



**Projet d'Appui aux Systèmes de Santé des
Regions Médicales de Kaolack et Fatick (ASSRMKF)**

RAPPORT ANNUEL 2008

JANVIER 2009

Table des matières

1	Fiche projet	4
2	Situation actuelle en bref	5
3	Bilan de la planification des activités	7
	3.1 <i>Aperçu des activités</i>	7
	3.2 <i>Analyse de la planification des activités</i>	11
4	Bilan des finances	13
	4.1 <i>Aperçu des dépenses par rapport au planning financier</i>	13
	4.1.1. <i>Exécution budget projet</i>	13
	4.1.2. <i>Taux de déboursement en 2008 (par ligne budgétaire)</i>	16
	4.1.3. <i>Taux de déboursement en 2007 (résumé par résultat)</i>	18
	4.2 <i>Analyse du planning financier (2 pages maximum)</i>	19
5	Suivi des indicateurs (max. 3 pages)	20
	5.1 <i>Objectif spécifique</i>	20
	5.2 <i>Résultats</i>	20
	<i>R1 : La qualité des services est améliorée</i>	20
	<i>R2 : Les organes de participation des populations à l'effort de santé sont renforcés</i>	21
	<i>R3 : L'infrastructure du système de santé est adéquate</i>	21
	<i>R4 : L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau des PS et CS</i>	22
	<i>R5 : Le système de référence/contre référence est renforcé</i>	22
	<i>R6 : L'accessibilité financière de la population aux soins de santé est améliorée</i>	23
	5.3 <i>Évolution des indicateurs (graphique)</i>	24
6	Appréciation des critères de suivi	27
	6.1 <i>Efficiences</i>	27
	6.2 <i>Efficacité</i>	28
	6.3 <i>Durabilité</i>	29
7	Mesures et recommandations (Max. 2 pages)	31
	7.1 <i>Synthèse des critères d'appréciation</i>	31
	7.2 <i>Recommandations</i>	31
8	Nouveau planning (année n+1) (Max. 4 pages)	32
	a. <i>Planning des activités de l'année 2008</i>	32
	b. <i>Planning financier de l'année N+1</i>	37

9 Conclusions.....	40
<i>a. Activités et Finances.....</i>	<i>40</i>
<i>b. Critères de suivi.....</i>	<i>40</i>
i. Efficience.....	40
ii. Efficacité.....	40
iii. Durabilité.....	41
<i>c. Avis de la SMCL sur les recommandations.....</i>	<i>41</i>
i. Recommandations relatives au planning des activités.....	41
ii. Recommandations relatives au planning financier.....	41
iii. Recommandations relatives au Cadre logique.....	41
iv. Autres recommandations.....	41
Annexes.....	42
<i>a. Tracking Gantt view / Activités.....</i>	<i>42</i>
<i>b. Rapport de base / Activités (AdeptTracker).....</i>	<i>42</i>
<i>c. Aperçu des marchés publics.....</i>	<i>47</i>

1 FICHE PROJET

Titre de la prestation	Appui aux systèmes de santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick (ASSRMKF)					
Pays Partenaire	Sénégal					
N° d'intervention DGCD	19727 / 11					
Code Navision CTB	SEN 0400911					
Secteur (CODE CAD)	12220: Soins de Santé Primaires					
Institution partenaire	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale					
Groupes cibles	Régions Médicales et Districts de Santé de Kaolack et Fatick (Population couverte : ~1 800 000 habitants)					
Contribution du pays partenaire	2.553.998 EUR					
Contribution belge	9.248.979 EUR (y compris la formulation)					
Contribution totale	11.802.977 EUR					
Durée de l'intervention	48 mois					
Début CS	02/12/2005	Durée CS	66 mois	Fin CS	01/06/2011	Prolong. CS
Démarrage effectif	16/05/2006	Durée projet	48 mois	Fin projet	15/05/2010	
08/02/2006	Notification à la CTB de la CMO signée					
02/02/2006	Signature de la Convention de Mise en Oeuvre					
02/12/2005	Signature de la Convention Spécifique					
30/12/2005	Approbation du DTF par la SMCL					
Objectifs						
Général	L'état de santé de la population des Régions de Kaolack et de Fatick est amélioré					
Intervention	L'accès de la population à des soins de santé de qualité est amélioré					

Résultats	<p>Les activités sont structurées autour de six grands axes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'amélioration de la qualité des soins, avec l'accent sur le renforcement des capacités de gestion des équipes cadres de région et des équipes cadres de district ; 2. le renforcement de la participation communautaire dans les services de santé; 3. la réhabilitation (et construction si jugé nécessaire) de postes de santé et centres de santé ; 4. la mise à disposition d'équipement nécessaire au niveau des postes de santé et centres de santé (radiographie, extension des tests de laboratoires, etc.) Une activité clé sera l'introduction de la chirurgie essentielle au niveau des centres de santé des districts pilotes ; 5. le renforcement du système de référence – contre-référence ; 6. l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé en appuyant le dialogue entre les services de santé et les mutuelles existantes et aussi en introduisant un système de paiement par épisode ;
------------------	--

2 SITUATION ACTUELLE EN BREF

Ce chapitre présente brièvement le contexte du projet. Il détaille les événements majeurs survenus au cours de l'année 2008 et éventuellement leurs conséquences sur le projet.

Principales évolutions dans le secteur et/ou régions du projet

La zone d'intervention du projet passe de deux (2) à trois (3) régions suite à la scission de la région de Kaolack en deux (2) ayant donné naissance à une nouvelle région de Kaffrine. Ce qui crée des nouveaux besoins d'intervention en termes d'accompagnement du développement de la nouvelle région médicale de Kaffrine mais aussi d'un nouveau district pilote dans la région de Kaolack. Cette situation n'est pas de nature à faciliter la gestion des ressources du projet au regard des résultats auxquels il est sensé arriver.

De nombreux mouvements dans le commandement territorial et du personnel de santé intervenus au cours de l'année 2008 (départ de la quasi-totalité des gouverneurs et des préfets, du Médecin chef de région de Fatick et des Médecins chefs de districts de Gossas et de Fatick, nomination du Médecin chef de district de Kaffrine au poste du Médecin chef de région, titularisation du Médecin chef de district adjoint de Gossas etc.) ne sont pas tous de nature à maintenir l'élan et garantir la continuité souhaitée des interventions du projet.

La non promulgation des décrets relatifs à la réforme des organes de participation communautaire à l'effort de santé et aux mutuelles de santé n'a pas été sans effets sur les activités prévus aux résultats 2 et 6 du projet.

L'élaboration d'un nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) conforte le projet dans ses axes et stratégie d'intervention.

La nouvelle approche (cycle) de planification (POCL et PTA) instaurée en début 2008 par le MSP conforte la logique d'intervention du projet.

Principaux changements institutionnels

Le changement intervenu à la tête de la Direction des Ressources Humaines (DRH) au MSP a amputé le comité de pilotage de réflexions autour de l'offre de soins chirurgicaux (CPROC) d'un membre très actif en termes de contribution à ces réflexions mais aussi de mobilisation des profils requis pour l'accompagnement de l'expérience de chirurgie de districts.

Le décès du Représentant de l'Inspection d'Académie de Fatick, membre influant au sein du comité de pilotage de l'initiative « Assurance Maladie des élèves » n'a pas permis de faire aboutir le documentaire initié autour de

cette expérience. D'autre part, le détachement de deux fonctionnaires de l'éducation pour suivi de l'assurance maladie des élèves (dont un remplaçant de l'inspecteur décédé) a permis d'institutionnaliser d'avantage le poste.

L'entrée en vigueur du nouveau code des marchés publics/décret n° 2007 – 545 du 25 avril 2007 n'a pas été sans conséquences sur la maîtrise des procédures au sein du projet et les délais de passation des marchés.

La disponibilité des médicaments essentiels génériques au niveau du fournisseur principal (PNA) posant de plus en plus de problèmes, les centres et postes de santé enregistrent de fréquentes ruptures avec notamment des prescriptions externes.

Changements ou évolutions à l'échelon du projet

Le départ des deux (2) « assistantes junior » après un an de contrat a réduit l'effectif de l'équipe du projet et donc affecté (tant soit peu) la continuité ou le déroulement de certaines activités dont elles avaient la charge.

L'évaluation à mi-parcours du projet a donné lieu à des conclusions en termes de recommandations et perspectives constructives pour la suite de l'intervention. Il en de même de l'audit du projet réalisé en juin 2008 par la cour des comptes belge et réviseurs d'entreprises.

La signature d'une convention de partenariat entre le Ministère de la Santé et de la Prévention, l'université (FMPOS) et le projet autour du développement de la chirurgie générale à Kaffrine et Sokone a permis de mettre en place un cadre de travail approprié pour la concrétisation de cette initiative.

3 BILAN DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITES

3.1 Aperçu des activités

	BILAN
RI 1: La qualité des services est améliorée	
1.1 Renforcer les capacités managériales de l'ECD	
Appui à la supervision	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à la coordination	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui au monitoring	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à la planification	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui au fonctionnement	<input checked="" type="checkbox"/>
Atelier inter régional de partage de l'expérience de monitoring	<input checked="" type="checkbox"/>
Atelier régional de validation du guide révisé de monitoring des centres de santé	<input checked="" type="checkbox"/>
Atelier national de révision des guides de monitoring des postes et centre de santé	<input checked="" type="checkbox"/>
Equipement informatique des bureaux des nouveaux ECD	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2 Mettre en place des systèmes effectifs de gestion de ressources	<input checked="" type="checkbox"/> (activité non planifiée)
Atelier d'écriture (rédaction) des guides de gestion du district et centre de santé	<input checked="" type="checkbox"/>
Atelier national de restitution des guides de gestion du district et centre de santé	<input checked="" type="checkbox"/>
Atelier de finalisation des guides de gestion du district et centre de santé	<input checked="" type="checkbox"/>
Diffusion des nouveaux guides de gestion du district et centre de santé	<input checked="" type="checkbox"/>
Orientation des ECD et personnel de santé sur les nouveaux guides de gestion	Non Réalisé
Appuyer la formation/recyclage des dépositaires sur la gestion des ME	Non Réalisé
1.3 Assurer des soins de haute qualité	En cours de réalisation
Organisation des stages dans les services d'urgences des HR pour le personnel des CS des DP	Non Réalisé
Appui à l'organisation des formations cliniques du personnel des CS des DP (sur demande des ECD)	Réalisé (demandes satisfaites)
1.4 Organiser des services de haute qualité	
Appui à la création d'un service de chirurgie générale aux CS de Kaffrine et Sokone	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui institutionnel à la clinique de chirurgie générale de l'hôpital LE DANTEC	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui institutionnel à DSSP/MSP	<input checked="" type="checkbox"/>
Organisation de la supervision de l'expérience de chirurgie de district	<input checked="" type="checkbox"/>
Rencontre de concertation/coordination avec les services techniques du MSP	<input checked="" type="checkbox"/>

	BILAN
RI.4 L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place	
4.1 Assurer un équipement minimum dans les PS et former personnel	<input checked="" type="checkbox"/>
Équipement l'ensemble des postes de santé de la zone du projet	
Orientation du personnel des postes sur l'utilisation de certains équipements techniques	<input checked="" type="checkbox"/>
4.2 Mettre en place l'équipement diagnostique au niveau du CS	Réalisé partiellement
Acquisition et installation de l'équipement diagnostic	
4.3 Mettre en place l'équipement thérapeutique au niveau du CS	<input checked="" type="checkbox"/>
Acquisition et installation de l'équipement thérapeutique	
4.4 Mettre en place un personnel formé / former le personnel existant	<input checked="" type="checkbox"/>
Plaidoyer pour l'affectation des techniciens de radiographie au niveau des CS pilotes	
Organisation des stages cliniques (Rx, Labo, bloc opératoire)	Partiellement réalisé
4.5 Communiquer les nouveaux services offerts aux populations	Non réalisé
Organiser des journées portes ouvertes des centres de santé	
4.6 Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	Non réalisé
Appui au monitoring de la fonctionnalité des équipements	Partiellement réalisé
Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des plans de maintenance	
I 5: Le système de référence – contre référence est renforcé	
5.1 Etablir une organisation claire des services au CS	BILAN
Appui à la réorganisation des services	En cours de réalisation
5.2 Mettre en place un équipement standard de communication	<input checked="" type="checkbox"/>
Finalisation de l'élaboration du cahier des charges pour la téléphonie rurale	
Acquisition et installation du matériel de la téléphonie rurale	Non réalisé
5.3 Mettre en place un système d'appel ou de transport	
5.4 Elaborer des outils de référence consensuels	<input checked="" type="checkbox"/>
Reprogrammation des OG de la RCR	
5.5 Organiser au niveau des CS un service d'urgence	Non réalisé
Appui à l'organisation des services des urgences	<input checked="" type="checkbox"/>
Orienter le personnel sur l'utilisation des nouveaux outils de RCR et les dossiers des malades	<input checked="" type="checkbox"/>
Orienter le personnel les ICP sur l'utilisation des fiches de CAT devant les urgences	<input checked="" type="checkbox"/>

	Activité terminée
5.6 Compléter au nombre de 2 les ambulances par district	
5.7 Organiser la concertation avec toutes les parties-prenantes	
Organisation réunions de concertation entre ECD et services techniques régionaux	Non réalisé
5.8 Evaluer périodiquement le feedback	
Organiser des rencontres de feedback au niveau des ECD	Non réalisé
5.9 Augmenter PCA au CS ou pour décentraliser activités aux PS	
RI 6 : L'accès financier de la population aux soins de santé est amélioré	
6.1 Promouvoir la formation de mutuelles de santé	
Appui aux programmes de sensibilisation sur le partage du risque maladie par les MS	<input checked="" type="checkbox"/>
Documentation/Evaluation/restitution de l'initiative « assurance maladie des élèves »	<input checked="" type="checkbox"/>
Elargissement/capitalisation de l'initiative « assurance maladie des élèves »	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à la mise en place des MS dans les districts pilotes de Fatick	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à la mise en place d'une union des MS dans la RM de Fatick	<input checked="" type="checkbox"/>
Diffusion des résultats des RA (perception & enquête ménage) – cf supra	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui aux missions de suivi/évaluation	<input checked="" type="checkbox"/>
Equiper les MS de grande taille et unions/cadres locaux en matériel informatique	<input checked="" type="checkbox"/>
Dotation des MS en outils de gestion	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à l'organisation des formations	<input checked="" type="checkbox"/>
Appui à la contractualisation des nouvelles mutuelles	<input checked="" type="checkbox"/>
Affectation d'un moto pour le suivi des mutuelles	<input checked="" type="checkbox"/>
6.2 Introduction du système de paiement par épisode	
Mise en œuvre de RA sur la tarification forfaitaire	<input checked="" type="checkbox"/>
Etude sur les coûts normalisés et réels de production des soins au niveau des CS	Non réalisé
	<input checked="" type="checkbox"/>
Autres activités	
Organisation du comité de pilotage	<input checked="" type="checkbox"/>
Mission du suivi scientifique	<input checked="" type="checkbox"/>
Attribution des bourses de formation	<input checked="" type="checkbox"/>
Fonctionnement des bureaux du projet (Administration du projet)	<input checked="" type="checkbox"/>
Evaluation à mi-parcours	<input checked="" type="checkbox"/>
Participation aux ateliers au siège CTB	<input checked="" type="checkbox"/>
	(activité non planifiée)
	(activité non planifiée)

3.2. Analyse de la planification des activités

RI 1 : La qualité des services est améliorée

A R1 01 Renforcer les capacités managériales de l'ECD

L'ensemble des sous activités prévues ici ont été réalisées. Le projet a également pris en compte les districts nouvelles créations en dotant les ECD en matériel informatique et en leur apportant un appui au fonctionnement.

A R1 02 Mettre en place un système effectif de gestion des ressources

La diffusion et l'orientation du personnel sur les nouveaux guides de gestion du district et du centre ont dû être différées pour 2009 étant donné que la validation nationale de ces nouveaux outils n'a eu lieu qu'en décembre 2008. Il importe de signaler ici que le processus d'élaboration/finalisation de ces guides est piloté depuis le début par le niveau central du MSP (DSSP/DS) et la contribution du projet s'est limitée à un appui technique et financier. Pour ce qui est du recyclage des dépositaires en gestion des médicaments, la finalisation du module de formation a dû prendre du retard entre autres à cause de la difficulté de trouver des informations valides pour certains chapitres (par rapport aux pratiques en cours). Le retard apparent enregistré au niveau de cette activité devrait être absorbé courant 1^{er} trimestre 2009.

A R1 03 Assurer des soins de haute qualité

En ce qui concerne le renforcement des compétences techniques, priorité avait été donnée lors de la planification 2008 aux stages cliniques liés au renforcement du plateau technique. L'équipement médico-technique prévu pour être acquis par le projet ayant été réceptionné seulement en partie vers la fin de l'année, certaines formations pratiques planifiées ont été différées pour 2009. Il en est de même de la formation autour de la prise en charge des urgences dont le service n'existe pas encore physiquement au niveau des centres de santé. A cela faut-il ajouter les sous-effectifs évidents du personnel technique en place par rapport aux besoins d'élargissement du paquet de prestations en cours au niveau de certains centres de santé. Les boursiers à l'étranger ont fini leur formation au cours de l'année et repris service.

A R1 04 Organiser des services de haute qualité

La chirurgie générale a effectivement démarré dans les CS de Kaffrine et Sokone comme prévu et l'ensemble des sous activités prévues ont été réalisées. La supervision de cette expérience de chirurgie s'est faite conjointement par le service de chirurgie générale de l'hôpital le Dantec, le MSP et le CHR EIN de Kaolack

A R1 05 Rationaliser (protocole de diagnostic et traitement, recherche-action)

L'orientation sur les fiches de conduite à tenir devant les urgences en complément des ordinogrammes a eu lieu comme prévu.

Toutes les recherches action (assurance maladie des élèves, tarification forfaitaire, décentralisation de la chirurgie) avancent à vitesse normale. Une étude sur les coûts et le financement des soins est en cours de finalisation et permettra d'introduire des mesures de rationalisation sur une base scientifique dans les CS pilotes.

RI 2 : Les organes de participation de la population à l'effort de santé sont renforcés

La quasi-totalité des activités prévues ici a été réalisée. Seul le CDD du département de Gossas n'a pas été organisé. Le taux d'exécution des activités planifiées ici s'élève plus à 93% pour ce résultat.

RI 3 : L'infrastructure du système de santé est adéquate

Les travaux de réhabilitation/reconstruction/mise en norme des 36 PS prévus dans le cadre du volet génie civile du projet ont tous été réalisés et les ouvrages réceptionnés. Il en est de même pour les travaux complémentaires au niveau du bureau de la RM de Kaolack. Par contre, ceux prévus au niveau des CS n'ont pu avoir lieu, entre autres à cause du fait que les ouvrages neufs réalisés dans le cadre du projet santé I avec l'appui de la BAD n'avaient pas encore fait l'objet d'une réception définitive.

Pour ce qui est des plans de maintenance et de contrôle d'hygiène, l'analyse situationnelle de base a été réalisée et le 1^{er} draft du plan régional de Fatick a été élaboré. Ce travail de base devrait permettre la finalisation des plans régionaux et l'élaboration des plans des districts courant 1^{er} trimestre 2009.

RI 4 : L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau de PS et CS

Sur les six (6) lots d'équipements diagnostiques et thérapeutiques des centres de santé, deux (2) lots (imagerie médicale et matériel bucco-dentaire) n'ont pas été livrés et installés au cours de 2008 comme prévu. Ce retard de livraison devra être justifié par les attributaires de ces lots (auxquels le projet a adressé des lettres de mise en demeure pour dépassement des délais contractuels). Les demandes d'affectation du personnel (technicien de radiographie) adressées par les régions médicales au MSP/DRH sont sans résultats jusque-là. A défaut d'obtenir du personnel en effectif requis par rapport aux besoins de la zone du projet, la formation des agents déjà en place (en poste) apparaît être une piste à privilégier en 2009.

Les campagnes de sensibilisation des populations autour des nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques n'ont pu être menées comme envisagé à travers l'organisation des journées portes ouvertes faute d'avoir réuni les conditions prévues pour pouvoir le faire (~ augmentation du plateau technique).

Le retard accusé dans le développement des activités de la maintenance est attribuable à la charge horaire ou capacité fonctionnelle des équipes cadres des districts et région.

RI 5 : Le système de référence – contre référence (RCR) est renforcé

Le processus d'organisation des services au niveau des CS est en cours avec la mise en place des outils de prise en charge et de suivi des patients.

Le retard enregistré dans l'acquisition des équipements standard de communication (téléphonie rurale) est imputable aussi bien au degré de technicité relativement élevé de ce dossier mais aussi à la complexité des procédures de passation de ce marché.

La non documentation de la contre référence et la faible collaboration entre ECD et services techniques régionaux reflètent la faible volonté d'appropriation de cette activité par les médecins. Ce qui explique la difficulté d'accéder à des informations requises pour renseigner les indicateurs relatifs à cette activité.

La supervision (inter) régionale annuelle de la RCR par les services techniques régionaux n'a pu se faire comme prévu (à cause de la charge horaire des équipes cadres des régions qui étaient sensées l'organiser).

RI 6 : L'accessibilité financière de la population aux soins de santé est améliorée

Les activités prévues dans le cadre de la promotion des mutuelles ont été totalement réalisées et permis à nombre de mutuelles d'améliorer leur capacité managériale et d'élargir considérablement leur base d'adhésion. La mise en place d'une couverture assurance maladie pour les élèves dans le cadre d'une recherche action est une expérience originale dans le pays (avec une plus-value indéniable à l'accessibilité aux soins de santé pour la cible couverte). Le nombre de MS concernées par l'expérience est monté de 4 à 9 au cours du 2^{ème} semestre 2008 (y compris les deux nouvelles créations initiées par le projet dans le district sanitaire de Sokone).

L'étude sur les coûts des soins et le financement des services, préalable à l'expérimentation de la tarification forfaitaire et menée à titre d'étude de faisabilité est en cours de finalisation. Entre temps, cette tarification forfaitaire est introduite à petite échelle dans le cadre de l'assurance maladie des élèves (nonobstant la réticence apparente par endroits de certains agents et comités de santé)

4 BILAN DES FINANCES

4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

4.1.1. Exécution budget projet

Description des postes budgétaires	Budget total	Dépenses effectives 2007	Dépenses prévues pour 2008	Dépenses effectives par trimestre année 2008				TOTAL	Solde disponible fin 2008	Taux exécution fin 2008
				Q1	Q2	Q3	Q4			
A. Activités	6 020 709	2 574 390	1 925 400	259 367	586 884	181 280	708 546	1 736 077	1 710 243	72%
01 La qualité des services est améliorée	1 070 054	383 704	151 300	67 970	34 860	95 220	45 963	244 013	442 336	59%
01 Mettre en place des systèmes de gestion de ressources	125 659	15 659	21 000	4 491	0	13 305	0	17 796	92 204	27%
02 Renforcer les capacités managériales de l'ECCD	672 947	334 170	112 000	63 479	27 613	39 239	35 703	166 034	172 743	74%
03 Assurer des soins de haute qualité	71 155	10 583	8 000	0	0	1 916	652	2 568	58 004	18%
04 Organiser des services de haute qualité	195 292	23 292	5 000	0	7 247	40 760	9 456	57 463	114 537	41%
05 Rationaliser (Protocoles, Recherche action)	5 000	0	5 300	0	0	0	152	152	4 848	3%
06 Imprévus	0	0	0					0	0	0%
02 Les organes de participation communautaire sont renforcés	263 324	43 118	108 000	10 126	32 118	10 426	21 235	73 906	146 300	44%
01 Rendre effectif les comités de santé	20 570	2 426	16 000					0	18 144	12%
02 Former les membres des comités de santé	45 185	0	50 000	6 147	27 875	8 134	4 930	47 086	-1 901	104%
03 Associer les comités de santé à toute la vie des SS	81 560	12 958	12 000	0	0	0	0	0	68 602	16%
04 Renforcer le dialogue entre les SS et la population	116 009	27 734	30 000	3 979	4 243	2 293	16 304	26 819	61 456	47%
05 Imprévus	0	0	0					0	0	0%
03 L'infrastructure du système de santé est adéquate	2 280 451	1 490 929	505 200	4 391	374 465	8 978	202 825	590 660	198 862	91%
01 Inventorier les infrastructures de santé	8 104	5 104	2 000		0			0	3 000	63%
02 Prioriser les travaux à effectuer	4 378	1 378	5 000					0	3 000	31%
03 Réhabiliter/ construire	2 230 664	1 467 142	496 500	3 919	374 465	8 978	202 825	590 187	173 335	92%

04	Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	21 226	1 226	1 700	473	0	0	0	0	473	19 527	8%
05	Sous traitance volet génie civil	16 079	16 079	0						0	0	100%
06	Imprévus	0	0	0						0	0	0%
04	L'équipement est en place au niveau de PS et CS	1 423 595	316 136	810 900	152 299	125 446	51 357	366 510	695 612	411 847	71%	
01	Assurer équipement minimum (PS) et former personnel	509 721	221 613	179 900	148 338	124 988	152	0	273 479	14 630	97%	
02	Mettre en place l'équipement diagnostique au CS	392 855	2 855	300 000	488	457	14 311	123 075	138 331	251 669	36%	
03	Mettre en plan l'équipement thérapeutique au CS	448 286	88 286	320 000	3 473	0	34 681	242 402	280 557	79 444	82%	
04	Mettre en place personnel formé / former personnel existant	23 382	3 382	6 000	0	0	0	0	0	20 000	14%	
05	Communiquer les nouveaux services aux populations	19 350	0	0						19 350	0%	
06	Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	30 000	0	5 000			2 213	1 034	3 247	26 753	11%	
08	Imprévus	0	0	0					0	0	0%	
05	Le système de référence - contre référence est renforcé	715 946	289 946	310 000	2 609	5 177	254	1 768	9 808	416 192	42%	
01	Etablir une organisation claire des services au CS	30 412	19 412	0	0	0	0	0	0	11 000	64%	
02	Mettre en place un équipement de communication	353 938	31 938	0	549	76	254	1 768	2 647	319 353	10%	
03	Mettre en place un système d'appel ou de transport	3 098	1 098	300 000	1 098	0	0	0	1 098	902	71%	
04	Elaborer des outils de référence consensuels	5 254	3 254	0	0	0	0	0	0	2 000	62%	
05	Organiser au niveau des CS un service d'urgence	19 000	0	0	963	5 100	0	0	6 064	12 936	32%	
06	Compléter au nombre de 2 les ambulances par district	223 182	223 182	0	0	0	0	0	0	0	100%	
07	Organiser concertation avec toutes les parties-prenantes	11 063	11 063	10 000	0	0			0	0	100%	
08	Evaluer périodiquement le feedback	25 000	0	0	0	0	0	0	0	25 000	0%	
09	Augmenter PCA au CS ou décentraliser activités au PS	45 000	0	0	0	0	0	0	0	45 000	0%	
10	Imprévus	0	0	0						0	0%	
06	L'accessibilité financière est améliorée	267 340	50 557	40 000	21 971	14 818	15 044	70 245	122 077	94 706	65%	
01	Promouvoir le fonctionnement des mutuelles de santé	237 340	50 557	35 000	21 971	14 818	15 044	47 712	99 544	87 239	63%	
02	Mettre en place paiement par épisode ou forfait	30 000	0	5 000				22 533	22 533	7 467	75%	
03	Imprévus	0	0	0				0	0	0	0%	

4.1.2. Taux de déboursement en 2008 (par ligne budgétaire)

Description des postes budgétaires	Dépenses prévues pour 2008	Dépenses effectives par trimestre année 2008					Taux exécution fin 2008
		Q1	Q2	Q3	Q4	TOTAL	
A. Activités	1 925 400,00	259 366,81	586 883,60	181 279,69	708 546,40	1 736 076,50	90%
01 La qualité des services est améliorée	151 300,00	67 970,03	34 860,21	95 220,40	45 962,53	244 013,17	161%
01 Mettre en place des systèmes de gestion de ressources	21 000,00	4 491,45	0,00	13 304,99	0,00	17 796,44	85%
02 Renforcer les capacités managériales de l'ECD	112 000,00	63 478,58	27 613,24	39 239,27	35 702,64	166 033,73	148%
03 Assurer des soins de haute qualité	8 000,00	0,00	0,00	1 916,28	651,72	2 568,00	32%
04 Organiser des services de haute qualité	5 000,00	0,00	7 246,97	40 759,86	9 455,72	57 462,55	1149%
05 Rationaliser (Protocoles, Recherche action)	5 300,00	0,00	0,00	0,00	152,45	152,45	3%
06 Imprévus	0,00					0,00	0%
02 Les organes de participation communautaire sont renforcés	108 000,00	10 126,27	32 118,30	10 426,35	21 234,62	73 905,54	68%
01 Rendre effectif les comités de santé	16 000,00					0,00	0%
02 Former les membres des comités de santé	50 000,00	6 147,35	27 874,88	8 133,76	4 930,20	47 086,19	94%
03 Associer les comités de santé à toute la vie des SS	12 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
04 Renforcer le dialogue entre les SS et la population	30 000,00	3 978,92	4 243,42	2 292,59	16 304,42	26 819,35	89%
05 Imprévus	0,00					0,00	0%
03 L'infrastructure du système de santé est adéquate	505 200,00	4 391,28	374 464,94	8 978,45	202 825,33	590 660,00	117%
01 Inventorier les infrastructures de santé	2 000,00		0,00			0,00	0%
02 Prioriser les travaux à effectuer	5 000,00					0,00	0%
03 Réhabiliter/ construire	496 500,00	3 918,69	374 464,94	8 978,45	202 825,33	590 187,41	119%
04 Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	1 700,00	472,59	0,00	0,00	0,00	472,59	28%
05 Sous traitance volet génie civil	0,00				0,00	0,00	0%
06 Imprévus	0,00					0,00	0%
04 L'équipement est en place au niveau de PS et CS	810 900,00	152 298,66	125 445,70	51 357,42	366 510,43	695 612,21	86%
01 Assurer équipement minimum (PS) et former personnel	179 900,00	148 337,74	124 988,35	152,45	0,00	273 478,54	152%
02 Mettre en place l'équipement diagnostique au CS	300 000,00	487,84	457,35	14 310,68	123 074,67	138 330,54	46%
03 Mettre en plan l'équipement thérapeutique au CS	320 000,00	3 473,08	0,00	34 681,49	242 401,93	280 556,50	88%
04 Mettre en place personnel formé / former personnel existant	6 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
05 Communiquer les nouveaux services aux populations	0,00					0,00	0%
06 Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène	5 000,00			2 212,80	1 033,83	3 246,63	65%

Coopération Technique Belge

08 Imprévus	0,00					0,00	0%
05 Le système de référence - contre référence est renforcé	310 000,00	2 609,47	5 176,71	253,55	1 768,41	9 808,14	3%
01 Etablir une organisation claire des services au CS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
02 Mettre en place un équipement de communication	0,00	548,82	76,22	253,55	1 768,41	2 647,00	0%
03 Mettre en place un système d'appel ou de transport	300 000,00	1 097,63	0,00	0,00	0,00	1 097,63	0%
04 Elaborer des outils de référence consensuels	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
05 Organiser au niveau des CS un service d'urgence	0,00	963,02	5 100,49	0,00	0,00	6 063,51	0%
06 Compléter au nombre de 2 les ambulances par district	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0%
07 Organiser concertation avec toutes les parties-prenantes	10 000,00	0,00	0,00			0,00	0%
08 Evaluer périodiquement le feedback	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
09 Augmenter PCA au CS ou décentraliser activités au PS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
10 Imprévus	0,00					0,00	0%
06 L'accessibilité financière est améliorée	40 000,00	21 971,10	14 817,74	15 043,52	70 245,08	122 077,44	305%
01 Promouvoir le fonctionnement des mutuelles de santé	35 000,00	21 971,10	14 817,74	15 043,52	47 712,12	99 544,48	284%
02 Mettre en place paiement par épisode ou forfait	5 000,00				22 532,96	22 532,96	451%
03 Imprévus	0,00				0,00	0,00	0%
X Réserve	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
01 Réserve	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
01 Réserve	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
Z Moyens Globaux	504 000,00	120 833,50	149 739,51	132 405,78	151 830,61	554 809,40	110%
01 Général Means Cogestion	148 000,00	39 685,49	37 389,91	39 897,19	53 018,10	169 990,69	115%
01 Personnel national	108 000,00	17 621,09	23 879,11	22 362,72	23 580,15	87 443,07	81%
02 Imprévu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
09 Investissements	0,00	152,45	278,98	350,06	5 652,38	6 433,87	0%
10 Fonctionnement	40 000,00	21 911,95	13 231,82	17 184,41	23 785,57	76 113,75	190%
02 Régie	356 000,00	81 148,01	112 349,60	92 508,59	98 812,51	384 818,71	108%
01 Assistance technique internationale	231 000,00	50 300,07	60 539,58	55 460,85	66 637,94	232 938,44	101%
02 Appui conseil	0,00					0,00	0%
03 Bourses	25 000,00	5 577,21	13 700,99	17 254,25	7 918,96	44 451,41	178%
04 Moyens logistiques	0,00	0,00	0,00	0,00	1 905,61	1 905,61	0%
05 Fonctionnement	20 000,00	4 441,36	21 009,03	5 493,13	7 666,63	38 610,15	193%
06 Monitoring et évaluation	80 000,00	20 829,37	17 100,00	14 300,36	14 683,37	66 913,10	84%
REGIE	356 000,00	81 148,01	112 349,60	92 508,59	98 812,51	384 818,71	108,10%
COGEST	2 073 400,00	299 052,30	624 273,51	221 176,88	761 564,50	1 906 067,19	91,93%
TOTAL	2 429 400,00	380 200,31	736 623,11	313 685,47	860 377,01	2 290 885,90	94,30%

4.1.3. Taux de déboursement en 2007 (résumé par résultat)

Description des postes budgétaires	Dépenses prévues pour 2008	Dépenses effectives 2008	Taux exécution 2008
A. Activités	1 925 400,02	1 736 076,50	90,17%
01- La qualité des services est améliorée	151 300,00	244 013,17	
02- Le rôle des organes de participation communautaire à l'effort de santé sont renforcés	108 000,00	73 905,55	68,43%
03- L'infrastructure du système de santé est adéquate	505 200,01	590 659,99	116,92%
04- L'équipement est en place au niveau de PS et CS	810 900,00	695 612,21	85,78%
05- Le système de référence - contre référence est renforcé	310 000,01	9 808,14	
06- L'accessibilité financière est améliorée	40 000,00	122 077,44	
X RESERVE	0	0	
01- Réserve	0	0	
Z MOYENS GLOBAUX	504 000,02	554 809,41	110,08%
01- Moyens globaux Cogestion	148 000,01	169 990,69	114,86%
02- Moyen globaux Régie	356 000,01	384 818,72	108,10%
REGIE	356 000,01	384 818,72	108,10%
COGESTION	2 073 400,03	1 906 067,19	91,93%
TOTAL	2 429 400,04	2 290 885,91	94,30%

Risque faible 80%-130%

Risque moyen 60%-80%

Risque élevé

4.2 Analyse du planning financier (2 pages maximum)

Le taux de réalisation du budget 2008 est de **94,2%** (soit 90,3% pour celui alloué aux activités et 109,5% pour les moyens globaux). Globalement, la comparaison de la situation financière de 2009 par rapport à la programmation financière établie au 4^{ème} trimestre de 2007 (année N-1) se situe dans la fourchette de 80 à 130%, donc risque faible. Par contre, il a été enregistré quelques écarts importants (déficits ou excédents) par rapport aux dépenses totales par résultats. L'explicitation/commentaires de ces écarts peut se résumer comme suit :

R1 : La qualité des services est améliorée: 163% (risque élevé)

Le dépassement des dépenses prévues au niveau de ce résultat s'explique essentiellement par l'aboutissement rapide et la mise en œuvre de la convention de partenariat pour le développement de la chirurgie générale dans les centres de santé de Kaffrine et de Sokone conclu le 02 avril 2008. En effet, lors de la programmation (au 4^{ème} trimestre 2007) des dépenses de 2008, la décision de travailler sur la base d'une convention de partenariat autour de l'expérience de chirurgie de district à Kaffrine et à Sokone n'était pas encore prise. C'est seulement en 2008 que cette décision a été prise et la convention élaborée avec des implications financières importantes au niveau du résultat intermédiaire 1 par rapport aux prévisions de fin 2007.

R2 : Les organes de participation communautaire sont renforcés: 68,4% (risque moyen)

Le rythme de renouvellement et de formation des comités de santé renouvelés par les équipes cadres de districts n'a tout simplement pas suivi la programmation financière. Nombre de sessions de formations planifiées n'ont pu se faire comme prévu à cause notamment du non renouvellement des comités de santé dans certains districts (cas du district de Nioro).

R5 : Le système de référence - contre référence est renforcé: 3,1% (risque élevé)

Le faible taux d'exécution au niveau de ce résultat est quasi-exclusivement dû au retard accusé dans l'acquisition et l'installation de la téléphonie rurale. En effet, la modification du code des marchés publics (complexité des procédures) et la haute technicité du dossier de la téléphonie passent pour être les principales causes du retard et donc du faible taux de réalisation au niveau de ce résultat

R6 : L'accessibilité financière est améliorée: 305% (risque élevé)

Ce taux de réalisation extrêmement élevé s'explique par un faisceau de raisons, à savoir:

- L'étude des coûts de revient et du financement des prestations offertes dans les Postes et Centres de Santé de Santé de Kaffrine et Sokone menée sur fonds du projet suite à l'arrêt de cette étude au niveau central (menée sur fonds d'expertise et d'études)
- L'initiative d'Assurance Maladie Elèves qui a pris (à cause de l'enthousiasme qu'il a suscité aux différents niveaux) une ampleur non imaginée au début avec naturellement des implications financières importantes
- L'appui logistique en matériel informatique à onze (11) mutuelles de santé des régions de Kaolack et Fatick ayant totalisé un minimum de 1 000 bénéficiaires
- La poursuite de l'appui aux activités des mutuelles de santé, CLCMSK et union des mutuelles de Fatick à cause du retard accusé par le démarrage du PAMAS

5 SUIVI DES INDICATEURS (MAX. 3 PAGES)

Les indicateurs du projet sont nombreux et difficiles à renseigner pour certains en dépit de la mise en place d'un système de monitoring de ceux qui ne pouvaient pas être documentés par les données de routine (constat corroboré par la mission d'évaluation à mi-parcours du projet en octobre 2008). Toujours selon l'appréciation de la mission d'évaluation à mi-parcours, la lecture (sur base des ces indicateurs) de la contribution du projet à l'amélioration de la qualité de soins s'avérait peu aisée.

5.1 Objectif spécifique

Indicateur 1: Taux d'utilisation CPC

En appliquant la norme de l'OMS et en prenant en compte l'accessibilité géographique dans la zone d'intervention qui ne dépasse pas les 50%, l'équipe du projet s'est fixée comme valeur cible pour le taux d'utilisation de la CPC 0,5 contacts par habitant et par an avec une projection de 0,3 contacts par habitant et par an pour l'année 2008. Les chiffres pour l'année 2008 sont incomplets et le taux d'utilisation de 0,21 pour la zone d'intervention du projet s'avère par conséquent sous-estimé.

En ce qui concerne les districts pilotes de la région de Fatick qui ont présenté des données relativement complètes, le taux d'utilisation est passé de 24% en 2007 à 41% en 2008. Suite au nouveau découpage sanitaire qui a scindé le district de Kaffrine en deux, les données de 2007 et 2008 ne peuvent être considérées. A Koungheul, il s'est posé un problème de disponibilité des données. Cela entre autres à cause de la maquette SNIS de saisie des données qui a changé au cours de l'année 2008.

Indicateur 2: Couverture CPN

Le calcul de la couverture CPN se base sur la stratégie nationale qui prévoit une CPN par trimestre et la 4^{ème} au 9^{ème} mois. Pour l'année 2008, le niveau atteint est de 26,1% contre une projection de 25%. Avec un degré de 104% d'atteinte de la projection. Dans la région de Fatick, la couverture CPN pour l'ensemble des 2 districts pilotes s'élèvent 29% (nettement supérieur à la projection).

Indicateur 3: Nombre d'hospitalisations

Le calcul de cet indicateur a été limité aux 4 districts pilotes qui sont ciblés pour l'amélioration du plateau technique. En fonction du nombre de lits disponibles, d'un taux d'occupation moyen de 80% et d'une durée moyenne de séjour de plus ou moins 5 jours l'objectif à atteindre à la fin du projet a été fixé à 8000 hospitalisations avec une projection pour 2008 de 5500 hospitalisations. Le nombre d'hospitalisations a peu évolué, entre autres à cause du retard enregistré dans le relèvement du plateau technique. Avec un total de 3533 hospitalisations sur 5500 attendus en 2008, la projection a été atteinte à 64% (risque moyen).

5.2 Résultats

R1 : La qualité des services est améliorée

Indicateur 1.1 : Taux d'utilisation de la CPC

Voir chapitre 5.1, Indicateur 1

Indicateur 1.2 : Taux de satisfaction de la population

Un contrôle de cet indicateur qui demande une étude qualitative est prévu seulement vers la fin du projet.

Indicateur 1.3 : Taux de supervision de l'ECD effectuées / supervisions programmées (la norme est 6 supervisions par PS par semestre)

Tenant compte d'un certain nombre paramètres (ou réalités de terrain), l'équipe s'est fixé comme objectif dix (10) missions de supervision par PS par an. Bien que l'activité soit systématiquement planifiée par les ECD et la l'appui du projet (logistique, financier et technique) soit garantie pour l'ensemble des districts pilotes, le taux de supervisions est en baisse. Ce qui montre à suffisance que les contraintes essentielles ne sont pas d'ordre matériel ou financier. Ce sont plutôt les nombreuses interférences du niveau central et de programmes nationaux qui perturbent systématiquement les plannings opérationnels. Seuls 30% de supervisions prévues ont été réalisés (risque élevé).

Indicateur 1.4 : Taux de réalisation des protocoles de recherche approuvés (les protocoles sont appréciés par l'équipe de suivi scientifique)

Il n'existe pas de projections ici. La valeur de départ est zéro et le nombre d'études est à cumuler tout au long de la mise en œuvre du projet. Jusque fin 2008, six (6) protocoles de recherche ont été élaborés, à savoir :

- Etude sur la perception communautaire de la qualité des services (réalisé)
- Enquête ménages (réalisé)
- Etude sur les coûts et le financement des soins (réalisé)
- Recherche action sur la mise en place d'une couverture assurance maladie pour les élèves (en cours)
- Recherche action sur la décentralisation de la chirurgie (en cours)
- Recherche action sur la mise en place de la tarification forfaitaire (en cours).

Ainsi donc, trois études ont été réalisées et trois recherches action sont en cours.

R2 : Les organes de participation des populations à l'effort de santé sont renforcés

Indicateur 2.1 : Nombre d'assemblées générales des organes de participation des populations à l'effort de santé tenues selon les obligations statutaires (fixées au nombre de 2 par an)

Seules les assemblées générales de renouvellement sont documentés. Les données pour 2008 sont donc incomplètes avec un taux moyen de réalisation de 1 sur 2 assemblées générales attendues.

Indicateur 2.2 : Nombre de membres d'organes de participation des populations à l'effort de santé formés / nombre en place

Au cours de l'année, 581 membres des comités de santé renouvelés ont été formés, soit un niveau de performance de près de 80% (risque faible).

Indicateur 2.3 : Pourcentage d'organes de participation de la population à l'effort de santé impliqués dans le processus de micro-planification

La restitution communautaire des résultats de monitoring se faisant de façon systématique au niveau des communautés rurales, l'on pourrait considérer que les micro planifications à la suite des restitutions communautaires se font aussi systématiquement (100%), du moins pour les districts pilotes.

R3 : L'infrastructure du système de santé est adéquate

Indicateur 3.1 : Nombre de structures réhabilitées par rapport au nombre retenu pour réhabilitation

Le nombre de PS rénovés ou reconstruits s'élève à 36. Les travaux sont finis et les postes réceptionnés (100%).

Indicateur 3.2 : Plan stratégique de maintenance élaboré et réalisé

Après sa validation technique, le document sur la politique nationale de la maintenance a servi comme référence pour l'élaboration des plans régionaux de maintenance sont en train d'être finalisés. Le taux de réalisation peut être estimé à 50% étant donné que seuls les plans des districts sanitaires restent à élaborer (essentiellement).

R4 : L'équipement nécessaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau des PS et CS

Indicateur 4.1 : Nombre de PS équipés / nombre prévu

Tous les PS étant équipés, le taux de réalisation s'élève à 100%.

Indicateur 4.2 : Nombre de césariennes au district / nombre attendu

Actuellement tous les quatre blocs opératoires des districts pilotes sont fonctionnels. Ainsi, le pourcentage de césariennes réalisées en 2008 y compris celles du CHR de Kaolack est monté de 17,8% en 2007 à 23,4% en 2008 (calculé sur la base de 5% des accouchements attendus) et se situe légèrement en deçà de la projection de 25% pour 2008.

Indicateur 4.3 : Nombre de jours hors services de l'équipement / nombre de jours de la période

L'information n'est pas disponible.

R5 : Le système de référence/contre référence est renforcé

Le recueil des données sur la référence/contre référence ne fait pas partie du système national d'information sanitaire. Bien que les outils de gestion requis aient été mis à la disposition de tous les districts au début de l'année 2007 et que les supports pour la compilation de certaines données soient introduits au début de l'année 2008, les données ne sont pas disponibles. Selon les conclusions de la mission d'évaluation à mi-parcours, les districts sanitaires se sont peu appropriés de cette activité. Un grand travail de sensibilisation reste donc à faire pour amener les prestataires à tous les niveaux à utiliser et exploiter systématiquement les supports mis en place.

Indicateur 5.1 : Nombre de RCR accomplies

Pour les districts de Sokone et Kaffrine nous avons recensé 392 contre références pour 1069 cas référés des PS (= 37%). Pour les autres districts les informations ne sont pas disponibles. En 2007, seulement 12% (119 CR sur 1033 cas référés par l'ensemble des DP) des références ont fait objet d'une CR.

Indicateur 5.2 : Nombre de cas référés des PS vus par le médecin / total des cas référés des PS

Information pas disponible

Indicateur 5.3 : Nombre de cas référés des PS arrivant au CS / total des cas référés par les PS

Information pas disponible

Indicateur 5.4 : Nombre de cas urgents référés et effectivement traités (pris en charge) au CS

Les services des urgences à proprement parler n'existent pas encore au niveau des centres de santé. Le registre devant être utilisé au niveau du tri et par l'équipe de garde a été élaboré et introduit en début 2008.

Indicateur 5.5 : Nombre de références non pertinentes réalisées du CS au CHR / total référées

L'information n'est pas disponible.

Indicateur 5.6 : Nombre de cas référés vus par le médecin / total des malades référés

Information pas disponible en ce qui concerne le nombre de cas vus par le médecin. Le nombre des malades référés s'élève à 1069 pour les districts de Kaffrine et Sokone.

Indicateur 5.7 : Nombre de cas référés des CS au CHR / nombre total des cas référés par les CS

Les CS de Sokone et Kaffrine ont référé 468 patients au CHR pendant la période. Pour les autres districts l'information n'est pas disponible. En 2007 le nombre était de 740 pour l'ensemble des DP.

R6 : L'accessibilité financière de la population aux soins de santé est améliorée

Indicateur 6.1 : Taux d'utilisation de la CPC

Voir chapitre 5.1, Indicateur 1

Indicateur 6.2 : Taux de non-utilisation pour raison de manque de moyens

Le contrôle de cet indicateur dans le cadre d'une enquête ménage est prévu seulement pour la fin du projet.

Indicateur 6.3 : Nombre de consultants couverts par les mutuelles de santé / total des consultants

Une forte augmentation a été enregistrée par rapport au nombre des consultants couverts par les mutuelles qui s'élève à 12.538 pour l'ensemble des mutuelles de la région de Fatick et celles des districts pilotes de la région de Kaolack qui ont bénéficié des appuis du projet. Leur part relative sur le nombre total des consultants en 2008 s'élève à 3,3%. Suite à l'introduction d'une couverture assurance pour les enfants, la projection pour l'année 2008 a été largement dépassée

Indicateur 6.4 : Nombre de mutuelles qui prennent en charge les soins secondaires / nombre de mutuelles existantes

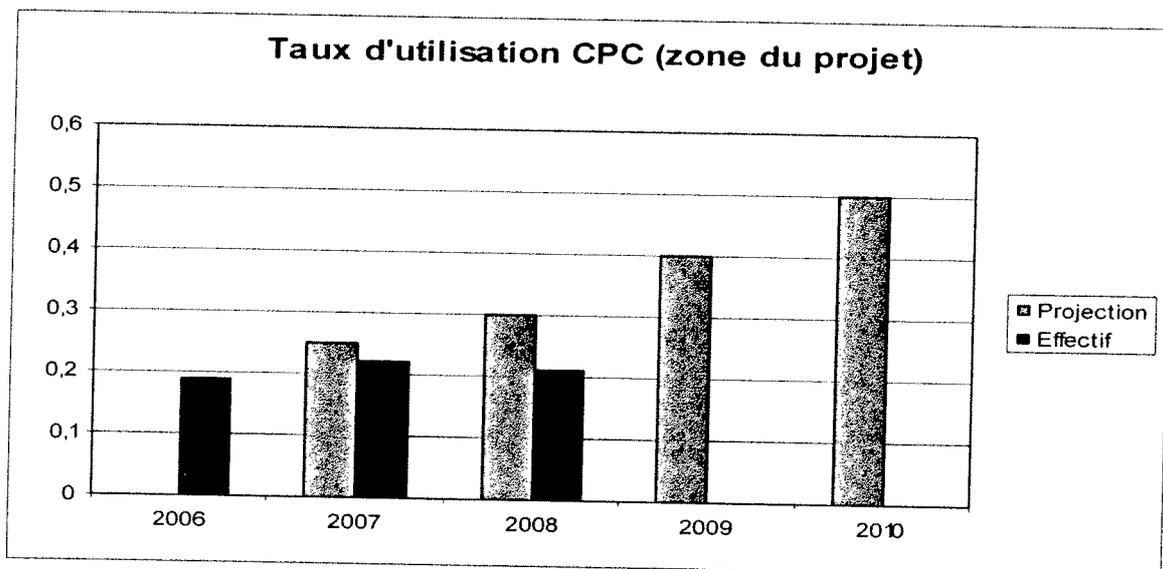
En 2006, seulement 6 mutuelles sur 12 avaient une convention avec un CS. Pour 2008, le nombre de MS ayant une convention avec les CS est passé à 11 sur les 24 en place. Ces données portent sur l'ensemble des mutuelles de la région de Fatick et celles des districts pilotes de la région de Kaolack. Bien que le pourcentage n'a pas changé, le nombre absolu a été doublé depuis le démarrage du projet.

Indicateur 6.5 : Evolution des taux d'utilisation CPC dans les CS avec tarification à l'épisode (forfaitaire)

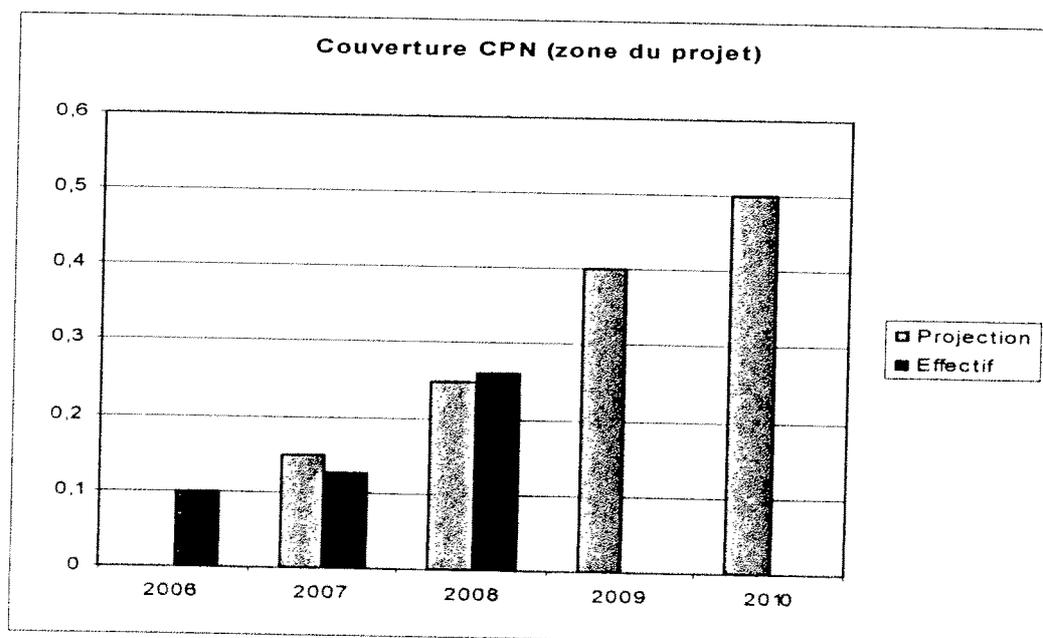
Indicateur pour le moment sans objet étant donné que la tarification forfaitaire n'est pas encore officiellement introduite dans les districts pilotes

5.3 Évolution des indicateurs (graphique)

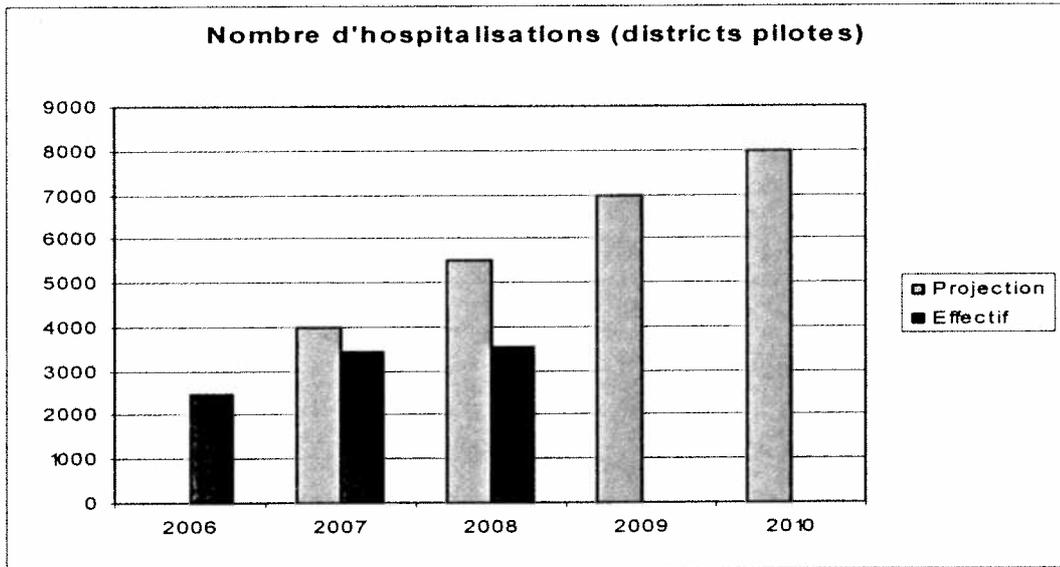
Les graphiques ci-dessous montrent pour certains indicateurs quantitatifs la situation de départ, les projections faites sur la base de l'étude baseline et le niveau atteint en 2008.



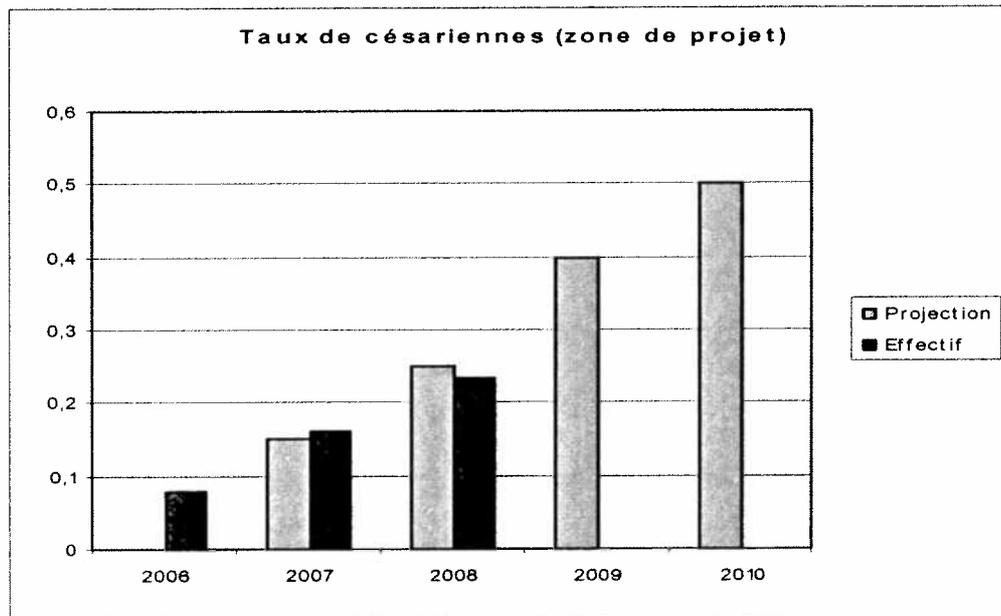
Il ressort de ce graphique que le taux d'utilisation CPC n'a pas évolué dans la zone du projet. Le niveau atteint en 2008 se situe à 70% de la projection pour l'année. L'écart constaté présente ainsi donc un risque moyen pour l'ensemble de la zone d'intervention. La situation dans les districts pilotes par contre est tout à fait satisfaisante.



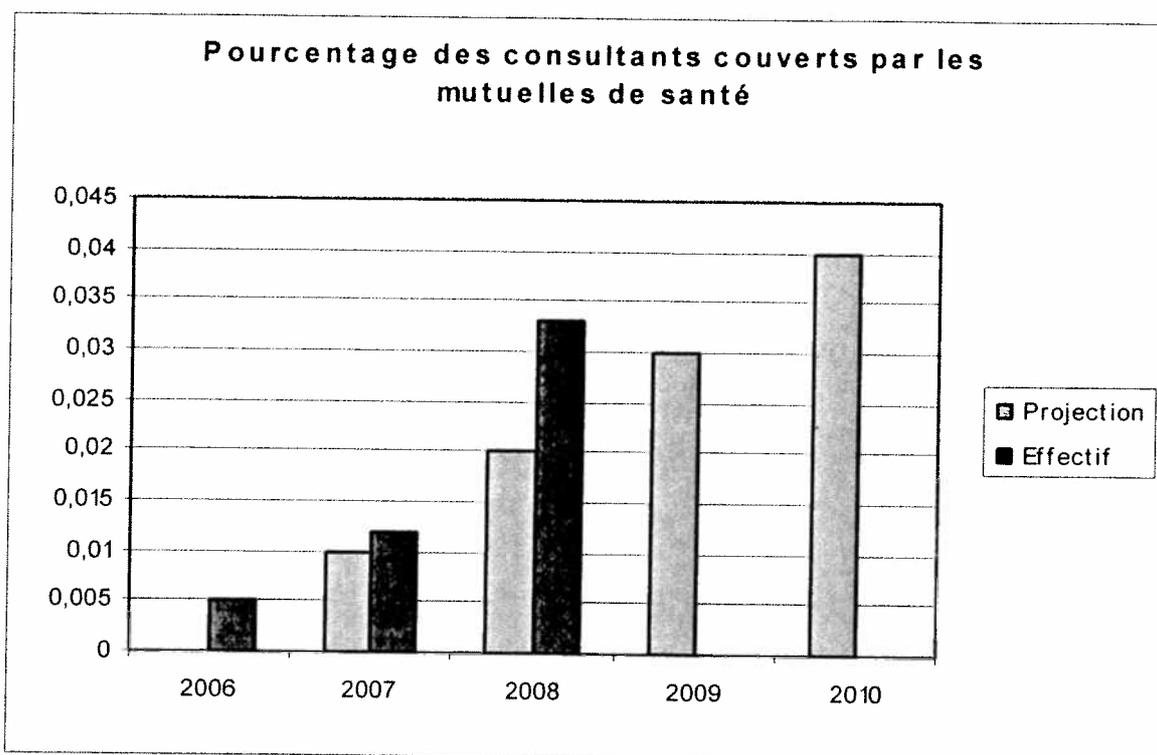
Le Taux d'utilisation pour la CPN a doublé en 2008 et atteint le niveau de la projection pour l'année.



Le nombre d'hospitalisations dans les districts pilotes n'a pas évolué par rapport à l'année 2007 et se situe à 64% de la projection, ce qui constitue un risque moyen pour l'atteinte de l'objectif.



Pour le taux de césariennes, les activités du CHR ont été prises en compte tant au niveau des projections qu'au niveau des réalisations. Pour 2008 l'effectif est légèrement au-dessous de la projection (risque faible).



La projection pour les consultants couverts par les mutuelles a été largement dépassée et se situe à 3,3% au lieu des 2% visé (projection atteint à 165%)

Globalement on constate un développement positif pour les indicateurs liés au résultat, mais pas d'amélioration significative par rapport aux indicateurs de l'objectif spécifique.

6 APPRECIATION DES CRITERES DE SUIVI

6.1 Efficience

Respect du timing pour les résultats

Selon la mission d'évaluation à mi-parcours, l'essentiel des activités du projet sont globalement exécutées dans les délais requis. Les évaluateurs ont particulièrement souligné le fait que certaines réalisations essentielles pour la réussite du projet ont pu se faire dans des délais assez courts et en début de projet. Cependant, quelques retards ont été déplorés dans l'acquisition de certains équipements (matériel radiologie, téléphonie rurale, matériel dentaire), essentiellement à cause de la complexité et de la haute technicité de certains marchés ainsi mais aussi des contraintes notés au niveau des fournisseurs. Pour ce qui est des activités soft, quelques petits retards (négligeables) ont été notés, sans risque de remettre en question l'atteinte des résultats et de l'objectif spécifique du projet.

Moyens engagés dans l'exécution des activités

Les activités menées jusque fin 2008 se sont avérées pour l'essentiel pertinentes et de bonne qualité dans la mesure où elles contribuent substantiellement à l'atteinte des résultats du projet. Le niveau d'exécution des ressources financières à mi-parcours du projet est apparu lui aussi tout à fait satisfaisant. Le projet dispose d'une équipe dont le profil des membres s'avère conforme aux principales missions devant permettre l'atteinte des résultats. Au stade actuel de l'intervention, il est enregistré de nombreux acquis notamment en ce qui concerne la création de conditions requises pour un développement de districts fonctionnels pouvant offrir des soins de qualité, principale mission du projet.

La principale préoccupation au cours de la période écoulée réside dans la surcharge de travail de l'équipe du projet en raison de la priorité accordée à l'acquisition des biens, au génie civile et aussi à la mobilisation des acteurs en faveur de la chirurgie essentielle. Une telle situation ne pouvait permettre une présence assez continue des AT sur le terrain pour l'accompagnement de proximité des ECD, raison pour laquelle il a été vivement recommandé que le projet concentre désormais son intervention sur « la mise en fonction » du dispositif actuel de l'offre et de la demande de soins. Une telle option suppose que l'AT / ECR accompagne davantage les ECD dans

- L'organisation des soins au niveau des CS
- Le développement d'une supervision plus intégrée et d'autres stratégies permettant de mieux intégrer les programmes verticaux dans une approche plus systémique.
- La consolidation de l'expérience développée dans le domaine de l'assurance santé en travaillant dans le sens de l'émergence de mutuelles plus fortes.

Au regard de l'évolution de la zone d'intervention du projet avec la création de la nouvelle région de Kaffrine (par scission de l'ancienne région de Kaolack), il semble indiqué que le projet adapte son modèle organisationnel et fonctionnel pour un accompagnement requis au développement de la nouvelle RM de Kaffrine mais aussi d'un nouveau district pilote dans la région de Kaolack.

Taux de réalisation des indicateurs des résultats

Toutes les activités de 2008 (réalisées ou encore en cours de réalisation) contribuent à l'atteinte des résultats du projet. Ce qui se manifeste à travers le développement des indicateurs dont les données sont disponibles. Des tendances positives ont été enregistrées par rapport au nombre des recherches menées (R1), de membres des comités de santé formés (R2), du pourcentage des structures rénovées (R3) et du nombre de PS équipés (R4). Une progression impressionnante a été particulièrement notée par rapport au nombre de consultants couverts par les mutuelles de santé où les réalisations de 2008 dépassent largement la projection de 2009. Cela bien évidemment à cause de l'initiative « Assurance Maladie Elèves »

6.2 Efficacité

Certains précurseurs indiquent que le projet aura un impact sur l'accès aux soins de qualité au plan national et dans la zone d'intervention.

Au niveau institutionnel, l'appui à l'approche de décentraliser la chirurgie

- renforce la dynamique de dialogue entre acteurs de secteurs différents et
- ouvre aussi des perspectives sur une réflexion profonde sur l'offre de soins en général dans le pays

Au niveau des bénéficiaires directs et indirects, les effets sont perceptibles

- à travers les témoignages sur les biens faits de la chirurgie,
- la forte adhésion aux mutuelles des élèves.
- La crédibilité accordée aux CS (à en croire aux déclarations des agents).

Selon la mission d'évaluation à mi-parcours, l'efficacité du projet est bonne dans la mesure où elle a estimé que l'atteinte des résultats contribuera effectivement à l'amélioration de l'accès aux soins de qualité. Cela à travers notamment :

- Une combinaison pertinente de deux approches : promotion de l'offre et promotion de la demande
- La mise en place d'un dispositif pouvant assurer le développement durable de la qualité des soins aussi bien au niveau des centres de santé que des postes de santé
- Une démarche systématique fondée sur la recherche
- Le démarrage effectif des activités décentralisées de chirurgie au niveau de deux centres de santé
- La capacité de promotion d'un espace de participation de plusieurs acteurs dans le processus de chirurgie essentielle (Université, MS, RM, HR)
- L'auto évaluation à travers les restitutions communautaires du monitoring
- Une dynamique mutuelle très forte dans les régions médicales
- Une expérience novatrice en matière de couverture de l'assurance maladie élèves
- Un dispositif méthodologique efficace ayant permis de réaliser 36 postes de santé dans une période relativement courte.

Taux de réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique

L'appréciation de la contribution du projet (à travers ses indicateurs) pour l'atteinte de l'objectif spécifique n'est pas évidente au regard du nombre d'intervenants, à l'évolution de certains de ces indicateurs et de l'environnement du projet. En ce qui concerne la couverture en CPN par exemple, la redéfinition des objectifs opérationnels du programme SR en 2007 (introduisant la CPN4 au neuvième mois comme élément constitutif d'une couverture adéquate) a du coup changé les réalités de calcul de cet indicateur. Il en est de même pour le taux d'utilisation de la CPC dont la part contributive du projet est difficile à apprécier. Toutefois, le développement de cet indicateur est plus parlant dans les districts pilotes (de 28 à 39% à Sokone et de 20 à 43% Gossas) que dans l'ensemble de la zone d'intervention du projet où il semble stagner.

Autres facteurs ayant une incidence sur l'objectif spécifique

Certains facteurs sont cependant peu favorables à l'atteinte de certains résultats dans le délai prévu :

- Mobilité du personnel notamment au niveau des ECR et des ECD
- Faible capacité opérationnelle des ECR
- Insuffisance du personnel qualifié, notamment au niveau des équipes des blocs opératoires
- Faible appropriation de certaines initiatives par les acteurs de terrain (cas de la référence et de la contre référence)

Satisfaction des groupes-cibles quant aux résultats

Le projet ASSRMKF a été monté de manière à répondre le plus efficacement possible aux problèmes et priorités des groupes cibles directs (population couverte) et indirects (ensemble des travailleurs de la santé) de sa zone d'intervention. Les acteurs de l'offre sont satisfaits entre autres à cause de nombreuses mesures visant l'amélioration de leurs compétences et des conditions de travail. La population quant elle ne cache sa satisfaction,

notamment à travers d'innombrables félicitations adressées au projet pour la qualité des infrastructures réhabilitées et remises en normes et l'amélioration du plateau technique au niveau des centres de santé, particulièrement l'introduction de la chirurgie dans les CS de Kaffrine et Sokone. « Si le projet ASSRMKF n'existait pas, il fallait le créer » clame-t-elle.

6.3 Durabilité

Processus de développement lancé par le projet

En sa qualité de projet d'appui institutionnel avec ancrage au niveau des régions médicales, le projet ASSRMKF apporte un appui aux activités des systèmes de santé régionaux permettant la mise en oeuvre de la politique nationale. De par sa formulation, le projet ASSRMKF n'est rien d'autre qu'un outil de la mise en oeuvre du PNDS. Le nouveau PNDS quant à lui, intégré certaines préoccupations du projet, notamment le développement de la chirurgie du district.

L'assistance technique du projet travaille en équipe avec les ECR pour renforcer l'encadrement des ECD. Cet encadrement devrait permettre à ces équipes de district de se rendre plus fonctionnelles et d'améliorer leur efficacité sur le terrain. Mais les régions médicales qui constituent le point d'encrage institutionnel du projet ont des capacités opérationnelles limitées en raison de l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel. Objectivement, les équipes régionales constituées essentiellement du personnel paramédical ne constituent guère un bon gradient de compétence par rapport aux équipes cadres de districts.

Dans sa mise en oeuvre, le projet a pu développer une dynamique d'implication forte de la part d'autres acteurs tel que l'Université à travers la Chaire de chirurgie, AGETIP dans le cadre du génie civil, les collectivités locales. Au niveau régional, les services déconcentrés de certains ministères (Urbanisme et Habitat, et l'éducation) sont fortement impliqués dans la mise en oeuvre de certains volets du projet. Le projet a pu aussi créer des synergies avec des ONG et certaines associations impliquées dans les mutuelles et dans la micro finance. La prise en compte simultanée des dimensions offre et demande est considérée comme une des forces du projet.

Responsabilités des partenaires

De par la définition et l'application des modalités d'exécution du projet, l'instance partenaire participe pleinement au déroulement de l'intervention, notamment à travers la Cogestion. Cette approche, concrétisant le principe de partenariat basé sur l'égalité, est fondée sur la responsabilité partagée et sur la gestion conjointe des opérations.

Les dépenses sur la contribution belge sont approuvées à la fois par un Ordonnateur désigné par la partie sénégalaise et par un Co-ordonnateur désigné par la partie belge. L'ordonnateur et le Co-ordonnateur gèrent conjointement en respect du principe de double signature les comptes bancaires ouverts au nom de la prestation de coopération.

La Coopération Technique Belge (CTB) est chargée par la partie belge de la réalisation de ses obligations pour la mise en oeuvre et le suivi du projet. Le MSP est le maître d'oeuvre de la prestation de coopération et participe de façon active à l'animation du projet. Il faut cependant noter certaines contraintes structurelles du pays partenaire qui risquent de peser négativement sur la réussite du projet. Il s'agit notamment :

- des ressources humaines qui sont globalement insuffisantes à tous les échelons du système de santé et donc dans la zone du projet : ECD, RM, postes de santé et CS.
- de la mobilité persistante du personnel à tous les niveaux
- aux difficultés attribuées au non aboutissement de certaines réformes importantes, en occurrence celles liées aux comités de santé/comités de gestion et aux mutuelles de santé (peu favorables aux activités relatives aux résultats 2 et 6 du projet).

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) a la charge d'assurer l'orientation, le suivi et le contrôle du projet ainsi que l'atteinte de son objectif spécifique. La mission d'évaluation à mi-parcours a noté une réelle

implication de la SMCL, particulièrement de son Président dans la conduite du projet à travers notamment l'organisation régulièrement des rencontres statutaires et la prise des décisions nécessaires au moment indiqué.

Conditions de durabilité

En tant projet d'appui institutionnel et donc de renforcement des capacités techniques, organisationnelles et gestionnaires de l'instance partenaire, le projet ASSRMKF, confondu ou fondu dans l'instance partenaire ne peut que répondre dans une large mesure aux conditions de durabilité de sa contribution. Sa durée par contre est jugée relativement courte pour pouvoir mener à un degré de maturité suffisante certaines de ses initiatives innovantes (décentralisation de la chirurgie, tarification forfaitaire).

Modalités du projet

Sans conditions imposées par la partie belge (qui respecte pour sa part intégralement le principe de l'aide déliée), les modalités d'exécution du projet et d'aide en général sont, parfaitement favorables à la durabilité.

7 MESURES ET RECOMMANDATIONS (MAX. 2 PAGES)

7.1 Synthèse des critères d'appréciation

Il s'agit ici d'une évaluation proactive des critères pour une estimation des mesures nécessaires à l'effet d'augmenter l'efficacité, l'efficacité et la durabilité du projet. Au regard de ce qui est rapporté aux chapitres précédents, le code B a été attribué au projet dans la mesure où il est estimé que les efforts consentis jusque-là doivent être intensifiés pour pouvoir atteindre les résultats planifiés et donc l'objectif de l'intervention.

En effet, plusieurs éléments sont à prendre en compte dans les perspectives :

- Bien que le projet ait réalisé des progrès significatifs dans la mise en place d'un dispositif pouvant permettre de développer des soins de qualité et améliorer la demande, il y a lieu de reconnaître que ce processus reste encore inachevé.
- Certaines innovations étant débutantes (chirurgie essentielle, mutuelles de santé/élèves), la perspective que ces innovations deviennent « matures » d'ici la fin du projet est jugée faible.
- L'environnement du projet ayant connu des modifications avec la création d'une troisième région médicale privant la région médicale de Kaolack d'un district pilote, l'organisation et le fonctionnement du projet devrait s'y adapter.
- Pour diverses raisons, les districts en général et ceux pilotes en particulier connaissent des niveaux de développement variables, situation à prendre en compte par le projet.

Dans un tel contexte, il semble utile que le projet concentre son intervention sur « la mise en fonction » du dispositif actuel de l'offre et de la demande des soins. Le niveau de développement des districts relativement différent offre diverses opportunités pour cette « mise en fonction ».

7.2 Recommandations

- 1 - Identifier un district pilote dans la nouvelle région médicale de Kaolack (proposons le DS de Nioro)
- 2 - Développer/étendre certaines expériences innovantes vers les districts qui en offrent l'opportunité
- 3 - Procéder aux investissements complémentaires (par endroits) strictement indispensables à l'atteinte des résultats planifiés et donc de l'objectif de l'intervention
- 4 - Se focaliser sur l'assurance maladie élèves et le dialogue entre mutuelles et prestataires en complémentarité avec le PAMAS qui reprendrait l'appui au développement de l'assurance familiale et l'appui institutionnel aux unions et cadres de concertation.
- 5 - Faire une révision budgétaire générale sur la base du plan d'activités (étendu sur 2009 et 2010) issu de mission d'évaluation à mi-parcours du projet d'octobre 2008
- 6 - Accompagner la mise en œuvre du PAMAS pour créer les conditions d'agir de façon simultanée de l'offre et la demande et asseoir un dialogue entre les prestataires et les acteurs de la mutualité dans une perspective de renforcer la mise en œuvre de la tarification forfaitaire.

8 NOUVEAU PLANNING (ANNEE N+1) (MAX. 4 PAGES)

a. Planning des activités de l'année 2008

	Jan	Févr	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
RI 1: La qualité des services est améliorée												
1.1 Renforcer les capacités managériales de l'ECD												
Appui à la supervision formative												
Appui aux réunions de coordination des interventions/activités (tournantes par district et par poste de santé)												
Appui au monitoring des activités des postes et centres de santé												
Appui à la planification participative (POCL /PTA)												
Atelier de restitution des résultats des résultats de monitoring et des micro plans au niveau des DP												
Appui au fonctionnement des RM et DP												
Bourses d'étude												
Acquisition d'un équipement complémentaire pour l'EC de la nouvelle région de Kaffrine (PC et mobilier)												
Appui à l'installation du dispositif Internet et interphone à la nouvelle RM de Kaffrine (câblage etc.)												
Acquisition des voitures de liaison pour la RM de Kaffrine et le DS de Nioro												
Appui de proximité aux ECD autour du fonctionnement du DS (principes des SSP)												
1.2 Mettre en place des systèmes effectifs de gestion de ressources												
Diffusion des nouveaux guides de gestion du district et centre de santé												
Orientation des ECD et personnel de santé sur les nouveaux guides de gestion												
Appui à l'élaboration d'un manuel de procédures par les ECD pour la gestion de certaines ressources												
Appuyer la formation/recyclage des dépositaires sur la gestion des ME												
1.3 Assurer des soins de haute qualité												
Appui à l'organisation d'un cours d'introduction aux méthodes et sources d'information fiables (+ archivage)												
Organisation des stages dans les services d'urgences des HR pour le personnel des CS des DP												
Appui à l'organisation des formations du personnel des CS des DP (sur demande des ECD)												

1.4 Organiser des services de haute qualité												
Dotation de la RM de Fatick d'un groupe électrogène de capacité suffisante												
Appui à la création d'un service de chirurgie générale dans un autre district pilote (= élargissement du paquet de prestations chirurgicales)												
Appui de proximité à l'organisation, à la gestion et au fonctionnement des services/unités cliniques CS des DP												
Appui au suivi/supervision de l'expérience de chirurgie de district												
Indemnités d'encadrement expérience de chirurgie												
Formalisation du partenariat entre le CHR de Kaolack et les CS à compétence chirurgicale autour de la formation du personnel technique, de la disponibilité des produits sanguins et de la maintenance												
Appui à l'organisation de l'atelier national autour de l'offre chirurgicale au Sénégal												
Appui au suivi/supervision des activités SONU par la CGO												
Faire le plaider auprès du MSP pour la formalisation des liens fonctionnels, structurels et institutionnels entre les expertises de chirurgie générale et de gynéco obstétrique dans le cadre du projet												
Rencontre de concertation/coordination avec les services techniques du MSP												
1.5 Rationaliser (Protocoles de diagnostic et traitement, RA)												
Appui à la réflexion nationale autour du développement de l'offre de soins chirurgicaux (réunions du CPRCC)												
Atelier d'écriture (rédaction) des protocoles diagnostiques et thérapeutiques des centres de santé												
Atelier validation des protocoles diagnostiques et thérapeutiques des centres de santé												
Diffusion des protocoles diagnostiques et thérapeutiques												
Soutenir les initiatives de recherche action												
Documenter et diffuser des expériences porteuses développées												
Finalisation de l'état des lieux de l'offre chirurgicale au Sénégal et de son potentiel d'amélioration												
RI 2: Les organes de participation communautaire à l'effort de la santé sont renforcés												
2.1 Rendre effectif les comités de gestion												
Appui aux réunions trimestrielles de suivi et d'évaluation de l'expérience de la tarification forfaitaire au des districts												
2.2 Former les membres du comité de gestion et du comité de santé												
Continuer l'appui à l'organisation de la formation de base des membres de COSA renouvelés (DP)												
Appuyer l'organisation de la formation des membres de COSA sur des thèmes précis (TF, gestion MEG etc.) - DP												
Appuyer le suivi/évaluation post-formation des COSA (niveau de compréhension de leurs rôle et compétences) - DP												

4.4 Mettre en place un personnel formé / former le personnel existant												
Poursuivre la plaidoyer pour l'affectation des techniciens de radiographie et SF au niveau des CS pilotes												
Appui à la formation pratiques/stages cliniques (Rx, Labo, bloc opératoire) du personnel déjà en place												
4.5 Communiquer les nouveaux services offerts aux populations												
Appui à l'organiser des journées portes ouvertes des centres de santé												
4.6 Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène												
Appui à la finalisation des plans régionaux et de district de maintenance et contrôle d'hygiène - DP												
Appui à la mise en œuvre des plans de maintenance et de contrôle d'hygiène												
Appui au monitoring de la fonctionnalité des équipements												
Appui à la contractualisation avec les différents corps de métier												
RI 5: Le système de référence – contre référence est fortifié												
5.1 Etablir une organisation claire des services au CS												
Appui à l'organisation fonctionnelle des services cliniques des CS des DP (circuit des malades, SIS hospitalier, ME, permanence, etc.)												
5.2 Mettre en place un équipement standard de communication												
Notification de l'attribution du marché												
Acquisition et installation du matériel de la téléphonie rurale												
5.3 Mettre en place un système d'appel ou de transport												
5.4 Elaborer des outils de référence consensuels												
Dotation des CS en dossiers d'hospitalisation et OG de la RCR												
Appuyer les supervisions ciblées de la RCR au niveau des postes de santé												
5.5 Organiser au niveau des CS un service d'urgence												
Appui à l'organisation des services des urgences												
Appui à la supervision clinique des CS par le CHR EIN de Kaolack												
Appuyer l'évaluation des outils de gestions de prise en charge clinique au niveau des postes de santé												
5.6 Compléter au nombre de 2 les ambulances par district												
5.7 Organiser la concertation avec toutes les parties-prenantes												
Organisation réunions semestrielles de concertation entre ECD et services techniques régionaux (CHR de Kaolack) : feedback des supervisions etc.												
5.8 Evaluer périodiquement le feedback												
Organiser des rencontres de feedback au niveau des ECD et lors des réunions de coordination												

b. Planning financier de l'année N+1

Description des postes budgétaires	Budget total	Dépensé Fin 2008	Disponible Fin 2008	2 009					Prévisions dépenses Fin 2009	% Exéc. Fin 2009
				Q1	Q2	Q3	Q4	Total		
A Activités	6 348 713	4 310 466	1 710 243	704 429	412 160	332 892	229 984	1 679 466	5 989 932	94%
01 La qualité des services est améliorée	1 191 306	748 970	442 336	180 824	85 157	60 085	32 563	358 629	1 107 598	93%
01 Renforcer les capacités managériales de l'ECD		-92 204	92 204	99 222	18 038	27 571	18 038	162 869	70 665	
02 Mettre en place des systèmes de gestion de ressources		-172 743	172 743	19 818	6 860	7 622	0	34 301	-138 442	
03 Assurer des soins de haute qualité		-58 004	58 004	953	13 149	5 526	963	20 581	-37 424	
04 Organiser des services de haute qualité		-114 537	114 537	24 434	38 154	12 238	12 238	87 064	-27 474	
05 Rationaliser (Protocoles, Recherche action)		-4 848	4 848	36 397	8 956	7 127	1 334	53 815	48 967	
06 Imprévus		0	0					0	0	
02 Le rôle des Comités de Gestion dans le cadre de la décentralisation et la participation communautaires est renforcé	268 863	117 024	146 300	21 610	18 256	17 798	16 731	74 395	191 419	71%
01 Rendre effectif les comités de gestion		2 426	18 144	1 143	1 143	1 143	1 143	4 573	7 000	
02 Former les membres du CoGe et du CoSa		47 086	-1 901	4 573	4 573	762	762	10 671	57 758	
03 Associer les comités de gestion à toute la vie des SS		12 958	68 602	15 245	0	15 245	0	30 490	43 448	
04 Renforcer le dialogue entre les SS et la population		54 553	61 456	648	12 539	648	14 826	28 660	83 214	
05 Imprévus		0	0					0	0	
03 L'infrastructure du système de santé est adéquate	2 376 197	2 081 589	198 862	99 092	190 942	0	0	290 034	2 371 623	100%
01 Inventorier les infrastructures de santé		5 104	3 000	0	0	0	0	0	5 104	
02 Prioriser les travaux à effectuer		1 378	3 000	762	0	0	0	762	2 140	
03 Réhabiliter/ construire		2 057 329	173 335	98 330	190 942	0	0	289 272	2 346 601	
04 Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène		1 698	19 527	0	0	0	0	0	1 698	
05 Sous traitance volet génie civil		16 079	0					0	16 079	
06 Imprévus		0	0					0	0	

	1 453 488	1 011 748	411 847	350 652	61 869	5 082	5 082	5 082	422 684	1 434 432	99%
04 L'équipement est en place au niveau de PS et CS											
01 Assurer équipement minimum (PS) et former personnel		495 091	14 630	0	0	0	0	0	0	495 091	
02 Mettre en place l'équipement diagnostique au CS		141 186	251 669	285 916	0	0	0	0	285 916	427 101	
03 Mettre en plan l'équipement thérapeutique au CS		368 842	79 444	55 818	54 882	0	0	0	110 699	479 542	
04 Mettre en place personnel formé / former personnel existant		3 382	20 000	1 906	1 906	0	0	0	3 811	7 193	
05 Communiquer les nouveaux services aux populations		0	19 350	0	0	0	0	0	0	0	
06 Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène		3 247	26 753	7 013	5 082	5 082	5 082	5 082	22 258	25 504	
08 Imprévus		0	0						0	0	
05 Le système de référence - contre référence est renforcé	781 493	299 754	416 192	17 341	45 163	215 525	168 647	168 647	446 676	746 430	96%
01 Etablir une organisation claire des services au CS		19 412	11 000	0	0	0	0	0	0	19 412	
02 Mettre en place un équipement de communication		34 585	319 353	0	41 161	205 806	164 645	164 645	411 612,3	446 198	
03 Mettre en place un système d'appel ou de transport		2 195	902	0	0	0	0	0	0	2 195	
04 Elaborer des outils de référence consensuels		3 254	2 000	7 622	0	0	0	0	7 622	10 876	
05 Organiser au niveau des CS un service d'urgence		6 064	12 936	3 811	3 811	3 811	3 811	3 811	15 245	21 308	
06 Compléter au nombre de 2 les ambulances par district		223 182	0	0	0	0	0	0	0	223 182	
07 Organiser concertation avec toutes les parties-prenantes		11 063	0	5 717	0	5 717	0	0	11 434	22 497	
08 Evaluer périodiquement le feedback		0	25 000	191	191	191	191	191	762	762	
09 Augmenter PCA au CS ou décentraliser activités au PS		0	45 000	0	0	0	0	0	0	0	
10 Imprévus		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
06 L'accessibilité financière est améliorée	277 367	172 634	94 706	34 911	10 773	34 403	6 962	6 962	87 048	259 683	94%
01 Promouvoir le fonctionnement des mutuelles de santé		150 101	87 239	21 190	5 183	28 813	1 372	1 372	56 559	206 660	
02 Mettre en place paiement par épisode ou forfait		22 533	7 467	13 720	5 590	5 590	5 590	5 590	30 490	53 023	
03 Imprévus		0	0						0	0	

9 CONCLUSIONS

a. Activités et Finances

Les activités exécutées s'inscrivent dans une optique de développement du système de santé régional. Sans trop s'écarter des orientations du cadre logique et en interaction permanente avec les autres acteurs, l'équipe réagit avec flexibilité aux contraintes et opportunités du contexte et cherche à identifier et mettre en œuvre des stratégies pertinentes et efficaces pour atteindre l'objectif de l'intervention.

Les activités menées ont été jugées pertinentes dans la mesure où elles contribuent substantiellement à l'atteinte des résultats planifiés et donc de l'objectif de l'intervention.

L'exécution financière reste globalement cohérente avec les bilans physiques et les réalisations ont été jugées de bonne qualité par la mission d'évaluation à mi-parcours tant au niveau des infrastructures, des équipements que des outils techniques produits.

Le taux d'exécution global du budget est tout à fait compatible avec le temps écoulé depuis le début de la mise en œuvre du projet et équilibré entre dépenses liées aux activités et moyens globaux, entre régie et cogestion. En prenant en compte les expériences d'autres projets qui se sont heurtés à la complexité et la durée des marchés publics, l'équipe a priorisé (au démarrage du projet) des investissements dont le taux de réalisation s'avère actuellement plus élevé que celui des activités soft. Ce qui justifie à suffisance la recommandation de l'équipe d'évaluation à mi-parcours de se concentrer plus à l'avenir sur la mise en fonction du dispositif actuellement en place.

Un plan d'activités sur 2009 et 2010 a été initié pour rester logique avec les résultats d'évaluation à mi-parcours, lequel plan d'activités est assorti d'un projet de révision budgétaire prenant en compte les besoins liés à l'évolution des réalités de la zone d'intervention du projet.

b. Critères de suivi

i. Efficience

Même si certaines projections (par ailleurs assez ambitieuses) n'ont pas été tout à fait atteintes au cours de l'année sous revue, le développement des indicateurs (du moins ceux dont les données sont disponibles) est globalement positif et encourageant. A cela faut-il ajouter certains résultats qualitatifs produits par le projet mais au niveau desquels les indicateurs quantitatifs restent muets.

Bien que le projet ASSRMKF ne soit pas le seul intervenant pour certains indicateurs, sa contribution substantielle aux performances réalisées et/ou à réaliser par ses deux régions d'intervention n'est plus à démontrer.

Le projet dispose d'un mécanisme de concertation permanente entre les membres de l'équipe du projet. Par ailleurs la mise en place d'une seule unité de gestion au niveau de Kaolack apparaît pertinente et efficace. Un tel dispositif renforce la cohésion au sein de l'équipe du projet et permet de mieux harmoniser les approches et de favoriser la complémentarité entre AT.

ii. Efficacité

Selon l'appréciation globale de l'équipe d'évaluation à mi-parcours, le niveau d'atteinte des résultats intermédiaires s'élève à 80% pour le résultat 3, à 70% pour le résultat 4 et 60% pour les résultats 1, 2, 5 et 6.

iii. Durabilité

Nombre de facteurs de durabilité sont en place, à savoir :

- le renforcement des compétences;
- l'appropriation progressive de certaines thématiques par les acteurs stratégiques,
- la mise en place des outils techniques, le renforcement de l'implication des CL et des communautés dans la gestion des PS.

Mais cette durabilité est menacée par d'autres facteurs que sont :

- l'instabilité du personnel au niveau notamment des ECD,
- l'adhésion insuffisante des acteurs de terrain à certaines approches telles que la référence et la contre référence,
- l'influence forte des approches verticales (programmes).

c. Avis de la SMCL sur les recommandations

Le troisième paragraphe (9.3) donne un bref aperçu des adaptations proposées dans le calendrier des activités, dans la programmation financière et/ou dans le cadre logique. Ces recommandations sont brièvement explicitées et justifiées. L'accent portera principalement sur le respect des moyens disponibles et des délais fixés pour l'atteinte des résultats et des objectifs.

i. Recommandations relatives au planning des activités

ii. Recommandations relatives au planning financier

iii. Recommandations relatives au Cadre logique

iv. Autres recommandations

ANNEXES

- a. Tracking Gantt view / Activités
- b. Rapport de base / Activités (AdeptTracker)

Bilan de la planification des activités (année 2008)															
4th Quarter, 2006	1st Quarter, 2007	2nd Quarter, 2007	3rd Quarter, 2007	4th Quarter, 2007	1st Quarter, 2008	2nd Quarter, 2008	3rd Quarter, 2008	4th Quarter, 2008	1st Quarter, 2009	2nd Quarter, 2009					
10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
R1 : La qualité des services est améliorée ☒															
1.1. Renforcer les capacités managériales de IECD ☒															
Appui à la supervision															
Appui à la coordination															
Appui au monitoring															
Appui au monitoring II															
Appui à la planification participative (POCL/PTA)															
Atelier régional de validation du guide révisé de monitoring des centres de santé															
Atelier national de révision des guides de monitoring des postes et centres de santé															
Appui au fonctionnement															
1.2. Mettre en place des systèmes effectifs de gestion des ressources ☒															
Atelier d'écriture (réaction) des guides de gestion du district et centre de santé															
Atelier national de restitution des guides de gestion du district et centre de santé															
Atelier de finalisation des guides de gestion du district et centre de santé															
diffusion des nouveaux guides de gestion du district et centre de santé															
Orientation des ECD et personnel de santé sur les nouveaux guides de gestion (NON REALISE)															
Appuyer la formation/recyclage des dépositaires sur la gestion des ME (NON REALISE)															
1.3. Assurer des soins de haute qualité ☒															
Stages dans les services d'urgences des HR pour le personnel des CS des DP (NON REALISE)															
cliniques du personnel des CS des DP (sur demande des ECD) (REALISE PARTIELLEMENT)															
1.4. Organiser des services de haute qualité ☒															
Appui à la création d'un service de chirurgie générale aux CS de Koffrine et Sokone															
Appui institutionnel à la clinique de chirurgie générale de l'hôpital LE DANTEC															
Appui institutionnel à DSSP/MSP															

Bilan de la planification des activités (année 2008)

4th Quarter, 2006		1st Quarter, 2007		2nd Quarter, 2007		3rd Quarter, 2007		4th Quarter, 2007		1st Quarter, 2008		2nd Quarter, 2008		3rd Quarter, 2008		4th Quarter, 2008		1st Quarter, 2009		2nd Quarter, 2009	
10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07

Appui au suivi/supervision de l'expérience de chirurgie de district

Rencontre de concertation/coordination avec les services techniques du MSP

Rencontre de concertation/coordination avec les services techniques du MSP II

1.5. Rationaliser (Protocoles de diagnostic et traitement, RA)
 nationale autour du développement de l'offre de soins chirurgicaux (réunion du CPROC) EN COURS

R2 : Les organes de participation communautaire à l'effort de la santé sont renforcés
 Soutenir les activités de recherche action (REALISE PARTIELLEMENT)

2.1. Rendre effectif les comités de gestion
 2.2. Former les membres du comité de gestion et du comité de santé

2.3. Associer les comités de gestion à toute la vie des services de santé
 Appui à l'organisation de la formation des membres de COSA
 Appui aux restitutions communautaires du monitoring et micro planification participative

2.4. Renforcer le dialogue entre les services de santé et la population
 Appui aux restitutions communautaires du monitoring et micro planification participative
 Diffusion des résultats de l'étude sur la perception et l'enquête ménage

Diffusion des résultats de l'étude sur la perception et l'enquête ménage
 Développement du site Web du projet

Production de supports d'information (dépliants, affiches, calendriers, agendas, etc.)
 Production de supports d'information (dépliants, affiches, calendriers, agendas, etc.)

Production des supports d'information (dépliants, affiches, calendriers, agendas, etc.)
 Production des supports d'information (dépliants, affiches, calendriers, agendas, etc.)

Organisation des réunions de coordination (CDD) avec les collectivités des districts pilotes (REALISE PARTIELLEMENT)
 Organisation des réunions de coordination (CDD) avec les collectivités des districts pilotes (REALISE PARTIELLEMENT)

R3. L'infrastructure du système de santé est adéquate
 3.1. Inventorier les infrastructures de santé

Finalisation de l'inventaire des travaux de Génie Civil au niveau des Centres de Santé
 3.2. Prioriser les travaux à effectuer

Bilan de la planification des activités (année 2008)

4th Quarter, 2006		1st Quarter, 2007		2nd Quarter, 2007		3rd Quarter, 2007		4th Quarter, 2007		1st Quarter, 2008		2nd Quarter, 2008		3rd Quarter, 2008		4th Quarter, 2008		1st Quarter, 2009		2nd Quarter, 2009										
10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04

Etude technique des travaux complémentaires au niveau des centres de santé [REDACTED]

3.3. Réhabiliter/construire [REDACTED]

Réhabilitation/construction des postes de santé [REDACTED]

Réalisation des travaux complémentaires au niveau des centres de santé (NON REALISE) [REDACTED]

Réalisation des travaux complémentaires des bureaux des RM | [REDACTED]

Assurer le suivi technique des travaux de Génie Civil [REDACTED]

3.4. Elaborer un plan de maintenance et contrôle d'hygiène [REDACTED]

Appui inter régional d'élaboration d'un plan de maintenance des districts pilotes (REALISE PARTIELLEMENT) [REDACTED]

Essaire pour répondre à la demande de la population est en place au niveau des PS et des CS [REDACTED]

4.1. Assurer un équipement minimum dans les PS et former personnel [REDACTED]

Equipement de l'ensemble des postes de santé de la zone du projet [REDACTED]

Orientation du personnel des postes sur l'utilisation de certains équipements techniques [REDACTED]

4.2. Mettre en place l'équipement diagnostic au niveau des CS [REDACTED]

Acquisition et installation de l'équipement diagnostic (REALISE PARTIELLEMENT) [REDACTED]

4.3. Mettre en place l'équipement thérapeutique au niveau des CS [REDACTED]

Acquisition et installation de l'équipement thérapeutique [REDACTED]

4.4. Mettre en place un personnel formé/former le personnel existant [REDACTED]

Plaidoyer pour l'affectation des techniciens de radiographie au niveau des CS pilotes [REDACTED]

Organisation des stages cliniques (Rx, labo, bloc opératoire) (REALISE PARTIELLEMENT) [REDACTED]

4.5. Communiquer les nouveaux services offerts aux populations [REDACTED]

Organiser des journées portes ouvertes des centres de santé (NON REALISE) [REDACTED]

Organiser des journées portes ouvertes des centres de santé (NON REALISE) [REDACTED]

4.6. Etablir un plan de maintenance et contrôle d'hygiène [REDACTED]

Appui au monitoring de la fonctionnalité des équipements (NON REALISE) [REDACTED]

Appui à l'organisation et à la mise en oeuvre des plans de maintenance (REALISE PARTIELLEMENT) [REDACTED]

Bilan de la planification des activités (année 2008)

4th Quarter, 2006	1st Quarter, 2007	2nd Quarter, 2007	3rd Quarter, 2007	4th Quarter, 2007	1st Quarter, 2008	2nd Quarter, 2008	3rd Quarter, 2008	4th Quarter, 2008	1st Quarter, 2009	2nd Quarter, 2009								
10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04

R5. Le système de référence - contre référence est fortifié ⚡

5.1. Etablir une organisation claire des services au CS ⚡
 Appui à l'organisation fonctionnelle des services cliniques des CS des DP (EN COURS) ██████████

5.2. Mettre en place un équipement standard de communication ⚡
 Finalisation de l'élaboration du cahier des charges ██████████
 Acquisition et installation du matériel de téléphonie rurale (NON REALISE) ██████████

5.3. Mettre en place un système d'appel ou de transport ⚡
 5.4. Elaborer des outils de référence consensuels ⚡
 Reprographie des OG de la RCR ██████████

5.5. Organiser au niveau des CS des services des urgences ⚡
 Appui à l'organisation des services d'urgences (NON REALISE) ██████████

le personnel de CS sur l'utilisation des nouveaux outils de RCR et les dossiers des malades ██████████
 Orienter le personnel les ICP sur l'utilisation des fiches CAT devant les urgences ██████████

5.6. Compléter au nombre de 2 les ambulances par district ⚡
 Acquisition des ambulances médicalisées |

5.7. Organiser la concertation avec toutes les parties prenantes ⚡
 Organisation des réunions semestrielles de concertation entre ECD et services techniques régionaux (CHR de Kadiack) (NON REALISE) ██████████

des rencontres de feedback au niveau des ECD lors des réunions de concertation (NON REALISE) ⚡
 5.8. Evaluer périodiquement le feedback ⚡

Organiser des rencontres de feedback au niveau des ECD lors des réunions de concertation (NON REALISE) ██████████

5.9. Augmenter PCA au CS ou pour décentraliser activités aux PS ⚡
 Organiser des rencontres de feedback au niveau des ECD lors des réunions de concertation (NON REALISE) ██████████

R6. L'accès financier de la population aux soins de santé est amélioré ⚡
 6.1. Promouvoir la formation de mutuelles de santé ⚡

Bilan de la planification des activités (année 2008)																																
4th Quarter, 2006	1st Quarter, 2007			2nd Quarter, 2007			3rd Quarter, 2007			4th Quarter, 2007			1st Quarter, 2008			2nd Quarter, 2008			3rd Quarter, 2008			4th Quarter, 2008			1st Quarter, 2009			2nd Quarter, 2009				
10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04		
rammes de sensibilisation des populations sur le partage du risque maladie par les MS																																
Documentation/Evaluation/restitution de l'initiative "assurance maladie des élèves" [REDACTED]																																
Elargissement/capitalisation de l'initiative "assurance maladie des élèves" [REDACTED]																																
Appui à la mise en place des MS dans les districts pilotes de Fatik [REDACTED]																																
Appui à la mise en place d'une union des MS dans la RM de Fatik [REDACTED]																																
Diffusion des résultats des RA (perception & enquête ménage) cf supra [REDACTED]																																
Appui aux missions de suivi/évaluation [REDACTED]																																
Equiper les MS de grande taille et unions/cadres locaux en matériel informatique [REDACTED]																																
Dotation des MS en outils de gestion [REDACTED]																																
Appui à l'organisation de formations [REDACTED]																																
Appui aux missions de suivi/évaluation [REDACTED]																																
6.2. Introduction du système de paiement par épisode [REDACTED]																																
Mise en oeuvre de RA sur la tarification forfaitaire (NON REALISE) [REDACTED]																																
Etude sur les coûts normatifs et réels de production des soins au niveau des CS [REDACTED]																																
AUTRES ACTIVITES [REDACTED]																																
Organisation du Comité de Pilotage [REDACTED]																																
Mission du suivi scientifique [REDACTED]																																
Mission du suivi scientifique II [REDACTED]																																
Attribution des bourses de formation (PM) [REDACTED]																																
Fonctionnement des bureaux du projet (administration du projet) [REDACTED]																																
Task I [REDACTED]																																
Task I [REDACTED]																																

c. Aperçu des marchés publics

	Intitulé du CSC	Montant final du marché		Mode passation marché	Observation
		XOF	(€)		
ASSRMKF	Reproduction Guide de Monitoring	562 500	857,53	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Valorisation Etude sur la Perception	4 000 000	6 097,96	Manifestation d'intérêt	Exécuté
ASSRMKF	Etude et Elaboration cahier de charge sur la Téléphonie	3 600 000	5 488,16	Manifestation d'intérêt	Exécuté
ASSRMKF	Marché Téléphonie	227 053 998	346 141, 6	Appels d'offres	En cours
ASSRMKF	Création site Web	1 700 000	2 591,63	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Achat de deux Fontaines pour le projet	300 000	457,35	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Equipement postes de santé: marché SEN 07/70 Materiel Medical	61 121 064	93 178,46	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Equipement postes de santé: marché SEN 07/70 Materiel Instrumentation	42 399 551	64 637,70	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Confection de livret de Santé pour les Mutuelles de Santé	4 500 000	6 860,21	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Impression Brochures Valorisation Etude sur la Perception	2 475 000	3 773,11	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Reproduction Guides de Formation des Comités de Santé	3693375	5 630,51	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Equipement postes de santé: marché SEN 07/70 Matériel Hospitalier	96 455 276	147 045,12	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Convention de Maîtrise d'Ouvrage Déléguée N°002/01/07 avec l'AGETIP portant Réhabilitation de 36 postes de santé dans les Régions Médicales de Kaolack et de Fatick	1 333 438 194	2 032 813,42	Convention de Maîtrise d'Ouvrage Déléguée	Exécuté
ASSRMKF	Travaux réh aménagement locaux projet ASSRMKF	5 999 750	9 146,56	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Logiciels anti virus pour 10 ordinateurs	260 000	396,37	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Marché SEN 07/78 - Equipement centres de santé :bloc opératoire	113 747 841	173 407,47	Appel d'Offres	Exécuté

Coopération Technique Belge

ASSRMKF	Fourniture Dossiers d'Hospitalisation pour les Districts Pilote	7 650 000	11 662,35	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Cartouches recharge matériels Informatique du projet ASSRMKF	2 345 600	3 575,84	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Marché SEN 07/78 - Equipement centres de santé : équipement de laboratoire et de banque de sang	62 581 274	95 404,54	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Achat d'un Système de Visioconférence pour la Chaire de Chirurgie	14 400 000	21 952,66	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Fourniture de Guides Monitoring révisé	457 500	697,45	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Etude sur les Coûts de revient et sur les financements des Structures Sanitaires	20 500 000	31 252,05	Manifestation d'intérêt	En Cours
ASSRMKF	Fournitures outils de Gestion et de Communication	7 145 000	10 892,48	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Pneus pour Véhicules projets ASSRMKF	2 250 000	3 430,10	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Fournitures casquettes , Roll Up et Tee shirts pour le projet ASSRMKF	2 060 000	3 140,45	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Production cartes de Membres pour Mutuelles de Santé	1 600 000	2 439,18	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Achat Matériels Informatique pour le Niveau Central et les Nouveaux District	13 922 365	21 224,51	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Equipements complémentaires pour les Districts Sanitaires de Kaffrine et Sokone	14 152 000	21 574,58	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Marché SEN 07/78 - Equipement centres de santé : mobilier	27 437 610	41 828,37	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Marché SEN 07/78 - Equipement centres de santé : instrumentation	53 854 968	82 101,37	Appel d'Offres	Exécuté
ASSRMKF	Conception et Impression Outils de Communication pour le Projet	6 035 000	9 200,30	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Achats produits d'entretien pour les locaux du Projet	661 900	1 009,06	Demande de Prix	Exécuté
ASSRMKF	Etude sur l'état de l'offre actuelle de soins chirurgicaux au Sénégal et de son potentiel d'amélioration	22 680 000	34 575,44	Manifestation d'intérêt	En Cours