

PROGRAMME SANTE
SANTE COMMUNAUTAIRE

MIS EN ŒUVRE PAR CCF, AFRICARE, PLAN & WORLD VISION

SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

Jun 2007

PLAN

I- CONTEXTE/JUSTIFICATIONS

II- RAPPEL DES OBJECTIFS ET INTERVENTIONS DU PROJET

III- LE SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

1. But et objectifs du système de collecte
2. Le cadre conceptuel du projet
3. Les indicateurs du projet

IV- METHODES DE SUIVI-EVALUATION ET D'ASSURANCE QUALITE

1. Méthodes
2. Techniques
3. Assurance qualité
4. Outils de gestion
5. Dispositif du Projet : Rôles et responsabilités dans le suivi-évaluation

V- LA COORDINATION DES ACTIVITES

V- LA SUPERVISION DES ACTIVITES

1. Les niveaux de supervision
2. Les fréquences de supervision
3. Les activités ciblées par niveau
4. Principes méthodologiques de la supervision

VII- LA GESTION DE LA REFERENCE ET DE LA CONTREREFERENCE

1. L'analyse de la situation
2. Cas nécessitant une référence
3. Le suivi des cas référés
4. enregistrement de la référence /contreréférence

ANNEXES OUTILS DE GESTION ET SUPPORTS DE COLLECTE

- Registres et cahier de gestion des activités des cases
- Rapport mensuel des activités de la case
- Grille de supervision de la case
- Fiche de référence et de contreréférence

I- CONTEXTE/JUSTIFICATIONS

La mise en œuvre conjointe des interventions du Programme de Santé/Santé Communautaire de l'USAID nécessite d'harmoniser les procédures et supports de collecte de données. Plusieurs raisons militent en faveur de cette action :

- Le paquet de service classique de la case de santé et du site communautaire a été élargi à 20 composantes de base et 8 composantes spécifiques
- Le nouveau paquet élargi a introduit de nouveaux indicateurs notamment ceux permettant de mesurer les services spécifiques que sont la SAA, l'offre initiale de pilules par les matrones, la SPNN...
- L'élargissement du paquet nécessite un suivi plus rapproché des acteurs communautaires afin de renforcer leurs performances et la documentation continue des stratégies mises en œuvre.
- Des stratégies d'intervention spécifiques ont été documentées, classées et seront mises en œuvre dans toutes les zones opérationnelles ; les ONG partenaires du Consortium qui utilisaient des supports liés à leurs besoins spécifiques auront besoin d'outils harmonisés bâtis sur les nouveaux indicateurs

Un certain nombre de questions devront être adressées et résolues par le système de suivi-évaluation :

- Est-ce que les activités du programme contribuent à la réalisation des objectifs dans les délais spécifiés ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- Quels sont les ajustements qui permettraient de redresser le programme afin d'atteindre les objectifs ? Dans quelle mesure ces ajustements sont-ils faisables ?
- Le programme est-il géré de manière efficace ? Quel est le soutien supplémentaire nécessaire pour assurer que le programme est réalisé et géré aussi efficacement que possible ?
- Quels sont les changements induits par le Programme au plan qualitatif et quantitatif ?

Le découpage en 8 zones opérationnelles du Projet et le recrutement de personnel d'encadrement (Coordonnateurs et Agents de Développement Communautaire) qualifié permettent d'asseoir une structure de base pour assurer un système de collecte à temps et assurer la remontée des données rapidement au niveau de l'UCP. L'encadrement des cases de santé par les Agents de Développement Communautaire devrait permettre une supervision formative de proximité et un feed-back continu pour rendre efficaces les interventions et la qualité de la mise en œuvre.

Les outils à élaborer devront considérer différents niveaux : sites/cases, Zones et projet ; chaque niveau correspond à un échelon du système de santé. Les outils proposés concernent actuellement le niveau projet. D'autres supports plus simples seront élaborés ultérieurement pour compléter les autres niveaux.

II- RAPPEL DES OBJECTIFS ET INTERVENTIONS DU PROJET

2.1 Les Objectifs

Objectifs 1 : un ensemble élargi de services de santé de base standard¹⁴ sera offert à toutes les cases de santé (100%)

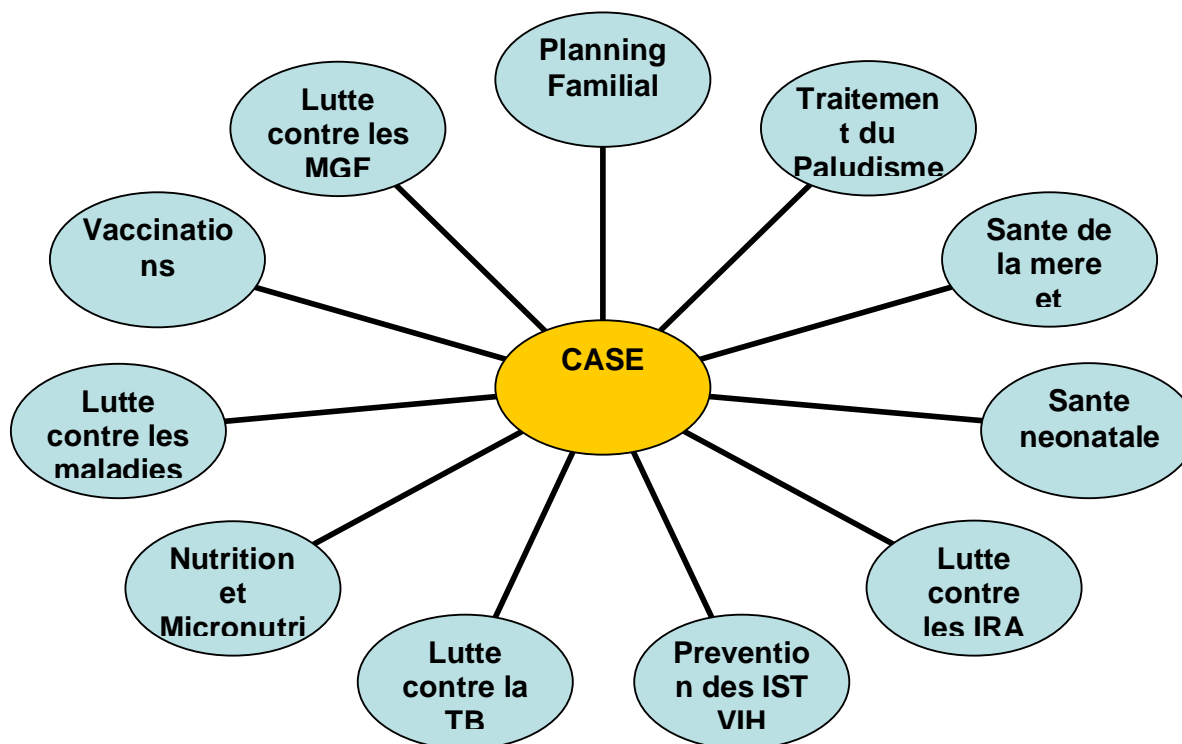
Objectif 2 : Les références régulières et adéquates et un suivi des cas nécessitant une référence sont augmentés d'un pourcentage d'au moins 70 % au dessus de la base actuelle

Objectif 3 : La connaissance des principaux services de santé offerts au niveau de la case par la communauté est augmenté d'au moins 50 points au dessus de l'étude de base

Objectif 4 : Le pourcentage de ceux qui adoptent des comportements de renforcement sanitaire augmente de 50 points de pourcentage.

Objectif 5 : Le respect des normes et protocoles du Ministère de la Santé pour le traitement des maladies est augmenté de 60 points de pourcentage

2.2 Les interventions



NB : pour plus de détails se reporter à la description du paquet par composante [Narratif du PA)

III- LE SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

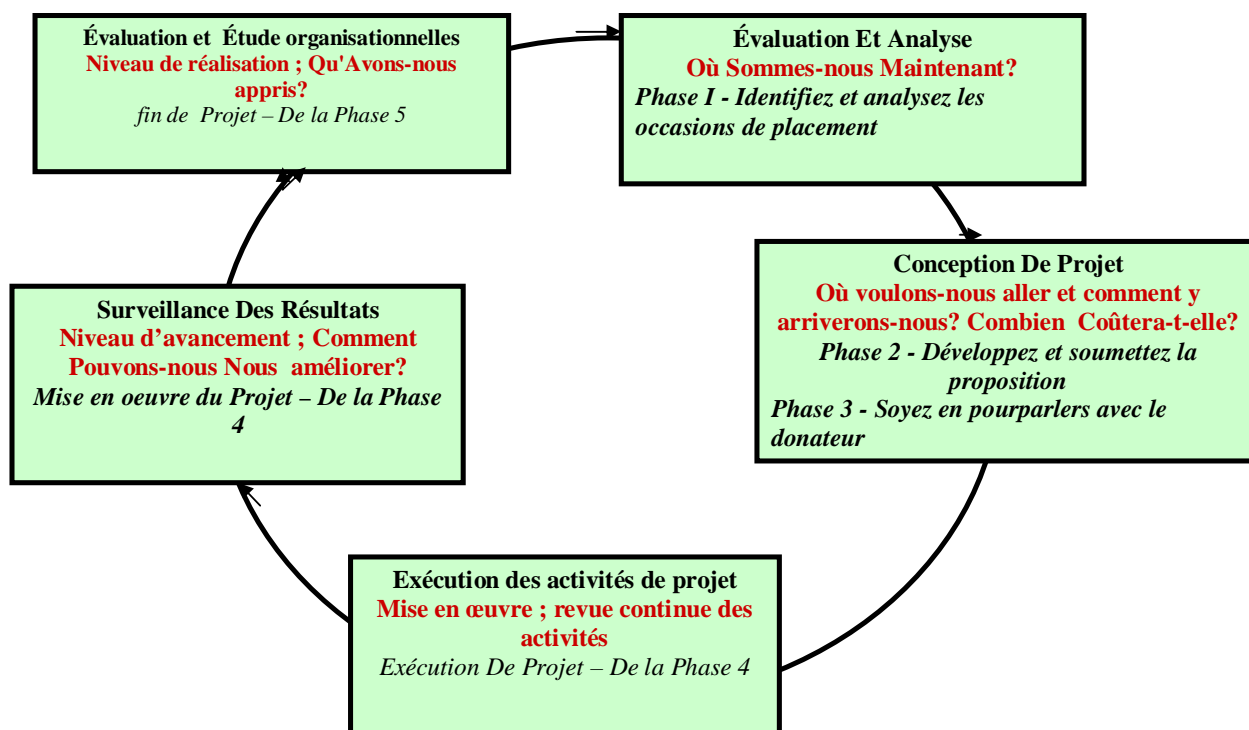
3.1 BUT

Le système a pour but de renseigner sur **le niveau de réalisation des activités** mis en œuvre dans les zones d'intervention et sur les **niveaux de performances** en matière de couverture et de **prendre des décisions** permettant le renforcement des performances du programme et les **réajustements nécessaires** pour assurer la qualité de la mise en œuvre des activités

3.2. OBJECTIFS

1. Décrire les rôles et responsabilités de chaque niveau dans la collecte et la transmission des données
2. Fournir au personnel du projet des supports de collecte harmonisés qui prennent en compte les préoccupations du Ministère et les objectifs assignés au PSSC
3. Disposer périodiquement de données de routine sur toutes les composantes du paquet de base et du paquet spécifique mis en œuvre dans les cases et sites selon le calendrier de suivi des activités
4. Assurer le suivi/supervision périodique des activités du Programme dans les huit zones opérationnelles du PSSC
5. Fournir un feed-back au personnel communautaire, au district et au personnel du projet pour réajuster éventuellement les interventions du Programme

3.3 LE CADRE CONCEPTUEL DU PROJET



Cycle de gestion du projet

3.4 LES INDICATEURS DU PROJET



Une liste de 17 indicateurs a été retenue par le Projet pour le suivi du programme et une liste de 22 indicateurs proposés par l'USAID pour l'évaluation du Programme Santé

4.1 Indicateurs de suivi du Projet

Objectifs	Indicateurs
<p>Objectifs 1 : un ensemble élargi de services de santé de base standard¹⁴ sera offert à toutes les cases de santé (100%)</p>	<p>Pourcentage de cases de santé dotées d'un équipement standard¹⁴</p> <p>Pourcentage de cases-sites qui offrent le paquet de base</p> <p>Pourcentage de cases-sites qui offrent le paquet spécifique</p> <p>Pourcentage d'ASC-Matrones formés capables de fournir des services préventifs et curatifs selon le paquet de services de base et le paquet de services spécifiques</p> <p>Pourcentage de membres de comités de santé formés capables de gérer correctement une case de santé y compris la gestion financière</p> <p>Pourcentage de cases de santé dont les comités se réunissent mensuellement concernant la gestion et les finances de la case de santé</p> <p>Pourcentage de comités de santé dont au moins 2 membres connaissent les services de base standard offerts par la case de santé</p>
<p>Objectif 2 : Les références régulières et adéquates et un suivi des cas nécessitant une référence sont augmentés d'un pourcentage d'au moins 70 % au dessus de la base actuelle</p>	<p>Pourcentage des cas exigeant une référence qui sont constamment référés par les ASC et Matrones</p> <p>(2) Pourcentage des cas référés ayant obtenu des services de référence recommandés</p> <p>(3) Pourcentage de contre référence vus par un ASC Matrone ou Relais au niveau de la case de santé</p>

<p>Objectif 3 : La connaissance des principaux services de santé offerts au niveau de la case par la communauté est augmenté d'au moins 50 points au dessus de l'étude de base</p>	<p>Pourcentage de femmes qui connaissent au moins 5 catégories de services de santé communautaire</p> <p>Pourcentage de femmes qui savent comment obtenir des services de santé communautaire</p> <p>Pourcentage de femmes qui savent où obtenir des services de santé communautaire</p>
<p>Objectif 4 : Le pourcentage de ceux qui adoptent des comportements de renforcement sanitaire augmente de 50 points de pourcentage.</p>	<p>Pourcentage de femmes qui connaissent au moins 5 comportements clés de renforcement sanitaire</p> <p>Pourcentage de femmes qui pratiquent au moins 5 comportement clé de renforcement sanitaire</p>
<p>OJECTIFS 5 : Respect of Ministry of Health protocols for treatment of illness increased by at least 60 percentage point</p>	<p>Pourcentage des ASC formés à la prise en charge des maladies selon les Protocoles du MSPM</p> <p>Pourcentage de femmes qui pratiquent au moins 5 comportement clé de renforcement sanitaire</p>

COMMENTAIRE

L'objectif 1 réfère aux composantes du Paquet de base comprenant 20 services et au paquet spécifique comprenant 8 composantes dont 3 tests pilotes ; 100 % du paquet doit être introduit durant la première année dans 873 cases et sites

L'Objectif 2 documente la référence, la contre référence et le suivi de la référence; il s'agit d'un aspect insuffisamment pris en compte dans le système de santé et notamment en survie de l'enfant et en Santé de la Reproduction ; objectif à atteindre : 70 points au-dessus des données de l'étude de base

L'objectif 3 réfère à la connaissance par la communauté des services offerts par les cases de santé ; notons que le paquet est élargi à ce niveau ; les communautés devront donc être informés des lieux, horaires et des procédures d'obtention des services au niveau des cases-sites et au niveau des postes et centres de santé pour les services spécifiques qui le requièrent

L'objectif 4 réfère aux 16 comportements clés prévus dans la liste du Ministère de la Santé (PCIME_c)

L'objectif 5 réfère au respect des normes et protocoles du Ministère de la santé dans la prise en charge des services spécifiques (normes de SR, Normes de survie de l'enfant, normes du PNLP, Normes du PNT...)

4.2 Indicateurs du Programme Santé

La liste des 22 indicateurs ci-dessous réfère à des préoccupations de l'USAID pour l'évaluation de différents aspects du Programme Santé. Ils explorent en valeur absolue les domaines de la Santé maternelle et infantile, la planification familiale, le VIH/SIDA et ses interactions avec la tuberculose. Pour éviter les duplications dans la collecte de l'information, chaque Agence d'exécution est chargée du reportage d'un niveau spécifique indiqué en 4ème colonne (dans le tableau ci-dessous)

Composantes	N°	Indicator	CAs
	1	Number of individuals trained to provide HIV/AIDS prevention programs that promote abstinence and/or being faithful (note – general population)	CCF
VIH / SIDA	2	Number of individuals trained in HIV-related community mobilization for prevention care and/or treatment	FHI, CCF
	3	Number of individuals reached through community outreach that promotes HIV/AIDS prevention through abstinence and/or being faithful Female Male	CCF
	4	Number of individuals reached through community outreach that promotes HIV/AIDS prevention through abstinence Female Male	CCF
	5	Number of people (medical personnel, health workers, community workers, etc.) trained in DOTS Femmes Hommes	FHI and CCF
	6	Number of health facilities rehabilitated	
	7	Number of post-partum/newborn within 3 days of birth in USG-assisted programs	Intra and CCF
MCH	8	Number of deliveries with a skilled birth attendant (SBA) in USG-assisted programs.	Intra and CCF

9	Number of people trained in maternal/newborn health through USG-supported programs Femmes Hommes	Intra and CCF
10	Number of people trained in child health and nutrition through USG-supported health area programs Femmes Hommes	Intra and CCF
11	Number of newborns receiving essential newborn care through USG-supported programs	Intra and CCF
12	Number of children reached by USG-supported nutrition programs	CCF
13	Number of cases of child pneumonia treated with antibiotics by trained facility or community health workers in USG-supported programs	CCF
14a)	Number of cases of child diarrhea treated through USG-supported programs with: a) oral rehydration therapy (ORT)	CCF-ORT
14b)	b) zinc supplements	ZINC
15	Couple-years of protection (CYP) in USG-supported programs	Intra CCF and ADEMAs
16	Number of people trained in FP/RH with USG funds Femmes Hommes	Intra and CCF
17	Number of counseling visits for Family Planning/Reproductive Health as a result of USG assistance Femmes Hommes	Intra and CCF
18	Number of people that have seen or heard a specific USG-supported FP/RH message	Intra CCF AND ADEMAs
19	Number of new approaches (e.g. tools, technologies, operational procedures, information systems, etc.) successfully introduced	Intra and CCF

PF

	20	<p>Number of USG-assisted service delivery points (excluding door-to-door CBD) providing FP counseling or services Vertical FP/RH HIV, including PMTCT Pre-natal/post-natal or other MCH Sites offering long-acting and permanent methods (IUD, implants, voluntary sterilization)</p>	Intra and CCF
	21	<p>Number of service delivery points reporting stock-outs of any contraceptive commodity offered by the SDP at any time during the reporting period</p>	Intra, CCF
	22	<p>Number of interventions providing services, counseling, and/or community-based awareness activities intended to respond to and/or reduce rates of gender-based violence (note - this includes FGC)</p>	Intra and CCF

IV- METHODES DE SUIVI-EVALUATION ET D'ASSURANCE QUALITE

4.1 Les méthodes :

- **Le Monitoring des activités à partir des** supports de case par les Acteurs Communautaires et Agents de Développement Communautaire
- **La supervision** effectuée par les Agents de Développement Communautaire (ADC), les Responsables de Zone (RZ) et/ou les Chargés de Programme, Coordinateurs de Zone (CZ) et l'UCP
- **L'évaluation des programmes** (mi-parcours ou finale)
 - o Evaluation de base (KPC, Qualité des services et socio-anthropologique)
 - o Evaluation rapide des connaissances, pratiques et couverture (dans l'aire de la case) utilisant un support de collecte de données
 - o Revue à mi-parcours du programme notamment pour les projets pilotes ; elle interviendra à la fin de la deuxième année de mise en œuvre. Des recommandations seront formulées et discutées avec les parties prenantes locales et des plans d'action seront élaborés pour l'ajustement ou la réorientation du programme si nécessaire.
 - o Evaluation finale Elle sera conduite à la fin de la Cinquième année du PSSC

4.3 L'assurance Qualité des données : les mécanismes d'assurance qualité dans le cadre du Projet intègre la visite de terrain, la supervision, la triangulation ; les critères retenus sont ceux de l'Annexe 4 du Document de l'USAID, Chapitre « Soumission des Rapports »:

- o **la validité des données**
 - Exactitude : est-ce que les chiffres finals rapportés sont exacts ? par exemple, est-ce qu'un chiffre rapporté comme total est la somme exact des différents éléments ? A-t-on évité les « doublement ou duplication » dans la collecte d'information ?
 - La complétude : est-ce que les données sont complètes ; tous les enregistrements dans le Registre de consultation par exemple ont été remplis ?)
- o **La fiabilité = Cohérence** : est-ce qu'un processus cohérent (mêmes outils, même méthode..) de collecte de données a été utilisé dans le temps, dans l'espace ou si les données proviennent de sources différentes ? Existe-t-il, une procédure pour s'assurer que les données ne sont pas entachées d'erreurs significatives et de biais ?
- o **Actualité** : quelles sont les mesures prises pour assurer une disponibilité à temps des données ? La date de collecte est-elle clairement spécifiée dans les rapports et supports ?
- o **Intégrité** : Les données sont-elles correctement stockées et facilement accessibles ? accessibilité du lieu de stockage et du gestionnaire des bases de données.

NB : Le critère de Précision est ajouté si la source de donnée est une Enquête

4.4 Les outils de gestion / supports de collecte

4.4.1 Les Outils de gestion

a) la Case de santé :

- le Registre unique de consultation générale (support rempli par de l'ASC)
- le Registre de Maternité et SPNN (Support rempli par la Matrone)
- le Registre de Suivi Promotion de la Croissance/SNP (Support rempli par l'ASC, la Matrone et les Relais lettrés lors des séances mensuelles ou bihebdomadaires de pesées)
- Le cahier de Planning familial rempli par la matrone formée dans les zones pilotes
- le Cahier de gestion des MII (Support rempli par l'ASC et un membre de Comité lettré ou Relais en charge de la gestion du dépôt de MII)
- Le Cahier de suivi de la TB/DOTS (dépistage et suivi passif des cas de tuberculose)
- Le Cahier IEC-CCC avec le plan d'action mensuel des activités IEC (support rempli par tous les acteurs et qui restent à la case ; le cahier sert d'archivage et le plan d'action est placardé chaque mois)
- La fiche de stock pour chaque médicament y compris les produits PF
- Le Cahier de SAA (dans les zones pilote)
- Le cahier de supervision (rempli par les superviseurs de passage à la case)
- La fiche de référence et de contre référence de niveau communautaire : elle est unique. Elle sert à référer autant les malades de tous ages que les personnes saines demandeuses d'un service spécifiques (comme la PF). Il comprend 2 parties : identification de la personne et motif de la référence, prise en charge et recommandations de la contreréférence

b) le site de santé

- le Registre de Suivi Promotion de la Croissance/SNP
- le Cahier de gestion des MII
- Le Cahier de suivi de la TB/DOTS (dépistage et suivi passif des cas de tuberculose)
- Le Cahier IEC-CCC avec le plan d'action mensuel des activités IEC (support rempli par tous les acteurs et qui restent à la case ; le cahier sert d'archivage et le plan d'action est placardé chaque mois)
- Le cahier de supervision
- fiche de référence et de contre référence de niveau communautaire

4.4.2. Les supports de collecte

Les rapports

- Le Rapport mensuel de l'ASC (rempli par l'ASC et la matrone puis transmis à l'ICP pour insertion dans son rapport de zone)
- Le Rapport mensuel de l'Agent de Développement Communautaire (rempli par l'ADC chaque mois ; ADC = ancienne appellation de « Motivateur », « Educateur communautaire de santé », « Facilitateur », « Supérieur des intervention à base communautaire »)

- Le Rapport de synthèse de zone (rempli par les superviseurs des ADC). Ce rapport fait la synthèse par poste de santé des activités des cases de santé ; ce support est rempli par le superviseur ou Chargés de programme selon les zones. Ce même support est utilisé par le Coordonnateur de zone pour faire sa synthèse par district de sa zone. Les deux documents sont transmis par courrier électronique à l'UCP pour stockage et suivi de la qualité des données
- Le Rapport trimestriel du Coordonnateur de Zone à l'Unité de Coordination du Projet
- **NB** : Des supports occasionnels ont été élaborés ou pourront l'être selon les besoins en information. Par exemple, une fiche d'identification des acteurs communautaire a été élaborée pour connaître les caractéristiques des acteurs et assurer leur suivi afin de documenter les départs et motifs de départ et d'abandon possibles. Une fiche d'identification des cases et site enrôlés en an 1, 2 et 3 a également été élaborée afin d'aider à parfaire la cartographie en liant les cases, les acteurs et les données recueillies mensuellement. Enfin , des rapports d'activités diverses sont transmis à la fin de chaque activités par le Coordonnateur ; ces rapports sont versés dans le suivi évaluation et exploités pour la mesure des indicateurs de processus (par exemple, la formation, la supervision et la suivi post formation des ASC, matrones et relais)

Les guides

- Le guide de supervision de la case. Ce support est utilisé par l'ADC ou l'ICP mais aussi par chaque superviseur quelque soit le niveau (SZ, RZ, Coordonnateur, UCP, ECD, ECR ...). Le guide sert à évaluer chaque moment le fonctionnement de la case. Il est ainsi structuré : affichage de la case, revue des outils de gestion des activités, évaluation rapide de la qualité des enregistrements des malades, évaluation de la qualité de la prise en charge, évaluation des activités IEC, gestion des moustiquaires, gestion du matériel et des médicaments, visite à domicile)
- L'aide-mémoire pour la supervision des cases et sites par l'ADC. Au regard de la périodicité de supervision des cases par l'ADC (hebdomadaire), il s'avère plus pratique d'élaborer un guide de vérification des activités de la case et d'évaluation de la performance des acteurs communautaires. En réalité, cet aide-mémoire ne sera pas utile dès que l'ADC aura bien maîtrisé son « job description ». L'objectif est de cet aide-mémoire est formatif. Les guides d'évaluation technique élaborés ultérieurement dans les manuels de formation serviront de base à l'évaluation des performances des ASC, matrones et relais
- Le guide supervision des ADC par le Superviseur de zone ou le chargé de programme
- L'aide-mémoire de supervision des responsable de zone et ADC par le Coordonnateur : la périodicité de supervision d'un échantillon de case peut être trimestrielle et effectuée par le Coordonnateur ou un membre de l'UCP ; celle-ci utilisera alors l'aide-mémoire qui lui permettra de vérifier le travail des responsables de zone, le travail des ADC et passer en revue le « screening rapide » d'une case à l'aide du guide de supervision des cases de santé

4.4.3 Création et gestion d'une base de données

Les outils validés seront proposés pour la création d'une base de données informatisée à partir des maquettes d'outils ; la base sera régulièrement mise à jour et les données sécurisées (sauvegarde de la base). Après validation, elle sera déployée dans les zones opérationnelles pour assurer la collecte, le traitement, l'analyse, la diffusion et le stockage des données) ; les CZ et RZ seront formés à l'utilisation de la base (Saisie d données, analyse des données sur EXCEL, DEV INFO et EPIINFO)

4.5 Dispositif du projet /rôles et responsabilités des acteurs dans le suivi-évaluation

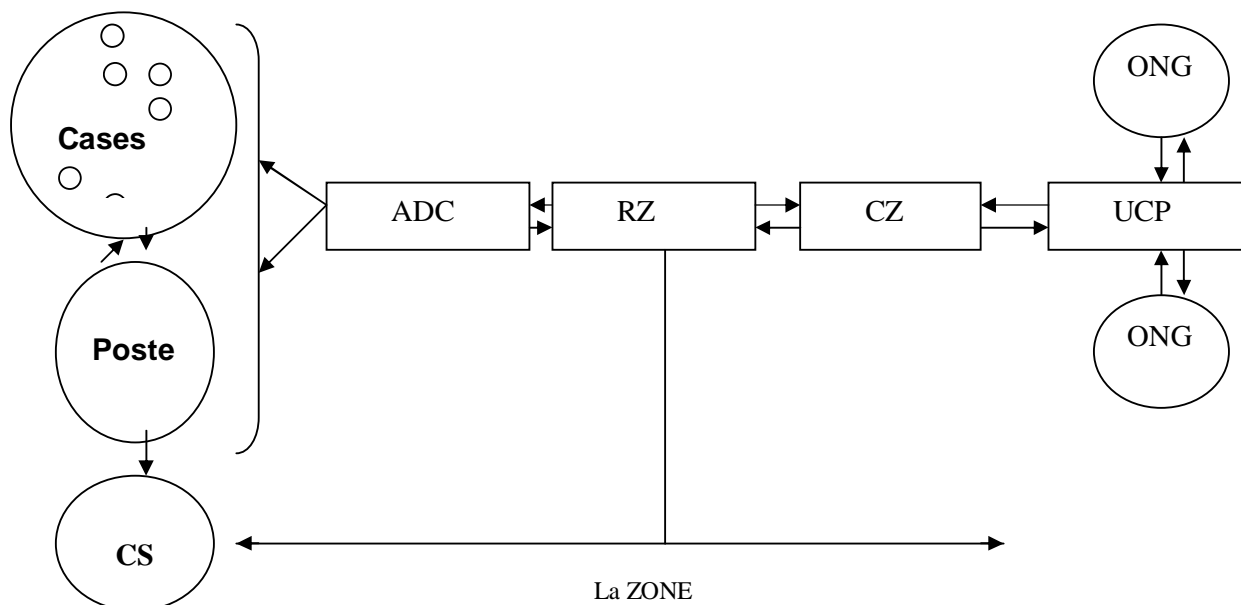
4.5.1. Les zones opérationnelles

Le Projet est découpé en 8 zones opérationnelles couvrant l'ensemble des 29 districts des régions de Ziguinchor, Kolda, Kaolack, Thiès et Louga :

1. Zone de Mbour,/Kaolack, couvrant les districts sanitaires de Mbour, Joal, Popenguine, Thiadiaye, Kaolack et Ndoffane
2. Zone de Thiès couvrant les districts de Thiès, Pout, Tivaouane, Mékhé et Khombole
3. Zone de Ziguinchor couvrant les districts de Ziguinchor, Oussouye, Bignona, Diouloulou, Thionck-Essyl, Goudomp et Sédhiou
4. Zone de Louga comprenant les districts de Louga, Darou Mousty, Kébémér
5. Zone de Dahra couvrant les districts de Dahra et Linguère
6. Zone de Nioro avec le seul district de Nioro
7. Zone de Kaffrine/Koungheul couvrant les districts de Kaffrine et Koungheul
8. Zone de Vélingara avec les districts de Vélingara et Kolda

4.5.2 Le Personnel de Zone

Chaque zone est dirigée par un Coordonnateur de Zone recruté par l'ONG partenaire ; Il a sous sa responsabilité technique des chargés de Programme, Responsables de zone (RZ) et Agents de Développement Communautaire. Les Zones opérationnelles sont rattachées à l'ONG de référence et appuyé sur le plan technique par Unité de Coordination du Projet basé à Thiès. L'UCP est chargée de la gestion administrative et technique du PSSC. Elle est dirigée par un Chef de Projet (COP) assisté de 5 conseillers chargé respectivement du Suivi-Evaluation, de la Formation, IEC/CCC, Santé de la Reproduction et Paludisme/TB.



4.5.3 Rôles et responsabilités du personnel de zone

a) Les Acteurs Communautaires (ASC, Matrones, Relais et Membres de Comité de case)

Les Acteurs communautaires participent activement à la collecte des données ; ils travaillent avec l'ADC dans l'extraction des données à partir des Registres, cahiers spécifiques et au remplissage du **Rapport mensuel de la Case** ; L'ASC remplit un **formulaire simple de rapport mensuel** destiné à l'ICP du district qui devra l'intégrer dans son rapport de zone destiné au District ; *ce formulaire de rapport simple sera finalisé avec la collaboration du District* ; l'ADC aidera l'ASC à maîtriser ce processus de gestion de données en vue de préparer le retrait du Projet

a) L'Agent de Développement Communautaire (ADC)

- Il accompagne les Acteurs communautaires (ASC, Matrones, Relais et Membres de comités de Santé) dans la collecte, la transmission et l'analyse des informations au niveau d'une case et site. Il encadre également les acteurs communautaires dans l'organisation et l'animation des restitutions communautaires (1 fois par trimestre), appuie les acteurs communautaires pour le transport des informations vers le Projet et les postes de santé
- Il fait un feed back aux acteurs communautaires (ASC, Matrones, Relais et Membres de comités de Santé) et aux leaders représentants les communautés pour réajuster la mise en œuvre des activités et renforcer les acquis.
- Il appuie les Acteurs Communautaires dans la compilation mensuelle des rapports de case-site de sa zone de responsabilité et informe l'ICP des résultats obtenus ; Il rédige un **rapport mensuel** déposé auprès du Responsable de Zone ; il utilise comme support le **format de Rapport de l'ADC** (voir les composantes du rapport et inventaire des indicateurs de chaque tableau avec dénominateur)
- Il est dans l'obligation de tenir un dossier par case ou site de santé pour classer les Rapports mensuels, les rapports de supervision formative, les PV de réunion d'auto-évaluation et autres notes sur le personnel et/ou le déroulement des activités communautaires. Avant toute descente sur le terrain, Il est tenu de revoir les derniers rapports de récapitulation, synthèses et ainsi que le dernier rapport de supervision afin de déterminer les points sur lesquels s'appesantir et mesurer les progrès par rapport aux dernières observations/recommandations.
- Il collecte ses données en présence de tous les acteurs notamment la collaboration active de l'ASC et de la Matrone afin d'accompagner ces derniers à utiliser le temps venu un support de rapport simple destiné à l'ICP

b) Le Responsable de Zone (RZ)

Il vérifie l'effectivité de l'introduction du paquet élargi dans les cases et de s'assurer de l'encadrement effectif des Acteurs communautaires par les ADC

- Il s'assure de la qualité de la mise des activités dans les cases-sites par une supervision régulière des ADC et des acteurs communautaires dans les cases de

santé ; il utilise le **Guide de Supervision du RZ** et le **guide de supervision de la case de santé**

- Il collecte chaque mois les **synthèses des rapports mensuels des ADC** et les traite sous la direction du coordonnateur de zone. Selon certaines zones ou il n'est pas prévu de superviseur de zone (par exemple Nioro, Louga et Dahra), le Coordonnateur est chargé de faire le travail directement avec les ADC

4.4. 3 Le Coordonnateur de Zone (CZ)

- Il est chargé de veiller au respect de la mise en oeuvre des activités dans sa zone selon le plan d'action trimestriel ; Il supervise régulièrement les RZ et les ADC selon un calendrier de supervision qui prennent en compte la visite de toutes les sous-zones une fois par trimestre. Le coordonnateur est tenu une fois par trimestre d'évaluer de manière formelle des échantillons de case dans sa zone de responsabilité en collaboration avec les partenaires locaux; il utilise le **guide de supervision de la case** ; Le Coordonnateur de zone peut effectuer des visites focalisées dans les « cases à problème ». Pendant ses visites de terrain, il vérifie l'effectivité de l'introduction du paquet de services élargi dans toutes les cases selon le rythme donné par les plans d'action trimestriel, il se renseigne sur la connaissance par les populations des services offerts et de la responsabilisation des comités de gestion de case, il rédige un rapport de supervision qu'il transmet aux COP du PSSC avec copie aux Responsables Santé des ONG partenaires ;
- Le Coordonnateur est tenu de rédiger un rapport à la fin de chaque trimestre; il utilise le **format de rapport de l'USAID** après les derniers réglages sur le format et les tableaux d'indicateurs avec le Conseiller en Suivi-Evaluation du PSSC; les tableaux d'indicateurs sont à remplir à partir des niveaux de réalisation du dernier trimestre. Le **format de synthèse des Rapports de Zone** est rempli chaque mois pour faciliter le reporting des résultats par indicateur dans les tableaux d'indicateurs du Format trimestriel

4. L'Unité de Coordination du Projet (UCP)

Les Conseillers mènent des supervisions périodiques ou des supervisions trimestrielles. Les rapports de supervisions des Coordonnateurs et des Conseillers sont transmis au COP pour décisions de réajustement au besoin et suivi des recommandations par les Conseillers et coordonnateurs

Calendrier de fréquence du suivi

- Collecte des données de case : chaque mois
- Supervision des AC par l'ADC : hebdomadaire
- Rapport de l'ADC : Chaque mois
- Rapport du RZ : chaque mois
- Rapport du CZ : chaque trimestre
- Rapport de l'UCP : chaque trimestre

V- LA COORDINATION DES ACTIVITES

La gestion générale du Projet décrite dans le document de Projet inclut :

- **Les réunions biannuelles de Management.** Le Chef de Groupe convoquera une réunion biannuelle avec les directeurs des membres du consortium pour discuter de la gestion générale, des finances et des problèmes d'administration.
- **Les réunions techniques trimestrielles.** Le Chef de Groupe convoquera des réunions trimestrielles avec les Représentants Techniques de Programmes sur le terrain pour chaque membre du consortium (ex. le coordinateur au niveau du terrain responsable de la mise en œuvre du programme pour chaque agence partenaire), et le conseiller technique en chef de chaque agence.
- **Les réunions biannuelles des Parties Prenantes.** L'Equipe de Coordination convoquera des réunions biannuelles régulières impliquant les membres des trois autres composantes et le MS.
- **Réunions régulières avec l'USAID.** Le Chef de Groupe sera le point de contact clé avec l'USAID, et tiendra des réunions régulières avec l'agent pour reconnaissance technique (CTO) de l'USAID pour rapporter les progrès du programme et d'informer le CTO de tous les problèmes.
- **Visites de suivi de terrain régulières.** Le Chef de Groupe fera des visites régulières dans chaque site pour contrôler la mise en œuvre du programme et régler tout autre problème.

La coordination au niveau du terrain inclut :

1. **La réunion d'auto-évaluation et de programmation des activités** ; le processus de gestion des activités par les communautés aide à trouver des solutions et ressources dans la communauté pour gérer les programmes ; ces réunions sont appuyées par l'ADC
2. **La réunion de coordination mensuelle dans chaque zone** et de la réunion de coordination trimestrielle de l'UCP ; des réunions techniques ponctuelles peuvent être organisées en cas de besoin ; ces réunions sont centrés sur le niveau d'avancement des plans d'action trimestrielles, des activités programmées dans le mois et du niveau d'introduction de l'offre de service dans les cases sites. Les contraintes et défis observés ou analysés lors des supervisions devront être traités à ce niveau. Les ADC sont conviés à la réunion de zone et apportent les informations relevées dans leurs zones respectives
3. **La participation aux réunions trimestrielles de coordination** de la Région Médicale, les réunions mensuelles de coordination des districts. Ces instances sont l'occasion d'échanges sur l'état d'avancement du Projet et de prise de décisions sur l'appui du Ministère en faveur des activités dans les zones d'intervention du Projet. Le CZ et le RZ participe à ces réunions

VI- SUPERVISION DES ACTIVITES

Les niveaux de supervision

Il y'a 4 niveaux de supervision :

1. La supervision ADC vers la case/site (supervision formative des ASC, Matrones, Relais))
2. La supervision RZ vers ADC et au moins une case- site
3. La supervision CZ vers RZ et ADC et au moins une case-site
4. La supervision UCP vers CZ et au besoin visite d'au moins une case-site

Les fréquences de supervision

1. **Niveau ADC-Case/Site** : 1 fois par semaine ; la supervision est formative, elle est centrée sur les tâches techniques des Acteurs communautaires et leur « compagnonnage » dans la mise en œuvre des activités
2. **Niveau RZ-ADC** : elle a lieu au moins 1 fois par 2 mois ; le RZ supervisera chaque ADC sous sa responsabilité en l'accompagnant dans un échantillon de case sous la responsabilité de l'ADC , un autre axe sera choisi le mois suivant ;
3. **Niveau CZ-RZ** : elle a lieu au moins 1 fois par 2 mois ; Le CZ supervisera les RZ et l'accompagne dans au moins une case sous la responsabilité de chaque ADC
4. **Niveau UCP-CZ-RZ-ADC** : Chaque zone sera supervisée au moins une fois par trimestre par un membre de l'UCP (Conseillers). Les cases/sites peuvent être visitées par l'Equipe de Supervision sur une base raisonnée ou aléatoire

Les activités ciblées par niveau

- **Niveau ADC-Case** : la supervision mettra le Focus sur les performances des ASC dans l'offre des différents services (paquet de base et paquet spécifique). Après leur formation, les ASC, matrones et relais sont accompagnés par les ADC très étroitement durant les 3 premiers mois (avec la collaboration active de l'ICP) ; La supervision de l'ADC considérera également cibler les membres des comités de case/Site dans le cadre de l'organisation et la gestion : réunions d'auto-évaluation et de programmation, la gestion de la référence et de la contre-référence...L'ADC appuiera les ADC dans la bonne tenue des outils de gestion, l'enregistrement des informations dans les registres et cahiers, la mise en œuvre globale des activités, la gestion des problèmes et conflits, la gestion du matériel et des médicaments et les réajustements nécessaires ; NB : les outils de supervision formative seront élaborés avec les Manuels de base
- **Niveau RZ-ADC-Case** : Elle met le Focus sur le travail des ADC, le contrôle de l'exécution de leurs activités de formation, de supervision, d'encadrement des communautés, de collecte des données dans les délais requis. Le RZ veille à la régularité des supervisions de la case par l'ADC ; il passe en revue les outils de l'ADC notamment les dossiers de case (Archivage des PV de réunions d'auto-évaluation et de programmation, les rapports mensuels de case remplies, les

observations des dernières supervisions, les documents techniques de formation validés...); il vérifie l'état du matériel détenu par l'ADC (Moto, relevé de carburant etc.). Le RZ qui est membre de l'Equipe de Zone informe le Coordonnateur de zone et contrôle la bonne application des instructions en direction des ADC et des cases. il est la courroie de transmission entre le CZ et le niveau ADC-Case ; il utilise comme support la **Grille de supervision des RZ**

- **Niveau CZ-RZ-ADC-Case** : Le Coordonnateur et les Chargés de Programme supervisent les RZ; il vérifie le que les ADC font le travail demandé ; il fait des supervisions annoncées dans des échantillons de cases pour contrôler le travail des RZ et des ADC ; Il rend visite à l'ECD et aux ICP pour évaluer le niveau de partenariat et d'appui que leur apporte les ADC et RZ dans les taches de suivi et de supervision formative, de collecte et d'échange de données ; Au niveau de la case, il peut être accompagné de l'ICP si celui-ci est disponible. Il s'informe auprès des membres de comité de case, des chefs de village, des personnes ressources et des acteurs communautaires de l'appui des ADC. Il utilise **une grille de supervision de la case de santé**.
- **Niveau UCP-CZ-RZ-ADC** : Elle se fait sous la forme d'un appui technique ou conseil pour contrôler le niveau d'exécution des activités planifiées ; elle peut concerner différentes activités selon les moments : stratégies d'intervention, suivi post formation, suivi et évaluation des activités, suivi des tests et projets pilotes, documentation des interventions. Elle fait toujours l'objet d'un rapport partagé avec la zone avec mention partagée des points de faiblesse et de force et des mesures correctives conseillées. Le Département des Finances de l'UCP visitera également au moins 1 fois par semestre l'ensemble des zones pour vérifier le respect des procédures de gestion financière. Il se rendra 1 fois par trimestre au niveau des Départements des finances des ONG parties prenantes dans le PSSC pour vérifier le contrôle financier

5.1 Principes méthodologiques de la supervision par le RZ et l'Equipe de zone

La supervision commence par une revue dans la case ou site de santé et se poursuit par des visites à domicile d'accouchements récents, de cas de malnutrition, paludisme et IRA reçus à la case de santé ou référés par les ASC/Matrone. Un accent spécial sera mis sur les cas référés. Le superviseur sélectionne de manière aléatoire à partir des registres de la case (Registre de Maternité, Registre de consultation générale...) les noms et adresses de proximité des cas.

L'Equipe évalue la fonctionnalité de la case-site de santé, passe en revue tous les outils de gestion des activités, évalue le niveau d'introduction des services offerts, évalue la performance des ASC/Matrones sur tous les aspects de ses fonctions selon la fiche conçue à cet effet. L'équipe exécute également certaines taches avec les ASC. L'Equipe remplit une fiche par case ou site de santé.

Les observations et décisions sont enregistrées dans le Guide et transférées dans le cahier de Supervision de la Case-site. Les données servent à améliorer les performances et documenter les activités. L'ADC est tenu de créer un dossier par case ou site de santé pour classer les Rapports mensuels, les rapports de supervision formative, les PV de réunion d'auto-évaluation et autres notes sur le personnel et/ou le déroulement des

activités communautaires. Avant toute descente sur le terrain, Il est tenu de revoir les derniers rapports de récapitulation, synthèses et ainsi que le dernier rapport de supervision afin de déterminer les points sur lesquels s'appesantir et mesurer les progrès par rapport aux dernières observations/recommandations.

La revue des rapports de l'ADC par l'Equipe de Coordination devrait montrer s'il remplit toutes les tâches requises pendant les visites de supervision. L'Equipe devra, avant et après la supervision rendre visite à l'ICP et échanger avec lui des observations faites sur la gestion de la case et de la performance des ASC et Matrones. L'ICP doit accompagner la visite de supervision. Il devra donc être informé du calendrier de supervision et participer à son élaboration

5.2 But

Documenter périodiquement l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités des cases-sites dans chaque zone du PSSC

5.3. Objectifs

1. Renforcer les capacités des Agents de Développement Communautaire dans le suivi des Acteurs communautaires et l'organisation communautaire dans les zones d'intervention du Projet
2. Renforcer les capacités des Acteurs communautaires (Agents de Santé Communautaire, Matrones, Relais, Membre du Comité de Santé) à prendre en charge correctement les composantes du Programme
3. Apprécier la qualité de la gestion du Programme (gestion des cas, gestion du matériel et des médicaments, gestion des outils de gestion, suivi des activités de la case par le personnel du Projet

5.4. Activités de la Supervision

1. Vérifier la disponibilité Acteurs communautaires (Agents de Santé Communautaire, Matrones, Relais, Membre du Comité de Santé) et apprécier leur engagement à faire le travail dans les cases-sites
2. Apprécier la fonctionnalité de la case site
3. Passez en revue les outils de gestion des cases et sites
4. Identifier les problèmes et contraintes qui se posent à la mise en œuvre /
5. Recueillir les avis et suggestions des ASC et des comités de case.
6. Evaluer le niveau de connaissance des membres du Comité sur les services offerts

5.5 Méthodes

1. Passer en revue tous les outils de gestion de la case-site (Registre de Maternité, Registre de Consultations générales, Régistre IEC, Cahier de gestion des MII, Cahier du Relais, fiche de stock...)
2. Vérifier la disponibilité et l'état De fonctionnement du matériel de prise en charge des cas
3. Effectuer le décompte physique des médicaments traceurs indiqués et le reporter au décompte théorique sur la fiche de stock ;
4. Evaluer les connaissances théoriques des ASC
5. Discuter avec les acteurs (ASC, matrone, Relais, ICP, Comité de case, Elus locaux) sur les points forts et les points faibles et les solutions préconisées
6. Résumer sur la fiche de Supervision et sur le cahier de supervision de l'ASC les points forts, les points faibles et les recommandations
7. Faire le Feed-back à l' ADC et consigner dans ses archives les recommandations pour l'amélioration de la qualité de du Programme dans sa zone de responsabilité

VII- LA GESTION DE LA REFERENCE ET DE LA CONTEREFERENCE

7.1 L'analyse de la situation

L'analyse de la situation au niveau des structures de santé montre que la référence et la contre référence constitue un maillon les plus faible du système de santé. Si la documentation des expériences réussies sur le traitement du paludisme et des IRA communautaire a permis de référer 80% des enfants présentant des signes de danger, un peu moins de la moitié (43%) de ces enfants seulement avaient été contre référés et suivis. Nous n'avons aucune idée des 60% restant et de leur devenir. Plusieurs facteurs contribuent à entretenir cette situation : le manque de formation, le manque de supervision et de motivation, l'inadéquation et l'irrégularité des références par les ASC au niveaux secondaire (postes de santé) et tertiaire (centres de santé et hôpitaux régionaux). Même quand la référence est prescrite, les patients choisissent souvent de ne pas y aller ou ne sont pas en mesure d'atteindre la structure de référence. Peu d'ASCs/Matrone font le suivi pour s'assurer que leurs patients ont reçu les soins dont ils avaient besoin au niveau de la structure de référence. Le manque de moyens de transport ou de fonds nécessaires pour organiser le transport vers le poste de santé est également un obstacle pour une référence efficace. Cependant, l'expérience du consortium montre que lorsque les acteurs communautaires (ASC, Matrone, Relais) sont bien formées et supervisées, ils réfèrent les malades de façon appropriée et sur une base régulière. Le Projet prévoit d'adresser les problèmes de la formation et de la supervision des ASC et de travailler avec les communautés pour les aider à s'organiser et développer des stratégies locales pour le transport des cas qui nécessitent une référence. Il prévoit également de mettre en place un système pour la contre référence et le suivi de la référence au niveau communautaire par les ASC, relais et matrone. L'objectif prévu dans le projet pour la référence est :

Objectif N°2 : Les références régulières et adéquates et un suivi des cas nécessitant une référence sont augmentés d'un pourcentage d'au moins 70 % au dessus de la base actuelle ; Les indicateurs retenus sont :

- 1) Pourcentage des cas exigeant une référence qui sont constamment référés par les ASC et Matrones
- 2) Pourcentage des cas référés ayant obtenu des services de référence recommandés
- 3) Pourcentage de contre référence vus par un ASC Matrone ou Relais au niveau de la case de santé

Il s'agira, pour cette section, de mettre en place des outils et supports qui facilitent le suivi et la documentation de la Référence et de la contre référence des cas graves survenus dans la communauté

7.2 Cas nécessitant une référence

7.2.1 La Santé de la Reproduction

a) Femmes en grossesse

- Toute femme enceinte qui présente un signe de danger
- Toute femme en travail dystocique difficile
- Toute femme dans le post partum qui présente un signe de danger

b) Néonatalogie

- Toute asphyxie à la naissance (référence après Sois d'urgence)
- Tout nouveau-né présentant un signe de danger

c) Planification Familiale

- Toute Femme sous méthode PF qui présente des effets secondaires

d)- Les Soins Après Avortement

- **au moment de la survenue de l'avortement** : toute femme enceinte qui présente les signes de danger ou facteurs morbides suivants : Douleurs et saignement Fièvre
- **après l'avortement** : toute femme avortée récent et qui, après soins, présente des douleurs persistantes ou une odeur fétide

e-) La survie de l'Enfant

- Tout cas de fièvre élevée (> 30^o5, avec signes de danger (paludisme grave..) diagnostiqué selon les normes et protocoles
- Tout cas de pneumonie grave ou maladie très grave selon les normes et protocoles
- Tout cas de Diarrhée grave selon les normes et protocoles
- Tout cas de malnutrition sévère selon les normes et protocoles
- Tout autre cas présentant une fièvre persistante ou des signe de gravité (rougeole...)

7.3 Le suivi des cas référés

a) Principe général : Pour tout cas référé (enfant malade ou FE ou Femme sous SAA), vérifier si la référence a été exécutée vers la structure de référence (poste de santé/Maternité, CS). L'ASC doit s'informer du devenir de la personne qu'il a référé (ou qui s'est auto-référée) dans les 24 heures.

b) Démarche méthodologique

Dans les 24 heures, l'ASC/Matronne ou le Relais doit :

- a) vérifier si la mère a conduit l'enfant à la structure de référence sanitaire. Si oui, il s'informe du devenir de l'enfant (es-t-il hospitalisé ou est-il pris en charge et revenu à la maison) ; si l'enfant est de retour, l'ASC récupère le coupon de contre référence et exécute les recommandations de l'ICP concernant la visite de suivi à domicile
- b) Dans le cas contraire, l'ASC doit encourager la mère à y aller et y aller avec elle. Elle recherchera avec l'aide de la communauté suivant le plan de transport la raison de ne pas y aller et les moyens d'y aller
- c) Les fiches de contre référence sont gardées par les ASC/Matronnes et remises aux personnel du Projet

Les Relais communautaires participe dans leur villages respectifs au suivi des cas référés par l'ASC ou auto-référés à partir de leur conseils ou accompagnement

7.4 L'enregistrement de la référence/Contreréférence

Pour alléger le nombre d'outils dans les cases, le Projet ne prévoit pas de mettre un registre ou cahier de référence. Les cas référés sont directement enregistrés dans les Registres disponible :

- Les cas d'accouchement difficile sont gérés dans le Registre de Maternité
- Les cas d'enfants malades sont gérés dans le Registre de consultation générale
- Les cas de SAA sont gérés dans le cahier de SAA

Principe général : *Les cas référés* (il y'en a pas peu dans le mois) sont enregistrés dans le Registre à la colonne TRAITEMENT/CAT; ils sont systématiquement soulignés ou écrits au ROUGE pour faciliter le repérage pour le suivi. **Les cas contre référés** sont enregistrés systématiquement dans le même Registre à la colonne OBSERVATIONS, souligné ou écrit au ROUGE. Une seule fiche de référence sera utilisée pour la référence : elle comporte 2 parties : **la partie REFERENCE** porte sur l'identification du cas, le motif de la référence, le traitement reçu (s'il y'en a), la signature de la personne qui réfère ; **la partie CONTRE REFERENCE** porte sur l'identification du cas, le diagnostic posé par l'Agent de Santé qualifié, le traitement prescrit, les recommandations à l'ASC/Matronne

Nb / La mise en œuvre du système sera évalué au cours de la 2ème année et les réajustements nécessaires y seront apportées