



EVALUATION DU SECTEUR DE LA SANTE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT INTEGRE DE LA SANTE (MAI 2002)

INTRODUCTION

Le portefeuille de l'IDA au niveau du secteur de la santé au Sénégal se manifeste à travers deux (2) crédits : (i) le crédit 2951 SE relatif au projet de lutte contre les maladies endémiques et (ii) le crédit 2985 SE relatif au programme de développement intégré de la santé. Les deux programmes sont à leur dernière année d'exécution au moment où un plan stratégique de lutte contre le SIDA vient juste d'être mis en place avec des structures et des organes de gestion en cours d'élaboration. L'exécution des deux crédits 2951 SE et 2985 SE a connu des retards importants dans la réalisation des investissements prévus ce qui laisse envisager une prolongation pour finir les travaux de génie civil ayant fait l'objet de non objection de la Banque.

1. EVALUATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT.

1.1 RAPPEL DES OBJECTIFS

1.1.1 Crédit 2951- SE (PLCME)

Le Projet de Lutte Contre les Maladies Endémiques (PLCME) a pour objectif global **d'appuyer le Gouvernement du Sénégal dans ses efforts, pour atténuer la charge que font peser sur la population, les maladies endémiques et les maladies à risque épidémique**, avec, notamment, une réduction de la charge due au paludisme, à la bilharziose urinaire et à l'onchocercose.

Les objectifs spécifiques du projet sont les suivants:

- (i) améliorer la gestion et l'exécution des activités de lutte contre le paludisme, les bilharzioses et l'onchocercose;
- (ii) mettre en place un système intégré et informatisé de gestion en matière de santé (SIG) et assurer son fonctionnement ;
- (iii) renforcer les capacités du SNGE aux échelons central et périphérique, ainsi que les moyens dont dispose la Direction de la Santé pour assurer la gestion de projets.

1.1.2 Crédit 2985-SE (PDIS)

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS), cadre de dépenses pour la période 1998-2002 constitue la première phase du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de la décennie 1998-2007. Les objectifs du PDIS sont :

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

Les onze stratégies définies par le PDIS pour atteindre les objectifs fixés peuvent être regroupées en trois axes principaux :

- l'amélioration de la couverture sanitaire,
- l'amélioration de la qualité des services,
- et l'assainissement du cadre juridique et réglementaire notamment à travers les réformes.

1.2 LES INDICATEURS DE PERFORMANCE :

Le niveau des indicateurs de performance du PDIS est indiqué sur le tableau ci-après. L'enquête ESIS de 1999 a permis de faire le point sur un certain nombre d'entre eux. La faiblesse de la couverture vaccinale est en train d'être corrigée avec le plan de relance PEV. Ces régions de Fatick et de Kaolack qui avaient des taux particulièrement faibles ont atteint en fin avril 2002 la barre de 60 %.

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Perform. attendue en 2001	Perform. enregistrée	OBSERVATIONS
INDICATEURS FINANCIERS			
Part du budget de la santé dans le budget national	8,17	11,94	Près de 12 % du budget de fonctionnement de l'ETAT a été affecté au secteur de la santé en 2002. Le taux d'accroissement par rapport au budget de 2001 est de 16%. Rien que la subvention accordée aux nouveaux EPS a atteint la barre de 2,5 milliards CFA.
Accroissement annuel du budget de fonctionnement (H.P)	0,10	0,16	
INDICATEURS DE COUVERTURE			
Taux de fréquentation des services	0,56	ND	La compilation des données 2001 est en cours, le monitoring ayant repris seulement en 2001. Les premières tendances au niveau régional varient autour de 40-50% pour l'accessibilité des services et de 60% pour la couverture en CPC .
Taux de couverture de la Consultation primaire curative	0,74	ND	
Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an	0,72	0,49	Ce taux de 49 % (Déc 01) correspond au % d'enfants ayant reçu le DTC3 avant leur premier anniversaire (source : PEV).

Taux de Couverture de la consultation prénatale	0,46	0,63	63 % des femmes ont bénéficié de 3 visites prénatales (résultats ESIS 99).
Taux de Prévalence contraceptive	0,15	0,11	11 % des femmes en union utilisent la contraception (résultats ESIS 99)
INDICATEURS DE COUVERTURE			
Taux de mortalité maternelle (p. 100.000 NV)	406	ND	Aucune donnée d'enquête nationale depuis l'EDS II (1992/1993) qui avait évalué la MM à 510 p 100.000 NV.
Taux de mortalité infantile (p. 1000)	60	64	Il s'agit pour ces deux derniers indicateurs des résultats ESIS 99, enquête comparable à l'EDS qui a été la source des données de base.
Indice synthétique de fécondité (nb moyen d'enfants par femme)	5,1	5,1	

1.3. DEGRE D'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT

1.3.1. PLCME

Au plan des réalisations, il faut noter que, le taux de décaissement (25% au 31 décembre 2001) est particulièrement faible. Cette faiblesse s'explique en grande partie par le retard accusé dans la fourniture informatique pour le renforcement du SIG et la réalisation du siège du ministère de la santé (y compris le centre informatique) qui fait partie du volet renforcement institutionnel. Des dispositions ont été prises cependant pour remédier à cette situation. Le matériel informatique sera livré au cours de ce mois de mai. Le DAO relatif au siège a fait l'objet de dépouillement et la procédure d'adjudication est en cours. Les réalisations enregistrées composante par composante se présentent comme suit :

Appui aux activités de lutte contre le paludisme, la bilharziose urinaire et l'onchocercose

Cette composante vise essentiellement le renforcement de la lutte contre le Paludisme, la Bilharziose et l'Onchocercose au niveau périphérique en:

- (i) améliorant la qualité de la gestion des cas de maladies au niveau des établissements sanitaires, par la formation continue des personnel soignants en matière de diagnostic, de traitement, d'orientation des malades, de conseil et de communication avec les patients ;
- (ii) améliorant la gestion de la prévention des cas de maladie au niveau des ménages par des campagnes d'information et d'éducation sur l'identification des signes et

symptômes de la maladie, les traitements et les comportements sanitaires appropriés :

- (iii) exécutant des campagnes de traitement de masse ou de prévention sur des populations cibles ;
- (iv) recourant à des mesures sélectives contre les vecteurs de maladies

Au cours des 3 dernières années, sur le financement du crédit, l'équipe du SNGE a développé des programmes d'activités pour la lutte contre le paludisme, la bilharziose urinaire et l'onchocercose.

C'est ainsi que 145 médecins et superviseurs, 233 ICP, 39 agents d'hygiène et 17 techniciens de laboratoires ont reçu la formation sur le dépistage et la prise en charge des cas de paludisme, le dépistage et la lutte contre la Bilharziose, et les stratégies de traitement avec l'ivermectine pour la lutte contre l'onchocercose

Concernant la lutte contre le vecteur du paludisme, le projet a pour ambition d'assurer au cours des 2 prochaines années la promotion de l'utilisation des moustiquaires et de leur imprégnation. Une étude de marché des moustiquaires a été achevée dans le courant du mois de novembre 1998. Les résultats de cette étude ont été largement vulgarisés et ont servi de base à l'élaboration du plan de promotion des moustiquaires imprégnées. Les travaux qui se sont déroulés en mars 1999, avec la participation des fabricants, des distributeurs de moustiquaires et produits d'imprégnation ont conduit à la mise en place d'une Task Force chargée d'élaborer et de faire exécuter le guide de conduite des activités de promotion des moustiquaires imprégnées. Le marché des moustiquaires imprégnées est en cours de finalisation pour le lancement de l'appel d'offres.

Par ailleurs le projet en collaboration avec le Service National de l'Hygiène assure la surveillance et le contrôle de l'hôte intermédiaire de la bilharziose par la prospection malacologique et la lutte chimique à la Niclosamide. Ainsi des villages ont été ciblés dans les district sanitaires de Tambacounda, Kédougou, Kolda, Bakel, Kaffrine et Bambey, et des mares et rivières ont été prospectées et suivies en 1999.

Etant donnée l'importance d'un réseau efficace de laboratoires d'analyses médicales dans la lutte contre les maladies endémiques et les maladies à risque épidémique élevé (entre autres dans la lutte contre la méningite cérébro-spinale), le SNGE a entrepris une analyse de la situation concernant ces laboratoires. L'analyse est terminée et a concerné les ressources humaines et leurs qualifications, le matériel disponible, les analyses effectuées par niveau, etc. Une proposition de "carte sanitaire des laboratoires" doit être soumise pour validation au MSP. Ce travail complètera le développement de la Carte sanitaire du Sénégal déjà en cours.

Dans le cadre de la coordination et la planification des activités, le SNGE a travaillé en étroite collaboration avec le Programme ESPOIR afin d'asseoir une stratégie commune de lutte contre les bilharzioses humaines. Ainsi Le plan national de lutte contre les bilharzioses a été élaboré et validé au mois d'octobre 1999. Il en est de même du Plan National de Lutte Contre la Cécité et du Plan National de Gestion des Epidémies

Concernant le génie civil prévu dans cette composante, la situation est la suivante :

Sur dix services régionaux, cinq sont réfectionnés et réceptionnés : il s'agit de Dakar, Diourbel, Tamba , Fatick et Louga. Thiès et Ziguinchor seront réceptionnés en mai 2002 et Kaolack en juillet 2002 . Les retards importants se situent au niveau de Kolda et Saint Louis ; Finalement Kolda a démarré tandis que St louis est en études.

Dans le cadre des accords passés avec la Banque Mondiale, il était prévu la réhabilitation des bâtiments de l'école de formation maritime; toutes les démarches entamées pour prendre possession des locaux sont restées infructueuses. Ainsi le Ministère de la santé a pris l'initiative d'installer son nouveau siège dans une partie de la réserve foncière de l'Hôpital de FANN. Cette option devra occasionner des dépenses supplémentaires. Le Gouvernement du Sénégal a dégagé sur son budget propre un financement complémentaire d'un milliard (1.000.000.000) de FCFA pour les travaux supplémentaires. Les études architecturales sont faites après plusieurs mois de discussions sur le programme. Le dépouillement des offres en vue de l'attribution est fait et l'IDA a répondu en demandant des informations complémentaires.

Depuis la mise en vigueur du crédit 2951-SE, le montant des fonds de l'IDA qui ont été décaissés s'élève à 2.187.431.777 Francs CFA seulement. Le retard sur le décaissement s'explique essentiellement par (i) le retard dans les délais d'exécution des travaux de génie civil notamment la construction du siège ; (ii) l'option de ne pas lancer les acquisitions de matériels (logistiques mobiles, équipements informatiques, etc..) avant le démarrage effectif des travaux de génie civil ; (iii) la relance de l'appel d'offre pour la sélection de l'Infogérant du réseau télématique du Ministère ; le retard de la mise en place du réseau informatisé qui devait supporter le SIG.

Actuellement tous les marchés du SIG et du génie civil sont en cours d'exécution, ce qui nous permet d'espérer mobiliser au moins 70% du crédit d'ici le premier trimestre de 2003.

1.3.2. PDIS

La généralisation de la planification opérationnelle consolidée a été saluée par toutes les parties. Les redondances dans les interventions ne peuvent plus passer inaperçues et les services de santé des différents niveaux maîtrisent mieux le processus décisionnel pour l'allocation des ressources. Toutefois le processus reste lourd et le système de validation mis sur pieds retarde l'exécution des PO. Il faut en effet attendre l'aval des partenaires et l'expérience montre que la Banque Mondiale est toujours le dernier partenaire à donner sa non objection. Cette année par exemple, la non objection de la Banque n'est pas encore obtenue alors qu'on est au mois de mai.

La transparence de la gestion de l'aide extérieure a été fortement renforcée avec l'avènement du PDIS. Les procédures et le système de coordination mis en place ont nettement amélioré la lisibilité dans les interventions en matière de santé qu'elles bénéficient ou pas d'appuis extérieurs. La bonne circulation de l'information, les moyens de contrôle que partagent tous les partenaires du programme ont également contribué à la qualité de la collaboration entre partenaires impliqués dans la gestion des programmes de santé.

Par rapport à la couverture sanitaire, il est bon de préciser que l'ensemble des réalisations prévues répondent à des critères clairement définis qu'il s'agisse des nouvelles réalisations ou des réhabilitations. C'est ainsi que pour assurer une meilleure accessibilité aux soins, il a été

retenu de disposer au moins d'un hôpital de niveau 2 par région, d'un centre de santé pour 100.000 à 150.000 habitants (et dans tous les cas un centre de santé au moins par département), un poste de santé pour 10.000 habitants. Sur la base de ces normes, le PDIS a programmé et est entrain d'exécuter le programme suivant :

- i) Rénovation des hôpitaux de Thiès et de Diourbel et la construction de nouveaux hôpitaux à Kolda et Fatick ;
- ii) Construction d'un autre hôpital à Ziguinchor ; les hôpitaux de Fatick et Ziguinchor tardent à être finalisés .
- iii) Construction de quatre nouveaux centres de santé à St Louis (déjà réalisé), à Darou Khoudoss, à Thionk Essyl, et Samine ; les centres de santé de Darou et de Thionk Essyl ont été lancés mais celui de Samine ne sera pas réalisé d'ici fin 2002, le bailleur de fonds prétextant des questions de sécurité .
- iv) Rénovation ou la reconstruction totale de vingt (20) centres de santé dont les plus dégradés étaient ceux de Sédhiou (déjà réalisé), Linguère, Kaffrine et Sokone ;
- v) Construction de 245 nouveaux postes de santé (60 déjà réalisés, 70 programmés en 2000), la rénovation de 166 postes de santé (43 déjà réalisés et 83 programmés pour l'an 2000). Le défi à relever maintenant est de rendre rapidement fonctionnelles toutes ces nouvelles infrastructures. C'est pourquoi leur équipement est systématiquement prévu, et les recrutements annuels de personnel tiennent toujours compte des besoins générés par les nouvelles réalisations.

En plus de tous ces investissements, le PDIS a engagé d'autres actions dans les différents domaines de la santé. Il y a toute une politique du médicament et de la pharmacie en cours d'exécution avec un volet assurance/qualité renforcé par la formation d'inspecteurs en pharmacie dont les premiers sont opérationnels depuis cette année. L'accent mis sur la formation du personnel s'est concrétisé par l'octroi de bourses de perfectionnement dans les domaines prioritaires identifiés au nombre de **61** en 1998, **91** en 1999 et **104** cette année 2000. Pour pallier durablement l'insuffisance des personnels de santé le MSP a déjà pris la décision de décentraliser les écoles de formation en réalisant dans une première phase cette année 2002 les centres de formation de Kaolack, Tambacounda et Saint Louis .L' IDA a déjà donné son avis de non objection et l'AGETIP est chargée de la réalisation de chacune des phases .Deux études portant sur la motivation des personnels de santé et le statut des EPS sont envisagées et sont en cours d'appel d'offres .

La plupart des hôpitaux ont actuellement le statut d'établissement publics de santé et sept seulement disposent de leur projet d'établissement .Il y a eu un important retard dans l'élaboration de ces projets d'établissement .Le système d'information des hôpitaux a été défini et est en train d'être mis en place dans les EPS.Les organes de gestion ont été mis en place dans la quasi-totalité des hôpitaux . Le système de tarification au niveau des hôpitaux est en cours de finalisation après l'atelier regroupant les personnels du CHU.

De nombreuses séries de formations ont été faites grâce à l'appui du programma dans le cadre de la formation permanente à tous les niveaux du système. Les marchés de véhicules exécutés presque totalement ont permis aux régions et aux districts de disposer de véhicules de supervision ; en plus des moyens importants ont été mis à leur disposition pour permettre la supervision et la coordination des activités. De même, plusieurs contrats d'IEC ont été mis en œuvre ceci afin d'apporter des changements dans les comportements des populations. Au niveau central le programme a apporté un appui important à la mise en œuvre des réformes.

Un appui important a été également apporté aux ONG et associations dans toutes les régions avec plus de 1.8 milliards de FCFA ce qui a permis l'amélioration du partenariat dans le cadre du PDIS.

Certes il est difficile de mesurer l'impact de toutes ces actions en termes d'amélioration des indicateurs de santé dès la première phase du programme, mais ce qui est rassurant c'est que la qualité du système d'information en cours de mise en place (système qui sera complétée par des enquêtes ponctuelles en cas de nécessité) permettra de mesurer le moment venu les progrès accomplis. Déjà une enquête nationale a été menée en fin 1999 pour disposer des données de base sur les indicateurs de performance du PDIS et mettre à jour les taux de couverture. De la même façon le ministère vient de finir une revue du PEV, et une évaluation de dernière épidémie de méningite.

2. EVALUATION DES FORCES ET FAIBLESSES

2.1. FORCES

Les quatre premières années du PDIS ont fini de convaincre le gouvernement de la pertinence de l'approche sectorielle et déjà, un autre ministère important comme l'éducation est entrain de suivre le même cheminement. Toutes les réformes prévues ont pu démarrer effectivement. Le gouvernement a dépassé ses engagements sur le plan budgétaire. De même, les partenaires au développement ont contribué au delà des prévisions.

L'amélioration notable de la coordination de l'aide extérieure a permis le développement d'un esprit de coopération véritable entre les différents acteurs de la santé et une plus grande disponibilité à partager les informations relatives à chaque intervention. Cette situation a, entre autres, favorisé la participation des ONG à la mise en œuvre des programmes de santé en partenariat avec le ministère .

La généralisation de la planification opérationnelle consolidée a été saluée par toutes les parties. Les redondances dans les interventions ne peuvent plus passer inaperçues et les services de santé des différents niveaux maîtrisent mieux le processus décisionnel pour l'allocation des ressources.

L'appropriation du programme par les collectivités est actuellement effective. Le ministère a réussi une intégration progressive des programmes de santé prioritaires que sont la lutte contre la maladie, la santé de la reproduction et le SIDA qui est cité en exemple parmi les programmes les plus réussis au niveau mondial avec une prévalence maintenue autour de 1%.

Le système d'information en cours de mise en place sera le premier du genre en Afrique. Il permettra sur la base d'un plan directeur informatique adapté de procéder à temps réel à la collecte, à l'analyse et à la télétransmission des données sanitaires à travers trois sous systèmes: le sous- système sanitaire de base, le sous- système hospitalier et le sous système financier et comptable.

Le plan stratégique de lutte contre le SIDA, récemment approuvé par le Gouvernement du Sénégal, est fortement soutenu par les partenaires au développement notamment la Banque Mondiale. Le Conseil National de lutte Contre le SIDA est déjà installé. Le secrétaire exécutif est recruté. La procédure de recrutement des personnels du secrétariat exécutif et de l'agence

fiduciaire a été engagée. Rappelons que le Sénégal fait partie des rares pays à avoir maintenu la prévalence du SIDA autour de 1%.

2.2 LES FAIBLESSES

Le déficit chronique en ressources humaines constitue la faiblesse majeure du secteur. Cette situation avait abouti à la fermeture de quelques 70 postes de Santé. De 1996 agents en début de programme, le déficit a été réévalué à 3.500 en 2.000. Pourtant le recrutement annuel, par l'Etat, de 250 agents continue et certains projets participent également au recrutement de cadres dans les régions. Mais l'ampleur du problème nécessite une politique globale plus hardie de gestion des ressources humaines avec notamment la création d'une direction des ressources humaines. Le défi à relever concerne l'augmentation des capacités de formation, une meilleure gestion des ressources humaines prenant en compte l'emploi, la motivation et la gestion des carrières. En outre, il est noté à tous les niveaux une insuffisance dans les capacités des gestion, de planification et d'organisation.

La faiblesse des capacités d'intervention de la DIEM influe négativement sur l'exécution du programme de génie civil. La gestion des dossiers d'appel d'offres et la surveillance des travaux sont nettement insuffisantes. Il faut noter que la DIEM qui dispose d'un effectif très réduit souffre également d'un manque de moyens logistiques. Cette situation explique en partie la trop forte dépendance du Ministère de la Santé et de la Prévention vis à vis de l'AGETIP.

La lenteur dans la mise en œuvre des réformes, notamment la réforme hospitalière, se traduit aujourd'hui par le faible nombre de projets d'établissements validés, la non effectivité de l'utilisation des outils de gestion par tous les EPS et le retard accusé par l'étude sur le statut des personnels.

L'insuffisance du processus de planification, la faiblesse des capacités dans le domaine de la passation des marchés, la centralisation de la gestion financière sont autant de faiblesses qui expliquent le bas niveau du taux d'exécution. Les délais mis par la Banque pour le traitement de certains dossiers est également en cause surtout qu'il n'existe pas dans ce domaine des procédures claires fixant ces délais. Le processus d'acquisition des équipements du SIG a duré plus de deux ans.

Le changement fréquent intervenant au niveau des institutions (Gouvernement et Banque) n'est pas de nature à faciliter la mise en œuvre des programmes comme le PDIS qui n'ont pas prévu des mécanismes pour se prémunir de telles difficultés. Dans le cas d'espèce, le PLCME et le PDIS ont connu à des moments importants de leur exécution des changements au niveau des managers ayant retardés leur intégration. Naturellement ceci s'est traduit par des périodes d'incertitudes plus ou moins longues préjudiciables au bon déroulement des activités.

La persistance des pratiques rappelant l'approche projet chez certains partenaires complique d'avantage les difficultés évoquées plus haut. Même si tout le monde adhère théoriquement à l'approche programme il reste que la réticence à l'harmonisation de certaines procédures est manifeste (non respect du cycle de planification, missions de supervision et revues parallèles, différence dans les modalités de prise en charge, difficulté dans la collecte de l'information sur l'exécution financière des partenaires).

3. RECHERCHE DE SOLUTIONS

Le plan d'action ci-après fait le point sur les actions prioritaires retenues par le ministère pour apporter une solution aux difficultés précédemment évoquées plus haut. C'est ainsi que la contractualisation permettra de résorber progressivement le déficit en ressources humaines dont la disponibilité sera améliorée avec la création des centres régionaux de formation.

- ✕ La décentralisation de la gestion financière engagée par la DAGE et la réorganisation apportée à la gestion des marchés devront nettement améliorer le taux d'exécution. La consolidation de tous ces acquis sera mieux assurée dans le cadre de la planification stratégique à long terme qui sera bientôt mise en œuvre par le ministère. L'occasion sera saisie pour approfondir les réformes dans le management de la 2^{ème} phase du PDIS, la gestion des ressources humaines et la création de structures aptes à prendre en charge les préoccupations du programme.

**PLAN D'ACTIONS POUR LEVER LES OBSTACLES IDENTIFIES DANS LE PORTEFEUILLE DE LA BANQUE MONDIALE AU
SENEGAL**

1. Programme Intégré de Développement de la Santé (PDIS)	1. Difficultés de gestion des ressources humaines	- Négocier les contrats avec les infirmiers contractuels ; - Signer les contrats avec les infirmiers contractuels ; - Rendre fonctionnels les postes de santé fermés ;	15/06/02 30/06/02 30/06/02	- Plan disponible - Rapport disponible - Personnels du privé recruté - Poste budgétaire régionalisé	DAGE
	2. RETARD DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME HOSPITALIERE	- Valider tous les projets d'établissement disponibles; - Achever la mise en place des outils de gestion hospitalière ; - Finaliser l'étude sur la Statut du personnel des EPS ; - Parachever le cadre juridique de la réforme.	31/05/02	- Rapport de validation disponible ; - Outils de gestion en place ; - Rapport disponible ; - Arrêté et texte juridique signé et promulgué.	DES
	3. Fermeture de postes de santé faute de personnels	- Rendre opérationnels les postes de santé fermés (affectation du personnel, mise en place des équipements et des médicaments)		- postes de santé opérationnels	DAGE
	4. Retard dans le démarrage de l'application santé	- Mettre en place les équipements et les rendre opérationnels ; - Former le personnel à l'utilisation du SIG		- Démarrage du traitement informatisé des données	- DAGE/DERF

5. Retard dans le démarrage de la formation décentralisée	- Diffuser le décret et rendre opérationnels les centres régionaux de formation.	30/09/02	- Démarrage formation première promotion	- DAGE/CAS
6. Retard dans la mise en œuvre du programme de génie civil	- Démarrer la construction du siège du MSP - Réviser le programme de génie civil et le cadrer avec les délais restants d'ici la clôture des conventions.	31/07/02 30/06/02	- Rapport démarrage disponible - Nouveau programme génie civil disponible	- DAGE - DES
7. Faible taux de décaissement et d'exécution des activités	- Affectation de comptables dans les régions en vue de décentraliser la gestion ; - Ouverture et alimentation des sous comptes dans les régions	30/04/02	- Démarrage d'une gestion décentralisée	- DAGE
8. Difficulté dans la gestion financière et comptable	- Installation des logiciels de gestion et de suivi dans les régions médicales et les rendre opérationnels ; - Réception définitive du logiciel Info PDIS ; - Rattrapage du retard accusé dans la saisie des écritures comptables, des marchés et contrats 1999/2000/2001	sans délai sans délai	- TOMPRO installé dans les régions médicales - PV de réception disponible - Ecritures comptables à jour - Etats financiers réguliers	- DAGE

9. Faiblesse dans la planification et l'exécution des P.O	- Renforcement de la programmation des actions prioritaires (PEV, PALU, SIDA, Bilharziose, Oncho, etc.) dans les P.O - Amélioration des mécanismes de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des P.O	sans délai	- Nombre d'activités LCM dans les P.O en hausse - P.Os validés au plus tard fin mars de chaque année en relation avec les partenaires	DAGE CAS/PNDS
10. Insuffisance d'implication du privé dans la promotion des génériques	- Mettre en œuvre le partenariat entre la PNA et le secteur privé pour améliorer l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques dans le privé; - Révision de la liste des médicaments essentiels pour y intégrer les matériaux imprégnés d'insecticides ; - Procéder à la détaxation des moustiquaires imprégnés	sans délai sans délai sans délai	- Protocole disponible - Liste des médicaments révisée incluant les MI - texte signé	- PNA/DAGE PNA/DNP MSP/MEF