[](http://www.sante.gouv.sn/)rapport final

projet d’appui A LA GOUVERNANCE SANITAIRE CENTRALE ET DANS LES 5 REGIONS - SEN1002511

|  |
| --- |
|  |

# Table des matières

[Table des matières 2](#_Toc528581941)

[Fiche d'intervention 5](#_Toc528581942)

[Appréciation générale 6](#_Toc528581943)

[PARTIE 1 : Résultats atteints et enseignements tirés 9](#_Toc528581944)

[1 Appréciation de la stratégie d'intervention 9](#_Toc528581945)

[1.1 Contexte 9](#_Toc528581946)

[1.2 Changements significatifs dans la stratégie d'intervention 11](#_Toc528581947)

[2 Résultats atteints 14](#_Toc528581948)

[2.1 Matrice de monitoring 14](#_Toc528581949)

[2.2 Analyse des résultats 16](#_Toc528581950)

[3 Durabilité 21](#_Toc528581951)

[4 Apprentissage 25](#_Toc528581952)

[4.1 Enseignements tirés 25](#_Toc528581953)

[4.2 Recommandations 28](#_Toc528581954)

[PARTIE 2 : Synthèse du monitoring (opérationnel) 29](#_Toc528581955)

[1 Suivi des décisions prises par la SMCL 29](#_Toc528581956)

[2 Bilan des réalisations des activités Genre du PRC 30](#_Toc528581957)

[2.1 Activités réalisées dans le cadre du Projet PRC 31](#_Toc528581958)

[3 Dépenses (au 30/09/2018) 37](#_Toc528581959)

[4 Taux de décaissement de l’intervention (au 30/09/2018) 40](#_Toc528581960)

[5 Personnel de l'intervention 41](#_Toc528581961)

[6 Marchés publics 42](#_Toc528581962)

[7 Accords d’exécution 44](#_Toc528581963)

[8 Équipements 45](#_Toc528581964)

[9 Cadre logique original tiré du DTF 49](#_Toc528581965)

[10 Matrice de monitoring complète 58](#_Toc528581966)

[11 Outils et produits 61](#_Toc528581967)

Acronymes

|  |  |
| --- | --- |
| ADIE | Agence De l’Informatique de l’Etat |
| A.E. | Accord d’exécution |
| A.F. | Accord de financement |
| AGETIP | Agence d’Exécution des Travaux d’Intérêt Public |
| ARMP | Agence pour la Régulation des Marchés Publics |
| A.S. | Accord de subside |
| ASU | Assurance Santé Universelle |
| ATN | Assistant Technique National |
| ATI | Assistant Technique International |
| BBSF | Bénéficiaire de Bourse de Sécurité Familiale |
| Becd | bénéficiaire en cours de droit |
| CAS/PNDS | Cellule d’Appui et de Suivi du PNDS |
| CDSMT | Cadre de Dépenses Sectorielles Moyen Terme |
| CIS | Comité Interne de Suivi |
| CS | Centre de Santé |
| CLIN/CHSCT | Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales/  Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail |
| CMU | Couverture Maladie Universelle |
| CNTS | Centre National de Transfusion Sanguine |
| CPN | Consultation Prénatale |
| CSU | Couverture Santé Universelle |
| CTB | Coopération Technique Belge, Agence belge de développement |
| DAGE | Direction de l’Administration Générale et de l’Equipement |
| DECAM | Développement de la Couverture Universelle par l’Assurance maladie dans un contexte de décentralisation |
| DGPSN | Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DHIS2 | Data health information system (web-based open-source information system) |
| DIEM | Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance |
| DLM | Direction de la Lutte contre la Maladie |
| DPPD | Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses |
| DREAT | Direction de la Réforme et de l’Assistance Technique |
| DPRS | Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |
| DS | District Sanitaire |
| DSISS | Division du Système d’Information Sanitaire et Social |
| DTF | Dossier Technique et Financier |
| ECD | Equipe Cadre de District |
| ECG | Electrocardiogramme |
| EPS | Etablissement Public de Santé |
| GAR | Gestion Axée sur les Résultats |
| IAAF | Inspecteur des Affaires Administratives et Financières |
| LACMU | L’Agence de la Couverture Maladie Universelle |
| M&E | Monitoring et évaluation |
| MCD | Médecin Chef de District |
| MCR | Médecin Chef de Région |
| MCS | Mission Conjointe de Suivi / Supervision |
| MEF | Ministère de l’Economie et des Finances |
| MSAS | Ministère de la Santé et de l’Action Sociale |
| NC | Nombre de cas |
| PAGOSAN | Programme d’Appui à la Gouvernance en Santé |
| PAODES | Programme d’Appui à l’Offre et à la Demande de Soins |
| PAREE | Programme d’Appui à la Réalisation d’Etudes et d’Expertise |
| PDDS | Plan départemental de Développement Sanitaire |
| PIC | Programme Indicatif de Coopération |
| PF | Planification Familiale |
| PNDS | Programme National de Développement Sanitaire |
| PMA | Paquet Maximum Autorisé |
| PME | Paquet Minimum Exigé |
| PNA | Pharmacie National d’Approvisionnement |
| POCL | Plan Opérationnel des Collectivités Locales |
| PRC | Programme de Renforcement de Capacité |
| PRDS | Plan Régional de Développement Sanitaire |
| PRONALIN | Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| PS | Poste de Santé |
| PTA | Plan de Travail Annuel |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| RAC | Revue Annuelle Conjointe |
| RAF | Responsable Administratif et Financier |
| RM | Région Médicale |
| RSS | Renforcement du Système de Santé |
| SMCL | Structure Mixte de Concertation Locale |
| SNIS | Système National d’Informations Sanitaires |
| SSP | Soins de Santé Primaires |
| TF(S) | Tarification Forfaitaire (Subsidiée) |
| UDAM | Unité Départementale d’Assurance Maladie |
| ULB | Université Libre de Bruxelles |
| USI | Unité de Santé Internationale de l’université de Montréal |

# Fiche d'intervention

|  |  |
| --- | --- |
| Nom 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 | 5 000 000 € |
| Institution partenaire | 500 000 € |
| Date de démarrage de l'intervention/Ouverture du comité de pilotage | 01/08/2011 |
| Date de fin de la convention spécifique | 25/11/2017 |
| 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 |
| Budget total de l'intervention | 5 500 000 € |
| Période couverte par le rapport | 08/2011-05/2015 : période opérationnelle complète  06/2015-10/2017 : période de finalisation des travaux, équipement et la capitalisation |

# Appréciation générale

|  |  |
| --- | --- |
| **Décrivez** votre appréciation générale de l'intervention : | **Décrivez** votre appréciation générale de l'intervention : |
| Le projet a fourni un soutien important à la DPRS dans l’appui aux processus de planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, à l’organisation des Réunion Annuelles Conjointes ainsi qu’au développement de la Division Recherche ainsi qu’à l’institutionnalisation du genre.  Les interventions d’appui à la gouvernance au niveau régional ont été handicapées par divers facteurs notamment le retard dans l’adoption de la réforme du système de santé, les difficultés pour trouver un mécanisme consensuel de transfert des fonds au niveau régional.  Les objectifs des interventions pour le renforcement de la gestion des ressources humaines n’ont pas pu être atteints en raison de divers facteurs institutionnels, humains et organisationnels.  La réalisation des infrastructures a connu un retard important en lien avec la complexité des procédures de passation de marché et les retards accumulés dans la mise en œuvre des chantiers.  Les objectifs du projet demeurent toujours pertinents et d’actualité mais la durée du projet a été trop courte par rapport aux objectifs assignés et les modalités de mise en œuvre n’ont pas permis d’obtenir les résultats attendus. | Le PAGOSAN a débuté en 2011, un an avant les 2 autres volets du programme santé repris dans le PAODES. Répondant à une véritable nécessité d’amélioration des processus de planification par résultats au sein du ministère, le projet a joué un rôle déterminant dans ce travail en étant logé à la DPRS. Comme signalé dans l’évaluation finale, la réforme qui sous-tendait un bon nombre d’activités n’a jamais été finalisée et cela a empêché le programme d’atteindre l’ensemble des résultats attendus. La viabilité et la pérennisation des résultats atteint est excellente grâce à sa totale intégration dans la DPRS. La collaboration avec le département de ressources humaine a été plus difficile et l’appui aux régions médicales a été handicapé par la faible performance de la contractualisation sous forme d’accord de subside.  La prolongation du projet et l’intégration de sa gestion dans le PAODES en 2015 a permis de compléter les contrats en cours, principalement la réalisation d’infrastructure mais sans plus pouvoir appuyer l’ensemble de activités nécessaire à l’atteinte de l’objectif assigné.  Une capitalisation de la composante infrastructure devra permettre de retirer de leçon de cet investissement toujours complexe à exécuter au Sénégal. |
| **Notez** votre appréciation générale de l'intervention [[1]](#footnote-1): | **Notez** votre appréciation générale de l'intervention [[2]](#footnote-2): |
| Satisfaisant | Insatisfaisant, en dépit de nombreux éléments positifs |
| Fonctionnaire exécution nationale | Fonctionnaire exécution CTB |
| Dr Papa Amadou Diack | Dr Vincent Vercruysse |

# 

# PARTIE 1 : Résultats atteints et enseignements tirés

# Appréciation de la stratégie d'intervention

## Contexte

*Dans le présent chapitre, le rapport final doit décrire les éléments contextuels/évolutions qui ont eu une influence* ***cruciale*** *sur l'intervention et sur l'atteinte des résultats (contexte général, contexte institutionnel, contextes des modalités d'exécution, contexte de la dynamique HARMO). Ne mentionnez que les éléments les plus dignes de l'être.*

### Contexte général

Classé comme pays les moins avancés 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).

L’année 2012 a été l’année des élections présidentielles au Sénégal avec un changement de régime et de ce fait, un changement de Ministre avec le départ de Modou Diagne Fada et l’arrivée du Pr Awa Marie Coll Seck. L’arrivée du Ministre a été suivie par un démarrage des réformes avec notamment une révision à la baisse du nombre de Directions conformément aux recommandations de la proposition de réforme.

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.

### Contexte institutionnel

Durant toute la durée de l’intervention, le contexte institutionnel au sein du Ministère de la Sante et de l’Action Sociale (MSAS) est resté flou. Le projet était initialement ancré institutionnellement au sein de la CAS/PNDS (cellule d’appui et de suivi du PNDS). Cette structure a disparu suite à l’arrivée du nouveau Ministre pour être remplacée par la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS).

Plus de trois ans après la création de la DPRS, il n’existe toujours pas à ce jour de décret organisant le Ministère de la Santé et de l’Action Sociale. Le décret pris après le dernier remaniement ministériel portant répartition des services de l’Etat reste d’application, 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 toujours pas pour autant clairement définies. A ce jour, les textes relatifs à la réforme ne sont toujours pas approuvés. Ceci est également vrai au niveau intermédiaire : en effet, les Directions Régionales de la Santé et de l’Action sociale avec des prérogatives définies, ne sont toujours pas mises en place. Le projet PAGOSAN n’a malheureusement donc pas pu réaliser une partie des outputs attendus en raison de l’inexistence des textes.

Ce point est particulièrement mis en exergue dans le cadre de l’évaluation finale externe du projet (réalisé en mai 2015) qui a été particulièrement sévère quant à la non-effectivité de la réforme.

Un autre point a été l’acte 3 de la décentralisation, acte majeur dans la réforme de la décentralisation au Sénégal. Malheureusement, l’application n’est pas encore effective, laissant encore des zones d’ombre sur les moyens qui seront mis à disposition des niveaux déconcentrés.

### Contexte de gestion : modalités d'exécution

Le projet PAGOSAN a souffert de la politique de prise en charge des perdiems et des indemnités journalières en vigueur pour la coopération Belgique – Sénégal[[3]](#footnote-3).

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 difficile. La coopération Belgique / Sénégal dispose donc de modalités spécifiques qui ont été adaptées suite à l’approbation provisoire par le ministère de la proposition émise par le G50.

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 (Intra health et Abt Associates sur financement USAID). Le financement du programme santé a donc été perçu par l’ensemble des partenaires nationaux comme un financement moins intéressant qui est finalement resté peu mobilisé, en particulier au niveau régional.

De plus, 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, celui-ci n’a malheureusement pas pu bénéficier des effets de la note.

### Contexte HARMO

Les outputs du PAGOSAN sont parfaitement alignés sur les stratégies du MSAS et sur les procédures sénégalaises (hors indemnités journalières).

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 a travaillé en étroite collaboration avec les autres PTF dans la mesure où la 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 a été amené à participer à l’appui technique d’activités financées par d’autres PTF.

## Changements significatifs dans la stratégie d'intervention

La Belgique et le Sénégal connaissent une longue histoire de partenariat et de coopération dans le secteur de la santé. Avec des indicateurs de santé qui évoluent positivement mais lentement, à l'image de beaucoup des pays de l’Afrique subsaharienne, le secteur de la santé au Sénégal est confronté à des difficultés conjoncturelles et structurelles.

C’est dans ce contexte qu’a été lancé mi-2011, **un programme global d’appui au secteur de la santé,** mis en œuvre conjointement par le Ministère de la Santé et de l’Action sociale avec l’appui de la Coopération belge au Développement. Ce programme, qui se déploie dans les 5 régions du bassin arachidier (Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack) et dans la région de Thiès, ambitionne d’améliorer durablement l’état de santé de cette population.

Celui-ci s’articule autour de trois axes stratégiques essentiels à l’amélioration de la santé des populations de ces régions :

* la bonne gestion des services à tous les niveaux du système de santé (la gouvernance),
* un meilleur accès aux soins (la demande),
* des soins de qualité (l’offre) offerts par les services de district.

Le PAODES (Programme d’Appui à l’Offre et à la Demande de Soins) est en charge des résultats relatifs à l’offre et à la demande de soins.

Le PAGOSAN est de ce fait la composante gouvernance de ce programme intégré. Il 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 capacités.

Le PAGOSAN appuie également les stratégies nationales en ces domaines au niveau périphérique et fournit des « feedback » au niveau central et à tous les partenaires techniques et financiers concernés.

Le PAGOSAN est ancré institutionnellement au sein de la DPRS (Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques). La création de la DPRS est récente et répond à la réforme du MSAS, qui vise à regrouper l’ensemble des activités relatives à la planification, et au suivi évaluation tout en s‘appuyant sur les dynamiques de recherche.

Le programme santé peut être schématisé comme un programme à trois volets, qui s’adresse à tous les niveaux de la pyramide.

Figure 1 : Représentation schématique du programme santé belgo-sénégalais

**OFFRE**

**GOUVERNANCE**

CENTRAL

REGIONAL

PERIPHERIQUE

**PAGOSAN**

**PAODES**

**DEMANDE**

Le PAGOSAN vise à appuyer la réforme en cours au sein du MSAS, pour améliorer le fonctionnement du niveau central mais aussi régional par la création de Directions régionales de la Santé plus autonomes et dotées d’un personnel plus important. Il soutient également le processus de planification et contribue à l’amélioration des processus gestionnaires. Son intervention se situe tant au niveau central que dans les 5 régions d’intervention de la coopération belgo-sénégalaise citées ci-dessus.

La Figure 2 ci-dessous schématise les outputs du PAGOSAN. Ceux-ci peuvent être représentés en parallèle entre le niveau central et régional, avec trois outputs au noyau central correspondant aux mêmes outputs au niveau régional, avec bien évidemment des activités différentes correspondant aux mandats des deux niveaux de la pyramide sanitaire.

Figure 2 : Présentation schématique des outputs du PAGOSAN

Résultats différents selon les services

Résultats limités

Résultats positifs

Cependant, les textes relatifs à la réforme n’ont jamais été approuvés et il n’a pas été possible de mettre en œuvre les activités relatives aux résultats 1 et 4. Par ailleurs, une partie des résultats 3 et 6 était également liée à la réforme, notamment avec la création des Directions de la Santé et de l’Action Sociale. Là encore l’atteinte des résultats a été compromise.

Il est tout de même important de noter que la réforme n’était pas une conditionnalité du projet, mais une hypothèse. A ce titre, le projet a notamment travaillé sur les résultats 2 et 5.

La non-effectivité de la réforme a été un facteur limitant du projet. Un nombre important d’indicateurs dépendait de la réforme et celle-ci n’a jamais eu lieu.

Il convient d’insister sur le fait que la réforme n’était pas une conditionnalité préalable au démarrage du projet et n’a pas été traitée comme une hypothèse pouvant être fatale.

Il convient également de mentionner qu’à aucun moment une stratégie alternative n’a été développée dans la mesure où les autorités indiquaient le caractère imminent de la sortie du texte. Ainsi, lors de son passage début 2014, soit deux ans après le démarrage du projet, même l’évaluation à mi-parcours n’a pas procédé à des recommandations visant à changer de stratégie.

Enfin, au niveau stratégique, il faut noter l’intégration de la gestion de la prolongation du PAGOSAN par le PAODES à partir de novembre 2015. La responsabilité du projet a été transférée de la DPRS à la DGS. Le coresponsable du PAODES a pris la coresponsabilité du PAGOSAN. Le but de la prolongation n’était pas de continuer l’ensemble des activités du projet nécessaire à l’atteinte des résultats attendus et de l’objectif spécifique mais seulement à compléter les marchés publics en cours principalement des chantiers et des équipements. C’est pourquoi également la capitalisation et l’évaluation finale ont eu lieu en mai - juin 2015.

**Depuis novembre 2015 seules les activités encore systématiquement appuyées sont les capitalisations en particulier celle relative aux infrastructures et le suivi des constructions en cours et leurs équipements. Il n’y a donc, depuis ce moment, plus eu d’appui systématique à l’ensemble des activités prévues pour permettre l’atteinte des résultats assigné à l’intervention.**

# Résultats atteints

## Matrice de monitoring

| Résultats / Indicateurs | Valeur de la baseline | Cible finale | Valeur finale obtenue |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2012 | 2015 | 2014 |
| 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 | | | |
| Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) | 370 | 170 | 320 |
| Taux de mortalité infanto juvénile | 70‰ | 50‰ | 60‰ |
| Espérance de vie à la naissance | 61 | N/A | 64 |
| OUTCOME : Contribuer à la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif du PNDS 2009-2018 | | | |
| Taux de satisfaction des bénéficiaires |  |  | 91.6% |
| OUTPUT 1 : Le cadre institutionnel et organisationnel du niveau central du MSAS est amélioré | | | |
| 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 | - | 75%  MCS : 1/1  RAC : 1/1  CIS : 1/2 |
| Disponibilité et fonctionnalité d'organigrammes correspondant au décret d'organisation du MSAS | NON | - | NON |
| Pourcentage de recommandations des rapports d'inspection réalisées | 0 | - | ND |
| Disponibilité d'un document cadre sur le genre et santé au sein du MSAS | NON | 1 | Oui |
| OUTPUT 2 : Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau central | | | |
| Disponibilité d'un CDSMT annuel et d'un rapport de performance dans les délais prévus | 100%  CDSMT :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 | - | 50% |
| Qualité des PTA des centres de responsabilités du niveau central | Non mesuré | - | Bonne |
| OUTPUT 3 : La gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) au niveau central est améliorée | | | |
| 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 |
| Définition et application des critères de mobilité des agents | Critères OUI | - | Critères OUI |
| Applic : NON | - | Applic : NON |
| Application des critères d'allocation des ressources | NON | - | NON |
| OUTPUT 4 : Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées est amélioré | | | |
| Nombre de Régions Médicales disposant d’équipes cadres régionales répondant à 75% des normes | 4/5 | - | 3/5 |
| Disponibilité et fonctionnalité d'organigrammes correspondant au décret d'organisation du MSAS au niveau régional | NON | - | NON |
| Disponibilité d'une stratégie genre et santé au niveau régional | 0/5 | - | Oui |
| OUTPUT 5 : Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau des cinq régions | | | |
| Qualité des PTA des centres de responsabilités du niveau régional | Non mesuré | - | 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% | - | 98% |
| Proportion de régions disposant d'un comité de coordination et de suivi des interventions fonctionnel | 1/5 | - | 4/5 |
| OUTPUT 6 : La gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) au niveau central est améliorée | | | |
| Pourcentage des dépenses des régions médicales validées par les audits de la CTB | NA | - | 83% |
| Taux d'exécution du plan de maintenance régional | ND | - | 0% |
| Proportion de régions médicales disposant d'un plan de gestion des ressources humaines au niveau régional | 0/5 | - | 0/5 |

## Analyse des résultats

La chaine de résultats du PAGOSAN se caractérise comme suit :

Figure 3 : Chaine de Résultats du PAGOSAN

L’impact est commun aux projets PAODES et PAGOSAN. La différence entre les deux projets se situe au niveau outcome qui est relatif à la gouvernance pour le PAGOSAN.

### Dans quelle mesure l'intervention contribuera-t-elle à l'impact (impact potentiel) ?

L’impact est un objectif général de long terme relatif à la santé des populations et qui repose sur le fait que la santé des populations repose sur l’amélioration du triptyque Offre – Demande – Gouvernance, c’est-à-dire qu’une population en bonne santé bénéficie de soins de qualité, accessible financièrement dans des structures bien gérées et contrôlées.

Les indicateurs retenus au titre de l’impact sont les suivants :

Tableau 1 : Indicateurs d’impact de l’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** | | | | | |
| **Indicateurs (source : OMS / UNICEF)** | **Valeur 2008** | **Valeur 2010** | **Valeur 2011** | **Valeur 2014** | **Cible 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 |

\* Source : OMD

Cependant, force est de constater qu’un projet de 4 ans ne peut pas avoir un impact aussi large et mesurable que l’amélioration de la santé des populations rurales des Régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès par le renforcement durable du système de santé, qui se matérialise à travers les taux de mortalité des femmes et des nouveaux nés et l’espérance de vie.

### Dans quelle mesure l'outcome a-t-il été atteint ? Expliquez

Dans le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009 – 2018, document de référence de la politique nationale en matière de santé, la gouvernance est un objectif à part entière et les axes d’intervention de ce quatrième objectif sectoriel sont : (i) la promotion de la gestion axée sur les résultats, (ii) l’amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière et (iii) le renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l’accent sur les groupes vulnérables.

Le PAGOSAN contribue à l’amélioration de la composante gouvernance du secteur en travaillant notamment sur les deux premiers axes qui ont été les deux axes prioritaires d’intervention du projet.

L’indicateur d’atteinte de l’outcome est le niveau de satisfaction des bénéficiaires. Une enquête de satisfaction réalisée dans toute la zone d’intervention du programme santé belgo sénégalais en 2014 par un bureau d’études a révélé un taux de satisfaction de 91,6%.

Tableau 2 : Indicateurs d’outcome de l’intervention

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

Là encore, le niveau de satisfaction des bénéficiaires en tant qu’outcome du projet semble relativement éloigné, même si la gouvernance joue un rôle transversal dans l’amélioration du système de santé.

### Dans quelle mesure des outputs ont-ils été atteints ? Expliquez

Comme indiqué plus haut (voir Figure 2 : Présentation schématique des outputs du PAGOSAN), les résultats ont été atteints de manière contrastée (voir 2.1 Matrice de monitoring pour le niveau d’atteinte des outputs) :

* un niveau faible pour les résultats 1 et 4
* un niveau satisfaisant pour les résultats 2 et 5
* un niveau différent selon les services pour les résultats 3 et 6.

En effet, les résultats 1 et 4 dépendent de la réforme qui n’a jamais eu lieu.

Les résultats 2 et 5 concernant la planification, le suivi évaluation et il faut constater que le positionnement même du PAGOSAN au sein de la DPRS a permis de travailler de manière continue et en profondeur sur cette problématique.

Les résultats 3 et 6 ont été atteints différemment selon les services. En effet, si quasiment aucune activité n’a été réalisée avec la Direction des Ressources Humaines, a contrario le service de l’Inspection a saisi les opportunités qui se présentaient.

### Dans quelle mesure des outputs ont-ils contribué à l'atteinte de l'outcome ?

Le PAGOSAN a comme objectif d’améliorer la gouvernance à travers trois stratégies d’interventions :

* un appui à la réforme
* une amélioration du processus de planification, de suivi et d’évaluation
* un appui aux processus gestionnaires

Il s’agit là de trois stratégies complémentaires allant dans le sens de l’appui à la gouvernance. De plus, ces stratégies sont développées au sein des structures du niveau central et régional, en conformité avec leur mission de d’inspection, de suivi, d’appui et de contrôle.

Lors de l’évaluation finale du projet, des discussions ont eu lieu sur la pertinence de définir le PAGOSAN comme étant un projet d’appui à la gouvernance dans la mesure où les aspects relatifs à « [...] la lutte contre la corruption, l’ouverture et la responsabilisation (participation citoyenne), la gestion efficace des ressources, la culture professionnelle, la reconnaissance des générations futures, la protection de l’environnement et le développement durable[[4]](#footnote-4)] n’étaient pas abordés.

C’est pourtant tout le sens de la gestion axée sur les résultats et de cette chaine de résultats.

Figure 4 : La chaîne de résultats[[5]](#footnote-5)

En effet, l’outcome est atteint par un faisceau d’outputs. La véritable question est de savoir si les outputs qui ont été identifiées peuvent à terme influer sur l’outcome. Les trois familles d’outputs identifiés ont bien une influence sur la gouvernance, et ce même s’ils ne sont pas les seuls à pouvoir être des facteurs d’amélioration.

### Appréciez les principaux facteurs d'influence. Quels ont été les enjeux majeurs rencontrés ? Comment l'intervention les a-t-elle pris en compte ?[[6]](#footnote-6)

Le projet PAGOSAN est un des trois volets d’une programme beaucoup plus large incluant Offre / Demande / Gouvernance. Le projet PAODES a démarré quelques mois après le projet PAGOSAN et force est de constater que les deux projets ont évolué l’un à côté de l’autre, sans véritable interaction, ni complémentarité, du fait de nombreux facteurs, comme des difficultés importantes rencontrées au démarrage du PAODES et un turnover en personnel important.

### Appréciez les résultats inattendus, tant positifs que négatifs

Outre les facteurs cités dans le point 1.1 Contexte, un élément positif a été la conception et la validation par toutes les parties d’un plan architectural modèle pour une Direction Régionale de la Santé et de l’Action Sociale type qui a été construit à Kaffrine. En concertation avec l’ensemble des Médecins Chefs de Région, il a été prévu de réduire le montant des réhabilitations de chaque Région médicale de manière à pouvoir disposer d’un montant plus important pour construire une Direction Régionale de la Santé type.

Le projet a enregistré des résultats au-delà de ce qui était attendu sur les aspects relatifs à la planification et au suivi évaluation, avec notamment une véritable appropriation. Cela a été permis par le dynamisme des agents de la DPRS et par une excellente collaboration avec la JICA et la réalisation du guide de gestion du plan de travail annuel (PTA) soutenue par un grand nombre de PTF, tant techniquement que financièrement. C’est également le cas du guide d’élaboration du plan opérationnel des collectivités locales (POCL).

### Appréciez l'intégration des thèmes transversaux dans la stratégie d'intervention

Les thèmes transversaux pris en compte dans l’intervention sont le genre et l’environnement.

Le PAGOSAN a étroitement collaboré avec le projet de renforcement de capacité de la CTB (PRC) c’est pourquoi la partie genre du rapport PRC a été repris en annexe du présent document.

Concernant les aspects relatifs au genre : au démarrage du PAGOSAN, il n’y avait pas de référent pour le Genre au sein du MSAS. Avec la création de la Cellule Genre en août 2013 et la nomination de la coordinatrice, les activités relatives au genre ont décollé. De plus, la CTB au Sénégal a recruté un conseiller en genre ce qui a permis aussi de dynamiser la thématique.

Concernant les aspects relatifs à l’environnement : le projet comporte un volet infrastructures. La validation des plans de la « DRS type » a bénéficié de l’appui d’une expertise financé via le fonds d’études et d’expertises (le projet PAREE) qui a donné ses inputs pour la prise en compte de la dimension environnementale, avec par exemple la réduction des surfaces vitrées pour la diminution de la consommation d’électricité.

### Dans quelle mesure le M&E, les activités de backstopping et/ou les audits ont-ils contribué à l'atteinte des résultats ? Comment les recommandations ont-elles été prises en considération ?

Le projet a pu bénéficier des activités de suivi suivantes :

* Les missions d’appui de l’expertise sectorielle (du siège CTB à Bruxelles)
* les missions d’appui de controlling (du siège CTB à Bruxelles)
* les audits mixtes (financiers et techniques)

Les missions d’appui du service controlling et les missions d’audit ont fait l’objet d’un suivi rapproché tous les trimestres à travers l’outil de monitoring opérationnel (le MONOP).

Les missions de backstopping ont stimulé la coordination du programme. Dans ce cas, les recommandations étaient suivies d’une mission sur l’autre. Le projet a pu bénéficier de deux missions de backstopping par an de la part de l’expertise sectorielle.

Une des recommandations redondantes était relative à la baisse des indemnités journalières et de la dégradation des relations entre la partie nationale et le projet santé dans son ensemble face à une décision considérée comme unilatérale et sans négociation par la partie sénégalaise.

Ramenée de 5 000 FCFA à 2 500 FCFA en avril 2012, l’indemnité journalière n’a été révisée à la hausse qu’en novembre 2013 et sera finalement alignée sur celle des autres PTF travaillant dans la même zone et le même secteur (7 500 FCFA) en novembre 2014, et ce, malgré les recommandations multiples des missions de backstopping.

# Durabilité

### Quelle est la viabilité économique et financière des résultats de l’intervention ? Quels sont les risques potentiels ? Quelles sont les mesures prises ?

Si on peut difficilement parler de viabilité économique pour un projet d’appui institutionnel, la viabilité financière est importante. En effet, le PAGOSAN a soutenu financièrement un certain nombre d’activités visant notamment les résultats 2 et 5. Une fois ce soutien financier terminé se pose alors la question de la continuation du processus. Le risque est alors de voir le processus s’essouffler et s’effondrer.

Cependant, il y a des mesures d’accompagnement et d’atténuation. En effet, la DPRS est actuellement soutenue par le projet Lux DEV et ce, jusqu’en 2017. Cela va permettre d’asseoir et de renforcer les compétences en planification et en suivi évaluation du système pour assurer une durabilité de manière continue.

On peut noter ici que la Belgique s’était initialement engagée sur trois PIC (Programme Indicatif de Coopération) dans le même secteur. Le PAGOSAN à travers son soutien aux activités de gouvernance n’aura finalement duré que trois ans et demi en terme de durée opérationnelle. Cela est bien peu au regard des résultats à atteindre. Malgré l’arrêt du projet, le projet SEN07 de LUX DEV permettra de renforcer les activités de soutien. On peut toutefois regretter que les résultats « visibles » soient à terme récoltés par un autre PTF.

### Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et perdurera-t-elle au terme de l'assistance externe ? Quels sont les risques potentiels ? Quelles sont les mesures prises ?

Le principe même du PAGOSAN est celui d’une équipe réduite (un responsable national, un coresponsable international, un responsable administratif et financier) de manière à assurer une véritable appropriation.

Cette équipe réduite ne peut venir en substitution et a travaillé à un accompagnement des services de l’Etat. L’ensemble des activités ont été menées par les acteurs eux-mêmes, même si un soutien technique et/ou financier a été apporté par le projet. A ce titre, il y a eu des services qui ont saisi l’opportunité du projet pour pouvoir atteindre les résultats et d’autres qui ne l’ont pas saisi. Cette différence a été remarquée par l’évaluation à mi-parcours qui a également noté la différence de collaboration entre les services.

En terme de risque potentiel, il faut tout de même noter un élément qui n’est cependant pas propre au MSAS, ni même au Sénégal. Le programme a pu mener de nombreuses activités relatives au renforcement de capacité, que ce soit en planification, mais aussi en gestion, passation des marchés, leadership... Les bénéficiaires de ces formations de court terme se sentent de mieux en mieux armés pour assumer leur fonction et par conséquent aspirent à des postes à plus grande responsabilité, ce qui est tout à fait légitime. Or, il n’existe que très peu de possibilités d’accéder à des promotions en interne et les PTF sont des recruteurs importants. A titre d’exemple, sur les 14 planificateurs régionaux avec lesquels le projet a travaillé depuis le début, il ne restait en juin 2015 que 6 d’entre eux, la plupart ayant été recrutés par d’autres PTF. Si on peut estimer que ces RH restent en appui au système de manière plus large, cette perte est importante car elle entraine une perte des savoir-faire.

### Quels ont été le niveau d’appui politique fourni et le degré d’interaction entre l'intervention et le niveau politique ? Quels sont les risques potentiels ? Quelles sont les mesures prises ?

Le projet a toujours été politiquement soutenu. Il a été soutenu aussi bien au niveau du Cabinet du MSAS, de la Direction de la Planification de la Recherche et des Statistiques et du niveau régional.

Il faut signaler ici que le projet PAGOSAN était un souhait fort de M. Moussa Mbaye, Secrétaire Général du MSAS, parti à la retraite en mars 2015. Il aura donc suivi le projet suivant quasiment toute sa durée.

Le Directeur de la Planification de la Recherche et des Statistiques est également le Responsable National du PAGOSAN. Le fonctionnement de la coopération belge repose sur le principe de la cogestion, équilibre entre les parties nationales et belges et qui peut quelquefois générer des tensions. Il faut cependant constater que durant toute l’intervention, une véritable solidarité a été mise en place au sein de la Direction dans l’intérêt du projet.

Enfin, les Médecins Chefs de Région (MCR) ont toujours compris les difficultés rencontrées par le projet. Bien évidemment, il ne faut pas sous-estimer leur frustration pour un projet qu’ils considéraient comme « leur » projet et qui finalement leur a peu apporté. Le montant de l’indemnité journalière a certes pollué les relations entre les différents acteurs, mais sur le fond les MCR ont toujours soutenu le projet.

### Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle positivement contribué à la capacité institutionnelle et de gestion ? Quels sont les risques potentiels ? Quelles sont les mesures prises ?

L’un des atouts du PAGOSAN a été de pouvoir participer au renforcement de capacités gestionnaires au niveau central et régional, notamment en travaillant sur la gestion financière (niveau central), sur la passation des marchés (niveau central et régional), l’élaboration et le suivi des plans de travail annuels budgétisés.

En effet, la maîtrise des procédures relatives à la passation des marchés est indispensable à la bonne gestion mais aussi à une programmation rationnelle des activités. Il n’est pas rare de voir des agents du MSAS programmer des activités dans un délai qui ne correspond en rien aux délais réalistes des marchés publics. Au-delà du nombre de personnes formées (une soixantaine de personnes), ce qui est important est de noter que la Cellule de Passation des Marchés du MSAS a été formée de manière à donner les formations, grâce à un appui en présentation, cahier d’exercices du participants et cahier du formateur.

Si l’amélioration de la gestion a été un point fort du PAGOSAN, c’est sans aucun doute l’amélioration de la capacité institutionnelle qui a fait la base même du PAGOSAN. En effet, le PAGOSAN repose sur une équipe très réduite : une Direction (formée d’un Responsable et d’un Coresponsable) et un Responsable administratif et financier. L’esprit du projet est de venir en appui aux différentes Directions et Services du Ministère, de dynamiser et d’accompagner les initiatives. Le PAGOSAN se positionne clairement comme une modalité d’aide qui ne se substitue pas aux acteurs nationaux, mais vient en amélioration / renforcement des processus. Il est clair et cela est clairement ressorti dans l’évaluation finale du projet que la DPRS a bénéficié de l’appui du projet. Par contre, l’évaluation n’a malheureusement pas mis en évidence la véritable appropriation par les acteurs locaux. La quasi-totalité des dossiers qui ont bénéficié de l’appui du PAGOSAN ont tous été clairement gérés par les acteurs du MSAS eux-mêmes : ils ont été une force de propositions et de changement et ont vraiment fait preuve d’initiatives dans le développement d’outils innovants.

L’appui institutionnel n’est pas forcément une modalité d’aide clairement comprise. Il est souvent entendu par les pays partenaires comme étant un appui financier, le plus généralement aux frais de fonctionnement. Ce point a été mis en évidence lors de l’atelier de capitalisation de juin 2015. Pourtant, Les projets d’appui institutionnel comprennent un ensemble de domaines d’action qui peut être schématisé comme dans la Figure 5ci-dessous.

Figure 5 : Domaines d’action de l’appui institutionnel

Pour être efficace, un projet d’appui institutionnel doit impérativement être :

* intégré aux services d’accueil ; il s’agit là d’une intégration aussi bien géographique (dans les mêmes locaux), managériale (les membres du projet doivent participer aux réunions des services d’accueil, et aux différentes activités même si elles ne sont pas forcément relatives au projet lui-même) et culturelle, pour une meilleure compréhension des tenants et aboutissants ;
* doté de moyens humains en adéquation à la charge de travail et surtout reconnu pour ses compétences, en apportant une réelle plus-value aux services d’accueil ;
* doté des moyens financiers qui lui permettent d’atteindre les résultats ;
* discret en valorisant les services de l’Etat ;
* géré par une équipe cadre qui fonctionne en bonne intelligence avec une compréhension mutuelle des difficultés qu’elle peut rencontrer.

La question n’est pas moins de savoir si le PAGOSAN a répondu à ces différents critères que de réaliser la portée du challenge et la contradiction entre la nécessaire visibilité attendue par le donneur d’ordre et l’accompagnement discret et efficace du projet.

Quant au risque potentiel, comme dans l’évaluation finale, on peut se demander quelle sera l’avenir des activités de planification, de suivi évaluation si elles ne sont plus soutenues par le PAGOSAN. Il suffit d’aller dans les régions et dans les districts pour se rendre compte que le PTA (Plan de Travail annuel) qui était une « obligation » demandée par le MSAS au démarrage du PAGOSAN est devenu un outil de planification incontournable. En effet, les PTA exigés par le service en charge au niveau du MSAS (à l’époque par la CAS/PNDS) étaient souvent un « copier-coller » du PTA de l’année précédente sans suivi, ni évaluation. Les nombreuses formations, notamment celles sur la gestion axée sur les résultats, le guide de gestion du PTA, les réunions de coordination trimestrielle, ont permis de relancer le processus. Les planificateurs des Régions médicales (RM) disent aujourd’hui « C*omment on faisant avant, sans les PTA* ».

Il faudra sans aucun doute encore quelques moyens financiers pour pouvoir assurer l’élaboration et le suivi des PTA, mais ils peuvent être réalisés avec peu de moyens. Quant au suivi du niveau central vers le niveau régional et du niveau régional vers le niveau district, il ne faut pas négliger tout l’appui qui peut être donné via les moyens électroniques.

Le plus important des risques reste la perte des ressources humaines qui ont été formées et notamment les planificateurs régionaux qui sont aujourd’hui financés par le Fonds Mondial et sur lequel repose le système de planification. Des discussions ont permis de les intégrer au MSAS en 2016.

# Apprentissage

## Enseignements tirés

### Hypothèse et conditionnalité

Un des reproches récurrent à l’endroit du projet a été l’absence de réforme de l’organisation du MSAS. Bien évidemment, le projet ne saurait être comptable de la non-effectivité de la réforme mais il faut bien constater qu’un certain nombre de résultats n’ont pu être atteints faute de réforme. Au final, le projet a travaillé sur les composantes qui donnaient les meilleurs résultats et abandonné celles qui donnaient peu de résultats.

Il est important de distinguer la différence entre une pré-condition et une hypothèse. La conditionnalité associée à la réforme aurait exigé que le projet ne démarre pas ou s’arrête. L’hypothèse permettait de pouvoir continuer sur les résultats non-dépendants de celle-ci. Il a été clairement dommageable pour le projet d’avoir été, lors de l’évaluation finale, évalué au travers du prisme de la non-effectivité de la réforme.

Il aurait cependant été intéressant de présenter les matrices de risques en SMCL et d’associer le démarrage de l’intervention sur les résultats concernés en fonction des avancées de la réforme ou d’en faire une conditionnalité de démarrage.

### Un projet – trois volets – cinq régions

Certes, le programme santé est un programme ambitieux, mais il est important de pouvoir traiter la plus grande partie des déterminants de la santé. Traiter les aspects liés à l’offre ne suffit pas. Si tel était le cas, les projets d’appui à l’offre mis en œuvre depuis des années auraient porté leurs fruits. Les acteurs évoluent dans des systèmes complexes pour lesquels les projets multidimensionnels répondent mieux à l’ensemble des problématiques.

Initialement le programme santé était composé de trois volets dotés chacun d’une Direction (Responsable et Coresponsable) avec un des trois Coresponsable assurant la fonction de coordination pour cinq régions représentant 40% de la population sénégalaise.

Le premier constat est de celui de l’étendue géographique. Sans vouloir se limiter aux chiffres, 25 millions d’euros rapportés aux 5 millions d’habitants de la zone pendant 5 ans, cela fait environ 1 euro par personne et par an. Il aurait peut-être fallu se concentrer sur deux régions au démarrage et le cas échéant étendre la zone. Cependant, ces considérations opérationnelles sont quelquefois difficiles à soutenir politiquement et la pression est forte de la part des pays partenaires de couvrir des zones étendues.

Le second constat est l’importance de disposer d’un coordonnateur au niveau cabinet dont la mission aurait été de ne travailler que sur la coordination du programme et de discuter au plus haut niveau des points sensibles pour le programme : de la réforme par exemple, mais aussi de la chirurgie décentralisée, ... En effet, dans la mesure où la coordination est le fait d’un des trois assistants techniques, celui-ci doit assurer non seulement ses tâches mais aussi la coordination sur un programme complexe et géographiquement très étendu. La charge de travail est clairement trop importante. Une assistance technique supplémentaire niveau cabinet aurait été bienvenue. Cette question est sensible dans la mesure où l’assistance technique est souvent un point de discussion entre le pays donateur et les pays partenaires qui considèrent que ce sont des ressources en moins destinées aux activités.

### Durée des projets et infrastructures

Le PAGOSAN est un projet d’appui au niveau central qui a permis de pouvoir réaliser des investissements importants au niveau central (infrastructures et logistiques roulantes).

La réalisation d’infrastructures est primordiale dans les projets d’appui aux pays partenaires et l’aide publique au développement belge fait clairement la différence par rapport à d’autres coopérations qui ne font que de l’appui de type « soft ». Pourtant, la réalisation d’infrastructures répond à un processus long requérant des compétences spécifiques. L’un des points forts du PAGOSAN est d’avoir pu bénéficier de compétences d’ingénierie génie civil du PAODES et du PAREE et cela a été bénéfique à la qualité des documents produits. Pourtant, se pose le problème de délai. Dans la figure ci-dessous apparaît les délais de réalisation des infrastructures.

Figure 6 : Délai nécessaire avant le démarrage d’une construction

\*Etape nécessitant des Avis de Non Objection (ANO)

Il faut 3 ans avant même de démarrer les travaux de construction. De ce fait, ce temps est utilisé par l’équipe projet pour mener des procédures sur lesquelles elle dispose de peu de compétences. De plus, l’équipe projet ne peut utiliser les infrastructures pour atteindre les résultats du projet. Dans le cas du PAGOSAN, on peut citer qu’il n’a pas pu être possible de mener toutes les activités relaves au centre de documentation puisqu’il n’est pas encore construit à la fin du projet (2015). Cette situation n’est pas spécifique au PAGOSAN, mais elle concerne l’ensemble des projets de développement avec un volet infrastructures. Prenons le cas du PAODES : comment apporter des innovations majeures en termes de tarification et de prise en charge des malades avec des soins de qualité alors que les réhabilitations des structures sanitaires sont en cours ?

Il serait dès lors pertinent de prévoir une phase relative aux infrastructures avant même le démarrage des projets. Cela permettrait aussi de mieux définir et calibrer les résultats à atteindre dans la mesure où il se déroule le plus souvent plusieurs mois entre la formulation et le démarrage des projets.

Figure 7 : Proposition de phasage pour un projet avec infrastructures

### Principes d’harmonisation entre PTF

L’harmonisation des PTF (notamment en matière d’indemnité et de per-diem) est un élément indispensable à la bonne gouvernance des projets, tout comme à leur efficacité. On regrettera l’énergie dépensée sur ce projet sur les propositions de notes d’harmonisation des per-diem (restées sans effet), les relations entre les acteurs qui se sont dégradées, les tensions gérées par les équipes projet qui ont conduit à bon nombre de démissions. Il faut cependant retenir les éléments suivants :

* un projet n’a finalement que peu de marge de manœuvre sur une activité qu’il ne finance pas ;
* les PTF qui proposaient les taux les plus élevées d’indemnités ont pu travailler avec la partie nationale.

En conclusion, les fonds proposés par le projet n’ont été que très peu sollicités notamment au niveau régional. Il est clair qu’il n’est pas acceptable de céder à une quelconque surenchère et un dialogue a été mené au plus haut niveau. Fin juin 2015, soit près de 3 ans après la baisse du per-diem, une proposition d’harmonisation est mise sur la table du Ministère des Finances par les PTF. Il reste à espérer que celle-ci soit appliquée par l’ensemble des partenaires. Pour autant, il reste indispensable que chaque pays partenaire propose ses propres modalités de prise en charge car ce seront celles qui seront à terme reprises par les budgets nationaux.

## Recommandations

*Une recommandation est une décision à prendre, adressée à un des utilisateurs du rapport final. Ces recommandations doivent être aussi spécifiques que possible. Opérationnalisez les recommandations en ajoutant la « Source » et le « Public cible ».*

*Les recommandations peuvent s'avérer pertinentes pour :*

* *la stratégie par pays*
* *la stratégie sectorielle*
* *une prochaine intervention*
* *la stratégie de sortie*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Recommandation** | **Source** | **Public cible** |
| Finaliser un accord de prise en charge de futurs agents de l’Etat sur financement extérieur | 4.2.1 | Ambassade |
| Assurer une phase préparatoire pour les projets | 4.2.1 | CTB HQ |
| Formuler des projets avec des séquences différentes quand ceux-ci sont dépendant d’éléments non existants (de type base légale) | 4.2.1 | CTH HQ |
| Faire participer les AT au dialogue sectoriel, au moins à titre d’observateur | 3.1.4 | CTB RR |
| Redéfinir les activités en fonction des résultats à atteindre au bout de 6 mois de démarrage du projet | 4.2.1 | Direction du projet |

# PARTIE 2 : Synthèse du monitoring (opérationnel)

# Suivi des décisions prises par la SMCL

*Faites rapport sur le suivi des décisions. Fournissez un aperçu des* ***décisions stratégiques importantes*** *prises par la SMCL durant l'intervention (n’incluez pas les décisions de moindre importance). Ensuite, décrivez comment l'intervention a suivi ces décisions. Ces décisions peuvent également provenir des recommandations retenues par la SMCL à la suite de rapports des résultats, MTR, backstoppings, audits et évaluations finales (ETR). Cela devrait normalement constituer un copier-coller du monitoring opérationnel mis à jour de l'intervention.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Décision** | **SMCL** | **Action(s)** |
| Suite à la réalisation de la Baseline et aux résultats obtenus, la SMCL recommande une concertation régulière entre le responsable suivi évaluation de la DPRS et le chargé de suivi évaluation PAODES/PAGOSAN pour une meilleure appropriation réciproque des résultats/indicateurs. | Mars 2013 | Un processus de révision de la Baseline a été mise en œuvre sous la coordination du l’ATN Suivi Evaluation du PAODES et du PAGOSAN |
| La SMCL valide les principes de la réorganisation de la cellule administrative et financière du programme santé | juin-14 | Proposer un nouvel organigramme à la SMCL. |
| La SMCL demande aux gouvernements belge et sénégalais d’approuver une prolongation de la durée de validité de la convention spécifique et de la durée du projet pour l’aligner sur celle du PAODES. Cette prolongation a pour objectif de permettre de finaliser l’exécution des marchés contractualisés relatifs aux infrastructures et aux équipements du PAGOSAN. | févr-15 | Les documents nécessaires à l'échange de lettre et à la passation ont été préparés. |
| La SMCL valide la reprise de la gestion du PAGOSAN par le PAODES et la fusion des équipes administratives et financières | Sept 2015 | Réalisation complétées début 2016 |

L’évaluation finale a relevé que très peu de recommandations étaient adressées à l’endroit du PAGOSAN par la SMCL commune aux deux projets PAGOSAN et PAODES.

Il peut paraitre étonnant que la question de la réforme n’ait jamais été formulée de manière explicite dans les recommandations. Il faut cependant indiquer que le sujet a été systématiquement abordé lors de toutes les SMCL et lors du comité des partenaires.

Une réponse très claire de la part du Secrétaire Général a été donnée en SMCL et consignée dans le PV, à savoir :

*« Par rapport aux présentations, les points suivants ont été précisés par Monsieur le Secrétaire Général. Concernant la réforme du MSAS : il a signalé que le MSAS a finalisé depuis plus d’une année un décret qui n’est toujours pas validé à un niveau supérieur. Une rencontre est prévue au niveau du BOM[[7]](#footnote-7) à ce sujet. Il a cependant rappelé que le décret d’organisation du MSAS existe même si les arrêtés d’application ne sont pas disponibles.[[8]](#footnote-8) »*

Avec le recul, la Direction du projet, tout comme les membres de la SMCL, ont sûrement manqué de clairvoyance sur les délais réels de la réforme.

# Bilan des réalisations des activités Genre du PRC

Il est aujourd’hui reconnu que le développement durable et, plus particulièrement la réduction de la pauvreté, ne pourra se réaliser sans l’élimination des inégalités entre les femmes et les hommes. Ce dessein de lier la question de la promotion de la femme, la croissance économique et le développement est devenu incontournable dans toutes les perspectives d’évolution des sociétés. Conscient de cette exigence, le gouvernement du Sénégal a décidé d’adopter une démarche soucieuse d’égalité entre l’homme et la femme et d’intégrer progressivement les questions de genre dans les priorités de développement du pays. L’élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie Nationale pour l’Equité et l’Egalité de Genre (SNEEG/2015-2015/2016-2026) est l’une des illustrations les plus parfaites de cet engagement politique.

Pour sa part, l’Agence Belge de Développement (CTB) a pris l’engagement de renforcer l’attention pour le genre et l’égalité des femmes et des hommes. Elle a rendu ces engagements opérationnels à travers sa Stratégie genre qui fait de l’intégration transversale de la dimension genre une priorité dans son fonctionnement et dans toutes les interventions de la coopération.

Le Programme de Renforcement des Capacités (PRC) s’inscrit dans cette perspective et cherche à répondre aux besoins en renforcement organisationnel des structures du Sénégal et est orienté vers l’amélioration qualitative des services aux populations dans les deux secteurs de concentration de la coopération au Sénégal. C’est ainsi que dans le cadre de la politique belge de coopération au développement, il a été décidé de remplacer le programme des bourses par un Programme de Renforcement des Capacités (PRC) institutionnelles, avec un accent particulier sur le genre. Pour les deux secteurs et pour le résultat spécifique 4 du projet, relatif au genre, des avancées significatives ont été notées pour la prise en compte de la dimension genre dans les interventions du projet.

La présente contribution est une synthèse des réalisations du projet relative aux activités genre entre 2014 et 2017. Ces réalisations ont porté en partie sur une série d’interventions diverses en matière de formations, d’organisation d’ateliers ou de stages avec des données désagrégées par sexe dans le cadre du renforcement organisationnel des structures respectives et la réalisation d’audits participatifs genre des deux secteurs en vue de l’évaluation du niveau d’intégration du genre dans les ministères de concentration de la coopération.

## Activités réalisées dans le cadre du Projet PRC

### Les préalables à la réalisation du processus d’institutionnalisation du genre dans les secteurs de concentration de la coopération.

Ces préalables ont porté sur :

* La prise de mesures administratives par l’autorité pour l’institutionnalisation effective du genre dans les secteurs de la santé et de l’hydraulique à travers la mise en place et le fonctionnement effectif de la cellule sectorielle genre (arrêté portant création, organisation et fonctionnement de la cellule), la nomination d’une coordonnatrice de la cellule et la mise en place d’une Task Force pour la coordination et harmonisation du processus d’institutionnalisation du genre.
* Le renforcement des capacités des membres de la cellule genre des deux secteurs (en mai et en novembre 2014 pour la santé et en juin 2015 pour l’hydraulique) en genre, sur le processus de l’audit participatif genre et sur la valeur ajoutée du genre dans le secteur.
* La tenue de deux réunions de coordination spéciale sur le genre présidées par les ministres des deux secteurs (santé en 2015 et l’hydraulique en 2016). Une occasion pour la cellule genre de présenter ses missions et attributions et la démarche du processus d’institutionnalisation du genre.

### Analyse des résultats deux secteurs de concentration de la coopération en 2014 et 2015.

L’année 2014 a été marquée par le recrutement en avril de l’expert genre et le démarrage de la réalisation de l’audit participatif genre au niveau des deux secteurs d’intervention de la coopération.

Durant les deux années (2014-2015) le programme de renforcement des capacités a permis de former **133 bénéficiaires (les deux cellules genre confondues) dont 77 femmes soit 58% de l’effectif contre 42% soit 56 d’hommes**. Ces efforts mettent en évidence, tant aux niveaux central que déconcentré, l’existence d’actions positives qui visent un changement de comportement, d’attitudes et de pratiques indispensables à une meilleure internalisation des questions relatives au genre au sein de la cellule genre des ministères. Cette dernière a pour missions de veiller à l’intégration du genre dans les activités du ministère et à sa prise en compte dans les politiques, programmes, projets de développement et budgets. Elle sera responsable de la mise en œuvre du plan d’institutionnalisation du genre du MHA. Sous ce rapport, elle est responsable des résultats obtenus en faveur de la promotion du genre dans le ministère. Ces formations ont contribué à renforcer la cellule genre dans ses missions et attributions dans le cadre du processus d’institutionnalisation du genre. Elle sera responsable de la mise en œuvre du plan d’institutionnalisation pour chaque secteur.

Tableau : 3 synthèses des formations genre des cellules genre

| **Période** | **intitule** | **secteur** | **effectif** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **H** | **F** | **total** |
| 01 AU 05/09/2014 | Formation genre des membres de la CG | Santé | 6 | 25 | 31 |
| 14/11/2014 | Séance d'information et d'orientation des MCR & MCD à Kaolack | Santé | 20 | 14 | 34 |
| 15/11/2014 | Séance d'information et d'orientation des MCR & MCD à Thiès | Santé | 16 | 20 | 36 |
| 24 AU 26/06/2015 | Formation genre des membres de la CG | Eau & Assainissement | 14 | 18 | 32 |
| source : rapport formation cellules genre 2014-2015 |  | **TOTAL GENERAL** | **56(42%)** | **77(58%)** | **133** |

Ces formations, pour le secteur de la santé sur le genre, ont été élargies au niveau déconcentré (intermédiaire et périphérique). Elles ont été organisées à Kaolack et à Thiès. La région de Kaolack a polarisé la région de Kaffrine et celle de Thiès les régions de Diourbel et Fatick. **C’est ainsi qu’à Kaolack 34 MCR et MCD ont été sensibilisés (dont 14 femmes (41%) et 20 hommes (59%). Alors qu’à Thiès sur les 36 formés, 20 sont des femmes soit 56% de l’effectif contre 44% des hommes. Les femmes représentent la majorité des membres des cellules.** Cependant, la répartition du personnel de santé par sexe et occupation, les écarts entre hommes et femmes par catégorie socioprofessionnelle ne sont pas favorables aux femmes et d’autre part, au-delà des raisons socioculturelles qui considère le secteur de l’hydraulique comme masculin, et aujourd’hui majoritairement dominé par les hommes. Par conséquent, malgré la présence et parfois même la prédominance des femmes, les clés de la gouvernance sont largement entre les mains des hommes.

L’année 2015 a vu le démarrage de l’audit participatif genre du MSAS, après la mise en place de la cellule genre, la formation de ses membres et l’organisation de la coordination spéciale avec le ministre. Il a porté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : les premiers entretiens et consultations ont eu lieu au niveau central dans la deuxième quinzaine du mois de décembre 2014 tandis qu’au niveau régional et district la mission s’est déroulée courant janvier 2015 pour les 05 régions de la zone d’intervention pour prendre fin en septembre 2015. Malgré cette forte présence des femmes, les hommes occupent majoritairement les postes de responsabilités. Au niveau central, le niveau de représentation des hommes et femmes est marqué par des disparités variables d’une fonction à une autre. Les hommes sont au nombre de 90 sur 173 et les femmes 83. Elles représentent 48% de l’effectif. Au niveau des régions et districts réunis, sur un total de 90 médecins chefs, les hommes représentent 93% contre 7% de femmes. Au niveau régional, aucune femme n’est médecin chef ; la seule femme qui était médecin chef de région a été promue directrice nationale au cours de l’audit. Au niveau des districts, on dénombre seulement sept (7) femmes médecins (9%) chefs pour 69 hommes (91%). Et enfin, au niveau des équipes-cadres des régions et districts, on note avec un taux de représentation de 61% (437 hommes) contre 39% (280) pour les femmes[[9]](#footnote-9).

Les résultats de l’audit participatif genre du MSAS, en 2015 laissent apparaître que les femmes constituent la majorité du personnel du secteur toutes catégories confondues. **Elles représentent, sur un total de 20.215 agents, un effectif de 11.243 soit 56% contre 8.972 hommes soit 44%.**

Source : audit participatif genre MSAS, 2015

De plus, la faible sensibilité genre des ressources humaines constitue l’une des principales difficultés du Ministère, tant au niveau central qu’au niveau des structures déconcentrées pour une intégration effective et transversale des questions liées au statut et contraintes différenciés des femmes et des hommes.

L’année 2015 a été aussi marquée par la révision des indicateurs et la formation « More Results ». Le résultat spécifique 4 du projet relatif au genre a été aussi reformulé pour une meilleure atteinte des résultats. C’est ainsi que l’activité portant sur « Elaborer une stratégie paritaire d’attribution des bourses » peine à être réalisé. Trois appels d’offres ont été lancés jugés infructueux et ont confirmé notre questionnement sur la faisabilité de l’activité et sa pertinente ; est-il besoin d’une stratégie pour attribuer des bourses de manière paritaire ? C’est ainsi qu’une note explicative pour la prise en charge des femmes mères (parents biologiques ou adoptifs de sexe féminin d’un enfant) dans les activités du PRC a été élaborée et validée en SMCL. Elle s’inscrit dans une stratégie de promotion des droits humains et de justice sociale pour les femmes et pour les hommes de participer équitablement aux interventions du projet.

De même, sur un plan opérationnel l’atteinte de la parité est aléatoire, du fait que, par exemple, contrairement au secteur de la Santé où le pourcentage de personnel féminin est conséquent (56% avec une surreprésentation des sages-femmes), le personnel féminin dans le secteur de l’Eau et de l’Assainissement représente moins de 15% de l’ensemble du personnel (cadres et techniciens) ». Ces observations sont encore d’actualité et l’objectif de 50% des bourses à attribuer aux femmes à la fin du projet a été révisé, avec un objectif beaucoup plus centré sur l’équité que sur la parité dans l’attribution des bourses.

Dans la même dynamique, les résultats des activités de renforcement des capacités ont été essentiellement centrés sur les formations groupées et individuelles réalisées dans les deux secteurs en 2014 et 2015. Le pourcentage de bourses octroyées aux femmes et aux hommes dans les deux secteurs de concentration de la coopération montre une bonne évolution des indicateurs aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Même si cette évolution reste majoritairement en faveur des hommes dans le secteur de l’hydraulique **(86% contre 14%), elle est en faveur des femmes (54% contre 46%) dans le secteur de la santé.**

*Progrès des indicateurs*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Output 4 : Les capacités des IB sont renforcées en matière de genre** | | | | | |
| **Indicateurs** | **Valeur de la *Baseline*** | **Valeur année N-1** | **Valeur année N** | **Cible année N** | **Cible finale** |
| * Nombre de plan de formation intégrant la dimension genre | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| * % de bourses attribuées à des femmes – Secteur Santé | 0 | 42 % | 86 % | 54% | 54% |
| * % de bourses attribuées à des hommes– Secteur Santé | 0 | 58 % | 14 % | 46% | 46% |
| * % de bourses attribuées à des femmes – Secteur Eau / Assainissement | 0 | 3 % | 31 % | 14% | 14% |
| * % de bourses attribuées à des hommes– Secteur Eau / Assainissement | 0 | 97 % | 69 % | 86% | 86% |
| * Nombre de Cellules genre fonctionnelles au niveau des ministères | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |

Source : extrait rapport PRC, 2015

Les résultats montrent que le projet a apporté une plus-value dans le renforcement des capacités institutionnelles et a permis de rendre visibles les actions en faveur du genre dans chaque secteur.

Les différentes parties du DPPD, qui constitue, pour le MSAS, le cadre d’opérationnalisation du PNDS, a permis de noter ***un faible traitement des questions de genre*** dans toutes les parties alors que les femmes qui constituent, en grande partie, les cibles majeures des interventions envisagées ou des points d’entrées pour les approches communautaires sont soumises à des contraintes liées au relation et rapport de genre. Malgré tout, ***le DPPD est apparu, par endroit, plus sensible au genre que le PNDS***. A l’image de ce dernier, il est rappelé, dans le DPPD, les principes directeurs devant guider la mise en oeuvre de la politique sanitaire, à savoir, ***l’équité et le genre*** à côté de la participation, de la multisectorialité, de la transparence et la solidarité. La vision, les objectifs et les stratégies d’intervention annoncées pour les prochaines années *« qui doivent être véritablement tournées vers la réalisation du bien-être des familles sénégalaises par l’amélioration de la qualité de l’offre de services »* doit intégrer, plus explicitement, les problématiques de genre dont la non-prise en compte pourraient affecter, négativement, les performances des programmes.

### Analyse des résultats deux secteurs de concentration de la coopération en 2016 et 2017

Le management opérationnel réfère aux directions techniques nationales et aux structures parapubliques et privées sous tutelle du MHA. Les directions techniques sont au nombre de quatre : la DGPRE, la DH, la DA et la DAGE. Le personnel total est estimé à 103 agents, toutes fonctions confondues, dont 75 hommes pour 28 femmes. Les femmes représentent à peine un tiers du personnel des directions techniques. Cette proportion est encore plus faible (21%) si l’on considère uniquement les fonctions à responsabilité technique

**Le niveau stratégique** est quasiment occupé par les hommes. Ils sont au nombre de 14 sur 15. Une seule femme est officiellement à ce niveau de responsabilité en tant que Coordonnatrice de la Cellule de passation des marchés, soit une représentativité féminine de 7%.

Source : audit participatif genre MHA, 2016

**Au niveau des directions techniques,** la situation est tout aussi déséquilibrée avec respectivement 72 hommes et 28 femmes. Si on regarde la position et le niveau de responsabilité, on décompte une seule femme chef de division sur l’ensemble des 5 directions et 6 femmes chefs de projet sur 28.

**Au niveau des structures para publiques et privées**, le profil genre est quasiment le même, les femmes représentent 36% des effectifs ; on n’y compte aucune femme DG, une seule femme directrice (SONES), 5 femmes chefs de division et 13 chefs de projet.

**Au niveau déconcentré,** le profil genre est à forte dominante masculine au niveau des DRH et des BPF. Chez les SRA, on constate une légère amélioration avec une seule femme, responsable régionale et deux animatrices au niveau des équipes.

Cependant, les résultats de l’audit genre ont révélé au niveau stratégique des avancées significatives notamment, la Lettre de Politique Sectorielle du MHA, révisée en 2016, intègre le genre. Un objectif spécifique est consacré à l’institutionnalisation du genre et des propositions d’intégration du genre dans les orientations stratégiques ont été faites et restent à valider. Au niveau du DPPD 2017-2019 en cours d’élaboration, il s’agira de traduire en résultats ces orientations et d’y intégrer des indicateurs sensibles au genre. Des propositions d’indicateurs ont été faites par l’équipe d’évaluation.

**De façon générale, nous noterons une forte influence du socioculturel dans les deux secteurs**, relativement à la participation des femmes notamment à la gouvernance de l’eau et de l’assainissement. On y ajoutera **le faible niveau d’instruction des femmes**. A cela, il faut ajouter, l’absence de politique de gestion des ressources humaines sensible au genre, qui au-delà de la gestion du personnel, aurait la charge des autres composantes : la planification des besoins en personnel, le recrutement, le plan de carrière, la motivation, la promotion, les relations de travail, le renforcement des capacités, le développement d’une culture organisationnelle et la protection contre les violences basées sur le genre, etc. Ces éléments réunis affectent sérieusement la confiance en soi des femmes et leur leadership. Basée sur des critères fondés uniquement sur le niveau de qualification et de compétence technique, la gestion des ressources humaines intègre très peu la variable sexe et les relations homme-femme dans le milieu de travail.

De plus, dans le secteur de l’eau et de l’assainissement, la priorité est davantage accordée aux actions techniques au détriment du soft qui réfère aux actions d’information, de sensibilisation et de plaidoyer indispensables pour un changement de mentalité et de comportement (problème de genre) chez les populations. Ce qui est à la base du déficit de personnel qualifié en nombre suffisant pour mener les activités d’IEC.

Les mêmes tendances de 2015 se confirment en 2016 pour les deux secteurs et sur la répartition des bourses entre les deux sexes.

*Progrès des indicateurs*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Output 4 : Les capacités des IB sont renforcées en matière de genre** | | | | | |
| **Indicateurs** | **Valeur de la *Baseline*** | **Valeur année 2015** | **Valeur année 2016** | **2016** | **Cible finale** |
| * Nombre de plan de formation intégrant la dimension genre | 0 | 0 | 3 | 3 | 2 |
| * % de bourses attribuées à des femmes – Secteur Santé | 0 | 86% | 52% | 54% | 54% |
| * % de bourses attribuées à des hommes– Secteur Santé | 0 | 14% | 48% | 46% | 46% |
| * % de bourses attribuées à des femmes – Secteur Eau / Assainissement | 0 | 31% | 31% | 14% | 14% |
| * % de bourses attribuées à des hommes– Secteur Eau / Assainissement | 0 | 69% | 69% | 86% | 86% |
| * Nombre de Cellules genre fonctionnelles au niveau des ministères | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |

Source : Extrait rapport PRC, 2016

A côté des formations dispensées et qui visent à la fois les femmes et les hommes des deux secteurs de concentration, celles relatives au SONUB et à l’échographie Obstétricale et générale, les femmes sont majoritaires. C’est pour dire que pour le secteur de la santé, la mortalité maternelle continue d’être au centre des préoccupations du secteur (Dixit Madame le Ministre de la Santé et de l’Action Sociale : « chaque jour au Sénégal 4 femmes meurent en donnant naissance »). Les instructions du top management ont permis de se focaliser sur les formations critiques dans le domaine de **la santé de la mère et de l’enfant et d’accélérer la mise en œuvre.**

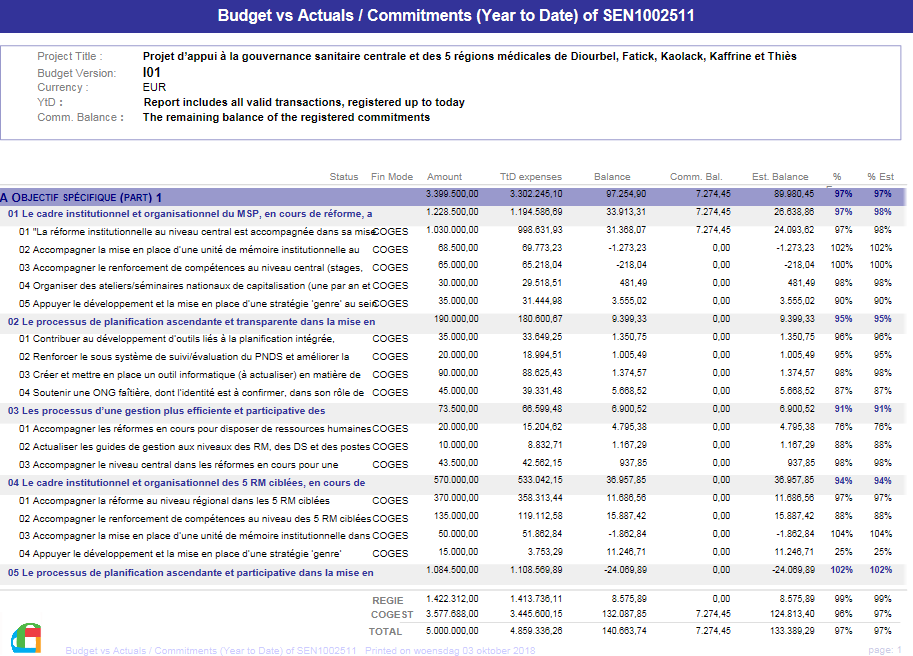
Ces formations en échographie et en Soins obstétricaux et néonatals d’urgence ont permis une meilleure prise en charge des bénéficiaires. Dans les districts de Bambey et de Ndofane par exemple, l’échographie était assurée par un médecin prestataire privé qui était rémunéré en fonction du nombre de malade ; désormais, les échographies sont réalisées par les Sages-Femmes d’Etat(SFE) formées au grand bonheur des populations qui devaient chaque fois attendre la disponibilité du prestataire privé. Une amélioration notable de la prise en charge des patientes en Soin obstétricaux et néonatals d’urgence de base. En effet, les formations en échographie et en soins obstétricaux et néonatals d’urgence ont permis une meilleure prise en charge des bénéficiaires par :

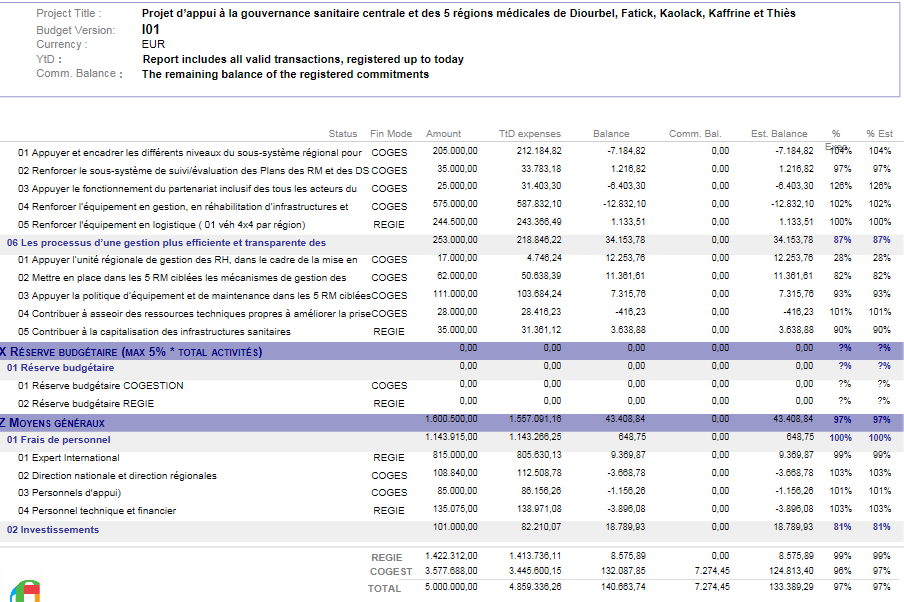
* Une amélioration notable de la prise en charge des parturientes avec la formation d’au moins **10 SFE par district soit un total de 379 SFE en soins obstétricaux et néonatals d’urgence de base.** Les bénéficiaires de cette amélioration de la qualité sont les 216.792 femmes en âge de procréation au niveau des 05 régions.
* Les effets de ces formations ainsi concernent **5.560.735 bénéficiaires indirects (l’ensemble des populations des 05 régions de la zone d’intervention** de la coopération belge) répartis dans les 28 districts des 05 régions de la zone d’intervention du projet.

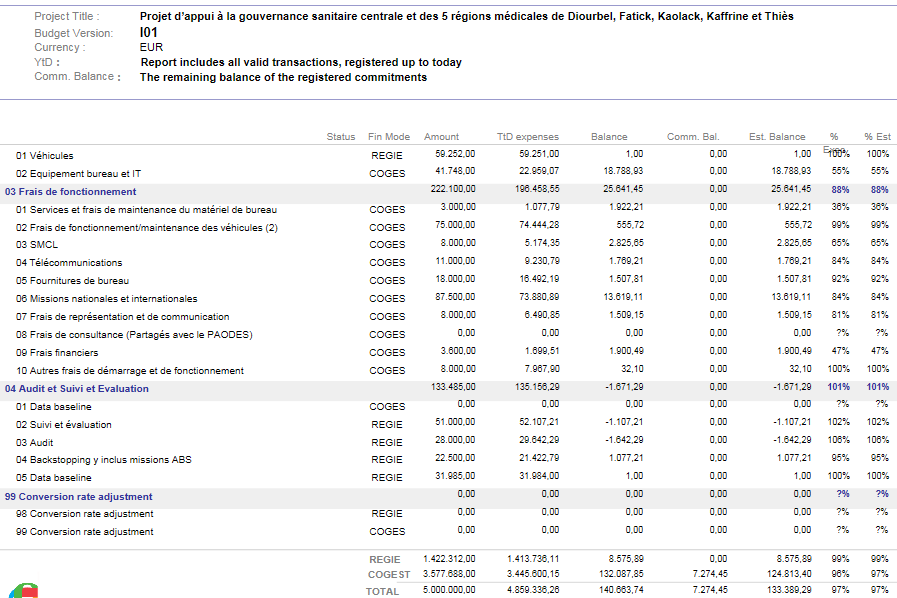
En 2017, les activités de renforcement des capacités ont été réalisées dans une perspective genre au niveau des deux secteurs de concentration de la coopération. Au niveau du secteur de la santé sur 18 activités de formation réalisées en 2017(les deux niveaux confondus), les femmes représentent 271(32%) sur un effectif de 857 femmes et 20% de l’effectif total sur la période 2013-2017. Cette tendance reste favorable au niveau des hommes et sur la même période avec respectivement 58% et 22%. Il faut cependant noter que les formations en SONUB des Sages-Femmes(SFE) et des Infirmiers Chefs de Postes(ICP) et des SFE en échographie générale ont été au cœur des interventions du projet avec respectivement 94 femmes (85%) et 16 hommes (16%) formés en SONUB et 100% des SFE en échographie. Ces résultats montrent l’importance de la contribution qu’apporte le projet aux priorités du secteur et dans le domaine de la santé de la reproduction et plus précisément en matière de mortalité maternelle qui continue d’être au cœur des préoccupations du secteur. Globalement, même si les hommes occupent majoritairement les postes de responsabilités et les femmes la majorité du personnel du secteur toutes catégories confondues, les opportunités offerts par le projet en termes de renforcement des capacités institutionnelles laissent entrevoir sans nul doute une évolution favorable dans les années à venir en termes de responsabilisation des femmes.

Contrairement au niveau du ministère de l’hydraulique et de l’assainissement et sur la même période 9 activités de formation ont été réalisées au niveau central et déconcentré. Ces activités ont touché 96 femmes (41%) sur un effectif de 235 femmes et 12% de l’effectif total sur la période 2014-2017. Cette situation est plus avantageuse pour les hommes et sur la même période avec respectivement 31% et 22% de l’effectif total sur la période 2014-2017. Une situation qui s’explique en grande partie par la faible perception du genre dans le secteur et par les caractéristiques technique et masculin, conférées au secteur de l’hydraulique qui restent prioritaires et expliquent, sans doute, la référence occasionnelle au genre et la sous-représentation constatée des femmes dans les postes de décision et par conséquent dans les activités de renforcement des capacités institutionnelles du secteur.

# Dépenses (au 30/09/2018)







# Taux de décaissement de l’intervention (au 30/09/2018)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Source de financement** | **Budget cumulé** | **Dépenses réelles cumulées** | **Taux de déboursement cumulé** | **Commentaires et remarques** |
| Contribution directe belge | € 5 000 000.00 | € 4.866.610 | 97% |  |
| Contribution du pays partenaire | € 500 000 | € 335 871 | 67% | Dont € 258 744 (Budget de l’Etat) et € 77 127 (en participation aux frais de fonctionnement du projet jusque 2015, non évalué pour 2016-2017 |
| Autre source |  |  |  |  |

# 

# Personnel de l'intervention

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personnel (titre et nom)** | **Genre (H/F)** | **Durée de recrutement (dates début et fin)** |
| 1. **Personnel national mis à disposition par le pays partenaire :** |  |  |
| Dr Amadou Djibril BA, Coresponsable du PAGOSAN | H | Fonctionnaire de la fonction publique |
| Aminata GANO, Assistante du RAF  Dr Papa Amadou Diack, Coresponsable du PAGOSAN | F | Fonctionnaire de la fonction publique  Du 01/08/2015 au 31/10/2017 |
| 1. **Personnel d'appui, recruté localement par la CTB :** |  |  |
| Moussa DIENG, Responsable Administratif et Financier | H | Du 15/01/2011 au 31/10/2017 |
| Khadidiatou DIA, Secrétaire Comptable | F | 01/01/2011 au 25/11/2015 |
| Serigne Mbacke NDIAYE, Chauffeur | H | Du 12/09/2011 au 05/11/2014 |
| Amadou DEME, Chauffeur | H | Du 01/01/2012 au 31/10/2017 |
| Amadou FALL, Chauffeur  Seydou Ciss, Superviseur de chantier | H  H | Du au 01/03/2015 au 25/11/2015  Du 04/01/2016 au 31/10/2017 |
| 1. **Personnel de formation, recruté localement :** | - |  |
| 1. **Personnel international (hors CTB) :** | - |  |
| 1. **Experts internationaux (CTB) :** |  |  |
| Olivia VELLA, Coresponsable du PAGOSAN  Vincent Vercruysse, Coresponsable PAODES/PAGOSAN | F  M | Du 01/08/2011 au 31/07/2015  Du 01/08/2015 au 31/10/2017 |

# Marchés publics

| **Numéro du marché** | **Intitulé du marché** | **Type de marché** | **Montant**  **FCFA** | **Montant euros** | **Mode d'exéc.** | **Code Budgét.** | **Fournisseur** | **Mode de passation** | **Etat d'avancement** | **Remarques** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C\_PAGOSAN\_334 | Recrutement d'un bureau de contrôle pour la construction de la région médicale de Kaffrine | services | 7 750 000 XOF | € 11 815 | cogestion | A\_05\_04 | Bureau Véritas | DRP | Suivi en cours | Réception provisoire en novembre |
| C\_PAGOSAN\_338 | Formation en leadership | travaux | 9 475 000 XOF | € 14 445 | cogestion | A\_05\_03 | CESAG | DRP | Clôturé |  |
| T\_PAGOSAN\_340  SEN 247 | Construction des locaux pour la DPRS, l'inspection et le centre de documentation | travaux | 378 393 439 XOF | €576 857 | cogestion | A\_01\_01 | ETPB | Appel d'offre ouvert | Construction 95% | En cours |
| C\_PAGOSAN\_2015\_01 | Etudes de sol complémentaires pour les locaux du MSAS | services | 3 110 000 XOF | €4 741 | cogestion | A\_01\_01 | TECHNOSOL | DRP | Clôturé |  |
| F\_PAGOSAN\_512  SEN 260 | Equipement etmobilier de bureau pour les RM | biens | 38 494 117 XOF | € 58 684 | cogestion | A\_05\_04  A\_01\_01 | Lot 1 : Pico Mega  Lot 2 : Master Office | AON | Clôturé |  |
| T\_PAGOSAN\_523  SEN 258 | Réhabilitation des RM de Thiès et Diourbel | travaux | 46 712 821 XOF | € 71 213 | cogestion | A\_04\_01 | Lot 1 : Afrique Equipe Plus  Lot 2 : ETPB | AON | Clôturé |  |
| F\_PAGOSAN\_024  SEN 279 | Acquisition et équipement de matériel informatique et de mobilier de bureau pour le MSAS et la région médicale de Kaffrine | Fournitures | 120 000 XOF 000 | €182 939 | cogestion | A\_05\_04  A\_01\_01 |  | Appel d'Offres Ouvert | Réception du matériel en cours | En cours |
| F\_PAGOSAN\_025  SEN 276 | Acquisition et installation d'un ascenseur pour un bâtiment R + 2 | Fournitures | 30 000 000 XOF | € 45 735 | cogestion | A\_01\_01 |  | Demande de Renseignement et de Prix ouverte | Installé | Réception provisoire à prévoir en octobre |
| F\_PAGOSAN\_026 | Acquisition et installation d'un groupe électrogène et de climatisation | Fournitures | 33 000 000 XOF | € 50 308 | cogestion | A\_01\_01 |  | Demande de Renseignement et de Prix ouverte | Installé | Réception provisoire à prévoir en octobre |
| T\_PAGOSAN\_116 | Travaux de réhabilitation des régions médicales de Fatick et Kaolack | Travaux | 50 000 000 XOF | € 76 225 | cogestion | A\_04\_01 |  | Demande de Renseignement et de Prix ouverte | Clôturé |  |
| T\_PAGOSAN\_183  SEN 222 | Construction de la Région Médicale de Kaffrine | Travaux | 246 000 000 XOF | €375 025 | cogestion | A\_05\_04 |  | Appel d'Offres Ouvert | Construction 80% | Réception provisoire en décembre |

# Accords d’exécution

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **code budgétaire** | **Partenaire** | **Statut institution** | **Objet de l'Accord** | **Modalité de paiement** | **entrée en vigueur (date)** | **End date** | **Montant Total (€)** | **Montant en (devise locale)** | **Statut** | **Nbre**  **Transfert** | **statut transfert** | **Date transfert (réalisé ou planifié)** | **Montant (€)** | **Remarques** |
| R3,R4 et R5 | RM DIOURBEL | Ministère déconcentré | Améliorer la gouvernance sanitaire | Transfert trimestriel | 30/04/2013 | 30/11/2014 | € 68 602 | 44 999 962 XOF | Clôturé | 1 | Réalisé | 15-mai-13 | € 8 811 | AE clôturé au 30/11/2014 |
| R3,R4 et R5 | RM FATICK | Ministère déconcentré | Améliorer la gouvernance sanitaire | Transfert trimestriel | 30/04/2013 | 30/11/2014 | € 70 431 | 46 199 707 XOF | Clôturé | 1 | Réalisé | 15-mai-13 | € 2 470 | AE clôturé au 30/11/2014 |
| R3,R4 et R5 | RM KAOLACK | Ministère déconcentré | Améliorer la gouvernance sanitaire | Transfert trimestriel | 30/04/2013 | 30/11/2014 | € 40 856 | 26 799 779 XOF | Clôturé | 1 | Réalisé | 15-mai-13 | € 8 117 | AE clôturé au 30/11/2014 |
| R3,R4 et R5 | RM KAFFRINE | Ministère déconcentré | Améliorer la gouvernance sanitaire | Transfert trimestriel | 30/04/2013 | 30/11/2014 | € 32 624 | 21 399 941 XOF | Clôturé | 1 | Réalisé | 15-mai-13 | € 4 863 | AE clôturé au 30/11/2014 |
| R3,R4 et R5 | RM THIES | Ministère déconcentré | Améliorer la gouvernance sanitaire | Transfert trimestriel | 30/04/2013 | 30/11/2014 | € 77 917 | 51 110 202 XOF | Clôturé | 1 | Réalisé | 15-mai-13 | € 14 776 | AE clôturé au 30/11/2014 |

# Équipements

| **Equipement** | | **Coût** | | **Date de livraison** | | **Remarques** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qté** | **Type d'équipement** | ***budgété*** | ***réel*** | ***prévue*** | ***réel*** | **Lieu de livraison** |
| 1 | Machine à relier | 95 000 | 100 000 | févr-12 | 13/02/2012 | PAGOSAN |
| 2 | Tableau Padex 65/100 | 50 000 | 35 000 | févr-12 | 13/02/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Bureau bois 120 cm x 80 cm avec 3 tiroirs avec serrures | 150 000 | 145 000 | mai-12 | 21/06/2012 | DPRS |
| 1 | Imprimante laser noir simple Lexmark E260D | 220 000 | 149 200 | mai-12 | 31/05/2012 | DPRS |
| 1 | Appareil photo numérique Sony | 150 000 | 106 800 | mai-12 | 31/05/2012 | PAGOSAN |
| 2 | Armoire métallique 185x90x45 | 120 000 | 175 000 | mai-12 | 21/06/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Caméra vidéo Sony HDR-XR 155E | 600 000 | 513 000 | mai-12 | 31/05/2012 | PAGOSAN |
| 3 | Chaise visiteur | 30 000 | 30 000 | mai-12 | 21/06/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Coffre-fort Eagle Safe anti feu 35x49x51 + combinaison de fermeture + clé Poids 60 kg | 350 000 | 319 000 | mai-12 | 21/06/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Ecran de projection | 120 000 | 96 400 | mai-12 | 31/05/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Imprimante laser multifonction couleur, fax, scanner, copieur CM 2320 fxi | 550 000 | 606 100 | mai-12 | 31/05/2012 | PAGOSAN |
| 2 | Imprimante laser noir simple Lexmark E260D | 150 000 | 149 200 | mai-12 | 31/05/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Ordinateur ACER ASPIRE ONE Ecran 10 pouces | 250 000 | 250 000 | mai-12 | 21/06/2012 | PAGOSAN |
| 3 | Ordinateur de bureau Esprimo P400 disque dur 500Go ram 2G0+win 7 pro + écran 20"TFT | 450 000 | 387 900 | mai-12 | 31/05/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Ordinateur portable HP 4330score i3 3.3ghz – disque dur 500Go ram 2G0+win 7 pro | 400 000 | 468 500 | mai-12 | 31/05/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Photocopieur Canon IR 2525 + socle + toner + chargeur de document automatique + module de finition + toner | 2 500 000 | 2 104 240 | mai-12 | 31/05/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Vidéo projecteur Epson EB-X9 | 350 000 | 368 115 | mai-12 | 31/05/2012 | PAGOSAN |
| 2 | Climatiseur SPLIT mural SAMSUNG 2,5CV | 275 000 | 235 000 | déc-12 | 01/02/2013 | DPRS |
| 1 | Climatiseur SPLIT mural SAMSUNG 3 CV | 300 000 | 300 000 | déc-12 | 01/02/2013 | DPRS |
| 1 | Table de travail 4 places | 120 000 | 75 000 | déc-12 | 19/12/2012 | DPRS |
| 1 | Bureau président + meuble de rangement | 2 000 000 | 1 759 010 | déc-12 | 19/12/2012 | PAGOSAN |
| 3 | Meuble de rangement haut potre vitrée FZ 7092 P-GO COLOR DL012 | 325 000 | 324 000 | déc-12 | 19/12/2012 | PAGOSAN |
| 1 | Salon d'attente en cuir | 1 000 000 | 944 068 | déc-12 | 19/12/2012 | PAGOSAN |
| 2 | Climatiseur SPLIT mural SAMSUNG 2,5CV | 275 000 | 235 000 | déc-12 | 18/01/2013 | Région médicale Diourbel |
| 4 | Climatiseur SPLIT mural SAMSUNG 3 CV | 300 000 | 300 000 | déc-12 | 25/01/2013 | Région médicale Fatick |
| 4 | Climatiseur SPLIT mural SAMSUNG 2,5CV | 275 000 | 235 000 | déc-12 | 01/02/2013 | Région médicale Kaolack |
| 2 | Climatiseur SPLIT mural SAMSUNG 3 CV | 300 000 | 300 000 | déc-12 | 01/02/2013 | Région médicale Kaolack |
| 1 | Bureau directeur 1,40 m avec retour + caisson | 250 000 | 145 000 | mai-13 | 01/07/2013 | Région médicale Thiès |
| 2 | Chaise visiteur | 30 000 | 20 000 | mai-13 | 01/07/2013 | Région médicale Thiès |
| 5 | Climatiseur 2 cv | 250 000 | 327 500 | mai-13 | 28/06/2013 | Région médicale Thiès |
| 1 | Fauteuil bureau | 45 000 | 45 000 | mai-13 | 01/07/2013 | Région médicale Thiès |
| 2 | Ordinateur Fixe HP 600B | 450 000 | 320 100 | mai-13 | 09/07/2013 | Région médicale Thiès |
| 2 | Ordinateur Portable HP 2000 | 400 000 | 345 000 | mai-13 | 09/07/2013 | Région médicale Thiès |
| 2 | Imprimante laserjet noir et blanc HP PRO1606DN | 150 000 | 159 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Cellule Informatique |
| 1 | Imprimante multifonction MFP HP PRO100 M175 | 200 000 | 215 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Cellule Informatique |
| 4 | Ordinateur Fixe HP PRO 3500 | 450 000 | 439 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Cellule Informatique |
| 2 | Ordinateur Portable HP PROBDOK 4540S | 400 000 | 390 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Cellule Informatique |
| 1 | Vidéo projecteur ACER X1111 | 300 000 | 275 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Cellule Informatique |
| 1 | Ordinateur Portable HP PROBDOK 4540S | 400 000 | 390 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Cellule Passation des Marchés |
| 2 | Imprimante laserjet noir et blanc HP PRO1606DN | 150 000 | 159 000 | juil-13 | 06/08/2013 | DPRS |
| 1 | Imprimante multifonction MFP HP PRO100 M175 | 200 000 | 215 000 | juil-13 | 06/08/2013 | DPRS |
| 2 | Onduleur NITRAN ELITE VALUE 1000 VA | 100 000 | 69 000 | juil-13 | 06/08/2013 | DPRS |
| 1 | Ordinateur Fixe HP PRO 3500 | 450 000 | 439 000 | juil-13 | 06/08/2013 | DPRS |
| 3 | Ordinateur Portable HP PROBDOK 4540S | 400 000 | 390 000 | juil-13 | 06/08/2013 | DPRS |
| 1 | Imprimante multifonction MFP HP Laserjet Pro 100 M1754 | 200 000 | 215 000 | juil-13 | 05/08/2013 | PAGOSAN |
| 1 | ordinateur portable 11,6 pouces Acer Aspire One 725 | 250 000 | 275 000 | juil-13 | 05/08/2013 | PAGOSAN |
| 1 | Imprimante multifonction MFP HP PRO100 M175 | 200 000 | 215 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Diourbel |
| 1 | Photocipieur IMAGE RUNNER 2520 | 1 500 000 | 1 250 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Diourbel |
| 5 | Imprimante laserjet noir et blanc HP PRO1606DN | 150 000 | 159 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Fatick |
| 5 | Onduleur NITRAN ELITE VALUE 1000 VA | 100 000 | 69 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Fatick |
| 5 | Ordinateur Fixe HP PRO 3500 | 450 000 | 439 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Fatick |
| 1 | Imprimante multifonction MFP HP PRO100 M175 | 200 000 | 215 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Kaffrine |
| 2 | Ordinateur Portable HP PROBDOK 4540S | 400 000 | 390 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Kaffrine |
| 1 | Photocopieur IMAGE RUNNER 2520 | 1 500 000 | 1 250 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Kaffrine |
| 1 | Vidéo projecteur ACER X1111 | 300 000 | 275 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Kaffrine |
| 1 | Onduleur NITRAN ELITE VALUE 1000 VA | 100 000 | 69 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Kaolack |
| 1 | Ordinateur Fixe HP PRO 3500 | 450 000 | 439 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Kaolack |
| 2 | Ordinateur Portable HP PROBDOK 4540S | 400 000 | 390 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Kaolack |
| 1 | Vidéo projecteur ACER X1111 | 300 000 | 275 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Kaolack |
| 2 | Onduleur NITRAN ELITE VALUE 1000 VA | 100 000 | 69 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Thiès |
| 2 | Ordinateur Fixe HP PRO 3500 | 450 000 | 439 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Thiès |
| 2 | Ordinateur Portable HP PROBDOK 4540S | 400 000 | 390 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Thiès |
| 1 | Photocopieur IMAGE RUNNER 2520 | 1 500 000 | 1 250 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Région médicale Thiès |
| 1 | Ordinateur portable 10 pouces acer aspire one725 | 250 000 | 275 000 | juil-13 | 06/08/2013 | Secrétariat Général |
| 50 | Chaises salle de réunion | 30 000 | 30 000 | août-13 | 24/09/2013 | Région médicale Diourbel |
| 1 | Fauteuil Ministre simili cuir FREZEN VKM 287 H NOIR 922 | 100 000 | 120 000 | août-13 | 16/08/2013 | Région médicale Thiès |
| 1 | Vidéo projecteur ACER X1111 | 300 000 | 275 000 | août-13 | 16/08/2013 | Région médicale Thiès |
| 5 | Véhicules Toyota Land Cruiser Prado TX, 5 portes | 35 000 | 32 106 | déc-14 | 20/12/2012 | Un par RM |
| 1 | Armoire métallique haute LX 33 BATTANCE BEIGE 185X190X45 | 120 000 | 98 000 | déc-14 | 09/01/2015 | DPRS |
| 1 | Bureau de direction ST 1800 MEX CHERRY | 150 000 | 99 000 | déc-14 | 22/12/2014 | DPRS |
| 25 | Chaise visiteur avec ACC YL - C719 (188) tissu (salle de réunion) | 30 000 | 12 500 | déc-14 | 09/01/2015 | DPRS |
| 2 | Fauteuil visiteur simili cuir YL 911 C NOIR (salle d'attente) | 75 000 | 65 000 | déc-14 | 24/12/2014 | DPRS |
| 8 | Fauteuil ministre | 35 000 | 35 085 | déc-14 | 27/12/2014 | DPRS |
| 2 | Meuble de rangement haut semi vitré AED 741W-L Dark Cherry | 150 000 | 75 000 | déc-14 | 06/01/2015 | DPRS |
| 6 | Table ministre STC 1675 (1600x750x750) couleur marron/noire (salle de réunion) | 100 000 | 98 000 | déc-14 | 09/01/2015 | DPRS |
| 1 | Fauteuil de direction cuir noir | 100 000 | 95 000 | déc-14 | 19/12/2013 | PAGOSAN |
| 1 | Fauteuil Ministre simili cuir FREZEN VKM 287 H NOIR 922 | 75 000 | 65 000 | déc-14 | 26/12/2014 | PAGOSAN |
| 1 | Table basse H 013 NOIRE | 50 000 | 50 169 | déc-14 | 13/02/2015 | PAGOSAN |
| 1 | Véhicules Toyota Land Cruiser Prado TX, 5 portes | 35 000 | 32 106 | déc-14 | 20/12/2012 | PAGOSAN |
| 1 | VéhiculeMitsubishi Pajero 5 portes | 32 000 | 32 000 | Fév-12 | 08/02/2012 | PAGOSAN |
| 2 | Véhicules Toyota Land Cruiser Prado TX, 5 portes | 40 500 | 40 500 | Juil-13 | 14/08/2013 | PAGOSAN |

# Cadre logique original tiré du DTF

| **OG** | **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** | Les indicateurs sanitaires de base du PNDS 20092018 dans les 5 RM sont significativement améliorés (Indicateurs conjoints avec le PAODES) | * Rapports des Comités Internes de Suivi (CIS) * Missions Conjointes de Supervision (MCS) et Revue Annuelle (RAC) | * Les décrets de la réforme du MSP sont édictés et appliqués * Les 2 interventions (PAGOSAN et PAODES) se mettent en œuvre en un seul programme |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OS** | **Objectif spécifique**  **Contribuer à la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif du PNDS 20092010** | Le Système de Santé du Sénégal peut bénéficier au terme de l’intervention d’une aide budgétaire sectorielle (satisfaction des 5 ‘piliers’)  Le processus de planification ascendante et participative et ses outils de mise en œuvre/suivi permettent une atteinte significativement améliorée des objectifs des plans  Taux d’utilisation et de fréquentation des services de santé dans les zones cibles améliorés  La gestion des ressources (humaines, matérielles et financières) au niveau régional (5 RM) est conforme aux normes et standards en gestion et en fourniture de service  La politique en RH du MSP est appliquée sur l’ensemble du pays en conformité avec les besoins des services publics  Les fonctions de conseil et de contrôle des normes définies dans le cadre de la réforme du MSP sont appliquées en terme de régulation | * Rapports des Comités Internes de Suivi (CIS) * Missions Conjointes de Supervision (MCS) et Revue Annuelle (RAC) * Bilans annuels des PTA, CDSMT et de tous les plans à tous les niveaux ciblés par l’intervention * Rapports annuels de l’Inspection | * Un suivi du Système de Santé (indicateurs sur le renforcement du secteur dans les domaines : du partenariat international, d’une appropriation démocratique, d’une planification axée sur les résultats, d’un système de financement durable, de la valorisation du personnel de santé, …) en vue d’atteindre un seuil critique vis-à-vis d’une approche sectorielle est adopté avec les principaux PTF’s Santé au démarrage de l’intervention * Le Compact de l’’ihp+ est établi et signé par les principaux PTF’s et l’HHA est effective |

|  | **Cadre Logique d’intervention** | **Indicateurs objectivement vérifiables** | **Sources de vérification** | **Hypothèses** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **R 1** | Résultat 1  Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l’accès à une aide budgétaire sectorielle future, en terme de d’efficacité, d’efficience, de transparence et de capitalisation (5 activités) | * Régularité des réunions de coordination entre le MSP les PTF’s selon les normes prévues (4 /an ?) * N° de groupes thématiques fonctionnels (objectifs: 4 groupes, 4 réunions/an) * N° d’ateliers de capitalisation organisés avec input du niveau opérationnel sur leurs expériences * N° de visites/an /région par l’inspection avec rapport écrit (norme: 1 visite/an/région) | * Rapports des CIS, MCS et RAC | Voir ci-dessus |
| **R 2** | Résultat 2:  Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 20092018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l’accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future, particulièrement en terme de son suivi/évaluation (4 activités) | * Les CDSMT sont produits annuellement dans les délais prévus et selon un canevas prévu :N° mois de retard et respect du canevas : score sur 10 XOF Taux d’exécution des plans nationaux (% du budget) * Taux de réalisation des plans nationaux (% d’activités prévues réalisées) * Les rapports d’évaluation des CDSMT sont disponibles dans les délais prévus et selon un canevas prévu, y compris une analyse budgétaire * N° de visites de supervision du niveau central vers les régions par an (services / divisions clés à identifier) suivi d’un rapport (feedback) écrit * N° de bulletins de rétro information y compris des critères de qualité sur le n° prévu | * Rapports des CIS, MCS et RAC * Rapports d’exécution des PTA et CDMST * Rapports de formation des acteurs impliqués dans le processus de planification | Voir ci-dessus |
| **R 3** | Résultat 3:  Les processus d’une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise œuvre du PNDS 20092018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l’accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future (3 activités) | * En matière de rationalisation des RH au niveau central: n° de personnel par catégorie et par service, comparé avec les normes et la situation précédente * N° de personnel capable de décrire son sa fonction et ses principales tâches (enquête) * N° de personnel satisfait de son travail (enquête de satisfaction, existe, assez standardisé) * N° d’initiatives/activités/an directement liées au renforcement d’une culture de redevabilité * N° de postes de dépenses rationalisées (% de diminution de certaines dépenses) * Evolution du budget national pour la santé par rapport au PNB (% d’augmentation ; % réalisé par rapport au 15% théoriquement prévu) * % de marchés publics réellement et correctement exécutés dans les domaines d’expertise, de réhabilitation, d’achat matériel (estimation à travers un échantillonnage) * Degré d’exécution de la réforme (% des initiatives annoncées réellement exécutées) | * Rapports des CIS, MCS et RAC * Rapports d’exécution des PTA et CDMST * Rapports des formations ciblant tous acteurs impliqués dans le processus de planification * Rapports annuels de l’exécution du PNDRH | Voir ci-dessus |
| **R 4** | Résultat 4:  Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en termes d’efficacité, d’efficience, de transparence et de capitalisation dans le respect du cadre de la politique et des stratégies nationales de décentralisation/mutlisectorialité (4 activités) | * Taux d’exécution des fonds déconcentrés * N° de réunions formelles avec la société civile * N° de supervisions des ECD effectuées sur celles planifiées * N° de supervisions du staff de l’HR sur ceux celles planifiées * N° de sessions de formation des CL effectuées sur celles planifiées * N° de ‘Meilleures Pratiques’ effectuées, éditées et diffusées | * Rapports d’exécution des PTA et CDMST régionaux * Rapports annuels de l’exécution au niveau régional du PNDRH * Rapport d’activités du Centre Régional de Documentation | Voir ci-dessus |
| **R 5** | Résultat 5  Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 20092018 est significativement renforcé dans les 5 RM ciblées, particulièrement en terme de coordination entre tous partenaires et acteurs régionaux (3 activités) | * N° de plans soumis en temps requis avec budget adéquat et selon canevas * N° de plans de DS reçus en temps requis avec budget adéquat et selon canevas * Taux d’adéquation entre les montants programmés et montants reçus et exécutés (indications sur la faisabilité et la pertinence des plans) * N° de sessions des Comités Régionaux de Coordination des Interventions des Partenaires (CRCIP) et % de représentation des acteurs privé, de la Sté Civile et de Tradi-Praticiens | * Rapports d’exécution des PTA et CDMST régionaux * Rapports de formation des acteurs impliqués dans le processus de planification * Rapports annuels de l’exécution au niveau régional du PNDRH * Rapport d’activités du Centre Régional de Documentation * Rapports annuels des CRCIP | Voir ci-dessus |
| **R 6** | Résultat 6  Les processus d’une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise en œuvre du PNDS 20092018 sont significativement améliorés dans les 5 RM ciblées (4 activités) | * N° de rapports d’audits financiers (écrits) 🡪 norme : pour toutes régions/1xan * Degré d’atteinte des objectifs annuels des Unités Régionales/GRH * N° de sessions annuelles de partage d’informations avec les bénéficiaires et les CL sur le n° planifié * Degré de fonctionnalité des services régionaux de maintenance des équipements et matériels * N° de recherches (action/opérationnelles) menées annuellement dans chacune des RM | * Rapports d’exécution des PTA et CDMST régionaux * Rapports annuels des Unités Régionales/GRH | Voir ci-dessus |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **R 1** | **Activités pour atteindre le Résultat 1**  **Le cadre institutionnel et organisationnel du MSP, en cours de réforme, a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l’accès à une aide budgétaire sectorielle, en terme de d’efficacité, d’efficience, de transparence et de capitalisation** | **Moyens** | **Contribution belge/EUR**  **805.000** |
| **A 1.1** | La réforme institutionnelle au niveau central est accompagnée dans sa mise en place, en complémentarité avec d’autres PTF’s | * recours à une expertise internationale pour l’établissement de la SRSS * description des fonctions, mandats, relations fonctionnelles entre les nouvelles structures, dont l’inspection, en recourant à une expertise nationale ponctuelle * appui financier et technique du cadre partenarial avec les PTF’s * infrastructures, équipements et logistique à mettre à disposition de la CAS/PNDS, de l’Inspection et du Centre National de Documentation | 625.000 |
| **A 1.2** | Accompagner la mise en place d’une unité de mémoire institutionnelle au niveau central en lien avec des unités régionales | * expertise nationale ponctuelle pour la création sur le plan technique * édition d’un bulletin semestriel | 100.000 |
| **A 1.3** | Accompagner le renforcement de compétences au niveau central (stages, formations courtes durée, bourses, …) | * identifier les besoins en formation en recourant à une expertise nationale ponctuelle | 15.000 |
| **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 | * ateliers * édition des Meilleures Pratiques | 30.000 |
| **A 1.5** | Appuyer le développement et la mise en place d’une stratégie ‘genre’ au sein du MSP | * organisation d’ateliers * acquisition d’un logiciel ad hoc * mener des recherches | 35.000 |
| **R 2** | **Activités pour atteindre le Résultat 2**  **Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l’accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle, particulièrement en termes de son suivi/évaluation** | **Moyens** | **Contribution belge/EUR**  **175.000** |
| **A 2.1** | Contribuer au développement d’outils liés à la planification intégrée, ascendante et participative | * révision des guides de planification/budgétisation, en collaboration avec l’ISED * recyclages * établissement des plans de réalisation et réhabilitation de la carte sanitaire | 50.000 |
| **A 2.2** | Renforcer le sous système de suivi/évaluation du PNDS et améliorer la fonctionnalité du SNIS | * édition d’un bulletin semestriel * financer les supervisions ‘SNIS’ * enquête de satisfaction après des bénéficiaires | 35.000 |
| **A 2.3** | Créer et mettre en place un outil informatique (à actualiser) en matière de cartographie des interventions | * acquisition d’un logiciel de cartographie des interventions * établir cette carte et former les utilisateurs | 30.000 |
| **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 | * financer la confection d’un guide national de partenariat (recours à la CAFSP) * coaching en professionnalisation | 60.000 |
| **R 3** | **Activités pour atteindre le Résultat 3**  **Les processus d’une gestion plus efficiente et transparente des ressources (humaines, financières, matérielles, techniques) dans la mise œuvre du PNDS 2009-2018 a atteint un niveau de performance optimal par rapport à l’accès du MSP à une aide budgétaire sectorielle future** | **Moyens** | **Contribution belge/EUR**  **210.000** |
| **A 3.1** | Accompagner les réformes en cours pour disposer de ressources humaines locales de qualité, en vue de développer une meilleure gouvernance | * revue des curriculums de formation avec l’ISED et la direction de la formation/DRH * expertise nationale ponctuelle en vue d’établir un manuel de procédures en GRH * suivi du PNDRH | 45.000 |
| **A 3.2** | Actualiser les guides de gestion aux niveaux des RM, des DS et des postes de santé et les évaluer | * actualisation des guides nationaux en recourant à une expertise nationale ponctuelle * leur diffusion * évaluer la performance des formés en recourant à une expertise nationale ponctuelle | 70.000 |
| **A 3.3** | Accompagner le niveau central dans les réformes en cours pour une utilisation optimale des Ressources Financières et Matérielles | * établir une base de données du matériel disponible des 5 RM * ateliers annuels CDSMT pour toutes les RM * contribuer au financement des comptes nationaux (2) * financer les visites de l’inspection | 95.000 |
| **R 4** | **Activités pour atteindre le Résultat 4**  **Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées, en cours de réforme, est significativement renforcé en termes d’efficacité, d’efficience et de transparence et de capitalisation dans le respect du cadre de la politique et des stratégies nationales de décentralisation / mutlisectorialité** | **Moyens** | **Contribution belge/EUR**  **1.085.000** |
| **A 4.1** | Accompagner la réforme au niveau régional dans les 5 RM ciblées | * réhabilitation de certains services des 5 RM * financer les sessions de cadre de coordination des partenaires et sessions de partage avec les secteurs concernés * formations des CL * établir et financer les stratégies de communication | 500.000 |
| **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 | * formations en leadership les cadres RM et DS | 105.000 |
| **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 | * création d’une Unité Régionale de Documentation * financer les Meilleures Pratiques | 230.000 |
| **A 4.4** | Appuyer le développement et la mise en place d’une stratégie ‘genre’ | * ateliers adressés aux personnels des RM et des OBC en genre et plaidoyer | 250.000 |
| **R 5** | **Activités pour atteindre le Résultat 5**  **Le processus de planification ascendante et participatif dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 est significativement amélioré dans les 5 RM ciblées, particulièrement en terme de coordination entre tous les partenaires et acteurs régionaux** | **Moyens** | **Contribution belge/EUR**  **885.000** |
| **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, … | * ateliers d’établissement de stratégies de capacitation et d’un plan de suivi | 225.000 |
| **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 | * financer les supervisions en SNIS | 35.000 |
| **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 tradi-praticiens dans la planification et le suivi du système de santé dans les 5 RM | * mener des enquêtes pour identifier les blocages * former en leadership par des ateliers annuels de 2 jours pour tous les responsables des RM et des DS | 25000 |
| **A 5.4** | Renforcer l’équipement en gestion, en réhabilitation d’infrastructures et logistique pour les 5 RM et logistique (un 4x4 par région) | * identifier les besoins en réhabilitations * les effectuer et équiper | 600.000 |
| **R 6** | **Activités pour atteindre le Résultat 6**  **Les processus d’une gestion plus efficiente et transparente des ressources (Humaines, Financières, Matérielles et Techniques) dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont significativement améliorés dans les 5 RM ciblées** | **Moyens** | **Contribution belge/EUR**  **355.000** |
| **A 6.1** | Appuyer l’unité régionale de gestion des RH, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme | * établir un plan de formation continue en GRH et actualiser les curriculums en recourant à une expertise nationale ponctuelle | 30.000 |
| **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 | * formations des responsables administratifs et financiers des RM, en recourant à la CAFSP * financer les sessions de plaidoyer et d’information sur les FDD * organiser et financer la coordination des bureaux de gestion des DS et des Hôpitaux * formations des Comités de Développement Sanitaire | 150.000 |
| **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 | * former les personnels régionaux en gestion et passation de marchés et les comptables matière en gestion du matériel | 100.000 |
| **A 6.4** | Contribuer à asseoir des ressources techniques propres à améliorer la prise de décision | * formation en recherche opérationnelle et recherche action * organiser et financer les sessions de partage d’informations à tous les niveaux des RM * mettre place les organes de formation continue | 75.000 |

# Matrice de monitoring complète

*Incluez la dernière version (intégrale) de la matrice de monitoring*

| **Résultats / indicateurs** | Valeur Baseline 2011 | Valeur 2012 | Valeur 2013 | Valeur 2014 | Valeur 2015 | Valeur 2016 | Valeur Cible finale |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMPACT: 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 (pour 100 000 naissances vivantes) | 370‰ |  |  | 320‰ | 315‰ | 315‰ | 127‰ |
| Taux de mortalité infanto- juvénile | 70‰ |  |  | 60‰ | 54,4‰ | 51‰ | 50‰ |
| Espérance de vie à la naissance | 61 |  |  | 64 | 64 | 64,8 | 64 |
| **OUTCOME: Contribuer à la gouvernance du secteur de la santé, 4ème objectif du PNDS 20092010** | | | | | | | |
| Taux de satisfaction des bénéficiaires | ND |  |  | 91,6% | 92,7% |  | ND |
| **OUTPUT 1: Le cadre institutionnel et organisationnel du niveau central du MSAS est amélioré** | | | | | | | |
| Proportion d’instances de coordination du PNDS au niveau central (MC Supervision, RAC, Comité Interne de Suivi) tenues | 93% | 80% | 48% | 75% | 100% | 66% | 100% |
| Disponibilité et fonctionnalité d'organigrammes correspondant au décret d'organisation du MSAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Pourcentage de recommandations des rapports d'inspection réalisées | ND | Les rapports sont confidentiels | | | | | |
| Disponibilité d'un document cadre sur le genre et santé au sein du MSAS | NON |  |  |  | 1 | | 1 |
| **OUTPUT 2: Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau central** | | | | | | | |
| Disponibilité d'un CDSMT annuel et d'un rapport de performance dans les délais prévus | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Proportion de centres de responsabilités du niveau central qui effectuent le suivi de leurs PTA. | ND | ND | ND | 50% | 50% | 75% | 100% |
| Qualité des PTA des centres de responsabilités du niveau central | ND | ND | Faible | Assez Bonne | Bonne | Bonne | Bonne |
| **OUTPUT 3: La gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) au niveau central est améliorée** | | | | | | | |
| 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 | ND |  | >75% |
| Définition et application des critères de mobilité des agents | Critères : oui Application : non | Critères : oui Application : non | Critères : oui Application : non | Critères : oui Application : non | Critères : oui Application : non | Critères : oui Application : non | Oui |
| Application des critères d'allocation des ressources | Partiellement | Partiellement | Partiellement | Partiellement | Partiellement | OUI | NON |
| **OUTPUT 4: Le cadre institutionnel et organisationnel des 5 RM ciblées est amélioré** | | | | | | | |
| Nombre de Régions Médicales disposant d’équipes cadres régionales répondant à 75% des normes | 4/5 | 4/5 | 3/5 | 3/5 | 5/5 | 5/5 | 5/5 |
| Disponibilité et fonctionnalité d'organigrammes correspondant au décret d'organisation du MSAS au niveau régional | Pas disponible | Pas disponible | Pas disponible | Pas disponible | Pas disponible | Pas disponible | Disponible |
| Disponibilité d'une stratégie genre et santé au niveau régional | 0/5 | 0/5 | 0/5 | 0/5 | 0/5 | 0/5 | 5/5 |
| **OUTPUT 5: Le processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation sont améliorés au niveau des cinq régions** | | | | | | | |
| Qualité des PTA des centres de responsabilités du niveau régional | NA | NA | Faible | Bonne | Bonne | 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% | 100% | 100% | 100% |
| Proportion de régions disposant d'un comité de coordination et de suivi des interventions fonctionnel | 1/5 | 3/5 | 3/5 | 4/5 | 5/5 | 5/5 | 5/5 |
| **OUTPUT 6: La gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) au niveau central est améliorée** | | | | | | | |
| Pourcentage des dépenses des régions médicales validées par les audits de la CTB | N/A | 0% | 0% | 83% | 0% | NA | NA |
| Taux d'exécution du plan de maintenance régional | ND | Le plan de maintenance n'existe pas | | | | | 100% |
| Proportion de régions médicales disposant d'un plan de gestion des ressources humaines au niveau régional | 0/5 | 0/5 | 0/5 | 0/5 | 0/5 | 0/5 | 5/5 |
| NA: Non Applicable; ND: Non Disponible |  |  |  |  |  |  |  |

# Outils et produits

* Formation en Gestion axée sur les résultats, septembre 2012
* Guide de gestion du PTA, septembre 2012
* Guide d’élaboration du POCL, septembre 2013
* Formation en marchés publics : contenu de formation et cahier d’exercices, décembre 2012
* Formation en planification, suivi-évaluation, septembre 2013
* Guide de réunions au niveau district, juillet 2014
* Guide de régions au niveau des RM, juillet 2014

1. Très satisfaisant - Satisfaisant - Insatisfaisant, en dépit de certains éléments positifs - Insatisfaisant [↑](#footnote-ref-1)
2. Très satisfaisant - Satisfaisant - Insatisfaisant, en dépit de certains éléments positifs - Insatisfaisant [↑](#footnote-ref-2)
3. Voir Présentation et compte-rendu des SMCL, rapports trimestriels, rapports annuels 2012, 2013, 2014... . [↑](#footnote-ref-3)
4. Rapport Evaluation Finale du PAGOSAN, HERA-AEDES, Olivier Barthes, Juin 2015 [↑](#footnote-ref-4)
5. MoRe Results – Partie I, CTB, Page 11, Juin 2013 [↑](#footnote-ref-5)
6. Ne mentionnez que les éléments non compris dans le point 1.1 (Contexte), le cas échéant. [↑](#footnote-ref-6)
7. Bureau d’Organisation et des Méthodes [↑](#footnote-ref-7)
8. PV du SMCL du 08/04/2012 [↑](#footnote-ref-8)
9. Rapport audit genre MSAS, 2015 [↑](#footnote-ref-9)