CTB

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

RAPPORT DES RESULTATS 2014

PROJET SEN1002511

PROJET D'APPUI A LA GOUVERNANCE SANITAIRE CENTRALE ET DANS LES REGIONS DE DIOURBEL, FATICK, KAFFRINE, KAOLACK ET THIES

ACRONYMES **5**

1 APERÇU DE L'INTERVENTION **6**

1.1 FICHE D'INTERVENTION 8

1.2 EXECUTION BUDGETAIRE 10

1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE 11

1.3.1 Pertinence 11

1.3.2 Efficacité 11

1.3.3 Efficience 11

1.3.4 Durabilité potentielle 12

1.4 CONCLUSIONS 13

2 MONITORING DES RESULTATS **14**

2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE 14

2.1.1 Contexte général 14

2.1.2 Contexte institutionnel 14

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution 15

2.1.4 Contexte HARMO 15

2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME 16

2.2.1 Progrès des indicateurs 17

2.2.2 Analyse des progrès réalisés 17

2.2.3 Impact potentiel 18

2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 19

2.3.1 Progrès des indicateurs 19

2.3.2 État d'avancement des principales activités 19

2.3.3 Analyse des progrès réalisés 20

2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2 23

2.4.1 Progrès des indicateurs 23

2.4.2 État d'avancement des principales activités 23

2.4.3 Analyse des progrès réalisés 24

2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3 26

2.5.1 Progrès des indicateurs 26

2.5.2 État d'avancement des principales activités 26

2.5.3 Analyse des progrès réalisés ... *27*
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4 ... 28
2.6.1 Progrès des indicateurs ... *28*
2.6.2 État d'avancement des principales activités ... *28*
2.6.3 Analyse des progrès réalisés ... *28*
2.7 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5 ... 30
2.7.1 Progrès des indicateurs ... *30*
2.7.2 État d'avancement des principales activités ... *30*
2.7.3 Analyse des progrès réalisés ... *31*
2.8 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6 ... 33
2.8.1 Progrès des indicateurs ... *33*
2.8.2 État d'avancement des principales activités ... *33*
2.8.3 Analyse des progrès réalisés ... *34*
2.9 THEMES TRANSVERSAUX ... 36
2.9.1 Genre ... *36*
2.9.2 Environnement ... *36*
2.9.3 Autre ... *36*
2.10 GESTION DES RISQUES ... 37
3 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE ... 39
3.1 REORIENTATIONS STRATEGIQUES ... 39
3.2 RECOMMANDATIONS ... 40
3.3 ENSEIGNEMENTS TIRES ... 40
4 ANNEXES ... 41
4.1 CRITERES DE QUALITE ... 41
4.2 DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI ... 46
4.3 CADRE LOGIQUE MIS A JOUR ... 48
4.4 APERÇU DES MOREREsULTS ... 63
4.5 RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » ... 64
4.6 RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION ... 67
5 ANNEXES ... 68
5.1 RECOMMANDATIONS DE L'EVALUATION A MI-PARCOURS ... 68

5.1.1 Pour la SMCL 68

5.1.2 Pour le projet 68

5.1.3 Pour la CTB Siège et réprésentation 70

5.1.4 Pour le MSAS 71

Acronymes

CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS
CDSMT	Cadre Stratégique de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CIS	Comité Interne de Suivi
CTB	Agence belge de développement
DGS	Direction Générale de la Santé
DPPD	Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DREAT	Direction de la Réforme et de l'Assistance Technique
DSISS	Division de l'Information Sanitaire et des Statistiques
IAAF	Inspecteur des Affaires Administratives et Financières
MCS	Mission Conjointe de Supervision
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
PAGOSAN	Projet d'Appui à la Gouvernance Sanitaire
PAODES	Projet d'Appui à l'Offre et la Demande des Soins
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaire Technique et Financier
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RAF	Responsable Administratif et Financier
RM	Régions Médicales
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS	Service National d'Information Sanitaire

1 Aperçu de l'intervention

Le Programme Indicatif de Coopération identifie pour la période 2010-2014 entre la Belgique et le Sénégal, la santé de base comme secteur de concentration. Les interventions de la coopération belgo-sénégalaise se concentrent dans les cinq régions de Kaolack, Fatick, Kaffrine, Diourbel et Thiès, dans un programme intégré qui couvre l'offre de soins couplée à la demande de soins et la gouvernance sanitaire pour un montant total de 21 millions d'euros, en appui au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018). Le PAGOSAN est la composante gouvernance de ce programme intégré et le PAODES la composante offre et demande de soins. Les deux programmes PAODES et PAGOSAN partagent le même objectif général : « **Améliorer la santé des populations rurales des Régions Médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès, par le renforcement durable du système de santé** ».

L'objectif spécifique du PAGOSAN est de « **contribuer à l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif sectoriel du PNDS 2009-2018** » et peut être traduit comme un appui institutionnel à l'ensemble de la pyramide sanitaire dans les domaines de gestion, planification et monitoring-évaluation du système de santé en termes de régulation et d'établissement de normes et standards ainsi que dans les domaines du renforcement de ses propres capacités. Le PAGOSAN dispose d'un budget de 5 millions d'euros au titre de la contribution belge et de 500 000 euros au titre de la contribution sénégalaise. Le projet a démarré officiellement le 1er août 2011, mais l'équipe du PAGOSAN n'est au complet que depuis le 15 janvier 2012. La fin du projet qui dure 48 mois est fixée au 31 juillet 2015.

L'organisation des élections présidentielles, dont le deuxième tour a eu lieu le 25 mars 2012, a débouché sur une alternance à la tête de l'Etat du Sénégal. Un nouveau gouvernement a été mis en place et Mme Awa Marie Coll Seck a été nommée à la tête du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). L'Action Sociale a donc réintégré le giron du Ministère de la Santé. Sur le plan administratif, même si l'organigramme du MSAS a été modifié avec la création de la Direction de la Planification, de la recherche et des Statistiques (DPRS) et de la Direction Générale de la Santé (DGS) allant dans le sens de la réforme telle qu'attendue dans la mise en œuvre du PAGOSAN, le décret portant organisation du Ministère n'a toujours pas été publié. En substance, la composition des différentes directions n'est toujours pas clarifiée.

Le PAGOSAN est logé au sein de la DPRS avec une équipe fort limitée à dessein, dans un objectif d'assurer un appui institutionnel reposant sur une mise en œuvre des activités et une atteinte des outputs reposant sur les services de l'État. Du point de vue de l'atteinte de ces outputs, le PAGOSAN a obtenu des résultats très différents selon les outputs. Les outputs du PAGOSAN peuvent être schématisés de la manière suivante :

Outputs du niveau central		
O1 : Appui à la réforme	O2 : Appui à la planification et au suivi évaluation	O3 : Appui aux processus gestionnaires

Outputs du niveau régional		
O4 : Appui à la réforme	O5 : Appui à la planification et au suivi évaluation	O6 : Appui aux processus gestionnaires

Les outputs 1 et 4 étant directement reliés à l'avancée de la réforme n'ont guère pu avancer, celle-ci n'étant toujours pas effective. Des progrès ont cependant été réalisés, allant dans le sens de la réforme.

Des avancées conséquentes peuvent être constatées sur **les outputs 2 et 5** directement liés au processus de planification – suivi – évaluation. Une véritable révision des modalités de suivi et de pilotage du PNDS a été entamée et s'est poursuivie tout au long de cette année. De plus, le Ministère de la Sante et de l'Action Sociale s'est engagé dans une réforme profonde de ses finances publiques et a adapté son cycle de planification sur le cycle budgétaire. Tout au long de l'année 2014, ce défi important a été relevé par les équipes du MSAS pour l'année 2015.

Des résultats mitigés sont observables pour les **outputs 3 et 6,** avec des outputs qui tardent notamment sur les activités relatives aux ressources humaines et au système d'information sanitaire.

Enfin, l'année 2014 a été également **l'année de clôture des accords d'exécution**. En effet, une partie des fonds des résultats 4, 5 et 6 devaient être exécutés via des accords d'exécution. Or, ceux-ci n'ont pas été utilisés et il a été constaté une faible utilisation de ces fonds, ce qui a incité à leur clôture.

Enfin, **la thématique genre** prend son envol avec une montée en puissance des activités réalisées par la conjonction de plusieurs facteurs : la création de la cellule genre au MSAS, la nomination d'un conseiller technique genre à la représentation de la CTB et une synergie et complémentarité entre les moyens de financement et les ressources techniques (Programme de renforcement des capacités, OIT, PAGOSAN...).

Le PAGOSAN entre dans sa quatrième et dernière année d'exécution et il reste de nombreux marchés qui seront engagés dans les six prochains mois mais qui ne pourront pas être finalisés dans le cadre du PAGOSAN. Il s'agit notamment des infrastructures et des équipements du niveau central et régional. Le retard pris dans la passation des marchés et la sélection des fournisseurs a dégradé la note du PAGOSAN en termes d'efficience pour l'année 2014. Des discussions doivent être menées avec toutes les parties pour envisager les modalités de reprise des activités par le PAODES et l'éventuelle prolongation de la Convention spécifique du PAGOSAN qui permettrait de disposer d'un cadre légal de poursuite des constructions.

1.1 Fiche d'intervention

Intitulé de l'intervention	PAGOSAN - Programme santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès Composante «appui à la gouvernance sanitaire centrale et des 5 régions médicales»
Code de l'intervention	SEN1002511
Localisation	Dakar et les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès (Sénégal)
Budget total	5 000 000 €
Institution partenaire	500 000 €
Date de début de la Convention spécifique	26/11/2010
Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture	01/08/2011
Date prévue de fin d'exécution	25/11/2015
Date de fin de la Convention spécifique	60 mois à partir du 26/11/2010 – soit le 26/11/2015
Groupes cibles	Directions centrales du MSAS et populations rurales des régions d'intervention
Impact	Améliorer la santé des populations rurales des Régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès par le renforcement durable du système de santé, qui est un des 4 objectifs sectoriels du PNDS 2009-2018
Outcome	Contribuer à l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif sectoriel du PNDS 2009-2018

Outputs	**Output 1**: Le cadre institutionnel et organisationnel du niveau central du MSAS est amélioré
	Output 2: Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés
	Output 3: La gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) au niveau central est améliorée
	Output 4: Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées est amélioré
	Output 5: Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau des cinq régions
	Output 6: La gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) au niveau central est améliorée
Année couverte par le rapport	2014

1.2 Exécution budgétaire

	Budget	Dépenses				Solde	Taux de débours. fin 2014
		Année 2011	Année 2012	Année 2013	Année 2014		
Total	**5 000 000,00**	**105 661,99**	**586 436,81**	**692 099,77**	**511 815,11**	**84 404,88**	**38%**
Output 1	1 278 500		18 645,85	54 107,44	41 535,61	1 164 211,10	9%
Output 2	185 000		10 992,68	31 156,20	58 446,24	84 404,88	54%
Output 3	68 500		20 745,57	811,03	738,31	46 205,09	33%
Output 4	570 000		37 791,65	59 456,52	42 230,41	430 521 41	24%
Output 5	1 146 500		184 950,31	205 472,95	35 574,86	720 501,89	37%
Output 6	323 000		14 514,06	54 450,66	32 852,48	221 182,80	32%
Réserve	24 075					24 705	0%
General Means	1 404 425	105 661,99	298 796,71	286 644,97	300 437,20	412 884,23	71%

A un an de la fin de la convention spécifique, le taux global de décaissement reste faible. Ceci s'explique par le fait que les décaissements liés aux infrastructures n'ont pas encore commencé (output 1 et 5) et que les accords d'exécution n'ont pas été une modalité qui a permis la réalisation d'activités au niveau régional (output 3, 4 et 5).

Concernant la contrepartie de l'état sénégalais sur le budget 2014 du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, sur un crédit réservé de 100 288 769 FCFA (152 889 euros), le montant payé s'élève à à 89 064 263 FCFA (135 778 euros) au 19/01/2015. De plus, le montant estimé de la contrepartie au titre de la participation au fonctionnement est de 24 880 euros. Au total, le montant de la contrepartie s'élève donc à 160 657 euros, sur 148 250 euros annuels, soit plus de 108% du montant attendu au titre de la contrepartie annuelle 2014.

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	**A**

Comme l'année précédente, le degré de pertinence du projet PAGOSAN reste inchangé : en effet, le projet est toujours clairement ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, il satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, et reste extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible (**note A**).

Cependant, la réforme (qui est une hypothèse forte de l'atteinte de l'outcome du PAGOSAN) n'est toujours pas effective et les arrêtés d'organisation du MSAS ne sont toujours pas disponibles depuis 2012. Ceci rend difficile voire impossible la réalisation de certaines activités indispensables à l'atteinte des outputs (**note B**).

Pour autant et globalement, la performance associée à la pertinence reste identique à celle de 2012 et 2013 avec un **A global**.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	**C**

La cadre logique du PAGOSAN avait retenu comme hypothèse forte l'application de la réforme. D'autre part, les outputs du projet relatifs aux ressources humaines comme à une partie de l'information sanitaire ne seront que partiellement atteints notamment en raison de la rétention des informations sanitaires de 2010 à mi-2013. Enfin, il y a eu peu d'activités en matière de ressources humaines. L'outcome ne sera atteint qu'avec des restrictions dans la mesure où ne il reste désormais qu'un an pour l'atteindre (**note C**).

Enfin, les activités et les outputs sont en très grande partie adaptés pour la réalisation de l'output (**note B**).

La note au titre de l'efficacité est donc un **C global**.

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	**C**

Les inputs financiers sont disponibles et les réaménagements budgétaires ont été réalisés (**note B**).

Concernant la mise en œuvre, il est à noter que le design du PAGOSAN en fait un projet totalement intégré aux services du MSAS et travaillant en étroite collaboration avec ceux-ci. Des retards sont donc constatés pour certaines activités car elles nécessitent une forte coordination et implication avec les différents services. Ces retards sont particulièrement notables pour les infrastructures (**note C**).

Concernant l'atteinte des outputs, comme indiqué au point 1 Aperçu de l'intervention, le niveau d'atteinte des outputs est différents d'un output à l'autre, mais la livraison des infrastructures n'est pas réalisable dans les délais de la convention spécifique du PAGOSAN qui se terminera en novembre 2015 (**note C**).

La note au titre de l'efficience est donc un **C global**.

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	**A**

Les bénéfices de l'intervention ont une très forte probabilité d'être préservés et de pouvoir être reproduits. le PAGOSAN étant totalement intégré au MSAS, il se positionne dans une démarche d'appui institutionnelle et dans le « faire-faire ». La durabilité est de ce fait assurée. Le projet apporte des moyens raisonnables à la mise en œuvre d'activités **(note A)** et ce principalement en terme d'appui à la réalisation d'activités.

Le niveau d'appropriation est très fort : la SMCL est fortement impliquée mais surtout le projet est totalement mis en œuvre par les services du MSAS **(note A**)

Enfin, l'intervention bénéficie d'un appui intégral de l'administration et est conforme à la politique **(note A**).

1.4 Conclusions

- Le PAGOSAN est un projet totalement intégré aux services du MSAS et appuie les activités du MSAS, notamment celles de la DPRS.
- La réforme du MSAS n'est toujours pas effective (voir point 2.1.2 Contexte institutionnel) et certaines activités ont du mal à décoller (notamment celles relatives à l'information sanitaire et à la gestion des ressources humaines).
- Les accords d'exécution n'ont pas été une modalité qui a été réellement utilisée par les régions médicales du fait de la politique de prise en charge de de la CTB qui s'est avérée non concurrentielle par rapport à celles des autres PTF et de l'existence d'autres modalités de financement plus souples et moins contraignantes.
- Cependant, il a été constaté de vraies avancées en matière d'amélioration de la planification et du suivi évaluation du MSAS, notamment avec une planification opérationnelle fixée sur le cycle des finances publiques et une amélioration des PTA en intégrant de manière affective la gestion axées sur les résultats.
- La durée du projet a été prolongée de 3 mois, soit jusqu'à la fin de la convention spécifique. Pour autant, le PAGOSAN n'arrivera malheureusement pas à assurer la livraison de toutes les infrastructures dans le temps imparti à sa convention spécifique. Une prolongation (i) de la convention spécifique et (ii) de la durée du projet doit de ce fait être envisagée en maintenant des moyens généraux réduits.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
Dr Amadou Djibril BA	Olivia VELLA
Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention Cellule d'Appui au Suivi du PNDS Projet d'Appui à la Gouvernance Sanitaire PAGOSAN	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention Cellule d'Appui au Suivi du PNDS Projet d'Appui à la Gouvernance Sanitaire PAGOSAN

2 Monitoring des résultats

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

Classé PMA depuis 2001, le Sénégal aspire à devenir un pays émergent d'ici 2035. La croissance a cependant du mal à véritablement décoller : elle avoisine les +3,5% en 2012, puis à +4% en 2013. Malgré cette amélioration, ces dernières estimations témoignent toujours de l'absence d'une véritable dynamique de croissance, insuffisante pour faire baisser la pauvreté. La Banque Mondiale prévoit cependant une reprise de la croissance (8% en 2017) avec la mise en œuvre du PSE (Plan Sénégal Emergent) et l'engagement des PTF qui se sont exprimés lors du Groupe Consultatif de Paris (février 2014). Il faut noter que la réussite du PSE dépend fortement du secteur privé et l'amélioration du climat des affaires s'avère primordiale[1].

L'année 2014 a été frappée par la crise « Ebola » qui a ébranlée toute l'Afrique de l'Ouest. Même si le Sénégal a maîtrisé la situation (1 seul cas déclaré et guéri), ceci a impacté fortement le tourisme sur lequel repose une partie de l'économie sénégalaise.

Le 29 juin 2014 ont eu lieu les élections municipales et départementales ont été marqué par une défiance des électeurs par rapport au pouvoir en place depuis les élections présidentielles de 2012. Le parti présidentiel a perdu toutes les grandes villes à fort potentiel électoral et les membres du gouvernement qui briguaient le suffrage ont été, dans leur grande majorité, battus. Un troisième remaniement ministériel (en moins de trois ans) a eu lieu le 6 juillet 2014, avec la nomination comme premier ministre de Mohamed Dionne.

2.1.2 Contexte institutionnel

Le contexte institutionnel au sein du Ministère de la Sante et de l'Action Sociale, comme en 2013, reste flou. A ce jour, les textes relatifs à la réforme ne sont toujours pas d'application. Bien évidemment, le décret pris après le dernier remaniement ministériel portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les ministères reste d'application, mais se pose alors la question des missions précises et la division du travail au sein des structures qui n'existaient pas précédemment (comme la DPRS).Dans ce cas, les nouvelles structures existent de fait mais leurs missions ne sont pas pour autant clairement définies : cette absence de textes ne permet pas à la réforme d'avancer. Ceci est également vrai au niveau intermédiaire : en effet, les régions médicales, qui sont appelées à devenir des

[1] Le Sénégal se place à la 178ème sur 189 pays au classement Doing Business 2014.

Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale, ne sont toujours pas mises en place avec des prérogatives définies. Le projet PAGOSAN n'a malheureusement donc pas pu réaliser une partie des outputs attendus en raison du retard pris.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Comme les années précédentes, le projet PAGOSAN a l'instar du programme santé belgo-sénégalais a souffert de la politique de prise en charge des per-diems et des indemnités journalières en vigueur pour la coopération Belgique – Sénégal[2].

Il faut noter que le Sénégal ne dispose toujours pas d'un texte statuant sur les modalités de prise en charge pour les activités financées sur l'aide extérieure. L'alignement s'avère de ce fait impossible. La coopération Belgique / Sénégal dispose donc de modalités spécifiques. Il est à noter que ces modalités sont en montant et en termes de rapportage bien plus contraignantes que celles des autres bailleurs intervenant sur les mêmes zones d'exécution (Intrahealth et Abt Associates sur financement USAID). Le financement du programme santé est perçu par l'ensemble des partenaires nationaux comme un financement moins intéressant qui reste peu mobilisé, en particulier au niveau régional. **En raison de cette modalité de prise en charge, le programme souffre depuis son démarrage d'un déficit de réputation important qui n'a pas permis une mise en œuvre à la hauteur de ce qui était espéré.** Pour autant, une note ramenant les indemnités à un taux comparable à celui des autres PTF a été signée le 05 décembre 2014. Le projet touchant à sa fin, il ne pourra malheureusement bénéficier des effets de la note que pendant l'année 2015.

Signalons enfin l'instabilité du personnel du PAODES, avec notamment en quelques mois, le départ de l'ATI coresponsable du volet demande puis de l'ATI coresponsable du volet offre (et coordonnateur du programme santé), la démission de l'ATN suivi évaluation, de l'ATN sociologue, de l'ATN médecin de santé publique volet offre. Ce turn-over important a impacté l'ensemble du projet de santé belgo-sénégalais.

2.1.4 Contexte HARMO

Les outputs du PAGOSAN sont parfaitement alignés sur les stratégies du MSAS et sur les procédures sénégalaises (hors indemnités journalières). Même si la note de décembre 2015 a permis de revaloriser les montants de ces indemnités, il est cependant à craindre que le programme santé ne souffre définitivement d'un déficit d'image et de réputation. Il est à noter que la formulation du PAGOSAN l'a doté d'un cadre logique propre, qui ne correspond pas aux programmes, aux composantes et aux sous-composantes du PNDS, ce qui rend obligatoire un suivi double : celui du cadre logique du PAGOSAN et celui du PNDS.

Le PAGOSAN travaille en étroite collaboration avec les autres PTF dans la mesure où la

---

[2] Voir Présentation et compte-rendu des SMCL, rapports trimestriels, rapports annuels 2012 et 2013... .

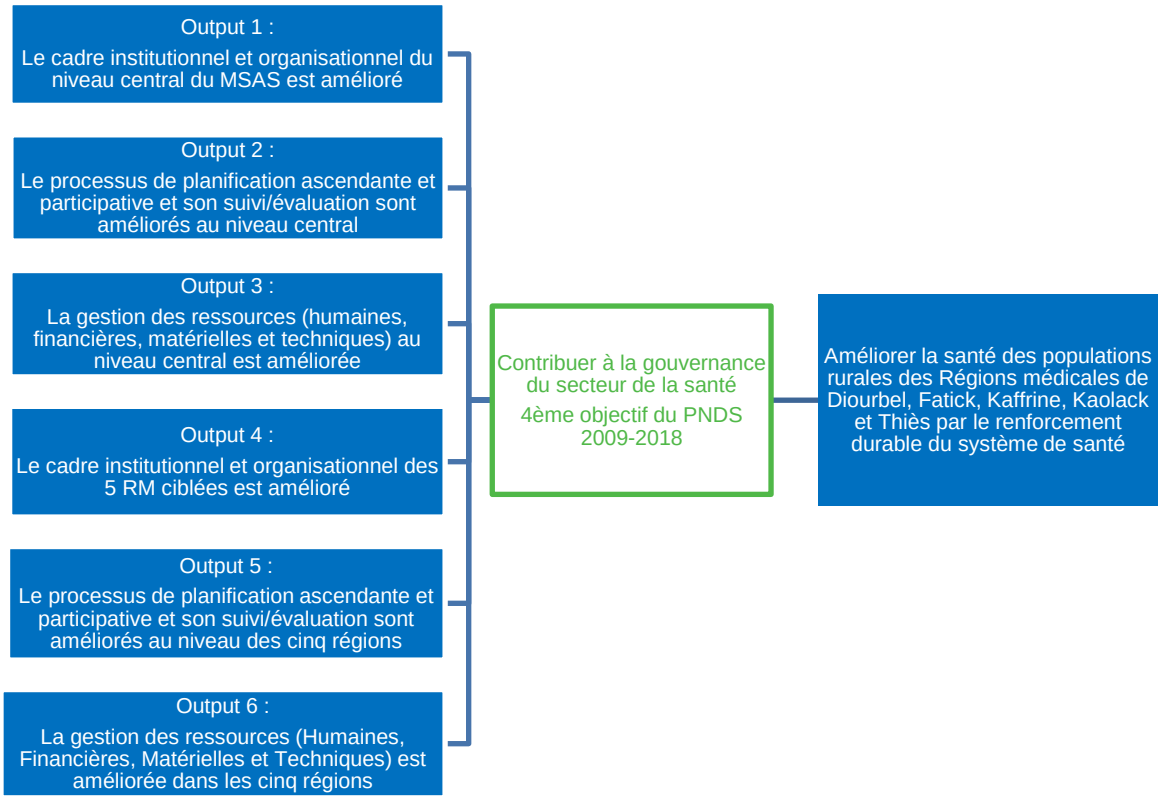
DPRS est l'interlocuteur des PTF (Lux Dev, UNICEF, OMS). A titre d'exemple, le projet Lux Dev (SEN 027) a démarré en septembre 2013 et son Assistant technique est logé dans les locaux de la DRPS. Enfin, le PAGOSAN est amené à participer à la réalisation d'activités financées par d'autres PTF.

2.2 Performance de l'outcome

Il est à noter que la baseline validée par la SMCL du mois de mars 2014 a modifié les outputs dans le sens d'une simplification de ceux-ci. **Ce sont désormais les outputs et les indicateurs de la Baseline qui sont utilisés et commentés.** La baseline ayant redéfini les indicateurs relatifs aux différents résultats, le nouveau cadre logique du projet est annexé (4.3 Cadre logique mis à jour).

Concernant le lien entre outcome et output, celui-ci est matérialisé dans le schéma ci-après. L'ensemble des outputs concourent bien à l'atteinte de l'outcome. En effet, les outputs concernent (i) l'appui à la réforme, (ii) l'appui à la planification et au suivi évaluation et (iii) l'appui à l'amélioration des processus gestionnaires qui sont les piliers d'une bonne gouvernance et ce, au niveau central comme régional.

Cette année et pour la première fois, il a été possible de mesurer la performance de l'outcome, grâce aux résultats des enquêtes de satisfaction (voir infra point 2.2.2).



2.2.1 Progrès des indicateurs

Outcome : Contribuer à la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif du PNDS 2009-2018					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2012**	**Valeur année 2013**	**Cible année 2014**	**Cible finale 2015**
Taux de satisfaction des bénéficiaires	**ND**	**ND**	**ND**	**91.6**	**Non définie**

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

La baseline et son processus de révision a permis de déterminer comme indicateur de l'outcome le taux de satisfaction des bénéficiaires. Cet indicateur est partagé avec le PAODES. Pour l'obtention de cet indicateur, un bureau d'études indépendant OMEDIA a été recruté. La satisfaction des bénéficiaires, qu'ils soient usagers (Panel « Grand public ») ou personnel des structures de soins (Panel « Professionnels ») a été mesurée selon différentes thématiques. La première phase d'enquêtes (la seconde phase aura lieu fin 2015) sont présentés dans le tableau suivant présente le bilan par thème sur la question de la satisfaction des soins de santé (source : Rapport OMEDIA, décembre 2014).

CIBLE	THEME	FAIT	CLASSIFICATION
GRAND PUBLIC GRAND PUBLIC	Accessibilité	93% des patients satisfaits des horaires d'ouverture et fermeture de la structure	Force ☺
	Hygiène et propreté	Les zones de consultations sont propres mais l'hygiène des toilettes représente le point faible commun	Faiblesse ☹
	Traitement	98,9% des patients satisfaits de leur état de santé après les soins	Force ☺
	Tarification	Plus de 65% des patients ont des difficultés à régler les frais d'accouchement ou les analyses	Faiblesse ☹
	Information & communication	12% des patients déplorent le manque d'information sur les tarifs et le VIH.	Faiblesse ☹
	Personnel soignant	L'ensemble des critères liés à l'image du personnel soignant sont excellents et notamment les patients ont une très grande confiance dans le personnel des structures de santé.	Force ☺
PROFESSIONNELS	Consultation et diagnostic	69,6% du personnel satisfait du matériel utilisé lors de la consultation	Faiblesse ☹

Les patients sont globalement satisfaits puisque 9 sondés sur 10 déclarent être satisfaits de l'offre de soins proposée par les districts couverts par l'appui du programme belgo-

sénégalais (91,6%). Le personnel (97,2%) et la consultation (96,7%) sont les thèmes qui bénéficient des taux de satisfaction les plus élevés. A contrario, la tarification (72,5%) et l'accessibilité de la structure (90,0%) bénéficient des scores les plus bas.

Les personnels soignants sont également satisfaits dans le même ordre de grandeur (91,2%). Le personnel soignant est par contre plus critique que les patients sur l'hygiène et la propreté avec 10 points de moins que les patients (84,8%).

Les activités prendront en compte ces différents points à renforcer, notamment pour le PAODES pour des deux prochaines années d'exercice, avec notamment un focus sur la qualité des soins avec l'arrivée d'un expert dédié, financé par le PAREE (Programme d'Appui à la Réalisation d'Etudes et d'Expertises).

2.2.3 Impact potentiel

Les indicateurs d'impact retenus pour l'intervention sont les mêmes que ceux du PAODES, et ce en cohérence avec la logique d'un programme à trois composantes. Il s'agit de :

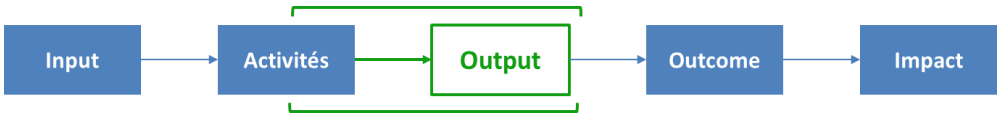
- Ratio de mortalité maternelle
- Taux de mortalité infanto-juvénile
- Espérance de vie à la naissance
- Taux global de mortalité hospitalière (les données pour ce dernier indicateur ne sont pas disponibles).

Même si cela semble moins évident que l'appui à l'offre de santé, la gouvernance sanitaire est un des éléments qui permet de pouvoir améliorer les indicateurs globaux. A ce titre, la logique de l'intervention reste valable.

Indicateurs (source : OMS / UNICEF)	**Valeur année 2008**	**Valeur année 2010**	**Valeur année 2011**	**Valeur année 2014**	**Cible OMD 2015**
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	**410**	**370**		**320**	**127**
Taux de mortalité infanto juvénile	**95‰**	**66.8‰**		**60‰**	**50‰**
Espérance de vie à la naissance	**59**		**61**	**64**	**N/A**

Globalement, les indicateurs d'impact en matière de santé s'améliorent, mais il semble peu probable que les valeurs cibles OMD soient atteintes à l'horizon 2015.

2.3 Performance de l'output 1



2.3.1 Progrès des indicateurs

Output 1 : Le cadre institutionnel et organisationnel du niveau central du MSAS est amélioré					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2012**	**Valeur année 2013**	**Valeur année 2014**	**Cible finale**
Proportion d'instances de coordination du PNDS au niveau central (MC Supervision, RAC, Comité Interne de Suivi) tenues	**100%** MCS : 1/1 RAC : 1/1 CIS : 3/3	**80%** MCS : 1/1 RAC : 1/1 CIS : 2/3	**50%** MCS : 0/1 RAC : 1/1 CIS : 1/2	**75%** MCS : 1/1 RAC : 1/1 CIS : 1/2	
Disponibilité et fonctionnalité d'organigrammes correspondant au décret d'organisation du MSAS	**NON**	**NON**	**NON**	**NON**	
Pourcentage de recommandations des rapports d'inspection réalisées	**0**	**0**	**0**	**0**[3]	
Disponibilité d'un document cadre sur le genre et santé au sein du MSAS	**NON**	**NON**	**NON**	**EN COURS**	

2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités [4]	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
Activité 1.1 : La réforme institutionnelle au niveau central est accompagnée dans sa mise en place, en complémentarité avec d'autres PTF's				
Activité 1.2 : Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle au niveau central en lien avec des unités régionales				
Activité 1.3 : Accompagner le renforcement de compétences au niveau central (stages, formations courtes durée, bourses, …)				

[3] A noter que cet indicateur (pourcentage de recommandations des rapports de l'inspection réalisées) n'est pas renseigné dans la mesure où les rapports sont confidentiels et transmis directement à Mme la Ministre.

[4] A Les activités sont en avance
B Les activités sont dans les délais
C Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises

État d'avancement des principales activités [4]	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité 1.4 : Organiser des ateliers / séminaires nationaux de capitalisation sur les expériences qui pourraient être 'meilleure pratique' au sein de l'ensemble du système de santé.				
Activité 1.5 : Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre' au sein du MSAS				

2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :	Ce premier outcome concerne en grande partie la mise en œuvre de la réforme au niveau central. **Réforme institutionnelle :** Comme indiqué plus haut, la réforme n'est toujours pas effective. Pourtant, la DPRS n'a pas attendu les textes et a rapidement procédé à la nomination des chefs de division. Les plans des nouveaux locaux du MSAS ont été validés, l'appel d'offres lancé et attribué fin décembre 2014. Ces nouveaux locaux sont destinés à accueillir les services renforcés par la réforme, notamment la DPRS et l'inspection qui a procédé à un recrutement de nouveaux inspecteurs et a entamé son plan d'action. Un nouvel Inspecteur Administratif et Financier a été nommé. **Accompagnement de la mémoire institutionnelle :** La mémoire institutionnelle, l'archivage, l'accès à une information transparente est le sous bassement de la bonne gouvernance. Le rez-de-chaussée des nouveaux locaux est dédié à cet effet et les formatons en documentation et archivage vont être organisées en 2015. Une étude sur la documentation a été initiée en 2014 pour préparer les besoins en archivage et documentation. **Renforcement des compétences au niveau central :** Suite à une identification conjointe des besoins, des formations ont été réalisées : formations en leadership au niveau central et régional, formation en informatiques.... ➔ 50 personnes formées en informatique au niveau régional ➔ 25 personnes formées en leadership du niveau central et régional **Ateliers de capitalisation :**

	Le déroulement d'un atelier annuel n'apparaît pas pertinent eu égard aux difficultés rencontrées par le projet. En lieu et place un atelier final de capitalisation sera organisé. **Composante « genre » :** Les activités relatives au genre ont véritablement décollé pendant cette année 2014. Cela est dû à la conjonction des éléments suivants : le recrutement d'un conseiller thématique genre à la CTB en avril 2014, la création de la cellule genre au sein du MSAS et la nomination de la coordinatrice de cette cellule et d'une conseillère technique chargée des questions de genre et des organisations de femmes. Cet environnement favorable a permis la mise en œuvre du plan d'action pour le genre initié suite à la mission de l'expert genre de la CTB à Bruxelles qui a bénéficié d'une bonne coordination entre les différentes institutions qui œuvrent en matière de genre (Programme de renforcement de capacité de la CTB, OIT ...) L'audit genre a démarré en décembre 2014 et les résultats devraient être connus à la fin du 1er trimestre 2015.
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :	**Influences positives :** • La DRPS a prouvé sa capacité à jouer son rôle et assumer sa mission (voir notamment résultats 2 et 5). • Le pourcentage de réunions des instances du PNDS s'est dégradé depuis les trois dernières années, **mais cela est un élément positif**. En effet, le nombre des instances a été réduit à dessein car un trop grand nombre d'instances était prévu dans le PNDS (4 CIS, 1 RAC, 1 MCS, soit 6 instances majeures sur une année, entrainant une mobilisation financière trop importante). Désormais, le nombre de CIS est réduit à 2 au lieu de 4 par an dans un souci d'efficacité et de rationalisation des ressources (voir également le point 2.6.3). • Le développement de la thématique genre a permis d'initier une approche plus participative et systémique que celle initialement prévue par le DTF. En effet, la mise en œuvre du plan d'action de la cellule genre vise à la réalisation d'un audit genre participatif qui vise à améliorer l'intégration du genre dans les politiques et programmes du ministère et à renforcer les capacités du personnel de la santé et de l'action sociale à prendre en compte la dimension genre dans l'offre de services. **Difficultés rencontrées** : • Bien évidemment, force est de constater que les délais ont été longs pour arriver à l'attribution du marché de construction mais il aura fallu quasiment huit mois pour recruter l'architecte et le bureau de contrôle, presque une année pour valider les plan de manière participative et

	consensuelle, et quasiment une année pour rédiger le DAO, lancer l'appels d'offre et attribuer en obtenant les différents avis de non-objection requis. Ces délais ne sont pas idéaux mais sont relativement normaux dans le cadre de la législation en vigueur en terme de marchés publics. Ceci doit être capitalisé au titre des leçons apprises. • La réforme n'est toujours pas effective et les activités relatives à la réforme ne peuvent être menées comme prévue.
Résultats inattendus :	

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 2 : Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau central					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2012**	**Valeur année 2013**	**Valeur année 2014**	**Cible finale**
Disponibilité d'un CDSMT annuel et d'un rapport de performance dans les délais prévus	**100%** CDSMT :1 RAP : 1	**100%** CDSMT :1 RAP : 1	**100%** CDSMT :1 RAP :1	**100%** DPPD :1 RAP :1	**100%** DPPD :1 RAP :1
Proportion de centres de responsabilités du niveau central qui effectuent le suivi de leurs PTA.	**Non mesuré**	**Non mesuré**	**Non mesuré**	**50%**	
Qualité des PTA des centres de responsabilités du niveau central	**Non mesuré**	**Non mesuré**	**En cours d'analyse**	**Assez bonne**	**Bonne**

2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
Activité 2.1 : Contribuer au développement d'outils liés à la planification intégrée ascendante et participative		■		
Activité 2.2 : Renforcer le sous-système de suivi/évaluation du PNDS et améliorer la fonctionnalité du SNIS		■		
Activité 2.3 : Créer et mettre en place un outil informatique (à actualiser) en matière de cartographie des interventions			■	
Activité 2.4 : Soutenir une ONG faîtière dans son rôle de facilitation et d'appui des ONG nationales impliquées dans le secteur de la santé		■		

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :	L'année 2014 a été marquée par de nettes avancées en matière de planification et de suivi-évaluation (résultats 2 et 5). **Outils de planification :** • Le MSAS a réussi à mettre en œuvre la réforme des finances publiques qui a été initiée dans l'espace UEMOA, notamment avec la réalisation du DPPD, Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses. L'année 2014 aura été l'année d'information et de formation sur le DPPD. • Le Logiciel ePTA (logiciel de saisie et suivi en ligne des PTA du MSAS) est opérationnel et le transfert de compétences à la cellule informatique du MSAS (www.pnds.gouv.sn) est finalisé. Cependant, l'outil est encore à améliorer car des bugs apparaissent au fur et à mesure de son utilisation. ➔ 61% des PTA des centres de responsabilités du niveau central sont disponibles (16/26). • Appui à la réalisation de la bibliothèque d'extrants (niveau central) **Sous-système suivi évaluation et la fonctionnalité de la DSISS :** • Renforcement de capacités : appui à la formation du Chef de division en suivi évaluation **Cartographie des interventions et l'harmonisation des interventions:** • Un atelier de suivi du COMPACT a permis de faire un point sur le niveau des engagements de l'Etat et de faire des plans d'actions pour l'atteinte des engagements. • En préalable à la cartographie, un travail important d'appui à l'élaboration de la carte sanitaire a été réalisé, en partenariat avec LUX DEV. **ONG faitière (RESSIP CONGAD) :** • Démarrage de l'appui à l'ONG RESSIP CONGAD (lancement officiel, réunion d'information à l'attention des membres, commande d'équipements...). ➔ Un plan d'action pour le RESSIP CONGAD est désormais disponible.
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :	**Influences positives** : • L'ensemble des services du MSAS ont fait un effort important d'adaptation au cycle de planification budgétaire. Le PTA qui était alors un outil de gestion est en passe de devenir un véritable outil d'aide à la décision. L'utilisation de la gestion axée sur les résultats pour la planification est observable dans une très grande majorité des PTA. **Difficultés rencontrées :** • la modification du calendrier de planification a perturbé de manière importante les agents responsables de la planification. La planification de l'année 2014 a été faite en janvier 2014 et celle de l'année 2015 devait être

	faite avant fin mai 2015. Ceci a entrainé un travail important aussi bien pour les responsables de la planification des différents services que pour la DPRS.
Résultats inattendus :	• la nomination des points focaux planification a été un élément positif pour le système. La DPRS dispose désormais d'interlocuteurs dans les différents services.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 3 : La gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) au niveau central est améliorée					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2012**	**Valeur année 2013**	**Valeur année 2014**	**Cible finale**
Proportion de centres de santé, et de postes de santé qui disposent d'effectifs respectant les normes de personnels à plus de 75%	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**	**> 75%**
Définition et application des critères de mobilité des agents	**Critères OUI**	**Critères OUI**	**Critères OUI**	**Critères OUI**	**Critères OUI**
	Applic : NON	**Applic : NON**	**Applic : NON**	**Applic : NON**	**Applic : OUI**
Application des critères d'allocation des ressources	**NON**	**NON**	**NON**	**NON**	**OUI**

2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des principales activités [5]	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
Activité 3.1 : Accompagner les réformes en cours pour disposer de ressources humaines locales de qualité, en vue de développer une meilleure gouvernance.				
Activité 3.2 : Actualiser les guides de gestion aux niveaux de la Région, des DS et de postes de santé				
Activité 3.3 : Accompagner le niveau central dans les réformes en cours pour une utilisation optimales des Ressources Financières et Matérielles				

[5] A Les activités sont en avance
B Les activités sont dans les délais
C Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :	**Activités à mener en lien avec les RH :** • La réforme pour la déconcentration des RH n'est pas effective. **Guides de gestion :** • Des guides de gestion existent déjà. De nouveaux guides ne sont nécessaires que si la réforme est mise en œuvre (activité commune PAODES / PAGOSAN). **Utilisation optimale des ressources :** • Des formations en matière de passation des marchés sont réalisées (activités communes aux niveaux central et régional - voir point 2.8.3). **Missions d'inspection :** • Des appuis réguliers sont faits à l'inspection qui est restructurée depuis le début de l'année, avec la nomination d'un nouvel IAAF et des missions d'inspection régulières.
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :	**Influences négatives:** • La non-effectivité de la réforme n'a pas permis la mise en œuvre des activités relatives aux ressources humaines.
Résultats inattendus :	

2.6 Performance de l'output 4

2.6.1 Progrès des indicateurs

Output 4 : Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées est amélioré					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2012**	**Valeur année 2013**	**Valeur année 2014**	**Cible finale**
Nombre de Régions Médicales disposant d'équipes cadres régionales répondant à 75% des normes	**4/5**	**4/5**	**3/5**	**3/5**	
Disponibilité et fonctionnalité d'organigrammes correspondant au décret d'organisation du MSAS au niveau régional	**NON**	**NON**	**NON**	**NON**	
Disponibilité d'une stratégie genre et santé au niveau régional	**0/5**	**0/5**	**0/5**	**En cours**	

2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des principales activités [6]	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
Activité 4.1 : Accompagner la réforme au niveau régional dans les 5 RM ciblées				
Activité 4.2 : Accompagner le renforcement de compétences au niveau des 5 RM ciblées (stages, formations de courte durée, bourses)				
Activité 4.3 : Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle dans les 5 RM ciblées, en lien avec l'unité centrale				
Activité 4.4 : Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre' au sein des 5 RM				

2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base	**Appui à la réforme :** • Le marché de réhabilitation des RM de Thiès et Diourbel attribué (travaux prévus pour le 1er trimestre 2015).

[6] A : Les activités sont en avance
B Les activités sont dans les délais
C Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

d'indicateurs) :	• Les plans pour la réhabilitation de Fatick et Kaolack sont en cours de finalisation. **Appui au renforcement des capacités :** • En complément de l'étude du PRC (Programme de renforcement des capacités), des formations ciblées ont été identifiées et réalisées : formation en informatique avancée (Word et Excel au profit des équipes cadres). • Les instances de coordinations du PNDS ont été réalisées (RAC, CIS, MCS ...), notamment la Mission Conjointe de Supervision qui n'avait pas été faite en 2013 • La Mission Conjointe de Supervision qui est une instance importante du PNDS a été réalisée en novembre 2014 dans la région de Kaffrine. **Mémoire institutionnelle :** • une étude est en cours pour évaluer les besoins pour la documentation. **Genre :** • La réalisation des activités au niveau régional ne correspond pas au calendrier des activités en cours de réalisation. L'audit genre doit précéder les activités régionales.
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :	**Difficultés rencontrées :** • Les accords d'exécution ont mis du temps à être validés. Finalement, ils n'ont été signés qu'en avril 2013 et les fonds débloqués en mai 2013. Cependant, les fonds sont peu exécutés dans les régions médicales en raison du montant des prises en charge qui sont inférieurs à ceux des autres PTF intervenant dans la zone. Ceci est valable pour les résultats 5 et 6 également. Finalement, il a été décidé de clôturer les accords d'exécution fin 2014 pour financer quelques activités sur la base de requêtes. • Les textes de la réforme n'étant pas édictés, il n'est pas possible à ce jour d'appuyer sa mise en œuvre au niveau régional : les attributions des Directions Régionales de la Santé ne sont toujours pas connues à ce jour. **Facteurs d'influence :** • La Mission Conjointe de Supervision a été l'occasion de pouvoir présenter les initiatives réalisées par le PAODES dans le centre de santé de Koungheul, avec notamment la tarification forfaitaire. L'expérience de l'UDAM a été fortement appréciée et il a été prévu de la présenter au CIS du mois de janvier 2015.
Résultats inattendus :	• Alors que les Accords d'exécution n'ont pas eu le succès escompté, il a été prévu pour le reste du projet de financer les activités éligibles sur base de requêtes. Il apparait que les RM sont bien plus habituées à ce type de procédures et font appel plus facilement au projet. Cela semble venir du fait que les RM préfèrent obtenir les validations a priori et des remboursements a posteriori des activités.

2.7 Performance de l'output 5

2.7.1 Progrès des indicateurs

Output 5 :Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau des cinq régions					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2012**	**Valeur année 2013**	**Valeur année 2014**	**Cible finale**
Qualité des PTA des centres de responsabilités du niveau régional	**Non mesuré**	**Non mesuré**	**En cours d'analyse**	**Bonne**	**Bonne**
Proportion de régions disposant d'un CDSMT régional					
Proportion d'instances de coordination du PNDS au niveau régional (Supervision régionale, RAC, Réunion de coordination) tenues	**85%**	**95%**	**84%**	**98%**	
Proportion de régions disposant d'un comité de coordination et de suivi des interventions fonctionnel	**1/5**	**3/5**	**3/5**	**4/5**	

2.7.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des principales activités [7]	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
Activité 5.1 : Appuyer et encadrer les différents niveaux du sous-système régional pour l'établissement des PDDS, des PRDS ainsi que les POCL, les PTA, les CDSMT, …		■		
Activité 5.2 : Renforcer le sous-système de suivi/évaluation des Plans des RM et des DS et améliorer la fonctionnalité du SNIS dans les 5 RM			■	
Activité 5.3 : Appuyer le fonctionnement du partenariat inclusif des tous les acteurs du secteur public, privé et de la société civile, y inclus les tradi-praticiens dans la planification et le suivi du système de santé dans les 5 RM				■
Activité 5.4 : Renforcer l'équipement en gestion, en réhabilitation d'infrastructures et logistique pour les 5 RM et logistique (un 4x4 par région)		■		

[7] A Les activités sont en avance
B Les activités sont dans les délais
C Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.7.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :	**Appui au système de planification, suivi, évaluation** • Poursuite de la formation en planification et ePTA • Appui à la supervision de l'ePTA • Appui à la révision du PSE (plan de suivi évaluation) • Appui à la réalisation de la bibliothèque d'extrants (niveau régional) • Appui à la réalisation des PTA des centres de responsabilités ➔ 100% des PTA des districts et des régions sont disponibles ➔ 37% des PTA des EPS 3 sont disponibles ➔ 46% des PTA des EPS 2 sont disponibles ➔ tous les PTA des RM et des districts pour 2015 ont tenu compte des programmes du DPPD et des extrants • Appui à la réalisation d'un guide de gestion des réunions niveau régions médicales et districts • Appui à la rédaction des TDR de l'évaluation à mi-parcours du PNDS • Appui à la formation des agents participants des régions d'intervention la récolte de l'information (DHIS2) en cours. ➔ 90 personnes déjà formées sur le logiciel DHIS2 **Appui en équipement / construction :** • Identification des besoins en équipement informatique et mobilier de bureau pour les 5 RM et passation des marchés (livraison prévue 1er trimestre 2015) • En préparation de la réforme instituant les Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale au lieu des Régions Médicales, un modèle-type de siège de Directions régionales de la Santé est en cours d'élaboration. Les études architecturales sont en cours de validation et prévoient l'ensemble des services qui seront à terme déconcentrés au niveau régional.
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :	**Influence positive :** Comme indiqué plus haut, le MSAS a travaillé sur l'amélioration de la qualité des PTA depuis 2013. Il est clair que le travail et les formations commencent à porter leurs fruits. les responsables de planification portant une véritable attention à la GAR et de ce fait à une planification basée sur une atteinte de l'output. L'activité n'est plus une fin en soi mais un moyen d'atteindre le résultat escompté. Les Régions Médicales ont toujours été très proactives en matière de planification, dans la mesure où un planificateur est dédié à chaque RM (sur financement Fonds Mondial). Mais il a été possible de constater que les centres de responsabilités du niveau central ont eux aussi pour la plupart amélioré leur PTA de manière significative. Cette amélioration

	significative de la qualité de la programmation qui a été initiée avec le niveau régional dans un premier temps, puis avec le niveau central impacte les indicateurs du résultat 2 (voir 2.4.1). Ceci permettra d'avoir d'ici 2017 un DPPP qui respecte véritablement l'approche du budget-programme et du financement par objectif. A ce stade, le DPPD régional n'apparait pas pertinent. Les réunions trimestrielles de coordination sont régulièrement de même que les activités de supervision. Au cours des réunions de coordination, les districts présentent le rapport global de zone et l'état d'avancement des PTA. Sur les 5 RM, quatre ont mis en place un cadre de concertation. Ces cadres de concertation ne se réunissent cependant pas trimestriellement comme prévu. Certains estiment que les questions relatives à la santé sont mieux traité lors des réunions du comité régional de développement.
Résultats inattendus :	

2.8 Performance de l'output 6

2.8.1 Progrès des indicateurs

Output 6 : La gestion des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) est améliorée dans les cinq régions					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2012**	**Valeur année 2013**	**Valeur année 2014**	**Cible finale**
Pourcentage des dépenses des régions médicales validées par les audits de la CTB	**NA**	**En cours**	**En cours**	**83%**	**N/A**[8]
Taux d'exécution du plan de maintenance régional	**ND**	**ND**	**1/5 plan**	**1/5 plan**	**5/5**
Proportion de régions médicales disposant d'un plan de gestion des ressources humaines au niveau régional	**0/5**	**0/5**	**0/5**	**0/5**	

2.8.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des principales activités [9]	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
Activité 6.1 : Appuyer l'unité régionale de gestion des RH, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme				
Activité 6.2 : Mettre en place dans les 5 RM ciblées les mécanismes de gestion des ressources financières en cohérence avec les défis en matière de planification				
Activité 6.3 : Appuyer la politique d'équipement et de maintenance dans les 5 RM ciblées en vue d'obtenir et de maintenir les plateaux techniques durables				
Activité 6.4 : Contribuer à asseoir des ressources techniques propres à améliorer la prise de décision				

[8] Il n'y aura plus de dépenses sur la base des accords d'exécution en 2014.

[9] A Les activités sont en avance
B Les activités sont dans les délais
C Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.8.3 Analyse des progrès réalisés

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :	**Unité de gestion régionale des RH** • Cette unité est inexistante (réforme non effective). **Gestion des ressources financières** • L'audit réalisé en octobre 2013 par un cabinet externe a fait apparaitre des irrégularités dans les fonds dédiés aux Régions Médicales sur la base des Accords d'exécution (à hauteur de 16% des fonds versés). Le projet a pris des mesures correctrices en organisant régulièrement des missions d'appui. Les décisions suivantes ont été prises : ➔ Les responsables des RM ont indiqué qu'ils souhaitaient que le projet gère directement les Appels d'offres en équipement et formations, ➔ Des missions de supervisions des accords d'exécution ont été régulièrement réalisées tout au long de l'année 2014, ➔ Il a été convenu que les fonds seront remboursés sous la forme de mise en œuvre d'activités relatives à la gouvernance. • A l'usage il est cependant apparu que les RM n'ont plus utilisé les AE et ceux-ci ont été clôturés fin novembre 2014 pour être remplacés par des requêtes de financement. • Deux formations en passation de marchés ont été organisées en avril et août 2014. ➔ 40 personnes formées en passation des marchés • Le projet a appuyé la réalisation, de la revue des dépenses publiques qui sera présentée au CIS de janvier 2015. **Maintenance** • Des missions de la DIEM sur la thématique de la maintenance ont été appuyées par le projet. • L'arrivée d'un expert sur le PAREE début 2015 va permettre de creuser la thématique et de mettre en place des améliorations systémiques. **Appui à la recherche opérationnelle** • Des initiatives croisées sont réalisées sur cette thématique en coordination avec le PAODES. Tout d'abord, l'ULB poursuit ses formations en recherche opérationnelle au niveau central, régions médicales et districts, le programme santé (PAODES et PAGOSAN) va bénéficier d'un appui scientifique (marché en cours de passation) et enfin la Division de la recherche entreprend un travail de recensement des activités de recherche opérationnelle (notamment celles financées par les différents projets belges) dans un but de recensement et conservation pour l'Observatoire National de la Recherche qui est en gestion. • Le PAGOSAN a également appuyé la révision du guide du chercheur.
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou	**Difficultés rencontrés :** • Il n'existe pas d'unités déconcentrées de gestion des RH ou de maintenance.

négative) :	**Influences négatives:** • Pour les résultats 4 à 6, les modalités de prise en charge sont jugées insuffisantes par les acteurs du terrain qui ne mettent pas en œuvre les activités au niveau régional (voir rapport annuel 2012 et 2013). • Le système de financement sur la base d'accords d'exécution n'a pas rencontré un réel succès auprès des RM. Il semble que celles-ci lui préfère le système de requêtes vérifiées a priori et remboursées sur pièces, système qu'elles maîtrisent mieux. **Influences positives:** • La thématique de la recherche a bénéficié d'une excellente complémentarité entre les différents projets et instruments financiers de la coopération belge au développement. • Le démarrage effectif du PRC (Programme de Renforcement de Capacités) a permis de traiter la thématique des RH sous la forme d'identification d'un plan de formation au niveau central et régional. Le PAGOSAN et le PAODES ont travaillé en concertation avec le PRC pour la finalisation du plan.
Résultats inattendus :	

2.9 Thèmes transversaux

2.9.1 Genre

Le caractère transversal de la dimension genre dans les interventions de la coopération et dans le domaine de la santé répond à sa stratégie pour l'égalité des genres. La prise en compte du genre dans le cadre du projet a posé de réels problèmes tout au long des deux premières années d'exécution.

Après deux appels d'offres infructueux pour recruter un expert en charge de la stratégie en matière de genre, il a finalement été nommé au sein du MSAS une coordinatrice de la cellule genre. Le projet a pu également bénéficier de l'appui de l'expert genre de la CTB au mois de septembre 2013. A l'issue de cette mission, la coordinatrice a pu finalement partir en formation sur le Genre à Turin (financement PAODES) et un plan d'action a été réalisé pour les années 2014 et 2015. C'est ce plan qui est en train d'être mis en œuvre pour l'intégration de la problématique du genre. Ce plan d'action permettra la réalisation d'un plan d'institutionnalisation du genre

Le caractère participatif et itératif de la démarche adoptée a permis de fédérer autour du MSAS l'ensemble des parties prenantes du processus notamment, le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance (Mécanisme National Genre) chargé de la coordination de la mise en œuvre de la stratégie nationale genre. Par conséquent, la réalisation d'un audit participatif genre permettra d'apprécier /évaluer les inégalités de genre dans l'accès des groupes vulnérables aux services de prise en charge, de mettre en œuvre et de faire le suivi des mesures correctrices pour améliorer l'accès des hommes et des femmes aux services de prise en charge.

2.9.2 Environnement

La dimension environnement bénéficie d'une attention particulière sur le volet infrastructures, notamment avec la construction de la RM de Kaffrine. Des instructions ont été données aux architectes concepteurs, allant dans le sens d'avoir des bâtiments bien éclairés par la lumière naturelle du soleil, et ayant une bonne isolation thermique, pour minimiser l'usage de l'Électricité.

Aussi lors des travaux, des dispositions seront prises pour que les entrepreneurs respectifs intègrent la dimension environnementale dans la gestion quotidienne des chantiers.

2.9.3 Autre

RAS

2.10 Gestion des risques

Identification des risques			Analyse du risque[10]			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Avancement	Statut
Les bénéficiaires ne mettent pas en œuvre les activités du PAGOSAN malgré la note relative aux per diem (3 500 FCFA)	1er trimestre 2013	OPS	High	High	Very High Risk	Une note pour le passage à 5 000 FCFA est en cours (régional).	REP	oct-14	Note correctrice depuis décembre 2014. Effet à évaluer	En cours
Les activités au niveau régional ne sont pas exécutées via les AE	3ème trimestre 2014	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Les AE vont être clos et des activités vont être financées sur base d'une liste validée	PAGOSAN	nov-14	Clôture annoncée et faite fin 11/2015	Terminé
						Les équipements et les infrastructures sont gérés directement par le projet	PAGOSAN	nov-14	En cours	Terminé
Les textes relatifs à la réforme ne sont pas publiés	1er trimestre 2013	OPS	High	High	Very High Risk	Indépendant du projet	MSAS / GdS			En cours
Les résultats attendus en matière de RH ne sont pas atteints	1er trimestre 2013	OPS	High	High	Very High Risk	Inviter la DRH à la planification 2014	PAGOSAN	déc-13	Fait	Terminé
						Intégrer les activités éligibles dans le PTA de la DRH	DRH	janv-14	Les activités de la DRH sont très limitées	
						Financer les activités éligibles du PTA de la DRH 2014	PAGOSAN	déc-14	Pas de requête à ce jour / arrêt des activités	

[10] Medium : Moyen / High : Haut / Very High : Très Haut

Identification des risques			Analyse du risque[10]			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Avancement	Statut
						Intervention auprès de la Ministre	CTB/DGD	nov-14	Projet qui se termine	
Il restera un reliquat important à la fin du projet en raison des activités non financées par le PAGOSAN	4ème trimestre 2014	FIN	Medium	High	High Risk	Voir ci-dessous	PAGOSAN	janv-15	Note faite pour la reprise du PAGOSAN	En cours
Les activités de construction ne seront pas finalisées avant la fin du projet	4ème trimestre 2014	OPS	High	High	Very High Risk	A proposer en SMCL : Utiliser des fonds du PAGOSAN pour assurer le suivi par un architecte (SLA PAREE et/ou recruter un ATN Ingénieur Génie Civil et/ou transfert d'une partie des fonds au PAODES,... Prévoir les modalités de reprise des activités restantes au PAODES	PAGOSAN	janv-15	Note faite pour la reprise du PAGOSAN pour demander une prolongation de la CS pour faciliter la reprise par le PAODES	En cours
Les R4 et R6 ne seront pas totalement atteints	4ème trimestre 2014	OPS	High	Medium	High Risk	Prévoir les modalités de reprise des activités restantes au PAODES	PAGOSAN	mars-15	Réaliser l'Evaluation Finale en février/mars 2015 et déterminer les activités récupérables par le PAODES	En cours

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

Pour finaliser les infrastructures et équipements, des marchés sont en cours de passation. L'appui de l'expert PAREE et le l'ATN génie civil du PAODES va permettre de diligenter ces dossiers.

Le tableau ci-dessous présente les marchés en cours et à venir.

Intitulé du marché	Montant en euros	Montant en CFA	Date lancement	Date attribution
Construction des locaux du MSAS	576 857 €	378 393 439	15/07/2014	Attribution publiée
Réhabilitation RM de Thiès et Diourbel	66 640 €	43 712 821	30/09/2014	Attribution publiée
Matériel et mobilier pour le MSAS (Lot 1 : Matériel informatique, Lot 2 : Mobilier de bureau, Lot 3 : Equipement du Centre de documentation, Lot 4 : Equipement RM Kaffrine)	200 000 €	132 millions	01/04/2015	15/11/2015
Ascenseur	46 000 €	30 millions	01/02/2015	30/06/2015
Groupe et climatisation	50 000 €	33 millions	15/02/14	30/06/2015
Réhabilitation RM de Fatick et Kaolack	76 000 €	50 millions	01/03/2015	31/08/2015
Construction RM Kaffrine	375 000 €	246 millions	01/03/2015	15/11/2015

Une prolongation sans incidence financière de la convention spécifique du PAGOSAN semble la solution la plus pratique et la plus pertinente pour finaliser ces activités. La responsabilité pourrait être transféré au PAODES avec un personnel léger qui absorberait la surcharge de travail (RAF / Ingénieur Civil). Les avantages de la prolongation sont multiples :

- Le projet continue en gardant les modalités de cogestion (à définir) au niveau du MSAS.
- Les deux projets sont sur des périodes identiques et permettent de dérouler les trois volets dans un souci d'harmonisation
- Le PAGOSAN peut engager des avenants en cas de besoin

- Le cas échéant, quelques activités phares et identifiées clairement peuvent être prolongées sur la thématique gouvernance (maintenance et instances de coordination du PNDS)
- Du personnel peut être affecté au projet.

3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
Prolonger la CS du PAGOSAN jusqu'au 31/12/2016 pour faciliter la reprise par le PAODES	CTB / DGD	01/03/2015
Maintenir une équipe légère en adéquation avec les besoins du PAGOSAN (1 RAF / 1 ATN ingénieur civil supplémentaire a minima) pour absorber la charge de travail transférée (coût estimé : < 3% des montants à décaisser)	CTB	01/03/2015

3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
L'harmonisation entre PTF et surtout une politique d'indemnisations émanant du pays partenaire sont des conditions indispensables à la réussite des projets / programmes.	PTF Pays partenaire (MEF et Ministères techniques)
Une période d'exécution de 4 ans pour un projet comprenant des réhabilitations / constructions est trop court. Un idéal de 5 ans serait à prévoir.	CTB
Les accords d'exécution ne sont pas une modalité appréciée par les bénéficiaires. Le système de requête est préféré.	CTB
Les projets d'appui institutionnel ont une capacité de décaissement faible : Le projet PAGOSAN dispose d'une capacité de décaissement moyenne de 35 000 euros par mois.	DGD / CTB

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.				
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D				
Évaluation de la PERTINENCE : note totale	**A**	**B**	**C**	**D**
	X			

1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?		
X	**A**	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?		
	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
X	**B**	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.				
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	**A**	**B**	**C**	**D**
			X	

2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?		
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
X	**B**	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?		
	A	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
	B	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
X	**C**	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	D	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?		
	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
	B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
X	**C**	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année 2014				
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D				
Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale	**A**	**B**	**C**	**D**
			X	

3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?		
	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimes restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
X	**C**	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
	D	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.
3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?		
	A	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
X	**B**	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
	C	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
	D	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).				
Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D				
Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	**A**	**B**	**C**	**D**
	X			

4.1 Durabilité financière/économique ?		
X	**A**	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.
4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?		
X	**A**	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
	C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
	D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?		
X	**A**	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
	B	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
	C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des

		changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.
4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?		
X	**A**	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
	B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
	C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
	D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

le PAGOSAN et le PAODES partagent la même SMCL. Seules les lignes en jaune concernent le PAGOSAN.

Décision à prendre					Action			Suivi	
Décision à prendre	**Période d'identification**	**Timing**	**Source**	**Acteur**	**Action(s)**	**Resp.**	**Date limite**	**Avancement**	**Statut**
L'étude de coût doit être réalisée. A cet effet, des TDR seront rédigés de façon consensuelle entre les différentes parties prenantes.	oct-13		SMCL	CACMU PAODES	Appuyer l'élaboration des TDR Financer l'étude	CACMU	Le plus rapidement possible	En cours de discussion	ONGOING
Les Centres Régionaux de formation en Santé de Kaolack et de Thiès seront également considérés pour l'appui en équipement.	oct-13		SMCL	PAODES	Appuyer le financement des CRFS	PAODES	Le plus rapidement possible	Les ordinateurs ont été achetés et distribués	CLOSED
Une convention entre le MSAS et l'Université pour la réalisation des supervisions pour les années 2014 et 2015 doit être signée et des ressources doivent être mobilisées à cet effet.	oct-13		SMCL	DAGE	Signer la convention Financer les missions de supervisions	DAGE	Le plus rapidement possible	Les fonds ont été dédiés par la DAGE à la DGS pour le réalisation de l'activité	ONGOING
La SMCL valide les rapports annuels 2013	avr-14		SMCL	Membres de la SMCL		SMCL			CLOSED
La SMCL valide les propositions de reformulation des résultats du PAODES volet demande	Juin-14		SMCL	Membres de la SMCL	Modifier l'organigramme pour insérer une cellule commune du PAODES Lancer le recrutement du personnel d'appui	SMCL		En cours	CLOSED
La SMCL valide les propositions de réaménagements budgétaires du PAGOSAN	Juin-14		SMCL	Membres de la SMCL		PAGOSAN			CLOSED
La SMCL valide les propositions de réaménagement budgétaires du PAODES	Juin-14		SMCL	Membres de la SMCL		PAODES			CLOSED

Décision à prendre					Action			Suivi	
Décision à prendre	**Période d'identification**	**Timing**	**Source**	**Acteur**	**Action(s)**	**Resp.**	**Date limite**	**Avancement**	**Statut**
La SMCL émet un avis favorable sur la proposition de prolongation de la durée d'exécution des projets: au 25/11/2015 pour le PAGOSAN et au 31/12/2016 pour le PAODES c'est-à-dire dans le délai de la CS	juin-14		SMCL	Membres de la SMCL		PAODES PAGOSAN			CLOSED
Les dépenses passées suite à un marché en régime de la régie peuvent être payées en cogestion en l'occurrence :IPM, assurances et avis juridiques	juin-14		SMCL	Membres de la SMCL		PAODES PAGOSAN			CLOSED
La SMCL valide les principes de la réorganisation de la cellule administrative et financière du programme santé	juin-14		SMCL	Membres de la SMCL	Proposer un nouvel organigramme à la SMCL	PAODES PAGOSAN	immédiat		ONGOING
Associer la DAGE aux discussions concernant le financement des activités de chirurgie	juin-14		SMCL	Membres de la SMCL		DGS	Le plus rapidement possible		OPEN
Diligenter le processus de re-planification des activités de PAODES	juin-14		SMCL	Membres de la SMCL	Programmé pour mi octobre	PAODES	Le plus rapidement possible	L'atelier s'est tenu les 14 et 15 octobre 2014	CLOSED
Rédiger le DTF additionnel pour assurer la mobilisation des fonds du PAMAS	juin-14		SMCL	Membres de la SMCL	Une nouvelle proposition a été élaborée.	PAODES CTB HQ	Le plus rapidement possible	Une nouvelle proposition devrait être présentée	ONGOING

4.3 Cadre logique mis à jour

Objectif global **Améliorer la santé des populations rurale des Régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès par le renforcement durable du système de santé**	- Ratio de mortalité maternelle - Taux de mortalité infanto- juvénile - Espérance de vie à la naissance - Taux global de mortalité hospitalière
Objectif spécifique **Contribuer à la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif du PNDS 2009-2018**	- Taux de satisfaction des bénéficiaires

Résultat 1 **Le cadre institutionnel et organisationnel du niveau central du MSAS est amélioré**		
	Sous-activités	**IOV**
A 1.1 La réforme institutionnelle au niveau central est accompagnée dans sa mise en place, en complémentarité avec d'autres PTF's	**S/act 1.1.1 :** Etablir et valider une **Stratégie Nationale de Renforcement du Système de Santé (SNRSS)** **S/act 1.1.2:** Accompagner le renforcement des mécanismes de coordination fonctionnelle en interne au niveau central ainsi que la mise en place des nouvelles structures qui vont être adoptées dans le cadre du DREAT, en particulier celles de : • la future unité responsable de la planification et du suivi des plans déclinant le PNDS 2009-2018 • la gestion des RH • la coordination nationale des RM, en concertation avec le cabinet du MSP • la cellule de l'inspection générale **S/act 1.1.3 :** Renforcer le cadre de partenariat avec les PTF's alignés sur la SNRSS ainsi que le dialogue sectoriel. **S/act 1.1.4**: Assurer des bureaux adéquats de travail pour le CAS/PNDS, le service d'inspection et le Centre National de Documentation (archives de la mémoire institutionnelle : voir ci-dessous), leurs équipements et logistique (véhicules).	- Proportion d'instances de coordination du PNDS au niveau central (MC Supervision, RAC, Comité Interne de Suivi) tenues - Disponibilité et fonctionnalité d'organigrammes correspondant au décret d'organisation du MSAS - Pourcentage de recommandations des rapports d'inspection réalisées - Disponibilité d'un document cadre sur le genre et santé au sein du MSAS

Résultat 1 **Le cadre institutionnel et organisationnel du niveau central du MSAS est amélioré**		
	Sous-activités	**IOV**
A 1.2 Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle au niveau central en lien avec des unités régionales	**S/act 1.2.1 :** Créer un Centre National de Documentation au sein du MSP, en recourant à une expertise nationale ponctuelle couvrant les niveaux central et régional et sur la base d'une étude menée par le Secrétariat Général en 2007. **S/act 1.2.2 :** Définir les outils d'archivage physique et électronique et de diffusion et les mettre en place. **S/act 1.2.3 :** Editer un bulletin national et semestriel d'information sur les actions menées au sein du MSP par tous les acteurs et bénéficiaires et sur les «Meilleures Pratiques» identifiées et rédigées.	
A 1.3 Accompagner le renforcement de compétences au niveau central (stages, formations courtes durée, bourses, …)	**S/act 1.3.1 :** Identification des besoins en formations en vue d'établir et valider un plan annuel de formations continues **S/act 1.3.2** : Organiser des formations ponctuelles qui ne seraient pas incluses dans le dossier 'Bourses' de la coopération belgo-sénégalaise en gageant sur l'engagement des formés pour une période à déterminer.	

Résultat 1 **Le cadre institutionnel et organisationnel du niveau central du MSAS est amélioré**		
	Sous-activités	**IOV**
A 1.4 Organiser des ateliers/séminaires nationaux de capitalisation (une par an et d'une durée de trois jours) sur les expériences qui pourraient être 'meilleure pratique' au sein de l'ensemble du système de santé	Organiser des ateliers/séminaires nationaux de capitalisation (une par an et d'une durée de trois jours) sur les expériences qui pourraient être 'meilleure pratique' au sein de l'ensemble du système de santé	

Résultat 1 **Le cadre institutionnel et organisationnel du niveau central du MSAS est amélioré**		
	Sous-activités	**IOV**
A 1.5 Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre' au sein du MSAS	**S/act 1.5.1 :** Organiser des ateliers de formation au niveau central sur 'genre et santé' (concepts, théories et méthodes d'une approche genre, genre, étude de base, base de données, genre et planification, monitoring et évaluation, …) **S/act 1.5.2 :** Organiser des ateliers de la formulation d'une conception partagée sur le genre et l'adoption d'une démarche d'opérationnalisation (en recourant entre autre à l'utilisation d'un logiciel ad hoc) **S/act 1.5.3 :** Organiser des ateliers de réflexion au niveau central sur la qualité, la quantité du personnel, le genre, la couverture, les implications socioculturelles, les solutions proposées, … **S/act 1.4.4 :** mener des recherches sur le sujet 'Genre'. Pour mémoire : un octroi de bourses sur «genre et santé» (de 10 à 12 mois) à un jeune médecin, doctorant en sociologie, conformément à la stratégie actuelle de la coopération belgo-sénégalaise.	

Résultat 2 **Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau central**		
	Sous-activités	**IOV**
A 2.1 Contribuer au développement d'outils liés à la planification intégrée, ascendante et participative	**S/act 2.1.1 :** Revoir les guides nationaux de planification pour tous les niveaux y inclus les outils d'évaluation en matière de gouvernance. **S/act 2.1.2 :** Etablir une stratégie de recyclage des responsables impliqués dans les processus de planification pour tous les acteurs au niveau national et organiser les formations prescrites **S/act 2.1.3 :** Contribuer à l'établissement des plans de réalisation et de réhabilitation de la Carte Sanitaire.	- Disponibilité d'un CDSMT annuel et d'un rapport de performance dans les délais prévus - Proportion de centres de responsabilités du niveau central qui effectuent le suivi de leurs PTA. - Qualité des PTA des centres de responsabilités du niveau central
A 2.2 Renforcer le sous-système de suivi/évaluation du PNDS et améliorer la fonctionnalité du SNIS	**S/act 2.2.1 :** Renforcer les mécanismes de rétro-information par la création d'un bulletin semestriel **S/act 2.2.2 :** Renforcer les mécanismes de supervision et le suivi de la qualité et fiabilité des données, en recourant par exemple à des enquêtes de satisfaction ciblées **S/act 2.2.3 :** Créer un lien formel entre le SNIS et l'organe de la planification du PNDS	
A 2.3 Créer et mettre en place un outil informatique (à actualiser) en matière de cartographie des interventions	**S/act 2.3.1:** Recourir à une expertise nationale ponctuelle et identifier un logiciel (GSIS) **S/act 2.3.2:** Former les responsables des RM en actualisation des cartes régionales d'interventions.	

Résultat 2 **Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau central**		
	Sous-activités	**IOV**
A 2.4 Soutenir une ONG faîtière, dont l'identité est à confirmer, dans son rôle de facilitation et d'appui des ONG nationales impliquées dans le secteur de la santé	**S/act 2.4.1 :** Appuyer cette ONG faîtière à actualiser sa base de données **S/act 2.4.2 :** Appuyer l'actualisation du guide national de partenariat public/privé/Société Civile **S/act 2.4.3 :** Renforcer les capacités de responsables en vue de créer une dynamique de leur professionnalisation optimale en recourant régulièrement à des expertises.	

Résultat 3 **La gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) au niveau central est améliorée**		
	Sous-activités	**IOV**
A 3.1 Accompagner les réformes en cours pour disposer de ressources humaines locales de qualité, en vue de développer une meilleure gouvernance	**S/act 3.1.1 :** Appuyer la déconcentration de la gestion du personnel de la DRH vers le niveau régional **S/act 3.1.2 :** Effectuer une revue des curricula de formation base et continue avec l'appui de l'ISED **S/act 3.1.3 :** Elaborer et diffuser un manuel de procédures en matière de RH (Plan de carrière, critères d'affectation, de nomination, de motivation et d'évaluation du personnel dans les RM).	- Proportion de centres de santé, et de postes de santé qui disposent d'effectifs respectant les normes de personnels à plus de 75% - Définition et application des critères de mobilité des agents - Application des critères d'allocation

Résultat 3 **La gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) au niveau central est améliorée**		
	Sous-activités	**IOV**
A 3.2 Actualiser les guides de gestion aux niveaux des RM, des DS et des postes de santé et les évaluer	**S/act 3.2.1 :** Actualiser les guides disponibles actuellement à chacun des niveaux en fonction de la performance en management de chacun des niveaux (voir SNRSS) dans le sens de l'allègement des procédures **S/act 3.2.3 :** Diffuser ces guides et développer une stratégie de formation de responsables pour l'ensemble du pays et applicable dans les 5 RM ciblées de la présente intervention **S/act 3.2.4 :** Evaluer la performance de ces guides sur le terrain dans les 5 RM ciblées et au niveau national (dans 3 ou 4 autres RM).	des ressources
A 3.3 Accompagner le niveau central dans les réformes en cours pour une utilisation optimales des Ressources Financières et Matérielles	**S/act 3.3.1** : Etablir, avec le DEM, une base de données du matériel disponible dans les 5 RM ciblées **S/act 3.3.2**: Organiser, en collaboration avec le CAFSP, un atelier annuel avec toutes les RM du pays sur l'élaboration et l'utilisation du CDSMT et développer un mécanisme de contrôle et de suivi en matière d'allocation des ressources financières **S/act 3.3.3**: Contribuer, en collaboration avec la CAFSP, à l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé en recourant à une expertise ponctuelle. **S/act 3.3.4**: Contribuer au fonctionnement des visites de contrôle par le service d'inspection.	

Résultat 4 **Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées est amélioré**		
	Sous-activités	**IOV**
A 4.1 Accompagner la réforme au niveau régional dans les 5 RM ciblées	**S/act 4.1.1 :** Accompagner la mise en place des 5 nouvelles structures régionales adoptées dans le cadre de DREAT, en particulier au niveau : de la future unité régionale responsable de la planification et du suivi des plans régionaux déclinant le PNDS 2009-2018 de la gestion des RH **S/act 4.1.2 :** Renforcer de façon opérationnelle le cadre de partenariat avec tous les acteurs des 5 RM ciblées (de tous les secteurs : publics, privés et de la Société Civile) ainsi que tous les PTF's et organiser régulièrement des sessions de partage avec les secteurs concernés (des Finances, de l'Intérieur, de la Décentralisation, …) **S/act 4.1.3 :** Renforcer les capacités des CL à travers les ARD de chacune des 5 RM ciblées, en recourant à une expertise nationale ponctuelle **S/act 4.1.4 :** Renforcer au niveau des 5 RM ciblées, les mécanismes de coordination, les stratégies et un plan de communication (voir 4.3.2)	- Nombre de Régions Médicales disposant d'équipes cadres régionales répondant à 75% des normes - Disponibilité et fonctionnalité d'organigrammes correspondant au décret d'organisation du MSAS au niveau régional - Disponibilité d'une stratégie genre et santé au niveau régional

Résultat 4 **Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées est amélioré**		
	Sous-activités	**IOV**
A 4.2 Accompagner le renforcement de compétences au niveau des 5 RM ciblées (stages, formations de courte durée, bourses) en matière de gestion et de planification	**S/act 4.2.1** : Identifier les besoins en formation en collaboration avec le Centre Régional de Formation en Santé **S/act 4.2.2 :** Organiser des formations ponctuelles qui ne seraient pas incluses dans le dossier 'Bourses'[11] de la coopération belgo-sénégalaise en gageant sur l'engagement des formés pour une période à déterminer	
A 4.3 Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire institutionnelle dans les 5 RM ciblées, en lien avec l'unité centrale	**S/act 4.3.1 :** Créer un Centre Régional de Documentationen cohérence et en lien avec le Centre National de Documentation (archivage physique et électronique, bibliothèque, médiathèque, etc …) **S/act 4.3.2:** Développer dans chacune des 5 RM ciblées des stratégies cohérentes d'inventaire de 'meilleures pratiques' dans leurs zones en se référant au guide méthodologique édité par l'OMS et en recourant à une expertise nationale ponctuelle.	

[11] Conformément à la stratégie actuelle des bourses de la coopération belge

Résultat 4 **Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées est amélioré**		
	Sous-activités	**IOV**
A 4.4 Appuyer le développement et la mise en place d'une stratégie 'genre'	**S/act 4.4.1 :** Ateliers de réflexion au niveau local sur les incidences sanitaires, les difficultés et les solutions en vue **S/act 4.4.2 :** Organiser des ateliers de formation sur la planification et la mise en œuvre des POCL **S/act 4.4.3 :** Organiser des ateliers de formation en communication et plaidoyer pour une meilleure prise en compte de la demande en matière de santé **S/act 4.4.4 :** Organiser un atelier de formation en lobbying et plaidoyer auprès des leaders des associations intervenants dans le domaine de la santé	

Résultat 5 **Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau des cinq régions**		
	Sous-activités	**IOV**
A 5.1 Appuyer et encadrer les différents niveaux du sous-système régional pour l'établissement des PDDS, des PRDS ainsi que les POCL, les PTA, les CDSMT, …	**S/act 5.1.1 :** Développer une stratégie de capacitation par un accompagnement en planification dans chacune des RMet des DS sélectionnés par leurs directions **S/act 5.1.2 :** Développer un plan de suivi pour ces activités de capacitation en planification en particulier sur les aspects comportementaux	- Qualité des PTA des centres de responsabilités du niveau régional - Proportion de régions disposant d'un CDSMT régional - Proportion d'instances de coordination du PNDS au niveau régional (Supervision régionale, RAC, Réunion de coordination) tenues - Proportion de régions disposant d'un comité de coordination et de suivi des interventions fonctionnel
A 5.2 Renforcer le sous-système de suivi/évaluation des Plans des RM et des DS et améliorer la fonctionnalité du SNIS dans les 5 RM	**S/act 5.2.1 :** Renforcer dans les 5 RM ciblées, les mécanismes de rétro-information par le RM vers les hôpitaux, les Centres de Santé et Postes de Santé des DS **S/act 5.2.2 :** Renforcer les mécanismes de supervision et de suivi sur le thème de la qualité et fiabilité des données, …	
A 5.3 Appuyer le fonctionnement du partenariat inclusif des tous les acteurs du secteur public, privé et de la société civile, y inclus les tradipraticiens dans la planification et le suivi du système de santé dans les 5 RM	**S/act 5.3.1 :** Identifier les blocages en cas de fonctionnalité insuffisante par des enquêtes ad hoc dans des DS bien identifiés **S/act 5.3.2 :** Former en leadership à rythme annuel pour tous les responsables des 5 RM et des DS	

Résultat 5 **Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau des cinq régions**		
	Sous-activités	**IOV**
A 5.4 Renforcer l'équipement en gestion, en réhabilitation d'infrastructures et logistique pour les 5 RM et logistique (un 4x4 par région)	**S/act 5.4.1 :** Identifier les besoins en équipement, logistique, et en infrastructures (petits travaux de réhabilitation) **S/act 5.4.2 :** Fournir et mettre en place des intrants et exécution des petits travaux **S/act 5.4.3 :** Appliquer la politique nationale en maintenance (voir R6A3).	

Résultat 6 **La gestion des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) est améliorée dans les cinq régions**		
	Sous-activités	**IOV**
A 6.1 Appuyer l'unité régionale de gestion des RH, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme	**S/act 6.1.1 :** Etablir un plan d'action de formation continue des responsables des 5 RM ciblées (y inclus ceux impliqués dans la gestion des RH) sur la base de manuels de procédures, conformes aux normes: plan de carrière, critères d'affectation, de nomination, de motivation et d'évaluation du personnel dans les 5 RM ciblées **S/act 6.1.2 :** Actualiser les curricula de base et de formation continue	- Pourcentage des dépenses des régions médicales validées par les audits de la CTB - Taux d'exécution du plan de maintenance régional - Proportion de régions médicales disposant d'un plan de gestion des ressources humaines au niveau régional

Résultat 6 **La gestion des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) est améliorée dans les cinq régions**		
	Sous-activités	**IOV**
A 6.2 Mettre en place dans les 5 RM ciblées les mécanismes de gestion des ressources financières en cohérence avec les défis en matière de planification	**S/act 6.2.1 :** Appuyer le bureau de planification sanitaire des RM chargés d'assurer une planification participative des activités, de mettre en musique les budgets des PRDS et d'en assurer le 'reporting' et l'évaluation **S/act 6.2.2 :** Former les responsables de l'administration, de la gestion financière et de la comptabilité régionale d'une part par rapport à leur mandat actuel et, d'autre part, par rapport à la gestion quotidienne sous l'autorité du Médecin Chef de RM la gestion du sous compte de la présente intervention. Cette formation et le suivi de cette formation sera assumée par le RAF de l'intervention **S/act 6.2.3 :** Assurer l'animation (plaidoyer, annonce, suivi) autour des questions des FDD des services décentralisés du système de santé avec, au besoin, la mise au point d'un document/outil de plaidoyer **S/act 6.2.4 :** Assurer la coordination des bureaux de gestion des districts et hôpitaux (contrôle interne) **S/act 6.2.5 :** Renouveler et former les Comités de Développement Sanitaire (CDS) à tous les niveaux et les services de la RM conformément au décret en cours d'adoption **S/act 6.2.6 :** Développer au sein des RM des compétences de type anthropologique pour l'animation et le suivi des CDS	

Résultat 6 **La gestion des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) est améliorée dans les cinq régions**		
	Sous-activités	**IOV**
A 6.3 Appuyer la politique d'équipement et de maintenance dans les 5 RM ciblées en vue d'obtenir et de maintenir les plateaux techniques durables	**S/act 6.3.1** : Identifier les besoins de maintenance (en équipements, logistiques et en infrastructures) des services existants des 5 RM ciblées et en dresser un plan d'amortissement **S/act 6.3.2** : Former le personnel régional à la passation des marchés selon le code en vigueur **S/act 6.3.3** : Former le personnel régional ad hoc à la gestion des stocks en matériel.	
A 6.4 Contribuer à asseoir des ressources techniques propres à améliorer la prise de décision	**S/act 6.4.1 :** Renforcer les compétences des responsables des 5 RM ciblées en recherche opérationnelle **S/act 6.4.2 :** Animer des sessions de partage d'informations sanitaires à tous les niveaux des RM **S/act 6.4.3 :** Mettre en place des organes régionaux de formation continue en se basant sur les résultats de la supervision.	

4.4 Aperçu des MoReResults

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Oui, du fait de la baseline. Voir ci-dessus
Rapport *Baseline* enregistré dans PIT ?	Oui
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	12/05/2014 Commune au PAODES et au PAGOSAN Recommandations présentées au point 5.1.
Planning de l'EF (enregistrement du rapport)	Mars 2015 (estimation) Uniquement pour le PAGOSAN (le PAODES se terminant fin 2016)
Missions de backstopping depuis le 01/01/2014	EST du 03/02/2014 au 11/02/2014 EST : 29/09/2014 au 08/10/2014

4.5 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Project Title : **Projet d'appui à la gouvernance sanitaire centrale et des 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaolack, Kaffrine et Thiès**

Budget Version: **G01**
Currency : EUR
Year to month : 31/12/2014
YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2013	Expenses 2014	Total	Balance	% Exec
A OBJECTIF SPÉCIFIQUE (PART) 1			3.571.500,00	693.094,93	**211.377,90**	904.472,83	2.667.027,17	25%
01 Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en			1.278.500,00	72.753,30	**41.535,60**	114.288,90	1.164.211,10	9%
01 "La réforme institutionnelle au niveau central est		COGES	1.030.000,00	49.370,36	**18.549,18**	67.919,54	962.080,46	7%
02 Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire		COGES	68.500,00	8.893,88	**1.702,47**	10.596,35	57.903,65	15%
03 Accompagner le renforcement de compétences au niveau		COGES	115.000,00	14.235,51	**19.294,49**	33.530,00	81.470,00	29%
04 Organiser des ateliers/séminaires nationaux de		COGES	30.000,00	0,00	**0,00**	0,00	30.000,00	0%
05 Appuyer le développement et la mise en place d'une		COGES	35.000,00	253,55	**1.989,46**	2.243,01	32.756,99	6%
02 Le processus de planification ascendante et			185.000,00	42.148,88	**58.446,24**	100.595,12	84.404,88	54%
01 Contribuer au développement d'outils liés à la planification		COGES	30.000,00	11.578,50	**7.598,90**	19.177,40	10.822,60	64%
02 Renforcer le sous système de suivi/évaluation du PNDS et		COGES	20.000,00	13.310,00	**24,15**	13.334,15	6.665,85	67%
03 Créer et mettre en place un outil informatique (à actualiser)		COGES	90.000,00	15.478,06	**34.405,57**	49.883,63	40.116,37	55%
04 Soutenir une ONG faîtière, dont l'identité est à confirmer,		COGES	45.000,00	1.782,32	**16.417,62**	18.199,94	26.800,06	40%
03 Les processus d'une gestion plus efficiente et			68.500,00	21.556,60	**738,31**	22.294,91	46.205,09	33%
01 Accompagner les réformes en cours pour disposer de		COGES	20.000,00	304,90	**0,00**	304,90	19.695,10	2%
02 Actualiser les guides de gestion aux niveaux des RM, des		COGES	10.000,00	0,00	**0,00**	0,00	10.000,00	0%
03 Accompagner le niveau central dans les réformes en cours		COGES	38.500,00	21.251,70	**738,31**	21.990,01	16.509,99	57%
04 Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM			570.000,00	97.248,18	**42.230,41**	139.478,59	430.521,41	24%
01 Accompagner la réforme au niveau régional dans les 5 RM		COGES	370.000,00	73.229,13	**26.895,96**	100.125,09	269.874,91	27%
02 Accompagner le renforcement de compétences au niveau		COGES	135.000,00	20.954,82	**14.896,92**	35.851,74	99.148,26	27%
03 Accompagner la mise en place d'une unité de mémoire		COGES	50.000,00	0,00	**0,00**	0,00	50.000,00	0%
04 Appuyer le développement et la mise en place d'une		COGES	15.000,00	3.064,23	**437,53**	3.501,76	11.498,24	23%
05 Le processus de planification ascendante et participative			1.146.500,00	390.423,25	**35.574,86**	425.998,11	720.501,89	37%
		REGIE	1.191.237,00	743.290,87	**207.873,35**	951.164,22	240.072,78	80%
		COGEST	3.808.763,00	640.907,63	**303.941,75**	944.849,38	2.863.913,62	25%
		TOTAL	5.000.000,00	1.384.198,50	**511.815,10**	1.896.013,60	3.103.986,40	38%

Project Title : **Projet d'appui à la gouvernance sanitaire centrale et des 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaolack, Kaffrine et Thiès**

Budget Version: **G01**
Currency : EUR
Year to month : 31/12/2014
YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2013	Expenses 2014	Total	Balance	% Exec
01 Appuyer et encadrer les différents niveaux du sous-		COGES	267.000,00	92.530,77	**33.082,92**	125.613,69	141.386,31	47%
02 Renforcer le sous-système de suivi/évaluation des Plans		COGES	35.000,00	26.790,34	**0,00**	26.790,34	8.209,66	77%
03 Appuyer le fonctionnement du partenariat inclusif des tous		COGES	25.000,00	0,00	**53,36**	53,36	24.946,64	0%
04 Renforcer l'équipement en gestion, en réhabilitation		COGES	575.000,00	27.735,65	**2.438,58**	30.174,23	544.825,77	5%
05 Renforcer l'équipement en logistique (01 véh 4x4 par		REGIE	244.500,00	243.366,49	**0,00**	243.366,49	1.133,51	100%
06 Les processus d'une gestion plus efficiente et			323.000,00	68.964,72	**32.852,48**	101.817,20	221.182,80	32%
01 Appuyer l'unité régionale de gestion des RH, dans le cadre		COGES	47.000,00	4.746,24	**0,00**	4.746,24	42.253,76	10%
02 Mettre en place dans les 5 RM ciblées les mécanismes de		COGES	62.000,00	35.701,41	**7.756,64**	43.458,05	18.541,95	70%
03 Appuyer la politique d'équipement et de maintenance dans		COGES	186.000,00	26.459,01	**6.419,35**	32.878,36	153.121,64	18%
04 Contribuer à asseoir des ressources techniques propres à		COGES	28.000,00	2.058,06	**18.676,49**	20.734,55	7.265,45	74%
X Réserve budgétaire (max 5% * total activités)			24.075,00	0,00	**0,00**	0,00	24.075,00	0%
01 Réserve budgétaire			24.075,00	0,00	**0,00**	0,00	24.075,00	0%
01 Réserve budgétaire COGESTION		COGES	24.075,00	0,00	**0,00**	0,00	24.075,00	0%
02 Réserve budgétaire REGIE		REGIE	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	?%
Z Moyens généraux			1.404.425,00	691.103,57	**300.437,20**	991.540,77	412.884,23	71%
01 Frais de personnel			947.840,00	494.495,64	**217.587,07**	712.082,71	235.757,29	75%
01 Expert International		REGIE	754.000,00	402.769,80	**169.342,26**	572.112,06	181.887,94	76%
02 Direction nationale et direction régionales		COGES	108.840,00	54.286,85	**27.185,73**	81.472,58	27.367,42	75%
03 Personnels d'appui)		COGES	85.000,00	37.438,99	**21.059,08**	58.498,07	26.501,93	69%
02 Investissements			101.000,00	80.972,18	**411,61**	81.383,79	19.616,21	81%
01 Véhicules		REGIE	59.252,00	59.251,00	**0,00**	59.251,00	1,00	100%
02 Equipement bureau et IT		COGES	41.748,00	21.721,18	**411,61**	22.132,79	19.615,21	53%
		REGIE	1.191.237,00	743.290,87	**207.873,35**	951.164,22	240.072,78	80%
		COGEST	3.808.763,00	640.907,63	**303.941,75**	944.849,38	2.863.913,62	25%
		TOTAL	5.000.000,00	1.384.198,50	**511.815,10**	1.896.013,60	3.103.986,40	38%

Project Title : **Projet d'appui à la gouvernance sanitaire centrale et des 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaolack, Kaffrine et Thiès**

Budget Version: **G01**
Currency : EUR
Year to month : 31/12/2014
YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2013	Expenses 2014	Total	Balance	% Exec
03 Frais de fonctionnement			222.100,00	77.732,17	**43.907,43**	121.639,60	100.460,40	55%
01 Services et frais de maintenance du matériel de bureau		COGES	3.000,00	579,25	**451,28**	1.030,53	1.969,47	34%
02 Frais de fonctionnement/maintenance des véhicules (2)		COGES	75.000,00	31.608,05	**21.033,70**	52.641,75	22.358,25	70%
03 SMCL		COGES	8.000,00	1.683,04	**1.364,42**	3.047,46	4.952,54	38%
04 Télécommunications		COGES	11.000,00	2.629,75	**2.545,90**	5.175,65	5.824,35	47%
05 Fournitures de bureau		COGES	18.000,00	7.837,51	**2.430,04**	10.267,55	7.732,45	57%
06 Missions nationales et internationales		COGES	87.500,00	25.649,29	**9.960,09**	35.609,38	51.890,62	41%
07 Frais de représentation et de communication		COGES	8.000,00	3.721,89	**1.219,59**	4.941,48	3.058,52	62%
08 Frais de consultance (Partagés avec le PAODES)		COGES	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	?%
09 Frais financiers		COGES	3.600,00	840,35	**447,22**	1.287,57	2.312,43	36%
10 Autres frais de démarrage et de fonctionnement		COGES	8.000,00	3.183,04	**4.455,19**	7.638,23	361,77	95%
04 Audit et Suivi et Evaluation			133.485,00	37.903,58	**38.281,11**	76.184,69	57.300,31	57%
01 Data baseline		COGES	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	?%
02 Suivi et évaluation		REGIE	51.000,00	0,00	**22.889,34**	22.889,34	28.110,66	45%
03 Audit		REGIE	28.000,00	0,00	**9.270,77**	9.270,77	18.729,23	33%
04 Backstopping y inclus missions ABS		REGIE	22.500,00	5.919,58	**6.121,00**	12.040,58	10.459,42	54%
05 Data baseline		REGIE	31.985,00	31.984,00	**0,00**	31.984,00	1,00	100%
99 Conversion rate adjustment			0,00	0,00	**249,98**	249,98	-249,98	?%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	0,00	**249,98**	249,98	-249,98	?%
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00	0,00	**0,00**	0,00	0,00	?%
		REGIE	1.191.237,00	743.290,87	**207.873,35**	951.164,22	240.072,78	80%
		COGEST	3.808.763,00	640.907,63	**303.941,75**	944.849,38	2.863.913,62	25%
		TOTAL	5.000.000,00	1.384.198,50	**511.815,10**	1.896.013,60	3.103.986,40	38%

4.6 Ressources en termes de communication

RAS

5 Annexes

5.1 Recommandations de l'évaluation à mi-parcours

5.1.1 Pour la SMCL

1. Les SMCL doivent avant tout autre chose être des fora de discussion stratégiques. Il faut donc éviter que les discussions dérivent sur des problèmes mineurs et strictement opérationnels.
2. Il convient de mieux préparer les ordres du jour des SMCL en précisant clairement les types d'attentes et les questions spécifiques à traiter.
3. Il faut mieux assurer le reporting des séances des SMCL.
4. Il apparaît enfin utile que les membres de droit des SMCL puissent obtenir une meilleure compréhension du contexte dans lequel les opérations se passent, les résultats du projet en périphérie atteints et les difficultés rencontrées au quotidien. A cet effet, on pourrait envisager des missions de terrain des membres de la SMCL préalable à certaines SMCL ; ceci leur permettra de mieux appréhender les réalités locales. Ainsi, on pourrait par exemple envisager de décentraliser une fois sur deux les SMCL en régions.

5.1.2 Pour le projet

Communs aux deux projets

5. Apurer le contenu des activités des deux cadres logiques afin de ne conserver que celles qui restent pertinentes.
6. Il est également indispensable de revoir les affectations budgétaires en identifiant tous les résultats pour lesquels les activités prévues sont désormais impossibles à réaliser. Selon nous la plupart des budgets dégagés devraient être réaffectés à de l'investissement (pour le PAGOSAN la majorité des dépenses prévues au niveau régional peut être réorientée; il en est de même pour certaines activités de niveau central pour lesquels la demande des services bénéficiaires s'est jusqu'à présent avérée faible –ex. volet RH -ou pour des actions qui ne sont pas appropriées par le MSAS –ex. rédaction d'une Stratégie Nationale de Renforcement du Système de Santé; pour le PAODES volet demande les montants provisionnés sont à revoir à la baisse du fait de la réduction de la portée géographique du volet demande).

   Une analyse détaillée par les équipes projets du PAODESet du PAGOSAN est donc rapidement à faire sur les ajustements budgétaires possibles et souhaitables avant d'obtenir un consensus formel lors d'une SMCL.

Pour le PAODES

7. Prolonger au maximum la durée au PAODES.
8. Pour le volet demande de soins, se concentrer sur les deux départements octroyés pour l'expérimentation par Mme la Ministre (départements de Foundiougne et Koungheul).
9. Pour l'appui à l'offre de soins, se concentrer par ordre de priorité sur (i) les DS pilotes et prioritaires (Sokone et Koungheul) ; (ii) les DS pilotes mais non encore prioritaires, (iii) les DS non pilotes mais couverts par le volet demande du

PAODES (Passy et Foundioune).

10. Abandonner la logique de double ancrage au niveau de la DGS et la CACMU ; ne maintenir qu'un seul binôme responsable/ coresponsable, placé à la DGS.
11. Adopter une attitude de réelle recherche opérationnelle jusqu'au terme du projet ; centrer l'intervention soft sur les DS pilotes et prioritaires (renforcement de capacité, réorganisation des services, appui au fonctionnement courant, etc) ; puis procéder à l'extension de la TF en « tâche d'huile » en considérant de près les capacités d'absorption des DS et structures de soins ciblées (compte tenu de la faiblesse du paquet d'activités qui peut être actuellement fourni, il n'y pas d'urgence à démarrer la TF à Thiadiaye, Bambey ou Ndoffane).
12. Revoir l'organigramme de l'AT en introduisant une coordination de terrain géré par un ATI santé publique basé en périphérie. En profiter pour décloisonner les deux volets offre et demande (une coordination de proximité doit permettre cela !).
13. Décentraliser autant que faire se peut une partie de l'administration du PAODES sur le terrain (au niveau de la base périphérique) ; assurer plus d'appui administratif au niveau périphérique (structures cibles ECD et administration des CS ; travail à mettre en parallèle avec la mise en place d'un système informatisé du gestion du patient à Sokone et Koungheul).
14. Mettre en place un dispositif efficace de capitalisation des résultats ; ce dispositif doit impliquer le niveau central du MSAS et plus particulièrement la DGS et la CACMU (des points focaux capitalisation pourraient être nommés au niveau de ces deux instances ; un renforcement de capacités est aussi à prévoir vis-à-vis de ces points focaux). Des protocoles spécifiques de capitalisation doivent être produits par le PAODES (les ATN et notamment le nouvel ATN suivi évaluation aura une responsabilité importante à ce niveau[12]). Dans ce même cadre, initier des études spécifiques comme (i) des études de coûts réels et normatifs, (ii) des analyses de la satisfaction des patients (prévoir de reproduire l'étude sur le point de démarrer avant le terme du PAODES) et (iii) une analyse pointue juridique des statuts possibles des futures UDAM.
15. L'initiative innovante visant à assurer l'affectation de chirurgiens dans les DS étant un échec, il faut revoir les ambitions à la baisse à ce niveau ; si c'est encore possible, on pourrait se concentrer sur un appui à la formation des médecins généralistes en obstétrique chirurgicale (capacité en obstétrique selon le modèle BAD/ UNFPA).
16. Autres recommandations:
    i. Trouver un moyen de financer une partie du fonctionnement des ECD des DS pilotes (accords d'exécution spécifiques, contrats d'objectifs et de moyens signés avec les ECD directement,…).
    ii. Mettre en place un système de monitoring de la disponibilité des soins SOUC dans les CS pilotes appuyés (voir discussion sur les réalisations relatives au RA N° 1 PAODES Offre de soins).
    iii. Apprécier la problématique spécifique de la disponibilité du sang dans les CS pilotes et proposer des solutions appropriées.

---

[12] L'ancien ATN suivi évaluation fait partie des démissionnaires

iv. Assurer un lobbying pour une meilleure disponibilité des MEG dans les structures (autorisation de quitus pour s'approvisionner à la PNA quand la PRA de rattachement est en carence ; pourquoi pas, autorisation de s'approvisionner auprès de grossistes répartiteurs nationaux fournissant de génériques quand la PNA est également en carence).

v. Envisager la possibilité d'introduire des grilles de vérification de qualité selon le modèle généralement utilisé dans les projets FBR ; éventuellement introduire un bonus qualité payable au CS en plus de la subvention quantitative calculée à partir du nombre de patients effectivement référés.

vi. être très réaliste quant aux plans de maintenance ; abandonner la logique descendante ; proposer une stratégie spécifique basée sur le CS.

Pour le PAGOSAN

17. Se concentrer sur ce qui a déjà permis d'obtenir des résultats en prenant en compte le fait que certaine services appuyées par le PAGOSAN ne sont pas sous la tutelle de la DPRS. Il apparaît donc pertinent de maintenir l'appui à un certain nombre de services centraux « réceptifs » dont la DPRS et ses services, l'inspection, le centre de documentation ou les cellules informatique ou genre. Par ailleurs, il nous paraît pertinent de poursuivre voire d'intensifier le renforcement de compétence en planification mais également en suivi évaluation.

18. Le chantier « appui au SIS » si cette division est renforcée d'un point de vue des ressources humaine apparaît être intéressant à appuyer. Il serait donc opportun de faire le point sur ce qui pourrait être réalisé dans le domaine dans les deux ans qui viennent en prenant en compte les capacités réelles du SIS ainsi que les interventions des autres partenaires. Et ce que cela concerne les méthodes et moyens de collecte et d'assurance qualité des données produites à proprement parler, ou de la capacité de traitement de l'information : outils de collecte, de validation, d'analyse, et de présentation des données comme le DHIS 2 ou outils de cartographie de type GIS. Un investissement dans un schéma directeur informatique est par ailleurs une option à étudier d'urgence.

19. Pour le reste, il faut être concret : soit on veut consommer effectivement et alors il faut envisager ou des transferts vers le PAODES ou des investissements en durs, soit on considère qu'il n'est pas si grave que les fonds ne soient pas consommés. Ceci concerne plus particulièrement les activités prévues vis-à-vis des régions médicales pour lesquelles il est très peu probable qu'on obtienne un bon taux d'exécution.

20. Maintenant qu'on peut procéder à une analyse des réussites et difficultés de mise en place des diverse interventions, il y a lieu de faire le point en revoyant le listing des activités à réaliser et réalisables, et en fonction de cela d'ajuster les budgets de l'action. Par la suite, il s'agira de faire valider ces modifications dans une SMCL et communiquer à tous les détenteurs d'enjeux les changements opérés.

5.1.3 Pour la CTB Siège et Représentation

21. Revoir le plan du modèle de rapport annuel qui ne permet pas d'obtenir des données factuelles sur les actions réalisées. En effet le format actuel induit des difficultés importantes d'analyse de la réalisation des activités prévues dans le cadre logique.

22. Revoir le format du modèle des rapports d'évaluation externe utilisé par la CTB (il

existe des redondances dans le modèle transmis).

23. D'une façon générale, les DTF devraient être allégées (très peu de gens ont le courage de lire ces documents jusqu'au bout). Revoir la densité des DTF en évitant de mettre trop de précisions inutiles surtout lorsqu'on est dans un contexte institutionnel changeant, ou quand on peut prévoir un démarrage tardif. Il existe en effet une contradiction entre le fait que ces DTF soient extrêmement détaillés et que la règle d'or soit qu'une SMCL peut tout modifier par rapport au contenu des activités de chaque résultat attendu.

24. Afin de renforcer l'efficience des projets à venir, le processus de validation des DTF devrait intensifier la phase d'échange entre les diverses parties prenantes impliquées sur les mêmes activités. Par exemple, dans le cas du volet demande PAODES, la mise à jour en amont, de différends avec l'approche de l'USAID, aurait probablement pu permettre d'éviter les deux années perdues dans la mise en œuvre de ce volet du projet. Un dialogue constructif avec les divers acteurs belges est également et de façon évidente une nécessité.

25. Au niveau de la mise en œuvre, force est de rappeler la situation délicate des AT, experts intégrés à la hiérarchie du Ministère et représentants officieux de leur bailleur au sein de leur institution: la Représentation doit continuer à leur apporter un soutien effectif, logistique et parfois institutionnel afin que la crédibilité des experts ne soit pas entamée. Le dialogue «interne» doit naturellement s'améliorer.

5.1.4 Pour le MSAS

26. S'impliquer valablement dans la capitalisation des expériences des deux projets.

27. Affecter du personnel dans les services clef appuyés (les CS pilotes bien évidemment pour le PAODES, mais également pour le PAGOSAN, des services comme la division SIS ou l'Inspection générale des services qui aujourd'hui ne compte que deux personnes).

28. Développer de façon urgente les normes, critères et standards en rapport avec la fourniture des soins de premier contact (poste de santé) et de premier niveau de référence (Centre de santé).

29. Donner aux structures prestataires les moyens de disposer des médicaments dont elles ont besoin lorsqu'il est établi que ceux-ci ne sont pas disponibles auprès de la PNA : autorisation de quitus pour s'approvisionner à la PNA quand la PRA de rattachement est en carence par exemple ou autorisation de s'approvisionner auprès de grossistes répartiteurs nationaux fournissant de génériques quand la PNA est également en carence. Cette marge de manœuvre doit toutefois faire l'objet de contrôles effectifs: la défection régulière d'un hôpital peut par exemple fragiliser durablement la PNA et l'approvisionnement en ME de tout le pays, tandis que la liberté donnée à un hôpital de s'approvisionner directement constitue une opportunité de gains financiers supplémentaires dont les patients sont rarement les bénéficiaires. Un renforcement parallèle de la régulation du Médicament est ainsi nécessaire.

30. il est surprenant qu'on ne fasse pas plus la promotion de la pratique de l'échographie diagnostique chez les médecins de CS (elle renforce la capacité diagnostique du CS et évite souvent un recours inutile à des chirurgies exploratrices).

31. investir plus dans la formation des capacitaires en SONUC (encourager les PTF potentiellement intéressés).