

LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEO NATALE AU SENEGAL



PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SERVICES COMMUNAUTAIRES ESSENTIELS

Préparé par Santé Plus

Avril 2013



Sante Plus
9756, Sacré Cœur 3
BP 11 294 Dakar, SENEGAL

Tel : +221 77 332 05 90

E-mail : asakhary@me.com

Web : <http://santeplus-sn.org>

Equipe Sante Plus

Dr Amadou Mbaye, *Sante Publique-Epidémiologiste*

Dr Ibnou Dème, *Santé Publique*

Dr Sylvain Faye, *Socio Antropologue*

Dr Fara Wade, *Gynéco-Obstétricien*

Dr Khadim Niang, *Santé Publique, Statisticien*

Dr Alpha Barry, *Santé Publique, Communication*

Dr Sadio Diallo, *Santé Publique, Suivi Evaluation*

Dr Selly Bâ, *Santé Publique, Epidémiologiste*

Dr Daya Cissokho, *Santé Publique, Suivi Evaluation*

Dr Issakha Mbaye, *Santé Publique, Suivi Evaluation*

Mr Malick Lô, *Communication*

Table des matières

1.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	6
2.	CADRE INSTITUTIONNEL.....	7
3.	PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ANALYSE	8
4.	CADRE STRATEGIQUE DE MISE EN OEUVRE	13
4.1.	Mission.....	13
4.2.	Principes directeurs	13
4.3.	Cadre de Résultats	23
4.4.	Objectif Général.....	14
4.5.	Objectifs Spécifiques.....	14
4.6.	Orientations Stratégiques	14
4.7.	Principales Interventions	16
5.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME	30
5.1.	Structures de mise en oeuvre.....	30
5.2.	Procédures administratives et financières.....	30
6.	SUIVI EVALUATION.....	31
6.1.	Les grandes lignes des activités de suivi-évaluation des SBCSMN	31
6.2.	Indicateurs de suivi de la performance.....	33
6.3.	Plan de collecte de données sur les indicateurs.....	33
6.4.	Outils de collecte des données.....	39
6.5.	Cadre de performance	40



Une femme qui donne la vie doit rester en vie !

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent d'abord à nos collègues de la DSR/SE et tous leurs collaborateurs des autres Directions et Services nationaux du Ministère de la Santé Publique pour avoir soutenu et contribué à la réalisation de ce travail.

Ces remerciements s'adressent ensuite à tous les partenaires qui nous ont appuyé dans la collecte et l'analyse des données et dans le développement de ce plan opérationnel.

Ces remerciements vont particulièrement à Micronutrient Initiative (Mi), au Consortium des agences d'exécution de l'USAID (ChildFund, Africare, Plan, World Vision, Catholic Relief Services, Enda Graf Sahel et Enda Santé), à l'ASBEF et à tous les autres acteurs qui s'investissent dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal.

Enfin, nous disons MERCI

- Aux différents experts nationaux et internationaux qui ont apporté ce travail,
- Aux Régions Médicales et Districts qui ont apporté leur contribution,
- Aux populations qui nous accompagnent quotidiennement dans notre lutte.

L'Equipe de Santé Plus

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La volonté politique du Sénégal dans la lutte contre la MMN s'est réaffirmée avec le développement du plan national de développement sanitaire (PNDS II, 2009- 2018) où la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles constitue l'un des quatre piliers. Depuis, des efforts ont été faits et des progrès réalisés, mais les résultats escomptés dans le domaine de la lutte contre la MMN ne sont toujours pas atteints comme en témoigne la faible diminution du taux de la mortalité maternelle entre 2005 et 2010 qui est passé de 434 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période de 1994-2005 à de 392 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la période 2000-2011 (*EDS-MICS 2010-2011*).

Avec l'avènement du nouveau plan stratégique de la Santé de la Reproduction 2010-2014, le ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal (MSP) s'est engagé à accélérer l'atteinte des objectifs du Millénaire et s'est fixé dans le domaine de la SR plusieurs objectifs stratégiques parmi lesquels la promotion des initiatives à base communautaire. Pour une intervention plus efficiente, il a alors défini un certain nombre d'actions en l'occurrence l'analyse situationnelle du cadre de mise en œuvre des services communautaires de santé maternelle et néonatale et l'élaboration d'un plan de mise en œuvre de ces services. C'est ainsi que dans le cadre de son programme de renforcement de la capacité des systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne, *Micronutrient Initiative* (Mi) s'est engagé à soutenir le Gouvernement du Sénégal dans la réalisation du nouveau plan stratégique de la santé de la reproduction, pour une meilleure définition des interventions communautaires et un plan de mise en œuvre exhaustif et cohérent des SCSMN.

Pour ce faire, il a fallu procéder à une analyse situationnelle en évaluant les interventions actuelles des services communautaires de la santé maternelle et néonatale (SCSMN) en vue de proposer des stratégies correctrices et innovantes pouvant améliorer l'approche communautaire de la prise en charge maternelle et néonatale.

Ce présent document découle de cette analyse. Il énonce les orientations stratégiques qui résultent de l'analyse situationnelle et les interventions essentielles à mettre en œuvre afin de contribuer à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal à travers les services communautaires de base.

Basé sur l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement qui reste le fil conducteur de la politique nationale de santé et de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, ce plan opérationnel insistera sur :

- la collaboration de la DSR avec tous les autres programmes de santé ou de développement comprenant des volets de prévention ou prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant ;
- la décentralisation et la gouvernance locale qui seront parmi les principaux piliers de la lutte contre la MMNN avec une forte implication des collectivités locales et des communautés dans la planification, la mobilisation des ressources, la mise en œuvre des interventions et le suivi évaluation;
- la définition d'un paquet d'interventions essentielles mis en œuvre par des acteurs communautaires qualifiés et non qualifiés jusqu'aux populations les plus démunies, les plus pauvres et les plus enclavées ;

- le renforcement du cadre de partenariat notamment avec les ONG qui interviennent dans le domaine de la SR à travers un plan intégré de mise en œuvre et un cadre de partage commun des résultats afin d’optimiser les opportunités de financement et de coordination ;
- le renforcement durable du système de santé en mettant l’accent sur la planification décentralisée, l’amélioration du système d’approvisionnement des intrants, l’amélioration de la qualité des interventions à base communautaire et le renforcement du suivi de la qualité de mise en œuvre.

2. CADRE INSTITUTIONNEL

Suite à la réorganisation du Ministère de la Santé et de l’Action Sociale de Juillet 2012, la division de la santé de reproduction a été érigée en Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l’Enfant (DSR/SE) témoignant d’un meilleur engagement de l’état pour la santé de la mère et de l’enfant. Elle a pour mission d’organiser et de coordonner les activités préventives et curatives concernant la santé et le bien être de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent. Elle est notamment chargée de la mise en œuvre de la stratégie de santé de la reproduction, plus particulièrement de promouvoir la planification familiale. La Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l’Enfant comprend :

- la Division de la Santé de la Mère et du nouveau-né ;
- la Division de la Survie de l'Enfant ;
- la Division de la Santé de l’Adolescent ;
- la Division de l’Alimentation et de la Nutrition ;
- la Division de la Planification familiale ;
- le Bureau de Gestion.

La DSR/SE est sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui comprend plusieurs autres directions et services dont : la Direction de la Lutte contre la Maladie ; la Direction des Etablissements de Santé ; la Direction de la Prévention ; la Direction de la Pharmacie et du Médicament ; le Service national de l’Hygiène ; la Cellule de Santé Communautaire. La DGS a pour mission l’élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique de santé et est chargée de la coordination et du suivi de l’exécution des programmes de santé.

Du point de vue opérationnel, la mise en œuvre de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale s’inscrit dans le cadre du système de santé du Sénégal qui présente une structuration pyramidale à trois niveaux :

- **Le niveau central** qui comprend le cabinet du Ministre, les directions et les services nationaux dont la vocation est de concevoir les orientations politiques et stratégiques majeures, impulser et assurer la coordination des actions de santé, la mobilisation et répartition des ressources nécessaires, l’harmonisation des procédures et mécanismes d’intervention ainsi que la surveillance continue des progrès nationaux réalisés en vue de l’atteinte des objectifs sanitaires.
- **Le niveau régional** qui correspond à la Région Médicale. Elle est chargée de traduire les politiques, stratégies et plans d’action du niveau central en activités opérationnelles à mettre en œuvre au niveau des districts. Placée sous l’autorité d’un Médecin Chef, elle a pour mission entre autres : i) d’assurer l’inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région ; ii) d’organiser la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé ; iii) d’assister les structures régionales de santé dans leurs tâches d’administration, de gestion et de planification ; iv) d’organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région, y compris le personnel communautaire ; v) d’assurer l’appui aux activités des districts sanitaires ; vi) d’assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région.
- **le niveau périphérique** qui correspond au district sanitaire. Chaque district dispose au moins d’un centre de santé et d’un réseau de postes de santé, qui sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Placé sous la responsabilité d’un Médecin Chef, il constitue le niveau opérationnel où sont menées les activités de manière intégrée et synergique. C’est

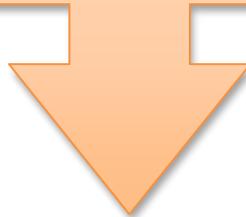
aussi à ce niveau que l'on organise et exécute l'appui opérationnel aux activités de santé communautaire. Il est constitué de 14 régions médicales et 75 districts médicaux et caractérisé par une grande flexibilité d'adaptation des services de SR au niveau opérationnel est chargé de la mise en œuvre des interventions jusqu'au niveau communautaire. C'est ainsi que les activités de santé de la reproduction sont menées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux Politiques, Normes et Protocoles (PNP) en vigueur.

3. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ANALYSE

1. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

Points Forts et Opportunités

1. Existence d'une loi nationale sur la Santé de la Reproduction
2. Existence d'une unité de santé communautaire au sein du MSP
3. Existence d'un plan stratégique de la Santé de la Reproduction
4. Nouvelle érection de la Division de la santé de la reproduction en Direction SR
5. Engagement fort des partenaires internationaux et ONG dans la mise en œuvre des activités SR et services communautaires (Appui technique et financier)



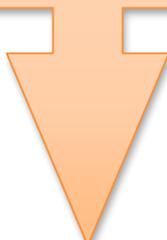
Lacunes à Combler

1. Absence de texte réglementaire d'application
2. Absence d'une stratégie nationale d'intervention à base communautaire
3. Absence d'une estimation des besoins et d'un plan budgétisé de la SR
4. Absence d'un plan de suivi évaluation SR
5. Absence d'un plan de communication SR
6. Absence d'un plan Gestion et d'Approvisionnement des Stocks (GAS) SR
7. Faible capacité en RH et Logistique de l'unité de coordination
8. Faible niveau de collaboration entre les Partenaires Techniques et Financiers et les collectivités locales

2. OFFRE DE SERVICES

Points Forts et Opportunités

1. Bonne acception des services communautaires de base
2. Bonne définition des services communautaires SR
3. Taux d'utilisation des services de CPN (premier contact) satisfaisant
4. Bonne évolution du taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié (52% en 2005 à 62% en 2010)



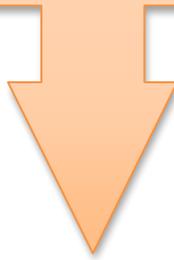
Lacunes à Comblar

1. Faible utilisation des services communautaires disponibles
2. Faible couverture des communautés par les services disponibles
3. Non disponibilité des services essentiels SR au communautaire
4. Faible couverture de l'OIP au niveau communautaire
5. Faible utilisation des services PF par les jeunes/adolescentes
6. Faible implication des personnes influentes dans la stratégie d'offre de PF (ex: les maris, belles mères)
7. Utilisation tardive de la CPN
8. Faible taux d'achèvement des CPN
9. Faible niveau de connaissance sur l'utilité des CPN
10. Persistance des accouchements à domicile (27% en 2010)
11. Faible utilisation des services d'accouchement assistés dans certaines localités (Inaccessibilité financière et géographique)
12. Faible évolution du Taux de mortalité néonatale
13. Faible disponibilité des services de soins au nouveau né
14. Place importante de la tradi-thérapie dans la prise en charge du nouveau né (Risque social plus perçu que risque médical)
15. Faible disponibilité des services de suivi post natal
16. Faible disponibilité des SAA au niveau des services de santé (CS, PS)
17. Absence d'offre de SAA au niveau communautaire
18. Système de référence et de contre référence peu performant et très peu suivi par les bénéficiaires
19. Absence de système satisfaisant pouvant faciliter l'accès financiers des coûts induits par la référence
20. Faible disponibilité des services PTME au niveau communautaire
21. Forte influence des construits sociaux sur l'acceptabilité des services PTME

3. DEMANDE DE SERVICES

Points Forts et Opportunités

1. Bonne appréciation par les populations de l'approche communautaire
2. Bonne appréciation des acteurs communautaires par les populations
3. Forte influence de certaines personnes clé (maris, belle mères, religieux) dans la demande de service



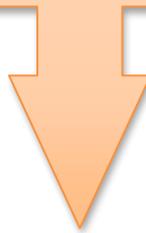
Lacunes à Comblir

1. Forte influence des croyances socioculturelles sur la demande des services communautaires SR ;
2. Faible prise en compte des construits socio-culturels et des perceptions des communautés dans le développement des programmes de santé (SR) et dans leur mise en œuvre ;
3. Faible implication des personnes clés (maris, belle mères, religieux) dans les processus d'amélioration de la demande de service
4. Faible adéquation entre les besoins ressentis par les populations et l'offre de service disponible ;
5. Faible accessibilité financière des services communautaires disponibles ;
6. Comportement des acteurs qui ne sont pas conformes aux attentes des populations ;
7. Faible adéquation du plateau technique des services avec les attentes des populations ;
8. Insuffisance de collaboration entre les acteurs du système de santé et les acteurs communautaires ;
9. Faible qualification des acteurs communautaires impliqués dans l'offre de service SR à base communautaires

4. COMMUNICATION

Points Forts et Opportunités

1. Existence d'un dispositif de communication structuré ;
2. Existence d'un plan intégré de communication ;
3. Bonne appréciation de la communication interpersonnelle par les populations



Lacunes à Combler

1. Insuffisance leadership de la DSRSE dans la communication SR;
2. Faible coordination nationale des activités IEC/CCC ;
3. Faible niveau de suivi évaluation du plan intégré ;
4. Stratégies de communication inadéquate (communication participative, prise en compte des construits socio-culturels, ciblage insuffisant) ;
5. Insuffisance d'utilisation des canaux de mass média dans la communication SR

5. FORMATION

Points Forts et Opportunités

1. Bonne représentation des établissements privés dans le dispositif de formation d'agents qualifiés (IE/FE);
2. Existence de nouveaux établissements nationaux de formation de personnel de santé communautaires (Bambey et St Louis) ;
3. Bon niveau de recrutement aux écoles de formation des agents qualifiés (BAC) ;
4. Existence d'un nombre important d'agents qualifiés (IE,SF) disponibles sur le marché pour recrutement.



Lacunes à Combler

1. Faible utilisation des agents qualifiés (IE/SFE) au niveau des interventions à base communautaire;
2. Non utilisation du personnel communautaire formé à Bambey et St louis dans les interventions à base communautaire ;
3. Insuffisance structure d'accueil pour stage ;
4. Absence de cadre formel de formation des acteurs communautaires (ASC, Relais, DSDOM, Matrones, BG).

4. CADRE STRATEGIQUE DE MISE EN OEUVRE

4.1. Mission

- Assurer un accès universel aux interventions communautaires les plus efficaces de prévention et de lutte contre la mortalité maternelle à un coût abordable et de manière pérenne aux populations les plus démunies, les plus enclavées et les plus pauvres.

4.2. Principes directeurs

Le plan opérationnel s'inscrit dans les priorités du plan stratégique de la DSR avec une articulation avec l'Objectif Spécifique 1, Stratégie 3 et en référence aux OMD ce plan est guidé par les principes directeurs suivants :

- **Equité dans l'accès aux soins de qualité**

L'accès aux soins de santé de qualité sera garanti à toute la population cible quelque soit le statut socio-économique et le genre à travers une politique d'amélioration de l'accès géographique, de l'accessibilité financière des médicaments et produits de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et de l'amélioration des services par le renforcement des interventions communautaires, le partenariat avec la société civile, les collectivités locales et les associations communautaires de base.

- **Gestion axée sur les résultats**

La gestion axée sur les résultats sera promue à travers le renforcement de la planification opérationnelle avec une allocation des ressources basée sur la performance. Le programme va renforcer la politique de contractualisation avec les régions médicales, les districts sanitaires, les collectivités locales, les ONG et la société civile sur la base de critères de performance partagés par tous les acteurs avec un suivi /évaluation régulier.

- **Amélioration de la gouvernance sanitaire**

La responsabilisation des prestataires de soins sera renforcée à travers l'instauration d'une culture de transparence et de rendre compte. La participation active des populations bénéficiaires sera aussi renforcée et des enquêtes de satisfaction seront régulièrement menées pour une meilleure prise en compte de leurs attentes dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Des mécanismes garantissant la visibilité et le contrôle seront mis en place à tous les niveaux afin de renforcer la transparence dans la gestion du programme. Ainsi un Observatoire National de la LMMNN sera créé pour servir de portail sur les statistiques sanitaires concernant la mortalité maternelle et de suivi des mesures correctrices suite à l'audit des décès

1.1. Objectif Général

- Contribuer à réduire de 50% la mortalité maternelle et néonatale enregistrée au niveau communautaire dans la zone du projet

1.2. Objectifs Spécifiques

1. Améliorer les capacités de gestion et de coordination des activités SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
2. Couvrir au moins 80% des communautés situées à plus de 5km d'un poste de santé d'un paquet de service communautaire Niveau 1 et Niveau 2 d'ici 2016 ;
3. Augmenter au moins jusqu'à 80% l'utilisation des services communautaires offerts à travers les paquets de Niveau 1 et Niveau 2, d'ici 2016

1.3. Orientations Stratégiques

Objectifs Spécifiques	Orientations stratégiques
1. Améliorer les capacités de gestion et de coordination des activités SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;	1. Renforcement des capacités institutionnelles
	2. Renforcement du cadre de partenariat
2. Couvrir au moins 80% des communautés situées à plus de 5km d'un poste de santé d'un paquet de service communautaire Niveau 1 et Niveau 2 d'ici 2016 ;	3. Renforcement des capacités des acteurs communautaires
	4. Renforcement de la mise en œuvre des paquets d'intervention communautaire
3. Augmenter au moins jusqu'à 80% l'utilisation des services communautaires offerts à travers les paquets de Niveau 1 et Niveau 2, d'ici 2016.	5. Amélioration de la stratégie de communication
	6. Renforcement des activités de suivi évaluation et de contrôle qualité

▪ OS1 : RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES

Les efforts dans le renforcement des capacités institutionnelles auront pour but d'améliorer les capacités de l'unité de coordination (DSR) et d'impliquer les collectivités locales dans la validation et le partage du document de politique sur la SR et particulièrement sur les SCSMMNN. Elles seront amenées à élaborer un plan opérationnel communautaire SR. Les collectivités avec l'appui d'un comité technique, conseiller en matière de la SR, seront capacités pour assurer la gestion et la coordination des interventions communautaires.

Un diagnostic communautaire va permettre la mise en place de ressources matérielles, humaines adéquate pour une meilleure gestion des interventions communautaires en matière de lutte contre la MMNN. Il est envisagé de procéder à la contractualisation d'agents communautaires pourvus de compétence, et à l'érection des structures communautaires en terrain de stage pour les étudiants en santé communautaire et les IDE et SFE en vue d'une disponibilité en permanence d'agents capables de mettre en œuvre les interventions communautaires de la SR.

▪ **OS2 : RENFORCEMENT CADRE DE PARTENARIAT**

Le partenariat sera renforcé afin d'optimiser les opportunités de financement et de coordination, la multisectorialité sera aussi développée en vue de prendre en compte les déterminants qui ne relèvent pas du secteur de la santé. Ce partenariat sera basé sur un plan intégré de l'appui de l'ensemble des partenaires avec un arbitrage budgétaire au niveau des collectivités locales afin de rationaliser les ressources engagées pour une efficacité optimale des interventions et une prise en compte des priorités des communautés.

▪ **OS 3 : RENFORCEMENT DE CAPACITE DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES**

Cette stratégie devra permettre de relever le niveau de la qualité des interventions communautaires, avec l'utilisation de personnels qualifiés. Cette stratégie sera bâtie d'une part sur l'introduction d'agent communautaire itinérant pour permettre d'améliorer et d'accroître l'offre des SCSMN, et d'autre part sur le renforcement des capacités des agents communautaires non qualifiés.

▪ **OS 4 : RENFORCEMENT MOE DES PAQUETS D'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE**

Cette orientation stratégique devra combler les insuffisances rencontrées dans la disponibilité et la sous utilisation des paquets de services communautaires. D'une manière générale, l'ensemble des mesures correctrices va s'appuyer sur des agents itinérants dotés de capacité à améliorer les paquets des interventions essentielles de la santé de la reproduction.

Cette stratégie sera également sous tendue par un renforcement du plateau technique et une mise en place d'une politique de motivation à travers l'approche FBR.

L'accessibilité financière à travers le renforcement des initiatives mutualistes et le suivi du recouvrement des coûts va contribuer à lever les goulots liés à l'accès financier des services et améliorer leur utilisation.

Pour améliorer l'offre de services, les stratégies novatrices et les initiatives seront améliorées à travers les activités menées avec et au sein des groupes de discussion des femmes enceintes et allaitante sur la base de stratégie communautaire de parrainage avec un système d'enregistrement et de rappel des services à offrir.

Le renforcement de la mise en œuvre des interventions comprend aussi les défis relatifs aux attitudes des populations en termes de perception des services communautaires et d'acceptabilité. Le renforcement va porter sur l'appui technique à apporter aux collectivités locales pour leur permettre de s'impliquer dans le choix des acteurs communautaires, dans l'organisation et le suivi des activités menées.

▪ **OS 5 : AMELIORATION DE LA STRATEGIE DE COMMUNICATION**

L'analyse de la situation a fait ressortir des insuffisances relatives à la perception et aux construits socio culturels des populations. A cet effet le présent plan opérationnel sera accompagné d'une amélioration de la stratégie de communication, qui sera traduit par Elaborer une stratégie nationale de communication assorti d'un plan de suivi évaluation des activités de communication et d'un volet de plaidoyer en direction des médias et des partenaires financiers et des collectivités locales.

Pour améliorer la mise œuvre du plan intégré de communication un audit initial des pratiques communicationnelles sera effectué, pour constituer la base du renforcement de capacités des intervenants et du suivi évaluation des activités de communication. Cette stratégie mettra aussi l'accent sur le renforcement du cadre de coordination du dispositif de communication national en vue d'harmoniser les stratégies et procédures de communication sur la SMN.

Renforcer les capacités techniques et matérielles de la SNEIPS pour lui permettre de jouer son rôle de coordination, de promotion de l'information et de l'éducation pour la santé sur l'étendue du territoire national.

Les approches tels que la CCC seront utilisées pour permettre aux communautés et en particulier les femmes en âge de procréer d'être à mesure de définir, demander et accéder à des SCSMN de qualité. Cette participation active de la communauté va leur conférer l'indépendance, l'appropriation et la capacité de pérennisation des actions clés.

▪ **OS 6 : RENFORCEMENT DU SYSTME DE SUIVI EVALUATION SR ET DE CONTROLE QUALITE**

L'objectif visé à travers cette stratégie est de parvenir au suivi de la qualité de l'offre de services CSMMNN et la production de données de qualité sur les interventions qui seront mises en œuvre. Elle va consister à mettre en place un système de suivi évaluation communautaire intégré au SNIS doté d'un système d'informations fonctionnel allant de la transmission de données de qualité jusqu'à la rétro information. Ce système sera complété par la mise en place d'un observatoire national des décès maternels qui aura des démembrements opérationnels chargés de la compilation, de l'audit et de la publication périodique des décès maternels.

1.4. Principales Interventions

Orientations stratégiques	Principales interventions
1. Renforcement des capacités institutionnelles	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impliquer les collectivités locales dans la validation du document de politique 2. Vulgariser jusqu'au niveau des collectivités locales le document validé 3. Mettre en place un comité technique SR au niveau des collectivités locales 4. Développer un plan opérationnel communautaire SR (Niveau collectivités locales) 5. Mettre en place au niveau des collectivités locales un système de coordination des interventions communautaires SR 6. Renforcer les capacités des collectivités locales en RH et logistique 7. Recrutement/contractualisation d'agents itinérants communautaires 8. Eriger en terrain de stage les structures communautaires des collectivités locales
2. Renforcement du cadre de partenariat	<ol style="list-style-type: none"> 9. Développer un plan intégré de l'appui des partenaires au niveau région et district 10. Instituer un arbitrage budgétaire au niveau des collectivités locales (Identification et contribution de tous les acteurs communautaires)
3. Renforcement des capacités des acteurs communautaires	<ol style="list-style-type: none"> 11. Définir des paquets d'intervention (Niveau 1: agents itinérants et Niveau 2: Agents non qualifiés) 12. Impliquer des communautés à travers les collectivités locales dans le recrutement et affectation d'agents itinérants et AC 13. Renforcer les capacités des acteurs communautaires (Niveau 1&2)
4. Renforcement de la mise en œuvre des paquets d'intervention communautaire	<ol style="list-style-type: none"> 14. Définir des modalités d'utilisation des agents itinérants pour améliorer l'offre des services du paquet d'intervention (Niveau 2) 15. Renforcer le plateau technique par la mis en place d'équipements et de logistiques adaptés 16. Développer des stratégies communautaires de motivation des acteurs communautaires (mise en place d'une politique de FBR communautaire) 17. Renforcer les initiatives mutualistes au niveau des communautés (Tiers payant, Mutuelle) 18. Mettre en place un système de suivi de la politique de recouvrement des coûts 19. Renforcer les stratégies communautaires de parrainage de certains services communautaires (Suivi des femmes enceintes et accouchées) 20. Mettre en place un système d'identification précoce des femmes enceintes 21. Mettre en place un système d'enregistrement des femmes enceintes au niveau local 22. Mettre en place des groupes de discussion et d'échanges des femmes enceintes et allaitantes (Ces groupes seront conseillés par les agents itinérants) 23. Mettre en place un système de rappel des services à offrir 24. Mettre en place un système d'évaluation de la qualité de l'offre des services, en particulier la relation soignants/soignés (Attitude, comportement, accueil).
5. Amélioration de la stratégie communication	<ol style="list-style-type: none"> 25. Procéder à l'audit des interventions de communication SR 26. Elaborer un plan opérationnel de communication SR tenant compte des réalités locales 27. Renforcer la capacité du personnel communautaire sur les techniques de diagnostic communautaire et de communication participative 28. Développer un plan de supervision et de suivi/évaluation du plan opérationnel de communication

	29. Faire le Plaidoyer au niveau des comités de santé et collectivités locales pour une implication dans le financement des activités
6. Renforcement des activités de suivi évaluation et de contrôle qualité	30. Mettre en place un système de supervision et de suivi évaluation et de contrôle qualité des données 31. Organiser des réunions d'évaluation conjointe, un audit de la qualité de l'offre de service 32. Mettre en place un observatoire des décès maternels ;

▪ **OS1 : RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES**

1. Impliquer les collectivités locales dans la validation du document de politique

Pour une meilleure appropriation par les collectivités locales de toutes les mesures de la LMMNN recommandées, des ateliers de validation du document de politique communautaires seront organisés avec leur implication effective. L'organisation de ces ateliers de validation se fera à tous les niveaux avec les représentants des collectivités locales avec l'appui de la DSR, des RM et des Districts.

2. Vulgariser jusqu'au niveau des collectivités locales le document validé

Les textes législatifs et réglementaires sur la SR et le document de politique communautaire seront vulgarisés à travers des CRD, CDD et CLD pour un meilleur partage de leur contenu et une clarification sur les rôles et responsabilités qui incombent aux collectivités locales dans la LMMNN. Chaque MCR et MCD prendront toutes les dispositions en accord avec l'autorité administrative de sa zone (Gouverneur, Préfet) pour l'organisation des sessions de vulgarisation et de partage.

3. Mettre en place un comité technique SR au niveau des collectivités locales

Ce comité aura pour rôle d'accompagner sur le plan technique la collectivité dans l'élaboration de son plan opérationnel communautaire SR. Avec l'appui des autorités sanitaires de la zone, la composition du comité sera définie ainsi que son mode de fonctionnement. Il sera multi disciplinaire pour embrasser les différents domaines de gestion d'un plan communautaire opérationnel. La DSRSE procédera à la formation des membres du comité dans le domaine de la planification et de la gestion des interventions communautaires pour lui donner les capacités nécessaires pour l'appui aux collectivités locales.

4. Développer un plan opérationnel communautaire SR (Niveau collectivités locales)

Ce plan opérationnel devra découler d'un diagnostic communautaire. Il décrira notamment les modalités de mise en œuvre des SCSMMN au niveau de la communauté, et les modalités de gestion des ressources ainsi que le mécanisme de suivi évaluation. Le personnel de santé des ECD et de la RM et les PTF seront les facilitateurs de l'élaboration du plan opérationnel qui se fera suivant une démarche participative impliquant les collectivités locales.

5. Mettre en place au niveau des collectivités locales un système de coordination des interventions communautaires SR

Avec l'appui des autorités sanitaires et des ONG, le renforcement des capacités des collectivités locales mettra un accent particulier sur la coordination des interventions communautaires SR. Un cadre de concertation de tous les partenaires sera mis en place et sera doté d'un plan de travail intégré. Ce plan définira le contenu des rencontres de coordination, la périodicité et les modalités de suivi de la mise en œuvre du plan opérationnel.

6. Renforcer les capacités des collectivités locales en RH et logistique

Pour mieux outiller les collectivités locales à la gestion des interventions communautaires SR, un comité de pilotage fonctionnel sera mis en place. Selon les besoins, ce comité sera renforcé par un recrutement ou une contractualisation de compétence pour la mise en œuvre du plan opérationnel de la collectivité, au cas contraire les autorités sanitaires des RM et district vont procéder au renforcement des capacités (Formation/recyclage) de certains membres du comité. L'inventaire des ressources disponibles permettra de faire l'analyse des gaps à combler en matière de logistique nécessaires aux collectivités locales pour les actions qu'elles doivent mener. Il s'agira dès lors de doter les collectivités locales en intrant et ressources matérielles en quantité suffisante pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs.

7. Recrutement/contractualisation d'agents itinérants communautaires

La mise à disposition par recrutement ou contractualisation d'agents itinérants communautaires sera initiée et sera gage de la disponibilité permanente des RH destinées aux SCSMMN. A cet effet un manuel des procédures sera élaboré. Ce document va définir les fonctions et attribution des agents itinérants, les modalités de recrutement ou de contractualisation et les modes d'évaluation de leur performance.

Les agents de santé itinérant seront chargés d'offrir les services communautaires définis au niveau des paquets d'intervention essentiels de Niveau d 1 et 2. Ils constitueront la liaison entre la structure de santé la plus proche et les communautés. Ils pourront être contractualisés par le gouvernement qui les recrutera selon certains critères, par les collectivités locales qui devront s'impliquer dans la gestion de leur santé. Ces agents pourront être contractualisés individuellement ou à travers des organisations indépendantes d'agents de santé. Ils auront entre autres pour rôle de :

- donner des conseils en matière de santé aux femmes enceintes et à la communauté;
- effectuer des visites à domicile pour identifier les malades, les femmes enceintes, les nouveaux nés et les nourrissons afin de les prendre en charge sur place ou les orienter vers une formation sanitaire ou une rencontre de groupes;
- mobiliser la communauté pour les activités préventives telles que les causeries, les groupes de discussion et d'échange d'expérience;
- fournir des informations et comptes rendus sur les activités menées, les accouchements et les décès maternels et néonataux survenus à domicile.

8. Eriger en terrain de stage les structures communautaires des collectivités locales

L'objectif de cette intervention est de permettre aux collectivités locales de disposer en permanence de personnel qualifié. Cette initiative va également contribuer au relèvement du niveau des interventions en vue de l'amélioration de l'offre de service. Les modalités de prises en charge des stagiaires par les collectivités locales seront définies de manière concertée entre les écoles de formation, le MSAS et les collectivités locales elles mêmes.

▪ **OS 2 : RENFORCEMENT DU CADRE DE PARTENARIAT**

9. Développer un plan intégré de l'appui des partenaires

Dans ce sens, un plan consolidé des intervenants sera élaboré afin d'harmoniser les interventions et mieux utiliser les financements engagés par les partenaires. Des ateliers de planification seront organisés avec l'ensemble des partenaires concernés y compris les collectivités locales. Ces ateliers seront organisés au niveau régional et district et collectivités locales avec une adaptation des TDRs selon le niveau.

10. Instituer un arbitrage budgétaire au niveau des collectivités locales (Identification et contribution de tous les acteurs communautaires)

La base de la session d'arbitrage sera le budget prévisionnel du plan opérationnel communautaire. L'arbitrage budgétaire sera réalisé dans son expression la plus compréhensible possible pour permettre aux collectivités locales de procéder dans un premier temps à la répartition des ressources financières nécessaires entre les différents partenaires financiers. Ensuite il va également procéder à la répartition du budget approuvé par l'ensemble des intervenants aux différents postes d'intervention. Cet exercice va permettre aux autorités sanitaires et aux collectivités de connaître l'ensemble des partenaires intervenants et les montants planifiés périodiquement (Etat, collectivités ONGs ...) et leurs domaines d'intérêt.

Les collectivités et les professionnels de la santé seront initiés par la DSR et la Région médicale à l'organisation d'un tel forum des partenaires d'une part pour la mobilisation de ressources nécessaires à la mise en œuvre, et d'autre part pour le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation d'impact.

▪ **OS3 : RENFORCEMENT CAPACITE DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES**

11. Définir des paquets d'intervention (Niveau 1: agents itinérants et Niveau 2: Agents non qualifiés)

Pour légitimer l'approche qui utilise des agents itinérants, des paquets d'interventions communautaires seront élaborés en vue d'améliorer et d'accroître l'offre de service. La DSR avec l'appui de ses partenaires va développer des modules de formation/recyclage sur la base des paquets d'intervention niveau 1 pour agent itinérant et niveau 2 pour agent non qualifié. Ces paquets porteront sur les soins essentiels communautaires devant permettre de lutter efficacement contre la mortalité maternelle et néonatale.

12. Impliquer les communautés à travers les collectivités locales dans le recrutement et l'affectation d'agents itinérants et AC

Au niveau des régions médicales des commissions de recrutement et d'affectation seront mises en place. Les collectivités locales seront membres de ces commissions dont le mode de fonctionnement sera défini dans un manuel de procédures. Ces commissions vont établir les critères de choix, de recrutement et de mise en place des agents itinérants et des ASC et les consigner dans un manuel qui sera validé avec les collectivités locales. Ainsi les collectivités locales seront activement impliquées dans l'identification des besoins en RH et durant tout le processus de mise à disposition des acteurs communautaires qualifiés itinérants ou non.

13. Renforcer les capacités des acteurs communautaires (Niveau 1 & 2:)

La mise en place des paquets d'intervention de Niveau 1 et de Niveau 2 va nécessiter une harmonisation des connaissances sur le contenu de ces paquets et les modalités de leur mise en œuvre par les acteurs. A cet effet, le renforcement des capacités se fera à travers la formation/recyclage à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et particulièrement au niveau opérationnel. Les formations/recyclages seront faites en cascade et concerneront les niveaux suivants:

- Le niveau national et régional : pour la formation des formateurs qui à leur tour vont assurer la formation et la supervision au niveau district. Ces personnels à former seront issus des directions nationales et des régions médicales et des ONGs impliquées dans la mise en œuvre... (durée de la formation est à déterminer en fonction des contenus des modules....) ;
- Le niveau district. Le personnel et les acteurs du niveau districts seront à leur tour formés par les formateurs du niveau national et régional. Ils seront à leur tour, formateurs des agents communautaire et des collectivités locales avec l'appui du niveau régional et national.

▪ **OS4 : RENFORCEMENT DE LA MOE DES PAQUETS D'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE**

14. Définir des modalités d'utilisation des agents itinérants pour améliorer l'offre des services du paquet d'intervention (Niveau 2)

Il s'agit de stratégie novatrice à mettre en application. A cet effet la DSR en collaboration avec les partenaires techniques expérimentés en matière d'intervention communautaire va élaborer les outils et instrument suivants : profil de l'agent itinérant, description de tâches et de responsabilité, critères d'enrôlement, critères d'administration (recrutement/contractualisation), mode d'évaluation. L'agent de santé itinérant dépendra du poste de santé auquel il fournit mensuellement un rapport d'activité. Le suivi de ses activités est assuré par l'infirmier chef du poste de santé et les superviseurs des districts. Avec l'appui des partenaires, la DSR va développer des stratégies de motivation des acteurs communautaires avec une mise en place d'une politique de FBR communautaire. Les collectivités locales seront impliquées à part entière à tout ce processus.

15. Renforcer le plateau technique par la mis en place d'équipements et de logistiques adaptés

La mise en œuvre du plan opérationnel va nécessiter la mise en place d'équipements et de logistiques adéquats à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour prendre en compte les capacités des niveaux supérieurs à devenir aptes à la résolution des problèmes des niveaux inférieurs. Ainsi un système de référence recours sera clairement défini et sa mise en œuvre effective exigée. Au niveau opérationnel, la DRS va procéder en collaboration avec les MCR et les MCD à l'inventaire des ressources matérielles

existantes. Elle va identifier les gaps, avant de passer à la mise en place des équipements nécessaires selon les SCSMMNN à offrir et selon les niveaux. (en annexe Fiches des équipements...).

La réalisation des mesures d'accompagnement comme les moyens de communication (**téléphone, création des pistes de santé etc.**) feront l'objet de plaidoyer auprès des partenaires et des collectivités locales pour faciliter le respect du système de référence recours.

16. Développer des stratégies communautaires de motivation des acteurs communautaires (mise en place d'une politique de FBR communautaire).

En plus des approches traditionnelles pour la motivation des acteurs communautaires, le FBR qui est une stratégie visant l'augmentation quantitative et qualitative des indicateurs, sera initiée. L'achat des indicateurs du niveau communautaire se fera après une évaluation quantitative et qualitative trimestrielle par les ONG/associations recrutées à cet effet. La conduite de ce volet sera confiée à la structure chargée du FBR au ministère de la santé.

L'achat des résultats des activités de santé communautaire s'intègre dans la stratégie nationale de FBR du Sénégal. Le dispositif se présente comme suit :

- Les Prestataires : les ASC sont les prestataires qui mettent en œuvre le paquet d'activités de LMMNN communautaires sous la supervision technique des agents de santé de leur formation sanitaire de référence ;
- L'Acheteur : la structure d'achat des résultats est le comité de gestion de la formation sanitaire de référence ou les collectivités locales avec qui les agents signent les contrats ;
- Le Payeur : la structure qui joue le rôle de payeur est la DSR avec l'appui de ses partenaires qui effectue le paiement dès la validation des résultats de l'évaluation ;
- L'évaluation : l'évaluation tant quantitative que qualitative des activités des acteurs communautaires sera faite trimestriellement par des ONG/associations couvrant les villages. Ces ONG/association seront recrutées par appel à candidature et effectueront l'évaluation sous contrat avec la structure en charge du FBR. L'évaluation conditionne le paiement ;
- La régulation : la régulation de ces activités sera assurée par le ministère de la santé à travers ses structures techniques (DSRSE) qui vont édicter les normes et protocoles à appliquer par les acteurs et qui serviront de base à l'évaluation.

17. Renforcer les initiatives mutualistes au niveau des communautés (Mutuelle, Tiers payant)

Les Mutuelles de Santé ont réussi à se faire une place prépondérante dans le paysage actuel des systèmes d'assurance maladie grâce aux fonctions sociales qu'elles assument pour les communautés. La DSR et les RM avec l'appui d'une unité spécialisée vont prendre un certain nombre de mesures d'accompagnement technique et logistique requis, pour le renforcement des systèmes d'administration et de gestion des mutuelles de santé existantes. Il s'agira alors de :

- redynamiser le fonctionnement des instances des mutuelles. Pour certaines, il y a besoin de mieux les insérer dans leur environnement afin de leur permettre d'optimiser les possibilités de collaboration et de partenariat avec des acteurs stratégiques ;
- améliorer le système de gestion des informations et de suivi statistique des opérations effectuées au jour le jour à travers le développement de systèmes et d'outils de gestion administrative et financière et la formation des administrateurs ;
- appuyer à l'articulation de la zone d'intervention des mutuelles de santé au territoire des collectivités locales en vue de faciliter l'implication des élus locaux dans la mobilisation des adhésions et l'identification des populations à prendre en charge à travers des subventions selon une stratégie de proximité.

En plus de ces initiatives mutualistes, le renforcement du système des tiers payant va permettre une meilleure accessibilité financière aux interventions communautaires. Ce renforcement sera surtout orienté vers la prise en charge des indigents par le biais de l'état avec les certificats d'indigences, du parrainage par un acteur extérieur qui véhicule des subventions via les mutuelles en direction des cibles, (comité de santé, collectivités, partenaires TF.

A cet effet les mesures d'accompagnement suivantes seront prises : Plaidoyer au près des acteurs de parrainage, des échanges avec les collectivités et les populations sur les procédures administratives et les critères d'attribution pour une meilleure connaissance des dispositifs.

Ce parrainage favorise l'implication du tiers payant dans le fonctionnement des mutuelles en termes d'exigences de résultat et de transparence dans la gestion et renforce la crédibilité et la notoriété des mutuelles au près des populations.

18. Mettre en place un système de suivi de la politique de recouvrement des coûts

Afin de suivre le respect de la politique de recouvrement des coûts mis en place, la DSR va appuyer les RM et les Districts à impliquer davantage les collectivités locales dans le contrôle du recouvrement des coûts au niveau des structures de santé. Ces contrôles périodiques permettront d'assurer la transparence des coûts appliqués et devront contribuer à une meilleure accessibilité des services de SR offerts aux populations.

19. Renforcer les stratégies communautaires de parrainage de certains services communautaires (Suivi des femmes enceintes et accouchées)

Au Sénégal la plus part des stratégies communautaires de parrainage est considérée comme des projets du ministère de la Santé avec un mode de fonctionnement parallèle aux instances des collectivités locales. Pour le renforcement de ces stratégies communautaires, les MCR et les MCD avec l'appui des partenaires vont faire une revue des initiatives dans leurs localités pour apporter les mesures correctrices qui vont permettre aux collectivités locales de se les approprier. En fonction des goulots d'étranglement à leur efficacité, le renforcement va porter sur les points suivants : Modalités de mise en place et ancrage aux instances de coordination des collectivités locales, les critères de sélection, le paquet minimal d'activités à mener, le système intégré de motivation et les mécanismes de reconnaissance. Les RM et les Districts devront alors élaborer des outils de supervision spécifiques pour assurer le suivi de ces stratégies de parrainage communautaires et évaluer leur impact.

20. Mettre en place un système d'identification précoce des femmes en ceinte

Ce système permettra d'identifier précocement les femmes enceintes au niveau des communautés. Il se basera sur les informations fournies par les groupes de soutiens, les personnes influentes et les ASCs. L'approche respectera les considérations socioculturelles de chaque localité avant d'aboutir à la confirmation et à l'enregistrement de la femme enceinte. Une stratégie et des mécanismes de mobilisation des groupes de soutien seront mis en place, avec un plan de mise en œuvre de l'appui attendu de ces groupes soutien est mis en place

21. Mettre en place un système d'enregistrement des femmes enceintes au niveau local

Les femmes enceintes qui viennent en consultation au niveau des centres de santé, postes ou cases de santé sont enregistrés sur des registres et secondairement sur une base de données unique par localité. Cette base de données pourrait intégrer un système de géolocalisation de ces femmes enceintes afin de faciliter les visites à domiciles, l'organisation hebdomadaire des groupes de discussion et le rappel par « SMS » des services SR. Chaque femme enregistrée recevra ensuite une carte médicale informatisée dotée d'un système de géolocalisation. Toutes les informations nécessaires au suivi médical du bénéficiaire pourraient être contenues dans la carte.

22. Mettre en place des groupes de discussion et d'échanges des femmes enceintes et allaitantes (Ces groupes seront accompagnés par les agents itinérants)

Une fois la base de données mises en place, les femmes enregistrées seront regroupées par aire géographique d'habitation. Chaque groupe sera confié à 2 agents itinérants (un principal et un suppléant) qui devront les accompagner de la période d'enregistrement (le plus tôt possible durant la période de grossesse jusqu'à l'accouchement et ensuite jusqu'à ce les enfants aient atteint l'âge de deux ans. Des séances de causerie et d'échange d'expérience avec les femmes enceintes et allaitantes seront organisées de façon périodique (une fois par semaine ou deux fois par mois).

Les agents itinérants agiront ainsi comme accompagnateurs de ces rencontres et les thèmes abordés devront venir des participantes elles mêmes. Ces thèmes seront validés par les agents itinérants, et tourneront autour de : l'évolution de la grossesse, les habitudes de vie, l'alimentation de la mère et du

nouveau né, la préparation à l'accouchement, les soins du nouveau né, l'allaitement maternel et le contrôle des naissances. Ces groupes de discussion et d'échanges permettront aux femmes de rencontrer des agents qualifiés de manière périodique et de partager leurs expériences entre elles.

Des approches de FBR pourront être aussi être mises en œuvre à ce niveau sur la base de la détention de la carte afin de motiver les femmes à s'enregistrer et à participer régulièrement aux séances d'échanges. Ces groupes de discussion et d'échange pourront aussi être utilisés pour compléter le recrutement d'autres des femmes enceintes qui ne fréquentent pas les structures de santé.

23. Mettre en place un système de rappel des services à offrir

La mise en place de la base de données sera accompagnée d'un système informatisé de rappel Au cours des séances il sera important d'envisager la mise en place d'un système de relance par SMS des femmes enceintes et/ou de leurs tuteurs en cas de non respect des rendez-vous. Il s'agit de recueillir les numéros de téléphone des femmes participantes au cours des séances de causerie et de partager avec elles le numéro des agents itinérants responsables de leur groupe.

24. Mettre en place un système d'évaluation de la qualité de l'offre des services, en particulier la relation soignants/soignés (Attitude, comportement, accueil..)

Dans le cadre de la supervision, un système de contrôle qualité sera mis en place pour s'assurer du respect de la qualité de l'offre des services. La DSR devra apporter son appui technique pour la confection de ces fiches de contrôle qualité. Ainsi, de manière périodique en plus de l'évaluation programmatique de l'offre des services, il sera procédé à des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires afin de suivre le degré de perception de la qualité des services offerts.

▪ **OS 5 : AMELIORATION DE LA STRATEGIE DE COMMUNICATION**

25. Procéder à l'audit des interventions de communication SR

Afin d'améliorer la communication de la SR et de l'adapter aux perceptions et construits socio culturels des populations, il sera procédé à l'évaluation du plan intégré de communication et à l'audit des pratiques communicationnelles existantes. Cette analyse de base se fera au début du programme et devra permettre de définir un cadre harmonisé d'intervention des partenaires. Les spécificités régionales et communautaires seront relevées et les flux de communication deviendront ascendants allant des populations vers les acteurs communautaires.

26. Elaborer un plan opérationnel de communication SR tenant compte des réalités locales

A partir de la stratégie de communication, un plan opérationnel spécifique à chaque localité sera élaboré. Ce plan sera bâti à partir des réalités et des construits socio culturels de la localité et sera mis en œuvre avec la pleine participation des communautés.

27. Renforcer les capacités du personnel communautaire sur les techniques de diagnostic communautaire et de communication participative

A tous les niveaux opérationnels, les capacités ds acteurs seront renforcés aux techniques de diagnostic communautaire et de communication participative. Les modèles développés et validés pourront être utilisés afin de procéder à la formation par cascade.

28. Développer un plan de supervision et de suivi/évaluation du plan opérationnel de communication

En complément au plan de communication, un plan de suivi/évaluation sera élaboré avec des indicateurs bien définis. La supervision de la mise en oeuvre du plan communication sera assurée par les agents qualifiés du sommet à la base.

29. Faire le Plaidoyer au niveau des comités de santé et collectivités locales pour une implication dans le financement des activités

Le plan de communication réservera une part importante au plaidoyer auprès des comités de santé et des collectivités locales afin d'améliorer la mobilisation de ressources complémentaires pour la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Chaque comité de santé et chaque collectivité locale devront définir au début chaque année leur engagement financier et programmatique à financer une partie du plan local SR et à participer au suivi de la mise en œuvre.

▪ **OS 6 : RENFORCEMENT DU SYSTME DE SUIVI EVALUATION SR ET DE CONTROLE QUALITE**

30. Mettre en place un système de supervision et de contrôle qualité des données

Il s'agira de nommer dans chaque district sanitaire un point focal chargé du suivi de la mise en œuvre, surtout des nouvelles initiatives en matière d'intervention communautaires (Agent itinérant, Observatoire) et de l'accompagnement des agents de santé jusqu'à ce que ces derniers aient les réflexes nécessaires pour un bon suivi des directives. Les problèmes rencontrés seront notifiés de façon ascendante selon les différents niveaux et les actions correctrices feront l'objet de notes ministérielles qui vont être diffusées à l'intention de tous les services et prestataires concernés.

Les supervisions permettront par ailleurs de compléter la compilation, l'analyser et la diffusion d'informations sur la SR à travers le SNIS.

31. Organiser des réunions d'évaluation conjointe, un audit de la qualité de l'offre de services

De manière périodique, il sera procédé à des missions d'évaluation conjointe entre les autorités sanitaires et les comités des collectivités locales. Ces missions permettront d'évaluer les résultats contractuels du FBR mais aussi de pouvoir mener les audits de la qualité de l'offre de services communautaires.

32. Mettre en place un observatoire des décès maternels et néonataux

En partant de l'idée selon laquelle chaque décès d'une mère a une histoire et nécessite probablement des mesures correctrices; il sera mis en place un observatoire des décès maternels qui aura pour mission de collecter, traiter, analyser et mettre à la disposition de toutes les parties prenantes les données relatives à ces décès et aux circonstances de leur survenue. Il s'agira alors d'enregistrer quotidiennement les décès maternels à travers le pays, de les documenter, d'analyser et d'évaluer les causes des décès afin d'identifier et de planifier les mesures correctrices adéquates. Il sera ainsi institutionnaliser l'audit des décès maternels.

Cet observatoire ferait en plus appel à la presse où le portrait de la femme décédée avec l'accord des membres de la famille pourrait être présenté. Cette mobilisation médiatique devrait permettre de suivre très régulièrement et présenter ainsi l'ampleur du problème par localité mais aussi sensibiliser sur les facteurs de risque, les facteurs évitables et et les circonstances de survenue.

2. Cadre de Résultats

2.1. Résultat Final (A long terme):

Le taux de mortalité et de morbidité maternelle et néonatal est réduit de façon significative

2.2. Résultat Intermédiaires:

L'ensemble des orientations stratégiques va permettre la mise en œuvre d'interventions par des acteurs clés ou des institutions pour apporter les changements de comportements escomptés en vu d'améliorer la lutte contre la mortalité maternelle et néo natale afin de réduire les décès survenant au décours de la grossesse.

A cet effet, les résultats intermédiaires attendus de la mise en œuvre seront recherchés auprès de cibles suivantes : Femmes enceintes, groupes de soutien, Personnel de Santé, Acteurs Communautaires, Equipes – Cadres de District/RM, Collectivités Locales et Politique de santé Communautaire.

Les FE seront suffisamment outillés pour utiliser les SECSMN. Elles seront soutenues par un environnement favorable à des services offerts par un personnel qualifié, ou des acteurs communautaires capacités dans ce sens.

Les changements de comportement sont également attendus des ECD qui vont impliquer les CL dans la planification, le financement, la Mise en œuvre et l'évaluation des interventions.

En fin les résultats intermédiaires porteront également sur la mise à disposition des informations utiles en matière de politique de santé communautaire à travers un partage et la mise en application des références de cette politiques en.

Le processus pour atteindre ces résultats prend en compte l'ensemble des produits obtenus à la suite de la réalisation d'activités préalables d'activités opérationnelles par les acteurs. Et c'est uniquement à partir de ce moment que des résultats immédiats vont permettre l'atteinte des résultats intermédiaires.

L'ensemble de ces résultats avec les acteurs clés est décrit sur les tableaux suivant :

ACTEURS CLES	N° Résultats	RESULTATS INTERMEDIAIRES
Femmes Enceintes	1.1	Les femmes enceintes et en post-partum recherchent et utilisent de façon continue et adéquate le paquet de services essentiel communautaire de sante maternelle et néonatal
Groupe de soutien	1.2	Les groupes de soutien communautaires apportent un appui aux femmes sur l'utilisation du paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatale
Personnel de Santé	1.3	Les personnels de santé qualifiés fournissent le paquet de services essentiels de sante maternelle et néonatal au niveau des structures de sante et au niveau communautaire a travers les stratégies avancées intégrées
Personnel de Santé	1.4	Les personnels de santé qualifiés assurent le suivi régulier des services fournis par les acteurs communautaires
Acteurs Communautaires	1.5	Les acteurs communautaires (BG, ASC, matrones, DSDOM, relais) fournissent le paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal via des stratégies communautaires
ECD/RM	1.6	Les équipes-cadres de région et de district impliquent de manière adéquate les collectivités locales dans les processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des programmes de sante maternelle et néonatales au niveau communautaire
ECD/RM	1.7	L'accessibilité financière des services de sante est améliorée à travers la région
Collectivités Locales	1.8	Les collectivités locales sont engagées et contribuent de manière effective et significative à la mise en œuvre du paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal au niveau communautaire
Policy	1.9	La mise en œuvre effective et cohérente des programmes de sante maternelle et néonatale au niveau communautaire est conforme aux documents de politiques de sante communautaire et aux textes législatifs et réglementaires en vigueur
Policy	1.10	Les documents de politiques de sante communautaire sont partagés à tous les niveaux

2.3. Résultat immédiats:

ACTEURS CLES	N° Résultats	RESULTATS
FE	2.1	Les femmes enceintes acceptent le paquet de services essentiel communautaire de sante maternelle et néonatal
	2.2	Les femmes enceintes reconnaissent l'importance du paquet de services essentiel communautaire de sante maternelle et néonatal
GS	2.3	Les groupes de soutien acceptent le paquet de services essentiel communautaire de sante maternelle et néonatal
	2.4	Les groupes de soutien communautaires reconnaissent l'importance du paquet de services essentiel communautaire de sante maternelle et néonatal
PS	2.5	Les connaissances et savoir faire des personnels de santé concernant le paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal sont améliorés
	2.6	Les personnels de sante qualifiés sont formés sur le paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal
	2.7	Le paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal est disponible au niveau communautaire
	2.8	Le paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal est accessible (géographiquement) au niveau communautaire
AC	2.9	Les connaissances et savoir faire des acteurs communautaires concernant le paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal sont améliorés
	2.10	Les acteurs communautaires sont formés sur le paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal
	2.11	Le paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal est disponible au niveau communautaire
	2.12	Le paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal est accessible (géographiquement) au niveau communautaire
ECD/RM	2.13	Un observatoire local des décès maternel et néonatal est mis en place
CL	2.14	Les collectivités locales adhèrent aux stratégies de mise en œuvre du paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal mis en place
	2.15	Le niveau d'information des élus locaux sur l'importance du paquet de services essentiels communautaires de sante maternelle et néonatal est augmenté

2.4. Produits (Résultat à court terme):

ACTEURS CLES	N° Résultats	RESULTATS	N° Activité	
FE	3.1	Les femmes enceintes et allaitantes sont organisées en groupe de solidarité	3.1.1	Mettre en place un cercle de soutien par le village centre
			3.1.2	Mettre en place des stratégies de soutien aux femmes enceintes et allaitantes au moins
			3.1.3	Mettre en place des care groups
			3.1.4	Former les prestataires et acteurs locaux sur les stratégies
			3.1.5	Superviser la mise en œuvre de
FE	3.2	Un mécanisme d'identification précoce des femmes enceintes est mis en place	3.2.1	Recenser les femmes enceintes
			3.2.2	Documenter les comités de ve
			3.2.3	Organiser un atelier de partage d'expérience (évaluation du fonctionnement) de la stratégie
			3.2.4	Mettre en place un comité de ve
			3.2.5	Harmoniser les outils de recensement communautaire
FE	3.3	Un système d'organisation de la référence à tous les niveaux est mis en place	3.3.1	Documenter le système de réfé
			3.3.2	Mettre au niveau de chaque communauté de la référence des ressources financières)
			3.3.3	Mettre en place au niveau de c
			3.3.4	Mettre en place un système de
			3.3.5	Etudier la faisabilité et l'acceptabilité des grossesses à risque et les nés
			3.3.6	Mettre en place des structures

FE	3.4	Des pistes de santé sont mises en place entre les PPS et la communauté	3.4.1	Faire le plaidoyer auprès des cc de santé entre les PPS et la con
			3.4.2	Organiser les communautés po
			3.4.3	Appuyer en intrants la création coupe, brouette, râteaux, fourc
FE	3.5	Une stratégie régionale de communication est développée	3.5.1	Mener une étude formative sui néonatale
			3.5.2	Elaborer un plan régional de co
			3.5.3	Mettre en œuvre le plan élabor
			3.5.4	Assurer le suivi et l'évaluation
FE	3.6	Les outils et manuels IEC sont disponibles à tous les niveaux	3.6.1	Faire l'état des lieux des outils e
			3.6.2	Réviser /élaborer les outils et r
			3.6.3	Tester les outils
			3.6.4	Reproduire les outils et manuel
			3.6.5	Diffuser les outils et manuels
			3.6.6	Orienter les prestataires et acte outils
			3.6.7	Assurer le suivi de la maintenar
FE	3.7	Les initiatives mutualistes et de tiers payant sont mise en place ou renforcées au niveau communautaire	3.7.1	Evaluer la fonctionnalité des m
			3.7.2	Appuyer la mise en place d'une
			3.7.3	Appuyer le fonctionnement des
			3.7.4	Appuyer la création d'activités l'adhésion
GS	3.8	Les groupes de soutien sont identifiés et mis en place au sein de chaque communauté	3.8.1	Identifier et recenser les perso
			3.8.2	Orienter les personnes influent
			3.8.3	Organiser les personnes influer
			3.8.4	Mettre en place la stratégie gra
GS	3.9	Une stratégie et des mécanismes de mobilisation des groupes de soutien sont mis en place	3.9.1	Mettre en place un cercle de sc centre
			3.9.2	Orienter les accoucheuses trad
			3.9.3	Organiser des sessions de plaid

			3.9.4	Faire le suivi accompagnement
GS	3.10	Un plan de mise en œuvre de l'appui des groupes soutien est mis en place	3.10.1	Elaborer un micro plan centrali
			3.10.2	Confectionner les outils de mis
			3.10.3	Elaborer un plan de suivi et sup
PS	3.11	Un mécanisme de suivi et de contrôle qualité du paquet de services essentiel communautaire de niveau 2 est mis en place	3.11.1	Organiser une supervision men communautaire
			3.11.2	Collecter , analyser et remonte communautaire
			3.11.3	Organiser chaque mois une réu
			3.11.4	Organiser des enquêtes de con
			3.11.5	Organiser la restitution des dor
			3.11.6	Organiser chaque mois des aud niveaux
			3.11.7	Doter chaque district et la régic
			3.11.8	Organiser chaque semestre un
PS	3.12	Un dispositif de motivation des personnels de sante qualifiés à travers l'approche FBR est mis en place	3.12.1	Orienter les prestataires des di sur le FBR
			3.12.2	Elaborer et partager les plans d
			3.12.3	Signer les contrats de perform:
			3.12.4	Suivre la mise en œuvre des ac
PS	3.13	Un système d'enregistrement et de suivi des femmes enceintes directement relié à la base du district est mis en place au niveau communautaire Un système d'enregistrement des femmes enceintes et de rappel des services à offrir est mis en place au niveau des postes de sante	3.13.1	Recenser chaque mois les FE au
			3.13.2	Organiser le suivi des FE recens
			3.13.3	Doter les postes de santé d'ord
			3.13.4	Former les prestataires et coord
			3.13.5	Doter les postes de santé de so
			3.13.6	Doter tous les membres des EC
			3.13.7	Mettre en place/réviser la base de suivi des femmes
			3.13.8	Mettre en place un réseau info
PS	3.14	Les manuels et outils de formation et de gestion adaptés sont disponibles a tous les niveaux	3.14.1	Recenser tous les manuels disp

			3.14.2	Réviser et adapter les manuels
			3.14.3	Produire et diffuser les manuel
AC	3.15	Un mécanisme de suivi et de contrôle qualité du paquet de services essentiel communautaire de niveau 1 est mis en place	3.15.1	Organiser une supervision men communautaire par les PS

3. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

3.1. Structures de mise en oeuvre

Les structures de mise en œuvre du projet sont :

- Au niveau central
 - La Direction générale de la santé;
 - La Direction de la santé de la reproduction, survie de l'enfant ;
 - La cellule de la santé communautaire ;
 - Les autres directions du Ministère de la santé de part leur mission appuieront la mise en œuvre.

- Au niveau intermédiaire
 - Les régions médicales
 - Les ONGs de la société civile
 - Les services techniques des autres départements ministériels

- Au niveau périphérique
 - Les districts
 - Les ONGs de la société civile
 - Les comités techniques des collectivités locales
 - Les acteurs communautaires

Le mécanisme de planification retenu est de type ascendant. Sur la base des orientations contenues dans les cadres et directives du niveau central, chaque structure en fonction des priorités dégagées élabore un plan d'action annuel qui intègre toutes les sources de financement potentielles y compris celles du projet. L'élaboration du plan se fait de façon participative et consensuelle.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre du plan seront assurés par l'unité de coordination de la DSR qui est le principal responsable auprès des partenaires. Certaines de ses responsabilités seront déléguées aux régions médicales et aux districts, qui assureront le suivi rapproché de la mise en œuvre.

Sur le plan opérationnel, les collectivités locales vont s'approprier le suivi de la mise en œuvre des interventions communautaires à la dimension des capacités qui leurs seront données.

3.2. Procédures administratives et financières

Les crédits alloués par l'état pour la LMMNN seront utilisés conformément aux procédures du Ministère de la Santé décrites dans le PNDS.

Pour les financements reçus directement de Mi, un manuel de procédures sera élaboré pour permettre une gestion efficiente, un reporting et un contrôle de l'exécution financière.

Des supports adaptés seront élaborés pour permettre de faire les rapports d'exécution financière et technique relatifs aux activités menées sur le terrain.

4. SUIVI EVALUATION

4.1. Les grandes lignes des activités de suivi-évaluation des SBCSMN

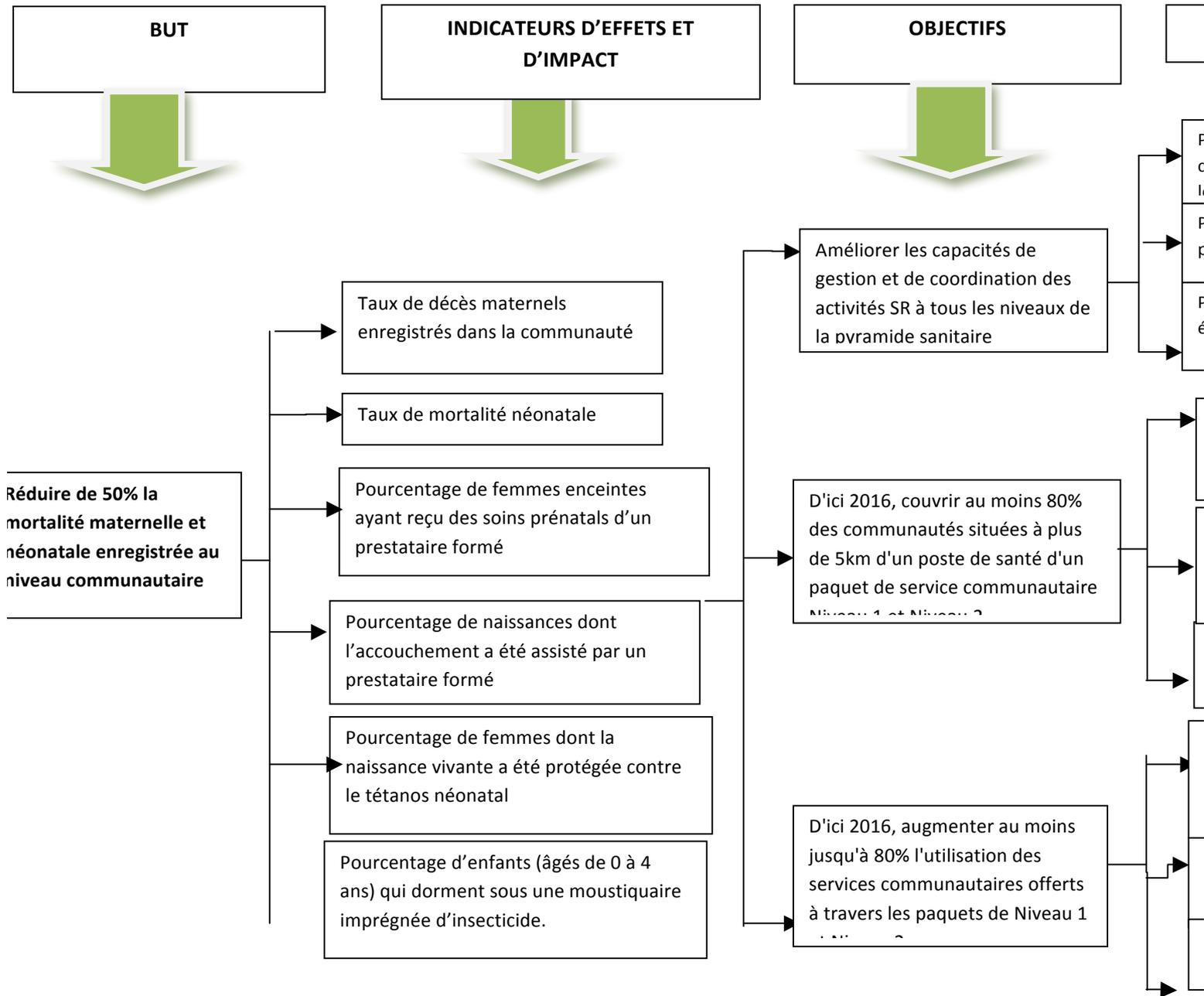
Les grandes lignes du plan opérationnel de suivi et évaluation des SCBSMN sont focalisées sur :

- **Un suivi** régulier qui aidera à déterminer le niveau d'exécution des activités, apprécier la qualité des résultats obtenus et l'efficacité, d'obtenir des informations sur la performance afin de renforcer les acquis et de corriger les faiblesses.
- **Une évaluation périodique** qui permettra d'analyser les changements intervenus et l'impact des interventions sur les populations bénéficiaires.

Activités	Description
Suivi	
1- Suivre l'état d'avancement du projet	Déterminer le niveau d'exécution des activités planifiées
2- Apprécier l'état d'avancement	Interpréter les résultats obtenus : qualité et efficacité
3- Suivre la performance	Examiner le changement de niveau des indicateurs de performances
4- Apprécier la performance	Interpréter les indicateurs de performance, identifier et corriger les faiblesses, renforcer les acquis
Evaluation	
1- Evaluer la performance du projet/programme	Analyser les résultats/changements propres au projet/programme sans les autres intervenants facteurs
2- Evaluer l'impact	Changements intervenus en prenant en compte les autres intervenants/facteurs

Le schéma ci-après définit le cadre de suivi/évaluation du projet. Le niveau d'atteinte du but du projet sera mesuré par les indicateurs d'effet et d'impact tandis que la réalisation des objectifs sera appréciée par des indicateurs de résultats. L'ensemble des indicateurs retenus sont définis dans le plan de collecte de données.

CADRE LOGIQUE DE SUIVI/EVALUATION DES SCBSMN



4.2. Indicateurs de suivi de la performance

En tenant compte des objectifs fixés dans le plan d'action, des indicateurs sont définis pour mesurer :

- **La disponibilité et la qualité des intrants** : personnel, médicaments, outils IEC, logistique etc.
- **Le processus de réalisation des activités** : formations, prise en charge, IEC/CCC, supervisions etc.
- **Les résultats obtenus** en terme de connaissances, compétences, disponibilité des services, qualité des services, accès aux services etc.
- **Les effets des interventions sur les populations cibles** : changement de comportements, adoption de pratiques favorables à la santé etc.
- **L'impact des interventions sur la santé et la qualité de vie des populations cibles** : réduction des complications de la grossesse et de l'accouchement, réduction de la morbidité néonatale, réduction de la mortalité maternelle et néonatale,...

Le tableau suivant fournit les informations sur la collecte de données devant renseigner les indicateurs retenus dans le cadre de performance (voir tableau N°). Pour chaque objectif du projet il est retenu un certain nombre d'indicateurs qui permettent de mesurer le niveau d'atteinte des cibles retenues.

Le tableau décrit :

- Le nom de l'indicateur ;
- La description en terme de numérateur et de dénominateur pour permettre de connaître les données à récolter et de faciliter le calcul des résultats ;
- La source des données : routine, enquêtes ;
- Les activités à mener pour obtenir à temps des données de qualité ;
- La fréquence de collecte : mensuel, trimestriel, annuel ;
- Le niveau de la pyramide chargé de collecter/analyser les données et de mesurer l'indicateur.

4.3. Plan de collecte de données sur les indicateurs

BUT : Contribuer à réduire de 50% la mortalité maternelle et néonatale enregistrée au niveau communautaire

N° ind	Nom de l'indicateur	Description de l'indicateur	Sources de données	Activités de collecte
Indicateurs d'impact				
1	Taux de décès maternels enregistrés dans la communauté	Numérateur: nombre de décès maternels enregistrés/ Dénominateur: Nombre de naissances enregistrés dans la période	Enquête communautaire,	Enregistrement des décès et des naissances par communautaires et itinérants
2	Taux de mortalité néonatale	Numérateur: nombre de décès survenus entre 0-28 jours enregistrés / Dénominateur: Nombre de naissances enregistrés dans la période	Enquête communautaire	Enregistrement des décès et des naissances par communautaires et itinérants
3	Taux de prévalence du VIH femmes 15-49 ans	Numérateur : nombre de femmes de 15-49 ans séropositives/ Dénominateur: Nombre total de femmes de 15-49 ans enquêtées	Rapport Enquête de séroprévalence	Réalisation d'Enquête séroprévalence au niveau
4	Pourcentage de femmes enceintes atteintes d'anémies sévères	Numérateur: nombre de femmes enceintes avec anémies sévères /Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes vues en CPN	Rapports des agents SBC et des services de santé	Mesure du taux d'Hémoglobine pour toutes les femmes

N°	Nom de l'indicateur	Description de l'indicateur	Sources de données	Activité
Indicateurs d'Effets				
5	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé	Numérateur: Nombre de femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé / Dénominateur: Nombre de grossesses attendues dans la zone pour la période	Rapports des agents SBC itinérants et des services de santé	Collecte routine
6	Pourcentage de femmes ayant bénéficié de 4 CPN complètes au cours de la grossesse	Numérateur: Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN/ Dénominateur: Nombre de naissances vivantes dans la période	Fiches CPN /Rapports des Services Santé	Collecte routine
7	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Numérateur: Nombre ayant accouché dans service de santé/ Dénominateur: Nombre de naissances attendus	Fiches/registres d'accouchement, Rapport des services de santé	Collecte routine
8	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Numérateur: Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN/ Dénominateur: Nombre de naissances vivantes dans la période	Fiches/registres d'accouchement, Rapport des services de santé	Collecte routine
9	Taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes	Numérateur: Nombre de femmes 15- 49 ans en union utilisant une méthode contraceptive moderne/ Dénominateur: Nombre de femmes de 15-49 ans enquêtés	Rapports d'enquêtes Enquête :	Réalisation au niveau
10	Pourcentage des enfants de moins de six mois sous allaitement exclusif	Numérateur: Nombre d'enfant de moins de 6 mois sous allaitement exclusif/ Dénominateur: Nombre de moins de 6 mois enquêtés	Rapports d'enquêtes	Réalisation au niveau
11	Proportion d'enfants de moins d'un mois malade (IRA, fièvre, Diarrhées) ayant bénéficié d'une prise en charge correcte	Numérateur: Nombre d'enfant de moins d'un mois malades traités correctement/ Dénominateur: Nombre d'enfants de moins d'un mois reçus	Rapports SBC, services de santé, Rapport d'Enquête	Collecte routine Enquête district
12	Pourcentage de femmes dont la naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal	Numérateur: Nombre de femmes ayant accouché d'un enfant vivant correctement vacciné contre le tétanos néonatal (VAT2 ou rappel) / Dénominateur: nombre total d'enfant né vivant dans la période	Rapports SBC, services de santé, rapport d'Enquête	Collecte routine Enquête district
13	Pourcentage d'enfants 12-23 mois complètement vaccinés	Numérateur: Nombre d'enfants de 12-23 mois ayant pris les vaccins recommandés par le PEV / Dénominateur: nombre total d'enfant de 12-23 mois	Rapports PEV , rapport d'Enquête	Collecte routine Enquête district
14	Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.	Numérateur: Nombre d'enfants de 0-4 ans qui dorment sous moustiquaires / Dénominateur: nombre total d'enfant 0-4ans enquêtés	Rapport d'enquête	Réalisation au niveau
15	% des femmes enceintes qui consultent directement au niveau d'une structure de santé en présence des signes d'urgence de la grossesse	Numérateur: Nombre de femmes enceintes qui consultent une structure de santé en présence de signes d'urgence de la grossesse / Dénominateur: nombre total de femmes enceintes enquêtés	Rapport d'enquête	Réalisation au niveau

16	% de femmes enceinte qui consultent en urgence au niveau d'une structure de santé en présence de signes d'urgence lors d'un accouchement	Numérateur: Nombre de femmes enceintes qui consultent une structure de santé en présence de signes d'urgence lors d'un accouchement / Dénominateur: nombre total de femmes enceintes enquêtés	Rapport d'enquête	Réalisation au niveau
16	% de mères (gardien d'enfants) qui consultent une structure de santé en présence de signes de danger chez les nouveaux nés.	Numérateur: nombre de mères (gardien d'enfants) qui consultent une structure de santé en présence de signes de danger chez les nouveaux nés. / Dénominateur: nombre total mères (gardiens d'enfant) enquêtés	Rapport d'enquête	Réalisation au niveau

OBJECTIFS PROGRAMMATIQUES

N°	Nom de l'indicateur	Description de l'indicateur	Sources de données	Activités de collecte
1	Améliorer les capacités de gestion et de coordination des activités SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire			
Indicateurs de résultats				
1.1	Proportion de communautés mettant en œuvre un plan opérationnel de lutte contre la MMN	Numérateur : nombre de communautés mettant en œuvre un plan opérationnel de lutte contre la MMN / Dénominateur : nombre de communautés du district	Rapports de supervision et de monitoring	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea
1.2	Proportion de communautés disposant d'un comité technique fonctionnel (formé, logistique et rapports d'activités disponibles)	Numérateur : nombre de communautés avec comité technique disponible / Dénominateur : nombre de communautés couvertes par le projet	Rapports de supervision et de monitoring	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea
1.3	Proportion de communauté ayant reçu des élèves des écoles de santé pour des stages	Numérateur : nombre communauté ayant reçu des élèves des écoles de santé pour des stages / Dénominateur : nombre de communautés couvertes par le projet	Rapports de supervision et de monitoring, Rapports d'activités des écoles de santé	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea stages au niveau c santé
1.4	Proportion d'agents de santé itinérants recrutés et fonctionnel dans les communautés	Numérateur : nombre d'agents de santé itinérants fonctionnels au niveau des communautés / Dénominateur : nombre de communautés couvertes par le projet	Rapports de supervision et de monitoring, Rapports d'activités des agents	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea
1.5	Pourcentage du budget des communautés décaissé en faveur des SCBSMN	Numérateur : montant décaissé en faveur des SCBSMN / Dénominateur : montant du budget de la communauté	Rapports de supervision et de monitoring, Rapports des collectivités locales	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea
2.	D'ici 2016, couvrir au moins 80% des communautés situées à plus de 5km d'un poste de santé d'un paquet de ser			
2.1	Proportion de villages bénéficiant de services communautaires niveau 1 délivrés par des agents non qualifié formés	Numérateur : nombre de villages bénéficiant de services communautaires niveau 1 délivrés par des agents non qualifié formés / Dénominateur : nombre de villages du district	Rapports de supervision et de monitoring, Rapports des services de santé et des SBC	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea
2.2	Proportion de villages bénéficiant de services communautaires niveau 2 délivrés par des agents de santé formés	Numérateur : nombre de villages bénéficiant de services communautaires niveau 2 délivrés par des agents de santé formés / Dénominateur : nombre de villages du district	Rapports de supervision et de monitoring, Rapports des services de santé et des SBC	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea
2.3	Proportion de village disposant d'une mutuelle communautaire fonctionnelle	Numérateur : nombre de villages disposant d'une mutuelle communautaire fonctionnelle / Dénominateur : nombre de villages du district	Rapports de supervision et de monitoring, Rapports des services de santé et des SBC	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea

3	D'ici 2016, augmenter au moins jusqu'à 80% l'utilisation des services communautaires offerts à travers l			
3.1	Proportion de village ayant bénéficié d'un diagnostic communautaire et de communication participative effectués par des acteurs formés	Numérateur : nombre de villages ayant bénéficié d'un diagnostic participatif et de communication participative par des acteurs formés / Dénominateur : Nombre de villages du district	Rapport d'activités des SBC, Rapports de supervision et de monitoring	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea
3.2	Proportion de femmes ayant bénéficié d'une CIP (VAD, causeries éducatives) sur la santé de la mère ou du nouveau-né	Numérateur : nombre de femmes (gardiens d'enfants) ayants bénéficiés d'une CIP (VAD, causeries éducatives) sur la santé de la mère et de l'enfant/ Dénominateur : Nombre total de femmes de 15-49 ans	Rapports des SBC (ONG/OCB, agents de santé itinérants)	Mises en places d' récoltes de donné définition du circu
3.3	Pourcentage de services de soins obstétricaux d'urgence qui mènent des audits de tous les décès maternels.	Numérateur : nombre de services de soins obstétricaux d'urgence qui mènent des audits de tous les décès maternels / Dénominateur : Nombre total de services obstétricaux d'urgence	Rapports des services de santé et des SBC	Mise en place des l'audit et plan d'ac formation des act
3.4	Pourcentage de décès maternels pour lesquels des audits ont été menés et des actions de prévention réalisées.	Numérateur : nombre de décès maternels pour les lesquels des audits ont été réalisés et des actions de prévention menées/ Dénominateur : Nombre total de services obstétricaux d'urgence	Rapports des services de santé et des SBC	Mise en place des l'audit et plan d'ac formation des act
2.4	Proportion de femmes enceintes référées pour signes d'urgence ou signes de danger	Numérateur : nombre de femmes enceintes référées pour signe d'urgence ou de danger / Dénominateur : nombre de grossesse attendues	Rapports de supervision et de monitoring, Rapports des services de santé et des SBC	Mise en œuvre de supervision et mo prévues par nivea
2.5	Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'un rappel des services à offrir	Numérateur : nombre de femmes enceintes ayant bénéficiées de rappel pour service à offrir / Dénominateur : nombre de femmes enceintes vues par les SBC et services de santé	Rapports de supervision et de monitoring, Rapports des services de santé et des SBC	Mise en place d'ui suivi des femmes SMS, appels télép

4.4. Outils de collecte des données.

Le suivi et l'appréciation de la performance des SCBSMN supposent la récolte de données pour renseigner les indicateurs retenus. Ces données sont fournies périodiquement par les structures de mise en œuvre (communauté, services de santé, ONGs, OBC etc ;) compilées et analysées par niveau (case de santé, poste de santé, districts, régions, central). Des outils adaptés pour la collecte des données sont conçus et adoptés par intervenant et par domaine. Le tableau ci-après récapitule l'ensemble des outils retenus.

Type de données	Type d'outils	Niveau de récolte ou compilation					
		Relais	Cases de santé	PS CS HOP	District	Région	National
1. Données de routine : Morbidité et mortalité, Utilisation des services							
Cas et décès (nouveau-nés, femmes enceintes) Complications de la grossesse Accouchement Césariennes	Registres/cahiers consultations	X	X	X			
	Registres d'hospitalisations	X	X	X			
	Registre de Maternité			X			
CPN Vaccination	Fiches CPN	X	X	X			
	Fiches Nouveaux nés	X	X	X			
	Carnets de suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés	X	X	X			
	Carnets de vaccination	X	X	X			
Références Contre références	Fiches de références et de contre références	X	X	X			
Données compilées	Rapport mensuel	X	X	X	X	X	X
	Rapport trimestriel					X	X
2. Gestion des intrants							
Suivi de la gestion des médicaments, outils de gestions, logistiques et autres intrants	Fiches de stocks	X	X	X	X	X	X
	Registres de gestion des intrants	X	X	X	X	X	X
	Fiches de consommation	X	X	X			
	PV de réception	X	X	X	X	X	X
	Bordereau de livraison	X	X	X	X	X	X
	Carnets de bord	X	X	X	X	X	X
3. Réalisation des activités par domaine							
IEC /Mobilisation sociale, CIP, activités des Médias Visites à domiciles Formations Supervisions Monitorages	Cahier/Fiches de pointage des activités IEC/CCC	X	X	X			
	Rapports d'activités	X	X	X	X	X	X
	Cahier/Fiches de pointage des VAD	X	X				
	Fiches de supervision		X	X	X	X	X
	Fiches de monitoring	X	X	X	X	X	X
4. Mesure des effets et impacts							
Monitoring,	Fiche de monitoring	X	X	X	X	X	X
Enquêtes Evaluations périodiques	Fiches d'enquêtes selon Protocoles validés				X	X	X

4.5. Cadre de performance

Pour un suivi/évaluation efficace, les progrès seront mesurés à travers l'atteinte des cibles fixées par période. Pour chaque indicateur, il est défini des cibles dont les valeurs tiennent compte des objectifs du projet, des données de base, des moyens humains, matériels, financiers disponibles, de la faisabilité des activités prévues et des difficultés/contraintes éventuelles.

Ces cibles sont définies en concertation entre les autorités sanitaires, les acteurs de terrain et les partenaires techniques et financiers. Elles doivent être la base des contrats de performance qui sont établis avec les partenaires de mise en œuvre dans le cadre de la stratégie de financement et de motivation basée sur les résultats.