

**COMMENT PROMOUVOIR
L'UTILISATION DES RESULTATS
D'UNE ANALYSE SITUATIONNELLE A
L'ECHELLE NATIONALE :
EXPERIENCE DU SENEGAL**

**Promoting Utilization of Results from the
National Situation Analysis in Senegal**

**Médecin Colonel Adama NDOYE¹ ; Bineta MBOW¹ ;
Cheikh Bamba DIOP¹ ; Mady CISSE¹ ; Macoumba THIAM¹
Diouratié SANOGO² ; Mbacké NIANG²**

Service National de la Santé de la Reproduction¹
Population Council²

Octobre 2000

La dissémination régionale des résultats de l'Analyse Situationnelle de 1998 a été financée par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) dans le cadre de l'accord de coopération N° HRN-A-00-98-00012-00 and Subagreement A199.93A. Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID.



SUMMARY

The dissemination of findings from the 1998 Situation Analysis (SA) on Reproductive Health Service Delivery Points constitutes the third such activity organized by the Ministry of Health. This activity was preceded by two disseminations of SA results in 1994 and 1997. Fitting into the dynamic of SA results promotion in Senegal, the regional dissemination can be appreciated as both a process and a set of results.

As a process, the regional dissemination of the 1998 SA results can be divided into three broad phases. The first one consists of planning for the 10 regional workshops, beginning with the appointment of key resource persons, followed by a detailed planning of activities; the focal event at this stage was a work schedule seminar. The second phase was the workshops' organization, with a technical meeting of regional and national teams on practical organizational details, followed by the efficient running of the 10 workshops. The third stage of the regional dissemination process focused on monitoring and evaluation. This stage involves collection and synthesis of recommendations based on the 1998 SA results, an evaluation meeting on the dissemination process, and finalization of the 10 regional reports.

In terms of results, it should be noted that there was a significant involvement of regional medical authorities and reproductive health service providers in these dissemination activities. A total of 277 service providers representing 52 districts participated in the 10 regional workshops. Of the 52 Medical Chiefs of districts, 33 attended a workshop. The involvement of local media in processing and dissemination of the findings ensured good coverage of the regional workshops. Moreover, the secondary analysis of the data permitted a comparison of similarities and differences between the 10 regions regarding quality of services and functional capacity of Service Delivery Points (SDP). The comparative analysis of findings from the 1994 and 1998 SA studies found some cases of improvement, some cases of decline, but also some stagnation, particularly related to infrastructure. Lastly, a synthesis of the most common recommendations from the 10 dissemination workshops was carried out based on topics and level of responsibility for their implementation. As in 1995, more recommendations were issued on the functional capacity of SDP than on quality of services. For the 10 regions, there were 674 recommendations in 1995, of which 18 percent were implemented entirely.

A total of 55 percent of the recommendations addressed to the district level were entirely executed, compared with 37 percent and 32 percent respectively for the regional and national levels.

There were several lessons learned after the dissemination of findings from the 1998 SA. Good planning is essential, especially the work schedule seminar and the detailed activity calendar at the regional and national levels. The practical organization of the dissemination workshops should also involve health professionals in the regions as well as the local media. This initiative improves credibility of the SA results. It has also facilitated their utilization by medical authorities and placed dissemination activities among the events that have left an impression on the regions during that period.

The few limits of the 1998 SA results regional dissemination are related essentially to the one-day workshop duration, which can compromise a good analysis of the findings as well as formulation of relevant recommendations by the regions. Also, the small size of the regional samples can weaken conclusions regarding the quality of services.

RESUME

Avec la dissémination des résultats de l'Analyse Situationnelle (AS) des points de prestation de services de santé de la reproduction de 1998, le Ministère de la Santé réalise la troisième activité de ce genre après celles des résultats des AS de 1994 et 1997. Inscrite dans la dynamique de la promotion des résultats d'A.S. au Sénégal, la dissémination régionale peut être appréciée en tant que processus mais également du point de vue de ses résultats.

En tant que processus, la dissémination régionale des résultats de l'AS de 1998 peut être présentée en trois grandes phases. D'abord la préparation des ateliers qui commence avec le recrutement du personnel-clé de l'activité, passe par l'élaboration d'un chronogramme détaillé des activités envisagées et connaît son moment focal avec la tenue d'un atelier de planification. Ensuite, l'organisation des ateliers qui comprend une réunion technique entre l'équipe nationale et l'équipe régionale pour discuter des modalités pratiques de l'organisation de l'atelier régional, et la tenue de l'atelier proprement dit. La troisième phase du processus de la dissémination régionale porte sur le suivi et l'évaluation. Entrent dans ce cadre le recueil et la synthèse des recommandations formulées relativement aux résultats de l'AS de 1998, la réunion d'évaluation du processus et la finalisation des rapports régionaux.

En termes de résultats, il est noté une forte participation des autorités médicales des régions et des prestataires de services de santé de la reproduction à l'activité. Au total 277 prestataires de service, représentant 52 districts, ont participé aux 10 ateliers régionaux. De même 33 Médecins chefs de district sur 52 y ont pris part. L'implication de la presse locale dans le traitement et la diffusion des résultats a assuré aux ateliers régionaux une bonne couverture médiatique. Par ailleurs, l'analyse secondaire des données a permis d'apprécier des similitudes et des différences au niveau des dix régions, tant du point de vue de la qualité des services que de la capacité fonctionnelle des PPS. L'analyse comparative des résultats des AS de 1994 et 1998 a illustré, quant à elle, des cas d'amélioration, de régression mais aussi de stagnation surtout relatifs à l'infrastructure. Enfin, une synthèse des recommandations les plus récurrentes à travers les dix ateliers de dissémination est faite selon la rubrique et le niveau de responsabilité de son exécution. Il en ressort que ces recommandations, comme en 1995, portent davantage sur la capacité fonctionnelle des PPS que sur la qualité des services à offrir. Tous destinataires confondus, 674 recommandations étaient formulées en 1995, 18 % d'entre elles sont entièrement exécutées.

Au total 55% des recommandations adressées au niveau district ont été entièrement exécutées, comparées à 37% et 32% respectivement pour les niveaux régional et national.

Au sortir de la dissémination des résultats de l'AS de 1998, plusieurs enseignements sont tirés. Une bonne préparation de l'activité est nécessaire et, dans ce sens, la place de l'atelier de planification et l'établissement concerté d'un calendrier des activités par les niveaux national et régional sont prépondérants. L'organisation pratique des ateliers de dissémination doit compter avec l'utilisation des professionnels de la santé des régions et des médias locaux. Cette initiative a permis de crédibiliser les résultats, favorisé leur appropriation par les autorités médicales et a placé l'activité de dissémination parmi les événements qui ont marqué les régions durant cette période.

Les quelques limites qui peuvent entacher la dissémination régionale des résultats de l'AS de 1998 portent principalement sur la durée d'un jour-atelier, qui peut compromettre une bonne analyse des résultats et la formulation de recommandations pertinentes de la part des régionaux, et la petite taille des échantillons régionaux qui peut compromettre l'appréciation de la qualité des services.

TABLE DES MATIERES

SUMMARY	i
RESUME	iii
TABLE DES MATIERES	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES ABREVIATIONS	vii
REMERCIEMENTS	viii
INTRODUCTION	1
I. METHODOLOGIE	3
<i>I.1. Objectifs</i>	<i>3</i>
<i>I.2. Processus de la dissémination régionale</i>	<i>3</i>
<i>I.3. Suivi et évaluation</i>	<i>10</i>
II. RESULTATS	11
<i>II.1. Caractéristiques des ateliers</i>	<i>11</i>
<i>II.2. Résultats de l'analyse secondaire</i>	<i>14</i>
<i>II.3. Synthèse des recommandations</i>	<i>15</i>
<i>II.4. Leçons apprises du processus de dissémination régionale</i>	<i>19</i>
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE	24

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des indicateurs du rapport national de l'AS de 1998.....	6
Tableau 2 : Répartition des participants selon le profil.....	13
Tableau 3 : Synthèse des recommandations de 2000.....	16
Tableau 4 : Niveau d'application des recommandations de 1995 selon la région et le niveau responsable de l'application.....	21

Liste des graphiques

Graphique 1 : Pourcentage de recommandations exécutées selon le niveau de responsabilité	21
--	----

LISTE DES ABREVIATIONS

AS	:	Analyse Situationnelle
BERCER	:	Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Rendez-vous
CPN	:	Consultations Prénatales
DIU	:	Dispositif Intra-utérin
EPS	:	Education Pour la Santé
FAFS	:	Fédération des Associations Féminines du Sénégal
GEEP	:	Groupement pour l'Etude et l'Enseignement de la Population
IB	:	Initiative de Bamako
IEC	:	Information Education Communication
IST/SIDA	:	Infections Sexuellement Transmissibles / Syndrome d'Immuno-Déficience acquis
LHS	:	Lait/Huile/Sucre
LMD	:	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
LT	:	Ligature des Trompes
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PAP'S	:	Test de Papanicolaou
PDIS	:	Programme de Développement Intégré de la Santé
PF	:	Planification Familiale
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNT	:	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PO	:	Plan d'Opération
PPS	:	Point de Prestation de Services
RM	:	Région Médicale
SNAN	:	Service National de l'Alimentation et de la Nutrition
SNSR	:	Service National de la Santé de la Reproduction
SR	:	Santé de la Reproduction
URO/CREN	:	Unité de Réhydratation Orale / Coin de RÉcupération Nutritionnelle
USAID	:	United States Agency for International Development
VIH/SIDA	:	Virus d'ImmunoDéficience Humaine / Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient toutes les institutions et personnes qui ont permis la réalisation de cette activité.

En premier lieu, les responsables du Service National de la Santé de la Reproduction (SNSR) et du Population Council dont l'intérêt et l'appui soutenu ont facilité l'exécution correcte de cette activité.

Sont également remerciés pour leur contribution, la Direction de la Santé, les Régions Médicales, les districts sanitaires, les représentants des comités de santé, les prestataires des services SR et les principaux partenaires que sont :

- Le Service National de l'Alimentation et de la Nutrition (SNAN)
- Le projet BASICS
- La clinique de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD)
- L'Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF) et l'ONG Santé de la Famille (SANFAM).

Nos remerciements s'adressent aussi :

- Au personnel d'appui du SNSR, des régions médicales et du Population Council dont la disponibilité a permis de mener à terme cette activité,
- Aux journalistes des médias publics et privés (RTS, Sud FM, Wal Fadjri et Téranga FM),
- A M. Soukha NDIAYE de l'USAID Dakar,
- A M. Moustapha SENE, journaliste.

Finalement, les auteurs expriment leur vive gratitude à l'USAID dont le financement et le soutien ont rendu possible cette dissémination.

COMMENT PROMOUVOIR L'UTILISATION DES RESULTATS D'UNE ANALYSE SITUATIONNELLE A L'ECHELLE NATIONALE :

EXPERIENCE DU SENEGAL

INTRODUCTION

Avec la dissémination régionale des résultats de l'étude d'Analyse Situationnelle (AS) de 1998, le Sénégal expérimente pour la troisième fois une initiative de ce genre.

En effet, en 1994, le personnel chargé de la recherche au Programme National de Planification Familiale (PNPF) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a mené une Analyse Situationnelle (AS) des services de planification familiale au Sénégal avec l'assistance technique du Population Council (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et Population Council, 1995). Les résultats de cette étude ont été largement diffusés : une première fois lors d'un séminaire national de restitution organisé en janvier 1995 ; une deuxième fois à l'occasion d'un atelier qui s'est tenu en février 1995 afin d'ajuster les objectifs du projet sénégalais sur la survie de l'enfant et la planification familiale (PSE/PF) financé par L'AGENCE AMERICAINE POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL (USAID) /Sénégal ; et une troisième fois lors des ateliers de dissémination régionale organisés pour présenter les résultats des services de PF de chaque région.

En 1997, une deuxième étude d'Analyse Situationnelle a été menée dans les quatre régions du PSE/PF que sont Kaolack, Fatick, Louga et Ziguinchor, à la demande de l'USAID/Sénégal (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et Population Council, 1997). Des séminaires régionaux de dissémination se sont tenus dans chacune des quatre régions pour présenter et discuter les résultats de l'étude.

En 1998, la troisième AS a été réalisée par le PNPF avec l'assistance technique de Population Council afin d'évaluer l'impact du projet PSE/PF et de mesurer à nouveau les indicateurs de progrès des programmes de santé de la reproduction / planification familiale au Sénégal (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et Population Council, 1998). Comme en 1994, l'AS de 1998 a couvert l'ensemble des 10 régions du Sénégal. Elle a porté sur un échantillon de 335 Points de Prestation de Services (PPS), l'interview de 986 prestataires de services SR, l'observation de 1039 consultations de clientes PF et l'interview de ces clientes, l'observation de 1703 consultations de femmes venues en consultation pré-natale et l'interview de ces dernières, et l'observation de 280 consultations d'enfants atteints de diarrhée et l'interview des accompagnatrices de ces enfants.

Les résultats de l'AS de 1998 ont été également présentés lors d'un séminaire national de restitution organisé en décembre 1998. Les participants ont vivement recommandé (1) une large diffusion des résultats aux niveaux régional et départemental afin d'informer les

prestataires des services des évolutions enregistrées et des problèmes encore pendant du point de vue de la qualité des services ; (2) la promotion de l'utilisation des résultats de cette étude; et (3) le suivi et la documentation du processus de restitution et son impact sur la mise en œuvre des politiques et programmes en santé de la reproduction.

En application de ces dernières recommandations, le Service National de la Santé de la Reproduction (SNSR)¹ a organisé entre novembre 1999 et octobre 2000, une activité de restitution des résultats de l'AS de 1998 au niveau régional.

La décision d'organiser cette activité de restitution des résultats au niveau régional émane surtout des expériences très positives, tirées de la restitution des résultats de l'AS de 1994 au niveau régional :

- Le processus de diffusion des résultats de l'étude a eu, au niveau régional, un impact immédiat sur le comportement et les croyances des prestataires au sujet de certaines pratiques : accord sur l'harmonisation des prix, recommandations pour le recyclage pour certains prestataires afin de dissiper les préjugés sur certaines méthodes contraceptives telles que l'injectable, la réorganisation des zones de consultation et d'attente pour renforcer les structures.
- Sur le plan institutionnel, la participation et la collaboration du SNSR au processus de restitution a contribué à promouvoir au sein de l'institution un sentiment d'appropriation des résultats de l'étude et une plus grande confiance dans sa capacité à gérer leur utilisation. De plus, les discussions directes entre le personnel du PNPf et des régions médicales ont, pendant les sessions plénières, éclairé le PNPf sur les attitudes et les attentes vis-à-vis du niveau central. Ces échanges de vues étaient importants parce que le MSPAS avait engagé un processus de décentralisation du système de santé à l'échelle nationale.
- Finalement, les recommandations issues des ateliers régionaux ont été largement utilisées pour l'élaboration des plans d'action national, régional et de district de 1996.

Outre cette expérience très positive des premiers travaux de restitution (CERULLI et al. 1996), d'autres raisons aussi importantes ont favorisé la restitution des résultats de l'AS de 1998 au niveau régional: l'intérêt pour le personnel de santé d'évaluer la qualité des prestations de services en SMI/Pf et d'identifier les problèmes de capacité fonctionnelle, la contribution de cette initiative à l'atteinte de l'Objectif Stratégique n° 3 de l'USAID/Sénégal (OS 3 : utilisation accrue et durable des services pour la survie de l'enfant, la santé maternelle, le planning familial et les services IST/SIDA dans le contexte de la décentralisation) et, enfin, sa contribution à la réalisation de deux des résultats intermédiaires (R.I.2 : résultats de la Recherche Opérationnelle diffusés et utilisés ; R.I.3 : renforcement des capacités et durabilité) du programme FRONTIERES en Santé de la Reproduction de Population Council.

¹ Le PNPf est devenu Service National de la Santé de la Reproduction (SNSR) en 1999.

Ce rapport décrit la méthodologie de la dissémination régionale des résultats de l'AS de 1998 ainsi que les résultats et les leçons apprises dans l'exécution de cette activité qui a porté sur l'ensemble des 10 régions du Sénégal.

I. METHODOLOGIE

I.1. Objectifs

L'activité de dissémination régionale vise à :

1. Informer les prestataires de services régionaux et départementaux des principaux résultats de l'Analyse Situationnelle de 1998.
2. Promouvoir l'utilisation des résultats par la présentation et la discussion des résultats, mais aussi par la synthèse des recommandations des responsables de programme en vue d'actions futures.
3. Aider les prestataires de services aux niveaux régional et départemental à évaluer les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des recommandations qu'ils ont adoptées en 1995 durant le processus de restitution des résultats de l'Analyse Situationnelle de 1994.
4. Renforcer la capacité du personnel aux niveaux national et régional à analyser et à désagréger les données obtenues de l'évaluation des prestations de services et à présenter les principaux résultats aux prestataires de services travaillant aux niveaux régional et départemental.

I.2. Processus de la dissémination régionale

Dans sa mise en oeuvre, le processus de la dissémination régionale peut se présenter en trois grandes phases : la préparation des ateliers régionaux, l'organisation des ateliers régionaux, et le suivi et l'évaluation.

1.2.1 Préparation des ateliers régionaux

Elle est caractérisée par l'exécution des principales activités suivantes: le recrutement du personnel-clé, l'élaboration d'un calendrier détaillé des activités, l'organisation d'un atelier de planification, l'analyse secondaire des données et la production des rapports régionaux préliminaires, et la planification des dates des ateliers régionaux.

Le personnel-clé de l'activité de dissémination régionale est composé d'un coordonnateur de recherche et d'un assistant recrutés par voie de compétition par le SNSR dès le premier mois du projet. Ces deux personnes ressources ont travaillé à plein temps pendant la période de 12 mois pour assurer la coordination et l'exécution des activités relatives à la

dissémination régionale: organisation de l'atelier de planification, analyse de données et l'élaboration des rapports, préparation des graphiques et des présentations visuelles pour les différents séminaires.

Cette équipe de recherche a bénéficié de l'assistance technique et administrative continue du SNSR et du programme FRONTIERES de Population Council.

L'élaboration du calendrier des activités a consisté en la conception d'un chronogramme détaillé de toutes les activités envisagées pour la dissémination à partir d'un processus dynamique de concertation entre le niveau national et les responsables régionaux de la santé.

En théorie, l'élaboration d'un calendrier d'activités est un acte très simple ; mais dans la pratique, la fixation des dates s'est avérée souvent très laborieuse à cause du chevauchement des dates proposées par les différentes régions, des dates trop rapprochées les unes des autres, mais aussi à cause du report des dates déjà retenues par une région pour d'autres priorités régionales. Cette situation a davantage contribué au prolongement de la durée de l'activité de dissémination de 9 à 12 mois.

Dans le cadre de la préparation des séminaires régionaux, un atelier de planification de 5 jours impliquant les responsables de santé au niveau des régions a été organisé au Club Aldiana de Mbour du 23 au 29 janvier 2000. Cet atelier a regroupé en plus de l'équipe de recherche du projet, les chercheurs principaux du SNSR, les collaborateurs du Population Council et 16 participants représentant 9 régions parmi les 10 que compte le Sénégal.

Cet atelier avait pour objectifs de : (1) définir les objectifs à atteindre dans le cadre de la Dissémination Régionale; (2) sélectionner des indicateurs pour chaque région pour l'élaboration des rapports régionaux; (3) discuter du format des rapports régionaux; (4) réfléchir sur la gestion et l'organisation des ateliers régionaux; et (5) améliorer la compétence des participants aux techniques de présentation des résultats avec les logiciels Word et Power Point.

L'organisation de l'atelier de planification a connu deux phases: une phase d'exposés sur certains thèmes² par les facilitateurs et une phase de travaux de groupe par les participants.

La phase de travaux de groupe a réuni les représentants de chaque région. Ces travaux ont abouti à la sélection d'indicateurs pour le rapport régional, au traitement de ces indicateurs en PowerPoint et à la présentation du résultat de ces travaux en séance plénière par un représentant de chaque région.

Le fichier des données de l'AS 1998 constitue la base de référence pour la dissémination régionale. L'analyse secondaire a consisté en la désagrégation de ces données sur la base de la variable *région*, en l'analyse des données de chaque région sur la base des indicateurs de capacité fonctionnelle et de qualité de services de la région et en l'examen de l'évolution de

² Les exposés ont porté sur les aspects suivants : (1) l'Analyse Situationnelle au Sénégal ; (2) le processus de la dissémination régionale ; (3) la comparaison des résultats des AS de 1994 et 1998 ; (4) les indicateurs calculés dans le rapport national de l'AS de 1998 ; (5) une orientation en informatique ; (6) les stratégies et canaux de communication ; et (7) la gestion et l'organisation des ateliers régionaux.

ces indicateurs depuis l'AS de 1994. Ce travail a abouti à la révision du rapport national et à la préparation d'un résumé des principaux résultats de l'AS de 1998. Cette seconde édition du rapport national a été imprimée en 600 copies et le résumé en 1000 exemplaires.

Tableau 1 : Liste des indicateurs du rapport national de l'AS de 1998

Rubrique	Composantes
<p>I. Description des chantillons</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition des PPS visités selon le district • Répartition des PPS visités selon le type • Répartition des clientes interviewées selon le motif de leur visite au PPS • Âge des clientes interviewées (minimum, maximum, médiane) • Situation et régime matrimoniaux des clientes interviewées • Répartition des prestataires interviewés selon la catégorie socio-professionnelle • Âge des prestataires interviewés (minimum, maximum, médiane) • Situation et régime matrimoniaux des prestataires interviewés selon le type • Proportion de prestataires interviewés qui n'utilisait aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête
<p>II. Capacité fonctionnelle</p>	<p>a) Services fournis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services habituellement disponibles dans les PPS • Nombre de jours par semaine durant lesquels les services de PF, CPN, LMD et autres SMI sont offerts dans les PPS • Nombre d'heures durant lesquelles les services de PF, CPN, LMD et autres SMI étaient offerts le jour de l'enquête <p>b) Infrastructure, équipements et matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des infrastructures (eau courante, électricité, toilettes fonctionnelles, système de réception des clientes par ordre d'arrivée, salle d'attente) dans les PPS • Disponibilité de l'équipement minimum pour fournir des services de SR • Disponibilité de l'équipement et du matériel pour l'offre de services LMD dans les PPS • Proportion de responsables de structures qui trouvent qu'ils disposent du matériel minimum pour offrir des services de SR adéquats • Disponibilité de boîte de pose et de retrait DIU avec le contenu au complet dans les PPS offrant habituellement le DIU • Disponibilité de boîte d'insertion et de retrait Norplant[®] avec le contenu au complet dans les PPS offrant habituellement le Norplant[®] <p>c) Expérience et formation du personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ancienneté des prestataires interviewés dans le PPS • Proportion de prestataires qui n'ont pas reçu de formation de base • Durée depuis la formation de base pour les prestataires qui en ont reçue (minimum, maximum, moyenne) • Thèmes inclus dans la formation de base ou continue des prestataires interviewés

Rubrique	Composantes
	<p>d) Matériel et activités IEC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de signes ou panneaux visibles annonçant la disponibilité de services PF, CPN ou LMD dans les PPS visités • Matériel IEC recensés dans les PPS le jour de la visite • Thèmes IEC traités par le matériel IEC trouvés dans les PPS le jour de la visite • Planification et tenue effective le jour de la visite de causeries éducatives dans les PPS <p>e) Approvisionnement et logistique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthodes contraceptives offertes dans les PPS et ruptures de stock au cours des trois mois ayant précédé l'enquête • Disponibilité des produits pour la prise en charge de la malnutrition et des cas de diarrhées et ruptures de stock au cours des trois mois ayant précédé l'enquête <p>f) Stockage des données, rédaction des rapports et supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de PPS qui ont des rapports des statistiques mensuelles envoyés à un superviseur ou à une unité supérieure • Disponibilité dans les PPS visités de registres journaliers des activités de SR (PF, CPN, vaccination, LMD, IST/SIDA, accouchement, consultation curative) • Bonne tenue des registres disponibles dans les PPS selon le type • Répartition des PPS selon le nombre de supervisions reçues au cours des 6 mois ayant précédé l'enquête • Qualité des supervisions (gestes effectués par les superviseurs lors de leur visite)
<p>II. Qualité des services</p>	<p>a) Relations interpersonnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil des clientes (salutations, cordialité des salutations, invitation à s'asseoir) <p>b) Choix des méthodes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthodes mentionnées et discutées durant la consultation des nouvelles clientes PF • Proportion des clientes venues avec une préférence, qui ont décidé d'utiliser une méthode, dont la préférence est la même que la méthode choisie, qui ont reçu leur méthode • Proportion de consultations durant lesquelles une méthode particulière a été mis en avant par les prestataires • Proportion de prestataires qui mettent en avant certaines méthodes ou qui imposent des restrictions non-médicales (sur l'âge, la parité, le bilan para-cliniques préliminaires, le statut matrimonial et le consentement du conjoint) à l'offre de certaines méthodes

Rubrique	Composantes
<p>III. <u>Qualité des services</u> <u>(suite)</u></p>	<p>c) Échange d'informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations données aux nouvelles clientes PF sur la méthode acceptée • Proportion de clientes devant lesquelles les prestataires ont explicitement mentionné que le préservatif protège contre les IST/SIDA • Proportion de clientes présentant des signes en faveur d'une IST et à qui les prestataires ont expliqué qu'il se pourrait qu'elles aient une IST • Aspects abordés lors de l'IEC des clientes CPN • Aspects abordés lors de l'IEC de l'accompagnatrice de l'enfant diarrhéique • Proportion des clientes devant qui les prestataires ont évoqué des problèmes de santé autres que ceux qui les ont amenées au PPS le jour de la visite • Moyens de protection contre les IST/SIDA cités par les clientes • Proportion des clientes qui ont eu une grossesse indésirée et, le cas échéant, attitudes adoptées (avortement, conduite de la grossesse jusqu'à son terme, etc.) • Proportion de prestataires rapportant que des femmes viennent se faire soigner dans leur PPS suite à un avortement provoqué • Proportion de prestataires rapportant avoir déjà vu ou eu à prendre en charge des complications d'avortement <p>d) Compétence technique des prestataires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de prestataires qui se sont référés aux documents de normes et protocoles durant le mois de l'enquête et les trois mois qui l'ont précédée • Proportion de prestataires qui rapportent qu'il y a des aspects des nouveaux protocoles qu'ils n'aiment pas • Procédures jugées nécessaires par les prestataires avant l'offre de pilule, DIU, Norplant[®], injectables ou LT lors de la première visite d'une cliente PF • Attitudes des clientes devant une cliente qui veut une méthode contraceptive mais n'a pas ses menstruations • Nombre d'exams pelviens effectués avec les nouvelles et les anciennes clientes PF et gestes accomplis lors de ces exams • Prise en charge des effets secondaires et autres problèmes des clientes PF • Interrogatoire des clientes LMD • Procédures accomplies durant les consultations curatives « diarrhée » • Prescriptions faites aux enfants diarrhéiques • Questions abordées lors de la première consultation prénatale • Procédures médicales accomplies durant les consultations prénatales • Tests et exams faits ou demandés durant les consultations prénatales • Attitudes des prestataires face à une cliente suspectée par rapport aux IST ou par rapport au VIH/SIDA

Rubrique	Composantes
	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes des prestataires devant une cliente venue pour une visite de réapprovisionnement et qui semble avoir un comportement à risque d'infection IST/SIDA <p>e) Mécanismes pour encourager la continuité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de clientes informées de la date et du lieu du prochain suivi / approvisionnement et notification écrite • Proportion de clientes dont le choix a été respecté et proportion de clientes ayant reçu une méthode d'attente • Nombre de plaquettes de pilules que les prestataires fournissent habituellement à une cliente qui utilise avec succès la méthode depuis un an ou plus • Date du prochain suivi / approvisionnement d'une cliente sous pilule fixée par les prestataires <p>f) Caractère approprié et acceptabilité des services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des clientes qui ont déclaré avoir reçu les services et informations qu'elles désiraient • Proportion des clientes qui ont trouvé que les horaires d'ouverture du PPS étaient convenables • Répartition des PPS selon le retard accusé au démarrage des prestations • Proportion des clientes qui ont trouvé que leur temps d'attente était raisonnable • Durée des consultations selon le type de clientes • Proportion des clientes qui ont trouvé que leur consultation a duré juste le temps qu'il fallait • Proportion des clientes qui ont estimé avoir bénéficié d'intimité durant leur consultation • Coûts moyens des produits et services de SR en vigueur dans les PPS selon le secteur • Fixation des tarifs des services et produits

La planification des ateliers régionaux a consisté en la préparation des régions médicales à organiser l'atelier de dissémination. A ce titre les activités suivantes ont été exécutées : (1) la réception et le traitement des résultats sur le niveau d'application des recommandations de 1995; (2) la production du rapport régional préliminaire; (3) la production des résultats de l'AS de 1998 au niveau district sous forme de graphiques non commentés; (4) la production du rapport sur l'évolution des indicateurs de l'offre de services PF entre 1994 et 1998 au niveau de la région; (5) la production de l'agenda de l'atelier et des instructions relatives à l'organisation des travaux de groupes prévus au cours de l'atelier régional ; et (6) la fixation de la date de l'atelier.

1.2.2 Organisation des ateliers régionaux

La durée des ateliers a été de deux jours à Dakar et à Thiès au vu du nombre élevé de leurs districts (huit respectivement) et d'un jour dans les autres régions.

A la veille de chaque atelier, une réunion technique entre l'équipe nationale et l'équipe régionale était organisée pour discuter des modalités pratiques de l'organisation de l'atelier régional. Cette réunion était suivie d'une séance d'orientation des personnes ressources devant participer à la présentation des résultats.

Les sessions de présentation, pour chaque atelier, ont porté sur : (1) les objectifs de l'atelier ; (2) les résultats de l'AS de 1998 au niveau de la région, exposés conjointement par les niveaux national et régional; (3) l'évolution des indicateurs par le niveau national; (4) et les résultats du suivi des recommandations de 1995 par le niveau national. Chacune de ces sessions fut suivie de discussions.

Suite à ces sessions, les participants de chaque district ont pu apprécier les résultats de l'AS au niveau de leur localité, le niveau d'application des recommandations formulées lors de l'atelier régional de 1995, et fait de nouvelles recommandations.

I.3. Suivi et évaluation

Ils portent sur le recueil et la synthèse des recommandations de 2000 relatives à l'AS 1998, la réunion de synthèse et d'évaluation de la dissémination régionale, la finalisation des rapports régionaux et enfin l'évaluation des dispositions prises pour favoriser l'application des recommandations de 2000.

Toutes les versions définitives des recommandations formulées par les districts, après révision par les autorités médicales, ont été centralisées par l'équipe de recherche. A la fin des 10 ateliers régionaux, une réunion dite de synthèse de 5 jours a été organisée pour : (1) faire la synthèse de la dissémination régionale des résultats de l'AS de 1998 ; (2) rediscuter la pertinence et le mode de calcul des indicateurs à inclure dans les rapports à la lumière des discussions faites lors des ateliers régionaux; (3) définir le plan de présentation et le contenu des rapports régionaux définitifs; et (4) étudier le plan de présentation et le contenu du rapport final sur la dissémination régionale des résultats de l'AS de 1998. Divers documents produits par le Ministère de la Santé ont servi de références à ces discussions (Ministère de la

Santé et de l'Action Sociale, 1996a, 1996b et 1997). Dix personnes-ressources du SNSR, des régions médicales de Dakar, Saint-Louis et Thiès et du Population Council ont participé à cette réunion technique.

Les rapports préliminaires ont été complétés par les versions revues et corrigées des recommandations issues des ateliers régionaux de dissémination des résultats de l'AS de 1998. Le plan de présentation adopté lors de l'atelier de synthèse a été utilisé pour finaliser les 10 rapports régionaux. Ces rapports ont fait l'objet d'une relecture méticuleuse par l'équipe de recherche du SNSR avant leur reproduction (en 100 copies pour chaque région). Cette dernière lecture a permis de constater l'omission des centres de santé de Diourbel et Kolda dans l'analyse comparative des résultats des AS de 1994 et 1998.

II. RESULTATS

La section sur les résultats portera sur les caractéristiques des ateliers, les principaux résultats de l'analyse secondaire et la synthèse des recommandations.

II.1. Caractéristiques des ateliers

L'analyse de la liste des participants aux ateliers régionaux révèle que les résultats de l'AS de 1998 ont été disséminés auprès de 300 responsables et prestataires de services de SR au niveau des 10 régions et 52 districts de santé du Sénégal. Le tableau 2, qui donne la répartition de ces participants selon le profil, montre que plus de la moitié de ceux-ci (environ 53%) sont directement impliqués dans l'offre de services de SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. De même, on note une forte participation des autorités médicales des régions à cette dissémination régionale des résultats de l'AS de 1998 : 8 médecins chefs de région sur 10 et 33 médecins chefs de district sur 52. On a également noté la présence de quelques agents de collaboration au développement, des ONGs, des groupements et autres institutions oeuvrant dans le secteur de la santé.

L'objectif visé à travers la couverture médiatique des ateliers régionaux était de faire une diffusion plus large des résultats de l'AS au niveau régional et départemental. Dans la pratique, elle a consisté à l'implication de journalistes locaux dans le traitement et à la diffusion des résultats de l'AS à travers les media locaux, notamment la radio.

Ainsi le chargé de la communication du programme FRONTIERES de Population



Les journalistes des stations régionales de Thiès (Thiès FM, Sud FM) interrogeant le responsable de recherche (Cheikh Bamba Diop) du Ministère de la Santé (Photo : Mbacké NIANG, Population Council)

Council, avec l'approbation des autorités médicales, a travaillé avec la presse locale là où cela était possible³ pour assurer la couverture médiatique de l'atelier régional.

Ce travail a consisté en une séance de briefing de la presse locale et la mise à sa disposition de documents afférents à l'atelier. Les journalistes ont généralement participé aux débats, procédé à des interviews (de représentants du SNSR, de la région médicale ou de prestataires) traité et diffusé l'information sur les ondes des stations locales. Au total, quatre stations de radio et deux agences de presse écrite ont participé à la diffusion des résultats des ateliers régionaux. Si concrètement des émissions radiodiffusées ont été réalisées sur les travaux il n'a pas toujours été le cas pour les articles écrits. Et pour cause : la presse écrite est à l'état embryonnaire au niveau local et par conséquent ne paraît que de manière accidentelle.

Dans la perspective d'une meilleure couverture médiatique de ce genre, les dispositions suivantes devraient être systématisées : mettre les documents à la disposition de la presse quelques jours avant l'atelier, impliquer les journalistes comme participants à part entière, développer avec la presse un partenariat permettant de récupérer tous les éléments (sonores et écrits) produits.

Au sortir du processus de la dissémination régionale, les résultats de l'analyse secondaire des 10 régions, y compris l'évaluation de l'application des recommandations de 1995, ont été présentés. Douze coordinatrices SMI/PF ou superviseurs de soins de santé primaires (SSP) ont fait l'évaluation de l'application des recommandations de 1995 dans leur propre région tandis que 15 personnes-ressources (au moins une personne par région) ont participé à la présentation des résultats de l'analyse secondaire de l'AS de 1998.

Les discussions qui ont eu lieu au cours des ateliers ont donné aux prestataires l'occasion de fournir des explications qui ont permis d'harmoniser les perceptions des niveaux central et régional et de formuler des recommandations plus pertinentes.

³ Les ateliers des régions de Kolda, Tambacounda, Fatick et Dakar n'ont pas fait l'objet d'une couverture médiatique.

Tableau 2 : Répartition des participants selon le profil

Profil	n	%
Coordinatrices / superviseurs SR	58	21
Médecins (médecins chefs de région, médecins chefs de district et autres médecins)	51	18
Superviseurs de soins de santé primaires (SSP)	38	14
Responsables de l'Education Populaire pour la Santé (EPS)	32	12
Sages-femmes	30	11
Représentants de comités de santé	10	4
Journalistes	10	4
SNSR	6	2
Infirmiers chefs de postes	5	2
Responsables de centres de référence	5	2
Agents d'hygiène	5	2
Population Council	5	2
Agents de l'ASBEF	3	1
Agents sanitaires	2	1
Assistantes sociales	2	1
Superviseurs du Programme Elargi de vaccination (PEV)	2	1
Superviseur en planification et statistiques	1	0
Responsable de banque de sang	1	0
Communicateur traditionnel	1	0
Autres institutions internationales et nationales ⁴	10	4
Ensemble des participants	277	100

⁴ D'autres institutions internationales et nationales tels que l'USAID, le SNAN, les directions du PNT, de l'Action Sociale, de la Jeunesse et des Sports ainsi que les associations et ONG telles que le GEEP, la FAFS furent représentées au niveau de certains de ces ateliers.

II.2. Résultats de l'analyse secondaire

L'examen des résultats de l'analyse secondaire révèle des similitudes et des différences au niveau des 10 régions. Cette situation se traduit au niveau des indicateurs de la capacité fonctionnelle des PPS et de la qualité des services en 1998, mais aussi au niveau de l'évolution de ces indicateurs entre 1994 et 1998. L'analyse qui suit se focalise davantage sur les points faibles de la capacité fonctionnelle et de la qualité des services – selon le modèle Bruce-Jain (1991) - qui nécessitent des efforts substantiels pour leur amélioration.

Indicateurs de la capacité fonctionnelle

Les principaux résultats similaires que l'on retrouve dans les dix régions du Sénégal sont :

- l'absence de certains services importants de la SR au niveau de certains PPS : PF pour hommes, PF pour adolescents, services IST, consultations infertilité/infécondité et récupération nutritionnelle.
- le non respect des horaires officiels d'ouverture des PPS.
- l'absence de signalisation des services de CPN et LMD.
- la variabilité du coût des produits et services selon le PPS.
- l'absence de thèmes relatifs aux accouchements, aux soins pré et postnataux, et à la nutrition de la mère au niveau du matériel IEC.
- l'insuffisance de la supervision.

Indicateurs de la qualité des services

Les principaux points faibles de l'offre de services de qualité communs aux régions se résument:

- au non respect des règles d'asepsie.
- à l'insuffisance de la communication prestataires / clientes lors des consultations.
- aux restrictions non médicales (âge minimum, parité, statut matrimonial et consentement du conjoint) imposées par les prestataires sur l'offre de méthodes contraceptives. Par exemple, le pourcentage de prestataires qui exigent un âge minimum avant l'offre d'une méthode varie de 54 % à 86 %. Relativement aux femmes mariées, un pourcentage non négligeable de prestataires (entre 31 % et 59 %) exigeraient le consentement du conjoint.

Evolution de 1994 à 1998

L'analyse comparative des résultats des AS de 1994 et de 1998 montre que l'évolution des indicateurs de capacité fonctionnelle et de qualité des services ne s'est pas faite de façon uniforme. Dans leur grande majorité, ces indicateurs ont connu des améliorations pour l'ensemble des régions. Mais dans les autres cas de figure, les indicateurs ont stagné ou même subi quelques régressions.

Parmi les cas d'améliorations, on peut citer :

- la réduction du retard accusé à l'ouverture des PPS.
- la proportion accrue de prestataires formés en VIH/SIDA et en counseling SIDA.
- la disponibilité accrue du matériel pour l'offre de services de SR.
- la disponibilité accrue du matériel IEC.
- l'amélioration de l'offre de services.

Les cas de régressions sont notés parmi les indicateurs:

- de formation en PF clinique et en counseling PF.
- d'offre des méthodes.
- d'appréciation de la durée de la consultation.
- d'appréciation du système de réception des clientes.

On notera que les cas de stagnation sont surtout relatifs à l'infrastructure.

II.3 Synthèse des recommandations

Le tableau 3 donne la synthèse des recommandations selon la rubrique de la capacité fonctionnelle et de la qualité des services et selon le niveau de responsabilité de son exécution. Cette synthèse s'est appuyée sur les recommandations les plus récurrentes à travers les dix ateliers régionaux organisés.

Comme en 1995, ce tableau révèle que les recommandations formulées au niveau des ateliers régionaux ont davantage porté sur la capacité fonctionnelle des PPS que sur la qualité des services à offrir. Parmi les explications possibles, on peut citer le contexte programmatique caractérisé par un niveau d'équipement des PPS encore peu satisfaisant, le manque de personnel qualifié, un faible niveau de l'offre et de la demande des services et la perception de certains prestataires qui pensent que les améliorations souhaitées au niveau de la capacité fonctionnelle visent directement ou indirectement à améliorer l'offre de services de qualité.

Selon la politique de décentralisation, la région a la responsabilité de la gestion, de la maintenance et de l'équipement des centres de santé. Malgré cela, pour les recommandations relatives à la capacité fonctionnelle, le niveau national a été beaucoup plus sollicité que le niveau régional. On peut penser que cette situation résulte de la méconnaissance ou reflète les difficultés d'application de la politique de décentralisation. Toutefois, le SNSR continue de s'investir dans l'équipement des PPS et la formation de prestataires.

On retiendra également que c'est le niveau district qui est principalement sollicité relativement à la qualité des services. Le niveau régional est moins sollicité comparativement aux niveaux national et local.

Tableau 3 : Synthèse des recommandations de 2000.

Rubrique	Recommandations	Destinataire
CAPACITE FONCTIONNELLE		
1. Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une description des postes dans chaque PPS. - Afficher l'organigramme au niveau de tous les PPS. 	<p>District</p> <p>District</p>
2. Services fournis	<ul style="list-style-type: none"> - Compléter la gamme de services disponibles (introduire certains tests de VIH/SIDA, étendre les services de SR aux postes de santé privés). - Compléter la gamme de méthodes contraceptives offertes dans les PPS (Norplant[®], LT, Vasectomie). - Accroître la durée de prestation des services. - Intégrer les services (IST/SIDA, soins post-abortums, PF pour hommes et pour adolescents). 	<p>RM, District</p> <p>RM, District</p> <p>District</p> <p>District</p>
3. Infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> - Construire ou réhabiliter des PPS (toilettes fonctionnelles, lieux d'attente adéquats, salles de soins, salles de consultation, URO/CREN). - Réaménager l'espace (lieu d'attente, salle de counseling, salle de causerie). - Doter certains PPS d'eau courante et d'électricité. 	<p>Ministère,</p> <p>Comités de santé, ONGs</p> <p>District</p> <p>District</p>
4. Equipement et matériel	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les besoins en matériel de tous les PPS. - Faire la synthèse des besoins des districts. - Satisfaire les besoins des régions. - Doter les PPS de matériel standard (matériel de stérilisation, matériel de pose et de retrait DIU). - Equiper les URO/CREN. - Renforcer l'équipement des laboratoires (matériel de dépistage VIH, chlamydia et PAP'S, matériel bactériologique, réactifs, etc). - Doter les PPS de matériel de bureau et outils de gestion armoires, classeurs, fiches de consultation, cartes de RV, registres de bonne qualité. 	<p>District</p> <p>RM</p> <p>SNSR</p> <p>SNSR</p> <p>RM, SNAN</p> <p>RM, PNLS</p> <p>SNSR</p>
5. Personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le personnel prestataire de service en sage-femme. - Identifier les besoins en formation et recyclage. - Former ou recycler les prestataires. - Décentraliser certaines formations. - Motiver le personnel (généralisation des indemnités d'itinérance). 	<p>Min., RM</p> <p>District</p> <p>SNSR, PNLS,</p> <p>RM</p> <p>SNSR</p>

Rubrique	Recommandations	Destinataire
6. Matériel d'IEC	<ul style="list-style-type: none"> - Signaler la disponibilité des services (implanter des panneaux de signalisation externes). - Doter les PPS en matériel IEC (matériel audio-visuel, films, cassettes, affiches, boîtes à image, dépliants). - Compléter les boîtes à image existantes par des informations sur la PF naturelle, la vasectomie et la LT. - Confectionner de nouveaux matériels IEC traitant notamment des CPN, accouchement, soins post-natals en langues nationales. 	<p>SNSR</p> <p>SNSR</p> <p>SNSR, EPS</p> <p>SNSR, EPS</p>
7. Activités IEC	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier et tenir des causeries au niveau des PPS, les intégrer dans les micro-plans. - Diversifier les thèmes des causeries en abordant également les IST, la CPN, la nutrition de la mère, la PF naturelle, la MAMA, la LT, la vasectomie, etc. - Afficher la planification des causeries au niveau de tous les PPS. - Financer les activités IEC. - Elargir cible et approches de l'IEC (utiliser le matériel audio-visuel disponible pour les séances d'IEC, sensibiliser les conjoints sur l'importance de la PF, privilégier les entretiens individuels lors des consultations) - Recenser les inactives et les relancer. - Emissions radiophoniques. - Spots publicitaires à la télévision nationale. 	<p>District</p> <p>District</p> <p>District</p> <p>SNSR, PO 2000</p> <p>District</p> <p>PO 2000</p> <p>RM</p> <p>SNSR</p>
8. Approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> - Elargir la gamme de produits disponibles (LHS, Vitamine A, Fer). - Assurer un bon système de gestion des stocks (respect de la périodicité des commandes de contraceptifs, envoi régulier et à temps opportun des rapports, respect du suivi d'alerte, minimisation des commandes d'urgence, mise sur pied d'un bon système de gestion des vaccins). - Approvisionner suffisamment et régulièrement les PPS en produits. 	<p>District</p> <p>District</p> <p>SNSR</p>
9. Supervision	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer une supervision régulière des PPS. - Faire un feed-back écrit de la supervision. - Trouver une solution négociée pour mettre fin à la rétention de l'information. 	<p>SNSR, RM, District</p> <p>RM, District</p> <p>SNSR</p>

Rubrique	Recommandations	Destinataire
QUALITE DES SERVICES		
10. Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les relations entre prestataires et clientes (accueil, écoute attentive, respect du BERCER) - Assurer aux clientes un libre choix en leur présentant la gamme complète des méthodes et toutes les informations s'y afférant. - Informer les clientes sur les problèmes de santé autres que ceux qui les ont amenés au PPS. 	District District District
11. Compétence technique des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter les règles d'asepsie. - Respecter le choix de la cliente par la levée des restrictions non médicales à l'offre des méthodes et par la levée de l'exigence systématique d'examens de labo avant l'offre d'une méthode contraceptive. - Respecter les normes et protocoles, s'y référer pour l'harmonisation de la prise en charge des clientes. 	District District District
12. Caractère approprié et acceptabilité des services	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter l'ordre d'arrivée des clientes. - Respecter les horaires officiels de travail. - Réduire le temps d'attente des clientes. - Standardiser le coût des produits et services. - Introduire un ticket modérateur pour la PF. - Introduire les produits contraceptifs dans l'IB. - Afficher les tarifs des produits au niveau des PPS. 	District District District RM District District District
13. Prise en charge des clientes IST/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir des préservatifs aux clientes suspectées. - Systématisation de l'information et de la prise en charge du partenaire en cas de IST/SIDA. 	District District
14. Prise en charge des hommes et des adolescents	<ul style="list-style-type: none"> - Former les équipes-cadres de district en SR pour adolescents. - Assurer une formation décentralisée des prestataires en SR pour adolescents. - Favoriser une meilleure prise en charge des jeunes (accueil, dialogue, orientation). - Créer un service IST/VIH pour les hommes et pour les adolescents. - Intégrer les services IST hommes et adolescents. - Mener des activités d'IEC/PF en direction des hommes et des adolescents. 	RM District District District District District

II.4. Leçons apprises du processus de dissémination régionale

Les enseignements à tirer du processus de dissémination régionale des résultats de l'Analyse Situationnelle de 1998 sont multiples.

II.4.1 La nécessité d'une bonne préparation

La réussite de la dissémination régionale dépend en grande partie de la variété et de la qualité des activités menées dans le cadre de sa préparation. A ce titre, la place de l'atelier de planification est prépondérante. Il a permis non seulement d'impliquer les régionaux dans la phase de conception et d'exécution des ateliers, mais il a aussi contribué à l'acceptation des résultats issus de l'analyse secondaire. A ce titre, les participants à un tel atelier doivent être choisis de manière rationnelle et représentative afin de garantir l'appropriation des indicateurs par la région médicale et un meilleur suivi des activités.

L'établissement d'un bon calendrier d'activités n'est pas suffisant en soi pour garantir une bonne organisation de la dissémination régionale. La flexibilité et la concertation continue entre les niveaux national et régional ont compté pour beaucoup dans le succès du processus de dissémination régionale. A ce titre, il est important d'identifier les personnes ressources-clé et d'établir une communication régulière avec elles.

II.4.2 Organisation pratique des ateliers

L'utilisation de professionnels de la santé de la région pour l'évaluation de l'application des recommandations de 1995 et leur participation à la présentation des résultats ont permis de crédibiliser les résultats et de favoriser leur appropriation par les autorités médicales de la région. Une seule et même personne – généralement la coordinatrice ou le superviseur SMI/PF – était désignée par la région médicale pour l'évaluation de l'application des recommandations de 1995 au niveau des différents districts. Ce travail fut entièrement pris en charge par le niveau central. La participation des régionaux à la présentation des résultats peut être améliorée davantage en accordant un surplus de temps à l'organisation de chaque atelier.

L'utilisation des médias locaux a été une bonne stratégie de diffusion des résultats de l'AS au niveau régional. La couverture médiatique des ateliers a placé l'activité de dissémination parmi les événements majeurs ayant marqué les régions concernées durant cette période.

Un seul jour de dissémination peut compromettre, au niveau opérationnel, une bonne analyse des résultats et la formulation de recommandations pertinentes. La durée de l'atelier limitée à un jour n'a pas souvent permis à l'équipe de restitution d'organiser une séance de travail qui devait précéder l'atelier proprement dit. Elle n'a pas également permis aux participants aux ateliers régionaux de mieux synthétiser leurs recommandations.

II.4.3 Evaluation des recommandations

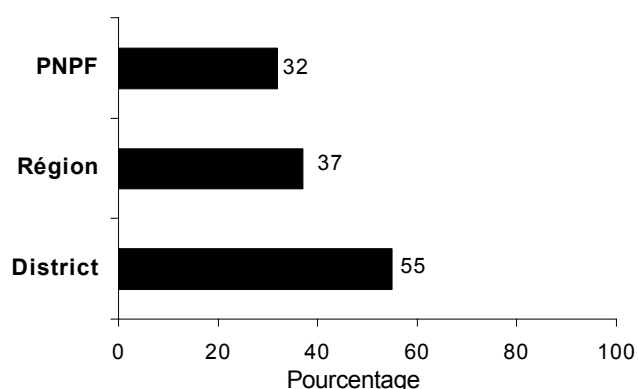
Le tableau 4 donne les résultats sur le niveau d'application des recommandations de 1995 selon la région et le niveau responsable de l'application. Bien que le niveau d'exécution des recommandations soit variable selon les régions, ce tableau montre, d'une façon générale, que le taux d'exécution est plus élevé dans les districts que dans les Régions Médicales et au niveau national.

Tableau 4 : Niveau d'application des recommandations de 1995 selon la région et le niveau responsable de l'application.

Région	Niveau district				Niveau régional				Niveau national			
	Exécuté (%)	Partiellement exécuté (%)	Non exécuté (%)	Total (n)	Exécuté (%)	Partiellement exécuté (%)	Non exécuté (%)	Total (n)	Exécuté (%)	Partiellement exécuté (%)	Non exécuté (%)	Total (n)
Dakar	35	51	14	43	25	50	25	20	32	32	36	26
Thiès	26	41	33	39	33	46	21	26	23	54	23	18
Saint-Louis	43	51	6	48	32	47	21	19	22	67	11	22
Kaolack	85	10	5	40	11	67	22	12	Non évalué	Non évalué	Non évalué	Non évalué
Fatick	62	29	9	23	63	25	12	08	50	33	17	14
Ziguinchor	65	26	9	22	75	8	17	07	45	35	20	15
Kolda	81	8	11	29	88	12	0	14	27	64	9	12
Tamba	48	16	36	30	33	25	42	16	0	44	56	27
Louga	69	23	8	36	63	0	37	07	54	21	25	29
Diourbel	65	12	23	36	20	25	55	20	19	38	43	16
Ensemble	55	30	15	346	37	36	27	149	32	39	29	179

La faiblesse de l'application de ces recommandations au niveau national pourrait s'expliquer par l'assimilation du SNSR au Ministère de la Santé. En effet, une part importante des recommandations qui étaient adressées au SNSR n'étaient pas strictement de son ressort notamment la construction de PPS, la réfection d'infrastructures, l'affectation de sages-femmes, la conception et la mise à disposition de matériels d'IEC, l'approvisionnement en carburant, la motivation des prestataires, etc. Il aurait fallu une meilleure identification des responsabilités et un meilleur suivi de l'exécution des recommandations par les districts, les régions médicales et le SNSR.

Graphique 1 : Pourcentage de recommandations exécutées selon le niveau de responsabilité



En conformité avec la politique de la décentralisation, le niveau district doit beaucoup plus compter sur le niveau local pour résoudre ses problèmes et donc formuler des recommandations dans cet esprit.

Deux autres éléments ont entravé l'exécution des recommandations de 1995 :

- une formulation peu claire et imprécise; les personnes-ressources qui ont participé à l'évaluation des recommandations de 1995 ont eu des difficultés à évaluer certaines d'entre elles du fait de leur contenu imprécis (par exemple, quantité non précisée pour certains équipements ou pour des personnes à former, type de formation non précisé, etc).
- le défaut d'un suivi rapproché de l'exécution des recommandations à travers la supervision et les réunions de coordination. Au niveau de certains districts, les autorités médicales n'avaient plus de traces des recommandations qu'elles avaient formulées en 1995.

II.4.4 Limites

La volonté de pousser l'analyse jusqu'au niveau périphérique a eu des limites parmi lesquelles la petite taille des effectifs des clientes pour l'appréciation de la qualité des services, la durée de la collecte généralement limitée à un jour par PPS (fonction des objectifs de l'AS), l'évaluation de la qualité des services autres que la PF (CPN et LMD) en l'absence de documents de normes et protocoles propres à ces services et la faible implication, dans le processus de révision des questionnaires, de spécialistes des domaines de la SR investigués.

CONCLUSION

Au terme de cette activité, l'on peut conclure que le processus de dissémination régionale a été une pratique très utile et riche d'enseignements. En effet, les ateliers de dissémination constituent de rares occasions pendant lesquelles le personnel de tous les niveaux de la pyramide sanitaire peut échanger des points de vues de vive voix. Ces ateliers sont perçus par le niveau périphérique comme une manifestation de l'intérêt que leur porte le niveau national/central, et constituent de ce fait une source importante de motivation.

Par ailleurs, l'exploitation des données par districts est non seulement une occasion pour les prestataires à ce niveau de la pyramide sanitaire de pouvoir évaluer leurs performances et leurs faiblesses, mais également une bonne amorce dans la gestion de la santé dans le contexte de politique de décentralisation. Sur la base des recommandations qui en découlent, ces ateliers permettent en fin de compte, au niveau national, de développer un plan d'action national qui est le reflet des besoins réels des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le processus de la dissémination régionale tel que décrit dans ce rapport est compatible avec la politique de décentralisation menée par le Gouvernement avec l'assistance technique et financière de l'USAID Sénégal. Car elle privilégie la participation des populations bénéficiaires et favorise l'utilisation des résultats. Vue sous cet angle, cette pratique doit être encouragée non seulement par le niveau national, mais aussi par le niveau régional et le niveau périphérique qui en sont tous bénéficiaires.

Mais l'un des préalables pour que ce processus de dissémination régionale soit réalisable demeure la collecte, au niveau national, des données de référence. Celle-ci peut ainsi faciliter l'obtention de grands échantillons, et éviter que la faiblesse des effectifs ne compromette l'analyse secondaire des données et n'aboutisse au calcul d'indicateurs biaisés. La dissémination régionale nécessite également la disponibilité d'un minimum de ressources financières suffisantes pour faciliter l'analyse secondaire des données et l'organisation des ateliers.

Le processus tel que décrit dans ce rapport, peut être aussi amélioré à moindre coût par une formule de dissémination des résultats en cascade. Selon cette alternative, les résultats sont présentés aux autorités médicales de chaque région qui transmettent l'information au niveau le plus périphérique à l'occasion de tournées de supervisions ou de missions spécifiques de dissémination. Ces personnes ressources doivent être disponibles au niveau régional et formées en techniques de communication des résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Bruce Judith and Anrudh K. Jain. 1991. « Improving the quality of care through operations research. » In *Operations Research : Helping Family Planning Programs Work Better*. Eds. Myrna Seidman and Marjorie Horn. New-York : John Wiley-Liss.

Cerulli A., Diop N. J. et Sanogo D., 1996. « Regional Dissemination of Senegal's Situation Analysis Study Results: A Promising Way to Maximize Operations Research Utilization », The Population Council, Dakar, juillet 1996, 10 pages.

Direction de la Prévision et de la Statistique et Macro International Inc., 1997 : *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-III)*, 238 pages.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et Population Council, 1995 : *Analyse Situationnelle du Système de Prestation de Services Planification Familiale au Sénégal, Rapport Final*, 41 pages.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et Population Council, 1997 : *Evaluation des Programmes de Santé de la Reproduction*, 27 pages.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et Population Council, 2000 (2^{nde} édition) : *Évolution des Services de Santé de la Reproduction et Planification Familiale de 1994 à 1998*, 60 pages.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 1997 : *Manuel des procédures des statistiques des services de planification familiale*, 35 pages.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 1996a: *Politique et Normes des Services de Planification Familiale au Sénégal*, 28 pages.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 1996b: *Protocoles des Services de Planification Familiale au Sénégal*, 134 pages.

Population Council, 1999 : *L'Approche de l'Analyse Situationnelle pour l'évaluation des services de planification familiale et de santé de la reproduction, Manuel de recherche*, 197 pages.