



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EVALUATION A MI-PAROURS DU PROGRAMME SANTE USAID/SENEGAL 2016-2021

Juin 2019

Cette publication a été réalisée à la demande de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International. Elle a été préparée de façon indépendante dans le cadre du Projet de Suivi et Evaluation de la Mission (MEP/USAID) par Management Systems International, une entité du Groupe Tetra Tech, pour le compte de l'USAID/Sénégal.

EVALUATION A MI-PARCOURS DU PROGRAMME SANTE USAID/SENEGAL 2016- 2021

Rapport élaboré par :

Souleymane Barry, Team Leader, *Senior Evaluation Specialist* à MEP/USAID

Dr Demba Anta Dione, Expert en Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile

Dr Amadou Mbaye, Expert en Paludisme

Iain Mc Lellan, Expert en Communication pour le Changement de Comportement

Modibo Dicko, Spécialiste en Renforcement des Systèmes de Santé

Appui au traitement et à l'analyse des données :

Yaya Mbodji, Data Analyst, Projet de Suivi et Evaluation (USAID/MEP)

Aissatou Mbaye, Responsable de Suivi-Evaluation (USAID/MEP)

Safyatou Diallo, Responsable de Suivi-Evaluation (USAID/MEP)

Abdoulaye Bousso, Assistant de recherche

Publié en Juin 2019

Sous le Contrat N° AID-685-C-15-00003

Projet de Suivi et Evaluation de la Mission de l'USAID au Sénégal

Photo de couverture : Panneau publicitaire de la campagne « *Japp naa ci* » du Programme Santé.

Crédit photo : USAID/MEP

AVERTISSEMENT

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des Etats-Unis.

TABLe DES MATIERES

REMERCIEMENTS	ii
ACRONYMES	iii
RESUME EXECUTIF	I
Contexte, but et questions de l'évaluation.....	I
Questions d'évaluation.....	I
Méthodes & Limites de l'évaluation.....	I
Résultats et Conclusions.....	2
Recommandations	10
CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PROGRAMME SANTE	13
Contexte du Programme.....	13
Objectifs du Programme Santé.....	13
Approche et Mécanismes de mise en œuvre.....	15
BUT DE L'EVALUATION, AUDIENCE ET UTILISATIONS PREVUES	17
Questions d'évaluation.....	17
Méthodes & limites de l'évaluation.....	18
Question 1 : Pertinence et efficacité de l'approche géographique	21
Résultats.....	Error! Bookmark not defined.
Conclusions.....	27
Question 2 : Enrichissements croisés entre les deux catégories de régions	28
Résultats.....	Error! Bookmark not defined.
Conclusions.....	34
Question 3 : Contribution du Programme dans l'amélioration de l'accès aux services et produits prioritaires de santé	36
Résultats.....	Error! Bookmark not defined.
Conclusions.....	49
Question 4 : Renforcement de l'engagement des communautés dans la gestion de la santé	51
Résultats.....	Error! Bookmark not defined.
Conclusions.....	54
Question 5 : Amélioration de la gouvernance et de l'autonomisation du système	55
Résultats.....	Error! Bookmark not defined.
Conclusions.....	61
CONCLUSION GENERALE	63
RECOMMANDATIONS	65
Annexe I : Table des Résultats, Conclusions et Recommandations	68
Annexe II : Statement of Work	75
Annexe V : Liste des Documents Consultés	Error! Bookmark not defined.
Annexe VI : Conflit d'Intérêt	114
Annexe VII : Liste Indicative des Interviews et Focus Groups	128
Annexe VIII : Référence à l'ADS Chapitre 20I	134

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation exprime sa profonde gratitude à toutes les personnes qui, par leur participation et leur assistance, ont contribué à la réalisation de ce travail. La participation de chacune d'entre elles a été d'un apport essentiel pour l'aboutissement de cette évaluation au terme de laquelle nous leur témoignons notre profonde reconnaissance.

La mise en œuvre de cette évaluation a bénéficié d'un appui important de toute l'équipe Santé de l'USAID, qui a apporté un soutien total et continu à l'équipe d'évaluation durant tout le processus.

Ces remerciements s'adressent également aux autorités du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, avec en première ligne le Secrétaire Général du Ministère qui, par son implication personnelle et son engagement, a facilité la participation et la collaboration de toutes les Directions concernées.

Les équipes cadres des régions médicales et des districts sanitaires visités, ainsi que l'ensemble des personnels et acteurs de santé au niveau des postes et cases de santé visités, ont fait preuve d'une entière disponibilité aux sollicitations des équipes d'évaluation pour la conduite des entretiens sur le terrain.

L'appui et la collaboration des différents partenaires de mise en œuvre du Programme Santé (IP), y compris leurs équipes dans les régions, ont été essentiels pour l'équipe d'évaluation dans la conduite des activités de collecte des données.

Notre reconnaissance s'étend à toutes ces parties prenantes ayant participé à cette évaluation, y compris les autres partenaires techniques et financiers (OMS, Banque Mondiale, UNFPA, UNICEF, JICA, Enabel, la Coopération Luxembourgeoise), ainsi que les équipes des autres programmes de l'USAID (GOLD, Kawolor, ACCES et Naatal Mbaay) et les populations qui ont accepté avec générosité de nous accorder de leur précieux temps pour participer aux entretiens et discussions organisés durant la collecte des données. Ce rapport n'aurait certainement jamais vu le jour sans leur très précieuse contribution. Qu'ils trouvent par ces mots, la manifestation de notre profonde gratitude.

L'équipe d'évaluation

ACRONYMES

ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle
ARD	Agence Régionale de Développement
CDS	Comité de Développement Sanitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPN	Consultation Périnatale
CPON	Consultation Postnatale
CRC	Cadre de Restitution Communautaire
CRV	Comité Régional de Validation
CS	Case de Santé
CVAC	Comité de Veille et d'Alerte Communautaire
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DHIS	<i>District Health Information System</i> (Système d'Information Sanitaire de District)
DIPEC	Démarche Intégrée de Prise en Charge Communautaire
DPPS	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DS	District Sanitaire
DSDOM	Dispensateurs de soins à domicile
DSISS	Direction du Système d'Information Sanitaire et Social
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
G2G	<i>Government to Government</i> (Gouvernement à Gouvernement)
GoTAP	<i>Government Technical Assistance Provider</i> (Projet financé par l'USAID au Sénégal pour fournir de l'assistance technique au MSAS)
HB	<i>Healthy Behaviors</i>
ICP	Infirmier Chef de Poste
IP	<i>Implementing Partner</i> (Partenaire de mise en œuvre)
ISD	<i>Integrated Service Delivery</i>
MCD	Médecin-chef de District
MCR	Médecin-chef de Région
MEP	Monitoring and Evaluation Project (Projet de Suivi et Evaluation de l'USAID/Sénégal)

MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
MSI	<i>Management Systems International</i>
MSI	Marie Stopes International
NV	Naissance Vivante
OCB	Organisation Communautaire de Base
PF	Planification Familiale
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
POCL	Plan Opérationnel des Collectivités Locales
POCT	Plan Opérationnel des Collectivités Territoriales
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
PTA	Plan de travail annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
RCL	Région de Consolidation
RCT	Région de Concentration
RM	Région Médicale
RSS	Renforcement du Système de Santé
SFE	Sage-femme d'Etat
SHOPS	<i>Sustaining Health Outcomes through the Private Sector</i>
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SRMNIA	Stratégie mondiale de lutte pour la santé reproductive maternelle, néonatale, infantile et des adolescents
TDR	Termes de Référence
USAID	<i>United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)</i>
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME EXECUTIF

Contexte, but et questions de l'évaluation

L'USAID/Sénégal a conçu le Programme Santé 2016-2021 pour soutenir le Gouvernement du Sénégal, à travers le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), dans ses efforts de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Sénégal. Après deux années de mise en œuvre, l'USAID a commandité cette évaluation à mi-parcours dans le but d'évaluer aussi bien les progrès accomplis dans l'atteinte des résultats attendus du Programme Santé que l'efficacité de sa conception, de ses mécanismes de mise en œuvre et la durabilité des résultats obtenus. Cette évaluation devait également permettre d'identifier les leçons apprises et de formuler des recommandations aussi bien pour le programme en cours que le prochain programme. Les progrès du Programme ont été analysés dans la perspective du concept de « *Cheminement vers l'autonomie (Journey to self-reliance)* » de l'USAID, en examinant la mesure dans laquelle le Programme Santé soutient l'autonomisation dans le secteur de la santé au Sénégal.

Questions d'évaluation

Cette évaluation à mi-parcours a été guidée par les cinq questions ci-après :

1. Comment l'approche géographique (régions de concentration versus régions de consolidation) qui sous-tend la conception du Programme affecte-t-elle la réalisation de notre objectif général d'améliorer la santé de la population sénégalaise ? L'hypothèse sous-jacente qui fonde la catégorisation des régions est-elle toujours pertinente et fonctionne-t-elle ? Si non, quels changements devraient être faits ?
2. Dans quelle mesure un enrichissement croisé (réciproque) entre les régions de consolidation et les régions de concentration s'est-il produit en ce qui concerne les stratégies visant à renforcer la demande et l'accès à des services de santé de qualité ? Et ces résultats ont-ils été utilisés par le Gouvernement du Sénégal et ses partenaires ? Si oui, comment ?
3. Comment les interventions appuyées par l'USAID ont-elles contribué à accroître l'accès à des services et produits prioritaires de santé (aussi bien dans le secteur public que privé) ?
4. Dans quelle mesure le Programme Santé a-t-il contribué à accroître l'engagement et l'implication des communautés dans la gestion des services de santé ?
5. Dans quelle mesure le Programme Santé a-t-il renforcé la gouvernance et la capacité du système de santé sénégalais dans son cheminement vers l'autonomie dans le secteur de la santé ?

Méthodes & Limites de l'évaluation

Méthodologie

Cette évaluation à mi-parcours a utilisé une approche mixte, combinant les approches quantitatives et qualitatives. La collecte des données empiriques s'est effectuée en trois phases principales : i) une revue et analyse des documents et statistiques du projet ; ii) une collecte suivie d'une analyse des données secondaires issues des systèmes d'informations sanitaires et des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) sur les indicateurs de santé et iii) une enquête qualitative auprès des différentes parties prenantes et bénéficiaires du Programme dans huit régions du pays (4 régions de concentration et 4 régions de consolidation). Au total, dans ces 8 régions, l'équipe d'évaluation a visité 16 districts de santé, 24 postes de santé et 23 cases de santé. Ainsi, 365 entretiens semi-structurés individuels, 112 discussions de groupes et 74 focus-groups ont été réalisés auprès des différentes cibles.

Difficultés et Limites de l'Évaluation

La mise en œuvre de cette évaluation a coïncidé avec une grève des personnels de santé, rendant difficile la réalisation des entretiens avec une partie de ces acteurs. La rétention des informations sanitaires dans le cadre de ce mouvement, par une partie importante des prestataires, a constitué une limite importante sur la disponibilité des données sanitaires. Toutefois, cette limite a été palliée par l'utilisation des données de l'EDS 2017 et des indicateurs sanitaires du DHIS-2 jusqu'au début du premier semestre de l'AN2 du Programme. Par conséquent, l'appréciation et l'estimation des changements sanitaires ne reflètent que partiellement les changements survenus durant cette phase de mise en œuvre du Programme.

Résultats et Conclusions

Question 1 : Pertinence et efficacité de l'approche géographique ?

Résultats

Fondement et pertinence de l'approche géographique

Le Programme Santé est bâti sur une catégorisation des régions suivant leurs niveaux de performance des indicateurs clés de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA).

CATEGORIES DE REGIONS	Mortalité infantile juvénile (Moins de 5 ans) pour 1000 NV	Mortalité néonatale (Moins de 1 mois) pour 1000 NV	Retard de croissance des moins de 5 ans	Indice de Fécondité de (Femmes 15-49)	Prévalence PF Moderne	BNS en PF	MGF (Moins 15 ans)
REGIONS DE CONSOLIDATION	58,1	22,1	18%	5,5	19,3	20,1	7,3
REGIONS DE CONCENTRATION	91,9	29,6	24%	6,1	10,8	22,6	36,8

Source: EDS-c 2012-2014, Sénégal

Les données correspondant à la période de conception du Programme Santé laissent apparaître des écarts très élevés entre les régions de consolidation (RCL) et les régions de concentration (RCT). La mortalité infantile-juvénile est de 58,1‰ naissances vivantes (NV) dans les régions de consolidation contre 91,9‰ NV dans les régions de concentration. Quant à la mortalité néonatale et le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, ils sont respectivement de 22,1‰ NV et 18% dans les régions de consolidation contre 29,6‰ NV et 24% dans les régions de concentration. De même, le taux de prévalence contraceptive est de près de deux fois plus important dans les régions de consolidation que dans les régions de concentration (19,3% contre 10,8%). Le constat de cette inégalité de performances a conduit à la mise en œuvre de l'approche géographique du Programme Santé qui focalise ses interventions clés à haut impact sur la santé maternelle, néonatale et infantile dans les 7 régions de concentration où les problèmes de santé maternelle et néonatale sont plus préoccupants tandis que dans les régions de consolidation, les efforts sont principalement orientés dans le renforcement de la gouvernance et des capacités de gestion.

Efficacité de l'approche géographique pour l'atteinte de l'objectif général du Programme

L'appui du Programme Santé a positivement contribué à améliorer la santé des populations dans les différentes zones d'intervention, en particulier dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant, et dans le domaine du paludisme. Cette amélioration s'est traduite par une réduction de la mortalité maternelle passée de 392 à 236 entre 2011 et 2017, ainsi qu'une réduction des décès liés au paludisme. Le taux de prévalence contraceptive a connu une augmentation significative, passant de 15 à 26,3 % entre 2015 et 2017 (EDS-c 2017).

Dans le domaine de la santé de l'enfant, le retard de croissance des moins de 5 ans n'a connu qu'une baisse timide (21,3% à 19,7%) entre 2014 et 2017 (EDS-c 2017), alors que les décès dus au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ont largement baissé, passant de 190 en 2014 à 95 à 2017 (PNLP, 2017). L'analyse de données sanitaires

laisse apparaître des progrès variables entre les deux catégories de régions avec une réduction des écarts entre les régions de concentration et les régions de consolidation.

La mortalité des enfants de moins de 5 ans a fortement baissé dans les régions de concentration où elle est passée de 92 à 74 ‰ NV, contre seulement 58 à 55 ‰ NV pour les régions de consolidation. La même tendance est notée pour la mortalité néonatale qui enregistre une baisse sensible (30 à 28,7 ‰ NV) dans les RCT, alors qu'elle a augmenté dans les régions de consolidation (22 à 28 ‰ NV) entre 2014 et 2017 (EDS 2017). Dans le domaine de la planification familiale, la prévalence contraceptive a connu une progression soutenue dans les deux catégories de régions, avec une intensité légèrement plus forte dans les régions de consolidation (EDS). Au-delà de ces améliorations, une persistance des défis est notée, notamment l'augmentation de la mortalité néonatale qui est passée de 26 à 28 ‰ NV au niveau national, l'augmentation de l'incidence du paludisme qui est passée de 19 à 26 entre 2014 et 2017 et une baisse dans la vaccination des enfants au Penta 3 qui a connu une régression en 2018 par rapport aux indicateurs de 2015.

Conclusions

L'approche par catégorisation est pertinente car soutenue par les indicateurs sanitaires au démarrage du Programme, qui montrent, des écarts très importants entre ces deux catégories de régions. Cette approche a favorisé une nette amélioration de l'accès à la santé et à l'utilisation des services par les populations, et une réduction des écarts entre les régions de concentration et les régions de consolidation. Les interventions du Programme ont également soutenu un renforcement de la qualité des services et prestations rapportés par les différents acteurs de santé (MCR, MCR, CSR et ICAP/SF). Toutefois, la mise en œuvre de cette approche géographique a entraîné une progression inégale entre les deux catégories de régions sur les indicateurs clés de santé maternelle et néonatale, avec une réduction très significative des mortalités maternelle et néonatale dans les régions de concentration contre une augmentation de la mortalité néonatale et une stagnation de certains indicateurs dans les régions de consolidation. En effet, partant de l'hypothèse que les régions de consolidation nécessitent moins de soutien financier et d'assistance technique pour maintenir leurs acquis, l'approche du Programme a consisté en une allocation très disproportionnée des ressources et un calibrage très spécifique des interventions dans les régions de concentration, entraînant des progrès inégaux qui nécessitent un réajustement de l'approche dans sa mise en œuvre pour une atteinte des objectifs globaux du Programme sur les différents indicateurs prioritaires de santé. Le poids démographique des régions de consolidation constitue une variable clé à prendre en compte sur le rôle influenceur de ces dernières dans l'évolution des tendances au niveau national sur les différents indicateurs sanitaires au niveau national.

Question 2 : Enrichissements croisés entre les deux catégories de régions ?

Résultats

La nécessité d'une bonne collaboration entre les mécanismes du Programme Santé avait été clairement définie comme condition de réussite et de l'atteinte des objectifs. Les entretiens menés avec les différentes Directions et entités du MSAS indiquent l'adoption d'une démarche très collaborative par les différents partenaires de mise en œuvre du Programme Santé.

Pour ce qui est de la collaboration interne entre les mécanismes du Programme Santé, elle a été variable suivant les mécanismes et les régions. Une collaboration effective a été notée entre les mécanismes de mise en œuvre du Programme Santé ayant abouti à l'élaboration de plans de synergie (RSS+, SHOPS+, GoTAP) et à la mise œuvre conjointe d'activités). D'autre part, RSS+ et Neema ont développé des collaborations soutenues dans la mise en place et la formation des membres des comités de développement sanitaires (CDS) dans les régions Sud. Neema et SHOPS+ ont également travaillé ensemble dans la préparation de la mise en œuvre pilote du tutorat avec un échantillon de 40 structures privées. Différentes autres initiatives de travail en commun ont été notées sans que ces processus aient abouti à une mise en œuvre effective. Cependant, ces efforts de synergie, même s'ils ont été réels, n'ont pas été systématiques, laissant de côté plusieurs axes d'intervention sur lesquels une collaboration plus systématisée aurait permis de couvrir, comme l'appui aux mutuelles de santé, la mise en œuvre des activités pour l'engagement communautaire, la collaboration avec les acteurs communautaires ainsi que la contractualisation avec les radios locales et communautaires. Dans différentes régions des mécanismes tels que

SHOPS+ et Neema travaillent distinctement avec des structures de badienou gokh tout autant qu'avec des radios communautaires sans aucune synergie alors qu'une meilleure coordination aurait permis d'améliorer l'efficacité des interventions.

La synergie avec les autres mécanismes de l'USAID intervenant dans les autres secteurs (*Croissance Economique, Education, Gouvernance, etc.*), même quand des axes de synergie existent, a été très faible, à l'exception de la synergie très réussie avec GOLD dans les régions du Sud.

Enrichissements réciproques entre les deux catégories de régions

Etant à la base de l'approche géographique, les inégalités de performances et les disparités entre les deux catégories de régions devaient être jugulées par des échanges croisés permettant un enrichissement réciproque entre les régions de consolidation et les régions de concentration. Les entretiens menés auprès des différentes parties prenantes du Programme, ont permis de noter un cloisonnement très étanche des différents mécanismes, emprisonnés dans leurs catégories d'affectation, renforcé en cela par l'absence d'indicateurs mesurant l'effectivité de tels échanges.

La pluralité des mécanismes de mise en œuvre a naturellement érigé la question de la coordination comme condition nécessaire pour une optimisation des effets et impacts du Programme Santé d'une part mais également pour faciliter cet échange d'expériences, d'outils et d'approches entre les deux catégories de régions.

Au niveau central, un comité de pilotage ainsi qu'un Secrétariat technique fonctionnel sont mis en place pour soutenir le dialogue entre les entités du Programme avec les structures du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, ainsi qu'avec les autres partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé. La mise en place de ces cadres a permis le maintien d'une communication institutionnelle au niveau stratégique.

Parallèlement au comité de pilotage, un cadre de rencontre mensuel des différents mécanismes (« Réunion des COP¹ ») a également été mis en place pour faciliter et soutenir un dialogue continu entre les mécanismes du Programme Santé. En sus de ces cadres formels mis en place pour assurer un pilotage harmonieux du Programme, GoTAP a soutenu l'élaboration de plans d'action intégrés (PAI) favorisant la mise en synergie globale des activités des différents mécanismes du Programme.

Cependant, malgré la bonne fonctionnalité de ces différents cadres, ils ont davantage fonctionné comme des espaces de partage des informations entre parties prenantes que comme cadres de coordination, et aucune des parties prenantes n'assumait réellement un rôle de coordination de cet ensemble d'acteurs et de mécanismes. Les rôles et responsabilités des différents partenaires et mécanismes n'ont pas été clairement définis du point de vue de la coordination du Programme Santé, alors même que la pluralité des mécanismes ainsi que le découpage des régions en deux catégories nécessitaient que ces différents éléments fassent l'objet d'une coordination d'ensemble. Ce déficit de coordination globale a été évoqué comme l'une des faiblesses majeures du Programme Santé par l'ensemble des acteurs et parties prenantes interrogés dans le cadre de cette évaluation à mi-parcours.

Au niveau opérationnel, la mise en place des bureaux régionaux a été un aspect réellement bénéfique ayant favorisé une meilleure organisation des acteurs du Programme Santé et une intégration plus formelle des mécanismes intervenant dans les deux catégories de régions, avec la présence d'un staff de RSS+ dans les bureaux régionaux gérés par Neema et implantés dans les régions de concentration. L'absence de SHOPS+ dans ce dispositif des bureaux régionaux demeure la grande insuffisance. Cependant, le déficit de coordination globale du Programme au niveau central a eu des répercussions directes sur le terrain, avec des entrées individuelles des mécanismes auprès des autorités sanitaires régionales.

Toutes les régions reçoivent l'appui d'au moins deux autres partenaires en dehors de l'USAID qui n'intervient seule dans aucune région du Sénégal, même si l'ensemble des partenaires gouvernementaux, aussi bien au niveau central que dans les régions d'intervention, reconnaissent le rôle prépondérant de l'appui de l'USAID dans le secteur de la santé. Cependant, l'ensemble des acteurs rencontrés, aussi bien parmi les agences d'exécution du Programme Santé que les PTF, indiquent une collaboration et communication très faibles entre le Programme Santé et les autres interventions des autres PTF, en dépit de leur participation à la plateforme RSS mise en place

¹ Rencontre mensuelle des chefs de projets des différents mécanismes du Programme Santé USAID 2016 - 2021

au niveau central par le Ministère de la Santé. Cette faible communication entre les PTF sur leurs interventions respectives entretient des risques élevés de duplication des efforts reconnus par l'ensemble des partenaires techniques interrogés par l'équipe d'évaluation.

Utilisation des résultats par le MSAS et ses autres partenaires

L'intérêt élevé accordé par le MSAS au Programme Santé s'est traduit par l'engagement et l'implication soutenus de ses différentes directions dans les instances de pilotage et dans la mise en œuvre des activités. L'ensemble des outils développés par les mécanismes du Programme Santé l'ont été en collaboration avec les structures du MSAS. Toutefois, malgré une utilisation effective mais très faible des outils et documents par le MSAS, on note une lenteur dans les procédures de validation, rendant leur diffusion et utilisation par les autres partenaires plus lentes.

Conclusions

Les analyses des données de l'évaluation ainsi que les entretiens menés avec l'ensemble des acteurs et parties prenantes du Programme ont établi l'absence d'échanges croisés et d'enrichissements réciproques entre les régions de concentration et les régions de consolidation durant ces deux premières années de mise en œuvre du Programme Santé. Cette absence d'échanges est favorisée à la fois par le manque de mécanismes et de passerelles pouvant faciliter sa mise en pratique, mais aussi par le déficit de coordination globale du Programme englobant les deux catégories de régions.

Toutefois, tous les acteurs reconnaissent les avantages que cela aurait donnés aux deux catégories de régions aussi bien en termes d'échanges d'outils, de stratégies et de bonnes pratiques qu'en termes de prévention d'éventuelles disparités qui pourraient résulter de la mise en œuvre différenciée des interventions dans les deux catégories de régions. Malgré leur bonne participation dans les processus d'élaboration des outils et stratégies développées avec l'appui du Programme Santé, les instances du MSAS enregistrent des lenteurs dans la validation et la diffusion des outils et approches, limitant ainsi l'utilisation de ces outils aussi bien par le système de santé que par les autres partenaires du Gouvernement.

Question 3 : Contribution du Programme dans l'amélioration de l'accès aux services et produits prioritaires de santé ?

Résultats

Renforcement de la demande des services et produits de santé...

Une importante campagne nationale intitulée « *Japp naa ci* » devait couvrir le niveau national, à travers des supports médiatiques, mais également des activités spécifiques soutenues dans les sept régions de concentration, mais elle a connu d'importants retards dans sa mise en œuvre.

Toutefois, pour juguler les conséquences de ce long retard, Le Programme a eu recours aux radios communautaires et aux acteurs communautaires pour sensibiliser les différentes couches de la population, aussi bien pour un changement de comportements que l'utilisation des services et produits de santé. Neema a contractualisé avec 33 radios communautaires dans ses sept régions d'intervention pour la diffusion de 16.390 spots et 187 émissions sur des thématiques très variées. Un partenariat a également été noué avec les organisations communautaires de base et les *badienou gokh* pour la mise en œuvre d'un paquet d'activités de mobilisations sociales. La mise en place de 1 041 Comités de veille et d'alerte communautaires (CVAC) chargés de suivre les femmes enceintes et la promotion des accouchements dans les structures de santé, a complété ce dispositif de communication mis en place par le Programme. En complément à ces différentes activités, et dans le cadre de son partenariat avec SHOPS+, ADEMAS a mis en œuvre un important volet de marketing social à travers lequel diverses activités d'information et de sensibilisation ont été menées pour accroître la demande et l'utilisation des services, et promouvoir des comportements sains. En outre, des efforts louables ont été consentis grâce à la mise en place des franchises sociales avec Marie Stopes International (MSI), dont le remplacement par ACDEV a connu d'importants retards ne permettant pas à l'équipe d'évaluation d'attester de la continuité de ces gains. Toutefois, selon les différents acteurs interrogés par l'équipe d'évaluation, ces activités menées à travers

ces différents canaux ont fortement influencé les pratiques et permis de renforcer de manière significative la demande et l'utilisation des services par les populations.

Renforcement de l'accessibilité et de la qualité des produits et services prioritaires de santé

Les différents mécanismes du Programme Santé ont soutenu le volet offre de services. Neema a soutenu l'extension de la couverture en cases de santé avec l'enrôlement ou la de réhabilitation de celles-ci. En outre, la disponibilité des produits dans les cases de santé a également renforcé l'accès et l'utilisation des services aux populations, Aussi bien dans les régions de concentration que dans les régions de consolidation , le Programme Santé a soutenu la mise en œuvre des stratégies avancées par les infirmiers chefs de poste permettant ainsi de palier à la faible couverture des structures sanitaires et à la faible accessibilité géographique des structures de santé pour les populations les plus enclavées.

Pour assurer un continuum des soins entre les structures de santé et le domicile, le Programme Santé a mis en place un important dispositif communautaire avec 1 892 acteurs communautaires de soins et 186 dispensateurs de soins à domicile (DSDOM) mobilisés par Neema dans les régions de concentration. La mise à contribution du secteur privé a été soutenue par le mécanisme SHOPS+, à travers diverses activités de formation et par le développement de franchises sociales. La mise en œuvre du tutorat (Tutorat 3.0) dans le privé est une initiative prometteuse qui contribuerait à améliorer la qualité des services et des prestations dans les structures privées de santé, composantes essentielles du système de santé. Au moment de cette évaluation, cette expérience pilote était en préparation avancée mais pas encore effective.

Contribution dans la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

L'appui du Programme Santé dans la lutte contre le VIH a permis de soutenir des performances appréciables dans la prévention et la prise en charge du VIH. Les médiateurs mobilisés, ainsi que les leaders communautaires ont pu, avec l'appui des équipes de santé, sensibiliser et faire dépister respectivement 2 752 personnes parmi les populations clés et 3 861 personnes en situation de vulnérabilité. Globalement, le nombre de personnes vivant avec le VIH dépistées s'est nettement amélioré portant à 71% le taux d'atteinte du « premier 90 », ainsi que le nombre de personnes vivant avec le VIH sous antirétroviraux avec 54% du taux d'atteinte du « deuxième 90 ». Les performances du « troisième 90 » restent de loin plus faibles, avec un gap très élevé qui se situe à 54% en 2017. L'appui du Programme Santé a également permis d'améliorer de manière significative la qualité et la couverture de la prise en charge grâce à la délocalisation de cette dernière au niveau de certains postes de santé.

Contribution du Programme dans la lutte de contre le paludisme

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le Programme Santé a appuyé la formation de 893 prestataires de santé sur les nouvelles directives de prise en charge. L'appui direct fourni au PNLP a également permis de renforcer les interventions des DSDOM, et l'enrôlement de 655 structures communautaires de prise en charge communautaires dans les 7 régions de concentration ².

Par ailleurs les indicateurs spécifiques indiquent une importante diminution des décès liés au paludisme dans les deux catégories de régions chez les enfants de moins de 5 ans au niveau national, passant de 190 en 2014 à 95 en 2017. Cette baisse a été plus importante dans les régions de consolidation où le nombre de décès a baissé de 81% alors que dans les régions de concentration on note une baisse de 25% du nombre de décès liés au paludisme chez les moins de cinq ans.

Cependant, malgré une tendance haussière notée durant les trois dernières années, la couverture en TPI3 reste encore très faible, justifiant l'élaboration de plans de relance dans les régions de concentration. Selon les données sanitaires, le TPI3 est passé de 36,4% en 2015 à 40,9% en 2017 dans les régions de concentration et de 42,7% à 46,3% dans les régions de consolidation pour la même période³. A travers le marketing social, SHOPS+ a mis à contribution le secteur privé dans la vente des MILDA et dans la sensibilisation des populations pour une amélioration des comportements de prévention.

² Rapport Annuel Neema AN2

³ Rapport Annuel Neema, AN2, EDS 2017

Une introduction novatrice de la Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes (SRAJ) dans les interventions du Programme

Le Programme Santé a réussi une introduction très novatrice de la SRAJ dans les activités de Neema et SHOPS+. Différentes approches ont été développées pour augmenter les moyens d'atteindre et d'impliquer les jeunes et les adolescents dans le domaine de la santé reproductive. Le Programme a également appuyé la formation de 64 prestataires et de 631 enseignants et personnels administratifs sur la SRAJ, ainsi que des adolescents, les jeunes et des pairs éducateurs. Les efforts de sensibilisation appuyés à la fois par Neema et SHOPS+ ont permis d'améliorer le niveau de connaissance de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents et une utilisation timide des services de planification familiale et de dépistage du VIH. La collaboration avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports, à travers les centres de conseil pour les adolescents, ainsi qu'avec le Ministère de l'Éducation, y compris les Universités, a constitué une avancée majeure dans la prise en charge des besoins des adolescents et des jeunes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Renforcement de l'accessibilité financière des services et produits de santé

Le Programme Santé a soutenu diverses initiatives allant de l'accompagnement des mutuelles de santé à l'appui d'initiatives de solidarité communautaires pour renforcer l'accessibilité financière. Cependant, l'essentiel des efforts dans ce volet est mis en œuvre dans les régions de consolidation qui sont les seules bénéficiaires des interventions d'appui aux mutuelles de santé, à leur renforcement aussi bien structurel que communautaire. Cet appui à l'accessibilité financière des services apparaît comme le maillon faible du Programme Santé dont le soutien dans ce volet est spécifiquement limité aux régions de consolidation.

Renforcement de la qualité des services et prestations de santé

Le Programme Santé a fortement appuyé le renforcement de la qualité des services et prestations de santé, avec au total, 6 073 prestataires de santé formés, depuis le début du Programme, sur des aspects cliniques liés à l'offre de services. La mise en œuvre du tutorat 3.0 dans les régions de concentration constitue une des dimensions centrales de cet appui dans le renforcement des capacités des prestataires et de l'amélioration de la qualité des services de santé.

Contribution dans l'amélioration des performances et des indicateurs de santé des populations

Les différentes interventions du Programme Santé ont permis d'enregistrer des améliorations sensibles des performances sur des indicateurs clés de santé maternelle, néonatale et infantile dans les deux catégories de régions, à l'exception du taux d'accouchement dans les structures et du Penta 3 qui ont régressés. Le taux d'achèvement en consultations prénatales (CPN) s'est nettement amélioré entre 2015 et 2018, passant de 40,2% à 53,2% dans les régions de concentration et de 48,9% à 60,4% dans les régions de concentration. Le taux d'achèvement en consultations postnatales (CPoN) et le taux d'accouchement par partogramme ont également nettement augmenté entre 2015 et 2018 dans les deux catégories de régions.

Conclusions

L'utilisation d'une approche mixte combinant le recours aux radios communautaires et la communication de proximité a permis d'asseoir une bonne sensibilisation des populations sur les questions de santé, ainsi que la promotion de l'utilisation des services et produits de santé. Les différentes activités mises en œuvre ont favorisé le changement des comportements et une augmentation significative de l'utilisation des services de santé. L'extension de la couverture en cases de santé, ainsi que l'appui aux stratégies avancées ont également contribué à ces performances du point de vue de l'accès et de l'utilisation des services par les populations.

Par ses différentes activités au profit des prestataires de santé et des acteurs communautaires de soins, le Programme Santé a soutenu l'amélioration de la qualité des services et prestations de santé dans les différentes régions, et plus spécifiquement dans les régions de concentration.

Question 4 : Renforcement de l'engagement des communautés dans la gestion de la santé ?

Résultats

Amélioration de l'engagement et implication des communautés

Aussi bien dans les RCT que dans les RCL, le Programme a soutenu la mise en place de divers cadres et structures destinés à susciter une pleine participation des communautés dans la gestion, le suivi et la prise en charge des infrastructures et services de santé. Dans les deux catégories de régions, les mécanismes ont soutenu la mise en place et le fonctionnement des CVAC. Selon les différentes cibles interrogées, l'engagement des communautés dans la santé a significativement augmenté avec les interventions du Programme Santé du fait d'une forte attention accordée à la santé communautaire et une utilisation judicieuse des ressources et acteurs communautaires (leaders communautaires, relais, Badienou Gokh, etc.). Dans plusieurs localités, les populations se sont collectivement investies pour la construction de cases de santé.

Renforcement de de l'engagement et de l'implication des Collectivités territoriales dans la gestion et le financement de la santé

Le Programme Santé a apporté un appui considérable au MSAS dans l'implication et la participation des collectivités territoriales dans la gestion et le financement de la santé. RSS+ et Neema ont apporté des appuis importants dans la mise en place et la formation des membres des comités de développement sanitaire (CDS) de leurs régions respectives. Le Programme Santé a également soutenu les collectivités territoriales dans l'élaboration des Plans Opérationnels des Collectivités Territoriales (POCT) par lesquels ces dernières matérialisent leur soutien au secteur de la santé. La mise en place des « *Cadres de Restitution Communautaires (CRC)* » a permis de résoudre des difficultés importantes liées à l'équipement ou au fonctionnement des structures de santé. Dans différentes localités, l'approche CRC/CVA a permis la résolution du problème de l'électrification et de la gestion des ambulances dans des poste de santé, la construction ou réhabilitation de logements des prestataires (ICP ou Sage-femme), le recrutement d'un personnel qualifié (Sage-femme d'Etat, Assistant Infirmier), entre autres.

Conclusions

Divers mécanismes ont été mis en place, aussi bien dans les régions de consolidation que dans les régions de concentration pour soutenir la participation et l'engagement des communautés dans la gestion de la santé. La mise en place de ces cadres a rendu effectif la participation des populations dans la gestion et l'amélioration des structures de santé. Cependant, le degré d'engagement communautaire reste plus visible au niveau des régions de concentration où les acteurs bénéficient d'un accompagnement plus soutenu de la part du projet grâce à la mise en place de facilitateurs communautaires. La plus grande intensité du volet santé communautaire dans les régions de concentration induit un dispositif communautaire mieux élaboré et plus structuré qui a abouti à une disproportion élevée de la participation communautaire entre les deux catégories de régions.

Question 5 : Amélioration de la gouvernance et de l'autonomisation du système ?

Résultats

Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système

Le Programme Santé a mis en œuvre une série d'activités ayant contribué à renforcer le système de santé du Sénégal. Au niveau stratégique, les différents mécanismes (RSS+, Neema, SHOPS+, GoTAP, GHSC, HRH2030) ont apporté des appuis techniques et financiers aux instances centrales du MSAS dans l'élaboration de différents documents nationaux de politique, ainsi que l'appui dans l'élaboration de documents stratégiques tels que la Stratégie Nationale de Financement du Secteur de la Santé, le Plan Stratégique National en SRMNIA, le Plan National de Développement Sanitaire entre autres. La mise en place du mécanisme SHOPS+ spécifiquement dédié au renforcement de la prise en compte du secteur privé a permis d'apporter un soutien très significatif au

Ministère dans la gestion et la gouvernance des structures privées de santé. La mise à disposition d'une cartographie nationale des structures privées de santé a été une des plus-values essentielles de cet appui.

Renforcement des capacités de gestion opérationnelle et financière des régions et districts

Le Programme Santé a également soutenu le renforcement des capacités de pilotage et de gestion des régions médicales et des districts sanitaires aux niveaux des régions de consolidation, par le biais d'appuis multiformes. Dans le domaine de la gestion financière et comptable, les interventions de RSS+ dans les régions de consolidation et de GoTAP dans la région de Kaffrine (l'approche Gouvernement à Gouvernement ou G2G) ont permis une amélioration significative des capacités des équipes des régions et des districts sanitaires avec la mise en place d'outils standardisés ayant permis une harmonisation des pratiques de gestion. Les structures du privé ont également bénéficié d'un accompagnement par SHOPS+ à travers des formations et des activités de coaching, aussi bien dans les domaines de la gestion que de la planification. Toutefois, ces appuis et accompagnements sont demeurés très limités aux structures des régions de Dakar, Thiés principalement et, dans une moindre mesure, à celles de quelques régions intérieures (Diourbel, Kaolack, Saint-Louis et Ziguinchor).

Renforcement des capacités techniques du système de santé

Au niveau opérationnel, le Programme Santé a contribué au renforcement des capacités de 3.748 prestataires de santé et 28.329 acteurs de santé communautaires dans les quatorze régions du Sénégal. Le Programme a également soutenu l'extension de la couverture de l'offre par l'enrôlement ou la réhabilitation de cases de santé. La prise en compte des structures du privé, y compris la mise à niveau des personnels et prestataires du privé sur les directives nationales ainsi que sur les normes et protocoles, a été une des innovations majeures du Programme, permettant un renforcement des capacités techniques conjointement dans le public et dans le privé. D'autres interventions complémentaires telles que le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en médicaments, ainsi que l'amélioration du système d'information sanitaire ont complété ces importants efforts du Programme Santé. Du point de vue du financement de la santé, les ressources allouées au secteur de la santé par le Gouvernement restent encore faibles et ne représentent à peine 8 % du budget national, maintenant encore le Sénégal loin des 15% visés par les accords d'Abuja. La mobilisation des ressources par le système mutualiste reste encore très insuffisante, avec des mutuelles de santé largement dépendantes de l'appui et de la subvention de l'Etat.

Conclusions

Le Programme Santé, à travers ses différents mécanismes, a mis en œuvre une diversité d'interventions contribuant au renforcement du système de santé. Les interventions du Programme couvrent les six leviers des « *Building Blocks*⁴ » des systèmes de santé définis par l'Organisation Mondiale de la Santé. L'appui du Programme Santé a permis de renforcer la gouvernance aussi bien politique qu'opérationnelle du système. Les interventions du Programme ont également couvert le renforcement des capacités des personnels et prestataires de santé, ainsi que la dotation en équipements et matériels. Par rapport au cheminement vers l'autonomie, l'appui du Programme Santé a soutenu la mise en place d'un environnement politique très propice, traduisant un progrès soutenu sur la dimension « *Engagement* » (*Commitment*) qui constitue l'un des deux axes principaux du concept. L'appui du Programme à la mise en place de la stratégie nationale de financement de la santé ainsi que le développement du PNDS, ou encore la promulgation de la loi sur la CMU, sont autant d'acquis qui traduisent et renforcent cet engagement volontariste du Gouvernement du Sénégal dans la prise en charge des défis dans le secteur de la santé.

En dépit de tous ces appuis fournis par le Programme Santé, différents défis plombent encore le système de santé, tels que la forte dépendance à l'appui des partenaires extérieurs pour des activités classiques et régaliennes (supervisions, stratégies avancées et même les réunions de coordination), la persistance des ruptures de produits au niveau des structures périphériques (Postes de santé et Cases de santé) et l'insuffisante autonomie des mutuelles et les nombreux et longs retards de remboursements.

⁴ 1-Health service delivery; 2-Health workforce ; 3-Health Information system; 4-Access to essential medicine; 5-Health systems financing and 6-Leadership and governance.

Recommandations

❶ POUR AMELIORER L'EFFICACITE DE L'APPROCHE GEOGRAPHIQUE

▪ ACTIONS A COURT TERME (PROGRAMME EN COURS) :

- Revoir et amender le manuel de procédures du financement direct des régions de consolidation pour pouvoir infléchir les domaines de formation à couvrir à travers le financement direct
- Mettre en place un mécanisme de validation des PTA qui permette de pouvoir infléchir les activités planifiées par les RM et DS dans le sens des priorités du Ministère.

▪ ACTIONS POUR LE LONG-TERME (PROCHAIN PROGRAMME) :

- Explorer les possibilités d'une mise en œuvre transversale de certaines interventions clés dans les deux catégories de régions
- Réajuster les priorités de formation développées dans les régions de consolidation pour un meilleur équilibre entre les formations en gestion et gouvernance et les formations des prestataires sur des aspects cliniques liés à l'offre de services et/ou à la qualité des prestations ;
- Faire l'analyse détaillée des indicateurs prioritaires de santé pour le choix des priorités dans chaque région
- Utiliser la cartographie des interventions comme élément de planification des activités et des interventions du Programme Santé
- Intégrer les activités du FARA du PNLP dans les PTA des régions
- Envisager la mise en place d'un mécanisme de financement des activités transversales dans les planifications annuelles
- Intégrer un niveau de catégorisation intra-régional qui assure une prise en compte des disparités entre districts dans une même région
- Mettre en place un mécanisme d'arbitrage et de validation des Plans de Travail Annuels fournis par les districts pour s'assurer de leur alignement aux priorités définies par le MSAS

❷ POUR RENDRE EFFECTIF LES ECHANGES ET L'ENRICHISSEMENT ENTRE LES DEUX CATEGORIES DE REGIONS

▪ ACTIONS A COURT TERME (PROGRAMME EN COURS) :

- Assurer un partage effectif de tous les outils développés dans le cadre du Programme Santé à l'ensemble des acteurs et mécanismes
- Organiser des rencontres d'assistance technique interrégionales entre les régions de concentration et les régions de consolidation
- Réviser le processus d'élaboration du plan d'action intégré (PAI) pour en faire un cadre d'échanges et de planification des activités synergiques dont l'exécution devra être intégré dans le rapport de mise en œuvre du PAI

▪ ACTIONS POUR LE LONG-TERME (PROCHAIN PROGRAMME) :

- Identifier des indicateurs clés communs que les différents mécanismes devront remplir conjointement afin de favoriser la mise en œuvre des activités synergiques
- Organiser des rencontres de capitalisation entre IP à l'occasion desquelles les partenaires d'exécution présenteraient à tour de rôle une innovation réussie ou une bonne pratique
- Définir les missions, rôles et attentes en matière de coordination du Programme au niveau central et clarifier les rôles et responsabilités de chaque partie prenante dans cet effort de coordination.
- Faire des bureaux régionaux comme les portes d'entrée de l'ensemble des autres mécanismes pour faciliter la cohérence et l'harmonisation de l'approche dans les relations avec les partenaires au niveau régional (autorités administratives, autorités sanitaires, etc.)
- Soutenir la fonctionnalité et la régularité des rencontres des cadres régionaux de coordination pour faciliter la collaboration et la communication entre PTF intervenant dans le secteur de la santé
- Revoir l'organisation et le fonctionnement de la plateforme RSS du MSAS pour en faire un cadre de communication et de coordination des interventions des différents PTF actifs dans le secteur pour minimiser les risques de duplication ;

③ POUR RENFORCER LA DEMANDE ET L'ACCES AUX SERVICES DE SNTÉ PRIORITAIRES

▪ ACTIONS A COURT TERME (PROGRAMME EN COURS) :

- Accélérer la finalisation et la diffusion des matériels et outils de communication développés sur la base de la recherche
- Renforcer l'accompagnement et le suivi post-formation des structures du privé pour soutenir leur intégration dans le système (données, utilisation des outils, formations de la région médicale, etc.) ;
- Approfondir l'analyse des déterminants de la recrudescence du paludisme (Insuffisance dans l'investigation du cas indexé, entretien de la transmission, insuffisance du screening des cas importés, défaut de prise en charge des cas, etc.).
- Assurer une prise en charge adéquate par ACDEV des activités démarrées avec MSI pour une pérennisation des acquis dans l'atteinte des jeunes et des adolescents dans le domaine de la SRAJ

▪ ACTIONS POUR LE LONG-TERME (PROCHAIN PROGRAMME) :

- Etendre les interventions à haut impact aux districts moins performants de toutes les régions indépendamment de leur catégorie de d'appartenance
- Déployer des stratégies alternatives pour la prise en charge des cibles délaissées par la réorientation programmatique (VIH) sur les populations clés ;
- Collaborer avec les autres PTF pour la prise en charge et l'appui du secteur privé dans les autres régions non couvertes par SHOPS+
- Prévoir un appui et accompagnement soutenu des mutuelles dans les régions de concentration pour une meilleure prise en charge de la barrière financière dans l'accès aux services et prestations de santé
- Prévoir une composante SRAJ spécifique dans le prochain programme pour une prise en compte conséquente des besoins des adolescents et jeunes dans le domaine de la santé
- Etendre l'appui aux mutuelles aux régions de concentration pour une meilleure prise en charge de la barrière financière dans l'accès aux services et aux soins pour les populations les plus démunies

④ POUR CONSOLIDER LES ACQUIS SUR L'OMPLICATION ET L'ENGAGEMENT DES COMMUNAUTES DANS LA GESTION DE LEUR PROPRE SANTE

▪ ACTIONS A COURT TERME (PROGRAMME EN COURS) :

- Renforcer les stratégies d'implication des leaders communautaires et religieux dans la communication et le changement de comportements ;
- Prévoir une évaluation rapide de la mise en œuvre de la réforme des CDS pour apporter les ajustements nécessaires à sa mise en œuvre effective et optimale ;

▪ ACTIONS POUR LE LONG-TERME (PROCHAIN PROGRAMME) :

- Développer des stratégies novatrices et durables de motivation des acteurs communautaires (impliquant les communautés elles-mêmes) pour une pérennité de ce maillon essentiel du système de santé
- Capitaliser le modèle de collaboration entre le Programme Santé et GOLD qui a montré des gains substantiels en termes d'efficacité et d'efficience dans les régions du Sud et semble très prometteur.
- Mettre en place des stratégies pour renforcer l'engagement et le leadership des femmes dans la gestion de la santé.

⑤ RENFORCER LA GOUVERNANCE ET L'AUTONOMISATION DU SENEGAL DANS LA GESTION ET LE FINACEMENT DE LA SNTÉ

▪ POUR LE PROGRAMME EN COURS ET LE PROCHAIN PROGRAMME

- Etudier la mise en place d'une version allégée du tutorat pouvant être plus facilement mise en œuvre par les MCR et MCD au niveau opérationnel ;
- Maintenir et renforcer l'appui à la chaîne d'approvisionnement des médicaments, notamment des produits essentiels pour réduire la fréquence et la durée des ruptures de produits essentiels
- Revoir et explorer les options d'une restructuration des régimes de gratuité pour assurer une viabilité du système de prise en charge (Mutuelles, structures de santé) ;
- Capitaliser les résultats de l'étude sur les coûts réels des prestations ;
- Renforcer la solvabilité des mutuelles et veiller à une mise à disposition de leurs subventions dans des délais plus courts ;

- Accompagner les collectivités territoriales aussi bien dans la mise à disposition des fonds de dotation allouées à la santé qu'au respect des engagements pris pour la résorption des gaps dans les structures de santé de leur circonscription.
- Encourager le Gouvernement du Sénégal à accroître les ressources allouées au secteur dans le sens de l'atteinte de l'accord d'Abuja fixant à 15% la part du budget devant être alloué à la santé.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PROGRAMME SANTE

Contexte du Programme

Au Sénégal, la santé maternelle, néonatale et infantile est demeurée l'une des préoccupations centrales du Gouvernement dans le secteur de la santé durant les vingt dernières années. Elle a été l'un des axes prioritaires de l'ensemble des programmes d'envergure élaborés par le Ministère de la Santé depuis la fin des années quatre-vingt-dix. Face à l'acuité du problème des mortalités maternelle, néonatale et infantile, le Gouvernement du Sénégal a développé plusieurs documents de politique spécifiques, allant du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) 1998-2002) aux phases successives du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2004-2008 ; 2009-2018), ayant tous comme axe prioritaire la santé de la reproduction avec la réduction de la mortalité maternelle et infantile et la maîtrise de la fécondité par une relance de la planification familiale (PF). Aussi, l'élaboration d'une Feuille de Route Multisectorielle pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales⁵, complétée par l'élaboration du Plan Stratégique National pour la Survie de l'Enfant⁶, traduisent-elles la forte volonté politique du Gouvernement du Sénégal à combattre la mortalité de la mère et de l'enfant. Le continuum des soins entre le domicile et les structures de santé, ainsi que la mise en œuvre d'un paquet d'interventions essentielles pour la santé de la mère et du nouveau-né constituent les pierres angulaires de ces documents d'orientation élaborés par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). La mise en œuvre de ces différentes politiques a permis d'enregistrer des avancées significatives dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile, notamment une réduction progressive du taux de mortalité maternelle qui est passé de 401 à 392 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) entre 2005 et 2010 (EDS IV, 2005 et EDS V, 2010-2011), ainsi qu'une baisse de la mortalité néonatale qui est passée de 35 à 29 pour 1 000 NV dans la même période. L'utilisation des services a également connu une progression avec le nombre d'accouchements assistés passant de 52 à 65% et un taux d'accouchement dans les structures sanitaires qui est passé de 62 à 73% durant la même période.

Cependant, en dépit des progrès sensibles notés pendant cette période, la santé de la mère et de l'enfant demeure un défi important au Sénégal. Les mortalités maternelle, néonatale et infantile restent préoccupantes avec des niveaux de prévalence encore élevés, révélant ainsi les importants efforts encore nécessaires pour améliorer de manière satisfaisante la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Sénégal. En outre, il faut souligner la persistance de disparités importantes aussi bien entre les régions (96% d'accouchements dans les structures à Dakar contre 65% à Fatick) qu'entre le milieu urbain et le milieu rural, traduisant un accès inégal aux services de santé pour la prise en charge de la grossesse, du nouveau-né et du post-partum, entre les régions et localités du pays. Les taux de mortalité maternelle et néo-natale les plus élevés s'enregistrent dans les régions intérieures avec un renforcement des disparités entre les milieux rural et urbain ; le taux de mortalité infanto-juvénile passant de 44‰ NV dans les zones urbaines à 77‰ NV dans les zones rurales (EDS V, 2010). C'est ainsi que l'USAID a conçu un important Programme Santé, couvrant la période 2016-2021, d'un budget de 300 millions de dollars pour soutenir le MSAS dans ses efforts de lutte contre les mortalités maternelle, néonatale et infantile au Sénégal.

Objectifs du Programme Santé

L'objectif du Programme Santé de l'USAID est d'améliorer l'état de santé des populations du Sénégal, en particulier celles résidant dans les régions les plus démunies, afin d'adresser les fortes disparités énoncées plus haut en effectuant des investissements stratégiques, en vue de renforcer les capacités et d'avoir un impact durable sur la mortalité

⁵ Feuille de Route Multisectorielle pour Accélérer la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales au Sénégal 2006-2015, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Avril 2006, 39 p

⁶ Plan National Stratégique pour la Survie de l'Enfant 2007-2015, Ministère de la Santé et de la Prévention, Juillet 2007, 91 p

maternelle, néonatale et infantile au Sénégal. A terme, le Programme vise trois objectifs principaux⁷ dont l'atteinte contribuera à la réalisation des six objectifs clés fixés dans le PNDS⁸.

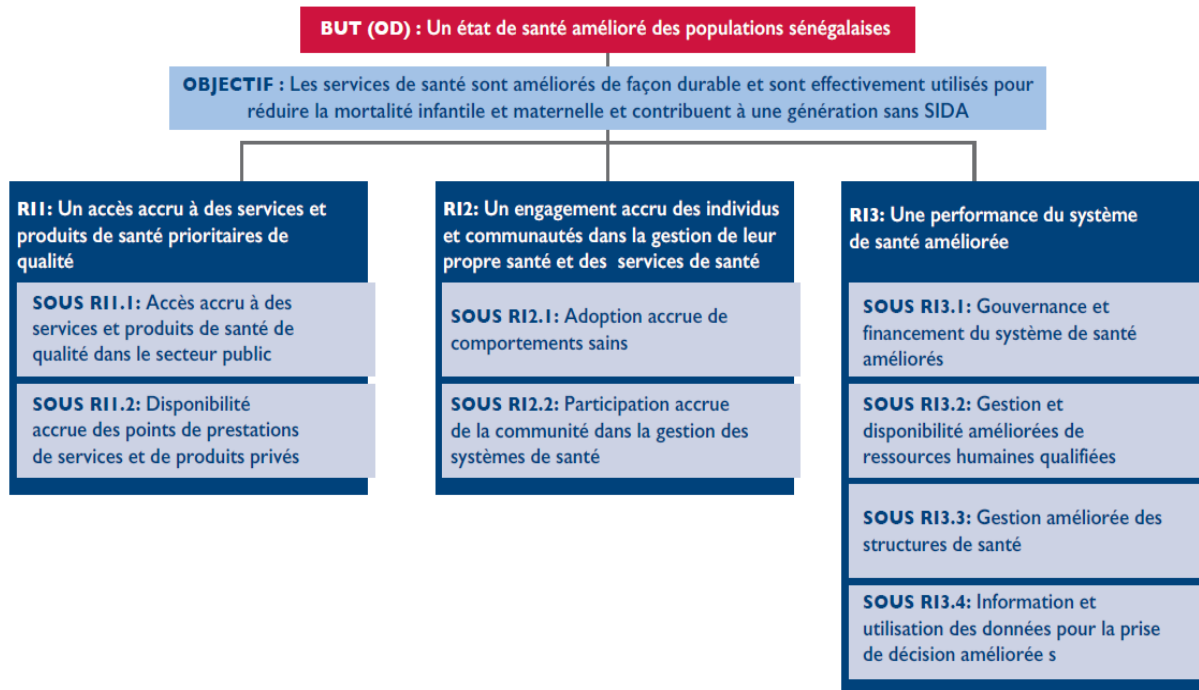
Les interventions du Programme visent à renforcer les capacités régionale et nationale à fournir des services de santé durables et de qualité. Les domaines d'intervention clés comprennent la fourniture d'un paquet de services de base à fort impact en santé de la reproduction, santé maternelle, néonatale et infantile ; la planification et la gestion des ressources humaines ; le soutien de la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et logistiques ; ainsi que la gestion des données et des systèmes d'information pour la gestion de la santé (*Health Management Information System- HMIS*). A la fin du Programme, les principaux résultats attendus sont :

- i. Un taux de mortalité maternelle réduit de 392 à 211 pour 100 000 NV ;
- ii. Un taux de mortalité des moins de 5 ans réduit de 54 à 33 pour 1 000 NV ;
- iii. Un taux de mortalité néonatale réduit de 19 à 12 pour 1 000 NV ;
- iv. Une prévalence du retard de croissance chez les moins de 5 ans réduite de 18% à 10% ;
- v. Un taux de fécondité total réduit de 5 à 3 enfants par femme ;
- vi. Une augmentation en % des allocations budgétaires du Gouvernement pour la santé passant de 11% à 15%.

Ces objectifs comprennent également l'amélioration de la performance du système de santé et, plus globalement un renforcement de la prévention et le contrôle des maladies, ainsi que l'amélioration de la gouvernance du système de santé. Les trois objectifs du Programme évoqués ci-dessus soutiennent directement les objectifs nationaux du Ministère de la Santé, et sont présentés dans le cadre de résultats ci-dessous avec les résultats intermédiaires (RI) correspondants :

⁷ (i) Améliorer l'accès à des services de santé de qualité, (ii) Augmenter l'engagement des individus et des communautés dans la gestion de leur propre santé et de leurs propres systèmes de santé, et (iii) Améliorer la gestion et la performance du système de santé

⁸ 1) Réduire la mortalité maternelle, 2) Réduire la mortalité des moins de cinq ans, 3) Réduire la mortalité néonatale, 4) Augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne, 5) Réduire les besoins non satisfaits en matière de contraception, et 6) Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans.



Approche et Mécanismes de mise en œuvre

Approche du Programme Santé

Faisant suite aux interventions antérieures de l'USAID dans le secteur de la santé, le Programme Santé est mis en œuvre sur la base d'une approche structurée à partir d'une catégorisation préalable des régions d'intervention dont le critère de distinction clé est le niveau de performances au regard aux indicateurs sanitaires de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA). Ainsi, une catégorisation des régions a été faite distinguant les régions ayant des performances plus élevées classées comme « régions de consolidation ou RCL » des autres régions où les niveaux de performances des indicateurs sont encore faibles considérées comme des « régions de concentration ou RCT ». Selon cette catégorisation, les sept régions de concentration sont Saint-Louis, Matam, Diourbel, Tambacounda, Sédiou, Kolda et Kédougou et les régions de consolidation sont Dakar, Thiès, Kaolack, Louga, Fatick, Kaffrine et Ziguinchor.

L'intervention du Programme Santé est construite de manière à réaliser des investissements plus soutenus et focalisés dans les RCT, où les défis en matière d'accès, de disponibilité, de qualité et d'utilisation des services sont plus préoccupants et de mettre en œuvre des interventions plus orientées dans le renforcement de la gouvernance et des capacités de gestion dans les RCL. En fonction de la catégorie (consolidation ou concentration), le Programme affecte des mécanismes spécifiques avec des leviers d'action prioritaires différents.

Mécanismes de mise en œuvre du Programme Santé

Le Programme Santé utilise une diversité de mécanismes pour ajuster la nature et le format de l'appui et/ou des interventions aux différents niveaux d'action. Une partie importante du financement accordé au Gouvernement du

Sénégal par l'USAID se fait par le biais des accords de financement direct entre gouvernements ou G2G (*Government to Government*), complétés par une assistance technique sur mesure. Le Programme Santé s'appuie fortement sur ce mécanisme de financement direct pour apporter son assistance aux structures du niveau central du MSAS, de ses Directions et autres entités connexes comme le Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP).

Au niveau national, le Programme Santé apporte un soutien et une assistance technique au MSAS et aux structures du niveau central au moyen de trois différents mécanismes (*Global Health Supply Chain (GHSC)*, *Human Resources for Health 2030 (HRH2030)*, *Government Technical Assistance Provider (GoTAP)*) pour renforcer les capacités des structures nationales et de leurs agents et pour soutenir l'élaboration des documents de politique et/ou la conduite de réformes politiques nationales. D'autres entités du niveau central (Pharmacie Nationale d'Approvisionnement - PNA, PNL) bénéficient du même type d'appui, notamment sur la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et en équipements. Cette option de financement direct est en expérimentation dans le cadre de la politique de décentralisation au niveau de la région de Kaffrine et s'étendra à la région de Ziguinchor à partir de 2020.

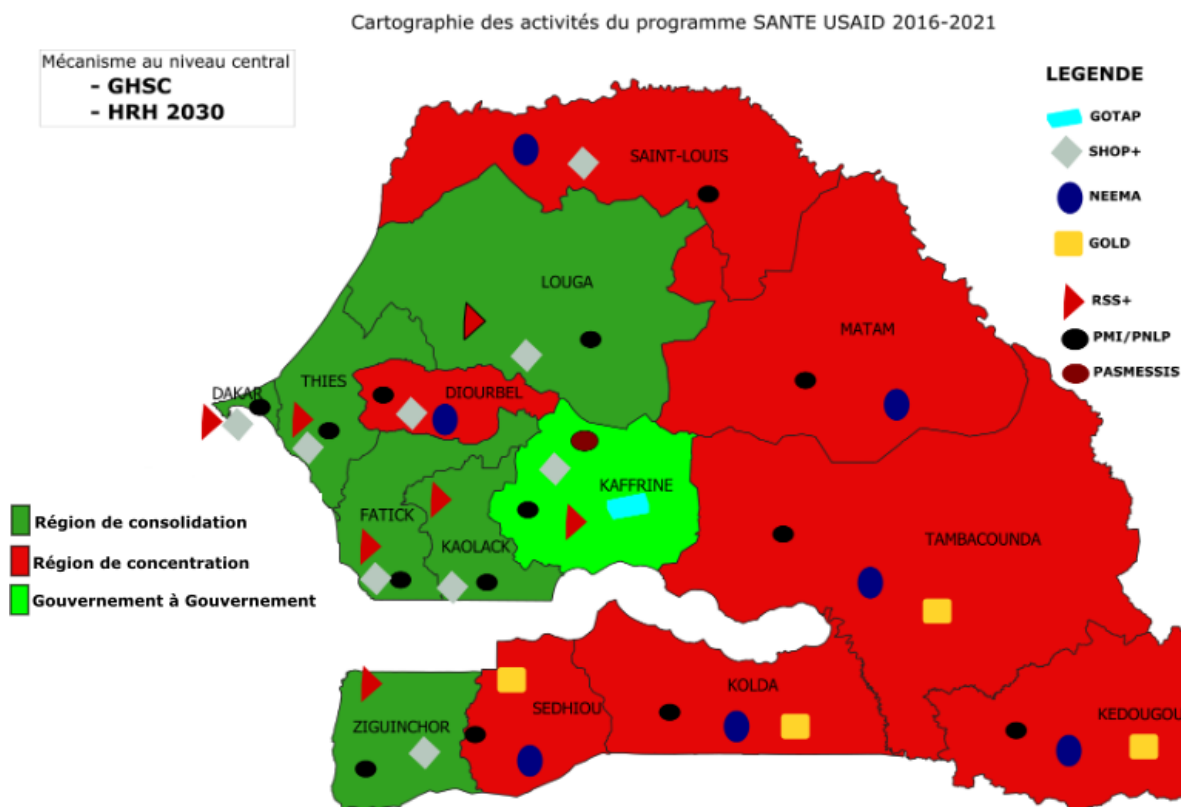
Dans les régions, trois mécanismes phares (*Integrated Service Delivery -ISD-Neema*, Renforcement du Système de Santé -RSS+ et *Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Plus - SHOPS+*) sont mis en place pour assurer ou accompagner la mise en œuvre dans les deux catégories de régions. En fonction de la catégorie (consolidation ou concentration), le Programme affecte un mécanisme spécifique avec des leviers d'action prioritaires différents.

Dans les sept régions de concentration intervient le mécanisme « *Integrated Service Delivery and Healthy Behaviors (ISD-HB)* - Prestation de services intégrés et communication pour le changement social et comportemental (CCSC) - qui met en œuvre des interventions à fort impact couvrant aussi bien l'offre de services dans les structures de santé qu'au niveau communautaire grâce à des activités intenses de communication sociale. Les activités menées dans cette catégorie de régions sont focalisées sur le renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services. Le Programme Santé met en place également des interventions destinées à renforcer l'engagement des communautés dans la gestion de la santé. Ce mécanisme est principalement destiné à contribuer de façon directe à la réalisation du Résultat Intermédiaire (RI) 1 (Accès accru à des services et produits de santé de qualité dans le secteur public), du sous RI2.1 (Adoption accrue de comportements sains) et du sous RI2.2 (Participation accrue de la communauté dans la gestion des systèmes de santé). Le mécanisme ISD-HB fournit également des interventions ciblées dans le cadre d'activités sur le virus de l'immunodéficience humaine - VIH (Prévention, Prise en charge et Traitement).

Les sept régions de consolidation sont couvertes par le mécanisme « Renforcement du Système de Santé » (RSS+) qui procède par une double entrée : assistance technique pour le renforcement des capacités de gestion et financement direct des régions médicales sur la base de jalons (« *milestones* ») à atteindre. Il prend en charge plusieurs aspects clés du système de santé, en mettant l'accent sur la gouvernance, les finances et le financement direct d'entités régionales du Gouvernement du Sénégal. Dans cette catégorie de régions, l'appui du Programme Santé se fait par le biais d'un financement des régions médicales, qui contractualisent à leur tour avec les districts sanitaires sur la base d'accords de performance portant sur les indicateurs SRMNIA/PF. Ce mécanisme vise la réalisation du RI3 (*Performance du système de santé améliorée*) et joue un rôle clé dans la réalisation des sous RI 3.1 (*Gouvernance et financement du système améliorés*) et sous RI3.3 (*Gestion améliorée des structures de santé*) tout en travaillant au niveau central avec les entités du MSAS, notamment dans l'élaboration des documents de politique ou des réformes du système de santé. Ce mécanisme RSS+ prend également en charge le renforcement de la participation communautaire dans la gestion des services de santé dans les sept RCL.

Appui au secteur privé à travers un mécanisme spécifique (SHOPS+) : En complément à ces deux mécanismes phares intervenant chacune dans une catégorie de régions, le Programme Santé a mis en place un mécanisme spécifique (SHOPS+) prenant en charge le secteur privé. Ce mécanisme accompagne les structures privées de santé (SPS) dans le but de renforcer et d'améliorer la qualité des services qui y sont offerts, particulièrement dans les domaines de la santé maternelle et de la planification familiale. Ses activités sont principalement orientées sur le marketing social, la planification familiale et le paludisme. Cette assistance couvre également l'amélioration de l'environnement réglementaire, y compris l'accès aux mutuelles pour les prestataires privés, ainsi que l'intégration de leurs données dans le système d'information sanitaire national. A travers ce mécanisme, le Programme Santé rend effective la prise en charge du secteur privé dans la mise en œuvre de ses activités. Ses interventions sont limitées aux grandes régions du pays, dont 4 de consolidation et 2 de concentration. Il contribue à l'atteinte du RI-1 par une

contribution directe au sous RI-1.2 (*Disponibilité accrue des points de prestation de services et produits privés*) du cadre de résultat. La figure ci-après décrit la catégorisation des régions ainsi que les mécanismes intervenant dans chaque région.



BUT DE L’EVALUATION, AUDIENCE ET UTILISATIONS PREVUES

Le but de cette évaluation de performances à mi-parcours est de : 1) évaluer les progrès accomplis dans l’atteinte des résultats attendus du Programme Santé de l’USAID / Sénégal ; 2) évaluer l’efficacité de la conception du Programme, des mécanismes, de sa mise en œuvre et de sa durabilité ; 3) évaluer l’efficacité des interventions clés, d’identifier les leçons apprises et de proposer des recommandations pratiques pour la période restante du Programme, afin d’améliorer sa performance.

L’évaluation examine les progrès du Programme dans la perspective du concept de « Cheminement vers l’autonomie » (*Journey to self-reliance*) de l’USAID, en analysant dans quelle mesure sa stratégie soutient l’autonomisation (*self-reliance*) dans le secteur de la santé au Sénégal. L’équipe d’évaluation s’est penchée sur les deux aspects fondamentaux de l’autonomisation que sont l’engagement et la capacité du pays dans le domaine du système de santé et de prestations de services.

Les destinataires principaux de cette évaluation à mi-parcours sont le Bureau Santé de l’USAID/Sénégal, le MSAS à travers le comité de pilotage et les partenaires de mise en œuvre de l’USAID. Les résultats, ainsi que les recommandations de l’évaluation, peuvent également intéresser l’USAID/Washington ainsi que le Bureau de la Planification des Politiques et de l’apprentissage (PPL) qui a lancé le concept de « *self-reliance* » en 2017.

Questions d’évaluation

L’objectif général de cette évaluation à mi-parcours est d’examiner si le Bureau Santé de l’USAID/Sénégal optimise l’utilisation des accords gouvernementaux directs et des accords et contrats de coopération classiques pour renforcer

et fortifier l'engagement et la capacité du Sénégal dans le secteur de la santé. Les principales questions ayant guidé cette évaluation sont listées ci-après :

1. Comment l'approche géographique (régions de concentration versus régions de consolidation) qui sous-tend la conception du Programme affecte-t-elle la réalisation de notre objectif général d'améliorer la santé de la population sénégalaise ? L'hypothèse sous-jacente qui fonde la catégorisation des régions est-elle toujours pertinente et fonctionne-t-elle ? Si non, quels changements devraient être faits ?
2. Dans quelle mesure un enrichissement croisé (réciproque) entre les régions de consolidation et les régions de concentration s'est-il produit en ce qui concerne les stratégies visant à renforcer la demande et l'accès à des services de santé de qualité ? Et ces résultats ont-ils été utilisés par le Gouvernement du Sénégal et ses partenaires ? Si oui, comment ?
3. Comment les interventions appuyées par l'USAID ont-elles contribué à accroître l'accès à des services et produits prioritaires de santé (aussi bien dans le secteur public que privé) ?
4. Dans quelle mesure le Programme Santé a-t-il contribué à accroître l'engagement et l'implication des communautés dans la gestion des services de santé ?
5. Dans quelle mesure le Programme Santé a-t-il renforcé la gouvernance et la capacité du système de santé sénégalais dans son cheminement vers l'autonomie dans le secteur de la santé ?

Méthodes & limites de l'évaluation

Méthodologie

Afin de tirer profit des avantages de chacune des deux approches, l'équipe d'évaluation a combiné les approches quantitatives et qualitatives. La collecte des données empiriques s'est effectuée en trois phases principales qui ont été : la revue et l'analyse des documents et statistiques du Programme, le recueil et l'analyse des données secondaires sur les indicateurs de santé à partir du système d'information sanitaire, et l'enquête qualitative auprès des différentes parties prenantes et bénéficiaires du Programme.

Revue et analyse de la documentation

La revue et l'analyse des documents a porté sur l'ensemble de la documentation du Programme Santé ainsi que des documents spécifiques à chacun des projets individuels financés dans le cadre du programme global tels que : le document d'évaluation de projet (*Project Appraisal Document* ou PAD), les descriptifs des différentes Activités (*Program Description*), les plans de suivi-évaluation, les rapports trimestriels et annuels, etc. Cette revue documentaire a également été élargie pour inclure les documents de politique et de programme du Gouvernement dans le secteur de la santé. Cette revue/analyse documentaire a permis de réaliser : i) l'état des lieux de la question et de la problématique aussi bien au niveau politique (Etat) qu'au niveau des interventions mises en œuvre par le Programme Santé à travers ses différents mécanismes ; ii) l'analyse de la cohérence des activités menées par rapport au contenu du document de programme, ainsi que le niveau de mise en œuvre des activités au bout de ces deux premières années de mise en œuvre.

Analyse des données secondaires

En complément des données de suivi fournies par les différents mécanismes du Programme Santé, l'équipe d'évaluation a examiné d'autres sources pour comprendre les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile, ainsi que ceux relatifs à la planification familiale et au paludisme. Les données fournies par le système d'information sanitaire et les sources classiques telles que l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), le *District Health Information System* (DHIS-2), le *Service Provider Assessment* (SPA) et les bulletins épidémiologiques du PNLN ont également été examinées.

La prise en compte de ces données secondaires a permis d'évaluer l'évolution des indicateurs sanitaires dans les différentes régions, et de comparer les tendances dans les deux catégories de régions (régions de consolidation vs régions de concentration).

Enquête qualitative

Pour recueillir les opinions, perceptions et appréciations des différents acteurs et parties prenantes sur le Programme Santé, une enquête qualitative a été réalisée impliquant l'ensemble des acteurs concernés. Cette enquête a été menée par le biais d'entretiens individuels semi-structurés et de focus-groups/discussions de groupe.

Entretiens individuels semi-directifs

Les entretiens individuels semi-structurés ont été conduits auprès de toutes les cibles et parties prenantes du Programme Santé, aussi bien au niveau central (MSAS, USAID, partenaires techniques et financiers -PTF-, agences d'exécution, PNLP, PNA, etc.) qu'au niveau régional (autorités administratives, médecins-chefs de régions et de districts, équipes cadres de régions et de districts, collectivités territoriales, bureaux régionaux des projets, services techniques déconcentrés, etc.) et au niveau opérationnel avec tous les autres acteurs de mise en œuvre et partenaires du Programme sur le terrain. Différents guides d'entretiens ont été élaborés pour chaque catégorie ciblée afin d'adapter les entretiens au profil des répondants (cf. « Outils de collecte » en annexe). La diversité des cibles interrogées dans le cadre de ces entretiens semi-structurés visait à confronter les avis et opinions dans un souci de triangulation et d'objectivation.

Focus-groups et discussions de groupes

Les perspectives des acteurs au niveau communautaire ont également été recueillies par le biais de focus-groups et de discussions de groupes réalisés dans les différents villages visités. Ces focus-groups ont permis de saisir les opinions et appréciations des populations sur les interventions menées avec l'appui du Programme, ainsi que les apports et changements perçus par les populations dans le domaine de la santé.

Couverture géographique, échantillons et cibles de l'enquête

Le design de l'enquête a été fait de manière à couvrir un nombre assez important de sites pour obtenir une perspective d'ensemble suffisamment diversifiée qui en garantirait la validité. Par conséquent, le champ d'enquête a couvert 4 régions dans chaque catégorie de régions, avec une prise en compte systématique de 2 districts sanitaires par région et de 2 postes de santé par district sanitaire.

Au total, 8 régions ont été visitées par l'équipe d'évaluation (4 régions de concentration : Saint-Louis, Diourbel, Kolda et Tambacounda et 4 régions de consolidation : Dakar, Thiès, Kaolack et Ziguinchor) dans lesquelles 16 districts de santé, 24 postes de santé et 23 cases de santé ont été visités et dont les personnels ont été interviewés par l'équipe d'évaluation.

Au niveau communautaire, 23 cases de santé ont été visitées dans le même nombre de villages. Dans ces mêmes villages, des groupes de discussions ont été réalisés avec les acteurs communautaires et des focus-groups ont été organisés avec les membres des communautés (hommes, femmes et les ado-jeunes des deux sexes).

Au total, dans le cadre de cette évaluation, 365 entretiens semi-structurés individuels, 112 discussions de groupes et 74 focus-groups ont été réalisés par l'équipe d'évaluation. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, à l'exception de quelques rares cas où l'enregistrement n'a pas été possible.

Traitement et analyse des données

L'ensemble des entretiens réalisés ont été retranscrits et saisis. Un traitement de codage du corpus a été effectué avec le logiciel MAXQData sur la base d'une liste de mots-clés établis à partir des items du plan d'analyse, basé sur les questions d'évaluation. Les procédés de l'analyse thématique ont été utilisés pour faire identifier les verbatims contextuels ainsi que les thématiques structurantes associées. Ces données qualitatives ont été mises à contribution pour traiter des questions d'évaluation spécifiques ou pour compléter et enrichir les analyses quantitatives des données des projets et des indicateurs sanitaires.

Difficultés et limites de l'évaluation

Au-delà des aléas propres à tout travail de recherche, quelques difficultés particulières ont été rencontrées durant la mise en œuvre de cette évaluation. Parmi les difficultés, on peut citer la difficulté de mobiliser les prestataires de santé qui étaient en grève pendant près de trois semaines durant la période de collection des données sur le terrain. Grâce à l'appui et la collaboration des médecins-chefs de districts, l'équipe d'évaluation a pu interviewer une partie des prestataires ayant fait preuve de compréhension.

La seconde difficulté (et la plus importante) a été liée au refus par l'écrasante majorité des personnels de santé des postes de santé de soumettre les informations sanitaires à la plateforme DHIS-2. Cette situation a duré près de 10 mois, engendrant ainsi un gap important sur la complétude des informations de routine dont la disponibilité aurait permis d'obtenir une situation exacte des indicateurs sur des domaines clés d'intervention du Programme (*Planification familiale, Vaccination, Suivi de la grossesse, CPN, CPON, accouchements assistés et accouchements dans les structures, etc.*).

Cette limite induite par la longue rétention des données sanitaires a été palliée par l'utilisation des données de l'EDS 2017 et des indicateurs sanitaires du DHIS-2 jusqu'au début du premier semestre de l'AN2 du Programme.

Par conséquent, l'appréciation et l'estimation des changements sanitaires (prévalence contraceptive, recrutement de nouvelles utilisatrices, évolution des consultations prénatals et postnatals, vaccination, etc.) ne reflètent que partiellement les changements survenus durant cette phase de mise en œuvre intense des interventions du Programme par ses différents mécanismes.

QUESTION I : PERTINENCE ET EFFICACITÉ DE L'APPROCHE GÉOGRAPHIQUE

Comment l'approche géographique (régions de concentration versus régions de consolidation) qui sous-tend la conception du Programme affecte-t-elle la réalisation de l'objectif général d'améliorer la santé de la population sénégalaise ? L'hypothèse sous-jacente qui fonde la catégorisation des régions est-elle toujours pertinente et fonctionne-t-elle ? Si non, quels changements devraient être faits ?

Résultats

Pertinence de l'approche : régions de consolidation versus régions de concentration...

Les données sur les indicateurs sanitaires du Sénégal révèlent des déséquilibres importants dans le domaine de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile entre les régions du pays. Le Programme Santé est bâti sur une catégorisation des régions suivant leurs niveaux de performance par rapport aux indicateurs clés de SRMNIA. Comme l'indique le tableau ci-dessus, les régions de concentration enregistrent des niveaux de sévérité largement supérieurs à ceux des régions de consolidation sur l'essentiel de ces indicateurs :

Tableau I : Niveau des indicateurs en SRMNIA dans les deux catégories de régions en 2014

CATEGORIES DE REGIONS	Mortalité juvénile (- de 5 ans) pour 1000 NV	Mortalité néonatale (- de 1 mois) / 1000 NV	Retard de croissance des moins de 5 ans	Indice de Fécondité (FAR 15-49 ans)	Prévalence Moderne PF	BNS ⁹ - PF	MGF ¹⁰ (Moins de 15 ans)
REGIONS DE CONSOLIDATION	58,1	22,1	18%	5,5	19,3	20,1	7,3
REGIONS DE CONCENTRATION	91,9	29,6	24%	6,1	10,8	22,6	36,8

Source: EDS-c 2012-2014, Sénégal

Ces données correspondant à la période de conception du Programme Santé laissent apparaître des écarts très élevés entre les deux catégories de régions aussi bien pour la mortalité infanto-juvénile (58,1 contre 91,9‰ NV), la mortalité néonatale (22,1 contre 29,6‰ NV) et le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans (18% contre 24%). A l'inverse, le taux de prévalence contraceptive est près de deux fois plus important dans les régions de consolidation que dans les régions de concentration (19,3 % contre 10,8 %). Le constat de ce déséquilibre et de cette inégalité de performances a conduit à la mise en œuvre de l'approche géographique du Programme Santé avec comme double objectif de résorber le gap des régions de concentration par rapport aux régions de consolidation d'une part et, de soutenir le maintien des acquis dans les régions de consolidation d'autre part.

La nécessité d'une concentration des efforts dans la catégorie des régions ayant les indicateurs les plus préoccupants a engendré la mise en œuvre d'approches différenciées entre les deux catégories de régions avec des priorités d'actions et des stratégies de mise en œuvre différentes.

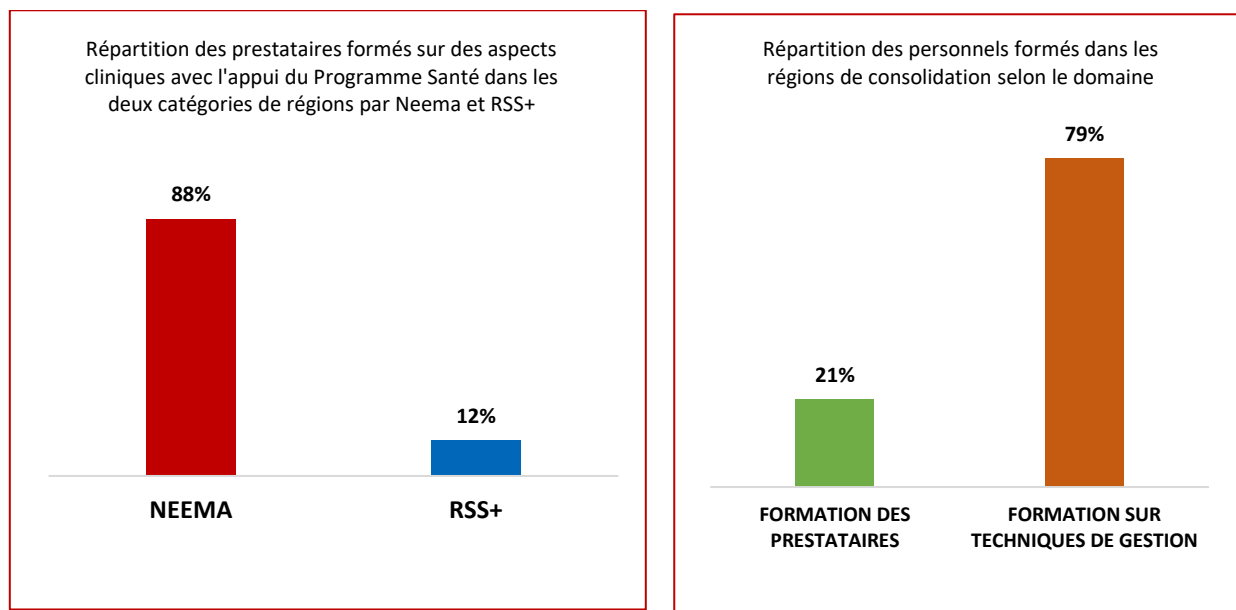
Cependant, même si l'on note une relative similitude des interventions dans les deux catégories de régions, il est nécessaire de relever que les leviers d'action prioritaires définis dans l'approche du Programme sont différents.

Conformément à cette approche différenciée, les statistiques fournies par les différents partenaires d'exécution indiquent que dans les régions de concentration, les ressources sont davantage investies dans le renforcement des

⁹ BNS-PF : Besoins non satisfaits en planification familiale. Correspond à la proportion de femmes en âge de reproduction qui souhaiteraient utiliser une méthode de planification familiale mais qui ne l'utilisent pas.

¹⁰ MGF : Mutilations Génitales Féminines

capacités des acteurs dans l'offre de services et les prestations, alors que dans les régions de consolidation, les formations et renforcement de capacités fournis ont davantage porté sur la gouvernance et la gestion administrative et financière. Les figures ci-après illustrent la répartition des personnels et acteurs formés suivant le domaine dans les deux catégories de régions



Sources : Rapports annuels RSS+ (An1 et An2) et Rapports annuels Neema (An1 et An2)

Selon les données fournies par les partenaires d'exécution du Programme Santé et reflétées à par les figures ci-dessus, de l'ensemble des prestataires de santé formés par le Programme Santé 88 % exercent dans les régions de concentration contre seulement 12 % qui officient dans les régions de consolidation. En outre, les formations menées par RSS+ dans les régions de consolidation indiquent que 79% des personnes formées l'ont été dans les domaines de la gouvernance ou des techniques de gestion. Ces données reflètent les incidences opérationnelles de l'approche géographique mise en œuvre par le Programme et la disproportion des efforts investis dans le domaine des prestations de services, notamment dans la formation et le renforcement des capacités des prestataires dans les deux catégories de régions. Cette orientation différenciée, même si elle reste cohérente par rapport à l'approche géographique mise en place par le Programme, n'en introduit pas moins un déséquilibre dans le renforcement des capacités techniques des prestataires dans le domaine de la qualité des prestations et des services entre les deux catégories de régions.

La plupart des acteurs interrogés dans le cadre de cette évaluation à mi-parcours, aussi bien au niveau central (MSAS, Directions, PTF, etc.) qu'au niveau déconcentré (médecin chef de région, Equipes cadres de Région - médecins chef de district, Equipes cadres de districts) adhèrent à l'approche géographique et approuvent sa pertinence. Selon ces différents acteurs, l'approche par catégorisation des régions permet un ajustement des interventions suivant le niveau de gravité des problèmes de santé dans les différentes régions, en concentrant les ressources et les efforts dans les régions qui ont le plus de problèmes. La plupart de ces acteurs semblent bien comprendre et adhérer à la logique de base, qui procède d'une démarche d'équité.

« Je trouve que c'est pertinent de catégoriser les régions comme ils l'ont fait (...). J'étais médecin-chef de district à (...) j'ai fait six ans là-bas avant de rejoindre Matam. Aujourd'hui, ces régions ont accumulé beaucoup d'acquis. Il faut penser aux régions qui n'ont pas tout cela. Les régions qui ont pu se redresser avec l'appui de l'USAID peuvent maintenant prendre le relais. Contrairement à des régions comme Matam, elles en ont besoin. Je trouve que c'est pertinent. » (MCR, RCL)

« Je la trouve, à mon niveau, assez cohérente, maintenant ce qu'il faut améliorer c'est la complémentarité entre les mécanismes. Il ne faut pas que cela soit figé. C'est cohérent mais il ne faut pas que ça soit figé. (...) Mais il ne faut pas que ça soit figé, je trouve quand même à l'état actuel des choses, c'était très cohérent, y compris la répartition des rôles entre les différents mécanismes. » (MSAS, Directeur)

« Moi j'ai compris cette approche dichotomique, je l'ai compris au début en termes de régions qui étaient un peu en retard et qu'il fallait accélérer au maximum, parce que les autres régions de consolidation sont des régions qui pendant longtemps avaient bénéficié des interventions de l'USAID (...). Franchement beaucoup d'interventions ont été faites au point qu'avec la cartographie sanitaire du Sénégal, ça montrait des déséquilibres et j'ai compris leur approche ». (MCR, RCT)

En outre, selon la plupart des personnes interrogées au MSAS et une partie importante des MCR, les axes d'intervention ciblés par le Programme Santé (santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile) recourent les priorités du Gouvernement du Sénégal dans le domaine de la santé, particulièrement du fait de niveaux encore élevés des mortalités liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum. Les activités menées par le Programme sont jugées conformes aux besoins et priorités des régions d'intervention. Cette pertinence de l'approche est principalement soutenue par les forts déséquilibres existants entre les régions, facilitant une adhésion de la plupart des acteurs à la logique de priorisation pour favoriser la réduction des écarts et le rattrapage des régions ayant les meilleurs indicateurs par celles souffrant d'un retard de performances sur ces indicateurs de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Le fait que les objectifs du Programme Santé, ainsi que ses domaines d'intervention soient parfaitement alignés sur les priorités du Gouvernement du Sénégal et du MSAS, entrant en totale harmonie avec les orientations du PNDS et du Document de programmation pluriannuelle des dépenses (DPPD), renforce l'acceptation de cette approche.

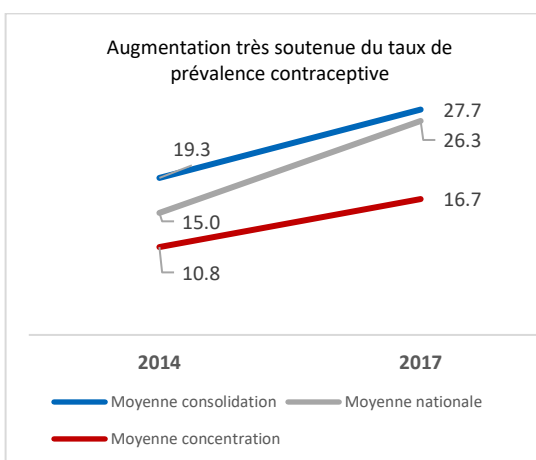
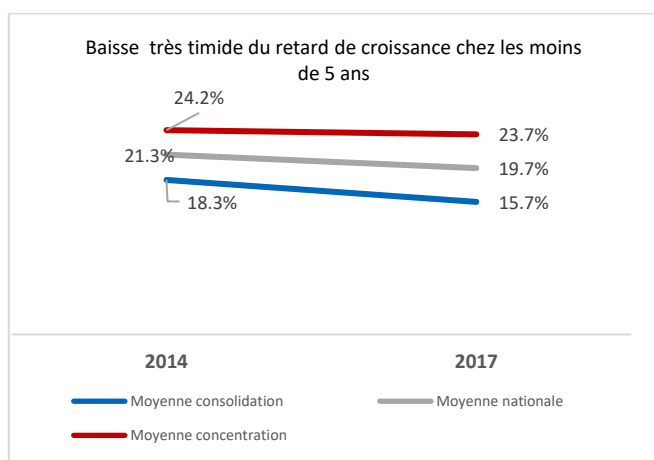
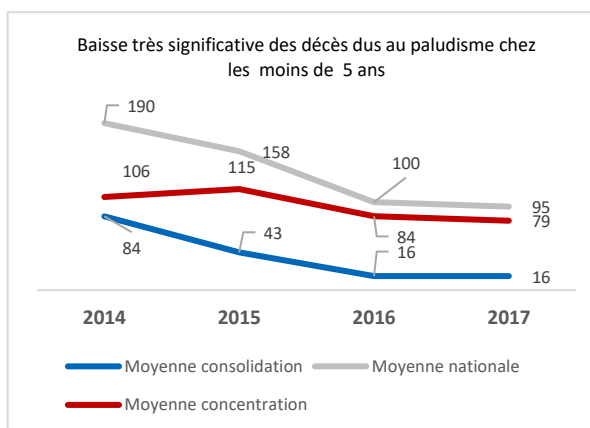
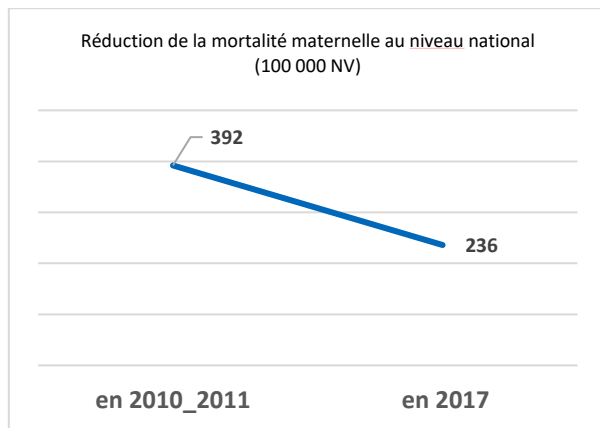
Cependant, le Programme ne prend pas en compte certains besoins cruciaux des régions médicales et des districts comme les besoins en infrastructures et en logistique roulante qui, de leur point de vue, constituent des prérequis fondamentaux pour la réalisation des performances dans l'accès et l'utilisation des services par les populations permettant d'atteindre les objectifs sanitaires visés.

Les quelques réticences notées par rapport à la pertinence de la catégorisation et de l'approche géographique sont exprimées par les acteurs sanitaires des régions de consolidation qui désapprouvent le fait que leurs régions ou districts ne bénéficient pas de certaines interventions phares du Programme Santé, exclusivement dédiées aux régions de concentration. La faiblesse des ressources allouées aux régions et districts de consolidation a également été relevée par les acteurs comme faiblesse de cette approche, considérant que la consolidation des acquis nécessite des moyens et ressources plus importantes que celles allouées.

Efficacité de l'approche géographique pour l'atteinte de l'objectif général du Programme

Élan d'amélioration d'ensemble des indicateurs de santé au niveau national

L'analyse des données sanitaires globales laisse apparaître des évolutions très positives sur la plupart des indicateurs de santé maternelle, infanto-juvénile et de planification familiale au Sénégal. L'appui du Programme Santé semble avoir positivement contribué à l'amélioration de la santé des populations dans les différentes zones d'intervention, particulièrement dans les domaines d'intervention clés que sont la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que dans le domaine du paludisme. Un élan d'amélioration très positif est noté entre les données de base du Programme et les indicateurs fournis par l'EDS de 2017. Cette amélioration s'est traduite par une réduction de la mortalité maternelle qui est passée de 392 à 236 entre 2011 et 2017, ainsi qu'une réduction des décès liés au paludisme. Le taux de prévalence contraceptive a connu une augmentation significative, passant de 15 à 26,3% entre 2015 et 2017 (EDS-c 2017).



L'analyse des données du DHIS-2 confirme ces améliorations des indicateurs de santé de la reproduction au niveau national, avec une augmentation très marquée du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié qui est passé de 49,4 à 64,9% entre 2014 et 2018 et avec une nette amélioration du taux d'accouchements dans les structures de santé (DHIS-2 consulté en mars 2019). Le taux d'accouchement avec partogramme s'est également nettement amélioré entre 2015 et 2018 dans les 2 catégories de régions, passant de 64 à 77% au niveau national.

Pour ce qui est du suivi de la grossesse, le taux de consultations prénatales (CPN) s'est aussi amélioré entre 2015 et 2018, passant de 41,2 à 57,3% au niveau national (DHIS-2 consulté en mars 2019), tout comme le taux de consultations postnatales (CPoN) effectuées qui a évolué de 24,6 à 33,3% entre 2015 et 2018 et qui, malgré cette hausse, reste encore à un niveau très préoccupant atteignant à peine le 1/3 des femmes accouchées.

Dans le domaine de la santé de l'enfant, le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans n'a connu qu'une faible baisse (21,3 à 19,7%) entre 2014 et 2017 (EDS-c 2017), alors que les décès dus au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ont largement baissé, passant de 190 en 2014 à 95 en 2017 selon les données tirées du bulletin épidémiologique du PNLP.

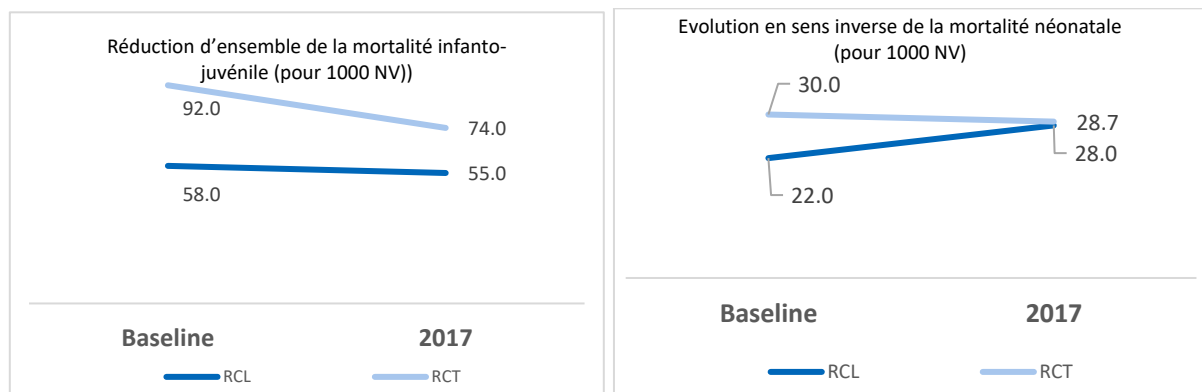
Progression variable des indicateurs dans les deux catégories de régions avec une réduction des écarts entre régions de concentration et régions de consolidation

L'un des objectifs du Programme Santé était de réduire les inégalités et les écarts de performances entre les deux catégories de régions. L'analyse des données sanitaires des deux catégories de régions laisse apparaître des progrès variables, mais aussi une réduction des écarts entre les deux catégories de régions sur un certain nombre d'indicateurs clés de la SRMNIA et du paludisme.

Dans le domaine de la planification familiale, les régions de concentration se caractérisaient par un niveau de prévalence contraceptive très faible, comparativement à celui des régions de consolidation au démarrage du

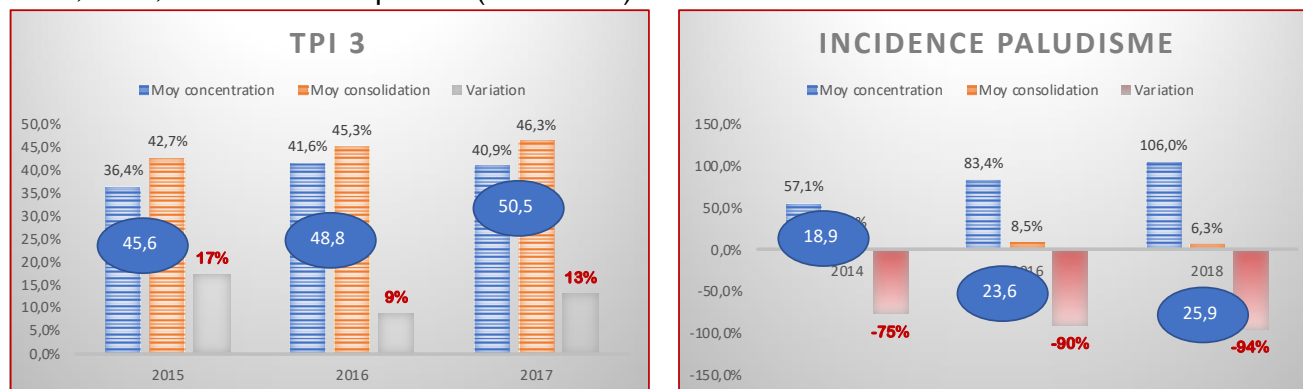
Programme Santé. Même s'il a connu une augmentation dans les deux catégories de régions, le taux de prévalence contraceptive a connu une progression encourageante dans les régions de concentration, passant de 11 à 16,7%, entre 2012-14 et 2017, soit un bond de près de 5 points sur la période (EDS).

En ce qui concerne la santé infantile, les progrès semblent avoir été plus soutenus dans les régions de concentration que dans les régions de consolidation, entraînant ainsi un resserrement des écarts entre ces deux catégories de régions sur l'indicateur de mortalité infanto-juvénile. Dans les régions de concentration, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a fortement baissé, passant de 92 à 74‰ NV, soit une baisse de 18 points, contre seulement 58 à 55‰ NV dans les régions de consolidation.



La même tendance est notée au niveau des indicateurs de la mortalité néonatale qui a connu une baisse marginale (30 à 28,7‰ NV) alors que dans les régions de consolidation, une inversion de cette tendance est notée avec une aggravation de la situation qui se traduit par une hausse de la mortalité néonatale qui est passée de 22 à 28‰ NV entre 2014 et 2017 (EDS 2017).

Pour ce qui est du paludisme, le TPI¹¹ a connu une évolution dans les deux catégories de région, passant de 45,6% en 2015 à 50,5% en 2017 dans les régions de consolidation, tandis que dans les régions de concentration, il est passé de 36,4 à 40,5% dans la même période (EDS-c 2017).



L'analyse de deux indicateurs clés du paludisme (TPI3 et Incidence) nous révèle que cette diminution a été effective pour le TPI3 dont l'écart est passé de 17 à 9% entre 2015 et 2016, mais l'incidence a connu une plus grande dégradation dans les régions de concentration.

Toutefois, au-delà de ces tendances positives d'amélioration des indicateurs sanitaires, aussi bien au niveau national que dans les deux catégories de régions prises séparément, il importe de souligner la persistance de défis sur lesquels les performances notées ne semblent avoir aucune incidence :

¹¹ TPI3 : Traitement Préventif Intermittent 3eme dose. Il s'agit du traitement préventif du paludisme fourni aux femmes enceintes en 3 doses séparées (TPI1, TPI2 et TPI3). Le TPI3 constitue la dernière dose et la meilleure protection de la femme enceinte face au paludisme.

- L'augmentation de la mortalité néonatale passant de 26 à 28‰ NV au niveau national, principalement drainée par son augmentation significative dans les régions de consolidation (EDS)
- Une augmentation de l'incidence du paludisme au niveau national qui est passée de 19 à 26% entre 2014 et 2017 et particulièrement dans les régions de concentration (PNLP)
- La baisse notée dans la vaccination des enfants au Penta 3 qui a connu une régression en 2018 par rapport aux indicateurs de 2015 dans les deux catégories de régions : le taux de vaccination en Penta 3 étant passé de 97 à 82% au niveau national, avec une réduction plus marquée dans les régions de consolidation qui ont perdu 20 points de pourcentage entre ces deux dates contre 15 points de baisse dans les régions de concentration (DHIS2, mars 2019)

Des ajustements de l'approche sont-ils nécessaires ?

La revue documentaire et les entretiens avec les différents acteurs sur le terrain ont indiqué que des interventions soutenues et à haut impact sont mises en œuvre uniquement dans les régions de concentration à l'opposé d'un appui financier des régions et districts de consolidation pour la mise en œuvre de leurs plans de travail annuels élaborés par leurs soins sur la base de leurs besoins spécifiques. Une assistance technique ciblée est également fournie en appoint aux régions de consolidation pour combler des lacunes spécifiques. Selon les données issues des entretiens avec les autorités sanitaires des régions médicales et des districts sanitaires, il existe un net déséquilibre des interventions entre les deux catégories de régions, estimant que certaines des interventions phares mises en œuvre dans les régions de concentration sont également nécessaires pour les régions de consolidation. Inversement, les activités de renforcement du système mises en œuvre au profit des régions de consolidation sont également considérées comme des besoins importants dans les régions de concentration qui ont des performances faibles du fait de la faiblesse du système dans son ensemble dans ces dernières. Ceci explique qu'une partie des médecins-chefs de districts interrogés déclarent avoir voulu rester dans la catégorie des régions de concentration pour bénéficier de l'assistance technique apportée à ces régions. Même s'ils apprécient en grande partie l'approche du financement direct qui leur octroie une pleine liberté dans l'identification de leurs propres besoins et la mise en œuvre des activités, un nombre important de MCD interrogés par l'équipe d'évaluation ont exprimé un vif souhait de pouvoir bénéficier de l'appui technique dans certains domaines d'intervention, tels que le tutorat ou l'appui communautaire. Il en est de même des activités de renforcement de capacités dans les domaines de la gouvernance et de la gestion administrative et financière menées par RSS+ dans les régions de consolidation que la plupart des médecins-chefs des régions de concentration considèrent comme nécessaires aux districts à faible performance de leurs régions. La mise en œuvre d'interventions différenciées entre les deux catégories de régions, limitant certaines interventions clés à chaque catégorie, a été largement désapprouvée par la plupart des acteurs et médecins-chefs de régions et de districts. Cette dichotomie crée un déséquilibre entre les catégories, entravant une amélioration harmonieuse de l'offre et de la demande dans ces deux catégories de régions.

Selon les autorités sanitaires interrogées au niveau régional et des districts, la catégorisation des régions et l'approche de mise en œuvre qui en a découlé sont pertinentes, mais nécessitent un réajustement du fait de l'existence de fortes disparités entre districts sanitaires au sein d'une même région, et cela aussi bien dans certaines régions de concentration que certaines des régions de consolidation. Une partie importante des acteurs, notamment des MCD et une partie des autres acteurs interrogés semblent adhérer à cette pertinence de la catégorisation mais estiment que des ajustements devraient y être apportés pour deux raisons majeures : i) risque de régression des régions de consolidation et une inversion des catégories du fait de l'absence d'une partie importante des interventions à haut impact dans les régions de consolidation ; ii) le besoin partagé par toutes les régions de certaines interventions limitées à la catégorie concurrente.

« (...) Même les régions de consolidation ont besoin de renforcement de compétence humaine comme ce qui se fait dans le cadre du tutorat (...). Oui on peut améliorer l'approche parce qu'en fait chaque zone a ses particularités, et ces zones de concentration aussi ont quand même besoin de plus de renforcement du système ». (MCD, Région de Concentration)

« Si vous prenez des composantes aussi importantes comme la mutualité, la promotion des mutuelles ; un peu ce genre de volet important qui ne sont pas pris en charge par Neema dans les régions de concentration (...). Moi je pense que, par exemple, NEEMA peut avoir un peu d'assistance technique à fournir dans certaines régions de consolidation et c'est pareil,

RSS+ qui est spécialiste dans les renforcements de système devrait pouvoir appuyer certaines régions de concentration où ce besoin est bien réel ». (Staff Senior, IP, Zone concentration)

« Bon je ne dis pas que ce n'est pas pertinent mais, je veux juste dire que si aujourd'hui on met le focus sur certaines régions qui ont des indicateurs qui sont au rouge, en défaveur de certains autres régions (...) le risque c'est qu'il faut peut-être pousser la réflexion et se demander est-ce qu'au finish ces régions qui étaient assez performantes est-ce qu'elles ne vont pas encore tomber dans le rouge » (MCD, Région de Consolidation)

La nécessité d'une mise en œuvre croisée de certaines interventions clés semble partagée par l'ensemble des acteurs et parties prenantes du Programme, aussi bien des autorités du MSAS, les médecins-chefs de régions et de districts que les partenaires de mise en œuvre du Programme. Les disparités entre districts sanitaires dans certaines régions expliquent cette forte demande des acteurs.

Conclusions

L'approche par catégorisation est pertinente car soutenue par les indicateurs sanitaires au démarrage du Programme, qui montrent, des écarts très importants entre ces deux catégories de régions, notamment en matière de santé maternelle et de mortalité infantile. La nécessité de résorber ces écarts a été à la base d'une concentration des interventions dans les régions dont les niveaux d'indicateurs et de besoins semblaient les plus préoccupants. Cette approche a favorisé un renforcement soutenu de la disponibilité et de l'accessibilité des services aux populations. Elle a également favorisé une nette amélioration de l'accès à la santé et à l'utilisation des services par les populations dans les régions de concentration, et une réduction des écarts entre les deux catégories de régions. Les interventions du Programme ont également soutenu un renforcement progressif de la qualité des services et des prestations rapportés par les différents acteurs de santé (MCR, MCR, CSR et ICAP/SF).

Toutefois, la mise en œuvre de cette approche géographique a entraîné une progression inégale entre les deux catégories de régions sur les indicateurs clés de santé maternelle et néonatale, avec une réduction très significative des mortalités maternelle et néonatales dans les régions de concentration contre une augmentation de la mortalité néonatale et une stagnation de certains indicateurs dans les régions de consolidation. En effet, partant de l'hypothèse que les régions de consolidation nécessitaient de moins de soutien financier et d'assistance technique pour maintenir leurs acquis, l'approche du Programme a consisté en une allocation très disproportionnée des ressources et d'une restriction des interventions à haut impact dans les régions de concentration, entraînant ainsi des progrès à sens inverse entre les régions de concentration et les régions de consolidation.

Par ailleurs, la segmentation du Programme en mécanismes spécialisés est largement appréciée par la plupart des acteurs dans le sens où elle permet de prendre en charge de façon approfondie des aspects clés du système de santé. La mise en place du mécanisme SHOPS+ prenant en compte le secteur privé de santé a été l'une des innovations majeures de ce Programme, aussi bien dans son approche que dans son design, ayant ainsi contribué à l'élargissement de l'offre de services aux populations.

D'une manière générale, nous notons une tendance positive de la performance globale du Programme dans l'amélioration de la santé des populations dans les différentes régions, en particulier la santé des femmes et des enfants. Il faut, cependant, souligner que la brève période de mise en œuvre du Programme (octobre 2017 – décembre 2018) ne permet pas de tirer des conclusions définitives sur les performances observées. Néanmoins, le suivi de la tendance devrait permettre au Programme Santé de consolider ses réalisations et acquis grâce à la pleine mise en œuvre des interventions à haut impact, celle-ci ayant connu d'importants retards dans différentes régions en raison de facteurs internes liés aux retards dans le démarrage ainsi qu'à des blocages liés à la longue grève du personnel de santé qui a nettement retardé la mise en œuvre d'activités phares comme le tutorat.

QUESTION 2 : ENRICHISSEMENTS CROISÉS ENTRE LES DEUX CATÉGORIES DE RÉGIONS

Dans quelle mesure un enrichissement croisé (réciproque) entre les régions de consolidation et les régions de concentration s'est-il produit en ce qui concerne les stratégies visant à renforcer la demande et l'accès à des services de santé de qualité ? Et ces résultats ont-ils été utilisés par le Gouvernement du Sénégal et ses partenaires ? Si oui, comment ?

Résultats

Collaboration et synergie des mécanismes

La complexité du Programme et la multiplicité des leviers d'action (d'interventions) ont fait de la collaboration l'une des exigences essentielles d'une optimisation des impacts et de la réussite du Programme Santé. Cette nécessité d'une bonne collaboration des mécanismes du Programme avait été clairement définie dans son document de conception et reconnue comme essentielle par les autorités du MSAS interrogées par l'équipe d'évaluation.

« C'est un montage particulier qui peut pousser les uns et les autres à se poser des questions sur sa pertinence, mais comme je l'ai dit tantôt, moi je le trouve pertinent, l'essentiel pour le partenaire comme pour l'Etat c'est d'avoir une synergie mais aussi d'harmoniser les interventions des différentes équipes et le cadre que constitue le comité national de pilotage nous permet d'atteindre cet objectif. » (SG, MSAS).

Au niveau institutionnel et central

Les entretiens menés avec les différentes directions et entités du Ministère de la Santé indiquent l'adoption d'une démarche collaborative par les différents partenaires d'exécution du Programme Santé. L'ensemble des instances rencontrées au niveau central ont confirmé cette bonne collaboration avec tous les mécanismes du Programme, qu'ils soient des mécanismes centraux (HRH2030, GHSC, GoTAP, PMI¹²) ou déconcentrés au niveau opérationnel (ISD-Neema, RSS+, SHOPS+). Cette reconnaissance d'une collaboration effective avec les mécanismes du Programme Santé a également été notée au niveau opérationnel (régions médicales et districts). Les bureaux régionaux de Neema¹³ ainsi que les unités régionales de RSS+ sont tous logés dans les régions médicales et les équipes des projets sont bien intégrées dans les équipes cadres des régions médicales et des districts sanitaires. Les entretiens avec les MCR et les MCD ont témoigné d'une forte implication des agents du projet dans leurs équipes cadres, aussi bien dans les régions de concentration que dans les régions de consolidation.

« Oui, l'équipe du projet collabore activement avec le district, même nos supervisions souvent on les implique, on les associe pour qu'ils puissent nous accompagner sur le terrain. (...) Et donc même pour nos réunions de coordination ils participent et souvent ils nous appuient financièrement, aussi ils viennent participer à nos réunions de coordination. Par rapport à l'équipe de NEEMA, il y a une bonne collaboration au niveau du district ». (MCD, Saint-Louis)

Toutefois, la collaboration avec les autorités administratives et les services techniques déconcentrés (Agence Régionale de Développement, Inspection Régionale des Finances, etc.) est bien plus soutenue dans les régions de consolidation du fait de l'existence et du dynamisme des comités régionaux de validation mis en place dans ces régions, impliquant l'essentiel des services techniques déconcentrés de la région.

Collaboration entre les mécanismes du Programme Santé et les autres mécanismes de l'USAID

Cette collaboration entre les différents mécanismes du Programme Santé a été une réalité, quoique moins systématique. Les entretiens avec les acteurs de mise en œuvre, aussi bien au niveau central que sur le terrain, ont

¹² President's Malaria Initiative

¹³ A l'exception du Bureau régional de Saint-Louis qui, du fait de l'exiguïté de la région médicale, est logé dans des locaux séparés, à proximité de la région médicale.

fait état d'une collaboration effective entre les mécanismes. Neema et RSS+ ont collaboré dans le processus de mise en place et de formation des comités de développement sanitaires nouvellement mis en place dans le cadre de la réforme de la politique de gouvernance sanitaire élaborée par le Ministère de la Santé. Neema et SHOPS+ ont également collaboré pour la préparation du processus de mise en œuvre du tutorat dans un échantillon pilote de 40 structures du secteur privé de quatre régions du pays.

Dans le cadre du renforcement de l'engagement communautaire, les entretiens avec le personnel de Plan International et de World Vision ont également attesté d'une collaboration active et d'un partage d'outils et de stratégies entre ces deux organisations dans la mise en œuvre du volet « engagement communautaire » dans les régions de consolidation.

« Il y'avait la stratégie des AVEC (Associations des villageoises d'épargne et de crédit) qui est une stratégie de Plan International qui essayait à travers ses interventions de voir comment amener la communauté à la pérennisation en ayant ses ressources propres. (...) C'est une stratégie que nous avons partagé avec World Vision et qu'elle applique dans sa propre zone de couverture » (Staff Senior, IP, Zone de Consolidation)

« En termes de collaboration, nous avons beaucoup de collaborations dans le domaine de la santé, en mutualisant nos ressources (...); la première chose qu'on a fait dans la planification du début du Programme, nous avons invité les programmes de santé à participer dans nos programmes de travail (...) ensuite nous avons discuté avec NEEMA pour voir comment nous regrouper (...); C'est vraiment un modèle de fonctionnement intégré que nous avons mis en place. » (COP, GOLD)

Toutefois, cette collaboration interne entre les mécanismes du Programme Santé n'a pas été très systématique, en dépit de l'existence d'un nombre important de domaines de synergie parmi leurs interventions respectives (mutuelles, interventions communautaires, activités de sensibilisation et de communication, activités sur la SRAJ, etc.). La revue documentaire et les entretiens avec les partenaires d'exécution ont révélé qu'un seul plan de synergie formel existait, liant RSS+/GoTAP/SHOPS+, bien que plusieurs tentatives d'élaboration de plans de synergie non aboutis aient été rapportés par les différents acteurs.

La collaboration entre les mécanismes du Programme Santé et les mécanismes de l'USAID intervenant dans les autres secteurs (Croissance Economique, Education, Gouvernance, etc.) a été très faible, à l'exception du partenariat très réussi entre Neema et GOLD dans les régions du Sud (Sédhiou, Kolda et Tambacounda), où ces deux mécanismes ont mis en place un modèle de partenariat très efficace ayant abouti à une synergie optimale grâce au partage systématique des plans de travail, à une gestion conjointe des ressources et à une mise en œuvre conjointe des activités dans les différents secteurs : engagement communautaire, accompagnement des collectivités territoriales, utilisation des radios communautaires.

« Un autre domaine très synergique sur lequel nous travaillons c'est l'appui à la planification locale donc on a des ressources pour faire le soutien au PTA, GOLD a des ressources pour travailler sur ce qu'ils appellent la budgétisation territoriale ou l'appui au POCT et ensemble on a fait un plan au lieu que chacun aille pour essayer d'appuyer les collectivités de son côté ; on essaie de faire un plan mais vraiment les interventions sont menées de façon synergique, quand il y a une activité de GOLD parfois c'est le personnel de NEEMA qui la mène ou par GOLD si y'a pas NEEMA, vice versa (...).» (Coordonnateur Bureau régional, Zone Sud 1)

« GOLD est venu nous dire qu'ils sont en train de travailler également avec les groupes CVA pour leur implication dans la gestion des questions de santé. On s'est rendu compte que le même outil qu'ils utilisaient, pratiquement n'est pas loin du nôtre. Donc on a travaillé ensemble en synergie et on a regardé les outils, on leur a donné les résultats de notre analyse et ils n'ont fait que compléter les rubriques. Du coup, tout ce qui avait trait à l'engagement et la participation des communautés dans la gestion de la santé est devenu plus clair. » (Coordonnateur Bureau régional Zone Sud 2)

Dans les régions Nord où coexistent divers autres mécanismes (Kawolor, Naatal Mbaay, ACCES, Lecture pour Tous, etc.) avec lesquels des axes de collaboration existent, cette opportunité de mise en synergie et d'optimisation des impacts a été ratée durant ces deux premières années de mise en œuvre du Programme Santé.

Toutefois, les entretiens menés avec les acteurs et personnels des différents IP sur le terrain ont permis de saisir une réelle volonté de synergie de la part des différents acteurs sur le terrain, ayant tous, à des degrés différents, initiés des activités et démarches de synergie avec les autres mécanismes. Cette volonté de mise en synergie s'est traduite

par la prise d'initiatives de travail en commun et de multiples tentatives d'élaboration de plans de synergie qui n'ont malheureusement connu que de faibles aboutissements dans le processus d'élaboration ou dans la mise en exécution.

« Pour ces deux années passées, ce qui a été fait comme ébauche, vraiment, c'était des ébauches de plan de synergie, mais nous avons demandé à ce qu'elle soit une rencontre pour finaliser ces ébauches là, ce qu'on n'a pas pu faire (...) il y a quelque chose qui a été drafté, mais, moi mon sentiment est qu'on a repris plutôt le plan d'action des composantes en mettant dedans comme si on a fusionné les plans d'action. Or, ce n'est pas ça, la vision du plan de synergie c'est autre chose. C'est vraiment le fait que les équipes s'assoient ensemble pour voir les activités qui sont synergiques et on les définit ensemble pour voir qui est le responsable de l'activité et comment on le fait ensemble» (Chef d'équipe régionale RSS+)

Il apparaît également que ces volontés et initiatives de travail en synergie initiées le plus souvent à la base n'ont pas bénéficié d'un soutien adéquat au niveau central de la part des différents mécanismes de mise en œuvre du Programme Santé pour être effectives, systématisées et élargies.

« (...) Même si au niveau de la base il y a une volonté de travailler en synergie parfois bon moi j'ai le sentiment qu'au niveau national les COP notamment ne sont pas tellement enclin à les appuyer, à les aider pour que cette synergie se matérialise davantage. C'est comme si au niveau national ce qu'ils disent intéresse plus les gens qui sont obnubilés un peu par l'atteinte des indicateurs, les gens sont plus focalisés sur ça que sur la stratégie de mise en œuvre, » (FSN USAID, Zone Sud)

« Moi mon sentiment, c'est que parfois le niveau national ne suit pas trop ou bien en tout cas a probablement dénié en termes de procédure pouvoir suivre la synergie à la base mais, en tout cas je pense qu'on pouvait davantage les appuyer » (Staff IP Zone Consolidation)

Les activités d'élaboration des plans d'actions intégrés ont été effectives sous l'égide de GoTAP, bien qu'à une régularité variable, mais n'ont pas suffisamment été exploitées pour une utilisation du plan d'action intégré¹⁴ comme outil de cadrage et d'orientation des synergies à matérialiser au niveau opérationnel par les différents mécanismes. Il est resté un outil de pilotage au niveau stratégique et central, limitant ainsi sa portée et son incidence pour une synergie effective des interventions.

La revue documentaire des plans d'actions intégrés et des plans de synergie a révélé l'existence d'axes de synergie et des activités conjointes possibles entre les différents mécanismes du Programme qui n'ont cependant fait l'objet d'aucun suivi quant à leur effectivité.

Enrichissements réciproques entre les deux catégories de régions

Etant à la base de la catégorisation des régions, les inégalités de performances et les disparités entre les deux catégories de régions sur les différents aspects de la mise en œuvre du Programme devaient être contenues et même éliminées par des échanges réciproques et un enrichissement mutuel entre les régions de consolidation et les régions de concentration. Ces échanges et cet enrichissement devaient porter aussi bien sur les stratégies de renforcement de la demande et de l'utilisation des services que celles favorisant un meilleur accès aux services. Les nombreux entretiens menés auprès de toutes les parties prenantes du Programme, y compris les agents des mécanismes de mise en œuvre, ont permis d'établir une non-effectivité de ces échanges entre les deux catégories de régions.

« Non je n'ai pas connaissance d'échanges entre les deux catégories de régions (...), Pas dans ma zone d'intervention, pour les cinq régions dont je vous ai parlé, je n'ai pas eu connaissance de cela. On n'a pas mis en pratique vraiment des échanges entre régions et je crois que cela aurait pu être bénéfique. On n'a pas la même expérience, par rapport à ce qui n'a pas été vécu, parce qu'il y a un vécu (...) Je vous donne le cas du tutorat aujourd'hui mis en œuvre par NEEMA, c'était vraiment une bonne expérimentation de tout ça, donc, les acteurs ont l'expérience de ça, peut-être que cette même expérience n'a pas été vécue de la même façon à Tamba ou Kédougou. Donc, on peut avoir vraiment des besoins d'échange, ça peut se faire, mais pour l'instant, à ma connaissance, on n'a pas encore eu à faire cela». (Chef d'équipe régionale de RSS+)

« Pour ce qui est des échanges entre les deux groupes de régions, ce maillon là, ça ne fonctionne pas, ça là je peux être catégorique, il ne fonctionne pas ce maillon-là, ce n'est pas le projet NEEMA, c'est le programme global de l'USAID avec

¹⁴ Document consolidé comportant l'ensemble des activités des différents mécanismes et montrant la contribution du Programme Santé aux différents objectifs du DPPD du MSAS.

son réglage et ses passerelles, ces passerelles ne fonctionnent pas, chacun essaie de survivre à l'intérieur de sa zone de mission, oui, c'est le sauve qui peut (...) ». (Staff Senior IP, Zone de Concentration)

Les entretiens avec les médecins-chefs dans les deux catégories de régions ont également confirmé la non-effectivité de ce type d'échanges entre régions de concentration et de consolidation. Tous reconnaissent que, pour diverses raisons, ces échanges auraient été utiles pour alimenter un processus d'apprentissage croisé entre régions. Cela permettrait de limiter les importants écarts entre les régions, qu'il s'agisse des stratégies pour renforcer la demande et l'utilisation des services ou des moyens d'améliorer l'accès et la qualité des services par le partage d'outils et de bonnes pratiques entre acteurs. La revue des documents et rapports des différents mécanismes ne fait non plus état d'échanges entre les deux catégories de régions, à l'exception des quelques cas de collaboration occasionnels entre mécanismes dans les mêmes catégories de régions ou entre mécanismes indépendamment de la région.

Par ailleurs, l'analyse des documents des différents mécanismes ainsi que leurs plans de travail ne comportent ni d'activités, encore moins de ressources prévues relatives à la mise en œuvre d'activités d'échanges avec la catégorie inverse. L'absence de telles activités et de ressources dédiées rend difficile l'effectivité de ces échanges. Cette absence d'enrichissement réciproque entre les régions de concentration et de consolidation a été regrettée par la plupart des parties prenantes interrogées durant l'évaluation, y compris les partenaires d'exécution eux-mêmes et les médecins-chefs de régions qui notent un fort cloisonnement des mécanismes dans leurs catégories de régions respectives. Ce cloisonnement hermétique des différents mécanismes dans leurs catégories d'affectation a été renforcé par l'absence d'indicateurs mesurant l'effectivité d'un enrichissement mutuel. Les mécanismes sont en effet principalement axés sur leurs propres indicateurs de performances comme l'ont reconnu la plupart des responsables interrogés.

Cette focalisation quasi exclusive des agences d'exécution sur leurs propres cahiers de charge conduit une partie des répondants à considérer l'inégale intensité des interventions menées dans les deux catégories, avec un focus bien plus important dans les régions de concentration, comme l'un des facteurs principaux de la perpétuation des écarts et disparités entre les deux catégories.

Parallèlement, les entretiens avec les partenaires et les acteurs du Programme indiquent que les outils développés dans le domaine de la communication sociale à la suite de l'étude formative, n'ont pas été partagés avec les autres régions de consolidation, ni avec les personnels en charge de la communication et de l'éducation pour la santé des régions et districts de consolidation.

Les acteurs interrogés ont également souligné l'absence de passerelles favorisant l'interconnexion et le partage d'expériences entre les régions de concentration et de consolidation.

Coordination du Programme et des mécanismes

La pluralité des mécanismes de mise en œuvre soulève naturellement la question de la coordination comme condition nécessaire de l'atteinte des objectifs stratégiques du Programme Santé. La nécessité d'une bonne coordination entre les différents mécanismes du Programme, ainsi qu'entre ce dernier et les interventions des autres partenaires techniques intervenant dans le secteur de la santé avait été reconnue comme essentielle pour la performance du Programme.

Au niveau central, différents cadres sont mis en place pour soutenir le dialogue entre les entités du Programme et les structures du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, ainsi que les autres partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé. La mise en place d'un comité de pilotage et d'un Secrétariat Technique fonctionnel ont permis le maintien d'une communication institutionnelle au niveau stratégique. Les entretiens menés avec les différents acteurs au MSAS et auprès des partenaires d'exécution confirment l'existence et la fonctionnalité de ces organes de pilotage du niveau central.

Parallèlement au comité de pilotage, un cadre de rencontre mensuel des différents mécanismes (« Réunion des COP¹⁵ ») a également été mis en place pour faciliter et soutenir un dialogue continu entre les mécanismes du Programme Santé. En sus de ces cadres formels mis en place pour assurer un pilotage harmonieux du Programme par les différentes

¹⁵ Rencontre mensuelle des chefs de projets des différents mécanismes du Programme Santé USAID 2016 - 2021

parties prenantes, GoTAP a soutenu l'élaboration de plans d'action intégrés (PAI) favorisant la mise en synergie globale des activités des différents mécanismes du Programme.

Cependant, malgré la bonne fonctionnalité de ces différents cadres, ils ont davantage fonctionné comme des espaces de partage des informations entre parties prenantes sans qu'une mission de coordination n'ait été clairement affectée et aucune des parties prenantes n'assumait réellement un rôle de coordination de cet ensemble d'acteurs et de mécanismes. Les rôles et responsabilités des différents partenaires et mécanismes n'ont pas été clairement définis du point de la coordination du Programme Santé, alors même que la pluralité des mécanismes et le découpage des régions en deux catégories nécessitaient que ces différents éléments fassent l'objet d'une coordination d'ensemble permettant d'assurer une cohérence et la primauté de l'ensemble sur les parties. En outre, même si les IP et le MSAS reconnaissent que l'existence d'un plan d'action intégré permet une meilleure lisibilité de la contribution du Programme Santé dans les objectifs du DPPD du MSAS, cet instrument ne peut se substituer à une coordination opérationnelle des interventions du Programme, notamment entre les deux catégories de régions. Ce déficit de coordination globale a été évoqué comme l'une des faiblesses majeures du Programme Santé par l'ensemble des acteurs et parties prenantes interrogés dans le cadre de cette évaluation à mi-parcours :

« (...) Une autre chose qui me semble importante, c'est un peu la coordination en tout cas entre les zones de concentration et les zones de consolidation. On devrait voir comment améliorer un peu cette coordination, parce que pour moi vouloir changer le design à deux ans, c'est un travail contractuel très compliqué » (COP IP du Programme Santé)

« Bon, la coordination doit être fortement améliorée à l'intérieur, avec les autres agences d'exécution, oui ça quand même c'est un maillon particulièrement faible. Au plan stratégique c'est ça que je peux dire que peut être que ça doit être amélioré. Bon le reste, parce que quand tu l'améliores bon, tu améliores tout ce qui suit. Tous les problèmes qu'on a ce sont des problèmes de coordination, ce n'est jamais d'autres problèmes, c'est des problèmes de coordination (...).» (Staff Direction, Mécanisme Programme Santé)

Au niveau opérationnel, la mise en place des bureaux régionaux a été un aspect réellement bénéfique ayant favorisé une meilleure organisation des acteurs du Programme Santé et une intégration plus formelle des mécanismes intervenants dans les deux catégories de régions avec la présence d'un staff de RSS+ dans les bureaux régionaux gérés par Neema et implantés dans les régions de concentration. L'absence de SHOPS+ dans ce dispositif des bureaux régionaux demeure la grande insuffisance. La mise en place des bureaux régionaux et des unités régionales de coordination a facilité la gestion opérationnelle des activités sur le terrain. Cependant, le déficit de coordination globale du Programme au niveau central a eu des répercussions directes sur le terrain avec des entrées individuelles des mécanismes auprès des autorités sanitaires régionales.

« Maintenant l'autre problème c'est la coordination parce que quand il y a deux équipes différentes et deux répondants différents parfois il y a des difficultés dans la coordination des activités avec un chevauchement du calendrier d'activité. Ça aussi c'est un inconvénient mais je crois que le privé est un gros morceau. Je crois qu'on peut spécifier en tout cas les équipes d'appui, et maintenant ce qui reste à faire, c'est améliorer la coordination entre les deux entités du Programme Santé » (MCD, Thiès)

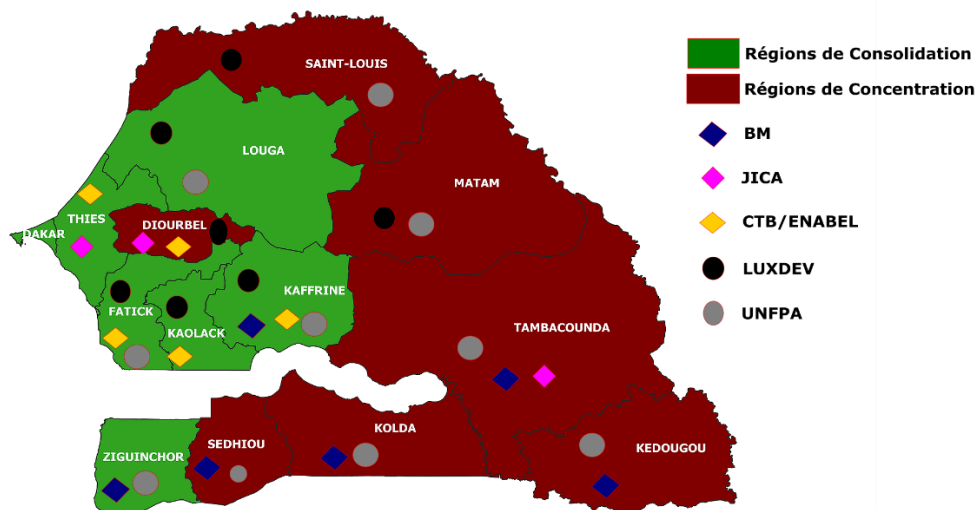
« Je pense qu'un des défis de ce type de montage c'est la coordination. On a plusieurs mécanismes qui n'interviennent pas toujours de la même façon dans les mêmes régions (...).» (Staff Senior, IP du Programme Santé)

Coordination des interventions du Programme Santé avec les interventions des autres PTF

L'une des caractéristiques du Sénégal est de recevoir l'appui d'un nombre important de partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé. L'appui de l'USAID à travers son Programme Santé s'inscrit dans cette même dynamique impliquant ainsi une nécessaire collaboration et synergie avec les interventions des autres PTF (Organisation Mondiale de la Santé, Banque Mondiale, UNFPA, UNICEF, JICA, Coopération Luxembourgeoise, Coopération Belge, l'Agence Française de Développement, etc.).

La carte ci-après illustre, à titre indicatif, la congruence des interventions de quelques-uns de ces PTF dans les régions couvertes par le Programme Santé qui rend nécessaire une collaboration et une coordination entre les différents appuis pour une optimisation de l'utilisation des ressources et une meilleure efficacité de l'aide.

CARTOGRAPHIE INDICATIVE DES ZONES D'INTERVENTION DE QUELQUES PTF



Comme le reflète la carte illustrative ci-dessus, toutes les régions reçoivent l'appui d'au moins deux autres partenaires en dehors de l'USAID qui n'intervient seule dans aucune région du Sénégal. Cependant, l'ensemble des partenaires gouvernementaux, aussi bien au niveau central que dans les régions d'intervention, reconnaissent le rôle prépondérant de l'appui de l'USAID dans le secteur de la santé. Cette reconnaissance de cette importance de la part contributive de l'USAID dans la prise en charge des défis du secteur est également reconnue et saluée par l'ensemble des autres partenaires techniques et financiers interrogés dans le cadre de cette évaluation.

Cependant, l'ensemble des acteurs rencontrés, aussi bien parmi les agences d'exécution du Programme santé que des PTF, indiquent une très faible collaboration et communication entre le Programme et les autres interventions des autres PTF. Au-delà de quelques rares cas de collaboration ponctuels notés entre RSS+ et la JICA, le partenariat entre les partenaires au niveau opérationnel demeure très faible en dépit de leur participation à la plateforme RSS mise en place au niveau central par le Ministère de la Santé alors même que la plupart d'entre eux intervenant aussi bien sur l'offre de services (formation des prestataires, renforcement des capacités des acteurs communautaires, équipement des structures, chaîne d'approvisionnement du médicament, etc.) que sur la demande (notamment un appui de l'agence de la couverture maladie universelle - CMU et renforcement des mutuelles de santé communautaires).

« Cela amène aussi à un travail de coordination, de communication énorme qui est nécessaire du fait qu'il y a énormément de partenaires au Sénégal ;(...) Si on dit réellement ce qui se passe, il y a même des duplications sur les activités. Il y avait des activités nous on s'était rendu compte en check-in qu'il y avait des duplications énormes sur la sécurité alimentaire parce qu'on a les mêmes domaines d'activités en réalité. (...) C'est comme s'il y'avait une certaine concurrence au sein des partenaires, honnêtement » (Staff Senior Santé, Banque Mondiale)

« Peut-être avec l'USAID on devrait mieux collaborer pour le renforcement des capacités des mutuelles. Après ceci faire des activités de terrain. (...) On doit collaborer aussi pour la santé maternelle néonatale et infantile. (...) On collabore en ce qui concerne le projet « Dolel CMU », il y'a eu une collaboration dans RSS+ avec Abt mais cette collaboration était un peu informelle et occasionnelle, au niveau opérationnel, sur le terrain dans le cadre de notre projet Dolel CMU (...) On a échangé sur la répartition des mutuelles, sur les zones d'intervention, sur les structures mais la collaboration n'a pas été systématisée, c'était à un niveau un peu informel » (Staff Senior, Santé, JICA)

Cette présence conjointe de l'USAID et des autres PTF dans l'ensemble des régions d'intervention indique l'existence d'un potentiel élevé de domaines de synergie non exploités. Cette faible communication entre PTF sur leurs interventions respectives entretient des risques élevés de duplication des efforts reconnus par l'ensemble des partenaires techniques interrogés par l'équipe d'évaluation. Utilisation des résultats par le MSAS et ses partenaires

L'intérêt élevé accordé par le MSAS au Programme Santé s'est traduit par l'engagement et l'implication soutenus de ses différentes directions, aussi bien dans les instances de pilotage que dans les processus de mise en œuvre des activités. Le développement des outils et approches a bénéficié de l'implication active du Ministère. Ainsi, les acteurs du Programme ainsi que ceux du MSAS ont indiqué que l'ensemble des outils développés par les composantes du Programme Santé l'ont été en collaboration avec les structures du MSAS. Différents documents, supports et outils élaborés par le Programme, ou grâce à son appui, sont soumis au Ministère pour validation puis diffusion auprès du niveau opérationnel et des différents acteurs (Manuel SRAJ et VBG, outils de la démarche intégrée de prise en charge communautaire (DIPEC), guide de formation sur les soins aux nouveaux nés, manuel de gestion des sous-subsidies, carte score, Cartographie des structures privées de santé, etc.).

« Le projet NEEMA aussi bien la composante communautaire que RSS+ nous appuient beaucoup dans la mise en œuvre de cette stratégie communautaire du Ministère, parce que tout ce qu'ils font s'allie à notre plan stratégique. (...). Ils nous ont appuyé dans l'élaboration du Guide d'organisation de la réunion de coordination du Poste de santé et beaucoup d'autres outils (...) ça existait mais ce n'était pas de façon systématique et c'était un peu délaissé, ça nous a donc permis de redynamiser les réunions parce qu'ils ont maintenant un guide fourni par le Programme Santé (...)» (Responsable Cellule Santé Communautaire, MSAS)

« Non il n'y pas de partage de stratégies et d'outils avec le Programme, non pas encore, pas de manière formelle en tout cas. (...) Mais on participe aux réunions des PTF et il y a toujours la présence de l'USAID. Dans ce sens oui. Mais nous n'avons pas encore collaboré bilatéralement. » (Staff Senior, santé, JICA)

Toutefois, les entretiens menés avec les acteurs du MSAS et avec les partenaires de mise en œuvre ont révélé une utilisation effective mais relativement timide par le MSAS des outils et documents développés avec l'appui du Programme Santé. Différents outils développés par les mécanismes, tels que le tutorat, la cartographie des structures privées de santé et la carte de score communautaire, font l'objet d'un intérêt soutenu de la part du Ministère de la Santé, mais la lenteur des procédures de validation ralentit leur diffusion et utilisation par les autres partenaires.

« Même là, nous allons vers la stratégie que l'on appelle la stratégie du CVAC intégré. Nous, nous avons tellement différé la mise en œuvre parce que les outils ne sont pas encore prêts au niveau de la Cellule Santé Communautaire du Ministère. Ils ont finalisé, ils ont stabilisé, mais n'ont pas encore procédé à la validation de ces outils. Donc, c'est un processus que nous suivons parce que nous voulons utiliser ces outils du ministère validés, juste pour ne pas créer des outils à part (...) » (Staff IP, Zone de Consolidation)

Cette lourdeur des processus et procédures d'institutionnalisation des outils par le MSAS sont relevés, par les personnes interrogées, comme les principales contraintes de leur diffusion et de leur utilisation par le système de santé et par les autres partenaires du Gouvernement. Les interviews avec les IP et le MSAS ont également démontré l'insuffisance du dialogue dans le cadre de la plateforme RSS mise en place par le MSAS pour servir de mécanisme de partage et de diffusion des outils. En effet, même si la plateforme RSS+ mise en place au niveau du Ministère pour favoriser le dialogue entre partenaires intervenant dans le renforcement du système de santé est reconnue fonctionnelle, sa mission et son rôle sont jugés encore peu adaptés aux attentes exprimées vis-à-vis de cet organe par les différents PTF. Selon les partenaires interrogés, les missions de cette plateforme devraient être réorientées de manière qu'elle permette davantage d'identifier et de cartographier de manière plus précise les interventions des différents partenaires, et d'identifier les duplications éventuelles et les gaps à résorber, aussi bien en termes d'interventions, que du point de vue de la couverture géographique.

Conclusions

Les analyses tirées des données de l'évaluation ainsi que des entretiens menés avec l'ensemble des acteurs et parties prenantes du Programme Santé ont établi l'absence d'échanges réciproques et d'enrichissements mutuels entre les régions de concentration et de consolidation durant les deux premières années de mise en œuvre du Programme. En dépit de cette absence d'échanges, tous les acteurs reconnaissent les avantages potentiels pour les deux catégories

de régions en termes d'échanges d'outils, de stratégies et de bonnes pratiques, ainsi qu'en termes de son effectivité. Cela permettrait de prévenir les éventuelles disparités qui pourraient résulter de la mise en œuvre différenciée des paquets d'intervention dans les deux catégories de régions. Cette absence d'échanges est favorisée à la fois par l'absence de mécanismes et de passerelles pouvant faciliter sa mise en pratique, mais aussi par le déficit de coordination globale du Programme entre les deux catégories de régions.

Malgré leur bonne participation dans les processus d'élaboration des outils et stratégies développés grâce aux ressources du Programme Santé, les instances du Ministère de la Santé enregistrent des procédures de validation et d'institutionnalisation très longs. Cette lenteur limite de manière significative la diffusion et l'utilisation de ces outils aussi bien par le système de santé que par les autres partenaires du gouvernement dans le secteur.

QUESTION 3 : CONTRIBUTION DU PROGRAMME DANS L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES ET PRODUITS PRIORITAIRES DE SANTÉ

Comment les interventions appuyées par l'USAID ont-elles contribué à accroître l'accès à des services et produits prioritaires de santé (aussi bien dans le public que dans le privé) ?

Résultats

Renforcement de la demande des services et produits de santé

Pour susciter la demande et favoriser une utilisation accrue des services et produits de santé, le Programme a accentué la communication pour le changement social et de comportement en tant que domaine clé d'intervention. L'approche développée a consisté en la combinaison de plusieurs leviers et canaux de communication pour sensibiliser les populations et les amener à adopter des comportements positifs favorables à la santé en général et à la santé maternelle, néonatale et infantile en particulier.

Une importante campagne nationale intitulée « *Japp naa ci* » devrait couvrir le niveau national, à travers des supports médiatiques (télévision, radios, campagnes d'affichages, etc.), mais également la mise en œuvre d'activités spécifiques dans les sept régions de concentration. Cette campagne de communication qui devait s'inspirer des résultats d'une étude formative préalable, a connu d'importants retards dans sa mise en œuvre, en raison des lenteurs enregistrées dans la finalisation de cette recherche et dans la conception des outils de communication. Les produits ne sont toujours pas prêts au moment de cette évaluation à mi-parcours, après deux ans de préparation. Des spots publicitaires et des affiches au niveau régional sont en cours de production mais ne sont pas prêts à être utilisés à cette date.

Toutefois, des alternatives efficaces ont été explorées, ayant ainsi permis de juguler les conséquences de ce long retard. Pour démarrer les activités de communication et de sensibilisation, le Programme a combiné un recours aux radios communautaires et aux acteurs communautaires pour lancer un ensemble d'activités de sensibilisation intense des différentes couches de la population.

Contractualisation avec les radios locales et communautaires

Différents mécanismes du Programme Santé ont fait appel à ce type de médium pour diffuser les messages, spots et émissions sur la santé dans les régions de concentration, ainsi que dans les régions de consolidation. Dans les régions de concentration, Neema a contractualisé avec 33 radios communautaires pour la diffusion de messages et de spots dans les langues locales dominantes de ces zones (*wolof, pulaar, mandingue, diola, sérère, etc.*). Ces messages avaient pour objectif de sensibiliser les populations sur la santé d'une manière générale et sur la santé maternelle, néonatale et infantile en particulier. A travers ses différentes radios partenaires, Neema a diffusé 16 390 spots et 187 émissions sur des thématiques très variées dont les plus récurrentes étaient : *la planification familiale, le respect des CPN/CPoN, le respect du calendrier vaccinal, le paludisme, l'hygiène et l'assainissement, etc.* Dans les régions du Sud, une collaboration très soutenue entre GOLD et ADEMAS a été observée dans le cadre de la contractualisation et de l'utilisation des radios communautaires pour la diffusion des messages d'information et de sensibilisation des populations sur les questions de santé, notamment sur la planification familiale, l'utilisation des moustiquaires pour la prévention du paludisme et la promotion des comportements sains. Cette collaboration avec les radios communautaires, diffusant des messages de sensibilisation dans les langues locales a également été mise en pratique dans les régions de consolidation par le biais d'une contractualisation entre les radios locales et les districts sanitaires grâce au financement direct. Cette approche à travers les radios communautaires a été une intervention efficace qui a eu des effets notables aussi bien sur le changement de comportements des populations, que sur le renforcement de la demande et l'utilisation des services par les communautés.

Selon les groupes de discussions réalisés avec les différentes cibles communautaires (hommes, femmes et jeunes), les radios communautaires étaient la principale source médiatique des informations sur la santé. Les hommes et les jeunes ont affirmé avoir particulièrement apprécié les messages diffusés sous forme de spots publicitaires, ainsi que les discussions interactives avec des professionnels de la santé à travers les émissions des radios communautaires. Plusieurs volontaires de santé communautaire ont également déclaré s'informer régulièrement en écoutant la radio communautaire et que celle-ci complète leur travail de communication interpersonnelle.

« C'est pour que les gens écoutent pour s'informer de ce qui se passe dans le monde. Quand vous écoutez la radio, vous les entendez dire à chacun de s'occuper de sa santé, s'occuper de la santé de ses enfants. » (Participante, Focus-group de femmes, Village de Diatafa, Kolda)

Contractualisation avec les Organisations Communautaires de Base (OCB) d'acteurs communautaires pour la sensibilisation des populations

Parallèlement aux radios locales et communautaires, une dynamique soutenue d'activités de proximité a été mise en place par les différents mécanismes du Programme Santé pour atteindre les populations. Des partenariats et contrats sont conclus avec des acteurs communautaires, sous la forme d'associations, pour la conduite d'un ensemble d'activités de communication de proximité essentiellement composé de causeries, de visites à domicile (VAD) et de mobilisations sociales.

Dans les régions de concentration, le recours aux acteurs communautaires a été un volet très important de la stratégie de communication sociale mise en œuvre par Neema qui a ainsi formé 11.696¹⁶ acteurs communautaires pour la conduite des activités de proximité au niveau communautaire pour susciter la demande. Après la révision de la méthodologie VAD, une nouvelle approche VADI (Visites à Domicile Intégrées) a été introduite dans l'approche de communication de proximité : 4 141 agents de santé communautaire évoluant dans 1 841 cases et sites ont été formés, portant ainsi la couverture globale à 3 257 cases et sites sur les 3 917 prévus pour les cinq années du Programme, soit 83 % de la cible quinquennale. La mobilisation de ces acteurs a permis de réaliser 18 200 VADI, pour prendre en charge et orienter 2 272 enfants malades et 1 528 enfants malnutris¹⁷. En sus de ces activités, 895 causeries et 814 mobilisations sociales ont été réalisées pour renforcer les visites à domicile.

Dans les régions de consolidation, RSS+ a formé 2 088¹⁸ acteurs communautaires pour la conduite d'activités de communication de proximité similaires. Même si cet effectif apparaît largement inférieur à celui des agents mobilisés dans les régions de concentration, il faut souligner que les districts sanitaires ont mis en place le même type de partenariat avec les associations d'acteurs communautaires qui, ont ainsi pu réaliser 39 616 visites à domicile intégrées, 877 causeries et 44 mobilisations sociales pour sensibiliser les populations sur les questions de santé.

Intervenant à la fois dans les régions de consolidation et de concentration, le mécanisme SHOPS+ a également mis en œuvre un volet soutenu de communication de proximité grâce au partenariat entre ADEMAS et les associations de badienou gokh, ayant permis de conduire 11 258 visites à domicile dans les deux catégories de régions. Ces activités de proximité conduites au niveau local dans les deux catégories de régions, combinées aux autres stratégies de promotion développées aux niveaux national, régional et du district ont permis de mieux faire connaître les services et les produits et favorisé leur meilleure utilisation par les populations.

Les entretiens avec les acteurs de mis en œuvre du Programme, les infirmiers-chefs de poste (ICP) et les acteurs communautaires (*Relais, Badienou gokh*) ont confirmé les informations collectées à travers la revue documentaire selon lesquelles des visites à domicile (VAD et VADI), ainsi que des campagnes de proximité, sur différents thèmes (*planification familiale, CPN/CPoN, paludisme/utilisation des MILDA, vaccination, diarrhées, recours précoce aux soins, etc.*), ont été menées par les acteurs communautaires formés par le Programme Santé. Selon ces acteurs, ces activités menées par les acteurs communautaires ont fortement influencé les pratiques et permis de renforcer de manière significative la demande de services par les populations.

¹⁶ Rapports annuels de Neema (AN1 et AN2)

¹⁷ Rapport Annuel Neema, AN 2

¹⁸ Rapports annuels de RSS+ (AN1 et AN2)

« Avant l'arrivée du Programme Santé, Il y avait rarement des activités communautaires avec USAID, les causeries n'étaient pas appuyées par les VAD, les plans d'actions également n'étaient pas appuyés ». (Sage-Femme, Poste de Santé, District de Guinguéno, Région de Kaolack)

« Quand vous appelez les personnes pour des activités, elles ne venaient pas, elles refusaient de venir pour les causeries, mais maintenant si tu les appelles même à 4h du matin ils viennent grâce au projet... Avant quand les gens tombaient malades, elles n'acceptaient pas de venir à la case pour se soigner (...). les gens utilisaient beaucoup plus la médecine traditionnelle et les pratiques traditionnelles pour se soigner mais maintenant grâce aux activités déroulées par le Programme Santé les gens sont plus éveillés et aussi mieux conscientisés » (Agent de santé communautaire, Case de santé, DS de Peté, Région de Saint-Louis)

Mise en place des Comités de Veille et d'Alerte Communautaires (CVAC)

Au niveau communautaire, le Programme a mis en place un dispositif intense de veille et d'alerte destiné à assurer une surveillance communautaire. Ce dispositif est particulièrement dédié au suivi de la grossesse, de la promotion des accouchements dans les structures de santé et de la vaccination des enfants. Ce dispositif communautaire d'alerte a été mis en place dans les deux catégories de régions. Ainsi, dans les régions de concentration, 957 CVAC ont été créés par Neema et 84 créés dans les régions de consolidation avec l'appui de RSS+¹⁹. En plus de la mise en place de ces comités, un processus de revitalisation a été déployé et a permis la redynamisation de CVAC en état de léthargie. Les entretiens réalisés avec les acteurs de mise en œuvre, ainsi qu'avec les populations à travers les focus-groups, ont clairement établi que les activités de communication destinées à renforcer la demande sont conduites de manière très différenciée entre les deux catégories de régions, avec une plus grande intensité dans les régions de concentration pour lesquels des supports de communication adaptés et contextualisés ont été élaborés sur la base des résultats de la recherche formative conduite de manière participative avec les différents acteurs.

Pour assurer une mise en œuvre efficace de ces activités de communication, un large éventail d'outils ont été développés pour former et soutenir les acteurs tels que : le guide pratique des visites à domicile intégrées, le guide et manuel de la DIPEC, le guide de création d'un CVAC, la carte de score communautaire utilisée par les CVAC. La plupart de ces outils, tous bien élaborés et conviviaux, ont été achevés en 2018 et immédiatement opérationnels. Ces différentes activités conduites par les mécanismes du Programme Santé pour susciter les changements de comportements et promouvoir la demande et l'utilisation des services de santé, ont permis d'enregistrer des progrès notables, aussi bien dans les régions de concentration que dans les régions de consolidation. Le couplage (ou la combinaison) d'activités et de stratégies diversifiées de communication et de sensibilisation ont eu des effets très positifs, aussi bien sur le changement de comportements que sur l'utilisation des services par les populations.

Renforcement de l'accessibilité et de la qualité des produits et services prioritaires de santé

Les différents mécanismes du Programme Santé ont soutenu le volet « offre de services » dans ses deux dimensions clés que sont l'accessibilité et la qualité des services dans les deux catégories de région à travers une variété d'interventions.

Renforcement de l'accessibilité des services et produits de santé

Accessibilité géographique des services

Extension de la couverture en cases de santé

Le Programme Santé a soutenu l'amélioration de l'accessibilité des services de santé par diverses interventions ayant permis une meilleure disponibilité des services auprès des populations. L'inexistence de structures de santé, leur distance ou encore leur non-fonctionnalité étaient des contraintes importantes pour l'accès des populations rurales aux soins, en particulier dans les régions de concentration. Grâce aux interventions du Programme, Neema a soutenu l'enrôlement de nouvelles cases et la réhabilitation/redynamisation de cases de santé non fonctionnelles.

¹⁹ Rapports annuels AN 2 de Neema et de RSS+

« Mais maintenant aucune femme n'accouche à la maison. Elles vont toute à la case de santé pour accoucher. Les femmes accouchaient le plus souvent à la maison parce qu'il n'y avait pas de case de santé ni dans notre village et dans les villages voisins non plus (...). Mais maintenant toute femme qui commence à avoir des contractions on l'amène directement à Saré Laobé pour qu'elle accouche. » (Participante focus-group femmes, Village de Vélingara-Yellé, Kolda).

Cet enrôlement de nouvelles cases et la réhabilitation des cases non fonctionnelles ont été renforcés par le recrutement et la formation de nouveaux acteurs communautaires de santé (ASC, Matrones) exerçant dans ces cases et par la dotation en équipements permettant ainsi de mettre en fonction 921 cases de santé et le rehaussement de 23 cases en postes de santé dans les régions de concentration²⁰.

La disponibilisation accrue des médicaments, produits et équipements au niveau des cases de santé a également contribué à accroître l'accès et l'utilisation des services au niveau communautaire, particulièrement dans les zones enclavées. Ces différents appuis ont contribué à une amélioration significative des indicateurs sanitaires, traduisant une amélioration de l'utilisation des services par les populations. Les infirmiers-chefs de poste rencontrés dans le cadre de cette évaluation ont régulièrement témoigné de ces évolutions de la situation sanitaire :

« Sur le plan des indicateurs, la disponibilité du matériel a boosté les indicateurs avec la fréquentation de patients hors zone. Pour les CPN : 367 en 2016, 426 en 2017 et 636 à cette période et on n'est même pas à la fin de l'année » (Infirmier-Chef de Poste, DS de Saint-Louis)

« Le projet a mis en place au niveau de chaque case de santé un système de référence. Dans certains villages, avec l'appui du facilitateur du projet, les populations se cotisent mensuellement pour mettre en place un fonds destiné à financer les évacuations sanitaires des membres en cas de besoin. Le montant des frais sera remboursé à la caisse par le bénéficiaire après coup. Un chauffeur de taxi résidant dans le village est mis à disposition pour l'évacuation des cas le nécessitant » (Infirmier-Chef de Poste, DS de Saint-Louis).

Une disponibilisation accrue des produits de planification familiale dans les cases de santé, complétée par un renforcement des compétences des matrones et des agents de santé communautaires, a permis une diversification de l'offre contraceptive, favorable à une meilleure utilisation de la contraception par les femmes au niveau communautaire.

« Le Programme a contribué à l'amélioration de l'offre de services pour les femmes allaitantes. Il y a aussi d'autres types d'appui apportés par l'USAID pour les accouchements inopinés au niveau des cases, surtout avec les méthodes injectables que les communautaires peuvent faire ; il en est de même pour la formation pour la maîtrise du fichier PF pour les matrones (...) » (Médecin-Chef de District, Région de Concentration du Sud)

« On a pu former le personnel communautaire sur le misoprostol. Je pense que la mortalité maternelle était liée aux hémorragies et ça a permis de résoudre beaucoup de problèmes et quand la matrone est formée là-dessus, dès qu'elle voit une femme en train de saigner surtout dans une zone enclavée, là elle fait les premiers actes » (Infirmier Chef de Poste, DS de Pété)

« Sur la planification familiale, ça ne se faisait que dans les postes de santé maintenant ils ont formé des acteurs communautaires dans les cases sur le Sayana Press pour faire la PF au niveau case. » (Matrone, Case de santé, DS de Kolda)

Dans la plupart des cases de santé, où n'existait que l'offre initiale de pilule (OIP), la mise à disposition des autres méthodes (Sayana Press, pilule, méthode collier) a renforcé l'accès et l'utilisation de la planification familiale chez les femmes, notamment en milieu rural enclavé où les femmes éprouvaient d'énormes difficultés d'accès aux structures de santé, en raison de l'éloignement et des coûts associés. En outre, cette extension des produits et services offerts au niveau des cases de santé (Misoprostol, Depo Provera, SRO-Zinc, TDR, ACT, etc.) a fortement renforcé la fonctionnalité des cases et leur fréquentation par les populations, notamment les femmes.

« Avant je pouvais avoir 5 femmes en planification familiale, maintenant je gère 30 femmes ». (Matrone, Case de Santé, District de Kolda).

« Au niveau de l'accessibilité financière, les femmes qui payaient le transport pour rallier le poste, bénéficient maintenant des services de PF à courte durée dans leur village » (ICP, District de Saint-Louis)

²⁰ Rapport annuel AN2, Neema

En complément de ces importantes interventions ayant permis une redynamisation des cases de santé, le Programme Santé a également soutenu le rehaussement de 23 cases de santé en postes de santé, dans les régions de concentration, dans des localités où l'accès aux postes de santé était particulièrement difficile, du fait d'un enclavement prononcé. Cet appui soutenu aux cases de santé a principalement été effectif dans les régions de concentration par l'appui de Neema, entraînant un fort déséquilibre avec les régions de consolidation, où très peu d'appui a été fourni aux cases de santé.

Appui à la mise en œuvre des stratégies avancées

Les stratégies avancées²¹ sont une alternative très efficace permettant de palier à la faible couverture des structures sanitaires, en particulier dans les zones où les populations sont très dispersées. Les deux mécanismes phares couvrant les deux catégories de régions (RSS+ et Neema) ont conjointement soutenu la réalisation de stratégies avancées dans leurs zones respectives.

La mise en œuvre de ces stratégies avancées a permis de faciliter l'accès et l'utilisation des services par les populations enclavées, grâce à l'intégration des activités de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : suivi de la grossesse, CPN, CPoN, planification familiale, vaccination, suivi pondéral, supplémentation en vitamine A, dépistage du VIH, etc.

« Depuis l'arrivée du projet, pour le PEV, la cible est passée de 40 à 60%, donc c'est NEEMA parce qu'avant on ne faisait pas de stratégies avancées et mobiles alors que ma zone de couverture fait 26 villages et que tous ces enfants font partie de la population » (ICP de Thiawène, DS de Touba).

« Sur le programme élargi de vaccination on pouvait avoir 56% maintenant nous avons 99%, 67% d'utilisation de la CPC alors qu'on était à 47%. Pour les CPN, on est à 103% alors qu'on était à 70% » (ICP Bambilor, DS de Rufisque)

Pour renforcer l'acceptation et l'utilisation de la planification familiale dans les régions de concentration, où le taux de prévalence est largement en dessous de celui des régions de consolidation, Neema a appuyé l'organisation de séances d'intégration de l'offre de services de planification familiale durant les séances de vaccination dans les points de prestation de services à grand volume d'activités. Au total, 639 séances ont été réalisées ayant ainsi permis le recrutement de 5 099 nouvelles utilisatrices de méthodes²².

Mise en place et déploiement d'unités mobiles pour atteindre les populations enclavées

Dans le but d'atteindre les populations les plus difficiles d'accès et les plus enclavées, le Programme Santé a soutenu le déploiement de 4 unités mobiles qui ont desservi les populations en services SR/PF dans les régions de Kolda, Sédhiou, Diourbel et Saint-Louis, en vue d'améliorer la performance et la qualité des services. Le déploiement de ces unités mobiles a permis d'offrir des services de planification familiale à 8 096 femmes dont 3 849 nouvelles utilisatrices, générant ainsi 23 125 couples années protection (CAP)²³. Ce déploiement a également permis le renforcement des capacités de 240 agents de santé communautaires officiant dans les cases de santé rattachées à 8 districts de santé.

Renforcement du dispositif communautaire de soins et de prise en charge

Afin d'assurer un continuum des soins entre les structures et le domicile, le Programme Santé a mis en place un maillon important pour assurer le lien entre les ménages et les structures de santé. Ces acteurs communautaires de soins complètent le travail de sensibilisation des relais en assurant une partie des services aux populations directement à leur domicile. Ces dispensateurs de soins à domicile fournissent des médicaments pour diagnostiquer et traiter le paludisme, ainsi que d'autres activités de santé secondaires telles que le suivi pondéral, le suivi de la croissance, la planification familiale, la distribution de la vitamine A et la distribution des MILDA. Dans les régions de concentration, Neema a mobilisé 1 892 acteurs communautaires de soins et 186 Dispensateurs de soins à domicile (DSDOM) pour offrir ces différents services à domicile. Ces dispensateurs communautaires de soins ont été mobilisés de manière

²¹ La stratégie avancée est une activité qui consiste à déplacer l'infirmier-chef de poste dans des localités très avancées pour organiser un paquet intégré de services de santé (Vaccination, consultations prénatales et postnatales, planification familiale, Pesées des enfants, etc.) aux populations au niveau d'une case de santé ou d'un site communautaire éloigné. Cette stratégie qui consiste à délocaliser l'offre de services permet de faciliter l'accessibilité géographique des services, notamment pour les populations très éloignées du poste de santé ou enclavées.

²² Rapport annuel Neema, AN2

²³ Rapport annuel Neema, AN2

très rapide par le Programme grâce à leur expérience antérieure de travail dans le domaine de la santé communautaire.

La plupart des volontaires communautaires interrogés par l'équipe d'évaluation avaient déjà travaillé pour des projets de santé financés par l'USAID et constituaient le lien principal entre les établissements de santé et la communauté. Au cours des entretiens et discussions, plusieurs volontaires communautaires ont déclaré apprécier la supervision dont ils faisaient l'objet de la part des ICP, ce qui constitue également une preuve de l'intérêt et de la valeur du travail qu'ils effectuent dans leur communauté.

Au-delà de la formation et des renforcements de capacités dont ils bénéficient de façon régulière de la part du Programme, la mise à disposition de guides sur la manière d'organiser et de mettre en œuvre le travail communautaire, ainsi qu'une supervision adéquate, ont contribué à leur succès, ce qui est largement reconnu aussi bien par les ICP que par les communautés.

Mise à contribution du secteur privé à travers un système de franchises sociales et le Marketing Social

En collaboration avec le Ministère de la Santé, et avec l'appui de ses partenaires de mise en œuvre (ADEMAS et MSI, remplacé par ACDEV) SHOPS+ a développé des activités pour l'élargissement de l'offre de services en SR/PF dans les structures privées à travers 17 franchises sociales, dont 7 à Diourbel et 10 à Kaolack, et a procédé à leur certification à la suite des formations théoriques et pratiques.

Dans le domaine de la santé reproductive et de la planification familiale, l'implication du secteur privé a été une innovation pertinente du Programme Santé qui a prouvé son efficacité et son potentiel contributif dans l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services. Cette ouverture au privé a permis d'offrir une méthode de planification familiale à 2 463 utilisatrices dont 740 nouvelles, dépassant largement les objectifs fixés qui étaient respectivement de 1 250 et de 100²⁴. Les activités mises en œuvre dans le cadre du marketing social ont permis une augmentation significative des produits. Selon les données fournies par SHOPS+ dans ses rapports annuels, les objectifs de vente établis pour le marketing social des produits de santé ont tous été dépassés avec un total de ventes de 5 192 716 condoms, 502 848 contraceptifs oraux et 7 684 injectables ayant généré 1 18 335 Couples années protection (CAP)²⁵. Des résultats similaires sont enregistrés pour les activités de marketing social dans le domaine de la vente des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) pour la prévention du paludisme (cf. à la section traitant du paludisme pour les détails).

Contribution du Programme Santé dans la lutte contre le VIH

Selon les acteurs du sous-secteur interrogés, l'appui du Programme a fortement contribué à l'amélioration des performances dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du VIH. Les médiateurs mobilisés ont pu, avec l'appui des équipes des structures de santé, sensibiliser et dépister 2 752 personnes parmi les populations clés (813 MSM, 1 488 PS et 451 CDI). Des leaders communautaires et OCB en collaboration avec les agents sanitaires, ont mobilisé et dépisté 3 861 personnes en situation de vulnérabilité.

Par ailleurs, la mise en place des cohortes de MSM, accompagnée d'activités de plaidoyer et d'enrôlement, a permis d'augmenter la fréquentation des structures de santé par les hommes ayant des partenaires hommes.

« Le Programme Santé a appuyé la formation des infirmiers-chefs de poste et des sages-femmes sur la prise en charge du VIH. Les PVVIH sont désormais pris en charge dans certains postes (...). Grâce à ce renforcement de capacités, il y a maintenant un accompagnement et une prise en charge des PVVIH, grâce à une disponibilité des médicaments et des tests, ce qui ne se faisait pas avant (...) » (ICP, District de Saint-Louis)

Le nombre de personnes vivant avec le VIH dépistées s'est nettement amélioré entre 2015 et 2017, passant de 22 978 à 30 393, permettant ainsi d'atteindre un taux de 71 % du « premier 90 ». Cette performance faisant passer le premier gap de 33% en 2015 à 19% en 2017, soit une réduction de 14 points de pourcentage en deux ans. Le nombre de personnes vivant avec le VIH sous antirétroviraux a également augmenté entre 2015 et 2017, passant de 18 375 à

²⁴ Rapport annuel SHOPS+, AN2

²⁵ Rapport annuel SHOPS+, AN2

23 202, portant ainsi à 54% le taux d'atteinte du « deuxième 90 », réduisant également ici le gap à combler pour l'atteinte du « deuxième 90 », qui est passé de 35% en 2015 à 27% en 2017.

Les performances par rapport au « troisième 90 » restent de loin plus modestes. Même s'il y a une légère amélioration de cet indicateur qui est passé de 11% en 2015 à 19% en 2017, le gap à combler est particulièrement élevé car n'ayant enregistré qu'une baisse marginale de 62 à 54% entre 2015 et 2017.

Toutefois, des efforts importants restent nécessaires pour l'atteinte des objectifs dans la rétention aux soins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) permettant de réduire davantage ce gap²⁶.

Dans le domaine de la prise en charge, le Programme Santé a contribué de manière significative à l'extension et à la délocalisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au niveau de certains postes de santé. Cette délocalisation de la prise en charge réduit les risques de discontinuation, améliore la recherche des perdus de vue et les séances d'éducation thérapeutique avec une facilitation notable de l'accès aux services et aux antirétroviraux. Par rapport aux indicateurs de performances du Programme Santé à la fin de sa deuxième année de mise en œuvre, Neema a enregistré des niveaux de performance appréciables. Pour l'objectif fixé par rapport au nombre de personnes testées qui reçoivent leur résultat, le Programme a atteint 63 % de l'objectif fixé sur cet indicateur et 77 % de la cible pour ce qui est du nombre de personnes nouvellement enrôlés sous antirétroviraux²⁷.

Toutefois, ces efforts sont limités par l'environnement défavorable propre au système de santé avec des lenteurs dans la réalisation des tests PCR, un défaut de maintenance des appareils de CD4, et des ruptures fréquentes de réactifs au niveau des structures sanitaires. D'importants efforts restent à faire dans le maillage et la fonctionnalité des appareils de charges virales, ainsi que dans l'acheminement des prélèvements et le rendu des résultats. En outre, le recentrage des interventions²⁸ du Programme Santé, ciblant dorénavant exclusivement les populations clés, a entraîné une suspension et un retard important dans la reprise des activités. Cette réorientation et les changements opérés ont engendré un retard dans le financement du plan TATARSEN, ainsi que dans la mise en œuvre du plan de lutte contre le VIH dans la plupart de ces zones, notamment dans les zones frontalières qui se caractérisent par des niveaux de prévalence plus élevées.

Renforcement de l'accessibilité financière des services et produits de santé

Dans le domaine de l'accessibilité financière aux services et produits de santé, le Programme Santé a soutenu diverses initiatives allant de l'accompagnement des mutuelles de santé à l'appui d'initiatives de solidarité communautaires. Un déséquilibre net est observé dans les interventions destinées à faciliter l'accessibilité financière des services et produits de santé entre les régions de consolidation et concentration. Les régions de consolidation sont les seules bénéficiaires d'activités d'appui et d'accompagnement des mutuelles de santé, à leur renforcement aussi bien structurel que communautaire. RSS+ a déployé d'importantes activités d'accompagnement et de renforcement des mutuelles de santé dans les régions de consolidation sans qu'aucun effort similaire ne soit offert aux mutuelles dans les régions de concentration.

Toutefois, l'accompagnement et le soutien à ces mutuelles sont très en-deçà des besoins réels qu'ils expriment. D'importantes difficultés sont relevées à travers les entretiens menés avec les acteurs sur le terrain quant à l'efficacité et la viabilité de ce modèle de mutuelles qui sont très largement dépendantes des subventions de l'Etat en l'absence d'une adhésion massive des populations. Cette situation est relevée dans l'ensemble des régions visitées par l'équipe d'évaluation et demeure encore plus préoccupante dans les régions de concentration où ces structures ne bénéficient d'aucun accompagnement de la part du Programme Santé.

« La CMU pour moi c'est une bonne chose. Ça il faut le reconnaître, maintenant la mise en œuvre est autre chose. Quand vous prenez la région de Kolda, dans chaque commune, y a au moins une mutuelle de santé. Donc la mise en place des

²⁶ Rapport annuel Neema AN 2

²⁷ Rapport annuel Neema AN 2

²⁸ L'utilisation des ressources PEPFAR pour la lutte contre le VIH par l'USAID a nécessité un recentrage des interventions du Programme sur les populations clés qui sont les seules pour lesquelles les ressources du PEPFAR doivent être utilisées. Jusque-là, les interventions du Programme Santé touchait la population générale, avec des activités de prévention et de prise en charge ouvertes à la population générale. Depuis l'admission du Sénégal à cette initiative et le bénéfice par l'USAID de ces financements, les populations clés (Travailleuses du sexe, Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les utilisateurs de drogues) sont les seules éligibles pour les ressources du Programme Santé.

mutuelles de santé est effective. Maintenant, ce qui reste c'est la viabilité de ces mutuelles de santé qu'il faut discuter. Les mutuelles de santé, par rapport en tout cas à leur taux de pénétration, on sent que c'est des taux de pénétration qui sont très faibles. (...) Le taux de pénétration est très faible. Les cotisations également restent également faibles. Ce qui fait donc que ces mutuelles dépendent trop de la subvention de l'Etat. » (MCD, Kolda)

« Le mal par rapport à nos mutuelles, il y'a beaucoup de filets sociaux, c'est-à-dire les bourses de sécurité familiale et les détenteurs des cartes d'égalité des chances, c'est eux qui sont les plus nombreux dans nos mutuelles. C'est pourquoi, elles ont des difficultés (...). Vous savez que ces gens-là ne cotisent pas. C'est l'Etat qui donne leurs cotisations à travers une subvention qui tarde souvent à venir. (...) Ils sont plus nombreux dans les mutuelles et là ça pose problème puisque quand la subvention tarde à tomber, les mutuelles ont des difficultés à prendre en charge les soins de santé » (SRM Ziguinchor)

Parallèlement à cet appui des mutuelles, dans le volet communautaire RSS+ soutient, à travers ses partenaires de mise en œuvre, Plan International et World Vision, le développement d'initiatives de solidarité des communautés pour renforcer l'adhésion aux mutuelles de santé. Différentes stratégies sont développées comme la « Calebasse CMU » qui est une adaptation d'une stratégie antérieure de promotion de la planification familiale des femmes appropriée par les populations dans le cadre de projets antérieurs

« La calebasse CMU m'a vraiment beaucoup aidée, avant je n'avais pas souvent les moyens pour soigner mes enfants, du coup je faisais recours à la médecine traditionnelle qui est à moindre coût pour avoir des soins et ça ne marchait pas à tous les coups mais avec la mutuelle je paye la moitié et l'autre moitié c'est la mutuelle qui la prend en charge » (Focus avec femmes, Village de Thiacalar, District de Guinguinéo).

Cet appui à la dimension accessibilité financière des services apparait comme le maillon faible du Programme Santé dont le soutien dans ce volet est spécifiquement limité aux régions de consolidation. Alors même que les importantes raisons qui ont justifié les investissements soutenus dans les régions de concentration pour l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité géographique des soins auraient dû être davantage couplées à des interventions pour améliorer l'accessibilité financière des services et produits de santé.

Renforcement de la qualité des services et prestations de santé

Plusieurs interventions du Programme Santé ont permis d'améliorer la qualité des prestations et des services de santé aussi bien dans les régions de consolidation que dans les régions de concentration par le biais d'interventions variées.

Formation et renforcement des capacités des prestataires et personnels de santé

Dans les deux catégories de régions, le Programme Santé a soutenu la formation et le renforcement des capacités des prestataires et personnels de santé, à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Plusieurs formations cliniques et sur les prestations de service ont été organisées par le Programme Santé. Au total, l'appui du Programme Santé a permis de former 6 073 prestataires de santé sur des aspects cliniques liés à l'offre de services durant ses deux premières années de mise en œuvre. Parmi ces prestataires ayant bénéficié d'un renforcement des capacités cliniques, 5 661 ont été formés par Neema dans les sept régions de concentration, 412 par RSS+ dans les régions de consolidation et 200 prestataires du privé dans ces deux catégories combinées. Il apparait ainsi qu'un effort significatif a été fourni par le Programme pour améliorer les capacités des prestataires et, par conséquent, les prestations et services offerts. Ce renforcement de la qualité des prestations a été davantage fourni aux régions de concentration. Selon les prestataires de santé interrogés dans les différentes régions, les activités de formation et de renforcement de capacités des prestataires réalisées par le Programme Santé ont largement participé à renforcer la qualité des prestations et des services offerts aux populations, particulièrement dans les régions de concentration. Ces apports ont été largement évoqués par les médecins-chefs de districts et les prestataires interrogés dans le cadre de cette évaluation.

« Il y a eu les formations par exemple. Celle sur la GATPA. Ce qui permet de renforcer la qualité de la prise en charge déjà par le personnel. On a eu également à former les matrones sur la PF communautaire. On a pu acheter des intrants, des boîtes d'accouchement. Tout cela améliore la qualité des services ainsi que la prise en charge. » (MCD Joal, Région de Thiès)

« Il y a eu des formations des agents sur la SMNI et sur la planification familiale qui ont beaucoup renforcé les capacités des prestataires et la qualité des prestations dans nos structures (...). Quand ils sont venus, vraiment, ça nous a permis un peu d'accélérer la formation des prestataires au niveau local avec ces formations décentralisées.» (MCR Tamba)

Mise en œuvre du tutorat 3.0

La mise en œuvre du tutorat 3.0 a été une composante essentielle du renforcement des capacités des prestataires de santé. Même si sa mise en œuvre a enregistré des retards importants liés en partie à la longue période de grève des personnels de santé, cette innovation constitue un volet qui cristallise les attentes et l'attention d'une partie importante des médecins-chefs de régions, de districts et des prestataires de santé eux-mêmes. Une fois la mise en œuvre progressive de la formation des tuteurs terminée dans la plupart des régions, la mise en œuvre pratique est à ses débuts au moment de cette évaluation à mi-parcours. Cependant, les entretiens menés avec l'ensemble des acteurs de santé et dans les différentes régions, y compris dans les régions de consolidation où sa mise en œuvre n'est pas prévue dans ce Programme, ont montré la grande satisfaction de ces acteurs sur le potentiel pédagogique de cette approche.

Au moment de l'évaluation à mi-parcours, 49 tuteurs ont été formés pour la mise en œuvre du tutorat 3.0 et ont pu encadrer 109 prestataires qualifiés sur différents domaines de prestation (soins après avortement, GATPA, soins essentiels du nouveau-né et le partogramme) dans 18 districts sanitaires des régions de Diourbel, Kédougou, Sédhiou, Tambacounda et Matam. En outre, 35 prestataires femmes ont été formées sur l'application de la ventouse obstétricale et la prise en charge de la prééclampsie et de l'éclampsie, et 119 prestataires ont reçu une formation sur la prévention de la transmission mère/enfant (PTME) du VIH.²⁹

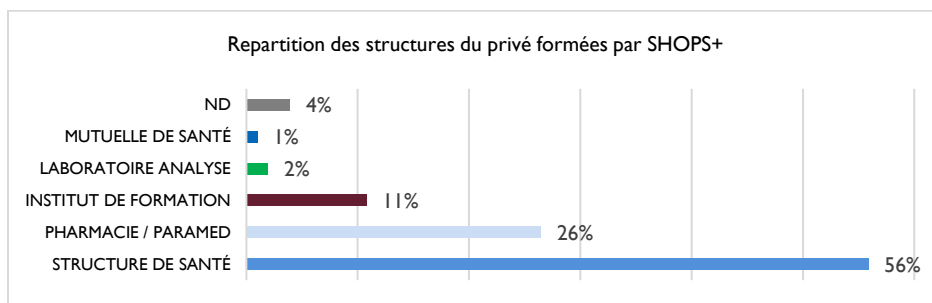
Selon certains des médecins-chefs interrogés par l'équipe d'évaluation, la mise en œuvre du tutorat a également permis d'améliorer les services de vaccination par le biais d'un renforcement des capacités des personnels de santé sur la vaccination et la gestion du programme élargi de vaccination (PEV), ainsi que sur la prise en charge des cas de diarrhée, fièvre, pneumonie et malnutrition.

Dans le domaine de la planification familiale, les interventions du Programme ont permis une formation en technologie contraceptive axée sur les Méthodes à longue durée d'action (MLDA) dans les régions de Diourbel, Matam et Tambacounda, ce qui a permis la disponibilisation de l'offre MLDA dans tous les points de prestations de services des 7 régions de concentration.

A travers les supervisions trimestrielles, le Programme évalue régulièrement le respect de la conformité aux exigences du Gouvernement américain en matière de planification familiale. A l'année deux du Programme, 451 postes et 388 cases de santé ont été touchés dans le cadre de cette supervision de la conformité.³⁰

Renforcement des capacités des structures et mise en œuvre pilote du tutorat dans le privé

Dans le cadre du renforcement de la qualité des services et prestataires de santé, SHOPS+ a également assuré la formation des structures privées de santé. A cette fin, 50 structures du privé ont bénéficié de renforcement de capacités dans des domaines cliniques. Les structures délivrant des prestations cliniques ont constitué la majorité (56 %) des structures dont les compétences ont été renforcées.



Sources : Rapport Annuel SHOPS+ AN1 et AN2

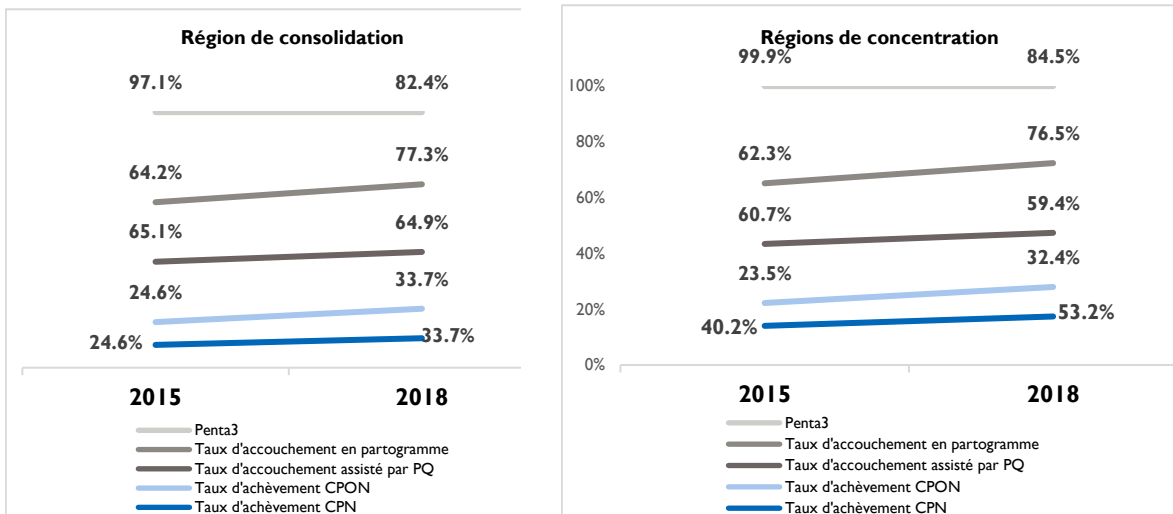
²⁹ Rapport annuel Neema AN1 et AN2

³⁰ Rapport annuel Neema AN2

Contribution dans l'amélioration des performances et des indicateurs de santé des populations

Les différentes interventions du Programme Santé à travers ses différents mécanismes dans les deux catégories de régions ont permis d'enregistrer des améliorations sensibles des performances sur certains indicateurs clés de santé maternelle, néonatale et infantile dans les deux catégories de régions.

Evolution des indicateurs de santé dans les deux catégories de régions de 2015 à 2018

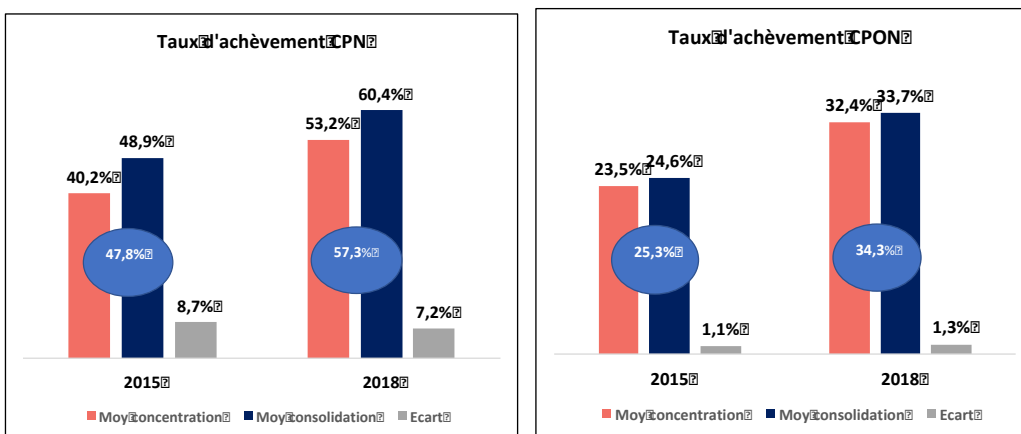


Source : DHIS-2 (Mars 2019)

Le taux d'achèvement des CPN qui s'est nettement amélioré entre 2015 et 2018 dans les 2 catégories de régions avec une variation sensible. Ce taux dans les RCT est passé de 40,2% à 53,2% (soit une augmentation de 13 points) et de 48,9% à 60,4% dans les RCL (soit une augmentation de près de 11 points) ; le taux d'achèvement des CPON s'est aussi nettement amélioré entre 2015 et 2018 dans les 2 catégories de régions. A l'exception du taux d'accouchement dans les structures et du Penta 3, tous les autres indicateurs enregistrent des améliorations sensibles en 2018 comparés à leurs niveaux en 2015 aussi bien dans les régions de consolidation que dans les régions de concentration.

Le taux d'achèvement en consultations prénatales, le taux d'achèvement en consultations post-natales et le taux d'accouchement par partogramme ont tous enregistré des améliorations très nettes en 2019 comparativement à leurs niveaux respectifs en 2015. Les baisses du taux d'accouchement dans les structures, du taux d'accouchement assisté et du Penta 3 devront être réexaminées pour confirmation, afin de vérifier si leurs valeurs ne sont pas affectées par la grève et la rétention des données sanitaires par le personnel de santé durant les 10 derniers mois.

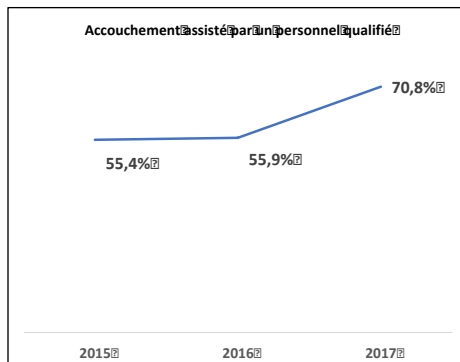
Evolution des indicateurs de couverture en CPN et CPoN dans les deux catégories de régions



Source : DHIS-2, Mars 2019

Dans l'ensemble, les accouchements assistés par un personnel qualifié enregistrent une nette amélioration entre 2015 et 2017, passant de 55,4 % en 2015 à 70,8 % en 2017 (EDS-c). La baisse décrite plus haut sur ce même indicateur pourrait être due au biais d'enregistrement lié au taux de complétude des données, partiellement altéré par la rétention des données par les prestataires de santé, autorisant ainsi l'hypothèse d'une amélioration de cet indicateur entre 2015 et 2018.

Evolution du taux d'accouchement assisté entre 2015 et 2017



Source : EDS-C, 2017

Contribution du Programme dans la lutte de contre le paludisme

Le paludisme constitue un problème de santé publique au Sénégal avec une situation épidémiologique caractérisée par des niveaux d'incidence très variables selon les régions³¹. Le Programme Santé apporte un appui uniforme dans cet effort de lutte à travers deux mécanismes distincts : l'appui direct PNLP et l'appui des interventions directes mises en œuvre dans les deux catégories de régions par les mécanismes (Neema, RSS+ et SHOPS+).

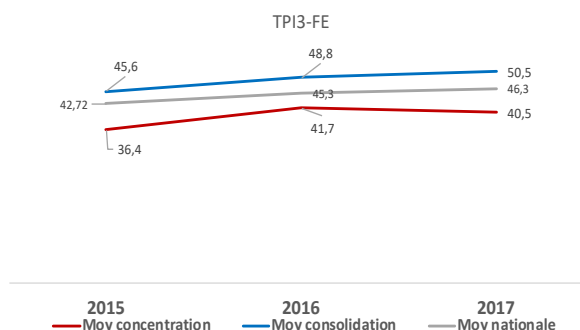
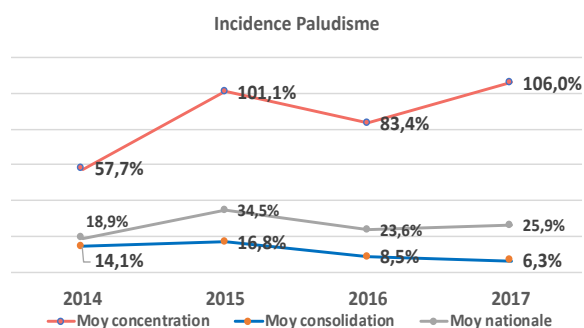
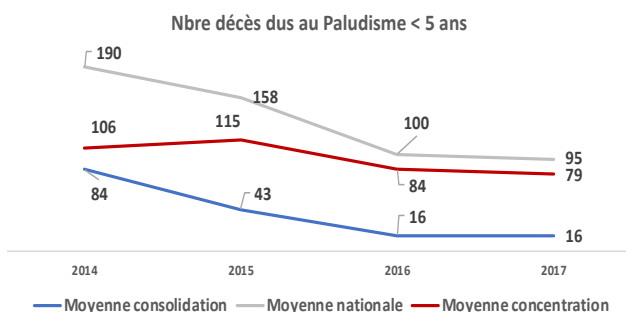
Amélioration des indicateurs dans le domaine du paludisme

Les données sanitaires nationales indiquent une évolution dégressive du traitement préventif intermittent des femmes enceintes (TPI) d'une phase à l'autre, passant ainsi de 94 % pour le TPI1 à 63 % pour le TPI2 et à 22 % pour le TPI3.

Cependant, le TPI3 a connu une évolution globale dans les deux catégories de régions, avec une intensité similaire dans les deux groupes de régions, passant de 36,4 % en 2015 à 40,9 % en 2017 dans les régions de concentration et de 42,7 % à 46,3 % dans les régions de consolidation pour la même période. Malgré une tendance à la hausse ces trois dernières années, la couverture en TPI3 reste toujours faible, ce qui a motivé l'élaboration de plan de relance dans les régions de concentration.

En ce qui concerne l'efficacité de la lutte, les indicateurs spécifiques indiquent une importante diminution du nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans au niveau national, passant de 106 en 2014 à 79 en 2017 (cf. Bulletin épidémiologique du PNLP). Cette mortalité suit la même tendance à la baisse, entre 2014 et 2017, dans les régions de concentration (190 à 95 décès) ainsi que dans les zones de consolidation (84 à 16 décès) (voir figures ci-dessous).

³¹ Rapport Annuel Neema, 2018



Renforcement des capacités des prestataires sur les nouvelles directives de prise en charge

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge du paludisme, le Programme a appuyé la formation de 893 prestataires de santé, dont 529 femmes, sur les nouvelles directives de prévention et de prise en charge du paludisme. En outre, dans le cadre du tutorat 3.0, 36 tuteurs ont été formés sur le paquet de lutte contre la maladie intégrant le paludisme, qui, ont à leur tour, encadré 23 prestataires qualifiés et 30 acteurs communautaires de santé sur le paludisme dans les différentes régions de concentration, à l'exception de Matam.

Renforcement du dispositif communautaire

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, l'appui direct au PNLP a permis de renforcer les interventions des DSDOM, devenus des acteurs incontournables du dispositif de prévention et de prise en charge rapide du paludisme au niveau communautaire.

« Ils ont nous appris autre chose. Par exemple, quand une femme est enceinte, elle ne doit pas dormir en dehors d'une moustiquaire. Elle doit dormir sous une moustiquaire jusqu'à ce qu'elle accouche parce que quand elle ne dort pas sous une moustiquaire, elle peut attraper le paludisme. Et quand une femme enceinte est atteinte du paludisme, elle peut avoir des problèmes » (Participante, Focus groupe femmes, Diatafa, Kolda)

Le Programme a également appuyé l'enrôlement de nouvelles infrastructures communautaires assurant ainsi la mise en fonction de 655 structures de prise en charge communautaires sur les 801 prévues dans les 7 régions de concentration.³² La formation des agents communautaires de santé sur la prise en charge du paludisme a permis à ces acteurs communautaires de soins de confirmer et de traiter 46 978 cas de paludisme, améliorant ainsi le recours précoce au service pouvant avoir un impact sur le nombre de décès liés au paludisme.

A travers le marketing social, SHOPS+ a contribué de manière soutenue à cet effort de lutte contre le paludisme par la vente des MILDA et plus généralement par la mise en œuvre de trois interventions principales : i) sensibilisation et

³² Rapport Annuel Neema AN2

amélioration des connaissances et des attitudes pour la prévention du paludisme; ii) développement de partenariats avec les entreprises privées dans le cadre de la RSE et iii) expansion du réseau de distribution des MILDA. En synergie avec le PNLN, le Programme Santé a soutenu, à travers Neema, l'élaboration et la consolidation des plans de lutte contre le paludisme des districts dans les régions de Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Kédougou, et a conjointement appuyé les plans d'accélération de la lutte contre le paludisme dans les districts de Touba et Diourbel. En outre, dans le cadre de l'approche d'amélioration du TPI chez la femme enceinte, quinze districts ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration de plans de renforcement de la couverture du TPI chez les femmes enceintes.

Des défis encore persistants dans la lutte contre le paludisme

En dépit de ces efforts très soutenus, les données sanitaires indiquent une augmentation de l'incidence du paludisme au niveau national passant de 18,9 % à 25,9 % entre 2014 et 2017. L'analyse des données fournies par le PLNP montre une baisse de l'incidence du paludisme dans les régions de consolidation (de 14,1 % à 6,3 %) contre une hausse très importante dans les régions de concentration (de 57,7 % à 106 %), en dépit des interventions supplémentaires dont ces zones bénéficient (*Bulletin Epidémiologique, PNLN, 2018*). Dans les régions de Louga, Saint-Louis et Matam, la prévalence de la maladie (TDR et Microscopie) est quasi nulle en 2017 alors qu'elle reste toujours élevée dans les régions de Tambacounda (1 %), Kolda (2,9 %) et Kédougou (7,3 %) qui enregistrent les taux de disponibilité et d'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MI) les plus faibles. En outre, des cas de recrudescence du paludisme sont notés dans certaines régions du Nord et du Sud comme l'attestent les points focaux du paludisme dans ces régions couvertes par l'évaluation :

« On peut dire qu'on a pris le train en mi-chemin, parce qu'on a commencé les investigations en Septembre 2016, mais pour cette année, on a eu à notifier en tout et pour tout 109 cas. Pour l'année 2017, on avait notifié 89 cas investigués ». (Point focal Paludisme, District de Médina Yero Foulah)

« Cette recrudescence, cette année est une année particulière, avec les grèves, les infirmiers-chefs de poste ne sont pas impliqués, donc, il y avait un défaut de sensibilisation au niveau des populations. Aussi, la zone de Pete est une zone de passage des transhumants, il y a des gens qui quittent le Diolof, passent par Pete pour aller dans la zone du Ferlo dans le Matam. Au retour aussi, ils font la même chose, vous voyez ce que ça fait en termes d'importation des cas de palu dans notre zone ». (Point focal Palu, District de Pété, Région de Saint-Louis)

En définitive, dans le domaine de la lutte contre le paludisme, l'appui direct au PNLN a permis de renforcer plusieurs interventions (MILDA, ACT, TDR) dont le déploiement des DSDOMS, devenus des acteurs incontournables du dispositif de prévention et de prise en charge rapide du paludisme au niveau communautaire. Le renforcement soutenu de la prévention a favorisé une diminution sensible des cas de paludisme dans certaines régions grâce à l'implication renforcée des DSDOM.

Une introduction novatrice de la SRAJ dans les interventions du Programme Santé

Le Programme Santé a réussi une introduction novatrice de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ) dans les activités de Neema et SHOPS+. Différentes approches ont été développées pour augmenter les moyens d'atteindre et d'impliquer les jeunes et les adolescents dans les domaines de la santé reproductive et de la planification familiale. Elles allaient de la communication interpersonnelle par les pairs éducateurs et des volontaires de la communauté (relais) à la sensibilisation via des unités mobiles et des événements en partenariat avec le secteur non médical et les communications avec les médias. Différentes activités complémentaires ont été appuyées par le Programme Santé à travers ces deux mécanismes pour assurer un accès des jeunes et adolescents aux services.

Mise en place de mécanismes de recours pour les adolescents et les jeunes

Des mécanismes de recours aux soins mis en place au niveau de CEM, au sein des communautés, et des structures et associations de jeunes viennent renforcer ce dispositif d'amélioration de l'accès aux services de SRAJ pour les adolescents et les jeunes.

Renforcement des capacités des acteurs sur la SRAJ

Au niveau des structures de santé, le Programme a appuyé le renforcement des capacités de 64 prestataires de santé sur le curriculum « Construire son avenir », ainsi que la formation de 631 enseignants et personnels administratifs de 20 collèges sur la SRAJ et les violences faites en milieu scolaire (VFMS) des régions de Kédougou, Tambacounda,

Kolda et Sédhiou, parmi lesquels 111 médiateurs scolaires ont été identifiés et formés pour le déroulement des séances d'animation éducative auprès des élèves. Chez les adolescents et les jeunes, des pairs éducateurs ont été formés aussi bien par Neema (40) que par SHOPS+ (30) pour l'animation des espaces ados-jeunes. Au niveau communautaire, Neema a rapporté avoir formé 736 volontaires de la communauté de jeunes en 2018 pour l'animation d'activités de sensibilisation auprès de leurs pairs sur la santé sexuelle, et sur les violences basées sur le genre (VBG).³³

« J'ai été formé en 2018 par Neema sur les violences basées sur le genre, le mariage précoce, le VIH/sida et les MST. Je sensibilise les jeunes chaque mois à 2 reprises (...). Avec ça, les grossesses non-désirées ont relativement diminué et y'a maintenant des jeunes qui font la PF même si c'est encore limité » (Relais-ado Village de Djatafa, Kolda).

« Le projet a beaucoup contribué sur cela parce qu'on voyait des élèves qui étaient au collège et qui venaient ici sans information et tombaient enceinte en milieu scolaire » (ASC de Touba Mboylene)

Les relais ados-jeunes formés par Neema et SHOPS+ proposent des activités de sensibilisation auprès de leurs pairs à travers des causeries sur la santé sexuelle, le mariage précoce, les grossesses non désirées, la planification familiale et la violence basée sur le genre. Les efforts de sensibilisation appuyés à la fois par Neema et SHOPS+ ont permis d'améliorer le niveau de connaissance de la santé sexuelle et reproductive par les jeunes et les adolescents. Cependant, l'utilisation des services de planification familiale et de dépistage du VIH par les adolescents et les jeunes reste encore très faible. Ainsi, même si des pistes d'ouvertures sont perceptibles, les entretiens réalisés avec les adolescents et les jeunes confirment les fortes résistances auxquelles ils font face pour l'adoption des comportements attendus.

« C'est grâce aussi à l'évolution des connaissances. Grâce à votre savoir vous-même, les gens sont beaucoup plus éveillés. C'est ce qui explique ces changements. Il y a des changements. C'était très compliqué avant mais aujourd'hui, grâce à Dieu, la situation s'améliore petit à petit. » Focus femmes, Kolda.

La collaboration avec les Ministère de la Jeunesse et des Sports, à travers les Centres de conseil adolescents, ainsi qu'avec le Ministère de l'Education a constitué une avancée majeure dans la prise en charge des besoins des adolescents et des jeunes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Le recrutement de médiateurs scolaires a été une opportunité pour développer des séances de sensibilisation auprès des élèves, mais la mise en place de ce dispositif connaît des lenteurs dans sa mise en route effective. Ces différentes approches mises en œuvre par les différents mécanismes ont permis de noter une sensible augmentation de l'accès et de l'utilisation des moyens de prévention par les jeunes, notamment une augmentation de l'utilisation des préservatifs par les jeunes hommes, ainsi qu'une relative progression de l'utilisation de la planification familiale par les jeunes, en particulier dans les universités partenaires où des services dédiés ont été mis en place. Au niveau communautaire, la combinaison de la sensibilisation de proximité des jeunes par leurs pairs et de la communication auprès des leaders et des parents ont contribué à accroître le dialogue sur les grossesses non désirées chez les adolescentes.

« Il y a des années, les adultes s'opposaient à la distribution de préservatifs aux jeunes, mais les dirigeants et les parents qui ont maintenant moins de résistance ont changé de mentalité. Le résultat est moins de grossesses non désirées de tous les groupes de jeunes femmes et moins d'abandons scolaires. » (ASC, Mampatim, Kolda).

Toutefois, en dépit des importantes initiatives entreprises par le Programme, les efforts visant à accroître l'accès des jeunes aux installations de reproduction fixes ont eu un succès limité. Les interactions entre les jeunes et les agents de santé communautaires restent tendus, les jeunes femmes craignant d'être stigmatisées. Le suivi et l'accompagnement des adolescents et jeunes pairs éducateurs formés par le Programme ont été très faibles, cette insuffisance a entraîné un relâchement de leur dynamisme dans la conduite des activités de sensibilisation et de causeries.

Conclusions

La mise en place effective d'une stratégie ou approche de communication contextualisée à chaque région est pertinente et contribue de manière notable à améliorer la demande et l'utilisation des services. La mobilisation d'OCB, constituées de relais de santé communautaires et/ou de « *Badienou gokh* », ayant des expériences antérieures dans

³³ Rapport annuel Neema AN2

des programmes de santé, a facilité le démarrage rapide des activités au niveau communautaire. Toutes ces activités ont induit des changements de comportements renforçant ainsi la demande des services.

Le Programme Santé a contribué de manière significative dans le renforcement de la disponibilité et de l'utilisation des services par les populations, reflété par une amélioration des indicateurs phares comme l'achèvement des CPN et des CPoN, l'augmentation du taux d'accouchement dans les structures, et le taux de recrutement de nouvelles utilisatrices de planification familiale. L'extension du paquet de services au niveau communautaire a permis un élargissement de leurs domaines d'intervention en matière d'offre de services et de produits (paludisme, PF, IRA, diarrhée, etc.). Les interventions du Programme ont permis à 1 289 acteurs communautaires d'acquérir de nouvelles compétences et de prendre en charge la plupart des pathologies bénignes au niveau communautaire et d'offrir des services/produits à moindre coût aux femmes.

La redynamisation/réhabilitation des cases de santé a favorisé la disponibilité et l'accessibilité des services au niveau communautaire. En effet, l'accessibilité des services a été améliorée grâce à la réhabilitation des cases de santé, au recrutement et à la formation de nouveaux acteurs communautaires et à l'appui de la mise en œuvre des stratégies avancées par les ICP et les sages-femmes des postes de santé. Les interventions du Programme Santé, par ses différents mécanismes, ont contribué à l'amélioration de la qualité des services et des prestations grâce au renforcement des capacités des prestataires et des acteurs communautaires (ASC, Matrones), à la vulgarisation des protocoles, normes et procédures du Ministère et par l'amélioration de la qualité des équipements au niveau des postes et cases de santé.

Les activités de formation, de coaching et d'accompagnement fournies au secteur privé par SHOPS+ ont également favorisé l'amélioration de la qualité des services offerts et de la mise à niveau des structures du privé. Cependant, le nombre de structures formées et financées a été très faible. En outre, le suivi post-formation des structures formées a été insuffisant.

Pour le marketing social des produits de santé, l'approche globale du marché est un bon concept, et une approche innovante qui fait participer un groupe de femmes au marché social d'Aquatab et permet l'identification de points de vente prometteurs autres que les pharmacies. Cependant, les éléments de preuve sur le terrain indiquent une distribution irrégulière et une disponibilité limitée des produits.

En définitive, le Programme Santé de l'USAID a contribué de manière sensible à améliorer l'accès aux services et produits prioritaires de santé dans les deux catégories de régions, même si cela s'est produit à des degrés sensiblement variables entre les deux catégories.

Pour ce qui est de l'accessibilité financière, des services et produits de santé, la gratuité des produits et intervention de lutte contre le paludisme (*ACT, MILDA, TPI, CPS, PID, etc.*) demeure la principale contribution significative du Programme Santé dans la levée de la barrière financière de l'accès aux services et produits de santé.

QUESTION 4 : RENFORCEMENT DE L'ENGAGEMENT DES COMMUNAUTÉS DANS LA GESTION DE LA SANTÉ

Dans quelle mesure le Programme Santé a-t-il contribué à accroître l'engagement et l'implication de la communauté dans la gestion des services de santé ?

Résultats

Amélioration de l'engagement et de l'implication des communautés dans la gestion des services de santé

Aussi bien dans les régions de concentration que dans les régions de consolidation, le Programme Santé a soutenu la mise en place de divers cadres de concertation et structures destinés à susciter une pleine participation des communautés dans la gestion, le suivi et la prise en charge des établissements et services de santé. Dans les deux catégories de régions, les mécanismes ont soutenu la mise en place et le fonctionnement de CVAC, qui sont des cadres très dynamiques destinés à renforcer la mobilisation des communautés en général, et des femmes en particulier, dans la prise en charge de leur santé et celle de leurs enfants. Les CVAC ont été créés à l'origine pour suivre les femmes enceintes dans les communautés, afin de veiller à ce qu'elles fassent correctement leurs visites de suivi prénatales et post-natales et qu'elles accouchent dans des établissements de santé. Le rôle des CVAC, composés de femmes leaders, a été élargi pour inclure le « *scoring* » du succès de la communauté dans les interventions sur la santé de la mère et de l'enfant, et les violences basées sur le genre. Ces CVAC ont également développé d'autres activités pour améliorer l'adhésion aux mutuelles de santé, en plus de leurs activités traditionnelles de promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Au total, le Programme a mis en place et formé 1 041 CVAC dans les deux catégories de régions. Dans les régions de consolidation, 84 CVAC ont été mis en place par RSS+ contre 957 par Neema dans les régions de concentration, indiquant une nette disproportion du maillage de ce type de structures entre les deux catégories de régions.

Les acteurs communautaires ont joué un rôle déterminant dans la mise en place de cette dynamique participative au niveau des communautés, aussi bien dans la préparation et l'information des communautés en amont que dans leur accompagnement durant la mise en place et l'accompagnement continu de la maturation de cette dynamique. L'engagement des populations dans la prise en charge de leur propre santé a été particulièrement soutenu et facilité par la mise en place et le soutien à ces CVAC, dont les membres, rencontrés par l'équipe d'évaluation, font preuve d'une motivation et d'un engagement très élevés et semblent apprécier la valorisation faite de leurs compétences par le Programme Santé. En plus du rôle joué par les CVAC dans l'engagement des communautés, les OCB, les groupements de promotion féminine (GPF), etc. ont également été mis à contribution et ont permis de mobiliser les leaders d'opinion et les leaders communautaires, les chefs de village ainsi que les leaders religieux pour acquérir leur caution symbolique à cette dynamique de participation.

« L'imam et le catéchiste jouent un rôle dans l'accessibilité des soins de santé : ils profitent des prêches pour sensibiliser les populations » (Notable, Village de Guedj Maad, DS Joal).

« Les autorités, imams et chefs de village appuient les acteurs communautaires dans la sensibilisation des femmes pour le respect de l'allaitement maternel exclusif, à travers des causeries et prêches mais parfois aussi en participant aux activités communautaires initiées par ces acteurs » (Notable, Pata, Région de Kolda)

Par le biais de cet engagement communautaire, divers sujets relatifs aux violences basées sur le genre, aux mariages précoces, aux grossesses non désirées chez les adolescentes et jeunes, entre autres, ont pu être discutés. La réussite de cet effort d'engagement des populations sur la gestion de leur propre santé et leur intérêt sur les questions de santé a été rendue possible grâce à une fonctionnalité effective de ces cadres et du dynamisme de leurs membres. La contribution de ces CVAC dans la mobilisation des communautés sur les questions de santé a été très largement reconnue et confirmée par l'ensemble des acteurs interrogés, particulièrement par les prestataires et autorités de santé :

« La formation des CVAC a amélioré l'utilisation des services et la fréquentation (...). Parce que les relais, les CVAC c'est NEEMA qui les forme et ils entrent dans les communautés pour les sensibiliser, ils font le suivi de la femme enceinte, le suivi du nouveau-né, la femme allaitante et dans le domaine de la SRAJ aussi (...) Ils entrent dans les populations pour leur apprendre des choses sur leur propre santé, sur d'autres thématiques comme les violences basées sur le genre, etc. Ils motivent les populations à s'intéresser à la santé» (Sage-femme, Poste de santé, DS Saint-Louis)

« Il y a également les CVAC qui nous aident, surtout avec la santé maternelle et néonatale (...). Ils nous aident dans le suivi des femmes enceintes, parce que les femmes venaient tardivement pour les consultations prénatales et elles accouchaient à domicile. (...) Jusqu'à présent, il y a encore des femmes qui accouchent à domicile, mais c'est uniquement dans les zones très éloignées, mais, quand même là où il y a les rayons avec les sensibilisations et ce que nous sommes en train de faire avec les CVAC, cela nous permet de vraiment relever cette couverture ». (Médecin-Chef de District, Pete)

Selon les différentes cibles interrogées, aussi bien au niveau des institutions sanitaires que de services techniques déconcentrés, l'engagement des communautés dans la santé a significativement augmenté avec les interventions du Programme Santé, grâce à une forte attention accordée à la santé communautaire dans ce Programme et une utilisation judicieuse des ressources et acteurs communautaires (leaders communautaires, relais, *Badienou Gokh*, etc.). Cet engagement des populations dans la gestion de la santé a abouti à leur plus grande participation dans la prise en charge et la construction des structures de santé. Dans plusieurs localités, les populations se sont collectivement investies dans la construction de cases de santé. A titre d'exemple, 8 cases de santé ont été construites par les communautés dans le district de *Diankhe Makhan*, à Tambacounda, région qui se caractérise par la faible couverture des structures de santé et les longues distances séparant les structures existantes.

Dans la région de Tambacounda également, les communautés se sont organisées pour mobiliser les ressources financières (cotisations, vente de cartes de soutien) afin de construire un bâtiment pour l'érection de leur case en poste de santé (*Case de Binguel*, Région de Tamba). Dans d'autres localités, les communautés appliquent des sanctions financières conséquentes pour dissuader les femmes enceintes à accoucher à domicile. A titre d'exemple, dans le village d'Elana (*Ziguinchor*), les populations ont institué une amende de 20.000F pour toute femme ayant accouché à domicile. Dans d'autres localités, ce sont les collectivités locales qui instituent des règles administratives pour combattre les accouchements à domicile.

Ces différents exemples, qui ne sont pas des exceptions, illustrent l'engagement important des communautés, à la fois, dans la gestion de leur propre santé et dans la mise en place des infrastructures pour la disponibilisation des services de santé dans leurs localités respectives. Dans différentes localités visitées par l'équipe d'évaluation, une plus grande participation et implication des hommes sur les questions de santé maternelle sont notées. Les activités mises en œuvre pour susciter le soutien des maris, aussi bien sur la planification familiale, que sur la gestion de la santé de la mère et de l'enfant, ont produit des débuts de changements de comportement prometteurs soulignés par les acteurs interrogés.

Toutefois, la portée et l'envergure des activités destinées à accompagner un meilleur engagement des populations dans la gestion de la santé sont très disproportionnées entre les deux catégories de régions.

Renforcement de l'engagement et de l'implication des Collectivités territoriales dans la gestion et le financement de la santé

Le renforcement de l'implication et de la participation des collectivités territoriales dans la gestion et le financement de la santé a été le second levier prioritaire de ce volet. Dans la réglementation administrative, la santé est l'un des neuf domaines de compétences transférées aux collectivités territoriales, qui sont supposées en assurer la prise en charge et le financement. L'importance du rôle des collectivités territoriales dans la gestion de la santé a conduit le MSAS à engager une importante réforme ayant abouti à la mise en place des Comités de Développement Sanitaires (CDS). Ces derniers doivent, dorénavant, remplacer les Comités de Santé (CS) qui, assuraient la gestion des structures de santé. Cette réforme accorde une place et un rôle plus importants aux collectivités territoriales dans le pilotage et la gestion des structures de santé et attribue la présidence du CDS aux Maires, leur accordant ainsi un rôle prépondérant. Le Programme Santé, à travers ses mécanismes, et plus particulièrement RSS+, a apporté un appui considérable au MSAS dans le processus de conception de cette réforme, mais également dans son opérationnalisation sur le terrain.

Dans la mise en œuvre de cette nouvelle réforme, RSS+ et Neema ont soutenu la mise en place des CDS dans l'ensemble de leurs régions d'intervention, en formant les membres de ces comités pour leur permettre de jouer pleinement leurs rôles. Au moment de l'évaluation à mi-parcours, la mise en place des CDS était effective dans l'ensemble des collectivités territoriales, comme l'a vérifiée l'équipe d'évaluation dans les huit régions visitées.

Cependant, des délais importants ont été notés dans le processus de mise en place ayant entraîné un retard dans le processus de la formation des membres des CDS, qui était encore en cours au moment de cette évaluation à mi-parcours.

Au-delà de l'accompagnement dans la mise en place et la formation des CDS, le Programme Santé a apporté un soutien systématique aux collectivités territoriales dans l'élaboration des plans opérationnels des collectivités territoriales (POCT) dans le secteur de la santé, qui matérialisent le soutien de ces dernières au secteur de la santé. Ces différents appuis apportés par le Programme ont favorisé un engagement progressif et accru des collectivités territoriales aussi bien dans la gestion de la santé, que dans le financement de la santé. D'ailleurs, l'élaboration et le financement des POCT sont désormais intégrés dans les plans de travail annuels (PTA) des districts de santé. Les entretiens avec les MCR et MCD ont montré le rôle important joué par le Programme Santé dans la mise en relation entre les collectivités territoriales et les acteurs de la santé. Selon les MCR et MCD interrogés, le Programme Santé a apporté un appui important au MSAS dans la mise en place des CDS dans l'ensemble des régions, par une contribution conjointe de RSS+ et de Neema. L'accompagnement apporté aux collectivités territoriales dans l'élaboration de leurs POCT a facilité leur prise en charge des plans de résorption des gaps identifiés dans le cadre du tutorat. Dans plusieurs localités, les plans de résorption des gaps constatés dans l'équipement des structures de santé (Poste de santé) sont intégrés dans les POCT et financés par les collectivités, traduisant ainsi un engagement progressif de ces entités dans la prise en charge de la santé de leurs populations :

« On avait des difficultés pour faire ces POCT, il n'y avait pas de ressources allouées à cela. Il fallait faire douze collectivités locales, donc, ils ont eu à faire cela. Dans le Tutorat, on les a formés dans ce sens, ils ont compris. Nous n'avons pas encore achevé les choses, mais il y a un Maire qui est très sensible au CVAC et qui a même négocié une ambulance pour sa communauté ». (Médecin-Chef de District, Région de Concentration)

Les interviews réalisées avec les ECR et les ECD révèlent des progrès importants enregistrés dans le cadre du renforcement de la gouvernance sanitaire grâce aux interventions et appuis du Programme Santé :

« Maintenant c'est les comités de développement sanitaire qui ont été installés tout récemment et maintenant même nous avons envoyé des requêtes, on appuie pour la formation des membres des secrétariats exécutifs, des membres de comités de direction, secrétariat exécutif, trésorier, président et voilà, président du conseil de direction. Vraiment en termes de bonne gouvernance, il y a eu beaucoup d'activités qui ont améliorées quand même la gestion au niveau des structures. Respect des affichages des prix, respect des marges bénéficiaires des médicaments ». (Médecin-Chef de région, Région de consolidation)

Les approches renforçant la gouvernance décentralisée et communautaire de la santé se sont révélées très appréciées par les différents acteurs. La présence des femmes est notée dans l'ensemble des CDS visités, cependant, elles jouent encore des rôles secondaires dans la gestion et la direction de ces comités nouvellement mis en place.

Mise en place de cadres d'échanges et renforcement du dialogue entre acteurs de la santé, collectivités territoriales et populations

Pour soutenir le dialogue et la contribution des différents acteurs dans la résolution des problèmes de santé, le Programme Santé a initié la mise en place de structures dénommées « Cadres de Restitution Communautaires » (CRC), en collaboration avec la Cellule Santé Communautaire du MSAS. Ces cadres, par leur composition tripartite, impliquant les acteurs de la santé, les collectivités territoriales et les communautés permettent de résoudre des difficultés importantes liées à l'équipement ou au fonctionnement des structures de santé. Parallèlement à cet espace de dialogue, la stratégie 'Citizen Voice Action' (CVA) a été mise en œuvre pour assurer le plaidoyer et le suivi de la résolution effective des problèmes identifiés dans le fonctionnement des structures de santé. La mise en œuvre de cette stratégie, expérimentée uniquement dans les régions de consolidation, a permis de résoudre d'importants problèmes entravant le fonctionnement ou la fonctionnalité des structures de santé. Dans différentes localités, l'approche CRC/CVA a permis la résolution du problème de l'électrification et de la gestion des ambulances dans des postes de santé, la construction ou réhabilitation de logements des prestataires (ICP et SFE), le recrutement d'un

personnel qualifié (SFE, Assistant Infirmier). Elle a également permis l'effectivité de la prise en charge sanitaire gratuite du personnel communautaire, comme dans le district sanitaire d'Oussouye, et surtout la libération de la totalité des fonds de dotation par les collectivités territoriales, qui étaient souvent, source de conflits entre les autorités sanitaires et les collectivités territoriales.

« Pour l'approche communautaire aussi, le Programme Santé a permis à certaines collectivités territoriales de s'approprier la résolution des problèmes de santé surtout avec les, les communes pilotes de Notto et Tassett (...). Vraiment là-bas les plans opérationnels sont beaucoup plus élaborés et en général la mise en œuvre ne pose pas de problèmes parce qu'ils comprennent très bien les enjeux, et il n'y a pas de difficulté pour mobiliser les ressources pour la mise en œuvre de ces plans. (...) Dans ces deux communes vraiment on a mis en place des cadres avec des réunions de restitution communautaire avec les autorités administratives, les collectivités territoriales ça n'a pas mal marché à ce niveau (...)» (MCD, Thiès)

« Nous avons constaté que c'était des cadres d'échange très fructueux où beaucoup de malentendus et beaucoup de contraintes ont été levés. Mais, également beaucoup d'acquis ont été obtenus. A la séance de l'entame à cours du cadre, des élus se sont engagés à mettre aux normes des postes, à construire des logements, à régler les problèmes liés à l'électricité, les problèmes liés à la référence par la mise à disposition d'une ambulance. En tout cas beaucoup de petits problèmes structurels qui empêchaient la bonne marche des services de santé ont pu être levés à travers ces cadres-là » (MCD, Kaolack)

Conclusions

Divers mécanismes et cadres ont été mis en place, aussi bien dans les régions de consolidation (CRC, CVA) que dans les régions de concentration (CVAC) pour soutenir la participation et l'engagement des communautés dans la gestion de la santé. La mise en place de ces cadres a soutenu et rendu effectif la participation des populations dans la gestion et l'amélioration des structures de santé dans les deux catégories de régions. Cependant, le degré d'engagement communautaire reste plus visible au niveau des régions de concentration où les acteurs bénéficient d'un accompagnement plus soutenu de la part du Programme. En outre, la contractualisation avec les acteurs communautaires participe à renforcer cette implication des populations locales dont les membres sont également actrices des projets. D'autre part, la mise en place de cadres de concertation et de stratégies innovantes promouvant le dialogue et les échanges entre les différentes catégories d'acteurs de la santé a été une stratégie efficace pour une optimisation des contributions des différentes parties. Elle a aussi, et surtout, facilité un dialogue pour éviter les conflits/malentendus et prôner une résolution collective des problèmes et insuffisances. Elle a facilité à la fois la contribution des populations, mais aussi des collectivités dans la résolution des problèmes des structures de santé dans différentes localités. Les résultats des entretiens conduits auprès des différents acteurs et cibles établissent un engagement des communautés dans la santé, significativement renforcé grâce aux différentes stratégies mises en place par le Programme Santé par le biais de ses mécanismes.

Également, les résultats de l'évaluation indiquent une adhésion et une appropriation progressive des communautés aux différentes stratégies mises en œuvre par le Programme pour effectuer des changements dans la gestion et la prise en charge des besoins des structures de santé.

QUESTION 5 : AMÉLIORATION DE LA GOUVERNANCE ET DE L'AUTONOMISATION DU SYSTÈME

Dans quelle mesure le Programme Santé a-t-il renforcé la gouvernance et la capacité du système de santé sénégalais dans son cheminement vers l'autonomie dans le secteur de la santé ?

Résultats

Renforcement de la gouvernance et pilotage du système

Le Programme Santé a mis en œuvre une série d'activités visant à renforcer le système de santé au Sénégal par le biais de ses différents mécanismes. Au niveau stratégique, les différents mécanismes ont apporté des appuis techniques et financiers aux instances centrales du MSAS dans l'élaboration de différents documents nationaux de politique, notamment le PNDS, le Programme National de Santé Communautaire (PNSC), la Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS), la Stratégie Nationale de Développement de l'information Sanitaire (SNDIS), le Plan National de Développement des Ressources Humaines (PNDRH). Ils ont également appuyé l'élaboration de documents de planification stratégique tels que le plan stratégique SRMNIA, le plan stratégique PNA-DPM³⁴-LNCM, ainsi que les documents stratégiques de la Cellule Genre et de la Cellule Santé Communautaire, tout autant que des outils de gestion. L'élaboration de ces différents documents ont reçu le concours des différents mécanismes du Programme (RSS+, GoTAP, Neema, GHSC, HRH2030, SHOPS+). Le mécanisme HRH2030 a également soutenu l'élaboration de divers outils de gestion des ressources humaines pour le MSAS, incluant des fiches de poste et des livrets pour les personnels, afin de faciliter le pilotage de la politique de ressources humaines du MSAS.

Dans le domaine de la gouvernance du système de santé, le MSAS a bénéficié d'un appui soutenu du Programme Santé dans l'élaboration et la diffusion d'outils et de guides, tels que le guide de supervision en santé communautaire, le guide de gestion de la réunion de coordination du Poste de Santé, le passeport Genre, etc.

Pour améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé, et dans le but de lever les obstacles propres à la chaîne d'approvisionnement en médicaments, le mécanisme GHSC a appuyé la DPM dans l'établissement de la liste nationale des médicaments essentiels et une compilation des meilleures pratiques applicables à la gestion pharmaceutique dans le pays. Malgré ces importants appuis dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé, d'importants retards sont notés dans le processus de libération des autorisations de mise sur le marché, liées aux difficultés rencontrées par la DPM à réunir le comité d'experts. Cet état de fait constitue une contrainte importante pour la mise à disposition de médicaments essentiels pour le système de santé. La mise en place du mécanisme SHOPS+ a permis de soutenir une meilleure prise en compte des structures privées de santé dans l'ensemble du processus de gestion du secteur. Ayant soutenu la réalisation d'une cartographie nationale des structures de santé privées au Sénégal, SHOPS+ a fourni un instrument à la fois de pilotage et de gouvernance important, qui facilite une gestion plus efficace du secteur privé sur tous les aspects liés, notamment, au respect et conformité aux standards, le respect des politiques, normes et procédures du MSAS par le privé.

Renforcement des capacités de gestion opérationnelle et financière des régions et districts

Le Programme Santé a également permis le renforcement des activités de pilotage et de gestion au niveau régional et des districts sanitaires. Par le biais d'appuis multiformes aussi bien pour la conception des PTA des régions et des districts, que pour l'appui aux activités de coordination et de supervision (supervisions, revues, réunion de consolidation), les différents mécanismes ont soutenu la systématisation des procédures et pratiques, ce qui a considérablement amélioré la gestion opérationnelle et le pilotage des régions médicales et des districts.

³⁴ Direction de la Pharmacie et du Médicament

« Disons, ils nous appuient dans le renforcement du système, le renforcement de capacités des acteurs. Ils sont dans la gouvernance avec tout ce qui est dispositif de gouvernance, dispositifs de coordination de l'accompagnement de toutes les activités par rapport à l'évaluation de toutes les performances. » (MCR Kolda)

« Et l'autre élément c'est par rapport à la planification, on élabore souvent un plan de travail annuel, maintenant chaque trimestre on élabore un plan de travail trimestriel, on envoie également à NEEMA, au bureau régional pour que durant ce trimestre-là nos activités qu'on compte dérouler, c'est l'expression de nos besoins dont ils vont tenir compte dans le déroulement de leurs interventions » (MCD Saint-Louis)

Dans le domaine de la gestion financière et comptable, RSS+ dans les régions de consolidation et GoTAP dans la région de Kaffrine (G2G) ont développé différentes activités de renforcement de capacités des équipes de gestion des régions et des districts sanitaires. Les mécanismes du Programme Santé (G2G, RSS+) ont développé différentes sessions de formation et de renforcement des capacités des régions et districts de santé aussi bien dans le domaine du pilotage technique que de la gestion financière.

« Il y a la formation sur la gestion financière. Aussi bien les médecins que les gestionnaires ont été formés sur la gestion financière (...) Oui c'est le logiciel soft solution, il a été développé avant même que je sois ici. C'est avec le projet aussi. Jusqu'à présent ça continue. » (MCD Joal)

Les entretiens réalisés auprès des différents acteurs font état d'une nette amélioration des capacités de gestion des équipes des régions médicales et des districts sanitaires. Les documents de gestion et les rapports financiers fournis sont de meilleure qualité comparativement à leurs pratiques antérieures. L'appui du Programme Santé a permis aux différentes Directions du MSAS de développer les compétences des personnels du niveau régional. La Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE) a pu apporter une assistance technique directe et un accompagnement soutenu aux structures du niveau décentralisé en matière de gestion financière. La Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), par le biais de la Direction du Système d'Information Sanitaire et Social (DSIS), a développé différentes activités de renforcement de capacités ayant permis le renforcement de la qualité des données sanitaires saisies dans le système national d'information sanitaire (SNIS). Grâce au mécanisme G2G, les capacités de la région médicale de Kaffrine ont également été largement renforcées, aboutissant à une réduction du risque financier.

La DAGE renforce les capacités des régions médicales à rendre compte de l'utilisation des ressources, assurant ainsi une meilleure traçabilité des opérations financières et des financements reçus dans le cadre de la SRMNIA et du G2G (région de Kaffrine et PNLP). Dans le cadre du G2G, il y a eu un renforcement des capacités basé sur des évaluations préalables, ayant conduit le MSAS, dans le cadre du plan de mitigation des risques, à procéder au recrutement de contrôleurs internes, de comptables et gestionnaires financiers. Cette amélioration des capacités de gestion financière des acteurs, a été soutenue par la mise en place d'outils standardisés permettant une harmonisation des pratiques de gestion. Tous les acteurs interrogés aussi bien au MSAS, au niveau des régions médicales et districts que de l'USAID ont reconnu ce renforcement.

« L'appui a vraiment permis d'améliorer de manière très nette leurs capacités de gestion financière (...) A titre d'exemple, en matière de gestion financière, actuellement près de 98 % des pièces justificatives fournies sont acceptées alors qu'au baseline seulement 29 % des pièces étaient acceptées, ça prouve un net progrès de ce point de vue (...). » (AOR, USAID).

Ce renforcement des capacités de gestion a été étendu au secteur privé, dont une partie importante des structures a bénéficié de formations et d'un renforcement de capacités avec l'appui de SHOPS+.

Renforcement des capacités techniques du système de santé

Mise à disposition de ressources humaines qualifiées

L'appui du Programme Santé a également contribué à renforcer les capacités techniques du système de santé par des interventions prenant en charge toute la chaîne de prestation des services. Les mécanismes ont soutenu l'élaboration

de documents et outils méthodologiques destinés à améliorer les pratiques et prestations des personnels de santé (Manuel SRAJ et VBG, Outils DIPEC, Guide de formation des soins aux nouveau-nés, Carte de scoring, etc.).

Le Programme Santé a soutenu le recrutement et la mise à disposition de ressources humaines pour le système de santé. Différentes structures du niveau central (DAGE, Division de lutte contre le SIDA et les IST - DLSI, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant - DSME, Service National Éducation et Information pour la Santé - SNEIPS, Direction des ressources humaines -DRH, etc.) ont également bénéficié d'une mise à disposition d'experts pour fournir un appui technique, permettant ainsi de renforcer les ressources humaines locales. Dans le cadre du G2G, GoTAP a procédé au recrutement de 33 prestataires de santé dans les zones souffrant de manque de personnel et au renforcement de capacités des prestataires des 92 points de prestation de services de la région de Kaffrine. Ceci a permis d'atteindre des résultats particulièrement positifs dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile, ainsi que dans le domaine du paludisme. Cet effort de renforcement de l'effectif du personnel de santé rencontre l'adhésion du MSAS qui procède dans le reversement des personnels initialement recrutés par des partenaires dans la fonction publique nationale. A titre d'exemple, 14 comptables des régions formés par la DAGE avec l'appui du Programme Santé seront recrutés par la fonction publique, en plus des 50 infirmiers déjà intégrés après avoir été recrutés par l'USAID. Même si ces chiffres semblent minimes comparés aux besoins en personnels du système, ils traduisent la volonté progressive du MSAS à prendre en charge les besoins en ressources humaines qualifiées.

Renforcement des capacités des prestataires et personnels communautaires

Au niveau opérationnel, le Programme Santé a contribué au renforcement des capacités des prestataires de santé et des personnels communautaires de santé. Au total, dans ces deux premières années de mise en œuvre, 3 748 prestataires de santé et 28 329 acteurs de santé communautaires ont bénéficié d'une formation ou d'une activité de renforcement des capacités fournie par le Programme Santé à travers ses mécanismes (RSS+, Neema et SHOPS+) dans les quatorze régions du Sénégal. Ces personnels ont été renforcés dans des domaines cliniques à fort impact, à savoir la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la SRAJ, la santé de la reproduction et la planification familiale. Une amélioration très significative de la qualité des prestations et des services a été rapportée par les différents acteurs interrogés dans le cadre de cette évaluation à mi-parcours.

« Il nous appuie sur le renforcement de capacité des prestataires ; tout ce qui est formation comme volet de la santé de la mère, la planification familiale, le paludisme et le VIH également et aussi dans le renforcement des capacités des acteurs des cases de santé et des DSDOM. Grâce à l'USAID quand même, nous avons pu enrôler de nouveaux DSDOM, ce qui a permis à notre district d'arriver à 60 DSDOM qui font le paquet complet. (...). Nous avons formé 200 relais avec l'appui de l'USAID qui vont aller distribuer la SP chez les femmes enceintes qui ont déjà reçu la première dose. » (MCD MYF)

« Il y a eu les formations par exemple. Celle sur la GATPA. Ce qui permet de renforcer la qualité de la prise en charge déjà par le personnel. On a eu également à former les matrones sur la PF communautaire. On a pu acheter des intrants, des boîtes d'accouchement. Tout cela améliore la qualité des services ainsi que la prise en charge. » (MCD Joal)

Extension des capacités de couverture de l'offre et renforcement du tissu communautaire

En plus des activités de renforcement de capacités, le Programme a soutenu un ambitieux plan d'extension de la couverture de l'offre en procédant à l'enrôlement de nouvelles cases, ainsi qu'à la réhabilitation d'un nombre important de cases de santé fermées. Dans les zones excentrées à faible couverture des régions de Tambacounda et de Kolda, l'érection de certaines cases de santé en postes de santé a été initiée par le Programme Santé. Le Programme Santé a également apporté un important appui en équipements sanitaires de base, aussi bien pour les postes que les cases de santé, particulièrement dans les sept régions de concentration par le biais de Neema.

« En fait il y a cinq cases de santé qu'on a érigé en poste de santé dans le District de Dianké avec l'appui de l'USAID ; donc on a fait toute la procédure avec les CLD je pense ; les missions sur le terrain on a fait le recrutement pour les sages-femmes depuis mi-2018 mai on attend que ça soit effectif. » (MCR Tamba)

« Actuellement, il intervient surtout dans le domaine de la santé communautaire pour redynamiser les cases de santé et autres parce qu'on a vu depuis leur arrivée, il y avait beaucoup de cases qui étaient fermées mais ils ont réussi à nous aider

à les ouvrir et aussi, à recruter et former le personnel communautaire pour ces cases là (...) Pratiquement, ici tous les acteurs communautaires ont subi une formation avec l'appui de l'USAID.» (MCD Koumpentoum)

Ces différents appuis fournis par le Programme dans le domaine du renforcement de la couverture participent à améliorer la capacité du système de santé sénégalais à offrir les services de santé de base à toutes les populations, y compris celles qui sont les moins bien desservies par la couverture des infrastructures de santé.

Renforcement des capacités opérationnelles du système de santé

Un appui conséquent est fourni aux districts sanitaires et aux ICP dans le déploiement des stratégies avancées dans l'ensemble des régions. Cet appui aux stratégies avancées a contribué à un renforcement très significatif des capacités opérationnelles du système à fournir l'offre de produits et services au niveau communautaire. Il a notamment permis de faciliter l'accès aux services au niveau des cases de santé et sites communautaires.

« Il y a tout ce qui est santé de la mère SRMNIA, tout ce qui est pilotage, gestion mais également la santé de la reproduction et des adultes, des jeunes. Il y a aussi les intrants. On a bénéficié d'achats d'intrants à travers ces financements. Avec le projet NEEMA, on a aussi eu un appui pour la lutte contre le VIH. Un plan d'actions a été d'ailleurs soumis et financé pour atteindre les objectifs du TATARSEN (les 3/90). l'USAID reste la principale source de financement de nos activités. » (MCD Joal)

« Ils nous ont doté en pingouins et de petits matériels pour la réanimation des nouveaux nés au niveau communautaire (...) Des équipements qui permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge au niveau communautaire. » (MCD Saint-Louis)

« Il appuie également l'offre des services, c'est-à-dire les stratégies avancées que des infirmiers font au niveau des cases de santé chaque mois. » (MCD MYF)

Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et produits de santé

L'appui du Programme Santé au système d'approvisionnement national en médicaments, par le biais du mécanisme GHSC, constitue un apport important dans la rationalisation des processus pour une disponibilité effective et accrue des médicaments aux populations sénégalaises. Grâce au soutien apporté par le mécanisme GHSC à l'initiative « Yeksi Naa » de la PNA, le Programme Santé de l'USAID contribue à l'amélioration de la disponibilité des produits essentiels de planification familiale et de lutte contre le paludisme dans les postes de santé de l'ensemble des régions.

Toutefois, la disponibilité des produits continue de poser des défis malgré la mise en place de la stratégie « Yeksi Naa », du fait qu'une partie importante des gestionnaires et dépositaires se plaignent de ruptures de médicaments et de produits essentiels.

Selon la plupart des dépositaires et MCD interrogés, les difficultés de paiement dues aux retards de remboursement des frais après service par l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (ACMU) aux districts et aux postes de santé ont conduit la PNA et la plupart des pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA), à interrompre la fourniture des médicaments essentiels aux Postes par la stratégie « Yeksi Naa ». Cette situation entraîne une recrudescence et une augmentation des taux de ruptures des produits au niveau des postes et cases de santé. GHSC soutient également les efforts de mise en place d'un VAN (« Réseau de Visibilité et d'Analyse » communément appelé « Tour de Contrôle ») en recrutant un agent chargé de la gestion de cette « Tour de Contrôle », mais le faible niveau des dépositaires dans les districts et postes de santé limite leur capacité à rendre opérationnel cette approche d'une gestion informatisée des produits.

Appui au système national d'information sanitaire (SNIS)

Dans le cadre du renforcement du SNIS, le Programme Santé a apporté un appui à la DSIS dans le pilotage et la gestion de l'information sanitaire, aussi bien pour sa fiabilité et sa crédibilité que sa disponibilité et sa complétude (révision de stratégie nationale de développement de l'information sanitaire, élaboration du manuel de procédures de gestion du système d'information sanitaire et du manuel d'audit de la qualité des données de routine, élaboration du Plan stratégique 2018 – 2022, etc.). Les interventions du Programme dans ce domaine visent à doter le MSAS de données sanitaires exhaustives, fiables et à jour. Le SNIS a été renforcé par des formations (formation des ECR et

ECD sur le DHIS2, qui ont, à leur tour, formé les ICP à enregistrer les informations sur la plateforme DHIS2), l'appui en équipements informatiques et l'extension de la plateforme DHIS-2 au niveau des postes de santé.

« Aujourd'hui, on a la complétude des données au niveau communautaire, cela était d'une insuffisance fondamentale. Ce qu'on donnait dans les rapports, c'était juste ce que l'infirmier a eu à faire au niveau de son poste, mais aujourd'hui au niveau de la communauté, on peut obtenir toutes les informations en temps réel. Ça c'était des choses dont on ne pouvait pas disposer, il était très difficile d'en avoir. Mais aujourd'hui, dans le district, je suis à mon sixième district, c'est là où je reçois beaucoup plus d'informations communautaires » (MCD Pete)

« Au niveau poste de santé, il y a eu même un achat de portables Android. Il y a eu un appui en équipement informatique avec des ordinateurs qui ont été achetés surtout par rapport à la saisie des données. » (MCR Kolda)

Le Programme Santé a également permis la signature d'un protocole d'accord entre le MSAS et l'Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie (ANSD) pour un accompagnement technique et le renforcement des capacités des agents du Ministère dans l'analyse de l'information sanitaire.

La prise en compte des données des structures privées de santé a été une des plus-values acquises grâce au Programme Santé. Par le biais des interventions de son mécanisme SHOPS+, les structures privées de santé ont bénéficié d'un appui pour la collecte des données et leur intégration dans le SNIS. Ainsi, les cabinets privés formés transmettent les données sur le paludisme chaque semaine et sur les autres pathologies chaque mois aux districts sanitaires, pour leur prise en compte dans les statistiques. L'intégration des données du niveau communautaire dans le DHIS-2 a également été une contribution novatrice du Programme Santé dans le renforcement et l'amélioration de la qualité et de la complétude des données sanitaires fournies par le SNIS.

Renforcement des capacités techniques du secteur privé

SHOPS+ soutient le Ministère de la santé pour une meilleure prise en compte du secteur privé et de son apport contributif dans l'offre de services, notamment dans le domaine de la SRMNIA/PF et du Paludisme. Cet apport est d'autant plus crucial que dans certaines régions (Dakar, Diourbel, Saint-Louis, Kaolack et Thiès) le secteur privé constitue un volet important de l'offre dont la non prise en compte constituerait un handicap, voire une faiblesse du système de santé dans son ensemble. Grâce aux interventions menées par SHOPS+ au profit des structures privées de santé, le Programme Santé a fourni une contribution dans l'amélioration de la qualité des prestations et des services dans le privé. Le Programme a soutenu la formation des prestataires du privé aussi bien sur des aspects cliniques des prestations que sur les normes et protocoles du MSAS, y compris les nouvelles directives de lutte contre le paludisme. Les formations dispensées aux structures privées par SHOPS+ permettent de renforcer la qualité des services et prestations de ces structures et leur mise à niveau au regard aux normes et protocoles du Ministère de la Santé.

Renforcement des capacités de financement / autofinancement du système

Financement de la santé par l'Etat du Sénégal

Durant les cinq dernières années, les efforts du Gouvernement dans le financement de la santé ont connu une hausse régulière. En valeur absolue, le budget alloué au secteur de la santé est passé de 134 566 702 980 FCFA en 2016 à 169 487 111 320 FCFA en 2018, soit une augmentation significative de 25%. Toutefois, rapporté au budget global de l'Etat du Sénégal, qui a connu un triplement sur la même période, les ressources affectées au secteur de la santé ne représentent que 5% du budget national, plaçant ainsi le Sénégal encore loin des 15% fixés par les accords d'Abuja et visés comme cible par le Programme Santé en 2021.

Par ailleurs, la mise en place par le MSAS d'une ligne de contribution au G2G, dont le montant est passé de 100 millions en 2016 à 120 millions en 2017, pour s'établir à 150 millions en 2018 traduit une volonté manifeste du Gouvernement du Sénégal à consentir des efforts progressifs dans le financement de la santé des populations.

Le Gouvernement du Sénégal a mis en place une politique de gratuité très volontariste. La couverture maladie universelle et la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, ainsi que pour les bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale ou encore des détenteurs des cartes d'égalité des chances sont des initiatives importantes mises en place pour améliorer l'accès aux services de santé des populations sénégalaises, y compris les plus démunies.

Toutefois, malgré cette hausse du budget de la santé en valeur absolue et l'augmentation régulière de la ligne G2G, ces ressources constituent des proportions encore très limitées du financement de la santé du Sénégal, entretenant la perpétuation d'une forte dépendance à l'égard de l'appui extérieur dans le financement de la santé au Sénégal.

Financement de la santé par les collectivités territoriales

Les interventions du Programme ont contribué à produire un engagement progressif des collectivités territoriales dans la gestion et le financement de la santé. Cette approche permet de mobiliser des sources alternatives de financement pouvant compléter les ressources limitées fournies par l'Etat. La mise en place des CDS, ainsi que le soutien des collectivités dans l'élaboration des POCT ont permis d'enregistrer une augmentation substantielle des ressources allouées à la santé par les collectivités territoriales. En effet, l'élaboration des POCT et leur intégration dans les PTA des districts sanitaires permettent aux collectivités territoriales de déclarer leurs contributions pour la santé. Toutefois, la mise en œuvre des POCT est très souvent caractérisée par d'importants retards dus aux lenteurs dans le décaissement des fonds par les collectivités.

Dans les régions du Sud, la collaboration du Programme Santé avec le mécanisme GOLD, notamment dans l'amélioration de la gouvernance sanitaire, a contribué au renforcement de la mobilisation des contributions des collectivités territoriales pour la santé dans les communes couvertes par les deux mécanismes. Cette synergie entre le Programme Santé et GOLD a été une des plus grandes réussites du Programme en matière de collaboration inter-mécanismes de l'USAID.

Les approches renforçant la gouvernance et le financement territorial de la santé ont été très appréciées par l'ensemble des parties prenantes, notamment les responsables au niveau stratégique.

« Même avec GOLD aussi récemment dans le cadre de la lutte contre le palu, on a fait un atelier avec les collectivités locales pour leur implication dans la lutte contre le paludisme ; parce qu'eux ils appuient et travaillent directement avec les collectivités locales, GOLD. » (MCR Tamba)

« L'USAID nous appuie dans la planification des POCL. L'élaboration des PTA au niveau du district, les cycles de planification appuyés aussi par l'USAID. » (MCD District de Medina Yero Foulah)

« C'est ce que je disais l'élaboration des POCL qui nous permet de capter les fonds du système territorial dans l'effort de santé. Mais maintenant il y a l'évènement des comités du développement sanitaire et ça c'est ABT qui est en train de former tous les comités par rapport au dispositif du comité de développement sanitaire et ça a démarré depuis lundi passé. Ils ont prévu aussi à la fin de ça de former aussi les comités en gestion informatique et financière. » (Superviseur des Soins de Santé Primaires, Région de Concentration)

Toutefois ces efforts visant à soutenir une autonomisation du système semblent encore insuffisants au regard des nombreux défis qui s'imposent au système de santé du Sénégal.

« Oui, mais en collaboration avec les CDS, dans le district il y a directement du personnel avec les communes, surtout les communes qui ont les moyens, les communes de la ville de Thiès maintenant dans les deux communes de Notto et de Tassette également, c'est des recrutements du comité de santé, oui parce qu'ils sont bien sensibilisés par rapport, en recrutant une 2ème sage-femme ou un 2ème infirmier pour permettre la continuité du service ». (MCD dans une région de consolidation)

Financement communautaire par le système mutualiste

Les mutuelles de santé assurent une mobilisation des ressources locales en faveur de la santé. Elles constituent un instrument puissant en matière d'autofinancement de la santé. Le Programme Santé a soutenu la politique de mise en œuvre de la couverture maladie universelle par un accompagnement technique et un appui financier à l'ACMU, ainsi qu'aux mutuelles mises en place au niveau communautaire. Cet effort contribue à la fois à élargir les systèmes de financement de la santé, tout en assurant un accès plus facile aux services et soins de santé des populations sénégalaises. Le mécanisme RSS+ a apporté un important appui aux structures de mutuelles ainsi qu'à leurs organes de gouvernance aux niveaux régional, départemental et communautaire dans les sept régions de consolidation. Un accompagnement a également été fourni par le renforcement des capacités de leurs responsables, ainsi que par un financement de leurs activités de communication pour susciter l'adhésion des populations et soutenir un enrôlement plus important des cibles gage d'une viabilité du système. Cependant, cet appui a été principalement circonscrit aux régions de consolidation, créant ainsi un déséquilibre avec les régions de concentration.

Toutefois, la question de la viabilité du système mutualiste reste un grand défi du fait de sa forte dépendance aux subventions de l'Etat dont le retard de financement et de remboursements entraîne des difficultés importantes de fonctionnement. Les retards de remboursements et de versement des subventions par l'Etat créent une situation difficile qui conduit certaines structures de santé et PRA à suspendre la fourniture des médicaments et produits à leurs adhérents, fragilisant ainsi la crédibilité de ces institutions qui étaient déjà largement mis à l'épreuve.

Dans les différentes régions couvertes par l'évaluation, un nombre important de mutuelles constate n'avoir pas reçu de paiements depuis 2016 en dehors de paiements partiels reçus en 2017, et aucun paiement durant toute l'année 2018 et l'année 2019 en cours. En outre, les difficultés structurelles des mutuelles sont aggravées par leur faible taux de pénétration, reflet de la faiblesse des adhésions, et une prédominance des bénéficiaires des filets sociaux (bénéficiaires des systèmes de gratuité de l'Etat, bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale et détenteurs de la carte d'égalité des chances pris en charge par l'Etat) parmi leurs adhérents. Dans sa configuration actuelle, ce système mutualiste est totalement adossé aux subventions de l'Etat posant ainsi un réel enjeu de viabilité. Le mécanisme SHOPS+ a pour sa part développé une initiative pilote à travers l'ACMU pour l'implication effective des structures privées de santé dans le système de couverture des mutuelles de Santé par la facilitation des relations avec le secteur privé.

Conclusions

Le Programme Santé, à travers ses différents mécanismes, a mis en œuvre une diversité d'interventions contribuant au renforcement du système de santé. Développant une approche holistique du système de santé, le Programme a mis en place des mécanismes segmentés opérant chacun sur l'un des leviers essentiels du système de santé pour apporter un effet d'ensemble sur le système global.

Les interventions du Programme couvrent les six (6) leviers des « *Building Blocks* » du système de santé défini par l'Organisation Mondiale de la Santé que sont : i) l'offre de services ; ii) les ressources humaines ; iii) le système d'information sanitaire ; iv) l'accès aux services de base ; v) le financement du système de santé et vi) le leadership et la gouvernance. Le partenariat avec le Programme Santé a permis le renforcement à la fois de la gouvernance du système aussi bien politique (réformes politiques et développement de documents nationaux, etc.) qu'opérationnelle par l'appui et le renforcement des structures de gestion et de gouvernance au niveau régional et du district. Les interventions du Programme ont également toutes couvert le renforcement des capacités des personnels et prestataires de santé, ainsi que la dotation en équipements et matériels. Les questions de l'accès et du financement du système de santé sont également bien prises en charge par le Programme à travers ses mécanismes RSS+, GoTAP en particulier.

En effet, les capacités opérationnelles du système aussi bien que celles de ses agents ont été significativement renforcées par les interventions croisées des différents mécanismes du Programme Santé aussi bien au niveau central que décentralisé. L'appui du Programme Santé a permis de traduire en documents d'orientation politique l'engagement soutenu du Gouvernement du Sénégal à améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé pour une meilleure prise en charge des besoins des populations, reflétant ainsi des progrès significatifs par rapport au renforcement de l'engagement (« *Commitment* ») de l'Etat dans son cheminement vers l'autonomie. De ce point de vue, l'appui du Programme Santé a soutenu la mise en place d'un environnement politique très propice, traduisant un progrès soutenu sur la dimension « *Engagement* » (*Commitment*) qui constitue l'un des deux axes principaux du concept. L'appui du Programme à la mise en place de la stratégie nationale de financement de la santé, au développement du PNDS, ou encore à la promulgation de la loi sur la CMU, sont autant d'acquis qui traduisent et renforcent l'engagement volontariste du Gouvernement du Sénégal dans la prise en charge des défis dans le secteur de la santé.

Le second critère central du cheminement vers l'autonomie, à savoir la capacité nationale (aussi bien du gouvernement que du secteur privé et de la société civile) à planifier, financer et mettre en œuvre des solutions appropriées pour relever les défis dans le secteur de la santé, connaît des progrès inégaux sur ses différents aspects. Sur le plan des capacités techniques, y compris les capacités à planifier et à mettre en œuvre des interventions et des solutions appropriées, des progrès considérables ont été réalisés grâce aux multiples appuis du Programme Santé, à travers ses différents mécanismes, aussi bien dans les régions de consolidation que dans les régions de concentration. Cette amélioration des capacités techniques et de planification est sensiblement étendue au secteur privé, quoique dans un

nombre réduit de régions en raison de la couverture limitée de SHOPS+. À l'inverse, les capacités de la partie nationale (Etat, secteur privé et société civile) à financer le secteur de la santé sont celles qui enregistrent les progrès les plus faibles, avec une nette baisse de la proportion des ressources allouées au secteur dans le budget de l'Etat, malgré sa très forte hausse durant les dix dernières années.

En dépit de tous ces appuis fournis par le Programme Santé, différents défis plombent encore le système de santé, tels que la forte dépendance à l'appui des partenaires extérieurs pour des activités classiques et régaliennes (supervision, stratégies avancées et réunions de coordination), la persistance des ruptures de produits au niveau des structures périphériques (Postes de santé et Cases de santé), l'autonomie insuffisante des mutuelles, et les nombreux et longs retards de remboursements.

CONCLUSION GENERALE

L'approche géographique par catégorisation des régions a permis un renforcement soutenu de la disponibilité et de l'accessibilité des services et produits prioritaires de santé aux populations, notamment dans les régions de concentration où des interventions intenses ont été mises en œuvre par Neema et, dans une moindre mesure, SHOPS+. Au-delà de l'amélioration de l'accessibilité, ces interventions ont permis une nette amélioration de la qualité des services et prestations reconnus par l'ensemble des acteurs et autorités sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La segmentation du Programme en mécanismes spécialisés a permis de prendre en charge de façon approfondie des aspects clés du système de santé, avec une intégration effective des structures de santé privées dans les activités du Programme.

Les résultats de l'évaluation ainsi que les indicateurs de santé établissent une tendance positive de la performance globale du Programme et sa contribution effective dans l'amélioration de la santé des populations dans les différentes régions, en particulier la santé des femmes et des enfants.

Cependant, différents paramètres tels que les longs retards dans le démarrage effectif des activités du Programme, les grèves récurrentes des personnels de santé ont retardé ou entraîné la suspension de plusieurs activités phares du Programme (tutorat suspendu pendant 6 mois en raison de la non disponibilité des prestataires) et la mise en œuvre des interventions à haut impact uniquement dans les régions de concentration, limitant ainsi l'ampleur des changements et leur répercussion sur les indicateurs de santé au niveau national. Même si des progrès sont perceptibles, les données sanitaires reflètent des écarts encore très importants par rapport aux cibles du Programme en 2021.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs de performance du Programme Santé à l'évaluation de mi-parcours

Indicateurs de performance du Programme Santé (2016-2021)	Valeur Baseline	Valeur actuelle (Mi-parcours)	Valeur Cible (2021)	% Ecart à la cible
Réduction de la mortalité maternelle de 392 à 211	392	236	211	12%
Réduction de la mortalité des moins de 5 ans de 54 à 33	54	56	33	109%
Réduction de la mortalité néonatale de 19 à 12	19	28	12	133%
Réduction de la prévalence du retard de croissance chez les moins de 5 ans de 18% à 10%	18%	16,5%	10%	65%
Réduction de l'indice synthétique de fécondité de 5 à 3 enfants par femme	5	4,6	3	53%
Augmentation du budget du Gouvernement du Sénégal pour la santé de 11% à 15%	11%	8%	15%	

A l'exception de la mortalité maternelle pour laquelle des performances très soutenues sont notées avec un écart à la cible de 12% largement réalisable d'ici 2021, la plupart des autres indicateurs de performance du Programme ont des niveaux de performance encore limités, avec des écarts aux cibles très élevés manifestement difficiles à atteindre d'ici la fin du Programme en 2021. Néanmoins, le réajustement de l'approche et le soutien des régions de consolidation à mieux intégrer les aspects cliniques dans leurs plans de travail annuels financés par le Programme pourraient aider à amoindrir les écarts à la cible à la fin du Programme en 2021. L'absence d'échanges des outils,

stratégies et bonnes pratiques entre régions de concentration et régions de consolidation, tout autant que le déficit de coordination du Programme ont été des faiblesses ayant fortement limité le potentiel d'ensemble du Programme dans son apport au plan national couvrant les quatorze régions. En outre, la faible utilisation des outils et stratégies du Programme par le Ministère de la santé et ses autres partenaires ne facilite pas la gestion des déséquilibres entre les deux catégories de régions, sachant que les régions de concentration ont bénéficié d'interventions plus soutenues et mieux élaborées.

Le Programme Santé, à travers ses différents mécanismes, a mis en œuvre une diversité d'interventions ayant participé au renforcement du système de santé par le biais de mécanismes opérant chacun sur un des leviers essentiels du système de santé. Les six (6) leviers des « *Building Blocks* » définis par l'OMS (i) l'offre de services ; ii) les ressources humaines ; iii) le système d'information sanitaire ; iv) l'accès aux services de base ; v) le financement du système de santé et vi) le leadership et la gouvernance) ont été tous couverts par les différents mécanismes mis en place par le Programme Santé. L'appui du Programme a permis de renforcer aussi bien la gouvernance politique, financière que communautaire du système, que le renforcement des capacités techniques et opérationnelles du système à offrir des services de santé de qualité aux populations.

Toutefois, malgré l'importance de cet apport, le soutien de l'USAID dans le secteur de santé reste encore nécessaire du fait de la persistance de défis qui limitent l'autonomie du système de santé sénégalais dans les aspects clés de son fonctionnement parmi lesquels on peut citer la faiblesse des ressources allouées au secteur par le Gouvernement du Sénégal et la contribution encore très limitée des Collectivités Territoriales dans le financement de la santé, faisant des soins de santé un lourd fardeau pour les populations, que les plus démunis ont le plus à supporter.

RECOMMANDATIONS

❶ POUR AMELIORER L'EFFICACITE DE L'APPROCHE GEOGRAPHIQUE

▪ **ACTIONS A COURT TERME (PROGRAMME EN COURS) :**

- Revoir et amender le manuel de procédures du financement direct des régions de consolidation pour pouvoir infléchir les domaines de formation à couvrir à travers le financement direct
- Mettre en place un mécanisme de validation des PTA qui permette de pouvoir infléchir les activités planifiées par les RM et DS dans le sens des priorités du Ministère.

▪ **ACTIONS POUR LE LONG-TERME (PROCHAIN PROGRAMME) :**

- Explorer les possibilités d'une mise en œuvre transversale de certaines interventions clés dans les deux catégories de régions
- Réajuster les priorités de formation développées dans les régions de consolidation pour un meilleur équilibre entre les formations en gestion et gouvernance et les formations des prestataires sur des aspects cliniques liés à l'offre de services et/ou à la qualité des prestations ;
- Faire l'analyse détaillée des indicateurs prioritaires de santé pour le choix des priorités dans chaque région
- Utiliser la cartographie des interventions comme élément de planification des activités et des interventions du Programme Santé
- Intégrer les activités du FARA du PNLN dans les PTA des régions
- Envisager la mise en place d'un mécanisme de financement des activités transversales dans les planifications annuelles
- Intégrer un niveau de catégorisation intra-régional qui assure une prise en compte des disparités entre districts dans une même région
- Mettre en place un mécanisme d'arbitrage et de validation des Plans de Travail Annuels fournis par les districts pour s'assurer de leur alignement aux priorités définies par le MSAS

❷ POUR RENDRE EFFECTIF LES ECHANGES ET L'ENRICHISSEMENT ENTRE LES DEUX CATEGORIES DE REGIONS

▪ **ACTIONS A COURT TERME (PROGRAMME EN COURS) :**

- Assurer un partage effectif de tous les outils développés dans le cadre du Programme Santé à l'ensemble des acteurs et mécanismes
- Organiser des rencontres d'assistance technique interrégionales entre les régions de concentration et les régions de consolidation
- Réviser le processus d'élaboration du plan d'action intégré (PAI) pour en faire un cadre d'échanges et de planification des activités synergiques dont l'exécution devra être intégré dans le rapport de mise en œuvre du PAI

▪ **ACTIONS POUR LE LONG-TERME (PROCHAIN PROGRAMME) :**

- Identifier des indicateurs clés communs que les différents mécanismes devront remplir conjointement afin de favoriser la mise en œuvre des activités synergiques
- Organiser des rencontres de capitalisation entre IP à l'occasion desquelles les partenaires d'exécution présenteraient à tour de rôle une innovation réussie ou une bonne pratique
- Définir les missions, rôles et attentes en matière de coordination du Programme au niveau central et clarifier les rôles et responsabilités de chaque partie prenante dans cet effort de coordination.
- Faire des bureaux régionaux comme les portes d'entrée de l'ensemble des autres mécanismes pour faciliter la cohérence et l'harmonisation de l'approche dans les relations avec les partenaires au niveau régional (autorités administratives, autorités sanitaires, etc.)

- Soutenir la fonctionnalité et la régularité des rencontres des cadres régionaux de coordination pour faciliter la collaboration et la communication entre PTF intervenant dans le secteur de la santé
- Revoir l'organisation et le fonctionnement de la plateforme RSS du MSAS pour en faire un cadre de communication et de coordination des interventions des différents PTF actifs dans le secteur pour minimiser les risques de duplication ;

③ POUR RENFORCER LA DEMANDE ET L'ACCES AUX SERVICES DE SNTÉ PRIORITAIRES

▪ ACTIONS A COURT TERME (PROGRAMME EN COURS) :

- Accélérer la finalisation et la diffusion des matériels et outils de communication développés sur la base de la recherche
- Renforcer l'accompagnement et le suivi post-formation des structures du privé pour soutenir leur intégration dans le système (données, utilisation des outils, formations de la région médicale, etc.) ;
- Approfondir l'analyse des déterminants de la recrudescence du paludisme (Insuffisance dans l'investigation du cas indexé, entretien de la transmission, insuffisance du screening des cas importés, défaut de prise en charge des cas, etc.).
- Assurer une prise en charge adéquate par ACDEV des activités démarrées avec MSI pour une pérennisation des acquis dans l'atteinte des jeunes et des adolescents dans le domaine de la SRAJ

▪ ACTIONS POUR LE LONG-TERME (PROCHAIN PROGRAMME) :

- Etendre les interventions à haut impact aux districts moins performants de toutes les régions indépendamment de leur catégorie de d'appartenance
- Déployer des stratégies alternatives pour la prise en charge des cibles délaissées par la réorientation programmatique (VIH) sur les populations clés ;
- Collaborer avec les autres PTF pour la prise en charge et l'appui du secteur privé dans les autres régions non couvertes par SHOPS+
- Prévoir un appui et accompagnement soutenu des mutuelles dans les régions de concentration pour une meilleure prise en charge de la barrière financière dans l'accès aux services et prestations de santé
- Prévoir une composante SRAJ spécifique dans le prochain programme pour une prise en compte conséquente des besoins des adolescents et jeunes dans le domaine de la santé
- Etendre l'appui aux mutuelles aux régions de concentration pour une meilleure prise en charge de la barrière financière dans l'accès aux services et aux soins pour les populations les plus démunies

④ POUR CONSOLIDER LES ACQUIS SUR L'OMPLICATION ET L'ENGAGEMENT DES COMMUNAUTES DANS LA GESTION DE LEUR PROPRE SANTE

▪ ACTIONS A COURT TERME (PROGRAMME EN COURS) :

- Renforcer les stratégies d'implication des leaders communautaires et religieux dans la communication et le changement de comportements ;
- Prévoir une évaluation rapide de la mise en œuvre de la réforme des CDS pour apporter les ajustements nécessaires à sa mise en œuvre effective et optimale ;

▪ ACTIONS POUR LE LONG-TERME (PROCHAIN PROGRAMME) :

- Développer des stratégies novatrices et durables de motivation des acteurs communautaires (impliquant les communautés elles-mêmes) pour une pérennité de ce maillon essentiel du système de santé
- Capitaliser le modèle de collaboration entre le Programme Santé et GOLD qui a montré des gains substantiels en termes d'efficacité et d'efficience dans les régions du Sud et semble très prometteur.
- Mettre en place des stratégies pour renforcer l'engagement et le leadership des femmes dans la gestion de la santé.

⑤ RENFORCER LA GOUVERNANCE ET L'AUTONOMISATION DU SENEGAL DANS LA GESTION ET LE FINACEMENT DE LA SNTE

▪ POUR LE PROGRAMME EN COURS ET LE PROCHAIN PROGRAMME

- Etudier la mise en place d'une version allégée du tutorat pouvant être plus facilement mise en œuvre par les MCR et MCD au niveau opérationnel ;
- Maintenir et renforcer l'appui à la chaîne d'approvisionnement des médicaments, notamment des produits essentiels pour réduire la fréquence et la durée des ruptures de produits essentiels
- Revoir et explorer les options d'une restructuration des régimes de gratuité pour assurer une viabilité du système de prise en charge (Mutuelles, structures de santé) ;
- Capitaliser les résultats de l'étude sur les coûts réels des prestations ;
- Renforcer la solvabilité des mutuelles et veiller à une mise à disposition de leurs subventions dans des délais plus courts ;
- Accompagner les collectivités territoriales aussi bien dans la mise à disposition des fonds de dotation alloués à la santé qu'au respect des engagements pris pour la résorption des gaps dans les structures de santé de leur circonscription.
- Encourager le Gouvernement du Sénégal à accroître les ressources allouées au secteur dans le sens de l'atteinte de l'accord d'Abuja fixant à 15% la part du budget devant être alloué à la santé.

ANNEXE I : TABLE DES RÉSULTATS, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

EVALUATION QUESTION	RAPPEL DE QUELQUES RESULTATS CLES	RECOMMANDATIONS
<p>QUESTION 1 : Comment l'approche géographique qui sous-tend la conception du Programme affecte-t-elle la réalisation de notre objectif général d'améliorer la santé de la population sénégalaise ? L'hypothèse sous-jacente qui fonde la catégorisation des régions est-elle toujours pertinente et efficace ? Si non, quels changements / ajustements devraient être faits ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constat d'un déséquilibre et d'une inégalité de performance entre régions • Les domaines d'interventions sont alignés aux priorités du Gouvernement du Sénégal (MSAS/DPPD) • Une similitude relative des interventions dans les deux catégories de régions avec des priorités différentes avec une forte disproportion des ressources allouées aux deux catégories de régions • Le principe de la catégorisation ni sa pertinence sont acceptés par les différents acteurs aussi du MSAS que ceux du niveau opérationnel • Des incidences opérationnelles de l'approche qui indiquent que 88% des prestataires formés par le Programme Santé sont formés par Neema dans les régions de concentration contre seulement 12% des prestataires formés dans les régions de consolidation par RSS+ • Les formations menées dans les régions de consolidation portent davantage sur des aspects liés à la gestion et à la gouvernance financière (79%) • Elan d'une amélioration d'ensemble de certains indicateurs clés au niveau national (réduction de la MM de 392 à 236 ; augmentation du TPC passant de 15 à 26% et réduction des DC liés au paludisme) • Mais persistance des défis sur certains indicateurs (MN, incidence du paludisme, retard de croissance, etc.), avec des progrès inégaux entre les RCT et les RCL • Réduction significative des écarts entre les catégories de régions • Existence de poches de concentration dans les deux catégories de régions • Besoins croisés d'interventions qu'elles n'ont pas dans les 2 catégories de régions • Nécessité d'envisager une mise en œuvre transversale de certaines interventions clés 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explorer les possibilités d'une mise en œuvre transversale de certaines interventions clés dans les deux catégories de régions ➤ Réajuster les priorités de formation développées dans les régions de consolidation pour un meilleur équilibre entre les formations en gestion et gouvernance et les formations des prestataires sur des aspects cliniques liés à l'offre de services et/ou à la qualité des prestations <ul style="list-style-type: none"> - Pour le court terme, revoir et amender le manuel de procédure ➤ Revoir les critères de catégorisation en prenant en compte d'autres paramètres tels que : le poids démographique, le niveau de pauvreté, la couverture des structures de santé ainsi que leur dispersion, etc. <ul style="list-style-type: none"> - Faire l'analyse détaillée des indicateurs prioritaires de santé pour le choix des priorités dans chaque région - Utiliser la cartographie des interventions comme élément de planification soutenant la catégorisation - Assurer l'intégration des activités du FARA du PNLN dans les PTA de toutes les régions médicales pour en améliorer la lisibilité pour les régions - Harmoniser les approches du Programme de l'USAID avec les réformes DPPD ➤ Systématiser et renforcer la communication avec les MCR et les MCD sur les critères de catégorisation des régions ➤ Intégrer un niveau de catégorisation intra-régional qui assure une catégorisation par district devant être la base aussi bien des interventions à mener que la répartition des ressources financières ➤ Mettre en place un mécanisme de validation des PTA qui permettra ainsi de pouvoir infléchir les activités planifiées par les RM et DS dans le sens des priorités du Ministère, offrant ainsi la possibilité de pouvoir agir sur le PTA à financer par le Programme
<p>QUESTION 2 : Dans quelle mesure un enrichissement croisé (réciproque) entre les régions de consolidation et les régions de concentration s'est-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de mécanismes de coordination fonctionnels au niveau central à travers un Comité de pilotage mis en place et dirigé par le Ministère de la Santé avec un Secrétariat Technique fonctionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soutenir davantage la systématisation des activités synergiques entre mécanismes : missions de coordinations conjointes à systématiser suivant un planning trimestriel préétabli. ➤ Définir les missions, rôles et attentes en matière de coordination et affecter cette mission à un mécanisme

EVALUATION QUESTION	RAPPEL DE QUELQUES RESULTATS CLES	RECOMMANDATIONS
<p>elle produite en ce qui concerne les stratégies visant à renforcer la demande et l'accès à des services et produits de santé de qualité ? Et ces résultats ont-ils été utilisés par le Gouvernement du Sénégal et ses partenaires ? Si oui, Comment ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'élaboration des PAI effectives sous l'égide de GoTAP mais pas suffisamment mises à profit pour une synergie active et un partage entre les 2 catégories de régions • Collaboration effective et active des mécanismes au niveau opérationnel (Bureaux Régionaux ou Unités régionales) avec les régions médicales et les districts sanitaires • Existence d'initiatives synergiques au plan opérationnel non systématiques et pas suffisamment soutenues au niveau central pour être reproduites et élargies • Absence de synergie avec les activités des autres PTF au niveau opérationnel : existence d'un potentiel élevé d'axes de synergies non exploités • Cloisonnement élevé des interventions et mécanismes dans les catégories dédiées • Absence d'indicateurs mesurant l'effectivité de l'enrichissement mutuel/réciproque entre mécanismes dans les 2 catégories de régions • Absence d'un mécanisme formel de coordination entre les deux catégories de régions • Non clarté des rôles et responsabilités des acteurs/mécanismes en ce qui concerne la coordination globale du Programme Santé couvrant les deux catégories de régions : mission dévolue à GoTAP selon l'USAID que GoTAP considère hors de son champ de responsabilité. • GOLD est le mécanisme qui a le plus réussi à traduire la synergie en actions dans sa collaboration avec Neema • Faible communication et coordination des PTF au niveau opérationnel entretenant des risques élevés de duplication des efforts entre PTF • Pas eu de partage des outils et stratégies de communication élaborées dans une catégorie de régions par l'autre et vice-versa <p>Processus et procédures d'institutionnalisation par le MSAS très lourds et faible utilisation et diffusion des résultats par le MSAS et ses partenaires</p>	<p>ou à une entité du MSAS (DPRS par exemple) en lui allouant les ressources nécessaires pour mener cette mission. Pour le prochain programme, affecter la mission de coordination à une entité spécifique non impliquée dans la mise en œuvre ou détenant une portion limitée d'interventions opérationnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier tous les axes synergiques (cf PAI) et engager les IP à mener des activités ensemble et de manière collaborative ➤ Inclure une série d'indicateurs de processus et de performance communs aux différents mécanismes et en lien avec les objectifs globaux du Programme Santé rendant nécessaire la collaboration entre mécanismes (A négocier avec les IP pour l'immédiat et à inclure dans le prochain programme pour le moyen terme). ➤ Développer un système et un mécanisme d'échange et de partage fonctionnel permettant un échange régulier entre les mécanismes, mais également entre le Programme et les autres parties prenantes et autres PTF : <ul style="list-style-type: none"> - Organiser des rencontres d'assistance technique interrégionales entre les RCT et les RCL - Réviser le processus d'élaboration du Plan d'Action Intégré pour en faire une opportunité d'échanges et de partages - Profiter des rencontres mensuelles ou trimestrielles des IP pour faire partager par un IP d'une innovation à chaque rencontre ➤ Soutenir la fonctionnalité des cadres régionaux de coordination pour faciliter la collaboration et la communication des PTF au niveau opérationnel ➤ Utiliser la plateforme RSS mise en place pour améliorer la communication entre PTF sur les interventions respectives et sur les plages de convergence et les régions d'interventions conjointes. ➤ Revoir le contenu des missions de la plateforme RSS pour l'adapter aux besoins de partage et de communication opérationnelle des PTF sur leurs interventions respectives pour minimiser les risques de duplication ➤ Etendre le modèle de collaboration initié avec GOLD dans d'autres régions comme exemple de bonnes pratiques pour faciliter et renforcer l'engagement des Collectivités territoriales dans le financement de la santé

EVALUATION QUESTION	RAPPEL DE QUELQUES RESULTATS CLES	RECOMMANDATIONS
<p>QUESTION 3 : Comment les interventions appuyées par l'USAID ont-elles contribué à accroître l'accès à des services et produits prioritaires de santé (aussi bien dans les secteurs publics que privés)?</p>	<p><u>Augmentation de la Demande</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les activités destinées à susciter et à renforcer la demande sont bien structurées et soutenues dans les RCT mais leur mise en œuvre reste très lente dans les RCL • Retards importants dans la conception et la mise à disposition des outils et messages de communication pour la campagne Japp naci • Dans les RCT des supports de communication adaptés et contextualisés ont été élaborés mais des retards importants dans la production des matériels et supports de communication pour la communication interpersonnelle par les relais et acteurs communautaires limitant leurs habilités à fournir des messages plus élaborés <p><u>Offre de services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'accès aux services dans les 2 catégories de régions, mais à des degrés sensiblement variables... • Absence d'harmonisation des approches et interventions dans les 2 catégories de régions (Interventions pertinentes permettant l'équité ne sont pas assez étendues ; Appui au secteur privé est limité aux régions ayant plus de PPS ; Stratégies d'appui aux mutuelles très déséquilibrées entre les 2 catégories de régions, etc.) • Les interventions à haut impact ne sont mises en œuvre que dans les RCT • L'appui au secteur privé a permis de diversifier aussi bien la gamme que l'offre mais limitée à quelques régions <p><u>Lutte contre le VIH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retards dans la mise en œuvre du plan de lutte contre le VIH, avec un retard de mise à disposition du financement du plan TATARSEN • Recentrage des interventions sur les populations clés limitant les interventions couvrant la population générale, en particulier dans les régions frontalières du Sud dans un contexte défavorable (lenteur des tests PCR, défaut de maintenance des appareils CD4, rupture de réactifs, etc.) <p><u>SRAJ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une introduction novatrice et pertinente de la SRAJ dans les interventions du Programme dans les RCT et moins bien prise en compte dans les RCL. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accélérer la finalisation et la diffusion des matériels et outils de communication développés sur la base de la recherche ➤ Etendre les interventions à haut impact aux districts moins performants des deux catégories de régions ➤ Améliorer l'accompagnement et le suivi post-formation des structures du privé pour soutenir les efforts d'intégration dans le système (données, utilisation des outils, participation aux formations organisées par la région médicale, etc.) ➤ Collaborer avec les autres PTF pour appuyer le secteur privé dans les autres régions où SHOPS+ n'intervient pas ➤ Etendre les activités pilotes initiées par SHOPS+ ciblant les adolescents et les jeunes qui ont permis de les atteindre dans différents cadres et milieux ➤ Harmoniser et standardiser les interventions dans le domaine de la SRAJ développées en direction des adolescents et des jeunes dans les deux catégories de régions ➤ Renforcer la collaboration multisectorielle avec les autres secteurs (Education, Jeunesse, Sports, etc.) pour le renforcement des actions dans le domaine de la SRAJ dans les différents environnements et milieux. ➤ Prévoir une composante spécifique dédiée aux adolescents et à la SRAJ dans le futur programme ➤ Renforcer la cascade de TTT chez les populations pour atteindre les trois 90 dans le domaine de la lutte contre le VIH ➤ Couvrir les autres régions en fonction des EP élargir aux CDI ➤ Déployer des stratégies alternatives pour la prise en charge des cibles délaissées par la réorientation programmatique (VIH) sur les populations clés en prenant en compte la spécificité des régions frontalières du Sud : <ul style="list-style-type: none"> - Préparer le niveau MSAS à prendre en charge la problématique du VIH suite retrait éventuel de NEEMA - Fournir un argumentaire au MSAS sur la question du retrait - Développer un plan de transition sur le financement du VIH ➤ Approfondir l'analyse des déterminants (Insuffisance dans l'investigation du cas indexe, entretien de la transmission, Insuffisance du screening des cas importés, Défaut de prise en charge des cas, etc.) <ul style="list-style-type: none"> - Intensifier et mieux coordonner l'investigation des cas - Renforcer les stratégies dédiées à la pré-élimination - Soutenir la mise en œuvre de la CPS par des organisations communautaires de base

EVALUATION QUESTION	RAPPEL DE QUELQUES RESULTATS CLES	RECOMMANDATIONS
	<ul style="list-style-type: none"> • Un suivi et un accompagnement très faibles des ados et jeunes pairs éducateurs formés par le projet dans les régions de concentration, entraînant un relâchement de leur dynamisme dans la conduite des activités de sensibilisation et causeries • Un accès encore limité des ados et jeunes aux services de santé dans les différentes régions, particulièrement en milieu rural. <p>Paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recrudescence des cas et décès dans certaines zones, notamment dans les zones à faible transmission. ➤ Augmentation de l'incidence dans plusieurs régions (Kédougou, Diourbel, Kaolack, Kolda et Sédhiou) ➤ Absence de certaines interventions dans certaines régions (CPS, PID) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une recherche active des cas ➤ Etudier la possibilité de mettre en œuvre de stratégies innovantes (Lutte anti larvaire, utilisation de produits répulsifs à base de plantes, etc.) ➤ Mettre en place un plan de dévolution de l'activité d'élimination du paludisme
<p>QUESTION 4: Dans quelle mesure le Programme Santé a-t-il contribué à accroître l'engagement et l'implication de la communauté dans la gestion des services de santé ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de cadres et de mécanismes favorisant la participation et l'implication des populations dans la gestion des services et problèmes de santé de leurs localités dans les deux catégories de régions • Fonctionnalité effective des cadres mis en place et participation soutenue des populations et des collectivités territoriales dans ces cadres (CRC, CDS, CVA, CVAC, etc.) ayant permis une prise en charge effective de problèmes de santé dans leurs localités respectives • Niveau d'engagement des communautés plus structuré et plus soutenu dans les régions de concentration grâce à l'existence des facilitateurs du projet assurant un suivi et un accompagnement rapproché • Accompagnement insuffisant des ados-jeunes limitant leur pleine participation/implication dans les activités communautaires • Participation effective des femmes dans les cadres de gestion de la santé (CDS, CRC) mais encore confinées à des positions subalternes ou à des postes d'adjointes. • Engagement progressif et accru des Collectivités territoriales aussi bien dans la gestion de la santé à travers la mise en place des CDS et des CRC que dans le financement de la santé (Elaboration et financement des POCT désormais intégrés dans les PTA des districts de santé) • Les acteurs communautaires sont un excellent moyen pour atteindre la population au-delà des structures sanitaires, soutenir leur motivation est un défi crucial aussi bien dans 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poursuivre les activités de plaidoyer et de sensibilisation des communautés par les différents canaux pour assurer un réel enracinement des comportements sains et préventifs promus par le Programme Santé ➤ Développer des stratégies novatrices et viables de motivation des acteurs communautaires, impliquant les communautés elles-mêmes, pour garantir la pérennité de cette approche basée en grande partie sur ce maillon. ➤ Soutenir l'organisation et la structuration des cadres communautaires mis en place par le Programme Santé pour une meilleure participation des communautés dans la gestion des services de santé. ➤ Renforcer les stratégies d'implication des leaders communautaires et religieux dans la communication et le changement de comportements dans le domaine de la santé maternelle, la planification familiale et la SRAJ. ➤ Prévoir une évaluation rapide de la mise en œuvre de la réforme des CDS pour apporter les ajustements nécessaires à sa mise en œuvre effective et optimale ➤ Mettre en place des stratégies pour renforcer l'engagement et le leadership des femmes

EVALUATION QUESTION	RAPPEL DE QUELQUES RESULTATS CLES	RECOMMANDATIONS
	<p>les régions de concentration que dans les régions de consolidation. Les stratégies de motivation en cours appliqués par le Programme sont précaires et peu attractives.</p>	
<p>QUESTION 5 : Dans quelle mesure le Programme Santé a-t-il renforcé la gouvernance et la capacité du système de santé sénégalais dans son cheminement vers l'autonomie dans le secteur de la santé ?</p>	<p>Gouvernance politique du système :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appui soutenu des différents mécanismes dans l'élaboration des documents nationaux de politique (SNFS, PNDS, PNSC, Celle Genre, Cellule Santé Communautaire, etc.) et d'outils de gouvernance. • Renforcement des capacités des structures centrales du MSAS (DAGE, DRH, DPRS, DSME) aussi bien dans les domaines de la gestion, de la planification que d'assistance technique. • Appui et accompagnement soutenus de RSS+ et de GoTAP dans l'élaboration de la SNFS et dans le processus de légifération sur la CMU • Appui dans l'élaboration et la diffusion d'outils et de guides : Guide de Supervision en santé communautaire, Guide de Gestion de la réunion de coordination du Poste de Santé, Passeport Genre, etc. • Appui de GHSC dans les activités préparatoires et voyages d'études dans le cadre du changement de statut de la PNA dans le but d'améliorer la performance de la chaîne d'approvisionnement des médicaments • Fonctionnalité effective de la plateforme RSS mise en place par le MSAS mais collaboration jugée insuffisante par les différents PTF, indiquant la nécessité d'une révision du contenu des missions de cette plateforme devant être un cadre dynamique de partage et de collaboration entre PTF du point de vue de leurs interventions. <p>Gouvernance financière du système :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacités de gestion financière et comptable largement améliorés principalement pour les régions de consolidation bénéficiant du financement direct ayant permis une gestion plus rigoureuse des ressources aussi bien du Programme que des autres sources reçues par les régions médicales et les districts sanitaires • Le Programme a soutenu la mise en place et le renforcement des structures de gouvernance participatifs au niveau local et l'engagement des communautés en gestation est une opportunité d'une pérennité de 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les efforts consentis pour obtenir l'engagement des communautés et des collectivités devront être étendus et suivis pour en assurer le rôle attendu dans la gouvernance du système. ➤ Etendre le modèle de reddition des comptes établi sous le format des Comités Régionaux de Validation aux régions de concentration également qui permet une meilleure transparence et une émulation des districts pour la performance. ➤ Compte-tenu de la lenteur dans le processus d'institutionnalisation du tutorat, étudier la mise en place d'une version allégée du tutorat pouvant être plus facilement appropriée et mise en œuvre par les MCR et MCD au niveau opérationnel ➤ Intégrer les pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) sous la coordination opérationnelle des MCR de manière à faciliter une gestion anticipée des stocks et prévenir les ruptures de médicaments. ➤ Instaurer et soutenir la mise en œuvre d'activités d'échanges et de partage d'expériences entre les PRA sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé (CAPS). ➤ Revoir et explorer les options d'une restructuration des régimes de gratuité ➤ Capitaliser les résultats de l'étude sur les coûts réels des prestations Renforcer la solvabilité des mutuelles en veillant à la mise à disposition de leurs subventions dans des délais plus courts ➤ Accompagner les collectivités locales aussi bien dans la mise à disposition des fonds de dotation allouées à la santé qu'au respect des engagements pris pour la résorption des gaps en équipements dans les Postes et Cases de leurs localités. ➤ Encourager le Gouvernement du Sénégal à accroître les ressources allouées au secteur dans le sens d'une atteinte de la convention d'Abuja fixant à 15% des ressources du Budget devant être allouées à la santé.

EVALUATION QUESTION	RAPPEL DE QUELQUES RESULTATS CLES	RECOMMANDATIONS
	<p data-bbox="617 233 1192 285">l'investissement nécessitant un accompagnement soutenu et systématique dans les deux catégories de régions.</p> <p data-bbox="520 402 1108 428"><u>Capacités techniques du système (et de ses agents) :</u></p> <ul data-bbox="571 451 1192 1227" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="571 451 1192 610">• Capacité opérationnelle du système renforcée : réhabilitation de cases de santé non-opérationnelles, rehaussement de certaines cases en Postes de Santé, Appui aux stratégies avancées intégrées, équipements des Postes et Cases de Santé, plans de résorption des gaps en équipements, etc. <li data-bbox="571 617 1192 721">• Capacités techniques des prestataires largement renforcées grâce à l'appui du Programme et à travers différentes stratégies : formations, tutorat 3.0, supervisions formatives, etc. <li data-bbox="571 727 1192 889">• Diffusion et vulgarisation des politiques, normes et procédures du Ministère grâce aux formations offertes par le Programme à travers ses trois mécanismes phares (Neema, RSS+ et SHOPs+) aux prestataires du public dans les 2 catégories de région et des privés dans certaines régions. <li data-bbox="571 896 1192 1000">• Les structures de gestion des stocks de médicaments et de produits de santé ne sont pas sous la coordination du MCR limitant ainsi la maîtrise de l'information sur les risques de rupture des produits essentiels <li data-bbox="571 1006 1192 1110">• Persistance des ruptures de médicaments, y compris les produits essentiels pour la mère et l'enfant, dans les structures périphériques (Postes de santé et Cases de santé) <li data-bbox="571 1117 1192 1227">• Fonctionnalité variable des cadres de coordination au niveau des régions limitant la coordination des activités des PTF et entretenant un risque élevé de duplication des efforts <p data-bbox="520 1266 1167 1292"><u>Capacités de financement / autofinancement du système :</u></p> <ul data-bbox="571 1312 1192 1445" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="571 1312 1192 1445">• Augmentation conséquente du budget du MSAS en valeur absolue sur les dernières années reflétant un effort du GdS mais, rapportés au budget de l'Etat, ces efforts représentent à peine 8%, bien loin des 15% fixés à Abuja et visés par le Programme Santé pour 2021 	

EVALUATION QUESTION	RAPPEL DE QUELQUES RESULTATS CLES	RECOMMANDATIONS
	<ul style="list-style-type: none"> • Politique des gratuités devant être revisitée et réajustée pour sa durabilité et la viabilité du système dans son ensemble • Retard et longs délais dans le remboursement des mutuelles locales préjudiciable à leur viabilité • Engagement progressif et soutenu des Collectivités Territoriales dans le financement de la santé à travers les POCT • Mobilisation et mise à disposition des fonds très lentes et variables entre collectivités territoriales, traduisant un nécessaire renforcement de l'accompagnement des CT dans la réalisation de cette mission liée à la santé, domaine de compétence transféré • Mobilisation des ressources locales encore faible et représentant un chantier important à soutenir et à renforcer 	

ANNEXE II : STATEMENT OF WORK



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

HEALTH PROJECT MIDTERM PERFORMANCE EVALUATION STATEMENT OF WORK

SEPTEMBER 2018

UPDATED DECEMBER 2018

UPDATED MAY 30, 2019

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by Management Systems International, a Tetra Tech Company, for the USAID/Senegal Mission-Wide Monitoring and Evaluation Project.

HEALTH PROJECT MIDTERM PERFORMANCE EVALUATION

STATEMENT OF WORK

Contracted under AID-685-C-15-00003

USAID Senegal Monitoring and Evaluation Project

CONTENTS

Acronyms	79
1. Statement of Work Detail.....	80
2. Project Description	80
3. Development Hypothesis and Implementation	81
4. Existing Performance Information Sources.....	82
5. Task Purpose, Audience, and Intended Uses.....	82
6. Evaluation Questions.....	83
7. Gender Disaggregation and Gender Differential effects	84
8. Approach	84
9. Strengths and Limitations	86
10. Deliverables.....	86
11. Team Composition.....	87
12. Participation of USAID Staff and Partners	88
13. Scheduling and Logistics	89
14. DISSEMINATION	89
15. Reporting Requirements.....	89
16. Attached Reference Documents.....	89
17. Authorizations	89
Appendix I: BUDGET	Error! Bookmark not defined.
Appendix II: Document Review Matrix	Error! Bookmark not defined.
<i>Existing Document Review Template for MSI Evaluation Teams</i>	Error! Bookmark not defined.
<i>defined.</i>	
Appendix III: GETTING TO ANSWERS MATRIX	Error! Bookmark not defined.
Appendix IV: GANNT Chart – UPDATED from TPM	Error! Bookmark not defined.
Appendix V: CVs.....	91
Appendix VI: USAID criteria to ensure quality	Error! Bookmark not defined.

Appendix VII: Evaluation Report Structure.....Error! Bookmark not defined.

AcronymsError! Bookmark not defined.

Executive SummaryError! Bookmark not defined.
 Evaluation Purpose and Evaluation Questions **Error! Bookmark not defined.**
 Project Background **Error! Bookmark not defined.**
 Evaluation Questions, Design, Methods and Limitations **Error! Bookmark not defined.**
 Findings and Conclusions **Error! Bookmark not defined.**

Evaluation Purpose and Evaluation QuestionsError! Bookmark not defined.
 Evaluation Purpose..... **Error! Bookmark not defined.**
 Evaluation Questions..... **Error! Bookmark not defined.**

Project Background.....Error! Bookmark not defined.

Evaluation Methods and LimitationsError! Bookmark not defined.

Findings, Conclusions and Recommendations.....Error! Bookmark not defined.
 Findings**Error! Bookmark not defined.**
 Conclusions **Error! Bookmark not defined.**
 Recommendations..... **Error! Bookmark not defined.**

AnnexesError! Bookmark not defined.
 Annex I: Evaluation Statement of Work..... **Error! Bookmark not defined.**
 Annex II: Evaluation Methods and Limitations **Error! Bookmark not defined.**
 Annex III: Data Collection Instruments..... **Error! Bookmark not defined.**
 Annex IV: Sources of Information..... **Error! Bookmark not defined.**
 Annex V: Disclosure of Any Conflicts of Interest..... **Error! Bookmark not defined.**
 Annex VI: [Insert Title]..... **Error! Bookmark not defined.**
 Appendix VII: Answering A/E/SS Questions with Secondary Data**Error! Bookmark not defined.**
 Appendix VIII: Getting to Answers Matrix **Error! Bookmark not defined.**
 Getting to Answers..... **Error! Bookmark not defined.**
 Program or Project:..... **Error! Bookmark not defined.**
 Team Members:..... **Error! Bookmark not defined.**
 Appendix IX: Findings /Conclusions /Recommendations Table.....**Error! Bookmark not defined.**

Acronyms

AMELP	Activity Monitoring, Evaluation and Learning Plan
AOR	Agreement Officer's Representative
COR	Contract Officer's Representative
DHS	Demographic Health Survey
GOS	Government of Senegal
HMIS	Health Management Information Systems
HR	Human resources
IP	Implementing partner
IPM	Informed Push Model
IR	Intermediate result
MEP	Monitoring and Evaluation Project
MSAS	Ministry of Health and Social Action
PAD	Project Appraisal Document
POC	Point of contact
PTF	Technical and financial partner
RMNCH	Reproduction, maternal, neonatal and Child Health
SBC	Social and Behavior Change
TOC	Theory of Change
UHC	Universal Health Coverage
USAID	United States Agency for International Development

I. Statement of Work Detail

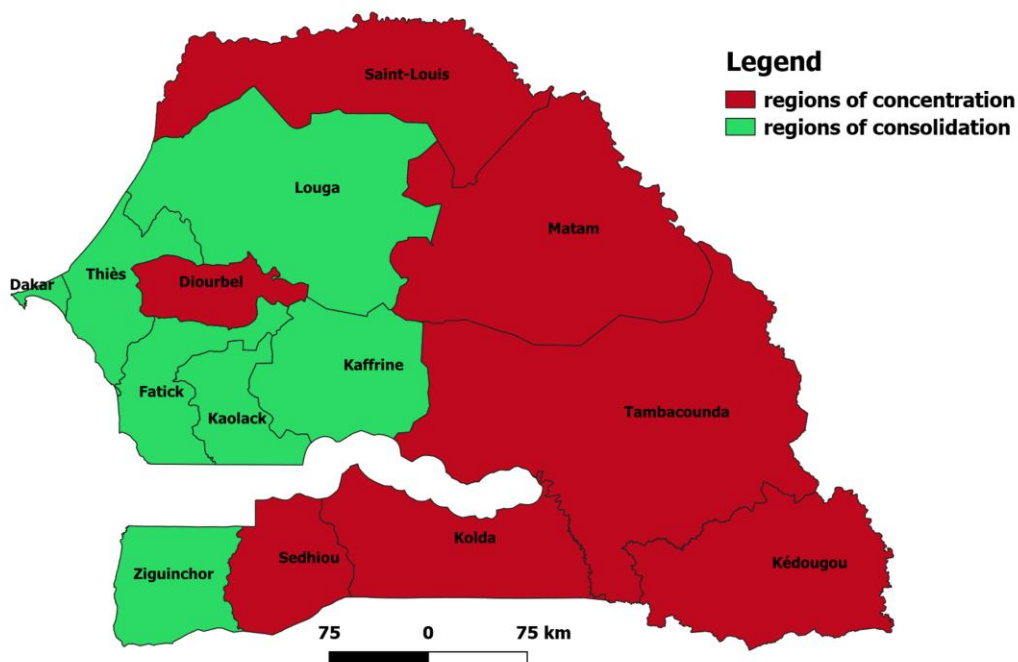
USAID SOW Manager	Ramatoulaye Dioume
MEP SOW Manager	Souleymane Barry
Project Title	Health Project
Project Period	October 1, 2016-September 30, 2021
Funding	\$300M
Geographic Coverage	National
Task	Health Project Midterm Performance Evaluation
Task Start and End Dates	October 2018-March 2019

2. Project Description

The USAID/Senegal Health Project (2016-2021) is designed to improve health status in the regions of Senegal most in need while providing targeted assistance to higher performing regions in terms of maternal and neonatal mortality. The Project interventions work to strengthen regional and national capacity to provide sustainable, quality health services. Key areas of intervention include delivery of a basic package of high impact reproduction, maternal, neonatal and child health (RMNCH) services, the planning and management of human resources (HR), support for pharmaceutical and equipment supply chain and logistics, and the management of data and health management information systems (HMIS). Through these interventions, the Project seeks to provide support to Senegal's goals of achieving universal health coverage (UHC), expanding access to health services, notably community-level health services, reducing future disease burden, increasing Senegal's preparedness to combat emerging pandemic diseases, and strengthening local community and governance structures to build, finance and sustain improved services. Key results by the end of the Project period include:

- 1) Reduced maternal mortality ratio (per 100,000) from 392 to 211;
- 2) Reduced under five mortality rate (per 1000 live births) from 54 to 33;
- 3) Reduced newborn mortality rate (per 1,000) from 19 to 12;
- 4) Reduced prevalence of under-five stunting from 18% to 10%;
- 5) Reduced total fertility rate from 5.0 to 3;
- 6) Percent increase in GOS budget allocations for health from 11% to 15%.

The focus of the Project is at the central level with support to the Ministry of Health and Social Action (*Ministère de la santé et de l'action sociale- MSAS*) on health sector policies and strategic domains, with geographic concentration in seven regions (Diourbel, Kedougou, Kolda, Matam, Saint Louis, Sedhiou, and Tambacounda) and consolidated support to seven higher-performing regions (Dakar, Fatick, Kaffrine, Kaolack, Louga, Thies, and Ziguinchor).



USAID/Senegal Health Office regions of consolidation and concentration

The Project is implemented through several mechanisms. For the purpose of this evaluation, the focus will be primarily on the following eight mechanisms: Neema/Integrated Service Delivery and Social and Behavior Change (SBC) (ISD-HB), Health Systems Strengthening Plus, Governance for Local Development (GOLD, cross-sectoral program), Shops Plus (Private Sector Support), Government Technical Assistance Provider (GoTAP), Global Health Supply Chain (GHSC) Senegal Task Order, Human Resources for Health 2030 (HRH 2030) and Global Health Security Agenda. Other interventions implemented through a Government-to-Government (G2G) mechanism, such as support with the National Malaria Control Program (NMCP) and PASMESISS will also be considered in this evaluation.

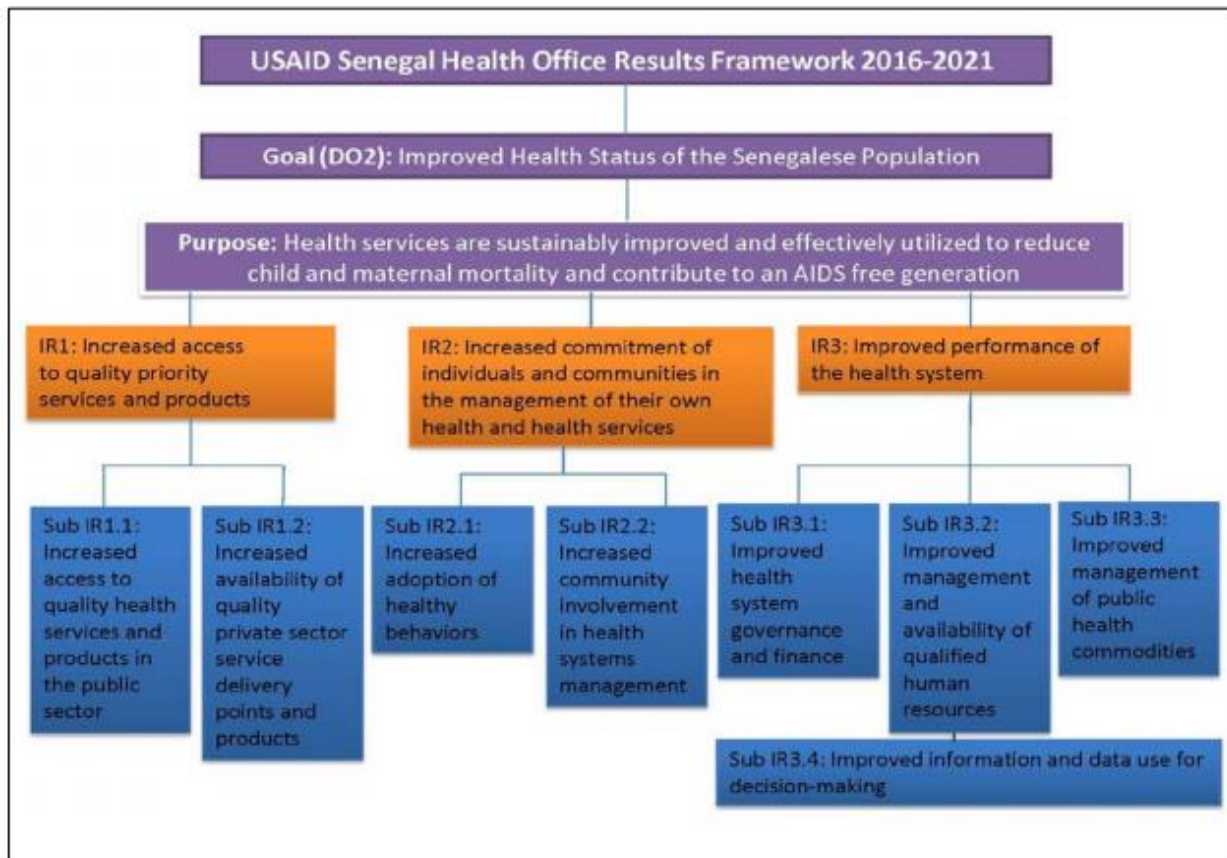
3. Development Hypothesis and Implementation

USAID/Senegal designed its Health Project to respond to the Mission’s development objective (DO2): Improve the health status of the Senegalese population. USAID/Senegal’s development hypothesis states:

If strategic investments are made to strengthen the performance of the health system, increase access to high quality priority health services products, and increase commitments of individuals and communities in the management of their own health and health services,

Then, the health status of women, children and other vulnerable populations will be improved.

The Project’s three objectives strategically support the MSAS national goals and are laid out below as Intermediate Results (IRs) in a Results Framework.



4. Existing Performance Information Sources

USAID will provide the MEP Evaluation Team with a package of background materials on the Project and on each activity under the Project, including:

- Project Appraisal Document (PAD)
- All activity activities description, quarterly and annual reports through FY18, annual work plans, Activity Monitoring, Evaluation and Learning Plans (AMELP) and any modifications to the AMELP
- Baseline and current data collected on activity indicators
- Demographic health survey (DHS) data (both continuous and standard DHS).
- SPA data (from 2012 to 2017) analysis
- MSAS HMIS data
- Any relevant national health studies or background reports used to support the Project.

All background documents will be provided to the MEP Team by October 26, 2018.

5. Task Purpose, Audience, and Intended Uses

The purpose of this midterm performance evaluation is to: 1) assess progress towards achieving the expected results of the USAID/Senegal Health Project; 2) assess the effectiveness of Project design, implementation and sustainability mechanisms and 3) assess the effectiveness of key interventions, identify lessons learned and propose actionable recommendations for the remaining Project period to improve Project performance.

JOURNEY TO SELF-RELIANCE HEALTH METRICS



COMMITMENT METRICS CHOICES/BEHAVIORS



CAPACITY METRICS ACHIEVEMENT OUTCOMES

Institutional capacity building of local organizations -- government and private sector (for-profit and not for-profit)	Support to create and/or improve the enabling policy environment for health
Bring a health system and local solutions approach to programming (e.g., CDCS, PD/AD and MEL)	Support to identify new sources of financing based on country strategic priorities, including "innovative financing" initiatives (e.g., blended financing, private sector financing, Development Credit Authorities, Development Impact Bonds, Domestic Resource Mobilization options.)
Assist tracking financing through PFMRAF, audits, national health accounts, public expenditure reviews	Track the quality of commitment, to ensure resources support equity, gender equality, quality, and sector growth
Cross-sector programming where appropriate (e.g., governance, accountability, financial transparency)	
Align with country decentralization in the health sector	

The evaluation will review Project progress within a lens of USAID's Journey to Self-Reliance³⁵ by looking at how well the current Project strategy supports self-reliance of health systems and services in Senegal. The evaluation team will look at the two core aspects of self-reliance: the country's capacity and commitment to health systems and service delivery. These two aspects as they related to the health sector are presented in the table below:³⁶

The primary audience for this evaluation is the USAID/Senegal Health Office, MSAS through its Steering Committee and USAID implementing partners. The evaluation findings and recommendations could also interest USAID Washington Global Health Bureau and the Bureau for Policy Planning and Learning (PPL) who launched the concept of self-reliance in 2017.

6. Evaluation Questions

The following principal questions will guide this evaluation:

- I. How does the geographic approach which underlies the Health Project design affect achievement our overall goal to improve the status of Senegal's population? Is the underlying hypothesis for regions categorization still relevant and does it work? If not, what changes need to be made?

³⁵ <https://www.usaid.gov/selfreliance>

³⁶ Health Sector Perspective on Self-Reliance, USAID/PPL, October 2018

2. To what extent has any cross-fertilization between consolidation and concentration regions occurred as it relates to strategies to strengthen demand for and access to quality health services? And have these findings been used by the Government of Senegal and its partners? If yes, how?
3. How have USAID-supported interventions contributed to increasing access to priority health services and products (public and private sector)?
4. To what extent has the Project contributed to increase the engagement and commitment³⁷ of the community in the management of health services?
5. To what extent has the Health Project strengthened governance and the capacity of the Senegal health system in its journey to self-reliance in the health sector?

The overall objective of these questions is to examine whether the USAID/Senegal Health Office is maximizing the use of direct government agreements and traditional cooperative agreements and contracts to reinforce and strengthen Senegal’s commitment and capacity in the health sector.

7. Gender Disaggregation and Gender Differential effects

The evaluation team will examine the way in which gender is taken into account in the Project design and implementation via the various health Activities. This is also to be taken into account in terms of the approach Senegal takes to inclusive development which helps to measure the country’s commitment to health and development. The team will review the gender analysis and workplans for each Activity to determine if adequate planning for gender differentiation in implementation has occurred. The evaluation team will also look for on-going gender analysis from Activities in their implementation and related changes in strategy to ensure adequate gender sensitivity in implementation.

8. Approach

I. Design

The MEP Team will conduct this **Midterm Performance Evaluation** of the Health Project (2016-2021). Data sources for this project-wide evaluation will include national health data, activity documentation (see above) and interviews with USAID/Senegal Health Office staff, Health Activity staff, MSAS officials and other technical and financial health partners working in Senegal. The team will also carry out field data collection, dividing into two sub-teams to visit three regions in each of the designated consolidation regions and concentration regions for a total of six regions to cover. In these regions, local communities and beneficiaries will be interviewed as well as community level actors.

This statement of work requires that the evaluation team develop and submit for approval a detailed work plan with proposed methodology prior stating data collection. A central part of the work plan will be the getting to answers matrix which will support the creation of the evaluation methodology based on the evaluation questions. The following is a sample of the matrix:

EVALUATION QUESTIONS	TYPE OF ANSWER NEEDED	DATA COLLECTION METHODS	DATA SOURCE(S)	SAMPLING OR SELECTION CRITERIA	DATA ANALYSIS METHODS
	<input type="checkbox"/> Descriptive <input type="checkbox"/> Comparative <input type="checkbox"/> Cause and Effect				

The evaluation team’s methodology will include

- Completion of a statistical health data review and Activity document review prior to the arrival of international team members in Senegal.

³⁷ Both terms engagement and commitment will be defined in the detailed workplan developed by the evaluation team

- Community-level discussions using a most significant change approach.
- At least three qualitative data collection techniques to address each of the identified evaluation questions in order to triangulate data. Suggested data collection tools are: key informant interviews, group interviews and focus groups discussions.
- Field visits to a targeted sample of communities within three regions of consolidation and three regions of concentration.
- Use of statistical analysis software to analyze the quantitative secondary data (DHS, SPA, HMIS)
- Use qualitative analysis software to analyze the qualitative data (interviews and groups discussions transcripts)
- Inclusion of gender and geographic location disaggregation in the data analysis.
- Inclusion of contextual and sociocultural specificities in data analysis

2. Data Collection Methods

The data collection methodology to be used by the team will consist of two phases:

Phase 1: Document review and secondary data analysis

The team will review a wide range of documentation including the Project PAD; Activity AMELPs and annual reports as well as DHS data, SPA and other HMIS data. Relevant studies, research and policy strategies recently implemented by other technical and financial partners (PTF) will also be included.

- Quantitative analysis: Regional-level health data (DHS, SPA, HMIS) examined over the past four years (2014-2018)
- Quantitative analysis: Activity performance data from start of Project to date (2016-2018)

Phase 2: Quantitative and qualitative data collection

As part of its qualitative and quantitative research, the team will find the best fit for purpose, including the following research approaches:

- Additional quantitative data collection in medical regions and/or districts
- Key informant interviews: A semi-directed guide with opened questions for interviewing program stakeholders: USAID/Health, Health Activity implementing partners (IP) senior staff, MSAS Senior staff and Directions, Regional and local staff and local authorities (*préfets, sous-préfets* and mayors).
- Group interviews: Targeted questions with Activity field staff and discussions with Health PTFs.
- Focus groups: Focus groups with community members and health committee members.
- Other emerging methodologies may be considered.

Design Update Note:

Based on discussions between the evaluation team and USAID Health team during the TPM held on December 12, it was agreed that the number of regions to be covered by the evaluation to be increased from 6 to 8. These regions are:

- Consolidation regions:
 - Dakar
 - Ziguinchor
 - Kaolack
 - Thiés
- Concentration regions:
 - Kolda
 - Saint-Louis

- Tambacounda
- Diourbel

In addition, taking into account the Christmas and New Year holidays, field data collection will be done in two phases:

- The first phase will be organized from December 19 to 27th in Ziguinchor, Kolda, Saint-Louis and Thiés regions
- The second phase will take place from January 12 to 20 and will concern Kaolack, Diourbel, Tambacounda and Dakar regions

9. Strengths and Limitations

USAID’s evaluation policy states that any methodological strengths and limitations are to be communicated explicitly. The evaluation team will specifically address any limitations in the methodology and approach in its workplan, as well as limitations in the data to be used, either primary or secondary in the body of the evaluation report.

10. Deliverables

The deliverables for this evaluation include:

- Work Plan: Detailed work plan which will indicate methodology, data analysis, detailed calendar, and data collection tools for the elaboration of the evaluation. The work plan will be submitted to the MEP Contracting Officer’s Representative (COR) and Health Office point of contact (POC) for approval prior to fieldwork.
- Progress Report: A brief written report of the data collection progress made in the field covering key scheduled activities, status of completion, and constraints encountered during the data collection process.
- Data Walk/Preliminary Findings Presentation: A discussion with the health office, which may include a PowerPoint presentation, to review the preliminary findings and conclusions table and the supporting evidence and data collected.
- Overview of initial findings, conclusions: A PowerPoint presentation to the USAID Mission; no longer than 30 minutes leaving at least 30 minutes for full discussion and Q&A. The evaluation team will make additional presentations to key MSAS officials.
- A participatory recommendations workshop: A PowerPoint presentation of key findings followed by group work to design recommendations. This workshop will include all USAID Health Office staff and potentially members of the MSAS Steering Committee.
- Draft Evaluation Report: The team will submit a draft report to the MEP COR and Health Office POC who will provide comments for revision and finalization of the report ten working days following the draft submission.
- Final Report: An electronic document that includes a table of contents, methodology, findings, conclusions, lessons learned, and recommendations. The final report will be submitted in English and will include:
 - A 35-page report with a clear discussion of the data and evidence based on the evaluation questions, the subsequent findings prompted by analysis of the data and evidence, conclusions driven by the findings, and recommendations generated from the conclusions and based on the recommendations workshop. More detailed analysis and descriptive narrative may be attached as annexes., as
 - A one-page evaluation fact sheet highlighting target findings for decision-making. These fact sheets will respond to the question: Who needs to know what, and by when? The fact sheet(s) may be developed during report drafting, based on discussions with the evaluation team, PRM and the technical team.

- A five-page executive summary that provides a brief discussion of the evaluation purpose, basic methodology, findings, conclusions, and recommendations.

II. Team Composition

The evaluation team will be led by Mr. Souleymane Barry, an evaluation specialist with over 15 years' experience leading the design, implementation and analysis of evaluations in Senegal and has previous experience evaluating large-scale USAID health activities. Mr. Barry serves as the Impact Evaluation and Research Officer for MEP Senegal. Mr. Barry will guide the team's methodology and ensure that evaluation conclusions are triangulated from the various data sources and replicable. The team leader will be complimented by Modibo Dicko, a health system strengthening subject matter specialist who has over 30 years working for global, regional and national public health organizations. Mr. Dicko recently served as Project Director for the Informed Push Model (IPM) in Dakar. He also previously ran the World Health Organization's (WHO) Optimize Collaboration Project in Senegal from 2008 to 2013.

The evaluation team will be supported by Dr. Demba Dione, RMNCH specialist, a malaria specialist and Iain McLellan, an international behavior change specialist. See Annex V for team member full CVs. The team will also include a MEP M&E Manager who will support administration of the evaluation and will accompany the team in the field. The evaluation team will have the support of the MEP data analyst to provide current health data as well as data visualization and maps. Four enumerators will support qualitative interviews and taking notes. All team members are required to provide a signed statement attesting that they have no conflict of interest or, as required, a statement describing any existing conflict of interest. MEP Senegal's Technical Director, Deborah Orsini will review the findings, conclusions and recommendations matrix as well as the draft and final reports for technical quality.

Dates	Tasks/Deliverables	Estimated LOE (in days)				
		Team Leader	Health Systems Specialist	RMNCH Specialist	BC Specialist	Malaria
November 22-27	Desk review and completing answering questions with secondary data	4	4	4	4	4
November 28	Initial phone call/Discussions with Health Office	1	1	1	1	1
November 29-December 4	Development of workplan and tools	4	4	4	3	4
December 10	Approval of workplan by Health Office					
December 3-11	Confirm appointments and field schedule	4				
December 9-10	Arrival of team members to Dakar		1		2	
December 11	Team Planning Meeting and discussion with USAID/Health staff	1	1	1	1	1
December 12	Enumerators training and data collection teams itinerary planification	1	1	1	1	1
December 13-18	Interviews with USAID/Senegal staff, Health Activity senior officials, MSAS Officials and Health technical and financial partners (PTFs)	4	5	4	5	4
December 19-27	Data collection Phase I: Regional interviews and community-based interviews with Activity field agents and health workers across 4 regions: Ziguinchor, Kolda, Saint-Louis and Thiés	7	8	7	8	7
December 28	Team debriefing	1	1	1	1	1
December 29	Teams departs Senegal		1		1	

Dates	Tasks/Deliverables	Estimated LOE (in days)				
		Team Leader	Health Systems Specialist	RMNCH Specialist	BC Specialist	Malaria
December 29 – January 5	First phase data review and initial findings pre-analysis	5	2	2	2	2
January 7-8	Teams arrival to Dakar (for continued interviews and 2 nd phase data collection)		1		2	
January 9-11	Continued meetings with MSAS and Activity staff and FTPs	3	3	3	3	3
January 12 - 20	Data collection Phase 2: Regional interviews and community-based interviews with Activity field agents and health workers across 4 other regions: Kaolack, Diourbel, Tambacounda and Dakar	5	7	5	7	5
January 21	Team debriefing	1	1	1	1	1
January 22	Complementary interviews with IPs, USAID and MSAS	1	1	1	1	1
January 23-26	Team internal discussions for Data walk preparation	2	3	2	3	2
January 28	Data walk with USAID/Health Office (initial findings and presentation)	1	1	1	1	1
January 29	Team departs Senegal		1		1	
January 30 – February 20	Development of draft report	10	6	7	4	7
February 25	Presentation of initial findings with MSAS/ Steering Committee	1		1		1
February 26-27	Preparation of recommendations workshop	2	1	2	1	2
February 28	Recommendations workshop	1		1	1	1
March 1-6	Preparation of Mission Presentation	2	1	1	1	1
March 7	Presentation to Mission	1	1	1	1	1
March 11-13	Revisions to report	8	2	2	1	2
Total Estimated LOE		70	58	53	57	53

12. Participation of USAID Staff and Partners

It is expected that the USAID/Senegal Health Office will hold an initial call or meeting with the team leader and team members prior to their launch of developing the workplan and data collection approach and tools. Upon completion of the work plan and tool development, USAID/Health Office will be expected to review and approve the work plan and tools. Once all evaluation team is in Dakar, the Health Office will be expected to provide an initial in-brief with the complete evaluation team during the Team Planning Meeting. As part of the evaluation, USAID/Health staff and Health Office Director and Deputy Director will be interviewed. All Activity implementing partners will be interviewed as part of this evaluation as well as their field agents. At the completion of the fieldwork, it is expected that USAID/Senegal Health Office will participate in a detailed data walk of findings and conclusions as well as

recommendations to support the validation of findings. Following this data walk, a presentation of findings, conclusions and recommendations will then be made to a Mission-wide audience followed by a presentation to the MSAS.

13. Scheduling and Logistics

MEP Senegal will arrange all logistics for fieldwork. MEP Senegal (for the USAID/Senegal Health Office) will request introductory communications for the evaluation team. All appointments will be made by MEP Senegal staff and team members.

14. DISSEMINATION

The focus of the dissemination of findings, conclusions and recommendation via presentation, will be done to ensure Mission-wide buy-in and MSAS appropriation as well. The report will also be disseminated to USAID/Washington Health Bureau, Office of Maternal and Child Health, Office of Health Systems, Office of Infectious Disease and the Office of Population and Reproductive Health and Bureau for Policy, Planning and Learning.

15. Reporting Requirements

It is expected that this report will be drafted and finalized in English and then translated into French. The report itself should not be longer than 35 pages total, excluding the Annexes. A draft evaluation report template is attached to this SOW in Annex VII, which is based on the USAID evaluation report template and guidance (<http://usaidlearninglab.org/library/evaluation-report-template> and [How-To Note Preparing Evaluation Reports - http://usaidlearninglab.org/library/how-note-preparing-evaluation-reports](http://usaidlearninglab.org/library/how-note-preparing-evaluation-reports)). The report includes Appendix I, which is the Mandatory Reference on Evaluation. The report will be branded with the standard USAID branding requirements and will be formally submitted to the DEC upon approval. Additional copies of the final report in French will be made available to all stakeholders participating in the initial findings briefings. Copies in English will be shared with relevant USG offices.

16. Attached Reference Documents

Please check all that apply below.

<input type="checkbox"/>	Budget
<input type="checkbox"/>	Document review matrix
<input type="checkbox"/>	Results framework
<input type="checkbox"/>	Response matrix
<input type="checkbox"/>	Gantt chart
<input type="checkbox"/>	CVs
<input type="checkbox"/>	Conflict of Interest Statements
<input type="checkbox"/>	USAID evaluation policy
<input type="checkbox"/>	USAID evaluation report structure

17. Authorizations

The undersigned hereby authorize the following items (checked below) for the Statement of Work (SOW) described above:

Completion of the SOW, as described above;

SOW staffing, as described above;

Concurrence with Contracting Officer's Travel Approval for the Consultant(s), requested above (if received prior to review).

[COR to either sign below or indicate approval in a return email]

Office Director

Date

Contracting Officer's Representative (COR)
Fatou Thiam, or designate

Date

Appendix V: CVs

Souleymane Barry - Team Leader

Summary

Mr. Souleymane Barry is a sociologist and expert in development project evaluation with 15 years of experience in designing, managing and conducting evaluations and field research in Senegal and neighboring countries. He has expertise in the design of research protocols, quantitative and qualitative data collection tools, the management of data collection teams and the statistical and qualitative analysis. Mr. Barry has strong skills in field team coordination, communication with institutional partners and capacity building. His long field experience has allowed him to conduct several evaluations and studies throughout the 14 regions of Senegal in the areas of health, education, gender, agriculture and poverty. Mr. Barry has conducted several baselines, midterm and final evaluations of projects funded by USAID, as well as for various international bodies and nongovernmental organizations. Since 2016, he has acted as the Senior Research Officer on the USAID Monitoring and Evaluation Project to the USAID/Senegal Mission, where he manages the development of the various impact evaluations assigned to the project. Mr. Barry holds a Master's of Sociology from Cheikh Anta Diop University and Masters of Advance Studies in Development Sociology from the Sorbonne University and in Engineering of Social Surveys from University of Lille.

Education

Master of Advance Specialized Studies in Social Sciences Surveys Engineering, University of Lille 1, Lille, France, 2005

Master of Advance Studies in Development Sociology, Institute of Economic and Social Development Studies, Paris-1 University - Sorbonne, Paris, France, 2000

Master of Sociology, Cheikh Anta Diop University, Dakar, Senegal, 1999

Experience

Senior Research Officer/Impact Evaluation Specialist; USAID/Senegal Monitoring and Evaluation Project; NORC [as subcontractor to Management Systems International (MSI)]; Dakar, Senegal; March 2016-October 2018

- Led research and impact evaluations
- Prepared statements of work
- Designed protocols and studies
- Recruited evaluation team members
- Designed data collection tools (questionnaires, interview guides and focus-group guides)
- Served as trainer of trainers for investigations
- Provided quality control of data and data analysis
- Reviewed consultant reports
- Wrote evaluation reports and presented results

Gender and Social Department Manager; Isolux Corsan Firm/MCA RN6 Road Project; Dakar, Senegal; October 2013-February 2016

- Led all gender mainstreaming aspects and social impact of project management in a 120-km road project funded by the Millennium Challenge Corporation
- Led and managed the several NGOs subcontracted for social sensitization activities
- Developed terms of reference

- Guided the NGO selection process
- Oversaw partners' activities in the field
- Facilitated the communication with administrative officials and community leaders around the project

Illustrative Consultancies in Senegal and West Africa

Principal Investigator; Save the Children; Senegal; June-August 2015

- Final external evaluation of the 20% Reinvestment Initiative Project in Fatick region funded by Glaxo Smith Klein Pharmaceutical

National Consultant; Results for Development Washington DC; Senegal, Mali; December 2013-April 2014

- Process Evaluation of the Jaangandoo learning assessment initiative LARTES Project in Senegal and Beekungoo/OMAES in Mali on behalf of the Hewlett Foundation

Principal Investigator; CONGAD; Senegal; August-September 2013

- Evaluation of the PDEF management bodies impact in the performance of the Senegalese education and training system with focus on cases of Louga, Kaffrine and Diourbel

Principal Investigator; Senegalese Association for Family Welfare (ASBEF); Senegal; September 2013

- Baseline assessment of the EMBRACE Project: Knowledge, attitudes and practices study on maternal and child health in Dakar funded by Japan Trust Fund

Principal Investigator; USAID/EDB Project; Senegal; May-June 2013

- Final evaluation of the 13-16 age youth activities in the vulnerable children component of the USAID/EDB Project in Louga and Saint-Louis regions.

Principal Investigator; Counterpart International; Senegal; February-April 2013

- Final external evaluation of the Food for Progress II Project in Podor

Principal Investigator; OXFAM America; Senegal; July-August 2012

- Baseline evaluation for the Oxfam crisis response in Senegal in Kolda and Kedougou regions.

Principal Investigator; USAID/EDB; Senegal; April-June 2012

- Midterm evaluation of the vulnerable children component activities of the USAID/EDB Project in Dakar, Louga, Saint-Louis and Matam regions.

Principal Investigator; Plan International; Senegal; February-May 2012

- Evaluation of the first phase of the Implementation Groups of Plan International in Dakar, Thiés, Kaolack, Louga and Saint-Louis regions.

Principal Investigator; ASBEF/IPPF; Senegal; January 2012

- Baseline study on knowledge, attitudes and practices of teenagers and 10-24 aged youth in reproductive health in Dakar

National Consultant; Plan International; Senegal; December 2011

- Baseline study in collaboration with CERFODES on knowledge, attitudes and practices on positive and destructive factors in school performance of girls and their transition to secondary schools

Principal Researcher; UNICEF; Senegal; February-August 2011

- Secondary analysis of the National Survey of Households Spending on Education (NSHSE) data on gender inequalities in household financial spending in education in Senegal.

Evaluation Expert; Initiatives Inc.; Senegal; April-June 2011

- Final evaluation of the USAID Community Health Program (PSSI/USAID) implemented by the consortium Child Fund, AfriCare, Plan, World Vision, CRS and Counterpart International in Kaolack, Tambacounda, Diourbel, Saint-Louis and Matam regions.

Principal Investigator; ENDA-Santé; Senegal; March-October 2010

- Qualitative study and mapping of the family planning services supply, the vulnerability of populations and resources on family planning in Dakar and Mbour

Principal Investigator; Citizen Movement; Senegal; October-December 2009

- Development and testing of a participatory monitoring-system (PMS) for better involvement of vulnerable groups in decision-making bodies: tools design and testing support in the regions under the Indicative Cooperation Program of the Luxemburg Cooperation 2007 - 2011 (Lux-Development)

Principal Investigator; FHI; Senegal; July-September 2009

- Qualitative study on the feminization of HIV in Senegal: identifying the sociocultural factors of the vulnerability of women in order to better take into account gender in policies against the epidemic in Senegal

Principal Investigator; Lux-Development; Senegal; October-December 2008

- Quantitative and qualitative study on poverty, vulnerability and social exclusion in the operating area of concentration of the Luxemburg Cooperation (Louga, Saint-Louis and Matam) on behalf of the Citizen Movement under the “Accompaniment” Component of the PIC II / SEN 023 / Lux-Dev Program

Countries of Work Experience
Senegal, France, Gambia, Guinea-Conakry, Mali

Languages

French (fluent); English (professional proficiency); Fula (native language); Wolof (fluent); Diola (proficient); Mandingo (proficient)

Summary

Mr. Modibo Dicko is a specialist in health systems strengthening with over 30 years' experience of work across West Africa. His expertise covers several areas including supply chain management, the strengthening of immunization systems through planning, monitoring and evaluating operations, and epidemiological surveillance. Mr. Dicko has scaled up successful pilot-tested innovations in various areas of the health sector, and effectively introduced new technologies, management systems and practices to health supply systems. From 2015 to 2017, he served as Project Director of the Informed Push Model for Intrahealth International in Dakar, Senegal, managing all technical aspects of the project. While based in Geneva, Switzerland, at WHO's headquarters he also worked as technical lead on the Optimize Collaboration Project in Senegal from 2008 to 2013. Mr. Dicko holds a PhD in Thermodynamics and Energetics from the University of Perpignan, France.

Education

PhD in Thermodynamics and Energetics, University of Perpignan, France, 1986

Technical Degree of Science in Solar Energy, University of Perpignan, France, 1978

Master of Science in Thermodynamics and Energetics, Polytechnic Institute, Belarus, 1976

Experience

Project Director of “Informed Push Model” (IPM); Intrahealth International; Dakar, Senegal; August 2015-September 2017

- Planned, managed, supervised and reported on all project activities: supply of contraceptives, UN lifesaving commodities for mother and child health, products from AIDS, Malaria, Tuberculosis and Micronutrient Programs to more than 1,400 service delivery points across Senegal using a public-private partnership with the National Supply Pharmacy and private 3PL service providers
- Prepared and led the implementation of a “Transition Plan for a Sustainable Transfer of the IPM Approach to the National Supply Pharmacy”

Technical Lead for the Senegal – Optimize Collaboration Project; World Health Organization (WHO); Geneva, Switzerland; May 2008-February 2013

- Coordinated WHO Sub-Team of Project Optimize and was Technical Lead for health system strengthening through integration of vaccine and other health supply systems
- Designed, implemented, monitored and evaluated a moving warehouse distribution system in Saint-Louis Region initially for vaccines, but including other essential health products later on
- Introduced and evaluated new freeze-free cold boxes for vaccine distribution
- Implemented a new regional vaccine store in Saint-Louis using solar and long-holdover time refrigerators enabling to dismiss backup generators
- Implemented, monitored and evaluated 15 solar direct-drive refrigerators with continuous Internet-based remote temperature monitoring
- Conducted a supply chain redesign effort through modelling and cost evaluation.
- Coordinated end-of-project evaluation activities including a process documentation effort

Coordinator for Regional Office for Africa (AFRO); World Health Organization (WHO); Harare, Zimbabwe; September 1999-April 2008

- Coordinated the “Immunization System Support Group” (ISS) of the “Vaccine Preventable Disease Unit” - VPD (February 2003 – April 2008)

- Coordinated the “Immunization System Strengthening Group” (ISS) of the VPD Unit (September 1999 – February 2003)

Regional Logistics Officer within the VPD Unit; World Health Organization (WHO); Brazzaville, Congo and Harare, Zimbabwe; September 1996 – September 1999

Inter-country Logistics Officer for the Western African Epidemiological Block; World Health Organization (WHO); Abidjan, Côte d’Ivoire; July 1995 – August 1996

Illustrative Consultancies

Agency for Preventive Medicine (AMP); Benin; April-May 2018

- Facilitated a short training course on health supply chain management for national supply chain managers from six francophone countries

WHO/HQ; Brazzaville, Congo; April 2018

- Facilitated a briefing workshop for the African Regional Office’s logistics officers

Intrahealth - Project “Informed Push Model” (IPM); Senegal; October 2017-March 2018

- Advised the project team on advocacy, communication and resource mobilization aspects,
- Ensured reporting and linking with donors and partners within and outside Senegal
- Ensured good evaluation and documentation of project IPM experience
- Facilitated a training course on health supply chain management at the Dakar Summer University
- Finalized the project IPM/Yeksi Naa final evaluation report and prepared two technical briefs on key lessons learned and sustainability of the Yeksi Naa experience

Agence de Médecine Préventive AMP); Rwanda; May 2015

- Participated in the development of a training curriculum on health supply chain management for the University of Rwanda Regional Centre of Excellence, Kigali, Rwanda

Gavi; Guinea; March-April 2015

- Developed an emergency plan to re-launch the national immunization program in the context of Ebola-stricken health system in Guinea

USAID/Evidence to Action (E2A) Project; Niger; March 2015

- Facilitated a session on evaluation, documentation and scaling up of best practices during the workshop on “Sexual and Reproductive Health for Adolescent & Young People”

OASIS Initiative - University of Berkeley; Niger; January 2015

- Facilitated a session on scaling up of successful pilot projects and resource mobilization for the “Sahel Leadership Program

UNICEF Program Division; USA; November 2014-February 2015

- Provided technical guidance for the preparation of interactive e-learning modules on vaccine supply chain management
- Provided training on Health System Strengthening

WHO – IVB Department/EPI Unit; Madagascar, Togo, Kiribati; September 2014-July 2015

- Consulted on the reviewing, editing and adapting of the draft “Guidelines on Solar Refrigerators” (November 2014 – July 2015)
- Served as senior consultant for the evaluation of Effective Vaccine Management (EVM) in Madagascar (November 2014 – December 2014)
- Co-facilitated the workshop on scaling up of “Post-Abortion Care / Family Planning” in Lome, Togo (November 2014)

- Served as senior consultant for the evaluation of Effective Vaccine Management (EVM) in Kiribati (September – October 2014)

Countries of Work Experience

Senegal, Benin, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of Congo, France, Guinea, Haiti, Mali, Niger, Rwanda, Switzerland, Zimbabwe

Languages

French (fluent), English (professional proficiency), Bambara (fluent), Russian (proficient)

Summary

Iain McLellan is a Social and Behavior Change Communication (SBCC), Social Marketing and Social Mobilization expert with 35 years of experience working in Africa. He specializes in strategic planning, materials development and program evaluation. Mr. McLellan has conducted numerable evaluations, as both a team leader and SBCC specialist, of USAID-funded projects. During the last three years, he has conducted evaluations of USAID-funded integrated health projects with WASH and Nutrition components in Madagascar, Malawi and Kenya. In Malawi, Mr. McLellan evaluated a USAID integrated health project implemented by Johns Hopkins Center for Communication Programs and was responsible for mass media, SBCC and community mobilization. Mr. McLellan did his undergraduate work in the USA at Goddard College and Cornell University and his graduate work at Université Aix-Marseille in France. He is fluent in both English and French.

Education

Master's, 2nd Cycle Course Work, Université Aix-Marseille, Aix-en-Provence, 1977

BA, Communications/Political Science, Goddard College, Plainfield, Vermont, 1974

Experience - Illustrative Consultancies

Management Systems International, January – March 2018

- Evaluated USAID rural project in Mali that integrates 3 sectors: Nutrition, WASH and Agriculture. Examined integration process and community mobilization

FHI360, Washington DC, January – February 2017

- Facilitated materials development workshop with Ghana Health Service, USAID contactors, and advertising agencies based on Media Action research

Global Health Program Cycle Improvement Project, Washington DC, October - December 2016

- Evaluated Integrated Social Marketing project in Madagascar implemented by PSI. Developed extensive qualitative and quantitative original research

DevTech Systems, Arlington, Virginia, June - September 2016

- Evaluated USAID integrated health project in Malawi implemented by Johns Hopkins Center for Communication Programs. Responsible for mass media, SBCC and Community Mobilization

International Advisory, Products and System (i-APS), Washington DC, March – May 2016

- Conducted an evaluation of the use of digital data collection and a community-based surveillance system to monitor the Ebola response in Sierra Leone

International Advisory, Products and System (i-APS), Washington DC, December 2015

- Prepared bid for evaluation Social Mobilization Action Consortium against Ebola Project in Sierra Leone financed by Irish development assistance GOAL

International Advisory, Products and System (i-APS), Washington DC, June - October 2015

- Conducted study of communications and resistance to the Ebola response in Guinea. Developed instruments and trained researchers

Africare, Washington DC, February - March 2015

- Analyzed data, reworked final evaluation report of USAID food security project in Chad involving food for work community mobilization

CARE UK, Colchester, UK, January – April, 2014

- Evaluated illegal migrant worker project in India, Bangladesh and Nepal focused on supporting migrant communities and preventing HIV

International Business & Technical Consultants, Inc. (IBTCI), Vienna, Virginia, October 2014 – January 2015

- Team leader of ALPHIAplus Health Communication and Marketing end of project evaluation implemented by PSI for USAID in Kenya

LTL Strategies, Washington, DC, February – March 2013

- Team leader on evaluation of USAID's Project AIDE: Education in Djibouti Focus on teacher training, reading and youth job skills creation

BLH Technologies, Inc., Rockville, Maryland, January 2013

- Assisted in preparation of bid for USAID's Transforming Effective Practices for Research, Marketing and Design (TRANSFORM) project

International Advisory, Products and System (i-APS), Washington DC, February 2013

- Prepared bid for Behavior Change Communication Strategy Market Research for Primary Health Care Project in Iraq

Overseas Strategic Consulting, Ltd. (OSC), Philadelphia, Pennsylvania, April 2013

- Developed communication strategy for the drought and famine forecasting NGO CILSS in Burkina Faso and Niger including new media use

USAID GTECH, Washington DC, May 2013

- Evaluated BCC, interpersonal communication and social mobilization component of Maternal and Neonatal Health project in Bangladesh

International Business & Technical Consultants, Inc. (IBTCI), Vienna, Virginia, November 2013

- Reviewed 10 years of USAID health sector programming in Mali. Made recommendations on future funding including planned SBCC project

USAID/Rwanda, Washington DC, February – March 2012

- Conducted mid-term assessment of Rwanda Livelihoods Project. As team leader did desk study, conducted field research and wrote report

FHI360, Washington DC, June 2012

- Assessed the use of telephone hotlines, mobile texting, and the internet to communicate with HIV Most at Risk Populations (MARPS) in Jamaica

USAID GTECH, Washington DC, October - November 2012

- Evaluated PSI/Pact Evidence-Based Targeted HIV Prevention Project in Malawi. Covered MARPS outreach, condom social marketing

USAID GTECH, Washington DC, January – February 2011

- Conducted evaluation for USAID/Benin of 2 large integrated health projects. Responsible for social marketing and mobilization and BCC

International Medical Corps, Los Angeles, California, April – May 2011

- Reviewed Cholera prevention activities in Haiti. Made recommendations on BCC, social mobilization, did training and developed materials

RTI International, Research Triangle Park, North Carolina, July 2011

- Prepared the BCC component in a proposal for a Family Planning Project in the Ukraine for submission to USAID

RTI International, Research Triangle Park, North Carolina, September – October 2011

- Evaluated Injecting Drug Users project in Telavi, Georgia and developed BCC strategy for Most at Risk Populations MSM, CSW, IDU

University of Montreal, Montreal, Canada, December 2011

- Reviewed Continuous Medical Education system in Albania and wrote communication strategy including increased use of new technologies

RTI International, Research Triangle Park, North Carolina, December 2010

- Evaluated interventions targeting Injecting Drug Users in Georgia and developed a HIV AIDS prevention strategy with stakeholders

Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, September – November 2010

- Developed NetWorks impregnated bed nets BCC promotion strategy for Sénégal and trained radio producers in spot production

Management Sciences for Health, Boston, Massachusetts, May – June 2010

- Aided Haiti “Sud” Department in preparation of HIV social mobilization action plans and revised guide on behavior change planning for LMS

Academy for Educational Development (AED), Washington DC, July 2010

- Conducted training in Social and Behavior Change Communication of media NGO in DR Congo and helped develop SBCC strategic plans

Université Laval (CCISD), Quebec, Canada, March 2010

- Developed a proposal for a project to strengthen community-based HIV AIDS prevention and care services on northern and western Cote d’Ivoire

Selected Publications

“Outreach Guide Series for HIV and AIDS Prevention,” PACT, 2007

“Guide for Creating Materials for Low Literates on HIV and AIDS Treatment,” FHI, 2005

“Peer Education Kit for Uniformed Services,” UNAIDS, 2003

“Guide for Developing and Implementing HIV/AIDS/STI Programming for Uniformed Services,” UNAIDS, 2003

“Peer Education Guide for the Workplace,” ILO, 2004

“Uniformed Services HIV/AIDS Peer Leadership Guide,” FHI, 2002

“Evaluation Report: UNFPA Support to HIV/AIDS Related Interventions,” UNFPA, 1999

“Condom Promotion for AIDS Prevention: A Guide for Policy-makers, Managers and Communicators,”
World Health Organization, 1990

"Television for Development: The African Experience," IDRC Reports, 1985

Countries of Work Experience

Senegal, Burkina Faso, Chad, Cote d'Ivoire, Djibouti, DRC, Ghana, Guinea, Haiti, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Sierra Leone,

Languages

French (fluent), English (fluent)

Summary

Dr. Demba Dione has extensive experience as a public health expert. He has worked in West Africa over the last 15 years in the planning, implementation, monitoring and evaluation of health projects. As a reproductive mother and child health specialist, he evaluated and developed Reproductive Health National Strategic plans in West Africa, mainly in Mali and Senegal. Dr. Dione was head of several program evaluation missions in Senegal, including the Senegal Health System Assessment in 2008, the impact evaluation of effective proven interventions in the fight against malaria, and the impact evaluation of the health system-strengthening program funded by the Global Fund in Senegal between 2011 and 2015. Dr. Dione has both a PhD and master's Degree in international development from Tulane University after his Doctoral degree in Medicine at Dakar University.

Education

Ph.D., International Development, Tulane University, School of Law, Payson Center for International Development, 2016

MSc., International Development, Tulane University, School of Public Health, Payson Center for International Development, 2004

Doctorate in Medicine, Cheikh Anta Diop, University of Dakar, 1999

Certificate, Epidemiology, CESAG and AMP-IDEA, 1998

Experience

Founder and Chief Executive Officer. Health and Development Solution in Africa Consulting group (HDS-Africa) in Senegal, (current)

- Support and advise organizations and individuals in the areas of Strategic Planning; Proposal Development; Grant making; Monitoring and Evaluation; Training and Research in Health. Notable experience includes:
- Audit missions, for the Office of Inspector General of the Global Fund as a Public Health Expert, Nigeria and Mali, 2017
- Conducted a Total Market Approach (TMA) for Malaria in Senegal with USAID/SHOPS Plus, September 2017
- Principal Investigator, Routine Durability Monitoring of Long Lasting Insecticide Treated Nets (MILDA) in Senegal in collaboration with the National Malaria Control Program (USAID/PMI), April 2015 – July 2018
- Principal Investigator, Impact Evaluation of malaria intervention programs from 2005 to 2010 in Senegal, USAID/PMI, May 2013
- Supported the Senegalese Health Information System of the Ministry of health in the DHIS2 implementation process, in collaboration with Measure Evaluation, June – December 2016
- Developed the National Strategic Plan for Family planning in Senegal in Partnership with USAID/FHI360, April – May 2016
- Facilitated the regional training in Use of Demographic and Health Survey (DHS) Data for Malaria Analysis/Macro Design in Senegal, in Collaboration with ICF Macro Inc., May 2015 and March 2016
- Performed a two-year verification process for the Informed Push Model project in Senegal; A project Implemented by Intrahealth International and Funded by Bill and Melinda Gate Foundation and Merck and Mothers, June 2014 – June 2016

- Developed the Plan for Securing Reproductive Health products and the National Child Survival Plan for the Direction of Reproductive Health (DSRSE) within the Ministry of Health Senegal, April 2016
- Conducted the Final Evaluation of the Senegal Food Fortification Enhancement Program (PRF), for the Cellule de Lutte Contre la Malnutrition (CLM) of Senegal and GAIN, October 2015
- Conducted the Development of Monitoring and Evaluation plan for the Universal Salt Ionization Program (PIUS) in Senegal for the CLM, July 2015

Consultant, WHO/RBM and UNOPS, (Nigeria, Niger, Mali, Guinea-Bissau, Cote d'Ivoire, Senegal), February 2011 – present

- Conducted the development of the National Malaria Policy, Malaria Strategic Plan, Malaria M&E Plan for Guinea-Bissau NMCP, May - June 2018
- Conducted the development of the Malaria M&E Plan for NMEP and the Development of Global Fund Malaria Grant Request for the CCM Mali, January - April 2018
- Conducted the Malaria Mid Term Review (MTR) for the NMEP Nigeria and Development of the Malaria M&E Plan, November 2017
- Conducted the development of the Grant Continuation Request of the Global Fund Malaria Grant for the CCM of Cote d'Ivoire, February-March 2017
- Conducted the final Malaria Program Review (MPR) for the NMCP Niger and Development of the Malaria National Strategic Plan 2017-2021, November-December 2016
- Conducted the final Malaria Program Review (MPR) for the NMCP Senegal and Development of the Malaria National Strategic Plan 2016-2020, September-November 2016
- Conducted the development of the winning Concept Note of the Global Fund Malaria Grant for the CCM of Niger, March 2015
- Conducted the development of the National Malaria Strategic Plan 2014-2018 and Concept Note of the Global Fund Malaria Grant for the Ministry of Health of Senegal, March 2014
- Conducted the development of the National Reproductive Health Strategic Plan for the Ministry of Health Mali, July 2013

Team leader and M&E Consultant, Grant Management Solution, (Senegal, Guinea, Congo, Mali, Gabon, Sierra Leon, Pakistan, DRC) , July 2009 – October 2013

- Conducted several assignments throughout Africa and South Asia for complex and high-risk portfolios: Main duties:
- Monitoring and Evaluation for phase 2 request Round 10 Tuberculosis of the NTP (Developed the performance framework, facilitated MESST workshop, updated the Monitoring and Evaluation plan, and helped the PR negotiate with the Global Fund), Senegal, October 2013
- Regional Coordinator for GMS technical assistance to CCM of Senegal, Ghana, Sierra Leone, RCA, South Sudan, March 2012
- Team leader, implementation of Round 10 HIV for SE/CNLS, Guinea, April 2012
- Team leader, implementation of the Round 8 Malaria and Tuberculosis for the Ministry of Health (developed the first progress update and disbursement request, facilitated two MESST workshops, updated the M&E plan, built capacity of sub-recipients) Congo, August 2011
- Team leader for phase 2 request Round 8 HIV CNLS, Mali, July 2011
- Team leader, Consolidation of the Global Fund Round 7 and 10 Malaria, Senegal, May 2011
- Team leader, rescue of HIV Global Fund Grant for the Ministry of Health, Gabon, January 2011
- Team leader for the implementation of Dashboard for the Global Fund grants for CCM Sierra Leone, August 2010
- Team leader for the consolidation of Round 6 and 9 Tuberculosis (developed performance framework, updated MESST report, updated M&E plan, and helped the PR negotiate with the Global Fund staff) for NTP – Pakistan, July 2010

- Coordinator of teams of consultants for NTP Global Fund phase 2 request, Senegal, May 2010
- Facilitator M&E in the 6th GMS boot camp (Training of consultants in the consolidation process, Development of performance framework, Development of M&E plan, Facilitation of MESST workshop), Washington DC. (April 2010)
- Team leader for the consolidation of Global Fund Grants Round 6 and 9 HIV – Senegal, February 2010
- Team leader for the negotiation of the Health System Strengthening (HSS) Grant Round 9 for the Ministry of Health – Senegal, March 2010
- Team Leader for the consolidation of Global Fund Grants Round 6 and 9 HIV - Sierra Leone, March 2010
- Team leader for the GMS technical Assistance for the implementation of Global Fund Round 8 HIV – DRC, January 2009
- M&E Expert for the negotiation of global fund grant Round 8 HIV – DRC, July 2009

Consultant, IntraHealth International, Senegal, February 2013

- Development of the National Strategic Plan of the National Service for Emergencies (SAMU) – Senegal

Consultant, Plan International Canada for Plan Liberia, Liberia, October 2012

- Development of the LLIN distribution Plan, Development of Financial and Administrative Manual for sub recipients of the Round 10 Malaria Global Fund Grant

Consultant, GIZ, Senegal, October 2012

- Trained staff of Direction General of the Ministry of Finance for the development of their strategic plan

Consultant, costing the National Family Planning in collaboration with McKinsey group, FHI 360/Senegal, Senegal, May 2012

Lead Consultant, Global Fund, Senegal, April 2012

- Led a technical Audit of the health system strengthening project of the Global Fund’s National Program against HIV and STI in Senegal

Principal investigator, UNICEF, Senegal, March 2011

- Survey on the prevalence rate of Mother to Child HIV transmission for the Ministry of Health in Senegal

Consultant, Consolidation of Round 7 malaria and R4 RCC Malaria Grant, UNDP Sao Tome and Principe/UNAID (TSF), Sao Tome and Principe, January 2011

Consultant/Investigator, “Use of Misoprostol for the prevention of post-partum hemorrhage” survey, Abt Associates, Senegal, April 2009

Consultant, Senegal Health System Assessment, Abt Associates, Senegal, October 2008

Principal investigator, “Syphilis screening in pregnant woman at the health post” project, USAID/FHI and the Senegalese Ministry of Health, Senegal, July 2006

Investigator, Final Evaluation of “Prévention et dépistage de l’infection à VIH au Sénégal SFP 2001-117” project, French Cooperation, Senegal, December 2005

Consultant, National Assessment of Spending in AIDS in Senegal (REDES), UNAIDS and CNLS, Senegal, 2005

Global FUND Local Agent (LFA), Cabinet Hodar-Conseil, Senegal, 2009

- Team leader for the LFA staff in Guinea Bissau, in charge of three grants: two (malaria and Tuberculosis) within the Ministry of health and one (HIV) for the CNLS.

Special Advisor of the Director of Hospital, Ministry of Health, Senegal, 2008-2009

- Acted as Technical Advisor of the Director in the decision-making process and development of political and strategic documents within the Ministry of Health. Led the development of the Hospital Policy document, a process financed by the World Bank

Regional Expert, Price Waterhouse Coopers Belgium (PwC), Senegal, 2007-2008

- Monitored two projects in Guinea (in 2007), one in health (HIV) and 1 in community development; monitored 1 project related to health system strengthening in Congo (in 2007); and 2 health projects in Burundi (in 2006).

Lecturer, Cheikh Anta DIOP University ISED/UCAD, Senegal, 2005-2007

- In charge of Epidemiology and Biostatistics courses for 6th year Medical students
- Trained and supervised students for the Master in Public Health at ISED. In charge of the Monitoring and Evaluation module

Associate Professor, Health Institute of CESAG, Senegal, 2005-2007

Physician, Health District, Ministry of Health, Senegal, 2003-2005

Coordinator, ISED/ISADE (World Bank-funded), Guinea Bissau, 2000 – 2001

- Local coordinator of the training program in public health for health professionals with the Ministry of Health in Guinea Bissau

Data Base Manager, HIV National Counsel, Senegal, 1999 – 2000

- Physician Investigator at the HIV national program, manager of the data base of the Senegalese access to ART (ISAARV)

Research Assistant, Malaria Laboratory, IRD, Senegal, 1999

Languages

French (fluent); English (fluent); Spanish (basic); Portuguese (basic); Severe; Wolof; Pular; Creol

Summary

Dr Amadou Mbaye is a malaria expert with over 25 years of experience. He has worked for international donors across Africa on health projects and studies. Mr. Mbaye's malaria work has covered national health programs monitoring and evaluation, national strategic plans, national control programs, and health systems and programs evaluations. In addition to malaria, he has worked on HIV and tuberculosis initiatives. Throughout his career, Mr. Mbaye has continually worked in Senegal. He has extensive knowledge in public health, epidemiology and statistics. Mr. Mbaye has a doctorate in medicine from Dakar University and a certificate on advanced epidemiological analysis from the London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Education

Certificate on Advanced Epidemiological Analysis, London School Hygiene and Tropical Medicine, UK, 2004

Masters in science in public health, *Institut de Santé et Développement*, Senegal, 1997

Doctorate in medicine, Dakar University, Senegal, 1993

Relevant Experience

National Consultant, IntraHealth International, Senegal, October 2018

- Mid-term evaluation of the Cadre Stratégique National de la Planification Familiale

Senior Consultant, PATH, Senegal, May 2018-August 2018

- Supported the drafting of emergencies acceleration plan in Senegal
- Support to the elaboration of the Emergency Acceleration Plan in Senegal

International Consultant, UNOPS, Senegal, August 2018

- Mid-term Evaluation of National Malaria Control Program

International Consultant, UNOPS, Burundi, February 2018-June 2018

- Served as Team Coordinator for the internal evaluation of the Malaria Control Program (MPR)
- Support to develop the Plan Stratégique Paludisme du Burundi

International Consultant, UNOPS, Madagascar, January 2018-February 2018

- Developed the FM grant from the Malaria Control Program

National Consultant, Hera – Belgium, Senegal, September-October 2017

- Work on the Itinerere Evaluation of the Sahel Solidarity Health Initiative (I3S)
- Evaluation of “Support Project for Healthcare Supply And Demand (PAODES)”

International Consultant, UNOPS, July 2017-August 2017

- Acted as Team Coordinator for the external evaluation of the Malaria Control Program (MPR).

Senior Consultant, WHO, Madagascar, July 2017-August 2017

- Supported the drafting of the Strategic Plan for Malaria Control

Senior Consultant, Diseases Control Directorate/MSP, Senegal, March 2017-April 2017

- Supported the drafting of an integrated Strategic Plan for non-communicable diseases

International Consultant, Malaria/MSP Program, Senegal, January 2017-March 2017

- Evaluation of the implementation of community indoor Spraying (AID)

International Consultant, Roll Back Malaria, Burundi, January 2017-March 2017

- Supported the drafting of the funding request from the Global Fund for the Malaria Component

International Consultant, Directorate of Reproductive Health and Child Survival/MSP, Senegal, December 2015-March 2016

- Supported the drafting of Nutrition Strategic plan within the Health Sector

International Consultant, FEI 5%, Madagascar, February 2016

- Supported the update of Malaria Conceptual Note in the framework of the funding request from the Global Fund for the fight against HIV: Tuberculosis and Malaria (New Funding Model).

International Consultant, Democratic Republic of Congo, USAID/PSI, October 2014-March 2015

- Participated in organizational and institutional audit of the National Malaria Control Program

International Consultant, Roll Back Malaria / OMS, Madagascar, December 2014-January 2015

- Supported the update of Malaria Conceptual Note in the framework of the funding request from the Global Funds for the fight against HIV: Tuberculosis and Malaria (New Funding Model)

International Consultant, Roll Back Malaria / OMS, Burkina Faso, August 2014

- Supported the update of Malaria Conceptual Note in the framework of the funding request from the Global Funds for the fight against HIV: Tuberculosis and Malaria (New Funding Model)

International Consultant, Roll Back Malaria / OMS, Cote d'Ivoire, June 2014

- Supported the update of Malaria Conceptual Note in the framework of the funding request from the Global Fund for the fight against HIV: Tuberculosis and Malaria (New Funding Model)

Epidemiologist, AMREF, Gabon, April 2014

- Evaluated maternal, newborn and infant health programs in the provinces of Gabon

International Consultant, UNICEF, Burundi, March 2014

- Developed strategic documents for the implementation of the intermittent preventive Treatment for the prevention of Malaria within the population of pregnant women

National Consultant, HERA/AEDES, Senegal, February 2014

- Participated in midterm Evaluation of PAGOSAN (Health governance Support Project) and PAODES (Healthcare supply and demand Support Project)

International Consultant, OMS/AFRO, Senegal / Mali / Kenya / Mauritius / Gabon, May-September 2013

- Supported the formulation of Nutrition Strategic Plan within Health Sector

International Consultant, Micronutrient Initiative, Senegal, July 2012

- Conducted situational analysis of communities' interventions and development of an operational plan to roll back maternal and newborn mortality

International Consultant, Roll Back Malaria, Madagascar, March 2012

- Developed a strategic plan for Malaria Control 2013-2017

International Consultant, UNICEF, Burkina Faso, December 2011-January 2012

- Developed a strategic plan to roll back diarrhea and child affecting diseases

International Consultant, Ernst and Young, European Union, Niger, November 2011

- Developed organizational and institutional framework for the fight against malnutrition in Niger.

International Consultant, Roll Back Malaria, Madagascar, July 2011-October 2011

- Helped draft the Final Report on Malaria Program Review (MPR)

Head of Mission, Global Fund, Togo, April-September 2011

- Provided joint review of strategic plan for Malaria Control

International Consultant, Global Sanitation Fund, Senegal, November 2010

- Developed the GSF/SENEGAL program log frame and elaboration of a concept note for the implementation of the project

International Consultant, Roll Back Malaria, Guinea, October 2010

- Negotiated and developed documents for phase 2 of Round 6 Malaria Global Fund

International Consultant, Roll Back Malaria, Niger, July-September 2010

- Developed proposal Round 10 Malaria for the Global Fund

International Consultant, UNICEF, Madagascar, February 2010

- Developed result-based funding strategy focused on community approach of the treatment of the three diseases affecting children (diarrhea, ARI and malaria)

International Consultant, Roll Back Malaria, Mali, November 2009-January 2010

- Negotiated and developed documents of the transition to phase 2 of Round 6 for the Malaria Global Fund

International Consultant, UNICEF, Madagascar, April 2009

- Developed the proposal "National Strategic Application (NSA) for malaria wave 1" of the Global Fund to fight HIV / AIDS, Tuberculosis, Malaria.

International Consultant, UNICEF, Djibouti, January 2009

- Developed the proposal on malaria for transition to Phase 2 of Round 6 of the Global fund to fight HIV / aids, Tuberculosis, Malaria

International Consultant, Africare, Benin, October 2008

- Developed the proposal to RCC Wave 3 of the global fund to fight HIV / aids, Tuberculosis, and Malaria

Regional Adviser, UNICEF, Senegal / Benin / Mali / Ghana, March 2007-March 2008

- Monitored the implementation of Intermittent Preventive treatment (IPTi) in MS for infants in four African countries

International Consultant, Roll Back Malaria, Benin, May 2007

- Developed the proposal for Malaria control Round 7 of the Global fund for the fight against HIV / AIDS, Tuberculosis, Malaria

Epidemiologist, WMO / OMS, Senegal, March 2007

- Supported the evaluation of the first year of the first phase for Malaria control financed by the Global Fund in Senegal
- Supported the evaluation of the first year of the first phase for Malaria control activities financed by the Global Fund in Senegal

Research Principal Investigator, Medical Research Council, The Gambia, 2002-2004

- Acted as Principal Research Investigator on Intermittent Sulfadoxine Pyrimethamine Treatment in Pregnant Women in the Republic of The Gambia in collaboration with the London School of Hygiene and Tropical Medicine

Epidemiologist, OMVS, Senegal, Guinea, April 2002

- Led feasibility Study for the construction project of a hydroelectric dam over The Gambia River

Epidemiologist, Plan International, Senegal, January 2002

- Lead health impact research study on the Plan International Micro-Credit project within the disadvantaged communities of the suburbs of Dakar

National Consultant, WHO, Senegal, October 2001

- Supported Saint-Louis medical region for vaccination against poliomyelitis

Principal Investigator, HOPE Program, Senegal, 1999-2000

- Served as principal investigator of research on the transmission and management of bilharzia in the populations of the northern region of St Louis in collaboration with the tropical institute of medicine in Antwerp

Trainer, Centre d'Etudes Spécialisées en Administration et Gestion de Dakar, Senegal, January 1998

- Delivered Epidemiology training at Center for Administration and Management of Dakar (CESAG). CESAG is an African inter - state center for the training of administrators and managers of health sector

Head of Program, European Union, Senegal, 1995-1999

- Coordinated strategic planning and support to the implementation of activities to fight bilharzias in St. Louis Region

Head of Program, Société d'Aménagement du Terres du Delta, Senegal, 1992-1994

- Served as project manager for the control of waterborne diseases in hydro-agricultural developments in St Louis region

Countries of Work Experience

Senegal, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cote d'Ivoire, Democratic Republic of Congo, Djibouti, Gabon, The Gambia, Ghana, Guinea, Kenya, Madagascar, Mali, Mauritius, Togo

Languages

French (fluent), English (proficient), Wolof (native)

ANNEXE III : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

5.1. Documents du Programme Santé

AMELP GoTAP, version révisée, Fév. 2019

AMELP GoTAP, version Sept. 2017

AMELP Final HSS+, Final version, Oct 2016

Action Memorandum, August 17, 2016

Annual report FY 18 Global Health Supply Chain, octobre 2017-septembre 2018

Annual work plan FY 2018 (October 2017-September 2018) Health System Strengthening Plus Component, September 2017

Approved GoTAP Action Plan Year 2, Jan 2018

CVAC Guide du Formateur

Décret portant statuts-types des Comités de Développement Sanitaires, MSAS

Document d'orientation sur la stratégie CVA

Document de Synergie PPP (RSS+/SHOPS+/GoTAP)

Document de présentation du projet NEEMA, 06 Février 2019

Dépliant des réalisations à mi-parcours de RSS+, 08 février 2019

Evaluation du secteur privé de santé au Sénégal, SHOPS+, USAID, Banque Mondiale, Jan 2018

FALL 2015 Portfolio Review, DOI Economic Development

FARA milestone Progress Trackers, A5

FARA Milestone follow up Tool, 04/24/2017

FARA milestone PNLP, as of May 10, 2016

G2G NMCP Senegal evaluation report, Nov 2018

GHSC, Annual report FY 2018, Oct 2017-Sept 2018

GoTAP Contract, Fully Executed

Government To Government USAID/Sénégal Health Project, project Appraisal Document, Health office USAID/Sénégal April 17, 2013

Health Mission PMP

Health Project 2016-2021 Project Appraisal Document (PAD), August 6, 2015

Health DO Team Results Framework Snaps hot June 16, 2014

ISD-HB Annual workplan Year 1, Nov 2016

ISD-HB Cooperative Agreement

Identification d'une stratégie pour améliorer la qualité des soins offerts par le secteur privé de la santé au Sénégal SHOPS+, 15 Septembre 2017

Integrated Service Delivery and Healthy Behaviors (ISD-HB) mechanism Août 2016

Implementing Letters

Management Strategy–Expanded for G2G Concept-PAD

Mission Review of Health Team Concept Paper

Manuel de suivi & évaluation, 1er Octobre 2016–30 Septembre 2021 (ISD–HB)

Neema Annual report FY 2018, Oct 2017-Sept 2018

Liste des badienou gokh impliqués en partenariat avec ADEMAS/SHOPS+

Liste des prestataires et officines privées partenaires de Bayan Global/SHOPS+

Liste des radios communautaires partenaires de ADEMAS/SHOPS+

Liste des SPS -par région- ayant bénéficié d'un appui

Plan d'action FY18 RSS+, Oct 2017-Sept 2018

Plan d'Action GoTAP An I Oct 2016-Sept 2017, Février 2017

Plan d'action intégré annuel du programme de santé de l'USAID Octobre 2016-Septembre 2017, Avril 2017

Plan de Suivi-évaluation et apprentissage de GoTAP, Fev 2017

Plan Stratégique de l'ASPS, SHOPS+ Février 2018

Plan d'action annuel NEEMA 1^{er} octobre 2016-30 septembre 2017

Plan d'action An II Octobre 2017-Septembre 2018, COMPOSANTE « GOVERNMENT TECHNICAL ASSISTANCE PROVIDER», Septembre 2017

Programme Santé 2016-2021 de l'USAID/Sénégal Document d'évaluation de projet (PAD), August 11, 2015

Program description HSS+

Présentation introductive cartographie du secteur privé de la santé au Sénégal, Janvier 2018

Panorama de la responsabilité sociale des entreprises au Sénégal SHOPS+, 25 Septembre 2017

Portfolio Reviews Overview of Performance of the SO (by the SO Team Leader), draft 04/24/2007

Rapport Annuel AN1 GoTAP, Oct 2016-Sept 2017

Rapport Annuel AN2 GoTAP Oct 2017-Sept 2018, 28 Octobre 2018

Rapport annuel FY17 RSS+, Oct 2016 – Sept 2017

Rapport annuel FY18 RSS+, Oct 2017-Sept 2018

Rapport Approche Amélioration de la qualité des services dans le privé, SHOPS+

Rapport des concertations dans le cadre de l'élaboration du programme Santé USAID 2016-2021

Rapport final de la cartographie des structures privées de santé au Sénégal, SHOPS+, Mars 2018

Rapport semestriel d'activités FY 2018 octobre 2017-mars 2018, 30 Avril 2018

Rapport semestriel d'activités GoTAP Octobre 2016-Mars 2017, 29 Avril 2017

Rapport Annuel FY 2017, 1er Octobre 2016–30 Septembre 2017, USAID/NEEMA

Restitution des résultats de la revue des stratégies novatrices, composante engagement communautaire

Résumé du Plan d'Action Intégré du Programme Santé, 23 Mai 2017

SHOPS PLUS: Senegal field support workplan, October 1, 2016-March 31, 2018

SHOPS Plus Senegal Annual Report October 2016–September 2017, Nov 1, 2017

Social Marketing Organizational Development Tool, Draft – ADEMAs October 2017
Second rapport semestriel d'activités Avril 2017-Septembre 2017, 30 Octobre 2017
Scope of Work for the Human Resources for health activity in Senegal, Nov 2016
SHOPS+ Annual report FY18, Oct 2017-Sept 2018
Social Marketing Organizational Assessment, ADEMAs, Oct 2017
Synthèse des activités de sensibilisation des CVAC, bureau regional de Thiès, Octobre-Décembre 2018
USAID/Senegal Health IPs: Synergy between Projects
USAID/Sénégal 2016-2020 Shops Plus Field, Support Program Description, Mai 2016
USAID PAsMESSIS evaluation report

5.2. Documents du Ministère de la Santé et du système national

Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD 2016-2018), MSAS
Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2010-2011
Enquête Démographique et de Santé Complète 2017
Enquête Démographique et de Santé Continue 2014
Enquête Démographique et de Santé Continue 2015
Enquête Démographique et de Santé-Continue 2012
Evaluation du système de santé du Sénégal, MSP, USAID, Sept 2009
Feuille de Route Multisectorielle pour Accélérer la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité maternelles et néonatales au Sénégal, 2006-2015, MSP 2006
Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018), MSP, Jan 2009
Plan National Stratégique pour la Survie de l'Enfant 2007-2015n Juillet 2007, MSP
Plateforme DHIS-2 consultée en Mars 2019
Manuel des procédures administratives, financières et comptables du PNDS, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE), version finale, 23 Juillet 2015
Plan conjoint de mitigation des risques et de renforcement des capacités de gestion au niveau central, Version provisoire-3 Avril 2014
FARA A6: 2016-2017, description des Axes d'intervention et activités, Programme National de lutte contre le Paludisme, Ministère de la santé et de l'action sociale, direction générale de la santé, direction de la lutte contre la maladie
Plan d'action PNLPMI USAID FARA 2012
Financement direct PMI, PTA-PMI 2012-2013, Programme national de lutte contre le paludisme
PTA-PMI, Plan d'action, Programmation, détail Budget
Arrêté portant création du comité de pilotage du Programme Santé de l'USAID 2016-2021, Ministère de la Santé et l'Action Sociale, 18 Octobre 2017
Rapport des concertations dans le cadre de l'élaboration du Programme santé USAID 2016-2021
Direction de l'Investissement, Ministère de l'économie et des finances, Implementation Letter (IL) N° 685-012-05 (a5)

Programme National de Lutte contre le Paludisme, Financement direct PMI PTA-PMI 2012/2013, activités et description

Accord de subvention d'objectif stratégique (SOAG) N°865-012, 11 Mai 2012

Rapport final FARA I, Programme National de Lutte contre le Paludisme

Plan FARA I PNLPMI/USAID, rapport de mise en oeuvre à la date du 31 Janvier 2013

Evaluation de capacités, Programme National de Lutte contre le Paludisme, 15 Juin 2012

Cadre de performance de mise en oeuvre Plan FARA 2, 05 Avril 2013

Rapport annuel sur la mise en oeuvre du Programme Santé de l'USAID 2016-2021 AN I, Octobre 2016-Septembre 2017

5.3. Autres documents

Gueye A-K et Seck Pape S, Etude de l'accessibilité des populations aux soins de santé hospitaliers au Sénégal, Oct 2009

Monitoring the Building Blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurements strategies, WHO, 2010

Ndiaye A, Tal-Dial AI et al., Déterminants socioculturels du retard de la 1ere consultation prénatale dans un district sanitaire du Sénégal, 2005

Joint USAID/world bank evaluation of the ministry of health and social welfare, within the framework of the public financial management risk assessment, final report 8/22/2014

Analyse des dépenses publiques dans les secteurs sociaux au Sénégal sur la période 2006-2013, Ministère de l'économie, des finances et du plan avec UNICEF Sénégal, Dakar, 2015

USAID Mail, RE/FARA I Modification, 28 Septembre 2013

USAID Mail, Rapport de mise en oeuvre/demande de décaissement sur plan Fara I, 01 Février 2013

USAID/Sénégal PSSC -II, Final Performance Evaluation Report, Ernst & Young LLP, January 9, 2015

ANNEXE IV : CONFLIT D'INTÉRÊT

200 12th Street South, Suite 1200
Arlington, VA 22202 USA



Personal Conflict of Interest Non-Disclosure Agreement

As an employee, I have been entrusted with certain information regarding the operations and work of Management Systems International. (hereinafter referred to as MSI). MSI is committed to protecting the confidentiality of our clients, including the U.S. Government, with business data entrusted to its care. As it pertains to my relationship with MSI, I agree and acknowledge the following:

Confidential and Proprietary Information

For purposes of this Agreement, "Confidential Information" is defined as all information and materials, in whatever form, whether tangible or intangible, disclosed by MSI or any of its authorized representatives. All MSI proprietary information that is not known generally to the public is considered as "Confidential Information."

The following are deemed Confidential, but should not be considered exhaustive:

- Information about MSI projects/programs not available to the public;
- Ideas for research and development;
- Computer records and software (including software that is proprietary to third parties);
- Any other information which MSI must keep confidential as a result of contractual requirements;
- Information regarding the administration of components of certification programs;
- Information on MSI personnel not available publicly;
- Item content, characteristics, development or other aspects of assessments or evaluations and their development, maintenance and administration;
- Identities of MSI candidates, customers, suppliers, or third party contractors, including without limitation any media, advertising, or public relations firms; unless that information exists in the public domain;
- MSI's e-mail distribution list(s) and its database information;
- Information submitted in the investigation of complaints or involving ethics cases;
- MSI's financial data;
- Any other information to which employees may have access while involved in MSI work.

Non-Disclosure

I agree to maintain the confidentiality of all Confidential Information. I agree not to misuse, misappropriate, disclose or divulge in writing, orally or by electronic means, any Confidential Information, directly or indirectly, to any other person or use them in any way, either during the term of this Agreement or at any other time thereafter, except as is required in the course of service to MSI. I also agree not to, without prior written consent from MSI, utilize any Confidential Information for future use unrelated to present activity. In no event shall I use Confidential Information in a manner that is in any way detrimental to MSI or others.

I acknowledge and agree that all Confidential Information and similar items maintained in hard copy, electronically or online relating to MSI's business, shall remain exclusively the property of MSI and shall only be used by myself for the purpose(s) permitted by MSI.

Personal Conflict of Interest


I shall avoid personal and professional conflicts of interest in all matters pertaining to MSI's programs. Conflicting interests may include but are not limited to such areas as financial, personal relationships, and/or professional relationships. If a situation arises where it is unclear as to whether a conflict of interest exists, I shall discuss the issue with the Director of Human Resources.

Certification

Violation of this Agreement could be grounds for termination of service with MSI. Except as provided herein, I am prohibited from disclosing or using any Confidential Information in all circumstances, including but not limited to subsequent engagements or employment with third parties.

I acknowledge that a violation of the terms of this Agreement may cause damage and harm to MSI and that any such damage or harm will be difficult if not impossible to calculate in monetary terms and will be irreparable to MSI. I agree that, upon notice from MSI declaring a breach of this Agreement, I shall immediately cease all further activities which are, or are claimed by MSI to be, a breach of this Agreement.

Name (Last, First, Middle Initial): BARRY Souleymane

Signature 

Date 01/07/2019

MSI Position/Title: Senior Evaluation Specialist

Personal Conflict of Interest Non-Disclosure Agreement

As an employee, I have been entrusted with certain information regarding the operations and work of Management Systems International. (hereinafter referred to as MSI), MSI is committed to protecting the confidentiality of our clients, including the U.S. Government, with business data entrusted to its care. As it pertains to my relationship with MSI, I agree and acknowledge the following:

Confidential and Proprietary Information

For purposes of this Agreement, "Confidential Information" is defined as all information and materials, in whatever form, whether tangible or intangible, disclosed by MSI or any of its authorized representatives. All MSI proprietary information that is not known generally to the public is considered as "Confidential Information."

The following are deemed Confidential, but should not be considered exhaustive:

- Information about MSI projects/programs not available to the public;
- Ideas for research and development;
- Computer records and software (including software that is proprietary to third parties);
- Any other information which MSI must keep confidential as a result of contractual requirements;
- Information regarding the administration of components of certification programs;
- Information on MSI personnel not available publicly;
- Item content, characteristics, development or other aspects of assessments or evaluations and their development, maintenance and administration;
- Identities of MSI candidates, customers, suppliers, or third party contractors, including without limitation any media, advertising, or public relations firms; unless that information exists in the public domain;
- MSI's e-mail distribution list(s) and its database information;
- Information submitted in the investigation of complaints or involving ethics cases;
- MSI's financial data;
- Any other information to which employees may have access while involved in MSI work.

Non-Disclosure

I agree to maintain the confidentiality of all Confidential Information. I agree not to misuse, misappropriate, disclose or divulge in writing, orally or by electronic means, any Confidential Information, directly or indirectly, to any other person or use them in any way, either during the term of this Agreement or at any other time thereafter, except as is required in the course of service to MSI. I also agree not to, without prior written consent from MSI, utilize any Confidential Information for future use unrelated to present activity. In no event shall I use Confidential Information in a manner that is in any way detrimental to MSI or others.

I acknowledge and agree that all Confidential Information and similar items maintained in hard copy, electronically or online relating to MSI's business, shall remain exclusively the property of MSI and shall only be used by myself for the purpose(s) permitted by MSI.

Personal Conflict of Interest

I shall avoid personal and professional conflicts of interest in all matters pertaining to MSI's programs. Conflicting interests may include but are not limited to such areas as financial, personal relationships, and/or professional relationships. If a situation arises where it is unclear as to whether a conflict of interest exists, I shall discuss the issue with the Director of Human Resources.

Certification

Violation of this Agreement could be grounds for termination of service with MSI. Except as provided herein, I am prohibited from disclosing or using any Confidential Information in all circumstances, including but not limited to subsequent engagements or employment with third parties.

I acknowledge that a violation of the terms of this Agreement may cause damage and harm to MSI and that any such damage or harm will be difficult if not impossible to calculate in monetary terms and will be irreparable to MSI. I agree that, upon notice from MSI declaring a breach of this Agreement, I shall immediately cease all further activities which are, or are claimed by MSI to be, a breach of this Agreement.

Name (Last, First, Middle Initial):

Boussy. Abbonlaye Yerohia

Signature



Date

30.04.2019

MSI Position/Title:

Med E Manager

*Health
Evaluation*

Personal Conflict of Interest Non-Disclosure Agreement

As an employee, I have been entrusted with certain information regarding the operations and work of Management Systems International. (hereinafter referred to as MSI). MSI is committed to protecting the confidentiality of our clients, including the U.S. Government, with business data entrusted to its care. As it pertains to my relationship with MSI, I agree and acknowledge the following:

Confidential and Proprietary Information

For purposes of this Agreement, "Confidential Information" is defined as all information and materials, in whatever form, whether tangible or intangible, disclosed by MSI or any of its authorized representatives. All MSI proprietary information that is not known generally to the public is considered as "Confidential Information."

The following are deemed Confidential, but should not be considered exhaustive:

- Information about MSI projects/programs not available to the public;
- Ideas for research and development;
- Computer records and software (including software that is proprietary to third parties);
- Any other information which MSI must keep confidential as a result of contractual requirements;
- Information regarding the administration of components of certification programs;
- Information on MSI personnel not available publicly;
- Item content, characteristics, development or other aspects of assessments or evaluations and their development, maintenance and administration;
- Identities of MSI candidates, customers, suppliers, or third party contractors, including without limitation any media, advertising, or public relations firms; unless that information exists in the public domain;
- MSI's e-mail distribution list(s) and its database information;
- Information submitted in the investigation of complaints or involving ethics cases;
- MSI's financial data;
- Any other information to which employees may have access while involved in MSI work.

Non-Disclosure

I agree to maintain the confidentiality of all Confidential Information. I agree not to misuse, inappropriate, disclose or divulge in writing, orally or by electronic means, any Confidential Information, directly or indirectly, to any other person or use them in any way, either during the term of this Agreement or at any other time thereafter, except as is required in the course of service to MSI. I also agree not to, without prior written consent from MSI, utilize any Confidential Information for future use unrelated to present activity. In no event shall I use Confidential Information in a manner that is in any way detrimental to MSI or others.

I acknowledge and agree that all Confidential Information and similar items maintained in hard copy, electronically or online relating to MSI's business, shall remain exclusively the property of MSI and shall only be used by myself for the purpose(s) permitted by MSI.

Personal Conflict of Interest

I shall avoid personal and professional conflicts of interest in all matters pertaining to MSI's programs. Conflicting interests may include but are not limited to such areas as financial, personal relationships, and/or professional relationships. If a situation arises where it is unclear as to whether a conflict of interest exists, I shall discuss the issue with the Director of Human Resources.

Certification

Violation of this Agreement could be grounds for termination of service with MSI. Except as provided herein, I am prohibited from disclosing or using any Confidential Information in all circumstances, including but not limited to subsequent engagements or employment with third parties.

I acknowledge that a violation of the terms of this Agreement may cause damage and harm to MSI and that any such damage or harm will be difficult if not impossible to calculate in monetary terms and will be irreparable to MSI. I agree that, upon notice from MSI declaring a breach of this Agreement, I shall immediately cease all further activities which are, or are claimed by MSI to be, a breach of this Agreement.

Name (Last, First, Middle Initial): Ilbaya Name Aissaton

Signature: Ilbaya

Date: 12/10/2018

MSI Position/Title: HR Manager

Personal Conflict of Interest Non-Disclosure Agreement

As an employee, I have been entrusted with certain information regarding the operations and work of Management Systems International. (hereinafter referred to as MSI). MSI is committed to protecting the confidentiality of our clients, including the U.S. Government, with business data entrusted to its care. As it pertains to my relationship with MSI, I agree and acknowledge the following:

Confidential and Proprietary Information

For purposes of this Agreement, "Confidential Information" is defined as all information and materials, in whatever form, whether tangible or intangible, disclosed by MSI or any of its authorized representatives. All MSI proprietary information that is not known generally to the public is considered as "Confidential Information."

The following are deemed Confidential, but should not be considered exhaustive:

- Information about MSI projects/programs not available to the public;
- Ideas for research and development;
- Computer records and software (including software that is proprietary to third parties);
- Any other information which MSI must keep confidential as a result of contractual requirements;
- Information regarding the administration of components of certification programs;
- Information on MSI personnel not available publicly;
- Item content, characteristics, development or other aspects of assessments or evaluations and their development, maintenance and administration;
- Identities of MSI candidates, customers, suppliers, or third party contractors, including without limitation any media, advertising, or public relations firms; unless that information exists in the public domain;
- MSI's e-mail distribution list(s) and its database information;
- Information submitted in the investigation of complaints or involving ethics cases;
- MSI's financial data;
- Any other information to which employees may have access while involved in MSI work.

Non-Disclosure

I agree to maintain the confidentiality of all Confidential Information. I agree not to misuse, misappropriate, disclose or divulge in writing, orally or by electronic means, any Confidential Information, directly or indirectly, to any other person or use them in any way, either during the term of this Agreement or at any other time thereafter, except as is required in the course of service to MSI. I also agree not to, without prior written consent from MSI, utilize any Confidential Information for future use unrelated to present activity. In no event shall I use Confidential Information in a manner that is in any way detrimental to MSI or others.

I acknowledge and agree that all Confidential Information and similar items maintained in hard copy, electronically or online relating to MSI's business, shall remain exclusively the property of MSI and shall only be used by myself for the purpose(s) permitted by MSI.

Personal Conflict of Interest

I shall avoid personal and professional conflicts of interest in all matters pertaining to MSI's programs. Conflicting interests may include but are not limited to such areas as financial, personal relationships, and/or professional relationships. If a situation arises where it is unclear as to whether a conflict of interest exists, I shall discuss the issue with the Director of Human Resources.

Certification

Violation of this Agreement could be grounds for termination of service with MSI. Except as provided herein, I am prohibited from disclosing or using any Confidential Information in all circumstances, including but not limited to subsequent engagements or employment with third parties.

I acknowledge that a violation of the terms of this Agreement may cause damage and harm to MSI and that any such damage or harm will be difficult if not impossible to calculate in monetary terms and will be irreparable to MSI. I agree that, upon notice from MSI declaring a breach of this Agreement, I shall immediately cease all further activities which are, or are claimed by MSI to be, a breach of this Agreement.

Name (Last, First, Middle Initial): DICKO MODIBO

Signature M. Dicko Date 28/03/2019

MSI Position/Title: CONSULTANT

Personal Conflict of Interest Non-Disclosure Agreement

As an employee, I have been entrusted with certain information regarding the operations and work of Management Systems International. (hereinafter referred to as MSI). MSI is committed to protecting the confidentiality of our clients, including the U.S. Government, with business data entrusted to its care. As it pertains to my relationship with MSI, I agree and acknowledge the following:

Confidential and Proprietary Information

For purposes of this Agreement, "Confidential Information" is defined as all information and materials, in whatever form, whether tangible or intangible, disclosed by MSI or any of its authorized representatives. All MSI proprietary information that is not known generally to the public is considered as "Confidential Information."

The following are deemed Confidential, but should not be considered exhaustive:

- Information about MSI projects/programs not available to the public;
- Ideas for research and development;
- Computer records and software (including software that is proprietary to third parties);
- Any other information which MSI must keep confidential as a result of contractual requirements;
- Information regarding the administration of components of certification programs;
- Information on MSI personnel not available publicly;
- Item content, characteristics, development or other aspects of assessments or evaluations and their development, maintenance and administration;
- Identities of MSI candidates, customers, suppliers, or third party contractors, including without limitation any media, advertising, or public relations firms; unless that information exists in the public domain;
- MSI's e-mail distribution list(s) and its database information;
- Information submitted in the investigation of complaints or involving ethics cases;
- MSI's financial data;
- Any other information to which employees may have access while involved in MSI work.

Non-Disclosure

I agree to maintain the confidentiality of all Confidential Information. I agree not to misuse, misappropriate, disclose or divulge in writing, orally or by electronic means, any Confidential Information, directly or indirectly, to any other person or use them in any way, either during the term of this Agreement or at any other time thereafter, except as is required in the course of service to MSI. I also agree not to, without prior written consent from MSI, utilize any Confidential Information for future use unrelated to present activity. In no event shall I use Confidential Information in a manner that is in any way detrimental to MSI or others.

I acknowledge and agree that all Confidential Information and similar items maintained in hard copy, electronically or online relating to MSI's business, shall remain exclusively the property of MSI and shall only be used by myself for the purpose(s) permitted by MSI.

Personal Conflict of Interest

I shall avoid personal and professional conflicts of interest in all matters pertaining to MSI's programs. Conflicting interests may include but are not limited to such areas as financial, personal relationships, and/or professional relationships. If a situation arises where it is unclear as to whether a conflict of interest exists, I shall discuss the issue with the Director of Human Resources.

Certification

Violation of this Agreement could be grounds for termination of service with MSI. Except as provided herein, I am prohibited from disclosing or using any Confidential Information in all circumstances, including but not limited to subsequent engagements or employment with third parties.

I acknowledge that a violation of the terms of this Agreement may cause damage and harm to MSI and that any such damage or harm will be difficult if not impossible to calculate in monetary terms and will be irreparable to MSI. I agree that, upon notice from MSI declaring a breach of this Agreement, I shall immediately cease all further activities which are, or are claimed by MSI to be, a breach of this Agreement.

Name (Last, First, Middle Initial): DIONE, Demba, A

 02/05/2019
Signature Date

MSI Position/Title: Consultant

Personal Conflict of Interest Non-Disclosure Agreement

As an employee, I have been entrusted with certain information regarding the operations and work of Management Systems International. (hereinafter referred to as MSI). MSI is committed to protecting the confidentiality of our clients, including the U.S. Government, with business data entrusted to its care. As it pertains to my relationship with MSI, I agree and acknowledge the following:

Confidential and Proprietary Information

For purposes of this Agreement, "Confidential Information" is defined as all information and materials, in whatever form, whether tangible or intangible, disclosed by MSI or any of its authorized representatives. All MSI proprietary information that is not known generally to the public is considered as "Confidential Information."

The following are deemed Confidential, but should not be considered exhaustive:

- Information about MSI projects/programs not available to the public;
- Ideas for research and development;
- Computer records and software (including software that is proprietary to third parties);
- Any other information which MSI must keep confidential as a result of contractual requirements;
- Information regarding the administration of components of certification programs;
- Information on MSI personnel not available publicly;
- Item content, characteristics, development or other aspects of assessments or evaluations and their development, maintenance and administration;
- Identities of MSI candidates, customers, suppliers, or third party contractors, including without limitation any media, advertising, or public relations firms; unless that information exists in the public domain;
- MSI's e-mail distribution list(s) and its database information;
- Information submitted in the investigation of complaints or involving ethics cases;
- MSI's financial data;
- Any other information to which employees may have access while involved in MSI work.

Non-Disclosure

I agree to maintain the confidentiality of all Confidential Information. I agree not to misuse, misappropriate, disclose or divulge in writing, orally or by electronic means, any Confidential Information, directly or indirectly, to any other person or use them in any way, either during the term of this Agreement or at any other time thereafter, except as is required in the course of service to MSI. I also agree not to, without prior written consent from MSI, utilize any Confidential Information for future use unrelated to present activity. In no event shall I use Confidential Information in a manner that is in any way detrimental to MSI or others.

I acknowledge and agree that all Confidential Information and similar items maintained in hard copy, electronically or online relating to MSI's business, shall remain exclusively the property of MSI and shall only be used by myself for the purpose(s) permitted by MSI.

Personal Conflict of Interest

I shall avoid personal and professional conflicts of interest in all matters pertaining to MSI's programs. Conflicting interests may include but are not limited to such areas as financial, personal relationships, and/or professional relationships. If a situation arises where it is unclear as to whether a conflict of interest exists, I shall discuss the issue with the Director of Human Resources.

Certification

Violation of this Agreement could be grounds for termination of service with MSI. Except as provided herein, I am prohibited from disclosing or using any Confidential Information in all circumstances, including but not limited to subsequent engagements or employment with third parties.

I acknowledge that a violation of the terms of this Agreement may cause damage and harm to MSI and that any such damage or harm will be difficult if not impossible to calculate in monetary terms and will be irreparable to MSI. I agree that, upon notice from MSI declaring a breach of this Agreement, I shall immediately cease all further activities which are, or are claimed by MSI to be, a breach of this Agreement.

Name (Last, First, Middle Initial): Amadou Mbaye


Signature _____

05 Feb 2019
Date _____

MSI Position/Title: Consultant, Expert Paludisme

Personal Conflict of Interest Non-Disclosure Agreement

As an employee, I have been entrusted with certain information regarding the operations and work of Management Systems International. (hereinafter referred to as MSI). MSI is committed to protecting the confidentiality of our clients, including the U.S. Government, with business data entrusted to its care. As it pertains to my relationship with MSI, I agree and acknowledge the following:

Confidential and Proprietary Information

For purposes of this Agreement, "Confidential Information" is defined as all information and materials, in whatever form, whether tangible or intangible, disclosed by MSI or any of its authorized representatives. All MSI proprietary information that is not known generally to the public is considered as "Confidential Information."

The following are deemed Confidential, but should not be considered exhaustive:

- Information about MSI projects/programs not available to the public;
- Ideas for research and development;
- Computer records and software (including software that is proprietary to third parties);
- Any other information which MSI must keep confidential as a result of contractual requirements;
- Information regarding the administration of components of certification programs;
- Information on MSI personnel not available publicly;
- Item content, characteristics, development or other aspects of assessments or evaluations and their development, maintenance and administration;
- Identities of MSI candidates, customers, suppliers, or third party contractors, including without limitation any media, advertising, or public relations firms; unless that information exists in the public domain;
- MSI's e-mail distribution list(s) and its database information;
- Information submitted in the investigation of complaints or involving ethics cases;
- MSI's financial data;
- Any other information to which employees may have access while involved in MSI work.

Non-Disclosure

I agree to maintain the confidentiality of all Confidential Information. I agree not to misuse, misappropriate, disclose or divulge in writing, orally or by electronic means, any Confidential Information, directly or indirectly, to any other person or use them in any way, either during the term of this Agreement or at any other time thereafter, except as is required in the course of service to MSI. I also agree not to, without prior written consent from MSI, utilize any Confidential Information for future use unrelated to present activity. In no event shall I use Confidential Information in a manner that is in any way detrimental to MSI or others.



I acknowledge and agree that all Confidential Information and similar items maintained in hard copy, electronically or online relating to MSI's business, shall remain exclusively the property of MSI and shall only be used by myself for the purpose(s) permitted by MSI.

Personal Conflict of Interest Non-Disclosure

I shall avoid personal and professional conflicts of interest in all matters pertaining to MSI's programs. Conflicting interests may include but are not limited to such areas as financial, personal relationships, and/or professional relationships. If a situation arises where it is unclear as to whether a conflict of interest exists, I shall discuss the issue with the Director of Human Resources.

Certification

Violation of this Agreement could be grounds for termination of service with MSI. Except as provided herein, I am prohibited from disclosing or using any Confidential Information in all circumstances, including but not limited to subsequent engagements or employment with third parties.

I acknowledge that a violation of the terms of this Agreement may cause damage and harm to MSI and that any such damage or harm will be difficult if not impossible to calculate in monetary terms and will be irreparable to MSI. I agree that, upon notice from MSI declaring a breach of this Agreement, I shall immediately cease all further activities which are, or are claimed by MSI to be, a breach of this Agreement.

Name (Last, First, Middle Initial): Iain McLellan

[Handwritten Signature]
Signature

6 JAN 19
Date

MSI Position/Title: Health Behavior Change Specialist

ANNEXE V : LISTE INDICATIVE DES PERSONNES INTERROGÉES

STRUCTURES	FONCTION DU REpondant	NOM PRENOM
MSAS & DIRECTIONS		
Secretariat Général MSAS	Secrétaire Général	M. Alassane MBENGUE
Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement	Directeur	M. Ousseynou NGOM
Direction Générale de la Santé	Directrice Générale	Dr Marie Khemesse Ngom NDIAYE
Direction des Ressources Humaines	Directeur	M. SOUKANDELLA
Direction de la Prévention	Directeur	Dr NDIAYE
Division du Contrôle Médical Scolaire (MEN)	Responsable du Bureau Santé de la Reproduction en milieu scolaire	Mme Aminata TRAORE SECK
DSME	Directeur	Dr Oumar SARR
DLSI	Directeur	Pr NDOUR
DPRS	Directeur	Dr Youssou NDIAYE
DPM	Directeur	Pr DIEYE
DSISS	Chef de Division	Dr DIAW
Division Planification DPRS	Chef de Division	Dr Papa Abdoulaye SECK
Cellule Santé Communautaire	Coordonnatrice	Mme Khady SECK
Cellule Genre	Coordonnatrice de la Cellule	Mme GACKOU
PNA	Directrice	Dr Annette Ndiaye SECK
PNLP	Coordonnateur National	Dr SENE
CNLS	Secrétaire Exécutive	Dr Nafissatou THIAM
Agence Nationale de la CMU	Directeur General de l'Agence	Dr Mamadou Bocar DAFF
SNEIPS	Directeur	Dr Kemo DIEDHIOU
USAID		
EQUIPE SANTE	Directrice Bureau Santé	Laura CAMPBELL
	Equipe Santé	Ramatoulaye DIOUME
	Equipe Santé	Hassane YARADOU
	Equipe Santé	Philippe MUTWA
	Equipe Santé	Babacar LO
	Equipe Santé	Amy DIALLO
	Equipe Santé	Fatou NDIAYE
	Equipe Santé	Khady AW
	Equipe Santé	Oumar SAGNA
	USAID/PMI	Kathy STURM-RAMIREZ

	USAID/PMI	Mame Birame DIOUF
	Equipe Santé (Bureau Programme)	Ibrahima TOP
AUTRES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF)		
OMS	Représentante Résidente	Dr Lucile Marie IMBOUA
Banque Mondiale	Senior Health Economist	Maud JUQUOIS
Banque Mondiale	Technical Advisor Sante	Moussa DIENG
JICA	Adjointe à la Représentante résidente	Mme MOROKAWA Risako
JICA	Chargée des programmes de Santé	Mme KINZONZI Nadia Mama
UNFPA	Conseiller Technique de Représentante Résidente	M. Moussa FAYE
Lux-Dev	Assistant Technique International Santé	Evariste LODI-OKITOMBAHE
CTB (Enable)	Chargé de Programmes Santé	
PARTENAIRES D'EXECUTION (IP) DU PROGRAMME SANTE USAID 2016-2021		
RSS+	COP RSS+	Dr Mame Cor NDOUR
NEEMA	COP Neema	Dr Babacar GUEYE
SHOPS+	COP SHOPS+	Dr Isseu Diop TOURE
GoTAP	COP GoTAP	Moussa MBAYE
HRH2030	COP HRH2030	Dr Matar CAMARA
GHSC	COP GHSC	Dr Aline KANE
ChildFund	Directeur des Programmes Santé	Mamadou DIAGNE
ChildFund	Spécialiste en offres de services à base communautaire	Dr Aida TALL
ChildFund	Specialiste CCSC	Maimouna Sow CAMARA
Plan International	Responsable Engagement Communautaire	Dr Bamby SYLLA
World Vision	Responsable Engagement Communautaire	M. Moussa MBODJI
Reseau Siggil-Jiggen	Directrice	Mme Fatou Ndaiye TURPIN
Reseau Siggil-Jiggen	Chargée de Programmes	Thiaba SEMBENE
ACDEV	Coordonnateur	Dr Cheikh Tidiane ATHIE
ADEMAS	Social Marketing Advisor	Codou FALL
Banyan Global		M. Bamba FALL
ACA	Directeur	Ibrahima YADE
ARG	-	Dr LY
GOLD	COP GOLD	Jean-Michel DUFILS
ACTEURS AUX NIVEAUX REGIONAL ET OPERATIONEL		
AUTORITES ADMINISTRATIVES	Gouverneur de Kolda	M. KANE
	Gouverneur de Thiés (AD)	Mme Ngone CISSE
	Prefet de Ziguinchor	M. Ibra FALL
POINTS FOCAL REGIONAUX DE L'USAID	FSN Point Focal USAID	Seydou KANE
	FSN Point Focal USAID Ziguinchor	Moussa SOW
	FSN Point Focal USAID Tambacounda	M. NDAO
	ARD Dakar - Point focal Santé	Mme Yacine TINE

AGENCES REGIONALES DE DEVELOPPEMENT (ARD)	ARD Saint-Louis - Chef Division Planification	Abdourahmane GUEYE
	ARD Kolda - Chef Division Planification	Ibrahima DIALLO
	ARD kaolack - Point focal Santé	Mme Aminata Sow DIAL
MEDECINS-CHEFS DE REGIONS	MCR de Thiés	
	MCR de Kaolack	Dr Aichatou BARRY
	MCR Kolda	Dr Yaya BALDE
	MCR de Ziguinchor	Dr DIOP
	Adjoint MCR Saint-Louis	Dr Mamadou DIONGUE
	MCR Diourbel	Dr Balla MBACKE
MEDECINS-CHEFS DE DISTRICTS	MCD Peté	Dr Amadou Bayal CISSE
	MCD Kolda	Dr Abdoulaye MANGANE
	MCD MYF	Dr Boubacar KANDE
	Adjoint MCD de Ziguinchor	Dr Ousseynou CISSE
	MCD Thionk-Essyl	Dr Mamadou Lamine SANE
	MCD Dakar Sud	Dr Jacques NDOUR
	MCD Rufisque	Dr Mbaye THIAM
	MCD Thiés	Dr Moustapha FAYE
	MCD Saint-Louis	Dr THIAM
	MCD de Guinguinéo	Dr Amadou Mbaye DIOUF
	MCD de Nioro	Dr Malick ANNE
EQUIPES CADRES DES REGIONS MEDICALES	MCD Koumpentoum	Dr DIALLO
	BREIPS de Kolda	M. Moustapha DIENG
	CSR RM Kolda	Mme Reine Marie COLY
	Planificateur RM de Ziguinchor	Mamadou Moustapha THIAM
	CSR RM Diourbel	Maimouna DIOUF
	SSP et Point focal Palu RM Tamba	M. DANFA
	BREIPS RM Tamba	Mme SALL Khadidiatou BA
EQUIPES CADRES DES DISTRICTS DE SANTE	Point focal Secteur Privé RM Kaolack	Mme NDIAYE Adèle Pena Banga
	CSR	Mme Aissatou Dieng LO
	Responsable EPS DS Ziguinchor	Moussa MANGANE
	SSP DS Saint-Louis	Mme Gamou MBODJI
	Point-focal Palu DS Peté	Abdoulaye NDIAYE
	Coordonatrice SR DS de Peté	Mme Rayana WANE
	Coordonatrice SR du DS de Joal	Mme Fatou Bintou THIOUNE
	SSP DS de Diourbel	Mme Awa Dia DIALLO
PHARMACIES REGIONALES	CSR DS Dakar Sud	Mme DIOUF Adama
	Superviseure PEV	Mme SENE Marietou
PHARMACIES REGIONALES	Directrice PRA Koalack	Dr Aminata NDIAYE
	Directeur PRA Kolda	Dr Ibrahima BA

D'APPROVISIONNEMENT (PRA)	Directeur PRA Saint-Louis	Dr Waly COLY DIOUF
SERVICES REGIONAUX DE LA CMU	Chef Service Régional CMU de Kolda	M. MANGA
	Chef service Régional CMU de Kaolack	Abdou Aziz FALL
	Responsable Communication Service Régional CMU de Saint-Louis	Mme LÔ
	Chef Service Régional CMU de Thiés	Mamadou Ndiaye SOW
MUTUELLES DE SANTE COMMUNAUTAIRES	SGA Mutuelle de Golleré	Assane DIALLO
	PCA Mutuelle de Mbollo Birane (Peté)	Aldiouma NIANG
	PCA Mutuelle Dabakh (Thiés)	Mme Coumba BA
	SG Mutuelle Dabakh (Thiés)	Mme Jeanne L. SY
	Union Départementale des Mutuelles de Saint-Louis	Cheikh Ahmed Tidiane MBODJI
	SG Union Départementale des Mutuelles de Thiés	Ibrahima NDOYE
	Chargé de la Promotion, Union Régionale des Mutuelles de Thiés	Emile Demba TINE
	Union Régionale des Mutuelles de Santé de Kolda	M. KANDE
COLLECTIVITES TERRITORIALES	SG Conseil Départemental de Saint-Louis	M. Hamath DIA
	SG Conseil Départemental de Diourbel	Ali GUEYE
	Maire de Thietty	M. Alassane BALDE
	Maire de Djalambere	M. Bona KOITA
	Maire de Joal	M. Boucar DIOUF
	1 ^{er} adjoint au Maire de Bogue	Moussa TALL
	1 ^{er} adjoint au Maire de Toure Mbonde	Ibra KANE
	Chargé des questions santé et action sociale Mairie de Ziguinchor	M. Amadou DIATTA
BUREAUX REGIONAUX ET EQUIPES REGIONALES DES PARTENAIRES D'EXECUTION		
	Coordonnateur Bureau régional de Saint-Louis	Alhassane WELE
	Coordonnateur Bureau Régional de Kolda	M. GASSAMA
	Chef d'équipe régionale RSS+ de Thiés	Dr Sokhna SOW DIOP
	Chef d'équipe régionale RSS+ de Kaolack	Dr Mamoudou AW
	Chef d'Equipe régionale RSS+ Ziguinchor/Dakar	Dr SENE
	Conseillère en Assurance Maladie Communautaire, RSS+ Thiés	Mme Lena NDAO
	Conseiller en Gestion, RSS+ Thiés	Ousmane SECK
	Conseillère départementale en Renforcement du Système, RSS+ Thiés	Mme Deguene FALL
	Conseiller départemental RSS+	M. Cheikh POUYE
	Conseiller départemental RSS+ de Niore	Mouhamadou Baye Dame Guèye
	Conseiller départemental RSS+ de Guinguinéo	Mamadou Jacques Ndour
	Conseillère départementale RSS+	Mme Yacine DIENG
	Staff avancé de RSS+ à Ziguinchor	Lamine BEYE
AUTRES PRESTATAIRES ET PERSONNELS DE SANTE		

	ICP du PS DE Kaymor	Mr Mouhamed GUEYE
	ICP de Doddell	Omar DIOP
	ICP Dioude Diabbe	M. SAMB
	ICP Rao	Maimouna DIOP
	ICP de Mbarigo	Dieynaba DIOP
	ICP de Diongui	Adama DIOP
	ICP de Touba Peykouk	Mouhamadou Iamine SECK
	Sage-femme PS de Rao	Mme Fatou MBODJI
	Sage-femme PS Caritas (Joal)	Salane Marie SARR
	Sage-femme PS Dioude Diabe	Mme NDIAYE
	Sage-femme PS Diongui	Mme Khady NDIAYE
	Dépositaire DS Saint-Louis	Mme Silly NDIAYE
	Dépositaire DS Joal	Mme Louise NDIAYE
	Dépositaire DS Peté	Mme Dienebou Oumar SOW
	Dépositaire PS Mbarigo	Mme Ndeye Doddell CAMARA
	Dépositaire du DS de Thionk Essyl	Djibril BODIAN
STRUCTURES PRIVEES DE SANTE		
	Clinique Mixte Mouhamadou Fadel Mbacke (DS Touba)	Mamour SENE
	Cabinet Paramedical Serigne Abdou Lahat (DS Touba)	Abdou Lahat FAYE
	Clinique NIANG (DS Dakar Sud)	Mme NIANG Fatou FALL
	Clinique Assia (DS Dakar Sud)	Dr Fanny YOUNBI
	Cabinet Medical Tawfeex (DS Kaolack)	Phulbert COLY
	Clinique Baba TOP (DS Kaolack)	Baba TOP
	Cabinet Privé Adja Seynabou FALL	Mme BA Awa CISSE
	Cabinet Keur Sokhna Assy	Dr Ahmet CISSE
	Cabinet Privé « Medina Course » (DS Saint-Louis)	Mme Djelia – M. SALL
RADIOS COMMUNAUTAIRES		
Radio Ndef Leng	Directeur	Babacar DIOUF
La Ghem FM (Ndoffane)	Directeur	Yero Poulo BAH
Radio Djimara FM (Kolda)	Chef des Programmes	Malick BALDE
Guiguinéo FM	Responsable de la radio	El hadji Mansour GUISSÉ
Niaaning FM (Koumpentoum)	Responsable	M. FAYE
RFM Mbacké	Chef de la Station	Joe DIOP
Radio Galoya FM	Responsable	Mme Babel NDIAYE
Radio Fouta FM	Chef de station	Mme Coura NDIR
Sud-FM Saint-Louis	Responsable des programmes	M. Antoine DIAGNE

Remarque importante : Cette liste n'est pas exhaustive, car ne couvrant pas les cibles interrogées au niveau communautaire et à travers les focus-groups. Elle est simplement indicative de la variété des acteurs rencontrés aux niveaux stratégique et opérationnel.

ANNEXE VII : RÉFÉRENCE À L'ADS CHAPITRE 201

MANDATORY REFERENCE FOR ADS CHAPTER 201

CRITERIA TO ENSURE THE QUALITY OF THE EVALUATION REPORT

Pursuant to 201.3.5.17, draft evaluation reports must undergo a peer review organized by the office managing the evaluation. The following criteria should serve as the basis against which the report is reviewed. To help ensure a high-quality evaluation report, these criteria must be included in the evaluation SOW to communicate to evaluators USAID's quality criteria.

Evaluation reports should represent a thoughtful, well-researched, and well-organized effort to objectively evaluate the strategy, project, or activity.

Evaluation reports should be readily understood and should identify key points clearly, distinctly, and succinctly.

The Executive Summary of an evaluation report should present a concise and accurate statement of the most critical elements of the report.

Evaluation reports should adequately address all evaluation questions included in the SOW, or the evaluation questions subsequently revised and documented in consultation and agreement with USAID.

Evaluation methodology should be explained in detail and sources of information properly identified.

Limitations to the evaluation should be adequately disclosed in the report, with particular attention to the limitations associated with the evaluation methodology (selection bias, recall bias, unobservable differences between comparator groups, etc.).

Evaluation findings should be presented as analyzed facts, evidence, and data and not based on anecdotes, hearsay, or simply the compilation of people's opinions.

Findings and conclusions should be specific, concise, and supported by strong quantitative or qualitative evidence.

If evaluation findings assess person-level outcomes or impact, they should also be separately assessed for both males and females.

If recommendations are included, they should be supported by a specific set of findings and should be action-oriented, practical, and specific.

ANNEXE VII: LISTE DES OUTILS

Evaluation à mi-parcours du Programme Santé de l'USAID (2016-2021)

Guide d'entretien avec Collectivités locales & Territoriales

1. Connaissance du programme Santé (NEEMA, SHOPS+, etc.) et ses interventions

- Connaissez-vous des activités menées par ce projet ? Citer les activités connues du projet ?
- Parmi les activités menées par le projet, y'a-t-il quelques-unes auxquelles vous avez participé ? (*Amener les participant(e)s à décrire ces activités auxquelles ils/elles auraient participé*)

2. Opinions sur le partenariat

- Comment appréciez-vous le partenariat avec le programme santé de l'USAID
- Partenariat entre le projet et les CL/CT : évolution, dynamiques, ajustements en cours
- En tant que CL/CT, quels sont vos rôles et responsabilités dans l'accompagnement du programme santé de l'USAID
- Durée, domaines de partenariat avec le programme Santé ?
- Niveau d'implication de la collectivité locale dans les activités du programme Santé ?
- Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités du programme Santé ont-elles permis de renforcer le rôle de la collectivité locale dans la prise en charge des problèmes de santé des populations ?
- Rencontrez-vous des difficultés dans vos relations avec le projet/programme ? précisez sur quels aspects spécifiquement ?
- Les membres des CL/CT ont-ils déjà bénéficié de sessions de renforcement de capacités de la part du projet/programme Santé ? Dans quels domaines ?
- Décrire la nature et le niveau d'appuis bénéficiés de la part du programme Santé par la CL ?
- Autres axes de partenariat possibles ?

3. Appréciation des interventions du projet/programme santé

- En tant que collectivité locale, quelle appréciation faites-vous des activités et interventions du programme Santé dans votre localité ?
- Dans quelle mesure les interventions mises en œuvre par le programme Santé ont-elles permis d'améliorer la santé des populations dans votre commune ?
- Quels sont les apports les plus significatifs de l'intervention du programme Santé dans la santé des communautés dans votre collectivité ?
 - Amélioration de la disponibilité des services et produits de santé
 - Amélioration de l'accessibilité (financière et géographique) des services et produits de santé pour les populations
- Pouvez-vous décrire les problèmes les plus importants que l'intervention du projet a permis de résoudre pour les populations de la localité (fournir et citer des exemples illustratifs)
- Qu'est-ce qui a changé selon vous depuis l'intervention du projet ?
- Forces et faiblesses du projet/programme

4. Suggestions et recommandations pour améliorer l'efficacité du projet/programme

- Parmi les interventions du programme Santé, quelle est l'intervention/réalisation la plus importante du projet dans le domaine de la santé des femmes, des enfants et des jeunes ?
- Parmi les différentes interventions du programme Santé, quelles sont celles qui ont moins bien marché ?
- Quels conseils et recommandations donneriez-vous au Programme pour améliorer son approche et sa stratégie pour une meilleure atteinte des résultats recherchés ?

Guide de focus-group avec Communautés

(Femmes enceintes, allaitantes et Femmes ayant des enfants de 0 -5 ans et FAR simples)

1. Thème 1 : Rappel et description du contexte sanitaire antérieur au projet

[Il s'agit ici de demander aux participants de décrire le contexte sanitaire dans leur localité ou village, précédent le démarrage du programme Santé.]

- Sur les 5 dernières années :
 - Quelles étaient les difficultés sanitaires les plus importantes pour la population ?
 - Pour les femmes enceintes (et femmes en général), les enfants et les jeunes ?
 - Barrières sociales et culturelles entravant : accès aux soins et utilisation des services ?

2. Thème 2 : Connaissance du programme Santé et de ses projets (NEEMA, SHOPS+, etc.)

- Connaissez-vous des activités menées par ce projet ? Citer les activités connues du projet ?
- Parmi les activités menées par le projet, y'a-t-il quelques-unes auxquelles vous avez participé ? (Amener les participant(e)s à décrire ces activités auxquelles ils/elles auraient participé)

3. Thème 3 : Appréciation des interventions du projet/programme Santé et sa contribution sur l'amélioration de l'offre de services et sur la santé des populations

[Il s'agit ici de sonder le point de vue et l'appréciation des effets et plus-value du programme Santé sur la disponibilité, la qualité, l'accessibilité et l'utilisation des services par les participants : femmes, homme, notables et des changements notés depuis l'arrivée du projet.]

- Comment et dans quelle mesure les activités du projet ont-elles permis d'améliorer :
 - La disponibilité des services et produits de santé ?
 - Accessibilité géographique des produits et services de santé ?
 - Accessibilité financière des produits et services de santé ?
 - Équité dans l'accès (Pauvres ? Femmes ? Jeunes (F et G) ? Personnes âgées ?
- Donner des exemples de problèmes de santé importants que le projet a permis de résoudre :
 - Sur la qualité de prise en charge (accueil par le personnel de santé amélioré)
 - Sur la qualité des soins, prise en charge de certaines pathologies
- Qu'est-ce qui a permis cette amélioration de la qualité de la prise en charge et des soins ?
[Si les points ci-dessous ne sont pas évoqués, relancer dessus pour vérifier et clarifier]
 - Equipements du poste ou de la case de santé ?
 - Mise à disposition d'un personnel inexistant avant (infirmier, sage-femme, matrone)
- Dans quelle mesure l'arrivée du projet a-t-elle changé quelque chose sur la santé des populations ?
 - Notamment sur la santé des femmes et la santé infantile
 - Le respect et le suivi des consultations prénatales et postnatales par les FE
 - Allaitement maternel exclusif, nutrition des enfants et des femmes enceintes
 - La prévention des maladies diarrhéiques : lavage des mains, Aquatabs, WASH
 - Paludisme : prévention et traitement précoce
 - Prévention du VIH/Sida

[Demander aux participants de citer les différents changements, comment ces changements se sont manifestés, et insister particulièrement sur les femmes, femmes enceintes et les enfants]

- Selon vous, qu'est-ce qui a inspiré les changements de comportements observés au sein de votre communauté (Quels individus ou groupes ou activités) ? *[Laisser citer spontanément, relancer sur les items ci-dessous s'ils ne sont pas cités]*
 - Sensibilisation (VAD, causeries)
 - Campagnes des médias de masse
- Lesquels de ces acteurs/individus ou groupes vous ont semblé plus convaincants/influents ?
 - Prestataires de santé

- ACS/Acteurs communautaires de promotion et de prévention
- Groupe des pairs
- Leaders religieux, leaders communautaires
- Groupement de femmes
- Quels messages avez-vous entendus à la radio ou à la télévision promouvant les changements de comportements, les services et les produits ?
 - Campagne sur le paludisme
 - Campagnes ou activités sur les violences basées sur le genre
 - Implication des hommes dans la PF ou sur la santé maternelle, etc.
 - Qu'avez-vous appris grâce à ces sensibilisations ?
- Quels messages avez-vous entendus à la radio locale/communautaire pour promouvoir les changements de comportements et de pratiques ?
 - Campagne sur le paludisme
 - Campagnes ou activités sur les violences basées sur le genre
 - Implication des hommes dans la PF ou sur la santé maternelle, etc.
 - Qu'avez-vous appris grâce à ces sensibilisations ?
- Lesquels de ces messages/spots/autres activités vont ont plus amené à changer certains comportements ou pratiques ? [*Modérateur : Sonder et approfondir les réponses*]
- Avez-vous participé à des activités de :
 - Communication interpersonnelles (VAD, causeries)
 - Activités des équipes mobiles
 - Démonstrations culinaires et/ou nutritionnelles
 - Evénements culturels/réunions communautaires ayant trait à la santé
- Quels autres changements les activités du projet ont-elles produits ?

[Décrire et citer des exemples illustratifs.]

 - Par quelles activités du projet ces changements ont-ils été produits
- Le programme santé a-t-il mené des activités qui ont permis :
 - Une meilleure participation des femmes et des jeunes dans la gestion de la santé ?
 - Une meilleure implication des hommes sur les questions de santé ?
 - Une meilleure prise en charge de la santé reproductive des jeunes dans votre localité ? [*Sonder pour approfondir : lesquelles, comment*]
- Quels effets/changements ces différentes activités ont-elles permis d'observer sur :
 - La participation des femmes dans les instances de décision (Comités de santé ou CL)
 - L'implication des hommes dans la santé, Santé de la Mère et de l'enfant, la PF et SRAJ
- 4. Implication/engagement des communautés dans la gestion de la santé**
- Le programme a-t-il développé des activités pour susciter une meilleure implication/participation des populations dans la gestion de la santé dans votre localité ?
 - Quelles activités ont été développées pour cela ?
 - Ces activités ont-elles permis un meilleur engagement et une meilleure participation ?
- Selon vous, les activités du projet ont-ils contribué à une meilleure fonctionnalité du comité de santé ou du comité de développement sanitaire ?

[Redynamisation du CS ou du CDS, régularité des réunions, transparence dans la gestion, redevabilité]
- Quel rôle joue le comité de veille et d'alerte (CVAC) dans la prévention et la gestion de la santé des femmes et des enfants ?
- Y'a-t-il encore des groupes sociaux (ou catégories sociales) qui sont toujours moins impliqués dans la gestion de la santé ? (**Femmes, jeunes, handicapés, etc.**)

[Relancer et approfondir pour savoir Lesquels et pourquoi ?]

- Facteurs/barrières entravant la participation de ces catégories dans la gestion de la santé dans votre communauté ?
- Les réalisations et résultats du programme ont-elles des chances de se maintenir après la fin de ce projet ? Si oui comment ? Si non, pourquoi non ?
- Quelles peuvent être les contributions des populations pour maintenir ces acquis et assurer la pérennité des réalisations du projet (*mobilisation sociale, sensibilisation etc.*) ?

5. Appréciation des performances du projet et recommandations

- Y'a-t-il des activités et réalisations du projet qui n'ont pas bien réussi ? [*Lesquelles et pourquoi*]
- Quels sont les meilleurs succès de ce projet dans votre zone ? Quelle est la meilleure réalisation qu'il a faite pour les populations de votre localité ? [*Sonder sur le pourquoi*]

Conseils et recommandations pour la suite du projet permettant une meilleure atteinte des résultats recherchés ?

Guide de focus-group avec Communautés (Femmes & Hommes)

1. Thème 1 : Rappel et description du contexte sanitaire antérieur au projet

[Il s'agit ici de demander aux participants de décrire le contexte sanitaire dans leur localité ou village, précédent le démarrage du programme Santé.]

- Sur les 5 dernières années :
 - Quelles étaient les difficultés sanitaires les plus importantes pour la population ?
 - Pour les femmes enceintes (et femmes en général), les enfants et les jeunes ?
 - Barrières sociales et culturelles entravant : accès aux soins et utilisation des services ?

2. Thème 2 : Connaissance du programme Santé et de ses projets (NEEMA, SHOPS+, etc.)

- Connaissez-vous des activités menées par ce projet ? Citer les activités connues du projet ?
- Parmi les activités menées par le projet, y'a-t-il quelques-unes auxquelles vous avez participé ? (Amener les participant(e)s à décrire ces activités auxquelles ils/elles auraient participé)

3. Thème 3 : Appréciation des interventions du projet/programme Santé et sa contribution sur l'amélioration de l'offre de services et sur la santé des populations

- Comment et dans quelle mesure les activités du projet ont-elles permis d'améliorer :
 - La disponibilité des services et produits de santé ?
 - Accessibilité géographique des produits et services de santé ?
 - Accessibilité financière des produits et services de santé ?
 - Equité dans l'accès (Pauvres ? Femmes ? Jeunes (F et G) ? Personnes âgées ?
- Donner des exemples de problèmes de santé importants que le projet a permis de résoudre :
 - Sur la qualité de prise en charge (accueil par le personnel de santé amélioré)
 - Sur la qualité des soins, prise en charge de certaines pathologies
- Qu'est-ce qui a permis cette amélioration de la qualité de la prise en charge et des soins ?
[Si les points ci-dessous ne sont pas évoqués, relancer dessus pour vérifier et clarifier]
 - Equipements du poste ou de la case de santé ?
 - Mise à disposition d'un personnel inexistant avant (infirmier, sage-femme, matrone)
- Dans quelle mesure l'arrivée du projet a-t-elle changé quelque chose sur la santé des populations ?
 - Notamment sur la santé des femmes et la santé infantile
 - Le respect et le suivi des consultations prénatales et postnatales par les FE
 - Allaitement maternel exclusif, nutrition des enfants et des femmes enceintes
 - La prévention des maladies diarrhéiques : lavage des mains, Aquatabs, WASH
 - Paludisme : prévention et traitement précoce
 - Prévention du VIH/Sida

[Demander aux participants de citer les différents changements, comment ces changements se sont manifestés, et insister particulièrement sur les femmes, femmes enceintes et les enfants]

- Selon vous, quelles activités et/ou groupes d'individus ont le plus inspiré les changements de comportements observés au sein de votre communauté ? *[Laisser citer spontanément, relancer sur les items ci-dessous s'ils ne sont pas cités]*
 - Sensibilisation (VAD, causeries)
 - Campagnes des médias de masse
 - Prestataires de santé
 - ACS/Acteurs communautaires de promotion et de prévention
 - Groupe des pairs
 - Leaders religieux, leaders communautaires
 - Groupement de femmes
- Lesquels de ces acteurs/individus ou groupes vous ont semblé plus convaincants/influents ?

- Quels messages avez-vous entendus à la radio ou à la télévision promouvant les changements de comportements, les services et les produits ?
 - Campagne sur le paludisme
 - Campagnes ou activités sur les violences basées sur le genre
 - Implication des hommes dans la PF ou sur la santé maternelle, etc.
 - Qu'avez-vous appris grâce à ces sensibilisations ?
- Quels messages avez-vous entendus à la radio locale/communautaire pour promouvoir les changements de comportements et de pratiques ?
 - Campagne sur le paludisme
 - Campagnes ou activités sur les violences basées sur le genre
 - Implication des hommes dans la PF ou sur la santé maternelle, etc.
- Qu'avez-vous appris grâce à ces sensibilisations ?
- Lesquels de ces messages/spots/autres activités vont ont plus amené à changer certains comportements ou pratiques ? [*Modérateur : Sonder et approfondir les réponses*]
- Avez-vous participé à des activités de :
 - Communication interpersonnelles (VAD, causeries)
 - Activités des équipes mobiles
 - Démonstrations culinaires et/ou nutritionnelles
 - Evénements culturels/réunions communautaires ayant trait à la santé
- Le programme santé a-t-il mené des activités qui ont permis :
 - Une meilleure participation des femmes et des jeunes dans la gestion de la santé ?
 - Une meilleure implication des hommes sur les questions de santé ?
 - Une meilleure prise en charge de la santé reproductive des jeunes dans votre localité ? [*Sonder pour approfondir : lesquelles, comment*]
- Le programme santé a-t-il organisé des activités de formation au profit des femmes de votre localité ?
 - Identifier celles des participants au focus qui ont bénéficié de formations du programme santé
 - Recueillir leur expérience et appréciation de ce qu'elles ont appris dans ces formations
 - Recueillir ce que ces formations leur ont permis de faire ou de changer depuis qu'elles les ont reçues
- Sur quels domaines/sujets avez-vous été formées : (lister les participantes ayant pris part à des formations lister spontanément les domaines) :

[*Laisser décrire par les femmes et approfondir sur les domaines de formation et contenus, ainsi que qui les a formées*]
- Quels effets/changements ces différentes activités ont-elles permis d'observer sur :
 - La participation des femmes dans les instances de décision (Comités de santé ou CL)
 - L'implication des hommes dans la santé, Santé de la Mère et de l'enfant, la PF et SRAJ
 - La prise en charge de la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents

4. Implication/engagement des communautés dans la gestion de la santé

- Le programme a-t-il développé des activités pour susciter une meilleure implication/participation des populations dans la gestion de la santé dans votre localité ?
 - Quelles activités ont été développées pour cela ?
 - Ces activités ont-elles permis un meilleur engagement et une meilleure participation ?
- Selon vous, les activités du projet ont-ils contribué à une meilleure fonctionnalité du comité de santé ou du comité de développement sanitaire ?

[*Redynamisation du CS ou du CDS, régularité des réunions, transparence dans la gestion, redevabilité*]
- Quel rôle joue le comité de veille et d'alerte (CVAC) dans la prévention et la gestion de la santé des femmes et des enfants ?
- Y'a-t-il encore des groupes sociaux (ou catégories sociales) qui sont toujours moins impliqués dans la gestion de la santé ? (*Femmes, jeunes, handicapés, etc.*)

[Relancer et approfondir pour savoir Lesquels et pourquoi ?]

- Les réalisations et résultats du programme ont-elles des chances de se maintenir après la fin de ce projet ? Si oui comment ? Si non, pourquoi non ?
- Quelles peuvent être les contributions des populations pour maintenir ces acquis et assurer la pérennité des réalisations du projet ?

5. Appréciation des performances du projet et recommandations

- Y'a-t-il des activités et réalisations du projet qui n'ont pas bien réussi ? *[Lesquelles et pourquoi]*
- Quels sont les meilleurs succès de ce projet dans votre zone ? Quelle est la meilleure réalisation qu'il a faite pour les populations de votre localité ? *[Sonder sur le pourquoi]*

Conseils et recommandations pour la suite du projet permettant une meilleure atteinte des résultats recherchés ?

Guide de focus-group avec les Jeunes (15 – 20 ans)

1. Contexte sanitaire antérieur au projet

- Décrire le contexte de la santé des jeunes dans la zone durant les 5 dernières années
 - Quelles étaient les difficultés sanitaires les plus importantes pour les jeunes et les adolescents ?
 - Les barrières sociales et culturelles entravant l'accès aux soins/services et l'utilisation des services par les jeunes de votre localité ?

2. Connaissance du programme Santé (NEEMA, SHOPS+, etc.) et de ses interventions

USAID/Sénégal, en partenariat avec le Ministère de la Santé a appuyé la mise en œuvre d'un programme Santé, à travers différentes activités, pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des services et produits de santé par les populations, pouvez-vous nous parler un peu des interventions mises en œuvre par ce programme dans votre localité ?

- Connaissez-vous des activités menées par ce projet ? [*Citer les activités connues du projet*]
- Parmi les activités menées par le projet, y'en a-t-il qui sont orientées vers la santé des jeunes et des adolescents ? (*Amener les participants à décrire ces activités dédiées aux jeunes*)
- Y'a-t-il quelques-unes auxquelles vous avez participé ? (*Faire décrire par les participant(e)s les activités auxquelles ils/elles auraient participé*)

3. Appréciation des interventions du projet/programme Santé et amélioration de la santé des populations, en particulier celle des jeunes et des adolescents

- Comment et dans quelle mesure les activités menées par le projet ont-elles permis d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé des populations ?
 - Accessibilité géographique des services et produits ?
 - Accessibilité financière ?
 - Accès aux services pour les pauvres ? les jeunes filles ? les jeunes garçons ?
- Donner des exemples de problèmes de santé importants que le projet a permis de résoudre dans la localité ?
- Dans quelle mesure l'arrivée du projet a-t-elle changé quelque chose pour la santé des jeunes, notamment sur :
 - l'accès à l'information sur : planification familiale, santé reproductive, hygiène/lavage des mains, paludisme, SIDA / VIH, etc.
 - l'accès aux services de PF, de prévention du VIH (condoms), accès au dépistage, accès à des services d'écoute et de counseling

[Demander aux participants de citer les différents changements, comment ces changements se sont manifestés, catégories concernées par ces changements - Relancer sur les points ci-dessus s'ils ne sont pas cités.]

- Quelles étaient les principaux obstacles et barrières à l'accès des jeunes à l'information ou aux services et produits de santé ?
- Selon vous, quelles activités et/ou groupes d'individus ont le plus inspiré les changements de comportements observés chez les jeunes dans votre localité ? [*Laisser citer spontanément, relancer sur les items ci-dessous s'ils ne sont pas cités*]
 - Sensibilisation (VAD, causeries)
 - Campagnes des médias de masse
 - Prestataires de santé
 - ACS/Acteurs communautaires de promotion et de prévention
 - Groupe des pairs
 - Leaders religieux, leaders communautaires
 - Groupement de femmes
- Lesquelles de ces activités ou acteurs/individus/groupes vous ont semblé plus convaincants/influents ?
- Quels messages ciblant les jeunes avez-vous entendus à la radio ou à la télévision promouvant les changements de comportements chez les jeunes ou promouvant les services et produits ?

- Campagne sur le paludisme
 - Campagnes ou activités sur les violences basées sur le genre
 - Implication des hommes dans la PF ou sur la santé maternelle, etc.
 - Qu'avez-vous appris grâce à ces sensibilisations ?
 - Quels messages ciblant les jeunes avez-vous entendus à la radio locale/communautaire pour promouvoir les changements de comportements et de pratiques chez les jeunes ?
 - Campagne sur le paludisme
 - Campagnes ou activités sur les violences basées sur le genre
 - Implication des hommes dans la PF ou sur la santé maternelle, etc.
 - Qu'avez-vous appris grâce à ces sensibilisations ciblant les jeunes ?
 - Lesquels de ces messages/spots/autres activités vont ont plus amené à changer certains comportements ou pratiques ? [*Modérateur : Sonder et approfondir les réponses*]
 - Avez-vous participé à des activités de :
 - Communication interpersonnelles (VAD, causeries)
 - Activités des équipes mobiles
 - Démonstrations culinaires et/ou nutritionnelles
 - Evénements culturels/réunions communautaires ayant trait à la santé
 - Activités sportives ou autres manifestations du Ministère de la jeunesse
 - Le programme Santé a-t-il développé des activités dans votre communauté pour réduire la violence basée sur le genre ? [*Sonder et approfondir les réponses*]
 - Les jeunes ont-ils été impliqués dans des activités destinées à lutter contre les violences basées sur le genre ? [*Si oui, lesquelles et comment ?*]
- 4. Implication/engagement des communautés dans la mise en œuvre des activités du projet / et dans la gestion de la santé**
- Quelles activités mises en œuvre par le programme santé ont le plus contribué à produire l'engagement et la participation des jeunes dans la gestion de la santé dans votre localité ?
 - Quel rôle joue le comité de veille et d'alerte (CVAC) dans la prévention et la gestion de la santé des femmes et des enfants dans votre village ou quartier ?
- 5. Appréciation des performances du projet et recommandations**
- Y'a-t-il des activités et réalisations du projet qui n'ont pas bien réussi ? Lesquelles et pourquoi à votre avis ?
 - Quels sont les meilleurs succès de ce projet dans votre zone ? Quelle est la meilleure réalisation qu'il a faite pour les populations de votre localité ? Donner les raisons de ce choix.
 - Quelles conseils et recommandations pouvez-vous nous donner des projets ultérieurs, permettant une meilleure atteinte des résultats recherchés ?

Guide d'entretien avec les Acteurs Communautaires & Bajenu Gox

1. Connaissance du programme santé et de ses interventions

USAID/Sénégal, en partenariat avec le Ministère de la Santé a appuyé la mise en œuvre d'un programme Santé, à travers différents projets, pour améliorer la santé des populations, pouvez-vous nous parler un peu des activités mises en œuvre par ce programme dans votre localité ?

- Décrire les activités menées par ce projet ? Nature des activités ? Cibles ?
- Parmi les activités menées par le projet, y'a-t-il quelques-unes auxquelles vous avez participé ou collaboré avec le projet ? Si oui lesquelles ? *(Amener le répondant à décrire les activités auxquelles il ou elle a participé ou collaboré avec le projet)*
- Quelles étaient les finalités de ces activités ? Quelles en étaient la portée ou l'envergure ?

2. Contexte sanitaire local antérieur au programme santé

- Pouvez-vous nous décrire brièvement le contexte de la santé maternelle, néonatale et infantile et santé des jeunes dans la zone avant l'intervention du projet : quelles étaient les difficultés sanitaires les plus importantes pour la population de votre localité ?
 - Spécifier pour les femmes enceintes, les femmes-mères
 - Les enfants
 - Les jeunes et adolescents

3. Collaboration et partenariat avec le Programme Santé

- Quelle a été votre expérience de collaboration avec le programme Santé ?
 - Comment est née cette collaboration ?
 - Comment avez-vous été choisi ou sélectionné pour devenir acteur communautaire du projet ?
 - En tant qu'acteur communautaire, quel est votre rôle dans la mise en œuvre des activités de sensibilisations des communautés ? Quelles cibles ? Par quels moyens ? Par quelles stratégies ? à quelles fréquences menez-vous ces activités ?
- En dehors des activités de sensibilisations quels autres rôles jouez-vous auprès de la communauté ? auprès de quelles cibles spécifiques ?
 - Comment les populations ont-elles réagi aux différents messages de sensibilisations ?
- Les activités de communication sociale et de sensibilisation ont-elles été efficaces pour inspirer les changements de comportements attendus par le projet ? Si oui comment cela a-t-il été possible ? Qu'est-ce qui l'a facilité N Si non, pourquoi cela n'a-t-il pas été facile ou possible ?
- A votre avis, parmi les différents vecteurs de communication et de sensibilisation, quels sont ceux qui ont eu le plus d'effets sur les :
 - Femmes
 - Hommes
 - Jeunes et adolescents
- A votre avis, parmi les différents vecteurs de communication et de sensibilisation, quels sont ceux qui ont inspiré le plus de changements dans les thématiques suivantes :
 - Sur les questions de santé maternelle, néonatale et infantile
 - Sur la santé reproductive des jeunes et des adolescents
 - Sur la planification familiale
 - Sur la lutte contre les violences basées sur le genre
- Avez-vous reçu une ou des formations de la part du programme sur le rôle social et communautaire que vous accomplissez ?

- Depuis que vous avez commencé à travailler comme agent communautaire pour le programme Santé, avez-vous fait l'objet d'une supervision de la part de l'ICP ou de tout autre acteur supérieur ?
 - Par qui ?
 - A quelles fréquences ? Régularité de la supervision ?
 - Cette supervision vous a-t-elle permis d'améliorer un des aspects de votre travail comme agent communautaire ?
- Jusqu'à quel point vous sentez-vous suffisamment outillé pour faire votre travail d'agent communautaire comme il faut ?
 - Outils de travail
 - Disposition de Manuel ou Guide d'orientation
 - Disposition de registres et/ou de fiches de référence
 - Moyens logistiques pour faire le travail
- Comment appréciez-vous la collaboration que vous avez eu avec le projet jusqu'à ce jour ?

4. Effets et résultats des activités de sensibilisation chez les populations/communautés

- Les activités de sensibilisation menées par le projet ont-elles permis de changer des choses dans les pratiques et comportements des populations ?
 - Plus spécifiquement des femmes ?
 - Des hommes ?
 - Des jeunes et des adolescents ?
 - *Citer des exemples concrets qui illustrent des changements produits par les actions de sensibilisations menées.*
- Au-delà des activités de sensibilisation, quels changements concrets les activités du projet ont-elles produits ? *Décrire et citer des exemples concrets et illustratifs.*
- Par quelles activités du projet ces changements ont-ils été produits ?
- Pouvez-vous nous décrire les relations existantes entre les différentes catégories d'acteurs communautaires intervenant sur la santé ?
- Quelles sont les campagnes de sensibilisation dans lesquelles vous avez participé comme acteur de communication ?
 - Campagne sur les moustiquaires imprégnées (MILDA) ou sur le paludisme
 - Campagnes sur la planification familiale
 - Campagnes sur le genre et les violences basées sur le genre
 - Quelles autres campagnes ?

5. Appréciation des performances du projet et recommandations

- Quels sont les meilleurs succès de ce projet dans votre zone ? Quelle est la meilleure réalisation qu'il a faite pour les populations de votre localité ? Donner les raisons de ce choix.
- Quelles conseils et recommandations pouvez-vous nous donner sur les activités de sensibilisation et communication pour la suite du projet ou pour des projets futurs, permettant une meilleure atteinte des résultats recherchés ?

Guide d'entretien du MSAS et entités dépendantes

1. Rôle et participation/contribution dans le programme Santé

- Pouvez-vous vous présenter et nous décrire brièvement votre rôle/implication dans le partenariat avec le Programme Santé financé par l'USAID ? Avec quel (s) projet exactement ? Quel a été votre rôle ou participation dans la mise en œuvre des activités du projet ?
- Votre entité (Direction, Division, Service, etc.) a-t-elle bénéficié d'interventions ou appuis de la part du programme Santé ? Lesquel (le)s et comment ?
- Décrire et expliciter la nature et le niveau des appuis bénéficiés de la part du programme Santé par votre entité ou direction ?
- Les appuis et interventions bénéficiés de la part du programme Santé correspondent-elles à des priorités dans votre département ? Si oui, comment et pourquoi ?

2. Approche de mise en œuvre du programme Santé

- Comment apprécieriez-vous l'approche consistant à construire une catégorisation des régions en régions de concentration et régions de consolidation ? Pourquoi ? Pertinence et avantages de cette catégorisation ? Faiblesses et limites de cette catégorisation ? Pensez-vous que l'hypothèse de base qui a conduit à cette catégorisation soit encore valable ? Pensez-vous qu'il y'ait besoin d'apporter des changements ou des ajustements dans cette approche ou dans sa mise en œuvre ? Lesquels et pourquoi ?
- Que pensez-vous de la segmentation des projets/activités (NEEMA, RSS+, SHOPS+, etc.) ? Pertinence et avantages de cette segmentation ? Faiblesses et limites de cette segmentation ?

3. Appréciation du partenariat avec le programme Santé (ou avec le projet spécifique cité) et les autres parties prenantes du programme ?

- Comment appréciez-vous votre partenariat avec les acteurs de mise en œuvre du projet ? dans la mise en œuvre des activités du projet ?
- Points forts ? Meilleurs succès et réussites jusque-là dans la collaboration avec le projet ?

4. Coordination, Collaboration et partage d'expériences entre différents mécanismes

- De votre point de vue, dans quelle mesure y'a-t-il eu une collaboration entre les projets du programme Santé et les entités du Gouvernement ou du MSAS ? [*Décrire, s'il y'a lieu des exemples concrets de collaboration effective et/ou de partage d'expériences (ou d'outils) avec les entités du Gouvernement et/ou du MSAS*]
- Y'a-t-il des résultats ou produits (*stratégies, approches, outils*) développés dans le cadre du programme Santé qui sont utilisés ou transférés au Ministère de la Santé ou à ses démembrements ? aux partenaires du Gouvernement du Sénégal ?
 - Si oui, décrire lesquels et comment ce transfert a-t-il été opéré ?
 - S'il n'y a pas d'échanges et/ou d'utilisation des résultats, approches ou stratégies du programme par le Gouvernement du Sénégal (MSAS et entités) qu'est-ce qui explique cette absence d'échanges ? [*Creuser pour approfondir*].

5. Amélioration la disponibilité, de la qualité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services

- Comment et dans quelle mesure les interventions mises en œuvre à travers le programme Santé ont-elles permis d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services par les communautés ?
 - Accessibilité géographique des services et produits ?
 - Accessibilité financière ?
 - Accès équitable aux services et produits par les différents groupes sociaux/catégories sociales (Femmes, jeunes, personnes vulnérables, etc.) ?
- Quels éléments, activités/interventions du programme Santé ont contribué de façon plus significative dans l'amélioration de l'accès des communautés aux services et produits de santé ? Pourquoi, expliquer les raisons.
- Quelles ont été les approches qui ont le plus significativement contribué à l'obtention d'un engagement des communautés dans la gestion des services de santé ? Comment et pourquoi ?

6. Renforcement des piliers du système de santé et de la qualité des services

- Dans quelle mesure et comment, les interventions du programme Santé ont-elles permis de renforcer les piliers du système de santé relatifs au(x) :
 - Prestations de services ?
 - Ressources humaines ?
 - Système d'information sanitaire ?
 - Produits et technologie de santé ?
- Dans quelle mesure ces renforcement des piliers ont-ils permis (ou pourraient-ils permettre) un resserrement des écarts entre régions de concentration et régions de consolidation ?
- Dans quelle mesure et comment les interventions du programme Santé ont-elles permis de renforcer le rôle des acteurs du secteur privé à but lucratif (prestataires de soins, pharmaciens, prestataires de services logistiques) dans l'amélioration de l'accès aux services et produits promus par le programme ?
- Comment les activités du programme Santé ont-elles permis de renforcer le rôle et la contribution des acteurs du secteur privé non lucratif (ONG, Associations, etc.) dans l'amélioration de l'accès aux services et produits promus par le programme ?
- Comment les activités du programme Santé ont-elles permis de renforcer la chaîne d'approvisionnement des produits promus dans le domaine de la planification/quantification ? en matière de réglementation, d'optimisation du réseau de stockage et de distribution ? d'atteinte des bénéficiaires ?

7. Acquis, Pérennité et Autonomie du GdS dans le secteur de la santé

- Les interventions du programme Santé sont-elles complémentaires ou en synergie avec celles des Directions et Programmes du MSAS dans le domaine de l'implication des communautés dans la gestion des services de santé, conformément à la stratégie de santé communautaire du pays ?
- Comment les interventions du Programme Santé ont-elles contribué au renforcement de la gestion, de la gouvernance et de la transparence dans la gestion du système de santé, à quelque niveau que ce soit ?
- Comment les interventions déployées par le programme Santé ont-elles permis de renforcer les capacités techniques du système de santé ? l'offre de services ? la qualité des services ? les capacités techniques des personnels et prestataires de santé ?
- Comment les interventions de votre projet ont-elles permis de renforcer l'inclusion du secteur privé, ainsi que le rôle du partenariat public-privé dans la mise en œuvre des activités de votre projet sur le terrain ?
- A quel point le programme Santé, à travers ses différents projets, a-t-il permis un renforcement de la capacité globale du Gouvernement du Sénégal dans le secteur de la santé ?

8. Pour conclure...

- Quels sont les points faibles et forces que vous avez identifiés dans votre collaboration/partnership avec le projet ? du programme santé plus globalement ?
- Quelles recommandations souhaiteriez-vous formuler pour la suite du projet qui pourrait permettre de corriger des insuffisances/faiblesses ? De renforcer des acquis et succès ?

Guide d'entretien avec ECR & ECD (MCR & MCD)

1. Rôle et participation/contribution dans le programme Santé

- USAID/Sénégal, en partenariat avec le Ministère de la Santé a appuyé la mise en œuvre d'un ambitieux programme Santé, à travers différents mécanismes pour améliorer la qualité, la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services et produits de santé par les populations, pouvez-vous nous parler un peu des interventions mises en œuvre par ce programme dans votre circonscription sanitaire (région ou district) ?
 - Quels mécanismes ou projets du Programme Santé interviennent ou appuient votre région médicale (ou district sanitaire) ?
 - Décrire la nature des appuis bénéficiés de la part de chacun de ces mécanismes ou projets
 - Résultats attendus à travers chacun de ces appuis spécifiques

[Décrire et expliciter la nature et le niveau des appuis bénéficiés de la part du programme Santé]

- De quels types d'intervention votre région médicale ou district sanitaire bénéficie-t-elle/il du programme Santé ?
 - Mécanisme G2G (Gouvernement to Gouvernement) à travers les programmes nationaux
 - Financement direct des RM à travers des sub-grants fournis par les IPs
 - Interventions directes des IPs (Intra, ChildFund, HKI, ANCS, RSJ, etc.) sur le terrain et auprès des communautés

[Décrire et expliciter les activités développées à travers chacun de ces mécanismes d'appui et les résultats visés à travers l'appui de chaque mécanisme]

- Les appuis et interventions bénéficiés de la part du programme Santé correspondent-ils à des priorités dans votre région/district ? Si oui, comment et pourquoi ?

2. Appréciation de la qualité et de la plus-value de l'appui du Programme Santé dans l'amélioration l'offre de services, de la qualité, la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services par les populations dans la région

- Comment et dans quelle mesure l'appui et les interventions mises en œuvre par le programme Santé ont-elles permis d'améliorer l'offre et la qualité des services offerts dans les structures de santé (Centres de Santé, Postes de Santé et Cases de santé) ?
- Comment et dans quelle mesure les interventions du programme Santé ont-elles permis d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services et produits de santé pour les populations ?
- Comment les interventions du programme Santé ont-elles amélioré l'utilisation des services et produits de santé par les populations ? notamment celles qui étaient les moins bien desservies et qui avaient un accès et une utilisation des services plus faibles ?
 - Amélioration de l'accessibilité géographique des services et produits ?
 - Amélioration de l'accessibilité financière des services et des produits ?
 - Amélioration de l'accès aux services aux groupes vulnérables et aux plus pauvres ?
- Avant l'intervention du programme Santé dans votre région médicale (ou district sanitaire) quels étaient :
 - Les défis et difficultés les plus importants en matière d'accès aux services et aux soins pour les populations ?
 - Les barrières sociales et culturelles à l'accès les plus fortes entravant l'accès et l'utilisation des services et produits de santé par la population
- Quels problèmes de santé majeurs l'intervention du projet a-t-elle permis de résoudre ?
- Quelles améliorations des performances et indicateurs de santé permettent d'étayer ces propos ? Quels sont les domaines de santé ayant le plus bénéficié de cette amélioration ?
 - Ce projet a-t-il permis de réduire la mortalité infanto-juvénile dans la région médicale ou district sanitaire ?
 - Contribution du projet dans l'atteinte ou le relèvement des indicateurs de santé de la région ou du district (Couverture vaccinale, CPN/CPON, prévalence des maladies diarrhéiques, élimination ou pré-élimination du palu, etc.)
 - Le projet a-t-il permis de réduire la mortalité maternelle (niveau d'atteinte des objectifs, insistez sur la formation en soins après avortement, formation en audit de décès maternels)

- Comment et dans quelle mesure les formations et renforcement de capacités offertes par le projet aux personnels de santé ont-elles contribué à améliorer la qualité de la prise en charge des populations ?
- Quelles ont été les approches qui ont le plus significativement contribué à l'obtention d'un engagement des communautés dans la gestion des services de santé ? Comment et pourquoi ?

3. Renforcement des piliers du système de santé et de la qualité des services

- Dans quelle mesure et comment, les interventions du programme Santé ont-elles permis de renforcer les piliers du système de santé relatifs au(x) :
 - Prestations de services ?
 - Ressources humaines ?
 - Système d'information sanitaire ?
 - Produits et technologie de santé ?
 - Système de références/Contre-référence et gestion des références ?
 - Supervision formative ?
 - Respect des normes, protocoles et standards du Ministère ?
- Dans quelle mesure ces renforcement des piliers ont-ils permis (ou pourraient-ils permettre) un resserrement des écarts entre régions de concentration et régions de consolidation ?
- Dans quelle mesure et comment les interventions du programme Santé ont-elles permis de renforcer le rôle des acteurs du secteur privé à but lucratif (prestataires de soins, pharmaciens, prestataires de services logistiques) dans l'amélioration de l'accès aux services et produits promus par le programme ?
- Comment les activités du programme Santé ont-elles permis de renforcer le rôle et la contribution des acteurs du secteur privé non lucratif (ONG, Associations, etc.) dans l'amélioration de l'accès aux services et produits promus par le programme ?
- Comment les activités du programme Santé ont-elles permis de renforcer la chaîne d'approvisionnement des produits et médicaments ? et de réduire la durée et/ou la fréquence des ruptures de stock dans les structures de santé ?

4. Approche de mise en œuvre du programme Santé et appréciation du partenariat avec le Programme Santé

- Comment apprécieriez-vous l'approche consistant à construire une catégorisation des régions en régions de concentration et régions de consolidation ? Pourquoi ?
 - Pertinence et avantages de cette catégorisation ?
 - Faiblesses et limites de cette catégorisation ?
- Pensez-vous que l'hypothèse de base qui a conduit à cette catégorisation soit encore valable ? Pensez-vous qu'il y'ait besoin d'apporter des changements ou des ajustements dans cette approche ou dans sa mise en œuvre ? Lesquels et pourquoi ?
- Comment jugez-vous le classement de votre région dans la catégorie qui est la sienne, partagez-vous ce classement ? Si oui pourquoi, sinon pourquoi pas ?
- Ces critères et caractéristiques qui ont présidé au classement de votre région médicale dans cette catégorie sont-elles valables pour les districts sanitaires de votre région ? Si non, quels sont les exceptions et pourquoi ?
- Comment appréciez-vous votre partenariat avec les acteurs de mise en œuvre du programme Santé ?
 - Points forts ? Meilleurs succès et réussites jusque-là dans la collaboration avec le projet ?
 - Points faibles et insuffisances dans la collaboration avec le projet ?
- Pensez-vous que des ajustements ou des changements soient nécessaires sur quelque aspect que ce soit pour l'atteinte des objectifs du projet ? Pour quelles raisons ? Par qui ?

5. Coordination, Collaboration et partage d'expériences entre différents mécanismes

- De votre point de vue, la coordination entre les différents partenaires de MEO et entre mécanismes du programme Santé est-elle effective ?
 - à l'intérieur d'une même catégorie de régions ?
 - entre des mécanismes des RCT et ceux des RCL ?
 - entre le projet/mécanisme et la région médicale (ou le district sanitaire) ?
- Existe-t-il un cadre/mécanisme de coordination entre les différents projets du programme Santé dans votre région ?

- Entre les projets du programme Santé et la région médicale (ou le district sanitaire) ? Si oui, est-il fonctionnel ?
- Régularité des réunions ou rencontres ?
- Utilité de ce cadre pour une harmonisation des activités/interventions, planification opérationnelle, partage et échange d'outils et de produits/résultats, etc. ?
- Votre région médicale a-t-elle initié ou a-t-elle été invitée à des échanges (partage d'outils, transfert d'approches, de méthodes ou de stratégies) avec les acteurs ou mécanismes du projet ? ou entre mécanismes des régions de concentration et des régions de consolidation ?
- Y'a-t-il des résultats ou produits (*stratégies, approches, outils*) développés dans le cadre du programme Santé qui sont utilisés par la région médicale (ou le district sanitaire) ? aux autres partenaires de la région médicale ?
 - Si oui, décrire lesquels et comment ce transfert a-t-il été opéré ?
 - S'il n'y a pas d'échanges et/ou d'utilisation des résultats, approches ou stratégies du programme par la région médicale, qu'est-ce qui explique cette absence d'échanges ? [Creuser pour approfondir].

6. Acquis, Pérennité et Autonomie du GdS dans le secteur de la santé

- Les interventions du programme Santé ont-elles contribué au renforcement des capacités de la région médicale ? dans les domaines de :
 - la gestion ?
 - la gouvernance et de la transparence dans la gestion du système de santé ?
 - la planification, le déploiement et l'utilisation des ressources (y compris ressources humaines) ?
- Comment les interventions déployées par le programme Santé ont-elles permis de renforcer les capacités techniques des personnels de la région médicale ou du district sanitaire ?
- Comment les interventions du programme ont-elles favorisé le renforcement de la capacité des collectivités locales, dans le financement et le soutien au secteur de la santé ?

7. Pour conclure....

- Parmi toutes les activités menées par le programme Santé dans votre région médicale ou district, quelles sont celles qui vous ont procuré le plus de satisfaction ? Pourquoi ?
- Quels sont les points faibles et forces que vous avez identifiés dans votre collaboration/partenariat avec le projet ? du programme santé plus globalement ?
- Quelles recommandations souhaiteriez-vous formuler pour la suite du projet qui pourrait permettre de corriger des insuffisantes/faiblesses ? De renforcer des acquis et succès ?

Guide d'entretien avec prestataires de santé (ICP, Sages-femmes, etc.)

1. Contexte sanitaire antérieur au programme Santé 2016-2021

USAID/Sénégal, en partenariat avec le Ministère de la Santé a appuyé la mise en œuvre d'un programme Santé, à travers différents mécanismes pour améliorer la qualité, la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services et produits de santé par les populations, pouvez-vous nous parler un peu des interventions mises en œuvre par ce programme dans votre circonscription sanitaire (région ou district) ?

- Avant l'intervention du programme Santé dans votre district sanitaire, quels étaient :
 - Les défis et difficultés les plus importants en matière d'accès aux services et aux soins pour les populations ?
 - Les barrières sociales et culturelles à l'accès les plus fortes entravant l'accès et l'utilisation des services et produits de santé par la population
 - Spécifier pour les femmes enceintes, les femmes-mères ?
 - les enfants et pour les jeunes et adolescents ?
- Quels mécanismes ou projets du Programme Santé interviennent ou appuient votre poste de santé ou interviennent dans votre localité ?
 - Décrire la nature des appuis bénéficiés de la part de chacun de ces mécanismes ou projets
 - Résultats attendus à travers chacun de ces appuis spécifiques

[Décrire et expliciter la nature et le niveau des appuis bénéficiés de la part du programme Santé]

2. Amélioration l'offre de services, la qualité, la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services et produits de santé

- Comment et dans quelle mesure les interventions du programme Santé ont-elles amélioré l'accessibilité et l'utilisation des services et produits de santé par les populations ?
 - Accessibilité géographique des services et produits ?
 - Accessibilité financière ?
 - Accès équitable aux services et produits par les différents groupes sociaux/catégories sociales (Femmes, jeunes, personnes vulnérables, etc.) ?
- A travers quels appuis ou interventions le programme Santé a-t-il permis d'améliorer l'offre et la qualité des services dans les structures de santé de votre localité ?
 - Fourniture d'équipements ? Lesquels et combien ?
 - Formations des prestataires et personnels de santé ? Dans quels domaines ?
 - Rehaussement de cases de santé en postes de santé
- Le projet a également aidé à équiper certaines structures sanitaires en matériel spécialisé, comment appréciez-vous l'effet de ces dotations sur la qualité des services offerts aux populations ?
 - En quoi ces dotations en équipements ont-elles aidé à améliorer la santé des populations ?
 - Quels avantages particuliers ces équipements comportent-ils pour les populations, notamment les femmes (enceintes, mères et les enfants) ?
 - Quels problèmes et difficultés particulières ont-ils permis de réduire ou d'annihiler pour les populations bénéficiaires ?
 - Quelles évolutions observées dans la situation ? Effets sur les indicateurs de santé du district ?
- Quels sont les changements les plus significatifs que les activités du programme ont permis d'obtenir dans votre localité ? *Décrire et citer des exemples concrets et illustratifs.*
- Quels sont les changements observés plus spécifiquement dans la prise en charge des enfants et des femmes (FAR femmes enceintes, Jeunes, PVVIH, etc.) depuis le démarrage du programme Santé dans votre district/localité ? *[Citer les différents changements (pratiques, comportements, etc.) enregistrés chez les populations depuis le démarrage du programme]*
- Différentes activités de sensibilisation ont été menées par le projet pour inciter à des comportements favorables à la santé par les populations. Quels effets/changements ces sensibilisations ont-elles produit dans le comportement des populations ?

[Citer des exemples concrets qui illustrent des changements produits par les actions de sensibilisations menées par le programme].

- Le projet a appuyé la réalisation de plusieurs formations et activités de renforcement des capacités des personnels de santé des postes et centres de santé, comment appréciez-vous ces activités ?
 - Quels déficits et insuffisances les formations des prestataires ont-elles permis de combler ? Citer des exemples concrets pour appuyer l’assertion.
 - Comment et dans quelle mesure les formations et renforcement de capacités offertes par le projet aux personnels de santé ont-elles contribué à améliorer la qualité de la prise en charge des populations ?

3. **Appréciation des performances du projet et recommandations**

- Avez-vous des critères mesurables des changements induits par la mise en œuvre du programme dans votre localité/district ? (Citer l’évolution des indicateurs de santé et données sanitaires remontées)
- Parmi les différentes activités menées par le projet, quelles sont celles qui ont eu les effets et résultats les plus importants dans le district, à votre avis ?
- Des activités ont été menées pour améliorer la santé de la reproduction chez les jeunes et les adolescents, comment appréciez-vous ces activités ?
- Y’a-t-il des activités et réalisations du projet qui n’ont pas bien réussi ? Lesquelles et pourquoi à votre avis ?
- Quelles ont été les approches qui ont le plus significativement contribué à l’obtention d’un engagement des communautés dans la gestion des services de santé ? Comment et pourquoi ?
- A votre avis, y’a-t-il des activités plus urgentes et plus pertinentes que le projet aurait pu mener à la place de certains réalisées ? Lesquelles et pourquoi ?

4. **Renforcement des piliers du système de santé et de la qualité des services**

- Dans quelle mesure et comment, les interventions du programme Santé ont-elles permis de renforcer les piliers du système de santé relatifs au(x) :
 - Prestations de services ?
 - Ressources humaines ?
 - Système d’information sanitaire ?
 - Produits et technologie de santé ?
 - Système de références/Contre-référence et gestion des références ?
 - Supervision formative ?
 - Respect des normes, protocoles et standards du Ministère ?

5. **Pour conclure...**

- Parmi toutes les activités menées par le programme Santé dans votre localité, quelles sont celles qui vous ont procuré le plus de satisfaction ? Pourquoi ?
- A l’inverse, parmi les activités déployées par le programme, y’a-t-il des activités qui vous paraissent moins utiles qu’il faudrait abandonner ? Si oui lesquelles et pourquoi ?
- Quels conseils et recommandations pouvez-vous donner pour la suite du programme Santé permettant une meilleure atteinte des résultats recherchés ?

Guide d'entretien des PTFs

1. Présentation de l'institution et de ses interventions dans le secteur de la santé

- Pouvez-vous vous présenter et nous décrire brièvement votre rôle au sein de votre organisation/institution ?
- Quels sont les domaines d'intervention prioritaires de votre institution dans le secteur de la santé ? Auprès de quelles cibles ? Dans quelles régions ? avec quels partenaires ?

2. Connaissance et relations/collaboration avec le Programme Santé de l'USAID

- Connaissiez-vous le programme Santé financé par l'USAID (2016-2021) ?
 - Ses domaines d'interventions ? Ses régions d'intervention ?
 - Son approche géographique ?
- Votre institution a-t-elle collaboré avec un des mécanismes du programme Santé ?
 - Si oui, décrire la nature et le contenu de cette collaboration ?
 - Comment appréciez-vous cette collaboration avec le programme santé ?
 - Points forts ? Meilleurs succès et réussites dans la collaboration avec le projet ?

3. Approche de mise en œuvre du programme Santé

- Comment apprécieriez-vous l'approche géographique utilisée par le programme consistant en une catégorisation des régions en régions de concentration et régions de consolidation ? Pourquoi ?
 - Pertinence et avantages de cette catégorisation ?
 - Faiblesses et limites de cette catégorisation ?
- Pensez-vous que l'hypothèse de base qui a conduit à cette catégorisation soit encore valable ?
- Pensez-vous qu'il y'ait besoin d'apporter des changements ou des ajustements dans cette approche ou dans sa mise en œuvre ? Lesquels et pourquoi ?
- Comment apprécieriez-vous les chances d'atteinte des résultats par le projet compte-tenu des progrès observés à ce jour ?
- Pensez-vous que des ajustements ou des changements soient nécessaires sur quelque aspect que ce soit pour l'atteinte des objectifs du projet ? Pour quelles raisons ? Par qui ?

4. Coordination, Collaboration et partage d'expériences entre différents mécanismes

- Les interventions développées par le programme sont-elles complémentaires ou en synergie avec celles des autres PTFs, y compris votre institution, dans le domaine de la santé ?
- De votre point de vue, comment appréciez-vous la coordination entre les différents partenaires dans le secteur de la santé ?
 - Effectivité d'une coordination entre les différents partenaires ?
 - Régularité de cette coordination ?
- De votre point de vue, dans quelle mesure y'a-t-il eu une collaboration entre les projets du programme Santé et les projets et entités des autres PTFs du secteur de la santé ? *[Décrire, s'il y'a lieu des exemples concrets de collaboration effective et/ou de partage d'expériences (ou d'outils) avec les entités des autres PTFs]*
- Votre institution/organisme a-t-il suscité ou a-t-il été invité à des échanges (partage d'outils, d'approches, de méthodes ou de stratégies) avec les autres partenaires techniques et financiers du secteur de la santé ?
- Dans quels domaines et comment ? A quelle fréquence ? Comment appréciez-vous cette collaboration entre les différents partenaires ?
- Y'a-t-il des résultats ou produits (*stratégies, approches, outils*) développés dans le cadre du programme Santé qui sont utilisés par votre organisme/institution dans le cadre de ses projets ou activités ?
 - Si oui, décrire lesquels et comment ce transfert a-t-il été opéré ?
 - S'il n'y a pas d'échanges et/ou d'utilisation des résultats, approches ou stratégies avec les autres PTFs qu'est-ce qui, à votre avis, explique cette absence d'échanges ? *[Creuser pour approfondir]*.

5. Appréciation des résultats des interventions du programme Santé sur la santé des populations

- A votre avis, comment et dans quelle mesure les interventions mises en œuvre à travers le programme Santé ont-elles permis d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services de santé par les communautés ?
 - Accessibilité géographique des services et produits de santé ?
 - Accessibilité financière ?
 - Accès équitable aux services et produits par les différents groupes sociaux/catégories sociales (Femmes, jeunes, personnes vulnérables, etc.) ?
- Selon vous, quels éléments ou interventions du programme Santé ont contribué de façon plus significative dans l'amélioration de cet accès des communautés aux services et produits de santé ? Pourquoi, en expliquer les raisons.
- Selon vous, les activités et interventions du programme Santé ont-elles permis d'accroître l'engagement des communautés dans la gestion des services de santé ? Comment et pourquoi ?

6. Appréciation de la durabilité et de la plus-value des interventions du programme Santé

- Pensez-vous que les interventions développées par le programme Santé aient contribué au :
 - Renforcement de la gestion, de la gouvernance et de la transparence dans la gestion du système de santé, à quelque niveau que ce soit (Central, Région, district ou communautaire) ?
 - Renforcement des capacités du système de santé (offre de services, qualité des services, capacités techniques des personnels et prestataires de santé, etc.) ?
 - Renforcement de l'inclusion du secteur privé, ainsi que le rôle du partenariat public-privé dans l'amélioration de la performance du secteur de la santé ?
 - Renforcement de la capacité globale du Gouvernement du Sénégal dans le secteur de la santé ?
- Dans quelle mesure et comment ce renforcement de la capacité du GdS a-t-il contribué (ou pourrait-il contribuer) à l'autonomie du MSAS à conduire de telles interventions dans le futur ?

7. Pour conclure....

- Parmi toutes les activités menées par le programme Santé, quelles sont celles qui vous semblent particulièrement productives d'effets positifs sur l'accès et l'utilisation des services et produits de santé par les communautés ? Pourquoi, expliquer...
- Quels sont : i) les points forts et ii) les points faibles du programme Santé ?
 - Quelles recommandations souhaiteriez-vous formuler pour la suite du projet qui pourraient permettre de corriger des insuffisances/faiblesses du programme Santé ? De renforcer des acquis et succès du programme Santé ?

U.S. Agency for International Development
1300 Pennsylvania Avenue, NW
Washington, DC 20