



CTB



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'ACTION SOCIALE**

RAPPORT DES RESULTATS 2012 PAODES



ACRONYMES	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES)	5
1.1 FICHE PROJET.....	5
1.2 PERFORMANCES DU PROJET.....	6
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE.....	6
1.4 RESUME.....	6
2 ANALYSE DE L'INTERVENTION	7
2.1 CONTEXTE.....	7
2.1.1 <i>Contexte général</i>	7
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i>	7
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	9
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i>	10
2.2 OUTCOME.....	10
2.2.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	11
2.2.2 <i>Gestion des risques</i>	12
2.2.3 <i>Impact potentiel</i>	14
2.2.4 <i>Critères de qualité</i>	14
2.3 OUTPUT 1.....	18
2.3.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	18
2.3.2 <i>Exécution budgétaire</i>	20
2.3.3 <i>Critères de qualité</i>	21
2.4 OUTPUT 2.....	22
2.4.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	22
2.4.2 <i>Exécution budgétaire</i>	24
2.4.3 <i>Critères de qualité</i>	25
2.5 OUTPUT 3.....	31
2.5.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	31
2.5.2 <i>Exécution budgétaire</i>	34
2.5.3 <i>Critères de qualité</i>	35
3 THEMES TRANSVERSAUX	40
3.1 GENRE.....	40
3.2 ENVIRONNEMENT.....	40
3.3 AUTRE.....	40
4 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	41
4.1 PLAN D'ACTION.....	41
4.2 ENSEIGNEMENTS TIRES.....	41
5 ANNEXES	43
5.1 CADRE LOGIQUE D'ORIGINE.....	43

5.2	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	44
5.3	APERÇU DES MORE RESULTS	54
5.4	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	55
5.5	RESSOURCES	61
5.6	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI.....	62

1 Aperçu de l'intervention (max. 2 pages)

1.1 Fiche projet

Nom du projet	PAODES
Code du projet	SEN 10 027 11
Emplacement	Sénégal
Budget	16 000 000 Euros
Institution partenaire	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
Date de la Convention de mise en œuvre	04 Novembre 2011
Durée (mois)	48
Groupes cibles	Populations des 5 régions appuyées par le Programme
Impact ¹	L'état de santé de la population des régions de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thiès est durablement amélioré
Outcome	La population des régions de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale
Outputs	1. La qualité des services est améliorée
	2. Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées
	3. Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région
	4. Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplique au niveau national
	5. La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel est renforcée
	6. Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées
	7. Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes
	8. Un système pluriel de cofinancement des assurances santé universelles est mis en œuvre
	9. Le cadre juridique relatif aux bureaux régionaux d'assurance santé universelle est créé et mis en œuvre
	10. Un modèle intégré de financement de la demande de soins est articulé autour des bureaux régionaux assurance santé universelle à travers un processus de capitalisation des expériences

¹ L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

1.2 Performances du projet

Tableau logique d'intervention : Remplir sur la base des données introduites dans 2.2.4, 2.3.3, 2.4.3... (uniquement attribuer une note A, B, C ou D²).

	Efficienc	Efficacit	Durabilit
Outcome			
Output 1	A	A	B
Output 2	B	A	B
Output 3	D	D	B (si mesures correctives apportées)
Output 4	C	B	B
Output 5	A	A	B

NB : seul le volet offre est opérationnel et ce, depuis janvier 2012. Le volet demande n'a pas encore commencé ses activités puisque le DTF prévoyait un démarrage différé de l'offre et de la demande d'un an.

1.3 Exécution budgétaire

Volet	Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
Offre	10.652.669 Euros	1.379.477 Euros	9.273.192 Euros	13%
Demande	5.347.331 Euros			

1.4 Résumé

<ul style="list-style-type: none"> Programme à haut potentiel avec enjeux stratégiques capitaux pour le pays Lourdement ralenti par les procédures CTB et les marchés publics sénégalais Dont les moyens ne sont pas à la hauteur des ambitions Ancré à un niveau de responsabilité du MSAS incompatible avec le suivi d'un tel programme et où le flou institutionnel empêche une délégation effective de la responsabilité Risques majeur de non atteinte des résultats au terme du programme
--

Fonctionnaire exécution nationale ³	Fonctionnaire exécution CTB ⁴

² A = Très bonnes performances, B = Bonnes performances, C = Faibles performances, D = Problématique

³ Nom et signature

⁴ Nom et signature

2 Analyse de l'intervention⁵

2.1 Contexte

2.1.1 Contexte général

Suite aux élections présidentielles, des remaniements importants ont eu lieu au sein du Ministère. De nouvelles nominations ont eu lieu, y inclus au niveau de la Direction de la Santé qui est par ailleurs devenue Direction Générale de la Santé, élargissant ainsi le spectre de responsabilité du Responsable National du volet Offre. Quant au volet demande, le niveau de responsabilité prévu dans le PAODES (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et du Partenariat) devrait disparaître très prochainement au profit d'une nouvelle entité appelée Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU) dont le directeur n'a pas encore été nommé à l'heure où est rédigé le présent rapport.

2.1.2 Contexte institutionnel

L'ancrage institutionnel du PAODES Offre au niveau de la Direction de la Santé, bien que pertinent, était déjà un défi majeur. Le fait que la Direction de la Santé soit devenue Direction Générale de la Santé rend la tâche encore plus difficile étant donné le niveau de responsabilité élargi du Responsable du volet Offre. Il est probable que le volet demande rencontrera les mêmes difficultés dans la nouvelle configuration du Ministère de la Santé. Les effets positifs d'un tel ancrage sont notamment l'implication à haut niveau du Ministère dans la mise en œuvre d'importantes réformes au niveau des districts pilotes, le partage des réflexions et des analyses de terrain par l'équipe du programme avec des instances qui ont un certain pouvoir de décision en termes de développement de l'assurance maladie et la facilitation des échanges

⁵ Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

entre les différents niveaux des acteurs santé, tant à l'intérieur même du Ministère qu'entre les différents niveaux (central, régional, opérationnel) du système sanitaire.

Les difficultés que nous pouvons évoquer ici concernent le volet offre puisque le volet demande n'est pas encore opérationnel bien qu'il soit possible qu'il rencontre des difficultés similaires. Celles-ci résident dans le fait que l'agenda extrêmement chargé du Responsable national du programme ne lui permet pas d'avoir la disponibilité nécessaire au suivi rapproché du programme. En effet, le suivi du programme demande une présence fréquente sur le terrain, de larges espaces de discussion relative aux orientations stratégiques pratiques avec les différents acteurs du programme à commencer par l'équipe recrutée pour le PAODES. Il est également essentiel de pouvoir dégager le temps nécessaire pour résoudre les obstacles liés à la résistance au changement mais aussi pour résoudre les problèmes courants de l'exécution d'un tel programme.

Ceci est virtuellement incompatible avec l'agenda d'un niveau aussi élevé. Bien qu'il soit hautement souhaitable que le PAODES reste ancré officiellement au niveau de la DGS pour les aspects très positifs que cela implique, il est également souhaitable qu'une délégation effective des tâches soit mise en place en tenant compte du fait que la gestion opérationnelle du programme ne peut être scindée de la gestion administrative.

Par ailleurs, le logement de l'équipe PAODES offre au niveau de la DGS demeure souhaitable mais peu réaliste en raison de l'éloignement géographique avec la localisation du volet demande (une heure à une heure trente de trajet) et du manque de place pour loger une équipe aussi importante. A ce jour, alors que nous clôturons une année de programme, le personnel PAODES offre, co-responsable incluse n'est toujours pas correctement logé et les conditions minimales de travail requises (sécurité, étanchéité sonore, hygiène, espace suffisant...) ne sont toujours pas réunies.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Au vu des ambitions du PAODES, les modalités de gestion actuelles sont parfois contre-productives. 4 ans est un délai extrêmement court, notamment pour exécuter les travaux prévus dans le DTF en ayant pris soin préalablement d'élaborer des plans directeurs. Les plans directeurs sont en effet un outil indispensable donnant une vision à moyen terme de ce que la structure devrait être et devenir. Si les ambitions étaient moindres et que le timing était moins serré, il serait tout à fait envisageable de passer tous les marchés sur mode de cogestion et de mettre en place les accords d'exécutions attendus par le siège.

Mais les procédures et les exigences de la CTB en ce qui concerne les accords d'exécution sont d'une part, extrêmement longues, d'autre part, sujet à controverse.

En outre, les procédures des marchés publics sénégalais impliquent un grand nombre d'étapes qui chacune nécessite la concertation de beaucoup d'acteurs. A titre d'exemple, un marché relativement simple d'équipement en informatique d'une valeur de 50 000 000 FCFA aura mis près d'un an à être attribué. On peut facilement imaginer le temps que doit prendre la réhabilitation d'un centre de santé (1) dont le budget serait dix fois plus important, (2) dont l'analyse technique serait extrêmement longue et fastidieuse, (3) dont le Dossier d'Appel d'Offre doit être constitué par un consultant faisant lui-même (4) l'objet d'un marché de services préalable et qui ne peut se faire sans que soit élaboré (5) le plan directeur de la structure en question pour lequel tous les acteurs concernés au niveau opérationnel, régional et central doivent se concerter sous l'égide de la Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM).

Les investissements représentant près de la moitié des activités du volet offre et étant un élément indispensable au développement du modèle de

district que tentent de développer les districts pilotes, les conséquences de la cogestion se traduiront en des retards majeurs et des travaux dont ne pourront bénéficier les acteurs du terrain qu'en fin de projet voire après terme.

2.1.4 Contexte HARMO

Il nous semble qu'il faut ici décrire les problèmes causés par une note rédigée par la Représentation et transmise aux programmes en Avril 2012 dans laquelle la CTB détermine des indemnités journalières qui ne s'alignent plus sur les barèmes du Ministère de la Santé et qui ne sont plus harmonisées avec les autres bailleurs. Certains d'entre eux (USAID) travaillant dans les mêmes régions, dans le même secteur et sur les mêmes thèmes que nous, les acteurs de terrain font un choix qui ne favorise pas les activités financées par la CTB. Des activités importantes et essentielles sont suspendues dans les 28 districts appuyés par le PAODES en raison du malaise et des désaccords du partenaire concernant cette note.

Il est déjà difficile de s'harmoniser avec les autres bailleurs malgré l'existence du COMPACT et malgré les efforts faits aux différents niveaux d'intervention du programme. Harmoniser notre travail avec celui de USAID, par exemple, dont le budget est nettement supérieur au nôtre, demande de chaque côté une véritable volonté de communiquer et de collaborer. La tâche devient très difficile lorsqu'un accord de répartition des activités dans les régions que nous partageons devient source de tensions pour les acteurs de terrain en raison des différentes rémunérations de l'un ou de l'autre bailleur, surtout si l'un est aligné sur le Ministère et l'autre pas.

2.2 Outcome

Une étude de base a été réalisée tel que prévu dans le DTF du

programme et a permis de réviser les indicateurs de suivi du programme. Malgré le fait que certains points soulevés par le programme n'ont pas été pris en compte dans le rapport final de cette étude, la majorité des indicateurs retenus l'ont été de façon consensuelles et sont repris dans le présent rapport.

2.2.1 Analyse des progrès réalisés

Outcome⁶ : La population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale						
Indicateurs⁷	Valeur de la Baseline⁸	Progrès année N-1⁹	Progrès année N¹⁰	Cible année N¹¹	Cible finale¹²	Commentaires¹³
Taux de mortalité maternelle	ND		ND			
Taux d'utilisation des Postes de Santé	ND		ND			
Taux d'hospitalisation dans les Centres de Santé	ND		ND			
Taux de mortalité néonatale	31,4%		ND			
Taux de mortalité infantile	ND		ND			
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome : Analyser la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome (voir Guide de rapport des résultats) :						
<i>Lien entre les outputs et l'outcome : (Comment) les outputs contribuent-ils (toujours) à l'atteinte de l'outcome ?</i>	Le lien entre output et outcome devrait pouvoir être mis en évidence sur le long terme au niveau des activités dans les districts pilotes. En effet, dans ces districts, des réformes majeures visant l'ensemble du système de santé et incluant l'augmentation de l'accès aux soins de qualité seront mises en place. Ceci sera plus difficile à observer dans les districts non pilotes où l'appui sera moins intensif et visera plutôt à soutenir le système en place qu'à le réformer.					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome (sur la base d'indicateurs) :</i>	Aucun progrès mesurable n'a été réalisé à ce stade dans la mesure où il s'agit de la première année du programme et où l'enjeu a surtout été de convaincre les régions et le niveau central de la pertinence des réformes à mettre en place dans les districts pilotes. Par ailleurs, la sélection des districts pilotes est également terminée (un dans chaque région)					
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Depuis 2010, il existe à travers tout le pays un mouvement de protestation et de revendications d'ordre salarial de la part du personnel soignant à tous les échelons du système qui se manifeste par une rétention active des données sanitaires. Dans bon nombre de structures, cette rétention s'est progressivement transformée en arrêt de la collecte. Il y a donc certainement des données					

⁶ Reprendre la formulation de l'outcome, telle qu'elle figure dans le cadre logique (DTF) ou dans la dernière version du cadre logique validée par la SMCL.

⁷ Reprendre les indicateurs tels qu'ils figurent dans le cadre logique.

⁸ La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

⁹ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N-1.

¹⁰ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N. Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

¹¹ La valeur cible à la fin de l'année N.

¹² La valeur cible à la fin de l'intervention.

¹³ Commentaires sur les progrès réalisés, à savoir une appréciation de la valeur de l'indicateur atteinte à la fin de l'année N par rapport aux valeurs « *Baseline* » (temps 0) et/ou à la valeur de l'année précédente, et par rapport à la valeur intermédiaire attendue pour l'année N. Il convient de limiter au maximum les commentaires.

	<p>manquantes, voire erronées dans les chiffres que nous avons obtenu pour 2011 et c'est également le cas pour l'année 2012 où aucune donnée n'est disponible. Le PAODES est en train de négocier avec les districts pilotes pour qu'au moins là où l'appui sera privilégié, des données de suivi soient disponibles.</p> <p>Il faut également noter que le délai imposé pour la rédaction de ce rapport (3 janvier), n'aura pas permis au programme santé de récolter les informations pour l'année 2012 car ces informations proviennent du terrain, doivent être rassemblées dans les districts dans le courant du mois de janvier, puis compilées dans les régions pour enfin être mises à disposition du Système National d'Information Sanitaire dans le courant du mois de mars. Il est donc impossible pour le PAODES de donner début janvier des valeurs 2012 pour les différents indicateurs, et cela, même si la rétention des données sanitaire était levée.</p> <p>Par ailleurs, le PAODES propose une approche différente de celle d'autres bailleurs dans la mesure où il travaille autant sur l'offre que sur la demande et où il propose un modèle visant à réguler le système sanitaire du district et à rationaliser l'utilisation des ressources avant de développer un schéma d'assurance maladie. Ceci demande une préparation plus longue et exige certains prérequis notamment en termes de gestion financière, en ressources humaines et en médicaments, ce qui ne correspond pas toujours avec les attentes du Ministère qui voudrait pouvoir accélérer le processus de développement de la couverture universelle.</p>
<p><i>Résultats inattendus :</i></p>	<p>Etant donné que des réformes majeures, impliquant tous les éléments du système et notamment les ressources humaines, auront lieu dans les districts pilotes, des résultats inattendus apparaîtront plus que probablement</p>

2.2.2 Gestion des risques

Indiquer l'évolution des risques¹⁴ et la façon dont ils ont été gérés. Les risques identifiés comprennent les risques émanant du DTF et/ou de l'étude Baseline ainsi que les risques significatifs identifiés durant la mise en œuvre de l'intervention. Certains risques peuvent aussi être identifiés lors du suivi des résultats.

- *Décrire le risque.*
- *Noter la probabilité que le risque survienne : Élevée, Moyenne, Faible*
- *Noter l'impact du risque s'il devait survenir : Élevé, Moyen, Faible*

Si une note C ou D est attribuée à un risque, détailler les mesures qui ont été/seront prises et indiquer la personne/l'acteur responsable. Pour plus de détails sur la notation : voir le Guide

¹⁴ Se limiter aux risques de développement et aux risques liés à la réputation

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Problèmes de gestion dans les districts sanitaires	Juillet-Novembre 2012	Financier	Elevée	Elevé	Elevé	Audit organisationnel des districts	RR	Novembre 2013	Exécuté	
						Suivi des recommandations de l'audit	PAODES	Janvier-Mars 2013	En cours	
						Mise en place d'un RAF au sein du PAODES	RR	Avril 2013	En cours	
Suspension des activités dans les districts en raison du désalignement des indemnités journalières de la CTB	Avril 2012	Opérationnel	Elevé	Elevé	Elevé	Discussions du problème en SMCL	PAODES	Septembre 2012	Exécuté	
						Négociations CTB MSAS MEF	RR MSAS MEF	Novembre 2012	En cours	
Retards importants dans les marchés d'infrastructure et d'équipement	Juin-Septembre 2012	Opérationnel et réputation	Elevé	Moyen	Moyen	Enoncé du problème auprès de la RR	PAODES	Novembre 2012	Exécuté	
						Recherche de solutions	PAODES	Juin 2013	En cours	
Insuffisance de ressources humaines pour faire face à l'augmentation attendue de soins de santé dans les districts pilotes	Septembre 2012	Opérationnel	Elevé	Elevé	Elevé	Evaluation de l'ampleur du problème	PAODES, RM	Mai 2013	En cours	
						Recherche de solutions	PAODES	Décembre 2013	En cours	
Interférence du programme USAID avec les initiatives dans les districts pilotes	Septembre 2012	Opérationnel	Moyen	Moyen	Moyen	Coordination des activités avec USAID	PAODES	Continu	En cours	
Insuffisance et/ou non fiabilité des données sanitaires dans les DS appuyés par le PAODES	Mars 2012	Réputation	Moyen	Moyen	Moyen	Plaidoyer auprès des Equipes cadre de district	PAODES	continu	En cours	

2.2.3 Impact potentiel

L'ampleur du programme qui prévoit un appui à 28 district (40% de la population du Sénégal) sur une période de 4 ans ne permettra pas d'avoir un impact important sur la totalité de la zone d'intervention étant donné que l'équipe du programme est relativement réduite et que le PAODES, bien que pourvu d'un budget de 16 millions d'euros pour la seule contribution belge, ne compte que deux ATI.

Cependant, dans les districts pilotes (5 sur les 28 du PAODES), des réformes majeures sont prévues et sont en cours de préparation. Ces réformes sont profondes et concernent l'ensemble du système sanitaire. Elles ont pour but d'induire une amélioration significative de l'accès aux soins de qualité et ainsi, d'améliorer durablement la santé de la population.

Il est important de noter que le PAODES ne prévoyait à l'origine que 2 districts pilotes et que la demande des régions et du Ministère pour avoir un district pilote dans chacune des régions était telle qu'il fut difficile de refuser. 5 districts pilotes auront, outre le respect de l'équité entre les régions, l'avantage d'augmenter la taille de l'échantillon dans lequel les approches innovantes seront mises en œuvre. Ceci rendra les résultats obtenus d'autant plus fiables et intéressants pour le MSAS.

Il est fort probable que l'outcome contribue aux objectifs sectoriels et que l'impact attendu puisse être obtenu mais cela se limitera sans doute aux districts pilotes. Il y aura donc lieu de bien séparer les données générales du pays et celles propres à ces districts.

2.2.4 Critères de qualité

Pour chacun des critères (Efficience, Efficacité, Durabilité et Pertinence), plusieurs sous-critères ont été formulés. En choisissant la formulation qui correspond le mieux à votre intervention, vous pouvez calculer la note totale applicable à ces critères spécifiques (voir infra pour les instructions de calcul).

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?		
<input checked="" type="checkbox"/>	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
<input type="checkbox"/>	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?		
<input checked="" type="checkbox"/>	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
<input type="checkbox"/>	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
<input type="checkbox"/>	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir.
2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?		
<input type="checkbox"/>	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
<input checked="" type="checkbox"/>	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
<input type="checkbox"/>	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
<input type="checkbox"/>	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?		
<input type="checkbox"/>	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
<input type="checkbox"/>	B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
<input checked="" type="checkbox"/>	C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.

<input type="checkbox"/>	D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.
--------------------------	----------	--

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?

<input type="checkbox"/>	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
<input type="checkbox"/>	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
X	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?

X	A	Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
<input type="checkbox"/>	B	Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

3. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

3.1 Durabilité financière/économique ?

<input type="checkbox"/>	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
<input type="checkbox"/>	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
X	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
<input type="checkbox"/>	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.

4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?

<input type="checkbox"/>	A	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
--------------------------	----------	--

<input checked="" type="checkbox"/>	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?		
<input type="checkbox"/>	A	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
<input checked="" type="checkbox"/>	B	Le projet a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
<input type="checkbox"/>	C	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.
4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?		
<input type="checkbox"/>	A	Le projet est intégré aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
<input checked="" type="checkbox"/>	B	La gestion du projet est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

Attribuer une note finale à chaque critère. Si une note C ou D a été attribuée à un critère de monitoring, des mesures doivent être proposées dans le Plan d'action (4.1).

Critères	Note
Pertinence	A
Efficienc	C
Efficacité	C
Durabilité	C

2.3 Output 1¹⁵

Évaluer la probabilité de l'atteinte de l'output en question et la dynamique entourant l'évolution de cet output.

2.3.1 Analyse des progrès réalisés

Output 1 : la qualité des services est améliorée							
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Taux de prévalence de la PF	10,3%		ND				
Taux de mortalité intra-hospitalière dans les CS	ND		ND				
% accouchements assistés	63,1%		ND				
Taux de satisfaction de la population quant à la qualité des soins offerts au premier et au second échelon	ND		ND				
État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹⁶			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
1 Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements sanitaires (HR, CS, PS) et leurs organes de gestion et de coordination				X			
2. Définir et/ou actualiser le contenu des paquets de service par niveau de soin : PMA, PCA				X			
3. Accompagner les dynamiques de développement du financement basé sur les résultats pour les districts (FBR) en synergie avec les entités d'assurance maladie à grande échelle				X			
4 Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires à travers des mécanismes adaptés				X			
5 Conduire des études en enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins et des services				X			
<p>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Le PAODES a relativement peu avancé sur cette activité en raison de la nécessité de bien analyser la situation du niveau opérationnel d'abord et de bien en comprendre les problématiques. IL s'agit ensuite de proposer des solutions concrètes sur lesquelles le niveau opérationnel, le niveau régional et le niveau central sont d'accord, ce qui prend du temps. C'est seulement alors que le contenu des activités à mener pourra clairement être défini. On peut donc espérer que certaines activités pourront être démarrées en 2013</p>							
Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-			Contenu des activités en cours de validation				

¹⁵ Le template prévoit jusqu'à 3 outputs (chapitres 2.2, 2.3 et 2.4). Si l'intervention compte plus d'outputs, simplement copier et coller les chapitres supplémentaires relatifs aux outputs. Si l'intervention compte moins de 3 outputs, simplement supprimer les chapitres désuets)

¹⁶ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

<i>elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Contenu des activités en cours de validation
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Grand nombre d'interlocuteurs à mettre d'accord sur le contenu des activités et sur les priorités de chaque région
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Renforcement du dialogue entre les différents niveaux du système

2.3.2 Exécution budgétaire

	Rubriques	Mode gestion	Total planning 2012 (version initiale)	TOTAL BUDGET	Dépenses au 31/12/2012	tx execution budget/planification (version initiale)	tx execution budget Global
A01	Résultat 1 : La qualité des services est améliorée		1.541	548.445	0	0	0,0%
A0101	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements sanitaires (HR, CS, PS) et leurs organes de gestion et coordination	Cogestion	-	151.850	0	#DIV/0!	0,0%
A0102	Définir et/ou actualiser le contenu des paquets de service par niveau de soin : PMA, PCA	Cogestion	-	83.395	0	#DIV/0!	0,0%
A0103	Accompagner les dynamiques de développement du financement basé sur les résultats pour les districts (FBR) en synergie avec les entités d'assurance maladie à grande échelle	Cogestion	-	32.670	0	#DIV/0!	0,0%
A0104	Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires à travers des mécanismes adaptés	Cogestion	-	63.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0105	Conduire des études en enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins et des services	Cogestion	1.541,00	217.530	0	0,0%	0,0%

Quasiment aucune activité n'a été prévue en année 1 car il s'agit d'activités qui demandent une analyse du terrain et une concertation préalable à leur mise en œuvre. Un montant très bas avait été néanmoins prévu pour le démarrage de l'activité A0105 mais les informations disponibles pour pouvoir démarrer sont encore en cours de collecte afin de bien préparer le marché qui mènera aux enquêtes. Le report de ce démarrage ainsi que du budget qui était prévu à cet effet sont sans incidence sur le programme.

2.3.3 Critères de qualité

Attribuer, sur la base des éléments susmentionnés, une note A, B, C ou D¹⁷ aux critères suivants :

- Efficiences : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en outputs de façon économe.
- Efficacité : le degré dans lequel l'output a été réalisé, tel que prévu à la fin de l'année N.
- Durabilité : le degré de probabilité de préserver et/ou de reproduire les outputs de l'intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

Critères	Note
Efficiences	A
Efficacité	B
Durabilité	B

¹⁷

- A : Très bonne performance
- B : Bonne performance
- C : Performance assortie de problèmes ; des mesures doivent être prises
- D : Manque de performance / difficultés majeures : des mesures doivent être prises

Si un critère ne peut pas être évalué (parce que le projet vient tout juste de démarrer, par ex.), attribuer la note X au critère. Expliquer pour quelle raison le critère n'a pas été évalué.

2.4 Output 2

2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2 : Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Ratio IDE/pop* Ratio medecin/pop* - ratio sage femmes/FAR	ND		ND			
Taux d'exécution technique des Plan de Travail Annuel, par district	45%		ND			
% des réunions mensuelles de coordination tenues par district	61%		ND			
% de personnes formées dans le Plan de Developpement de RH	NA		ND			

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1. Développer la fonctionnalité des Equipes Cadres de District y compris leur capacité managériale			X		
2. Elaborer un Plan de Développement des Ressources Humaines par district, en articulation avec la région et le niveau national		X			
3. Mettre en œuvre le renforcement des RH pour les acteurs de la dans les districts	X				
4. Renforcer les centres régionaux de formation en santé - CRFS, en particulier dans la formation des sages femmes et des infirmiers d'Etat en vue de leur affectation dans les 5 régions appuyées			X		
5. Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluation : SIS et autres sources d'information		X			
6. Développer les capacités des acteurs en matière de recherche et de documentation		X			
7. Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sanitaires dans les districts		X			
8. Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments dans les districts sanitaires		X			
<p>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Le renforcement des capacités est un processus qui prend du temps. Il s'agit d'abord de bien comprendre les enjeux des différentes parties prenantes et d'identifier si une lacune est due à un problème de capacité ou si la situation est plus complexe et ne peut être résolue par un renforcement des capacités (par exemple, mauvaise gestion due plus aux agendas de survie des prestataires qu'à leurs capacités en gestion). Les dysfonctionnements du système sanitaire sont nombreux et la part des choses doit être faite entre ce qui requiert un appui en capacity building et ce qui requiert un changement structurel de l'institution, notamment au niveau périphérique. Cette phase d'analyse aura permis de poser les jalons de la planification 2013, même si les activités de formation auront été relativement modestes en 2012. Il est donc tout à fait possible que les activités réalisées et planifiées pour les années à venir permettent d'obtenir l'output attendu, surtout dans les districts pilotes où un encadrement privilégié des équipes cadres de district est attendu étant donné l'importance de cet élément dans un processus de réformes profondes.</p>					
<p><i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i></p>	<p>Le fait de pousser les équipes cadres des districts et des régions à élaborer un plan de développement des ressources humaines les oblige à faire un inventaire de la situation au préalable et à identifier les lacunes. Des analyses par des acteurs externes sont également nécessaires pour que la remise en question soit plus complète et ceci peut être intégré dans les activités prévues qui sont bien en lien avec l'output attendu.</p>				
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>Année 1 consacrée surtout à l'analyse de la situation, à l'élaboration de plans de développement des RH et à la mise en évidence de priorités. Ceci n'a pas empêché que certaines formations aient déjà eu lieu.</p>				
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p>Difficultés pour certains acteurs aux différents niveaux du système de reconnaître certaines défaillances.</p> <p>Situation catastrophique en ce qui concerne la gestion dans les districts sanitaires (voir rapport audit organisationnel)</p>				
<p><i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i></p>	<p>Pas encore à ce stade</p>				

2.4.2 Exécution budgétaire

	Rubriques	Mode gestion	Total planning 2012 (version initiale)	TOTAL BUDGET	Dépenses au 31/12/2012	tx execution budget/planification (version initiale)	tx execution budget Global
A02	Résultat 2. Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et acteurs de la santé sont renforcées		-	798.264	81.680	#DIV/0!	10,2%
A0201	Développer la fonctionnalité des Equipes Cadres de District y compris leur capacité managériale	Cogestion	-	85.680	21.371	#DIV/0!	24,9%
A0202	Elaborer un Plan de Développement des Ressources Humaines par district, en articulation avec la région et le niveau national	Cogestion	-	26.400	4.000	#DIV/0!	15,2%
A0203	Mettre en œuvre le renforcement des RH pour les acteurs de la dans les districts	Cogestion	-	537.404	12.242	#DIV/0!	2,3%
A0204	Renforcer les centres régionaux de formation en santé - CRFS, en particulier dans la formation des sages femmes et des infirmiers d'Etat en vue de leur affectation dans les 5 régions appuyées	Cogestion	-	45.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0205	Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluation : SIS et autres sources d'information	Cogestion	-	34.000	15.272	#DIV/0!	44,9%
A0206	Développer les capacités des acteurs en matière de recherche et de documentation	Cogestion	-	52.500	28.794	#DIV/0!	54,8%
A0207	Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sanitaires dans les districts	Cogestion	-	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
A0208	Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments dans les districts sanitaires	Cogestion	-	17.280	0	#DIV/0!	0,0%

Aucune activité n'avait été planifiée en début d'année 2012 pour ce résultat car il était difficile de prévoir au démarrage du programme (janvier 2012) ce qui serait possible ou pas de faire. Des opportunités se sont présentées au fil des mois et la direction du programme les a saisies pour réaliser certaines activités, notamment en termes de formation du personnel dans les districts et au Ministère de la Santé. Etant donné que le processus de développement des districts pilotes est un processus de recherche action, l'accent a également été mis sur l'activité A_02_06 afin que, dès le départ, les acteurs soient impliqués dans les activités qui permettront de documenter le processus suivi et les résultats obtenus. Au total, c'est plus de 10% du budget alloué à ce résultat qui a été dépensé en 2012 alors qu'il ne s'agit que de la première année.

Il faut ici préciser que malgré que de nombreuses activités visant à renforcer les capacités des 28 districts appuyés par le PAODES, le désaccord relatif aux indemnités journalières dont il est fait état plus haut dans ce rapport persiste. D'autres activités auraient pu avoir lieu mais ont été suspendues par les acteurs de terrain en raison de ce désaccord.

Si le problème des indemnités journalières est résolu, d'autres activités pourront s'ajouter à celles qui ont cours et il est alors probable que le budget prévu pour l'activité A_01_01 soit insuffisant.

2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.5 Output 3

2.5.1 Analyse des progrès réalisés

Output 3 : Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets médicaux assurée selon un plan d'investissement global de chaque région							
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Couverture en structures SONUC	ND		ND				
Proportion de PS fonctionnels*	76%		ND				
Taux d'exécution du plan de maintenance des districts	0%		ND				
Taux d'exécution du Plan de gestion des déchets	0%		ND				
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
1. Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire à moyen et long terme, par district et région, incluant l'augmentation du nombre d'établissements sanitaires, en particulier les hôpitaux de district (en coordination avec le PAGOSAN)				X			
2. Etablir un plan d'investissement en infrastructures et équipement à court terme				X			
3. Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant le plan d'investissement					X		Gros retards dus aux procédures des Marchés Publics Sénégalais
4. Etablir un plan d'équipement par district et région					X		Gros retards dus aux procédures des Marchés Publics Sénégalais
5. Appuyer l'élaboration et mise en oeuvre de Plans de Maintenance et de gestion des déchets médicaux par district					X		Les étapes à franchir avant de pouvoir avancer dans cette activité ont été retardées
6. Assurer la fonctionnalité d'un système de référence et contre référence stable, y compris l'évacuation des urgences médico-chirurgicales					X		Retards dus aux annulations d'activités en raison des perdiems de la CTB. Retards dus également au report des activités dans les districts suite au rapport d'audit organisationnel du niveau opérationnel
<p>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Les progrès réalisés concernent surtout l'élaboration de plans directeurs en appui avec la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) du MSAS. IL s'agit de la première étape à franchir pour pouvoir apporter un appui cohérent et durable en infrastructure et en équipement. Les étapes suivantes passent par les marchés publics sénégalais et ont subi de gros retards en raison de la multiplicité des étapes à franchir et du nombre de personnes à mettre d'accord à chacune de ces étapes.</p>							
<p><i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant</i></p>			<p>Si le retard est rattrapé, le lien entre les activités et l'output apparaîtra clairement</p>				

<i>que telles ?) :</i>	
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Conception de plans directeurs dans plusieurs (4) districts en 2012, en collaboration avec la DIEM (appui institutionnel)
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Confusion des rôles avec l'ex DIM (direction des infrastructures médicales) qui souhaitait assurer la maîtrise d'œuvre, en plus des plans directeurs alors qu'elle n'en avait ni le mandat, ni les capacités techniques
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Aucun à ce stade

2.5.2 Exécution budgétaire

	Rubriques	Mode gestion	Total planning 2012 (version initiale)	TOTAL BUDGET	Dépenses au 31/12/2012	tx execution budget/planification (version initiale)	tx execution budget Global
A03	Résultat 3 : Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région		-	3.910.790	513.496	#DIV/0!	13,1%
A0301	Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire à moyen et long terme, par district et région, incluant l'augmentation du nombre d'établissements sanitaires, en particulier les hôpitaux de district (en coordination avec le PAGOSAN)	Cogestion	-	113.340	5.171	#DIV/0!	4,6%
A0302	Etablir un plan d'investissement en infrastructures et équipement à court terme	Cogestion	-	15.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0303	Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant le plan d'investissement	Cogestion	-	1.627.600	0	#DIV/0!	0,0%
A0304	Etablir un plan d'équipement par district et région	Cogestion	-	1.203.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0307	Achat véhicules pour les DS	Régie		560.000	508.325	#DIV/0!	90,8%
A0305	Appuyer l'élaboration et mise en oeuvre de Plans de Maintenance et de gestion des déchets médicaux par district	Cogestion	-	350.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0306	Assurer la fonctionnalité d'un système de référence et contre référence stable, y compris l'évacuation des urgences médico-chirurgicales	Cogestion	-	41.850	0	#DIV/0!	0,0%

Ce résultat, bien qu'il ait déjà atteint plus de 13% de taux d'exécution budgétaire à la fin de la première année, aurait pu être beaucoup plus avancé n'eut été les difficultés rencontrées dans le cadre des procédures des marchés publics sénégalais. Les plans directeurs hospitaliers de deux des trois districts pilotes, qui bénéficieront d'un appui intensif en infrastructure et en équipement, sont finalisés mais la rédaction de leur DAO nécessite de faire appel à un bureau d'études. Ceci doit faire l'objet d'un marché qui prendra vraisemblablement la quasi-totalité de l'année 2 (2013). Le marché de travaux pourra, si aucun retard ne survient, être lancé fin 2013 et les travaux prendront cours en 2014 pour être terminés en 2015. Idéalement, il aurait été préférable que ces travaux puissent être réalisés beaucoup plus tôt afin de bénéficier aux districts pilotes en même temps que la mise en œuvre des réformes qui y sont prévues dès 2013. Cela ne sera pas le cas car le nombre d'étapes et le nombre de personnes à impliquer dans les analyses techniques sont tels que les délais sont incompressibles. Le plan directeur du 3^{ème} district pilote sera finalisé en cours d'année 2013 et fera également l'objet d'un DAO et de travaux mais à nouveau, ceux-ci ne bénéficieront à la population qu' à la fin du programme. Des travaux de moindre ampleur sont prévus dans les districts non pilotes mais même pour des réhabilitations moins importantes, les délais sont extrêmement longs.

Néanmoins, certaines activités, notamment en ce qui concerne l'équipement, ont pu être réalisées dans des délais très courts. Le passage d'une partie de la ligne A0304 en régie (A0307) suite à une décision prise en SMCL aura permis de livrer très rapidement 14 véhicules (ambulances et véhicules de supervision) aux districts pour lesquels un tel appui était prioritaire.

2.5.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	C
Efficacité	C
Durabilité	B

2.6 Output 4

2.6.1 Analyse des progrès réalisés

Output 4 : Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions au niveau national						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Taux de mortalité hospitalière	ND		ND			
Taux de Césarienne	3,1%		ND			
Taux d'hospitalisation	ND		ND			
Taux d'utilisation du premier échelon	ND		ND			
Taux de référence parmi les hospitalisés	ND		ND			
Taux d'hospitalisation parmi les référés	ND		ND			
Nombre d'interventions de chirurgie de district	ND		ND			
proportion de districts utilisant un système d'information on line.	0%		ND			

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1. Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé			X		Difficultés avec la chaire de chirurgie dont l'idéologie est éloignée des objectifs de santé publique du programme
2. Garantir dans les districts prioritaires offrant de la chirurgie ou les SONUC un paquet de services complet et continu propre du CS réf.(plateau technique minimal, RH compétentes et formées, service des urgences, laboratoire, imagerie médicale, Maintenance & hygiène, habilitation/équipement, logistique, informatique, froid, électro)		X			Long travail préparatoire nécessaire aux réformes
3. Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie dans des districts identifiés, en arrivant à les modéliser en vue de leur répliation		X			
4. Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation de certaines maladies chroniques et autres conditions médicales dans les districts		X			
5. Introduire dans une région un système d'information sanitaire on-line à partir des districts		X			
<p>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Ce résultat contient les enjeux stratégiques majeurs du programme. En effet, il concerne principalement les districts pilotes dans lesquels des réformes importantes seront mises en œuvre au niveau de l'offre de soin afin de rendre le terrain propice au développement de l'assurance maladie et donc, de la demande de soins. Sur les 28 districts appuyés par le programme, les 3 districts pilotes ont donc un rôle particulier à jouer en terme de zone de démonstration quant aux étapes à franchir et aux prérequis à mettre en place avant de travailler au développement de l'assurance maladie</p> <p>A ce stade du programme, les progrès ne sont pas encore visibles car les activités ont surtout consisté en des activités de plaidoyer, de communication, de sensibilisation auprès des districts pilotes et des régions qui les coordonnent pour qu'ils s'approprient le démarrage des activités innovantes propres à ce résultat et qu'ils s'apprentent à mettre en œuvre des réformes profondes, notamment en ce qui concerne les modalités de financement des soins de santé mais aussi la gestion financière, en ressources humaines et en médicaments ainsi qu'au niveau de la prise en charge du patient.</p>					
<p><i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i></p>		<p>La mise en place d'activités chirurgicales et de gynécologie/obstétrique dans les districts sanitaires est quelque chose d'innovant dans la mesure où l'idéologie et les exigences de la chaire de chirurgie ne permettent plus aux généralistes d'opérer les patients et où, par conséquent, la chirurgie est devenue quasiment inexistante dans les districts du pays. La mise en place d'un système de tarification forfaitaire subsidié sous condition d'utilisation de l'échelon le plus adéquat est également un élément novateur qui devrait permettre une régulation du système de financement des soins de santé ainsi qu'une rationalisation de l'utilisation des ressources. Ces deux points sont des étapes dont le programme souhaite démontrer l'importance avant toute initiative de développement de l'assurance maladie universelle ;</p>			
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>		<p>Le passage à un système de tarification forfaitaire signifie la diminution de certains gaspillages et l'amélioration du contrôle des canaux du financement des services de santé. Cette réforme crée donc beaucoup de résistance au changement. Peu d'argent a été dépensé jusqu'ici pour ce résultat mais c'est le résultat où le programme a le plus avancé, notamment au moyen d'activités de sensibilisation, de communication, de plaidoyer afin de préparer le terrain des réformes importantes qui prendront cours en 2013</p>			

<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Résistance au changement en raison du plus haut niveau de contrôle qu'implique le nouveau système de financement à mettre en place.
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	<p>Audit organisationnel des districts décrit une situation pire que celle estimée au départ et requiert des mesures préalables à tout appui financier au système.</p> <p>Enthousiasme des médecins chefs de région dont ceux qui n'avaient pas de districts pilotes demandent à pouvoir, eux aussi, participer aux expériences novatrices ;</p>

2.6.2 Exécution budgétaire

	Rubriques	Mode gestion	Total planning 2012 (version initiale)	TOTAL BUDGET	Dépenses au 31/12/2012	tx execution budget/planification (version initiale)	tx execution budget Global
A04	Résultat 4 : Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplication au niveau national		-	2.681.980	40.323	#DIV/0!	1,5%
A0401	Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé	Cogestion	-	554.180	0	#DIV/0!	0,0%
A0402	Garantir dans les districts prioritaires offrant de la chirurgie ou les SONUC un paquet de services complet et continu propre du CS réf.(plateau technique minimal, RH compétentes et formées, service des urgences,laboratoire, imagerie médicale, Maintenance & hygiène, habilitation/équipement,logistique, informatique, froid, électro)	Cogestion	-	1.765.000	40.323	#DIV/0!	2,3%
A0403	Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie dans des districts identifiés, en arrivant à les modéliser en vue de leur réplication	Cogestion	-	192.800	0	#DIV/0!	0,0%
A0404	Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation de certaines maladies chroniques et autres conditions médicales dans les districts	Cogestion	-	100.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0405	Introduire dans une région un système d'information sanitaire on-line à partir des districts	Cogestion	-	70.000	0	#DIV/0!	0,0%

Ce résultat comprend en fait les enjeux principaux du programme. Il concerne principalement les districts pilotes et les réformes importantes qui doivent y être mises en œuvre. Comme indiqué précédemment, peu d'argent a été dépensé pour ce résultat car les activités réalisées n'ont pas nécessité de gros budgets. Mais il s'agit du résultat sur lequel le programme a le plus avancé en termes de stratégie et d'appropriation des concepts par le partenaire terrain.

2.6.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.7 Output 5

2.7.1 Analyse des progrès réalisés

Output 5 : La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel est renforcée							
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
taux de réalisation de supervisions intégrées de la DS vers les régions	0%		ND				
nombre de supervisions d'appui des cliniciens du niveau régional (HR, EPS1...) vers les centres de santé	0		ND				
taux de réalisation de supervision de l'ECD vers le premier échelon	3,3%		ND				
proportion des Comité de Santé qui tiennent leur réunion statutaires (mensuelle de bureau + cogestion + AG) par district, et région	74,2%		ND				
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
1. Renforcer la direction de la santé dans son rôle recteur et de coordination en appui aux régions et districts sanitaires. Renforcer sa fonction de supervision				X			
2. Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à tous les niveaux			X				
3. Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'hôpital régional vers les districts					X		Suspension des activités de supervision de la chaire de chirurgie
4. Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface réel entre la population et le système de santé				X			
5. Renforcer la capacité des instances représentatives des collectivités locales dans le domaine de la santé et la dynamisation des comités de gestion					X		
6. Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions				X			
<p>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : De nombreuses activités relatives à ce résultat ont eu lieu dont certaines de façon régulière telles que l'appui aux supervisions du niveau central vers le niveau régional et périphérique. Le programme a donc bien avancé en la matière au niveau des structures du Ministère à tous les niveaux. Cette avance est néanmoins limitée au MSAS et à ses entités périphériques et régionales. La situation est moins avancée au niveau des comités de santé dont l'audit récent sur un petit échantillon de 4 districts montre d'inquiétants dysfonctionnements ainsi qu'au niveau des collectivités locales dont l'implication dans le projet nécessite l'appropriation préalable des acteurs périphériques du MSAS.</p>							
<p><i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles) :</i></p>			<p>Les supervisions régulières du niveau central au niveau régional et au niveau périphérique permettent de renforcer les liens entre les différents niveaux du MSAS. Le partage des informations dans les deux sens s'en trouve intensifié et l'amélioration conséquente de la communication permet la résolution de bon nombre de blocages. La fluidification des échanges entre les différents niveaux du MSAS est un premier pas et est une amélioration plutôt de type « longitudinal ». Le renforcement des échanges avec les comités de santé et</p>				

	les collectivités locales représente une étape ultérieure et sera de type plutôt transversal.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Amélioration de la communication entre les différents niveaux du MSAS
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Blocage de la chaire de chirurgie qui a suspendu ses supervisions en raison d'attentes et d'exigences auxquelles le PAODES ne peut répondre
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

2.7.2 Exécution budgétaire

	Rubriques	Mode gestion	Total planning 2012 (version initiale)	TOTAL BUDGET	Dépenses au 31/12/2012	tx execution budget/planification (version initiale)	tx execution budget Global
A05	Résultat 5 : La cohésion entre les niveaux de l'offre de soin et les acteurs au niveau opérationnel est renforcée		-	269.430	10.750	#DIV/0!	4,0%
A0501	Renforcer la direction de la santé dans son rôle recteur et de coordination en appui aux régions et districts sanitaires. Renforcer sa fonction de supervision	Cogestion	-	68.550	10.595	#DIV/0!	15,5%
A0502	Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à tous les niveaux	Cogestion	-	38.880	0	#DIV/0!	0,0%
A0503	Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'hôpital régional vers les districts	Cogestion	-	86.400	0	#DIV/0!	0,0%
A0504	Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface réel entre la population et le système de santé	Cogestion	-	24.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0505	Renforcer la capacité des instances représentatives des collectivités locales dans le domaine de la santé et la dynamisation des comités de gestion	Cogestion	-	24.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0506	Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions	Cogestion	-	27.600	155	#DIV/0!	0,6%

2.7.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.8 Output 6 à 10

NB : les résultats 6 à 10 appartiennent au volet demande du PAODES dont l'ATI n'est arrivée que fin novembre 2012. Les activités relatives à ces résultats n'ont donc pas encore commencé

3 Thèmes transversaux

Expliquez comment l'intervention a tenu compte des thèmes transversaux.

3.1 Genre

Dans la conception de l'intervention dans les districts pilotes, une attention particulière a été accordée au genre dans la mesure où l'amélioration de l'accès financier aux soins de santé sera plus importante pour les femmes et les enfants. Ceci pourra être démontré par le suivi des indicateurs propres au résultat 4.

3.2 Environnement

Le résultat 3 prévoit un la conception de plans directeurs hospitaliers et de plans de maintenance et de gestion des déchets. Ces derniers accorderont une attention toute particulière non seulement à une gestion écologique, polluant le moins possible mais permettant également une consommation réduite d'énergie.

3.3 Autre

4 Pilotage et apprentissage

4.1 Plan d'action

Formuler, sur la base des données et de l'analyse ci-dessus, des actions (décisions) à prendre. Celles-ci peuvent être d'ordre stratégique et/ou opérationnel.

Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
<i>Description de l'action/la décision à prendre.</i>	<i>Le sous-chapitre auquel l'action/la décision se réfère (p. ex., 2.4)</i>	<i>Le responsable de la prise de décision/action</i>	<i>p. ex., Q1, Q2, Q3 ou Q4 de l'année N+1</i>
Déléguer la responsabilité opérationnelle et financière (les deux sont indissociables) du programme à une personne de la DGS qui soit en mesure d'être entièrement disponible à cet effet	2.1.2	SMCL	Q2 N+1
Envisager la délégation de la gestion de certains marchés de travaux à l'AGETIP ou bien passation de marchés en régie	2.1.3	SMCL	Q2 N+1
Trouver un accord de politique d'indemnisation journalière qui respecte la déclaration de Paris (alignement, harmonisation)	2.1.4	SMCL	Q4 N, reporté à Q1 N+1

4.2 Enseignements tirés

Tirer les enseignements importants de l'expérience de l'intervention. Les enseignements tirés sont de nouveaux savoirs qui doivent demeurer dans la mémoire institutionnelle de la CTB et des partenaires. Ils peuvent être tirés d'activités, d'outputs, de l'outcome (ou d'une combinaison de niveaux ou de tout autre aspect de l'intervention et de son contexte).

Enseignements tirés	Public cible
L'ancrage au niveau de la Direction Générale de la Santé offre un grand potentiel en termes d'appropriation et d'implication du niveau central dans les activités au niveau opérationnel. Cependant, étant donné la charge de travail et le spectre de responsabilités d'un niveau tel que la DGS au MSAS, une délégation effective de la direction du programme est indispensable. Cette délégation doit être à la fois opérationnelle et administrative (signature) car les deux fonctions sont indissociables. En effet, pour connaître l'état d'avancement d'un programme aussi ambitieux et savoir ce qu'il faut signer ou pas, ce qui est urgent ou pas, il faut être présent sur le terrain et avoir un contact quotidien avec les autres acteurs du programme. Faute de quoi, les incompréhensions se multiplient et causent délais parfois importants et frustrations qui sont dommageables au bon déroulement du programme.	CTB Siège, CTB RR, Equipe formulation

<p>Le PAODES offre un appui à 28 districts dans 5 régions et ceci représente 40% de la population du district. Un programme aussi ambitieux ne peut réussir que si les moyens mis à sa disposition sont à la hauteur des ambitions. L'assistance technique internationale est limitée à 2 personnes, ce qui est trop peu pour un programme d'une telle ampleur. D'une part, techniquement parlant, il aurait été intéressant d'avoir une équipe plus large, surtout au vu du cumul du travail à réaliser au niveau opérationnel et de celui plus stratégique au niveau central. D'autre part, la charge de travail administratif (comptabilité, marchés publics, gestion RH) d'un programme de 16 millions d'Euros pour la seule contribution belge est telle que les ATI en poste, bien que techniciens, doivent passer plus du tiers de leur temps à assumer des tâches liées aux aspects purement gestionnaires du programme.</p>	<p>CTB siège Equipe de formulation</p>

5 Annexes

5.1 Cadre logique d'origine

Inclure le cadre logique d'origine

5.2 Cadre logique mis à jour

**BTCCTB-MSAS SENEGAL : PROGRAMME DE SANTE BELGO SENEGALAIS-PSBS. ETUDE
BASELINE Revue le 23/11/12**

INDICATEURS FINAUX DU CADRE LOGIQUE PAODES-VOLET OFFRE

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables retenus	Sources de vérification / Commentaires	Hypothèses / risques
<p><u>Objectif global</u> :Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès.</p>	Ratio de mortalité maternelle	EDS	<p>Le MSP adopte la coordination stratégique entre la DS, la CAFSP et la CAS PNDS, nécessaire à la mise en œuvre du programme.</p>
	Taux de mortalité infanto-juvénile	EDS	
	Indice synthétique de fécondité	EDS	
	Espérance de vie à la naissance	EDS	
	Taux global de mortalité hospitalière	Annuaire statistique du SNIS, Registres de décès	

<u>Objectif spécifique:</u> Assurer aux populations des régions de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thiès un accès à des soins de santé de qualité et un bon niveau de couverture maladie.	Taux de consultation primaire curative	rappports global du district sanitaire, Annuaire statistique du SNIS	
<u>Résultat 1 :</u> La qualité des services est améliorée.	Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié**	registre Accouchements données de routine du SNIS ou rapports d'activité des PS, CS et districts	Le MSP et les RM souscrivent l'option d'AQ prévue dans l'intervention
	taux de satisfaction de la population sur l'utilisation des services	Enquêtes de satisfaction. Cet indicateur sera présenté par an et sera la synthèse des résultats des enquêtes menées.	
	valeur moyenne de la qualité des services par district.	rappports de supervision	
<u>Résultat 2 :</u> Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des	Taux d'exécution technique des Plan de Travail Annuel, par district	Rapports d'activité des district et RM	au moins 5 districts identifiés ont la volonté d'initier la TF,

acteurs de la santé sont renforcés.	% des réunions mensuelles de coordination tenues par district	Actes des réunions de planification	
	Pourcentage de supervisions effectuées par l'ECD	Rapports d'activité des district et RM	
<u>Résultat 3</u> : Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets médicaux assurée	Couverture en structures SONUC	rapports d'activités des CS et des districts	Le Plan d'Investissement est validé au niveau régional et central (MSP).
	Proportion de PS fonctionnels*	Carte sanitaire des districts et régions	
	Taux d'exécution du plan de maintenance des districts	rapports de maintenance	
	Taux d'exécution du Plan de gestion des déchets	rapports de gestion des déchets	
<u>Résultat 4</u> : Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplication au niveau national.	Taux de césariennes	SNIS et rapports d'activités des CS et des districts	La Faculté de Médecine, le MSP et la coopération belge s'accordent sur la réalisation des appuis en chirurgie de district et SONUC.
	Nombre d'interventions de chirurgie de district	Rapport centre de santé, registre de bloc opératoire	
	Taux de consultation primaire curative des districts sanitaires appliquant la tarification forfaitaire	rapports global du district sanitaire, Annuaire statistique du SNIS	

	Proportion de districts sanitaires utilisant un système d'information on line.	rapport PAODES et des RM	
	Nombre de campagnes de sensibilisation sur les maladies chroniques et les violences faites aux femmes menées dans la région	rapport d'exécution du POA de la Région Médicale. Rapport d'activités du PAODES.	
<u>Résultat 5</u> : La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel, est renforcée.	Proportion de supervisions du niveau central (DGS et spécialistes EP3) vers les régions (EPS 2)	rapports de supervision	La Direction de la Santé souscrit la finalité du renforcement inter niveaux de la supervision.
	Proportion de supervisions du niveau régional (RM et spécialistes EPS 2) vers les centres de santé et EPS 1	rapports de supervision	
	Proportion de supervisions de l'ECD vers les postes de santé	rapports de supervision	

	Proportion des comités de santé qui tiennent leur réunion statutaires (mensuelle de bureau +cogestion + AG) par district, et région	PV de réunions	
	Proportion des comités de gestion qui tiennent leur réunion statutaires par district, et région	PV de réunions	
Nombre d'indicateurs	21		

BTCCTB-MSAS SENEGAL : PROGRAMME DE SANTE BELGO SENEGALAIS-PSBS. ETUDE BASELINE
Revue le 23/11/12

INDICATEURS FINAUX DU CADRE LOGIQUE PAODES-VOLET OFFRE			
Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables retenus	Sources de vérification / Commentaires	Hypothèses / risques
Objectif global :Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès.	Ratio de mortalité maternelle	EDS	Le MSP adopte la coordination stratégique entre la DS, la CAFSP et la CAS PNDS,
	Taux de mortalité infanto-juvénile	EDS	
	Indice synthétique de fécondité	EDS	

	Espérance de vie à la naissance	EDS	nécessaire à la mise en œuvre du programme.
	Taux global de mortalité hospitalière	Annuaire statistique du SNIS, Registres de décès	
Objectif spécifique: Assurer aux populations des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès un accès à des soins de santé de qualité et un bon niveau de couverture maladie.	Taux de personnes couvertes par les mutuelles de santé	Statistiques et rapports des mutuelles et des unions	L'état de la pauvreté n'augmente pas dans la zone
Résultat 6 : « Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées »	Proportion de mutuelles de santé ayant un taux de recouvrement des cotisations supérieur à 70%	Statistiques et rapports des mutuelles et des unions	Les ruptures de médicaments ne soient pas fréquentes
	Proportion de mutuelles de santé ayant un ratio de sinistralité compris entre 50% et 75%	Statistiques et rapports des mutuelles et des unions	Les prestataires collaborent franchement avec les mutuelles
	Taux de satisfaction des adhérents par rapport à leurs mutuelles de santé	Rapports enquêtes de satisfaction	
	Proportion de mutuelles de santé ayant tenu leurs réunions statutaires (AG, BE et CA)	PV de réunions	

	<i>Pourcentage d'unions de mutuelles de sante qui tiennent les reunions du BE</i>	PV reunions,AG	
	Nombre de nouvelles conventions signées entre les unions régionales et les hôpitaux	Conventions cadre	
Résultat 7 : « Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes »	Nombre de BRASU mis en place et fonctionnels	Rapport d'activités de la CAFSP/Projet	Les mutuelles préexistantes dans les districts ciblés acceptent d'intégrer le modèle BRASU
	Nombre d'antennes de BRASU de districts et locales mis en place et fonctionnelles	Rapport d'activités de la CAFSP/Projet	Les prestataires reconnaissent l'expertise et acceptent la fonction de tiers payant et le rôle de négociateur des BRASU

<p>Résultat 8 : « Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre »</p>	<p>Taux de croissance des adhérents aux mutuelles de santé</p>	<p>Rapports BRASU</p>	<p>Le BRASU a la capacité technique pour absorber un volume croissant de ressources. Le BRASU est progressivement considéré comme un acteur crédible par les partenaires techniques et financiers pour la gestion de leurs fonds.</p>
	<p>Nombre des cas référés et pris en charge par les BRASU</p>	<p>Rapports d'activité et rapports financiers des BRASU & antennes, Mutuelles</p>	<p>Le ministère continue à soutenir le modèle de BRASU comme option pour l'extension de la protection contre le risque maladie.</p>
	<p>Pourcentage d'indigents du fonds d'équité utilisant les services de santé par an</p>	<p>Rapports du fonds d'équité/Union Mutuelles/Rapport d'activités CAFSP</p>	<p>Des fonds d'équité sont mis en place par les mutuelles de santé</p>

	Pourcentage de femmes indigents pris en charge par le fonds d'équité	Rapport des mutuelles disposant d'un fonds d'équité	
	Nombre de partenaires (autres que la CTB) participant au financement des BRASU	Rapport d'activités de la CAFSP/Projet	les populations des districts BRASU acceptent qu'une portion d'entre eux soit identifiée comme pauvres (jalousie, discrimination, autres)
Résultat 9 : Le cadre juridique relatif aux Bureaux Régionaux d'Assurance Santé Universelle est créé et mis en œuvre.	Disponibilité des textes juridiques relatifs à l'assurance santé universelle	Textes légaux	Les responsables politiques sont ouverts au processus de légifération et s'investissent pour accélérer le processus. Le développement opérationnel des BRASU n'engendre pas de conflits majeurs nuisant au développement de statuts et cadre légaux

Résultat 10: Un modèle intégré de financement de la demande de soins est articulé autour des BRASU à travers un processus de capitalisation des expériences.	Disponibilité du document de capitalisation de l'expérience des BRASU	Rapport d'activités de la CAFSP/Projet	Le modèle de documentation permet de dégager l'évidence nécessaire pour influencer sur le MSP et les partenaires
	Disponibilité d'un guide opérationnel de BRASU	Rapport d'activités de la CAFSP/Projet	
Nombre d'indicateurs	17		

5.3 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Indicateurs modifiés voir Cadre logique mis à jour lors de l'étude baseline
Rapport de <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Oui
Planning de l'EMP	Q1 2014
Planning de l'évaluation finale	Q4 2015
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	Janvier 2012, Octobre 2012, Février 2013

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

Fournir le rapport « Budget versus Actuels (y – m) » (il peut simplement être joint au présent document et ne doit pas faire partie du rapport en tant que tel.)

Document FIT non disponible car pas encore disponible à la date limite de remise du présent rapport

	Rubriques	Mode gestion	Total planning 2012 (version initiale)	TOTAL BUDGET	Dépenses au 31/12/2012	tx execution budget/planification (version initiale)	tx execution budget Global
A01	Résultat 1 : La qualité des services est améliorée		1.541	548.445	0	0	0,0%
A0101	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements sanitaires (HR, CS, PS) et leurs organes de gestion et coordination	Cogestion	-	151.850	0	#DIV/0!	0,0%
A0102	Définir et/ou actualiser le contenu des paquets de service par niveau de soin : PMA, PCA	Cogestion	-	83.395	0	#DIV/0!	0,0%
A0103	Accompagner les dynamiques de développement du financement basé sur les résultats pour les districts (FBR) en synergie avec les entités d'assurance maladie à grande échelle	Cogestion	-	32.670	0	#DIV/0!	0,0%
A0104	Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires à travers des mécanismes adaptés	Cogestion	-	63.000	0	#DIV/0!	0,0%

A0105	Conduire des études en enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins et des services	Cogestion	1.541,00	217.530	0	0,0%	0,0%
A02	Résultat 2. Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et acteurs de la santé sont renforcées		-	798.264	81.680	#DIV/0!	10,2%
A0201	Développer la fonctionnalité des Equipes Cadres de District y compris leur capacité managériale	Cogestion	-	85.680	21.371	#DIV/0!	24,9%
A0202	Elaborer un Plan de Développement des Ressources Humaines par district, en articulation avec la région et le niveau national	Cogestion	-	26.400	4.000	#DIV/0!	15,2%
A0203	Mettre en œuvre le renforcement des RH pour les acteurs de la dans les districts	Cogestion	-	537.404	12.242	#DIV/0!	2,3%
A0204	Renforcer les centres régionaux de formation en santé - CRFS, en particulier dans la formation des sages femmes et des infirmiers d'Etat en vue de leur affectation dans les 5 régions appuyées	Cogestion	-	45.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0205	Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluation : SIS et autres sources d'information	Cogestion	-	34.000	15.272	#DIV/0!	44,9%
A0206	Développer les capacités des acteurs en matière de recherche et de documentation	Cogestion	-	52.500	28.794	#DIV/0!	54,8%

A0207	Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sanitaires dans les districts	Cogestion	-	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
A0208	Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments dans les districts sanitaires	Cogestion	-	17.280	0	#DIV/0!	0,0%
A03	Résultat 3 : Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région		-	3.910.790	513.496	#DIV/0!	13,1%
A0301	Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire à moyen et long terme, par district et région, incluant l'augmentation du nombre d'établissements sanitaires, en particulier les hôpitaux de district (en coordination avec le PAGOSAN)	Cogestion	-	113.340	5.171	#DIV/0!	4,6%
A0302	Etablir un plan d'investissement en infrastructures et équipement à court terme	Cogestion	-	15.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0303	Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant le plan d'investissement	Cogestion	-	1.627.600	0	#DIV/0!	0,0%
A0304	Etablir un plan d'équipement par district et région	Cogestion	-	1.203.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0307	Achat véhicules pour les DS	Régie		560.000	508.325	#DIV/0!	90,8%

A0305	Appuyer l'élaboration et mise en oeuvre de Plans de Maintenance et de gestion des déchets médicaux par district	Cogestion	-	350.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0306	Assurer la fonctionnalité d'un système de référence et contre référence stable, y compris l'évacuation des urgences médico-chirurgicales	Cogestion	-	41.850	0	#DIV/0!	0,0%
A04	Résultat 4 : Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplication au niveau national		-	2.681.980	40.323	#DIV/0!	1,5%
A0401	Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé	Cogestion	-	554.180	0	#DIV/0!	0,0%
A0402	Garantir dans les districts prioritaires offrant de la chirurgie ou les SONUC un paquet de services complet et continu propre du CS réf.(plateau technique minimal, RH compétentes et formées, service des urgences,laboratoire, imagerie médicale, Maintenance & hygiène, habilitation/équipement,logistique, informatique, froid, électro)	Cogestion	-	1.765.000	40.323	#DIV/0!	2,3%
A0403	Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie dans des districts identifiés, en arrivant à les modéliser en vue de leur réplication	Cogestion	-	192.800	0	#DIV/0!	0,0%

A0404	Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation de certaines maladies chroniques et autres conditions médicales dans les districts	Cogestion	-	100.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0405	Introduire dans une région un système d'information sanitaire on-line à partir des districts	Cogestion	-	70.000	0	#DIV/0!	0,0%
A05	Résultat 5 : La cohésion entre les niveaux de l'offre de soin et les acteurs au niveau opérationnel est renforcée		-	269.430	10.750	#DIV/0!	4,0%
A0501	Renforcer la direction de la santé dans son rôle recteur et de coordination en appui aux régions et districts sanitaires. Renforcer sa fonction de supervision	Cogestion	-	68.550	10.595	#DIV/0!	15,5%
A0502	Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à tous les niveaux	Cogestion	-	38.880	0	#DIV/0!	0,0%
A0503	Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'hôpital régional vers les districts	Cogestion	-	86.400	0	#DIV/0!	0,0%
A0504	Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface réel entre la population et le système de santé	Cogestion	-	24.000	0	#DIV/0!	0,0%
A0505	Renforcer la capacité des instances représentatives des collectivités locales dans le domaine de la santé et la dynamisation des comités de gestion	Cogestion	-	24.000	0	#DIV/0!	0,0%

A0506	Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions	Cogestion	-	27.600	155	#DIV/0!	0,6%
			-		0	#DIV/0!	#DIV/0!
	TOTAL Résultats et activités		1.541	8.208.909	646.250	41937,0%	7,9%
			-		0	#DIV/0!	#DIV/0!
X	Réserve budgétaire		-	164.951	0	#DIV/0!	0,0%
X0101	réserve budgétaire cogestion	Cogestion	-	128.637	0	#DIV/0!	0,0%
X0102	réserve budgétaire régie	Régie	-	36.314	0	#DIV/0!	0,0%
			-		0	#DIV/0!	#DIV/0!
	Rubriques			Total Budget	0	#DIV/0!	#VALEUR!
			-		0	#DIV/0!	#DIV/0!
Z	Moyens Généraux		520.347,00		0	0,0%	#DIV/0!
Z01	Frais de personnel		324.507	1.570.760	221.424	68,2%	14,1%
Z0101	Personnel ATI	Régie	270.480,00	1.086.000	164.630	60,9%	15,2%
Z0103	Prime Direction Ministère volet offre	Cogestion	8.200,00	32.880	10.519	128,3%	32,0%
Z0105	Personnel Admin volet offre	Régie	13.140,00	97.200	20.414	155,4%	21,0%
Z0107	Personnel appui volet offre	Cogestion	17.435,00	229.680	16.504	94,7%	7,2%
Z0109	Autres frais de personnel	Cogestion	15.252,00	125.000	9.357	61,4%	7,5%
Z02	Investissements		150.000	222.650	172.051	114,7%	77,3%
Z0201	Véhicule volet offre	Régie	150.000,00	150.000	142.790	95,2%	95,2%
Z0203	Equipement bureau volet offre	Cogestion	-	29.825	19.593	#DIV/0!	65,7%
Z0205	Equipement IT volet offre	Cogestion	-	22.825	5.553	#DIV/0!	24,3%
Z0207	Aménagement bureau volet offre	Cogestion	-	20.000	4.116	#DIV/0!	20,6%
Z03	Frais de fonctionnement		-	440.200	52.629	#DIV/0!	12,0%
Z0301	Loyer de bureau offre	Cogestion	-	49.600	0	#DIV/0!	0,0%
Z0303	Services et frais de maintenance offre	Cogestion	-	52.800	151	#DIV/0!	0,3%
Z0305	Frais de fonctionnement véhicules offre	Cogestion	-	240.200	29.950	#DIV/0!	12,5%

Z0307	Télécommunication volet offre	Cogestion	-	62.400	7.401	#DIV/0!	11,9%
Z0309	Fourniture de bureau volet offre	Cogestion	-	31.200	14.696	#DIV/0!	47,1%
Z0311	Autres frais de fonctionnement	Cogestion	-	4.000	431	#DIV/0!	10,8%
Z04	Audit et Suivi Evaluation		45.840	210.150	56.235	122,7%	26,8%
Z0401	Evaluations (Etudes volet demande)	Régie	15.330,00	88.440	417	2,7%	0,5%
Z0402	Audit	Régie		60.000	0	#DIV/0!	0,0%
Z0403	Baseline study	Régie	15.510,00	15.510	0	0,0%	0,0%
Z0404	Backstopping	Régie	15.000,00	46.200	55.818	372,1%	120,8%
			-		0	#DIV/0!	#DIV/0!
	TOTAL Moyens généraux		520.347	2.443.760	502.339	96,5%	20,6%
			-		0	#DIV/0!	#DIV/0!
	TOTAL PAODES		521.888,00	10.817.620	1.148.589	220,1%	10,6%

5.5 Ressources

Dans la présente annexe optionnelle, les interventions doivent mentionner tout matériel disponible sur les effets de l'intervention sur les bénéficiaires. Le recours à du matériel utilisant des méthodes centrées sur les bénéficiaires est grandement apprécié (« story telling »...). Indiquer également si du matériel audiovisuel, des études, des rapports de capitalisation ou des publications (scientifiques) mettant en évidence les effets de l'intervention sur les bénéficiaires, ont été produits et sont disponibles.

5.6 Décisions prises par la SMCL et suivi

Fournir un aperçu des décisions stratégiques importantes prises par la SMCL et assurer le suivi de ces décisions.

Décision à prendre					Action		Suivi		
Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Trouver une solution au problème des indemnités journalières	Avril 2012		MSAS	Acteurs terrain	Réunion	MSAS	11/2012	Reporté	
Faire passer une partie de la ligne des équipements de la cogestion à la régie pour l'achat de véhicules	Août 2012		SMCL		Modification budget	PAODES	09/2012	Réalisé	