



Intégration des services de santé au Sénégal Etude de Cas

SR-15-122-FR

Août 2015



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Intégration des services de santé au Sénégal

Etude de Cas



LEADING INNOVATIVE RESEARCH

MEASURE Evaluation is funded by the U.S. Agency for International Development (USAID) under Cooperative Agreement AID-OAA-L-14-00004. MEASURE Evaluation is implemented by the Carolina Population Center at the University of North Carolina at Chapel Hill, in association with Futures Group; ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health; and Tulane University. The opinions expressed in this publication do not necessarily reflect the views of USAID or the United States government.

August 2015

ISBN 978-1-943364-23-7

SR-15-122

Photo de couverture par Elizabeth T. Robinson.

Remerciements

Nous tenons à remercier ChildFund Senegal, Africare, Plan, World Vision, Catholic Relief Services, Enda Santé et Enda Graf Sahel (les partenaires du projet Programme Santé/Santé communautaire II [PSSC II], financé par l'USAID) de leur participation à cette étude de cas. En particulier, nous voudrions souligner la collaboration de nos collègues de ChildFund Senegal : Mamadou Diagne, Ndeye Wade Diop, Cheikh Ibrahima Seck, Diaguily Koita, le Dr. Babacar Fall, le Dr. Aida Tall, Sebastiania Diatta et tous les membres de leur équipe.

Nous sommes également reconnaissants des conseils et de la participation de nombreux représentants du Ministère de la Santé et de l'action sociale. En particulier, nous remercions Mame Coumba Faye, Codou Faye Diouf, Khady Seck Diop, Serigne Mamadou Loum (du Cellule Santé communautaire) ; le Dr. Mamadou Bocar Daff, le Dr. Papa Chimère Diaw, Mansour Ndiath, Arame Ndiaye et Tiguidanké Gassama (de la Direction de la Santé de la Reproduction et de la survie de l'enfant) ; le Dr. Amadou Djibril Ba, Mme Dieng Coumba Haby Sarr et Saadiya Aidara (de la Direction de la Planification, de la recherche et des statistiques) ; le Dr. Mady Ba (du Programme national de la lutte contre le paludisme) ; Doudou Sène (de la Division du Système d'Information sanitaire et sociale) ; et le Dr. Samba Cor Sarr (du Conseil national de recherche en santé).

Nous sommes reconnaissants des conseils que nous ont fournis d'autres partenaires, notamment Elhadji Babacar Gueye (Intrahealth) et le Dr. Siga Diop (FHI 360).

Nous remercions également nos collègues de l'USAID et des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (US Centers for Disease Control and Prevention, CDC) au Sénégal, en particulier Karen Koprince, Ramatoulaye Guisse Dioume, Mary De Boer, Moussa Diakhaté, John Bernon, Julie Thwing et Debbie Gueye.

Dans la planification et la mise en œuvre de cette étude de cas, nous avons beaucoup bénéficié de la collaboration de l'équipe du Global Research and Advocacy Group, en particulier le Dr. Amadou Moreau, Fatou Bintou Mbow, Mariétou Ndiaye Seck, Moustapha Diagne, Abdoulaye Diop, Ndèye Aida Bary, Ndèye Mahé Diouf, Rokhaya Diop, Rokia Kouyaté, Salif Camara, Anna

Ndiaye, Nafi Diop, Ndèye Fatou Mbengue, Aminata Kane, Bamby Diouf, Harouna Tall, Serigne Abasse Ndiaye et Awa Coulibaly.

Nous sommes reconnaissants des conseils et de la collaboration des collègues de l'USAID, Dr. Kristin Saarlans et Dr. Rachel Lucas et les membres du groupe de travail interinstitutions du gouvernement des Etats-Unis sur le principe d'intégration de l'initiative mondiale pour la santé,.

Chez MEASURE Evaluation, l'étude de cas au Sénégal a été menée par Daniel Glazier et le Dr. Heidi Reynolds, en collaboration avec le Dr. Beth Sutherland, Upama Khatri et Mary Freyder pour l'étude de cas au Malawi.

Table des matières

REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES TABLEAUX	vii
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	viii
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	xi
CONTEXTE	1
INTÉGRATION	1
DÉFINITION DE L'INTÉGRATION	2
LA CHOIX DU CAS	3
LE SÉNÉGAL ET LE MALAWI	3
LE CAS DU SÉNÉGAL	4
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	6
MÉTHODOLOGIE	6
CONCEPTION DE L'ÉTUDE	6
LE RÔLE DU CADRE DE RÉSULTATS POUR LE PRINCIPE D'INTÉGRATION	6
SITES DE L'ÉTUDE	7
PHASE PRÉPARATOIRE, POPULATIONS CIBLES, ÉCHANTILLONNAGE ET SOURCES DES DONNÉES	7
AUX POSTES ET CASES DE SANTÉ	8
COLLECTE DES DONNÉES	9
EQUIPES D'ENQUÊTES ET FORMATION	9
DÉROULEMENT ET BILAN DE LA COLLECTE DES DONNÉES	10
ANALYSE SECONDAIRE DE L'ENQUÊTE CONTINUE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ [ECPSS], 2012-2013	10
L'ANALYSE DES DONNÉES	11
REVUE ÉTHIQUE	11
PRINCIPAUX RÉSULTATS	12
REVUE DOCUMENTAIRE ET ANALYTIQUE	12
LES OBJECTIFS, LES DÉFIS, LES PRIORITÉS ET LES PROCESSUS DE L'INTÉGRATION AU SÉNÉGAL	12
PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS : CHANGEMENTS AU NIVEAU DU SYSTÈME DE SANTÉ	19
ENTRÉES INDISPENSABLES POUR ASSURER LE FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS D'INTÉGRATION	19
L'INTÉGRATION COHÉRENTE DES SERVICES	26
RÉSULTATS DE L'INTÉGRATION	27
DÉFIS	31
PRISE EN COMPTE DU GENRE	32
PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS : SYSTÈMES DE SUIVI ET ÉVALUATION POUR L'INTÉGRATION	34
OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES DISPONIBLES POUR RECUEILLIR LES INFORMATIONS PORTANT SUR L'INTÉGRATION	34
MODIFICATIONS APPORTÉES AU SYSTÈME DE SUIVI-ÉVALUATION POUR MESURER LA PERFORMANCE DES SERVICES INTÉGRÉS SUR LES SITES COMMUNAUTAIRES ET DANS LES CASES DE SANTÉ	35
DÉFIS AYANT TRAIT À LA COLLECTE DES DONNÉES	36
ANALYSES ET UTILISATION DES DONNÉES	36

FAISABILITÉ ET PERTINENCE DES INDICATEURS D'INTÉGRATION	37
DISCUSSION.....	42
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXE 1. CADRE DE RÉSULTATS DE L'INTÉGRATION	47
ANNEXE 2. BILAN DE LA COLLECTE DES DONNÉES AUX NIVEAUX NATIONAL, RÉGIONAL, DU DISTRICT ET DU SITE COMMUNAUTAIRE ..	48
ANNEXE 3. OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES ET THÈMES DES ENTRETIENS	52

Liste des tableaux

TABLEAU 1. STATISTIQUES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE AU SÉNÉGAL, 2014, VENTILÉES PAR MILIEU URBAIN OU RURAL.....	4
TABLEAU 2. DISTRICTS SANITAIRES DE L'ÉTUDE DANS LES DEUX RÉGIONS	7
TABLEAU 3. INDICATEURS D'INTÉRÊT POUR L'ÉTUDE	8
TABLEAU 4. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE AU NIVEAU DES CASES DE SANTÉ ET DES SITES COMMUNAUTAIRES.....	13
TABLEAU 5. RÉALISATIONS DU PROJET PSSC II EN 2012-2013 (DÉMONSTRATION DES PROCESSUS D'UN PROGRAMME INTÉGRÉ).....	16
TABLEAU 6. FORMATION DES PRESTATAIRES ET OUTILS MIS À LEUR DISPOSITION (D'APRÈS LES ENTRETIENS AVEC 144 PRESTATAIRES)	21
TABLEAU 7. RAPPORT DES SUPERVISIONS EXTERNES AUX POSTES DE SANTÉ ET CASES DE SANTÉ SELON L'ECPSS 2012-2013	22
TABLEAU 8. FRAIS MÉDICAUX DE L'ACCÈS AUX SERVICES DANS LES POSTES ET CASES DE SANTÉ, SELON L'ECPSS DE 2012-2013	25
TABLEAU 9. LES MATÉRIELS, LES SUPPORTS OU LES LISTES DE CONTRÔLE SUR L'INTÉGRATION DISPONIBLE SELON LES RAPPORTS DES PRESTATAIRES.....	27
TABLEAU 10. FEMMES ÂGÉES DE 18 À 49 ANS PARTICIPANT AUX ACTIVITÉS DU SITE COMMUNAUTAIRE, LEURS RAPPORTS DES SERVICES REÇUS, LEUR SATISFACTION AVEC CES SERVICES, LEUR UTILISATION DES CASES DE SANTÉ ET LEURS BESOINS NON SATISFAITS	30
TABLEAU 11. PRESTATAIRES AYANT RÉPONDU QUE LES SERVICES SONT DISPONIBLES AUX POSTES DE SANTÉ, CASES DE SANTÉ OU SITES COMMUNAUTAIRES (%).....	31
TABLEAU 12. PRESTATAIRES FORMÉS AUX QUESTIONS LIÉES AU GENRE, NOTAMMENT LA VIOLENCE.....	33
APPENDIX TABLE 1. RÉPONDANTS AUX NIVEAUX RÉGIONAL ET DU DISTRICT SELON L'OUTIL DE COLLECTE	48
APPENDIX TABLE 2. RÉPARTITION DES PRESTATAIRES INTERROGÉS À KAOLACK, SELON LE DISTRICT D'INTERVENTION ET LE TITRE.....	49
APPENDIX TABLE 3. RÉPARTITION DES PRESTATAIRES INTERROGÉS À LOUGA, SELON LE DISTRICT D'INTERVENTION ET LE TITRE.....	49
APPENDIX TABLE 4. RÉPARTITION DES FEMMES INTERROGÉES DANS LA RÉGION DE KAOLACK, SELON LES SITES ET LES THÈMES DES ACTIVITÉS	50
APPENDIX TABLE 5. RÉPARTITION DES FEMMES INTERROGÉES DANS LA RÉGION DE LOUGA, SELON LES SITES ET LES THÈMES DES ACTIVITÉS	51

Résumé Analytique

L'intégration des services dans le secteur de la santé a été adoptée au cours des dernières années comme une stratégie visant à améliorer la disponibilité et l'accès à des prestations de services de qualité pour les populations. Ces études de cas ont été lancées au Sénégal et au Malawi afin d'analyser d'une façon plus approfondie le processus d'intégration. Ces pays ont été sélectionnés parce qu'ils avaient manifesté une volonté de participer à une étude plus approfondie et étaient en train de mettre à l'échelle, ou quasi à l'échelle, une intervention de prestation de services intégrée. Ce rapport présente les résultats issus du cas du Sénégal.

Au Sénégal, le Ministère de la Santé et de l'action sociale (MSAS) et ses partenaires ont mis en place un paquet de services essentiels, le Plan opérationnel de passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la mortalité infanto-juvénile (POPAEN), 2010-2014. La conception de ce paquet de services répond aux priorités définies au niveau local, dont la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Pour favoriser la santé communautaire, au cœur de cette stratégie, le gouvernement du Sénégal a développé un Plan national stratégique de santé communautaire (2014-2018).

L'USAID appuie la mise en œuvre de ces priorités à travers son Programme Santé/Santé Communautaire (PSSC II), dirigé par l'organisation non gouvernementale (ONG) ChildFund Senegal et les autres membres du consortium : Africare, Plan, World Vision, Catholic Relief Services, Enda Graf Sahel et Enda Santé. PSSC II travaille avec les services du MSAS pour mettre en place un paquet d'interventions qui comprend la rénovation des cases de santé, à la base de la pyramide sanitaire, et l'offre d'un paquet minimum de services à haut impact aux cases de santé et dans à la communauté.

Le but de cette étude était de documenter les changements requis au sein du système de santé pour faire de l'intégration des services une réalité. L'étude a également visé à documenter la manière dont les dispositifs de suivi et d'évaluation ont été ou pourraient être renforcés afin de mieux suivre et évaluer l'intégration, notamment la documentation des indicateurs et sources d'informations en cours d'utilisation.

Cette étude de cas a utilisé des méthodes mixtes combinant une dimension quantitative et une dimension qualitative. La région de Kaolack et celle de Louga ont été choisies pour l'étude. Dans chacune des deux régions, quatre districts sanitaires ont été choisis de façon aléatoire. L'étude a choisi 48 postes de santé au total (en moyenne six postes de santé par district) et 48 cases de santé (une case selon son poste correspondant). Aux sites communautaires, la collecte des données a ciblé 1060 femmes en âge de procréer (18 à 49 ans).

Les participants-cibles étaient variées et se situaient aux niveaux national, régional et communautaire. Les enquêtes ont touché les parties prenantes aux niveaux national ; les points focaux du Programme Santé/Santé Communautaire (PSSC II) ; les médecins chefs de région (MCR) et de district (MCD) ; les superviseurs des soins de santé primaires (SSSP) régionaux ; les infirmiers chefs de poste aux postes de santé ; les matrones/agents de santé communautaire (ASC) et les relais aux cases de santé ; et les femmes au communauté. La collecte des données a eu lieu aux mois d'août et de septembre 2014.

Tous les thèmes des entretiens et de l'analyse, notamment trois des quatre indicateurs, ont été informés par le cadre de résultats de l'intégration dans le *Global Health Principles Monitoring and Evaluation Resource Guide* (voir Annexe 1 pour le cadre)¹. Les entrées d'intégration sont les politiques et la gouvernance ; les systèmes d'information, de planification, et de gestion ; les ressources humaines ; et la création de la demande. Les sorties et résultats d'intégration sont l'intégration cohérente des services et l'augmentation de la couverture, l'acceptabilité, la qualité, l'efficacité, et l'utilisation.

L'étude de cas présente l'exemple d'un pays qui a mis en œuvre un programme intégré afin d'accroître la couverture des services de santé et l'accès à ceux-ci. L'approche a consisté à mettre en œuvre un paquet minimum de services par les agents de santé communautaires affiliés aux cases de santé et aux sites communautaires. Le renforcement des capacités techniques des agents santé communautaire, des bajènu gox, des matrones et des relais a été un pas important. La performance des prestataires est suivie à travers des réunions périodiques et une supervision intégrée, renforcée et documentée. Les données laissent voir les changements liés à l'intégration, par exemple, la

¹ Idem.

réactivité observée de la communauté et son adhésion aux conseils ; l'acquisition et la transmission des connaissances par les agents communautaires ; les recours plus précoces aux services de santé ; la disponibilité accrue des soins essentiels et des médicaments ; et un engagement accru de la part des hommes à orienter leurs familles vers l'utilisation des services.

La réponse a clarifié les rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux ; augmenté la responsabilité des acteurs communautaires et des groupes locaux dans le financement, la budgétisation et la planification ; et créé une plate-forme dans laquelle les bailleurs de fonds peuvent investir. Les interventions pour renforcer le système de santé, en particulier le processus du plan de travail annuel (PTA), se traduiront par une meilleure gestion des ressources et l'amélioration de la mise en œuvre des services.

A travers l'étude, des défis sont ressortis portant sur le transfert de la gestion des cases de santé aux districts et communautés. L'accessibilité géographique et financière aux services demeure une préoccupation de taille, surtout dans le cas d'aiguillage. La répartition des ressources disponibles fait face à des demandes concurrentes, notamment la nécessité de continuer à améliorer la couverture des services et d'assurer une coordination efficace des acteurs communautaires, tout en améliorant la supervision dans un contexte de ressources humaines limitées.

Cette étude a utilisé la méthodologie et ne cherchait pas à être représentative, donc ces résultats, notamment au niveau des clients et des prestataires, ne peuvent pas forcément être généralisés au reste du pays. Cependant, la diversité des types de répondants et des sites d'étude devrait inspirer une certaine confiance que les résultats reflètent l'expérience typique au Sénégal, en particulier au niveau national. Ces conclusions devraient être pertinentes pour les planificateurs et les bailleurs dans d'autres contextes qui voudraient planifier et mettre en œuvre des interventions intégrées, ainsi que des systèmes capables de suivre et évaluer ces interventions.

Sigles et abréviations

ACT	polythérapie à base d'artémisinine (artemisinin-based combination therapy)
ADC	agent de développement communautaire
ASC	agent de santé communautaire
CPN	consultation prénatale
DHIS	Système d'information sanitaire au niveau du district (District Health Information System)
DPRS	Direction de la Planification, de la recherche et des statistiques
DSDOM	dispensateur de soins à domicile
DSRSE	Direction de la Santé de la reproduction et de la survie de l'enfant
ECPSS	Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé
ePTA	plan de travail annuel électronique
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GHI	Initiative mondiale pour la santé (Global Health Initiative)
GRAG	Global Research and Advocacy Group
ICP	infirmier chef de poste
IEC	information, éducation, communication
IEC/CC	information, éducation, communication pour le changement de comportement
IRA	infections respiratoires aiguës
IST	infections sexuellement transmissibles
MAM	malnutrition aigüe modérée
MAS	malnutrition aigüe sévère
MCD	médecin chef de district
MCR	médecin chef de région
MSAS	Ministère de la Santé et de l'action sociale
OCB	organisation communautaire de base
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PBG	Programme Bajènu gox
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PECADOM	prise en charge des cas à domicile
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	planification familiale
PNA	Pharmacie nationale d'approvisionnement
POPAEN	Plan opérationnel de passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la mortalité infanto-juvénile
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PSSC II	Programme Santé/Santé communautaire II
PTA	plan de travail annuel
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
SAA	soins après avortement
SR	santé de la reproduction
SRO	sels de réhydratation orale
SSSP	superviseur des soins de santé primaires
TB	tuberculose
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international (US Agency for International Development)
VAD	visite à domicile
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Contexte

Intégration

L'intégration des services dans le secteur de la santé a été adoptée au cours des dernières années comme une stratégie visant à améliorer la disponibilité et l'accès à des prestations de services de qualité pour les populations. Les études démontrent que les services de santé intégrés peuvent améliorer la qualité des soins, l'utilisation de soins, et les résultats sanitaires.^{2,3,4} L'objectif et la conception des services intégrés changent selon le contexte et l'épidémiologie du pays ; et les parties prenantes du secteur de la santé cherchent des orientations pour améliorer la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services intégrés. Dans ce contexte, un groupe de travail de l'Initiative mondiale pour la santé (Global Health Initiative, GHI) a publié un manuel qui donne un aperçu de ce que l'on sait sur l'intégration dans le secteur de la santé, ainsi que des définitions, des exemples des paquets de services et des approches à l'intégration, et un guide d'orientation pour faciliter la compréhension de la portée et de la nature de l'intégration dans un pays donné⁵.

Sur la base de ces efforts, le gouvernement des États-Unis a publié en 2014 un document pour orienter l'évaluation de la mise en œuvre des principes du GHI. Ce document prend en compte le principe d'intégration de « *l'augmentation de l'impact grâce à la coordination et l'intégration*

² Spaulding, A.B., Brickley, D.B., Kennedy, C., Almers, L., Packel, L., Mirjahangir, J., et al. Linking family planning with HIV/AIDS interventions: a systematic review of the evidence. *AIDS*, 2009, 23 Suppl 1, S79-S88.

³ Wilcher, R., Hoke, T., Adamchak, S.E., Cates, W. Integration of family planning into HIV services: a synthesis of recent evidence. *AIDS*, 2013, 27 Suppl 1, S65-S75.

⁴ Lindegren, M.L., Kennedy, C.E., Bain-Brickley, D., Axman, H., Creanga, A.A., Butler, L.M., et al. Integration of HIV/AIDS services with Maternal, Neonatal and Child Health, Nutrition, and Family Planning Services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, Issue 9. Art. No.: CD010119. DOI: 10.1002/14651858.CD010119

⁵ US Government, « GHI Principal Paper on Integration in the Health Sector » (Washington, DC : US Government, 2012), <http://www.ghi.gov/principles/docs/principlePaperIntegration.pdf>.

stratégiques »⁶. Le document propose pour l'intégration un cadre de référence (voir l'Annexe 1) qui montre les relations entre les entrées, sorties et résultats qui, grâce à l'intégration cohérente des services, travaillent ensemble pour améliorer la santé. En outre, il présente trois indicateurs d'intégration « globaux » portant sur l'augmentation de l'accès aux interventions et la couverture de celles-ci. Le rapport présente également 19 autres indicateurs d'intégration « illustratifs » pour aider les gestionnaires de programme à suivre et évaluer l'utilisation du principe d'intégration dans le cadre de leurs programmes.

Pour mieux comprendre les motifs de l'adoption des approches d'intégration et les diverses modifications apportées aux services, politiques et systèmes, MEASURE Evaluation, avec le soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), a effectué une étude impliquant dix pays⁷. Son rapport de synthèse décrit comment ces pays choisissent les services à intégrer et le modèle d'intégration précis, ainsi que les contraintes auxquelles ils font face. Sur la base des principaux résultats obtenus, des études de cas ont été lancées au Sénégal et au Malawi afin d'analyser d'une façon plus approfondie le processus d'intégration ; de synthétiser l'apprentissage qui aidera les missions de l'USAID et les parties prenantes aux pays à la planification, la mise en œuvre, et le suivi et l'évaluation des services de santé intégrés ; et d'aider le gouvernement des Etats-Unis en général pour mieux définir et articuler les questions d'apprentissage liées à la prestation de services intégrés.

Définition de l'intégration

Pour cette étude de cas, les définitions viennent des deux documents du gouvernement des Etats-Unis cités ci-dessus : Les *services de santé intégrés* comprennent au minimum deux différents types

⁶ US Government, *Global Health Principles Monitoring and Evaluation Resource Guide* (Chapel Hill, NC : MEASURE Evaluation, 2014), <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-14-85>.

⁷ MEASURE Evaluation, « Findings from a Multi-country Assessment on Integrated Health Services » (Chapel Hill, NC : MEASURE Evaluation, 2014), <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/tr-14-115>.

de services⁸. Les différents types de services considérés sont les suivants : la santé infantile, la santé maternelle et néonatale, la santé de la reproduction et la planification familiale (SR/PF), le VIH, le paludisme, la tuberculose, les maladies non transmissibles telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques. *L'intégration* comprend l'ensemble des activités qui concourent de manière interdépendante à améliorer les conditions socio-sanitaires de la population et de son environnement grâce à des interventions de qualité en s'appuyant, d'une part, sur les compétences et les capacités des ressources humaines et, d'autre part, sur la disponibilité des équipements, matériels et médicaments et des ressources financières⁹.

La Choix du Cas

Le Sénégal et le Malawi

En 2011, l'USAID Sénégal a lancé un programme intégré de cinq composants à soutenir le Plan National de Développement Sanitaire [PNDS]) (2009-2018). La santé communautaire est une composante et elle a été conçu pour contribuer à accroître la disponibilité d'un paquet de services de santé intégré, tout en travaillant avec les autres composants pour améliorer l'état de santé de la population du Sénégal.¹⁰

Ces pays ont été sélectionnés selon les critères suivants :

- La mise en œuvre à l'échelle, ou quasi à l'échelle, d'une intervention de prestation de services intégrée.
- La participation à l'étude des 10 pays¹¹,
- La volonté de participer à une étude plus approfondie
- La mise en œuvre d'intégration ou les ressources sont limitée.

⁸ US Government, *Global Health Principles Monitoring and Evaluation Resource Guide*.

⁹ US Government, « GHI Principal Paper on Integration in the Health Sector ».

¹⁰ Ernst & Young LLP. *Final Mid-Term Evaluation Report*. 2015. Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KD87.pdf

¹¹ MEASURE Evaluation, 2014.

Le Cas du Sénégal

Le Sénégal, à l'instar de nombreux autres pays d'Afrique subsaharienne, fait face à des défis de taille qui gangrènent son système de santé. Ces défis portent sur le déficit en ressources humaines (la quantité et la capacité des travailleurs de la santé disponibles) et sur des carences en matière d'équipement, de services de qualité, de systèmes d'information et de la prise en charge des maladies transmissibles et chroniques. Il en découle un déficit de couverture des besoins en santé maternelle et infantile, en particulier en milieu rural, comme le démontre le Tableau 1.

Tableau 1. Statistiques de santé maternelle et infantile au Sénégal, 2014, ventilées par milieu urbain ou rural

	Urbain (%)	Rural (%)
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes uniquement)	29	13
Accouchement assisté par un prestataire formé	80	44
Prévalence de la parasitémie du paludisme (enfants de moins de 5 ans)	0,3	2
Taille par rapport à l'âge (-2 Z-score) (enfants de moins de 5 ans)	12	23

Source : Agence nationale de la statistique et de la démographie (Sénégal) et ICF International, *Sénégal : Enquête démographique et de santé continue (EDS-Continue 2014)* (Rockville, MD : ANSD et ICF International, 2015).

Face à cette situation, la mise en œuvre en cours (2009-2018) du PNDS du Sénégal vise l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, considérée par les autorités comme une priorité majeure. Afin de répondre à ces priorités, le Ministère de la Santé et de l'action sociale (MSAS) et ses partenaires ont mis en place un paquet de services essentiels, le Plan opérationnel de passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la mortalité infanto-juvénile (POPAEN), 2010-2014. La conception de ce paquet de services répond aux priorités définies au niveau local, dont la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Pour favoriser la santé communautaire, au cœur de cette stratégie, le gouvernement du Sénégal a développé un Plan national stratégique de santé communautaire (2014-2018). L'USAID appuie la mise en œuvre de ces priorités à travers son Programme Santé/Santé communautaire (PSSC II), dirigé par l'organisation non gouvernementale (ONG) ChildFund Senegal et les autres membres du consortium : Africare, Plan, World Vision, Catholic Relief Services, Enda Graf Sahel et Enda Santé. PSSC II travaille avec les services du MSAS pour mettre en place un paquet d'interventions

qui comprend la rénovation des cases de santé et l'offre d'un paquet minimum de services à haut impact aux cases de santé et dans la communauté.

Dans la pyramide sanitaire, la case de santé se situe au plus bas niveau et est dirigée par un agent de santé communautaire ou une matrone. Son fonctionnement repose sur des tarifs nominaux payés par les patients mais dépend également de ressources générées par le comité de santé de la communauté. La case de santé est directement rattachée au poste de santé et, suivant le système de santé au Sénégal, l'infirmier chef de poste (ICP) est la personne de référence pour l'agent de santé communautaire. La case de santé envoie les données de suivi/évaluation à l'ICP, qui les compile avant de les faire parvenir au niveau du district qui, à son tour, les transfère aux niveaux régional et national.

Le coût des soins de santé est une préoccupation majeure actuelle au Sénégal, où il pose souvent un obstacle à l'accès aux soins. La couverture maladie universelle, telle que décrite dans le Plan stratégique de développement de la Couverture maladie universelle au Sénégal (2013-2017)¹², est destinée à fournir des soins en minimisant les risques financiers aux clients. La promotion des mutuelles de santé et d'autres formes de mobilisation de la communauté pour financer les soins sont un aspect important du Plan national stratégique de santé communautaire.

Les agents de santé communautaires affiliés aux postes et cases de santé travaillent également sur des sites communautaires. Un *site communautaire* est un lieu géographique dans une communauté qui n'est pas à proximité d'un établissement de santé. C'est un endroit où les membres de la communauté (surtout les femmes) se réunissent pour recevoir des informations et de l'éducation sur la santé. Les agents de santé communautaires organisent les sessions au niveau des sites. Les services offerts par les agents de santé communautaires (relais, *bajènu gox*¹³, etc.) au niveau des sites constituent une partie du paquet minimum de services, qui intègre à la fois le développement du

¹² Ministère de la Santé et de l'action sociale, *Plan stratégique de développement de la Couverture maladie universelle au Sénégal, 2013-2017*, http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/03/2013_03_Ministere_Sante_Senegal-Plan_strategique_dvpt_CMU_2013-2017.pdf.

¹³ Marraïne de quartier, chargée de la sensibilisation des populations sur les questions de santé maternelle et infantile et de l'aiguillage vers les structures de santé.

suivi de la santé communautaire, des campagnes d'information et de communication, des conseils en nutrition, etc.

Cette étude visait à recueillir des informations supplémentaires sur la situation actuelle du processus d'intégration des services de santé au Sénégal et à synthétiser les leçons apprises.

Objectifs de l'étude

Le but de cette étude était de documenter les changements requis au sein du système de santé pour faire de l'intégration des services une réalité. L'étude a également visé à documenter la manière dont les dispositifs de suivi et d'évaluation ont été ou pourraient être renforcés afin de mieux suivre et évaluer l'intégration, notamment la documentation des indicateurs et sources d'informations en cours d'utilisation.

Méthodologie

Conception de l'étude

Cette étude de cas a utilisé des méthodes mixtes combinant une dimension quantitative et une dimension qualitative, en sus de l'analyse de la documentation ayant trait à l'intégration des services de santé au Sénégal. Deux régions ont été choisies pour l'étude : la région de Kaolack, localisée au Centre, et celle de Louga, située dans la zone Nord du Sénégal. Le choix de ces deux régions tient compte d'un certain nombre de facteurs, dont des contraintes logistiques et budgétaires qui excluaient d'autres régions.

Le Rôle du Cadre de Résultats pour le Principe d'intégration

Le cadre de résultats pour le principe d'intégration (voir l'annexe 1) a aidé à la conception des outils de collecte de données et les thèmes générés pour l'analyse des transcriptions d'entrevues. Le cadre a été utilisé pour comprendre quelles entrées, sorties et résultats ont été appliqués et examinés dans le cas de l'intégration au Sénégal.

Sites de l'étude

Les régions de Kaolack, dans la zone Centre, et Louga, dans la zone Nord, ont été sélectionnées comme sites de l'étude. Dans chacune des deux régions, quatre districts sanitaires ont été choisis de façon aléatoire pour la mise en œuvre (Tableau 2).

Tableau 2. Districts sanitaires de l'étude dans les deux régions

	Zone Centre	Zone Nord
Régions	Kaolack	Louga
Districts sanitaires	Guinguinéo	Coki
	Kaolack	Kébémér
	Ndoffane	Louga
	Nioro	Sakal

Phase préparatoire, populations cibles, échantillonnage et sources des données

Dans les deux régions, un travail préparatoire a été fait avant de procéder à la collecte des données, dirigé par le Global Research and Advocacy Group (GRAG). Un accent particulier a été mis sur la nécessité d'obtenir l'engagement des autorités locales à appuyer l'étude, ce qui rendrait plus probable leur utilisation des résultats. Les participants-cibles étaient variées et se situaient aux niveaux national, régional et communautaire. Voir l'Annexe 2 pour un résumé du nombre de participants par type de service et par niveau.

Au niveau central (à Dakar) : Le choix des participants a respecté un certain nombre de critères, dont l'implication dans la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de services intégrés de santé au niveau communautaire.

Au niveau régional : A Kaolack et à Louga, les enquêtes ont touché en premier lieu les médecins chefs de région (MCR). Cela a permis de dresser un aperçu des questions ayant trait à la gestion des programmes et au suivi-évaluation des services intégrés. Les entretiens au niveau régional ont également touché les points focaux du PSSC II et les superviseurs des soins de santé primaires (SSSP) régionaux. Ces entretiens ont abordé des questions semblables à celles posées au niveau central (à Dakar) mais ont compris également des questions sur la faisabilité et la pertinence des

indicateurs-clés d'intégration. Un indicateur est venu du projet PSSC II et les trois autres sont les indicateurs globaux proposés (Tableau 3)¹⁴.

Le but de poser des questions sur les indicateurs était d'acquérir une meilleure compréhension de quelles données sont déjà collectées, quelles données sont nécessaires, et si les indicateurs proposés étaient faisable tenant compte les sources de données existantes.

Tableau 3. Indicateurs d'intérêt pour l'étude

Indicateur du programme (PSSC II)	Nombre total et pourcentage de cases de santé offrant le paquet minimum de services
Indicateurs proposés	Nombre de points de prestation de services VIH qui ont intégré au moins un autre type de service non-VIH (couverture et accès)
	Nombre de points de prestation de services de santé maternelle, néonatale et infantile qui ont intégré au moins un autre type de service (couverture et accès)
	Nombre de clients qui ont reçu deux ou plusieurs services au cours d'une seule visite au point de prestation des services (utilisation)

Au niveau district : Dans chacun des huit districts de l'étude le médecin chef du district (MCD) a été interviewé, compte tenu de sa position stratégique, en rapport avec son expertise dans la gestion de programme et le suivi-évaluation des services intégrés de santé. La collecte des données y a également touché les SSSP, les responsables de zones et les partenaires dans la mise en œuvre du programme, entre autres acteurs dont les rôles sont déterminants dans le processus d'intégration des services.

Aux postes et cases de santé

Le choix de ces postes et cases a été fait suivant leur rattachement aux huit districts sanitaires qui font partie l'étude. Dans chaque district, l'étude a choisi en moyenne six postes de santé, soit au total 48 postes de santé retenus pour la collecte des données. Etant donné le rattachement des cases de santé aux postes, l'étude a également choisi d'inclure une case selon son poste correspondant, soit au total 48 cases de santé réparties dans tous les districts concernés. Les entretiens dans les

¹⁴ US Government, *Global Health Principles Monitoring and Evaluation Resource Guide*.

postes et cases de santé ont ciblé leurs prestataires de services respectifs, dont les infirmiers chefs de poste (ICP) ou assimilés (sages-femmes, assistants infirmiers) aux postes, et les matrones/agents de santé communautaire (ASC) et les relais aux cases de santé.

A l'échelle communautaire : Le choix des sites communautaires s'est fait en fonction de leurs liens aux postes ou cases concernés par l'étude. Aux sites communautaires, la collecte des données a ciblé comme participantes les femmes en âge de procréer (18 à 49 ans). Les femmes en âge de procréer ont été choisies parce qu'elles et leurs enfants sont les cibles principales de la stratégie nationale de santé communautaire.

Echantillonnage : L'échantillon des femmes enquêtées au niveau des sites communautaires de santé a été calculé au préalable afin d'obtenir une estimation avec un niveau de précision prédéterminé. Cet échantillon était le résultat du calcul basé sur un test bilatéral, avec un niveau de confiance à 95 %.

Thèmes d'entretiens et d'analyse des données : Tous les thèmes des entretiens et de l'analyse, notamment trois des quatre indicateurs, ont été informés par le cadre de résultats de l'intégration dans le *Global Health Principles Monitoring and Evaluation Resource Guide* (voir Annexe 1 pour le cadre)¹⁵. Pour plus d'informations sur les outils de collecte de données et les sujets abordés, voir l'Annexe 3.

Collecte des données

Equipes d'enquêtes et formation

Pour administrer l'ensemble de ces outils, en rapport avec le volume des enquêtes, trois équipes d'enquêtes ont été constituées, dont l'une au niveau central (à Dakar) et les deux autres chargées des régions de Kaolack et Louga. La collecte a eu lieu en fonction du calendrier élaboré sur la base des rendez-vous fixés à cet effet, et les superviseurs ont assuré le contrôle de la qualité du travail sur le terrain.

La formation des équipes a été programmée sur une période de deux semaines, du 14 au 26 juillet 2014. Tous les membres des équipes de collecte y ont pris part, et les sessions ont été entièrement

¹⁵ Idem.

consacrées à l'étude approfondie des différentes sections des outils. Pendant la formation, le questionnaire destiné aux femmes dans les sites communautaires a été intégralement traduit en wolof, y compris le formulaire de consentement. L'accent a été mis sur le caractère volontaire de la participation et les critères d'inclusion pour participer à l'étude. La formation a également insisté sur les principes fondamentaux de la déontologie de la recherche.

Les questionnaires destinés aux prestataires (ICP, ASC, relais et matrones) et aux femmes (18-49 ans) ont été pré-testés le 25 juillet 2014 dans trois établissements de santé d'un district sanitaire ne faisant pas parti de l'étude. Les leçons apprises et les questions identifiées pendant le pré-test ont permis de modifier des éléments des outils de collecte.

Déroulement et bilan de la collecte des données

La collecte des données a eu lieu aux mois d'août et de septembre 2014. Les enquêtes ont démarré par des rencontres de travail avec les MCR et MCD et les principaux acteurs de la mise en œuvre du PSSC II. Cette étape a permis de recadrer le plan de collecte des données par rapport aux activités sur les sites communautaires de santé, permettant aux équipes de s'ajuster à la disponibilité des informateurs. A l'issue des premiers entretiens, l'équipe de supervision a passé en revue les questionnaires remplis et communiqué aux agents de collecte des orientations et précisions supplémentaires. L'Annexe 2 présente le bilan de la collecte dans les régions de Kaolack et de Louga et également les thèmes des causeries qui avaient eu lieu pendant les visites aux sites communautaires.

Analyse secondaire de l'Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé [ECPSS], 2012-2013

L'ECPSS a également été utilisée comme source de données pour cette étude¹⁶. L'ECPSS inclut tous les types de structure de santé. Mais pour les besoins spécifiques de l'analyse dans cette étude de cas, seules les données des postes de santé (n = 265) et des cases de santé liées aux postes choisis

¹⁶ Agence nationale de la statistique et de la démographie (Sénégal) et ICF International, *Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) du Sénégal, 2012-2013* (Calverton, MD : ANSD et ICF International, 2013), <http://dhsprogram.com/publications/publication-spa18-spa-final-reports.cfm>.

(n = 74) ont été prises en compte. L'analyse a pris en compte les données secondaires issues des inventaires de l'établissement de santé. Cet outil obtient les informations sur la disponibilité d'articles spécifiques ; les composantes du système, dont la logistique, la gestion et l'entretien ; l'infrastructure de la structure ; et les normes et protocoles. Toutes les données ont été analysées suivant une approche descriptive. Cela a permis de compléter l'analyse des informations recueillies auprès des différents informateurs de l'étude de cas.

L'Analyse des Données

L'analyse et la présentation des résultats ont été guidées par les principaux éléments du cadre de résultats pour le principe d'intégration (voir l'annexe 1). L'analyse a été faite d'une manière descriptive et inclut des tableaux récapitulatifs et les présentations des grands thèmes avec des citations d'illustration. Toutes les données qualitatives ont été enregistrées et transcrites. L'analyse a été effectuée en fonction de thèmes prédéfinis dans le cadre de résultats. Certaines réponses ouvertes ont été codées et transformées à des données quantitatives. Les données quantitatives ont été saisies en double et nettoyées dans une base de données protégée par mot de passe (CS Pro). L'analyse des données a été effectuée dans IBM SPSS Statistics et Stata. L'analyse des données comprenait la présentation des statistiques sommaires et descriptives. L'analyse a été univariée et bivariée raison de la nature descriptive de l'étude. Présentation de données comprend les fréquences, les proportions, les moyennes, et les plages de données.

Revue éthique

Le protocole de cette étude de cas a été examiné et approuvé par deux comités d'éthique : l'Institutional Review Board à l'Université de la Caroline du Nord aux États-Unis et le Comité national d'éthique pour la recherche en santé (CNEERS) au Sénégal.

Principaux résultats

Revue documentaire et analytique

L'analyse de la documentation a constitué une étape importante dans cette étude de cas. Elle a permis d'apprécier les stratégies directrices et les processus de mise en œuvre des services de santé intégrés au Sénégal. Cette section s'appuie sur plusieurs sources-clés, dont le Plan national stratégique pour la survie de l'enfant (2007-2015), le Plan national stratégique de santé communautaire (2014-2018), le POPAEN et des documents spécifiques aux PSSC II (Manuel de suivi-évaluation du projet PSSC II ; Evaluation finale, 2006-2011 ; Plan d'action PSSC II ; etc. ; voir la bibliographie pour une liste complète). Les sections suivantes font la synthèse des principaux enseignements tirés de la documentation.

Les objectifs, les défis, les priorités et les processus de l'intégration au Sénégal

Si l'accès équitable aux soins de santé pour tous les Sénégalais demeure un objectif prioritaire, un ensemble de défis se posent contre l'atteinte de cet objectif, par exemple le déficit en ressources humaines de qualité, la mauvaise répartition du personnel, un déficit de la qualité des services et du personnel qualifié, un faible système d'aiguillage et de suivi, les ruptures récurrentes de stock des produits, les comportements défavorables à la santé, et l'accès difficile aux services, surtout aux services spécialisés, à cause des coûts liés à la prise en charge.

L'objectif de l'intégration des services est de répondre à ces défis, en favorisant l'amélioration et la disponibilité des services de qualité en matière de SR/PF, IST et VIH/SIDA, entre autres. Les objectifs de l'intégration sont les suivants :

- Améliorer l'état de santé de la population en encourageant la prise en charge personnelle et une plus grande participation de part de la communauté ;
- Améliorer l'accessibilité, la continuité et l'efficacité des services appropriés, en temps réel et au bon endroit ;
- Améliorer la satisfaction des clients et celle des prestataires à l'égard de leur travail ;
- Rendre la gouvernance et la gestion plus efficaces grâce à une meilleure définition de l'imputabilité et la clarification des rôles ;

- Améliorer la répartition de l'offre des services entre les partenaires grâce à une meilleure redistribution des tâches ;
- Améliorer le rendement et la productivité des ressources pour obtenir de meilleurs résultats grâce à une meilleure gestion du temps des intervenants ou la réduction de la duplication des services.

Afin d'appuyer ces priorités, le PSSC I, un projet de l'USAID mis en œuvre de 2006 en 2011, a visé une extension de l'accès au paquet de base de soins primaires de santé dans les communautés rurales grâce à la redynamisation et à l'équipement d'un réseau existant de cases de santé. Les cases ne sont pas financées par le MSAS, même si elles sont considérées comme étant la base de la pyramide sanitaire. Le soutien du programme pour chaque case de santé consiste à recruter et à former une équipe bénévole comprenant un ASC, une matrone et un relais. Les rôles et responsabilités de ces prestataires sont présentés au Tableau 4. Ainsi le PSSC I a contribué à rendre les soins de santé primaires accessibles aux populations rurales dont l'accès aux centres et postes de santé reste difficile.

Tableau 4. Rôles et responsabilités de l'équipe au niveau des cases de santé et des sites communautaires

Désignation	Rôles et responsabilités
ASC	<i>Chargé du traitement des patients sur place et de l'aiguillage vers le poste de santé le plus proche des cas nécessitant un traitement par un prestataire clinique. Fournit les soins préventifs et la sensibilisation dans sa communauté.</i>
Bajènu gox	<i>Femmes du quartier ou village (marraines) qui accompagnent et soutiennent le couple mère-enfant dans la recherche de soins de santé de la reproduction aux structures de santé. Effectuent des visites à domicile (VAD) pour conseiller les femmes et obtenir le soutien des maris, belles-mères et grands-mères.</i>
DSDOM	<i>Dispensateur de soins de santé à domicile qui assure la prise en charge à domicile (PECADOM) du paludisme, sensibilise la population au besoin d'une recherche précoce des soins, assure l'aiguillage précoce des cas de paludisme graves vers les postes et centres de santé, promeut l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, informe la communauté pour la préparer aux aspersions intra-domiciliaires.</i>
Matrone	<i>Assure le suivi des grossesses, aide les femmes pendant l'accouchement, fait la promotion de la PF, fournit des soins préventifs et la sensibilisation dans la communauté (comme les ASC).</i>

Désignation	Rôles et responsabilités
Relais	<i>Se réunit avec les communautés pour organiser des causeries et groupes de discussion et sensibiliser les populations sur les problèmes de santé. Assure la promotion des changements de comportement positifs et encourage l'utilisation des services préventifs et curatifs disponibles dans les cases de santé.</i>

De la revue, il ressort que le PSSC I a obtenu des résultats concrets grâce à l'initiation et/ou l'extension de services de santé communautaire. Ces services ont répondu à un besoin exprimé par le MSAS, ont été appréciés par les communautés et ont considérablement élargi la couverture¹⁷. Avec l'appui de l'USAID, et sous la direction de l'ONG ChildFund Senegal et les membres du consortium, le PSSC II s'est fixé comme objectifs de tirer profit des réalisations et acquis de la phase I du programme, de parachever l'élargissement et la couverture des services et de promouvoir la durabilité de toutes les interventions de santé communautaire à travers leur appropriation par la communauté et grâce à la création de liens avec toutes les parties prenantes sanitaires présentes aux niveaux national et local. A cette fin, on a défini trois objectifs prioritaires :

1. Améliorer la qualité et la disponibilité des informations, produits et services de qualité en assurant la mise en fonction des cases de santé et sites communautaires à l'échelle nationale.
2. Favoriser l'appropriation communautaire et améliorer les relations et la collaboration entre les équipes sanitaires de la région et du district, les partenaires au développement et les acteurs communautaires.
3. Promouvoir l'appropriation de la santé communautaire par le MSAS et les autres secteurs et harmoniser les liens avec les initiatives de politique nationale.

Les interventions mises en œuvre sous le PSSC I et le PSSC II sont compatibles avec le POPAEN 2010-2014, qui est l'opérationnalisation du Plan national stratégique pour la survie de l'enfant 2007-2015. Les principes de ce paquet comprennent l'offre des interventions d'une façon intégrée et tout au long du continuum des soins pour les mères et leurs enfants. Le paquet minimum de

¹⁷ S. Barry, E. Putnam et C. T. Touré, *Expérience acquise de Programme de santé communautaire ChildFund/USAID-Sénégal : évaluation finale — Programme de santé communautaire du Sénégal/ChildFund, 2006-2011* (Boston : Initiatives Inc., 2011), http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pdacr889.pdf.

soins prend en compte les interventions essentielles qui sont relativement simples à mettre en œuvre au niveau national, par exemple la prévention et le traitement du paludisme. Le paquet minimum du POPAEN comprend des conseils et des services pour les mères et les nouveau-nés, tels que la supplémentation en fer et acide folique et vitamine A, les soins prénatals, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et le dépistage volontaire, l'appui psychosocial aux femmes enceintes vivant avec le VIH, les vaccinations, des conseils sur l'espacement des naissances, l'hygiène, le lavage des mains, la santé environnementale et la nourriture, la filtration de l'eau, l'initiation précoce de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif, de pratiques de soins du nouveau né (peau à peau, soins du cordon, etc.), le déparasitage, le suivi de la croissance, le dépistage et le traitement de la malnutrition, le traitement du paludisme sans complications avec des ACT, le traitement de la diarrhée avec des sels de réhydratation orale (SRO) et/ou du zinc et le traitement des infections respiratoires aiguës avec le cotrimoxazole.

Le « paquet complet » comprend le paquet minimum et des interventions plus complexes qui prennent plus de temps pour atteindre l'échelle. Les interventions supplémentaires dans ce paquet incluent le traitement post-partum du paludisme par les ACT, les aspersions intra-domiciliaires dans les zones de transmission élevée, suivi de l'adhérence au traitement antirétroviral et à la prophylaxie au cotrimoxazole, les activités de soutien aux femmes vivant avec le VIH, la réanimation aspiration manuelle (infantile), les soins à domicile du VIH (dont les soins palliatifs) et la gestion de la malnutrition sévère sans complications. Le paquet comprend également de nouvelles interventions qui se sont révélées faisables et acceptables après l'essai pilote.

Les essais pilotes des interventions constituent un élément important de la stratégie de santé communautaire et du PSSC II. Par exemple, depuis les résultats favorables obtenus par un essai pilote de l'offre initiale de pilules au niveau communautaire, l'offre initiale de pilules est disponible aux cases de santé. D'autres exemples d'interventions pilotes au niveau communautaire comprennent l'offre du contraceptif injectable et la gestion de l'hémorragie post-partum avec le misoprostol.

Le PSSC contribue donc à assurer une répartition équitable de l'offre de services intégrés au niveau communautaire. Le programme met l'accent sur la nécessité d'une bonne prise en charge, perçue comme un élément essentiel de la stratégie nationale des soins de santé au Sénégal. Les réalisations

récentes notées à travers la documentation se récapitulent dans le Tableau 5. Ces réalisations démontrent les activités (c'est-à-dire, les processus) nécessaires à l'opérationnalisation d'un programme intégré.

Tableau 5. Réalisations du projet PSSC II en 2012-2013 (démonstration des processus d'un programme intégré)

Stratégie/service	Couverture/résultats des activités
Offre initiale de pilules	▪ Disponible dans 1 250 cases de santé
Offre initiale de contraceptifs injectables en dispositif Uniject dans les cases de santé	▪ Dans une phase d'étude d'acceptabilité (2014)
Suivi communautaire de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	▪ Effectué de façon régulière dans 2 143 cases de santé et sur 1 647 sites sanitaires
Soins à domicile de la mère et du nouveau-né	▪ Offerts dans 176 cases de santé ▪ Formation de 57 ICP/sages-femmes, 37 agents de projet, 242 matrones et ASC
Prise en charge de la diarrhée avec des sels de réhydratation orale (SRO) et/ou du zinc	▪ Formation de 250 agents du PSSC II, 11 534 relais, ASC, matrones et DSDOM ▪ Approvisionnement initial de 242 660 sachets de SRO et de 121 330 tablettes de zinc aux sites communautaires
Prise en charge de la pneumonie avec le cotrimoxazole	▪ 80 % des cas d'IRA chez l'enfant traités avec le cotrimoxazole (2011-2012)
Services de nutrition	▪ 1 042 210 enfants de moins de 5 ans ont reçu des services ▪ 1 561 cases et sites équipés pour la démonstration culinaire ▪ 805 cases et sites équipés pour le suivi nutritionnel (balance, mesure du périmètre du bras)
La prise en charge du paludisme avec la polythérapie à base d'artémisinine (ACT)	▪ Disponible dans toutes les cases de santé (n = 2 185) ▪ 20 052 cas de fièvre décelés avec le test diagnostique rapide positif ont été traités avec les ACT dans les cases de santé, dont 6 410 chez les enfants de moins de 5 ans
Prise en charge (diagnostic et traitement du paludisme) des cas à domicile (PECADOM)	▪ Elaboration des outils de formation intégrée ▪ Formation de 87 DSDOM, équipement des DSDOM formés et suivi post-formation
Distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action	▪ Plusieurs activités de distribution des moustiquaires dans le cadre de la couverture universelle
Information, éducation et communication pour le changement de comportement (IEC/CC) sur le paludisme	▪ 1 659 660 personnes touchées par les activités d'IEC, dont 69,2 % de femmes et 30,8 % d'hommes
Lutte contre les maladies tropicales négligées	▪ Distribution en masse de médicaments, IEC/CC

Stratégie/service	Couverture/résultats des activités
	▪ Organisation d'enquêtes de prévalence ▪ Plan d'action conjoint, 2012-2013
Activités d'hygiène et d'assainissement	▪ Activités de sensibilisation dans toutes les cases et sur tous les sites
Communication pour le changement de comportement	▪ Des causeries, des VAD et des entretiens individuels ont été menés régulièrement au niveau des cases et sites
Financement basé sur les résultats	▪ Encadrement des activités communautaires d'extension du financement basé sur les résultats obtenus dans tous les districts des régions de Kolda, Kaffrine et Louga ▪ Formation de 56 ASC et 57 matrones
Programme Bajènu gox (PBG)	▪ Cartographie des bajènu gox fonctionnelles ▪ Révision et finalisation des outils du PBG ▪ Sélection, formation et encadrement de 813 nouvelles bajènu gox
Respect des exigences de l'USAID en matière de PF (choix volontaire et informé)	▪ Orientation de 321 agents du programme ▪ Orientation de 14 142 acteurs communautaires

Le projet PSSC II est également engagé dans certaines activités qui se traduiront par la pérennisation des activités et le transfert du programme de santé communautaire intégrée au gouvernement du Sénégal. Soixante-quatorze cases de santé avaient déjà fait l'objet d'un transfert aux communautés et districts au cours de la deuxième année de mise en œuvre du PSSC II (2012-2013). L'USAID s'est fixé l'objectif de transférer 30 % des ressources financières liées à son accord de coopération avec le gouvernement du Sénégal à travers un mécanisme de financement direct. Cela devrait entrer en vigueur dans le courant de l'année 2015.

Il est important de souligner les actions nécessaires pour assurer la pérennisation et le transfert au gouvernement. Ces actions seraient pertinentes pour les approches non intégrées aussi. Le projet PSSC II a finalisé un guide méthodologique du transfert et les outils de mise en œuvre. Le projet renforce la responsabilisation et la participation des organisations communautaires de base (OCB) et des collectivités locales, entre autres acteurs locaux dans la santé communautaire (ONG, secteur privé local, etc.). Le projet s'appuie sur les structures de concertation et de coordination existantes pour l'intégration et la gestion des interventions communautaires ; il travaille au sein des réunions de coordination existantes au niveau de la région, du district et du poste de santé. Le projet a mis

en place des procédures et des outils de travail standardisés et systématisés pour la supervision et la documentation.

En complément des politiques, paquets d'intervention et plans de pérennisation, des améliorations des ressources humaines, du coût des services et de la mobilisation et sensibilisation de la communauté ont également été réalisées. La mise en œuvre de services intégrés a été rendue possible par la promotion et la disponibilité des ressources humaines de qualité, des matériaux, de l'équipement et des produits de base, des infrastructures et des ressources financières. Des actions visant à réduire et à harmoniser les frais des services et des produits de base et à développer des modes de financement alternatives (par exemple, les mutuelles de santé, les fonds de solidarité, les services d'accouchement et de césarienne gratuits ou subventionnés, etc.) ont été effectuées à tous les niveaux de santé.

Le renforcement des capacités des individus, familles et communautés, ainsi que des organisations de la société civile (OSC), dans la promotion de la santé maternelle et infantile constitue un autre aspect de la stratégie nationale. La documentation décrit l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national de communication en matière de santé qui intègre le genre et les droits humains dans le but de promouvoir des pratiques exemplaires. A cela s'ajoute la mobilisation sociale et communautaire autour de la santé maternelle et infantile (transport communautaire, système de communication avec les niveaux supérieurs en cas d'urgence, fonds communautaires, mobilisation des acteurs-clés y compris les hommes, système communautaire de suivi de la santé de la mère et du nouveau-né, etc.).

Un autre aspect de la stratégie nationale concerne la promotion des initiatives à base communautaire. A cet égard, l'accent a été porté sur le renforcement du Programme Bajènu gox et le développement des activités d'IEC/CC, ainsi que du plaidoyer et du partenariat avec les OCB, les collectivités locales, le secteur privé, la société civile et les partenaires au développement. En outre, cette stratégie intègre le renforcement du dispositif d'orientation vers les structures de santé et le plaidoyer auprès des leaders d'opinion en faveur de la santé maternelle et infantile.

Les sections suivantes présentent les principaux enseignements ayant découlé de la collecte des données primaire. L'analyse a mis l'accent sur deux dimensions fondamentales : 1) les changements requis au niveau du système de santé, les défis et les résultats ; et 2) les dispositifs de suivi et d'évaluation du processus d'intégration des services.

Principaux enseignements : changements au niveau du système de santé

Entrées indispensables pour assurer le fonctionnement du processus d'intégration

Les politiques et le soutien à l'intégration : Les participants à l'étude décrivent des entrées essentielles au bon fonctionnement du processus d'intégration. Si le processus d'intégration des services de santé a démarré depuis longtemps au Sénégal, l'Etat n'avait pas le cadre de référence et les ressources requises pour une mise en œuvre efficace, d'où la définition d'une Politique nationale de santé communautaire comme cadre (de référence) à partir duquel un plan stratégique de santé communautaire a été élaboré. L'intégration est composée de plusieurs interventions, d'où l'importance de définir les stratégies au niveau national. L'instauration d'un leadership facilite la régulation de la répartition des ressources (notamment les budgets) consacrées au recrutement et à la formation des médecins et des techniciens en pharmacie, et au renforcement en nombre et en qualité du personnel au niveau des postes et cases de santé.

La Direction de la Santé de la reproduction et de la survie de l'enfant (DSRSE) oriente les ONG vers les priorités définies par le MSAS. Ce consortium des ONG et du MSAS, appuyé par les bailleurs, a facilité la prestation de services intégrés de santé au niveau communautaire. Il existe même une unité du MSAS consacrée à la santé communautaire. Des paquets d'interventions sont reconnus et autorisés au niveau des cases et des sites, et l'élaboration d'outils et la fourniture de matériels ont permis aux prestataires d'agir.

Les fonctions décentralisées : Le niveau central détermine les approches et organise les programmes d'appui, de formation, d'évaluation et de supervision. Le niveau central est aussi responsable de la formalisation des politiques et des stratégies liées à la prise en charge des différents problèmes sanitaires. Ces stratégies sont partagées au niveau régional qui, à son tour, les partage avec le district. Ce dernier, de concert avec les ressources communautaires, rend opérationnelles les décisions prises au niveau central. Au niveau local, les partenaires ont renforcé le dispositif d'offre de services aux cases de santé, et les sites communautaires constituent une stratégie supplémentaire pour satisfaire les besoins de santé des populations.

Les régions médicales jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre des stratégies. Au niveau régional, des planificateurs formés assurent la gestion des plans de travail annuel (PTA). Le MSAS a lancé le processus des PTA en 2008. Chaque centre de responsabilité du MSAS élabore un PTA

dans le cadre de la planification opérationnelle. Les collectivités locales envoient leurs PTA au district, qui les fait suivre au niveau régional, qui les envoie à son tour au niveau central. De la part des acteurs, la gestion d'un PTA nécessite des capacités en matière de santé, de planification et de suivi-évaluation. Selon un répondant au niveau national, « *Les PTA permettent de rendre lisibles et visibles les actions en cohérence avec les indicateurs au niveau national, de dessiner la carte des acteurs par rapport à chaque problématique de santé pour voir comment ils entrecroisent les activités et leurs approches pour prendre en charge les problèmes de santé qui se posent au niveau de la localité.* »

Les ressources humaines, la formation, et la délégation des tâches : Le renforcement des capacités techniques des ASC, des bajènu gox, des matrones et des relais a été un pas important vers l'offre des services intégrés, et vers l'élargissement du paquet de services basé sur le POPAEN. Par ailleurs, les VAD ont été lancées pour atteindre le maximum de personnes.

Pour matérialiser les formations, des guides ont été élaborés par l'Unité de coordination nationale de concert avec le MSAS et les autres partenaires. Les supports et outils de communication didactiques sont les suivants : des guides de formation, un manuel du formateur, un manuel du participant, des boîtes à images et des registres de maternité et de PF. Au niveau opérationnel, les équipes de gestion reçoivent une orientation et forment des infirmiers et sages-femmes chargés à leur tour de former des agents communautaires. Au niveau communautaire, la formation à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) constitue la base des sessions de formation à l'intégration. Certains prestataires ont reçu une formation¹⁸ de base et, avec l'évolution des politiques, il y a eu un renforcement de capacité (formations de recyclage, ateliers) sur les nouvelles approches et technologies.

Plusieurs thèmes sont abordés lors des sessions de formation. Pour les matrones, il s'agit du développement de la maternité, du calendrier vaccinal, des CPN, etc. Pour les ASC, les thèmes portent sur la prévention primaire et tertiaire, la communication interpersonnelle et de masse, l'assainissement, l'hygiène collective et personnelle, l'environnement, la gestion des cases de santé et sites communautaires, etc.

¹⁸ L'Unité de formation et de recherche de Bambey assure la formation en santé communautaire.

A l'issue de la formation de base, un recyclage des acteurs est assuré périodiquement. Sur le terrain, la coordonnatrice SR peut appuyer la formation s'il s'agit d'activités ayant trait à son domaine de compétence. Pour les ASC et DSDOM, cela peut nécessiter l'appui du superviseur des soins de santé primaires. Dans le cas des IEC, le superviseur de l'éducation pour la santé peut être sollicité pour appuyer l'ICP.

L'intégration est une « batterie » d'interventions, d'où l'importance d'une politique d'évaluation du personnel technique. Le Tableau 6 donne un aperçu sur la formation et sur les outils que les prestataires ont utilisés.

Tableau 6. Formation des prestataires et outils mis à leur disposition (d'après les entretiens avec 144 prestataires)

Types de formation et de documentation	Pour cent (n = 144)
Les prestataires qui...	
ont déjà reçu une formation qui leur permet de fournir des services intégrés	99
ont reçu une formation dans des domaines spécifiques de la santé qui leur permet d'étendre les services qu'ils offrent	43
ont des outils CCC (brochures, affiches, etc.) qui livrent des messages portant sur les services intégrés de santé	94
ont des outils ou des listes de contrôle spécifiques à l'offre de services intégrés	80

Supervision : La performance des prestataires offrant les services intégrés est suivie à travers des réunions périodiques et une supervision intégrée, renforcée et documentée. Les régions médicales et les districts travaillent de concert avec les ONG pour assurer le suivi de la mise en œuvre et vérifier la qualité des services offerts. Chaque ONG assure son propre système de suivi et de comptes rendus. L'analyse des données fait ressortir la nécessité pour le MSAS d'harmoniser ses exigences en matière de la performance de ses agents. Les secteurs impliqués sont ceux de la supervision, de la planification et de l'approvisionnement. Dans cette perspective, il serait pertinent d'établir un contrat de performance basé sur le Droit à la Santé stipulé dans la Déclaration de la politique de santé au Sénégal (1998). Les répondants ont souligné la nécessité d'un renforcement des services intégrés, doublé d'un suivi programmatique des activités. C'est l'avis d'un des responsables interrogés au niveau national, qui estime que « *les compétences du personnel doivent être*

évaluées ». Pour lui, « *il faut trouver le temps et les moyens de superviser. Cela permet à l'agent communautaire de faire une formation et de gagner en confiance. Il faut contrôler, vérifier la qualité des services de soins et corriger le cas échéant puisqu'il s'agit d'une délégation des tâches* ». Par ailleurs, il note que « *le système de suivi-évaluation est bien structuré en termes de protocoles et de normes, mais pas en termes de compétences* ».

Les résultats de l'ECPSS 2012-2013 montrent des niveaux relativement élevés de rapports de supervision externe et de contrôle des données et de leur utilisation (Tableau 7). Toutefois, il faudra également s'assurer que la supervision, quand elle est effectuée, renforce les compétences des prestataires.

Tableau 7. Rapport des supervisions externes aux postes de santé et cases de santé selon l'ECPSS 2012-2013

	Postes de santé (%)	Cases de santé (%)
La structure a reçu une visite de supervision (externe) au cours des 6 derniers mois (n = 265 postes de santé, 74 cases de santé)	85	81
La dernière fois qu'un superviseur a visité la structure (n = 224 postes de santé, 60 cases de santé) au cours des 6 derniers mois, il a...		
...utilisé une liste de contrôle pour évaluer la qualité des données sanitaires disponibles	88	77
...discuté de la performance de la structure en se basant sur les données sanitaires disponibles	84	88
...aidé la structure à prendre une décision en se basant sur les données sanitaires disponibles	74	70

Les produits de base : Afin de renforcer le système de santé, les participants ont préconisé un passage à l'échelle du Push Model. Selon cette stratégie, les prestataires n'ont plus besoin de suivre les quantités de leur stock et d'aller au district pour s'approvisionner en produits PF. Les stocks sont régulièrement envoyés aux postes de santé. L'extension d'une telle stratégie à d'autres produits liés à la santé de l'enfant et aux maladies chroniques améliorerait la disponibilité des produits. Dans certains cas les produits qui arrivent au poste de santé sont en quantité insuffisante pour que le poste puisse approvisionner les autres structures qui lui sont rattachées (c'est le cas, par exemple, des fournitures nécessaires à l'ACT, qui font souvent l'objet des ruptures de stock). Un autre

informateur a souligné que « *certain intrants ont connu pendant des années des ruptures, des blocages au niveau communautaire, dus à des problèmes de solvabilité des districts à l'endroit de la PNA [Pharmacie nationale d'approvisionnement]* ».

Financement et allocation des ressources : Les sources principales de financement sont le gouvernement, les partenaires techniques (USAID, FNUAP, UNICEF, Fonds mondial, etc.) et les Sénégalais qui paient pour les services. Avec l'intégration, les dirigeants locaux sont plus impliqués dans la budgétisation et la planification, et le financement plus direct permet au niveau local de recevoir le financement, de mettre en œuvre des activités et d'établir des comptes rendus des réalisations. La capacitation de certains groupements de promotion féminine et des collectivités locales qui travaillent sur la gestion et la bonne gouvernance a poussé ces acteurs à s'impliquer davantage dans la mise en œuvre, aux côtés des partenaires du PSSC II.

Au niveau opérationnel également, le gouvernement a mis en place le logiciel ePTA (PTA électronique), qui permettra aux utilisateurs de se concentrer sur l'utilisation du budget et l'orientation des stratégies qui maximisent l'impact. Le PTA permet d'élaborer des plans d'action et de faire des prévisions budgétaires en tenant compte des cibles fonctionnelles du programme. L'ePTA est un outil de gestion axée sur les résultats. Selon un informateur au niveau national, l'outil apporte « *plus de lisibilité, d'efficacité avec l'application de cette réforme [la gestion axée sur les résultats], dans la manière d'utiliser les ressources, de les distribuer et de rendre compte* ».

Pour l'instant, cependant, il y a encore un déficit de financement entre ce dont les programmes ont besoin et ce qu'ils reçoivent. A ce propos, « *l'Etat n'a pas varié dans sa façon de gérer les ressources, il paie après services rendus* », indique un informateur-clé du système de santé interrogé dans le cadre de l'étude. « *Toute activité devra être normalement menée pour que l'Etat paie, ce qui pose problème, à la différence du partenaire qui met en place des ressources, les gens exécutent puis rendent compte. Il est souvent difficile de mener une activité sans ressources* ». Cette stratégie s'applique à la fois aux interventions intégrées et non intégrées.

Les données secondaires analysées dans le cadre de l'étude montrent que chaque programme dispose de financements qui sont directement utilisés au niveau communautaire. Les districts reçoivent un financement pour un programme vertical. D'après un autre informateur, « *chaque partenaire financier vient avec ses priorités qui dictent l'établissement du budget* ». L'Etat assure ainsi la mise à disposition du personnel et de la supervision et reçoit le financement des bailleurs, qui est

réorienté selon les priorités de ces derniers. Si le MSAS gérât ce financement, les plans de travail seraient mieux coordonnés et on pourrait regrouper l'argent de manière à élargir le paquet de services.

La structure des coûts : Il existe plusieurs mécanismes qui permettent de maîtriser les coûts et la barrière qu'ils posent à l'accessibilité des services. Par exemple, la mise en place d'un système de crédit permet aux patients démunis d'accéder aux services en temps réel, avec des possibilités de remboursement ultérieur. L'intégration est aussi favorisée par le développement de mutualités sanitaires. Les mutualités ont signé des accords avec les établissements sanitaires et donnent à certains membres la possibilité de payer des coûts réduits. Un paquet de services pour les enfants de moins de cinq ans est disponible gratuitement aux postes de santé, centres de santé et hôpitaux (pour plus de détails sur les services gratuits, voir http://www.unicef.org/media/media_70562.html).

Le système de gratuité doit être revu en tant que partie intégrante de la couverture universelle, « *car les postes de santé en souffrent* », souligne l'un informateur-clé au niveau national. « *Ils restent longtemps avant de rentrer dans leurs fonds.* » Au niveau communautaire, les cases de santé ne sont pas encore comptabilisées dans le système de gratuité. Selon une informatrice-clé, « *Le ministère devrait consulter la base pour harmoniser avant de prendre une décision* ». De plus, elle évoque la question de la gratuité des SRO et/ou du zinc et note une confusion du fait que « *le niveau central parle de gratuité là où le district souligne le contraire* », et d'ajouter « *l'information n'est pas partagée ou n'est pas acceptée et c'est le niveau communautaire qui en souffre le plus* ».

Sur le terrain, des défis demeurent malgré les stratégies pour rendre les coûts plus accessibles. Le Tableau 8 indique les coûts aux clients par type d'établissement et ce qui se passe si un client ne peut pas payer. Les données montrent que même s'il y a moins de frais médicaux aux cases de santé qu'aux postes de santé, 22 % des cases de santé ne fournissent pas des services aux patients incapables de payer.

Tableau 8. Frais médicaux de l'accès aux services dans les postes et cases de santé, selon l'ECPSS de 2012-2013

Modalités	Postes de santé (n = 265)	Cases de santé (n = 74)
Les patients paient habituellement des frais médicaux pour accéder aux services (%)	97	66
La structure a établi un tarif séparé pour les différents éléments des services fournis (%)	85	78
La structure a établi des frais médicaux pour les éléments suivants :	(%)	(%)
Carnet de santé	68	10
Inscription/liste d'enregistrement	8	10
Consultation	85	73
Médicaments	82	74
Vaccins	29	18
Produits contraceptifs	76	31
Accouchements normaux	50	45
Seringues et aiguilles	81	55
Procédure qui s'applique si un patient ne peut pas payer des frais médicaux	(%)	(%)
<i>Non codée</i>	3	11
Exemption/réduction, gratuité (A)	27	12
Exemption/réduction, gratuité et Exemption/réduction, paiement diffère (AB)	14	19
Exemption/réduction, paiement diffère (B)	4	14
Service non fourni, revenir quand capable de payer (C)	6	22
Autre (X)	30	16
Combinaison des réponses A, B, C et/ou X	17	7

La création de la demande et les comportements sains : L'augmentation de la demande de services intégrés à la communauté a nécessité la mise en place de stratégies diverses par le consortium PSSC II en concertation avec le MSAS. Au niveau du district, un partenaire du PSSC II collabore avec des structures communautaires existantes telles que les comités de santé, les comités de sites et d'autres acteurs communautaires (relais, bajènu gox, etc.) à travers des rencontres périodiques. L'organisation a facilité la fédération de ces acteurs et leur rapprochement du district. Les stratégies déployées au niveau du district ont un impact sur la demande. Toutes les activités d'identification, de sélection et d'installation des acteurs communautaires sont organisées avec le district. L'objectif visé est de responsabiliser les communautés afin de favoriser la pérennisation des activités.

Selon les données, les stratégies avancées intégrées ont permis d'atteindre plus de populations en déplaçant les services vers ces dernières. Sur le terrain, les équipes au niveau des postes de santé (infirmier et sage-femme) se déplacent périodiquement pour renforcer les soins offerts. La PECADOM permet au DSDOM de prendre en charge les cas de paludisme simple, de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës (IRA). Le DSDOM peut aller à la recherche du patient avec un personnel itinérant, suivant une logistique adaptée à des zones non couvertes par les établissements sanitaires.

La communication demeure une autre stratégie essentielle pour augmenter la demande de services intégrés. Des stratégies novatrices sont mises en œuvre pour toucher des cibles bien déterminées, notamment les femmes enceintes, les grands-mères et les chefs de famille, afin d'identifier les barrières aux services, notamment celles dues aux normes sociales. Des activités de promotion, d'information, de communication par le biais des médias de masse, de mobilisation sociale et de proximité sont menées en faveur de l'utilisation des services, surtout quand un nouveau service est mis sur pied. Une innovation dans le cadre des activités est liée à l'intégration du « *wouré* », un jeu traditionnel adapté à un outil validé par le MSAS pour promouvoir le suivi de la grossesse et enseigner aux femmes les signes et symptômes de danger.

L'intégration cohérente des services

Avec le POPAEN, la case offre une multitude de services faisant partie du paquet minimum à plusieurs types de clients, entraînant ainsi une augmentation de la demande. Les données issues des entretiens montrent que certains prestataires offrent des services adaptés à la spécificité des cas. La majorité des prestataires participant à l'enquête ont indiqué avoir des documents éducatifs ou des listes de contrôle sur les services intégrés (Tableau 9).

Tableau 9. Les matériels, les supports ou les listes de contrôle sur l'intégration disponible selon les rapports des prestataires

	Matrone (n = 39)	ASC (n = 9)	Relais (n = 48)	ICP (n = 47)
Possède des documents de CCC (brochure, affiches, etc.) qui livre des messages sur les services intégrés (%)	38 (97)	9 (100)	44 (92)	44 (94)
Possède des documents ou des listes de contrôle portant spécifiquement sur l'offre de services intégrés (%)	32 (82)	8 (89)	32 (67)	42 (89)

Lorsque le relais, l'ASC ou la matrone ne peut pas soigner un client, les aiguillages de la communauté vers la case de santé ou de la case de santé vers le poste de santé sont disponibles. Un relais a indiqué que le poste de santé envoie même une ambulance si nécessaire. Les prestataires ont indiqué que même si une femme a besoin de services au poste de santé, elle obtient une fiche d'aiguillage qui facilite sa visite au poste de santé. Plusieurs prestataires ont indiqué qu'en conséquence des activités de sensibilisation dans la communauté, les femmes maintenant « auto-référent » pour les services. Selon un prestataire, « *Grâce aux activités de sensibilisation, les gens m'interpellent pour des conseils. Je les oriente vers la case pour les services concernés... Il y a toujours un feed-back pour information qu'ils y sont allés et ont été référés parfois au poste.* »

Même s'ils peuvent offrir une orientation vers des services de niveau supérieur, les prestataires ont signalé que des clients ne pouvaient pas toujours se permettre de se faire soigner, par manque d'argent, temps ou moyen de transport. Certains informateurs ont souligné la nécessité d'un renforcement des capacités afin d'améliorer le système d'aiguillage face à l'acuité de la demande.

Résultats de l'intégration

Les données recueillies à ce niveau soulignent le « *rapprochement des services aux communautés et la réduction des difficultés d'accès aux soins* ». D'ordre général, les données laissent voir les changements suivants liés à l'intégration :

- L'enregistrement plus fréquent du nouveau-né à la naissance
- La réactivité observée de la communauté et son adhésion aux conseils

- L'acquisition et la transmission des connaissances par les agents communautaires, notamment pour des changements de comportement (hygiène, programme élargi de la vaccination [PEV], CPN, etc.)
- Les recours plus précoces aux services de santé
- La disponibilité accrue des soins essentiels et des médicaments

D'autres résultats signalés par les répondants sont la recherche accrue par les femmes aux soins pendant la grossesse ; le renforcement des accouchements assistés par un personnel qualifié ; la formation des matrones à un meilleur contrôle des hémorragies imputables à l'accouchement ; les soins aux nouveau-nés, nourrissons et enfants de moins de cinq ans, dont la vaccination, la pesée et le dépistage de la malnutrition chez les nouveau-nés et nourrissons et les soins curatifs pour les enfants âgés de moins de cinq ans ; l'utilisation accrue des contraceptifs; la sensibilisation à l'importance du lavage des mains et la disponibilité d'un personnel qualifié à fournir ces services. La stratégie dite avancée (déplacement des prestataires vers les populations en vue de leur offrir des services de santé) a conduit au changement de beaucoup d'indicateurs, comme en témoignent les données.

Malgré les défis et besoins, un informant a observé qu'avec l'intégration « *le personnel sanitaire répond plus adéquatement aux besoins des clients, grâce à une meilleure structuration de l'offre de services, la standardisation et le renforcement de la collaboration entre les différents acteurs* ». Le personnel dans la communauté retire de la satisfaction de son assistance aux bénéficiaires des services. Pour les clients, l'accessibilité à davantage de services dans leur communauté constitue une source de satisfaction, et cette satisfaction à son tour constitue une motivation pour le personnel sanitaire permanent (ICP, sages-femmes, agents de santé communautaire, etc.).

Au niveau communautaire, les VAD, renforcées par des causeries illustrées de boîtes à images et cartes conseils, ont contribué à un sentiment d'appropriation des services. Selon les données, les hommes fréquentent les cases pour des motifs divers, de l'accès aux préservatifs auprès des relais jusqu'à l'aiguillage de la part des ASC pour les soins curatifs. Sur le terrain, des ICP se font seconder par des sages-femmes ou matrones pour encourager le recours aux services et l'utilisation de ceux-ci par des femmes réticentes à consulter un prestataire masculin.

La stratégie de la communication a un effet notable sur le changement de comportement au sein des communautés. « *Cela a conduit à la diminution drastique de pandémies telles que le paludisme avec*

l'utilisation des moustiquaires, la prise en charge de la diarrhée avec le SRO et/ou le zinc [qui] est très appréciée, et la nutrition des enfants de moins de 5 ans », indique l'un des répondants. Un certain changement de comportement est observé chez les femmes, qui semblent plus enclines à recourir aux cases pour leurs besoins de santé. « Les femmes ne cacheraient plus leur grossesse comme c'était le cas avant », affirme l'un des interlocuteurs. « Avec la prise en charge globale, la femme est prête à rester trois jours après l'accouchement dans la structure, ce qui n'était pas le cas [avant] ».

Les données montrent également un recours direct au district, lié à un certain nombre de facteurs. L'adhésion des femmes à l'offre de services est plus manifeste pour la PF, les CPN et les accouchements assistés. A Kaolack et à Louga, les données indiquent que les femmes profitent généralement d'une visite pour accéder à d'autres services. Ce comportement est plus fréquent quand elles amènent leurs enfants en consultation, alors que pour d'autres types de services (la PTME, etc.) le recours est relativement faible. En dépit de cela, selon une informatrice, des problèmes subsistent liés « à la décision tardive d'aller vers les structures, au retard d'accéder aux structures et à la prise en charge au niveau de la structure ».

Les femmes interrogées aux sites communautaires fournissent un autre aperçu de l'impact des stratégies actuelles. Presque toutes les femmes interrogées ont dit qu'elles avaient déjà participé à des séances au site communautaire, qu'on s'est occupé du motif principal de leur visite et qu'elles étaient très satisfaites de la qualité des services qu'elles ont reçus (Tableau 10). Cependant, peu de femmes ont reçu deux ou plusieurs services lors de la même visite (un indicateur de l'intégration). Ce résultat est probablement imputable au fait que les activités au niveau des sites se concentrent généralement sur un sujet (voir l'Annexe 2 pour une liste des activités au niveau du site communautaire). Egaleme nt faibles étaient les nombres de visites aux cases de santé et les aiguillages vers d'autres services dans le dernier mois. Une femme sur 10 avait des besoins de services non satisfaits dans le dernier mois.

Tableau 10. Femmes âgées de 18 à 49 ans participant aux activités du site communautaire, leurs rapports des services reçus, leur satisfaction avec ces services, leur utilisation des cases de santé et leurs besoins non satisfaits

	% des femmes (n = 1 050)
Ont déjà reçu des services au site communautaire	94
Les 3 services reçus le plus souvent au site communautaire	
Suivi de la croissance de l'enfant	49
Diagnostic ou traitement du paludisme	26
Planification familiale	9 %
Ont reçu 2 services ou plus lors de la même visite au site communautaire	9 %
La raison principale de la visite au site a été prise en compte	99
Très satisfaites des services reçus	89
Très satisfaites de la qualité des services reçus	85
Ont visité une case de santé dans le dernier mois	14
Très satisfaites des services reçus à la case de santé (parmi celles qui ont visité une case)	77
Ont reçu 2 services ou plus lors de la même visite à la case de santé (parmi celles qui ont visité une case)	15
Ont reçu un aiguillage vers d'autres services dans le dernier mois	5
Ont eu un besoin non satisfait pour un service dans le dernier mois	11

Quant à la disponibilité des services dans les postes et cases de santé, les données recueillies auprès des prestataires montrent une bonne couverture (Tableau 11). Tous les postes et toutes les cases de santé, à une exception près, ont au moins deux services disponibles.

Tableau 11. Prestataires ayant répondu que les services sont disponibles aux postes de santé, cases de santé ou sites communautaires (%)

Services disponibles	% des postes de santé (n = 48)	% des cases de santé (n = 96)	% des sites communautaires (n = 144)
Vaccination pour nourrissons	100	93	66
Suivi de la croissance de l'enfant	100	98	71
Services curatifs pour enfants de moins de 5 ans	100	97	51
Planification familiale	98	94	63
Services de soins prénatals	98	59	31
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)	100	58	46
Service pour l'accouchement et/ou soins du nouveau-né	100	89	7
Diagnostic ou traitement du paludisme	98	96	50
Diagnostic ou traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), autres que le VIH	98	10	n/a
Diagnostic ou traitement (prescription) de la tuberculose	92	32	n/a
Assistance/soutien au dépistage du VIH	94	22	20

Défis

L'opérationnalisation des services intégrés au niveau communautaire fait face à plusieurs défis. Au niveau du client, selon les prestataires, il faudra poursuivre les activités de sensibilisation pour surmonter des barrières à l'accès liées à la culture et aux coutumes. De plus, les prestataires sont frustrés par des problèmes de santé chez leurs clients que les prestataires ne sont pas à même de traiter, malgré la possibilité d'un aiguillage aux cases de santé ou postes de santé. Les besoins non satisfaits incluent :

- le diagnostic/traitement des IST
- l'accompagnement et le soutien après dépistage du VIH
- la prescription d'antirétroviraux
- les soins et traitement des maladies liées au VIH
- le diagnostic ou les soins des maladies non transmissibles chez l'adulte

- les analyses au laboratoire
- la prise en charge (chirurgie) de l'appendicite, la péritonite ou d'autres pathologies
- la santé bucco-dentaire

Les prestataires qui travaillent dans les cases de santé et dans la communauté doivent gérer une charge de travail accrue en raison de la demande et la prestation de multiples services. Les prestataires sont en grande partie bénévoles, et il y a un manque de reconnaissance de leur statut dans la pyramide de santé et un manque d'attention à la planification de leurs carrières. En général, la perception de la santé communautaire est une limitation, souligne un informateur, alors qu'elle a été « *conçue comme un service à part entière du système de santé* », il n'est pas toujours la réalité.

Il y avait aussi des préoccupations quant à la qualité de la supervision et l'absence de cadres structurés pour le suivi et le partage de l'information et pour l'évaluation et la surveillance des interventions institutionnelles. Un répondant a souligné que les attentes en matière de performance des prestataires, en particulier dans les cases de santé et aux sites communautaires, ne sont pas définies ou au moins ne sont pas alignées entre les partenaires de la mise en œuvre. Les répondants ont recommandé que le MSAS définisse des normes et établisse des contrats de performance, ce qui renforcerait le suivi, la planification et l'approvisionnement.

D'autres préoccupations ont trait à la durabilité des initiatives de santé communautaire, vue l'insuffisance des ressources en raison de la structure de financement actuelle. Les services pourraient être à risque, surtout si le financement des bailleurs disparaît.

Prise en compte du genre

Les participants à l'étude ont noté que les activités dans les communautés ont induit un certain nombre de changements chez les hommes. Le programme Calebasse du mari sensibilise les hommes aux activités menées dans les cases ou sur les sites. Les prestataires interrogés ont observé, par exemple, que maintenant les hommes appuient le recours de leurs épouses aux services. Cela se traduit par le fait que les femmes acceptent le dépistage pendant la grossesse, entre autres services. En revanche, les données indiquent que les hommes eux-mêmes ne fréquentent pas ces services, en dépit de l'inexistence d'obstacles liés au sexe. A cela s'ajoute le manque de personnel

qualifié, qui est corrélé aux difficultés d'accès aux services pour les jeunes femmes, notamment celles qui ne sont pas mariées.

Les données recueillies auprès des prestataires montrent que d'une certaine manière les questions liées au genre ne sont pas encore intégrées. « *La spécificité genre est seulement prise en compte avec l'avènement des bajènu gox et des matrones, mais cet aspect n'est pas considéré pour le choix des relais* », souligne un informateur. Le Tableau 11 présente des données sur la formation des prestataires, en particulier les ICP (21 %), aux questions liées au genre.

Tableau 12: Prestataires formés aux questions liées au genre, notamment la violence

Prestataires formés (%)...	Matrone (n = 40)	ASC (n = 9)	Relais (n = 48)	ICP (n = 47)	Tout (n = 144)
aux questions liées au genre	13	11	4	21	13
à la détection chez des clients des signes de violence basée sur le genre	8	0	4	6	6
à l'accompagnement des clients en cas de soupçon de violence basée sur le genre	10	0	2	9	6

Les données recueillies au niveau national mettent en exergue l'importance du genre dans l'élaboration des modules de formation axés sur les programmes de santé. Il ressort des entretiens que l'USAID semble prioriser la formation des partenaires aux dispositions de l'amendement Tiaht, qui s'efforce de garantir le respect du choix volontaire et informé, surtout dans le domaine de la SR/PF. Le choix informé est pris en compte au sein de la Cellule genre du MSAS, qui veille à l'équité dans l'offre de services et évalue leur capacité à répondre adéquatement aux besoins de la communauté.

L'étude a montré que les hommes occupent davantage de postes de responsabilité rémunérés, tandis que les femmes se chargent généralement des activités à caractère bénévole. En vue de briser les barrières à l'accès aux services, certains ICP (souvent des hommes) se font appuyer par des sages-femmes. Cela constitue une stratégie entre autres pour susciter le recours et l'utilisation des services, comme le souligne cet informateur : « *On a noté dans un poste de santé où la population n'était pas si importante, quand on a redéployé une sage-femme, il y a eu une forte utilisation par les femmes en âge de reproduction des services SR.* »

Principaux enseignements : systèmes de suivi et évaluation pour l'intégration

Outils de collecte des données disponibles pour recueillir les informations portant sur l'intégration

Les données du suivi-évaluation proviennent de plusieurs sources aux niveaux des cases de santé et des postes de santé. Les prestataires interrogés ont signalé plus de 18 registres qu'on pouvait remplir sur une base quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou autre. Aux cases de santé, les registres que les prestataires étaient les plus susceptibles de remplir sur une base quotidienne étaient les suivants :

- registre de consultation
- registre de PF
- registre d'accouchement
- cahier de stock de médicaments

Aux postes de santé, les prestataires ont signalé plus de 28 registres qu'on pouvait remplir sur une base quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou autre. Les registres que ces prestataires aux postes étaient les plus susceptibles de remplir sur une base quotidienne étaient les suivants :

- registre de consultation curative
- registre de consultation prénatal
- registre de consultation postnatal
- registre de PEV
- registre enfant 0-5 ans
- registre nourrisson sain
- registre dépistage malnutrition

Au niveau communautaire, les différents bénévoles ont des outils pour collecter les données sur les tâches spécifiques à leurs rôles. Par exemple, la bajènu gox suit les femmes enceintes et s'assure qu'elles vont bien aux soins prénatals. Le DSDOM recueille les données sur le nombre de cas reçus et traités.

Les informations obtenues dans les communautés et aux cases de santé sont compilées dans un rapport mensuel par l'agent de développement communautaire (ADC). Le rapport est soumis d'abord à l'ICP puis au superviseur de la zone. Le superviseur de la zone synthétise les données et les transmet au point focal régional. Les points focaux régionaux élaborent un rapport qu'ils

soumettent à l'Unité de coordination nationale du PSSC II sur une base trimestrielle. Dans un système parallèle, les ICP soumettent leurs rapports au district, puis le district les soumet au niveau régional, et le niveau régional au niveau central. Dans le cadre du transfert de la supervision des cases de santé et des sites communautaires, l'ICP est aussi censé surveiller ces activités. Cependant, la charge de travail des ICP et le manque de logistique (de motos pour atteindre la case de santé, etc.) sont cités comme des contraintes.

La supervision régulière des cases de santé et sites communautaires est effectuée par le personnel du PSSC II. L'outil de supervision couvre plusieurs domaines (la disponibilité du paquet minimum de services, la qualité des services, la disponibilité des médicaments, etc.), qui sont contrôlés lors des visites de supervision. Cet outil de collecte de données facilite la compréhension du paquet des services offerts dans les cases de santé.

Tous les trois mois, une réunion de coordination s'organise entre les partenaires techniques, la DSRSE et le MSAS afin de fixer des stratégies pour améliorer et renforcer la santé de la communauté. Chaque partenaire présente des indicateurs, des tendances et des points forts et faibles, ainsi que les défis auxquels chaque région fait face. Ces réunions permettent de corriger et de formuler les recommandations afin d'orienter les interventions vers les priorités.

Modifications apportées au système de suivi-évaluation pour mesurer la performance des services intégrés sur les sites communautaires et dans les cases de santé

Le système de suivi-évaluation a connu quelques modifications portant essentiellement sur la grille modulaire utilisée par les ICP et ADC pour suivre le paquet des services offerts au niveau communautaire. Etant donnée la nature du paquet de services et les rôles des travailleurs communautaires, certains outils et indicateurs peuvent être considérées comme intégrées. Par exemple, le fiche de visite à domicile comprend des éléments tels que le nombre d'enfants atteints de la diarrhée et du paludisme. Certains indicateurs ont une dimension d'intégration, par exemple, une femme enceinte qui dort sous une moustiquaire.

Pour les répondants, le processus du plan de travail annuel constitue également une modification importante. Ce processus renforce la communication entre les niveaux opérationnel et central, ce qui rend « *le système plus performant* ». Lors des visites de supervision, les évaluations sont fondées sur les plans d'action et les budgets préparés.

Défis ayant trait à la collecte des données

Les questions liées aux contraintes logistiques, à la collecte régulière des données, à la formation et au renforcement des capacités des acteurs, ainsi qu'au ciblage et à l'identification des indicateurs de performance, constituent autant de défis. Dans ce contexte, l'un des répondants au niveau central estime que « *tout le personnel ... doit aller à l'école des indicateurs* ». Un tel investissement « *permettrait aux bénéficiaires de la formation de ne pas mélanger les indicateurs de résultats par rapport aux autres indicateurs* ». Par ailleurs, les données mettent en exergue des défis liés à la collecte et portent, entre autres, sur le manque de compétences de certains prestataires et la multitude d'indicateurs et d'outils de gestion. Les informateurs ont signalé des difficultés concernant les bases de calcul que certains acteurs sur le terrain auraient du mal à maîtriser, d'où le besoin soit de renforcer les capacités à ce niveau soit d'engager des spécialistes en mesure de faire le travail correctement. Les répondants ont recommandé des visites de supervision plus fréquentes et la supervision normalisée. Pour améliorer la gestion des données, ils ont proposé l'inclusion des régions médicales, des planificateurs et des responsables de la mise en œuvre dans la gestion axée sur les résultats, une approche qui propose aux prestataires et aux établissements de santé des motivations financières en fonction de la réalisation des objectifs. Les répondants ont signalé d'autres défis, notamment des retards dans la compilation des données et des difficultés de rétention des prestataires au niveau communautaire.

Analyses et utilisation des données

Les données collectées font l'objet d'une analyse au cours de réunions d'auto-évaluation mensuelles. Ces données sont compilées et analysées en vue d'identifier les tendances et de formuler des recommandations. Chaque partenaire a ses propres indicateurs ainsi que des tendances, points forts et points faibles dans les régions différentes. L'analyse s'effectue d'abord à l'échelle de la zone, afin de situer les difficultés, appuyer les districts, documenter les spécificités et procéder aux ajustements nécessaires. L'identification d'un problème, d'un succès ou d'une performance donnée induit un recours au terrain. Pendant la collecte des données, cette dynamique s'était illustrée dans le district de Ndooffane, lors d'une VAD qui a permis d'identifier un cas de malnutrition sévère, qui a été pris en charge avec succès. Les VAD permettent de vérifier que les populations appliquent bien les connaissances acquises pendant les activités d'IEC.

Interrogés sur leur utilisation des indicateurs, 57 % des prestataires ont dit s'en servir pour élaborer un rapport, 49 % pour organiser des activités de sensibilisation et de causerie, 62 % pour suivre les patients et 12 % pour partager les informations au niveau du district.

Faisabilité et pertinence des indicateurs d'intégration

Indicateur : « Nombre total et pourcentage de cases de santé offrant le paquet minimum de services »

Cet indicateur sert à comprendre le nombre de cases de santé qui sont fonctionnelles et proposent le paquet minimum de services. Ces informations sont utilisées pour satisfaire aux besoins de la planification, évaluer les performances et la fonctionnalité de la case, et rationaliser et identifier à la fois les contraintes et les lacunes à combler.

Sur le terrain, le poste de santé détermine le nombre de cases et sites fonctionnels dans la zone, en collaboration avec les ADC. Au niveau opérationnel, les différents partenaires au processus de mise en œuvre du programme rendent compte de façon spécifique sur cet indicateur. L'Unité de coordination nationale consolide les données et élabore une synthèse sur l'indicateur. Dans les régions, les informations sont partagées et centralisées au niveau du district, qui se charge du transfert à la région médicale.

Le MSAS dispose d'un manuel pour le calcul de l'ensemble de ses indicateurs. L'indicateur se caractérise par sa clarté, et son calcul renvoie au rapport : le nombre de cases offrant le paquet minimum de services sur le nombre de cases fonctionnelles. Les informations liées à cet indicateur font l'objet d'une analyse pour vérifier le nombre de cases fonctionnelles et apprécier le progrès vers le passage à l'échelle du paquet minimum. Les données sont comparées à celles du trimestre précédent pour mieux appréhender les évolutions. Les lacunes sont ainsi prises en compte afin de trouver des solutions visant à améliorer l'indicateur. Selon un informateur, « *L'exploitation et l'analyse à la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant (DSRSE) se font [généralement] de façon annuelle par la cellule de suivi.* »

Certains répondants ont indiqué que le calcul de cet « *indicateur pose problème, car il comporte plusieurs paramètres qui le rendent vague* ». Le paquet comprend plusieurs services. En outre, quand il y a un déficit de communication au sujet de cet indicateur de la part de la communauté, comment savoir s'il faut signaler un mauvais fonctionnement au niveau de la case, ou simplement un retard

dans la transmission des rapports ? Selon un répondant au niveau régional, ce défi renvoie au fait que *« l'indicateur ne permet pas d'identifier un problème ou d'entreprendre une action immédiate »*.

Les informations sur cet indicateur sont recueillies à l'occasion de la supervision. Cela s'effectue mensuellement, et les données collectées au niveau des cases permettent d'étudier les écarts. Des données de l'étude, il ressort que les informations sont recueillies sous format papier. Dans les cases et postes de santé il n'y a pas d'ordinateurs. Le Système d'information sanitaire au niveau du district (District Health Information System, DHIS 2) facilite la saisie et la gestion des données, mais il n'est disponible qu'au niveau des districts. Cela permet les planificateurs et gestionnaires de disposer des informations, et de les consulter, en temps réel. Le contrôle de l'accès à la base de données garantit la sécurité des informations.

Une vérification de l'information sur cet indicateur (nombre et pourcentage de cases de santé offrant le paquet minimum de services) est effectuée à tous les niveaux du système. Au MSAS, une vérification de la qualité et de l'exactitude des données est réalisée par la Division du système d'information sanitaire et sociale. Cependant, des problèmes se rencontrent souvent dans la réalisation de cette vérification. La surcharge de travail de l'agent de collecte peut entraîner des manquements. La validation passe donc par le niveau régional pour assurer l'exactitude des données et la cohérence.

Des incohérences ont été observées par endroits. A ce propos, la Direction de la planification, de la recherche et de la statistique (DPRS) tente d'établir la performance d'un système d'information pour des données de qualité qui contribueraient à la prise de décision. Ces incohérences semblent découler du fait que les acteurs n'ont pas toujours la même définition des concepts.

Par ailleurs, comme l'a souligné un répondant, *« le système n'est pas capable de désagréger cet indicateur, d'où l'importance d'améliorer les supports des rapports pour les sites en désagrégeant par âge, par sexe, comme pour le PEV. [...] La prise de décision pour le MSAS sera biaisée au cas où les informations seraient incomplètes. »* Suivant les données, il apparaît qu'auparavant seuls quelques partenaires collectaient des informations sur l'indicateur, *« qui d'ailleurs ne faisaient pas l'objet de partage »*.

Malgré les défis décrits ci-dessus, certains informateurs ont signalé le caractère adéquat du dispositif de suivi de l'intégration des services. Comme l'a observé un répondant, un tel dispositif

« permet de rendre compte et de partager les données. » L'utilisation des « nouvelles technologies de l'information et de la communication contribuerait à l'amélioration de la gestion des données ».

Autres indicateurs pris en compte

- ✓ *Nombre de clients qui ont reçu deux ou plusieurs services au cours d'une seule visite au point de prestation des services*

L'analyse des données portant sur cet indicateur, destiné à fournir une indication de l'utilisation des services intégrés, révèle que certains partenaires (acteurs gouvernementaux et ONG) ne parviendraient pas à utiliser leur système de routine pour collecter, rapporter et gérer les informations portant sur cet indicateur. A ce sujet, l'une des interviewées au niveau national a estimé que « cet indicateur n'entre pas dans leurs outils de gestion ; l'intégrer poserait un problème car il va falloir réviser les outils conçus par le DHIS ». Par ailleurs, cette informatrice a souligné que « le système du MSAS ne capte pas cet indicateur, qui ne serait par conséquent pas suivi ».

Interrogé à ce propos, un répondant au niveau national a observé que « l'indicateur n'est pas adapté au niveau communautaire, mais plutôt au niveau poste de santé ». A Kaolack, « l'utilisation est possible, mais de façon partielle, car il faut au préalable pouvoir déterminer le paquet », estime l'un des informateurs-clés sur le terrain. Il a mis en exergue « un chevauchement entre certains paquets et une confusion touchant leur contenu ». Le conseil et la distribution du préservatif, et si celui-ci est destiné à la prévention du VIH, à la planification familiale ou aux deux à la fois, constituent un exemple de confusion. D'une façon générale, il ressort de l'analyse que des difficultés existent qui sont liées à la collecte et à la gestion des données portant sur cet indicateur, ainsi qu'au compte rendu de ces données.

Au niveau communautaire, l'obtention de données portant sur cet indicateur est généralement facilitée à travers des enquêtes. Selon un informateur, si l'indicateur est pertinent, « il n'existe pas un outil de collecte spécifique pour son analyse ».

Dans la région de Kaolack, un responsable de projet a estimé qu'en termes de ses objectifs et des limites et défis auxquels il fait face, « l'indicateur est bien défini ». En revanche, quand on a posé la même question à un répondant au niveau national, il a répondu que « cet indicateur ne leur est pas utile, ni pour la planification stratégique, ni pour la gestion et la prise de décision, dans la mesure où la

délivrance d'un service se fait en fonction d'une demande. [...] pour le rendre utile, il va falloir prendre le nombre de clients touchés par un service » au niveau communautaire.

Il y aurait donc une certaine confusion dans la gestion des données portant sur les indicateurs proposés. Si certains répondants ont trouvé que « *l'indicateur ne leur est pas utile* », d'autres ont estimé qu'il « *permet de savoir si les besoins du client ont été pris en charge afin de mesurer leur degré de satisfaction* ».

✓ *Nombre de points de prestation de services de santé maternelle, néonatale et infantile qui ont intégré au moins un autre type de service*

Les outils de collecte qui permettent de recueillir des informations sur cet indicateur sont déjà disponibles aux niveaux national et régional, et à celui des partenaires de la mise en œuvre. D'une façon générale, ces outils sont élaborés pour prendre en compte la nécessité de désagréger les données spécifiques.

Les registres de PF relatifs à la pesée et ceux consacrés à la consultation générale, entre autres, permettent de recueillir des informations sur cet indicateur. L'indicateur est clairement décrit, et l'accent est mis sur la définition, la désagrégation, le but et les méthodes de collecte et de mesure des données. Cependant, l'analyse révèle que, par rapport aux limites et défis, l'indicateur n'est clairement décrit qu'au niveau central.

Sur le terrain, certains informateurs ont considéré que « *l'indicateur permet d'avoir un aperçu sur l'exhaustivité de la prise en charge et l'intégration des services* ».

✓ *Nombre de points de prestation de services VIH qui ont intégré au moins un autre type de service non-VIH*

Cet indicateur est « *inadapté pour le niveau communautaire* », a estimé l'un des répondants au niveau national, qui souligne qu'au niveau communautaire le système actuel ne peut pas être utilisé pour collecter, rapporter et gérer les informations portant sur cet indicateur. Les populations sont informées et sensibilisées par rapport au VIH. Toutefois, il n'existe pas de services de prise en charge clinique du VIH. L'un des planificateurs régionaux interrogés a souligné que « *la définition, la description et le but ne sont pas clairement décrits* ». Pour la définition, il a noté que « *le problème se situerait par rapport au traitement du VIH* ». S'agissant du but, il a estimé que « *pour les aspects cliniques et non cliniques, il faut simplifier et adapter le paquet* » par rapport à la spécificité des besoins

au niveau communautaire. Dans ce contexte, un autre répondant a noté une certaine « *inadéquation portant sur les supports de collecte* » et a souligné le caractère spécifique de l'indicateur, qui ne « *serait pas bien défini* ». A cela s'ajoute la nécessité de procéder à l'audit de la qualité des données, qui demeure « *un problème pour lequel il faudra anticiper* ».

Au niveau régional, certains répondants ont évoqué la possibilité d'utiliser leurs systèmes respectifs pour recueillir et rapporter les informations ayant trait à cet indicateur. Le circuit de remontée de données défini à travers la pyramide sanitaire servirait à cet effet. Selon un informateur, il « *n'y aurait pas de difficultés à collecter ou à gérer ces informations dans la mesure où cela a démarré depuis le paquet intégré de services et se poursuit chaque trimestre avec régularité. [...] La collecte permet d'évaluer et de planifier à chaque fois dans le but d'améliorer le paquet avec le renforcement technique et matériel.* »

Les systèmes en vigueur coordonnés par l'Unité de coordination nationale et le MSAS pourraient être modifiés pour désagréger et analyser les données par âge, sexe, etc. Cette désagrégation serait possible, d'après les entretiens au niveau régional.

En gros, les données ayant trait à cet indicateur sont disponibles. Toutefois, une limite demeure par rapport à l'absence de services VIH, en sus de la nécessité de reconsidérer certaines rubriques dans les outils de gestion.

Discussion

Au terme de cette analyse, il ressort un certain nombre d'enseignements portant sur le processus d'intégration des services de santé au Sénégal. Cette étude de cas présente l'exemple d'un pays qui a mis en œuvre un programme intégré afin d'accroître la couverture des services de santé et l'accès à ceux-ci. L'approche a consisté à mettre en œuvre un paquet minimum de services au niveau communautaire, où répondre à l'acuité de la demande demeure un défi.

La réponse aux besoins identifiés de la population avec un paquet intégré d'interventions efficaces a conduit à des politiques renforcées et nouvelles. Cette réponse a également clarifié les rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux ; augmenté la responsabilité des acteurs communautaires et des groupes locaux dans le financement, la budgétisation et la planification ; et créé une plate-forme dans laquelle les bailleurs de fonds peuvent investir. Les interventions pour renforcer le système de santé, en particulier le processus du PTA, se traduiront par une meilleure gestion des ressources et l'amélioration de la mise en œuvre des services.

L'analyse a permis de retenir un certain nombre de changements qui sont perceptibles à travers plusieurs déterminants. Ceux-ci mettent en exergue la disponibilité des données, rendue possible par l'établissement d'un mécanisme de recueil, de traitement, de rapport, de partage clairement établi et de suivi par les partenaires de la mise en œuvre du programme.

L'analyse de la documentation démontre des réalisations concrètes au fil du temps : une appropriation collective des initiatives mises en œuvre, une redynamisation de la collaboration entre les équipes sanitaires aux niveaux régional et du district et les acteurs communautaires, et, par conséquent, un renforcement de la qualité des produits et services au niveau des cases de santé et des sites communautaires. Par ailleurs, l'étude a montré un engagement accru de la part des hommes à orienter leurs familles vers l'utilisation des services. A travers l'étude, des défis sont ressortis portant sur le transfert de la gestion des cases de santé aux districts et communautés. L'accessibilité géographique et financière aux services demeure une préoccupation de taille, surtout dans le cas d'aiguillage. La répartition des ressources disponibles fait face à des demandes concurrentes, notamment la nécessité de continuer à améliorer la couverture des services et d'assurer une coordination efficace des acteurs communautaires, tout en améliorant la supervision et la conservation des ressources humaines dans un contexte de ressources humaines limitées. Autre

défis notés sont le statut des cases de santé hors du cadre général de la pyramide sanitaire ; la manque des politiques standardisées pour les frais payés par les clients au niveau des cases de santé et les modalités de paiement, notamment l'augmentation de la capacité des comités de santé ; les problèmes d'approvisionnement en médicaments et en produits essentiels pour éviter les ruptures de stocks fréquentes par la formation du personnel sanitaire (clinique et non clinique) en gestion de stocks et la mise en place d'un système de dotation directe qui facilite le maintien d'un stock de sécurité.

Au-delà de ces constats, l'analyse a mis en exergue la nécessité de continuer à renforcer les capacités des organisations communautaires de base et des collectivités locales dans la gestion de la santé communautaire, notamment dans la gestion et l'utilisation des données. A cette fin, les stratégies d'intervention définies à travers le PSSC II servent de cadre de référence et contribuent à orienter les actions visant à surmonter ces différents défis, d'où les priorités définies en matière d'amélioration des services et d'accroissement de leur niveau d'utilisation, d'offre de soins de qualité, de renforcement du leadership et de gestion des programmes de santé maternelle, infantile et génésique. Au niveau politique, les actions stratégiques s'imposent pour entreprendre tous les ajustements devant contribuer à harmoniser les démarches et les définitions des indicateurs parmi tous les partenaires, en vue de faciliter un suivi plus efficace et la promotion et le partage des expériences d'atteindre les objectifs de développement fixés dans le cadre général du Plan stratégique de santé communautaire.

Conclusion

Le gouvernement du Sénégal avec le soutien de l'USAID et les autres partenaires a abouti une approche compréhensive pour améliorer le couverture et l'accès aux services de santé primaire. Malgré les défis, l'analyse des déterminants de la mise en œuvre du processus d'intégration des services de santé a permis de cerner un certain nombre de facteurs du succès.

Cette étude a utilisé la méthodologie de l'étude de cas pour approfondir la connaissance des processus de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation d'une intervention de santé intégrée à l'échelle (ou proche de celle-ci). L'étude ne cherchait pas à être représentative, donc ces résultats, notamment au niveau des clients et des prestataires, ne peuvent pas forcément être

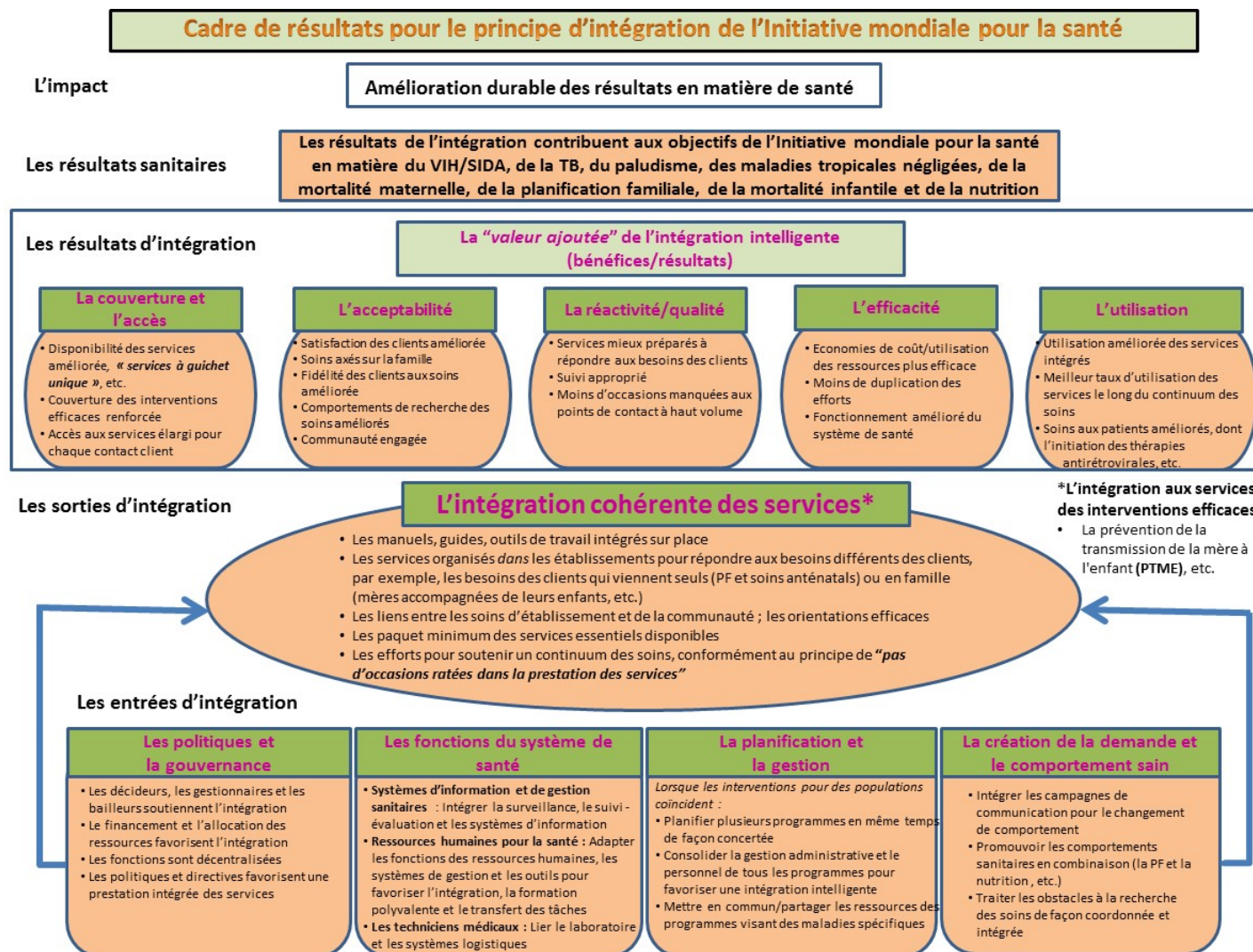
généralisés au reste du pays. Cependant, la diversité des types de répondants et des sites d'étude devrait inspirer une certaine confiance que les résultats reflètent l'expérience typique au Sénégal, en particulier au niveau national. L'objectif de l'étude était de fournir une image plus claire des processus de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation d'une intervention de services intégrés à l'échelle et dans un contexte de faibles ressources. Ces conclusions devraient être pertinentes pour les planificateurs et les bailleurs dans d'autres contextes qui voudraient planifier et mettre en œuvre des interventions intégrées, ainsi que des systèmes capables de suivre et évaluer ces interventions.

Bibliographie

- Agence nationale de la statistique et de la démographie (Sénégal) et ICF International. *Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) du Sénégal, 2012-2013*. Calverton, MD : ANSD et ICF International, 2013.
<http://dhsprogram.com/publications/publication-spa18-spa-final-reports.cfm>.
- Barry, S., E. Putnam et C. T. Touré. *Expérience acquise de Programme de santé communautaire ChildFund/USAID-Sénégal : évaluation finale — Programme de santé communautaire du Sénégal/ChildFund, 2006-2011*. Boston : Initiatives Inc., 2011.
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pdacr889.pdf.
- Gueye, A. K., et P. S. Seck. *Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal*. Plate-forme des acteurs non étatiques pour le suivi de l'Accord de Cotonou au Sénégal. Octobre 2009. http://www.plateforme-ane.sn/IMG/pdf/Etude_de_l_accessibilite_des_populations_aux_soins_hospitaliers_au_Senegal.pdf
- Lakh Codou, N. « Plan opérationnel de passage à l'échelle des interventions à hauts impacts sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans. » Division des Soins de santé primaires (présentation PowerPoint).
- Ministère de la Santé et de l'action sociale. *Plan national stratégique de santé communautaire, 2014-2018*. Février 2014.
- Ministère de la Santé et de l'action sociale. *Plan stratégique de développement de la Couverture maladie universelle au Sénégal, 2013-2017*. http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/03/2013_03_Ministere_Sante_Senegal-Plan_strategique_dvpt_CMU_2013-2017.pdf.
- Ministère de la Santé et de la prévention. *Plan national du développement sanitaire (PNDS) 2009-2018*. Janvier 2009. <http://www.sante.gouv.sn/images/stories/pdf/pndsdxhuit.pdf>.
- Ministère de la Santé et de la prévention. *Plan opérationnel de passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur la mortalité infanto-juvénile au Sénégal*. Décembre 2009.

- Ministère de la Santé et de la prévention, Direction de la Santé, Advance Africa. *Mapping de l'intégration des services PF/SMI et IST/VIH/SIDA dans la région de Kaolack au Sénégal*. Advance Africa. Mars 2002.
http://advanceafrica.msh.org/publications_and_presentations/Annual_and_Country_Reports/ACR_SN_Report_Fr.pdf.
- « Plan national stratégique pour la survie de l'enfant, 2007-2015. »
<http://www.who.int/pmnch/events/2008/plannationalstrategique.pdf?ua=1>.
- Population Council. « Intégration des services au Sénégal. » Brief. Juin 2010.
http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2010RH_SenegalIntegrateServices_Brief_fr.pdf.
- Programme Santé USAID/Santé communautaire. *Plan d'action PSSC II*. ChildFund Senegal : novembre 2011.
- Programme Santé USAID/Santé communautaire. *Manuel de suivi-évaluation*. ChildFund, Africare, Plan, World Vision, Catholic Relief Services, Enda Santé, Enda Graf Sahel, février 2012.
- Programme Santé USAID/Santé communautaire. *Plan d'action 2, modifié après feedback de l'USAID*. ChildFund Senegal : octobre 2012.
- Programme Santé USAID/Santé communautaire. *Rapport annuel d'activités octobre, 2012-septembre 2013*. ChildFund Senegal.
- Programme Santé USAID/Santé communautaire. *Revue de la stratégie de passage à l'échelle des IRA au niveau communautaire, rapport final, septembre 2013*. ChildFund Senegal.
- Programme Santé USAID/Santé communautaire. *Santé communautaire, phase II, plan d'action an 3, octobre 2013-septembre 2014*. ChildFund Senegal.
- Programme Santé USAID/Santé communautaire. *Santé communautaire, phase II, plan d'action an 3, Programme Santé USAID, octobre 2013-septembre 2014, version finale*. ChildFund Senegal.

Annexe 1. Cadre de résultats de l'intégration



Annexe 2. Bilan de la collecte des données aux niveaux national, régional, du district et du site communautaire

1. Répondants au guide d'entretien destiné au niveau national (15 au total)

- USAID
- Ministère de la Santé et de l'action sociale (MSAS) à travers la Cellule Santé communautaire
- Direction de la Santé de la reproduction et de la survie de l'enfant (DSRSE)
- Direction de la Planification, de la recherche et de la statistique (DPRS)
- Division du Système d'information sanitaire et sociale (DSISS)
- Membres du consortium chargé de la mise en œuvre du PSSC II (ChildFund Senegal, Africare, Catholic Relief Services, Enda Santé, Plan, Enda Graf Sahel, World Vision)

Annexe Tableau 1. Répondants aux niveaux régional et du district selon l'outil de collecte

Région	District	Guide d'entretien (régional et district)		Outil d'expérimentation des indicateurs (régional et district)	
		MCR	MCD	SSSP	Point focal PSSC II
Kaolack	Guinguinéo	1	1	1	--
	Kaolack		1	2	1
	Ndoffane		1	1	--
	Nioro		1	1	1
Total		1	4	5	2
Louga	Kébémér	1	1	1	--
	Coki		--	1	--
	Louga		1	2	1
	Sakal		--	1	--
Total		1	2	5	1

MCR = médecin chef de région ; MCD = médecin chef de district ; SSSP = superviseur des soins de santé primaires

Annexe Tableau 2. Répartition des prestataires interrogés à Kaolack, selon le district d'intervention et le titre

Districts	ICP	Relais	ASC	Matrones
Kaolack	5*	5	--	5
Guinguinéo	7	7	1	6
Ndoffane	6	6	2	4
Nioro	7	7	2	5
Total	25	25	5	20

* Dans un poste de santé, la sage-femme intérimaire a été interrogée à la place de l'ICP.
ICP = infirmière chef de poste ; ASC = agent de santé communautaire

Annexe Tableau 3. Répartition des prestataires interrogés à Louga, selon le district d'intervention et le titre

Districts	ICP	Relais	ASC	Matrones
Louga	4	4	2	2
Sakal	5	5	1	4
Kébémér	7*	7	1	6
Koki	7	7	--	7
TOTAL	23	23	4	19

* Dans un poste de santé, l'assistante infirmière a été interrogée à la place de l'ICP, qui était en congé lors du passage des équipes de collecte.
ICP = infirmière chef de poste ; ASC = agent de santé communautaire

Annexe Tableau 4. Répartition des femmes interrogées dans la région de Kaolack, selon les sites et les thèmes des activités

Activités/thèmes	Districts	Poste de santé	Site/case de santé	Participant es	Interviewé es
Causerie PF	Kaolack	Thiomby	Bouthie	23	18
Dépistage MAM/MAS	Kaolack	Gandiaye	Diamaguène	40	38
Causerie paludisme	Nioro	Nioro (CS)	Diamaguène	25	5
Causerie PF, paludisme, CPN, SAA	Ndoffane	Ndoffane (CS)	Diamaguène	24	23
Causerie paludisme	Nioro	Paoskoto	Dinguiraye	26	26
Causerie paludisme	Nioro	Wakh Gouna	Djisa Aliou	27	25
Causerie PF	Guinguinéo	Gagnik	Gagnick Mack	52	19
Animation/Calebasse PF	Kaolack	Mbadakhoun e	Gnolanéme	60	25
Stratégie avancée, vaccination, causerie	Kaolack	Ndiébel	Ker Ndiéne	20	20
Causerie TB	Nioro	Maba	Keur Maba	16	16
Pesée	Ndoffane	Ndoffane (CS)	Keur Serigne Bakary	31	30
Causerie paludisme	Nioro	Wack Ngouna	Matam	19	10
Dépistage MAM/MAS	Kaolack	Thiomby	Mbelbouck	21	17
Dépistage MAM/MAS	Guinguinéo	Mboss	Mboss	123	57
Dépistage MAM/MAS	Guinguinéo	Panel	Mboulougne	91	83
Causerie PF	Guinguinéo	Ndellé	Ngar Guéye	39	33
Causerie PTME	Nioro	CS Nioro	Nouroulaye	11	9
Causerie tuberculose	Nioro	Keur Madiabel	Sathie Abdou Bigué	15	15
Causerie paludisme	Nioro	Nioro	Thiérère	18	17
Dépistage MAM/MAS	Guinguinéo	Dara Mboss	Yogouré	55	44
TOTAL					530

MAM = malnutrition aiguë modérée ; MAS = malnutrition aiguë sévère ; PF = planification familiale ; CPN = consultation prénatale ; SAA = soins après avortement ; PTME = prévention de la transmission mère-enfant ; TB = tuberculose

Annexe Tableau 5. Répartition des femmes interrogées dans la région de Louga, selon les sites et les thèmes des activités

Activités/thèmes	Districts	Poste de santé	Site/case de santé	Participant es	Interviewée s
Causerie mains sales	Coki	Coki	Boudy	27	21
Pesée 0-24 mois	Coki	Guet-Ardo	Diamoye Gaye	30	26
Causerie Set-Settal	Sakal	Diéye Satouré	Diéye Satouré	30	29
Pesée 0-24 mois	Sakal	Sakal/Gade	Gade	22	22
Dépistage du VIH	Sakal	Ngueune Sarr	Gouyar	80	37
Pesée 0-24 mois	Coki	Coki	Grand-ville	27	13
Causerie paludisme chronique	Coki	Guet Ardo	Guet Ardo	23	18
Causerie paludisme	Louga	Kelle Guéye	Kelle Ndiaye	29	29
Dépistage malnutrition	Kébém er	Khalboune Sall	Khalmbane Sall	26	16
Causerie symptômes TB	Coki	Coki	Louméne	45	30
Pesée 0-24 mois	Kébém er	Diokoul	Maka Ndiaye	25	23
Causerie diarrhée	Louga	Guidillé	Mbarom Diop	47	39
Causerie paludisme	Louga	Kelle Guéye	Ndame Keur Guerry	27	27
Dépistage malnutrition	Louga	Kelle Guéye	Ndiari Diop	35	25
Causerie paludisme	Coki	Coki	Ndieug	37	30
Pesée 0-24 mois	Coki	Ouarack	Ouarack 1	37	35
Pesée 0-24 mois	Coki	Ouarack	Ouarack 2	67	51
Dépistage malnutrition	Sakal	Léona/Potou 1	Potou1	16	16
Causerie paludisme, IRA, Diarrhée, PF	Sakal	Gueune Sarr	Yeurmendé Dieng	52	33
TOTAL					520

IRA = infections respiratoires aiguës ; PF = planification familiale ; Set-Settal = Travaux d'assainissement, d'hygiène et de salubrité ; TB = tuberculose

Annexe 3. Outils de collecte de données et thèmes des entretiens

Les cinq outils de collecte élaborés dans le cadre de l'étude visaient à obtenir des réponses à des questions sur le processus d'intégration. Les thèmes des entretiens s'inspiraient du cadre de résultats d'intégration (Annexe 1).

- 1) Guide destiné au niveau national : L'utilisation de cet outil a permis de collecter les informations requises auprès des principaux instigateurs du processus d'intégration des services à Dakar. Les données collectées nous renseignent sur le soutien à l'intégration, les procédures en vigueur pour adapter les politiques, les plans de suivi-évaluation et les procédures opératoires, l'allocation des ressources financières, les capacités d'intervention des personnes-ressources, l'utilisation de la logistique et les interventions au laboratoire, les mécanismes de planification et de supervision, et les messages de sensibilisation en matière de santé et de changement de comportement. En outre, un accent a été mis sur la documentation du système actuel de suivi-évaluation, notamment les pratiques en vigueur en matière de gestion et de rapports, les indicateurs d'intégration, les changements apportés pour documenter les services intégrés, les questions que suscitent ces services et les sources de données existantes.
- 2) Guide destiné aux niveaux régional et district : L'utilisation de l'outil auprès de ces responsables a permis de répondre à un ensemble de questions ayant trait au contexte de l'intégration des services, au dispositif de suivi-évaluation et aux résultats de l'intégration, entre autres facteurs déterminants pour l'analyse.
- 3) Questionnaire destiné aux prestataires : Cet outil a mis l'accent sur les services disponibles et offerts, le mécanisme d'aiguillage, le processus d'intégration par rapport au dispositif de suivi-évaluation, l'utilisation des données, etc.
- 4) L'outil sur les indicateurs : On a administré cet outil aux responsables du suivi-évaluation (SSSP, points focaux, responsables de zones). L'outil facilite la collecte de données sur le système d'information et sur quatre indicateurs (voir Tableau 3 ci-dessus).

5) Questionnaire destiné aux femmes en âge de procréer interrogées aux sites communautaires :

L'administration de cet outil aux femmes âgées de 18 à 49 ans prenant part aux activités de santé menées sur les sites communautaires a permis de passer en revue tous les aspects liés aux services qu'elles y ont reçus, à la qualité de l'offre et aux défis qui se posent par rapport à l'accès et à la disponibilité. Les données collectées ont contribué à déterminer à la fois l'exposition de ces femmes aux services intégrés et les besoins non satisfaits.

MEASURE Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill
Carolina Population Center
400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, NC 27517

<http://www.measureevaluation.org>