverture des consultations postnatales Reduire ce fosse contribuerait largement a la sante maternelle et infantile

⑥ Prise en charge integree de l'enfant malade

Bien que la mortalite des enfants ait significativement baisse au Senégal, l'augmentation recente de la mortalité en zone urbaine suggère que des efforts devraient être déployés pour consolider les acquis Dans ce cadre, la multiplicité des affections en milieu rural et dans les zones peripheriques urbaines, suggere que le renforcement de la prise en charge integree des enfants devrait être un axe d'intervention privilegie dans le cadre de la survie de l'enfant Il a été cependant souligné que le suivi de la grossesse et la prise en charge intégrée de l'enfant malade devraient être assures dans le cadre de l'amelioration de la qualite au niveau du systeme de sante

⑦ Maladies infectieuses

Il a ete note que la recrudescence des maladies infectieuses etait une menace grandissante a la consolidation des acquis dans le systeme de sante Par consequent, un axe d'intervention concernant les maladies infectieuses devrait être cible sur les maladies telles que la tuberculose, la meningite et la fievre jaune

⑧ Revisiter la philosophie du Projet Santé Rurale dans le contexte de la regionalisation

Il a ete note qu'il existe plusieurs zones rurales ou l'accessibilite geographique des services de santé est tres faible

Pour faire face a ce probleme, il a ete suggere que la regionalisation offrait un cadre peut-être favorable a des interventions communautaires comme celles mises en œuvre dans le cadre du Projet Sante Rurale

3 2 – Interventions systemiques

Six (6) interventions ont ete identifiees

① Communication
② Coordination entre bailleurs de fonds
③ Systemes d'information et decentralisation
④ Coordination intersectorielle
⑤ Sources de financement interne
⑥ Renforcement des capacites des elus locaux et autres intervenants

3 3 Hierarchie des priorites

① Sante de la Reproduction (consolidation des interventions decrites au paragraphe 3 1 ci-dessus ③ a ⑥ (page 14))
② MST/VIH-SIDA
③ Paludisme / Maladies infectieuses
④ Developpement du systeme (Approche systeme) (consolidation des interventions decrites au paragraphe 3 2 ci-dessus)

3 4 Groupes cibles

Apres avoir considere les cibles suivantes

- Milieu urbain
- Adolescents
- Hommes/Femmes

La commission a degage un consensus sur la diversification des cibles

3 5 Partenaires

① ONG
② Collectivites locales
③ Secteurs prives (national et etranger)

- Lucratif
- Social
- Assimile

④ Gouvernement du Senegal
⑤ Groupements religieux
⑥ Institutions de formation
⑦ Autres Bailleurs de fonds

La commission a liste les partenaires et seuls les points ③ et ⑦ ont fait l'objet de discussions Ainsi, tout ce qui est comites de sante et associations a la base sont inclus dans le secteur prive assimile

Concernant les bailleurs de fonds, une tentative d'identification des bailleurs de fonds specifiques a ete amorcee, mais la commission a juge utile de garder plus de flexibilite dans ce domaine etant donne l'incertitude sur l'engagement de bailleurs specifiques

COMMISSION 2

Facilitateur Aly DIOUF
Rapporteur Dr Benga DE

I- INTRODUCTION

1/- Reformulation des termes de references

2/- Le President Aly DIOUF demande une definition du PNDSS et du PDIS au colonel NDIAYE, suivie eventuellement des contributions de Mme Fatimata SY, du Dr Benga DE, Mme Maty Cisse SAMB et Pr Guelaye SALL en vue d'une mise a niveau du groupe

3/- Intervention du President de la communaute rurale de PAOSKOTO (Departement de Nioro-du-Rip)

- Sur les motivations et sanctions des activites sur le terrain
- Necessite d'appuyer les moyens logistiques , charrette, carburant qu'il donne lui même, pour mener a bien des activites de sante dans sa communaute rurale
- Accessibilite aux soins 1 PS pour 32 450 habitants et 132 villages
- Appui aux projets PEV – PNPF - LMD – CPN – curatif, Paludisme

4/- Mise a niveau sur la decentralisation d'ou il decoule la necessite d'assurer une large information et formation a l'intention du personnel de la sante

II- EXERCICE

2 1- Les domaines a couvrir

① **Survie de l'enfant**
Nutrition-LMD – Vaccination – Paludisme – IRA

② **Santé de la reproduction**
CPN – Planification familiale ++
C Post natales – Post abortum
Accouchements assistes

③ **MST – SIDA**
- Prise en charge integree et standardisee des MST au niveau des SSP
- IEC ciblee de proximite au niveau des OCB (femmes ++ , jeunes)
- Surveillance epidemiologique maintenir la prevalence < 3%

2 2- Priorites d'interventions systematiques

① Systeme d'acces et de qualite des soins
② Durabilite (recouvrement des coûts - IB)
③ SIG

2 3- Les groupes cibles

- La famille elargie au milieu rural + et peri-urbain

Sante reproduction survie de l'enfant	Femmes, enfants
MST– SIDA	Jeunes Adolescents + Hommes

- Les collectivites locales, ONG - Association (medecins chômeurs, GIE, ASC)
- Les secteurs public et prive
- Les comites de sante
- Les tradipraticiens
- Les bailleurs de fonds

Le groupe ne s'est pas prononce sur le point 2 2 de l'exercice a savoir les priorites d'interventions systematiques et a prefere attendre d'arriver a la definition des resultats specifiques pour identifier les partenaires cles A noter, cependant, que les groupes cibles listes ci-dessus sont egalement des partenaires

COMMISSION 3

Facilitateur Marie BA DIA
Rapporteur Mbaye DIOP

I- INTRODUCTION

C'est a 15H 30 que la commission a debute ses travaux par la presentation de l'objectif géneral et des orientations stratégiques du PNDSS ainsi que celle des objectifs specifiques du PDIS Mais avant d'entrer dans le vif du sujet les participants ont estime qu'il leur etait necessaire d'avoir un certain nombre de precisions pour permettre une tres bonne comprehension des questions 1a et 1b dont la formulation faisait qu'elles etaient differemment interpretees
A la suite d'une discussion approfondie, des clarifications et des complements d'information ont ete apportees par les uns et les autres, ce qui permit a la commission d'adopter une demarche consensuelle

Cette demarche a consiste a faire des propositions de domaines a couvrir non seulement a partir des objectifs spécifiques du PDIS et des orientations du PNDSS, conformement du reste a ce qui a ete recommande, mais en tenant compte surtout des principes directeurs de l'USAID Le domaine juge prioritaire beneficie t-il d'une intervention d'un autre bailleur de fonds ? L'intervention couvre-t-elle suffisamment les besoins du pays ? Correspond-elle a la mission de l'Agence ?

A partir donc de ces criteres et conformement a l'orientation essentiellement preventive de l'USAID un certain nombre de domaines ont ete juges prioritaires

II- DOMAINES A COUVRIR

① Lutte contre la mortalite maternelle
② La PF (l'implication des hommes)
③ La lutte contre la mortalite infantile et juvenile
④ La promotion de la sante des adolescents
⑤ La lutte contre les MST/SIDA
⑥ La lutte contre le paludisme

III- GROUPES CIBLES

Pour chacun des domaines retenus des groupes cibles ont ete identifies
Il s'agit

- Des FAR pour « la lutte contre la mortalite maternelle »
- Des enfants âgés de 0 a 4 ans pour « la lutte contre la mortalite infantile et juvenile »
- Des adolescents (10-17 ans) pour « la promotion de la sante des adolescents »
- Des femmes et des hommes pour « la PF »
- Des hommes, femmes, jeunes enfants pour « la lutte contre les MST/SIDA »
- Des enfants et des femmes enceintes pour « la lutte contre le paludisme »

Les partenaires

A- Ceux autres que l'USAID qui interviennent actuellement dans les differents domaines jugés prioritaires

Ce sont

- Le PNUD, le FED, l'OMS, les ONG, le FNUAP dans « la lutte contre la mortalite maternelle »
- L'OMS et la Banque Mondiale dans « la lutte contre le paludisme »
- Les ONG dans « la PF »
- L'UNICEF, l'OMS, les ONG et la Banque Mondiale dans « la lutte contre la mortalite infantile et juvenile »
- Le FNUAP, l'UNICEF, les ONG dans « la promotion de la sante des adolescents »
- L'OMS, l'ONUSIDA, le Canada, les ONG, l'UE dans la lutte contre les MST/SIDA

B- Les partenaires potentiels (autres que l'USAID) retenus sont

- Les collectivites locales
- L'Etat
- Les ONG, les organisations communautaires de base (ASC, GPF, MBOTAY)
- Les comites de sante
- Les secteur prive/parapublic
- Les bailleurs autres que l'USAID (bilateraux, multilateraux)
- La cooperation decentralisee
- Les tradipraticiens

IV- COMMENTAIRES SUR L'EXERCICE 1

Une discussion a ete ouverte sur chaque theme , ci-dessous quelques unes des interventions

✓ *Quelle est la place de la medecine traditionnelle etant donne que beaucoup de senegalais n'ont pas les moyens pour aller vers le secteur prive de la sante ?*

✓ *Quelle est la place du medicament ?*
Tout le monde n'y a pas acces

✓ *Quelle est la place du paludisme ?*
Etant donne son importance en ce qu'il constitue la première cause de morbidite et de mortalite des enfants au Senegal Le Gouvernement en a fait une priorite dans le PNDSS

✓ *Concernant la Santé des adolescents, il n'y a pas de prise en charge dans notre systeme*

✓ *Les regions a forte migration vont avoir un probleme de prise en charge en ce qui concerne le MST/VIH-SIDA*

✓ *Quelle place pour les maladies infectieuses (meningite, tuberculose) qui sont quand même une priorite*

✓ *Concernant la Planification Familiale, il y a un fosse entre l'offre et la demande Il en est de même entre le secteur urbain et le secteur rural*

✓ *Avec la decentralisation, le probleme d'accessibilite se posera pour les ruraux Il semble qu'il se posera un probleme de medecine a 2 vitesses (urbain / rural)*

✓ *Il faut integrer le paludisme dans l'OS etant donne son importance (beaucoup de projets en milieu rural)*

✓ *Je note l'absence du PEV dans l'OS*

✓ *Accordons-nous sur ce qu'on entend par SR (Sante de la Reproduction)*

✓ *La SR couvre toute la medecine ! C'est un domaine vaste*

✓ *Le paludisme peut être classe sous le sigle Grandes Endemies*

✓ *MST/SIDA peut être classe sous SR*

✓ *Concernant le MST/SIDA, il se posera un probleme d'accessibilite articule sous 2 angles*

1 *Financier*
2 *Socioculturel*

✓ *L'impact economique du paludisme sur la population est considerable*

✓ *La sante de la reproduction est en train de prendre droit de cite dans les programmes du Gouvernement Cela doit être mis en exergue dans l'OS*

✓ *La modernisation apporte des problemes nouveaux les besoins des personnes âgees*

Comme on le voit, le theme 1 a ete longuement discute car il a presente beaucoup de controverses a cause

- de la confusion entre domaines et problemes de sante ,
- du libelle detaille des questions de l'exercice ,
- des interpretations diverses du concept de SR

Si pour ce theme, tous sont tombes d'accord sur les problemes de sante a resoudre, cet accord n'a pas ete obtenu sur les priorites En outre, il y a eu quelques controverses sur les classements des problemes/domaines

Finalement, la reference au PNDSS a permis de canaliser les debats et de minimiser les antagonismes

V- DECISION DE LA PLENIERE

Il a ete propose un comité restreint qui devra faire une synthese des propositions

Enfin, il a ete souligne la necessite de justification plus explicite des choix de domaines/problemes de sante faits par les groupes Les rapporteurs devront donc le faire

Apres la pause le comite restreint a fait la proposition suivante

Trois(3)axes prioritaires d'interventions ont ete retenus

1er axe La Survie de l'Enfant (SE)

Cet axe doit être compris dans l'esprit de « Paquet Minimum Integre », dans lequel il y a

- La vaccination ,
- Les infections respiratoires aigues ,
- Le paludisme ,
- La nutrition (y compris AME et SNP) ,
- La lutte contre les maladies diarrheiques

2ème axe d'intervention MST- VIH/SIDA

Dans lequel il est compris

- La surveillance sentinelle VIH ,
- La prise en charge des MST

3ème axe d'intervention Sante de la Reproduction (SR)

- Planification familiale (selon les groupes specifiques) ,
- Suivi des grossesses (consultations pre-/post-natales, accouchements assistes)

En conclusion sur ces domaines, il a ete note que les enjeux des dix (10) prochaines annees devront être pris en compte, de même que les nouveautes apportees par la decentralisation

A cette fin , la future strategie d'intervention devra s'accorder harmonieusement avec le nouvel environnement institutionnel la regionalisation

Dans ce sens, la structure district sanitaire ne pourra être prise en compte que par l'operationnalisation des programmes

VI.1.2 : EXERCICE N° 2

Choix et formulation de l'OS

Les conditions critiques

les indicateurs de l'OS proposé

Les trois commissions precédentes ont été reconduites pour faire cet exercice

COMMISSION 1

Facilitateur Sidy KANE
Rapporteur François Pathe DIOP

I - OBJECTIF STRATEGIQUE PROPOSE

UTILISATION ACCRUE DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE ET INFANTO-JUVENILE, DE PLANIFICATION FAMILIALE ET DE MST/SIDA (DANS LE CADRE DE LA DECENTRALISATION)

II - INDICATEURS

■ Sante maternelle et infanto juvénile

- Pourcentage de femmes qui ont fait les 3 C Pre N , 2 C Post N ,
- Taux de couverture vaccinale ,
- % d'accouchements assistes ,
- Nombre d'enfants avec diarrhée traités selon les protocoles etablis ,
- Nombre d'enfants peses regulierement ,
- % d'enfants malnutris

■ Planification familiale

- Taux de prevalence contraceptive

■ MST/SIDA

- Taux d'utilisation des preservatifs parmi les personnes a risques ,
- Taux de MST traitees selon les protocoles etablis ,
- Taux d'utilisation des services prive et Public

III - CONDITIONS CRITIQUES DE L'OS

1 Volonte politique ,

2 Changement des donnees macro-economiques ,

3 Paix sociale ,

4 Respect des engagements des partenaires

COMMISSION 2

Facilitateur Mouhamadou L KANE
Aly DIOUF
Rapporteur Elisabeth BENGA DE

I- OBJECTIF STRATEGIQUE PROPOSE

Rappel des criteres de l'Objectif strategique (OS)
Brainstorming Proposition d'un OS par chaque participant

Consensus sur les points suivants

- Reduction durable de la mortalite infanto-juvenile ,
- Reduction de la mortalite maternelle ,
- Utilisation accrue des services de Survie de l'Enfant (SE), de Sante de la Reproduction (SR)

Le niveau de l'OS ayant ete juge trop eleve (reduction de la mortalite materno-infantile), le groupe s'est entendu pour descendre a un niveau plus realiste C'est ainsi qu'il a abouti a l'OS suivant

UTILISATION ACCRUE DES SERVICES DE SR/SE/MST-SIDA AU NIVEAU DECENTRALISE POUR LA PROCHAINE STRATEGIE D'INTERVENTION DE L'USAID 1998-2006 .

Notons que l'OS a ete teste aux criteres proposes pour un bon OS

II- INDICATEURS DE L'OS

Utilisation accrue des services de SR/SE/MST-SIDA au niveau decentralise
Compte tenu des trois axes prioritaires retenus pour le groupe depuis l'exercice n° 1, nous avons propose pour chaque axe d'intervention des indicateurs specifiques

C'est ainsi que nous aurons les indicateurs suivants

La Sante de la Reproduction (SR)

- Taux d'achevement des consultations prenatales (CPN)
- Taux d'accouchements assistes
- Taux de prévalence contraceptive

La Survie de l'Enfant (SE)

- Taux de couverture vaccinale
- Taux d'utilisation SRO/RVO
- Taux de couverture en surveillance de la croissance ponderale

MST/SIDA

- % de MST correctement traitees selon l'approche syndromique (protocole standard OMS)
- Taux d'utilisation de preservatifs
- % de personnes capables de citer au moins deux methodes de prevention MST-SIDA
- Taux de séroprevalence du VIH $\leq$ 3 %

III- CONDITIONS CRITIQUES

En ce qui concerne l'identification des conditions critiques il a ete demande au groupe de surseoir a cette question

COMMISSION 3

Facilitateur Marie BA DIA
Rapporteur Mbaye DIOP

I- OBJECTIF STRATEGIQUE PROPOSE

Des precisions complementaires ont ete apportees au concept de l'O S
La commission proceda a un brainstorming au cours duquel des propositions d'objectifs strategiques ont ete faites, a savoir

1/ Acces effectif aux services de sante a travers la mise en place de structures communautaires dans des zones ciblees cas des enfants, des femmes et de l'implication des hommes dans la PF

2/ Utilisation accrue de services de santé pour les plus vulnérables

3/ Utilisation accrue du paquet minimum des services en renforçant la qualite

4/ Mortalite infantile et prevalence des MST/VIH-SIDA reduites et sante de la reproduction ameliore

5/ Utilisation des services de survie de l'enfant, de la SR et des MST/VIH-SIDA accrue

6/ Utilisation accrue des services de SR

7/ Utilisation accrue des services de SMI/PF et stabilisation de la prévalence VIH-SIDA

8/ Utilisation accrue des services de sante et stabilisation de l'infection MST/VIH-SIDA

9/ Mortalite reduite de 60 % par l'acces facile aux services de sante

10/ Utilisation accrue des services de SMI/PF et comportements favorables a la stabilisation de l'infection VIH-SIDA adoptes

11/ Santé maternelle et infantile améliorees et VIH-SIDA stabilise

I- OBJECTIF STRATEGIQUE PROPOSE

A la suite des discussions qui ont suivi ce brainstorming, le consensus s'est fait sur l'OS suivant avant l'application des criteres

UTILISATION ACCRUE DES SERVICES DE SURVIE DE L'ENFANT DE LA SR ET COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA PREVENTION DE L'INFECTION VIH ADOPTES

L'application des criteres a permis aux participants de trouver cet OS

- clair et precis parce que sans équivoque ,
- realiste et raisonnable ,
- unidimensionnel car axe sur la sante ,
- mesurable parce que dispose de beaucoup d'indicateurs ,
- c'est dans l'interêt gérable de l'USAID,
- durable selon les approches (approche communautaire surtout) ,
- realisable dans la periode determinee (5 a 8 ans)

II-LES INDICATEURS DE L'OS

■ INDICATEURS SR

- couverture en CPN 3 ,
- taux d'accouchements assistes ,
- couverture en consultations postnatales 2 ,
- taux de prevalence contraceptive

■ INDICATEURS SE

- couverture vaccinale chez les enfants âges de 0-11 mois ,
- utilisation de la TRO en cas de diarrhee ,
- couverture SNP (0-36 mois)

■ INDICATEURS PREVENTION

- utilisation des preservatifs en cas de rapports occasionnels chez les groupes cibles ,
- retard des premiers rapports sexuels chez les jeunes ,
- réduction du nombre de partenaires occasionnels

III- CONDITIONS CRITIQUES

S'agissant des **conditions critiques,** les propositions ci-apres ont ete faites

① L'engagement politique au niveau local pour appuyer les services ,
② Pesanteurs socioculturelles ,
③ L'avancée de la pauvrete

IV- DECISIONS DE LA PLENIERE SUR L'EXERCICE 2

La pleniere a fait les observations suivantes sur les propositions d'OS

- les mêmes domaines ont éte repris ,
- Les 3 groupes ont pratiquement fait les mêmes propositions

De sorte que le consensus a ete fait facilement autour de l'OS suivant

UTILISATION ACCRUE DES SERVICES DE SR/SE/MST-SIDA DANS LE CADRE DE LA DECENTRALISATION

Cet OS est de niveau moyen
Il reste que le comite de finalisation devra definir le termes

- Niveaux decentralises ,
- Niveau local (attention a peripherique) ,
- A tous les niveaux

Pour ce qui concerne les indicateurs

Les propositions sont egalement proches d'un groupe a l'autre
Certains indicateurs ont fait l'objet de controverses pour leur mauvaise formulation et leur difficulte d'obtention Certains d'ailleurs sont des actions plutôt que des indicateurs

Compte tenu de cela, bonne note a ete prise pour que le comite restreint finalise les indicateurs proposes pour en retenir les plus significatifs

Pour les conditions critiques

Compte tenu des contraintes horaires et du nombre restreint de Conditions Critiques proposees, la séance pleniere a chargé le comité restreint de mieux les elaborer

VI-1.3- EXERCICE N° 3

Formulation et justification des Résultats Intermédiaires Clés

Les trois commissions ont également travaillé pour proposer chacune des RIC se rapportant à l'OS retenu par la plénière

COMMISSION 1 :

RIC proposés

- Acces accru aux services de SR/SE/MST-SIDA
- Demande accrue des services de SR/SE/MST-SIDA
- Qualité accrue des services de SR/SE/MST-SIDA
- Prise en charge accrue du financement des services de santé par des sources internes

COMMISSION 2 :

RIC proposes

- Demande accrue des services SE/SR/MST-SIDA
- Accès accru aux services (PPS adapte, fonctionnel et en nombre suffisant)
- Partenariat effectif pour creer un systeme alternatif
- Capacite accrue des partenaires en matiere d'analyse et de gestion

COMMISSION 3 :

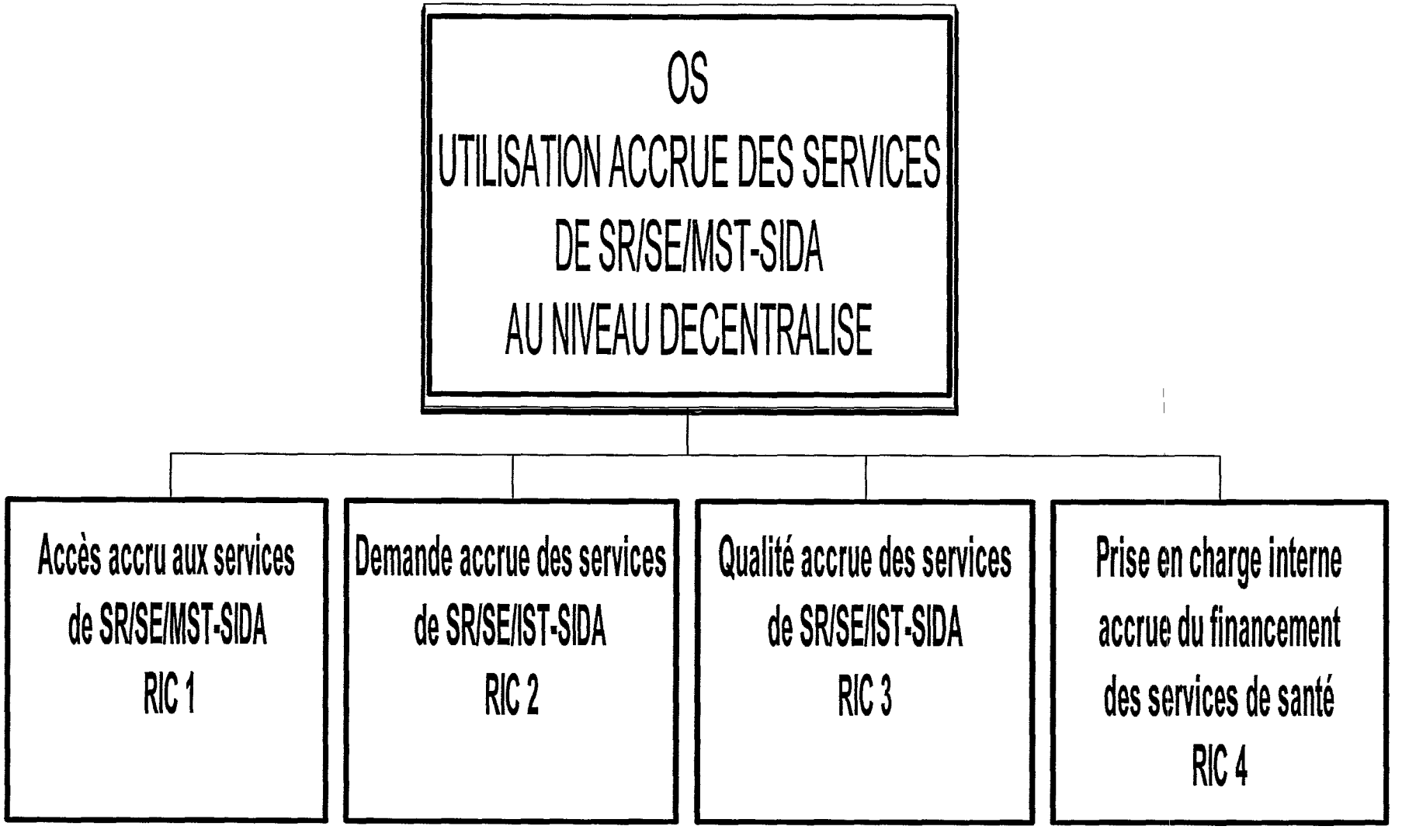
RIC proposés

- Choix accru des services pour toutes les couches de la population cible
- Demande accrue des services
- Prise en charge accrue des coûts recurrents au niveau local
- Qualite des services accrue

DECISION DE LA PLENIERE

Apres la presentation des resultats des differents groupes, les participants en seance pleniere ont decide de retenir les **4 RIC suivants**

1) ACCES ACCRU AUX SERVICES DE SR/SE/MST-SIDA
2) DEMANDE ACCRUE DES SERVICES DE SR/SE/IST-SIDA
3) QUALITE ACCRUE DES SERVICES DE SR/SE/IST-SIDA
4) PRISE EN CHARGE INTERNE ACCRUE DU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE


OS
UTILISATION ACCRUE DES SERVICES
DE SR/SE/MST-SIDA
AU NIVEAU DECENTRALISE
Accès accru aux services
de SR/SE/MST-SIDA
RIC 1
Demande accrue des services
de SR/SE/IST-SIDA
RIC 2
Qualité accrue des services
de SR/SE/IST-SIDA
RIC 3
Prise en charge interne
accrue du financement
des services de santé
RIC 4

VI-1.4 -RESULTATS DE L'EXERCICE N° 4 :

Développement des RIC

Liens de causalité des RIC avec l'OS
Indicateurs des RIC
Elaboration des RI
quelques idées d'activités

Quatre commissions ont été constituees, chacune s'occupant d'un RIC

RIC # 1

ACCES accru aux services de SR, SE, MST-SIDA

Facilitateur Marie BA DIA

Rapporteur Malick DIAME

I- LIENS DE CAUSALITE

L'acces aux services est une condition necessaire pour que l'utilisation soit augmentee
Pour l'acces, certaines conditions doivent être reunies la disponibilite, la qualite, l'information

Par ailleurs, a travers la notion d'accessibilite on entend

- l'aspect geographique ,
- l'aspect financier ,
- l'aspect psychologique

II- INDICATEURS

① Pourcentage de population vivant a moins de 5 Km d'un PPS ,

② Ratio population / PPS (notion de capacite potentielle) ,

③ Pourcentage de PPS disposant de

- personnel forme ,
- stock suffisant ,
- equipements adequats

④ Pourcentage de population qui connaît

- la localisation des PPS ,
- les prix ,
- les jours de consultations

⑤ Rapport PPS publics/PPS prives (ratio)

⑥ Pourcentage de la population ayant au moins une alternative de services similaires SE, SR, IST-SIDA

III- RESULTATS INTERMEDIAIRES

RI 1 : DES STRUCTURES PUBLIQUES EXISTANTES OPERATIONNELLES

Justification

L'acces aux structures en place est limite par la fonctionnalite des PPS

RI 2 . CAPACITES DES STRUCTURES COMMUNAUTAIRES ET PRIVEES A DELIVRER DES SERVICES RENFORCEES / CREEES

Justification

Le systeme public a des limites et ne peut pas couvrir les besoins La contribution du secteur prive et des structures communautaires va augmenter l'offre avec des possibilites de choix

RI.3 : EXISTENCE DE STRUCTURES FONCTIONNELLES DE CONCERTATION ENTRE PARTENAIRES

Justification

Le partenariat se developpe mais pas suffisamment Une structure d'impulsion ou de coordination pourrait contribuer au renforcement des acquis notamment en favorisant les echanges d'experience

RI 4 : EXISTENCE D'UN SYSTEME ABORDABLE DE PRIX DES SERVICES ET DES MEDICAMENTS

Justification

L'une des barrieres pour l'acces aux PPS est le coût des services et medicaments Une politique de prix a la portee des populations est indispensable pour augmenter l'acces

RI.5 :EXISTENCE DE SYSTEMES DE MOTIVATION A TOUS LES NIVEAUX

Justification

L'existence d'un systeme de motivation est indispensable pour assurer la durabilite des activites des services Mais compte tenu de la complexite et de la dimension du concept motivation, il est difficile de standardiser les systemes qui dependent fortement des realites de chaque localite

IV- QUELQUES IDEES D'ACTIVITES

RI 1

- Supervision des structures ,
- Recyclage du personnel ,
- Redeploiement / recrutement du personnel ,
- Mise en place de logistique adequate

RI 2

- Soutien aux prives, ONG, OCB
- Mise en place de systemes de credit

RI 3

- Mise en place de comites de concertation entre partenaires

RI 4

- Generalisation du systeme de surveillance des prix de medicaments
- Consolidation de la politique de medicaments essentiels

RI 5

- Developpement et mise en place de modalites d'autofinancement permettant de perenniser l'action des volontaires du systeme de sante et autres intervenants ponctuels

RIC # 2

DEMANDE ACCRUE DES SERVICES DE SR/SE / MST-SIDA

Facilitateur Mamadou Lamine KANE

Rapporteur Ramatoulaye DIOUME

I – LIENS DE CAUSALITE

Apres un rappel de la definition du lien de causalite par le facilitateur et des autres RI, il a ete procede a un brainstorming pour determiner des liens de causalite entre l'OS et le RIC
Les propositions suivantes ont ete faites

1 L'augmentation de la demande accroît l'utilisation des services
2 L'augmentation de la demande est une consequence de l'adequation entre l'offre et la demande
3 Une motivation des clients en repondant a leurs besoins permettra une utilisation accrue des services
4 Si les clients ne sont pas motives pour demander des services, il n'y aura pas d'utilisation accrue
5 Une adequation entre l'offre et la demande suscitera la motivation des clients, ceci permettra une utilisation accrue des services de SR / SE /MST-SIDA
6 S'il existe des services de qualite accessibles, une augmentation de la demande entraîne une augmentation de l'utilisation

Apres une discussion sur les termes qui refletent mieux le lien de cause a effet, le groupe a adopte les deux propositions suivantes

1 S'il n y' a pas un accroissement de la demande, il n'y aura pas augmentation de l'utilisation des services de SR / SE / MST-SIDA
2 Si les clients ne perçoivent pas l'utilite des services de SR / SE / MST-SIDA, ils ne seront pas enclin a les utiliser (motivation)

II – INDICATEURS

Les indicateurs sont les suivants

- Nombre de personnes prêtes a utiliser les services ,
- Nombre de personnes ayant demande des services/produits ,
- Nombre de personnes qui jugent leur demande satisfaite ,
- Nombre de groupes cibles touches ,
- Nombre de personnes ayant change de comportement par rapport aux services et aux produits

La commission a applique les criteres a tous les indicateurs proposes

JUSTIFICATION POUR CHAQUE INDICATEUR

INDICATEURS	JUSTIFICATIONS
1) Nombre de personnes prêtes a utiliser les services	Expression de la demande potentielle
2) Nombre de personnes qui jugent leur demande satisfaite	La fidelisation des clients renforce l'accroissement de la demande
3) Nombre de personnes ayant demande des services ou produits	Permet d'apprecier la disposition a aller demander des services
4) Nombre de personnes ayant change de comportement par rapport aux services/produits	Apprecier la qualite de l'IEC et le dynamisme du systeme de sante
5) Nombre de groupes cibles touches	Elargissement de la population touchee et diversification des cibles (augmentation de la demande) et une meilleure segmentation

III- RESULTATS INTERMEDIAIRES (RI)

RI	JUSTIFICATION
RI 1 Perception accrue de l'utilite des services SR/SE/IST-SIDA et produits par les populations	Conditions necessaires pour creer et augmenter la demande
RI 2 Prise de conscience accrue des populations des problemes de SR/SE/MST-SIDA	
RI 3 Connaissance accrue des groupes cibles de la position des religieux sur la SR/SE/MST-SIDA	Conditions necessaires pour lever certaines barrières socioculturelles
RI 4 Connaissance accrue de nouvelles methodes contraceptives modernes et leurs effets secondaires (PF)	Lutter contre la rumeur qui peut être un obstacle a l'utilisation des services
RI 5 Implication accrue des partenaires du secteur prive (ONG, Associations de base) dans l'IEC	Stimuler la demande et assurer la continuite
RI 6 Implication plus significative des chefs religieux, elus locaux et autres leaders communautaires dans l'IEC	
RI 7 Connaissance des signes de MST chez l'homme et chez la femme	Inciter la frequentation des services
RI 8 La population cible peut citer au moins deux moyens appropries de prevention de l'infection a VIH	Inciter a utiliser les services/produits
RI 9 La population a haut risque atteste avoir utilise le preservatif lors du dernier rapport sexuel	La tendance a se proteger est un indicateur de changement de comportement
RI 10 Connaissance des 3 regles de prise en charge des diarrhees a domicile par les meres	Inciter a utiliser les services
RI 11 Prise de conscience de la nécessite de faire 3 CPN durant la grossesse	
RI 12 Prise de conscience par les parents qu'il faut au moins douze contacts avec les services de SE avant 1 an	
RI 13 Connaissance de la prise en charge du cas simple de paludisme	

IV- QUELQUES IDEES D'ACTIVITES

RI 1
Mise en œuvre d'un plan de communication de proximite
Mise en œuvre d'un plan de communication de masse
Mener des enquêtes de base
Formation en IEC des Relais (ONG, Secteur Prive, mouvements associatifs, personnel communautaire, Secteur d'Appui cible, structures de developpement communautaire, structures decentralisees, agents du secteur prive, comite de sante)

RI 2
IDEM

RI 3
Mise en œuvre d'un plan de communication de proximite et de masse

RI 4
Formation en IEC des relais identifies au sein de la communaute
Faire le marketing social

RI 5 Identification de leaders
Formation
Signature de contrats de services
Mise en place de mecanisme de coordination
Evaluation

RI 6 (Voir RI 5)

RI 7
Formation de relais
Sous-traitance d'une partie de la formation aux ONG et aux autres organismes competents
Formation des pharmaciens

RI 8
Formation par les structures actuelles
Sous traitance avec les ONG et structures competentes

RI 9
Enquête et etude
Marketing social

RI 10 – 11 – 12 – 13
Formation
Formation de relais communautaires
Equipement des structures communautaires
Mise en œuvre d'activites generatrices de revenu

RIC # 3 :

QUALITE ACCRUE DES SERVICES DE SR, SE, MST-SIDA

Facilitateur Sidy KANE
Rapporteur Elisabeth BENGA DE

I - LIENS DE CAUSALITE

Des services de qualite permettent de repondre de façon effective aux clients / patients qui, une fois satisfaits, auront plus confiance et seront plus fideles

Ainsi, ils contribueront au recrutement pour le service par le biais de la communication interpersonnelle

Donc

Service de qualite) ⇨ Fidelisation
) ⇨ Recrutement

II - INDICATEURS DU RIC

- Pourcentage de cas pris en charge conformement aux normes et protocoles etablis selon les domaines d'interventions (SE, SR, MST-SIDA) ,

- Taux de continuite (PF, surveillance ponderale et nutritionnelle) ,
- Taux d'achevement (MST , vaccination, CPN)

III - RESULTAT INTERMEDIAIRE (RI) ET QUELQUES IDEES D'ACTIVITES

RI.1 : PROGRAMMES DE SANTE PRIS EN CHARGE PAR LES POPULATIONS (APPROPRIATION)

Justification

L'appropriation (la prise en charge) des services de sante par les populations permet l'entretien de la structure, l'exigence des soins de qualite par l'acquisition de specialistes pour leur population La sante devient leur propre affaire exemple du Centre de Sante de Ouakam Les populations tiennent a leur joyau

Quelques idées d'activités

- Participation dans le processus de planification et de gestion / mise en oeuvre / evaluation

- Redynamisation des comites de sante Redefinition des rôles et des responsabilites dans l'execution des programmes

- Mise en place d'une cellule de coordination par niveau (CR, Municipalite et Region)

RI 2 PLATEAU TECHNIQUE RENFORCE SELON LES STANDARDS

Justification

En fonction des programmes de sante, les populations se « battent » pour former les responsables de sante selon les references et normes de l'OMS Ils permettent d'ameliorer les conditions de travail pour un (service) de qualite

Quelques idées d'activités

- Equipement (par l'Etat, collectivites locales, ONG, BF)
- Mise en place de personnel (en quantite suffisante)
- Disponibilite en produits medico-pharmaceutiques
- Maintenance des infrastructures et des structures materielles
- Gestion des ressources humaines et materielles

RI.3 . COMPETENCES DU PERSONNEL RENFORCEES

Justification

Pour la prise en charge integree des clients dans le lieu de consultation

Quelques idees d'activites

- Formation du personnel (de base / continue)
- Suivi post-formation
- Disponibilite des documents standards (protocoles OMS, MSAS)

RI 4 . SUIVI AMELIORE DES PROGRAMMES ET ACTIVITES

Justification

Si un technicien de sante est forme, s'il n'est pas supervise, il aura tendance a appliquer ses anciennes pratiques

Quelques idées d'activites

- Planification des activites
- Supervision
- Recherche operationnelle
- Monitoring / Evaluation / SIG

RIC # 4 :

« Autofinancement accru des services de santé »

Note Le RIC a été reformulé

Président Aly DIOUF
Rapporteur : Souleymane BARRY

DUREE DE TRAVAIL

Insuffisante	1	4 %
Satisfaisante	21	84 %
Trop longue	3	12 %

Commentaires

C'est le resultat qui compte (bien fait !)

METHODES DE TRAVAIL

Satisfaisants	24	96 %
Non satisfaisants	1	4 %

DOCUMENTATION

La documentation fournie vous a-t-elle donne satisfaction ?

OUI en qualité	21	84 %
NON	3	12 %
Non reponse	1	4 %

Commentaires

Documentation peu utilisee
Pas assez specifique / clair

OBJECTIFS DE L'ATELIER

Clairs	16	64 %
Bien explicites	17	68 %
Imprecis	0	0 %
Mal explicites	0	0 %

EN COMMISSION

Par le facilitateur

Satisfaction	20	80 %
Moyennement satisfait	1	4 %
Non satisfaction	3	12 %
Non reponse	1	4 %

En quoi ?

Peu dynamique Rien pour creer une bonne ambiance de travail, fige
Parfois n'ont pas le niveau
Plus de fermeté et d'esprit de synthese ?

ANNEXES

50

RAPPEL LISTE DES DOCUMENTS ET OUTILS DE TRAVAIL UTILISES

1- Les termes de reference de MGP-Afrique
2- Orientation generale fournie par l'USAID

- Le communique de la Mission de l'USAID au Senegal ,
- Les axes d'intervention de l'USAID

3- La documentation technique

- Le cadre de resultats (élements constituants) ,
- Les concepts de base ,
- La grille d'analyse des indicateurs

4- L'organisation technique des travaux

- Les termes de reference des commissions ,
- L'Agenda adapte ,
- Les exercices

5- L'organisation des participants

- Liste complete des participants ,
- Listes des trois groupes ayant elabore l'OS et les RIC ,
- Liste des quatre commissions (par RIC) ,
- Liste des membres du Comite Restreint

CABINET CONSEIL	USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Résultats *Dakar du 22 au 26 Septembre 1997* ***OBJECTIF STRATEGIQUE SUR LA SANTE*** ***SESSION DE FOCUS GROUPE***

Lundi 22 Septembre 1997

9H 00	**SESSION 1 (pleniere)** ➲ Ouverture par Anne WILLIAMS - Presentation facilitateurs et participants Barky Rappel objectifs de l'atelier MGP Dispositions logistiques Normes de travail ➲ Contexte du Reengineering TMG Principes directeurs et Eléments de reflexion pour la nouvelle strategie Chris BARRATT
10H 30	**PAUSE-CAFE**
10H 45	**SESSION 2 (Pleniere)** Exposes sur la Decentralisation et le Secteur Prive/Sante ⇨ Problematique et Opportunites de la decentralisation François DIOP (15 mn +15) ⇨ Reformes engendrees Colonel NDIAYE (15 mn + 15) ⇨ Presentation du Secteur Prive de la Sante Opportunites et Perspectives Seynabou MBENGUE (15 mn + 15) *DISCUSSIONS*
13H 00	**DEJEUNER**
14H 30	**SESSION 3 (travaux de groupe)** **Exercice n° 1** Identification des axes d'intervention prioritaire dans le cadre de la future strategie NB en tenant compte du PNDSS/PDIS et des etudes les plus recentes dans le secteur, en precisant ⇨ les domaines a couvrir ⇨ les groupes cibles ⇨ les partenaires potentiels
17H 30	Reunion d'evaluation

Mardi 23 Septembre 1997

9H 00	Presentation des travaux de groupe et synthese **Presentation 1**
10H 30	**PAUSE-CAFE**
10H 45	Orientations techniques et Methodologiques (TMG) ⇨ Elements de methodologie ⇨Présentation d'un CADRE DE RESULTAT (exemple d'un CR)
11H 45	**SESSION 4** (Groupes de travail) **Exercice n° 2** Formulation de l'objectif strategique en sante pour la future strategie (OS et Conditions Critiques) Indicateurs d'OS
13H 00 – 14H 30	**DEJEUNER**

14H 30 – 15H 45	Poursuite des travaux de groupes sur l'OS
15H 45 – 16H 00	**PAUSE-CAFE**
16H 00 – 17H 00	Presentation des travaux de groupe **Presentation 2**
17H 00	Evaluation de la journee (Projet d'OS de synthese)

Mercredi 24 Septembre 1997

9H 00	Seance Pleniere n°4 - Presentation des travaux de l'exercice n°2 - Decision sur l'OS - en sante pour la future strategie de l'USAID-Dakar
10H 45	**PAUSE-CAFE**
11H 00	Travaux en groupes (Exercice n°3) Identification et formulation des RIC
12H 30	Séance Plénière n°5 Présentation des travaux de l'exercice n°3 Decision sur les RIC
13H 00	**DEJEUNER**
14H 30	Travaux en groupe (Exercice N°4) - Elaboration des RIC - Amelioration de la formulation du RIC, si necessaire - Indicateurs de RIC - Liaisons causales entre RIC et OS

Jeudi 25 Septembre 1997

9H 00	Travaux en groupes - Elaboration des RIC (suite et fin) - Identification des RI - Finalisation du RIC (justifications, formulations, etc)
11H 00	**PAUSE-CAFE**
11H 30	Travaux en groupes (suite et fin)
13H 00	**DEJEUNER**
14H 30	Seance Pleniere n°6 - Présentation de l'exercice n°4 - Synthese du Cadre de Resultats
18H 00	Reunion du Comite Restreint Definition de la methodologie de travail

Vendredi 26 septembre 1997

10H 30	**PAUSE**
11H 00	Travail du Comite Restreint Synthese des travaux de l'Atelier
13H 15	**DEJEUNER**
16H 30	Seance pleniere n° 7 Presentation du Cadre de Resultats final
17H 45	Clôture - Mot de Mme Anne M WILLIAMS, Directeur de l'USAID - Allocution de M Ababacar KANE, President MGP-Afrique

Cabinet Conseil

USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Resultats
Dakar du 22 au 26 Septembre 1997
OS 3 Sante

LISTE DES PRESENCES EFFECTIVES

ORDRE	NOM	PRENOM	ORGANISME
1	**BA**	Mamour Ousmane	DCEF/MEFP
2	**BA**	Oumar Sileye	Min Decentralisation
3	**BENGA DE**	Elizabeth	PNLS
4	**CISSE**	Alioune	DIOFFIOR
5	**DEWOLFE**	Robert	MSH
6	**DIA**	Marie BA	MGP-Afrique
7	**DIAGNE**	Djire	Assoc Médecins
8	**DIALLO**	Barky	MGP-Afrique
9	**DIAME**	Malick	CTAD
10	**DIATTA**	Mamadou	Ass Nationale
11	**DIEME**	Edouard	MGP-Afrique
12	**DIENG**	Alpha	SANFAM
13	**DIOP**	Alle	RAPID
14	**DIOP**	Arlette	PEACE CORPS
15	**DIOP**	Francois	Consultant
16	**DIOUF**	Aly	MGP-Afrique
17	**DIOUME**	Ramatoulaye	AIDSCAP
18	**FALL**	Birahim	MGP-Afrique
19	**GUEYE**	Awa Paye	NTF
20	**KANE**	Ababacar	MGP-Afrique
21	**KANE**	Adama	CT8-MSAS
22	**KANE**	Madina	OSDIL SANTE
23	**KANE**	Mamadou L	MGP-Afrique
24	**KANE**	Oumar	Conseil Rural Paoskoto
25	**KANE**	Sidy	MGP-Afrique
26	**WANE**	Coudy LY	BASICS
27	**MBACKE**	Momar Anta	DSSP
28	**MBAYE**	Ndiogou	Municipalite THIES
29	**MBENGUE**	Seynabou	SOMARC
30	**MERRITT**	Marylin	Consultante
31	**NDIAYE**	Fatou	Dir Plan Ress Hum
32	**NDIAYE**	Oumar	Consultant
33	**NDIAYE**	Raoul Niang	SF/M Int
34	**NDOUR**	Mame Cor	PNDSS
35	**NDOYE**	Dr Adama	PNPF

36	**NESTERCZUK**	Anne	PVO/NGO
37	**SABARA**	Marie	CONGAD
38	**SALL**	Farba Lamine	DASS
39	**SALL**	Professeur Guélaye	DHSP/SANAS
40	**SAMB**	Maty Cisse	CTAD
41	**SIMPSON**	Andrew	TMG
42	**SOOS**	Helen	TMG
43	**TALLA**	Hawa	ASBEF
44	**TOURE**	Hassan	MCA Sante
45	**WILLARD**	Alice	TMG
46	**ACEDO**	Andres	USAID
47	**BARRATT**	Christian	USAID
48	**BARRY**	Souleymane	USAID
49	**BESSAU**	Anicet Dansou	USAID
50	**BEYE**	Aminata	USAID
51	**BEYE**	Massar	USAID
52	**BISSENTY**	Correa	USAID
53	**DIAKHATE**	Souleymane	USAID
54	**GUEYE**	Massaer	USAID
55	**HARVEY**	Mary	USAID/W
56	**KEARNS**	Laura	USAID/W
57	**LY**	Amadou	USAID
58	**MERRITT**	Gary	USAID
59	**NDAO**	Ousmane	USAID
60	**NDIAYE**	Sounka	USAID
61	**SEDO**	Olga	USAID
62	**SOW**	Marie Claire	USAID
63	**SY**	Fatimata	USAID
64	**THIAM**	Lamine	USAID
65	**TOURE**	Isseu Diop	USAID
66	**WILLIAMS**	Anne M	USAID

Cabinet Conseil

USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Resultats
Dakar du 22 au 26 Septembre 1997
OS 3 Sante

COMMISSION 1

Facilitateur Sidy KANE
Rapporteur François Pathe DIOP

ORDRE	NOM	PRENOM	ORGANISME
1	**BA**	MAMOUR OUSMANE	MEFP
2	**DIAGNE**	DJIRE	ASS MEDECINS
3	**MBACKE**	MOMAR ANTA	DSSP
4	**TOURE**	HASSANE	MCA/SANTE
5	**SABARA**	MARIE	CONGAD
6	**TALLA**	HAWA	ASBEF
7	**SEDO**	OLGA	USAID
8	**NDOYE**	ADAMA	PNPF
9	**BEYE**	MASSAR	USAID
10	**MBAYE**	NDIOGOU	COM THIES
11	**NDIAYE**	FATOU	MEFP/PDRH
12	**NDOUR**	MAME COR	PNDSS
13	**BARRY**	SOULEYMANE	REDSO/USAID
14	**HARVEY**	MARY	USAID/W
15	**WILLARD**	ALICE	TMG

Cabinet Conseil

USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Resultats
Dakar du 22 au 26 Septembre 1997
OS 3 Sante

COMMISSION 2

Facilitateur Mamadou L KANE
Aly DIOUF
Rapporteur Elizabeth Benga DE

ORDRE	NOM	PRENOM	ORGANISME
1	**BA**	OUMAR SILEYE	Min Decentralisation
2	**DIENG**	ALPHA	SANFAM
3	**GUEYE**	AWA PAYE	NTF
4	**SAMB**	Maty CISSE	CTAD
5	**DIOP**	ARLETTE	PEACE CORPS
6	**THIAM**	LAMINE	USAID
7	**NESTERCZUK**	ANNE	PVO/NGO
8	**KANE**	OUMAR	PCR PAOSKOTO
9	**SALL**	GALAYE	SANAS
10	**DIALLO**	FATIMATA SY	USAID
11	**DANSOU**	ANICET	USAID
12	**NDIAYE**	COLONEL OUMAR	PHR
13	**ACEDO**	ANDRES	USAID

Cabinet Conseil

USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Resultats
Dakar du 22 au 26 Septembre 1997
OS 3 Sante

COMMISSION 3

Facilitateur Marie BA DIA
Rapporteur Mbaye DIOP

ORDRE	NOM	PRENOM	ORGANISME
1	**DIAME**	MALICK	CTAD
2	**DIOUME**	RAMATOULAYE	AIDSCAP
3	**KANE**	ADAMA	CTS/MSAS
4	**CISSE**	ALIOUNE	DIOFFIOR
5	**SALL**	FARBA	DASS
6	**DIOP**	ISSEU TOURE	USAID
7	**GUEYE**	MASSAER	USAID
8	**DIATTA**	MAMADOU	ASS NATIONALE
9	**BARRATT**	CHRISTIAN	USAID
10	**LY**	AMADOU	USAID
11	**KEARNS**	LAURA	USAID/W
12	**NDIAYE**	SOUNKA	USAID
13	**DEWOLFE**	BOB	MSI
14	**KANE**	MADINA	OSDIL/SANTE

Cabinet Conseil

USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Resultats
Dakar du 22 au 26 Septembre 1997
OS 3 Sante

RIC 1 ACCES ACCRU AUX SERVICES DE SR, SE, MST-SIDA

Facilitateur Marie BA DIA
Rapporteur Malick DIAME

ORDRE	NOM	PRENOM	ORGANISME
1	**ACEDO**	ANDRES	USAID
2	**DEWOLFE**	BOB	MSH
3	**DIAME**	MALICK	CTAD
4	**DIATTA**	MAMADOU	ASS NATIONALE
5	**KANE**	ADAMA	MSAS
6	**KANE**	OUMAR	PAOSKOTO
7	**KEARNS**	LAURA	USAID
8	**NESTERCZUK**	ANNE	PVO/NGO
9	**SEDO**	OLGA	USAID
10	**SY**	FATIMATA	USAID
11	**THIAM**	LAMINE	USAID
12	**WILLARD**	ALICE	TMG
13	**MBACKE**	MOMAR ANTA	MSSP

Cabinet Conseil

USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Resultats
Dakar du 22 au 26 Septembre 1997
OS 3 Sante

RIC 2 DEMANDE ACCRUE DE SERVICE DE SR, SE, MST-SIDA

Facilitateur Mamadou L KANE
Rapporteur Ramatoulaye DIOUME

ORDRE	NOM	PRENOM	ORGANISME
1	**MBACKE**	MOMAR ANTA	DSSP
2	**DIOUME**	RAMATOULAYE	AIDSCAP
3	**GUEYE**	MASSAER	USAID
4	**DANSOU**	ANICET	USAID
5	**MBAYE**	NDIOGOU	C/THIES
6	**DIENG**	ALPHA	SANFAM
7	**LY**	AMADOU	USAID
8	**SAMB**	MATY CISSE	CTAD
9	**CORREA**	BISSENTY	USAID
10	**DIOP**	MBAYE	SOMARC
11	**NDIAYE**	RAOUL NIANG	SED/MIN INT
12	**CISSE**	ALIOUNE	CO SANT DIOFFIOR

Cabinet Conseil

USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Resultats
Dakar du 22 au 26 Septembre 1997
OS 3 Sante

RIC 3 QUALITE ACCRUE DES SERVICES DE SR, SE, MST-SIDA

Facilitateur Sidy KANE
Rapporteur Elizabeth BENGA DE

ORDRE	NOM	PRENOM	ORGANISME
1	**BA**	OUMAR SILEYE	MIN DECENT
2	**BARRATT**	CHRISTIAN	USAID
3	**DIAGNE**	DJIRE	ASS MEDECINS
4	**TOURE**	ISSEU DIOP	USAID
5	**GUEYE**	AWA PAYE	NTF
6	**KANE**	MADINA	OSDIL/SANTE
7	**NDIAYE**	FATOU	MEFP
8	**NDOUR**	MAME COR	PNDSS
9	**NDOYE**	ADAMA	PNPF
10	**SALL**	FARBA	DASS
11	**SALL**	GALAYE	SANAS
12	**TOURE**	HASSAN	MCA SANTE

Cabinet Conseil

USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Resultats
Dakar du 22 au 26 Septembre 1997
OS 3 Sante

RIC 4 PRISE EN CHARGE INTERNE ACCRUE DU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE

Facilitateur Aly DIOUF
Rapporteur Souleymane BARRY

ORDRE	NOM	PRENOM	ORGANISME
1	**DIOUF**	ALY	MGP-AFRIQUE
2	**BARRY**	SOULEYMANE	USAID/REDSO
3	**BA**	MAMOUR OUSMANE	MEFP
4	**DIOP**	FRANCOIS PATHE	CONSULTANT
5	**TALLA**	HAWA	ASBEF
6	**WILLARD**	ALICE	TMG
7	**NDIAYE**	COLONEL OUMAR	CONSULTANT
8	**DIOP**	ARLETTE	PEACE CORPS
9	**SABARA**	MARIE	CONGAD
10	**SOW**	MARIE CLAIRE	USAID
11	**MERRITT**	GARY	USAID
12	**DIALLO**	ISSAKHA	AGETIP

Cabinet Conseil

USAID Atelier d'Elaboration des Cadres et Indicateurs de Resultats
Dakar du 22 au 26 Septembre 1997
OS 3 Sante

LISTE DES PRESENCES DU COMITE RESTREINT

ORDRE	NOM	PRENOM	ORGANISME	OBSERVATION
1	DIOUME	RAMATOULAYE	AIDSCAP	RAPPORTEUR 4
2	NDIAYE	OUMAR	CONSULTANT	RAPPORTEUR 2
3	SAMB	MATY CISSE	DHSP/CTAD	
4	DIALLO	BARKY	MGP-AFRIQUE	PRESIDENT
5	BA DIA	MARIE	MGP-AFRIQUE	
6	FALL	BIRAHIM	MGP-AFRIQUE	
7	KANE	MAMADOU L	MGP-AFRIQUE	
8	DIAME	EL HADJ MALICK	DHSP/CTAD	RAPPORTEUR 5
9	DEWOLFE	BOB	MSH	
10	DIOP	FRANCOIS	PHR/CONSULT	
11	NDOYE	ADAMA	PNPF	
12	NIANG	AMINATA	SANFAM	
13	WILLARD	ALICE	TMG	
14	ACEDO	ANDRES	USAID	
15	BARRATT	CHRISTIAN	USAID	
16	GUEYE	MASSAER	USAID	RAPPORTEUR 3
17	KEARNS	LAURA	USAID	
18	SEDO	OLGA	USAID	
19	SY	FATIMATA	USAID	RAPPORTEUR 1
20	TOURE	ISSEU DIOP	USAID	
21	BARRY	SOULEYMANE	USAID/REDSO	
22	HARVEY	MARY	USAID/WS	