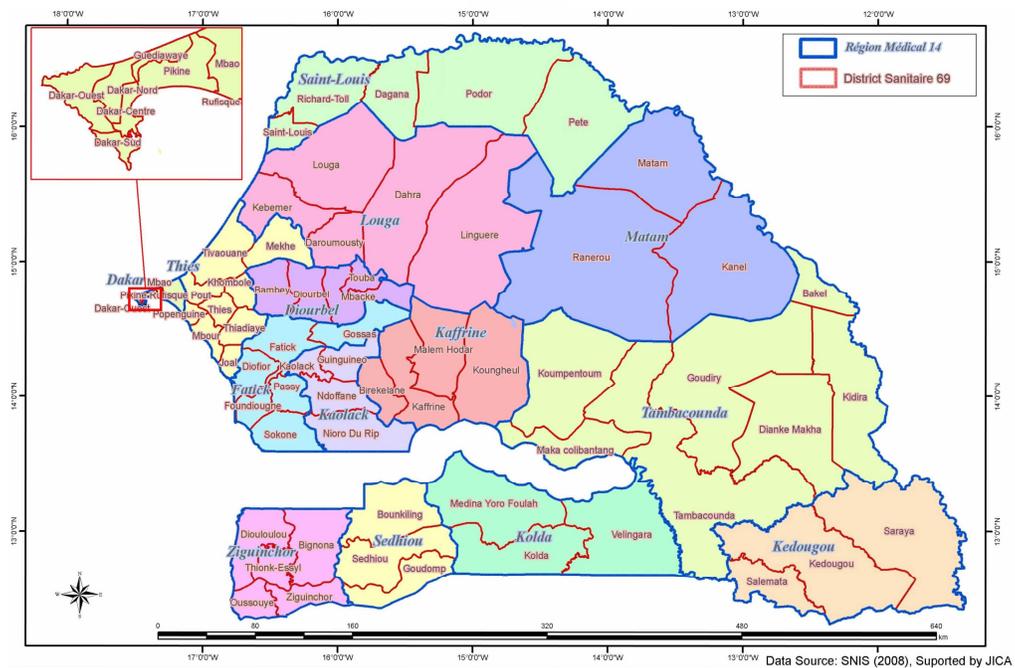


REPUBLIQUE DU SENEGAL



MINISTERE DE LA SANTE, DE LA PREVENTION ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE



PLAN DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PNDS

JUILLET 2009

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	3
AVANT PROPOS	4
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	5
1. Introduction	7
2. Rappel du contexte et des objectifs du PNDS.....	7
3. Justification du plan de suivi évaluation	9
4. Cadre de planification du PNDS	10
5. Objectifs du plan de suivi et évaluation.....	11
6. Cadres de suivi évaluation du PNDS.....	12
7. Définition des indicateurs	16
8. Le circuit des données	27
9. Mécanismes et modalités de suivi évaluation	28
10. Coordination du système de suivi évaluation.....	34
11. Plan d'action	35
12. Budget.....	36
13. Conclusion.....	37

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Figure 1 : Cadre de planification du PNDS

Figure 2 : cadre conceptuel du PNDS

Figure 3 : cadre stratégique du PNDS

Tableau 1: Les 60 indicateurs de suivi et évaluation du PNDS classés suivant une logique de gestion axée sur les résultats

Tableau 2: définition des indicateurs d'impact du PNDS

Tableau 3 : définition des indicateurs d'effets du PNDS

Tableau 4: définition des indicateurs d'extrants du PNDS

Tableau 5 : définition des indicateurs d'activités du PNDS

Tableau 6: définition des indicateurs d'intrants du PNDS

Figure : flux de l'information pour le suivi et évaluation du SNIS

Figure : mécanisme de suivi et d'évaluation du PNDS

Figure : organigramme pour le suivi et l'évaluation du PNDS

AVANT PROPOS

Le présent document est le fruit d'une réflexion collective engagée au cours de l'élaboration du PNDS2, dont il est partie intégrante. Il constitue une innovation du PNDS2, la fonction de suivi évaluation étant une faiblesse constatée des programmes précédents.

Il est classique de commencer un plan de suivi et évaluation par ce qui est habituellement appelé la « théorie » du programme, qui est une sorte de description conceptualisée des interventions envisagées, ceci pour mieux montrer la congruence entre ce programme proprement dit, et le rationnel qui sous tend les principes, techniques et outils de suivi évaluation qui vont accompagner sa mise en œuvre. En l'occurrence, la « théorie » du programme est constituée par le PNDS 2 lui-même.

Conformément aux options politiques clairement exprimées dans le PNDS2, le PNDS 2 sera mis en œuvre à travers le cadre de dépenses sectorielles à moyen terme et sera donc exécuté suivant un mode de gestion axée sur les résultats. Ceci aura des implications dans l'organisation et l'exécution du plan de suivi/évaluation.

Le défi majeur d'un plan de suivi évaluation est de survivre au temps, les indicateurs, cadres institutionnels, stratégies, voire les techniques évoluant nécessairement, et ce de plus en plus rapidement ; il s'agira donc question ici d'élaborer un cadre de référence qui soit souple et flexible, de sorte qu'il puisse être régulièrement actualisé au cours des 10 années d'exécution du PNDS.

Le présent plan comprend donc les 60 indicateurs retenus et définis consensuellement par une équipe composée des diverses parties prenantes sous la coordination de la CAS/PNDS

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ANSD	Agence nationale de la statistique et de la démographie
CAS/PNDS	Cellule d'appui et de suivi du PNDS
CNERS	Conseil national d'éthique pour la recherche en santé
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDSMT	Cadre de dépenses sectoriel à moyen terme
CNERS	Comité national d'éthique pour la recherche en santé
DEM	Direction des équipements et du matériel
DES	Direction des établissements de santé
DLSI	Division de la lutte contre le sida et les IST
DMNT	Division des maladies non transmissibles
DPM	Direction de la prévention médicale
DS	Direction de la santé
DSR	Division de la santé de la reproduction
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DSSP	Division des soins de santé primaires
EDS	Enquête démographique et de santé
EPS	Education pour la santé
ESIP	Enquête sur les indicateurs du paludisme
FAP	Femmes en âge de procréer
IDE	Infirmier diplômé d'état
ISF	Indice synthétique de fécondité
LQAS	<i>Lot quality assurance sampling</i>
MCD	Médecin chef de district
MEF	Ministère de l'économie et des finances
MI	Moustiquaire imprégnée
MSPHP	Ministère de la santé, de la prévention et de l'hygiène publique
PNDS	Programme national de développement sanitaire
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
POCL	Plan d'opération des collectivités locales

PSDMSS	Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal
PTA	Plan de travail annuel
RAC	Revue annuelle conjointe
RACR	Revue annuelle conjointe régionale
RCD	Réunion de coordination de district
RCR	Réunion de coordination régionale
RVO	Réhydratation par voie orale
SFE	Sage femme d'état
SIMS	Système d'information des mutuelles de santé
SMR	Solution maison recommandée
SNIS	Système national d'information sanitaire
SP	Sulfadoxine Piriméthamine
SPC	Suivi promotion de la croissance
SRO	Solution de réhydratation par voie orale
STEPS	<i>STEPwise approach to surveillance</i>
S/SSP	Superviseur des soins de santé primaires
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TPI	Traitement Préventif intermittent

1. Introduction

Le PNDS a pour but d'assurer la prévention et la lutte contre la maladie pour le bien être des populations sénégalaises ; de ce point de vue, son cadre de suivi et évaluation garde les missions traditionnelles de tout système de suivi évaluation en santé, privilégiant les aspects épidémiologiques. Mais dans le sillage de la « nouvelle santé publique », le PNDS 2009-2018 met également l'accent sur les aspects managériaux de la santé. Il se fonde sur un cheminement clair et logique dans la chaîne de résultats.

Il tient compte autant que possible des changements inéluctables dans les secteurs socio sanitaire, voire culturel au Sénégal, mais aussi au niveau international. Les points suivants devront donc être en permanence présents à l'esprit :

- Une articulation harmonieuse est établie avec les systèmes de suivi évaluation, surveillance et monitoring des programmes verticaux : sida, paludisme, tuberculose, maladies non transmissibles, établissements hospitaliers, systèmes de solidarité, etc.
- De même, le système de suivi évaluation du PNDS prend en considération les indicateurs des OMD. En conséquence, les indicateurs du PNDS devront couvrir parfaitement tous les indicateurs des OMD 4 et 5. Il en sera de même des indicateurs de suivi/évaluation sur le paludisme retenus à Abuja.
- S'agissant des changements, tout modèle devra prendre en considération, dans la décennie à venir, les progrès inéluctables des TIC, supports indispensables des systèmes de suivi évaluation. Cela implique l'utilisation de supports souples et adaptables, susceptibles d'être révisés et d'évoluer dans le futur

Partant des insuffisances constatées dans l'exécution du PNDS 1, le présent plan de suivi évaluation prendra en compte les indicateurs essentiels en matière de lutte contre les morbidités et mortalités maternelle et infantile, la prévention et la lutte contre la maladie, le renforcement du système et la gouvernance du secteur de la santé. La mission de suivi évaluation du PNDS devra être confiée à un organe fort, ayant les prérogatives institutionnelles et les moyens humains et organisationnels nécessaires pour assurer sa mission de façon satisfaisante. Des ressources conséquentes inscrites dans un budget devront être allouées à cette fonction. Un effort particulier devra aussi être orienté vers le suivi et l'évaluation des actions de santé développées dans le secteur privé, qu'il soit lucratif ou non.

2. Rappel du contexte et des objectifs du PNDS

2.1 Enjeux, défis et vision du PNDS 2009-2019

Le PNDS 2009-2018 porte un défi majeur qui est celui de la réalisation des OMD 4 et 5 au Sénégal. Cette réalisation pourrait être compromise si des innovations majeures ne sont pas introduites pour :

- ancrer le culte de la performance dans le secteur de la santé : l'amélioration de la qualité des services est un défi incontournable du PNDS ; celle-ci passera par un meilleur contrôle des flux du personnel, de leur formation continue et de leur supervision.

- L'évaluation du PNDS devra accorder une place particulière à l'appréciation des usagers sur les services qui leurs seront fournis.
- lever les principaux goulots d'étranglement qui freinent l'atteinte des objectifs en matière de santé maternelle et infantile : faibles taux d'accouchements assistés, faibles couverture en soins prénatals, faible couverture contraceptive, faible couverture vaccinale, etc.
 - freiner la transmission des maladies infectieuses, en particulier les infections émergentes et/ou ré émergentes : la tuberculose, dont l'interaction négative avec l'infection à VIH est préoccupante, le paludisme dont il faut asseoir des stratégies de contrôle à base communautaire, l'infection à VIH elle-même, dont la séroprévalence, bien que restant basse au sein de la population générale, reste élevée au sein des populations vulnérables ; le choléra qui est devenu endémique au Sénégal depuis plusieurs années ,...
 - contrôler les maladies chroniques, qui occupent de plus en plus de place dans les profils épidémiologiques des pays en développement, le Sénégal n'échappant pas à cette règle. Ceci passera par une stratégie de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) adaptée et une prise en charge décentralisée de ce type de pathologie.

Ces défis imposent une vision large et engagée pour la décennie à venir. Celle-ci est celle « *d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et de réadaptation de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif* »

2.2 Objectifs et orientations stratégiques du PNDS

Les objectifs sectoriels du PNDS se déclinent comme suit :

- Objectif sectoriel 1 : Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile
- Objectif sectoriel 2 : Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie
- Objectif sectoriel 3 : Renforcer durablement les performances du secteur de la santé
- Objectif sectoriel 4 : Améliorer la gouvernance du secteur de la santé

Les orientations stratégiques du PNDS découlent des objectifs ci-dessous. Ils sont au nombre de onze :

Pour l'objectif sectoriel 1 :

- 1) Accélération de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles

Pour l'objectif sectoriel 2 :

- 2) Amélioration de la promotion de la santé
- 3) Renforcement de la prise en charge de la maladie
- 4) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte

Pour l'objectif sectoriel 3 :

- 5) Développement des ressources humaines
- 6) Renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance
- 7) Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médico chirurgicaux
- 8) Renforcement du système d'information et de recherche en santé

Pour l'objectif sectoriel 4 :

- 9) Promotion de la gestion axée sur les résultats

- 10) Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière
- 11) Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

2.3 Etat des lieux en matière de suivi évaluation des programmes du ministère de la santé

Plusieurs faiblesses ont été observées dans l'exécution du PNDS 1 en matière de suivi et évaluation, dont les principales sont les suivantes :

- La 1^e faiblesse a été sans doute l'absence de cadre de suivi évaluation formel. Aucun plan n'a été formulé pour accompagner le PNDS1. Les liens logiques devant exister entre les différents niveaux de résultats attendus n'avaient pas été clairement identifiés et définis. Aucune allocation de ressources n'avait été prévue pour la fonction de suivi évaluation du 1^e PNDS.
- La multiplicité des intervenants au financement du PNDS, ayant des procédures et des cycles de planification différents n'a pas permis d'élaborer un cadre d'appréciation des performances et des résultats unique et consensuel.
- Le cadre institutionnel était mal adapté pour assumer la fonction de suivi évaluation du PNDS. La CAS/PNDS n'avait pas comme mission formelle le suivi et l'évaluation du PNDS. De fait, chaque direction et chaque programme vertical a essayé de développer son propre plan de suivi et évaluation, au détriment de la cohérence globale du système.
- Le manque de préparation des cadres du ministère de la santé d'une part sur le cadre de planification stratégique évoqué plus haut, avec la mise en œuvre du CDSMT, d'autre part sur la gestion axée sur les résultats n'a pas favorisé la formulation et l'application d'un système de suivi/évaluation efficace.
- Les collectivités locales, pourtant dépositaires de pouvoirs importants en matière de gestion de la santé publique, ont été très peu impliquées dans la formulation et la mise en œuvre du PNDS, et encore moins dans le suivi et l'évaluation.
- De façon générale, la culture de reddition de compte et de sanction, positive ou négative, est encore insuffisamment ancrée dans les mœurs des responsables du secteur de la santé. Il s'en suit une déresponsabilisation des cadres de la santé, en particulier pour le suivi et l'évaluation des programmes dont ils ont la charge.
- Au niveau intermédiaire (régional) les réunions de coordination ne prenaient pas suffisamment en compte la fonction de suivi des performances du PNDS. Il s'agissait plus de séances de comptes rendus des activités que d'analyse approfondie des performances régionales. Les responsables venaient annuellement à la RAC sans une concertation préalable avec les autres acteurs au niveau régional.
- La même situation existe également au niveau district, où il n'existait pas de tableau de bord devant guider les équipes cadres à observer leurs progressions vers les performances qui devaient leur être assignées.

Des actions correctrices devront être envisagées dans le présent plan pour les différents problèmes décrits ci-dessus.

3. Justification du plan de suivi évaluation

L'élaboration d'un plan de SE du PNDS est largement justifiée par les constats qui précèdent.

« Le suivi évaluation a été une des faiblesses du premier plan de développement sanitaire et les contre performances enregistrées dans l'exécution des activités de développement sanitaire du fait d'un manque d'outil de suivi et d'évaluation des performances en a été une des leçons apprises. Il s'y ajoute qu'à l'heure actuelle, il n'existe au sein du ministère de la santé et de la prévention aucune structure en charge de cette activité ce qui entraîne une incoordination dans la gestion de l'information sanitaire accentuée par l'existence de plusieurs sous systèmes d'information sanitaire chacun évoluant pour son propre compte et fournissant des fois des informations qui sont de nature contradictoire

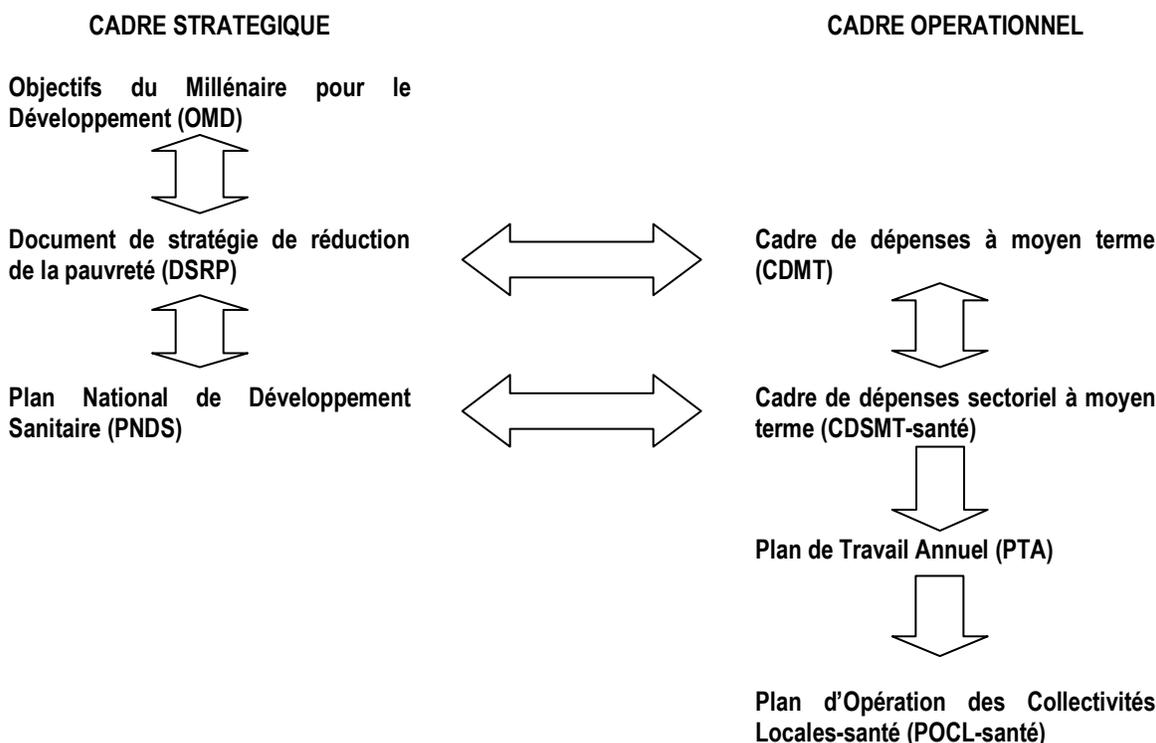
Les cadres institutionnels de suivi évaluation que sont les réunions de coordination des régions et districts, le comité interne de suivi, la mission conjointe de supervision et la revue annuelle conjointe ont vu le contenu de leur instance dépérir progressivement pour laisser place à des activités de nature symbolique (présentation des activités de certains programmes de santé lors de la revue annuelle conjointe) »

4. Cadre de planification du PNDS

Le PNDS relève de 2 cadres de planification (voir figure 1):

- Un cadre stratégique : la sélection du Sénégal parmi les pays pauvres très endettés lui impose d'élaborer périodiquement un document de stratégie de réduction de la pauvreté où sont déclinées les grandes orientations du développement national, secteur par secteur. Le PNDS constitue le plan sectoriel de la santé.
- Un cadre opérationnel : le DSRP utilise un cadre de programmation et d'exécution budgétaire appelé cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) qui est triennal, de même le PNDS utilise le CDSMT qui fait l'objet d'une opérationnalisation annuelle à travers le PTA. Le budget annuel du ministère de la santé est préparé à partir des PTA. Au niveau des districts sanitaires, sont élaborés annuellement des plans d'opération des collectivités locales. Les POCL, élaborés au niveau périphérique, font l'objet d'une synthèse régionale.

Figure 1 : Cadre de planification du PNDS



Le DSRP traduit des orientations des OMD en stratégies nationales. Ce DSRP inspire tous les programmes sectoriels de développement, dont le PNDS. Au cadre stratégique correspond un cadre de dépenses étroitement corrélé à la planification opérationnelle avec le cadre de dépenses sectorielles à moyen terme, les PTA et les POCL.

Le cadrage ci-dessus a pour souci d'établir une corrélation et une synergie entre le secteur sanitaire et le développement global durable du pays. Les budgets alloués au secteur de la santé, par un tel système, sont mises en cohérence avec l'ensemble des priorités nationales, dans tous les secteurs de développement. C'est au décours d'un processus complexe d'aller-retour entre les ministères chargés de l'économie et des finances et de la santé que les allocations sont faites. Elles sont étroitement liées aux résultats attendus, ceux-ci étant, devant être mesurés par des indicateurs précis.

5. Objectifs du plan de suivi et évaluation

Les objectifs suivants sont assignés au plan de suivi et évaluation du PNDS :

- Proposer une matrice de suivi évaluation du PNDS qui comprendra : un cadre conceptuel, un cadre stratégique, un cadre logique

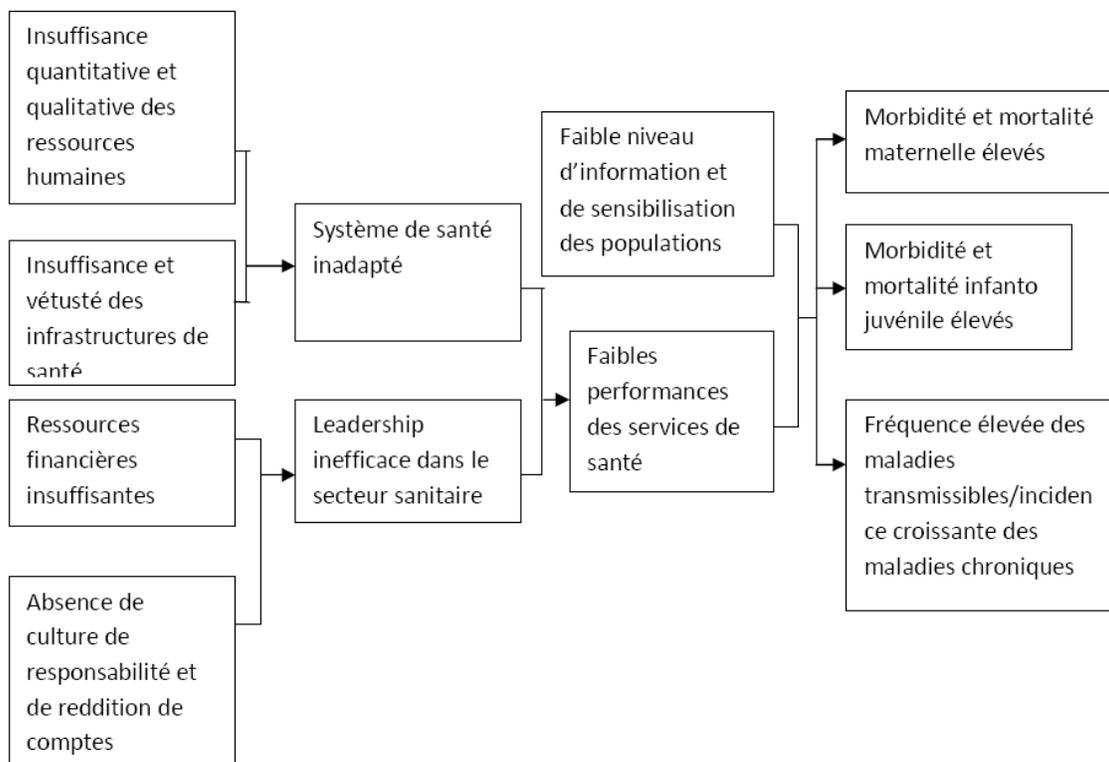
- Proposer un cadre institutionnel pour le suivi et évaluation du PNDS, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. En préciser l'organisation, le fonctionnement, les acteurs ainsi que leurs rôles et responsabilités.
- Proposer un circuit de recueil et de traitement des données concernant le processus de mise en œuvre et les résultats (à court, moyen ou long terme) du PNDS
- Proposer un plan d'action pour la mise en place d'un système de suivi et évaluation prenant en compte le renforcement des capacités, la coordination et les activités de suivi évaluation proprement dites.
- Fournir des orientations méthodologiques et pratiques pour les évaluations à mi parcours et finale du PNDS
- Estimer le coût du plan de suivi évaluation du PNDS

6. Cadres de suivi évaluation du PNDS

6.1 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de SE du PNDS schématisé ci dessus permet d'identifier et d'illustrer les principaux facteurs internes et/ou externes susceptibles d'influencer l'atteinte des objectifs sectoriels.

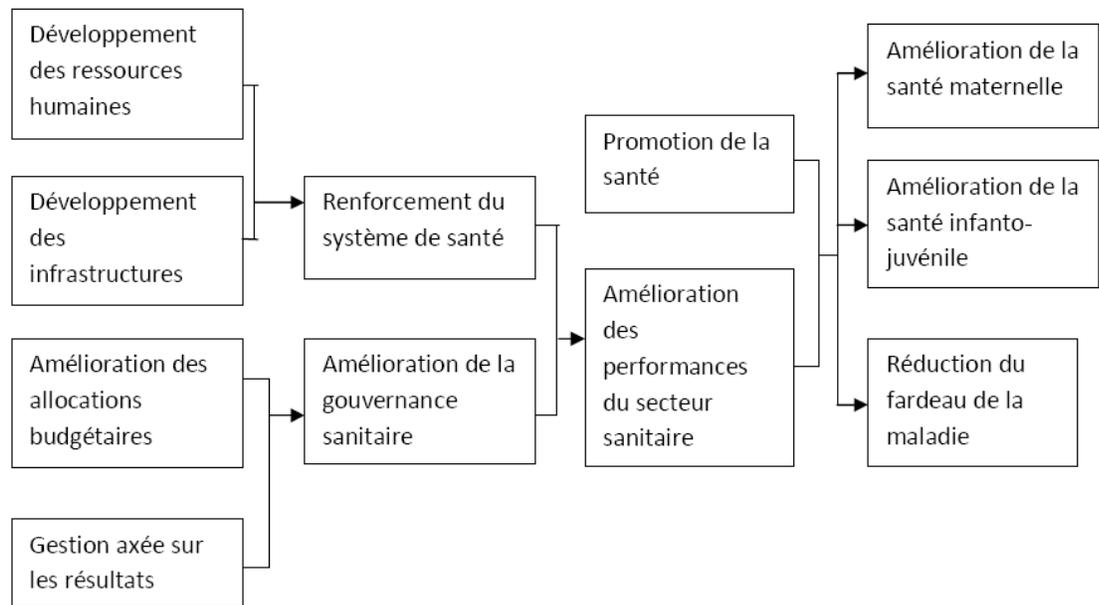
Figure 2 : cadre conceptuel du PNDS



6.2 Cadre stratégique

Le cadre stratégique permet d'identifier les éléments clé du programme. Il reflète les interventions majeures et les objectifs.

Figure 3 : cadre stratégique du PNDS



6.3 Cadre logique

Le modèle logique ci-dessous est une prévision des relations entre les ressources (intrants), les activités (processus) les résultats (extrants, effets et impacts) du CDSMT et du PNDS. Il permet d'avoir une visibilité plus claire dans la chaîne de résultats devant permettre, à terme, de réaliser les objectifs de santé du Sénégal pour la décade à venir.

Il faut cependant préciser que les indicateurs présents ici ont été sélectionnés par une équipe pluridisciplinaire suivant plusieurs critères. Ils reflètent non seulement les préoccupations du PNDS mais également ceux des programmes. Aux différents niveaux de résultats, ils sont sensés ramener une information valide, fiable, et qui mesure avec le maximum de sensibilité et de spécificité les changements attendus.

Il n'y a donc pas ici de logique horizontale reliant les indicateurs d'intrants, d'activités, d'extrants, d'effets ou d'impact. Cette logique sera retrouvée dans les plans de suivi évaluation des programmes verticaux.

Tableau : Les 60 indicateurs de suivi et évaluation du PNDS classés suivant une logique de gestion axée sur les résultats

MOYENS	ACTIVITES	EXTRANTS	EFFETS	IMPACTS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Montant du budget annuel de l'état alloué à la santé 2. Pourcentage du budget de l'état alloué à la santé 3. Nombre d'hôpitaux fonctionnels (public/privé) 4. Nombre de centres de santé fonctionnels (publics/privés) 5. Nombre de blocs SOU fonctionnels* 6. Ratio médecins/population 7. Ratio IDE/population 8. Ratio SFE/FAR 9. Taux de Couverture en postes de santé 10. Taux de disponibilité des médicaments (traceurs) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion de collectivités locales disposant de POCL santé 2. Taux de couverture effective en consultation primaire curative (CPC) 3. Proportion de la population couverte par un système formel de couverture du risque maladie 4. Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles 5. Proportion de cas sociaux pris en charge au niveau des structures de santé 6. Proportion d'organes de gestion fonctionnels comprenant au moins une femme et un jeune (<35 ans) dans leur bureau 7. Proportion des structures de santé affichant les tarifs dans leurs structures 8. Taux de complétude des rapports de surveillance des maladies à potentiel épidémique 9. Nombre de protocoles de recherche examinés par le CNERS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion de personnel qualifié pour les CPN 2. Proportion du personnel qualifié pour les accouchements 3. Proportion de personnes informées sur les méthodes de prévention du paludisme 4. Nombre de cas d'infection à VIH sous traitement antirétroviral* 5. Nombre de personnes malades ayant bénéficié d'une subvention de l'état 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taux de couverture adéquate en CPN 2. Taux de couverture en SP chez la femme enceinte 3. Taux de Couverture VAT 4. Taux de réalisation du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes 5. Taux accouchements assistés par du personnel formé (médecin, sage femme, infirmier, agent sanitaire, assistant infirmier) 6. Taux d'accouchements effectués dans les structures de santé (hôpital, centre, poste et case de santé) 7. Pourcentage de femmes ayant effectué une consultation post natale (CPoN) 8. Taux de prévalence contraceptive 9. Taux de Couverture suivi/promotion de la croissance 10. Taux de couverture au PENTA3 11. Taux de couverture au VAR 12. Taux d'achèvement de la vaccination chez les enfants de 0 à 11 mois 13. Taux de Couverture vaccinale complète chez les enfants de 12-23 mois 14. Taux d'Utilisation RVO 15. Taux de couverture en MI chez les enfants de 0-5 ans 16. Taux de couverture en MI chez les femmes enceintes 17. Taux de détection de la tuberculose* 18. Proportion de tuberculeux sous traitement perdus de vue 19. Taux de couverture effective en CPC 20. Taux de consultation nourrissons sains 21. Indice de satisfaction des usagers des structures de santé 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ratio de Mortalité maternelle 2. Taux de Mortalité néonatale 3. Taux de Mortalité infantile 4. Taux de Mortalité juvénile 5. Taux de Mortalité infanto-juvénile 6. Prévalence insuffisance pondérale chez l'enfant 7. ISF 8. Prévalence du paludisme 9. Morbidité proportionnelle liée au paludisme 10. Morbidité proportionnelle liée au paludisme 11. Prévalence de la tuberculose 12. Séroprévalence de l'infection à VIH 13. Prévalence du diabète 14. Taux global de mortalité hospitalière 15. Espérance de vie à la naissance

7. Définition des indicateurs

La liste des indicateurs de suivi/évaluation du PNDS a été retenue après un large consensus entre les divers intervenants. Une réunion tenue au siège de la CAS/PNDS le 28 mai 2009 a permis de retenir la liste des indicateurs clé sur la base de la liste proposée au cours de l'élaboration du PNDS. Des échanges fructueux avaient aussi permis de formuler de façon précise les indicateurs. La recommandation forte au cours de cet atelier était que cette liste reflète les orientations stratégiques du PNDS. Chacune des 11 orientations stratégiques est donc représentée par au moins un indicateur pertinent.

a) Accélération de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles :

- Ratio de Mortalité maternelle
- **Taux de Mortalité néonatale**
- Taux de Mortalité infantile
- Taux de Mortalité juvénile
- Taux de Mortalité infanto-juvénile
- Prévalence insuffisance pondérale chez l'enfant
- ISF
- Taux de couverture effective en CPN
- Taux de couverture VAT
- Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (médecin, SFE, IDE, agent sanitaire, assistant infirmier)
- Taux d'accouchements effectués dans une structure de santé (hôpital, centre, poste, case de santé)
- Taux de couverture en consultation post natal
- Taux de prévalence contraceptive
- Taux de couverture en suivi promotion de la croissance (SPC)
- Taux de couverture au Pentavalent 3
- Taux de couverture au VAR
- Taux d'achèvement de la vaccination chez les enfants de 0 à 11 mois
- Taux de couverture vaccinale complète chez les enfants de 11 à 23 mois
- Taux d'utilisation RVO

b) Amélioration de la promotion de la santé

- Prévalence du paludisme
- Séroprévalence de l'infection à VIH
- Prévalence de la tuberculose
- Prévalence du diabète
- Taux de réalisation du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes
- Taux de couverture en MI chez les femmes enceintes

- Taux de couverture en MI chez les enfants de 0 à 5 ans
 - Proportion d'organes de gestion fonctionnels comprenant au moins une femme et un jeune (<35 ans) dans leur bureau
 - Proportion de personnes informées sur les méthodes de prévention du paludisme
 - Taux de détection de la tuberculose
 - Proportion de tuberculeux sous traitement perdus de vue
- c) Renforcement de la prise en charge de la maladie
- Taux global de mortalité hospitalière
 - Morbidité proportionnelle liée au paludisme
 - Taux de létalité hospitalière attribuable au paludisme
 - Taux de couverture effective en consultation primaire curative
 - Nombre de cas d'infection à VIH sous traitement antirétroviral
- d) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
- Taux de complétude des rapports de surveillance des maladies à potentiel épidémique
- e) Développement des ressources humaines
- Ratio médecins/population
 - Ratio IDE/population
 - Ratio SFE/population
- f) Renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance
- Taux de couverture en poste de santé
 - Nombre d'hôpitaux fonctionnels
 - Nombre de centres de santé fonctionnels
 - Nombre de blocs SOU fonctionnels
- g) Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits chirurgicaux
- Taux de disponibilité des médicaments (traceurs)
- h) Renforcement du système d'information et de la recherche en santé
- Nombre de protocoles de recherche examinés par le CNERS
- i) Promotion de la gestion axée sur les résultats
- Indice de satisfaction des usagers des structures de santé
 - Proportion de structures de santé affichant les tarifs des prestations
 - Proportion de structures de santé affichant les prix des médicaments
- j) Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière
- Montant du budget annuel alloué à la santé
 - Pourcentage du budget de l'état alloué à la santé
 - Proportion de collectivités locales disposant de POCL santé
 - Proportion d'organes de gestion fonctionnels comprenant au moins une femme et un jeune (<35 ans) dans leur bureau
- k) Renforcement de la couverture du risque maladie avec un accent sur les groupes vulnérables
- Nombre de cas sociaux pris en charge au niveau des structures de santé

- Proportion de la population couverte par un système formel de couverture du risque maladie
- Nombre de personnes malades ayant bénéficié d'une subvention de l'état
- Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles

Les tableaux ci-dessous présentent les définitions des indicateurs de suivi évaluation du PNDS, précisant leurs modes de calcul, les sources de collecte de l'information, les méthodes de collecte. Ces indicateurs clé, pour l'essentiel, ont été adaptés de ceux de l'EDS, des programmes verticaux du ministère de la santé (PNLS, PNL, PNT, PSDMSS...), des guides du monitoring (activités primaires et activités de référence du centre de santé) et leur définition fait l'objet d'un consensus.

TABLEAU : DEFINITION DES INDICATEURS D'IMPACT DU PNDS

LIBELLE DE L'INDICATEUR	METHODE DE CALCUL	SOURCES	NIVEAUX DE COLLECTE	METHODE DE COLLECTE	PERIODICITE
1. Ratio de mortalité maternelle	Estimation à partir des décès par cause maternelle (grossesse, accouchement...) : <i>Numérateur</i> : Nombre de décès par cause maternelle <i>Dénominateur</i> : Nombre de naissances vivantes pendant la période de référence X 100 000	EDS	National	Enquête en population (questionnaire mère)	Tous les 5 ans
2. Taux de mortalité néonatale	Nombre d'enfants nés vivants décédés avant l'âge de 28 jours/1000 naissances vivantes	EDS	National	Enquête en population (questionnaire mère)	Tous les 5 ans
3. Taux de mortalité infantile	Nombre d'enfants décédés avant leur 1 ^e anniversaire /1000 naissances vivantes	EDS	National	Enquête en population (questionnaire mère)	Tous les 5 ans
4. Taux de mortalité juvénile	Nombre d'enfants décédés après leur 1 ^e mois de vie et avant leur 60 ^e mois de vie/1000 naissances vivantes	EDS	National	Enquête en population (questionnaire mère)	Tous les 5 ans
5. Taux de mortalité infanto juvénile	Nombre d'enfants décédés leur 5 ^e anniversaire/1000 naissances vivantes	EDS	National	Enquête en population (questionnaire mère)	Tous les 5 ans
6. Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois dont l'indice poids pour âge est inférieur à -2 Z scores ¹ /nombre total d'enfants de 0 à 59 mois enquêtés X100	EDS	National	Enquête en population (questionnaire mère)	Tous les 5 ans
7. Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	Nombre total d'enfants/nombre de femmes enquêtées (nombre moyen d'enfants par femme quelque soit l'âge)	EDS	National	Enquête en population (questionnaire mère)	Tous les 5 ans
8. Prévalence du paludisme	Nombre de cas de paludisme à GE positive/nombre total de personnes enquêtées X100	ESIP/PNLP	National	Enquête en population	Tous les 2 ans
9. Morbidité proportionnelle liée au paludisme	Nombre de cas de paludisme confirmés dans les structures de santé notifiés/Nombre total de consultants X100	SNIS	District Hôpital District	Dépouillement registres consultation générale/rapports de zones, rapports de district	Annuelle

¹ Voir définition en annexe

10. Taux de létalité hospitalière attribuable au paludisme	Nombre de décès chez les patients ayant un paludisme confirmé/nombre total de cas de paludisme confirmés notifiés X100	ESIP/PNLP	Hôpital District	Dépouillement registres consultation générale/rapports de zones, rapports de district	Tous les 2 ans
11. Prévalence de la tuberculose	Nombre de cas de tuberculose (pulmonaire ou extra pulmonaire) confirmés/population générale X100	PNT	District Hôpital	Dépouillement fiches malades tuberculeux, rapports PNT	Annuelle
12. Séroprévalence de l'infection à VIH	Nombre de personnes à séropositivité au VIH confirmée/nombre total de personnes enquêtées X100	EDS	National	Enquête en population	Tous les 5 ans
13. Prévalence du diabète	Nombre de personnes ayant une glycémie à jeun >1,26g par litre/nombre total de personnes enquêtés X100	Enquête STEP/Division des maladies non transmissibles	National	Enquête en population	Tous les 5 ans
14. Taux global de mortalité hospitalière	Nombre de décès notifiés chez les malades hospitalisés/nombre total de malades hospitalisés X100	SNIS	District Régional National	Dépouillement registres d'hospitalisation	Annuelle
15. Espérance de vie à la naissance	<i>Il s'agit de la moyenne des âges des décès rapportés au cours de l'enquête</i>	EDS	National	Enquête populationnelle	Tous les 5 ans

TABLEAU : DEFINITION DES INDICATEURS D'EFFETS DU PNDS

LIBELLE DE L'INDICATEUR	METHODE DE CALCUL	SOURCES	NIVEAUX DE COLLECTE	METHODE DE COLLECTE	PERIODICITE
1. Taux de couverture adéquate en CPN	Nombre de femmes enceintes ayant Effectué 1 CPN au cours de chaque trimestre de la grossesse et 1 CPN au 9 ^e mois/nb. femmes enceintes durant la période de référence X100	DSR/MSHPM	District Hôpital	Dépouillement registres CPN	Annuelle
2. Taux de couverture en SP chez la femme enceinte	Nombre de femmes enceintes effectué leur 2 ^e prise directement observée de SP/Nombre de femmes reçues en CPN1 X100	DSR/MSHPM	District Hôpital	Dépouillement registre CPN	Annuelle
3. Taux de couverture au VAT	Nombre de femmes enceintes ayant eu au moins 2 VAT/nombre total de femmes grossesses attendues durant la période de référence (3,9‰ de la population générale) X100	DSR/MSHPM	District Hôpital	Dépouillement registres CPN	Annuelle

4. Taux de réalisation du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes ayant réalisé le test de dépistage du VIH/nombre total de femmes enceintes à qui le test à été proposé X100	DSR/MSHPM	District Hôpital	Dépouillement registre PTME	Annuelle
5. Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (médecin, infirmier, sage femme, agent sanitaire, assistant infirmier)	Nombre de personnes ayant accouché avec l'assistance d'un personnel qualifié ² /nombre total de grossesses attendues durant la période de référence X100	DSR/MSHPM	District Hôpital	Dépouillement registre accouchement	Annuelle
6. Taux d'accouchements effectués dans les structures de santé (hôpital, centre, poste et case de santé)	Nombre d'accouchements effectués dans les structures de santé/ nombre total de grossesses attendues durant la période de référence X100	DSR/MSHPM	District Hôpital	Dépouillement registres accouchement	Annuelle
7. Pourcentage de femmes ayant effectué une consultation post natale	Nombre de femmes ayant accouché et ayant effectué au moins une CPoN (à J3, J9 et avant J42)/nombre total de grossesses attendues (3,9%) X100	DSR/MSHPM	National	Dépouillement registre accouchement	Annuelle
8. Taux de prevalence contraceptive	Quantité totale de produit distribuée aux clientes au cours d'une année multipliée par le coefficient de conversion pour chaque méthode/nombre de FAR dans la zone considérée	DSR/MSHPM	National	Dépouillement registre accouchement	Annuelle
9. Taux de couverture en suivi promotion de la croissance	Nombre d'enfants de 0 à 5 ans pesés au moins une fois par mois durant les 3 derniers mois/nombre total d'enfants dans la zone polarisée X100	SNIS	District Hôpital	Dépouillement des registres de CNS/Rapports de zone et de district	Annuelle
10. Taux de couverture au Penta 3	Nombre d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés au penta 3/nombre total d'enfants de 0 à 11 mois dans la zone polarisée X100	Division immunisation	District Hôpital	Dépouillement registres de vaccination	Annuelle
11. Taux de couverture au VAR	Nombre d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés contre la rougeole/nombre total d'enfants de 0 à 11 mois dans la zone polarisée X100	Division immunisation	District hôpital	Dépouillement registres de vaccination	Annuelle

² Consensus à établir sur la définition...

12. Taux d'achèvement de la vaccination chez les enfants de 0-11 mois	Nombre d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu tous les antigènes du PEV/Nombre total d'enfants de 0-11 mois dans la zone polarisée (3,9% de la population totale)	Division immunisation	District	Rapports PEV	Annuelle
13. Taux de couverture vaccinale complète chez les enfants de 12 à 23 mois	Nombre d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les antigènes du PEV/nombre total d'enfants de 12 à 23 mois enquêtés X100	EDS	National	Enquête populationnelle (questionnaire enfants)	Tous les 5 ans
14. Taux d'utilisation de la RVO	Nombre d'enfants diarrhéiques ayant bénéficié d'un traitement de réhydratation par voie orale (SRO, SMR)/nombre total d'enfants diarrhéiques durant la période de référence X100	SNIS	District Hôpital	Dépouillement des registres de consultation des enfants malades	Annuelle
15. Taux de couverture MI chez les enfants de 0 à 5 ans	Nombre d'enfants de 0 à 5 ans dont la mère déclare qu'ils ont dormi sous MTI dans les 24 heures ayant précédé l'enquête/nombre total d'enfants de 0-5 ans enquêtés X100	EDS	National	Enquête populationnelle (questionnaire enfants)	Tous les 5 ans
16. Taux de couverture MI chez les femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes déclarant avoir dormi sous MTI (considérer péremption) dans les 24 h ayant précédé l'enquête /nombre total de femmes en grossesse au moment de l'enquête	EDS	National	Enquête populationnelle (questionnaire mères)	Tous les 5 ans
17. Taux de détection de la tuberculose	Nombre de cas de tuberculose à bacilloscopie positive/nombre de cas de tuberculose pulmonaire attendus (65% de la population)	PNT	District	Dépouillement fiches patients tuberculose	Annuelle
18. Proportion de tuberculeux sous traitement perdus de vue	Nombre de cas de tuberculeux sous traitement perdus de vue/nombre totale de tuberculeux suivis dans la cohorte	PNT	District	Dépouillement fiches de traitement tuberculose	Annuelle
19. Taux de couverture effective en consultation primaire curative	Nombre de consultants de l'échantillon ayant reçu une couverture adéquate et un traitement conforme aux ordinogrammes/taille de l'échantillon	DSSP/SNIS	District	Analyse des guides du monitoring remplis	Annuelle
20. Taux de consultation nourrissons sains	Nombre d'enfants de moins de 24 mois ayant fréquenté une structure de santé au moins une fois pour la vaccination ou la pesée/nombre total d'enfants de 0-24 mois dans la zone polarisée	Division des Soins de santé Primaires (DSSP)	District	Monitoring des services de santé	Semestriel
21. Indice de satisfaction des usagers des services de santé	<i>Il s'agit d'un indice combinant plusieurs réponses relatives à la satisfaction exprimée par les consommateurs de soin</i>	Rapports évaluation à mi parcours et finale du PNDS	National	Enquête populationnelle	En 2014 et 2018

TABLEAU: DEFINITION DES INDICATEURS D'EXTRANTS DU PNDS

LIBELLE DE L'INDICATEUR	METHODE DE CALCUL	SOURCES	NIVEAUX DE COLLECTE	METHODE DE COLLECTE	PERIODICITE
1. Proportion de personnel qualifié pour les CPN	Nombre de médecins, sage femmes, IDE, Infirmiers brevetés et matrones formées/effectif total du personnel de santé (y compris personnel communautaire) dans la zone concernée	DSSP	District	Monitoring des services de santé	Annuelle
2. Proportion du personnel qualifié pour les accouchements	Nombre de médecins, sage femmes, IDE, Infirmiers brevetés et matrones formées/effectif total du personnel de santé (y compris personnel communautaire) dans la zone concernée	DSSP	District	Monitoring des services de santé	Annuelle
3. Proportion de personnes informées sur les méthodes de prévention du paludisme	Nombre de personnes pouvant citer au moins 2 méthodes de prévention du paludisme/Nombre total de personnes enquêtées	ESIP/PNLP	National	Enquête populationnelle	Tous les 2 ans
4. Nombre de cas d'infection à VIH sous traitement antirétroviral	Dépouillement des registres (décompte des unités concernées)	DLSI/ MSHPM	District	Dépouillement des registres	Annuelle
5. Nombre de personnes malades ayant bénéficié d'une subvention de l'état	Nombre total de personnes ayant fréquenté les services de santé public et ayant bénéficié de prestations gratuites ou spécialement subventionnées par l'état: plan SESAME, césariennes, etc.	SNIS	National	Dépouillement des rapports	Annuelle

TABLEAU 4 : DEFINITION DES INDICATEURS D'ACTIVITES DU PNDS

LIBELLE DE L'INDICATEUR	METHODE DE CALCUL	SOURCES	NIVEAUX DE COLLECTE	METHODE DE COLLECTE	PERIODICITE
1. Proportion de collectivités locales disposant de POCL santé	<i>Numérateur</i> : nombre de collectivités locales (CR, communes) disposant de POCL à jour <i>Dénominateur</i> : Nombre total de collectivités locales au Sénégal (CR+communes)	PNDS	National	Enquête populationnelle	Annuelle
2. Taux de couverture effective consultation primaire curative	<i>Numérateur</i> : Nombre de consultants ayant reçu une couverture adéquate en CPC x taux d'utilisation <i>Dénominateur</i> : taille de l'échantillon	Monitoring du district/SNIS	District	Dépouillement des registres	semestrielle
3. Proportion de la population couverte par un système formel de couverture du risque maladie	<i>Numérateur</i> : Nombre de personnes bénéficiant d'un système formel de couverture du risque maladie (mutuelle, assurance...) <i>Dénominateur</i> : population totale de la zone polarisée	SIMS	National	Enquête populationnelle	Annuelle
4. Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles	<i>Nombre de mutuelles de santé offrant effectivement des services à des bénéficiaires</i>	SIMS	National	Enquête auprès des mutuelles	Annuelle
5. Proportion de cas sociaux prise en charge au niveau des structures de santé	<i>Numérateur</i> : Nombre total de cas sociaux (consultants) pris en charge gratuitement dans les hôpitaux, centres et postes de santé. <i>Dénominateur</i> : Nombre total de consultants dans les hôpitaux, centres et postes de santé	SNIS (rapports trimestriels)	District Hôpitaux	Dépouillement registres	Annuelle
6. Proportion d'organes de gestion opérationnels comprenant au moins une femme et un jeune (<35 ans) dans leur bureau	<i>Numérateur</i> : Nombre de comités de santé (hôpitaux, district, centres et postes de santé) opérationnels comptant au moins une femme et un jeune dans leur bureau <i>Dénominateur</i> : Nombre total d'hôpitaux, centres et postes de santé opérationnels	DSSP (rapports trimestriels)	District Hôpitaux	Dépouillement rapports et PV assemblées générales apports comités de santé	Annuelle
7. Proportion de structures sa santé affichant les tarifs dans leurs structures	<i>Numérateur</i> : Nombre de structures de santé (hôpitaux, centre et postes de santé) ayant affiché les tarifs des prestations et des médicaments dans leurs structures <i>Dénominateur</i> :	CAS/PNDS	District/hôpitaux	Enquête auprès des structures de santé	Annuelle

8.	Taux de complétude des rapports de surveillance des maladies à potentiel épidémique	Nombre de rapports de surveillance des maladies à potentiel épidémique reçu/nombre total de rapports attendus X100	DPM	Districts	Dépouillement des rapports de surveillance épidémiologique	Annuelle
9.	Nombre de protocoles de recherche examinés par le CNERS	Décompte du nombre de protocole soumis au CNERS et examinés au cours d'une session	Division de la recherche	National	Rapports CNERS	Annuel

TABLEAU 5: DEFINITION DES INDICATEURS DE MOYENS (INTRANTS) DU PNDS

LIBELLE DE L'INDICATEUR	DEFINITION/METHODE DE CALCUL	SOURCES	NIVEAUX DE COLLECTE	METHODE DE COLLECTE	PERIODICITE
1. Montant du budget annuel de l'état alloué à la santé	Budget vote et mis à la disposition du département ministériel en charge de la santé publique	DAGE	MEF/MSPHM	Analyse des pieces comptables	Annuelle
2. Pourcentage du budget annuel de l'état alloué à la santé	Montant du budget alloué au secteur de la santé/montant total du budget de l'état X100	DAGE	MEF/MSPHM	Analyse des pieces comptables	Annuelle
3. Nombre d'hôpitaux fonctionnels (publics comme privés)	Décompte des hôpitaux offrant un plateau complet de prestations tertiaires	DEM	MSHPM	Supervision	Annuelle
4. Nombre de centres de santé fonctionnels (publics comme privés)	Décompte des centres de santé offrant un plateau complet de prestations secondaires	DEM	National	Supervision directe des structures	Annuelle
5. Nombre de blocs SOU fonctionnels	Décompte des centres de santé disposant de blocs SOU fonctionnels	PNDS	National	Supervision directe des structures	Annuelle
6. Ratio médecins/population	Nombre de médecins (public et privés)/population totale	SNIS/annuaire statistique	National	Dépouillement rapports SIG	Annuelle
7. Ratio IDE/Population	Nombre d'IDE (public et privés)/population totale	SNIS/annuaire statistique	National	Dépouillement rapports SIG	Annuelle
8. Ratio SFE/FAR	Nombre de SFE/nombre de FAR	SNIS/annuaire statistique	National	Dépouillement rapports SIG	Annuelle

9. Taux de couverture en postes de santé	Nombre de postes de santé fonctionnels/population totale	SNIS/annuaire statistique	National	Dépouillement rapports SIG	Annuelle
10. Taux de disponibilité des médicaments (traceurs)	<i>Numérateur</i> : (Nombre de produits retenus x nombre de jours de la période de référence) – (nombre cumulé de jours de rupture) <i>Dénominateur</i> : nombre de produits retenus x nombre de jours de la période de référence X 100 <i>NB : Il s'agira de sélectionner les médicaments qui seront retenus comme traceurs. La liste des médicaments retenue sera susceptible d'être révisée périodiquement</i>	PNA	National	Dépouillement registres de sortie de médicaments	Annuelle

Il reste entendu que les plans de suivi évaluation des programmes verticaux seront plus exhaustifs et spécifiques dans leurs domaines d'intervention respectifs.

8. Le circuit des données

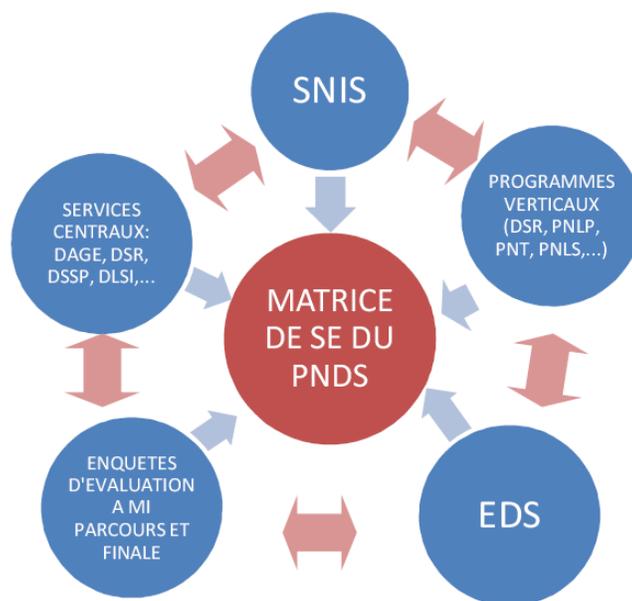
Le plan de suivi et évaluation du PNDS sera d'abord basé sur le système de collecte de données de routine pour alimenter sa base de données. De ce point de vue, le circuit classique de collecte des données, marqué par une inefficacité et une incohérence déjà relevées au cours de l'exécution du PNDS 1, devra être amélioré.

Plusieurs mesures devront être prises pour cela :

- Désigner, au niveau du district et de la région, **un seul responsable pour la collecte et le traitement de l'information**, en lieu et place de la multitude de points focaux programmes. **Cette responsabilité pourrait être confiée à une entité comme un centre d'information sanitaire (au niveau région et district).**
- Améliorer le système de **validation de l'information**, toujours au niveau régional et district. Une concertation permanente devra exister entre les acteurs **afin que les différentes informations destinées au programmes verticaux et ceux destinés aux services centraux du ministère de la santé soient recoupés et harmonisés.**
- Accentuer la supervision directe du SNIS vers les services déconcentrés pour le contrôle périodique de la qualité des données
- Renforcer les capacités des acteurs en traitement des données, en particulier pour leur analyse.
- Améliorer l'**informatisation** du système, et installer une maquette de saisie des données au niveau du poste de santé.

Par ailleurs, d'autres sources viendront alimenter la matrice de données de suivi et évaluation du PNDS, particulièrement pour ce qui est des indicateurs d'extrants et d'impact. Le schéma ci-dessous modélise le circuit d'information intégrant ces différentes sources :

Figure : flux de l'information pour le suivi et l'évaluation du PNDS



Comme suggéré par le schéma ci-dessus, il est important que le **flux d'information** entre les différentes sources d'informations alimentant la matrice soit permanent, pour une meilleure gestion de la qualité des données

9. Mécanismes et modalités de suivi évaluation

9.1 Principes généraux et mesures d'accompagnement

Pour que le système de suivi évaluation puisse jouer pleinement son rôle, le respect de certains principes s'impose :

- Un engagement fort des hautes autorités, dont dépend d'une part l'application effective ce de présent plan de SE, mais également la mise en œuvre des décisions qu'imposeront les résultats du SE. De ce point de vue, il est important que l'Etat garantisse une certaine stabilité des institutions, pour faciliter l'émergence d'un leadership efficace dans le secteur de la santé au Sénégal.
- L'implication effective de toutes les parties prenantes : le processus de SE devra voir la participation de toutes les entités impliquées dans la réalisation du PNDS : ministère de la santé à travers ses différents niveaux de déconcentration (central, intermédiaire, périphérique) partenaires au développement, collectivités locales, universités et autres institutions de recherche et de formation, ...
- Donner une large place à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication
- L'adoption de procédures simples et souples de suivi évaluation

9.2 Modalités de SE au niveau central

9.2.1 Mécanismes de suivi

9.2.1.1 La revue annuelle conjointe

La RAC rassemble annuellement les responsables nationaux et régionaux du système de santé public, ainsi que les partenaires au développement. Il s'agit de l'instance de suivi la plus large et la plus représentative du PNDS ; elle s'était transformée en réunion de routine où les problèmes étaient plus rapportés et discutés qu'analysés en profondeur aux fins de prise de décision, bien qu'à l'issue de chaque RAC, des recommandations précises étaient formulées. La RAC est co-présidée par les ministères en charge de la santé publique et celui en charge de l'économie et des finances.

Outre la présentation des performances des CDSMT, il faudra désormais que chaque RAC, au-delà des recommandations, puisse aménager des espaces pour :

- Analyser les performances. A travers un canevas standard, chaque responsable émettra des hypothèses sur les goulots d'étranglements ayant gêné l'atteinte des performances ; De la même manière, les succès seront analysés pour tirer des enseignements qui pourraient être capitalisés pour l'ensemble du système.
- **Formuler des directives**, au-delà des recommandations qui peuvent ne pas engager certains responsables. Ces directives seront ensuite individuellement adressées par le ministre à chaque responsable, qui devra :
 - o Les partager avec le reste de son équipe
 - o Proposer un échéancier, transformant les directives en activités et fixant leur réalisation dans le temps
 - o faire un compte rendu écrit de leur exécution avant la RAC suivante.

Vu l'impréparation et l'absence d'implication des acteurs en particulier au niveau régional, **des RAC régionales devront être organisées** en prélude aux RAC nationales (une réunion de coordination régionale extraordinaire pourrait jouer ce rôle), sur le même format.

9.2.1.2 Le comité interne de suivi

Le CIS a pour a lieu tous les 3 mois, concerne les responsables nationaux du système de santé, mais est élargie aux partenaires au développement une fois sur 2.

Le CIS a pour missions :

- Le suivi de l'exécution des PTA annuels
- L'examen des rapports d'étape pour faire le point sur la situation des projets et programmes
- L'examen des rapports d'exécution du budget
- L'état de la mise en œuvre des recommandations.

De même que la RAC, le CIS devra aussi être orienté vers l'analyse des résultats et des performances. **Il se consacrera essentiellement à l'analyse des indicateurs d'extrants**. Les responsables rendront compte de l'état d'exécution des directives reçues au décours de la RAC annuelle précédente.

9.2.1.3 La mission conjointe de supervision

La mission conjointe de supervision a pour objet de suivre le processus d'exécution du PNDS sur le terrain. Elle associe les techniciens du département de la santé et les partenaires au développement ou d'autres acteurs suivant les objectifs assignés (collectivités locales, autres

départements ministériels, comités de santé). **Elle devra mettre le focus sur la tenue des indicateurs de processus**, et sera assortie de plans d'actions souples et réalistes qui seront suivis par l'autorité de tutelle. L'utilisation d'un **logiciel de planification** est souhaitable pour faciliter l'exécution et le suivi de ce plan d'action.

9.2.2 Mécanismes d'évaluation

L'évaluation du PNDS portera sur les aspects quantitatifs et qualitatifs et sera effectuée suivant 4 principales modalités :

- Les enquêtes démographiques et de santé (EDS)
- Les enquêtes d'évaluation des programmes verticaux : STEP et ESIP
- L'évaluation à mi parcours du PNDS
- L'évaluation finale du PNDS

9.2.2.1 L'Enquête démographique et de santé

Réalisée depuis 1986 au Sénégal et répétée tous les 5 ans, l'EDS produit des informations nécessaires à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des programmes de développement économique et social, dans le domaine de la santé en particulier.

L'EDS est réalisée sur un échantillon représentatif de la population sénégalaise, et fournit des informations sur les certaines prévalences et niveaux de couvertures au niveau national, mais également au niveau régional. **L'EDS constituera la référence pour ce qui est de la mesure des indicateurs d'impact du PNDS.**

Les prochaines EDS portant sur les périodes de références du PNDS 2 sont prévues pour 2010 et 2015.

9.2.2.2 Les enquêtes d'évaluation des programmes verticaux

- L'enquête sur les indicateurs du paludisme (ESIP) est réalisée auprès des ménages, sur un échantillon représentatif de la population générale du Sénégal, sur le même mode que les EDS, tous les 2 ans. Il servira de référence pour ce qui concerne les indicateurs sur le paludisme.
- Les enquêtes STEPS : il s'agit d'enquêtes développées par l'OMS pour la surveillance et l'étude de la prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques/non transmissibles. C'est une enquête dont les outils sont standardisés, qui est exécutée à l'échelle nationale dans chaque pays membre de l'OMS suivant une approche transversale descriptive, sur un échantillon représentatif de la population adulte. Les enquêtes STEPS, réalisées tous les 2 ans, serviront de référence au PNDS pour les indicateurs des maladies chroniques (prévalence du diabète...).

9.2.2.3 L'évaluation à mi parcours du PNDS

L'évaluation à mi parcours du PNDS sera réalisée en 2014 et se fera suivant une double approche qualitative et quantitative :

- Le volet qualitatif utilisera les techniques habituelles de recherche participatives : groupes de discussion dirigés (focus groups, entretiens approfondis avec les responsables (élus

- locaux membres des comités de santé...), groupes de réflexion collective... Elle portera essentiellement sur les thèmes suivants:
- La participation des populations aux actions de santé : obstacles, acquis, leçons apprises, bonnes et meilleures pratiques
 - La gestion par les collectivités locales de la compétence santé : obstacles, acquis, leçons apprises, bonnes et meilleures pratiques
 - La satisfaction des usagers des services de santé (hôpitaux, centres, postes et cases de santé) ; elle portera sur des variables telles que la qualité de l'accueil, l'appréciation des coûts et tarifs des prestations, l'efficacité des prestations, le fonctionnement des systèmes d'assurance maladie basés sur la solidarité...
 - L'appréciation des initiatives de gratuité prises en faveur des groupes sociaux vulnérables (personnes âgées, femmes enceintes, enfants...): adhésion des populations, efficacité, efficacité, viabilité...
- Le volet quantitatif portera sur les indicateurs d'effets et d'impact du PNDS et se fera sur un échantillon représentatif de la population sénégalaise, suivant une approche transversale descriptive, stratifiée à l'échelle de la région médicale. Toutefois, pour être croisées avec les données qualitatives, **un sondage quantitatif sur la satisfaction des usagers** sera intégré aux différents questionnaires qui seront administrés. Des sous échantillons seront isolés de l'échantillon principal (national) pour des études analytiques plus poussées, qui permettront de conclure sur l'efficacité l'efficacité des interventions clé du PNDS.

9.2.2.4 L'évaluation finale du PNDS

Elle sera réalisée en 2018. Il s'agira d'une évaluation globale, à la fois quantitative et qualitative. Ces 2 volets seront complémentaires, et on s'attachera à ce que les résultats de l'évaluation qualitative puissent fournir des éléments d'explication pour une meilleure compréhension de l'évolution des indicateurs quantitatifs. L'évaluation portera sur l'atteinte des objectifs sectoriels du PNDS, et servira à fixer de nouvelles normes pour le 3^e PNDS. Plusieurs modules d'évaluation seront développés :

- Pour la mesure des indicateurs d'impact et d'effet sur un échantillon représentatif de la population du Sénégal.
- Pour l'audit des performances du système de santé : l'analyse des indicateurs d'intrants, de processus et de produit serviront de base pour cela ; un volet important de ce module se chargera des aspects financiers.
- Pour l'appréciation qualitative du processus : une étude socio anthropologique approfondie sera réalisée à la fin du programme. Elle analysera les changements intervenus sur les 10 ans d'exécution du PNDS aux plans :
 - Des perceptions et représentations des populations sur la maladie et sur le système de santé, les moyens de prévention, les coûts des soins, ...
 - Institutionnel : ancrage de la culture de gestion axée sur les résultats, analyse des effets des réformes du secteur de la santé.

9.3 Mécanismes de suivi et d'évaluation au niveau intermédiaire (région médicale)

9.3.1 Mécanismes de suivi

Comme déjà indiqué plus haut, les réunions de coordination régionales, qui se tiendront trimestriellement, devront se concentrer d'avantage sur la gestion des résultats. Pour cela, des changements organisationnels s'imposent :

- Une réunion de coordination spéciale, élargie aux parties prenantes sera convoquée avant chaque RAC et sera organisée sur le même mode.
- Les indicateurs de produit et d'effet constitueront le tableau de bord pour l'appréciation des performances au niveau régional. Une attention particulière sera accordée, à chaque réunion de coordination, sur la progression de ceux retenus pour le SE du PNDS.
- A chaque réunion de coordination, il sera fait le point sur l'état d'exécution des directives ministérielles adressées au différents responsables au décours des RAC national, les contre performances analysées et des décisions prises.

9.3.2 Mécanismes d'évaluation

Les différentes évaluations du PNDS (mi parcours et finale), bien qu'étant d'envergure nationale, se feront sur une base régionale. La stratification se fera au niveau régional, où les unités de sondage. La région médicale sera également le siège opérationnel des équipes d'évaluation. Ces évaluations verront l'implication de toutes les parties prenantes.

9.4 Mécanismes de suivi et d'évaluation au niveau opérationnel (district sanitaire)

9.4.1 Mécanismes de suivi

Les réunions de coordination du district, qui se tiennent mensuellement, devront également être réorganisées en vue d'une meilleure gestion des résultats. Pour cela, il faudrait :

- Qu'à chaque réunion de coordination, compte rendu soit fait sur l'état d'exécution des directives, suivi d'une analyse des performances et des décisions correctives.
- Que soient analysés les indicateurs de processus et de produit, en particulier ceux proposés dans le cadre du SE du PNDS.

Le niveau district est le niveau de réalisation des programmes de santé. **Il est donc important que les processus et leurs résultats soient bien maîtrisés à ce niveau**, puisqu'ils conditionnent les atteintes des effets et des impacts. Contrairement aux appréciations de routine qui consistaient simplement à mesurer les processus par le nombre d'activités réalisées, ou bien le rapport entre le nombre d'activités réalisées et le nombre d'activités prévues, il sera apprécié leur qualité, leur degré de pénétration au sein des audiences auxquelles elles ont destinées, leur efficacité et leur efficience (voir matrice de suivi du processus en annexe). **Les responsables du district (MCD, S/SSP, coordonnateur EPS) seront formés au suivi des processus**, particulièrement pour les activités promotionnelles.

Le monitoring semestriel des services de santé va être maintenu et étendu aux hôpitaux.

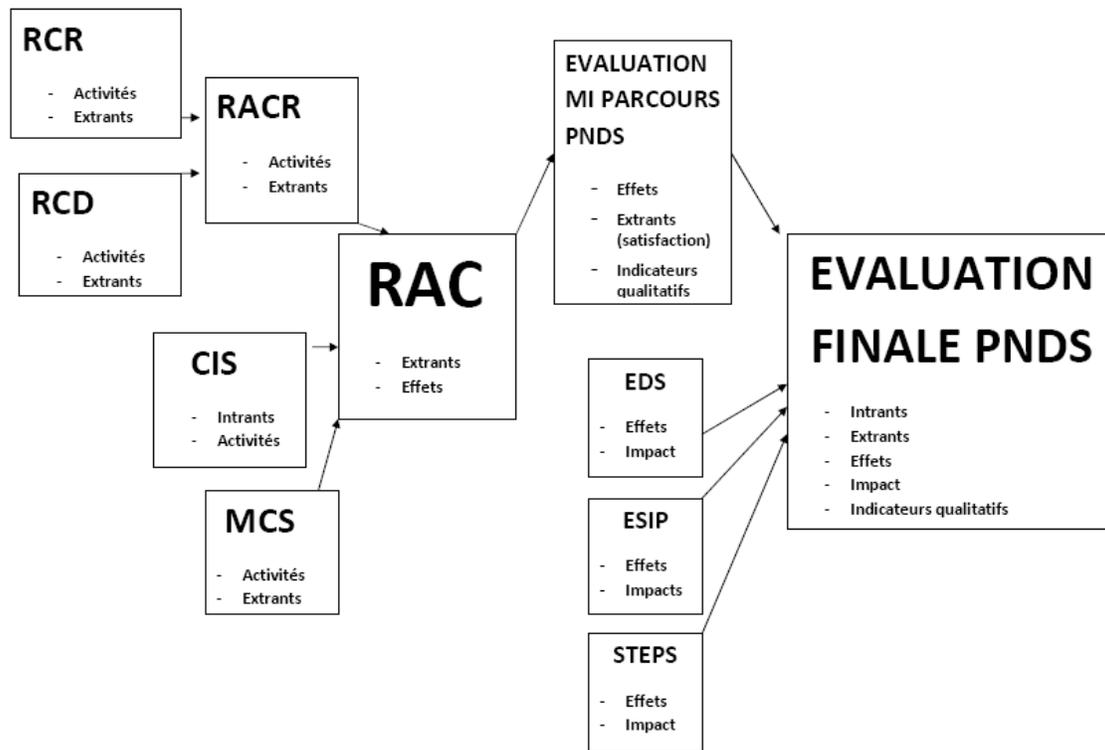
9.4.2 Mécanismes d'évaluation

Le district de santé, au vu de nombreux facteurs de confusion et biais possibles (petite taille relative, déplacement des populations, effets de conjoncture...) n'est pas le niveau idéal pour l'appréciation des indicateurs d'impact.

Par contre, les indicateurs d'effet pourront être appréciés à travers des approches d'évaluation rapide et peu coûteuses tels que le LQAS. Ces enquêtes pourront être réalisées en partenariat avec les organisations de la société civile, dont les ONG intervenant dans le secteur de la santé. Le LQAS est en effet aujourd'hui retenu comme l'approche standard d'évaluation rapide pour la plupart de ces ONG.

Le mécanisme de suivi évaluation du PNDS est schématisé ci dessous

Figure : mécanisme de suivi et d'évaluation du PNDS



Le schéma montre les différentes instances de suivi/évaluation, et le type d'indicateurs pertinents dont les performances devront être systématiquement analysés par les acteurs. L'objectif est de rationaliser les instances de suivi et de faciliter la prise de décision par une plus grande lisibilité des agendas.

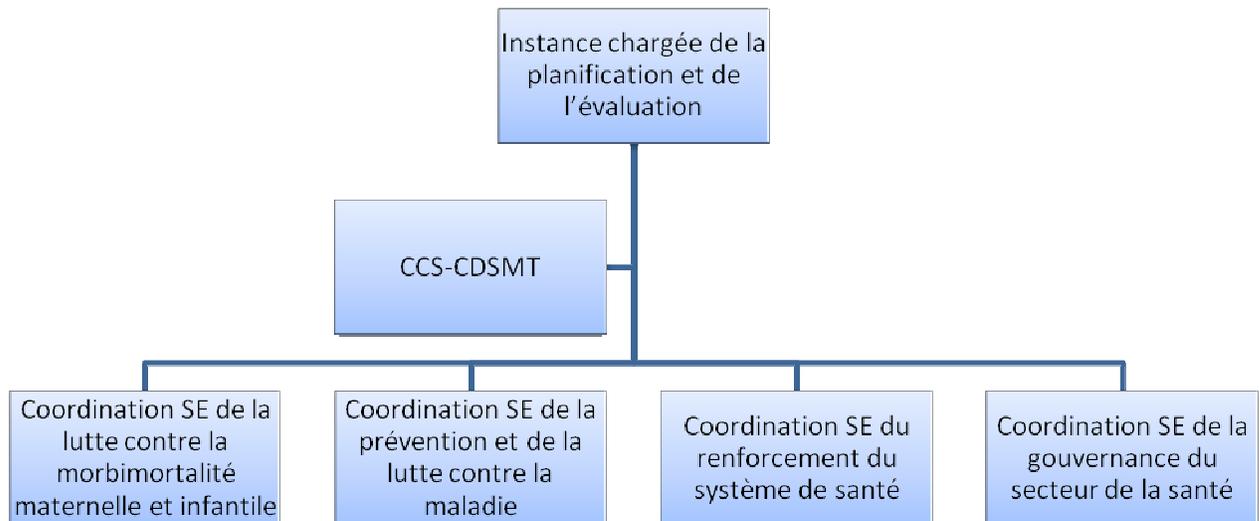
9.5 Mécanismes de contrôle de la qualité des données

Parmi les faiblesses constatées dans le PNDS1, figuraient les disparités dans la mesure des indicateurs. D'où une standardisation établie par une définition consensuelle. Il est important que les **indicateurs de d'extrants et d'impact soient systématiquement encadrés de leurs limites de confiance à 95%** pour permettre de juger de leur fiabilité et de leur validité, les *gold standard* étant ceux relevés à l'occasion des enquêtes nationales (EDS, ESIP, STEPS, évaluations à mi parcours et finale du PNDS).

10. Coordination du système de suivi évaluation

La fonction de suivi/évaluation, naturellement intégrée à celle de planification dans le cadre d'une gestion axée sur les résultats sera organisée comme l'indique l'organigramme :

Figure : organigramme pour le suivi et l'évaluation du PNDS



L'instance supérieure chargée de la planification et de l'évaluation aura comme attributions spécifiques :

- Pour les fonctions de planification et d'évaluation : la coordination de l'élaboration du PNDS, la supervision des POCL et des PTA, l'organisation des évaluations à mi parcours et finale du PNDS.
- Pour la cellule de coordination et de suivi du CSDMT : au sein de cette cellule, seront nommés 4 coordonnateurs chargés chacun de l'un des 4 objectifs sectoriels du PNDS/
 - Coordonnateur du suivi des programmes de lutte contre les mortalités et morbidités maternelles et infanto-juvéniles
 - Coordonnateur du suivi des programmes de lutte contre la maladie
 - Coordonnateur du suivi des programmes de renforcement du secteur de la santé
 - Coordonnateur du suivi des programmes d'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé.

Les coordonnateurs auront pour tâches principales:

- De suivre l'exécution des directives ministérielles formulées au cours des RAC
- D'assurer la cohérence entre les cadres stratégiques et opérationnels de planification
- De présenter au cours des instances de coordination (RAC, CIS) les niveaux atteints par les indicateurs du PNDS

11. Plan d'action

Le plan de suivi évaluation sera exécuté suivant un plan d'action dont le détail est présenté en annexe.

12. Budget

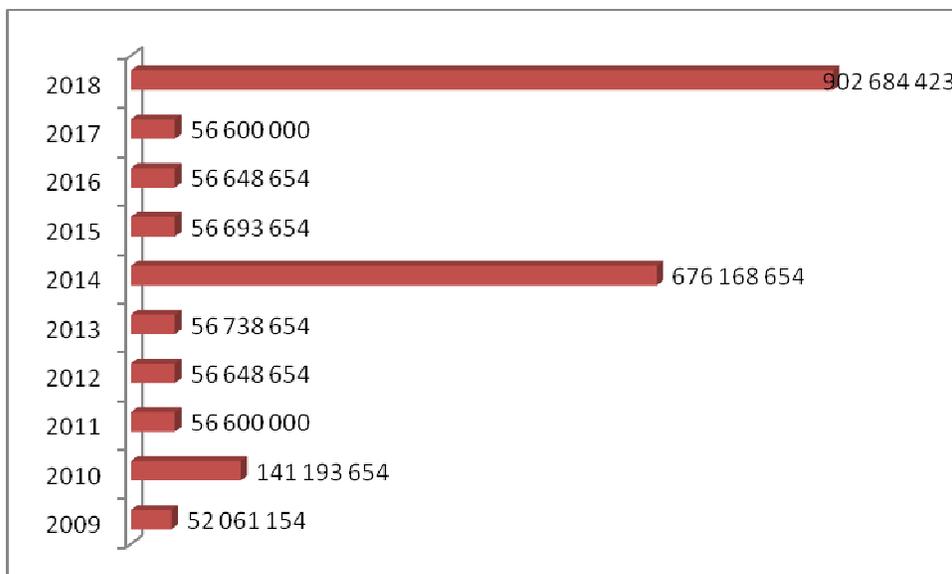
Le Budget pour le suivi et l'évaluation du PNDS 2009-2018 est estimé à **2 112 667 500 CFA CFA** . Il est présenté dans le tableau récapitulatif ci-dessous selon les rubriques, le détail étant présenté en annexes.

Tableau : budget estimatif du plan de suivi et évaluation du PNDS 2009-2018

ACTIVITE	MONTANT	POURCENTAGE
Réunion de validation du PSE	3 677 500 CFA	0,2%
Dissémination du PSE	3 000 000 CFA	0,1%
Orientation des équipes cadres de région et de district sur le PSE	11 620 000 CFA	0,6%
Réunion annuelle conjointe	185 715 000 CFA	8,8%
Comité interne de suivi	81 120 000 CFA	3,8%
Evaluation à mi parcours du PNDS	619 430 000 CFA	29,3%
Evaluation finale du PNDS	848 955 000 CFA	40,2%
Mission conjointe de supervision	52 300 000 CFA	2,5%
Révision annuelle du plan de suivi/évaluation du PNDS	20 250 000 CFA	1,0%
Réunion de coordination régionale	74 970 000 CFA	3,5%
Coordination du suivi et de l'évaluation du PNDS	211 000 000 CFA	10,0%
TOTAL	2 112 037 500 CFA	100,0%

Les évaluations à mi parcours et finale, qui sont une innovations du PNDS, consomment 69,5% du budget, suivent la coordination qui sera assurée par la structure centrale en charge du suivi et de l'évaluation (10%) et l'organisation des RAC (8,8%).

Figure : cash flow du plan de suivi évaluation du PNDS 2008-2019



La plupart du budget sera consommé en 2014 (32%) et 2018 (43%), années auxquelles sont prévues respectivement les évaluations à mi parcours et finale du PNDS.

13. Conclusion

Le présent plan de SE constitue une innovation majeure du PNDS 2. Il est motivé par une exigence accrue de transparence, de responsabilité et d'imputabilité, le ministère en charge de la santé du Sénégal ayant opté pour une stratégie de gestion axée sur les résultats. Il présente les phases essentielles

Pour améliorer l'esprit de responsabilité et l'imputabilité, au-delà des recommandations, chaque responsable aux différents niveaux de déconcentration du système de santé recevra des directives ministérielles au décours de chaque RAC. Il s'agira d'un instrument permettant d'avoir des éléments fiables de traçabilité de l'imputabilité et de la responsabilité, principes essentiels de la gestion axée sur les résultats

Chaque niveau de la pyramide aura un tableau de bord comportant les indicateurs pertinents : les indicateurs d'impact, d'extrants et d'intrants pour le niveau central, les indicateurs de produit et d'effet pour le niveau intermédiaire et les indicateurs de produit et de processus pour le niveau périphérique.

Pour que le système de suivi évaluation mis en place réponde aux attentes, il est nécessaire que les plus hautes autorités sanitaires s'engagent à son application, et que les réunions des instances mises sur pieds assument efficacement leurs missions. Pour que la fonction de suivi évaluation soit conduite de façon optimale, il s'avère nécessaire que la CAS/PNDS migre vers un statut lui conférant la marge de manœuvre nécessaire, avec toutes les prérogatives y afférentes.

ANNEXES

- Annexe 1 : Liste des documents consultés
- Annexe 2 : plan d'action du PSE/PNDS
- [Annexes 3/3 bis : Budget détaillé du plan de suivi évaluation : coûts unitaires, ventilation du coût aux activités](#)
- Annexe 4 : quelques indicateurs du PNDS et cibles pour 2009, 2010 et 2011
- [Annexe 5 : TDR pour l'élaboration du plan de SE du PNDS](#)
- [Annexe 6 : TDR de l'atelier de validation des indicateurs de SE du PNDS](#)