



GAGNER DU TERRAIN : EXÉCUTION DES PLANS DE MISE EN OEUVRE AU COÛT ÉTABLI

EXPÉRIENCES ET LEÇONS DU SÉNÉGAL



Au cours de la période de mise en œuvre du PANPF de 2012-2015, le programme national de PF du Sénégal a évité environ :

800 000

grossesses non désirées,

290 000

avortements dangereux,

1 700

1 700 décès maternels et



a économisé plus de

40 millions

de dollars en dépenses de santé directes.



HISTORIQUE

Le Partenariat Ouagadougou a émergé d'une conférence de 2011 en Afrique de l'Ouest, où les pays ont convenu d'atteindre au moins 1 million de femmes supplémentaires dans la région avec des services de PF en 2015. Depuis le Sommet de Londres sur la Planification Familiale (PF) en 2012, 39 pays se sont jusqu'à présent engagés à rendre des services volontaires de PF de haute qualité, des informations, et des produits plus disponibles, acceptables, et abordables à 120 millions de femmes et de filles supplémentaires dans 69 pays les plus pauvres du monde d'ici 2020. Répondre aux engagements de cette initiative, appelée FP2020, et du Partenariat de Ouagadougou veillera à ce que chaque femme et chaque fille ait le droit et les moyens de façonner sa propre vie - de grandir, de s'épanouir et de planifier la famille qu'elle veut.

Les plans de mise en œuvre au coût établi (« CIP » en anglais) sont des plans d'action pluriannuels qui contiennent des projections de ressources détaillées pour atteindre les objectifs d'un programme de PF. Le CIP permet aux pays de concrétiser et de suivre les progrès vers leurs engagements. Jusqu'à présent, près de 30 pays d'Afrique et d'Asie ont développé des CIP au niveau national ou décentralisé, les nouveaux CIP étant développés de façon continue.

Traduire les CIP en action, et finalement en résultats, exige une approche délibérée soutenue au processus d'exécution dans l'ensemble du plan. Cette notion peut sembler simple et directe, mais elle peut être complexe. Les planificateurs stratégiques conviennent que la planification échoue rarement ; c'est l'application qui échoue. Une littérature abondante décrit les facteurs qui peuvent bloquer un plan, notamment le manque d'adhésion et de propriété, des lignes de responsabilités floues, le manque d'efforts dévoués pour mobiliser les ressources, l'inhabilité

à reconnaître et à faciliter les processus de changement, une mauvaise communication et coordination entre les parties prenantes, et la compétence de direction et de gestion inadéquate pour effectuer l'exécution.

Le Sénégal fut l'un des premiers pays à mettre au point un CIP pour son programme national de planification familiale (PF), qui fut lancé en novembre 2012 à la suite du Sommet historique de Londres sur la Planification Familiale tenu en juillet 2012. Au cours des trois années qui ont suivi, jusqu'au 31 décembre 2015, ils ont travaillé de façon à coordonner et à gérer efficacement la mise en œuvre du plan aux côtés des divers partenaires et parties prenantes. Ce rapport d'étude de cas rend compte de processus pour transformer le plan en « actions » et en « résultats mesurables » de manière durable — ce qui a été accompli, les difficultés et les enseignements tirés — afin d'aider les autres pays qui élaborent et mettent en œuvre des CIP, et de contribuer à l'identification des meilleures pratiques pour la mise en œuvre du CIP.

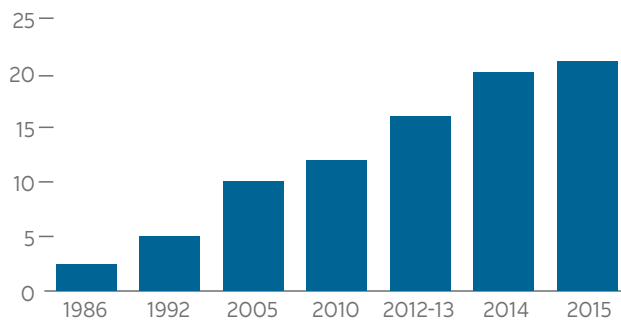
LA PLANIFICATION FAMILIALE AU SÉNÉGAL

Bien que l'utilisation de la contraception ait été officiellement interdite jusqu'en 1980, les services de PF ont été disponibles au Sénégal depuis le milieu des années 1960. Cependant, l'attention accordée à la mise en place de moyens contraceptifs à la population a commencé sérieusement vers la fin des années 1980s, en partie grâce à de grands projets de PF financés par des bailleurs. En 1988, la Déclaration de politique de la population est devenue la première politique démographique à promouvoir l'espacement des naissances en Afrique de l'ouest, et le Programme national de PF a été lancé en 1991, suivi du Service national de la santé de la reproduction en 1997. De ce service, la Division de la santé reproductive (DSR) a été créée en 2001, et une loi nationale sur

la santé en matière de procréation décrivant les droits de tous les citoyens pour accéder à la santé reproductive et aux services de PF a été créée en 2005. Plus récemment, les documents stratégiques de haut niveau ont identifié la PF comme une stratégie importante pour atteindre les objectifs de développement de la santé. Il s'agit notamment de la Feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, néonatales et infantiles (2006–2015), le Plan national de développement sanitaire (2009–2018), le Document de politique économique et social (2011–2015), et plus récemment le Plan senegal emergent, qui définissent une vision pour le Sénégal de devenir un pays à revenu intermédiaire d'ici 2035. C'était dans cette attention croissante envers la PF que le premier CIP a été développé en 2012.

Parallèlement à la formalisation croissante des services nationaux de PF, le Sénégal a connu une croissance du taux de prévalence contraceptive (TPC). Le premier sondage démographique et de santé (EDS), datant de 1986, note un TPC moderne de seulement 2,4% chez les femmes mariées. Ce taux est passé à 5% en 1992, 10% en 2005, et 12% en 2010. Depuis, il a considérablement augmenté, passant de 16% en 2012–2013 à 20% en 2014 et à 21% en 2015. De même, le pays a connu des réductions de la mortalité maternelle, passant de 510 décès par 100 000 naissances vivantes en 1992 à 392 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010, et à la mortalité infanto-juvénile qui a diminué de 43% de 2003 à 2010. Bien qu'il s'agisse de gains significatifs en matière de santé, il est important de noter que la fertilité totale n'a diminué que légèrement, de 5,3 enfants par femme en 2005 à 4,9 par femme en 2015, que les besoins non satisfaits sont restés quelque peu élevés à 22,5% en 2015, et il existe des différences marquées dans le TPC chez les groupes démographiques, y compris les résidents urbains ou ruraux, les groupes d'âge, et les quintiles de richesse.

Figure 1 : Taux de prévalence contraceptive (TPC) au Sénégal, 1986–2015



Source : Le programme des enquêtes démographiques et de santé (EDS)

APERÇU DU PANPF AU SÉNÉGAL

L'Honorable ministre de la Santé a officiellement lancé le Plan d'action national de planification familiale (2012–2015) au Sénégal, ou PANPF, lors d'un grand rassemblement à Dakar en novembre 2012. Le PANPF comprenait six domaines techniques stratégiques : la communication/création de la demande, le plaidoyer, la sécurité contraceptive, l'expansion des services communautaires, le renforcement des services du secteur privé et l'amélioration des services du secteur public. Au cours de la période relativement courte de cinq mois précédant le lancement, le Ministère de la Santé et d'Action Sociale (MSAS), plus précisément le DSR, et les parties prenantes de la PF ont identifié ces domaines techniques prioritaires du PANPF, puis ont mis au point et chiffré les principales activités de chacun de ces domaines. Le MSAS a fixé dans le PANPF l'objectif ambitieux de faire passer le TPC de 12 % à 27 % chez les femmes mariées à l'horizon 2015. Une telle hausse des points de pourcentage nécessitait que 350 000 femmes supplémentaires adoptent la contraception, pour un coût estimé à 31,4 millions de dollars sur trois ans.

PASSER D'UN PLAN À UNE ACTION SOUTENUE ET À DES RÉSULTATS

C'est souvent que les stratégies nationales soient élaborées et annoncées en grande pompe, et finissent par prendre la poussière sur une étagère. Au Sénégal, ce n'est pas le cas. Le MSAS et ses partenaires étaient bien positionnés pour passer en douceur de l'élaboration à la mise en œuvre du CIP. Lors de l'élaboration du plan, ils ont formé plusieurs groupes de travail pour coordonner le processus : un Comité Technique de PF principal et trois plus petits groupes de travail organisés selon les principaux domaines thématiques du CIP. Les trois groupes de travail se sont concentrés sur 1) l'augmentation de l'accès à la PF (y compris au niveau de l'établissement et de la communauté et par le secteur privé), 2) la demande croissante de PF (par le biais de la communication et les activités de plaidoyer), et 3) la sécurité contraceptive. Après le lancement du plan, ces structures sont restées en place afin de coordonner la mise en œuvre et de s'assurer que toutes les parties prenantes de la PF, y compris dans les parties décentralisées du système de santé, soient tenues responsables des succès. La transition vers l'action a été rendue possible en grande partie par un soutien clair du plus haut niveau du MSAS et le leadership et l'engagement continus du gouvernement.

Le pouvoir de l'appropriation par le pays

La planification en tant que priorité nationale.

Le Sommet de Londres a servi de plateforme à très grande visibilité pour permettre aux pays de prouver leur engagement à satisfaire les besoins de PF de leurs citoyens et à se tenir mutuellement responsables. Dans le cas du Sénégal, il a également servi à catalyser un soutien croissant envers une stratégie nationale de PF et a donné l'impulsion à l'élaboration de la CIP du pays afin que le ministre de la Santé et le gouvernement du Sénégal puissent annoncer de manière crédible leurs objectifs de PF. L'intérêt et le soutien du ministre et des autorités supérieures ont rendu possible et souhaitable pour toutes les parties prenantes de se réunir et de soutenir le CIP. Peu de temps après le Sommet de Londres, un nouveau président a réorganisé les structures ministérielles, y compris l'élévation du DSR au rang de direction — Direction de la santé reproductive et de la survie de l'enfant (DSRSE) — le plus haut niveau administratif au sein de la structure du MSAS. Le président a également promu le chef de l'ancien DSR — un champion dynamique de la PF — à la barre de la DSRSE. La visibilité du CIP au Sénégal dans l'environnement post-sommet et l'élévation du DSR à la DSRSE ont par la suite permis la promotion de l'unité de PF en tant que division de PF, avec un chef de division, ce qui signifiait une plus grande visibilité et plus de budget pour la mise en œuvre du PANPF.

Les champions du gouvernement de haut niveau.

Le ministre de la Santé et le directeur de la DSRSE sont constamment restés engagés et investis dans la réalisation fructueuse du PANPF et en ont souvent fait la promotion au sein du pays et à l'étranger, y compris lors des rencontres du Partenariat Ouagadougou et du FP2020. Le ministre s'est déclaré responsable de la réalisation des objectifs énoncés au Sommet de Londres et dans le CIP. Cela a incité encore davantage les parties prenantes et les partenaires de PF à se rassembler autour du PANPF et à rester actifs dans les mécanismes de coordination et de suivi. Tous les partenaires voulaient une place à table pour montrer leur soutien à la vision du pays et veiller à ce que leur contribution soit prise en compte dans le cadre des activités de suivi.

Engagement des acteurs infranationaux.

L'appropriation nationale du PANPF ne se limitait pas à un niveau central du Ministère de la santé ou aux sièges des partenaires de mise en œuvre à Dakar. Bien que les médecins chefs régionaux aient été consultés lors de l'élaboration du CIP, leur participation au développement du PANPF fut limitée en raison des délais serrés. Par conséquent, immédiatement après le lancement du CIP, le DSRSE a organisé des rencontres dans tout le pays

« Certaines sources indiquent aussi le fait que dans la mise en œuvre du PANPF, loin de l'approche « top down » précédemment appliquée, il y a une réelle implication du niveau communautaire et surtout une appropriation par les régions de l'atteinte des objectifs. Cette implication se traduit par l'engagement des Médecins Chefs de Région (MCR) à revoir à la hausse les objectifs régionaux et à les atteindre, et par l'élaboration d'un plan d'action régional, sur la base duquel les structures de santé réalisent depuis 2012 leur plan d'action PF. »

Source : PopCouncil, 2015




avec des représentants des équipes de gestion de la santé des 14 régions, et de tous leurs districts, afin d'orienter les responsables et les superviseurs, ainsi que les partenaires de mise en œuvre, les représentants d'autres secteurs gouvernementaux, du secteur privé et des représentants de la société civile au PANPF. Au cours de ces rencontres, chaque district a pu identifier ses propres stratégies et activités prioritaires afin de réaliser sa portion de l'objectif national, soit un TPC de 27 % d'ici 2015, formulées dans ce qu'on appelle les plans d'accélération de la PF des districts. Les équipes de gestion des districts ayant elles-mêmes élaboré ces plans d'accélération, plutôt que de les recevoir des instances centrales, ces plans reflétaient la réalité du terrain, leur champ d'action était réaliste, et les districts se sentaient bien plus responsables des résultats attendus. Ces plans d'accélération des districts ont servi de référence et de fondement aux démarches ultérieures de suivi.

Gouvernance et coordination : mise en œuvre du plan de renforcement

Structure claire au niveau central. La division de PF du DSRSE, créé vers la fin de 2012, est devenu la « maison » du PANPF. Le Comité technique de PF était dirigé par la division de PF et chaque groupe de travail possédait une organisation partenaire servant de coordinateur, ainsi que des membres partenaires de mise en œuvre, des bailleurs de fonds, et des groupes de société civile. Tous les comités se rencontraient régulièrement—tous les deux à trois mois—suivant un calendrier standard. Les groupes de travail se rencontraient en amont afin d'évaluer le statut des activités relatives à la partie du plan les concernant, appliquant un code couleur simple de type feu de signalisation—vert pour en bonne voie, jaune en cas de risques de retard, et rouge en cas de retard. Puis, chaque groupe de travail



Exemple de diapositive utilisé dans une réunion du Comité technique PF examinant le statut de mise en œuvre des activités du PANPF par stratégie prioritaire.

Etat d'avancement des activités de création de la demande		
Domaines stratégiques	Statut	Défis / opportunités
Plan de communication	 <ul style="list-style-type: none"> Au niveau national, préparation de la campagne PF finalisée <ul style="list-style-type: none"> Présentation du contenu de la campagne lors du groupe demande et itérations avec la DSRSE pour le finaliser Lieu et date du lancement décidés (Mbour, 3eme semaine d'aout) 	<ul style="list-style-type: none"> Les matériels de communications développés par les différents acteurs doivent être partagés pour en assurer la cohérence (par exemple partage par email)
	 <ul style="list-style-type: none"> Au niveau régional <ul style="list-style-type: none"> les OCB ont été sélectionnés et le travail va démarrer Manque d'informations sur l'avancement des activités au niveau des districts 	<ul style="list-style-type: none"> Besoin d'un suivi rapproché des activités déroulées sur le territoire par les différents partenaires afin d'identifier les zones pas suffisamment couvertes
	 <ul style="list-style-type: none"> Des gaps de financement ont été recensés et compilés par le SNEIPS 	<ul style="list-style-type: none"> Cette analyse des gaps doit être partagée lors du groupe de travail pour que chaque partenaire s'exprime sur sa capacité à les combler

Source : DSRSE et groupes de travaux

présentait ses conclusions lors des rencontres des comités techniques de PF, suivies d'une discussion pour déterminer comment résorber les retards ou les risques de retard des activités. Les participants examinaient également les recommandations émises par chaque groupe de travail au cours de leur présentation. Le groupe de travail sur la sécurité contraceptive fonctionnait un peu différemment, dans la mesure où il existait déjà avant le développement du PANPF et avait été absorbé dans le mécanisme de coordination étendu. Les comptes rendus de ces réunions des comités étaient diffusés auprès de tous les membres selon une liste de diffusion qui servait également à la gestion des connaissances auprès des parties prenantes de la PF pour fournir les mises à jour des principales activités de PF, partager les documents et les ressources et inviter les membres aux réunions les concernant.

Fourniture d'orientation et d'assistance technique. Cette structure a permis à la DSRSE et à la Division de PF non seulement de coordonner et suivre la mise œuvre globale du PANPF, mais également de fournir des orientations et une assistance technique (AT) lorsque nécessaire, par exemple pour clarifier les conditions dans lesquelles des agents de santé communautaire analphabètes pouvaient initier une contraception par pilule ou offrir des contraceptifs injectables à leurs patients. De même, c'est le groupe de travail sur la création de la demande et le Comité technique de la PF qui ont apporté conseils techniques et assistance pour la première campagne de communication nationale sur la PF, appelée « Moytou Nef. » Elle a également servi de plateforme pour impliquer tous les partenaires dans les activités communes, comme réaliser un inventaire des formations reçues et nécessaires au personnel de santé

dans toutes les régions du pays. Cependant, en dépit de ces efforts de coordination, il est impossible pour le Comité technique de la PF de connaître et de surveiller toutes les activités. Par exemple, alors que le sous-groupe de prestation de services a coordonné l'approbation officielle et l'organisation des services mobiles dans tout le pays, un partenaire a intégré les services de PF dans les services de tests du VIH mobiles sans discussion dans le groupe.

Coordination sous-nationale. Au niveau local, la responsabilité de supervision de la mise en œuvre du PANPF a été intégrée aux structures existantes — c'est-à-dire les équipes de gestion des régions et districts, composées du directeur médical, du coordinatrice pour la santé reproductive et l'éducateur en promotion de la santé. Les plans d'accélération de la PF des districts comprenaient une feuille de route qui pouvait être révisée chaque année lors de l'élaboration du plan de travail annuel du district. Les équipes de gestion au niveau des régions et des districts pouvaient solliciter une AT auprès des partenaires de mise en œuvre, ainsi que de la DSRSE centrale pour la mise en œuvre des activités, la résolution des lacunes de couverture ou la mobilisation des ressources.

Mobilisation des ressources : un aspect difficile de la coordination du CIP

Augmentation des ressources globales, mais financement insuffisant de certaines priorités. Lors de l'élaboration du PANPF, la DSRSE et les parties prenantes ont identifié et chiffré les activités spécifiques pour chacun des

domaines stratégiques, afin d'obtenir une estimation du coût total de la réalisation des buts et objectifs fixés. Si la plupart des activités incluses étaient déjà prévues dans les budgets des partenaires existants, il était néanmoins nécessaire de mobiliser une large part des 31,4 millions de dollars du coût total du projet. Lors du Sommet de Londres, la Ministre de la santé s'est engagée à augmenter les dépenses intérieures, notamment : l'augmentation de l'enveloppe budgétaire annuelle pour la santé reproductive de 2,5 % à 5 % ; l'augmentation du financement total réservé aux produits contraceptifs de 200 %, et doublement du budget du programme national de PF. Selon un rapport du Population Council, ces engagements de haut niveau ont été réalisés en partie ; le gouvernement a augmenté les dépenses réservées aux produits contraceptifs de 100 % au lieu des 200 % annoncés, et une ligne budgétaire spécifique a été créée pour la PF/SR. Un rapport publié en décembre 2014 qui a évalué la mobilisation des ressources pour le PANPF au cours de la période 2012–2014 a noté que le financement de la DSRSE est demeuré à 2,5 %, et n'a donc pas doublé. Ce rapport a également conclu que l'objectif global de mobilisation des ressources pour le PANPF (US \$31 millions ou 16,318,285,440 CFA) a effectivement été dépassé d'ici décembre 2014, les partenaires financiers et techniques fournissant 156% de la valeur prédite à l'origine du plan, ou un total de 25,385,295,827 CFA. Toutefois, bien que le financement global ait dépassé les prévisions initiales, le rapport a noté que les dépenses n'étaient pas cohérentes dans les domaines stratégiques, certains secteurs étant insuffisamment financés, y compris l'expansion

« Aujourd'hui nous voyons des maires qui sortent des lignes budgétaires pour acheter des produits PF. Je l'ai vu à Pikine Ouest, je l'ai vu à Djidah Thiaroye Kao, je l'ai vu à Guédiawaye, des maires qui achètent des produits et le mettent à la disposition de leurs postes. Ça c'est un engagement parce qu'au début tout ce qui a été comme portefeuille budgétaire, comme fonds de dotation, la PF n'était pas sentie, donc si aujourd'hui les maires se sentent vraiment intéressés jusqu'à acheter des produits, jusqu'à financer des stratégies avancées, appuyer les ONG dans les stratégies avancées ... c'est déjà quelque chose »

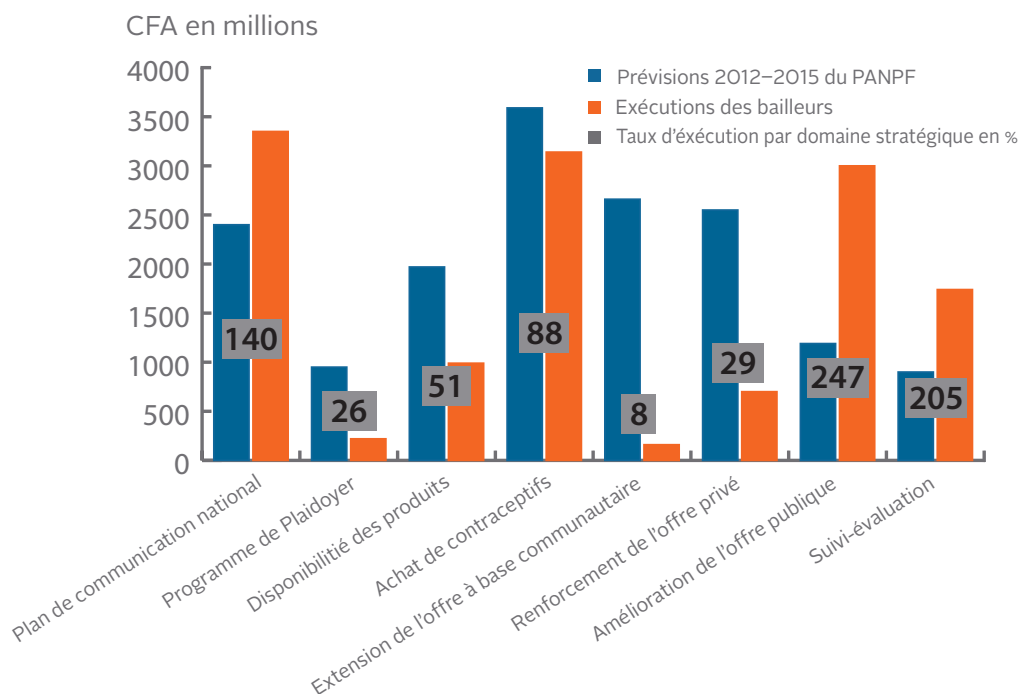
– Représentant ONG
Source : PopCouncil

des services communautaires, le renforcement du secteur privé, et le plaidoyer.

Suivi informel de la mobilisation des ressources.

Aucun sous-groupe spécifique n'a été chargé de superviser la mobilisation des ressources par rapport au PANPF et, comme l'a noté le rapport préparé pour la revue à mi-parcours, il était difficile d'aligner les systèmes financiers des partenaires avec ceux du gouvernement. Ceci parce que les calendriers budgétaires des partenaires différaient de ceux de la DSRSE, et parce que de nombreux partenaires n'ont pas enregistré ou signalé les dépenses

Figure 2 : Prévisions et réalisations du PANPF par domaine stratégique



Source : Groupe ISSA et Abt Associates; 2014.

selon les activités prioritaires identifiées dans le PANPF. Bien que les défis existaient pour que le MSAS aligne les priorités des bailleurs et des partenaires avec ceux décrits dans la PANPF, la DSRSE et la division de PF s'est concentrée autant que possible sur la coordination des flux de financement distincts des partenaires afin d'assurer une utilisation adéquate et efficace des ressources disponibles. Au cours des réunions du Comité technique de PF et des groupes de travail, les partenaires rendaient souvent compte des budgets et dépenses liés à des activités planifiées précises qui étaient liées à des domaines stratégiques de haut niveau. Au cours des réunions avec les représentants infranationaux, les équipes de gestion des régions et des districts rendaient compte de la quantité

d'argent dépensée dans chaque domaine technique. Toutefois, cela n'était pas fait de manière systématique en partie parce qu'il était difficile pour les équipes de gestion d'obtenir ces informations auprès des partenaires de mise en œuvre (qui ont fourni la majorité des fonds mais dont les systèmes financiers n'ont pas permis de déclarer les dépenses par région). Ces réunions offraient néanmoins l'opportunité aux régions et aux districts d'identifier les lacunes en matière de financement et de plaider en faveur d'un soutien supplémentaire auprès des partenaires. Suite à une de ces réunions régionales, un nouveau partenaire a commencé à apporter un soutien financier pour les activités de la région de Kédougou, qui disposait auparavant de peu de partenaires financiers. Dans certains cas, les administrations locales ont utilisé leurs propres budgets disponibles pour soutenir les programmes de PF, en achetant des produits contraceptifs et en finançant des activités de sensibilisation. Le plaidoyer ciblant des décideurs nationaux et infranationaux (par exemple, des parlementaires, des gouverneurs, des maires) avec des messages encourageant le financement des programmes de PF pour atteindre les objectifs de développement économique, politique, et social du pays étaient probablement utiles à cet égard.

Bien qu'il n'y ait pas de mécanisme de routine pour le suivi de la mobilisation des ressources, les efforts ad-hoc décrits ci-dessus, y compris l'évaluation effectuée dans le cadre de la revue à mi-parcours, se sont avérés utiles pour la prise de décision. L'évaluation a été la première (et seule) instance dans laquelle la mobilisation des ressources pour le PANPF a été examinée globalement et sur la façon dont les ressources ont été dépensées en fonction des domaines stratégiques, des activités prioritaires, et des régions. Il s'agissait d'un sujet de discussion central lors de la revue à mi-parcours, et cela a servi de base à plusieurs recommandations sur la manière d'assurer un financement équitable jusqu'à la fin du PANPF et de préparer le prochain CIP.

Suivi de la performance et responsabilité : suivre le plan

Les données de routine du service de planification familiale sont prioritaires. Le DSRSE a sciemment pris la décision de suivre de près la mise en œuvre du PANPF et de tenir toutes les parties prenantes de la PF, y compris les structures locales du système de santé, responsables des réussites. Plus particulièrement, la DSRSE souhaitait accéder aux données des services de PF qui n'étaient disponibles au cours des cinq à sept années précédentes, période au cours de laquelle les agents de santé ne voulaient pas communiquer ces données aux instances

Principaux indicateurs de performance

Indicateurs originaux de PANPF

- Suivi de la consommation des produits pour chaque canal de distribution
- Nombre d'utilisatrices
- Taux de prévalence contraceptive calculée/estimée
- Taux de recrutement
- Taux de rupture de stocks
- Taux d'abandon

Indicateurs issus d'enquêtes démographiques et de santé

- Taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile
- Taux de fécondité
- Taux de prévalence contraceptive
- Besoins non satisfaits



Les indicateurs originaux ont évolué afin d'être utilisés dans la collecte de données de routine

- Nombre de nouvelles utilisatrices (par méthode), dans le programme et dans la structure
- Nombre d'actives (par méthode)
- Nombre d'inactives (ceux qui n'ont pas respecté leur RV)
- Taux d'abandon de ceux qui ont arrêté toute contraception pour une raison autre que le désir de grossesses (les abandons/total acceptantes)
- Taux de recrutement (nouvelles utilisatrices/objectif)
- Quantité de produits consommés par méthode
- Pourcentage des PPS ayant une rupture de stock (# des sites avec les ruptures/# total des sites)

« Nous avons tenu la revue à mi-parcours du plan et on a senti une certaine émulation positive entre les régions médicales, mais également ça s'est traduit au niveau des districts.. Il faut vous rendre dans les réunions de suivi de nos plans au niveau régional, vous vous rendez compte que c'est comme si il y avait une saine compétition entre les districts et je pense que c'est quelque chose qui est extraordinaire. »

– Représentant du Gouvernement
Source : PopCouncil, 2015

nationales pour protester contre les conditions de travail et d'emploi. Parce que la DSRSE n'avait pas eu de visibilité sur les performances des dispensaires, des districts ou des régions, et par conséquent sur les performances globales du programme de PF, la DSRSE a décidé de concentrer ses efforts de suivi sur l'identification des principaux indicateurs de performance et la facilitation de la collecte et la remontée de données PF régulières des plus petits niveaux locaux vers le MSAS central.

Un formulaire de collecte standardisé. Avec le soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), un agent de suivi et d'évaluation (S&E) a été détaché auprès de l'unité de S&E de la DSRSE en mettant l'accent sur le renforcement d'une stratégie de suivi et d'un cadre pour le PANPF qui comprendrait le suivi du processus et les résultats. Bien que certains indicateurs de résultats clés aient été inclus dans le PANPF, étant donné la longue pause dans la collecte et remontée des données, la première tâche consistait à harmoniser et à hiérarchiser les indicateurs de PF dans un formulaire normalisé que les districts pourraient utiliser pour collecter et faire remonter les données de PF. Les principaux indicateurs de PF comprenaient le nombre de nouveaux utilisateurs de PF (total et par méthode), le nombre de nouveaux utilisateurs de PF actives (total et par méthode), et le nombre de femmes ayant abandonné la PF ou perdues de vue au suivi. Ce formulaire fut élaboré sur la base des anciens outils de collecte régulière des données et a été validé et adopté par les parties prenantes de PF lors d'une série de consultations. Dans l'intervalle, la DSRSE a créé un quatrième groupe de travail chargé du S&E, sous la direction du Comité technique de PF, afin de faciliter le processus de développement de cet outil normalisé de suivi des performances du programme de PF et participer à l'examen, la validation et l'interprétation des données de PF ainsi transmises à la DSRSE. La DSRSE a également orienté des membres clés du personnel SR au niveau des régions et des districts, plus précisément des coordinatrices SR et des médecins chef, à l'élaboration de ce nouvel outil –

notamment la définition des indicateurs et les méthodes de calcul—sur une période de plusieurs mois.

Examens de routine au niveau infranational. Une fois que les districts et régions avaient leurs propres plans de mise en œuvre et étaient équipés des outils de collecte des données, la DSRSE a organisé des réunions au niveau régional rassemblant les équipes de gestion des districts et les représentants des partenaires de mise en œuvre, les bailleurs de fonds, la société civile et les responsables politiques locaux. À l'occasion de ces réunions, qui se tenaient environ tous les 3 à 6 mois, les participants examinaient la mise en œuvre des plans d'accélération de la PF, les données de PF, et discutaient des difficultés, des réussites et des actions correctives nécessaires.

Même si dans un premier temps la DSRSE encourageait ces réunions au niveau régional, les ressources humaines (et financières) n'étaient pas toujours suffisantes pour veiller à ce que les 14 régions puissent tenir trimestriellement ces réunions d'examen des performances de PF. Pendant la deuxième année de mise en œuvre du PANPF, la DSRSE

Utilisation d'une enquête démographique et de santé continue pour compléter les données de routine de service de planification familiale

Le Sénégal est l'un des nombreux pays qui a bénéficié d'un EDS continu comme moyen d'accès aux données sur la santé à l'échelle nationale. Lors de la sélection initiale des indicateurs de performance, le DSRSE a identifié certains indicateurs, à savoir TPC et les besoins non satisfaits, qui seraient mieux recueillis au moyen d'enquêtes telles que l'EDS. Une fois qu'il était certain que l'EDS se produirait annuellement, il a été choisi de recouvrer le TPC de ces enquêtes, plutôt que de tenter des calculs à partir des données de routine (qui était le plan original). La DSRSE a largement utilisé l'EDS continu comme une occasion de vérifier la validité des statistiques, notant des divergences majeures dans l'utilisation de la PF, en particulier au niveau régional. Trois EDS continus ont eu lieu de 2012 à 2013, en 2014, et 2015.

Le gouvernement (en particulier la DSRSE et l'Agence Nationale pour la statistique et la démographie) a tenu deux réunions pour approfondir les données de PF des enquêtes de 2012–2013 et 2014. Bien que la première enquête ait regroupé plusieurs régions en grappes, ce qui n'était pas idéal pour une analyse approfondie, la deuxième enquête comprenait des statistiques pour toutes les régions. Néanmoins, les parties prenantes étaient heureuses d'avoir les données de routine pour démontrer une image plus complète de l'état du programme national de PF.

Analyse de la mise en œuvre à mi-parcours

La DSRSE a organisé une revue à mi-parcours les 5 et 6 février 2015, à Dakar. La réunion a été ouverte par le Ministre de la Santé, et les participants comprenaient des partenaires financiers et techniques, des organisations de la société civile, des médecins chefs régionaux, et des représentants de pays du partenariat de Ouagadougou. L'objectif général de la réunion était de partager et analyser l'état d'avancement du PANPF de décembre 2012 à juin 2014. Les sous-objectifs étaient les suivants :

- Présenter la situation actuelle de l'exécution des activités liées à : la prestation des services PF, la disponibilité des produits PF et la création de la demande (communication et plaidoyer).
- Présenter les niveaux de performance nationaux et régionaux par rapport aux objectifs.
- Analyser les goulets d'étranglement dans la mise en œuvre des activités et formuler des recommandations pertinentes pour la mise en œuvre restante du PANPF.

Pour préparer la revue à mi-parcours, le comité technique de la PF a examiné les documents pertinents, y compris les rapports de ces réunions et celles des sous-groupes, les rapports des réunions d'examen de la performance, les déclarations trimestrielles de la DSRSE, et les déclarations du partenaire d'exécution. Le comité a également examiné les rapports des études clés et des évaluations, y compris l'EDS continu, le rapport sur l'évaluation de la mobilisation des ressources pour la PANPF, les rapports d'étude pilote pour Sayana Press et l'Informed Push Model, et l'évaluation de la campagne nationale sur la PF, et a interrogé les parties prenantes principales aux niveaux nationaux et régional. La réunion même était un mélange de présentations, discussion, et travail en petit groupe et elle était organisée en grande partie autour des domaines stratégiques de la PANPF. Les données recueillies dans le cadre des efforts de S&E de routine (réunions d'examen de la performance régionale et du niveau central) ont été partagées parallèlement avec d'autres résultats clés, y compris les données de l'EDS continu. Les groupes ont discuté des succès majeurs et des défis de la mise en œuvre des activités dans les domaines stratégiques. Au cours d'une session, les médecins chefs régionaux ont signalé individuellement leurs propres défis et ont fait des suggestions pour des améliorations par le MSAS au niveau national et les partenaires.

Un rapport sur la réunion a résumé les recommandations par domaine stratégique pour la période de mise en œuvre restante.

a mis en place des réunions trimestrielles d'examen des performances de PF à Dakar. Les équipes de gestion de chaque région pouvaient présenter un résumé de leurs performances en matière de PF en partageant les données clés de PF ainsi que l'état d'avancement de la mise en œuvre de leur plan d'accélération de la PF au moyen d'une présentation normalisée.

Une meilleure surveillance conduisant à une meilleure coordination. Que ce soit au niveau des régions ou au niveau national, ces réunions ont permis d'améliorer la coordination entre le gouvernement, les partenaires et les bailleurs de fonds, comme le montre une réunion de revue qui s'est tenue dans la région sud du Kédougou, au cours de laquelle l'identification d'une lacune en matière de financement a conduit à la participation d'un nouveau bailleur de fonds partenaire. Ces réunions ont également offert aux équipes de gestion des régions et des districts l'opportunité de solliciter l'AT des autres équipes régionales, des partenaires de PF, et du MSAS au niveau central. Par exemple, à la suite d'une réunion régionale tenue dans la région de Saint Louis, une stratégie particulièrement efficace de formation des prestataires à l'administration des méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action (MLD) a été élargie d'un district à l'ensemble des districts de la région après que les participants ont connu une augmentation de l'utilisation des MLD dans le district d'origine. Pour finir, puisque les régions présentent leurs résultats les uns aux autres au cours de ces réunions au niveau national, cela pousse à une sorte de « compétition amicale. » Par exemple, lors d'une réunion tenue à Dakar pour examiner les performances réalisées entre juillet et septembre 2015, la région de Fatick s'est nettement démarquée par une forte augmentation du nombre d'utilisateurs actifs de la PF par rapport au trimestre précédent (+39 %), ainsi qu'une amélioration considérable du recrutement de nouveaux utilisateurs de PF au cours de la même période.

Mesurer les progrès à mi-parcours. Début 2015, la DSRSE et ses partenaires ont organisé une revue à mi-parcours du PANPF afin de faire le bilan des deux premières années de mise en œuvre. Plusieurs recommandations émises lors de cet examen à mi-parcours concernaient l'évaluation et l'amélioration de la qualité de la collecte et remontée des données de PF. En conséquence, la DSRSE, avec le soutien d'un partenaire, a mis en place une série d'évaluations de la qualité des données (DQA) afin d'apprécier le respect des délais, la précision et la fiabilité des données de PF régulières lors de leur transmission du niveau local au niveau national du système de santé. Grâce au groupe de travail S&E, la DSRSE s'est inspirée d'un outil de DQA existant utilisé par un partenaire et a élaboré une approche

permettant de développer les capacités des coordinatrices SR au niveau régional, ainsi qu'au sein de la DSRSE pour la mise en œuvre de la DQA. Entre août 2015 et juillet 2016, les équipes locales et nationales de la DSRSE ont réalisé les DQA dans six régions du Sénégal (Dakar, Thies, St. Louis, Fatick, Diourbel et Kaolack). Grâce à ces mesures, la DSRSE a été en mesure d'identifier les districts nécessitant une assistance supplémentaire pour améliorer la qualité de la collecte et remontée de données PF, et de fournir cette assistance tant pendant qu'après les DQAs. En outre, il existe désormais un réseau de coordinatrices au niveau régional et de membres clés du personnel au niveau national de la DSRSE (au sein de l'unité de S&E et de la division PF) ayant la capacité et l'autorisation de réaliser d'autres DQA à l'avenir.

RÉFLEXIONS ET LEÇONS APPRISSES

Le Sénégal a élaboré le PANPF en cinq mois environ et a aussitôt débuté sa mise en œuvre. Depuis sa mise en œuvre, les parties prenantes dans le pays et à l'étranger constatent les résultats qui ont été obtenus : le gouvernement a fait preuve de leadership pour faire de la PF une priorité visible ; les partenaires ont coordonné les activités afin d'éviter les doubles emplois et de tirer profit des ressources disponibles, et ensemble, ils ont mis en place des mécanismes de suivi de la mise en œuvre du plan, ainsi que des performances de PF. La mise en œuvre du PANPF a nécessité de remanier la méthode de collecte des données PF, qui a permis une meilleure communication entre les instances locales et nationales du système de santé et s'est traduit par la mise à disposition régulière des données de performance de la PF—informations dont ne disposent toujours pas les autres divisions de la DSRSE ni les autres directions du MSAS.

L'expérience du Sénégal dans l'exécution du PANPF a mis en relief les difficultés et a permis de tirer de nombreuses leçons utiles pour le Sénégal, pour la mise en œuvre de leur prochain CIP, ainsi que pour d'autres pays.

Avoir le soutien des hautes instances politiques est important, mais avoir suffisamment de personnel opérationnel est indispensable. Un champion au sein de la DSRSE était essentiel pour obtenir un soutien au Sénégal et à l'étranger pour la priorisation de la PF via le PANPF. Il était tout aussi important d'élever l'unité PF au rang de division avec un chef et du personnel, afin de soutenir la mise en œuvre du CIP. Toutefois, il y a toujours un déficit d'effectifs, rendant difficile certains aspects de la coordination et de la mise en œuvre. Compte-tenu du manque de ressources humaines et financières à la DSRSE, l'assistance des partenaires par le biais de personnel

détaché permet de garantir des réunions régulières, ainsi qu'une coordination et une communication efficaces à la fois entre les partenaires et avec les niveaux décentralisés. Bien que les partenaires aient fourni le personnel détaché, la DSRSE était toujours l'organisation dirigeante, facilitant ainsi la coopération entre les partenaires et atténuant la concurrence perçue.

Il peut être difficile de maintenir les mécanismes impliquant différentes parties prenantes au fil du temps.

Bien que très fort la première année que le CIP a été lancé, la dynamique autour des groupes de travail s'est estompée au fil du temps, avec une communication de plus en plus rare entre les partenaires. Les organisations sont revenues aux consultations individuelles avec les décideurs de la DSRSE, entraînant des efforts moins de coordonnées et moins de transparence. Bien que le PANPF ait fourni des conseils de haut niveau concernant les domaines techniques prioritaires pour la mise en œuvre du programme, les projets spécifiques sont restés liés à leurs propres mandats au niveau du projet et à la réalisation des résultats attendus. Cela signifiait parfois que les projets individuels donneraient la priorité aux tâches et aux activités requises pour répondre aux attentes sur les tâches et les activités prioritaires dans le PANPF, avec une participation moins générale aux réunions de coordination.

Aligner et surveiller les besoins en ressources du CIP est un défi. Bien qu'il semble que les ressources globales requises pour la mise en œuvre du PANPF aient été atteintes d'ici la fin de 2014, il y avait un déséquilibre dans les domaines stratégiques, certains sur-financés et d'autres sous-financés. La DSRSE a eu des difficultés à accéder à des informations sur les ressources financières disponibles des partenaires et à coordonner les ressources des bailleurs et des partenaires afin d'assurer l'alignement sur les domaines prioritaires de la DSRSE. En outre peu de financement du secteur privé a été mobilisé pour soutenir le PANPF. Enfin, bien que le Sénégal ait décentralisé de nombreux aspects de la prestation des soins de santé, les flux de financement sont encore en train de se produire et les parties prenantes doivent améliorer l'accès au flux de financement décentralisé à l'appui de la PF.

Le suivi des performances peut être déterminant pour motiver les individus à tous les niveaux. Du prestataire de santé au personnel de gestion au niveau district jusqu'aux partenaires de mise en œuvre, tous veulent que leur travail soit quantifié et remarqué. L'accent mis sur le suivi de la performance grâce à la collecte systématique des données sur les principaux indicateurs de PF et le sens de la « concurrence amicale » ont motivé le personnel à tous les niveaux du système de santé, ainsi que les partenaires,

à démontrer la qualité et à soutenir les efforts de S&E en cours. L'assistance technique ciblée aux équipes de gestion des régions et des districts, la communication fréquente du personnel de S&E de la DSRSE au niveau central avec le personnel régional et de district, et l'inclusion des partenaires dans le groupe de travail de S&E a également aidé ces personnes à comprendre l'objectif global des efforts de S&E et leur rôle particulier dans la collecte des données, la remontée, et l'analyse. Il était également important d'avoir la possibilité de comparer et de valider les statistiques de service de routine avec les résultats d'autres sources, en particulier l'EDS continu. Des ateliers et des réunions secondaires d'analyse ont permis au personnel de santé et aux partenaires d'exécution d'approfondir les données disponibles, de les discuter en fonction des statistiques de service disponibles, et de générer des suggestions pour les futurs domaines de recherche.

Des stratégies provisoires pour obtenir des données de routine du service de planification familiale peuvent être appropriées, mais une vision à long terme est également nécessaire.

Immédiatement suite au développement du CIP, et à la suite d'un écart de plusieurs années dans la collecte et remontée systématique des données, la DSRSE souhaitait se concentrer sur la collecte des données de PF et les analyses au niveau central. Cela a conduit au développement d'un outil de collecte des données spécifique à la PF. Cependant, un tel outil ne pourrait être qu'une solution à court terme. Simultanément, la DSRSE a développé un outil complet de collecte de données sur la santé reproductive, maternelle, néonatale, et infantile (SMNI) et a travaillé avec d'autres organismes gouvernementaux pour inclure des indicateurs clés dans le système d'information sur la santé du district (DHIS2). L'expérience du Sénégal met en évidence la tension entre la collecte de données sillonnée par le domaine sanitaire (ex., collecte de données spécifique à la PF) et le passage à la collecte intégrée de données. Bien que le DHIS2 se développe dans le pays, le système national d'information sur la santé (SIS) est encore largement basé sur le papier. Par conséquent, les rapports de données sont lents et chargés d'erreurs, ce qui rend difficile la prise de décision en temps réel fondée sur des données probantes. En outre, les équipes de gestion décentralisées manquent souvent des ressources et des compétences requises pour analyser les données à leur niveau ou ne les hiérarchisent pas parmi d'autres priorités concurrentes. Les divisions chargées de la PF dans de nombreux pays doivent décider de consacrer du temps et des ressources pour assurer une collecte efficace des données de PF — ce qui signifie souvent mettre en place des efforts séparés ou sillonnés — ou de s'appuyer sur le SIS national pour les données de PF. Le Sénégal a choisi

d'inclure des données de PF dans des efforts de collecte des données SMNI quelque peu serrés, même si le pays envisage d'intégrer la collecte de données SMNI dans le SIS national.

Possibilités pour les exécutants et le gouvernement d'évaluer collectivement les progrès et de discuter des défis peuvent améliorer l'exécution, mais ils ont besoin de temps et de ressources spécialisées, en particulier au niveau infranational. Les réunions régulières d'évaluation de la performance que la DSRSE a tenues avec le personnel de la santé et les partenaires ont permis aux participants d'exprimer leurs défis, d'identifier les solutions, et d'apprendre les uns des autres. Les réunions tenues aux niveaux central et régional ont combiné l'examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre parallèlement à l'examen des données de la performance de la PF, plutôt que de les séparer, ce qui a permis de mieux comprendre le paysage programmatique de la PF. Cette étroite coordination et suivi a permis à la DSRSE et aux partenaires d'ajuster les plans de travail des projets et de réorienter les fonds pour répondre à des besoins régionaux spécifiques.

Des ressources spécifiques, à la fois financières et humaines, ont été nécessaires pour organiser de telles réunions. Les ressources nécessaires pour organiser régulièrement les réunions régionales d'examen se sont révélées assez substantielles ; ainsi, le changement a été fait pour les réunions au niveau central. Cependant, les réunions au niveau central n'ont pas été en mesure d'absorber pleinement les objectifs des réunions régionales — en particulier, elles n'ont pas permis aux districts d'une région de partager et d'apprendre les uns des autres. Idéalement, les équipes de gestion régionales organiseraient ces réunions indépendamment du niveau central, mais ce n'était pas le cas dans la plupart des régions. En outre, la coordination et la communication continues entre les niveaux central et infranational ont été rendues plus difficiles par le déplacement du personnel dans les postes de direction au niveau infranational. Au fur et à mesure que le personnel prend sa retraite ou est déplacé dans d'autres régions, le niveau central doit réinvestir dans l'orientation du personnel de remplacement pour l'ensemble du PANPF et le plan d'accélération de la PF de la nouvelle région, et pour mener des activités de plaidoyer afin que les nouveaux dirigeants donnent la priorité au programme de PF dans les services de santé de la région.

La mise en œuvre du CIP reste largement limitée au secteur de la santé, à l'exclusion d'autres secteurs qui auraient pu jouer un rôle. Les mécanismes de coordination mis en place pour le CIP n'incluent pas les représentants d'autres secteurs du développement ou des ministères prioritaires tels que le ministère de l'économie, des finances

et du plan ou le ministère de l'environnement et du développement durable. Les parties prenantes au Sénégal ont identifié cela comme une faiblesse au cours de la revue à mi-parcours, notant qu'une plus grande participation d'autres secteurs pourrait compléter les atouts du secteur de la santé et contribuer à relever certains défis (en particulier liés au financement et à la gestion des ressources humaines). Les parties prenantes ont également identifié l'engagement multi sectoriel comme priorité pour le prochain CIP (2016–2020).

RÉFLEXIONS FINALES

Le Sénégal a été un chef de file dans le repositionnement de la PF — l'introduction de stratégies PF importantes comme la prestation de PF en milieu communautaire et des systèmes de gestion innovants, comme le Informed Push Model, organisant des échanges et des voyages d'étude dans le cadre du partenariat de Ouagadougou, et a vu des augmentations substantielles du TPC au cours des dernières années. Bien qu'il ne soit pas encore documenté, il n'est pas exagéré de présumer que les efforts visant à coordonner et à surveiller l'exécution du CIP ont contribué à ces résultats positifs. Les expériences du Sénégal font écho à celles documentées dans la première étude de cas de cette série (sur le CIP de la Tanzanie) et permettent de valider les quatre facteurs qui favorisent une exécution efficace : l'appropriation par le pays, la gouvernance et la coordination, la mobilisation des ressources et le suivi de la performance. Au fur et à mesure que le Sénégal participe à l'exécution de son deuxième CIP, la communauté mondiale devra rester à l'écoute pour obtenir des informations supplémentaires sur la façon de coordonner efficacement l'engagement de plusieurs parties prenantes autour d'une vision partagée pour les programmes nationaux de PF.

Citation suggérée : Zan T. (2017). Gagner du terrain : Exécution des plans de mise en œuvre au coût établi. Expériences et leçons du Sénégal. Durham, NC : FHI 360.



Informations de contact :

Tous les commentaires et les questions peuvent être adressés à publications@fhi360.org

FHI 360
359 Blackwell Street, Suite 200
Durham, NC 27701 USA
www.fhi360.org

REMERCIEMENTS

Ce document a été écrit par Trinity Zan, de FHI 360. Un remerciement spécial à nos réviseurs : Siga Diop, conseillère technique, FHI 360 Sénégal ; Dr. Mansour Ndiath, ancien chargé de S&E, FHI 360 Sénégal ; Dr. Bocar Daff, Directeur, Direction de la santé reproductive et de la survie de l'enfant, Sénégal ; et Christine Lasway, conseillère technique, Palladium (anciennement à FHI 360). L'expérience décrite dans ce document est le résultat des efforts de collaboration collectifs de la Direction de la santé reproductive et de la survie de l'enfant dans le rôle de leadership et le Fonds des nations unies pour la population, USAID, l'Organisation mondiale de la santé, l'Agence française de développement, et la fondation Bill & Melinda Gates en tant que partenaires de développement. La coordination du PANPF (en particulier le leadership des groupes de travail du comité technique de la PF et le soutien sous la forme de personnel détaché) a été soutenu par FHI 360, IntraHealth International, et Ademas. La surveillance du PANPF a été soutenu par FHI 360 par le biais du projet Advancing Partners and Communities (APC). Les partenaires qui ont appuyé la mise en œuvre des activités du PANPF sont trop nombreux pour mentionner.

Cette publication a été créée grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'USAID aux termes du projet K4Health (AID-OAA-A-13-00068) et le projet APC (AID-OAA-A-12-00047). Le contenu est la responsabilité de FHI 360, et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

RÉFÉRENCES

Evaluation des engagements financiers du Plan d'action national de planification familial 2012-2015 du Senegal en vue de la revue à mi-parcours. Groupe ISSA and Abt Associates; 2014.

Mbow FB, Dubent L, Diop N, Fatou N, Bocar BM, Mané B. 2015. Evaluation de la mise en oeuvre et des réalisations de l'approche 3D au sein du Plan d'action national de planification familiale (PANPF) au Sénégal – Rapport de Synthèse. Document de Travail. Dakar, Sénégal : Population Council, Le Projet Evidence. Disponible à : <http://evidenceproject.popcouncil.org/resource/lapproche-3d-au-senegal/>.

République du Sénégal, Ministère de la santé et de l'action sociale, Direction de la santé reproductive et de la survie de l'enfant. Projet de rapport d'évaluation à mi-parcours du PANPF du Sénégal. 2015.

République du Sénégal. PANPF 2012-2015. Disponible à : <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/senegal-plan-action-national-planification-familiale-2012-2015.pdf>.

Scoggins S, Aziz Z, Miller N. FP2020 partnership in progress 2013-2014. Washington, DC: FP2020; 2014.

Le programme EDS. Résultats de recherche de sondage pour le Sénégal [Internet]: rapports EDS pour 1992, 2005, 2010, 2012-2013 (continu), 2014 (continu), 2015 (continu). Rockville, MD: ICF [cité en 2017 le 6 avril]. Disponible à : http://dhsprogram.com/What-We-Do/survey-search.cfm?pgtype=main&SrvyTp=country&ctry_id=36.

