

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

THEME

**ANALYSE DES COÛTS D'UN PROJET DE SANTE EN VUE DE SA
PERENNISATION : CAS DU PROJET DE REDUCTION DE LA
MORBIDITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLE
(PREMOMA)/MSH/USAID SENEGAL**



Présenté par : Dr. DAGO Didobeu Charles Etienne

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES EN ECONOMIE DE LA SANTE
7^è PROMOTION (2004 – 2005)**

Encadreur : Dr El Hadji GUEYE

M0133DSES08



SOMMAIRE

DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	v
LISTE DES ANNEXES.....	vii
INTRODUCTION.....	1
PROBLEMATIQUE.....	3
REVUE DE LA LITTERATURE	
I Travaux liés à l'analyse des coûts des programmes de santé de la reproduction.....	7
II Etudes portant sur l'analyse des coûts des services de santé.....	9
III Le concept de coût et les méthodes d'estimation des coûts.....	11
IV Notion d'amortissement.....	14
CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE	
I Cadre général.....	16
II Organisation du secteur sanitaire du Sénégal.....	16
III Description du Projet de Réduction de la Morbidité et de la mortalité maternelle (PREMOMA).....	18
METHODOLOGIE	
I Modèle théorique.....	22
II Méthodologie.....	22
III Définition opérationnelle des concepts.....	24
ESTIMATION DES COUTS ET RESULTATS	
I Application de la méthode des coûts complets.....	26
I-1 Identifier les composantes de PREMOMA.....	26
I-2 Recenser et décrire les différentes fonctions de PREMOMA.....	26
I-3 Distinguer les fonctions auxiliaires des fonctions principales du projet.....	29
I-4 Répartition des ressources directes et indirectes entre les fonctions de PREMOMA.....	30
I-5 Répartition des charges indirectes.....	42
II Analyse des coûts.....	49
II-1 Structure des coûts de PREMOMA.....	49
II-2 Coûts des fonctions de PREMOMA.....	51
II-3 Coûts des fonctions principales de PREMOMA.....	52
II-4 Coût moyen des activités.....	53
III Identification des sources de financement.....	56
DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	
I DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ANALYSE DES COUTS.....	58
I-1 Limites de l'étude.....	58
I-2 Pérennité des activités.....	58
II RECOMMANDATIONS.....	61
CONCLUSION.....	63
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	64

DEDICACES

Ce travail est dédié :

A Dieu Tout Puissant, pour sa grâce et son amour qu'il a toujours témoigné à ma personne.

A mes grands parents et à mes parents pour leur soutien indéfectible durant tout mon cursus scolaire et universitaire et dans ma vie en générale.

A mes petits frères et petites sœurs, pour leurs encouragements.

A la famille Brou, ma deuxième famille pour son soutien, son assistance.

A ma bien aimée Madjako DEAH pour ses conseils, sa fidélité malgré les moments difficiles.

A mes amis et colocataires : KONE Roland, LEBA Francis, AVO Alain, AMICHIA Marie Paule, Nathalie.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'endroit de :

L'USAID qui nous a permis à travers le Projet PREMOMA de mettre en pratique nos connaissances théoriques.

Monsieur Mo MENA, Ancien Directeur de l'Institut Supérieur de Santé du CESAG pour ses conseils et sa sollicitude malgré son emploi du temps chargé.

Monsieur EL Hadji GUEYE, Professeur associé au CESAG Ph.D en économétrie et statistique pour son encadrement de rigueur, ses conseils et sa disponibilité.

Monsieur Hervé LAFARGE, Professeur associé au CESAG, Maître de Conférences Université Paris-Dauphine, dont le soutien et les orientations pertinentes nous ont permis de mener à bien ce travail.

Monsieur Amani KOFFI, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé pour ses encouragements, sa simplicité et sa disponibilité à nous appuyer en cas de sollicitation.

Madame Fatoumata GUEYE, Assistante de Programme de l'Institut Supérieur de Management de la Santé pour sa sollicitude et ses conseils.

Boya Sciences for Health (MSH) Sénégal avec en tête **Dr Philippe MOREIRA** Chef d'équipe.

Monsieur Moussa LY, Monitoring and Evaluation Specialist à MSH Sénégal pour ses orientations et son soutien durant notre séjour à MSH.

Toute l'équipe de PREMOMA/MSH pour sa sympathie et sa parfaite collaboration.

La 7^e promotion DSES du CESAG.

L'AIC cadre de retrouvailles de notre communauté.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARPV : Association des Relais Polyvalents
CAP : Couple Année Protection
CPN : Consultation prénatale
CPTS : Contraceptive Procurement Tables for Senegal
DIU : Dispositif Intra Utérin
DSR : Division de la Santé de la Reproduction
ECD : Equipe Cadre de District
ECR : Equipe Cadre de Région
IB : Initiative de Bamako
ICP : Infirmier Chef de Poste
IEC : Information Education Communication
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MSH : Management Sciences For Health
PC : Persuadeurs Communautaires
PDIS : Plan de Développement Intégré de la Santé
PF : Planification Familiale
PNDS : Programme National de Développement Sanitaire
PNP : Révision des politiques, normes et protocoles
PPS : Point de Prestation de Services
PREMOMA : Projet de Réduction de la Morbidité et de la Mortalité Maternelle
PSMPF : Projet Santé Maternelle et Planification Familiale
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
SAA : Soins Après Avortement
SE : Survie de l'Enfant
SM : Santé Maternelle
SR : Santé de la Reproduction
USAID : United States Agency for International Development

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau n°1: Répartition des activités selon les composantes de PREMOMA

Tableau n°2 : Répartition des activités selon les fonctions de PREMOMA

Tableau n°3 : Répartition des charges directes des fonctions de PREMOMA

1/ FORMATION

2/ SUPERVISION LOGISTIQUE

3/ APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS

***COUTS DES CONTRACEPTIFS PAR SPECIALITES**

5/ REVISION DES POLITIQUES, NORMES ET PROTOCOLES (PNP)

6/ ACCREDITATION, LEADERSHIP

7/ IEC/PLAIDOYER

8/ REMISE D'EQUIPEMENTS

9/ LUTTE CONTRE LE PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE

10/ ADMINISTRATION

Tableau n°4 : Identification des clés de répartition des charges indirectes

Tableau n°5 : Répartition des salaires du personnel technique par activité

a- Formation

b- Supervision formative

c- Supervision logistique

d- Approvisionnement en contraceptifs

e- Activités d'IEC et de plaidoyer

f- Remise d'équipements

g- Activités de révision des politiques, normes et protocoles et activités concernant l'accréditation

h- Activités administratives

f- Activités de lutte contre le paludisme

Tableau n°6 : Nombre de Km parcourus par chauffeur par activité

Tableau n°7 : Répartition des salaires des chauffeurs entre les activités de PREMOMA

Tableau n°8 : Répartition des salaires des gardiens et de l'agent de nettoyage

Tableau n°9 : Nombre de Km parcourus par les véhicules de PREMOMA

Tableau n°10 : Répartition du coût des véhicules entre les fonctions de PREMOMA

Tableau n°11 : Répartition des charges d'électricité

Tableau n°12 : Répartition des charges d'amortissement du matériel et de l'équipement

Tableau n°13 : Répartition des frais de communication

Tableau n°14 : Répartition des apports en nature

Tableau n°15 : Répartition des coûts des différentes fonctions de PREMOMA

Tableau n°16 : Répartition des fonctions principales de PREMOMA

Tableau n°17 : Coûts de revient des activités de supervision formative et logistique, de formation et d'approvisionnement en contraceptifs

Tableau n°18 : Rubriques de coûts sur lesquelles la DSR pourrait faire des économies

Figure n°1: Cadre conceptuel de suivi évaluation de PREMOMA

Figure n°2: Proportion des apports en nature au coût total de PREMOMA

Figure n°3: Répartition des différentes fonctions de PREMOMA

Figure n°4: Répartition des coûts des fonctions principales de PREMOMA

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : liste des activités enregistrées dans la base de données de PREMOMA pour notre période d'étude

Annexe 2 : Charges directes des fonctions de PREMOMA

Annexe 3 : Inventaire du matériel, des équipements et des véhicules

Annexe 4 : Indicateurs retenus pour PREMOMA

INTRODUCTION

La santé de la reproduction se définit comme « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas l'absence de maladies ou d'infirmités¹ ».

Les problèmes en matière de santé de la reproduction constituent une cause majeure de mauvaise santé qui frappe, hors de toute proportion, les adolescentes et les femmes. Ils réduisent la productivité du travail féminin, dans certains cas de 20%, coûtant ainsi 250 millions d'années de vie productive chaque année au niveau mondial².

C'est au cours des dix dernières années que la lutte contre la mortalité maternelle est passée de l'arrière-plan au devant de la scène internationale. De plus en plus, la mortalité maternelle est considérée non seulement comme un problème de santé mais également comme une atteinte aux droits de la personne humaine.

Ainsi, la Conférence internationale sur la population et le développement (Caire, 1994), la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) et la Consultation technique sur la maternité sans risque (Colombo, 1997) ont permis d'attirer l'attention de la Communauté internationale sur la nécessité d'intensifier les mesures prises pour réduire de moitié la mortalité maternelle.

Des experts de l'OMS, du FNUAP, de l'UNICEF, de la Banque mondiale et d'autres organismes internationaux et nationaux ont conclu qu'il était possible de réduire la mortalité maternelle avec des investissements limités et des interventions programmatiques et politiques efficaces.

Le rôle du secteur de la santé, pour la réduction de la mortalité maternelle, est de veiller à ce que toutes les femmes aient accès à des services essentiels de qualité au cours de la grossesse et de l'accouchement. Il convient toutefois de rappeler que la disponibilité de services de qualité, ainsi que la levée des obstacles à l'accès à ces services nécessitent des ressources supplémentaires (humaines, matérielles et financières) importantes.

Dans les pays en développement, la demande de services de santé de la reproduction est de plus en plus croissante et les programmes de santé de la reproduction ont énormément de difficultés à dispenser des soins de qualité car leurs ressources sont limitées et n'augmentent pas au même rythme. Même dans les hypothèses les plus optimistes d'un futur financement par les gouvernements et les bailleurs de fonds, les pays en développement vont devoir faire face à un déséquilibre entre demande

¹ Document des Nations Unies A/Conf. 17/13 : Rapport de la CIPD

² Résultats émis lors de l'adoption du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et politiques, Assemblée générale des Nations Unies du 16 décembre 2000

et ressources. Par ailleurs, ces pays devront un jour ou l'autre renoncer aux donations extérieures et leur substituer des ressources internes.

Ainsi, la nécessité connaître et de contenir les coûts revêt une importance critique pour la survie de ces programmes de santé de la reproduction. Les gestionnaires de ces programmes doivent impérativement évaluer les moyens d'utiliser leurs ressources de manière plus productive. S'ils ignorent ces réalités, ces responsables ne feront qu'encourager le développement de programmes qui sont on seulement inefficaces mais qui ne sont pas viables.

A cet effet, l'un des outils pertinents qui permet de mieux comprendre et de mieux gérer les flux de ressources demeure l'analyse des coûts.

La viabilité à long terme des services de santé dépend également du recours aux instruments et méthodes de l'analyse des coûts.

A travers la présente étude, nous nous proposons de contribuer à identifier, calculer et analyser les coûts des activités du Projet de Réduction de la Morbidité et de la Mortalité Maternelle (PREMOMA) afin de déterminer les conditions de pérennisation de ces activités.

PROBLEMATIQUE

Pour les femmes en âge de procréer, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont les premières causes de décès, de maladies et d'incapacité. Des études récentes réalisées dans certains pays en développement soutiennent que 58 à 80% des femmes enceintes ont présenté des problèmes de santé dont 8 à 29% ont évolué vers la chronicité à la suite de la grossesse (18).

Dans les pays en développement, 65% des femmes bénéficient d'au moins une consultation prénatale et 53% donnent naissance à un enfant en présence d'une personne qualifiée. Mais 30% seulement bénéficient d'au moins une consultation pendant le post-partum, le pourcentage pouvant tomber à 5% dans certaines régions (11).

En Afrique au Sud du Sahara, le niveau de mortalité maternelle reste très élevé (1020 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) (13).

En 2000, les statistiques sanitaires mondiales précisait que le ratio de mortalité maternelle était de 690 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, avec 85% d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié au Sénégal (12). Fort de ce constat, le Ministère de la Santé du Sénégal a mis en place depuis 2000 un programme dénommé Programme de Santé Maternelle et de Planification Familiale (PSMPF). Ce projet a pu voir le jour grâce au soutien de l'USAID (United States Agency for International Development) par le biais d'une agence d'exécution MSH (Management Sciences for Health). Il avait pour objectif d'améliorer l'accès et la demande en services de santé maternelle et de planification familiale de qualité. Ce projet s'est achevé en Septembre 2004 et le rapport de clôture de PSMPF faisait ressortir un taux d'exécution de 76,14%³.

Dans le but de consolider les acquis obtenus par le premier projet et de continuer les activités visant à l'amélioration de la qualité des services, il a été procédé à la mise en place d'un nouveau projet dénommé Projet de Réduction de la Morbidité et de la Mortalité Maternelle (PREMOMA). Les activités de PREMOMA ont débuté en Décembre 2004.

Il faut toutefois préciser qu'en dehors des rapports financiers établis aussi bien dans PSMPF que dans PREMOMA, ni le rapport de clôture de PSMPF ni le rapport de la première phase d'exécution de PREMOMA ne faisaient ressortir le coût des activités menées. Ainsi, il apparaît évident que l'agence d'exécution MSH se focalise plus sur le taux d'exécution des activités prévues sans insister sur le coût de production de ces activités.

A ce jour, aucune étude de coût n'a été entreprise alors qu'il est prévu que PREMOMA prenne fin en Octobre 2006 et qu'il est de plus en question de pérenniser donc d'intégrer ses activités (au moins la supervision formative qui est la principale activité) dans celles de la Division de la Santé de Reproduction (DSR).

³ Rapport final d'activités de PSMPF, 2004

Par ailleurs, il apparaît important pour les responsables de MSH de justifier la pertinence et surtout l'efficience des activités de PREMOMA auprès de la DSR pour favoriser l'intégration rapide de ses activités.

Dans l'objectif d'une pérennisation des activités, il s'avère nécessaire d'anticiper leur coût et les modalités de leur financement. Cela est d'autant plus important que la connaissance des coûts pourrait être utilisée comme un élément d'évaluation et d'amélioration de l'utilisation des rares ressources à la disposition des responsables du programme.

Pour estimer les coûts de l'intégration des activités de PREMOMA, l'on peut s'appuyer sur la connaissance des coûts constatés, or ces coûts sont mal connus. Cette méconnaissance des coûts pourrait être un frein à la pérennisation des activités et donc à la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle, car aussi efficace qu'il soit, PREMOMA ne vaudra que si ses activités sont maintenues voire étendues au niveau de l'ensemble des districts du Sénégal.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REVUE DE LA LITTERATURE

I- Travaux liés à l'analyse des coûts des programmes de santé de la reproduction

L'analyse des coûts des programmes de santé en générale et des programmes de santé de la reproduction en particulier peut avoir différents objectifs : la comparaison avec d'autres services ou la prise de décisions particulières.

I-1 –Comparaison avec d'autres services

Certaines études de coûts comparent la valeur des soins de santé de la reproduction à d'autres frais de santé.

Dans une analyse coût-avantage réalisée au Mexique, on a examiné si les services de planification familiale de l'Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) économisaient de l'argent en réduisant la demande pour les soins de santé maternelle et infantile. Cette étude était basée sur les données des coûts de 37 hôpitaux et dispensaires IMSS (10). Elle a révélé que chaque peso dépensé par l'IMSS pour les services de planification familiale dans sa population urbaine pendant 12 années avait fait économiser 9 pesos à ses services de santé maternelle et infantile, grâce aux 3,6 millions de naissances évitées durant la période couverte par cette étude.

Dans une étude récente réalisée aux Etats-Unis (19), on a comparé le coût de 15 méthodes différentes de contraception aux coûts de santé entraînés par la non utilisation d'une méthode quelconque de contraception et on a constaté que toutes les méthodes étaient moins coûteuses que les frais de santé dus aux grossesses non désirées résultant de la non utilisation d'une méthode de contraception.

Une étude réalisée en Grande Bretagne (9) a abouti aux mêmes conclusions, signalant que toutes les méthodes de contraception avaient permis au National Health Service de réaliser des économies nettes parce que les services de planification familiale sont moins coûteux que tous les soins occasionnés par des grossesses non planifiées. La réduction de ces grossesses accidentelles a permis des économies supplémentaires sur le plan des prestations sociales.

Ces études examinaient les coûts associés aux grossesses non désirées encourus par les assurances maladies, qui impliquent des systèmes d'assurance particuliers aux Etats-Unis et à la Grande Bretagne. Les conclusions de ces deux études ont néanmoins des conséquences pour les pays en développement, où les gouvernements financent souvent la plupart des soins de santé couverts par des assurances privées dans certains pays occidentaux.

I-2 –Des décisions précises

L'analyse des coûts peut aussi porter sur des questions précises auxquelles ont à faire face les planificateurs de programmes ; ainsi une étude réalisée en Thaïlande a révélé que le coût de la main-d'œuvre, de l'approvisionnement et des produits relatifs à l'implant contraceptif Norplant atteindrait 9,40 dollars par année-couple de protection, comparé à environs 5 dollars pour les DIU (Dispositif Intra Utérin). Il serait donc moins coûteux de fournir des contraceptifs injectables et des DIU plutôt que le Norplant (7).

Une étude concernant la qualité des soins des services de santé de la reproduction a permis de révéler que les coûts des services par habitant peuvent être réduits en cas d'amélioration des soins. Par exemple, la Bangladesh Women's Coalition attire des clients en offrant une combinaison de services qui permettent de bénéficier de plusieurs types de soins lors d'une seule visite. Le nombre élevé de clients a permis la distribution des coûts fixes du programme sur un plus grand nombre de personnes et donc de soigner plus d'individu à un coût plus bas (2).

Le Ministère de la santé de l'Ouganda, en vue de mettre en place le paquet mère-enfant de l'OMS a entrepris de diligenter une étude pour estimer les coûts induits par ce nouveau programme. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer le niveau et le coût de la santé maternelle et infantile en Ouganda, et estimer combien cela coûterait de produire des soins de santé maternelle selon les normes du paquet mère-enfant de l'OMS.

Le modèle de calcul de coût utilisé associe le coût des intrants utilisés et les investissements liés à la mise en place d'un programme de santé maternelle. Ce modèle a été appliqué dans 2 districts : Mbarara et Iganga

La méthodologie de l'étude consistait à comparer la méthode habituelle d'estimation des coûts à la méthode de l'OMS⁴.

Les résultats de l'étude sont les suivants :

-concernant les coûts renouvelables, le gouvernement dépense annuellement 600 000 dollars dans la santé maternelle et néonatale dans chacun des 2 districts. Cela est l'équivalent d'environ 0,50 dollars à 0,60 dollars par habitant. Selon les normes du paquet mère-enfant de l'OMS, les soins de santé maternelle coûteraient approximativement 1,40 dollars par habitant.

⁴ Le modèle d'estimation des coûts du paquet mère-enfant de l'OMS distingue les coûts directement attribués à une intervention (coûts directs), les coûts ne pouvant être directement attribués à une seule intervention (coûts indirects), les coûts de fonctionnement, les coûts n'intervenant qu'une seule fois (coûts capitaux).

La différence entre la pratique courante et les normes de l'OMS représentent une augmentation des dépenses d'environ 0,80 à 0,90 dollars par habitant.

-concernant les coûts capitaux, une analyse des 3 dernières années fait ressortir un montant de 45 millions de dollars planifié par le Ministère de la santé dans le cadre de la santé maternelle. Si cette dépense d'investissement est amortie en 5 ans, la moyenne annuelle du coût total d'investissement serait approximativement de 450 000 dollars pour Mbarara, ce qui serait l'équivalent de 0,40 dollars par habitant. Cela porte le coût total annuel de santé maternelle à environ 1,80 dollars par habitant (21).

II- Etudes portant sur l'analyse des coûts des services de santé

L'état des connaissances relatif à l'analyse des coûts des services de santé soulève des questions relatives à l'importance des coûts dans la prise de décision en matière de gestion et planification des actions sanitaires.

Greg Stoddart et Georges Torrance, dans les Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé font une distinction claire entre l'analyse des coûts et les autres formes d'évaluation économique dans le domaine de la santé (5).

L'analyse des coûts est centrée sur les coûts des interventions sanitaires. Elle repose sur plusieurs raisons et objectifs qui guident le choix d'une étude visant à renforcer la prise de décision.

Pour eux, les méthodes d'allocation des ressources rares s'appuient sur des critères rationnels, fondements même des études de coûts des programmes de santé.

L'étude de WETTA, C. et al (22) sur les coûts unitaires des services de santé au niveau des districts sanitaires avait pour but d'élaborer un set de coûts unitaires des différents services de santé au niveau district afin de pouvoir valider objectivement les requêtes budgétaires. Un autre objectif de cette étude était de confronter les niveaux de coûts unitaires aux tarifs pratiqués et aux enquêtes auprès des ménages afin de tenter de déterminer les cas d'inaccessibilité financière auxquels il faut s'attendre. La méthodologie utilisée prend en compte l'ensemble des ressources utilisées par le district pour calculer les coûts unitaires des services de santé (préventif et curatif). Cependant, il faut remarquer que les prestations sont regroupées en classes homogènes (préventives, curatives, etc.).

Le rapport entre le coût fixe total du district et le volume des prestations produites abouti à un coût fixe moyen uniforme, ce qui suppose par exemple que toutes les prestations requièrent le même volume de ressources pour être produites. Ceci est relativement hypothétique et même discutable. Dans cette étude, les coûts ont été envisagés sous l'angle de l'institution de soins, c'est-à-dire le district sanitaire. L'étude ne fait pas ressortir la participation financière des ménages. Les coûts unitaires des actes curatifs étaient estimés à 870 et 1750 FCFA selon le district sanitaire.

Certains travaux concernant l'analyse des coûts des programmes de santé vont plus loin en s'intéressant aux conditions de reproductibilité ou de dévolution des activités du programme ou projet de santé faisant l'objet de l'étude.

Ainsi, Béhibro Kwassy (1) à travers une étude sur l'analyse des coûts d'un projet de lutte contre le SIDA (Projet SIDA 2) a essayé d'apprécier les conditions de reproductibilité de ce projet ailleurs. Son étude renseigne sur les coûts prévisionnels du projet et a permis d'estimer le coût réel des ressources engagées. Par ailleurs, en faisant ressortir le profil des coûts du projet, il a dégagé les conditions de reproductibilité et analysé les sources de financement du projet. La méthode utilisée est celle des coûts complets. Les résultats de l'étude ont montré que les charges de fonctionnement représentaient 74% du coût total. Les coûts en capital et les charges d'amortissement représentaient 16% et 10% du coût total du projet SIDA 2.

Des limites apparaissent au niveau de la détermination du coût total des ressources engagées. Le manque d'informations sur certaines ressources a engendré des problèmes au niveau de la répartition des charges communes même si des justifications ont été apportées. Cela est dû au caractère arbitraire des clés de répartition et c'est l'une des limites de la méthode des coûts complets. En outre, les conditions de reproduction des activités du projet ne prennent en compte que les aspects économiques et non la dimension sociale dans le cadre des projets de lutte contre les IST/SIDA.

Gbohi Rodolph (6) tout comme Béhibro s'est intéressé aux conditions de reproductibilité d'un projet de santé Ivoir-Belge. Son étude a également associé l'analyse des conditions de dévolution des activités du projet, étant donné que tout projet a une durée de vie limitée.

L'objectif de cette étude était d'estimer les coûts nécessaires pour envisager la reproductibilité et la dévolution des activités du projet, ainsi les coûts considérés étaient les coûts pertinents qui sont des coûts constatés.

La méthode de calcul de coûts utilisée était la méthode des coûts complets. Les résultats de l'étude ont révélé que les charges de fonctionnement représentaient 89% du coût total du projet. Les dépenses d'investissement et l'amortissement représentaient respectivement 2% et 9% du coût total du projet. Dans le but d'expliquer les niveaux de coûts obtenus, une mesure et une analyse des résultats ont été effectuées ; cela a permis de déterminer le ratio coût-efficacité par activité.

Les limites de l'étude étaient la non prise en compte de certains coûts notamment les salaires des fonctionnaires du Ministère de la santé, les charges d'eau et d'électricité. Mais cela s'expliquait par le fait qu'il était impossible d'avoir accès à ces données. Le choix des clés de répartition dans la répartition des charges indirectes entre les fonctions du projet s'est fait de façon arbitraire et les informations sur les résultats étaient globales et non par activité.

Malicky Raima (8) dans son étude sur l'analyse des coûts d'un projet de prise en charge thérapeutique des IST et des affections opportunistes chez les patients atteints du VIH/SIDA dans les structures sanitaires périphériques ciblées au Sénégal tente de mettre en évidence les coûts réels des activités de ventes des médicaments dans la pharmacie IB. L'objectif était de déterminer les coûts à recouvrer au niveau d'un service de réapprovisionnement en médicaments tel que prôné par l'Initiative de Bamako (IB) en vue de la pérennisation des activités du projet. Pour y parvenir, elle utilise la méthode des coûts complets. Elle a fait ressortir les procédures de tarification et de recouvrement des coûts à l'aide des outils de gestion et a montré que le total des charges supportées représente 59,5% de la marge brute. L'ensemble des charges de fonctionnement représente 88,4% de la marge brute pour les structures sanitaires ciblées. Il faut toutefois noter que des limites apparaissent dans la détermination u coût des activités nécessaires pour assurer la disponibilité des médicaments.

Savadogo Eugène (17) toujours dans le but d'assurer la pérennité d'un projet orienté vers les IST/SIDA, a mis en évidence sur la base de la méthode des coûts spécifiques, les coûts annuels et moyens de la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge des MST classiques par l'approche syndromique dans un district sanitaire au Burkina Faso. Les résultats de son étude ont permis de montrer que les coûts renouvelables représentaient 83% des coûts totaux alors que les coûts additionnels concernaient 87% des charges totales. Son analyse a permis de renseigner sur le choix des méthodes de calcul des coûts pouvant influencer les coûts des ressources. Les limites de cette étude concernaient la méthode de calcul des coûts utilisée. En effet, cette méthode aurait été plus pertinente si l'on avait cherché à comparer les coûts des options du projet et son niveau d'efficacité.

III- Le concept de coût et les méthodes d'estimation des coûts

III-1 Le concept de coût

Le coût peut être défini comme étant la valeur des ressources utilisées pour produire un bien ou un service (16). La valeur de ces ressources peut être évaluée de deux principales façons. Ces deux façons sont l'évaluation des coûts financiers ou coûts comptables et celle des coûts économiques.

Pour évaluer les coûts financiers d'un projet, il faut connaître le prix et la quantité des ressources utilisées. En d'autres termes l'évaluation des coûts financiers ne considère que la valeur des ressources exprimées en termes monétaires.

Le coût économique est perçu dans un sens plus large. Il exprime ce à quoi on renonce pour obtenir quelque chose (4). Cette approche fait référence à la notion de coût d'opportunité ou coût de renonciation, c'est-à-dire à la valeur de l'alternative abandonnée la plus intéressante en faveur de celle choisie.

Le coût économique saisit les charges comptables (parfois ajustées) auxquelles s'ajoutent d'autres coûts qui ne sont pas enregistrés par la comptabilité, mais qui représentent une valeur dont il faut tenir compte. Tel est le cas des volontaires qui travaillent sans rémunération, des vaccins ou autres produits obtenus à des conditions très avantageuses ou fournis à titre de dons par des organisations ou des personnes (20).

Le choix de l'utilisation d'une approche financière, d'une approche économique ou des deux dépend des objectifs de l'analyse. Si l'objet de l'évaluation des coûts est de comparer les dépenses par rapport aux affectations budgétaires, ou d'étudier le caractère financièrement abordable d'un projet, alors seules les dépenses réelles du projet doivent être prises en compte. Dans ce cas, le coût financier d'une ressource utilisée pour laquelle rien n'a été payé, un bien donné par exemple est égal à zéro.

Si, par ailleurs, l'objet de l'évaluation est d'étudier la durabilité du projet ou la possibilité de le reproduire ailleurs, la préoccupation sera d'enregistrer les coûts de toutes les ressources utilisées, qu'elles aient été payées ou non sur le budget du projet. Dans ce cas, le coût économique des biens et des services donnés, évalué à leurs prix marchands, est utilisé dans l'analyse (14).

III-2 Méthodes de calcul des coûts

L'estimation des coûts tient compte de plusieurs considérations. Il faut en général préciser le contenu de la méthode de calcul du coût, la période de sa mesure, les types de coûts, les fonctions et activités du programme et le niveau de décision.

a/ Le contenu de la méthode de calcul

Il est nécessaire de distinguer les coûts partiels (coût variable, coût direct, direct costing amélioré) des coûts complets (coût complet, coût complet avec imputation rationnelle).

La méthode des coûts variables plutôt que de calculer le résultat analytique de chaque produit, détermine une marge mesurant la contribution du produit à l'obtention du résultat de la structure et à la couverture de ses charges fixes (24).

Cette méthode n'intègre qu'une partie des charges. Ainsi, dans la méthode des coûts variables utilisant l'approche du coût variable, les coûts repartis sont les coûts variables avec un traitement global des coûts fixes, dans celle utilisant l'approche du coût direct, les coûts repartis sont les coûts directs avec un traitement global des coûts indirects et dans celle utilisant l'approche du direct costing amélioré, les coûts repartis sont les coûts variables et les coûts fixes directs, les coûts fixes indirects étant traités globalement.

La méthode des coûts complets intègre les charges directement imputables à la production d'un service donné et une quote-part de celles qui sont communes à la production des autres services de la structure considérée. Cette quote-part représente les charges indirectes imputables à la production de

ce service. Cette méthode de calcul permet de déterminer le coût de revient complet du service produit. Elle présente cependant des limites quant à la répartition des charges indirectes (détermination des clés de répartition).

b/ Coût selon la période

Les chercheurs de l'ONUSIDA notent que la période choisie peut dépendre de la maturité du projet. Au cas où la stratégie concernée a une durée de vie limitée, l'analyse englobe tous les coûts, même les coûts des activités de lancement du projet. Dans le cas d'une stratégie bien institutionnalisée et dont l'activité est remplie correctement, il serait judicieux de n'évaluer que les coûts de fonctionnement.

Les données collectées sur plus d'un an doivent être retraitées et ramenées sur une année de base constante avant de les additionner.

c/ Les types de coût

Les coûts peuvent être classés de plusieurs façons. On peut distinguer :

- les coûts récurrents ou de fonctionnement qui concernent la valeur des inputs dont la durée de vie n'excède pas une année, par exemple l'entretien des véhicules, des locaux et de l'équipement.

Les coûts récurrents donnent une estimation de la charge financière annuelle à laquelle la structure devra faire face. Ces coûts récurrents peuvent être soit directs c'est-à-dire directement attribués à une intervention, soit indirects c'est-à-dire ne pouvant être directement attribués à une seule intervention.

- les coûts d'investissement ou coûts en capital qui concernent la valeur des inputs dont la durée de vie dépasse une année, c'est l'exemple des équipements, des bâtiments.

Il est également possible de classer les coûts selon deux autres caractéristiques :

- la phase de mise en place de l'intervention : les coûts de mise en œuvre sont les coûts qui interviennent pendant la période entre la décision de mise en œuvre d'une intervention et la mise en œuvre proprement dite.
- le niveau organisationnel : dans cette analyse, les coûts sont collectés à trois niveaux, le niveau central, le niveau provincial et le niveau district (23).

d/ Coût selon les fonctions du programme

Il s'agit d'estimer les coûts des différentes composantes du programme après les avoir répertorié et classer.

e/ Coût selon le niveau de décision

Le coût d'un programme dépend en général du contexte dans lequel il est mis en œuvre, le même item peut représenter un coût d'un certain point de vue, mais pas d'un autre. Ainsi, les déplacements des patients ont un coût pour les patients et la société, mais pas pour le Ministère de la santé. Les

indemnités journalières par exemple représentent un coût pour l'organisme payeur, un gain pour le patient (bénéficiaire), mais ne sont ni un coût ni un gain pour la société.

Les points de vue sont nombreux, on peut considérer la société, le Ministère de la santé, le gouvernement en général, le patient, l'employeur, l'institution gestionnaire d'un programme, etc.

Notre étude est commanditée par MSH qui est l'organisme chargé de l'administration du Projet de Réduction de la morbidité et de la Mortalité Maternelle, elle s'inscrit dans le contexte du coût pour l'organisme et au-delà, du coût pour les pouvoirs publics. L'objectif est de fournir à la Division de la Santé de la Reproduction des informations sur le coût des activités du projet afin qu'elle puisse évaluer objectivement le montant des ressources financières qui seront nécessaires à la poursuite des activités du projet.

IV- Notion d'amortissement (3)

Le calcul de l'amortissement concerne les investissements. Il repose sur l'idée selon laquelle, bien que ces investissements durent longtemps, il faudrait songer à leur renouvellement lorsqu'ils seront usés du fait de leur utilisation.

La manière la plus simple de calculer l'amortissement appelée amortissement linéaire consiste à :

- établir quel serait le coût de remplacement (C) de la ressource correspondant à l'investissement ;
- estimer sa durée de vie (N)
- évaluer l'amortissement qui consiste à diviser le coût de remplacement par la durée de vie estimée (C/N).

Si l'on tient compte de la notion de coût de renonciation, on s'intéressera aux coûts utilisés pendant la période d'étude plutôt qu'à leur coût quand on les acquiert. Cela conduit à intégrer la notion d'actualisation qui consiste à déterminer la somme qu'il faudrait payer, au moment où l'on effectue l'étude pour se procurer un bien équivalent.

Une revue de la littérature indique de retenir soit le taux d'intérêt en vigueur dans le pays de l'étude, en se renseignant auprès des experts du Ministère des finances ou de prendre le taux de 10% que pratique la Banque Mondiale (3).

CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE

I- Cadre général

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale du continent Africain. D'une superficie de 169 722 Km², il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'Ouest par la Gambie et par l'Océan Atlantique sur une façade de 500 Km.

La population du Sénégal était de 9,8 millions d'habitants en 2001 soit une densité d'environ 50 habitants au Km².

Le Sénégal est classé parmi les pays en développement. Le PIB était estimé à 3874 milliards de F CFA en 2004 (prix constant de 1999). La croissance économique du Sénégal s'est maintenue sur une pente positive avec une moyenne annuelle d'environ 5% dans un contexte d'amélioration de la gestion des finances publiques, de maîtrise de l'inflation (moins de 2% par an) et de consolidation des agrégats macroéconomiques fondamentaux.

Les dépenses totales de santé s'élèvent en moyenne à 24,5 milliards de F CFA par an. Elles sont constituées de dépenses récurrentes (71% environ en moyenne) et de dépenses en capital (29% environ), avec un accroissement moyen de 10%.

II- Organisation du secteur sanitaire du Sénégal

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux⁵ :

- l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire ;
- l'échelon régional qui correspond à la région médicale ;
- l'échelon central.

Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Le Sénégal compte actuellement 50 districts sanitaires, chaque district sanitaire est géré par un Médecin chef.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires des villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion.

La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un Médecin de santé publique.

⁵ Cette représentation renvoie plus à l'offre de soins publique sans toutefois prendre en compte le secteur privé constitué par les officines privées, les cabinets médicaux, les laboratoires d'analyse privé.

Le niveau central comprend outre le cabinet du Ministre, les Directions et services rattachés, ainsi que la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement et les laboratoires nationaux d'analyse.

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique. La politique de santé et d'action sociale à travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007 est l'aboutissement d'un large processus de réflexion engagé depuis 1995 par le Ministère de la santé et ses partenaires.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvrait une période de cinq ans (1998-2000) a été la traduction concrète des priorités en matière de santé définies par le PNDS.

Les objectifs visés étaient :

- la réduction de la mortalité maternelle ;
- la réduction de la mortalité infanto-juvénile ;
- la maîtrise de la fécondité.

Il ressort de l'analyse des objectifs du PDIS que le gouvernement du Sénégal a particulièrement axé ses efforts dans le domaine de la santé materno-infantile.

Important à tous points de vue, le Programme de santé de la reproduction cible la santé maternelle (SM), la survie de l'enfant (SE), les infections sexuellement transmissibles (IST/SIDA) ainsi que la planification familiale (PF).

Ce programme a été lancé par l'USAID Sénégal pour la période 2001-2006 en partenariat avec le Ministère de la santé, les associations de base, les collectivités locales.

L'objectif général de ce programme est l'accroissement de manière durable de l'utilisation des services de santé de la reproduction (survie de l'enfant, santé maternelle, planification familiale, infections sexuellement transmissibles et SIDA).

Les objectifs spécifiques du programme de santé de la reproduction visent à accroître :

- l'accès à des services de qualité en matière de SE, de SM/PF et de prise en charge des IST/SIDA ;
- la demande de services de qualité en matière de SE, SM/PF et IST/SIDA ;
- le financement des services de santé en matière de SE, SM/PF et IST/SIDA.

Les groupes ciblés par ce programme sont :

- les couples et individus en âge de procréer ;
- les nourrissons et les enfants jusqu'à 5 ans ;
- les groupes à haut risque d'IST, ainsi que l'ensemble de la population.

III- Description du Projet de Réduction de la Morbidité et de la Mortalité Maternelle (PREMOMA)

III-1 Présentation de PREMOMA

Le Projet de Réduction de la Morbidité et de la Mortalité Maternelle (PREMOMA) est un projet d'appui global à la Division de la Santé de la Reproduction (DSR) du Ministère de la Santé du Sénégal.

Dans le cadre de la continuité des activités, PREMOMA a remplacé le Projet de Santé Maternelle et de Planification Familiale (PSMPF) qui a duré quatre années (2000-2004).

PREMOMA a pour objectif général de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle en se focalisant sur l'amélioration de la qualité et de l'accès des services de santé de la reproduction. PREMOMA a démarré officiellement en mi-novembre 2000, cependant les activités proprement dites n'ont commencé qu'en décembre 2004 et prendront fin en Octobre 2006.

PREMOMA comporte trois grandes composantes qui sont : la planification familiale, la santé maternelle et les activités transversales.

III-2 Les activités de PREMOMA

Dans le but d'atteindre l'objectif fixé à PREMOMA, les responsables du projet ont élaboré plusieurs grandes stratégies. Ces stratégies peuvent être ainsi résumées :

- améliorer les compétences des cadres et des prestataires tant au niveau clinique que gestionnaire ;
- assurer la disponibilité et la continuité des services de PF et des méthodes contraceptives ;
- accroître les connaissances des élus, des religieux et de la communauté sur les services de SR.

Durant les deux premières phases d'exécution du projet, c'est-à-dire de décembre 2004 à avril 2005 et de mai 2005 à août 2005, les activités suivantes ont été réalisées :

- 1- formations pratiques des prestataires (médecins, ICP, sage femmes), formation des conseillères, orientation des ECD et ECR ;
- 2- supervision formative des PPS et distribution d'équipements aux PPS supervisés suivant les besoins ;
- 3- supervision logistique des dépôts de districts, des PPS et de certaines structures privées ;
- 4- approvisionnement en contraceptifs des dépôts de districts ;
- 5- information et sensibilisation par le biais des Associations de Relais Polyvalents (ARPV) et des Persuadeurs Communautaires (PC) en direction des élus, des chefs religieux et de la communauté ;
- 6- participation à des ateliers sur la révision des politiques, normes et protocoles (PNP) ;

- 7- organisation d'ateliers de réflexion sur la mise en place d'un système d'accréditation des structures de santé ;
- 8- supervision de la mise en œuvre des plans d'action, suivi des activités des ONG, facilitation des rencontres avec les différents partenaires dans le cadre de la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte.

Pour pouvoir suivre les activités durant l'exécution du projet et faire l'évaluation à mi-parcours, l'évaluation rétrospective (en fin de projet) et l'évaluation d'impact, un cadre conceptuel a été élaboré par le responsable du suivi et évaluation de PREMOMA.

Ce cadre conceptuel retrace les objectifs du projet et les stratégies envisagées pour atteindre ces objectifs.

Ainsi, en matière de planification familiale, l'objectif de PREMOMA est de permettre un accroissement annuel de 10% du Couple Année Protection (CAP).

Les principales stratégies envisagées sont :

- amélioration des compétences des prestataires de services et des dépositaires des PPS dans l'offre et la gestion des produits contraceptifs ;
- disponibilité et continuité des services de PF et des méthodes contraceptives.

Les principales activités pour la réalisation de ces stratégies sont : la formation, la supervision formative et l'approvisionnement des dépôts en produits contraceptifs.

En matière de santé maternelle, les objectifs que se fixe le projet sont les suivants :

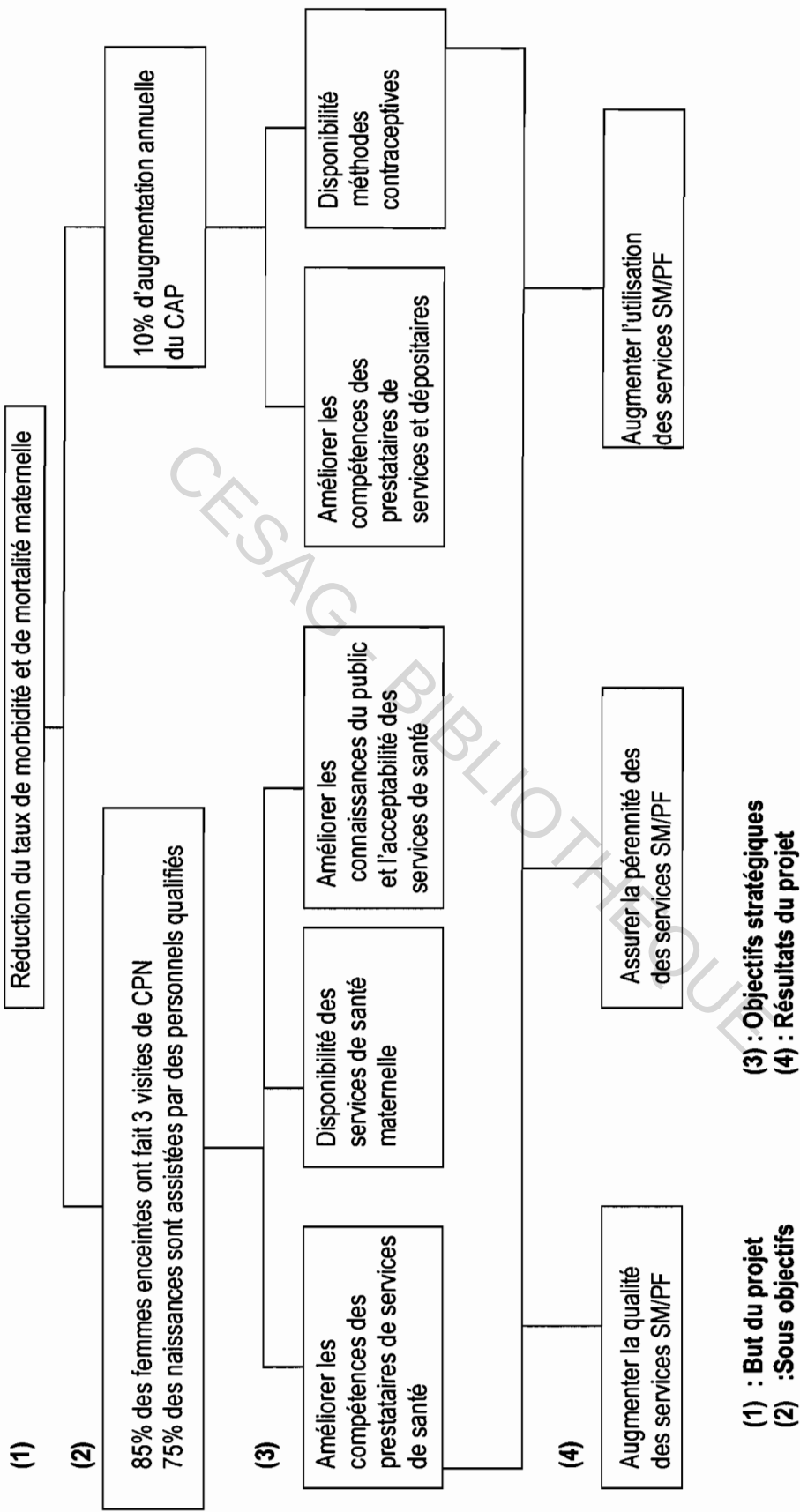
- 80% des femmes enceintes doivent faire au moins 3 CPN ;
- 75% des accouchements doivent être assistés par un personnel médical qualifié.

Les stratégies élaborées pour l'atteinte de ces objectifs sont :

- amélioration des compétences des prestataires de services ;
- disponibilité et continuité des services de santé maternelle ;
- accroissement des connaissances de la communauté sur les services SR.

Les activités de santé maternelle se résument principalement à la formation et à la supervision formative.

Figure n°1 : Cadre conceptuel de suivi évaluation de PREMOMA



METHODOLOGIE

I- Modèle théorique

Il s'agit pour nous d'estimer le coût des fonctions du projet PREMOMA et d'analyser les conditions dans lesquelles les fonctions qui ont un intérêt pour la DSR pourront être pérennisées.

Ces coûts sont calculés en fonction des objectifs du projet, de la période de calcul, du type de charges et du contenu.

Selon les objectifs, la pérennisation d'un projet demande que l'on prenne en compte tous les coûts des différentes fonctions ; ainsi nous avons pris en compte dans le calcul certains dons, c'est le cas des contraceptifs qui sont fournis par l'USAID.

Les coûts calculés sont des coûts constatés. Concernant certaines ressources notamment les véhicules, le matériel et les équipements, notre étude leur attribuera un coût économique à partir de la méthode d'amortissement économique.

Selon la période, la période étudiée sera récente, notre étude part de janvier 2005 à août 2006 soit huit mois. Etant donné que la période choisie couvre les deux premiers quadrimestres du projet, nous avons supposé que les coûts obtenus pourraient être extrapolés à une année entière. Par ailleurs, une des fonctions essentielles du projet (la supervision formative) ayant été modifiée dans sa mise en œuvre à partir de septembre 2006, il nous est apparu important de nous limiter au mois d'août pour notre analyse afin d'éviter certains biais dus à ce changement de stratégie.

Concernant les types de charges, nous appliquerons la classification par fonctions ou activités de Creese.

Selon le contenu, le calcul des coûts des fonctions d'activité nécessite une répartition « rationnelle » des charges de sorte à déterminer le coût réel des fonctions.

II- Méthodologie

II-1 Rappel des Objectifs

Objectif général

Cette étude vise à contribuer à la détermination des conditions de pérennisation des activités du projet PREMOMA, à travers une analyse des coûts de ses activités.

Objectifs spécifiques

- Identifier les fonctions d'activités du projet PREMOMA et les ressources réelles engagées par ces activités ;
- Valoriser les ressources pour calculer le coût des fonctions principales ;

- Déterminer les coûts totaux et les coûts unitaires des activités du projet PREMOMA ;
- Identifier et analyser les modalités actuelles de financement des activités du projet PREMOMA ;
- Estimer le surcoût de l'intégration des activités du projet PREMOMA dans celles des structures locales en charge de l'amélioration de la santé de la reproduction ;
- Analyser les conditions de pérennisation des activités de PREMOMA.

II-1 Méthode de calcul

La méthode de calcul de coûts retenue est celle des coûts complets, plus apte à déterminer un coût de revient qui reflète un coût réel des différentes fonctions du projet. Son application à notre étude se présente de la façon suivante :

- ✓ identifier les différentes fonctions (centres d'analyse) et les ressources rattachées aux activités du projet ;
- ✓ distinguer les fonctions auxiliaires (centres auxiliaires) des fonctions principales (centres principaux) du projet ;
- ✓ répartir les ressources indirectes entre les fonctions du projet ;
- ✓ répartir les coûts des fonctions auxiliaires sur les fonctions principales au moyen de clés de répartition (répartition secondaire) ;
- ✓ déterminer le coût total, le coût moyen des activités.

II-2 Processus de collecte de données et source de données

Notre étude s'est intéressée à la période de décembre 2004 à août 2005. Ce choix s'explique par le fait que la supervision formative a été modifiée dans sa mise en œuvre pratique à partir du mois de septembre 2005.

L'étude s'est déroulée essentiellement au niveau du bureau de Dakar, étant donné que les données étaient centralisées au niveau de ce bureau. Nous avons également effectué des déplacements au niveau du bureau régional de Louga et sur le terrain pour observer l'organisation pratique des activités.

a/ L'analyse des documents

Une analyse rétrospective nous a permis de recueillir les données financières auprès du Chef comptable et des Assistants comptables. Ces données ont été retraitées en fonction des activités identifiées afin de déterminer les ressources directement utilisées par les différentes fonctions du projet. Nous avons également consulté les deux rapports quadrimestres d'activités afin d'obtenir des informations sur les activités réalisées sur notre période d'étude. La consultation des carnets de bord des véhicules nous a permis de déterminer les distances parcourues par les véhicules en fonction des activités ; cela nous a également permis de répartir le temps des chauffeurs entre les différentes activités.

b/ Les entretiens

Dans le souci de compléter certaines informations, nous avons eu des entretiens avec le Chef comptable pour l'exploitation des données du logiciel de comptabilité utilisé par le projet. Nous avons également eu des entretiens avec le personnel technique, en ce qui concerne l'organisation pratique des activités sur le terrain. Les prises de notes au près des chauffeurs et du responsable des opérations nous ont permis d'évaluer la durée de vie des véhicules et des matériels et équipements.

c/ Le traitement des données

La saisie et le traitement des données ont été réalisés à l'aide du tableur EXCEL. La saisie du document a été réalisée à l'aide du logiciel WORD.

III- Définition opérationnelle des concepts

- 1- les ressources engagées pour la mise en œuvre des activités du projet sont représentées par :
 - les ressources humaines qui renvoient à la valorisation de la part du temps de travail du personnel professionnel et du personnel de soutien accordée à chacune des activités (les consultants seront également pris en compte) ;
 - les ressources matérielles qui concernent les fournitures (fournitures de bureau et autre type de fournitures), les frais d'entretien des locaux (y compris les frais de téléphone, d'électricité, d'eau), d'entretien des véhicules (assurance et carburant compris), du mobilier et de l'équipement, ainsi que les frais de gardiennage et les frais afférents à la location des salles et aux pauses-café ;
 - les amortissements qui représentent la valeur de remplacement des véhicules, du matériel, des équipements et du mobilier ;
 - les ressources financières qui concernent les frais bancaires, les frais de mission (y compris les frais de transport, les prestations de service).
- 2- la source de financement précise l'origine des fonds ayant permis l'acquisition de la ressource.
- 3- Le volume d'activités : il sera exprimé en nombre de supervision formative et logistique réalisées, d'activités d'IEC et plaidoyer organisées, de prestataires formés, de dépôts approvisionnés en contraceptifs.
- 4- coût total et coût unitaire : le premier désigne la valeur de toutes les activités menées dans le cadre du projet et durant la période d'étude. Le second représente le coût par unité de résultat produit ; l'unité de résultat faisant référence aux indicateurs retenus pour l'exécution des différentes activités.

ESTIMATION DES COUTS ET RESULTATS

I- APPLICATION DE LA METHODE DES COUTS COMPLETS

I-1 Identifier les composantes de PREMOMA

Les différentes composantes de PREMOMA peuvent être regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°1 : Répartition des activités selon les composantes de PREMOMA

Composantes	Planification familiale	Santé maternelle
Activités	Formation des prestataires	Formation des prestataires
	Formation des formateurs	Renforcement des compétences des hauts cadres du Ministère de la santé
	Supervision et suivi des activités des prestataires	Supervisions et suivi des activités des prestataires
	Approvisionnement en contraceptifs	Remise d'équipements
	Activités transversales (IEC, plaidoyer)	Lutte contre le paludisme chez la femme enceinte
		Activités transversales (IEC, plaidoyer, révision des politiques, normes et protocoles)

I-2 Recenser et décrire les différentes fonctions de PREMOMA

A travers les différentes composantes du projet, il nous est possible d'identifier les fonctions de celui-ci. Ces fonctions comprennent des activités qui engagent des ressources.

Les fonctions de PREMOMA sont :

- **la formation** : elle permet de renforcer les compétences des prestataires de services et des dépositaires des points de prestations de services (PPS) dans l'offre de services de santé maternelle et dans la gestion des produits contraceptifs.

A travers les formations, il est également possible d'améliorer les connaissances des équipes cadres de régions et districts.

- **les supervisions** : elles comprennent la supervision formative et la supervision logistique.
 - la supervision formative : elle permet de réorienter les prestations et la gestion des services selon les normes et politiques nationales d'offre des services SR.
 - La supervision logistique : elle permet de voir comment les contraceptifs sont utilisés au niveau périphérique. Elle permet également d'apprécier l'utilisation des connaissances en gestion de stocks des dépositaires, connaissances acquises lors des formations. Couplée à la collecte des données sur la consommation des contraceptifs, la supervision logistique permet d'apprécier la consommation réelle afin de faire des ajustements des prévisions de commandes de contraceptifs.
- **la remise d'équipements** : il s'agit à travers cette activité de procéder à la distribution d'équipements aux PPS supervisés suivant les besoins identifiés lors des visites de supervision formative.

- **l'approvisionnement en contraceptifs** : il permet d'assurer la disponibilité et la continuité des services de PF et des méthodes contraceptives.
- **l'IEC/Plaidoyer** : il s'agit par le biais de certaines cibles que sont les parlementaires, les religieux, les journalistes, de développer des stratégies de communication en vue d'informer, d'éduquer la communauté pour une meilleure utilisation des services de santé de la reproduction.
- **l'accréditation** : elle permettra à travers une évaluation des PPS supervisés d'apprécier le niveau d'amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction.
- **la révision des PNP** : consiste en une redéfinition de la politique et en une détermination des normes et protocoles à respecter en matière de santé maternelle et planification familiale.
- **lutte contre le paludisme** : il s'agit essentiellement de la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte.
- **l'administration** : concerne la planification, la coordination des activités, le suivi et l'évaluation, la gestion financière.

Tableau n°2 : Répartition des activités selon les fonctions de PREMOMA

Fonctions	Formation	Supervision formative	Supervision logistique	Approvisionnement contraceptifs	IEC/Plaidoyer	Révision des politiques, normes et protocoles Accréditation	Remise d'équipements	Lutte contre le paludisme	Administration
Activités	Formation des prestataires en SAA	Visites de supervision	Visites de supervision	Approvisionnement des districts en contraceptifs	Mobilisation communautaire Appui aux groupements de promotion féminine Extension de l'approche PC Monitoring des ARPV	Atelier de finalisation des politiques, normes et protocoles	Préparation et Livraison d'équipements	Supervision des plans d'action et évaluation du projet de ciblage des groupes vulnérables	Monitoring et Evaluation (préévaluation de la formation à distance des ARPV)
	Elaboration des Curriculum de Counseling SAA								
	Session de formation PTME					Séminaire résidentiel sur le renforcement des capacités en leadership	Participation aux ateliers et conférences	Participation aux ateliers et conférences	Gestion administrative et financière
	Orientation des formateurs sur la 3 ^e phase du travail					Atelier de dialogue sur le leadership pour le niveau central			
	Atelier d'orientation sur la prévention des hémorragies	Suivi des Plans d'action	Collecte des données pour les CPTS		Préparation et Finalisation du Programme de Formation à distance Acquisition d'un Flanellographe				Réunions planification
	Orientation sur la prise en charge des hémorragies de la 3 ^e phase du travail								
	Orientation sur la prise en charge du DIU								
	Appui à l'introduction de la méthode des perles	Suivi des activités des prestataires	Revue annuelle des CPTS		Journée de plaidoyer contre la mortalité maternelle	Atelier sur le Management et le leadership		Suivi des activités des ONG	Participation aux conférences
					Orientation des religieux sur la mortalité maternelle				
					Orientation des Religieux sur le REDUCE				

A travers ce tableau, il nous a été possible d'identifier les fonctions principales de PREMOMA c'est-à-dire celles qui permettent au projet d'atteindre ses objectifs et les fonctions auxiliaires, celles qui soutiennent la mise en œuvre des activités des différentes fonctions.

I-3 Distinguer les fonctions principales des fonctions auxiliaires du projet

La fonction auxiliaire retenue est **l'administration**.

L'administration a pour rôle d'organiser, de soutenir les activités de formation, de supervisions, d'approvisionnement en contraceptifs, de livraison d'équipements, d'IEC/plaidoyer, de lutte contre le paludisme et de révision des politiques, normes et protocoles et d'accréditation-leadership en vue de suivre le niveau d'exécution de ces différentes activités et d'évaluer leur impact sur l'amélioration de la qualité des services de SR.

NB : la révision des politiques, normes et protocoles permet de définir le cadre légal d'intervention des projets dans le domaine de la santé de la reproduction.

Nous avons couplé l'accréditation à la révision des politiques, normes et protocoles car cette activité permet sur la base des normes et des protocoles, d'identifier les structures qui mettent en application les recommandations faites en matière de santé de la reproduction.

Les fonctions principales retenues (**formation, supervisions formative et logistique, approvisionnement en contraceptifs, IEC/plaidoyer, remise d'équipements, lutte contre le paludisme, révision des politiques, normes et protocoles, accréditation et leadership**) l'ont été car elles sont directement liées à l'objectif du projet qui est l'amélioration de la qualité et de l'accès des services de SR. Il est important de préciser que certaines activités telles que la remise d'équipements et la révision des politiques, normes et protocoles et l'accréditation ne sont pas exécutées de façon continue.

La lutte contre le paludisme, comme l'on pourrait le constater est traitée de façon globale. Cela s'explique par le fait que d'une part les activités de lutte contre le paludisme ne faisaient pas initialement partie des fonctions du projet, ce n'est qu'après le démarrage des activités de PREMOMA que le Conseiller en paludisme de l'USAID a été détaché au niveau du projet. D'autre part, le Conseiller en paludisme bien qu'utilisant les ressources (matérielles, financières) du projet mène des activités avec les autres agences d'exécution de l'USAID.

Ainsi donc, dans le cadre du programme Malaria Plus up, le Conseiller en paludisme est chargé de la coordination des activités ci-dessous énumérées :

- le suivi des activités au niveau communautaire des ONG Plan International, AFRICARE ;
- le traitement préventif intermittent (TPI) intégré (activité menée par PREMOMA) ;

- le contrôle de la qualité des médicaments (activité menée par USP) ;
- la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (activité menée par BASICS) ;
- la recherche sur l'efficacité des antipaludiques (activité menée par l'Université Cheikh Anta Diop et l'OMS) ;
- la promotion des moustiquaires imprégnées et le ciblage des groupes vulnérables (activité menée par NETMARK) ;
- la communication sur le paludisme (activité menée par ADEMAs).

I-4 Répartition des ressources directes et indirectes entre les fonctions de PREMOMA

Tableau n°36 : Répartition des charges directes des fonctions de PREMOMA

1/FORMATION

Activités	Ressources
Formation des prestataires des centres	Perdiems participants Perdiems PREMOMA Consultants Fournitures de bureau Fournitures médicales Pauses-café Location de salles Frais de transport des participants Prestation de services
Elaboration des curriculums de formation en counseling SAA	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Frais de transport PREMOMA Fournitures de bureau Pauses-café
Session de formation PTME (préparation des sites)	Perdiems PREMOMA
Orientation des formateurs sur la gestion de la 3 ^e phase du travail	Perdiems PREMOMA
Atelier d'orientation sur la prévention des hémorragies	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Pauses-café
Orientation sur la prise en charge des hémorragies de la 3 ^e phase du travail	Perdiems PREMOMA Frais de transport PREMOMA Fournitures de bureau Prestation de services
Orientation sur la prise en charge du DIU	Perdiems PREMOMA Perdiems participants
Appui à l'introduction de la méthode des perles	Fournitures de bureau

Les activités de formation du projet peuvent être réparties en deux grandes composantes. Il s'agit des formations concernant la santé maternelle et les formations concernant la planification familiale.

⁶ Tous les tableaux permettant d'identifier les ressources utilisées pour la mise en œuvre des activités ont été réalisés à partir des données du logiciel de comptabilité utilisé par le projet.

Tableau récapitulatif des charges directes de la fonction formation

Formation en santé maternelle			Formation en planification familiale		
Ressources	Montant	%	Ressources	Montant	%
Perdiems PREMOMA	1 010 900	13	Perdiems PREMOMA	166 000	31
Perdiems participants	4 179 801	54	Perdiems participants	52 000	10
Consultants	665 000	9	Consultants	0	0
Prestation de services	110 000	1	Prestation de services	0	0
Frais de transport PREMOMA	22 500	0	Frais de transport PREMOMA	0	0
Frais de transport participants	449 600	6	Frais de transport participants	0	0
Fournitures et consommables	791 125	10	Fournitures et consommables	309 525	59
Pauses-café	278 900	4	Pauses-café	0	0
Location de salles	240 000	3	Location de salles	0	0
Total	7 747 826	100	Total	527 525	100

1. a Formation en santé maternelle

Les charges directes de la formation en santé maternelle sont dominées par les perdiems reçus par les autres participants (54%). Ces perdiems concernent les autres ressources humaines qui participent à l'activité et sont à distinguer des perdiems des agents de PREMOMA.

Dans le cadre de la réalisation des activités, il arrive que les équipes effectuent des déplacements qui ne sont pas pris en compte dans les perdiems. Ces frais de transport représentent 6% (frais de transport des participants) des charges directes des activités de formation en santé maternelle.

1. b Formation en planification familiale

Les charges directes des activités de formation en planification familiale sont dominées par les fournitures et consommables (59%) suivies des perdiems des agents de PREMOMA (31%) ; ces perdiems sont les primes versées aux différents agents du projet lors de la réalisation des activités et ils concernent tout membre du projet qui participe à l'activité.

2/ SUPERVISION FORMATIVE

Activités	ressources
Visites de supervision	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Frais de transport PREMOMA Frais de transport participants Fournitures de bureau (photocopies) Autres fournitures (petit matériel) Communication Divers
Suivi des plans d'action	Perdiems PREMOMA Transport PREMOMA Pauses-café
Suivi des activités	Perdiems PREMOMA Perdiems participants

Sous le terme supervision formative, nous avons réuni pour les besoins de l'étude les visites de supervision proprement dites, les visites de suivi des activités des prestataires et les réunions de suivi des plans d'action élaborés à la suite des visites de supervision.

Tableau récapitulatif des charges directes de la fonction supervision formative

Ressources	Montant	%
Perdiems PREMOMA	18 295 480	44
Perdiems participants	19 828 352	47
Consultants	76 000	0
Prestation de services	62 800	0
Frais de transport PREMOMA	1 802 726	4
Frais de transport participants	290 222	1
Fournitures et consommables	1 676 440	4
Communication	4 425	0
Divers	21 699	0
Total	42 058 144	100

Les charges directes des activités de supervision formative sont essentiellement dominées par les perdiems reçus par les autres participants (47%) et ceux reçus par les agents de PREMOMA (44%).

3/ SUPERVISION LOGISTIQUE

Activités	Ressources
Collecte des données des dépôts pour les CPTS	Perdiems PREMOMA Fournitures de bureau Frais de communication
Visites de supervision	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Frais de transport PREMOMA Frais de transport participants Photocopies et impressions Frais de communication
Revue annuelle des CPTS	Perdiems participants Photocopies Pauses-café

La supervision logistique est l'une des composantes du volet logistique de PREMOMA. Elle concerne, d'une part les dépôts de districts et est couplée à la collecte des données sur la consommation des contraceptifs. D'autre part, intégrée à la supervision formative, elle s'intéresse aux PPS dans le cadre du suivi après formation des gestionnaires des dépôts des PPS.

Pour les besoins de l'étude, nous avons inclus les activités de revue annuelle des Contraceptive Procurement Tables for Senegal (CPTS). Cette revue annuelle a pour objectif de connaître les besoins en contraceptifs des structures afin de mieux planifier et coordonner les commandes et les livraisons de contraceptifs. Elle a lieu deux fois par année.

Tableau récapitulatif des charges directes de la fonction supervision logistique

Ressources	Montant	%
Perdiems PREMOMA	2 790 150	41
Perdiems participants	3 705 250	54
Frais de transport PREMOMA	139 300	2
Frais de transport participants	13 700	0
Pauses-café	73 750	1
Frais de communication	20 800	0
Fournitures	128 000	2
Total	6 870 950	100

Les perdiems des autres participants constituent la charge directe la plus élevée des activités de supervision logistique (54%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces activités sont essentiellement réalisées par les agents de la DSR, PREMOMA n'apporte qu'un soutien financier et logistique.

4/ APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS

Activités	Ressources
Approvisionnement des districts et des PPS	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Transport participants contraceptifs

L'approvisionnement en contraceptifs constitue la deuxième composante du volet logistique.

Tableau récapitulatif des charges directes de la fonction approvisionnement en contraceptifs

Ressources	Montant	%
Perdiems PREMOMA	895 850	1
Perdiems participants	2 364 890	2
Frais de transport participants	18 640	0
Contraceptifs	95 585 890	97
Total	98 865 270	100

Les contraceptifs représentent 97% des charges directes de l'approvisionnement en contraceptifs. Ces contraceptifs sont en majorité fournis par l'USAID sous forme de dons et proviennent du pays du bailleur, ce qui pourrait expliquer leur coût élevé.

Etant donné que notre étude s'intéresse à la pérennisation de activités du projet, il nous est apparu nécessaire d'estimer le coût des dons.

Tableau des coûts des contraceptifs par spécialité

Libellés	Q	CU	Total \$US
Lofemenal	106 300	0,238	25 299,4
Ovrette	31 000	0,238	7 378
DIU	1 202	1,76	2 115,52
Conceptrol	59 400	0,14	8 316
Depoprovera	74 525	1,13	84 213,25
Norplant	1 925	26,18	50 396,5
Condom	329 880	0,00544	1 794,5472
Condom féminin	1 000	0,649	649
Néogynon	2 790	0,24	669,6
Total	608 022	30,58044	
Total CFA*	92 585 890,41		

Source : Document d'approvisionnement des régions et districts sanitaires en produits contraceptifs (Responsable logistique MSH)

*total CFA= total \$US*512

5/ REVISION DES POLITIQUES, NORMES ET PROTOCOLES (PNP)

Activités	Ressources
Atelier de finalisation des politiques, normes et protocoles	Perdiems PREMOMA Perdiems participants

6/ ACCREDITATION, LEADERSHIP

Activités	Ressources
Séminaire résidentiel sur le renforcement des capacités en leadership	Logement participants Fournitures de bureau Prestation de services Divers
Atelier de dialogue sur le leadership pour le niveau central	Perdiems participants Transport participants Logement participants
Atelier sur le management et le leadership	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Transport participants Fournitures de bureau

Pour les besoins de notre étude et étant donné que la révision des politiques, normes et protocoles et l'accréditation, leadership sont des activités complémentaires, nous les avons couplées.

Tableau récapitulatif des charges directes des fonctions Révisions des politiques, normes et protocoles et accréditation, leadership

Ressources	Montant	%
Perdiems PREMOMA	183 800	6
Perdiems participants	217 500	7
Frais de transport PREMOMA	350	0
Frais de transport participants	122 600	4
Frais d'hébergement	1 546 500	49
Fournitures	476 750	15
Divers	619 250	20
Total	3 166 750	100

Les charges directes des fonctions Révision des politiques, normes et protocoles et accréditation-leadership sont dominées par les frais d'hébergement (49%). Les activités de révision des politiques, normes et protocoles et d'accréditation se sont résumées essentiellement à l'organisation d'ateliers de réflexion. Cela a donc entraîné des frais d'hébergement pour l'ensemble des participants (agents de PREMOMA et cadres du Ministère de la santé).

7/ IEC/PLAIDOYER

Activités	ressources
IEC	
Mobilisation communautaire	Perdiems PREMOMA Frais de transport PREMOMA Responsable IEC
Appui aux groupements de promotion féminine	Perdiems PREMOMA Frais de transport PREMOMA Fournitures de bureau Responsable IEC
Extension de l'approche PC	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Frais de transport PREMOMA Frais de communication Prestation de services
Monitoring des ARPV	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Frais de transport participants Pauses-café Frais de communication
Préparation et finalisation du programme de formation à distance	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Frais de transport participants Fournitures (matériel audiovisuel) Logement participants Prestation de services
Acquisition d'un flanellographe	Perdiems PREMOMA Frais de transport PREMOMA Fournitures (kit d'images) Photocopies et impression Autres frais de correspondance Prestation de services
PLAIDOYER	
Journée de plaidoyer contre la mortalité maternelle	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Frais de transport PREMOMA Frais de transport participants Frais de communication
Orientation des religieux sur la maternité à moindre risque	Perdiems PREMOMA Frais de transport PREMOMA Fournitures
Orientation des religieux sur le modèle REDUCE	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Frais de transport participants Pauses-café Location de salles Photocopies Divers

Les activités d'IEC et de plaidoyer sont orientées tout comme les activités de formation vers les deux composantes que sont la santé maternelle et la planification familiale.

Tableau récapitulatif des charges directes des fonctions IEC/Plaidoyer

IEC/Plaidoyer santé maternelle			IEC/Plaidoyer planification familiale			IEC/Plaidoyer santé maternelle et planification familiale		
Ressources	Montant	%	Ressources	Montant	%	Ressources	Montant	%
Perdiems PREMOMA	826 300	31	Perdiems PREMOMA	70 000	7	Perdiems PREMOMA	2 807 400	37
Perdiems participants	913 500	34	Perdiems participants	0	0	Perdiems participants	1 441 251	19
Frais de transport PREMOMA	472 920	18	Frais de transport PREMOMA	2 000	0	Frais de transport PREMOMA	7 200	0
Frais de transport participants	321 900	12	Frais de transport participants	0	0	Frais de transport participants	362 700	5
Frais d'hébergement	0	0	Frais d'hébergement	0	0	Frais d'hébergement	990 000	13
Fournitures	119 650	4	Fournitures	897 740	93	Fournitures	136 900	2
Frais de communication	1 365	0	Frais de communication	0	0	Frais de communication	0	0
Autres frais de correspondance	39 250	1	Autres frais de correspondance	0	0	Autres frais de correspondance	0	0
Location de salles	0	0	Location de salles	0	0	Location de salles	60 000	1
Pauses-café	0	0	Pauses-café	0	0	Pauses-café	347 500	5
Prestation de services	0	0	Prestation de services	0	0	Prestation de services	1 096 000	15
Divers	0	0	Divers	0	0	Divers	259 250	3
Total	2 694 885	100	Total	969 740	100	Total	7 508 201	100

7. a IEC/Plaidoyer concernant la santé maternelle

Les charges directes des activités d'IEC/Plaidoyer concernant la santé maternelle sont dominées par les perdiems reçus par les autres participants (34%).

7. b IEC/Plaidoyer concernant la planification familiale

Les activités d'IEC plaidoyer concernant la planification familiale n'ont pas été importantes sur la période retenue pour notre étude et les charges directes sont fortement dominées par les fournitures (95%).

7. c IEC/Plaidoyer concernant la planification familiale et la santé maternelle

Ce sous groupe concerne les activités orientées à la fois vers la santé maternelle et la planification familiale. Il s'agit en fait d'activités intégrées. Les charges directes de ces activités sont dominées par les perdiems des agents de PREMOMA (37%).

8/ REMISE D'EQUIPEMENTS

Activités	ressources
Préparation et livraison des équipements	Perdiems PREMOMA Frais de transport PREMOMA Prestation de services

Tableau récapitulatif des charges directes de la fonction remise d'équipements

Ressources	Montant	%
Perdiems PREMOMA	1 878 600	86
Frais de transport PREMOMA	33 350	2
Prestation de services	276 000	13
Total	2 187 950	100

La remise des équipements aux PPS se fait essentiellement par les agents de PREMOMA (chauffeurs) ce qui explique la part élevée (86%) des perdiems des agents de PREMOMA dans les charges directes de la fonction remise d'équipements.

9/ LUTTE CONTRE LE PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Activités	Ressources
Supervision des plans d'action et évaluation du projet de ciblage des groupes vulnérables	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Conseiller en paludisme Frais de transport PREMOMA Fournitures Pauses-café
Participation aux ateliers et conférences	Perdiems PREMOMA Conseiller en paludisme
Suivi des activités des ONG	Perdiems PREMOMA Conseiller en paludisme

La lutte contre le paludisme constitue le volet du programme Malaria Plus up dont PREMOMA a la charge. L'on pourrait remarquer que l'ensemble des activités relatives à cette fonction est essentiellement coordonné par le Conseiller en paludisme.

Tableau récapitulatif des charges directes de la fonction lutte contre le paludisme chez la femme enceinte

Ressources	Montant	%
Conseiller en paludisme	16 689 802	96
Perdiems PREMOMA	573 800	4
Perdiems participants	8 000	0
Frais de transport PREMOMA	77 000	0
Fournitures	34 950	0
Pauses-café	60 550	0
Total	17 444 102	100

Les charges directes de la fonction lutte contre le paludisme chez la femme enceinte sont dominées par le salaire du Conseiller en paludisme de l'USAID (96%). Etant donné que la majeure partie du temps de travail du Conseiller en paludisme est consacrée à la coordination des activités de lutte contre le paludisme, nous avons donc estimé que sa rémunération représente un charge directe de la fonction lutte contre la paludisme.

Le salaire brut du conseiller en paludisme enregistré par la comptabilité sur l'ensemble de notre période d'étude a totalisé un montant de 16 689 802 F CFA après déduction de la part de salaire accordée à l'administration.

10/ ADMINISTRATION

Activités	Ressources
Monitoring et évaluation	Perdiems PREMOMA Perdiems participants Frais de transport participants Prestation de services Fournitures Pauses-café Communication (téléphone, internet)
Gestion administrative et financière	Chef comptable Assistants comptables (02) Assistant aux opérations Secrétaire Loyer Fournitures de bureau et consommables réceptions frais bancaires
Réunion de planification	Perdiems PREMOMA Frais de transport PREMOMA
Participation aux conférences	Frais de transport PREMOMA

Les charges relatives à l'entretien des locaux et à la consommation en eau seront affectées à l'administration. Ceci s'explique par le fait que ces charges ne peuvent d'une part être directement associées à l'une des fonctions du projet. D'autre part, il serait difficile de trouver des clés de répartition adéquates qui permettent de les répartir entre les différentes fonctions.

Tableau récapitulatif des charges directes de la fonction administration

Ressources	Montant	%
Chef comptable	11 221 201	18
Assistante comptable 1	4 186 476	7
Assistante comptable 2	2 634 056	4
Assistant aux opérations	4 288 399	7
Secrétaire	5 096 903	8
Perdiems PREMOMA	3 733 760	6
Perdiems participants	1 407 751	2
Frais de transport PREMOMA	5 189 444	8
Frais de transport participants	6 600	0
Prestation de services	400 000	1
Pauses-café	21 151	0
Frais de communication	6 500	0
Fournitures	3 998 460	6
Fournitures médicales	237 644	0
Loyer et charges locatives	17 269 005	27
Consommation en eau	331 532	1
Entretien des locaux	2 845 515	4
Frais bancaires	197 735	0
Réceptions et cérémonies	779 000	1
total	63 853 132	100

Les charges directes de l'administration sont dominées par les charges du personnel administratif (36%).

Le personnel administratif de PREMOMA se compose d'un chef comptable, deux assistantes comptables, un assistant aux opérations et une secrétaire. Nous avons donc jugé bon de considérer leurs rémunérations comme une charge directe de la fonction administration. Il s'agit également de salaires bruts.

Les frais de transport des agents de PREMOMA concernent les participations aux conférences, les réunions de planification et les activités de monitoring et évaluation et représentent 8% des charges directes de l'administration.

Les charges locatives concernent le bureau de Dakar et les coordinations régionales de Thiès et Louga et représentent 27% des charges directes de l'administration.

Tout comme les charges locatives, la consommation en eau prend en compte les consommations des différents bureaux de Dakar, Thiès et Louga. Elle représente 1% des charges directes de l'administration.

Les charges d'entretien prennent en compte les produits d'entretien et les salaires des personnes en charge de l'entretien pour les bureaux de Thiès et Louga. Ces charges d'entretien représentent 4% des charges directes de l'administration.

ESAG - BIBLIOTHEQUE

I-5 Répartition des charges indirectes

I-5-1 Répartition primaire des charges indirectes

Tableau n°4 : Identification des clés de répartition des charges indirectes

Charges	Clés de répartition
Salaires ¹	Pourcentage de temps consacré aux activités des différentes fonctions
Véhicules ²	Nombre total de Km parcourus
Matériel et équipements ³	
Electricité	Puissance consommée
Communication (téléphone, fax, internet)	Nombre de postes de téléphones

¹Les salaires prennent en compte les charges sociales. Il s'agit des salaires du personnel technique et du personnel de soutien hormis ceux du Chef d'équipe de PREMOMA et du Conseiller en paludisme de l'USAID.

²Les charges concernant les véhicules prennent en compte les charges d'entretien, l'assurance des véhicules ainsi que le carburant.

³Les charges liées aux équipements englobent les frais d'entretien des équipements.

A- Salaires

Les salaires du personnel technique sont répartis au prorata du temps de travail consacré aux différentes fonctions du projet. Il en est de même pour les chauffeurs dont les salaires seront repartis en fonction du nombre de kilomètres parcourus par activité. Il convient toutefois de préciser que les salaires des gardiens et de l'agent de nettoyage ont été répartis de façon égalitaire entre les différentes fonctions.

A-1 Répartition des salaires du personnel technique par activité⁷

Tableau n°5 :

a- Formation

Personnel	% du temps	Montant
Responsable santé maternelle	3	553 071
Responsable soins après avortement	20	2 269 978
Responsable IEC	5	425 941
Responsable logistique	0	0
Responsable suivi-évaluation	0	0
Coordinatrice Dakar	10	805 787
Coordinatrice Thiès	30	2 127 977
Coordinatrice Louga	2	129 631
Total		6 312 385

⁷ La répartition du temps de travail du personnel technique de PREMOMA s'est faite en se référant d'une part à la base de données des activités du projet. D'autre part nous avons évalué la moyenne de temps passée par chaque technicien au bureau à Dakar. Il convient par ailleurs de reconnaître que cette évaluation n'a pu se faire au niveau des coordinations régionales.

b- Supervision formative

Personnel	% du temps	Montant
Responsable santé maternelle	85	15 670 358
Responsable soins après avortement	75	5 703 319
Responsable IEC	13	741 998
Responsable logistique	35	2 278 552
Responsable suivi-évaluation	30	1 350 382
Coordinatrice Dakar	85	4 588 960
Coordinatrice Thiès	60	2 851 490
Coordinatrice Louga	85	3 691 220
Total		36 876 269

c- Supervision logistique

Personnel	% du temps	Montant
Responsable santé maternelle	0	0
Responsable soins après avortement	0	0
Responsable IEC	0	0
Responsable logistique	55	5 344 150
Responsable suivi-évaluation	0	0
Coordinatrice Dakar	0	0
Coordinatrice Thiès	5	354 663
Coordinatrice Louga	0	0
Total		5 698 813

d- Approvisionnement en contraceptifs

Personnel	% du temps	Montant
Responsable santé maternelle	0	0
Responsable soins après avortement	0	0
Responsable IEC	0	0
Responsable logistique	8	777 331
Responsable suivi-évaluation	0	0
Coordinatrice Dakar	0	0
Coordinatrice Thiès	0	0
Coordinatrice Louga	0	0
Total		777 331

e- Activités d'IEC et de plaidoyer

Personnel	% du temps	Montant
Responsable santé maternelle	0	0
Responsable soins après avortement	3	340 497
Responsable IEC	80	6 815 050
Responsable logistique	0	0
Responsable suivi-évaluation	0	0
Coordinatrice Dakar	3	241 736
Coordinatrice Thiès	3	212 798
Coordinatrice Louga	3	194 445
Total		7 804 526

f- Remise d'équipements

Personnel	% du temps	Montant
Responsable santé maternelle	0	0
Responsable soins après avortement	0	0
Responsable IEC	0	0
Responsable logistique	0	0
Responsable suivi-évaluation	0	0
Coordinatrice Dakar	0	0
Coordinatrice Thiès	0	0
Coordinatrice Louga	8	518 521
Total		518 521

g- Activités de révision des politiques, normes et protocoles et activités concernant l'accréditation et le leadership

Personnel	% du temps	Montant
Responsable santé maternelle	10	1 843 572
Responsable soins après avortement	0	0
Responsable IEC	0	0
Responsable logistique	0	0
Responsable suivi-évaluation	0	0
Coordinatrice Dakar	0	0
Coordinatrice Thiès	0	0
Coordinatrice Louga	0	0
Total		1 843 572

h- Activités administratives

Personnel	% du temps	Montant
Responsable santé maternelle	2	368 711
Conseiller en paludisme		340 608
Responsable soins après avortement	2	226 997
Responsable IEC	2	170 376
Responsable logistique	2	194 332
Responsable suivi-évaluation	70	4 702 822
Coordinatrice Dakar	2	161 157
Coordinatrice Thiès	2	141 865
Coordinatrice Louga	2	129 630
Total		6 436 498

i- Activités de lutte contre le paludisme

Concernant les activités de lutte contre le paludisme, nous avons tenu compte de la fiche de temps préétablie au niveau du projet. La part du temps prévue pour le personnel technique est de 33% (cette répartition ne s'applique pas au Conseiller en paludisme). Cependant, compte tenu du fait que les activités de lutte contre le paludisme sont intégrées aux activités de supervision formative, nous avons déduit du total de la supervision formative la part concernant la lutte contre le paludisme c'est-à-dire les 33% correspondant.

Cela nous donne la répartition suivante :

Personnel	Montant
Responsable santé maternelle	5 171 218
Responsable soins après avortement	2 809 098
Responsable IEC	365 457
Responsable logistique	1 122 271
Responsable suivi-évaluation	665 113
Coordinatrice Dakar	2 260 234
Coordinatrice Thiès	1 404 465
Coordinatrice Louga	1 818 064
Total	15 615 920

A-2 Répartition des salaires du personnel de soutien (chauffeurs, gardiens, agent de nettoyage)

A-2-1 Chauffeurs

Les salaires des chauffeurs se répartissent comme suit :

Tableau n°6 : Nombre de Km parcourus par chauffeur et par activité

	Chauffeur 1	Chauffeur 2	Chauffeur 3	Chauffeur 4	Chauffeur 5	Chauffeur 6
Formation	1 195	0	1 234	708	0	993
Supervision formative	8 275	5 911	9 040	2 924	7 617	7 263
Supervision logistique	0	0	0	187	693	664
Approvisionnement	4 704	3 696	0	6 084	2 776	5 380
IEC/Plaidoyer	1 783	541	2 171	2 209	3 092	866
Remise d'équipements	2 594	2 297	1 013	0	1 445	1 115
PNP/Accréditation	0	219	0	345	0	125
Lutte contre le paludisme	1 200	1 687	721	1 503	1 592	4 768
administration	0	0	0	122	0	0
Total	19 751	14 351	14 179	14 100	17 215	21 174

Source : caméts de bord des véhicules

Tableau n°7 : Répartition des salaires des chauffeurs entre les activités de PREMOMA

Fonctions	Montant
Formation	661 558
Supervision formative	7 250 841
Supervision logistique	247 543
Approvisionnement	4 002 276
Remise d'équipements	2 016 428
IEC/Plaidoyer	1 450 721
Révision des politiques, normes et protocoles/ Accréditation, leadership	149 601
Lutte contre le paludisme	30 424
Administration	1 881 739
Total	17 691 431

Source : Auteur

A-2-2 Gardiens et agent de nettoyage

Les salaires des gardiens et des agents de nettoyage se répartissent comme suit :

Tableau n°8 : Répartition des salaires des gardiens et de l'agent de nettoyage

	Gardiens	Agent de nettoyage
Formation	464 100,44	173 243,33
Supervision formative	464 100,44	173 243,33
Supervision logistique	464 100,44	173 243,33
Approvisionnement	464 100,44	173 243,33
Remise d'équipements	464 100,44	173 243,33
IEC/Plaidoyer	464 100,44	173 243,33
Révision des politiques, normes et protocoles/ Accréditation, leadership	464 100,44	173 243,33
Lutte contre le paludisme	464 100,44	173 243,33
Administration	464 100,44	173 243,33
Total	4 176 904	1 559 190

Source : Auteur

B- Véhicules

Les véhicules du projet sont utilisés dans la majeure partie pour la supervision formative, la supervision logistique et l'approvisionnement, les formations, les activités d'IEC et plaidoyer et les missions d'administration. Les véhicules sont également utilisés mais à un moindre degré pour effectuer certaines missions concernant les activités de la révision des normes, politiques et protocoles.

Le nombre total de kilomètres parcourus par les véhicules du projet durant la période de notre étude, c'est-à-dire de décembre 2004 à août 2005 (soit 9 mois) est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°9 : Nombre de Km parcourus par les véhicules de PREMOMA

Fonctions	Nombre de Km parcourus	Répartition
Formation	4 310	4%
Supervision formative	41 048	41%
Supervision logistique	22 640	22%
Approvisionnement	1 544	2%
Remise d'équipements	8 464	11%
IEC/Plaidoyer	10 662	8%
Révision des politiques, normes et protocoles/ Accréditation, leadership	689	1%
Lutte contre le paludisme	122	0%
Administration	2 004	11%
Total	100 770	100%

Source : carnets de bord des véhicules

NB : l'estimation du coût des biens d'investissement notamment les véhicules, le matériel et l'équipement a été faite par une méthode d'amortissement économique selon la démarche suivante :

- valeur actualisée : estimation de la valeur actualisée de l'investissement considéré, c'est-à-dire la somme qu'il faudrait payer, au moment où l'on effectue l'étude (c'est la valeur de remplacement et non la valeur d'origine) ;
- durée de vie : évaluation du nombre d'années pendant lesquelles on peut raisonnablement utiliser le bien ;
- taux d'actualisation : détermination du taux d'actualisation. Pour notre étude, nous avons retenu le taux de 10% que pratique la Banque Mondiale (3).

Le coût total du renouvellement des véhicules pour les 9 mois selon la méthode d'amortissement économique s'élève à **17 938 472 F CFA**.

Le coût total du carburant, de l'entretien et de l'assurance des véhicules s'élève à **21 191 405 F CFA**.

La répartition du coût des véhicules entre les fonctions de PREMOMA se fait comme suit :

Tableau n°10 : Répartition du coût des véhicules entre les fonctions de PREMOMA

Fonctions	Montant
Formation	1 565 195
Supervision formative	16 043 250
Supervision logistique	8 608 573
Approvisionnement	782 598
Remise d'équipements	3 130 390
IEC/Plaidoyer	4 304 286
Révision des politiques, normes et protocoles/ Accréditation, leadership	391 299
Lutte contre le paludisme	0
Administration	4 304 286
Total	39 129 877

Source : Auteur

C- Electricité

Démarche : Nous avons estimé le temps que le personnel technique passe au bureau (environs 20% du temps total de travail) en considérant que c'est pendant cette période que les techniciens utilisent l'électricité. Nous avons ensuite procédé à une répartition égalitaire du résultat obtenu.

Les coûts de l'électricité des bureaux de Thiès et de Louga ont été répartis entre les activités menées par les coordinatrices de ces deux bureaux.

Nous avons opté pour cette démarche pour le bureau de Dakar car il aurait été difficile d'estimer de façon précise la part de chaque responsable, étant donné que les bureaux sont partagés par plusieurs spécialistes.

Le coût total de l'électricité s'élève à **2 354 990 F CFA** et se répartit de la façon suivante entre les différents bureaux :

Dakar: 1 964 450 F CFA

Thiès: 168 720 F CFA

Louga: 221 820 F CFA

Tableau n°11: Répartition des charges d'électricité

Fonctions	Montant
Formation	76 379
Supervision formative	315 616
Supervision logistique	39 306
Approvisionnement	4 490
Remise d'équipements	22 182
IEC/Plaidoyer	63 361
Révision des politiques, normes et protocoles/ Accréditation, leadership	5 613
Lutte contre le paludisme	211 580
Administration	1 616 463
Total	2 359 989

Source : Auteur

D- Matériel et équipements

Concernant les ordinateurs et le mobilier de bureau utilisés par le personnel technique, nous avons fait une répartition qui tient compte des activités auxquelles ils ont participé.

NB : Notre étude ne prend pas en compte le matériel et les équipements des bureaux régionaux de Thiès et Louga, compte tenu de l'insuffisance d'informations en rapport avec l'inventaire du matériel et des équipements de ces bureaux.

Tableau n°12 : Répartition des charges d'amortissement du matériel et des équipements

Fonctions	Montant
Formation	46 688
Supervision formative	360 193
Supervision logistique	275 718
Approvisionnement	10 104
Remise d'équipements	0
IEC/Plaidoyer	451 084
Révision des politiques, normes et protocoles/ Accréditation, leadership	10 923
Lutte contre le paludisme	177 409
Administration	2 559 672
Total	3 891 791

Source : Auteur

E- Communication

Concernant le bureau de Dakar, nous avons opté pour la même démarche que celle utilisée pour la répartition des charges d'électricité. Ainsi, nous avons retenu la part de 20% du coût total de la communication que nous avons réparti de façon égalitaire au niveau du personnel technique (en considérant que les communications du personnel technique s'effectuent essentiellement pendant les 20% du temps de travail qu'ils passent au bureau), le reste du coût étant attribué à l'administration.

Tableau n°13 : Répartition des frais de communication

Fonctions	Montant
Formation	213 366
Supervision formative	818 073
Supervision logistique	104 641
Approvisionnement	14 806
Remise d'équipements	54 619
IEC/Plaidoyer	172 848
Révision des politiques, normes et protocoles/ Accréditation, leadership	14 806
Lutte contre le paludisme	550 988
Administration	4 249 238
Total	6 001 385

Source : Auteur

I-5-2 Répartition secondaire

Cette étape consiste à repartir le coût de la fonction auxiliaire « administration » sur les fonctions principales. L'unité d'œuvre retenue pour la répartition est le volume d'activité.

Après avoir effectué cette répartition secondaire, nous nous proposons de présenter les résultats obtenus.

II ANALYSE DES COUTS

II-1 Structure des coûts de PREMOMA

L'analyse de la structure des coûts s'intéressera à faire ressortir la répartition des différents apports ou ressources, la répartition des coûts de toutes les fonctions de PREMOMA.

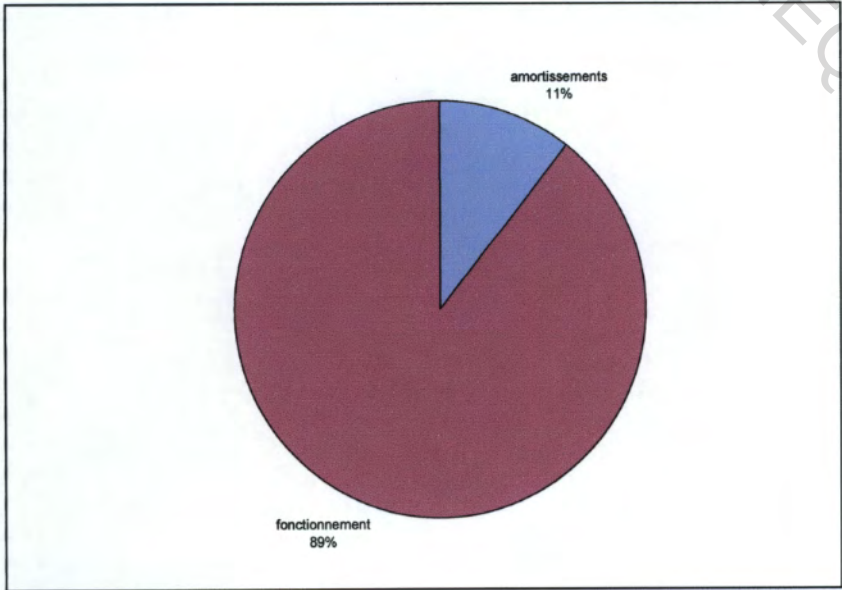
Tableau n°14 : Répartition des apports en nature

Apports	Montant	%
AMORTISSEMENTS		
Véhicules	39 129 877	10%
Matériel et équipements	3 891 791	1%
Sous total amortissements	43 021 668	11%
FONCTIONNEMENT		
Salaires du personnel	149 131 163	36,38%
Perdiems PREMOMA	33 232 040	8,10%
Perdiems participants et consultants	34 859 259	8,5%
Location de salles et pauses-café	1 081 851	0,3%
Frais de transport PREMOMA	7 746 790	2%
Frais de transport participants	969 822	0,24%
Frais de logement participants	2 536 500	0,62%
Frais de communication, autres frais de correspondance, consommation en eau et électricité	8 951 247	2,18%
Fournitures et consommables	8 807 184	2,15%
Contraceptifs	92 585 890	23,32%
Loyer et charges locatives, entretien des locaux	20 116 520	5%
Prestation de services	1 944 800	0,5%
Frais bancaires, réceptions, divers	1 876 934	0,46%
Sous total fonctionnement	363 840 036	89%
Total	406 861 704	100%

Le coût total des apports nécessaires pour la réalisation des activités du projet, sur notre période d'étude est estimée à **406 861 704 F CFA**. Les charges d'amortissement représentent 11% et les charges de fonctionnement représentent 89% de ce coût total.

La figure ci-dessous met bien en évidence cette distribution des apports en nature.

Figure n°2 : Proportion des apports en nature de PREMOMA



Lorsque l'on procède à une analyse plus détaillée des charges de fonctionnement, l'on observe qu'elles sont essentiellement dominées par la rémunération du personnel (40%) et les contraceptifs (26%).

Les dépenses d'amortissement ne représentent que 11% des apports et sont dominées par les véhicules (90%). Ce faible taux des charges d'amortissement pourrait s'expliquer par le fait que nous n'avons pas pris en compte le matériel et les équipements des bureaux régionaux de Thiès et Louga. D'autre part, nous n'avons considéré dans notre calcul d'amortissement économique le matériel et les équipements dont la durée de vie n'était pas encore arrivée à terme.

II-2 Coût des fonctions de PREMOMA

Concernant le coût des fonctions de PREMOMA, nous avons dans un premier temps considéré le coût de toutes les fonctions de PREMOMA (fonctions principales et fonction auxiliaire). Cela nous a permis d'apprécier le poids de la fonction administration par rapport aux autres fonctions.

Tableau n° 15 : Répartition des coûts des différentes fonctions de PREMOMA

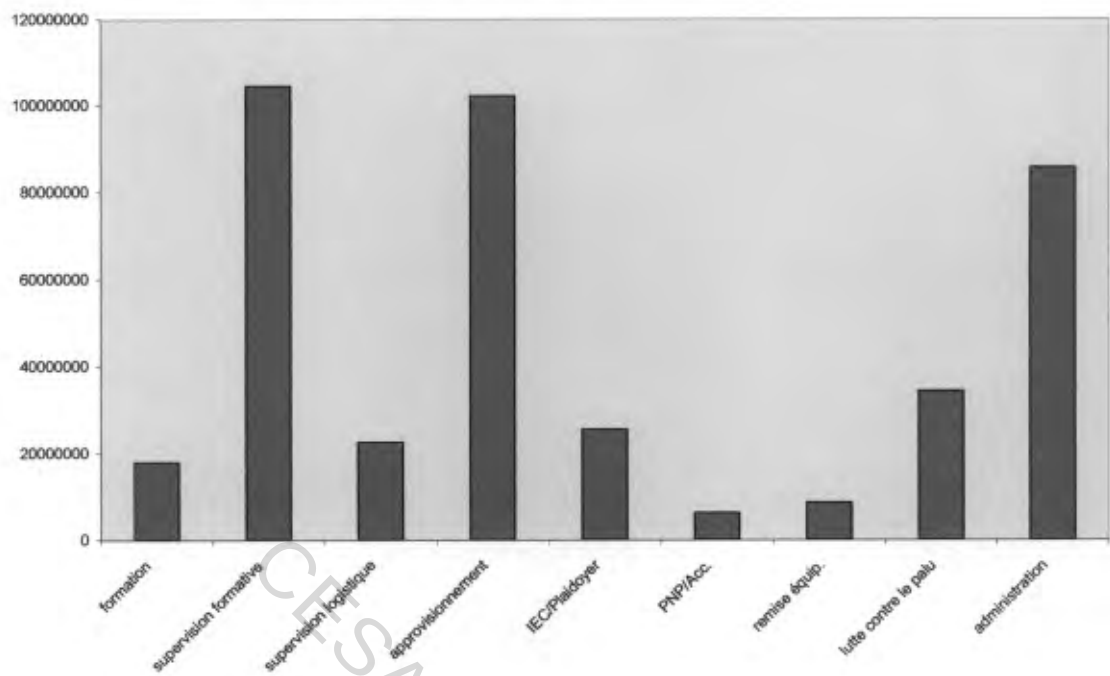
Fonctions	Montant	%
Formation	17 787 266	4%
Supervision formative	104 359 730	26%
Supervision logistique	22 482 888	6%
Approvisionnement	102 094 219	25%
Remise d'équipements	8 567 434	2%
IEC/Plaidoyer	25 440 856	6%
Révision des politiques, normes et protocoles/ Accréditation, leadership	6 219 908	2%
Lutte contre le paludisme	34 371 031	8%
Administration	85 538 372	21%
Total	406 861 704	100%

A l'issue de la répartition primaire, l'on constate que les fonctions qui ont les coûts les plus élevés sont la supervision formative (26%), l'approvisionnement en contraceptifs (25%) et l'administration (21%).

Pour les besoins de notre étude, nous avons considéré les activités de monitoring et évaluation comme des activités administratives. Nous avons également inclus dans les dépenses d'administration les frais de transport pour la participation aux conférences, ainsi que la consommation en eau des différents bureaux (Dakar, Thiès et Louga). C'est cela qui explique le niveau élevé de la fonction administration.

Ainsi, les charges administratives ne sont en réalité pas importantes comme pourraient le laisser supposer nos calculs.

Figure n°3 : Répartition des différentes fonctions de PREMOMA



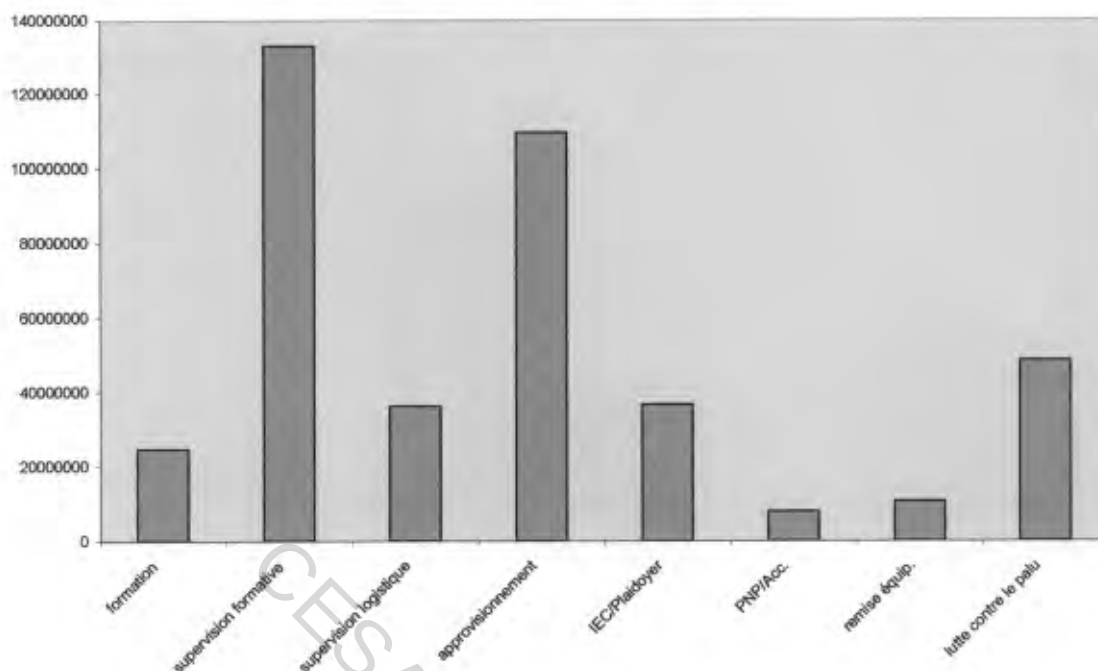
II-3 Coût des fonctions principales de PREMOMA

Ces coûts sont rapportés après les répartitions primaire et secondaire.

Tableau n°16 : Répartition des fonctions principales de PREMOMA

Fonctions	Montant	%
Formation	24 630 336	6%
Supervision formative	133 015 085	32%
Supervision logistique	36 169 028	9%
Approvisionnement	109 403 340	27%
Remise d'équipements	10 667 534	3%
IEC/Plaidoyer	36 560 844	9%
Révision des politiques, normes et protocoles/ Accréditation, leadership	7 930 675	2%
Lutte contre le paludisme	48 848 862	12%
Total	406 861 704	100%

Figure n°4 : Répartition des coûts des fonctions principales de PREMOMA



La répartition des coûts des fonctions principales fait ressortir les principales orientations du projet. Dans l'objectif d'appuyer la DSR pour l'amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction, la supervision formative est l'activité essentielle dans laquelle PREMOMA s'est fortement impliquée. Ainsi, cette activité dans sa mise en œuvre sur le terrain fait intervenir la plupart des techniciens du projet et certaines ressources humaines du Ministère. C'est donc à juste titre que cette fonction consomme la plus grande partie des ressources.

II-4 Coût moyen des activités

Le coût moyen est le rapport du coût total par activité à la quantité d'activité réalisée.

Compte tenu du fait que les activités de révision des politiques, normes et protocoles ainsi que celles de remise d'équipements ont été exécutées de façon ponctuelle, nous avons orienté le calcul du coût moyen vers les autres activités qui ont été exécutées de façon continue sur la durée de notre étude (formation, supervision formative, supervision logistique, approvisionnement en contraceptifs).

Concernant la fonction IEC/Plaidoyer, il nous a été difficile de déterminer le coût moyen car les activités sont d'une part très diversifiées et d'autre part elles ne s'exécutent qu'une seule fois en générale.

Tableau n°17 : Coût de revient des activités de supervisions formative et logistique, de formation et d'approvisionnement en contraceptifs

Fonctions	Indicateurs	Quantité d'activité	Coûts totaux	Coûts moyens
Formation en santé Maternelle	Nombre de formés	181		98 272
Formation en planification Familiale	Nombre de formés	306	17 787 266	58 128
Supervision formative	Nombre de visites	142	104 359 730	734 928
Supervision logistique	Nombre de visites	90	22 482 888	249 810
Approvisionnement en contraceptifs	Nombre d'approvisionnements	104	105 094 219	1 010 521

Pour le calcul des coûts moyens concernant la supervision formative, la supervision logistique et l'approvisionnement en contraceptifs, nous avons choisi comme indicateur de niveau d'activité le nombre de visites car certaines structures ont bénéficié à plusieurs reprises de ces activités.

Ainsi les différents coûts moyens obtenus sont :

Formation en santé maternelle = 98 272 F CFA/personne formée ;

Formation en planification familiale = 58 128 F CFA/personne formée ;

Supervision formative = 734 928 F CFA/visite ;

Supervision logistique = 249 810 F CFA/visite ;

Approvisionnement en = 1 010 521 F CFA/approvisionnement contraceptifs.

Evaluation des résultats de la supervision formative

Cette évaluation consiste à analyser les résultats obtenus par la supervision formative. Nous nous focalisons sur cette fonction car elle représente la principale activité du projet.

Pour cette évaluation nous avons retenu les districts sanitaires de Tivaouane et de Khombole pour la disponibilité des données sur les deux visites de supervision (avant et après intervention) dont elles ont bénéficié. Cela nous a permis d'apprécier le changement de situation opéré grâce à cette supervision.

La supervision formative dans sa mise en œuvre se focalise sur les items suivants :

L'observation des locaux, les compétences dans la prestation des services, le remplissage des supports et l'offre de services.

L'évaluation de la supervision formative a consisté à apprécier le changement de situation au niveau des items suscités. Ce changement de situation a pu être apprécié grâce à la variation observée entre la mesure des items lors de la première supervision et celle de la deuxième supervision après intervention. Les résultats sont exprimés en pourcentage.

L'appréciation des résultats de la supervision formative pourra se faire à travers les tableaux ci-dessous.

Compétences des prestataires

	Tivaouane			khombole		
	Visite1	Visite2	Variation	Visite1	Visite2	variation
CPN ¹	55,8	53,1	-2,7	53	51,4	-1,6
PF ²	34,9	40	+5,1	34	61,3	+27,3
Counseling	41,4	61,4	+20	49,9	52,9	+3
Causerie	40,7	60,7	+20	45,9	65,4	+19,5
PI ³	30,9	60,5	+35,6	14,7	45,5	+30,8
Logistique	45	62,8	+17,8	21,8	61,7	+39,9

¹CPN : Consultation prénatale

²PF : Planification familiale

³PI : Prévention des infections

Remplissage des supports

	Tivaouane			khombole		
	Visite1	Visite2	Variation	Visite1	Visite2	variation
Fichier PF	55,8	53,1	-2,7	53	51,4	-1,6
Registre PF	34,9	40	+5,1	34	61,3	+27,3
Autres supports PF	41,4	61,4	+20	49,9	52,9	+3
Registre CPN	40,7	60,7	+20	45,9	65,4	+19,5
Registre accouchement	30,9	60,5	+35,6	14,7	45,5	+30,8
Registre CPON ⁴	45	62,8	+17,8	21,8	61,7	+39,9

⁴CPON : Consultation post natale

Offre de services

	Tivaouane			khombole		
	Visite1	Visite2	Variation	Visite1	Visite2	variation
Préventifs	69,6	69,8	-0,2	77,8	70	-7,8
PF	94,2	82,7	+11,5	66,7	80,8	+14,1
SOUB ⁵	75	66,5	+8,5	87,5	74,1	+13,4

⁵SOUB : Soins obstétricaux d'urgence de base

Observation des locaux

	Tivaouane			khombole		
	Visite1	Visite2	Variation	Visite1	Visite2	variation
Impressions générales	68,6	67,5	-1,1	66,4	72,7	+6,3
Infrastructures et équipements	67,5	42,1	-25,4	35	44,1	+9,1
Organisation des activités	34,9	68	+33,1	26,8	38,6	+11,8

A travers les résultats ci-dessus, nous pouvons constater que la supervision formative a permis une amélioration tant sur le plan des compétences des prestataires que sur le plan des locaux et des infrastructures et équipements.

Nous pouvons également noter que le district de Tivaouane présente de moins bons résultats que celui de Khombole. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les deux visites de supervision formative ont été réalisées dans un intervalle de temps trop important (première visite en 2003 et deuxième visite en

2005). La deuxième raison tient au fait que le district de Tivaouane a connu beaucoup de mutations concernant les prestataires. Ainsi, les prestataires qui avaient bénéficié d'orientations dans les différents domaines visés par la supervision formative ont été remplacés par de nouveaux prestataires non formés. Ce sont ces prestataires qui ont été évalués lors de la deuxième visite de supervision et c'est ce qui explique ces résultats en baisse.

III- IDENTIFICATION DES SOURCES DE FINANCEMENT

Initié par l'USAID, PREMOMA est exécuté par l'agence d'exécution MSH. Contrairement à la plupart des projets qui ont des ressources d'origine diverses, PREMOMA se caractérise par le fait que sa seule source de financement est l'USAID.

Le Ministère de la santé du Sénégal n'intervient qu'en mettant à la disposition du projet certaines ressources humaines. Il convient toutefois de préciser que la part du temps que ces ressources humaines consacrent aux activités de PREMOMA est prise en charge par le projet à travers les per diems qui leur sont versés.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

I- DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ANALYSE DES COUTS

Avant d'aborder le chapitre de la discussion proprement dite, nous faisons ressortir les difficultés auxquelles nous avons été confrontés et qui pourraient dans une certaine mesure relativiser nos résultats.

I-1 Limites de l'étude

Les difficultés ont dans un premier temps été observées au niveau du traitement des données relatives aux distances parcourues par les véhicules. Le manque de précision au niveau du libellé de certaines activités nous a souvent conduit à ne pas prendre en compte certaines distances.

Nous avons également été confrontés au manque de données sur certains matériels et équipements utilisés par les coordinations régionales.

L'une des difficultés majeure résidait dans le fait que certaines activités ont été menées de façon ponctuelle et visaient des cibles différentes. Cela ne nous a donc pas permis de déterminer les coûts moyens car l'indicateur du niveau d'activité était difficile à définir.

Il convient toutefois de signaler que les données manquantes par leur caractère infime n'ont pas réellement eu d'incidence majeure sur les résultats que nous avons obtenus.

Au plan méthodologique, la limite majeure tient à la répartition des charges indirectes entre les fonctions du projet. Il nous a donc été difficile de répartir les charges d'amortissement du matériel et des équipements, les charges d'électricité et d'eau, les charges de communication. Les choix des clés de répartition s'étant fait de façon arbitraire.

I-2 Pérennité des activités

Notre discussion se focalisera sur les activités de supervision formative, de supervision logistique et d'approvisionnement en contraceptifs.

Nous avons pu remarquer dans l'analyse des sources de financement que l'USAID est le seul bailleur, cela nous amène à nous poser les questions suivantes :

- 1- la DSR sera -t-elle capable de prendre en charge sur fonds propres le coût des charges récurrentes nécessaires à la mise en œuvre des activités exécutées de façon continue ?

Avant de répondre à cette question, il est important d'identifier les éléments de coût auxquels la DSR n'aura pas à faire face avec ses fonds propres.

I-2-1 La supervision formative

Les premiers facteurs d'accroissement des coûts de la fonction supervision formative sont les salaires, les perdiems et les frais de transport perçus par les agents de PREMOMA. Ils totalisent respectivement 44 746 454 F CFA, soit 34% du coût de la supervision formative, 18 295 480 F CFA, soit 14% du coût de la supervision formative, 1 802 726 F CFA soit 1% du coût de la supervision formative.

Les visites de supervision formative dans leur mise en œuvre s'étendaient sur deux jours par poste de santé et concernaient plusieurs aspects au niveau du poste. Cela contribuait à accroître le coût de la fonction. C'est ainsi que PREMOMA a opté pour une durée de un jour par poste de santé avec des visites orientées vers des objectifs précis à atteindre. La DSR pourrait donc opter pour cette méthode qui contribue à baisser le coût des visites de supervision formative.

La supervision formative étant un concept nouveau, elle a nécessité dans ses premières phases de mise en œuvre d'un appui considérable des techniciens de PREMOMA et du niveau central. Cela a également contribué à accroître le coût des visites.

I-2-2 La supervision logistique

La supervision logistique dans sa mise en œuvre engage les ressources humaines de PREMOMA notamment le Responsable logistique ainsi que les Coordinatrices régionales de PREMOMA. Si la DSR veut poursuivre les activités de supervision logistique, il est évident qu'elle n'aura pas à supporter les charges du personnel de PREMOMA impliqué dans cette activité. Ces charges totalisent un montant de 6 583 700 F CFA, soit 18% du coût de la supervision logistique.

Les perdiems et les frais de transport reçus par les agents de PREMOMA constituent également des éléments d'accroissement du coût de la supervision logistique. Ces perdiems et frais de transport s'élèvent respectivement à 2 790 150 F CFA, soit 8% du coût de la supervision logistique et à 139 900 F CFA, soit 0,4% du coût de la supervision logistique. Par ailleurs, le montant des perdiems que PREMOMA accorde aux agents de la DSR qui participent à l'activité de supervision logistique est plus élevé que celui accordé par le Ministère.

Il est important de préciser que les visites de supervision logistique s'effectuent au moins deux fois dans l'année. La première visite concerne tous les districts sanitaires du Sénégal, la deuxième visite ne s'intéresse qu'à vingt quatre districts où intervient l'USAID. La visite de ces vingt quatre districts de l'USAID engage des ressources supplémentaires qui pourraient être considérées comme un facteur d'accroissement du coût de la supervision logistique pour la DSR.

I-2-3 L'approvisionnement en contraceptifs

Comme la supervision logistique, les charges salariales, les perdiems et les frais de transport des agents de PREMOMA impliqués dans la mise en œuvre de l'activité approvisionnement en contraceptifs constituent un surcoût pour la DSR.

Les salaires totalisent un montant de 5 416 915 F CFA, soit 4% du coût de l'approvisionnement en contraceptifs. Les perdiems s'élèvent à 895 850 F CFA, soit 0,8% du coût de l'approvisionnement en contraceptifs.

Les contraceptifs à eux seuls représentent 85% du coût de la fonction approvisionnement en contraceptifs. Ces contraceptifs sont fournis en totalité par l'USAID sous forme de dons. Il est évident

que la DSR aura des besoins en contraceptifs si elle veut continuer à assurer les activités d'approvisionnement. Cependant, compte tenu du coût élevé des contraceptifs fournis par l'USAID, il serait judicieux d'une part de se tourner vers d'autres fournisseurs susceptibles de faire des propositions plus intéressantes en termes de prix et de délais de livraison. D'autre part il est possible de remplacer certains contraceptifs très coûteux par des contraceptifs qui ont un coût plus bas et qui ont la même efficacité. Une étude réalisée en Thaïlande a permis de révéler que l'approvisionnement relatif au Norplant atteindrait 9,40 dollars par année-couple de protection, comparé à environs 5 dollars pour le DIU. Cette étude a permis de montrer qu'il est moins coûteux de fournir des contraceptifs injectables et des DIU plutôt que le Norplant.

Tableau n°18 : Rubriques de coûts sur lesquelles la DSR pourrait faire des économies

	Supervision formative		Supervision logistique		Approvisionnement	
	Montant	% coût de fonction	Montant	% coût de fonction	Montant	% coût de fonction
Salaires	44 764 454	34%	6 583 700	18%	5 416 951	4%
Perdiems	18 295 480	14%	2 790 150	8%	895 850	0,8%
Frais de transport	1 802 726	1%	139 300	0,4%	0	0
Total	64 862 660	49%	9 513 150	26,4%	6 312 801	4,8%
Reste à supporter	68 152 425	51%	26 655 878	73,6%	103 090 539	95,2%

Ce tableau nous montre qu'il est possible pour la DSR de réaliser des économies considérables sur les différentes fonctions pour lesquelles elle pourrait envisager de poursuivre les activités.

Cependant une question importante mérite d'être posée :

- 2- la DSR pourra-t-elle en termes de volume d'activité intégrer ces nouvelles à ces activités de routine ?

Cette question est d'autant plus pertinente que les activités menées par PREMOMA occupent 80% du temps des techniciens du projet. Cela sera suppose que la DSR sera amenée soit à redéployer son personnel, soit à procéder à de nouveaux recrutements au niveau régional et district ou affecter de nouvelles tâches aux agents du niveau régional et du niveau district. Ces activités occuperont encore plus de temps pour les agents de l'Etat d'autant plus que l'objectif est d'arriver à organiser des visites de supervision de manière rapprochée. Comme nous avons pu le remarquer, les résultats positifs mais pas réellement importants et les mauvaises performances enregistrés au niveau des districts de Tivaouane et de Khombole sont dus à l'écart entre les visites de supervision.

Par ailleurs, l'un des éléments importants dont il faut tenir compte est la motivation du personnel étatique. Tenus de démontrer l'efficacité du projet, les techniciens de PREMOMA se sont fortement impliqués dans la mise en œuvre des activités de terrain. Les agents de la DSR auront-ils la même détermination étant entendu que les motivations financières resteront inchangées et que l'une des

caractéristiques de l'administration publique est de se focaliser sur la mise en œuvre des procédures plutôt que sur les résultats.

II RECOMMANDATIONS

Les recommandations que nous avons retenues à l'issue de notre étude sont basées sur les discussions relatives à l'organisation des activités et aux possibilités de leur pérennisation.

Ces recommandations sont essentiellement destinées aux trois principaux acteurs du projet : l'agence d'exécution MSH, le bailleur l'USAID et la DSR.

Aux Responsables de MSH

Notre étude veut dans un premier contribuer à clarifier la façon dont les ressources sont utilisées et dans un second temps à orienter les responsables pour une utilisation efficiente des ressources. Cette étude ne doit donc pas être perçue comme un moyen de restriction des dépenses mais plutôt comme une contribution à la gestion efficace des projets par la maîtrise de l'outil économique.

Pour une gestion et un suivi efficaces, les responsable de MSH devraient pour les prochaines stratégies penser à :

- Elaborer un cadre logique qui sera le document de référence. Ce cadre logique aura pour avantages de faire ressortir les objectifs du projet, les indicateurs nécessaires à la mesure de l'atteinte des objectifs, les moyens de vérification des indicateurs.
- Définir les activités à réaliser. Cela permettra d'obtenir un paquet précis d'activités importantes à réaliser et dont il sera indispensable d'estimer le coût et d'analyser les facteurs influençant la production et la pérennisation.
- Prévoir dans la gestion du projet, une dotation aux amortissements pour les investissements.
- Faire une évaluation ex-ante du projet qui permettra d'inclure dans les propositions faites aux bailleurs, un inventaire des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en œuvre des activités du projet pour lequel l'agence d'exécution souhaite avoir la gestion. Cela permettra également de montrer aux bailleurs que l'on s'intéresse à cet aspect important de la gestion qui est l'efficience.
- Procéder à des études d'évaluation économique qui auront pour avantage d'orienter les ressources vers les activités les plus efficaces.

Au bailleur l'USAID

Le chapitre de l'identification de l'origine des ressources utilisées par PREMOMA nous a permis de noter que 100% du coût du projet était supporté par l'USAID. Nous avons même pu noter que le projet supportait les coûts d'une ligne téléphonique de la DSR.

Etant donné que tout projet a une durée de vie limitée et que tôt ou tard la gestion des activités sera dévolue aux structures locales, nous recommandons à l'USAID d'impliquer davantage le Ministère dans le financement. Cela aura pour avantage de faciliter la prise en charge du surcoût des nouvelles activités dévolues au Ministère. Cette dévolution nécessitant au préalable que les différentes parties s'accordent sur sa procédure et un calendrier.

A la DSR

La DSR devrait :

- Définir clairement les activités qui ont un intérêt pour elle et qu'elle voudrait poursuivre. Cela contribuera à mieux déterminer les conditions de dévolution de ces activités.
- Faire une analyse des coûts des activités qu'elle est prête à prendre en charge. Cela permettra de faire des projections à long terme des besoins financiers et de déterminer comment l'intégration de nouvelles activités influencera la performance des agents de la DSR.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

La présente étude a eu pour objectif d'estimer et analyser les coûts du Projet de Réduction de la Morbidité et de la Mortalité Maternelle (PREMOMA) en vue de proposer des solutions pour la pérennisation de ces activités.

Notre étude a permis de montrer que les coûts de fonctionnement sont nettement plus importants que les coûts d'investissement. Les coûts de fonctionnement sont dominés par la rémunération du personnel et les contraceptifs.

Le calcul du coût des fonctions du projet a permis de noter que la supervision formative est la fonction qui a le coût le plus élevé.

L'identification des sources de financement a fait ressortir, à la différence des autres projets, que PREMOMA est soutenu par un seul bailleur qui est l'USAID. Cela pourrait expliquer la part importante qu'occupent les contraceptifs dans les charges de fonctionnement car ils sont tous fournis par le bailleur.

Il est important de souligner que la mise en œuvre des activités de PREMOMA occupe 80% du temps du personnel technique de PREMOMA. Ainsi, les conditions de dévolution des activités de PREMOMA à la DSR ainsi que leur pérennisation pourraient s'avérer difficiles. La DSR dans un premier temps sera confrontée à une nouvelle charge de travail en intégrant les activités principales de PREMOMA à leurs activités habituelles. Par ailleurs, cette intégration nécessitera d'énormes ressources financières, matérielles voire humaines supplémentaires étant donné que le financement n'était qu'à la seule charge du bailleur (USAID).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] **BEHIBRO Kwassy Rostand** : Analyse des coûts et reproductibilité d'un projet, cas du projet SIDA 2, Mémoire de fin de cycle DSES, CESAG Dakar, mai 2002.
- [2] **CREEL C., SASS J., YINGER V.** : Aperçu de la qualité des soins pour la santé reproductive, définition et mesure de la qualité, Population Reference Bureau, décembre 2002.
- [3] **CREESE A., PARKER D.** : Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires, OMS Genève, 1995.
- [4] **DIOUF M.** : Economie politique pour l'Afrique, les Nouvelles Editions Africaines du Sénégal, AUPEL-UREF, 1991.
- [5] **DRUMMOND M., O'BRIEN, STODDART G. et al:** Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé, Economica, Paris, 1998.
- [6] **GBOHI Rodolph Henri Dity** : Analyse des coûts d'un projet dans l'optique de la reproductibilité et dans le cadre de la dévolution des activités, cas du projet de santé Ivoir-Belge dans la région du Moyen-Comoé en Côte d'Ivoire, Mémoire de fin de cycle DSES, CESAG Dakar, juin 2003.
- [7] **JANOWITZ B., KANCHANASINITH K., AUAMKUL N., et al.:** Introducing the contraceptive implant in Thailand, impact on a method use and costs, Int. Fam. Plann. Perspect, 1994.
- [8] **MALICKY Raima:** Analyse des coûts pour la pérennisation d'un projet Sénégal-Belge de lutte contre les IST/SIDA, Mémoire de fin de cycle DSGS, CESAG Dakar, octobre 2001.
- [9] **McGuire A., HUGUES D., WALSH J. et al.:** The economics of family planning services, unpublished paper, London Family Planning Association, 1995.
- [10] **NORTMAN D.L., HALVAS J., RABAGO A.:** A cost benefit analysis of Mexican Social Security Administration's family planning program, Stud. In Fam. Plann., 1986.

- [11] **OMS**: Réduire la mortalité maternelle, Déclaration commune OMS/UNICEF/Banque Mondiale, 1997.
- [12] **OMS** : Statistiques sanitaires mondiales, bibliothèque de l'OMS, 2005.
- [13] **OMS/UNICEF** : Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle, Nouvelles méthodologies OMS, Avril 1996.
- [14] **ONUSIDA** : Directives d'évaluation des coûts des stratégies de prévention du VIH, collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA, Suisse Genève, mars 2001.
- [15] **REYNOLDS J., GASPARI K. C.**: Cost effectiveness analysis, Chevy Chase, MD, Center for human services (Pricor monograph series N°2, 1985).
- [16] **SAVADOGO Eugène**: Analyse des coûts de la mise en oeuvre de la stratégie de prise en charge des MST classiques par l'approche syndromique dans le district sanitaire de Kongoussi (Burkina Faso), Mémoire de fin de cycle DSGS, CESAG Dakar, octobre 2001.
- [17] **TINKER A.** : Safe motherhood as an economic and social investment, exposé présenté à une consultation technique sur la maternité sans risque, Sri Lanka, octobre 1997.
- [18] **TRUSSEL J., LEVEQUE J. A., KOENIG J. D. et al.**: The economic value of contraception, a comparison of 15 methods, Am. J. Public Health, 1995.
- [19] **UNICEF/OMS**: Prise de décision à l'échelon national pour les soins de santé primaires, OMS, Genève, mars 2001.
- [20] **WEISSMAN E., SNTUBWE O., MBONYE A. K., MAYINDO S.**: Uganda Safe motherhood programme costing study, WHO draft final report, October 1998.
- [21] **WETTE C. et al.**: Etude sur les coûts unitaires au niveau des districts sanitaires du Burkina Faso, Ministère de la santé, Direction de la santé, Direction des études et de la planification, 1998.

[22] WHO: Cost effectiveness and resources allocation, www.resource-allocation.com/content/1/1/1, 2003.

[23] YAZI M.: Les méthodes de calcul de coûts, Codex du module Analyse des coûts, DSES CESAG Dakar, 2005.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1 : liste des activités enregistrées dans la base de données de PREMOMA
pour notre période d'étude

Objet du voyage	Period de	Period a.	Etape 1	Etape 2	Etape 3	Etape 4	Etape 5	preparé par	Approbation DSR	Approbation GOP	statut activité
Remise des autoclaves	04/01/2005	06/01/2005	Thies	Thies	Thies	Thies	Thies	Woury Kane		05/01/2013	effectué
Livraison des équipements medicaux	04/12/2004	04/12/2004	Kaolack					Donna	17/12/2004	17/12/2004	effectué
Superviser la gestion et collecter les donnees des depots des Districts	09/01/2005	15/01/2005	Tambacounda					Papa Baba Lyssa		07/01/2005	effectué
Supervision logistic Louga & St. Louis	09/01/2005	15/01/2005	St. Louis	Louga				Papa Baba Lyssa	05/01/2005	13/01/2005	effectué
Supervision formative SR Kafrine	09/01/2005	14/01/2005	Kaolack					Philippe Marc	05/01/2005	03/01/2005	effectué
Approvisionnement Louga	16/01/2005	19/01/2005	Louga					Papa Baba Lyssa	07/01/2005	07/01/2005	effectué
Atelier d'orientation ECD sur les IBC (fin par WB)	17/01/2005	19/01/2005	Thies					Youssoufa		13/01/2005	effectué
Mission de preparation des sites PTME	17/01/2005	19/01/2005	Kaolack					Philippe Marc		12/01/2005	effectué
Supervision Logistic Dakar	17/01/2005	19/01/2005	Dakar					Papa Baba Lyssa		07/01/2005	effectué
Supervision Logistic, Dakar, 2nd equipe	17/01/2005	19/01/2005	Dakar					Papa Baba Lyssa	05/01/2005	13/01/2005	effectué
Supervision Logistic Dakar	31/01/2005	04/02/2005	Dakar					Papa Baba Lyssa	18/01/2005	17/01/2005	effectué
Supervision Logistic Dakar	31/01/2005	04/02/2005	Dakar					Papa Baba Lyssa	17/01/2005	17/01/2005	effectué
Supervision Logistic	23/01/2005	29/01/2005	Fatick					Papa Baba		13/01/2005	effectué

Approvisionnement Fatick	23/01/2005	29/01/2005	Fatick							Lyssa		13/01/2005	effectué
Supervision Logistic Thies & Diourbel	23/01/2005	29/01/2005	Thies	Diourbel						Papa Baba Lyssa	18/01/2005		effectué
Approvisionnement Thies & Diourbel	23/01/2005	29/01/2005	Thies	Diourbel						Papa Baba Lyssa	18/01/2005		effectué
Supervision Formative Kounghoul	24/01/2005	29/01/2005	Kaolack							Philippe Marc	18/01/2005		effectué
Approvisionnement St. Louis & Matam	30/01/2005	05/02/2005	St. Louis	Matam						Papa Baba Lyssa	18/01/2005		effectué
Supervision des activies de PLAN Senegal a Kaolack	01/02/2005	04/02/2005	Kaolack							Youssoufa		24/01/2005	effectué
Supervision Ziguinchor	31/01/2005	11/02/2005	Ziguinchor							Philippe Marc	25/01/2005	24/01/2005	effectué
Supervision Bignona	31/01/2005	11/02/2005	Ziguinchor							Philippe Marc	31/01/2005	24/01/2005	effectué
Supervision Oussouye	31/01/2005	11/02/2005	Ziguinchor							Philippe Marc	31/01/2005	24/01/2005	effectué
Supervision Formative Thionk Essyl	31/01/2005	11/02/2005	Ziguinchor							Philippe Marc	25/01/2005	25/01/2005	effectué
Supervision Nioro	20/02/2005	26/02/2005	Kaolack							Philippe Marc	31/01/2005	31/01/2005	effectué
Livraison des equipements medicales	07/02/2005	11/02/2005	Kaolack							Donna		04/02/2005	effectué
Supervision et collecte des donnees Logistic	06/02/2005	12/02/2005	Diourbel	Louga						Papa Baba Lyssa	04/02/2005		effectué
Logistic supervision Kaolack	06/02/2005	12/02/2005	Kaolack							Papa Baba	04/02/2005		effectué

Supervision formative Ziguinchor	21/02/2005	26/03/2005	Ziguinchor							Lyssa		02/02/2005	effectué
Supervision Formative Oussouye	15/02/2005	26/03/2005	Ziguinchor							Philippe Marc		02/02/2005	effectué
Supervision formative Bignona	15/02/2005	26/03/2005	Ziguinchor							Philippe Marc		02/02/2005	effectué
Supervision formative Thionk Essyl	15/02/2005	26/03/2005	Ziguinchor							Philippe Marc		02/02/2005	effectué
Logistic Supervision Thies	13/02/2005	19/02/2005	Thies							Papa Baba Lyssa	04/02/2005	04/02/2005	effectué
Logistic Supervision Ziguinchor	13/02/2005	19/02/2005	Ziguinchor							Papa Baba Lyssa	04/02/2005	04/02/2005	effectué
Logistic supervision Matam et St. Louis	20/02/2005	26/02/2005	Matam	St. Louis						Papa Baba Lyssa	04/02/2005	04/02/2005	effectué
Logistic supervision des districts de Kolda	20/02/2005	26/02/2005	Kolda							Papa Baba Lyssa	04/02/2005	04/02/2005	effectué
WARN Planning meeting in Togo Feb 8-10, 2005	06/02/2005	13/02/2005	Lome							Marcel			effectué
Identification des besoins Paludisme Benin	17/02/2005	28/02/2005	Cotenou							Marcel			effectué
Reunion consensus Pol. Prise en charge de Pallu	28/02/2005	05/03/2005	Bamako							Marcel			effectué
2 sessions de formation des prestataires SAA/AMIU	21/02/2005	05/03/2005	Thies							Fatim Tall	11/02/2005	11/02/2005	effectué
Remise Autoclaves	05/02/2005	06/02/2005	Thies	Thies	Thies	Thies	Thies	Thies	Thies	Woury Kane			effectué
Suivi Activities Leadership	04/02/2005	06/02/2005	Thies	Thies	Thies	Thies	Thies	Thies	Thies				effectué
Extension PC (choisi des	28/02/2005	04/03/2005	Kaolack	Kaolack	Kaolack	Kaolack	Kaolack	Kaolack	Kaolack	El Hadj	16/02/2005	16/02/2005	effectué

[illegible]

[illegible]

Continuation de livraison des équipements médicaux a Oussouye et Thionk Essyl	10/04/2005	16/04/2005	Ziguinchor	Ziguinchor					Oumar			effectué
Revue annuelle des tableaux d'acquisition des contraceptifs au Senegal	12/04/2005	15/04/2005	Dakar						Papa Baba Lyssa		08/04/2005	effectué
visite de suivi des maternités des 4 PPS des districts sanitaires de la region de Ziguinchor	16/05/2005	21/05/2005	Ziguinchor	Ziguinchor	Ziguinchor	Ziguinchor			Fatim Tall	15/04/2005	15/04/2005	effectué
Visite de suivi des maternités des 6 PPS des districts sanitaires de la region de Kaolack	24/04/2005	29/04/2005	Kaolack	Kaolack	Kaolack	Kaolack			Fatim Tall	15/04/2005	15/04/2005	effectué
Approvisionner en contraceptifs tous les districts de Saint-Louis, Richard Toll et la region de Louga, Faire le suivi des RTS des districts	17/04/2005	23/04/2005	St. Louis	Louga	Louga	Louga			Papa Baba Lyssa	15/04/2005	15/04/2005	effectué
Approvisionner en contraceptifs tous les districts de la region de Thies et faire le suivi des RTS des districts	24/04/2005	30/04/2005	Thies	Thies	Thies	Thies				15/04/2005	15/04/2005	effectué
Approvisionner en contraceptifs les districts de Dagana Podor et la region de Matam et faire le suivi des RTS des districts	02/05/2005	07/05/2005	St. Louis	Matam					Papa Baba Lyssa			effectué
Approvisionner en contraceptifs tous les districts des regions de Diourbel et de Fatick et faire le suivi des RTS des	08/05/2005	14/05/2005	Diourbel	Fatick					Papa Baba Lyssa	15/04/2005	15/04/2005	

[illegible]

de plaider sur la sante maternelle organisee par le district sanitaire de Kaolack	30/04/2005	30/04/2005	Dakar							Aminata Diallo				effectué
Participation a la journee de plaider avec le modele REDUCE a Mbao pour la lutte contre la mortalite maternelle a l'occasion de la Journee Mondiale de la Sante	28/04/2005	28/04/2005	Ziguinchor											effectué
Livraison des T-shirts pour la quinzaine de la femme	01/05/2005	04/05/2005	Thies	Thies						Fatim Tall				effectué
Suivi SAA a Khombole, Mekhe & Tivaoune	02/05/2005	07/05/2005	Dakar							Philippe Marc				effectué
Orientation des equipes cadres de Guediawaye, Rufisque, & Mbao	02/05/2005	04/05/2005	Kaolack	Louga						Serigne				effectué
Orientation en gestion de stocks des ICP et ECD	06/05/2005	06/05/2006	Thies							Serigne				effectué
Participer a l'etelier d'elaboration de proposition de PNL pour le 5eme Round du Fonds Mondial pour le Palu, le SIDA et la Tuberculose.	09/05/2005	10/05/2005	Thies							Youssoufa				annulé
Meeting with USAID, DC; attend Global Health Conference, COP meeting at MSH	29/05/2005	11/06/2005	Cambridge, MA	Washington, DC						Ousmane				
Appui a l'equipe de MSH Malawi pour l'amelioration de leur systeme	14/05/2005	29/05/2005	Lilongwe							Alioune			11/05/2005	effectué

comptable et financier.	23/05/2005	27/05/2005	Dakar							Philippe Marc		11/05/2005	reporté
Supervision Formative Guediawaye	23/05/2005	27/05/2005	Dakar							Philippe Marc		11/05/2005	reporté
Supervision Formative Mbao	23/05/2005	27/05/2005	Dakar							Philippe Marc		11/05/2005	reporté
Supervision Formative Rufisque	28/05/2005	04/06/2005	Washington, DC							Siri		11/05/2005	effectué
Participer au Global Health Conference	20/05/2005	12/06/2005	Washington, DC							El Hadj			effectué
Participation au Global Health Conference, visite professionnelles au MSH & TFGI	05/06/2005	10/06/2006	Kaolack							Philippe Marc			reporté
Supervision Formative Kaolack	23/05/2005	27/05/2005	Dakar							Youssoufa			effectué
Revision des manuels PCIME	29/05/2005	03/06/2005	Ziguinchor	Ziguinchor						Oumar			effectué
Livraison des équipements	29/05/2005	04/06/2005	Louga							Faty Thiam Ndiaye			effectué
Suivi des plan d'action COPE/PI au niveau des postes de sante et du CS Linguere	26/05/2005	31/05/2005	Thies							Woury Kane			effectué
Suivi des plan d'action supervision formative des PPS de Tivaoune	09/06/2005	11/06/2005	Thies							Philippe Marc		31/05/2005	
Atelier de dialogue sur le Leadership pour le niveau central	19/06/2005	02/07/2005	Thies	Thies						Philippe Marc		07/06/2005	13/06/2005 effectué
Supervision formative des PPS des districts de Tivaoune et Khombole	11/07/2005	11/07/2005	Dakar							Philippe Marc			effectué

Visite de préparation de l'activité " mobilisation communautaire PAC " dans le district de Ziguinchor.	12/07/2005	15/07/2005	Ziguinchor					Fatim Tall	07/07/2005	08/07/2005	effectué
Supervision formative + Introduction Cope + PI dans les PPS de Guédiawaye, Rufique, M'Bao.	18/07/2005	22/07/2005	Dakar					Philippe Marc	07/07/2005	07/07/2005	effectué
Supervision formative + Introduction Cope + PI dans les PPS de Guédiawaye, Rufique, M'Bao.	18/07/2005	22/07/2005	Dakar					Philippe Marc	07/07/2005	07/07/2005	effectué
Supervision formative + Introduction Cope + PI dans les PPS de Guédiawaye, Rufique, M'Bao.	18/07/2005	22/07/2005	Dakar					Philippe Marc	07/07/2005	07/07/2005	effectué
Visite de préparation de l'activité mobilisation communautaire PAC à Kafrine et M'Bour	24/07/2005	29/07/2005	Kaolack					Fatim Tall	05/07/2005	07/07/2005	effectué

Annexe 2 : Charges directes des fonctions de PREMOMA

	Formation	SF	SL	Appro	Palu	IEC/Plaid	PNP/Acc	Equip	Administ
perdiems part	4231801	19828352	3705250	2364890	8000	2354751	217500	0	1407751
perdiems prémo	1131900	18295480	2790150	895850	573800	3703700	183800	1878600	2756980
trans part	449600	290222	13700	18640	0	648600	122600	0	6600
trans prémo	22500	1802726	139300	0	77000	482120	350	33350	0
logement	90000	0	0	0	0	990000	1546500	0	0
pause-café	278900	0	73750	0	60550	347500	0	0	21151
location salle	240000	0	0	0	0	60000	0	0	0
communication	0	4425	20800	0	0	1365	0	0	6500
correspondance	0	0	0	0	0	39250	0	0	0
fournitures	1100650	1676440	128000	0	34950	1154290	476750	0	64400
prestation sce	110000	62800	0	0	0	1096000	0	276000	400000
consultant	665000	76000	0	0	0	0	0	0	0
divers	0	21699	0	0	0	259250	619250	0	0
total	8 320 351	42 058 144	6 870 950	3 279 380	754 300	11 136 826	3 166 750	2 187 950	4 663 382

Annexe 3 : Inventaire du matériel, des équipements et des véhicules

Libellés	Prix CFA	Prix US \$	Acquisition	Destination
Ordinateur		2371	2000	COP
Ordinateur		2250	2002	Dr Pape
Ordinateur		2371	2000	Dr Philippe
Ordinateur		2371	2000	El Hadj
Ordinateur		2371	2000	Col. Ndoye
Ordinateur	845500		2000	Administ
Ordinateur	845500		2000	Coord. Dakar
Ordinateur	845500		2000	Administ.
Ordinateur	845500		2000	Administ.
Ordinateur	845500		2000	Administ.
Ordinateur		2371	2000	Donna
Ordinateur		2250	2002	IEC
Ordinateur	840000		2002	Administ.
Ordinateur	840000		2002	Coord. Louga
Ordinateur	840000		2002	Coord. Thiès
Ordinateur	840000		2002	Administ.
Ordinateur		1999	2003	Administ.
Ordinateur		1999		Dr Fatim
Ordinateur		1999	2003	Administ.
Ordinateur		1529	2004	Administ.
Ordinateur		1529	2004	Administ.
Ordinateur		1529	2004	Administ.
Ordinateur		1529	2004	Administ.
Ordinateur		1529	2004	Administ.
Ordinateur		1529	2004	Administ.

Libellé	Prix CFA	Prix US \$	Acquisition	Destination
Chaise fixe fer	32000		2000	Administ.
Chaise fixe fer	32000		2000	Administ.
Chaise fixe fer	32000		2000	Administ.
Chaise fixe fer	32000		2000	Administ.
Chaise fixe fer	156000		2000	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	24160		2002	Administ.
Chaise fixe fer	460000		2004	Administ.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Libellé	Prix CFA	Prix US \$	Acquisition	Destination
Photocopieuse	1187200		2000	Administ.
Photocopieuse	2649060		2001	Administ.
Projecteur		3145	2000	Administ.
Projecteur		2950	2002	Administ.
Projecteur	888000		2003	Administ.
Imprimante	1385000		2000	Administ.
Imprimante	255000		2000	Administ.
Imprimante	350000		2002	Coord. Louga
Imprimante	350000		2002	Coord. Thiès
Onduleur	215000		2000	Administ.
Onduleur	215000		2000	Administ.
Onduleur	215000		2000	Administ.
Onduleur	215000		2000	Administ.
Onduleur	215000		2000	Administ.
Onduleur	215000		2000	Coord. Dakar
Onduleur	400000		2001	Salle réseau
Scanner	143000		2001	IEC
Mach. À relier	300000		2001	Administ.
Télécopieur	640400		2002	Coord. Louga
Télécopieur	640400		2002	Coord. Thiès
App. Photo	402000		2004	Administ.
Téléviseur	240000		2001	IEC
Téléviseur	114279		2002	Coord. Louga
Téléviseur	114279		2002	Coord. Thiès
Téléviseur	114279		2002	IEC
Vidéocassette	150000		2001	IEC
Vidéocassette	94576		2002	Coord. Louga
Vidéocassette	94576		2002	Coord. Thiès
Vidéocassette	94576		2002	IEC
Climatiseur	1148659		2002	Coord. Louga
Gpe électrog.	6700000		2002	Administ.

Libellé	Prix CFA	Prix US \$	Acquisition	Destination
Pick up FORD	11500000		2003	Sce Tech.
4x4 FORD		25843	2000	Sce Tech.
Break NISSAN		20063.16	2000	Sce Tech.
4x4 TOYOTA	27459000		2001	Sce Tech.
2ble cab. TOYOTA	13441000		2001	Sce Tech. Thiès

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAO - BIBLIOTHEQUE

Annexe 4 : Indicateurs retenus pour PREMOMA

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
1	Pourcentage de gestionnaires de dépôt de PPS formés dans la gestion des stocks.	Numérateur = nombre de gestionnaires de dépôt formés selon les supports de formation du projet ou un autre cours similaire; dénominateur = nombre total de gestionnaires de dépôt de PPS	24 districts		100%		Grille de supervision
2	Pourcentage de gestionnaires de dépôt de PPS formés qui respectent les normes de stockage	Numérateur = nombre de gestionnaires de dépôts de PPS formés observés qui respectent au moins 80% des normes de stockage; dénominateur = nombre total de gestionnaires de dépôt de PPS formés observés	24 Districts		100%		Grille de Supervision
3	Pourcentage de dépôts de PPS ou le 'PICS' est disponible au moins 90% des jours du dernier semestre (PICS=pilules, injections, condoms, spermicide)	Numérateur=nombre de dépôts ou le 'PICS' est disponible au moins 90% des jours du dernier semestre; dénominateur= nombre de dépôts de PPS observés	24 Districts		100%		Grille de supervision
4	Pourcentage de dépôts de PPS où la SP est disponible au moins 90% des jours du dernier semestre	Numérateur = nombre de dépôts de PPS observés où la SP est disponible au moins 90% des jours du dernier semestre; dénominateur= nombre de dépôts de PPS observés	24 Districts		100%		Grille de supervision. Partie IMAT
5	Pourcentage de PPS ou le DIU est disponible au moins 90% des jours du dernier semestre	Numérateur = nombre de dépôts de PPS observés où le DIU est disponible au	24 Districts		100%		Grille de supervision. Partie IMAT

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
		moins 90% des jours du dernier semestre; dénominateur= nombre de dépôts de PPS observés					
6	Pourcentage de gestionnaires de produits des dépôts de district formés dont les outils de gestion sont au moins à 80% bien tenus (fiches de stock, Carnet de commandes et les RTS)	Numérateur=nombre de gestionnaires de produits des dépôts de district formés et qui tiennent à jour les outils de gestion; dénominateur= nombre de gestionnaires de produits des dépôts de district formés	24 districts		100%		grille de supervision logistique des districts
7	Pourcentage de gestionnaires de produits des PPS formés dont les outils de gestion sont au moins à 80 % bien tenus (fiches de stock, Registre journalier des médicaments, Carnet de commandes et les RTS)	Numérateur= nombre de gestionnaires de produits des PPS formés et qui tiennent à jour les outils de gestion; dénominateur= nombre de gestionnaires de produits des dépôts de PPS formés	24 Districts		100%		Grille de supervision
8	Pourcentage de dépôts de district n'ayant pas connu des ruptures de stock de contraceptifs pendant le dernier semestre	Numérateur=nombre de dépôts de district n'ayant pas connu des ruptures de stock pendant le dernier semestre; dénominateur= nombre de dépôts de district	24 districts		100%		grille de supervision Rapport Trimestriel de stock (RTS)
9	Pourcentage de dépôts de district qui n'ont pas connu de rupture de stocks de méthodes contraceptives sur toute l'année imputable au gestionnaire formé • <i>A désagréger par région</i>	Numérateur= nombre de dépôts de district qui n'ont pas connu de rupture de stocks de méthodes contraceptives au dernier semestre imputable au gestionnaire de produits;	24 districts		100%		Grille de supervision logistique de district

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
10	Pourcentage de PPS qui n'ont pas connu de rupture de stocks de méthodes contraceptifs sur toute l'année imputable au gestionnaire * *nbre de pps dans les 24 districts	dénominateur= nombre de dépôts de district Numérateur= nombre de dépôts de PPS qui n'ont pas connu de rupture de stocks de méthodes contraceptives au dernier semestre imputables au gestionnaire de produits; dénominateur= nombre de dépôts de PPS	24 districts		100%		Grille de supervision
11	Pourcentage de mères qui ont fait au moins une visite postnatale dans les six semaines après l'accouchement dans le district	Numérateur=nombre de première visite postnatale (définie comme une visite dans les 42 jours qui ont suivi l'accouchement) du dernier semestre dans le district; dénominateur= nombre de naissances vivantes du dernier semestre dans le district	21 districts		50%		Grille de supervision
12	Pourcentage de PPS offrant des services PF* *nbre de pps couverts	Numérateur=nombre de PPS "offrant" des services PF au moment de la visite supervision; dénominateur=nombre de PPS	24 districts		100%		Grille de supervision
13	Pourcentage de prestataires de service qui respectent les normes et protocoles nationales d'administration de planification familiale	Numérateur=nombre de PPS de service PF observés qui respectent 80% des normes d'administration; dénominateur=nombre de PPS de service PF observés pendant la plus récente visite de supervision	24 Districts		100%		Grille de supervision

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
14	Pourcentage de PPS qui respectent les normes et procédures d'administration des CPN	Numérateur=nombre de PPS qui respectent 80% des normes et procédures d'administration des CPN, pendant la plus récente des visites de supervision; Dénominateur=nombre de PPS ou les services CPN sont observé durant la même période	21 Districts		100%		Grille de supervision
15	Pourcentage de prestataires de service PF qui respectent les normes et protocoles d'offre de service counseling PF	Numérateur=nombre de PPS de service PF observés qui respectent 80% des étapes du counseling; Dénominateur=nombre de PPS de service PF ou les services PF sont observés pendant la plus récente visite supervision	24 Districts		100%		Grille de supervision
16	Pourcentage de PPS qui respectent les normes et procédures nationales de prévention des infections	Numérateur=nombre de PPS qui respectent 80% des normes et procédures de prévention des infections, pendant la plus récente visite de supervision; Dénominateur=nombre de PPS visites	24 Districts		100%		Grille de supervision
17	Pourcentage de PPS où le COPE a été introduit	Numérateur: Nombre de PPS où le COPE a été introduit par le projet ou par une source similaire Dénominateur: nombre total de PPS visités	24 Districts		100%		Grille de supervision

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
18	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur première visite prénatale au cours du premier trimestre de grossesse dans la période couverte par la supervision formative (dernier semestre)	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur première visite prénatale au cours du premier trimestre de grossesse dans la période couverte par la supervision formative (dernier semestre)	21 Districts				Grille de supervision
19	Nombre de femmes enceintes enregistrées dans la période couverte par la supervision formative (dernier semestre)	Nombre de femmes enceintes enregistrées dans la période couverte par la supervision formative (dernier semestre)	21 Districts				Grille de supervision
20	Pourcentage de femmes enceintes qui ont fait leur première visite prénatale au cours du premier trimestre de grossesse	Numérateur= Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur première visite prénatale au cours du premier trimestre de grossesse dans la période couverte par la supervision formative (dernier semestre) Dénominateur= Nombre de femmes enceintes enregistrées dans la période couverte par la supervision formative (dernier semestre)	21 Districts		90%		Grille de supervision
21	Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 3 visites prénatales* * cohorte constituée de femmes enceintes ayant fait leur première visite prénatale au premier trimestre de grossesse et susceptibles d'avoir	Numérateur=nombre femmes enceintes de la cohorte qui ont effectué 3 visites prénatales dénominateur=nombre de femmes enceintes recrutées dans la cohorte	21 Districts		60%		Grille de supervision

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
	effectué au moins 3 CPN ou d'avoir accouché						
22	Pourcentage de femmes enceintes ayant une hauteur utérine supérieure à 12 cm et susceptibles d'avoir accouché au moins 3 CPN ou d'avoir accouché qui ont reçu au moins 2 doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP)	Numérateur= nombre de femmes enceintes ayant une hauteur utérine supérieure à 12 cm et susceptibles d'avoir accouché au moins 3 CPN ou d'avoir accouché qui ont reçu au moins 2 doses de SP Dénominateur= de femmes enceintes ayant une hauteur utérine supérieure à 12 cm et susceptibles d'avoir accouché au moins 3 CPN ou d'avoir accouché	21 Districts		100%		Grille de supervision
23	Pourcentage de PPS ayant mis en oeuvre le COPE pour améliorer la qualité des prestations.)	Numérateur: Nombre de PPS ayant fait au moins une réunion de suivi du plan d'action pendant les 3 derniers mois Dénominateur: nombre total de PPS ou le COPE a été introduit	24 Districts		100%		Grille de supervision
24	Pourcentage de PPS où au moins un prestataire de service a reçu une formation en CPN	Numérateur= nombre de PPS où au moins un prestataire de service a reçu une formation en CPN ; dénominateur= nombre total de PPS visités	24 Districts		100%		Grille de supervision
25	Pourcentage de PPS ayant reçu au moins deux visites de supervision formative les 12 derniers mois.	Numérateur=nombre de PPS ayant reçu au moins deux visites de supervision formative les 12 derniers	24 Districts		100%		Grille de supervision

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
		mois ; dénominateur=nombre total de PPS visités					
26	Pourcentage de PPS dans lesquels le registre PF est correctement rempli	Nominateur=nombre de PPS dans lesquels 80% des items du registre PF sont remplis; dénominateur=nombre total de PPS visités	24 Districts		80%		Grille de supervision
27	Pourcentage de PPS dans lesquels le registre CPN est correctement rempli	Nominateur=nombre de PPS dans lesquels 80% des items du registre CPN sont remplis; dénominateur=nombre total de PPS visités	21 Districts		80%		Grille de supervision
28	Pourcentage de PPS dans lesquels le registre d'accouchement est correctement rempli	Nominateur=nombre de PPS dans lesquels 80% des items du registre d'accouchement sont bien remplis; dénominateur=nombre total de PPS visités	21 Districts		80%		Grille de supervision
29	Pourcentage de PPS dans lesquels le registre post-natal est correctement rempli	Nominateur=nombre de PPS dans lesquels 80% des items du registre post-natal sont bien remplis ; dénominateur=nombre total de PPS visités	21 Districts		80%		Grille de supervision
30	Pourcentage de PPS ayant au moins un prestataire de service formé qui offre le Norplant	Nominateur= nombre de PPS visités qui offre le Norplant dénominateur= nombre de PPS ayant au moins un prestataire de service formé	24 Districts		100%		Grille de supervision

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
31	Pourcentage de PPS qui offrent les soins obstétricaux d'urgence selon leur niveau	et qui offre le Norplant Numérateur=nombre de PPS (inclus les hôpitaux de niveau 2) qui offrent les SOUB or SOUC; Dénominateur=nombre de PPS avec des services de maternité	21 Districts		100%		Grille de supervision
32	Pourcentage de maternités qui utilisent de manière effective le partogramme	Numérateur=nombre de maternités où l'utilisation effective du partogramme a été confirmée; Dénominateur=nombre total de maternités où les procédures de travail et d'accouchement ont été observées	21 Districts		100%		Grille de supervision
33	Pourcentage de PPS qui ont organisé au moins 4 causeries en SR durant le mois précédent la visite de supervision * Source Calendrier et cahier de causerie	Numérateur: Nombre de PPS qui ont organisé au moins 4 causeries durant le mois précédent la visite de supervision en santé de la reproduction Dénominateur: Nombre de PPS visités	24 Districts		100%		Grille de Supervision
34	Pourcentage de PPS qui ont organisé au moins une causerie sur le DIU durant le mois précédent la visite de supervision	Numérateur: Nombre de PPS qui ont organisé au moins 1 causerie durant le mois précédent la visite de supervision sur le DIU Dénominateur: Nombre de PPS visités	24 Districts		80%		Rapport de supervision formative
35	Pourcentage de PPS qui ont au moins un conseiller et/ou un prestataire	Numérateur=nombre de PPS qui ont au moins un	24 Districts		100%		Grille de supervision

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
	formé qui offre(ent) les services de counseling	conseiller et/ou un prestataire formé qui offre(ent) les services le counseling dénominateur=nombre de PPS ayant au moins un conseiller et/ou un prestataire de service formé					
36	Pourcentage d'Associations de Relais PolyValent qui ont respecté les activités programmées en IEC/SM/PF dans le dernier trimestre	Numérateur Nombre d'ARPV qui ont respecté les activités programmées en IEC/SM/PF dans le dernier trimestre Dénominateur : Nombre total d'ARPV	15 Districts		80%		Plan d'action et Rapport d'activités des ARPVs
37	Pourcentage d'hommes favorables à la PF		21 Districts		60%		USAID Annual Supplemental Survey
38	Pourcentage de femmes qui connaissent les avantages et le calendrier des CPN		21 Districts		100%		USAID Annual Supplemental Survey
39	Pourcentage de femmes qui connaissent le calendrier des 3 CPN		21 Districts		100%		USAID Annual Supplemental Survey
40	Pourcentage de PPS qui satisfont les critères minimums d'accréditation	Numérateur : nombre de PPS qui ont au moins les critères minimums d'accréditation (Fonctionnels) ; Dénominateur : nombre de PPS évalués lors de la	24 Districts	2004 : 26% (46/177) 2005 : 84% (305/365) 2006 : 89% (400/448)			Rapport de supervision formative

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
		supervision formative					
41	Nombre de PPS classés « fonctionnels » selon les critères d'accréditation retenus.		24 Districts	2004 : 46 PPS	2005 : 120 PPS 2006 : 95 PPS		Rapport de supervision formative
42	Nombre de PPS classés « Pont de Bronze » selon les critères d'accréditation retenus.		24 Districts	2004 : 0 PPS	2005 : 100 PPS 2006 : 150 PPS		Rapport de supervision formative
43	Nombre de PPS classés « Pont d'Argent » selon les critères d'accréditation retenus.		24 Districts	2004 : 0 PPS	2005 : 65 PPS 2006 : 115 PPS		Rapport de supervision formative
44	Nombre de PPS classés « Pont d'Or » selon les critères d'accréditation retenus.		24 Districts	2004 : 0 PPS	2005 : 20 PPS 2006 : 40 PPS		Rapport de supervision formative
45	Pourcentage de PPS classés «Fonctionnels» dans les PPS accrédités	Numérateur=nombre de PPS classés « Fonctionnels » ; Dénominateur=nombre de PPS accrédités	24 Districts	2004 : 100%	2005 : 39% 2006 : 24%		Rapport de supervision formative
46	Pourcentage de PPS classés « Pont Bronze » dans les PPS accrédités	Numérateur=nombre de PPS classés « Pont Bronze » ; Dénominateur= nombre de PPS accrédités	24 Districts	2004 : 0%	2005 : 33% 2006 : 38%		Rapport de supervision formative
47	Pourcentage de PPS classés « Pont d'Argent » dans les PPS accrédités	Numérateur=nombre de PPS classés « Pont d'Argent » ; Dénominateur= nombre de PPS accrédités	24 Districts	2004 : 0%	2005 : 21% 2006 : 29%		Rapport de supervision formative
48	Pourcentage de PPS classés «Pont d'Or» dans les PPS accrédités	Numérateur=nombre de PPS classés « Pont d'Or » ; Dénominateur= nombre de PPS accrédités	24 Districts	2004 : 0%	2005 : 7% 2006 : 10%		Rapport de supervision formative

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
49	Pourcentage de GPF orientés qui mènent des activités de «Persuadeurs Communautaires » (PC)	Numérateur : Nombre de GPF orientés qui mènent des activités de PC Dénominateur : Nombre de GPF orientés	4 districts		50%		Rapports d'activités
50	Pourcentage d'institutions et groupes organisés sensibilisés qui prennent des engagements en faveur d'une maternité à moindre risque au sein de leur communauté Dénominateur : nombre d'institutions et de groupes organisés sensibilisés	Numérateur: nombre d'institutions et groupes organisés qui prennent des engagements pour une maternité à moindre risque au sein de leur communauté Dénominateur: nombre d'institutions et de groupes organisés sensibilisés			75%		Rapports ateliers
51	Pourcentage de membres de GPF qui connaissent au moins 2 avantages de la PF	Numérateur: nombre de membres de GPF qui connaissent au moins 2 avantages de la PF Dénominateur : nombre de membres de GPF orientés	4 districts		75%		Follow up survey
52	Pourcentage de membres de GPF qui connaissent le calendrier de la CPN	Numérateur: nombre de membres de GPF qui connaissent le calendrier de la CPN Dénominateur : nombre de membres de GPF orientés	4 districts		75%		Follow up survey
53	Pourcentage de membres de GPF qui connaissent au moins 2 avantages de la CPN	Numérateur: nombre de membres de GPF qui connaissent au moins 2	4 districts		75%		Follow up survey

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
		avantages de la CPN Dénominateur : nombre de membres de GPF orientés					
54	Pourcentage de femmes enceintes recensées par les PC qui ont effectué leur 1 ^{er} visite CPN au premier trimestre	Numérateur : nombre de femmes enceintes qui ont effectué leur 1 ^{er} visite CPN au 1 ^{er} trimestre Dénominateur : nombre de femmes enceintes recensées par les PC	4 districts		Faire une proposition		Cahier du persuadeur communautaire
55	Pourcentage de femmes enceintes recensées qui ont effectué au moins une CPN	Numérateur : nombre de femmes enceintes qui ont effectué au moins une CPN Dénominateur : nombre de femmes enceintes recensées	4 districts		80%		Cahier du persuadeur communautaire
56	Nombre de clientes de PF recrutées par les GPF orientées		4 districts		Faire une proposition		Cahier du persuadeur communautaire
57	Nombre de contraceptifs distribués par les GPF (PCS)		4 districts		Faire une proposition		Cahier du persuadeur communautaire
58	Nombre d'EFI (Ecoles de Formation des Instituteurs) ayant mis en œuvre le module SR durant l'année scolaire	Nombre d'EFI (Ecoles de Formation des Instituteurs) ayant mis en œuvre le module SR durant l'année scolaire			9		Rapport d'activités
59	Pourcentage de PPS privés recensés et suivis qui transmettent des rapports d'activités aux structures publiques de santé	Numérateur : nombre de PPS recensés et suivis qui transmettent des rapports d'activités aux structures publiques de santé Dénominateur : nombre de PPS recensés et suivis	2 districts		90%		PV réunions de coordination des districts et régions médicales, rapports des PPSP transmis, enquêtes auprès

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
							des personnels des secteurs public et privés de santé
60	Pourcentage de PPS privés ayant des responsables orientés ou recyclés qui offrent des services de SR /PF	Numérateur : nombre de PPSP qui offrent des services de SR/PF Dénominateur : nombre de PPSP ayant des responsables orientés ou recyclés	2 districts		50%		Rapports des PPSP, rapport de supervision, rapports des districts
61	Pourcentage d'accouchements enregistrés effectués dans les structures de santé (PS*, CS, Hôpitaux) *Pour les Postes de santé, accouchements enregistrés signifient accouchements dans les PS, Case, et à Domicile)	Numérateur : Nombre d'accouchements effectués dans les structures de santé Dénominateur : Nombre d'accouchements enregistrés	21 districts		70%		Rapport de supervision formative
63	Pourcentage de PPS qui offrent des services de SAA	Numérateur Nombre de PPS qui offrent des services de SAA Dénominateur : Nombre de PPS visités	21 districts		100%		Rapport de supervision formative et de suivi des activités SAA
64	Pourcentage de PPS qui offrent des services de SAA 24H/24	Numérateur Nombre de PPS qui offrent des services de SAA Dénominateur : Nombre de PPS visités	21 districts		100%		Rapport de supervision formative et de suivi des activités SAA
65	Nombre d'avortements pris en charge dans la structure * Prise en charge (référence, évacuation utérine, traitement médical, counseling)	Nombre d'avortements pris en charge dans la structure	21 districts				Rapport de supervision formative et de suivi des activités SAA

N°	Indicateurs	Critères	Districts	Données de Base	Goal	Observation	Source de données
66	Pourcentage d'avortements pris en charge par le traitement AMIU	Numérateur : Nombre d'avortements traités par AMIU Dénominateur : Nombre d'avortements enregistrés	21 districts		<u>TBD</u>		Rapport de supervision formative et de suivi des activités SAA
67	Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une méthode contraceptive après avortement avant la sortie de la structure	Numérateur : Nombre de femmes ayant bénéficié d'une méthode contraceptive après avortement avant la sortie Dénominateur : Nombre de femmes ayant avorté enregistrées	21 districts		<u>TBD</u>		Rapport de supervision formative et de suivi des activités SAA