



COMPOSANTE **Sante Maternelle, Neonatale et Infantile,  
Planification Familiale/Paludisme**



**Rapport Annuel D'Activites et Financier  
1er Octobre 2007 – 30 Septembre 2008**

*Pour une amélioration de la santé de la famille Sénégalaise*

**Notre vision:** Atteindre les Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) relatifs à la santé maternelle, la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et la lutte contre le paludisme.

**Nos obligations:** Réduire la morbidité et la mortalité néonatale/infantile/maternelle avec comme stratégies principales : augmenter l'utilisation des services de PF, décentraliser l'accès aux soins de santé, responsabiliser les prestataires de services afin qu'ils fournissent des services de qualité, susciter l'adhésion des hommes, responsabiliser les filles et les femmes et améliorer la prise en charge des cas de paludisme par les ACT, la prévention du paludisme chez la femme enceinte par le TPI.

**Nos partenaires stratégiques:** DSR, PNLP, SNIS, DANSE, et DLSI.

**Nos partenaires de mise en œuvre:** Population Council, Réseau Siggil Jigeeen, et Helen Keller International (HKI).

**A travers 4 composantes du Programme Santé de l'USAID : Politique et Financement; Santé Communautaire; VIH/SIDA et Tuberculose; Santé Maternelle et Infantile, et Planification Familiale**

<b>Accord de Coopération Numéro :</b>	<b>685-A-00-06-00058-00</b>
<b>Dates Effectives du Projet :</b>	<b>22 juin 2006 – 30 Septembre 2011</b>
<b>Soumis à l'USAID/Sénégal par:</b>	<b>IntraHealth International Senegal Country Office Dakar, Senegal Email: <a href="mailto:rdiallo@IntraHealth.org">rdiallo@IntraHealth.org</a></b>

Composante SMNI/PF/Paludisme  
IntraHealth International/Sénégal  
45, Mermoz Pyrotechnique  
Dakar, Sénégal  
Tél: (221) 869 74 94  
Fax : (221) 860 50 31

Ce rapport a été rendu possible grâce à l'appui apporté par le peuple américain à travers l'Agence Américaine Pour le Développement International (USAID). Les contenus sont de la seule responsabilité d'IntraHealth International/Sénégal et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Sigles et Abréviations</b> .....	4
<b>I. Introduction</b> .....	5
<b>II. Description du Programme</b> .....	6
Domaine d'intervention 1: Accroissement de l'accès à la PF .....	6
Domaine d'intervention 2: Renforcement du paquet de services SMNI/PF .....	6
Domaine d'intervention 3: Promotion des services de SMNI/PF et Communication pour le changement de comportement .....	6
Domaine d'intervention 4: Renforcement du système de santé dans un environnement décentralisé .....	6
Domaine d'intervention 5: Lutte contre le paludisme (PMI) .....	6
<b>III. Sommaire des réalisations et résultats pendant la période</b> .....	7
Domaine 1: Accès accru à la PF .....	7
Domaine 2: Services SMNI renforcés .....	12
Domaine 3: Communication et création de la demande .....	17
Domaine 4: Renforcement du système de santé dans un environnement décentralisé.....	19
Domaine 5: Lutte contre le paludisme .....	21
<b>IV. Contraintes rencontrées dans la mise en œuvre du programme</b> .....	27
<b>V. Les leçons apprises de la mise en œuvre du programme</b> .....	30
<b>VI. Perspectives et orientations pour l'an 3</b> .....	33
Domaine d'intervention 1: Accroissement de l'accès à la PF .....	33
Domaine d'intervention 2: Renforcement du paquet de services SMNI/PF .....	33
Domaine d'intervention 3: Promotion des services de SMNI/PF et Communication pour le Changement de Comportement .....	34
Domaine d'intervention 4: Renforcement du système de santé dans un environnement décentralisé.....	34
Domaine d'intervention 5: Lutte contre le paludisme (PMI) .....	35
<b>Annexe 1: Evolution des indicateurs</b> .....	37
<b>Annexe 2: Commentaires sur les résultats</b> .....	39
<b>Annexe 3: Rapport Financier</b> .....	42

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAP	Approche D'apprentissage Pour La Performance
ACI	Africa Consultants International
AS	Analyse Situationnelle
CCC	Communication Pour Le Changement De Comportement
CCF	Christian Children Fund
COPE	Client-Oriented Provider-Efficient
CPTS	Contraceptive Procurement Table In Senegal
CYP	Couple-Year-Protection
DANSE	Division De L'alimentation, De La Nutrition Et De La Survie De L'enfant
DLSI	Division De La Lutte Contre Le Sida Et Les IST
DSR	Division De La Sante De La Reproduction
DSSP	Division Des Soins De Sante Primaire
ECD	Equipe Cadre De District
ECR	Equipe Cadre De Région
FHI	Family Health International
JLM	Journées Locales De Micronutriments
MAMA	Méthode De L'aménorrhée Lactation elle Et De L'allaitement Maternel
ME	Médicaments Essentiels
MILDA	Moustiquaires Imprégnées De Longe Durée D'action
MSPM	Ministère De La Santé Et De La Prévention Médicale
PF	Planification Familiale
PMI	Presidential Malaria Initiative
PNA	Pharmacie Nationale D'approvisionnement
PNLP	Programme National De Lutte Contre Le Paludisme
PPS	Point De Prestation De Services
PRA	Pharmacie Regionale D'approvisionnement
SAA	Soins Apres Avortement
SJ	Siggil Jigeen
SMNI	Sante Maternelle, Néonatale Et Infantile
SNEIPS	Service National De L'éducation Et De L'information Pour La Sante
SNIS	Service National D'information Sanitaire
SR	Sante De La Reproduction
USAID	Agence Américaine Pour Le Développement International

## I. INTRODUCTION

Financée par l'USAID à travers l'accord de coopération numéro 685-A-00-06-00058-00 et mise en œuvre par IntraHealth International, la composante **SMNI/PF/PALU** compte soutenir, au cours de la période 2006-2011, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPM) dans le domaine de la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile /Planification Familiale/Paludisme (SMNI/PF/PALU).

Inscrite dans le cadre du Programme Santé de l'USAID, cette **composante** qui a démarré depuis octobre 2006 couvre :

- Les régions de Thiès, Louga, Kaolack, Kolda et Ziguinchor en ce qui concerne la SMNI/PF
- Les régions de Dakar et Saint-Louis pour ce qui est de la PF uniquement
- L'ensemble des quatorze (14) régions du Sénégal dans le cadre de la lutte contre le paludisme

La composante **SMNI/PF/PALU** est mise en œuvre en partenariat avec Population Council, le Réseau Siggil Jigeeen, Helen Keller International (HKI) et la Fondation Youssou Ndour.

La **composante SMNI/PF/PALU** est exécutée dans un contexte marqué par une mortalité maternelle encore très élevée malgré la baisse constatée au cours de ces dernières années (l'EDS IV indiquait un niveau de mortalité maternelle de 401 décès pour 100 000 naissances vivantes). La mortalité néonatale (34% en EDS IV 2005) est restée stationnaire entre les EDS 1992, 1997 et 2005 malgré la tendance à la baisse de la mortalité infanto-juvénile à tel point qu'elle représente aujourd'hui plus plus 50% de la mortalité infantile. Le taux de prévalence contraceptive, bien qu'ayant augmenté, reste très en deçà des efforts consentis au cours de ces dernières décennies et l'ampleur des besoins non satisfaits demeure réelle (31% des femmes qui souhaiteraient espacer ou limiter leurs grossesses n'utilisent pas de méthodes contraceptives). D'où la nécessité de repositionner la planification familiale et de réduire la mortalité maternelle et néonatale.

La composante SMNI/PF/Paludisme a donc pour but de répondre aux défis auxquels le Sénégal est confronté en contribuant à la réalisation des objectifs de la feuille de route multisectorielle de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il s'agit plus spécifiquement de :

- Augmenter l'usage de la planification familiale (PF) et réduire la morbidité maternelle et néonatale conformément à la Feuille de Route du Ministère de la Santé du Sénégal et au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS Phase II, 2004-2008) ;
- Décentraliser l'accès aux soins de santé tout en maintenant une bonne qualité de service sanitaire ;
- Encourager l'esprit de leadership chez les gestionnaires des programmes de santé ainsi que chez les prestataires de services afin qu'ils s'engagent à fournir des services de qualité ;
- Susciter l'adhésion des hommes dans l'utilisation des services de planification familiale ;
- Responsabiliser davantage les femmes et les filles afin de leur permettre d'être des actrices dans la prise de décisions en matière de santé ;
- Accroître les connaissances des prestataires et des clients sur la prévention du paludisme, la demande de services de traitement du paludisme pour sauver des vies ;
- Augmenter l'accès à des services de qualité et à l'information pour prévenir et prendre en charge les cas de paludisme

## II. DESCRIPTION DU PROGRAMME

En vue d'atteindre ces objectifs, la composante **SMNI/PF/PALU** se focalise sur les domaines d'intervention suivants :

### **DOMAINE D'INTERVENTION 1: ACCROISSEMENT DE L'ACCES A LA PF**

Il s'agit à ce niveau de renforcer l'accès aux options et aux informations en matière de PF notamment en éliminant les barrières concernant l'offre et la demande de services aussi bien au niveau des services à base clinique et communautaire qu'au niveau du secteur public que privé. Les interventions clés qui seront développées devraient contribuer à une utilisation plus accrue des méthodes modernes de contraception.

### **DOMAINE D'INTERVENTION 2: RENFORCEMENT DU PAQUET DE SERVICES SMNI/PF**

Il s'agit de réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile en consolidant les acquis et en rendant disponible "le paquet de services" dans toutes les structures. Le renforcement des compétences des prestataires à offrir le paquet de service sera déterminant. Les résultats attendus sont : une intégration effective des services de soins pour la mère et l'enfant ; une diminution de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

### **DOMAINE D'INTERVENTION 3: PROMOTION DES SERVICES DE SMNI/PF ET COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT**

Il s'agit d'améliorer l'acceptabilité et la demande pour les informations et produits de PF et de SMNI en promouvant la PF comme style de vie et en suscitant la demande pour le paquet de soins "Etre Mère". Les résultats attendus sont : une utilisation accrue des services de PF ; la capacitation des prestataires à offrir des services de SMNI de qualité et des populations à faire un choix informé par rapport à la santé familiale.

### **DOMAINE D'INTERVENTION 4: RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE DANS UN ENVIRONNEMENT DECENTRALISE**

Il s'agit de développer le leadership auprès des acteurs (gestionnaires) et prestataires pour assurer des prestations de services de qualité. Les approches basées sur l'amélioration continue de la performance seront utilisées pour atteindre cet objectif. On devra s'attendre à un renforcement du sens de la responsabilité et du leadership dans le système de santé.

### **DOMAINE D'INTERVENTION 5: LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PMI)**

Il s'agit d'améliorer la prise en charge des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans et dans le même temps d'améliorer l'acceptabilité et la demande pour les informations et les produits pour le paludisme y compris les moustiquaires imprégnées, le traitement de la fièvre, la prévention du paludisme sur grossesse et la lutte contre le vecteur. Les interventions clés de ce volet visent à étendre l'accès à l'information et à des services de qualité pour la prévention et le traitement des cas de paludisme, et à améliorer le niveau de connaissance des prestataires et des clients sur les questions relatives à la prévention, au traitement et à la lutte contre le paludisme.

Dans le cadre du plan d'action 2007 -2008, IntraHealth a bénéficié d'un important appui financier de l'USAID avec l'Initiative Présidentielle de lutte contre le Paludisme (PMI). Ce programme, qui cible en priorité les prestataires de services au niveau de toutes les formations sanitaires du pays, met l'accent sur la prise en charge des cas de paludisme, la prévention et la communication pour le changement de comportement.

### III. SOMMAIRE DES RÉALISATIONS ET RÉSULTATS PENDANT LA PÉRIODE

#### Domaine 1 : Accès accru à la PF

Au cours de la période du rapport, les interventions clés menées en direction du secteur privé et du secteur public ont permis de renforcer l'accès aux services de PF.

Au niveau du secteur privé, le réseau des entreprises ayant adhéré au projet s'est élargi avec l'enrôlement de dix autres entreprises, ce qui porte à 20, le nombre total d'entreprises privées enrôlées au niveau des régions de Dakar et de Saint-Louis. Les capacités de prestataires de ces entreprises ont été renforcées sur l'auto évaluation qui est une approche novatrice d'amélioration de la qualité des services PF, sur les Politiques, Normes et Protocoles (PNP) en SR, sur la technologie contraceptive et sur le counseling PF.

Un cadre de concertation entre le secteur privé et le secteur public a été mis en place et a permis de discuter les axes d'intégration des données du secteur privé dans le système national d'information sanitaire. Un cadre de collaboration entre ces deux secteurs a été proposé à travers l'élaboration d'un mémorandum d'entente entre les entreprises privées et les régions médicales.

Au niveau du secteur public, les sessions de formation sur le counseling PF se sont accélérées et ceci a permis de renforcer les capacités de près de 600 prestataires. Les visites de suivi post formation ont également démarré et ont permis de constater l'effectivité de l'application des connaissances et compétences acquises. Ceci s'est traduit par une augmentation sensible de l'utilisation des services PF au niveau de certains points de prestation de services (PPS).

L'appui institutionnel apporté à la Direction de la Santé de la Reproduction (DSR) a permis de sécuriser le système national d'approvisionnement en produits contraceptifs. Toutes les régions ont été régulièrement approvisionnées au cours de l'année grâce à une meilleure coordination entre la DSR, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et les partenaires. L'appui apporté à la DSR pour l'organisation de la revue annuelle des Tableaux d'acquisition des produits contraceptifs a permis de définir les besoins en contraceptifs du pays pour la période. La supervision régulière des dépôts des Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA) et de districts et le suivi de la mise en œuvre des plans d'action ont contribué à minimiser les ruptures de produits contraceptifs au niveau des PPS.

Des initiatives importantes ont également été entreprises pour élargir la gamme des méthodes contraceptives et améliorer l'accès aux services de PF. Ainsi, l'offre de services PF a été intégrée dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies avancées des ICP vers les cases de santé au niveau de 26 districts sanitaires des régions de Louga, Thiès, Kaolack, Ziguinchor, Kolda, Fatick, Matam et Tambacounda. La formation des ICP tuteurs sur l'offre de services de DIU a été une innovation majeure. Des négociations ont été engagées avec le CEFOREP pour la formation des médecins régionaux sur la Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV). La journée nationale de la PF a été organisée et la campagne nationale de PF a été lancée. La plupart des régions ont démarré la conception des plans régionaux de communication sur la PF qui seront opérationnels en 2009.

#### Renforcement de l'offre de services PF dans le secteur privé

Les efforts initiés au cours de la première année en vue d'accroître la capacité du secteur privé à offrir des services PF de qualité se sont poursuivis au cours de la période du rapport. Ainsi, grâce aux visites d'information et au plaidoyer menés auprès des responsables d'entreprises, le nombre d'entreprises du secteur privé qui ont confirmé leur adhésion au projet est passé de dix (10)<sup>1</sup> en l'An1 à vingt (20) au cours de la deuxième année<sup>2</sup>. Un mémorandum d'entente définissant le cadre

<sup>1</sup> **Pour l'An 1** les entreprises ayant été enrôlées sont les suivantes : à Dakar, il s'agit du service médical des étudiants (COUD), de la Caisse de Sécurité Sociale, du Port Autonome de Dakar, de Dakar Dem Dikk, de Sénégal Pêche, de la SOCOIM ; à Saint-Louis, il s'agit du Centre Régional des Œuvres Universitaires de Saint-Louis (CROUS) des Grands Domaines du Sénégal (GDS), de la SOCAS, de la CSS.

<sup>2</sup> **Pour l'An 2**, les entreprises enrôlées se trouvent à Dakar, il s'agit des ICS, de la MTOA, de la SDE, de la SONATEL, de la SENELEC, de la SDV Sénégal, de l'ASECNA, de la Poste et de la Clinique Maïmouna de Rufisque

consensuel de partenariat entre les entreprises et le MSPM à travers les régions médicales et districts a été finalisé et validé. Ce mémorandum précise les procédures d'approvisionnement en produits contraceptifs, le circuit de la collecte et de la transmission des données. Sa signature par les acteurs est prévue au courant du prochain trimestre (octobre –décembre 2008).

Par ailleurs, le cadre de concertation avec les entreprises du secteur privé s'est vu renforcé avec la tenue en mars 2008 d'une journée de réflexion sur l'intégration des données du secteur privé dans le système national d'information sanitaire. Cette journée qui a regroupé les décideurs du MSPM (cabinet, directeurs et responsables de services), les représentants des entreprises du secteur privé a permis de proposer des recommandations importantes : la mise en place d'un cadre formel de concertation entre les secteur privé et public ; l'élaboration d'un document de catégorisation des structures sanitaires du secteur privé ; la clarification du circuit de transmission et de validation des données du secteur privé ; la définition des indicateurs et des types de supports pour le secteur privé.



Le renforcement de la capacité des services du secteur privé à offrir des services PF de qualité a commencé à se concrétiser à travers la formation des prestataires des entreprises sur l'approche d'auto-évaluation de la qualité des services. Ainsi, au mois de juin 2008, deux sessions d'orientation des prestataires sur l'outil d'auto-évaluation se sont tenues à Dakar et Saint-Louis avec l'appui technique du projet PSP-One<sup>3</sup>. A Dakar, cette session a permis d'orienter 31 prestataires (dont 20 femmes et 11 hommes) provenant de quatorze (14) entreprises sur le concept de qualité des services, le contenu du paquet d'amélioration de la qualité des services et sur l'utilisation de l'outil d'auto-évaluation. A Saint-Louis, 12 prestataires (dont 5 femmes et 7 hommes) provenant de quatre (4) entreprises ont été orientés sur cette approche. Cette orientation permettra au secteur privé d'intégrer et d'appliquer les standards de qualité des services définis par le MSPM. Un plan opérationnel de suivi et d'évaluation de l'application de cette approche au niveau des structures ciblées a été développé avec l'appui technique de PSP-One.

Les efforts de renforcement des capacités des structures du secteur privé à offrir des services de PF se sont poursuivis au cours de la période de juillet avec la formation de 28 prestataires (dont 23 femmes et 5 hommes) provenant de 20 entreprises sur le paquet de services PF incluant la technologie contraceptive et le counseling PF. Ces prestataires ont également bénéficié lors de ces formations, d'une orientation sur les Politiques, Normes et Protocoles en matière de SR.

## **Développement des capacités des prestataires en PF**

**Adaptation des outils de formation :** dans la perspective du renforcement des capacités des prestataires à offrir des services PF de qualité, les outils de formation ont été réadaptés pour tenir compte des nouvelles approches de formation basées sur les compétences et sur la formation sur le site. Ces supports pédagogiques ont été aussi revus pour tenir compte des dernières mises à jour et des nouvelles directives de l'OMS en matière de PF. Ces mises à jour intègrent la durée d'action actualisée du DIU, des implants contraceptifs, les nouvelles directives de l'OMS en cas d'oubli de l'utilisation des pilules, la contraception d'urgence, la période de grâce des injectables, le délai d'efficacité de la vasectomie et les critères d'éligibilité médicales.

---

<sup>3</sup> PSP-One (Private Sector Partnerships-One for Better Health) est un projet financé par l'USAID et qui œuvre pour une meilleure implication du secteur privé dans l'offre des services de santé.

**Formation sur le paquet de services PF et sur les techniques d'encadrement :** au cours de la période du rapport, au niveau des régions de Dakar et Saint-Louis, trente-deux (32) tuteurs et superviseurs dont vingt-six (26) femmes et six (6) hommes ont bénéficié de la formation sur le paquet de services PF ainsi que sur les techniques d'encadrement. Ces agents ont acquis des compétences en technique d'insertion et de retrait du DIU et du Norplant, en counseling PF, en gestion des supports de collecte de l'information, sur l'utilisation des listes de contrôle, la logistique contraceptive, en technique d'auto-évaluation, l'identification systématique des besoins des clientes et en technique d'encadrement. En vue de permettre aux participants d'appliquer les compétences dès leur retour, un lot de ressources leur a été distribué avant la fin de la formation. Ce lot comprend, entre autres, une boîte d'insertion et de retrait de DIU, 2 trocarts pour l'insertion des implants contraceptifs, des fiches de consultation PF, des affiches PF, un présentoir de méthodes PF, un lot de liste de contrôle, une fiche de consultation rapide des critères d'éligibilité médicale de l'OMS.

Les visites de suivi post formation des tuteurs déjà formés ont révélé : i) une nette amélioration des compétences techniques<sup>4</sup> ; ii) une appropriation de l'approche par les comités de santé qui ont commencé à mobiliser des ressources pour améliorer l'environnement de travail des prestataires ; iii) un encadrement effectif du personnel du site par les tuteurs ; iv) une amélioration sensible du taux d'utilisation des méthodes contraceptives au niveau des PPS, notamment au niveau des Infirmiers chefs de poste qui s'impliquent désormais dans l'offre de services PF<sup>5</sup>.

Au niveau des autres régions (Thiès, Kaolack, Louga) ayant bénéficié de l'approche de formation sur le site, les tuteurs et superviseurs ont pu bénéficier d'une formation sur la PF qui est une partie intégrante du paquet SMNI/PF/Paludisme enseigné dans le cadre du tutorat.

Dans le cadre de la célébration de la journée internationale des sages-femme, IntraHealth a aussi apporté une assistance technique à l'association Nationale des sages-femmes d'Etat pour l'orientation de près de trois cents (300) sages-femmes sur les dernières mises à jour en matière de PF.

**Développement des capacités des prestataires en counseling PF:** dans le cadre du repositionnement et de la promotion de la PF, l'accélération des sessions de formation des prestataires en counseling PF a été une des priorités retenues au cours de la deuxième année du projet. Ces formations ont



ciblé les prestataires qualifiés (sages-femmes, infirmiers) et les conseillères. Ainsi, au cours de la période, cinq cents quatre-vingt (580) prestataires ont vu leurs capacités renforcées dans le domaine du counseling PF en 32 sessions de formation. Il convient de noter que tous les prestataires qualifiés des 8 districts de Dakar et des 5 districts de Saint-Louis ont bénéficié d'une formation en counseling PF.

Au niveau de la région de Saint-Louis où la formation a ciblé les infirmiers chefs de poste, on a noté un engouement et une plus grande implication des infirmiers chefs de poste (ICP) dans l'offre de services PF, ce qui n'était pas le cas auparavant. En effet, l'offre de services PF au niveau des postes de santé était surtout assurée par des matrones. Ce changement de comportement pourrait ainsi avoir un effet positif sur le repositionnement de la PF dans ces zones. Les visites de suivi post formation ont révélé une application effective des connaissances acquises.

<sup>4</sup> Lors de la visite post formation des tuteurs de Saint-Louis réalisé en avril 2008, les scores moyens de compétences observés étaient de : 77% pour le counseling PF, 88% pour l'insertion de Norplant et 84% pour l'insertion de DIU. La visite de suivi post formation réalisée en juin 2008 auprès des tuteurs de Dakar a révélé des scores de compétences de 74% pour le counseling PF, 84% pour l'insertion de DIU.

<sup>5</sup> Auparavant, l'offre de service PF était en général déléguée aux matrones au niveau de certains postes de santé.

Les scores de performance enregistrés lors des visites de suivi variaient entre 61% et 91%. On a noté une utilisation effective des supports d'aides au travail, notamment les présentoirs des méthodes contraceptives, des registres PF qui étaient disponibles dans la plupart des PPS visités. Ces visites ont également permis de constater une augmentation sensible de l'utilisation de la PF dans certains postes de santé. Toutefois, ces visites de suivi ont permis d'identifier quelques contraintes, notamment la non disponibilité des fiches de consultation PF, le non respect des normes de prévention des Infections, le non respect des prix des produits contraceptifs recommandés par le MSPM.

### **Plaidoyer effectif pour des services de PF durables**

Cette deuxième année a vu l'accélération et l'extension des activités du Réseau Siggil Jigéen (RSJ) dans les sept (7) régions d'intervention. Ce plaidoyer a été organisé en différentes étapes : la formation des points focaux en plaidoyer, l'élaboration d'un plan de plaidoyer pour la promotion de la PF, la tenue de sessions de dialogue et enfin la réalisation de sessions de plaidoyer pour la résolution des problèmes majeurs identifiés lors des sessions de dialogues. Ces actions ont été soutenues par des déclarations régulières de leaders communautaires à travers les radios communautaires en faveur de la PF.

Tous les points focaux du Réseau Siggil Jigéen (RSJ) ont été installés et sont devenus opérationnels sur le terrain. Ceux-ci travaillent désormais en étroite collaboration avec les districts sanitaires et les régions médicales. Les membres du RSJ de Dakar ont bénéficié d'une orientation sur la PF, ce qui a permis la tenue d'une session de plaidoyer avec comme prétexte la conférence virtuelle sur le repositionnement de la PF.

La diffusion des messages sur la PF par le biais des médias de masse et les radios communautaires est devenue effective avec la diffusion de quarante-trois (43) émissions radios sur la PF. L'implication des religieux au cours de ces émissions a permis de clarifier la position de l'islam par rapport à la PF.

Au cours de l'année, trente-huit (38) sessions de dialogue ont été menées au niveau des centres de santé, notamment à Thiès, Saint-Louis, Kaolack et Ziguinchor. Ces sessions ont constitué un cadre de concertation entre les prestataires et la communauté et ont permis d'identifier les principales barrières à l'utilisation des services de PF<sup>6</sup>. Les sessions de plaidoyer ont permis d'obtenir des engagements pour la résolution des problèmes identifiés lors des sessions de dialogue. Ainsi, Pout a pu obtenir le recrutement d'une sage-femme par la mairie et disposer d'une nouvelle ambulance. De même, à Sédhiou, pour réduire l'incidence des accouchements à domicile, suite à la session de plaidoyer, le MCD a mis en place et diffusé un numéro de téléphone pour l'appel à tout instant d'une ambulance à partir de 22 heures dans la commune.

Les activités de plaidoyer pour la PF ont permis aussi de toucher les leaders locaux, les associations de femmes et de jeunes au niveau des quartiers. Certaines de ces organisations communautaires de base ont manifesté leur engagement à soutenir les points focaux du RSJ et à intégrer dans leur programme des séances de sensibilisation des populations sur la PF. Ces émissions radios et ces sessions de dialogue ont permis de clarifier auprès des leaders communautaires, des religieux et des populations le bien fondé de la PF.

Toutefois, la consolidation des activités du RSJ, le soutien effectif des partenaires sociaux et des partenaires au développement autour du plan de communication sur la PF constitueront les défis majeurs pour le repositionnement de la PF dans les régions.

---

<sup>6</sup> Un dossier sur ces sessions de dialogue est en cours de réalisation et permettra une documentation plus approfondie sur les résultats de ces sessions.

## Sécurisation de la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs

L'appui institutionnel apporté à la DSR a permis une meilleure coordination des actions des partenaires quant à l'achat des produits contraceptifs. Le projet a appuyé la DSR dans la revue annuelle des tableaux d'acquisition des produits contraceptifs et le suivi des commandes planifiées lors de cette revue a permis de recevoir les commandes à temps. La supervision régulière des dépôts des PRA et des districts sanitaires et l'orientation des pharmaciens régionales et de districts sur la logistique des produits contraceptifs ont permis de renforcer la disponibilité des produits contraceptifs au niveau des PPS. Avec l'appui de la PNA<sup>7</sup>, les régions médicales ont été régulièrement

approvisionnées en produits contraceptifs durant la période. Grâce à ce dispositif fonctionnel de coordination et de suivi, les ruptures en produits ont été minimisées.

Toutefois, des défis majeurs restent à relever pour accroître la performance du système. Il s'agit de rendre effectif l'intégration des produits contraceptifs dans le circuit officiel de la PNA.<sup>8</sup> En outre, la difficulté d'avoir les données réelles de consommation à partir des RTS des PPS demeure un problème récurrent auquel une solution urgente devra être apportée. Enfin, le manque d'harmonisation des prix des produits contraceptifs constitue une contrainte majeure quant à l'accès des populations aux produits.



## Mise en œuvre des stratégies avancées intégrant la PF

Dans le cadre des stratégies avancées initiées par le volet de lutte contre le paludisme, la PF a été considérée comme une partie intégrante du paquet de services à offrir aux populations lors des sorties des ICP vers les cases. Ainsi, certains districts ont commencé à expérimenter cette approche. Ces stratégies avancées intégrées proposées dans le cadre du projet permettront à terme de renforcer l'accessibilité des services de PF et d'accroître l'utilisation des méthodes contraceptives. La documentation de cette initiative est en cours.

## Élargissement de la gamme des méthodes contraceptives

L'élargissement du choix des méthodes contraceptives constitue une priorité dans le cadre du renforcement de l'offre de service PF. Cette stratégie vise à diversifier les options en matière de PF et à garantir le choix éclairé des clients. L'élargissement du choix des méthodes vise aussi à répondre aux besoins non satisfaits en matière de PF. C'est dans ce cadre que le projet a décidé d'appuyer la DSR dans l'extension de l'offre des méthodes de longue durée. Ainsi, au cours de l'année, des négociations ont été engagées avec le CEFORP pour étendre l'offre de services de Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) au niveau des districts sanitaires. Ce projet vise à assurer la formation de médecins des hôpitaux régionaux et des Centres de santé de type II sur la technique de CCV. En effet, la formation en CCV se justifie par le fait que, bien que l'utilisation de méthodes contraceptives modernes ait connu une légère amélioration (8% en 1997 et 10,3% en 2005), les besoins non

<sup>7</sup> L'approvisionnement des régions médicales en produits contraceptifs se fait en coordination avec le magasin central de la PNA et la DSR via les transferts des médicaments essentiels vers les PRA.

<sup>8</sup> Une recommandation forte a été formulée par le Ministère afin de rapprocher la PNA et la DSR pour trouver une solution.

satisfaites en PF n'ont cessé d'augmenter (28% en 1997 et 33% en 2005). Ainsi, dans la perspective du repositionnement de la PF, en particulier des méthodes de longue durée, IntraHealth a prévu d'appuyer le MSP, avec l'assistance technique du CEFORP, pour améliorer la disponibilité de la CCV au niveau des structures de référence. Les discussions avec cette institution sont en cours.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche de formation sur le site, les tuteurs ICP ont bénéficié d'une formation sur les techniques d'insertion et de retrait du DIU. En effet, bien qu'étant inscrit dans les Politiques, Normes et Protocoles en SR, le MSP n'avait pas encore pris la décision de renforcer les compétences des infirmiers en insertion et retrait du Norplant et du DIU. C'est à la suite d'un fort plaidoyer par IntraHealth que l'approbation de former les infirmiers tuteurs sur ces techniques a été donnée par la DSR, ceci dans le cadre d'une phase test. L'évaluation de cette phase pilote permettra d'avoir des arguments pour le passage à l'échelle. Le plaidoyer continue toujours pour que les infirmiers puissent bénéficier aussi d'une formation sur l'insertion et le retrait du Norplant et leur permettre ainsi d'élargir leurs compétences dans ce domaine.

Enfin, IntraHealth est aussi entrain d'appuyer la DSR dans un plan d'introduction du Jadelle et du DIU au Levonorgestrel (Mirena) au Sénégal. Ces diverses initiatives permettront à terme d'améliorer l'accès aux méthodes de PF.

## Domaine 2 : Services SMNI renforcés

Au cours de la période, l'appui institutionnel à la DSR s'est concrétisé avec la reproduction des documents de Politique, Normes et Protocoles révisés et leur dissémination, et par l'organisation de la réunion annuelle de planification des activités SR qui a permis aux régions d'élaborer des ébauches de plans de travail annuel pour l'exercice 2008.

La mise en œuvre de l'approche de formation par tutorat a démarré avec l'orientation des tuteurs et superviseurs ciblés sur le paquet intégré de services SMNI/PF/Paludisme et sur les techniques d'apprentissage et d'encadrement des adultes. Au niveau des régions, les tuteurs ont commencé à appliquer l'approche et les visites de terrain ont confirmé une bonne maîtrise des compétences par les tuteurs, notamment en ce qui concerne la pose et le retrait du DIU, et les soins de base du nouveau-né.

L'accélération des formations décentralisées sur la GATPA et les Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN) a permis de former la grande majorité des prestataires qualifiés au niveau des 5 régions SMNI. L'intégration de la GATPA et des SENN lors des formations et le renforcement des capacités des prestataires dans ces domaines a permis d'améliorer la prise en charge du couple mère-enfant au niveau des PPS dont le personnel a bénéficié de la formation. La couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié, l'application de la GATPA et des soins de base au nouveau-né sont des résultats tangibles qui ont été enregistrés. L'extension des soins après avortement (SAA), conformément aux recommandations du MSPM a démarré et permettra à terme d'améliorer l'accès à ces services.

### Appui institutionnel à la DSR

Au cours de la période, un appui a été apporté à la DSR pour la reproduction et la dissémination des documents de Politiques, Normes et Protocoles (PNP) révisés. Ainsi, un lot de **475 exemplaires de ces documents de référence** a été remis officiellement à la DSR pour une dissémination au niveau des régions. Les sessions de formation sur le tutorat et les ateliers d'orientation sur la supervision formative ont été également mises à profit pour intégrer l'orientation des membres des ECR/ECD sur ces PNP.

Par ailleurs, au mois de février 2008, le projet a contribué à l'organisation de la réunion annuelle de planification des activités SR de 2008. Cette réunion qui avait regroupé toutes les régions médicales

et les partenaires au développement, a permis de faire le bilan de l'exécution des activités SR de 2007, et d'intégrer les activités du projet dans les ébauches de Plans de Travail Annuels (PTA) des régions.

### Mise en œuvre du paquet intégré et formation sur le tutorat

Le tutorat est une approche de Formation Sur le Site qui consiste à intégrer à l'équipe de santé un prestataire appelé « tuteur/trice » pour encadrer et soutenir chaque prestataire dans l'accomplissement de ses tâches afin d'améliorer sa performance. Il accompagne également chaque prestataire dans le processus d'acquisition ou de renforcement des compétences ciblées. C'est une approche de formation qui permet de réduire les contraintes des approches traditionnelles de formation que sont l'interruption des services qui sont dégarnis lors des formations, la mobilité du personnel, l'insuffisance de l'implication des superviseurs, la non application des compétences acquises, l'inadéquation entre les besoins réels des prestataires et les formations effectuées, la sélection inadéquate des participants aux formations, etc. Le tutorat sera testé au niveau de 5 régions et les résultats de l'évaluation finale seront partagés avec le MSP.

Le paquet de ressources développé dans le cadre la formation sur le tutorat a été finalisée et partagé avec le MSP. Il s'agit du document de description de la stratégie, du guide du facilitateur, du manuel du tuteur, du manuel du superviseur, du manuel du prestataire et du paquet d'outils pour l'auto évaluation. En effet, dans le cadre de la mise en œuvre du paquet intégré SMNI/PF/paludisme, IntraHealth accorde une place centrale au renforcement de la qualité des services. C'est ainsi qu'une approche novatrice a été intégrée dans le Tutorat. Il s'agit d'un paquet d'outils simple et pratique qui



aide le prestataire de manière effective à identifier lui-même les écarts de qualité dans les services qu'il offre, à développer des plans d'actions à court, moyen et long terme pour améliorer la qualité des services et à faire le suivi de l'amélioration de la qualité des services au fil du temps. Il met ainsi l'accent sur l'analyse des écarts de qualité et sur la résolution des problèmes identifiés. Les régions de Thiès, Louga, Dakar, Saint-Louis et Kaolack ont été retenues pour tester l'approche de formation par tutorat sur le paquet intégré de services SMNI/PF/Paludisme.

Ainsi, un pool de **72 tuteurs et superviseurs** dont 9 hommes et 63 femmes est disponible pour la mise en œuvre du Tutorat. Les tuteurs ont été sélectionnés par les équipes cadre de région et de district sur la base de critères définis. La sélection a été validée par une équipe du niveau central (DSR/IH) et **sept (7) sessions de formation** ont été organisées au niveau régional au cours de l'année et ont permis de renforcer les compétences techniques et de coaching des trente-cinq (35) tuteurs et de leurs trente-sept (37) superviseurs. Il convient de noter l'implication des écoles régionales de formation et des maîtresses sages-femmes des hôpitaux lors des formations régionales ; Par ailleurs, tirant les leçons des étapes antérieures, la stratégie de mise en œuvre du tutorat a été réajustée pour garantir les chances de succès de cette approche et réduire les coûts liés à sa mise en œuvre. Ainsi, le contenu de la formation sur le paquet a été réduit. Les régions de Thiès, Saint-Louis, Louga, Kaolack et Dakar ont été retenues pour la mise en œuvre de l'expérience pilote et chaque tuteur aura à encadrer les prestataires dans 2 à 3 PPS par an.

La formation des prestataires à travers le Tutorat a effectivement démarré dans quatre **(4) centre de santé** de grande envergure de la région de Thiès (Thiès, Mbour, Joal et Tivaouane), **cinq (5) postes de santé** de la région de Saint-Louis et dans **sept (7) centres de santé** de la région de Dakar.

Les visites de suivi post formation des tuteurs et superviseurs ont indiqué une bonne maîtrise et une application effective des compétences acquises, une amélioration de l'environnement de travail des tuteurs, un encadrement effectif du personnel de leur site.

## Renforcement de la capacité des prestataires sur la GATPA et les Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN)

L'intégration de la GATPA et des SENN dans le module de formation sur la surveillance de l'accouchement a été l'innovation majeure introduite dans le projet. Grâce à la formation des formateurs initiés en l'An 1 du projet, toutes les régions ont pu disposer d'un pool de formateurs locaux qui ont su mettre en œuvre les plans régionaux de formation avec l'appui ponctuel d'agents de la DSR et du projet. L'utilisation des compétences locales, notamment des pédiatres et gynécologues officiant au niveau régional a permis de booster les sessions de formation décentralisées. Ainsi, au cours de la période, **504 prestataires ont ainsi vu leurs capacités renforcées en GATPA et en prise en charge du nouveau-né.**

Les visites de suivi post formation sont devenues effectives et ont permis de noter à la fois une bonne connaissance et une bonne application des procédures de la GATPA. En effet, les données issues des interviews des prestataires lors de la 1<sup>ère</sup> visite de suivi post formation ont confirmé une bonne connaissance des procédures chez les agents formés : administration intramusculaire de l'Ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement (95%) ; traction contrôlée du cordon ombilical (86%) ; massage utérin (87%). De plus, les résultats ont indiqué : i) que pour 83% des accouchements observés lors de ces visites, les gestes clés avaient été respectés par les prestataires : administration de l'Ocytocine (98%) ; traction contrôlée du cordon (88%) ; massage utérin (95%).

Par ailleurs, les résultats de cette première visite de suivi avaient montré une bonne connaissance et maîtrise des procédures de la prise en charge du nouveau-né au moment de l'accouchement. Il ressort de ces données que 91% des prestataires interviewés avaient citées le maintien de la température parmi les gestes clés qui permettent de renforcer la survie du nouveau-né. Ce pourcentage était de 88% pour les soins du cordon, 80% pour la mise au sein précoce ; 89% pour l'administration du collyre antiseptique et 72% pour l'administration de la vitamine K1. Les données d'observation indiquaient aussi une bonne application des procédures de prise en charge du nouveau-né : dans 87% des cas observés, le maintien de la température a été suivi ; 92% pour la mise au sein précoce ; 81% pour les soins du cordon ; 92% pour l'administration du collyre antiseptique et 69% pour l'administration de la vitamine K1.

**5 étapes qui sauvent la mère et le nouveau-né**

Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA) et Soins Essentiels au Nouveau-Né (SENN)

- 1. Se préparer avant la naissance**
  1. Vérifier que tout le matériel nécessaire pour les soins maternels et néonataux est rassemblé et est fonctionnel
  2. Assurer un environnement propre et chaud
  3. Demander l'assistance d'un aide
  4. Expliquer à la mère ce que l'on va faire
  5. Se laver les mains à l'eau et au savon
  6. Porter des gants
- 2. Commencer les soins immédiats au nouveau-né après la naissance**
  1. Poser le nouveau-né sur le ventre de la mère en contact peau à peau
  2. Essuyer le nouveau-né avec un linge propre et sec, changer le linge mouillé
  3. Vérifier la respiration et la coloration et le réanimer au besoin
  4. Clamper et sectionner le cordon 2 à 3 minutes après la naissance
  5. Garder le nouveau-né au chaud sur la poitrine de sa mère en contact peau à peau bien couvert de la tête aux pieds avec un linge propre et sec
- 3. Appliquer la GATPA**
  1. Palper le ventre de la mère pour exclure la présence d'un second fœtus
  2. Administrer 10 UI d'ocytocine en IM dans la minute qui suit la naissance
  3. Clamper le cordon près du périnée
  4. Effectuer une traction contrôlée du cordon en même temps en exerçant une contre pression sur l'utérus au moment d'une contraction
  5. Faire un massage utérin à travers la paroi abdominale immédiatement après la Délivrance
  6. Examiner le placenta et surveiller la patiente toutes les 15 minutes pendant 02 heures (Globe utérin, pous, tension artérielle, saignements...)
- 4. Poursuivre les soins immédiats au nouveau-né après la GATPA**
  1. Aider la mère à mettre le nouveau-né au sein dans l'heure qui suit la naissance
  2. Effectuer les soins du cordon propre et sec sans pansément
  3. Administrer une goutte de collyre antiseptique dans chaque œil dans l'heure qui suit la naissance
  4. Administrer de la vitamine K1
  5. Assurer les soins au nouveau-né de mère atteinte de pathologie spécifique dont le VIH
  6. Identifier le nouveau-né à l'aide d'un brassard
  7. Différer le bain du nouveau-né d'au moins 6 heures après la naissance
  8. Garder le nouveau-né au chaud auprès de sa mère
- 5. Veiller sur le nouveau-né et sur la mère**
  1. Effectuer un examen systématique du nouveau-né et de la mère 1 heure après l'accouchement
  2. Surveiller le nouveau-né et la mère toutes les 15 minutes pendant au moins 2 heures après l'accouchement
  3. Effectuer la visite Post Natale de la mère et du nouveau-né avant leur sortie de la maternité entre j1 et j3 (CPON1)

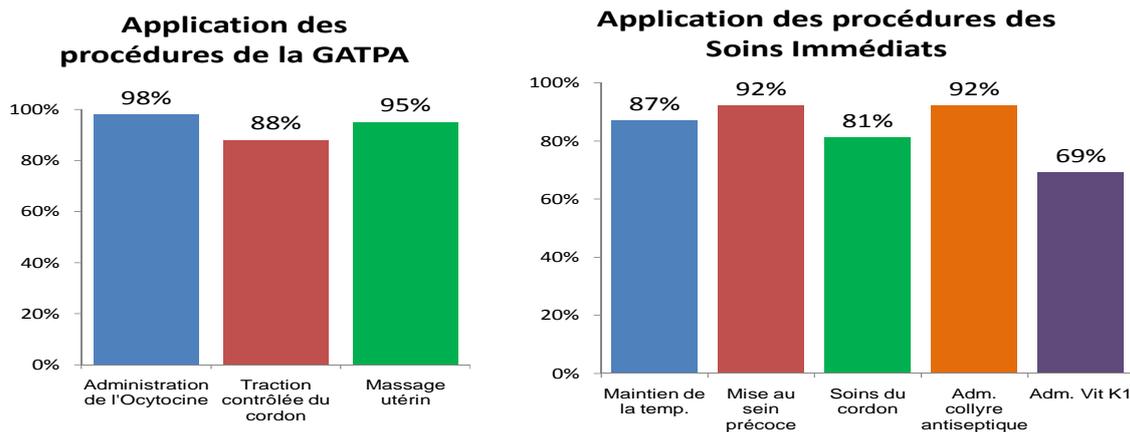
**TOUT AU LONG DU PROCESSUS**

1. Communiquer avec la mère
2. Respecter les règles universelles de prévention des infections
3. Enregistrer tous les soins et actes effectués sur les supports destinés à cet effet

USAID, DSR, Juin 2008 - Contact: (221) 33 821 71 55

L'introduction de la GATPA et des SENN a eu un effet positif sur les services. Les données de routine indiquent une amélioration de la couverture des accouchements par voie basse avec GATPA. Le nombre d'accouchements sous GATPA est passé de 3.751 en 2007 à 46 565 en 2008 ; la proportion d'accouchements sous GATPA n'a cessé d'augmenter au cours de l'année, passant de 13% au 1<sup>er</sup> trimestre, à 26% au 2<sup>nd</sup> trimestre et à 38% au 3<sup>ème</sup> trimestre. Cette priorité accordée à la GATPA a permis d'enregistrer un taux de réalisation très élevé de l'objectif annuel fixé. En effet, le taux de réalisation est de 582 % par rapport à l'objectif fixé pour 2008. Il en est de même pour la prise en charge des nouveau-nés. Le nombre de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats est passé de 5.552 en 2007 à 160 122 en 2008 ; on observe par ailleurs, un taux de réalisation de 213 % par rapport à l'objectif fixé pour 2008.

L'introduction de la GATPA et des SENN a eu des effets induits sur la qualité de la prise en charge des accouchements au niveau des structures ; le taux de réalisation de l'objectif relatif aux accouchements assistés par un personnel qualifié est de 160% au troisième trimestre. Grâce à l'approche intégrée de formation<sup>9</sup> qui a été mise en œuvre, l'engagement des prestataires à promouvoir les accouchements assistés dans les structures s'est traduit par une nette amélioration de la couverture des assistés. La proportion des accouchements assistés est passée de 47% au 1<sup>er</sup> trimestre à 54% au 2<sup>nd</sup> trimestre et à 77% au 3<sup>ème</sup> trimestre. Cette approche innovatrice a également eu des effets induits sur l'application des nouvelles directives pour la consultation postnatale à J3 ; le taux de réalisation du nombre de consultation postnatale entre J1 et J3 est de 122 % en 2008.



### Renforcement des compétences des prestataires sur les Soins Après Avortement (SAA)

L'offre de services de Soins Après Avortement (SAA) a été testée et introduite au Sénégal en 1997 – 98 avec l'appui des partenaires au développement. Depuis 2000, le programme est dans une phase d'extension et en 2007, une évaluation de la mise en œuvre du programme a été conduite par le Population Council avec l'appui financier de l'USAID. Une des recommandations de cette évaluation était de poursuivre l'appui pour améliorer l'accès et la qualité des services de SAA.

En effet, l'USAID avait appuyé le renforcement des compétences des prestataires de 5 régions en SAA de 2003 à 2005. Depuis lors, de nouveaux prestataires ont été recrutés et affectés au niveau des centres de district et pour assurer la continuité des services de SAA au niveau de ces centres de

<sup>9</sup> Dans un souci de rationaliser les ressources et de donner plus d'impact aux activités de formation, les formations axées sur le leadership et la responsabilisation ont été intégrées comme porte d'entrée aux sessions de formation sur la GATPA. Cette intégration a permis de faire le plaidoyer pour une prise en charge des accouchements par le personnel qualifié.

santé, IntraHealth appuie le MSP à travers la DSR pour renforcer les compétences en SAA y compris l'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) des prestataires qualifiés (sages-femmes et infirmières) des centres de santé nouvellement recrutés ou affectés. C'est ainsi qu'il était prévu d'appuyer au niveau des 5 régions de Thiès, Kaolack, Louga, Ziguinchor et Kolda, la formation de 75 prestataires en 9 sessions de formation au niveau régional. Les 2 premières sessions se sont tenues du 16 au 20 juin et du 30 juin au 4 juillet 2008 respectivement au centre de santé de Mbour et au centre de santé de Thiès. Dix-neuf (19) sages-femmes ont été formées.

### **Développement et diffusion des supports d'aide au travail sur le paquet SMNI/PF**

Des job aids ont été élaborés et mis à la disposition des prestataires afin de leur rappeler certaines procédures dans le cadre leurs tâches quotidiennes. Ainsi, un paquet de ressources du prestataire sur la PF a été développé et reproduit en **300 exemplaires**.

Ce paquet comprend :

- Une affiche verte « Connaissez-vous vos options de planification familiale ? »
- La liste de contrôle « Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est enceinte »
- La liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA<sup>10</sup>
- La liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage des COC
- La liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DIU
- La fiche des critères de recevabilité de l'OMS
- Un bloc de carnet de chaque liste de contrôle pour la pratique<sup>11</sup>
- Le livret sur la gestion des rumeurs en PF

Une affiche sur la GATPA et les soins essentiels du nouveau-né intégrés a été élaborée avec la DSR et partagée avec l'USAID, BASICS Washington et le POPPHI. L'affiche est en cours de finalisation avec la prise en compte des différents feedback transmis.

Une affiche sur la gestion logistique des produits contraceptifs a été mise en place lors des missions de supervision des dépôts de districts et des PRA.

### **Autres activités**

L'équipe d'IntraHealth a eu à participer activement au cours de l'année 2008 à plusieurs instances de concertation et de planification des activités relatives au programme national de SR.

Ainsi :

1. Dans le cadre du suivi des activités de la feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, IntraHealth a appuyé la Division de la Santé de la Reproduction (DSR) dans l'organisation d'un atelier de planification des activités de SR pour la période 2008. L'atelier qui s'est tenu du 13 au 15 février 2008 à Dakar a regroupé l'ensemble des MCR, Coordinatrices SR, SSP des 11 régions médicales du Sénégal, la Direction de la Santé, la DANSE, la DLSI, le PNL, le SNIS, le DES, le DSSP, les Partenaires, la CGO, le CEFORP. Les Objectifs de l'atelier étaient de :

- Renforcer le suivi des activités de SR

---

<sup>10</sup> Les listes de contrôle sont celles produites par FHI

<sup>11</sup> Les blocs de carnets permettront de suivre le taux d'utilisation des listes de contrôle par les prestataires, chaque bloc étant pré numéroté.

- Renforcer la coordination des activités de SR de 2008 en assurant la synergie dans la planification des activités
- Identifier les goulots d'étranglement et proposer des stratégies correctrices.

Ainsi, chaque région a présenté le bilan des activités de SR (2007) de même que son plan de travail Annuel (PTA)

2. IntraHealth a participé activement au courant de la période de Juin à août 2008 au processus d'élaboration du deuxième **Plan Décennal II 2009 – 2018** du Ministère de la Santé et de la Prévention. IntraHealth a ainsi participé à la réunion d'orientation et a contribué aux travaux de commission qui ont duré de Juin à juillet 2008. Ces réunions ont permis d'analyser la situation actuelle de la santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent, de faire la cartographie des interventions en cours, d'évaluer leurs performances, d'identifier les goulots d'étranglement, de tirer les leçons. Enfin, les actions à entreprendre ont été identifiées. Le 1<sup>er</sup> draft du plan décennal est attendu le 30 octobre 2008.
3. IntraHealth a apporté son appui technique dans l'élaboration et la mise en œuvre des recherches initiées par la DSR avec l'appui financier et technique du Projet santé Communautaire de l'USAID. Il s'agit de :
  - « L'Etude sur la prévention de l'hémorragie du post partum immédiat dans les postes de santé par l'administration du Misoprostol » dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge de l'accouchement en milieu communautaire. IntraHealth a beaucoup contribué dans l'orientation technique de cette étude qui doit se dérouler au niveau des cases de santé avec les matrones. Un contrat de partenariat a été élaboré entre les différentes parties prenantes que sont Abt Associates, CCF, IntraHealth, CEFORP et DSR. Le protocole a été soumis au comité d'éthique pour approbation.
  - IntraHealth a participé aux différentes réunions du comité de pilotage sur l'étude sur l'offre initiale de pilule par les matrones, notamment au moment de l'élaboration et de la validation des outils de formation. IntraHealth a veillé à l'intégration des meilleures pratiques (listes de contrôle, période de grâce des injectables, directives en cas d'oubli de pilules, approvisionnement en plaquettes de pilules) dans le matériel de formation des matrones.
  - IntraHealth a contribué à la mise en œuvre de l'étude sur la mobilisation communautaire autour des SAA. IntraHealth a appuyé le choix des sites test, l'élaboration du matériel de formation et la formation des formateurs.
4. Dans le cadre du repositionnement de la PF au Sénégal, IntraHealth a participé activement aux travaux du comité technique de pilotage chargé de développer le modèle RAPID comme outil de plaidoyer pour la promotion de la PF.
5. Enfin, IntraHealth a participé également à l'atelier de réorganisation du système national de pharmacovigilance qui s'est tenu à Thiès au mois de juin 2008. La pharmacovigilance est une partie essentielle du système d'assurance qualité des médicaments au Sénégal.

### **Domaine 3 : Communication et création de la demande**

**Le plan national de communication sur la PF** a été partagé et validé par le MSP et son appropriation par le MSP est effective. En effet, on a noté une implication réelle du cabinet du Ministre, à travers son conseiller en communication, dans les activités préparatoires de la campagne nationale de PF. Par ailleurs, ce plan a fait l'objet d'un partage avec les membres du comité national de lutte contre la mortalité maternelle et au cours d'une réunion de coordination du MSP.

La composante SMNI/PF/Paludisme a appuyé la DSR dans le développement d'une **campagne nationale de promotion de la PF comme un style vie**. Le brief de la campagne a été élaboré et les démarches entreprises auprès des agences de communication de la place, ont permis d'avoir aujourd'hui des propositions d'outils qui comprennent un logo, un slogan, une campagne incitation à l'information déclinée en spot TV, radio et affichage et une campagne testimoniale. Un film documentaire sur la PF a été réalisé avec l'appui du projet et a été diffusé lors de la Journée



Nationale PF, deux fois à la RTS à des heures d'écoute relativement élevée et aussi lors du forum régional de Thiès. De même, cette année deux artistes se sont engagés pour appuyer la campagne: Didier Awadi a réalisé deux spots pour la lutte contre la mortalité maternelle et la promotion de la PF et Pape Diouf, a fourni un jingle pour la campagne. Dans le même sens, la région de Thiès a tenu un forum régional pour le repositionnement de la PF lors des consultations médicales annuelles organisées par le Ministère de la Santé et de la Prévention.

Le lancement de la campagne nationale de promotion de la PF a été couplé avec l'organisation de la **Journée Nationale de la PF** tenue au Méridien Président. Cette cérémonie a permis une forte mobilisation des décideurs et des leaders autour de la PF. Ainsi, le MSPM, les parlementaires, les journalistes et les artistes présents lors de cette cérémonie ont manifesté leur engagement à soutenir la mise en œuvre de cette campagne et les actions de repositionnement de la PF. L'appropriation de cette campagne par les régions est également en cours avec le lancement à Thiès de la campagne régionale de promotion de la PF. Suite à ce lancement, les RM sont en train à leur tour de se doter d'un plan régional de communication et de mettre en œuvre certaines activités pour le repositionnement de la PF.

Au niveau opérationnel, les radios communautaires sont de plus en plus sollicitées pour la promotion de la PF. Le témoignage des utilisatrices satisfaites lors des foras sur la PF ont largement contribué à sensibiliser les populations sur l'utilisation de la PF, notamment des implants et du DIU.

La combinaison de ces différentes approches de communication, notamment les émissions radios, les sessions de dialogue et les foras, a permis de toucher au cours de l'année près de six (6) millions de personnes. Le défi majeur sera de maintenir ce mouvement de communication enclenché jusqu'au niveau district et d'amener toutes les parties prenantes à l'intégrer.



L'élaboration du **Paquet Future Maman** a démarré avec la Région Médicale de Kaolack qui a choisi de mettre en œuvre le paquet Future Maman et les clubs Jeunes Mamans. Le contenu du paquet a été élaboré au mois d'août, les étapes et la méthodologie ont été définies pour la mise en place de 32 clubs Jeunes Mamans de même que les modalités de dissémination du Paquet Future Maman. Les prochaines étapes seront l'identification des outils les plus conviviaux et les plus rationnels en partant de ce qui existe déjà.

## Domaine 4 : Renforcement du système de santé dans un environnement décentralisé

Des résultats tangibles ont été enregistrés dans le domaine du renforcement du système de santé. L'appui aux régions médicales et districts à la collecte active des données et à l'organisation des revues régulières des données a contribué à améliorer la disponibilité des données SR et à un meilleur suivi de la performance du programme SR en général et des indicateurs de performance de la composante SMNI/PF/Paludisme. Le système national d'information sanitaire a été renforcé à travers l'adoption d'une liste harmonisée des indicateurs qui permettra de collecter des informations standardisées au plan national. La mise en place des outils de gestion révisés et l'orientation des membres des ECR/ECD sur le système national d'information sanitaire demeurent des acquis importants qui permettront au MSP de mieux répondre aux besoins actuels d'information du programme de SR.

Avec l'orientation des membres des ECR/ECD sur la grille de supervision formative, le système national de supervision des activités a été redynamisé. Toutes les régions qui ont été orientées ont proposé un plan de supervision des PPS qui a commencé à être mise en œuvre au niveau de la région de Louga. L'orientation des prestataires sur l'approche de leadership a été initiée dans tous les districts et le processus de reconnaissance publique de la performance a été engagé dans quelques districts de la région de Ziguinchor. L'intégration dans les autres sessions de formation de l'approche de leadership comme une approche transversale a apporté une plus valeur qui permis de renforcer le système de santé. Ceci a permis de faire un plaidoyer pour renforcer le sens de la responsabilité chez les agents formés.

### Renforcement du système d'information sanitaire

Au cours de la période des actions importantes ont été menées dans le cadre du renforcement du système d'information sanitaire. Le projet a ainsi appuyé le MSPM, principalement la DSR et le SNIS dans le processus d'harmonisation des indicateurs de suivi du programme national de SR. Actuellement, le MSPM dispose d'une liste harmonisée d'indicateurs qui a été adoptée et disséminée aux niveaux national et régional, et qui aidera à collecter des informations standardisés au plan national. Ce document servira de référence pour le suivi du programme national SR.

Les principaux supports de collecte, notamment les registres<sup>12</sup> et rapports d'activités<sup>13</sup> ont été révisés pour intégrer les nouveaux besoins en information du programme national de SR et surtout pour pouvoir documenter les interventions novatrices telles que les soins essentiels du nouveau-né, la GATPA, les accouchements assistés par un personnel qualifié. Ces outils ont été validés lors d'un atelier national tenu à Thiès en mars 2008. Le projet a appuyé l'ensemble des districts du pays pour la mise à disposition d'une dotation initiale couvrant une période de six (6) mois. Ces supports ont été réceptionnés officiellement par le MSPM le 26 septembre 2008. L'ensemble des membres des ECR/ECD à savoir les superviseurs SSP, les coordinatrices SR de région et districts ainsi que les maîtresses sages-femmes des centres de santé et des hôpitaux ont reçu une formation sur le système d'information sanitaire en général et plus spécifiquement sur le remplissage des outils de gestion révisés. **Cent cinquante sept (157) membres des ECR/ECD** ont ainsi reçu cette formation.

L'appui donné aux régions médicales et districts pour l'organisation de réunions trimestrielles de revue axées sur les données SR et pour la collecte active a permis d'améliorer de façon significative la disponibilité et la qualité des données SR. Ces rencontres ont contribué à sensibiliser les membres des ECR/ECD sur l'importance programmatique des données.

<sup>12</sup> Il s'agit : du registre de consultation générale, du registre de consultation prénatale, du registre d'accouchement, du registre de consultation postnatale, du registre PF et du registre de Soins Après Avortement.

<sup>13</sup> Il s'agit du rapport de la zone de responsabilité du poste de santé, du rapport du centre de santé et du rapport du district.

La base de données pour le suivi de la performance du programme est en cours de développement. Une base de données Excel a été développée et son processus d'adaptation sous un logiciel libre a été envisagé pour le courant du 1<sup>er</sup> trimestre de l'an 3 du projet. Cette base sera couplée avec une base de données cartographique.

La réflexion technique sur le système d'échange automatique de données a été initiée et des propositions techniques pour rendre opérationnel ce système sont à l'étude.

### **Renforcement du système de supervision**

La grille de supervision formative des activités SR a été révisée et validée lors d'un atelier national tenue à Thiès au mois de mai 2008). Cette grille intégrée a été adaptée pour mieux tenir compte des éléments du paquet SMNI/PF/paludisme. Elle prend également en compte les éléments de la supervision logistique des produits SR et ceux du système d'information sanitaire. Une journée de partage et de mise à niveau sur la supervision formative a regroupé les acteurs nationaux (DSSP, DSR, CGO et permis d'échanger sur la méthodologie de la supervision formative. L'orientation des membres des ECR sur la supervision formative a démarré au niveau des régions de Diourbel, Dakar, Thiès, Louga, Kaolack, Ziguinchor et Fatick qui disposent désormais d'un pool de superviseurs capacités pour mettre en œuvre les visites de supervision des PPS. Ces ateliers d'orientation sur la supervision formative ont été couplés avec la dissémination des PNP. Toutes les régions qui ont reçu la formation ont proposé un calendrier de supervision. La supervision des PPS a démarré au niveau de la région de Louga dans les districts de Dahra et Linguère. Cinquante-neuf (59) PPS ont bénéficié de la supervision formative. Il convient de souligner ici la parfaite appropriation du processus par la DSR qui assure la coordination, le suivi et l'appui technique aux régions médicales dans la mise en œuvre du plan de supervision.

A côté de la supervision formative intégrée qui a commencé à être opérationnalisée sur le terrain, le projet a initié, à travers les visites de suivi post formation, un plan de suivi des approches innovatrices, notamment le tutorat, la GATPA et les SENN. Ces visites axées sur le suivi des compétences acquises dans le cadre des formations ont été très utiles pour la documentation de ces approches et ont permis de réajuster les interventions sur la base des leçons apprises. Toutefois, les contraintes de calendrier des acteurs n'ont pas permis de respecter le plan de suivi des prestataires formés.

Les orientations pour l'an 3 seront de : i) rendre fonctionnel les différents niveaux de supervision ; ii) de rendre effective la supervision des PPS ; iii) d'utiliser les résultats de la supervision formative à des fins programmatiques.

### **Renforcement du leadership et de la transparence chez les prestataires**

Suite à l'orientation des membres des ECR/ECD intervenue au cours de l'an 1 du projet, le processus de mise en œuvre du cycle de responsabilisation s'est poursuivi. Sur un total de 41 districts ciblés 25 districts ont adopté des référentiels sur la SMNI/PF/Paludisme et 25 districts ont également définis des performances attendues pour les prestataires et/ou membres des ECR/ECD. Tous les districts ont démarré l'orientation des prestataires sur le leadership. Au total **566 prestataires** ont été orientés sur cette approche. Tous les districts des régions de Kolda, Ziguinchor et Louga (hormis Kébémér) ont partagé avec les acteurs les rôles et responsabilités ainsi que les performances désirées. La préparation des cérémonies de reconnaissance publique de la performance est en cours dans beaucoup de districts et les critères de sélection des lauréats basés sur l'atteinte des référentiels ont été partagés au niveau de certaines zones. Au niveau de la région de Ziguinchor, les districts de Thionck Essyl et Ziguinchor qui ont bouclé le cycle ont planifié leurs cérémonies de reconnaissance après la saison des pluies. Les lauréats sont même déjà connus dans certaines localités.

Au cours de l'an 3, la vulgarisation des performances et des référentiels au niveau des PPS et auprès des communautés sera la priorité. L'appropriation du processus par la DSR et les ECR/ECD sera également un des défis à relever durant cette période.

## **Domaine 5: Lutte contre le paludisme**

Au cours de la période, de nombreuses réalisations ont été faites dans le domaine de l'accès aux soins de qualité des populations.

L'appui institutionnel apporté au PNLP et à la DSR a permis d'améliorer les revues des données par la révision des instruments de collecte des données dans le sens d'une meilleure analyse au niveau opérationnel. Un appui conséquent a été apporté à la conception, la reproduction et la mise en place des outils d'aide au travail dans le domaine du TPI chez la femme enceinte, l'utilisation des tests de diagnostic rapide, la prise en charge du paludisme simple et grave. De même, dans le cadre de l'amélioration du traitement préventif intermittent, la mise en place dans tous les PPS du secteur public du Sénégal de seaux à robinet et gobelets a été effectué pour rendre effectif le TDO. Dans le cadre du renforcement des capacités des prestataires, 1.804 prestataires (1019 hommes et 785 femmes) ont été formés dans le domaine du paludisme dans les domaines du suivi évaluation des programmes de santé, du diagnostic biologique du paludisme, dans la prévention et la prise en charge du paludisme intégrant le TPI et la communication interpersonnelle.

La mise en œuvre de la distribution gratuite des MILDA dans les 31 districts des régions de Ziguinchor, Diourbel, Fatick, Kaolack et Thiès a permis de distribuer 678.556 MILDA aux enfants de 6 à 59 mois.

Afin d'améliorer l'accès des populations à des soins de qualité, 33 districts sanitaires ont bénéficié d'un appui aux stratégies avancées intégrées des infirmiers chef de poste vers les cases de santé. Le contenu de ces stratégies avancées était constitué par la vaccination, les consultations prénatales avec TPI et distribution de coupons de réduction des MILDA, les consultations postnatales et la distribution de pilules, injectables, condoms dans les cases de santé.

Dans le cadre de la gestion des données, un appui a été apporté pour la révision des outils de à la reproduction et à la dissémination des outils de gestion intégrant les dernières mises à jour dans le domaine de la SR.

Un appui à la supervision des prestataires a été apporté et un programme de supervision conjointe PNLP et IntraHealth est entrain d'être soutenu dans les districts à faible performance.

Dans le domaine de la communication, un appui technique a été apporté au PNLP pour l'élaboration d'un plan de communication, la conception et la diffusion de spots et l'appui aux régions médicales pour l'élaboration et la mise en œuvre de campagnes d'information et d'éducation des populations sur le paludisme.

Les principales réalisations enregistrées au cours de la période dans le domaine de la lutte contre le paludisme ont porté sur :

### **Appui institutionnel au PNLP**

Le projet a contribué au renforcement de la fonctionnalité des instances de coordination, de suivi et de planification des activités de lutte contre le paludisme. Cet appui s'est matérialisé à travers une participation effective à toutes les réunions du comité de pilotage et au fonctionnement des cadres sectoriels ainsi qu'aux revues du programme. Cet appui s'est concrétisé par ailleurs, à la contribution aux travaux du comité technique chargé de réviser les outils de collecte des données. Pour rendre leur utilisation plus aisée au niveau opérationnel. Le projet a aussi appuyé les réunions du PNLP dans le cadre de la planification des activités des projets P15 et ABCD. La contribution du projet a également porté sur l'élaboration de documents stratégiques tels que le plan stratégique, le rapport d'évaluation de l'An1 du fonds mondial, l'élaboration des requêtes au Fonds Global, le document stratégique sur l'introduction des TDR, l'ordinogramme des TDR. IntraHealth a joué un rôle actif dans le cadre des activités du comité technique chargé de la conception de la stratégie d'organisation de la campagne de distribution gratuite des MILDA et dans la conception des outils de gestion de cette campagne. IntraHealth aussi appuyé le programme dans la conception de l'étude pilote d'introduction de la PECADOM et dans la formation des distributeurs de soins à domicile.

## Développement des supports d'aide au travail

IntraHealth a apporté un appui au programme à travers l'organisation en mars 2008 d'un atelier de production des supports d'aide au travail et de révision des supports de formation. Cet atelier a permis de concevoir et d'avoir un consensus autour des jobs aids ci-dessous :

- Une affiche sur la prise en charge du paludisme simple
- Une affiche sur la prise en charge du paludisme grave
- Une affiche sur le traitement intermittent du paludisme chez la femme enceinte

Toutes ces affiches ont été conçues et validées par l'USAID et le PNLP. Par ailleurs, des fiches d'information des clients sur les ACT ont été produites. De même, 5.000 ordonnanciers intégrant les directives nationales de prise en charge du paludisme, des messages sur la prévention du paludisme à l'intention des prestataires et aussi des clients ont été produits. On peut en outre mentionner dans ce domaine, la production d'une affiche ordigramme sur l'utilisation des TDR et l'appui au SNIS dans la reproduction des registres SR et des rapports d'activités intégrant les informations du programme sur le paludisme.

Dans le cadre de la promotion de l'utilisation du TPI selon les normes, des commandes de 30.000 tasses à jeter pour le Traitement Directement Observable de la SP et de 1.500 seaux à robinets avec des messages sur le TPI et l'hygiène de l'eau ont été effectués et ce matériel a été distribué au niveau des PPS.



Affiches Paludisme 70x85 cm

## Identification des référentiels sur le paludisme

Dans le cadre de la mise en œuvre du PMI, des sessions d'orientation sur le leadership ont été organisées au niveau des régions de Diourbel, Fatick, Matam et Tambacounda. A l'intention des membres des ECR/ECR. Ces sessions ont permis à ces régions d'identifier des référentiels<sup>14</sup> dans le domaine de la lutte contre le paludisme.

## Formation recyclage des prestataires sur le paludisme

Un atelier national d'élaboration du contenu pédagogique pour la formation des prestataires sur la prise en charge du paludisme, le TPI, la gestion des stocks et la communication interpersonnelle a été tenu en mars et a permis d'élaborer :

- Un module en communication interpersonnelle sur la prise en charge du paludisme intégrant les nouvelles orientations du PNLP

<sup>14</sup> Cf. document en annexe

- Un manuel de formation des techniciens de laboratoire

Ce curriculum de formation a été testé dans le district de Sédhiou en avril 2008.

L'approche de formation utilisée a été une formation en cascade avec d'abord la formation des membres des ECR/ECD comme formateurs et la formation décentralisée des prestataires au niveau des districts. Ainsi, **deux cents soixante-onze (271) membres des ECR/ECD** (dont 171 hommes et 100 femmes) ont bénéficié d'une formation des formateurs sur le curriculum intégré de formation sur la prévention, la prise en charge et la communication interpersonnelle. Dix (10) sessions de formation de formateurs ont été réalisées à Thiès, Tambacounda, Kaolack, Matam, Fatick, Diourbel, Ziguinchor, Louga et Saint-Louis. La formation des prestataires qui a suivi a permis de toucher **1.470 prestataires** à ce jour (dont 814 hommes et 656 femmes)

### **Renforcement des capacités de diagnostic au niveau des régions**

**Cinquante-cinq (55) techniciens** de laboratoire (dont 28 hommes et 27 femmes) ont reçu une formation sur le diagnostic biologique du paludisme à Thiès (Section de Lutte Antiparasitaire)



### **Appui à la supervision formative des PPS axée sur le paludisme**

Au cours de la période novembre-décembre 2007, une supervision conjointe PNLP-PMI-IntraHealth a été réalisé auprès d'un échantillon de vingt-deux (22) centres de santé et quarante-quatre (44) postes de santé. Les résultats de la supervision ont montré comme points forts : i) disponibilité de prestataires formés dans le domaine du paludisme, sur l'utilisation des TDR ; ii) un système d'approvisionnement des intrants correct ; iii) une bonne disponibilité des TDR ; iv) l'application effective des directives sur le diagnostic et la prise en charge du paludisme.

Parmi les points faibles, la supervision a révélé, entre autres : i) la non disponibilité et le non respect de l'ordinogramme ; ii) les ruptures d'ACT et de TDR liées souvent au non respect des directives en matière de gestion logistique ; iii) faible confiance de certains prestataires par rapport à la fiabilité du test ; iv) les mauvaises conditions d'hygiène lors de l'administration du TDO ; v) la non application du TDO ; vi) la communication interpersonnelle insuffisante sur le TPI et la prescription des Moustiquaires imprégnées lors de la CPN ; l'insuffisance dans la tenue des outils de gestion. La supervision des laboratoires a par ailleurs révélé que : i) une faible implication des laborantins dans la supervision des postes de santé ; ii) la faiblesse du contrôle de qualité ; iii) l'insuffisance du personnel d'appui au niveau du laboratoire.

Pour les districts à problème, un plan de suivi ciblant ces districts a été développé avec l'appui du projet. Ces visites de supervision ont été mises à profit pour distribuer les supports d'aides au travail (ordinogrammes sur les TDR, seaux à robinets pour le TPI).

Les visites de supervision ont ciblé aussi les laboratoires. Ainsi, à l'issue de leur formation, les cinquante-cinq (55) techniciens de laboratoire ont bénéficié d'un suivi post-formation et trente-huit (38) d'entre eux ont reçu un microscope ainsi que les intrants nécessaires pour le diagnostic du paludisme.

### **Appui aux régions médicales pour la revue des données SR/paludisme**

Dans le cadre du projet de lutte contre le paludisme, un appui a été donné aux régions médicales pour l'organisation de réunions trimestrielles de revue des données SR. Ces réunions qui ont démarré aux niveaux de sept (7) régions ont été étendues aux quatre (4) autres régions PMI. Ces rencontres

axées sur la gestion et l'utilisation des données ont permis de renforcer la disponibilité des données et surtout de démontrer l'intérêt pour les prestataires et les membres des ECR/ECD d'avoir des données fiables et de les utiliser à des fins programmatiques.

### **Formation du personnel cadre du MSPM sur le suivi et l'évaluation des programmes**



Dans le cadre du renforcement des capacités du personnel du MSP en suivi et évaluation des programmes de santé, le projet a sponsorisé la participation de huit (8) médecins et techniciens supérieurs en santé (six (6) hommes et deux (2) femmes) au cours international de Suivi et Evaluation organisé par le CESAG du 16 Juin au 4 Juillet 2008. Les participants à ce cours étaient des médecins chefs des districts (Nioro, Dakar SUD, Saint Louis, Kolda, Sédhiou et Dakar Nord) et des superviseurs SSP (district de Matam et un superviseur du PNL).

Ce cours a permis aux participants:

- D'être capables de décrire le rôle du suivi évaluation dans la mise en œuvre des programmes
- D'identifier et d'appliquer les outils et méthodes appropriées pour la collecte des données lors du suivi et de l'évaluation
- D'utiliser les données de suivi et évaluation pour la prise de décision
- De développer et ou renforcer un plan de suivi et d'évaluation
- D'élaborer un plan de suivi et évaluation d'un programme de santé donné

### **Appui aux stratégies avancées des ICP vers les cases**

Dans le cadre du programme de décentralisation du ciblage visant à promouvoir un meilleur accès des populations aux services, les districts ont été appuyés pour développer des stratégies avancées des ICP vers les cases de santé. Ces stratégies avancées intégrées sont menées en collaboration avec CCF. Ainsi, trois cents-vingt-un (321) prestataires (221 hommes et 100 femmes) ont été orientées pour la mise en œuvre de cette stratégie au niveau des régions de Louga, Thiès, Kaolack, Ziguinchor, Kolda, Fatick, Matam et Tambacounda. Le démarrage des activités a été effectif au niveau des régions de Louga, Thiès, Kaolack, Ziguinchor, Kolda.

Au mois d'août 2008, les régions de Tambacounda, Matam, et Fatick ont démarré ces stratégies.

Les données disponibles pendant la rédaction du rapport montrent que 33 districts ont bénéficié de cet appui ; 683 visites ont été effectués et ont permis d'atteindre les résultats suivants :

- 22.814 enfants ont été vaccinés
- 6.460 femmes enceintes ont été consultées
- 3.163 doses de TPI sous TDO administrés
- 4.714 VAT administrés
- 1.583 consultations postnatales faites
- 2.065 coupons de réduction MILDA distribués
- 1.475 produits PF distribués aux clientes

## Développement des kits d'information pour les prestataires

Pour améliorer la performance des prestataires, des supports d'aide au travail ont été reproduits et disséminés au niveau des onze (11) régions. Il s'agit de :

- 2.000 ordinogrammes pour les TDR
- 1.500 jobs aids pour le traitement du Paludisme grave
- 1.500 jobs aids pour le traitement du Paludisme chez la femme enceinte (TPI)
- 1.500 jobs aids pour le traitement du Paludisme Simple
- 1.500 guides sur la CIP

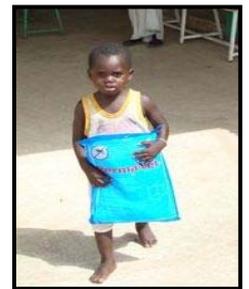


## Mobilisation pour la campagne JLS couplée à la distribution des MII

L'appui d'IntraHealth à cette activité a consisté à une assistance technique à la conception de la campagne, plus spécifiquement au développement du guide national pour l'organisation de la campagne. Cette assistance a porté également sur les activités de communication, un soutien financier aux travaux des différentes commissions techniques, l'orientation des prestataires au niveau des régions et des districts, la commande de 752.450 coupons de gratuité ainsi que la reproduction des outils de gestion et la supervision et l'évaluation des journées.

Pour les besoins de la campagne, IntraHealth a assuré l'orientation des prestataires des régions ciblées. Ainsi cent quarante-neuf (149) prestataires (99 hommes et 50 femmes) des équipes cadre de région et de districts ont été orientés du 19 au 26 mai 2008 sur le guide d'organisation de la distribution gratuite de MILDA. Ces équipes cadre ont à leur tour formé les prestataires de 31 districts engagés dans la campagne.

Cette campagne a permis de distribuer 678.556 MILDA aux enfants de 6 à 59 mois dans les trente-un (31) districts ciblés des régions de Diourbel, Fatick, Thiès, Ziguinchor et Kaolack.



Le projet a également appuyé la mise en place d'un système de gestion des données pour l'évaluation de la campagne.

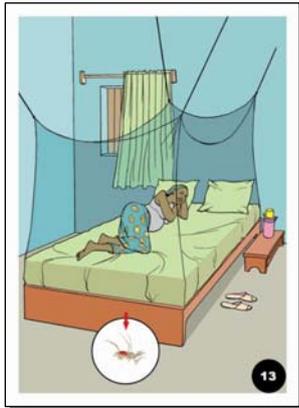
Les résultats<sup>15</sup> de la campagne indiquent que :

- Tous les districts avaient atteint l'objectif de 85% fixé pour la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois
- Le taux de couverture globale dans les 5 régions ciblées par la distribution gratuite de MILDA en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois est de **102%** alors que la couverture en déparasitage des enfants de 12 à 59 mois est de **101%**
- Le taux de couverture de 94.8% est largement au delà de l'objectif de 85% qui était fixé pour la campagne. Quatre régions (Fatick, Diourbel, Kaolack et Thiès) ont globalement dépassé l'objectif fixé de 85%. La région de Ziguinchor est à 83,2% %, assez proche de l'objectif

## Campagne d'information sur le paludisme

<sup>15</sup> Voir résultats détaillés en annexe.

IntraHealth a appuyé le PNLP à élaborer et finaliser un plan stratégique de communication sur le paludisme sur 3 ans et à développer au niveau central des spots TV et radio pour la promotion



de l'utilisation des MILDA, le recours précoce aux soins et l'observance du traitement. Cet appui a été étendu au niveau décentralisé en aidant les régions médicales de Matam, Kaolack, Thiès, Diourbel, Fatick et Tambacounda. Cet appui a permis à ces régions de se doter d'un plan de communication et de campagne pour la lutte contre le paludisme et de développer des spots radio dans les langues locales (Pular, sérère, wolof, mandingue). Par ailleurs, IntraHealth a appuyé la diffusion de 25 spots TV sur le paludisme sur les chaînes TV privées (WALF TV, RDV). Suite à la validation du plan de communication avec les Régions Médicales, un atelier de conception de supports audio-visuels de la campagne (spots...) a été tenu en juin 2008 en partage de coûts avec le PNLP. Au cours de cet atelier, trois spots TV ont été conçus avec comme thèmes le recours précoce aux

soins, l'utilisation des moustiquaires et l'observance du traitement. Dans ce même cadre, IntraHealth a aussi appuyé techniquement et financièrement la célébration de la Journée Mondiale du Paludisme célébrée le 25 avril 2008 à Dagana.

De même, la médiatisation de certaines activités telles que la formation des techniciens de laboratoire, la remise des équipements de laboratoire, le lancement du PMI dans la région de Matam et la distribution gratuite de MILDA ont également constitué des opportunités de communication sur le paludisme et sur l'intervention du PMI.

### **Accélération de la mise à l'échelle du PMI au niveau des régions de Matam, Diourbel, Fatick et Tambacounda**

IntraHealth a appuyé la région de Matam dans l'organisation de la cérémonie de lancement des activités PMI tenue le 20 Juin 2008. Ce lancement a constitué un fort moment de mobilisation communautaire regroupant tous les acteurs de la santé au niveau de la région. Cette journée de lancement a permis de remettre aux MCD de la Région, en présence des autorités administratives, des membres des collectivités et des représentants de l'USAID, les seaux, trois microscopes et les ordinogrammes pour la prise en charge du paludisme destinés aux unités de prestations. Le projet a également appuyé la cérémonie de plaidoyer auprès des leaders de la région pour promouvoir leur implication et soutien à la lutte contre le paludisme. La présence des leaders communautaires à cette activité a été notée.

## IV. CONTRAINTES RENCONTRÉES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

### Les principales contraintes rencontrées dans la mise en œuvre des activités

#### Domaine d'intervention 1 : Accroissement de l'accès à la PF

##### a) Renforcement de l'offre de services PF dans le secteur privé

- La faible implication de la Division de la Médecine Privée a retardé le processus d'enrôlement des entreprises et surtout la mise en place d'un cadre permanent de concertation avec les acteurs du secteur privé
- La disponibilité et la réactivité limitées des chefs d'entreprise et des directeurs des cliniques privées ont constitué une contrainte dans l'enrôlement des entreprises et l'exécution des activités planifiées au cours de l'année
- L'absence de procédures standardisées entre le secteur public et le secteur privé a été notée notamment au niveau du système d'approvisionnement du secteur privé en produits contraceptifs et au niveau du système de collecte et de transmission des données (non intégration des données du secteur privé dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Ceci rend difficile la documentation de la contribution du secteur privé dans le système sanitaire du Sénégal
- Le secteur privé est rarement associé aux activités organisées par le secteur public

##### b) Renforcement de l'offre de services PF dans le secteur public

- L'insuffisance de l'équipement et du matériel technique ((Kit insertion et retrait de DIU et Implants) a été une contrainte pour les prestataires formés pour assurer des services PF de qualité. La disponibilité de ces ressources est un préalable pour accompagner les formations. Aussi, un plaidoyer est entrain d'être fait en direction des districts pour l'acquisition de ces équipements et matériels auprès de la PNA. Les besoins ont été identifiés et les spécifications transmises à la PNA pour qu'elle puisse les intégrer dans les prochains appels d'offres
- La planification et l'exécution des visites de suivi post formation des prestataires formés a posé problème au niveau des districts. Or, ce suivi constitue un élément fondamental pour l'application des compétences acquises au cours des formations. En effet lors des sessions de formations des formateurs en counseling il était prévu de faire le suivi post formation des prestataires à J15, J30 et J42, mais des contraintes de calendrier n'ont pas permis aux coordinatrices de respecter les délais impartis
- L'insuffisance de la coordination par la DSR des achats des produits contraceptifs par les partenaires autres que l'USAID
- L'insuffisance voire l'inexistence de supports IEC au niveau des PPS
- La non disponibilité des outils de gestion et l'absence de notification des informations relatives aux activités IEC (counseling PF et causeries éducatives) au niveau des PPS
- Les difficultés à avoir les données de consommations de contraceptifs par le biais des RTS qui ne sont pas transmis par les PPS au niveau des districts
- Le retard constaté au niveau de la PNA dans le processus d'intégration des contraceptifs dans le circuit de la PNA
- La forte sollicitation des équipes cadres dans certaines régions n'a pas permis d'assurer la supervision logistique des dépôts de PRA et de districts

- Le calendrier d'exécution des sessions de dialogue n'a pas pu être suivi dans certains districts en raison de problèmes de coordination avec les districts
- Le nombre de sessions par district (1) est insuffisant par rapport aux besoins exprimés par certains districts qui souhaiteraient étendre ces sessions de dialogue à tous les PPS
- Le processus d'appropriation du plan de communication sur la PF par toutes les parties prenantes a été très long et l'opérationnalisation du plan de communication n'est pas encore effective au niveau de certaines régions.
- Les ressources allouées à la promotion de la PF demeurent très en deçà des ambitions de repositionnement de la PF exprimés par le projet et le niveau national

## **Domaine d'intervention 2 : Renforcement du paquet de services SMNI/PF**

Les principales contraintes ont été :

### **a) Mise en œuvre du tutorat**

- le contenu du programme de formation très chargé, ce qui réduit la durée de la formation pratique
- l'insuffisance du suivi post formation des tuteurs (problème de calendrier et de moyens logistiques)
- l'insuffisance d'équipement et de matériel ((boîte de pose et de retrait de DIU et de Norplant, stérilisateur)) au niveau des sites pour faciliter la pratique des prestataires lors de la formation pratique et la mise en application des acquis de la formation.;
- l'insuffisance de l'engagement des MCD par rapport à l'appui des tuteurs pour la mise en œuvre du tutorat ;
- Le long délai entre la formation des tuteurs et le démarrage de la formation des prestataires sur le site

### **b) Mise en œuvre de la GATPA et des Soins Essentiels du nouveau-né**

- L'insuffisance des équipements et du matériel pour la prise en charge du nouveau-né et pour la mise en application des acquis de la formation
- Le manque d'application de la GATPA par certains prestataires non motivés à faire des accouchements qui préfère transférer les connaissances acquises aux matrones au niveau de certains PPS
- L'insuffisance dans la notification systématique des données sur la GATPA et les soins immédiats aux nouveau-nés au niveau de certains districts;
- La rupture de Syntocinon
- Le non maîtrise de la technique de réanimation du nouveau-né par certains prestataires formés
- Les difficultés de planification des visites de suivi post-formation dues au calendrier chargé des districts. Ainsi, certains prestataires formés sont restés plusieurs mois sans bénéficier d'un suivi post formation selon les délais fixés (selon les normes)

## **Domaine d'intervention 3 : Promotion des services de SMNI/PF et Communication pour le changement de comportement**

- Le processus d'appropriation du plan de communication pour la PF par toutes les parties a été très long

- Les ressources allouées à la promotion de la PF sont faibles au vu des besoins de communication identifiés
- Le processus de conception des supports d'aide au travail et la validation de ces supports a pris beaucoup de temps
- La conception du paquet "future Maman" a connu du retard du fait de la recherche de consensus et de la mobilisation des partenaires

#### **Domaine d'intervention 4 : Renforcement du système de santé dans un environnement décentralisé**

##### **a) Système d'information sanitaire**

- L'insuffisance des fonds alloués au volet Suivi et Evaluation a été une contrainte majeure pour dérouler le plan d'amélioration du système d'information. notamment pour appuyer la collecte active des données et la revue périodique des données SR.
- Les difficultés dans la remontée des rapports des ICP vers les districts demeurent encore récurrentes
- La mise en place des outils de gestion révisés (registres et rapports d'activités) a connu du retard du fait du processus de validation qui a pris du temps
- Il a été noté une insuffisance dans la formation des prestataires sur le SIG
- Le plaidoyer pour renforcer le système d'information sanitaire demeure encore faible

##### **b) Supervision**

- le processus de finalisation et de validation de la grille de supervision formative a connu du retard du fait de contraintes de calendrier
- la supervision des PPS a démarré tardivement du fait des raisons évoquées ci-haut

##### **c) Leadership**

- Les fonds alloués pour la mise en œuvre de la stratégie demeurent faibles et cela constitue une contrainte majeure pour la démultiplication de la formation du leadership au profit des prestataires des districts sanitaires. Et le suivi régulier des activités sur le terrain
- La surcharge de travail des membres des ECR/ECD a été une contrainte majeure pour le respect des échéances retenues dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche sur le leadership
- L'appropriation de la stratégie par le MSP demeure encore faible

#### **Domaine d'intervention 5 : Lutte contre le paludisme (PMI)**

- La coordination des activités au niveau opérationnel n'a pas été effective : les réunions journalières de débriefing de la supervision n'ont pas toujours été faites au niveau des régions et districts
- Il a été noté la mise en place tardive des MILDA et une insuffisance de la dotation des intrants
- La période choisie pour les JLS n'était pas appropriée du fait de la saison des pluies et du chevauchement avec d'autres activités au niveau de districts sanitaires
- Il a été noté également une faible implication des collectivités locales



## V. LES LEÇONS APPRIS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Les principales leçons apprises au cours de l'exécution des activités de l'AN 2 sont les suivantes :

### Domaine d'intervention 1 : Accroissement de l'accès à la PF

- Il existe une forte volonté du secteur privé de s'intégrer dans le paysage sanitaire du Sénégal
- *La nécessité* d'établir un partenariat avec le secteur formel entre les structures du secteur privé et les différentes divisions et directions du Ministère de la Santé est un élément fondamental pour une intégration effective du secteur privé dans le système national de santé et pour une appropriation des politiques de santé par les acteurs du secteur privé
- Le maintien des contacts personnels avec les différentes directions des structures du secteur privé permet de faciliter la bonne exécution des plans d'action
- Le renforcement du plateau technique et l'amélioration des compétences des ICP en counseling PF permet aux postes de santé qui sont les structures les plus accessibles aux populations de jouer un rôle essentiel dans l'atteinte des objectifs en matière de PF
- Le counseling PF est un élément fondamental dans l'offre de services de PF de qualité et le renforcement des capacités des PPS pour mettre en place ce service peut contribuer de manière significative à l'amélioration de la couverture en PF
- La disponibilité du matériel IEC est nécessaire pour offrir un counseling de qualité
- Un counseling bien fait facilite la compréhension de la cliente ainsi que son choix
- La session de dialogue constitue un bon canal pour enclencher des échanges francs entre prestataires et bénéficiaires sur la qualité des services
- L'implication des ECD et ECR dans la mise en œuvre des activités de Siggil Jigéen est critique pour une meilleure atteinte des résultats du programme Santé

### Domaine d'intervention 2 : Renforcement du paquet de services SMNI/PF

#### a) Mise en œuvre du tutorat

- La révision du programme de formation est indispensable pour assurer une plus grande place à la formation pratique
- La mise à disposition du matériel et des équipements est incontournable pour permettre aux tuteurs de pratiquer dès leur retour de formation
- L'appui en consommables des sites abritant le stage pratique permet de créer les conditions optimales pour une formation pratique.
- L'élaboration d'un plan de travail conjoint entre le tuteur et son superviseur renforce les conditions de suivi et d'application de l'approche du tutorat
- L'implication de la communauté dès le début du processus est plus que nécessaire pour
- L'implication des MCD pour assurer la continuité des services lors de l'absence du tuteur de son site d'affectation doit être prise en compte
- L'appui financier des districts, en particulier des comités de santé pour assurer le transport des tuteurs de leur lieu de travail aux sites tutorat, la prise en charge d'une collation lors des réunions de restitution et de planification au niveau du site sont des facteurs positifs qui permettent de faciliter la bonne mise en œuvre de la stratégie

#### b) Mise en œuvre de la GATPA

- L'orientation des prestataires sur la stratégie de leadership et responsabilisation avant la session GATPA permet de créer les conditions d'une bonne application de la GATPA

- La mise en place des ressources de base pour l'application de la GATPA et des Soins Essentiels avant le démarrage des sessions de formation est indispensable pour garantir une bonne formation
- L'implication des formateurs locaux permet de faciliter l'appropriation au niveau local de l'approche et surtout le suivi des prestataires formés
- L'application de la GATPA et des Soins essentiels du nouveau-né a été une opportunité pour faire le lien et faciliter l'intégration entre les différents programmes et services de santé SR : la surveillance de la grossesse et du plan d'accouchement (CPN), la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), la Consultation post natale (CPON) dans laquelle, le suivi de la mère, la PF, l'allaitement maternel, la prévention du Palu (MII), la vaccination
- L'introduction de la GATPA a permis d'améliorer de manière notable la qualité des services en particulier l'assistance qualifiée à l'accouchement et les Soins immédiats aux nouveaux nés

### **Domaine d'intervention 3 : Promotion des services de SMNI/PF et Communication pour le changement de comportement**

- La collaboration avec les autres divisions de MSP est nécessaire pour la validation des supports d'aide au travail
- Le leadership du Cabinet du MSP est un élément vulgarisateur pour la campagne PF

### **Domaine d'intervention 4 : Renforcement du système de santé dans un environnement décentralisé**

#### **a) Système d'information sanitaire**

- Les réunions de revue des données SR constituent une bonne opportunité pour renforcer l'utilisation des données pour le suivi des activités et pour l'amélioration de la disponibilité des données SR
- La collecte active des données demeure essentielle pour assurer une complétude des rapports

#### **b) Leadership**

- L'ancrage institutionnel au MSP est indispensable pour une appropriation par la DSR
- Le suivi régulier des ECR/ECD est nécessaire pour une bonne mise en œuvre de la stratégie

### **Domaine d'intervention 5 : Lutte contre le paludisme (PMI)**

- La supervision permet de renforcer la formation des prestataires pour l'atteinte des objectifs
- Le couplage de la formation des techniciens de laboratoire et la dotation en microscopes a été un facteur de motivation très apprécié
- La stratégie de formation en cascade et l'utilisation des bureaux régionaux dans la programmation des activités a permis d'accélérer dans les formations
- La programmation conjointe avec le PNLN est un atout majeur dans la mise en œuvre du programme qu'il faut préserver au mieux
- L'accompagnement technique de l'USAID/CDC à toutes les activités est apprécié et facilite la mise en œuvre en instaurant un climat de concertation et de compréhension commune des activités opérationnelles
- La supervision conjointe menée avec le PNLN a permis de mieux apprécier toute la pertinence de la formation des prestataires et le besoin réel en supports d'aide au travail

- Le partenariat IntraHealth/ UCAD /SLAP/ENDSS a été salubre et a permis une formation de qualité des prestataires qui ont tous salué la démarche et les conditions optimales de travail. Le travail a été facilité grâce à l'entregent du bureau régional de THIES surtout par rapport à la gestion des aspects logistiques

## VI. PERSPECTIVES ET ORIENTATIONS POUR L'AN 3

### Les principales orientations pour l'An 3 porteront sur :

#### **Domaine d'intervention 1 : Accroissement de l'accès à la PF**

- **La poursuite du renforcement des compétences des prestataires en counseling et en technologie contraceptive** : 795 prestataires formés en counseling et en technologie contraceptive. L'intervention concernera les 7 régions appuyées par l'USAID mais plus particulièrement Dakar qui regroupe 20% de la population totale du Sénégal. Le focus sera mis sur les méthodes longue durée (DIU, implants et Ligature des trompes)
- **La poursuite des efforts de sécurisation de la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs et produits SR** : IntraHealth continuera à appuyer la DSR dans la gestion des contraceptifs et des produits SR notamment à travers l'appui à la revue annuelle et à mi annuelle des CPTS, l'approvisionnement des régions médicales, la supervision des PRA et des dépôts de district. Au cours de l'An 3, un accent particulier sera apporté à l'intégration effective des contraceptifs à la PNA et à la mise en œuvre du plan stratégique de Sécurisation des Produits SR (SPSR)
- **Le renforcement des activités de plaidoyer effectif pour les services de PF durables** en appuyant le réseau Siggil Jigeeen à travers la dissémination des outils de plaidoyer (modèle RAPID, argumentaire religieux), l'intensification des sessions de dialogue au niveau des districts et des déclarations en faveur de la PF à travers des émissions radio.
- **La Promotion de la PF** : à travers la poursuite de la campagne nationale de PF, notamment par l'appui à la mise en œuvre de plans régionaux de communication, la production et la diffusion d'outils de campagne média et l'organisation de journées régionales sur la PF.
- **L'intégration de la SRA en milieu scolaire** : en collaboration avec la DSR et le RSJ, le projet appuiera la Division du Contrôle Médico-scolaire du Ministère de l'Education Nationale (DCMS) ; l'intervention en milieu scolaire comprendra les actions de plaidoyer en direction des autorités scolaires en vue de l'intégration de l'éducation de la SR à l'école ; le renforcement des compétences des professeurs et des prestataires des centres Médico-scolaires

#### **Domaine d'intervention 2 : Renforcement du paquet de services SMNI/PF**

- a) **L'appui institutionnel au MSP pour** :
  - La dissémination des documents de PNP
  - Le renforcement des compétences des prestataires pour la prise en charge des MGF
  - La prévention et la prise en charge des fistules
  - La coordination, la planification, le suivi et l'évaluation des activités de SR
- b) **la mise en œuvre effective du tutorat**, le suivi et la documentation de l'approche au niveau de 68 PPS (42 centres de santé et 26 postes de santé) sélectionnés selon des critères bien définis. quatre cents cinquante (450) prestataires seront formés par cette approche de formation sur le site.
- c) **Le renforcement des compétences des prestataires en SAA et en GATPA** : 65 prestataires seront formés en SAA et 22 en GATPA et SENN
- d) Le **renforcement des services de nutrition** à travers un sous-accord avec Helen Keller International (HKI). Il s'agira de développer les outils de formation et de communication en vue d'intégrer la nutrition dans le paquet SMNI/PF/Paludisme

- e) La **production de supports d'aide au travail** : des supports d'aides au travail pour la mise en œuvre du paquet SMNI seront développés ou reproduits au cours de cette année. Il s'agit de Présentoirs des produits contraceptifs pour le counseling PF ; d'affiches sur la prise en charge du nouveau-né, sur l'ISBC, sur l'approche Leadership / Responsabilisation et sur la logistique ; d'un Aide mémoire du prestataire pour la prise en charge du couple mère / enfant ; et d'un Guide du prestataire sur la gestion logistique des contraceptifs.

### **Domaine d'intervention 3 : Promotion des services de SMNI/PF et Communication pour le Changement de Comportement**

Les orientations futures porteront sur :

- **La mise en place du « Paquet Future Maman »** dans les PPS : Le « Paquet Future Maman » sera mis en œuvre dans les districts de Nioro, Ndoffane, Sédhiou et Vélingara par les prestataires de services des Centres et Postes de Santé à l'endroit des femmes en âge de reproduction venues en consultation au niveau des structures.
- **La poursuite de la mise en place des clubs Jeunes Mères** et leur animation

### **Domaine d'intervention 4 : Renforcement du système de santé dans un environnement décentralisé**

Au cours de l'An 3, le Projet travaillera en étroite collaboration avec le SNIS, la DSR et le PNLN pour assurer la fonctionnalité des différents niveaux de supervision, la disponibilité des données à travers l'appui à la collecte de données et à la revue des données. En particulier, le projet va appuyer :

Le **renforcement du système d'information sanitaire** à travers:

- L'appui à la formation des prestataires sur le système d'information sanitaire et le remplissage des outils de gestion dans toutes les régions et districts
- L'appui technique et financier aux réunions trimestrielles intégrées de revue des données qui constituent un cadre approprié d'échanges de données pour le suivi de la performance des programmes au niveau des régions ; ces réunions constituent un cadre propice pour promouvoir l'utilisation des données à des fins programmatiques par les ECR/ECD
- La supervision et la conduite d'audits réguliers des données pour une meilleure gestion et qualité de l'information sanitaire
- L'appui financier de façon ponctuelle à la collecte active des données au niveau des zones "silencieuses" dans certains districts pour s'assurer de la complétude des données transmises.
- Le suivi régulier de la transmission des données entre les différents niveaux du système de santé à travers les bureaux régionaux décentralisés.
- La mise sur pied d'un système d'échange de données

Le **renforcement de la supervision** aux fins d'améliorer la qualité des services à travers essentiellement :

- La poursuite de l'orientation des ECR/ECD sur la supervision formative en vue de rendre disponible au niveau régional et district un pool de superviseurs capables d'assurer la supervision régulière des prestataires et des PPS
- Le niveau central supervise les régions médicales, celles-ci supervisent les districts et les districts font de même pour les postes
- L'organisation de supervision formative des PPS chaque semestre par les districts

- La mise en place d'une base de données pour la supervision et la promotion de l'utilisation des données de la supervision pour le suivi de la performance

Le **renforcement de la stratégie de leadership et responsabilisation**: Les principales activités incluront :

- Le renforcement de l'appropriation de l'approche par le MSP (DSR, programme Qualité) en planifiant de manière concertée les activités, la mise en œuvre et le suivi de la stratégie.
- Le suivi et la consolidation et la mise en œuvre de l'approche sur le leadership au niveau des régions et districts
- Le suivi des référentiels et des performances attendues des prestataires
- L'appui technique au processus de reconnaissance de la performance par les districts et les régions médicales pour calculer les performances, faire le classement et l'organisation des cérémonies

**L'appui au système de gestion décentralisée** à travers :

- L'appui technique aux réunions de planification et de coordination décentralisées (Régions médicales, districts, DSR)
- La participation des chargés de volets et coordinateurs régionaux à ces instances de planification et de gestion

**L'intégration du genre dans l'offre de services SR** à travers les activités suivantes :

- La poursuite de l'expérience pilote d'introduction du genre dans l'offre de service SR au niveau de la région de Ziguinchor
- Le partage des leçons apprises de cette expérience avec le MSP

### ***Domaine d'intervention 5: Lutte contre le paludisme (PMI)***

#### ***Formation des prestataires et techniciens***

- Orienter les équipes cadres et former les prestataires de la région de Dakar sur le paludisme et la CIP
- Assurer le suivi post formation d'un échantillon de districts dont les prestataires sont déjà formés sur le paludisme
- Mettre en place les nouveaux microscopes
- Finaliser la dernière session sur la formation des techniciens de laboratoire et assurer leur suivi post formation
- Former les biologistes de régions afin de constituer des pools régionaux pour le contrôle de qualité de la microscopie
- Finaliser les sessions décentralisées sur le paludisme et la CIP au niveau des régions de Louga, saint louis et Kolda
- Apporter un appui technique et financier à la supervision formative régulière pour améliorer la qualité des services

#### **Distribution gratuite de MILDA**

- Elaborer un plan de redéploiement des MILDA restantes
- Harmoniser l'objectif de couverture : il est de « 85% au moins » pour la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et la distribution des MILDA.
- Préparer les JLS de décembre 2008

- Mener une enquête de couverture de la supplémentation en vitamine A, du déparasitage et de l'utilisation des MILDA
- Appuyer le PNLP et la DANSE dans l'organisation de la campagne de distribution gratuite de MILDA prévue en 2009

***L'appui aux stratégies avancées des ICP vers les cases de santé***

- Passer à l'échelle pour le programme d'appui aux stratégies avancées sauf dans la région de Dakar
- Assurer une coordination plus efficace avec les autres agences d'exécution (CCF, Net Mark)

***Campagne de communication sur le paludisme***

- Accélérer et intensifier les efforts de communication à travers les médias par le biais de la contractualisation d'un paquet de communication avec les radios communautaires.
- Appuyer les régions médicales de Dakar, Saint-Louis, Louga, Kolda et Ziguinchor à se doter de plan régional de communication

## ANNEXE 1: EVOLUTION DES INDICATEURS

Indicateurs		Target			REALIS	AN 2						Total Year 1 & 2	% REALIS Year 1 & 2
		Year 1	Year 2	Year 1 & 2	Year 1	1er Trimestre	2ème Trimestre	3ème Trimestre	4ème Trimestre	REALIS Year 2	% Year 2		
IR 12.1	Number of women receiving Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) through USAID-supported programs	5000	8000	13 000	3 751	7 679	10 385	14515	15367	47 946	599%	51 697	398%
	Number of newborns receiving antibiotic treatment for infection from appropriate health workers through USG-supported programs	7000	2000	9 000	1 349	1 078	1 826	2961	4726	10 591	530%	11 940	133%
Sub IR 12.1.1	Number of people trained in maternal/newborn health through USAID-supported programs	500	600	1 100	616	38	236	785	1290	2349	392%	2965	270%
IR 12.2	Number of newborns receiving essential newborn care through USAID-supported programs	20000	75000	95 000	5 552	45 109	39 517	39199	37709	161 534	215%	167 086	176%
	Number of postpartum/newborn visits within three days of birth in USAID-assisted programs		60783	60 783		8 662	17 865	23862	23477	73 866	122%	73 866	122%
IR 12.2	Number of antenatal care visits by skilled providers from USAID-assisted facilities	100000	200000	300 000	293 743	161 193	153 460	195126	175429	685 208	343%	978 951	326%
IR 12.2	Number of deliveries with a skilled birth attendant (SBA) in USAID-assisted programs	70000	75000	145 000	72 874	26 428	26 360	35624	32863	121 275	162%	194 149	134%
Sub IR 12.1	Number of monitoring plans	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%	2	200%
IR 12.1	Number of new approaches successfully introduced through USAID-supported programs	5	6	6	4	5	5	6	6	6	100%	10	167%
Sub IR 12.1.1	Number of people trained in FP/RH with USAID funds	100	400	500	132	121	297	113	49	580	145%	712	142%

Indicateurs		Target			REALIS	AN 2						Total Year 1 & 2	% REALIS Year 1 & 2
		Year 1	Year 2	Year 1 & 2	Year 1	1er Trimestre	2ème Trimestre	3ème Trimestre	4ème Trimestre	REALIS Year 2	% Year 2		
	Number of people trained in other strategic information management	50	25	75	0	0	44	68	157	269	1076%	269	359%
<b>Sub IR 12.1.2</b>	USG-assisted facilities' provider staff with a written performance appraisal	50	75	125	28	62	190	314	0	566	755%	594	475%
<b>IR 12.2</b>	Couple Years of Protection (CYP) in USG-supported programs	69000	195414	264414	177649	25700	37351	37593	33401	134 046	69%	311 695	118%
<b>Sub IR 12.2.1</b>	Number of counseling visits for Family Planning/Reproductive Health as a result of USAID assistance	300000	150000	450 000	112 352	218 441	226 879	288191	251921	985 432	657%	1097784	244%
<b>Sub IR 12.2.1</b>	Number of people that have seen or heard a specific USAID-supported FP/RH message	1500000	2000000	3 500 000	0	1 364 526	2 604 481	1721767	932355	6 623 129	331%	6623129	189%
<b>Sub IR 12.2.1</b>	Number of USAID program interventions providing services, counseling, and/or community-based awareness activities intended to respond to and/or reduce rates of gender-based violence	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%	2	200%
<b>Sub IR 12.2.2</b>	Number of USAID-assisted service delivery points providing Family Planning counseling or services	710	710	710	639	710	710	710	710	710	100%	1349	190%
	Number of people trained in monitoring and evaluation		10	10	0	0	0	8	8	8	80%	8	80%
	Number of people trained in malaria treatment or prevention with USG funds		960	960	0	38	44	585	1182	1849	193%	1849	193%

## ANNEXE 2 : COMMENTAIRES SUR LES RÉSULTATS

- a. **IR 12.1 Number of women receiving AMSTL through USAID-supported programs:** l'objectif fixé pour l'année 2 du projet était de 8000 accouchements sous GATPA. Les résultats enregistrés au cours de la période indiquent une évolution régulière de la couverture des accouchements à voie basse par la technique de la GATPA. De 7679 au 1<sup>er</sup> trimestre, le nombre d'accouchements réalisés sous GATPA est passé à 10385 au 2<sup>nd</sup> trimestre, à 14 515 au 3<sup>ème</sup> trimestre et à 15367 au 4<sup>ème</sup> trimestre, ce qui donne un nombre total d'accouchement de 47 946 accouchements réalisés sous GATPA. Ainsi, le taux de réalisation par rapport à l'objectif initial reste très largement atteint. Celui-ci est de 599% pour l'an 2 et à 398% si l'on se réfère aux objectifs cumulés pour les 2 ns du projet. On observe par ailleurs que la part des accouchements réalisés sous GATPA par rapport aux accouchements réalisés dans la structure ne cesse d'augmenter ; ce pourcentage est passé de 29 % au premier trimestre à près de 41% au troisième trimestre. L'accélération des sessions de formation au cours de l'année (**504 prestataires** ont été formés), une amélioration de la collecte des données et l'adhésion des prestataires à cette technique ont contribué à l'atteinte de ces résultats qui indiquent une bonne application des acquis de la formation sur le terrain. Les visites de suivi post formation confirment de la bonne pratique de cette technique. Toutefois, l'insuffisance du matériel pour le nouveau-né constitue une contrainte réelle à la quelle une solution devra être trouvée. Compte tenu des résultats très satisfaisants réalisés, les objectifs de l'an 2 devront être réajustés. En effet, les objectifs fixés pour de l'an 2 étaient moins ambitieux du fait que c'était une approche innovatrice et la prudence avait guidé l'équipe dans l'exercice de planification.
- b. **IR 12.1 Number of newborns receiving antibiotic treatment for infection from appropriate health workers through USG-supported programs:** le nombre de nouveau-nés infectés ayant bénéficié d'un traitement antibiotique a sensiblement augmenté; on observe un taux de réalisation de 133 % par rapport à l'objectif cumulé pour l'an 1 et l'an 2. L'observation correcte des procédures de prise en charge du nouveau-né malade et l'amélioration de notification des cas de nouveau-nés infectés pris en charge pourraient expliquer ces résultats.
- c. **IR 12.1.1 Number of people trained in maternal/newborn health through USAID programs (Project Monitoring):** on a noté une nette accélération du rythme des formations au cours de l'année, notamment entre le troisième et quatrième trimestre: 2349 prestataires ou membres d'équipe cadre ont eu à bénéficier d'une formation dans le domaine de la santé maternelle incluant la formation sur la GATPA, le tutorat, les SAA, la prise en charge du paludisme. Le taux de réalisation des activités de formation est actuellement de 392% si l'on se réfère aux objectifs ciblés pour l'an 2 du projet.
- d. **Number of newborns receiving essential newborn care through USAID- supported programs:** on observe également que le nombre de nouveau-né ayant bénéficié des soins essentiels de base (ou soins immédiats composés des trois composantes: soins du cordon, maintien de la température et mise au sein précoce) demeure important; le taux de réalisation de l'objectif est actuellement de 215%. Si l'on prend comme base les accouchements réalisés dans la structure, on observe que près de 85% des femmes qui accouchent au niveau des structures ont eu leur enfant qui a reçu les soins essentiels de base. L'intégration de la GATPA et des soins essentiels du nouveau-né dans la formation des prestataires a eu un effet positif sur l'application des procédures. On observe une bonne intégration de la GATPA et des soins essentiels du nouveau-né.

- e. **IR 12.2 Number of postpartum/newborn visits within 3 days of birth in USAID-aided programs:** le nombre de consultations postnatales réalisées durant les 3 premiers jours qui suivent l'accouchement a également évolué passant de 8 662 au 1<sup>er</sup> trimestre à **23.477** au 4<sup>ème</sup> trimestre. On note actuellement un taux de réalisation de 122% de l'objectif ciblé. Le pourcentage d'accouchement réalisé dans la structure et ayant bénéficié de la consultation postnatale à j3 est passé de 15, 4% au 1<sup>er</sup> trimestre à 36,5% au 2<sup>nd</sup> trimestre et à 51, 7% au troisième trimestre. Ceci indique un bon suivi des directives qui recommandent que le couple mère-enfant bénéficie au moins de la première consultation postnatale avant leur sortie de la maternité.
- f. **IR 12.2 Number of antenatal care visits by skilled providers in USAID-assisted facilities:** comme pour les accouchements et la consultation postnatale, on note une nette augmentation du nombre de CPN réalisé par un personnel qualifié; le niveau de réalisation de l'objectif est très largement dépassé (343%).
- g. **IR 12.2 Number of deliveries by a skilled birth attendant in USAID-assisted programs:** le nombre d'accouchement réalisé par un personnel qualifié demeure également important au regard des objectifs. Le taux de réalisation de l'objectif est de 162%. La part des accouchements réalisés par un personnel qualifié dans le total des accouchements réalisés dans la structure est passée de 46,9% au 1<sup>er</sup> trimestre à 53,9% au 2<sup>nd</sup> trimestre et à 77,2% au 3<sup>ème</sup> trimestre. L'introduction de la GATPA et l'intégration du leadership dans les formations cliniques sur la GATPA a renforcé la conscientisation des prestataires sur leur responsabilité dans la prise en charge des accouchements au niveau des structures, tâche qu'ils délaissaient aux matrones auparavant.
- h. **IR 12.2 Number of monitoring plans (Project Monitoring) :** le plan de monitoring a été développé et un plan de mise en œuvre du PMP de l'An 2 a été proposé.
- i. **Number of new approaches successfully introduced through USAID-supported programs:** les 6 approches proposées sont en cours d'expérimentation: il s'agit du leadership, du tutorat, de l'approche de formation basée sur la performance, du genre; des best pratiques en matière de PF, de la GATPA et des Soins essentiels du nouveau-né.
- j. **Sub IR 12.1.1 Number of people trained in FP/RH with USAID funds:** le niveau de réalisation de l'indicateur est largement atteint. Sur un objectif cumulé de 500 prestataires à former, le taux actuel de réalisation est de 145%. 580 prestataires ont été formés dans le domaine de la PF à ce jour.
- k. **IR 12.1.1 Number of people trained in other strategic information management:** dans le cadre des réunions de revue des données SR, les membres des ECR/ECD ont bénéficié de séances d'orientation sur la gestion des données (analyse et utilisation des données). Quatre séries de réunions trimestrielles regroupant les coordinatrices SR, les SSP et parfois les MCD ont été organisés dans les régions d'intervention. Au cours du quatrième trimestre, **157 prestataires** et membres des ECR/ECD ont été orientés sur le SIG et sur le remplissage des outils de gestion révisés.
- l. **IR 12.1.2 USG-assisted facilities' provider staff with a written performance appraisal :** au Niveau des 7 régions d'intervention les étapes 1 et 2 du cycle de responsabilisation ont été bouclées ; il s'agit de la définition des rôles et responsabilités et des performances attendues. A ce jour, les ateliers d'orientation des prestataires sur le cycle de responsabilisation ont permis de toucher 566 prestataires qui ont vu leur performance désirée définie. L'étape prochaine consistera à afficher ces performances au niveau des structures en vue d'une large diffusion au niveau de la communauté.

- m. **IR 12.2 Couple Years of Protection (CYP) in USG-supported programs:** le taux de réalisation de cet objectif demeure bas si l'on se réfère à l'objectif de l'an 2. Le niveau de réalisation est de 69% même si l'on observe un taux de réalisation de 118% par rapport à l'objectif cumulé. En effet, au cours de l'an 2, la collecte des données pour documenter cet indicateur s'est référée au RTS (Registre Trimestriel de Stock) des PPS au lieu des RTS des dépôts des districts qui ne reflètent pas le niveau de consommation réelle des produits PF. Les directives formulées indiquent qu'il faut désormais documenter cet indicateur à partir des RTS des PPS qui reflètent la consommation réelle des produits au niveau des structures.
- n. **Sub IR 12.2.1 Number of counseling visits for family planning/reproductive health as a result of USAID assistance :** cet indicateur intègre, entre autres, le nombre de nouvelles acceptantes de la PF, le nombre de clients CPN ayant bénéficié d'un counseling avant la proposition de test du VIH. Le taux de réalisation demeurent très en deçà de l'objectif fixé.
- o. **Sub IR 12.2.1 Number of people that have seen or heard a specific USAID-supported FP/RH message:** les activités du Réseau Siggil Jigéen à travers les sessions de dialogue, les foras et les émissions radios ont commencé à s'intensifier sur le terrain. De même le lancement de la campagne PF a été en fort moment de communication. Pour la documentation de cet indicateur, la dernière étude media a été acquise.
- p. **Sub IR 12.2.1 Number of USAID program interventions providing services, counseling, and/or community-based awareness activities intended to respond to and/or reduce rates of gender-based violence :** l'introduction de l'approche est en cours et est intégrée dans la formation des tuteurs. Les prestataires de la région de Ziguinchor ont été orientés.
- q. **Sub IR 12.2.2 Number of USAID-assisted service delivery points providing Family Planning counseling or services :** même si théoriquement tous les PPS sont censés fournir le paquet minimum de services SR le challenge réside dans l'amélioration de la qualité des services et dans le repositionnement de la PF au niveau opérationnel,.
- r. **Number of people trained in monitoring and evaluation of PMI :** huit agents du MSP ont bénéficié d'un cours sur le suivi et l'évaluation des programmes au CESAG
- s. **Number of people trained in malaria treatment or prevention with USG funds (PMI):** 1849 prestataires ou membres des ECR/ECD ont été formés dans le domaine du traitement ou du diagnostic du paludisme. Le taux de réalisation de l'objectif est de 193%.

### ANNEXE 3 : RAPPORT FINANCIER

No.	Rubriques budgétaires	Budget AF en cours	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	Total cumulatif de l'AF en cours	Total cumulatif depuis le début	Reliquat de l'AF en cours
1.1	Renforcement de l'offre de services PF dans le secteur privé	25,250	0	1,391	6,406	7,144	18,844	13,550	11,700
1.2	Renforcement des capacités des prestataires en PF	91,000	1,100	10,194	29,313	34,063	61,687	63,376	27,624
1.3	Plaidoyer effectif pour des services de PF durables en appuyant les réseaux SJ	13,000	0	0	3,728	775	9,272	4,503	8,497
1.4	Promotion de la PF	7,500	0	0	64	21,690	7,436	21,754	-14,254
1.5	Sécurisation de la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs	27,600	0	14,225	3,991	13,021	23,609	17,012	10,588
<b>1</b>	<b>Accroissement de l'accès a la PF</b>	<b>164,350</b>	<b>1,100</b>	<b>25,810</b>	<b>43,502</b>	<b>76,692</b>	<b>120,848</b>	<b>120,194</b>	<b>44,156</b>
2.1	Appui institutionnel à la DSR	11,000	1,082	181	0	13,742	11,000	13,742	-2,742
2.2	Renforcement et développement des services intégrés de SMNI	107,000	68	20,593	41,782	7,258	65,218	49,039	57,961
2.3	Renforcement des compétences des prestataires sur la GATPA et les soins essentiels du nouveau né	37,000	0	33,141	31,929	59,691	5,071	91,620	-54,620
2.4	Développement de supports d'aides au travail pour la mise en œuvre du paquet SMNI/PF	37,000	0	390	5,019	9,816	31,981	14,835	22,165
<b>2</b>	<b>Renforcement du Paquet de Services SMNI</b>	<b>192,000</b>	<b>1,150</b>	<b>54,305</b>	<b>78,730</b>	<b>90,507</b>	<b>113,270</b>	<b>169,237</b>	<b>22,763</b>
3.1	Mise en place et promotion du paquet Futur Maman	24,000	0	12,938	0	178	24,000	178	23,822
3.2	Promotion de la SMNI dans les PPS	12,000	0	0	0	0	12,000	0	12,000

No.	Rubriques budgétaires	Budget AF en cours	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	Total cumulatif de l'AF en cours	Total cumulatif depuis le début	Reliquat de l'AF en cours
<b>3</b>	<b>Promotion des Services de SMNI/PF et Communication pour le Changement de Comportement</b>	<b>36,000</b>	<b>0</b>	<b>12,938</b>	<b>0</b>	<b>178</b>	<b>36,000</b>	<b>178</b>	<b>35,822</b>
4.1	Renforcer le système d'information	39,463	0	2,927	4,720	12,162	34,743	16,883	22,581
4.2	Renforcer le système de supervision	40,500	0	0	7,764	21,724	32,736	29,488	11,012
4.3	Renforcer le leadership et la transparence chez les prestataires	38,200	1,327	8,345	14,955	11,718	23,245	26,673	11,527
4.4	Renforcer la gestion du système de décentralisation	7,500	155	2,257	2,426	0	5,074	2,426	5,074
<b>4</b>	<b>Renforcement du Système de Sante dans un environnement décentralise</b>	<b>125,663</b>	<b>1,483</b>	<b>13,529</b>	<b>29,866</b>	<b>45,604</b>	<b>95,797</b>	<b>75,470</b>	<b>50,193</b>
5.1	Augmenter l'accès à des services de qualité et à l'information pour prévenir et prendre en charge les cas de palu	741,170	467	64,815	231,140	266,091	510,030	497,231	243,939
5.2	Accroître les conn, des prestataires et des clients sur la prévention du palu, la demande de services de traitement du palu	490,330	6,359	6,607	58,707	188,500	431,623	247,207	243,123
<b>5</b>	<b>Lutte Contre le Palu</b>	<b>1,231,500</b>	<b>6,827</b>	<b>71,423</b>	<b>289,847</b>	<b>454,591</b>	<b>941,653</b>	<b>744,438</b>	<b>487,062</b>
6.1	Renforcer les performances du staff	2,000	0	0	0	0	2,000	0	2,000
6.2	Renforcer les performances de l'USAF	0	0	0	0	0	0	0	0
6.3	Mise en place d'un système de gestion des performances	0	0	0	0	0	0	0	0
6.4	Renforcer la collaboration et la communication interne au sein du bureau	3,000	5,083	1,194	6,750	4,320	-3,750	11,069	-8,069

No.	Rubriques budgétaires	Budget AF en cours	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	Total cumulatif de l'AF en cours	Total cumulatif depuis le début	Reliquat de l'AF en cours
6.5	Renforcer la collaboration et communication externe	25,000	0	795	0	3,622	25,000	3,622	21,378
<b>6</b>	<b>Gestion du Programme</b>	<b>30,000</b>	<b>5,083</b>	<b>1,989</b>	<b>6,750</b>	<b>7,941</b>	<b>23,250</b>	<b>14,691</b>	<b>15,309</b>
7.1	Salaire	962,647	378,963	364,042	254,004	329,664	708,643	583,668	378,979
7.2	Fringe Benefits Leave	203,586	21,262	18,600	0	19,013	203,586	19,013	184,573
7.3	Allowances	42,837	17,311	27,736	16,326	42,491	26,511	58,817	-15,980
7.4	Consultants fees	19,726	4,500	5,697	0	0	19,726	0	19,726
7.5	Travel Transport & perdiem	216,060	58,571	64,563	1,778	75,301	214,282	77,079	138,981
7.6	Other direct costs	-67,727	111,183	-2,195	44,947	16,257	-112,674	61,204	-128,931
7.7	Equipment	243,876	68,349	0	95,517	0	148,359	95,517	148,359
7.8	Supplies	0	0	0	8,027	0	-8,027	8,027	-8,027
<b>7</b>	<b>Autre Couts Direct</b>	<b>1,621,005</b>	<b>660,139</b>	<b>478,443</b>	<b>420,600</b>	<b>482,726</b>	<b>1,200,405</b>	<b>903,326</b>	<b>717,679</b>
<b>8</b>	<b>Couts Partage Bureau Régionaux</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>33,366</b>	<b>19,321</b>	<b>-33,366</b>	<b>52,687</b>	<b>-52,687</b>
9.1	Siggil Jigeen	105,507	3,424	71,915	102,042	71,701	3,465	173,743	-68,236
9.2	Population Council	342,935	146,883	0	58,938	173,478	283,997	232,416	110,519
9.3	Not Yet Obligated	740,350	0	0	0	0	740,350	0	740,350
<b>9</b>	<b>Subgrant</b>	<b>1,188,792</b>	<b>150,307</b>	<b>71,915</b>	<b>160,980</b>	<b>245,178</b>	<b>3,465</b>	<b>173,743</b>	<b>1,015,049</b>
<b>10</b>	<b>Couts Indirect</b>	<b>1,131,661</b>	<b>224,992</b>	<b>204,116</b>	<b>308,065</b>	<b>370,147</b>	<b>283,997</b>	<b>232,416</b>	<b>899,245</b>
<b>TOTAUX</b>		<b>5,720,971</b>	<b>1,051,081</b>	<b>934,467</b>	<b>1,063,641</b>	<b>1,422,737</b>	<b>2,501,322</b>	<b>2,253,962</b>	<b>2,335,348</b>

