PD-ABX-274

JSI Maroc

Progress
Projet de Gestion Régionale
des Services de Santé

C/O Ministère de la Santé, km 4,5 route de Casablanca,
Rabat, Maroc.
Tél : (212)37298423/31 Fax : (212)37690664

Plan d'Evaluation et de Suivi

Version du 26 novembre 2002

A

TABLE DE MATIERES

Acronymes i

Introduction 1

Résumé des indicateurs: 5

Indicateur 1 : Couples Années de Protection (CAP) dans les Régions Pilotes de Souss-Massa-Drâa et de Tanger-Tétouan 7

Indicateur 2 : Taux d'accouchement en milieu surveillé 9

Indicateur 3 : Taux d'accouchements par césarienne dans les régions SMD et TT 10

Indicateur 1.1 : Fonctions de Gestion Décentralisées vers le Niveau Régional et Provincial 12

Indicateur 1.2 : Capacité régionale de gestion des cellules/commissions thématiques 14

Indicateur 1.3: Données démographiques et de santé effectivement utilisées par les équipes sanitaires des régions pilotes pour identifier et résoudre les problèmes sanitaires locaux en collaboration avec d'autres partenaires locaux 16

Indicateur 1.4 : Equipes régionales intersectorielles planifient et allouent conjointement des ressources aux activités de soins de santé dans les régions pilotes 18

Indicateur 2.1: Augmentation des besoins satisfaits en matière de soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans les deux régions 20

Indicateur 2.2: Nombre des cycles de l'amélioration de la qualité en cours dans les formations sanitaires dans les régions SMD et TT 22

Indicateur 2.3: Augmentation du nombre de projets sanitaires mis en œuvre avec la participation active des ONG, organisations communautaires ou officiels élus dans les régions pilotes 24

Annexes 25

Acronymes

CAP	Couple Années de Protection
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CRC	Comité Régional de Coordination
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DIU	Dispositif Intra Utérin
DP	Direction de la Population
EDS	Enquête Démographie et Santé
HSPH	Harvard School of Public Health
IST	Infections Sexuellement Transmissibles/
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementales
PES	Plan d'Evaluation et de Suivi
PF	Planification Familiale
Progress	Projet de Gestion Régionale des Services de Santé
PV	Procès Verbal
RI	Résultat Intermédiaire
SEIS	Service des Etudes et de l'Information Sanitaire
SI	Système d'Information
SIDA	Syndrome Immuno-Déficience Acquise
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMD	Souss – Massa – Drâa
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complet
SpO7	Objectif Spécial 7
TT	Tanger – Tétouan
URC	University Research Corporation
URGP	Unité Régionale de Gestion du Projet
USAID	United States Agency for International Development

Introduction

Contexte

Progress (Projet de Gestion Régionale des Services de Santé) est un projet du Ministère de la Santé et de l'USAID/Rabat. Il s'inscrit, d'une part, dans l'objectif spécial de la stratégie de l'USAID qui de «mettre en place des interventions clés pour assurer la pérennité des programmes de population, santé et nutrition » ; et d'autre part, il s'inscrit dans la stratégie sectorielle 1999 – 2004 du MS.

L'objectif stratégique de Progress est d'accompagner la mise en place d'une gestion décentralisée des services de santé dans les régions Sous-Massa-Drâa et Tanger Tétouan. Progress se base sur le principe que la gestion régionale des services de santé contribuera à la pérennisation des efforts programmatiques tout en répondant mieux aux besoins de la population en matière de santé.

Le rationnel du PES de Progress

Les projets dans le domaine de la santé entrepris par le Ministère de la Santé et l'USAID portent sur les résultats attendus et non sur les activités réalisées. Les fonctions de suivi et évaluation de projet sont essentielles pour assurer la réalisation des objectifs dans les délais.

Dans ce cadre, Progress a planifié des activités d'évaluation dans les domaines d'intervention intensive, telles que la qualité et la santé de la mère. Egalement, le projet a élaboré un PES. Ce dernier est un important outil de gestion et de suivi des performances et d'évaluation des résultats. Ce document a été développé en étroite collaboration avec les principaux partenaires à savoir le service central du MS en particulier la DP, les équipes régionales de SMD et TT et les commissions et cellules régionales concernées, URC, HSPH et l'USAID/Maroc. Le PES de Progress utilise des indicateurs standard dont la validité est reconnue par l'ensemble des partenaires du projet.

Ce plan d'évaluation et de suivi permet de répondre aux besoins en information du projet, du MS et de l'USAID. Le PES et ses produits permettent de renforcer la pérennisation des acquis du projet. Dans ce sens, on peut citer quatre apports principaux du PES :

1) il constitue un outil de gestion et de suivi du projet pour tous les niveaux de la santé publique, et particulièrement pour les décideurs régionaux. Concrètement, le PES constitue un tableau de bord pour le suivi de l'état d'avancement du projet pour les prises de décision et la planification. Il contribue ainsi à tous les efforts entrepris dans le cadre du projet pour le renforcement du système d'information de routine et l'utilisation des données fournies par ce système.
2) il alimente les besoins en information le plan de suivi et de performance de l'USAID.

3) il produit des informations de suivi qui sont utilisés dans les rapports trimestriels et les réunions de coordination au niveau des deux régions.
4) Et enfin, il complète en quantité et qualité les besoins d'information du MS dans le cadre des rapports annuels des provinces, des régions et des programmes.

Les indicateurs du PES Progress

Un plan d'évaluation et de suivi est un ensemble d'indicateur d'achèvement mesurant les principaux objectifs et résultats du projet. Ces indicateurs d'achèvement sont ensuite suivis à travers un processus continu de recueil de données ainsi que leurs analyses. La majorité des indicateurs utilisés dans le Plan d'Evaluation et de Suivi (PES) de Progress sont des indicateurs mesurés par le système d'information sanitaire de routine. De nouveaux indicateurs ont été introduits afin d'évaluer la décentralisation des services de santé. Les deux catégories d'indicateurs couvrent les domaines d'intervention du projet et les outils utilisés.

Il est attendu que le succès du projet se traduira par une augmentation de l'accès et de l'utilisation des services de santé de base particulièrement la PF et la santé de la mère. La période de réalisation du projet de trois années est courte pour observer un saut quantitatif substantiel dans les valeurs des indicateurs. En effet, la première année du projet était essentiellement consacrée à la planification stratégique participative, incluant l'identification des besoins, le choix des priorités, l'élaboration du plan d'action, et la mise en place des structures d'exécution régionale.

La seconde année de Progress fut une année de réalisation majeure, notamment les grands chantiers de mise à niveau de l'offre des services de santé, du fonctionnement des nouvelles structures de gestion régionale, de l'élargissement du nombre de partenaires activement impliqué dans les activités et finalement l'amorce des modèles innovateurs d'organisation des services et de prestations.

La troisième et dernière année du projet sera consacrée à l'achèvement des activités de mise à niveau, à l'appui aux évènements majeurs de niveau national pour favoriser l'échange des leçons apprises et des bonnes pratiques ainsi pour identifier de nouvelles politiques dans les domaines d'interventions du projet. L'effet substantiel positif des interventions du projet sur le niveau des indicateurs de l'objectif stratégique sera visible à partir de l'année 2004.

Le champs d'action pour l'ensemble des indicateurs est les deux régions pilote du projet, en l'occurrence Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan.

L'objectif stratégique est mesuré dans le PES par trois indicateurs :

1. Couple Années de Protection (CAP)
2. Pourcentage des accouchements en milieu surveillé
3. Taux de césarienne

La réalisation de l'objectif stratégique du projet repose sur deux résultats intermédiaires :

1. Rôles, responsabilités et capacités identifiés, définis et développés aux différents niveaux du ministère de la santé ;
2. Modèles innovateurs pour améliorer l'accessibilité, l'utilisation, la qualité et l'efficacité des services développés et testés par les équipes régionales et locales.

Dans le PES, l'atteinte du premier résultat est mesuré par 4 indicateurs :

2.1 Fonctions de gestion décentralisées vers le niveau régional et local

1.2 Capacité de gestion améliorée des cellules thématiques régionales

1.3 Données démographiques et de santé effectivement utilisées par les équipes sanitaires des régions pilotes pour identifier et résoudre des problèmes sanitaires locaux

1.4 Equipes régionales intersectorielles planifient, allouent des ressources aux activités de soins préventifs dans les régions de Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan

Quant au résultat 2, il sert aussi bien à l'introduction de stratégies de santé innovatrices qu'au renforcement des rôles des équipes régionales et locales dans la gestion de ces stratégies. Ce résultat sera apprécié à travers 3 indicateurs :

2.1 Augmentation des besoins satisfaits en matière de soins obstétricaux d'urgence

2.2 Augmentation du nombre de projets mis en ouvre par les formations sanitaires pour se conformer aux normes de soins

2.3 Augmentation du nombre de projets sanitaires mis en ouvre avec la participation active des associations, de la communauté et des collectivités locales.

Ce document présente une description détaillée de chaque indicateur, leur fiabilité, leur fréquence de collecte, leur source, etc. Les évidences d'achèvements sont fournies par années fiscales dans les classeurs en annexe. Le document est mis à jour annuellement.

Objectif du Projet

Décentralisation Effective de la Gestion des Soins de Santé de Base sur une Base Pilote

Indicateurs :

1. Augmentation des Couple Années de Protection (CAP)
2. Pourcentage accru des accouchements en milieu surveillé
3. Accroissement du taux de césarienne

Résultat 1

Identification et développement des rôles, responsabilités et capacités aux différents niveaux du MS

Indicateurs :

1.1 Fonctions de gestion décentralisées vers le niveau régional et provincial

1.2 Capacité de gestion améliorée des cellules thématiques régionales

1.3 Données démographiques et de santé effectivement utilisées par les équipes sanitaires des régions pilotes pour identifier et résoudre des problèmes sanitaires locaux

1.4 Equipes régionales intersectorielles planifient et allouent des ressources aux activités de soins préventifs dans les régions de Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan.

Résultat 2

Modèles innovateurs pour améliorer l'accès, l'utilisation et l'efficacité des services sanitaires développés et testés par les équipes régionales et locales

Indicateurs :

2.1 Augmentation des besoins satisfaits en matière de soins obstétricaux d'urgence.

2.2 Approches assurance qualité opérationnelle des structures de santé dans les deux régions

2.3 Augmentation du nombre de projets sanitaires mis en oeuvre avec la participation active des associations, de la communauté et des collectivités locales.

Résumé des indicateurs

Prévisions et Réalisations par Année et par Région : Souss-Massa-Drâa

INDICATEUR	2000 Prévu	2000 Réalisé	2001 Prévu	2001 Réalisé	2002 Prévu	2002 Réalisé	2003 Prévu	2003 Réalisé
1. Accroissement des CAP dans les régions pilotes de Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan (USAID 7.1.1)	78.000	88.588	80.400	89.654	82.800	88.345	85.300	
2. Pourcentage accru des accouchements en milieu surveillé		46%	46%	46,5%	46%	44%	46%	
3. Taux augmenté des césariennes	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	
1.1 Fonctions de gestion décentralisées vers le niveau régional et provincial	Identification/ formulation	Atteint	Planification Identification	Atteint	Amorce du transfert des compétences de GRH,GRF et de gestion organisationnelle	Atteint	3 fonctions de gestion effectivement décentralisées vers les régions	
1.2 Capacité de gestion améliorée des cellules thématiques régionales	N/A	N/A	Constitution des cellules Identification des rôles	Atteint	25% des fonctions assumées par les cellules	Atteint	50% des fonctions assumées par les cellules	
1.3 Données utilisées par les équipes sanitaires pour identifier et résoudre les problèmes sanitaires locaux (USAID 7.1.2)	Chartbook et monongraphie régional développé	Atteint	Système d'information fonctionnel dans les régions	Atteint	Données provenant du SI utilisées pour la prise de décision	Atteint	Réalisation des objectifs du programme	
1.4 Equipes régionales intersectorielles planifient et allouent les ressources aux activités de soins préventifs dans les régions pilotes (USAID 7.0.3)	Identification du projet 10%	10%	Identification ; 10% Formulation: 10%	20%	Identification : 10% Formulation: 10% validation :20%	40%	Identification ; 10% Formulation : 10% Validation : 20% Adoption 20%	
2.1 Augmentation des besoins satisfaits en matière de soins obstétricaux d'urgence (USAID 7.1.3)	Non disponible	Non disponible	Année de base	26%	26%	22%	30%	
2.2 Assurance Qualité utilisée dans les formations sanitaires des deux régions	Année de base	7	10	14	20	20	50	
2.3 Nombre de projets sanitaires mis en oeuvre avec la participation active des associations, de la communauté et des collectivités locales (USAID 7.1.4)	0	0	1	0	5	5	10	

5

Prévisions et Réalisations par Année et par Région : TANGER TETOUAN

INDICATEUR	2000 Prévu	2000 Réalisé	2001 Prévu	2001 Réalisé	2002 Prévu	2002 Réalisé	2003 Prévu	2003 Réalisé
1. Accroissement des CAP dans les régions pilotes de Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan (USAID 7.1.1)	55.300	56.471	56.970	59.615	58.700	61.129	60.450	
2. Pourcentage accru des accouchements en milieu surveillé		29,6%	30%	30,7%	30%	28,6	30%	
3. Taux augmenté des césariennes		1,8%	2,5	2,2%	2,5	2,4	2,5%	
1.1 Fonctions de gestion décentralisées vers le niveau régional et provincial	Identification/ formulation	Atteint	Planification Identification	Atteint	Amorce du transfert des compétences de GRH,GRF et de gestion organisationnelle	Atteint	3 fonctions de gestion effectivement décentralisées vers les régions	
1.2 Capacité de gestion améliorée des cellules thématiques régionales	N/A	N/A	Constitution des cellules Identification des rôles	Atteint	25% des fonctions assumées par les cellules	Atteint	50% des fonctions assumées par les cellules	
1.3 Données utilisées par les équipes sanitaires pour identifier et résoudre les problèmes sanitaires locaux (USAID 7.1.2)	Chartbook et monongraphie régional développé	Atteint	Système d'information fonctionnel dans les régions	Atteint	Données provenant du SI utilisées pour la prise de décision	Atteint	Réalisation des objectifs du programme	
1.4 Equipes régionales intersectorielles planifient et allouent les ressources aux activités de soins préventifs dans les régions pilotes (USAID 7.0.3)	Identification du projet 10%	0 %	Identification ;10 % Formulation: 10%	20%	Identification ; 10% Formulation: 10% validation : 20%	40%	Identification ;10% Formulation: 10% Validation : 20% Adoption 20%	
2.1 Augmentation des besoins satisfaits en matière de soins obstétricaux d'urgence (USAID 7.1.3)	Non disponible	17%	17%	17,4%	20%	22,4	25%	
2.2 Assurance Qualité utilisée dans les formations sanitaires des deux régions		31	60	68	90	90	110	
2.3 Nombre de projets sanitaires mis en oeuvre avec la participation active des associations, de la communauté et des collectivités locales (USAID 7.1.4)	0	0	1	2	5	6	10	

Indicateur 1 : Couples Années de Protection (CAP) dans les Régions Pilotes de Souss-Massa-Drâa et de Tanger-Tétouan

Les régions ont réussi à augmenter les taux de prévalence contraceptive globaux, mais il reste de fortes disparités entre les provinces d'une même région. Le présent indicateur vise à mesurer l'utilisation contraceptive dans les différentes provinces des deux régions. Dans ce cas de figure, le CAP est considéré comme une mesure mandataire des prestations globales de services. Des accroissements des CAP seront donc considérés comme un indice d'une utilisation globale accrue des services.

Définition: Le CAP est une mesure estimée de la protection contre une grossesse non voulue fournie par les services de planification familiale pendant une période d'un an sur la base du volume des contraceptifs distribués. Le CAP est calculé à partir des facteurs de conversion suivants :

DIU = 3,5 CAP

15 cycles de pilules = 1 CAP,

120 condoms = 1 CAP

CCV = 8 CAP

Implant (Norplant) = 3,5 CAP,

Quatre injectables (DepoProvera) = 1 CAP.

Ces facteurs de conversion sont basés sur des recherches spécifiques aux régions et aux méthodes et tiennent compte des gaspillages, pertes, échecs et taux de discontinuation des contraceptifs. Il est important que les mêmes facteurs de conversion soient utilisés systématiquement pour toutes les années.

Cet indicateur vise à mesurer les CAP du secteur public par province dans les deux régions de Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan.

Champ d'action: L'ensemble des provinces de Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan.

Besoins en données: Des informations sur la quantité totale de chaque produit contraceptif distribuée (contraceptif oral et condoms) et les prestations de planification familiale (insertions de DIU, injectables, et CCV) fournies aux client(e)s pendant une période de 12 mois dans ces deux régions.

Source des données: Système d'information régional et provincial (les statistiques de service régionales et provinciales) du MS sur la base des rapports des formations sanitaires relatifs aux produits distribués et prestations de planification familiale pratiquées.

Fréquence de la collecte des données : Les données sont transmises régulièrement au Système d'Information Sanitaire (SIS) centralisé au niveau du MS au Service des Etudes et Information Sanitaire (SEIS). Les rapports mensuels sont

préparés par les délégations provinciales du MS et transmises au niveau régional (seulement des régions SMD et TT) et au niveau central.

Qualité des données : La qualité des données est raisonnable. Les équipes de *Progress* et des régions s'attacheront à comparer les données relatives aux «produits distribués» et prestations fournies rapportées par le niveau régional avec les rapports des centres de santé et les délégations provinciales par des vérifications périodiques par sondage. Les équipes seront également chargées d'obtenir des données spécifiques aux provinces des délégations provinciales ou régionales du MS et de calculer les CAP en fonction des facteurs de conversion de l'USAID. Le rôle des équipes provinciales dans la vérification des données sera critique.

Données de base, prévisions et réalisations

	SMD		TT	
Année	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
1999	Année de base	75.800	Année de base	53.700
2000	78.000	88.588	55.300	56.476
2001	80.400	89.654	56.970	59.615
2002	82.800	88.345	58.700	61.129
2003	85.300		60.450	

Commentaires sur l'année de base et les prévisions

L'objectif d'un accroissement annuel de 3% des CAP dans les deux régions a été fixé sur la base de tendances historiques et de l'attente d'une meilleure performance grâce aux activités de *Progress*.

Indicateur 2 : Taux d'accouchement en milieu surveillé

Cet indicateur mesure l'utilisation des services de santé de base par la communauté. Une utilisation plus grande des services obstétricaux du secteur public reflètera une acceptation accrue de ces services par la population et sera liée, en fin de compte, à la morbidité et mortalité maternelle et infantile.

Définition : Taux d'accouchement en milieu surveillé.

Numérateur : Nombre d'accouchements ayant lieu dans des formations du MS durant l'année dans chaque région x 100

Dénominateur : Nombre des naissances attendues durant l'année dans chaque région (Chiffres du SEIS)

Champ d'action : Les régions Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan

Besoins en données : Données du SIS provincial et régional concernant le nombre de naissances en milieu surveillé pour le numérateur. La population cible du SEIS pour le dénominateur.

Source des données : L'équipe du projet tâchera d'obtenir des données spécifiques aux provinces du système d'information de routine, dans la mesure du possible, et directement auprès des délégations provinciales du MS au besoin.

Fréquence de la collecte des données : L'entrée des données se fait mensuellement dans le SIS au niveau des délégations provinciales. Elles sont recueillies et rapportées trimestriellement par Progress.

Qualité des données :

La qualité des données est raisonnable.

Données de base, prévisions et réalisations

	SMD		TT	
Année	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
2000:	Année de base	46%	Année de base	29,6
2001:	46%	46%	30%	30,7
2002:	46%	44%	30%	28,6
2003:	46%		30%	

Indicateur 3 : Taux d'accouchements par césarienne dans les régions SMD et TT

La césarienne, l'une des fonctions obstétricales essentielles, est une intervention qui peut sauver des vies. Son utilisation appropriée se traduit par un déclin de la morbidité et mortalité maternelle ainsi que de la morbidité et mortalité périnatale. La proportion des césariennes par rapport au nombre total naissances est un reflet de la disponibilité, accessibilité, acceptabilité et utilisation des services de santé de la mère. Alors que la césarienne peut se pratiquer dans l'unique souci de la santé du fœtus ou nouveau-né, au Maroc, elle est souvent pratiquée pour des indications maternelles.

L'OMS recommande un taux minimum de 5% des accouchements par césarienne. Les recherches montrent que parmi cette proportion, la prévention de la mortalité et la morbidité maternelle est très significative. Un taux maximum de 15% est considéré comme suffisant pour couvrir les indications tant fœtales que maternelles. Des taux au-delà de 15% suggèrent que la césarienne est pratiquée pour des raisons non essentielles.

Définition : Pourcentage des accouchements par césarienne pendant une année dans les régions pilotes.

Numérateur : Nombre de césariennes dans les maternités du secteur public des régions du projet x 100.

Dénominateur : Nombre des naissances attendues durant l'année dans chaque région (Chiffres du SEIS)

Champ d'action : Les deux régions Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan

Besoins en données : Données du SIS provincial et régional concernant le nombre de césariennes pratiquées dans les maternités hospitalières pour le numérateur. La population cible du SEIS pour le dominateur.

Source des données : L'équipe du projet tâchera d'obtenir des données spécifiques aux provinces du système d'information de routine dans la mesure du possible et directement auprès des délégations provinciales du MS au besoin.

Fréquence de la collecte des données : L'entrée des données se fait mensuellement dans le SIS des délégations provinciales. Elles seront recueillies, épurées et rapportées mensuellement par la région

Qualité des données :

La qualité des données est raisonnable.

Données de base, prévisions et réalisations

	SMD		TT	
Année	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
2000:	Année de base	3%	Année de base	1,8%
2001:	3%	3%	2%	2,2%
2002:	3%	3%	2%	2,4%
2003:	3%		2%	

Indicateur 1.1 : Fonctions de Gestion Décentralisées vers le Niveau Régional et Provincial

Cet indicateur suivra la mise en œuvre de la politique de décentralisation dans les deux régions. Les activités du projet sont conçues de manière à *assister* le MS dans ses actions de préparation d'un transfert effectif des rôles et responsabilités à tous les niveaux, aider les différents niveaux à atteindre un consensus sur la délégation des pouvoirs et aider à renforcer la compétence des équipes régionales leur permettant d'accomplir leurs nouveaux rôles. Progress a aidé à identifier des cellules régionales qui assumeront des fonctions de gestion spécifiques qui *permettront de développer le processus de régionalisation* :

Souss-Massa-Drâa :

- Commission régionale de formation continue
- Commission régionale d'assurance qualité
- Commission régionale de gestion
- Commission régionale de promotion de la santé

Tanger-Tétouan :

- Cellule régionale d'assurance qualité
- Cellule régionale de formation continue
- Cellule régionale de maternité sans risque
- Cellule régionale IST-SIDA
- Cellule régionale de suivi et évaluation
- Cellule régionale de partenariat et participation communautaire.

Bien que le niveau central du MS ait formellement adopté une politique de décentralisation, la mise en œuvre de cette dernière est encore au premier stade. Comme pour la plupart des politiques de réforme, on s'attend à ce que le transfert réel des fonctions sera un processus lent nécessitant dialogue et consensus à toutes les étapes.

Définition : Une mesure qualitative de la mise en œuvre de la politique de décentralisation dans les deux régions pilotes, comme définie par des indices de référence préétablis. Les équipes des régions mesureront —la réalisation de ces indices de référence (« satisfaits » et « non satisfaits »).

Champ d'action : Les deux régions SMD et TT.

Besoins en données : Les fonctions à décentraliser vers les cellules régionales seront identifiées lors de séances annuelles de planification des activités. Un exemple des tâches et programmes décentralisés est nécessaire

Source des données : Compte-rendus de réunions, rapports de consultation, circulaires du MS.

Fréquence de la collecte des données : Périodique.

Qualité des données : La qualité des données est raisonnable.

Données de base, prévisions et réalisations

	Benchmark de l'indice de référence annuel	Réalisations annuelles			
		SMD		TT	
		Satisfaits	Non satisfaits	Satisfaits	Non satisfaits
2001	Atelier de planification des activités tenu.	X		X	
	Fonctions à décentraliser identifiés dans les deux régions	X		X	
	Plan d'action développé	X		X	
2002	Amorce du transfert des compétences des trois fonctions de base de la gestion décentralisée.				
	1) Gestion des ressources humaines : affectation et utilisation de personnes ressources régionales	X		X	
	2) Gestion des ressources financières et matérielles : affectation et redéploiement des ressources financières et équipement inter et intra provinces	X		X	
	3) Gestion organisationnelle : planification stratégique, suivi et monitoring régional	X		X	
2003	Trois tâches de gestion effectivement décentralisée vers chaque région.				

Indicateur 1.2 : Capacité régionale de gestion des cellules/commissions thématiques

Cet indicateur vise à mesurer jusqu'à quel point les régions ont réussi à décentraliser les fonctions décrites dans les plans stratégiques régionaux et le plan d'action annuel par : a) la définition de leurs rôles et responsabilités au niveau régional, et b) la capacité opérationnelle de chaque cellule/commission à mettre en œuvre ces rôles et responsabilités. Les cellules régionales suivantes sont ciblées:

Souss-Massa-Drâa :

- Commission régionale de formation continue
- Commission régionale d'assurance qualité
- Commission régionale de gestion
- Commission régionale de promotion de la santé

Tanger-Tétouan :

- Cellule régionale d'assurance qualité
- Cellule régionale de formation continue
- Cellule régionale de maternité sans risque
- Cellule régionale IST-SIDA
- Cellule régionale de suivi et évaluation
- Cellule régionale de partenariat et participation communautaire.

Les problèmes potentiels affectant cet indicateur incluent des contraintes résultant de l'environnement politique et l'absence de cadre institutionnel et juridique régissant la région sanitaire.

Définition : Un indicateur de la mise en œuvre des cellules/commissions thématiques dans les deux régions est mesuré par l'achèvement des indices de référence préétablis relative à :

a) La définition des rôles et responsabilités de chaque cellule/commission

b) Le décompte des fonctions pour lesquelles les régions ont défini leurs rôles et responsabilités (par exemples les fonctions relatives à la gestion des programmes, des ressources humaines et des ressources financières)

Champ d'action : Les deux régions SMD et TT

Besoins en données : Documentation ou autre évidence de l'achèvement des indices de référence préétablis relative à l'existence et fonctionnement des cellules et commissions Un décompte des fonctions effectivement définies par les cellules/commissions régionales sera effectué par le projet.

Source des données : Rapports de projet, et PV des réunions et ateliers des cellules/commissions, CRC, URGP.

Fréquence de la collecte des données : Trimestrielle.

Qualité des données : La qualité des données est raisonnable.

Données de base, prévisions et réalisations

Année	Benchmark de l'indice de référence annuel	Réalisations annuelles			
		SMD		TT	
		Satisfaits	Non satisfaits	Satisfaits	Non satisfaits
2001	Constitution des cellules/commissions régionales thématiques	X		X	
	Définition des rôles et responsabilités de chaque cellule/commission	X		X	
2002	Les cellules/commissions assument la responsabilité pour 25 % des fonctions attendues.	X		X	
2003	Les cellules/commissions assument la responsabilité pour 50 % des fonctions attendues.				

Indicateur 1.3: Données démographiques et de santé effectivement utilisées par les équipes sanitaires des régions pilotes pour identifier et résoudre les problèmes sanitaires locaux en collaboration avec d'autres partenaires locaux

Les besoins non satisfaits en matière de prestations et une distribution inéquitable des ressources sont d'importants problèmes sur lesquels Progress travaille. Rationaliser les ressources disponibles est un objectif majeur de la programmation du secteur de la santé. Cela demande un engagement dans la surveillance, le monitorage et l'évaluation minutieux, non seulement pour évaluer l'efficacité et améliorer la qualité des prestations, mais également pour être en mesure de communiquer effectivement les résultats des investissements consentis dans des interventions sanitaires. Les activités de Progress contribueront à améliorer l'utilisation et l'application de données sanitaires et démographiques correctes et appropriées à la prise de décisions.

De plus, pour améliorer l'efficacité de ses programmes, le MS a la volonté de développer des partenariats innovateurs et efficaces avec les ONG, les collectivités locales, et les autres ministères à caractère social. Les contractants de l'USAID collaboreront avec le MS afin d'impliquer des groupes locaux dans l'identification de problèmes sanitaires et de concevoir et mettre en œuvre des activités visant à adresser ces problèmes. Le fait d'encourager l'appropriation de ces projets par les groupes locaux pourrait conduire à une meilleure pérennisation financière, administrative et politique. En engageant davantage de groupes locaux, on s'attend à ce que davantage de femmes soient impliquées dans la prise de décision au niveau local, y compris dans l'allocation des ressources.

Cet indicateur mesure jusqu'à quel point les données (y compris l'évaluation qualitative des besoins) sont utilisées par les équipes locales et régionales et d'autres partenaires pour le développement et la mise en œuvre d'actions conjointes. Les rapports de Progress documenteront les actions clés entreprises par les responsables locaux afin d'atteindre ces indices de référence.

Définition : Une mesure qualitative de l'utilisation des données locales par les équipes régionales afin d'identifier et résoudre des problèmes sanitaires locaux tels que définis par des indices de référence préétablis. Une mesure (« satisfaits » ou « non satisfaits ») de la réalisation de ces indices ou buts est considérée comme étant représentative de la preuve d'actions programmatiques en soins de santé de base, basés sur des données et la collaboration.

Champ d'action : Deux régions SMD et TT.

Besoins en données : Rapports de projet décrivant les actions entreprises pour atteindre les indices de référence préétablis.

Source des données : Rapports de projets, comptes-rendus de réunions, rapports de consultation.

Fréquence de la collecte des données : Périodique avec rapport annuel.

Qualité des données : La qualité des données est raisonnable.

Données de base, prévisions et réalisations

Date cible	Benchmark de l'indice de référence annuel	Réalisations annuelles			
		SMD		TT	
		Satisfaits	Non satisfaits	Satisfaits	Non satisfaits
2000 Année de Base	Les équipes régionales développent des jeux de données représentant les statistiques-clés SMI/PF (Chartbooks) y compris l'analyse, l'identification des problèmes et le classement prioritaire des actions (monographies régionales).	X		X	
2001	Systèmes d'information régionaux fonctionnels dans les 2 régions	X		X	
2002	Données provenant des systèmes d'information régionaux utilisées pour la prise de décisions	X		X	
2003	Evidence de la réalisation des objectifs du programme				

Indicateur 1.4 : Equipes régionales intersectorielles planifient et allouent conjointement des ressources aux activités de soins de santé dans les régions pilotes

Dans le but de promouvoir la décentralisation, les équipes locales doivent procéder à une planification et allocation plus efficace dans les domaines de la santé *Progress* soutiendra les équipes locales dans leur effort d'identification et de mise en œuvre des étapes nécessaires à la collaboration dans l'examen des données pertinentes permettant la planification d'interventions, puis d'allouer les ressources régionales, les ressources décentralisées du MS ou toute autre assistance matérielle à la santé conformément aux besoins déterminés localement.

Cette étape est importante pour la réussite de la décentralisation, mais il n'est toujours pas clair jusqu'à quel point la commission régionale ou d'autres entités locales peuvent collaborer à la planification d'activités, l'obtention et l'allocation de ressources financières ou d'autres intrants dans des initiatives dans le secteur de la santé.

Définition : Cet indicateur suit le progrès vers la mise en œuvre de politiques et de la réforme nationale conformément à l'approche de l'USAID de mesure des indicateurs qualitatifs. Les cinq étapes suivantes préconisées par l'USAID sont : 1) identification/analyse du besoin de réforme (10%) ; 2) formulation de la réponse politique (10%) ; 3) validation par les autorités appropriées et autres parties prenantes (20%) ; 4) adoption formelle ou informelle (20%), et 5) mise en œuvre (40%).

La durée de *Progress* n'est pas suffisante pour réaliser les 5 étapes du processus. Par conséquent, l'indicateur sera atteint si l'étape 4 (adoption formelle ou informelle) est réalisée. Des scores sont attribués annuellement conformément aux indices de référence préétablis définis dans le tableau ci-dessous.

Champ d'action : Le niveau central du MS et les régions SMD et TT.

Besoins en données : Evidence de la réalisation des indices de référence.

Source des données : Rapports du Conseil Régional ou des partenaires, comptes-rendus de réunions, rapports de consultation, circulaires du MS.

Fréquence de la collecte de données trimestrielle et régulière.

Qualité des données : La qualité des données est raisonnable.

Données de base, prévisions et réalisations :

Indicateur 1.4 : Equipes régionales intersectorielles planifient et allouent conjointement des ressources aux activités de soins préventifs dans les régions pilotes				
Date Cible	**Indice de référence annuel**	**Objectif annuel**	**Réalisations annuelles**	
			SMD	TT
2000 Année de Base	Dans les deux régions, des réunions multisectorielles ont lieu pour identifier des problèmes sanitaires prioritaires et définir les prochaines étapes de planification et allouer les ressources pour des interventions sanitaires prioritaires. Compte-rendus de réunions disponibles, identifiant les actions prioritaires.	10% (identification)	10%	0%
2001	Tenue de réunions multisectorielles pour élaborer un plan d'action et un budget préliminaire pour les activités sanitaires identifiées comme prioritaires. Plan d'action et budget élaborés.	20% (identification (10%) + formulation (10%))	20%	20%
2002	Ateliers/réunions pour examiner le plan d'action et le budget et obtenir un consensus. Accords signés par les participants aux réunions multisectorielles.	40% (identification (10%) + formulation (10%) + validation (20%))	40%	40%
2003	Plans d'action et budget détaillés élaborés pour les activités sanitaires.	60% (identification(10%) + formulation (10%) + validation (20%)) +adoption (20%))		

Indicateur 2.1: Augmentation des besoins satisfaits en matière de soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans les deux régions

Il semble y avoir un consensus général que l'accès et l'utilisation rapides de SOU de bonne qualité est en relation directe et causale avec le taux de mortalité maternelle au sein d'une population. Cet indicateur mesure l'utilisation réelle des prestations cliniques qui peuvent prendre en charge les majeures complications qui peuvent engendrer les décès obstétricaux. Toutefois, si la proportion des besoins satisfaits pour ces services est faible, d'autres études sont nécessaires pour déceler où se situe le problème. Il se peut que ce soit la disponibilité, l'accessibilité ou la qualité des soins fournis, ou encore l'utilisation de ces services, ou les deux.[1]

Etablir les chiffres de base pour 1999 pour cet indicateur dans les deux régions risque de s'avérer plus difficile que la collecte des données de routine des années suivantes. Alors que les données relatives au nombre de complications traitées sont maintenant recueillies de manière routinière dans les deux régions SMD et TT. Le registre qui permet de déterminer correctement les complications à inclure n'a été introduit qu'il y a peu de temps (septembre 1999 dans le SMD et janvier 2000 dans le TT). Par ailleurs, l'introduction de ce registre n'a pas suivi une démarche complète pour assurer une utilisation efficace. Par conséquent, le registre était utilisé plus comme un registre de naissance. Pour palier à ces limites dans la qualité et la validité des données le projet a mené plusieurs atelier de d'information, de formation et de vérification rétrospective. Ces ateliers se sont réalisés durant les mois de juin et juillet 2002. Par conséquent, les données pour cet indicateurs ont validité et fiabilité accrue à partir de mai 2001.

Définition : La proportion estimée de femmes ayant besoin d'interventions obstétricales qui reçoivent des soins d'urgence :

Numérateur = Nombre de femmes enceintes recevant des SOU pendant une période définie

Dénominateur = Nombre estimé de femmes ayant besoin de SOU par rapport aux naissances attendues pendant la même période

Le nombre estimé de femmes ayant besoin de SOU est obtenu en appliquant la recommandation standard de l'OMS de 15% de toutes les naissances attendues au sein d'une population pendant la même période dans les deux régions.

Les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) comprennent :

- l'administration d'ocytociques,
- l'administration d'antibiotiques (injectables),
- l'administration d'anticonvulsivants (injectables)
- la délivrance artificielle,
- l'utilisation de la ventouse obstétrique,

[1] Du projet EVALUATION, "Indicateurs pour l'évaluation de programmes de santé de la reproduction" (*Indicators for Reproductive Health Program Evaluation*), Chapel Hill, Caroline du Nord, Carolina Population Center, 1995.

- la révision utérine,
- la réanimation du nouveau-né, et
- la référence.

Les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) comprennent en charge tous les éléments ci-dessus, plus :

- la césarienne, et
- la transfusion sanguine.

Champ d'action : Les régions SMD et TT.

Besoins en données : La compilation des données pour le numérateur à partir du système d'information de routine du MS ou l'examen rétrospectif des dossiers d'accouchement au niveau d'une formation et de la province suivant les besoins et la disponibilité des données.

Les données concernant le dénominateur (15% du nombre estimé de naissances dans une population pendant une même période) sont basées sur les chiffres démographiques cibles du SEIS.

Source des données : Numérateur : les rapports du MS au niveau régional, provincial et de circonscription sanitaire. Dénominateur : enquêtes démographiques (par exemple, EDS), recensement, et estimations du MS/SEIS sur les populations des zones de captage.

Fréquence de la collecte des données : trimestrielle.

Qualité des données et plan de validation : La qualité des données est raisonnable à bonne.

Paramètres importants:

- Données apurées à partir de mai 2001
- Tenir compte des éventuels doubles comptages des complications référées d'un niveau à un autre

Données de base, prévisions et réalisations :

SMD			TT		
Année	Prévision	Réalisation	Année	Prévision	Réalisation
2000 Année de base	Non disponible	Non disponible	2000 Année de base	Non disponible	17%
2001:	Non-disponible	26%	2001:	17%	17,4%
2002:	26%	22%	2002:	20%	22,4%
2003:	30%		2003:	25%	

Indicateur 2.2: Nombre des cycles de l'amélioration de la qualité en cours dans les formations sanitaires dans les régions SMD et TT

Le projet Phase V de USAID/Rabat, en collaboration avec le MS/DHSA, a formé les équipes de gestion régionales et le personnel des formations sanitaires sur plusieurs approches d'amélioration de la qualité. Toutes les approches visent à fournir au personnel des formations sanitaires des outils pour l'identification des problèmes et trouver les solutions durant un cycle de l'amélioration de la qualité. Progress fournira un support continu aux sites pour les initiatives existantes d'amélioration de la qualité dans les deux régions de SMD et TT et travaillera pour augmenter le nombre de sites utilisant les approches d'amélioration de la qualité. Tandis que le projet met en place des mécanismes pour documenter l'atteinte et l'efficacité des interventions de l'amélioration de la qualité, cet indicateur trace seulement le nombre de sites (formatons sanitaires et/ou administration du MS) opérationnels chaque année.

Avant le démarrage de Progress, un inventaire de toutes les activités d'assurance qualité a été effectué sous le projet Phase V. En se basant sur cet inventaire, Progress continuera l'appui et le suivi des activités en assurance qualité dans les deux régions ciblées.

Définition: Le nombre des cycles de l'amélioration de la qualité en cours sera déterminé en utilisant les critères suivants :

Cycle d'amélioration de la qualité: Tel que mentionné ci-dessus, l'amélioration de la qualité a été implantée dans le projet en utilisant différentes approches. Un cycle de l'amélioration de la qualité, pour le besoin de cet indicateur, est défini comme l'effort d'une équipe pour améliorer la qualité des soins cliniques en utilisant une approche qui inclut les 4 étapes suivantes : 1) Identification du problème ou l'opportunité pour amélioration; 2) Analyse du système de soins et/ou la source du problème; 3) Développement des interventions qui peuvent mener à l'amélioration du problème ; 4) Test ou mise en œuvre de l'intervention.

Site opérationnel: Pour le besoin de cet indicateur, *« site opérationnel»* est défini comme toute intervention d'amélioration de la qualité dans laquelle un ou plusieurs étapes ci-dessus ont été initiées par une équipe de facilitation de l'amélioration de la qualité dans une formation sanitaire ou administration ou service du MS.

Champs d'action: Les deux régions SMD et TT

Besoins en données : Documentation de Progress, rapport de consultation, rapport des commissions et cellules AQ des régions SMD et TT.

Sources de données : Documentation/archive des activités du projet, rapports et procès-verbaux de la Commission ou Cellule Régionale d'Assurance Qualité, et PV des superviseurs, ainsi que la banque de données/informations régionales.

Fréquence de la collecte de données : Annuelle.

Qualité de données : La qualité des données est raisonnable.

Données de base, prévisions et réalisations :

SMD			TT		
Année	Prévu	Réalisé	Année	Prévu	Réalisé
2000 Année de base		7 sites AQ opérationnels	2000 Année de base		31 sites AQ opérationnels
2001:	10 sites AQ opérationnels	14 sites AQ opérationnels	2001:	60 sites AQ opérationnels	68 sites AQ opérationnels
2002:	20 sites AQ opérationnels	20 sites AQ opérationnels	2002:	90 sites AQ opérationnels	90 sites AQ opérationnels
2003:	50 sites AQ opérationnels		2003:	110 sites AQ opérationnels	

Indicateur 2.3: Augmentation du nombre de projets sanitaires mis en œuvre avec la participation active des ONG, organisations communautaires ou officiels élus dans les régions pilotes

Le MS est conscient que de bons partenariats sont nécessaires afin d'être en mesure d'adresser les besoins sanitaires de la population et il s'engage à impliquer les ONG locales dans des partenariats innovateurs. Progress travaillera pour impliquer la communauté, les collectivités et les autorités locales dans l'identification de problèmes sanitaires et dans la conception et la mise en œuvre d'activités visant à adresser ces problèmes. Le partenariat local pourrait conduire à une meilleure pérennisation financière, administrative et politique à travers l'appropriation des interventions par les premiers concernés. En encourageant la participation locale, Progress s'attend à ce que davantage de femmes soient impliquées dans les prises de décisions au niveau local, y compris dans l'allocation des ressources

Définition : Le nombre cumulatif des activités locales de promotion de la santé mis en œuvre par des ONG ou organisations communautaires dans les deux régions pilotes en partenariat avec les autorités sanitaires locales. Une activité de promotion sanitaire compte s'il y a preuve d'un plan d'action et/ou d'un accord de partenariat signé entre une organisation communautaire et les autorités sanitaires locales.

Champ d'action : Niveau communautaire dans les deux régions SMD et TT.

Besoins en données : Le nombre de plans d'actions locaux et/ou accords de partenariat signés entre ONG, organisations communautaires et le MS. Les données de base et les objectifs pour cet indicateur ont été établis par les équipes régionales.

Source des données : Les documents du MS au niveau de la région, province et circonscription sanitaire, les rapports de projet.

Fréquence de la collecte des données : Trimestrielle ou semestrielle.

Qualité des données : La qualité des données est raisonnable.

Données de base, prévisions et réalisations :

SMD			TT		
Année	Prévu	Réalisé	Année	Prévu	Réalisé
2000 Année de base	0	0	2000 Année de base	0	0
2001:	1	0	2001:	1	2
2002:	5	5	2002:	5	6
2003:	10		2003:	10	

Annexes

Annexe 1 : Donnée et évidences SMD
Annexe 2 : Donnée et évidences TT