

AVENANT AU DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROGRAMME SANTÉ DANS LES RÉGIONS DE DIORBEL, FATICK, KAFFRINE, KAOLACK ET THIÈS

COMPOSANTE « APPUI À L'OFFRE ET LA
DEMANDE DE SOINS DANS LES 5 RÉGIONS
MÉDICALES DE DIORBEL, KAOLACK,
KAFFRINE, FATICK ET THIÈS – PAODES »

SÉNÉGAL

CODE DGD : NN 3009854

CODE NAVISION : SEN 10 027 11



LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	7
FICHE ANALYTIQUE ACTUALISÉE DE L'INTERVENTION	9
1. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUALISÉE	11
1.1 L'ÉVOLUTION DU CONTEXTE NATIONAL	11
1.1.1 LES POLITIQUES NATIONALES TRANSVERSALES	11
1.1.2 LA PROTECTION SOCIALE ET LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE	12
1.1.3 LES PRIORITÉS ÉMERGENTES AU REGARD DE L'OFFRE DE SERVICES	14
1.1.4 LA COORDINATION DES PARTENAIRES, L'INFORMATION SANITAIRE ET LA PLANIFICATION	15
1.2 LES PROJETS DE COOPÉRATION BILATÉRALE BELGE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE	16
1.2.1 L'ASSRMKF	16
1.2.2 LES PAMAS 1 ET 2	16
1.2.3 LE PAGOSAN	17
1.2.4 LE PAODES	17
1.2.5 LE PAREE	19
1.3 JUSTIFICATION DE L'AUGMENTATION DU BUDGET	19
2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	20
2.1 PORTÉE DU PRÉSENT AVENANT	20
2.2 RAPPEL DES PRINCIPES DE BASE ET AXES DE L'INTERVENTION	20
2.2.1 RAPPEL DES PRINCIPES DIRECTEURS DU PROGRAMME	20
2.2.2 RAPPEL DE PRINCIPES SPÉCIFIQUES	20
2.3 BÉNÉFICIAIRES	22
2.4 PRINCIPAUX PARTENAIRES	22
2.5 LOCALISATION	22
3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	23
3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL	23
3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE	23
3.3 RÉSULTATS ATTENDUS	23
3.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE	24
3.4.1 RÉSULTAT 1 : LA QUALITÉ DES SERVICES EST AMÉLIORÉE	24
3.4.2 RÉSULTAT 8 : UN SYSTÈME PLURIEL DE COFINANCEMENT DES ASSURANCES SANTÉ UNIVERSELLES EST MIS EN ŒUVRE	26
3.4.3 RÉSULTAT 11 : L'AGENCE DE LA CMU EST RENFORCÉE ET FONCTIONNELLE	27
3.5 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION	29
3.6 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE	29
3.7 ANALYSE DES RISQUES	29

4.	RESSOURCES	31
4.1	RESSOURCES FINANCIÈRES	31
4.2	RESSOURCES HUMAINES	31
5.	MODALITÉS D'EXÉCUTION ET THÈMES TRANSVERSAUX	32
	ANNEXE : BUDGET ACTUALISÉ	33

ABRÉVIATIONS

AG	Assemblée générale
AF	Accord de Financement
AMU	Assurance maladie universelle
ARMD	Appui à la région médicale de Diourbel
ASSRMKF	Appui aux systèmes de santé des régions médicales de Kaolack et Fatick
AT	Assistance technique
ATI	Assistant(e) technique international(e)
ATN	Assistant(e) technique national(e)
BSF	Bourse de Sécurité Familiale
CA	Conseil d'administration
CACMU	Cellule d'appui à la couverture maladie universelle
CAD/OCDE	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques
CAFI	Conseiller en administration et finances international
CAFSP	Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat
CIP-CMU	Comité interministériel de pilotage de la stratégie nationale de développement de la Couverture Maladie Universelle
CL	Collectivité locale
CMS	Crédit mutuel du Sénégal
CMU	Couverture maladie universelle
CONSAS	Concertations nationales sur la santé et l'action sociale
CDS	Comité Départementaux de Suivi
CRS	Comité Régionaux de Suivi
CTB	Agence belge de développement
DECAM	Décentralisation et extension de la couverture de l'assurance maladie
DGD	Direction générale coopération au développement et aide humanitaire
DGPSN	Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale
DGS	Direction générale de santé
DHIS2	Logiciel « Open source » pour système d'information sanitaire, version 2
DIEM	Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance
DLM	Direction de la lutte contre la maladie
DLMNT	Division de la lutte contre les maladies non transmissibles
DPRS	Direction de la planification, de la recherche et des statistiques
DTF	Dossier technique et financier
ECD	Equipe cadre de district
EDS	Enquête démographique et de santé
GAR	Gestion axée sur les résultats

GRH	Gestion des ressources humaines
HTA	Hypertension artérielle
IPM	Instituts de Prévoyance Maladie
La CMU	L'Agence de la couverture maladie universelle
MAS	Micro-assurance santé
ME	Médicament essentiel
MNT	Maladie non transmissible
MS	Mutuelle de santé
MSAS	Ministère de la santé et de l'action sociale
MSHPP	Ministère de la santé de l'hygiène publique et de la prévention
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OSC	Organisation de la société civile
PAGOSAN	Projet d'appui à la gouvernance santé
PAMAS	Projet d'appui au développement de la micro-assurance santé
PAODES	Projet d'appui à l'offre et à la demande de soins
PAP	Plan d'actions prioritaires
PAREE	Programme d'appui à la réalisation d'études et d'expertises
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PEC	Prise en charge
PIC	Programme indicatif de coopération
PMA	Paquet minimum d'activités
PNA	Pharmacie nationale d'approvisionnement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PRA	Pharmacie régionale d'approvisionnement
PRC	Programme de Renforcement de Capacités
PS	Poste de santé
PSD-CMU	Plan stratégique de développement de la couverture maladie universelle au Sénégal
PSE	Plan Sénégal émergent
PTA	Plan de travail annuel
PTF	Partenaire technique et financier
RH	Ressources humaines
RAC	Revue annuelle conjointe
RM	Régions médicales
SAMU	Service d'assistance médicale d'urgence
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
UDAM	Unité départementale d'assurance maladie
UEMOA	Union économique et monétaire Ouest Africaine
USAID	United States Agency for International Development

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le Programme Santé dans les Régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès – Composante « Appui à l'Offre et la Demande de Soins dans les 5 régions médicales de Diourbel, Kaolack, Kaffrine, Fatick et Thiès – PAODES » a été formulé en 2011, et sa convention spécifique a été signée le 4 novembre 2011 pour une durée de 72 mois. L'objectif spécifique du PAODES est le suivant : « La population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale ». Le PAODES est mis en œuvre dans le cadre d'un même programme avec la composante « appui à la gouvernance sanitaire centrale et des 5 régions médicales » (PAGOSAN). Depuis le début de sa mise en œuvre, plusieurs évolutions ont marqué le programme santé, qui ont été actées au cours des structures mixtes de coordination locales (SMCL) successives. La durée de mise en œuvre du PAODES a été prolongée jusqu'en novembre 2017 lors de la SMCL du 18 février 2015.

Auparavant, la coopération bilatérale belge a mis en œuvre des projets d'appui au développement de la micro-assurance santé au Sénégal (PAMAS 1 et 2 du PIC 2006-2009), qui relevaient du secteur de l'économie sociale. Toutefois, en date du 7 juin 2012, le Comité Spécial des Partenaires a pris la décision de clôturer les deux projets PAMAS 1 et 2 de façon anticipée par rapport aux dates initialement prévues, à savoir une clôture au 31 décembre 2012 et de transférer les reliquats budgétaires au PAODES. Cette décision se justifiait par la nécessité d'améliorer la cohérence interne entre les programmes de coopération de la Belgique au Sénégal, et de simplifier le fonctionnement du PAODES. Les interventions se sont terminées avec des soldes de 58.425,23 Euros pour le PAMAS 1 et de 854.473,88 Euros pour le PAMAS 2. Les rapports finaux des PAMAS 1 et 2 ont été approuvés lors de la SMCL du 18 février 2015. Cette même réunion a permis d'approuver les orientations retenues pour utiliser les reliquats des PAMAS 1 et 2.

Plusieurs évolutions du contexte ont prélué aux orientations retenues pour la stratégie d'utilisation des reliquats des PAMAS 1 et 2, qui sont décrites dans la première section de cet avenant. Outre l'évolution au niveau des politiques nationales transversales (Acte III de la décentralisation, réforme des districts sanitaires, Plan Sénégal Emergent), le PAODES est principalement influencé par les évolutions constatées au niveau (i) des politiques, stratégies et institutions nationales en matière de protection sociale et de couverture maladie universelle (CMU) et (ii) de priorités émergentes au niveau de l'offre de services. Des progrès sont aussi constatés au niveau de la coordination des partenaires, de l'information sanitaire et de la planification. Par ailleurs, les évolutions constatées en cours de mise en œuvre du programme santé de la coopération bilatérale belge au Sénégal – notamment suite à l'évaluation à mi-parcours du PAGOSAN et du PAODES – ont été prises en compte pour allouer les reliquats des PAMAS 1 et 2.

Outre les arguments techniques et contextuels présentés dans la section **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, l'augmentation du budget du PAODES se justifie à deux égards :

- Premièrement, de nouvelles opportunités apparaissent au vu de l'évolution du contexte, en particulier celle de se repositionner comme un partenaire stratégique de l'Agence de la CMU, et de répondre aux nouvelles priorités affichées du MSAS, qui concourent également à l'amélioration des résultats.
- Deuxièmement, l'extension de la durée de mise en œuvre du PAODES implique la nécessité d'allouer des moyens généraux supplémentaires pour assurer la gestion du projet jusqu'à sa clôture.

Le présent avenant ne se substitue pas au DTF initial, mais il l'actualise pour tenir compte des évolutions constatées et intégrer les reliquats des PAMAS 1 et 2. Il ne modifie pas fondamentalement les orientations stratégiques du PAODES, ni la planification opérationnelle, ni les moyens d'exécution.

Dès lors, le présent document se limite à rappeler les éléments essentiels du DTF initial, à référer à ce dernier pour ce qui concerne les résultats, activités et aspects opérationnels qui demeurent inchangés, et à préciser les modifications de portée stratégique et innovations introduites dans cet avenant.

Après avoir rappelé quelques orientations stratégiques du PAODES, de même que ses objectifs général et spécifiques, le présent avenant présente les résultats attendus actualisés, qui respectent les résultats 1 à 10 tels que modifiés par SMCL du 8 avril 2014 et introduisent un onzième résultat : R11 « L'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle ». Ensuite, il détaille les changements apportés au niveau des activités à mettre en œuvre, qui sont les suivants :

- Au niveau du Résultat 1, introduction de deux nouvelles activités :
 - o Activité 1.8 : Dépister et prendre en charge des maladies chroniques suivant les protocoles en vigueur et dans le respect des paquets d'activités ;
 - o Activité 1.9 : Développer la prise en charge des urgences dans les districts prioritaires et pilotes suivant les normes en vigueur et dans le respect des paquets d'activités ;
- Au niveau du Résultat 8, augmentation (sur fonds de la contrepartie sénégalaise) des ressources de l'activité liée au développement d'un mécanisme de fonds d'équité intégré à l'assurance dans le cadre du fonds de solidarité
- Au niveau du nouveau Résultat 11, il a été retenu trois grandes activités, à savoir (1) un appui au démarrage de l'Agence de la CMU qui remplacera à court terme la CACMU ; (2) assister le Sénégal dans la mise en place et l'animation des cadres de pilotage et de concertation ; et (3) investir massivement dans la communication, un des facteurs clés de succès pour une réussite de l'assurance maladie universelle.

Une indication des moyens nécessaires pour réaliser ces activités est également donnée.

Outre les indicateurs qui demeurent inchangés par rapport au DTF initial et aux mises à jour approuvées par les SMCL successives, les nouveaux indicateurs à introduire pour permettre d'assurer le suivi-évaluation des nouveaux résultats et activités sont les suivants :

Pour le résultat 1 :

1. Les PMA et PCA sont mis à jour et intègrent la prise en charge des MNT et des urgences.

Pour le résultat 8 :

2. Les bénéficiaires des BSF bénéficient d'une prise en charge médicale et d'une assurance à l'UDAM dans les départements de Foundiougne et Koungheul.

Pour le résultat 11 :

3. Le taux de couverture de l'assurance maladie atteint 75% en 2017 au Sénégal.

Enfin, l'analyse des risques a été actualisée, et le budget actualisé est présenté de façon synthétique à la section 4, et détaillée en annexe.

FICHE ANALYTIQUE ACTUALISÉE DE L'INTERVENTION

Numéro national DGD	3009854
Code Navision CTB	SEN 10 027 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)
Durée : Convention spécifique	72 mois à partir du 04/11/2011
Durée de la mise en œuvre	48 mois initialement, extension 3 novembre 2017
Contribution de l'Etat sénégalais	4.087.964 € + 384.733 € ¹
Contribution de la Belgique	16.000.000 + 912.899,11 € ²
Date de la signature de la Convention spécifique	4 novembre 2011
Secteurs d'intervention	12220-Santé-Santé de base- Soins et services de santé de base 12281-Santé-Santé de base-Formation de personnel de santé 12110-Santé-Politique de Santé et gestion administrative
Objectif général	L'état de santé de la population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès est durablement amélioré
Objectif spécifique	La population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale
Résultats intermédiaires	<p>OFFRE de SOINS</p> <p>R1 La qualité des services est améliorée</p> <p>R2 Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées</p> <p>R3 Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets assurée selon un plan d'investissement global de chaque région</p> <p>R4 Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplique au niveau national</p> <p>R5 La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et entre les acteurs au niveau opérationnel, est renforcée</p> <p>DEMANDE de SOINS</p> <p>R6 Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont</p>

¹ Voir augmentation budget sur l'activité 8.2 du PAODES, documenté sous le chapitre 3.4.2.

² Le budget initial était de 16.000.000 auquel s'ajoutent les 912.899,11 € de reliquats, soit un total de 16.912.899,112 €

	<p>renforcées</p> <p>R7 Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes</p> <p>R8 Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre</p> <p>R9 Le cadre juridique relatif à l'UDAM est créé et mis en œuvre</p> <p>R10 Un modèle d'assurance santé, articulé autour des départements, est développé et capitalisé</p> <p>R11 L'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle</p>
--	--

1. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUALISÉE

1.1 L'évolution du contexte national

1.1.1 Les politiques nationales transversales

Le Sénégal est engagé dans une dynamique de décentralisation et de déconcentration. Alors que le Code des Collectivités Locales de 1996 (deuxième réforme majeure de la **décentralisation**) avait fondamentalement modifié les relations entre l'Etat et les collectivités locales (CL) en renforçant l'autonomie de gestion de ces dernières, mais reposait fortement sur la régionalisation, la nouvelle **Loi n°2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des Collectivités locales** acte une refondation majeure de l'action territoriale de l'Etat. Le dénommé « **Acte III de la décentralisation** » consacre, dans une première phase, la suppression de la région comme collectivité locale et l'érection des départements en collectivités locales, ainsi que la communalisation intégrale. Les neuf domaines de compétences jusqu'ici transférées seront répartis entre les deux ordres de collectivités locales que sont le département et la commune. Le Chapitre III qui traite de la santé, de la population et de l'action sociale, accorde notamment aux départements les compétences relatives à la gestion et l'entretien des hôpitaux niveaux 1 et 2 et à la participation à la couverture maladie universelle ; et aux communes, les compétences relatives à la construction, la gestion, l'équipement et l'entretien des postes de santé, maternités et cases de santé ; à la gestion, l'équipement et l'entretien des centres de santé ; à la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène ; au recrutement et mis à disposition de personnel d'appui ; et à la participation à la couverture maladie universelle. Cependant, la partie réglementaire qui doit opérationnaliser l'acte III de la décentralisation est encore en cours d'élaboration, et aura des répercussions sur l'organisation du système de santé (aspect déconcentration).³

En effet, le système de santé sénégalais est actuellement organisé autour de 76 **districts sanitaires** de plein exercice répondant aux critères d'opérationnalité (c'est-à-dire ayant leur budget propre et leur autonomie de gestion). Une réforme des districts est en cours de préparation, mais encore inachevée. Plusieurs scénarios sont discutés pour répondre aux évolutions des districts sanitaires et assurer une certaine cohérence entre les districts et les 45 départements. A l'heure actuelle, les régions médicales existent encore, mais il est envisagé de créer des directions départementales.

Enfin, le gouvernement sénégalais a décidé d'adopter un nouveau modèle de développement pour accélérer sa marche vers l'émergence. A cette fin, il a lancé en février 2014 le **Plan Sénégal Emergent (PSE)**, qui constitue désormais le référentiel de la politique économique et sociale sur le moyen et le long terme. Le PSE est articulé autour de trois axes : (1) Transformation structurelle de l'économie et Croissance ; (2) Capital humain, Protection sociale et Développement durable ; (3) Gouvernance, Institutions, Paix et sécurité. Il est accompagné d'un Plan d'actions prioritaires (PAP) qui l'opérationnalise avec des projets et programmes de développement (190 actions prioritaires) dans un cadre budgétaire sur la période 2014-2018, dont 26% sont dédiés à l'axe 2. La santé est l'un des secteurs prioritaires du PAP (avec le Programme national de relèvement des plateaux techniques des hôpitaux et autres centres de santé et « Dakar Medical City » qui est un projet phare pour faire de Dakar le centre de soins de référence de la sous-région à travers notamment la mise à niveau international de l'Hôpital Principal de Dakar et la création d'une unité de production de vaccins contre la fièvre jaune), de même que la protection sociale (avec le développement de la couverture universelle par l'assurance maladie, le programme d'appui aux filets sociaux en complément de l'effort

³ A noter que les difficultés et contraintes entravant la mise en œuvre effective de la décentralisation ont été identifiées dans l'« Etude sur la faisabilité d'un système d'assurance maladie universelle au Sénégal – lien avec les stratégies nationales et organes de concertation existants » d'août 2013 réalisée par la CTB.

de financement interne dans le cadre du Programme National des Bourses de Sécurité Familiale (BSF) et de la couverture maladie universelle (CMU)).

1.1.2 La protection sociale et la couverture maladie universelle

Nous listons ci-dessous, en ordre chronologique, les principaux moments clés de la période qui a suivi la formulation du PAODES en 2011, pour ce qui concerne la protection sociale et la CMU.

- 2008 : Développement par la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) de la **Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais** avec l'idée de mettre en place : 1) un Fonds National de Solidarité Santé et 2) la phase pilote de la Décentralisation et Extension de la Couverture de l'Assurance Maladie (DECAM) à Diourbel, Kaolack, Kolda, Louga et Saint-Louis.
- 2009 : Sous la coordination du Ministère des Finances, le gouvernement élabore une **Stratégie nationale de protection sociale**, que les Ministères sectoriels sont chargés de mettre en œuvre. Le Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Prévention (MSHPP) se voit donc chargé de la protection sociale en santé.
- 4 avril 2012 : Mise en place du nouveau gouvernement qui conduira au regroupement des secteurs de la Santé et de l'Action sociale dans un même ministère : l'ancien MSHPP se transforme en **Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)**. Ses attributions sont actuellement fixées dans le Décret n°2014-867 du 22 juillet 2014.
- Août 2012 : Conformément au Décret n°2012-543 du 24 mai 2012 portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les ministères, qui consacre la volonté du Chef de l'Etat de rationaliser l'organisation de l'Administration publique, mise en place de la **Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU)** qui remplace la CAFSP. Il s'agit d'un service rattaché au Cabinet du MSAS, chargé de développer le programme de la couverture maladie universelle. La CACMU a pour mission d'assurer l'accès financier aux soins de santé par le développement de stratégies appropriées à travers la mise en place d'un système de couverture maladie universelle. Elle est chargée, notamment, d'assurer :
 - o la promotion de l'assurance maladie universelle ;
 - o le développement de la CMU en renforçant la collaboration intra et intersectorielle ;
 - o la mise en place de mécanismes de solidarité pour l'accès financier aux soins de santé ;
 - o la régulation des prix et des tarifs des prestations sanitaires dans les structures publiques et privées ;
 - o le suivi et l'évaluation des différentes formes d'assurance maladie.
- 16 novembre 2012 : Décret n°2012-1311 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale (**DGPSN**), rattachée au Cabinet du Président de la République. Elle gère la solidarité nationale pour les démunis et les bourses nationales de sécurité familiales.
- 18-19 janvier 2013 : Organisation par le MSAS des **concertations nationales** sur la santé et l'action sociale (CONSAS 2013), réunissant l'ensemble des parties prenantes, autour du thème central de la CMU. A l'issue de ces assises, un état des lieux de la couverture du risque financier lié à la maladie au Sénégal a été fait et a révélé des difficultés d'accessibilité financière aux soins de santé pour la majorité de la population.
- Mars 2013 : Suite à un atelier de consensus, adoption par le MSAS du **Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017** (PSD-CMU). Ce plan stratégique est articulé autour des axes suivants : (i) le développement de la CMU de base à travers les mutuelles de santé ; (ii) la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie à travers la mise en œuvre du Décret n°2012-832 du 7 août 2012 ; (iii) le renforcement des politiques de gratuités existantes ; (iv) la mise en œuvre de la nouvelle initiative de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans. Il consacre **l'adoption du DECAM** comme l'une des stratégies nationales

pour atteindre la couverture universelle, ce qui implique temporairement la mise en suspens du développement du volet demande par le PAODES.

- 20 septembre 2013 : Le Président de la République lance officiellement le Programme National de Couverture Maladie Universelle, en faisant de cela l'une des priorités de son agenda politique. Il assigne au MSAS, chargé de sa mise en œuvre, un objectif intermédiaire de couverture de 75% à l'horizon 2017.
- Octobre 2013 : début de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans qui vient compléter la gratuité des césariennes établie en 2005.
- Novembre 2013 : visite de Madame le Ministre de la Santé à la DGD et à la CTB à Bruxelles, qui a consacré l'accord pour l'expérimentation du modèle de développement de l'assurance maladie repris dans la convention de financement du PAODES, mais en la concentrant au niveau de deux départements et non au niveau régional.
- 21 janvier 2014 : tenue d'une réunion d'échanges sur la nouvelle orientation du volet Demande du projet PAODES, suite à l'accord de Madame le Ministre.
- 28 janvier 2014 : Tenue d'un Conseil interministériel sur l'état de mise en œuvre de la CMU sous la présidence du Premier Ministre, qui a recommandé de mettre sur pied d'une part un Comité interministériel de pilotage de la CMU et d'autre part, une structure autonome de gestion dudit programme, dénommée l'Agence de Couverture Maladie Universelle (voir plus bas).
- Février 2014 : **Démarrage d'une expérience pilote d'unité départementale d'assurance maladie (UDAM)** dans les départements de Koundoul (région de Kaffrine) et Foundiougne (région de Fatick). Les UDAM ont un statut de mutuelle de santé, conformément au règlement UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale. Mais contrairement aux mutuelles communautaires, le conseil d'administration (CA), dont tous les membres sont volontaires et bénévoles, a délégué la gestion quotidienne à une équipe professionnelle, sélectionnée sur base de compétences et rémunérée à plein temps.
- 11 juin 2014 : Arrêté de la Primature n°09382 portant création et organisation du **Comité national interministériel de pilotage de la Stratégie Nationale de Développement de la CMU**, présidé par le Ministre de la Santé, ainsi que de plusieurs **commissions techniques** chargées respectivement : du suivi de la réforme de l'AMU ; de la promotion des mutuelles de santé ; du renforcement des initiatives de gratuité ; du financement et du cadre juridique de la CMU ; de l'information et de la communication. Le Comité national interministériel a été effectivement mis en place le 23 octobre 2014. Parallèlement au Comité national de pilotage et afin d'assurer une meilleure coordination des activités au niveau opérationnel, il a également été mis en place des comités régionaux et départementaux de suivi de la mise en œuvre de la CMU.
- 7 janvier 2015 : **Création officielle de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (La CMU) par le Décret n°2015-21**. Elle est dirigée par le Directeur général et sous l'administration d'un Conseil de surveillance. Elle est une agence d'exécution, chargée de la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la CMU. L'Agence de la CMU deviendra l'acheteur de soins de santé et sera ainsi responsable de l'exécution du programme de CMU. Elle constitue un puissant outil institutionnel permettant aux pouvoirs publics, de mettre en place un système efficace de financement de la santé. En effet, l'une de ses missions principales est de mettre en place des mécanismes de solidarité pour développer une assurance maladie à vocation universelle et des mécanismes d'assistance et d'entraide favorisant l'accès financier aux soins de santé des groupes vulnérables et des personnes indigentes. Dans le dispositif organisationnel de l'Agence de la CMU, il est prévu la création de bureaux régionaux qui seront chargés de la mise en œuvre des orientations stratégiques au niveau opérationnel.
- 20 & 21 avril 2015 : **Revue annuelle conjointe du PNDS**. Parmi les 15 recommandations outre celle, capitale, relative à la disponibilité des ressources humaines il faut souligner celle proposant l'accélération de la formation des médecins à compétence SOU pour que la césarienne soit réalisée dans tous les centres de santé, celle relative à l'intégration des frais d'évacuation sanitaire dans le paquet de services proposés aux mutualistes et enfin celle relative

à la mobilisation des subvention afférentes à l'enrôlement des bénéficiaires de Bourses de Sécurité Familiale (BSF) dans les mutuelles de santé.

1.1.3 Les priorités émergentes au regard de l'offre de services

Il ressort des récents discours de Madame le Ministre de la Santé⁴ que parallèlement à la protection sociale et à la CMU en particulier, **deux priorités pour le MSAS émergent au niveau de l'offre de services : d'une part, la prise en charge des urgences et d'autre part, la lutte contre les maladies chroniques** ou maladies non transmissibles (MNT) face à l'augmentation de la morbi-mortalité qui y est liée (selon l'OMS, en 2011, 34% des décès en Afrique étaient dus aux MNT, chiffre qui prévaudrait également au Sénégal). A noter que l'amélioration de l'offre est tout à fait complémentaire à l'augmentation de la demande, puisque d'un côté les mutualistes souhaiteront bénéficier de services de qualité, et que d'un autre côté l'accroissement du paquet de soins risque de peser sur le budget des mutuelles.

A cet effet, plusieurs engagements politiques ont été pris et plusieurs documents stratégiques ont été élaborés. **Pour ce qui concerne les urgences**, qui constituent le premier motif de consultation dans les structures de santé sénégalaises – notamment du fait des urgences obstétricales graves qui parviennent aux structures de référence tardivement dans les régions périphériques – le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) national a été créé en 2005, mais il est actuellement seulement implanté à Dakar. Il est urgent d'aller vers une véritable décentralisation du SAMU dans les autres régions pour améliorer les problèmes de référence / contre référence notés tous les jours lors des évacuations de patients graves. La décentralisation du SAMU devrait permettre de jouer un véritable rôle sur les urgences obstétricales au niveau le plus périphérique possible (concept de SAMU obstétrical rural). Le **Plan stratégique 2013-2017 du SAMU national** a planifié l'ouverture d'un pôle décentralisé dans la région de Thiès en 2015, qui devrait couvrir tous les districts de la région. L'ouverture du pôle centre couvrant les régions de Kaolack, Fatick et Kaffrine devrait démarrer en 2016, et permettre de répondre au problème des accidents graves fréquents sur cet axe routier très fréquenté, responsables d'un grand nombre de victimes vu l'absence de médicalisation des secours primaires. Le plan du SAMU a été budgétisé mais à ce jour seul l'appui de Lux-Développement pour la région nord (Saint Louis) est acquis.

Plus globalement, lors du Conseil des Ministres du 13 novembre 2013, Monsieur le Président de la République a demandé au Gouvernement de mettre en œuvre un plan d'urgence pour améliorer le dispositif de soins curatifs afin d'assurer une meilleure accessibilité des populations à des soins de qualité. Ceci a conduit à l'adoption par le MSAS en mars 2014 du **Plan d'urgence d'amélioration du dispositif de soins curatifs** qui couvre la période de 2014-2015. Celui-ci intervient dans un contexte de mise en œuvre de la CMU où l'offre doit répondre aux besoins des populations en matière de disponibilité d'infrastructures et d'équipements mais garantir également une bonne prise en charge des urgences par le renforcement et la modernisation de l'offre de service. L'objectif du plan d'urgence est de contribuer au renforcement durable de l'accès à des services de qualité dans un contexte de gouvernance améliorée en particulier dans les établissements hospitaliers. Outre un focus sur la disponibilité des médicaments et autres produits de santé et des ressources humaines qualifiées, ses axes d'intervention prioritaires sont les suivants :

- L'amélioration de l'offre de service d'urgence à tous les niveaux du MSAS ;
- L'amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires ;
- Le relèvement du plateau technique des structures sanitaires ;

⁴ Notamment lors de la prise de fonction de son nouveau secrétaire général, le 30 mars 2015, au cours de la mission de formulation du présent avenant.

- L'amélioration des moyens de transports logistiques et ambulances médicalisées ;
- Des projets spécifiques et innovants.

Pour ce qui concerne les maladies chroniques, alors qu'elles concourent de plus en plus à la morbidité et à la mortalité au Sénégal⁵ (les affections chroniques les plus fréquentes sont l'hypertension artérielle (HTA) et le diabète, qui sont les plus grandes pourvoyeuses d'accidents vasculaires cérébraux et d'insuffisance rénale terminale), les ressources financières qui sont allouées aux activités de prévention et de dépistage des MNT sont insuffisantes, et le système de santé est inadapté pour y répondre (insuffisances au niveau de la coordination, de la formation, de l'information, ...). Les stratégies de prévention et de prise en charge des affections chroniques sont peu développées dans les districts. De nombreuses maladies chroniques sont dépistées tardivement souvent à l'occasion de complications ; or à ce stade, la prise en charge de la MNT compliquée nécessite généralement une hospitalisation dans un service spécialisé, alors que de nombreuses structures sanitaires notamment au niveau décentralisé ne disposent pas des équipements nécessaires ou ont du personnel peu expérimenté à leur prise en charge. En outre, ces maladies ont la particularité de requérir des soins spécifiques particulièrement coûteux.

Face à l'ampleur croissante du problème des maladies chroniques, la **Division de la lutte contre les maladies non transmissibles (DLMNT)** a été créée au sein de la Direction de la lutte contre la maladie (DLM), qui elle-même fait partie de la Direction générale de la Santé (DGS). La DLMNT a été créée par Décret n°2012-543 du 24 mai 2012 portant organisation du MSAS ; son chef de division a été nommé en avril 2013. Elle dispose d'un chef de division assisté par trois médecins, qui travaillent en collaboration avec des points focaux pour le cancer, la maladie rénale chronique et les maladies cardiovasculaires. A noter qu'en plus des quatre MNT majeures définies par l'OMS (cancers, diabète, HTA, pathologies chroniques respiratoires) et de leurs principales complications (dont les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, ...), le Sénégal a pris l'option d'y ajouter la drépanocytose et l'hémophilie.

Les ressources allouées à la lutte contre les MNT sont surtout orientées vers les médicaments et les complications des MNT : l'Etat subventionne annuellement l'hémodialyse (pour environ 2,5 milliards FCFA) et l'insuline humaine (pour 300 millions FCFA), à travers des subventions à la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA). Cette dernière organise aussi depuis plusieurs années l'accessibilité et la disponibilité des médicaments des MNT sous forme de génériques de bonne qualité : les antidiabétiques oraux, les antihypertenseurs sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels et sont disponibles dans les Pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA). Au courant de l'année 2015, sept produits anticancéreux génériques ont été commandés par la PNA. En revanche, les activités de sensibilisation, de dépistage et de prise en charge des MNT sont très peu financées (environs 25 millions FCFA par an pour le diabète ainsi que pour le cancer).

1.1.4 La coordination des partenaires, l'information sanitaire et la planification

Plusieurs évolutions ont enfin été constatées au niveau de la coordination des partenaires, de l'information sanitaire et de la planification. En particulier :

⁵ Selon la DGS, les complications de l'hypertension artérielle (HTA) (accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale) constituent la deuxième cause d'hospitalisation dans le service de cardiologie (13,7%). La prévalence hospitalière pour le cancer du poumon est passée de 4% avant 2007 à 16% en 2010 (moyenne des 4 grands hôpitaux de Dakar). A Saint Louis, une étude réalisée sur une population adulte a montré une prévalence de l'obésité de 23% en 2010 et 23,9% en 2012 (33,8% urbains, 10,2% ruraux). Le taux de prévalence de l'HTA était de 25% à Pikine en 1990. Dans la ville de Saint Louis, il était de 46% en 2010 et 39,1% en 2012. Ces chiffres, même si d'autres enquêtes doivent les confirmer, soulignent l'importance du problème de santé publique.

- Le gouvernement du Sénégal, représenté par le Ministre de l'Economie et des Finances, et ses principaux partenaires techniques et financiers (PTF) actifs dans le secteur de la santé (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, PNUD, Banque mondiale, BAD, Belgique, France, Luxembourg) ainsi qu'un représentant de la société civile, ont signé le 12 avril 2013 un **Compact national** visant à définir un cadre unique et harmonisé d'interventions pour le Gouvernement et les PTF en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé et d'accroître les efforts pour atteindre plus rapidement les OMD en 2015. Le cadre de coordination et de suivi-évaluation du Compact se base entièrement sur celui du PNDS, lequel est coordonné par la Direction de la planification, de la recherche et des statistiques (DPRS) du MSAS et repose sur différentes instances aux niveaux national et régional (revue annuelle conjointe (RAC), comité interne de suivi du PNDS, mission conjointe de supervision, RAC régionales, réunions trimestrielles de coordination régionale et réunions mensuelles de coordination du district).
- En vue d'améliorer la performance du système d'information sanitaire et sociale au Sénégal, le MSAS est en train de mettre en place un **nouveau système de gestion informatisée de l'information**, basé sur le logiciel DHIS2.
- D'importants progrès sont observés au niveau de la **planification intégrée** – notamment grâce aux appuis du PAGOSAN. Le cycle de planification a été modifié, accompagné de documents de référence, un grand nombre de personnel du niveau opérationnel a été formé à la planification et à la gestion axée sur les résultats (GAR) et aujourd'hui, 100% des districts ont leur plan de travail annuel (PTA).

1.2 Les projets de coopération bilatérale belge dans le secteur de la santé et de la protection sociale

Plusieurs projets de coopération bilatérale belge ont été ou sont mis en œuvre dans le secteur de la santé et de la protection sociale depuis une dizaine d'années :

1.2.1 L'ASSRMKF

Le projet d'« Appui aux systèmes de Santé des Régions Médicales de Kaolack et Fatick » (ASSRMKF) était un projet de coopération directe bilatérale entre le Gouvernement du Sénégal et le Royaume de Belgique qui avait pour objectif spécifique d'améliorer l'accès de la population à des soins de santé de qualité. Prévu pour une durée initiale de 48 mois, le projet a été prolongé de 8 mois, soit un total 56 mois de mise en œuvre. Il a été lancé officiellement le 17 juillet 2006 et s'est achevé le 31 décembre 2010. Le coût total du projet s'est élevé à près de 12 millions d'Euros dont 9,25 pour la partie belge. Ce projet a tiré les leçons des expériences des précédents projets de la CTB au Sénégal, en particulier le projet d'Appui à la Région Médicale de Diourbel (ARMD) qui s'est étalé d'octobre 2001 à octobre 2007, pour un montant de plus de 8 millions d'Euros.

1.2.2 Les PAMAS 1 et 2

Les projets d'appui au développement de la **micro-assurance santé** au Sénégal (PAMAS 1 et 2), relevant du PIC 2006-2009, étaient mis en œuvre dans le secteur de l'économie sociale et ne prenaient dès lors en compte que l'aspect « demande » de la santé. Une Convention Spécifique a été signée entre les deux parties, en octobre 2008, pour le Volet « Appui Institutionnel à la cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat du Ministère de la Santé et de la Prévention (CAFSP) et Renforcement des mutuelles ainsi que de leur structure de coordination régional dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine » (PAMAS 1). La durée de la mise en œuvre du PAMAS 1 était de 48 mois (durée de la convention spécifique de 60 mois, avec fin officielle le 21/10/2013). La convention spécifique du Volet « Financement des mécanismes de garantie favorisant l'accès aux soins des populations vulnérables dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine » (PAMAS 2) a été signée en décembre 2009 pour une durée de 48 mois avec une durée de mise en œuvre de

36 mois (date de fin Convention spécifique le 7/12/2013). Toutefois, en date du 7 juin 2012, le Comité Spécial des Partenaires a pris la décision de clôturer les deux projets PAMAS 1 et 2 de façon anticipée par rapport aux dates initialement prévues, à savoir une clôture au 31 décembre 2012. Cette décision se justifiait par la nécessité d'améliorer la cohérence interne entre les programmes de coopération de la Belgique au Sénégal, et de simplifier le fonctionnement du PAODES : le volet demande du PAODES et le PAMAS intervenaient sur la même thématique (demande) et avec le même partenaire institutionnel, la CAFSP. Les interventions se sont terminées avec des soldes de 58.425,23 Euros pour le PAMAS 1 et de 854.473,88 Euros pour le PAMAS 2. Les rapports finaux des PAMAS 1 et 2 ont été approuvés lors de la SMCL du 18 février 2015. Au cours de cette même réunion, la décision suivante fut également actée par rapport à l'utilisation des reliquats des PAMAS 1 et 2 : « La SMCL approuve les orientations proposées dans le Mini-DTF⁶ mais demande d'y intégrer des éléments liés à la prise en charge des urgences et des maladies chroniques dans les districts pilotes. »

1.2.3 Le PAGOSAN

Le PIC 2010-2013 a replacé la santé comme un des deux secteurs prioritaires, avec un programme santé composé de deux interventions (PAGOSAN et PAODES). Le Programme santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès – Composante « **appui à la gouvernance sanitaire** centrale et des 5 régions médicales » (PAGOSAN) est budgété pour un total de 5 millions d'Euros et logé à la DPRS. La Convention spécifique a été signée le 26/11/2010 pour une durée de 60 mois. L'intervention a effectivement démarré en août 2011. Son objectif spécifique est de contribuer à l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé, 4^{ème} objectif sectoriel du PNDS 2009-2018. Il partage avec le PAODES l'objectif général d'améliorer la santé des populations rurales des Régions Médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès, par le renforcement durable du système de santé, qui est un des quatre objectifs sectoriels du PNDS 2009-2018. Il vise à atteindre six résultats : trois pour le niveau central et trois pour le niveau des cinq régions médicales ciblées, qui ont trait à l'amélioration du cadre institutionnel et organisationnel (R1 et R4 respectivement), du processus de planification ascendante et participative et son suivi/évaluation (R2 et R5) et de la gestion des ressources (humaines, financières, matérielles et techniques) (R3 et R6). Si le PAGOSAN a obtenu des résultats significatifs sur les résultats 2 et 5 relatifs à la planification et au suivi évaluation, il n'a cependant pu atteindre les résultats escomptés sur les résultats 1 et 4 relatifs à la réforme étant donné que celle-ci tarde à être promulguée. La convention spécifique du PAGOSAN sera vraisemblablement prolongée (sans incidence financière) pour permettre d'achever les investissements initiés.

1.2.4 Le PAODES

Ce programme d'appui à l'offre et la demande des soins a été formulé en 2011. Sa convention spécifique a été signée le 4 novembre 2011 pour une durée de 72 mois. L'objectif spécifique du PAODES est le suivant : « **La population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale** ». Le volet offre s'inscrit dans la continuité de l'ASSRMKF, tandis que le volet demande du PAODES s'inscrit dans la continuité des PAMAS 1 & 2, encore en cours donc au moment de la formulation et du démarrage du PAODES. L'arrêt des PAMAS 1 & 2 et le transfert des moyens financiers restants se justifiaient donc pleinement. Des dix résultats attendus du PAODES, les cinq premiers concernent le volet offre, et les cinq suivants, le volet demande.

⁶ En effet, de multiples documents, appelés mini-DTF, ont été rédigés précédemment, mais ils n'ont jamais fait l'objet d'une validation formelle ni d'échange de lettres entre le Sénégal et la Belgique.

A noter qu'en 2012 et 2013, le volet Demande du PAODES n'a pas connu de grandes évolutions (voir 1.1.2). Ceci est en partie dû au fait que la première année était prévue pour la réalisation d'études préalables. Mais suite au changement institutionnel intervenu dans le cadre de la mise en œuvre du programme de CMU avec l'adoption en 2013 du DECAM comme stratégie nationale pour atteindre la couverture universelle, des modifications ont dû être apportées au volet Demande du PAODES, qui avançait jusque-là un modèle différent. Après une période de réflexions, c'est finalement en novembre 2013 que Madame la Ministre de la Santé, en visite à Bruxelles, a marqué son accord pour le lancement des activités dans le volet demande du PAODES, moyennant quelques modifications (voir le mémo validé par la SMCL du 8 avril 2014).

Par ailleurs, suite notamment aux recommandations de l'évaluation à mi-parcours du PAGOSAN et du PAODES (mars 2014) et du dialogue politique régulier entre les parties prenantes, **plusieurs aménagements ont été apportés au PAODES** depuis le début de sa mise en œuvre, en particulier :

- La coordination entre le PAODES et le PAGOSAN a été renforcée ;
- La gestion administrative et financière a été unifiée et renforcée avec l'arrivée d'une conseillère internationale en administration et finances (CAFI) en novembre 2013 ;
- L'organigramme du PAODES a été révisé, avec la fusion des équipes Offre/Demande et le renforcement de l'antenne de Kaolack pour améliorer la qualité du suivi sur le terrain et mieux rentabiliser les ressources ;
- L'ancrage institutionnel du PAODES s'est confirmé au niveau de la DGS et au niveau de la CACMU/l'Agence de la CMU ;
- Les résultats attendus du PAODES ont été légèrement adaptés lors de la SMCL du 8 avril 2014, pour les rendre plus conformes au nouveau contexte ;
- Le volet Demande a été réorienté avec notamment le choix d'appuyer le développement d'UDAM au niveau département et non plus au niveau région suite à la mise en œuvre du DECAM sur le territoire ; deux districts pilotes du département de Foundiougne ciblés par le volet Demande ont été ajoutés comme pilotes pour la tarification forfaitaire ;
- Les activités de l'offre et de la demande ont été reprogrammées en octobre 2014 ;
- Une diminution du budget du volet Demande pour financer les investissements d'infrastructure et d'équipement a été approuvée lors de la SMCL de juin 2014, et ce avant la création de l'Agence pour la CMU (La CMU) début 2015 ;
- Enfin, la SMCL du 18 février 2015 a approuvé l'extension de la durée de mise en œuvre du PAODES jusqu'au terme de la convention spécifique, le 3 novembre 2017.
- Au 31 mars 2015 le niveau de décaissement de l'apport belge au budget du PAODES était de 6.308.170 € soit 39,5% du budget total. Au même moment, le montant des engagements (contrat signé non dépensés, hors personnel) était de 2.479.136 € et la valeur estimée des marchés publics en cours d'attribution était de 1.450.000 €

PAODES au 31/03/2015		% du budget total
Montants dépensés	€ 6.308.170	39.5%
Montants engagés	€ 2.479.136	15.5%
Valeurs des marchés en cours d'attribution	€ 1.450.000	9%
Total	€ 10.237.306	63%

Enfin il est à noter que de 2011 à 2013, la mise en œuvre du PAODES a été lente, la zone géographique couverte par le projet étant trop vaste eu égard aux ressources humaine et financière disponibles pour répondre aux énormes besoins des 28 districts. Le recentrage sur 7 districts pilote dont ceux où les UDAM se développent a permis depuis 2014 d'améliorer l'efficacité avec laquelle le projet est mis en œuvre.

1.2.5 Le PAREE

Suite à des demande de la DIEM et de la DGS, deux experts ont été recrutés sur financement du Programme d'Appui à la Réalisation d'Etudes et d'Expertise (PAREE) : l'un en construction (contrat de 12 mois qui a débuté le 1^{er} janvier 2015), l'autre en qualité des soins (un premier expert est resté 2 mois en 2014 et la nouvelle a un contrat de 10 mois, du 1^{er} janvier au 31 octobre 2015). Des prolongations sur le PAREE sont espérées pour ces deux experts.

1.3 Justification de l'augmentation du budget

Outre les arguments techniques et contextuels déjà avancés dans la section **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, l'augmentation du budget du PAODES se justifie à deux égards :

- Premièrement, comme expliqué dans la section **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, de nouvelles opportunités apparaissent au vu de l'évolution du contexte, en particulier celle de se repositionner comme un partenaire stratégique de l'Agence de la CMU, et de répondre aux nouvelles priorités affichées du MSAS, qui concourent également à l'amélioration des résultats. En effet, les résultats du projet pilote que sont les UDAM ne pourront être pris en compte par les autorités que si le PAODES est un partenaire actif, incontournable, tant au niveau central qu'au niveau périphérique. Les leçons qui seront tirées de cette expérience autorisée par Madame le Ministre malgré le changement d'orientation de la politique nationale en la matière devront permettre au MSAS d'adapter son approche de la CMU pour le rendre plus performant. Cet appui central sera bien sûr tributaire d'une transparence totale des financements des différents PTF appuyant La CMU. Cette transparence a été garantie lors de la SMCL de validation du DTF par le Directeur Général de l'Agence.
- Deuxièmement, l'extension de la durée de mise en œuvre du PAODES, qui s'avère nécessaire, principalement pour compléter les activités liées à la demande ayant débuté avec 2 années de retard pour les raisons reprises plus haut dans le document ainsi que pour compléter les activités liées aux infrastructures et équipements. Cette prolongation a été approuvée lors de la SMCL du 28 février 2015 pour autant que le budget permette la prise en charge et le fonctionnement de l'équipe d'encadrement. Des moyens généraux supplémentaires sont donc proposés pour assurer la gestion du projet jusqu'à sa clôture.
- Troisièmement, l'accélération du changement du profil épidémiologique et démographique du pays oblige le système de santé à évoluer et à consacrer d'avantage de moyen à la prise en charge des urgences (accident de la route entre autre) et des maladies chroniques. Cette évolution ne fera que s'accroître dans les prochaines années.
- Enfin il ne faut pas oublier que 2014 a vu la menace de l'épidémie d'Ebola dans la sous-région perturber le fonctionnement du système sanitaire et rendre le renforcement du système de santé, objet de la partie offre du présent projet, encore plus important comme cela a été démontré au Liberia, Sierra Leone et en Guinée.

2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.1 Portée du présent avenant

Le présent avenant ne se substitue pas au DTF initial, mais il l'actualise pour tenir compte des évolutions constatées et intégrer les reliquats des PAMAS 1 et 2. Il ne modifie pas fondamentalement les orientations stratégiques du PAODES, ni la planification opérationnelle, ni les moyens d'exécution. Dès lors, le présent document se limite à rappeler les éléments essentiels du DTF initial, à référer à ce dernier pour ce qui concerne les résultats, activités et aspects opérationnels qui demeurent inchangés, et à préciser les modifications de portée stratégique et innovations introduites dans cet avenant.

2.2 Rappel des principes de base et axes de l'intervention

2.2.1 Rappel des principes directeurs du programme

- **Un programme d'appui unique au secteur santé**, constitué du PAGOSAN + du PAODES, et complété par le PAREE et le PRC. Le PAODES est la deuxième intervention qui complète, avec le PAGOSAN, un programme global d'appui au secteur santé couvrant trois axes stratégiques : 1/ la gestion (gouvernance) des services à tous les niveaux du système, 2/ la qualité des soins offerts (« l'offre ») et 3/ l'accessibilité et la qualité des soins telles que perçue par la population (la « demande »). Les deux interventions ont été identifiées et formulées comme des entités séparées, mais sont conçues pour travailler ensemble de façon coordonnée. Cette coordination s'est renforcée en cours de mise en œuvre, avec une défragmentation des volets offre et demande de soins. Ce programme d'appui au secteur de la santé adhère à une vision à long terme (perspective d'au moins douze ans, inscrits sur trois PIC), met l'accent sur l'harmonisation et la coordination avec les autres partenaires actifs dans les cinq régions de concentration, mais aussi la coordination intra-programme et la collaboration avec le programme Bourses de la coopération belgo-sénégalaise. La gestion axée sur les résultats est appréhendée à travers des indicateurs harmonisés et cohérents avec les indicateurs nationaux définis pour le PNDS et la Stratégie nationale pour l'égalité et l'équité de genre. Le programme entend respecter un alignement critique par rapport à la politique sectorielle, au travers un dialogue constructif, continu et critique avec le MSAS, et dans la perspective d'évoluer avec le pays partenaire vers de nouvelles modalités d'aide : appui budgétaire, exécution nationale.
- Les **principes de base** de l'intervention sont les suivants : l'inscription dans une vision globale de district sanitaire et de soins de santé primaires ; l'approche systémique ; la vision complémentaire offre & demande ; la stimulation des partenariats ; la flexibilité ; le modèle de « double ancrage » institutionnel (niveau central et niveau opérationnel).
- Les **axes stratégiques** qui guident les actions sont les suivants : augmenter la qualité des services ; renforcer les capacités et les compétences (renforcement institutionnel basé sur les évidences) ; augmenter l'accessibilité aux soins ; renforcer le système de suivi et de contrôle ; promouvoir la recherche action sur le système de santé (accent sur l'apprentissage et le changement) ; exercer une capitalisation systématique des expériences ; construire sur le socle des précédents projets (ASSRMKF, PAMAS et PAGOSAN).
- Enfin, le programme santé de la coopération belgo-sénégalaise est pleinement orienté par les **critères de performance** du CAD/OCDE : pertinence, durabilité, efficacité, efficience, impact.

2.2.2 Rappel de principes spécifiques

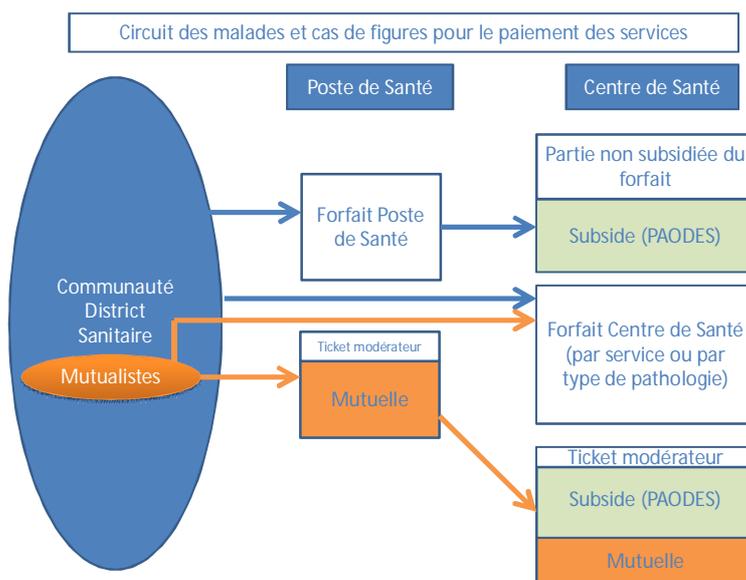
L'encadré ci-dessous explique le modèle de financement des soins piloté par le PAODES, en mettant

en évidence l'articulation de ses multiples innovations : démarrage d'une tarification forfaitaire subsidiée dans deux départements pilotes, création d'un mécanisme assurantiel professionnalisé dans le département de Kougheul et Foundiougne, qui reprendra à terme les mécanismes de subventions de l'offre tels qu'instaurés.

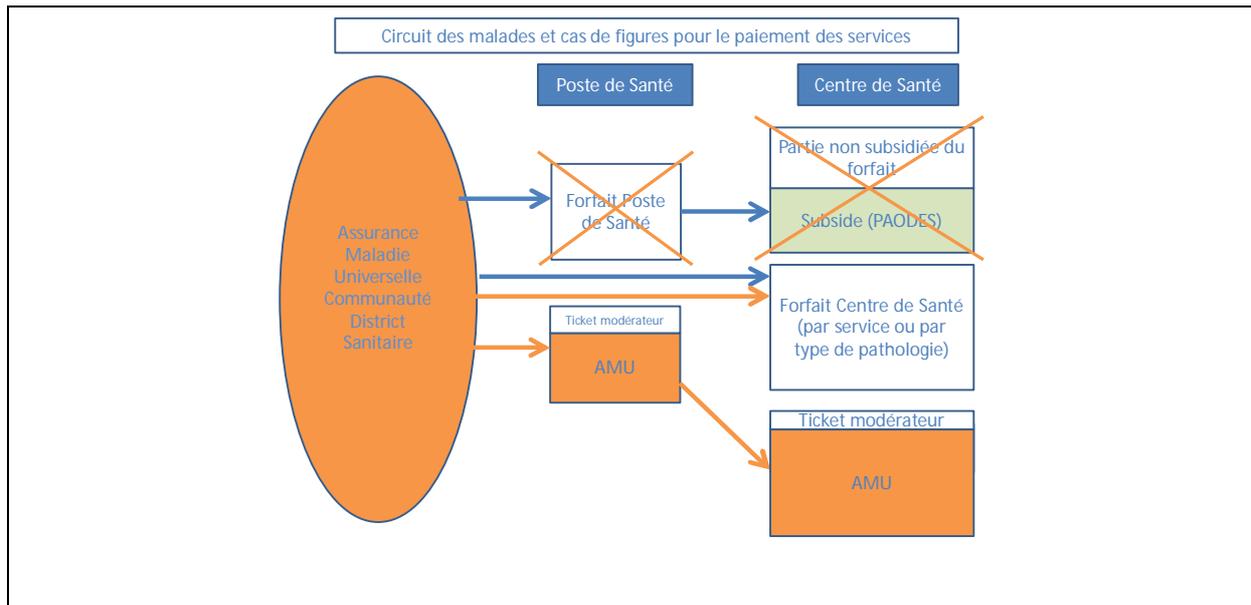
Encadré 1 : Le modèle de financement des soins piloté par le PAODES

Dans le cadre de la stratégie globale du PAODES qui est développée dans des districts dits « pilotes » en matière d'AMU (Kougheul et Foundiougne), d'importantes réformes en termes d'organisation, de fonctionnement et de financement du système sanitaire sont introduites. Ces réformes visent une amélioration du niveau de régulation de l'offre de soins ainsi qu'une utilisation plus rationnelle des ressources disponibles.

Elles incluent une **subvention sur la tarification forfaitaire de l'offre de soins** (paiement d'une partie de la facture du patient), actuellement assurée par le volet Offre du PAODES, visant la redynamisation des services. Celle-ci, pour être pérenne et s'inscrire dans les politiques nationales, doit graduellement être remplacée par une subvention sur la demande de soins (subvention partielle sur les cotisations et sur le paiement des factures présentées à l'assureur). L'idée étant que plus il y aura de patients enrôlés et subventionnés dans le système assurantiel développé avec l'appui du PAODES Demande, moins il y aura besoin de la subvention du volet Offre pour autant que les investissements et le fonctionnement des structures hospitalières publiques continuent à être pris en charge par le budget de l'Etat. A terme, seule la demande devrait être subventionnée. En attendant que l'Etat puisse prendre le relais, le PAODES s'attèle à démontrer la faisabilité d'un tel système et à identifier clairement quelle doit être la part de l'Etat quant à son financement de la demande et de l'offre. Afin que ceci puisse se faire, il est nécessaire que le PAODES dispose de suffisamment de moyens pour mettre en œuvre le modèle conceptuel (voir ci-dessous).



Ce modèle doit pouvoir évoluer à moyen terme vers le schéma suivant :



2.3 Bénéficiaires

Les bénéficiaires de l'intervention demeurent les mêmes que dans le DTF initial.

2.4 Principaux partenaires

Les principaux partenaires techniques et financiers de l'intervention demeurent les mêmes que dans le DTF initial.

2.5 Localisation

L'intervention PAODES se déroule au niveau central et au niveau opérationnel dans les régions de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thiès. La composante centrale implique une présence du projet au niveau du MSAS (DGS) et de l'Agence de la CMU. Les activités opérationnelles sont mises en œuvre au sein des régions, dans les districts sanitaires, avec la prise en compte systématique des collectivités locales, tant par l'offre comme par la demande :

- Le Volet Demande est actif dans quatre districts « pilotes » : Foundiougne, Kounghoul, Passy et Sokone ;
- Le Volet Offre est actif dans sept districts « prioritaires », à savoir les quatre districts déjà prioritaires pour la demande, plus trois autres : Bambey, Ndoffane et Thiadiaye.

3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

Les reliquats budgétaires disponibles des PAMAS 1 (projet SEN 0701911 : 58.425,23 Euros) et PAMAS 2 (projet SEN 0802211 : 854.473,88 Euros dont 843.173,39 Euros en cogestion et 11.300,49 Euros en régie) s'élèvent à un total de **912.899,11 Euros**. Avant de rappeler les objectifs et de présenter les modifications apportées par le présent avenant aux résultats, activités à mettre en œuvre, indicateurs et autres aspects opérationnels du PAODES, il est utile de présenter les axes d'intervention proposés par le MSAS pour l'utilisation des reliquats. Ils ont été soumis et approuvés par la SMCL du 18 février 2015, et affinés lors de la mission de formulation de mars-avril 2015. Il s'agit des priorités suivantes :

- Appui au démarrage de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle ;
- Appui à l'animation du Comité national interministériel de pilotage de la CMU et à l'élaboration du cadre juridique de la CMU (loi, décrets, arrêtés, ...);
- Appui au renforcement de la communication sur la CMU ;
- Appui aux cadres de partenariat (collectivités, OSC, partenaires sociaux et associations du secteur santé) ;
- Appui à la prise en charge médicale des bénéficiaires du programme de bourse de sécurité familiale enrôlés dans les UDAM (sera pris en charge par la contrepartie Sénégalaise);
- Appui au renforcement de la prévention des maladies chroniques (HTA, diabète, cancer, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale) ;
- Appui à l'amélioration de la gestion des urgences, y compris le coût des évacuations sanitaires dans les régions PAODES ;
- Appui au renforcement des moyens généraux dans la perspective du prolongement de la durée du projet (de décembre 2016 à novembre 2017).

3.1 Objectif général

« L'état de santé de la population des régions de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thiès est durablement amélioré. »

3.2 Objectif spécifique

« La population des régions de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale. »

3.3 Résultats attendus

Les résultats attendus sont actualisés comme documenté dans tableau suivant, tout en respectant les nouveaux résultats 1 à 10 tels que modifiés par SMCL du 8 avril 2014 :

Tableau 1 : Matrice des résultats du PAODES après actualisation du DTF

A. VOLET OFFRE	
R1	La qualité des services est améliorée
R2	Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de santé sont renforcées
R3	Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets assurée selon un plan d'investissement global de chaque région
R4	Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplique au niveau national

R5	La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et entre les acteurs au niveau opérationnel est renforcée
B. VOLET DEMANDE	
R6	Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées
R7	Des assurances santé de grande échelle sont développées sur 2 zones pilotes
R8	Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre
R9	Le cadre juridique relatif à l'UDAM est créé et mis en œuvre
R10	Un modèle d'assurance santé, articulé autour des départements, est développé et capitalisé
R11	L'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle

3.4 Activités à mettre en œuvre

Les changements apportés par le présent avenant au DTF au niveau des activités à mettre en œuvre sont documentés ci-dessous.

3.4.1 Résultat 1 : La qualité des services est améliorée

Tableau 2 : Résultat 1 : activités et budget actualisé

			Budget SMCL 18 02 2015	2015	2016	2017	BUDGET AVENANT
R1		La qualité des services est améliorée	€ 589.621	€ 98.000	€ 108.000	€ 27.000	€ 822.621
	1	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements de santé des districts de santé	€ 182.950	€ 0	€ 0	€ 0	€ 182.950
	2	Définir et/ou actualiser le contenu des paquets de services par niveau de soins	€ 185.395	€ 0	€ 0	€ 0	€ 185.395
	3	Accompagner les dynamiques de développement de financement basé sur les performances et la performance	€ 3.064	€ 0	€ 0	€ 0	€ 3.064
	4	Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires	€ 682	€ 0	€ 0	€ 0	€ 682
	5	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	6	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements de santé des districts de santé		€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	7	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins	€ 217.530	€ 0	€ 0	€ 0	€ 217.530
	8	Dépister et prendre en charge des maladies chroniques suivant les protocoles en vigueur et dans le respect des paquets d'activités	€ 0	€ 58.000	€ 48.000	€ 7.000	€ 113.000
	9	Développer la prise en charge des urgences dans les districts prioritaires et pilotes suivant les normes en vigueur et dans le respect des paquets d'activités	€ 0	€ 40.000	€ 60.000	€ 20.000	€ 120.000

Deux activités sont ajoutées en raison de leur importance croissante. A noter que l'intégration des urgences et des MNT dans les paquets d'activités est une question déterminante également pour le

volet Demande, qui s'oriente vers l'harmonisation d'un paquet de base à prendre en charge par les UDAM et les mutuelles de santé.

Activité 1.8 : Dépister et prendre en charge des maladies chroniques suivant les protocoles en vigueur et dans le respect des paquets d'activités

L'importance de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles est documentée au point 1.1.3. Là où le DTF initial avait prévu un financement pour la sensibilisation de la population, rien n'avait en effet été prévu pour le dépistage et la prise en charge. Il est donc tout à fait pertinent d'ajouter cette activité dans cet avenant tant pour sa prise en charge par les personnel de santé que pour les informations auprès de ce personnel. Les moyens pour réaliser cette activité sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Activité 1.8 – détails sur les moyens (M)

		Budget PAODES	2015	2016	2017	Total avenant
	Dépister et prendre en charge des maladies chroniques suivant les protocoles en vigueur et dans le respect des paquets d'activités	€ 0	€ 58.000	€ 48.000	€ 7.000	€ 113.000
M	Actualisation des paquets d'activités	€ 0	€ 17.000			€ 17.000
M	Elaboration des manuels et des normes	€ 0	€ 10.000			€ 10.000
M	Formation des formateurs	€ 0	€ 5.000	€ 12.000		€ 17.000
M	Mise en place des équipements nécessaires suivant les normes et les PMA/PCA	€ 0	€ 21.000	€ 21.000		€ 42.000
M	Campagnes communication locale sur la PEC	€ 0	€ 5.000	€ 5.000		€ 10.000
M	Suivi de la mise en œuvre	€ 0		€ 10.000	€ 7.000	€ 17.000

Activité 1.9 : Développer la prise en charge des urgences dans les districts prioritaires et pilotes suivant les normes en vigueur et dans le respect des paquets d'activités

Au niveau de la prise en charge des urgences, l'approche centrée sur la personne sera un élément important pour améliorer la qualité de l'écoute et de l'accompagnement des malades pris en charge. L'accueil est perçu par la population comme une des principales faiblesses du système de santé à répondre à leur besoins ; En outre conformément aux recommandations de la RAC une analyse des modalités de prise en charge des évacuation sera menée avec le MSAS et des moyen seront fournis lorsque les besoins et les modalités auront été clairement défini.

Tableau 4 : Activité 1.9 – détails sur les moyens (M)

		Budget PAODES	2015	2016	2017	Total avenant
	Développer la prise en charge des urgences dans les districts prioritaires et pilotes suivant les normes en vigueur et dans le respect des paquets d'activités	€ 0	€ 40.000	€ 60.000	€ 20.000	€ 90.000
M	Actualisation des paquets d'activités	€ 0	€ 5.000			€ 5.000
M	Elaboration des manuels et des normes	€ 0	€ 5.000			€ 5.000
M	Equipements nécessaires aux évacuations/urgences sanitaires	€ 0		€ 50.000	€ 10.000	€ 50.000
M	Dispositif de communication	€ 0				€ 0
M	Formation à l'approche centrée sur les personnes	€ 0		€ 10.000	€ 10.000	€ 40.000

3.4.2 Résultat 8 : Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre

Dans le cadre du renforcement de l'articulation des programmes de protection sociale, le Président de la République a demandé à Madame le Ministre de la Santé de prendre toutes les dispositions nécessaires pour un enrôlement systématique des bénéficiaires du programme de BSF dans les mutuelles de santé, y compris les UDAM dans notre cas. L'Etat paie un forfait de 10.500 FCFA par an pour l'enrôlement des bénéficiaires du BSF dans la mutuelle ou l'UDAM, mais cette dernière assume le risque au cas où le ticket modérateur s'élèverait à plus que les 2.000 FCFA prévus dans le forfait subsidié par l'Etat. La prise en charge des 12.000 bénéficiaires du BSF sera dans ce cas assurée par les autorités sénégalaises, et il est important de mettre cela en évidence dans ce document. Le budget supplémentaire attribué à l'Activité 2 du Résultat 8 relève donc d'une augmentation de la contrepartie sénégalaise. L'ensemble des indigents actuellement encore couvert par le fond d'équité seront repris dans le programme de BSF. Les discussions au niveau départemental sont en cours et leur nombre étant, inférieur à celui des BSF perdu de vue entre le moment de leur identification et celui de leur enrôlement dans l'UDAM, cela ne devrait pas poser de problème.

Tableau 5 : Résultat 8 : modification activité 2

			Budget SMCL 18 02 2015	2015	2016	2017	BUDGET AVENANT
R8		Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre	€ 977.760	€ 192.366	€ 192.366	€ 0	€ 977.760
	1	Etendre l'offre de services des ASU via des subventions et coassurances adaptées	€ 850.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 850.000
	2	Développer un mécanisme de fonds d'équité intégré à l'assurance dans le cadre du fonds de solidarité	€ 4.980	€ 192.366	€ 192.366 ⁸	€ 0	€ 4.980
	3	Contribuer à la réflexion sur les mécanismes et modalités de réassurance (selon cadre UEMOA)	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	4	Apporter le soutien technique pour l'intégration des initiatives et fonds de gratuité des soins dans les ASU	€ 18.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 18.000
	5	Capitaliser d'autres expériences probantes en matière de fonds de subvention aux mutuelles et assurances santé	€ 80.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 80.000
	6	Conduire des études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de programme	€ 24.780	€ 0	€ 0	€ 0	€ 24.780

⁷ Base de calcul : (8000 bénéficiaires à Foundiougne + 4000 à Koungheul)*10.500 FCFA.

⁸ Le financement de l'activité 8.2 est pris en charge par l'Etat sénégalais.

3.4.3 Résultat 11 : L'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle

Les évolutions récentes documentées dans la section **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** justifient pleinement un appui consistant à l'Agence de la CMU. Cet appui fera partie d'un plan d'action budgétisé de La CMU dans lequel apparaîtra les contributions de l'Etat et des PTF (financement multi-bailleurs). Ce plan sera validé annuellement et partagé avec l'ensemble des PTF. Il est prévu d'articuler ce résultat autour de trois grandes activités, à savoir (1) un appui au démarrage de l'Agence de la CMU qui remplacera à court terme la CACMU ; (2) assister le Sénégal dans la mise en place et l'animation des cadres de pilotage et de concertation en ciblant principalement le fonctionnement des commissions technique prévues; et (3) investir massivement dans la communication, facteur important pour inciter la population à adhérer au système mutualiste et ainsi arriver à un système assurance maladie universelle

Tableau 6 : Résultat 11 : activités et budget

			Budget SMCL 18 02 2015	2015	2016	2017	BUDGET AVENANT
R11		L'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle	€ 0	€ 178.000	€ 306.000	€ 51.000	€ 535.000
	1	Appui au démarrage de La CMU	€ 0	€ 100.000	€ 100.000	€ 0	€ 200.000
	2	Appui à l'animation des cadres de pilotage de la CMU et des partenariats de La CMU	€ 0	€ 33.000	€ 66.000	€ 21.000	€ 120.000
	3	Mise en œuvre du plan de communication du programme CMU	€ 0	€ 45.000	€ 140.000	€ 30.000	€ 215.000

Activité 11.1 : Appui au démarrage de l'Agence de la CMU

La création de l'Agence de la CMU est une initiative très ambitieuse et de sa réussite dépendra clairement le succès de la réalisation d'une CMU au Sénégal. Il est donc hautement prioritaire pour la coopération de pouvoir accompagner les autorités sénégalaises dans le développement de son agence en charge de la réalisation de cette ambition.

Il est proposé entre autres d'appuyer la mise en place du dispositif, d'appuyer les exercices d'actualisation des analyses sur la couverture, de développer des outils et méthodes. Un facteur critique de succès de l'Agence de la CMU sera son investissement dans des technologies de communication et d'information, et la coopération belge prévoit ici, conformément à la volonté de l'actuel Ministre de la Coopération, Alexander De Croo, un investissement important. Des activités spécifiques seront entreprises dans les 2 départements appuyés par le PAODES.

Tableau 7 : Activité 11.1 – détails sur les moyens (M)

		Budget SMCL 18 02 2015	2015	2016	2017	BUDGET AVENANT
1	Appui au démarrage de l'Agence de la CMU	€ 0	€ 100.000	€ 100.000	€ 0	€ 200.000
M	Mise en place du dispositif organisationnel au niveau central (5 directions et 3 cellules) et au niveau régional	€ 0	€ 15.000			€ 15.000
M	Actualisation des analyses (taux de couverture)	€ 0	€ 20.000			€ 20.000
M	Développement de méthodes et outils		€ 15.000			

M	Développement du plan directeur informatique pour la gestion nationale de l'information des assurés	€ 0	€ 50.000			€ 50.000
M	Appui à la mise en place d'un dispositif de gestion de l'information	€ 0		€ 100.000		€ 100.000

Activité 11.2 : Appui à l'animation des cadres de pilotage de la CMU et les partenariats de l'Agence de la CMU

Il va de soi qu'un autre facteur critique de succès sera la qualité du pilotage et la qualité des concertations. Cette concertation et ce pilotage auront un prix, et la coopération belge se positionnera avec le MSAS comme partenaire fiable dans le renforcement des plateformes de dialogue, de suivi et de concertation. Le projet ciblera prioritairement le fonctionnement des commissions techniques du comité national.

Tableau 8 : activité 11.2 – détails sur les moyens (M)

		Budget SMCL 18 02 2015	2015	2016	2017	BUDGET AVENANT
2	Appui à l'animation des cadres de pilotage de la CMU et les partenariats de l'Agence de la CMU	€ 0	€ 33.000	€ 66.000	€ 21.000	€ 120.000
M	Organisation des rencontres semestrielles du comité national	€ 0	€ 15.000	€ 30.000	€ 15.000	€ 60.000
M	Organisation des rencontres trimestrielles des CRS et CDS dans les régions d'intervention du PAODES ; Organisation de rencontres avec toutes les parties prenantes (professionnels, société civile, parlementaires, élus locaux)	€ 0	€ 6.000	€ 24.000	€ 6.000	€ 36.000
M	Organisation de colloques, ateliers, formations au niveau central et dans les 5 régions	€ 0	€ 12.000	€ 12.000		€ 24.000

Activité 11.3 : Mise en œuvre du plan de communication du programme CMU

Le succès de la CMU dépendra également de la qualité de la communication envers les bénéficiaires et les parties prenantes. Le tableau suivant donne à titre indicatif un résumé de moyens susceptibles d'être mobilisés pour un financement par la coopération belge. Ce plan de communication visera à informer la population du pays avec en priorité les populations rurales. Des acteurs locaux, les médias locaux et les langues vernaculaires seront utilisés.

Tableau 9 : Activité 11.3 – détails sur les moyens

		Budget SMCL 18 02 2015	2015	2016	2017	BUDGET AVENANT
3	Mise en œuvre du plan de communication du programme CMU	€ 0	€ 45.000	€ 140.000	€ 30.000	€ 215.000
M	Finalisation et validation du plan de communication		€ 10.000			€ 10.000
M	Conceptions de supports de communication		€ 15.000	€ 30.000		€ 45.000

M	Campagnes radio, TV, presse		€ 10.000	€ 40.000	€ 20.000	€ 60.000
M	Campagne d'information spécifique dans les zones couvertes par les UDAM (radios communautaires matériel adapté en langues locales, etc.)		€ 10.000	€ 20.000	€ 10.000	€ 40.000
M	Affichages panneaux publicitaires			€ 50.000		€ 50.000

3.5 Indicateurs et sources de vérification

Outre les indicateurs qui demeurent inchangés par rapport au DTF initial et aux mises à jour approuvées par les SMCL successives, les nouveaux indicateurs à introduire pour permettre d'assurer le suivi-évaluation des nouveaux résultats et activités sont les suivants :

Pour le résultat 1 :

4. Les PMA et PCA sont mis à jour et intègrent la prise en charge des MNT et des urgences.

Pour le résultat 8 :

5. Les bénéficiaires des BSF et les indigents, bénéficient d'une prise en charge médicale et d'une assurance à l'UDAM dans les départements de Foundiougne et Kounghoul.

Pour le résultat 11 :

6. Le taux de couverture de l'assurance maladie atteint 75% en 2017 au Sénégal.⁹

Il est important de noter que l'indicateur national repris pour le résultat 11 doit encore être affiné. En effet les populations couvertes par les régimes de gratuité ainsi que par les mutuelles existantes (professionnelles, fonctionnaires, IPM, etc.) sont incluses dans cet indicateurs mais la consolidation de toutes ces données en un taux unique est en cours de réalisation.

3.6 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre

Outre ceux qui demeurent inchangés par rapport au DTF initial et aux mises à jour approuvées par les SMCL successives, de nouveaux acteurs vont intervenir dans la mise en œuvre des activités du PAODES :

- 1) L'Agence de la CMU : remplace la CACMU dans le volet demande ;
- 2) La DLMNT.

3.7 Analyse des risques

Outre ceux qui demeurent inchangés par rapport au DTF initial et aux mises à jour approuvées par les SMCL successives, les principaux risques à considérer au regard de l'évolution du contexte et des nouvelles activités sont les suivantes :

	Identification du risque ou problème	Analyse du risque ou problème			Mesures de mitigation
		Probabilité	Impact Potentiel	Total	
1	Les ressources humaines pour une mise en œuvre des activités 1.8 et 1.9 ainsi que les soins SOU ne sont pas disponibles, motivées et de qualité	High	High	Very High Risk	Continuer le plaidoyer au niveau MSAS, de la DRH et la ministre si nécessaire. Améliorer le poids des acteurs locaux (ECD, ECR) dans les prises de décision d'affectation du personnel cadre. Exiger que toute

⁹ En ligne avec les objectifs nationaux.

					mutation de personnel cadre soit lié à la nomination d'une personne à compétence égale pour le remplacer. Continuer la formation de nouveau médecins avec compétence SOU.
2	L'UDAM n'est pas en mesure de reprendre le financement de la tarification forfaitaire (offre)	Medium	Medium	Medium Risk	Lancer une campagne de communication intensive. Signer les accords-cadres et les AF. Recruter du staff additionnel (ATN, ATJ) pour renforcer la com.
3	L'offre de services dans les zones pilotes reste insuffisante	High	High	Very High Risk	Continuer l'appui au volet offre au travers du MSAS
4	L'absence de convention avec les hôpitaux régionaux menace la continuité des soins et les principes de couverture par les mutuelles de santé	High	Medium	High Risk	Développer une analyse des coûts des références médicale vers les HR puis élaborer des accords entre UDAM et HR.
5	Les ressources humaines nécessaires pour le bon déploiement de l'Agence de la CMU ne sont pas recrutées	Low	High	Medium Risk	Faciliter le démarrage de l'agence pour qu'ils arrivent à la recruter
6	La concertation entre PTF et les autorités sénégalaises ne conduit pas à un consensus quant aux indemnités de prise en charge des acteurs	Medium	High	High Risk	Demander à l'ambassade de continuer le plaidoyer des PTF auprès du ministère des finances pour y arriver
7	La capitalisation des activités pilotes n'est pas faite	Low	Medium	Low Risk	Accélération la capitalisation des activités innovantes avec le bureau recruté pour l'appui scientifique
8	La coordination des appuis à l'Agence de la CMU n'est pas efficiente	Low	Medium	Low Risk	Appuyer La CMU dans la mise en place de cette coordination
9	La chaîne d'approvisionnement des médicaments est défaillante	Medium	High	High Risk	Avec la PNA, mener une étude sur les raisons de rupture de stock en médicaments dans les structures sanitaires périphériques
10	Les gratuits réduisent l'incitation des populations à adhérer aux systèmes de mutuelle/UDAM	Medium	High	High Risk	Faire passer le remboursement des gratuits par le système Mutuelle/UDAM et progressivement lié ces gratuits à l'adhésion au système mutualistes
11	La faible mobilisation du budget nécessaire à la mise en place du système national des urgences ne permet pas de développer dans les délais le plan dans les régions cible du PAODES	high	medium	High Risk	Cibler des activités décentralisées autonome qui permettent la mise en place d'un service d'urgence à la population des districts sanitaires pilote

4. RESSOURCES

4.1 Ressources financières

		Budget SMCL 18 02 2015	BUDGET AVENANT
OS	La population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale	€16.000.000	€16.912.899
A	VOLET OFFRE	€9.223.845	€9.470.845
R1	La qualité des services est améliorée	€ 589.621	€ 836.621
R2	Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de santé sont renforcées	€ 1.187.021	€ 1.187.021
R3	Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets assurée selon un plan d'investissement global de chaque région	€ 5.091.061	€ 5.091.061
R4	Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplique au niveau national	€ 2.072.539	€ 2.072.539
R5	La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et entre les acteurs au niveau opérationnel, est renforcée	€ 283.603	€ 283.603
B	VOLET DEMANDE	€2.277.787	€2.812.787
R6	Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées	€ 84.450	€ 84.450
R7	Des assurances santé de grande échelle sont développées sur 2 zones pilotes	€ 991.627	€ 991.627
R8	Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre	€ 977.760	€ 977.760
R9	Le cadre juridique relatif à l'UDAM est créé et mis en œuvre	€ 47.950	€ 47.950
R10	Un modèle d'assurance santé, articulé autour des départements, est développé et capitalisé	€ 176.000	€ 176.000
R11	L'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle	€ 0	€ 535.000
X	Réserve budgétaire (max 5% total activités)	€0	€15.035
X	Réserve budgétaire	€ 0	€ 15.035
Z	Moyens Généraux	€4.498.368	€4.614.232
Z1	Frais de personnel	€ 3.063.838	€ 3.161.702
Z2	Investissements	€ 334.715	€ 334.715
Z3	Frais de fonctionnement	€ 711.039	€ 729.039
Z4	Audit et Suivi Evaluation	€ 388.776	€ 388.776

4.2 Ressources humaines

Le présent avenant n'introduit pas de modification dans le profil des ressources humaines du programme.

5. MODALITÉS D'EXÉCUTION ET THÈMES TRANSVERSAUX

Le présent avenant n'introduit pas de modification dans les modalités d'exécution et les aspects liés aux thèmes transversaux.

ANNEXE 1: BUDGET ACTUALISÉ

			Budget SMCL 18 02 2015	Mode	2015	2016	2017	BUDGET AVENANT
OS		La population des régions de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale	€16.000.000		€468.366	€613.366	€215.899	€16.912.899
A		VOLET OFFRE	€9.223.845		€98.000	€115.000	€34.000	€9.470.845
R1		La qualité des services est améliorée	€589.621		€98.000	€115.000	€34.000	€836.621
Act	1	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements de santé des districts de santé	€182.950	cogestion	€0	€0	€0	€182.950
Act	2	Définir et/ou actualiser le contenu des paquets de services par niveau de soins	€185.395	cogestion	€0	€0	€0	€185.395
Act	3	Accompagner les dynamiques de développement du financement basé sur les performances et la performance	€3.064	cogestion	€0	€0	€0	€3.064
Act	4	Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires	€682	cogestion	€0	€0	€0	€682
Act	5	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins	€0	cogestion	€0	€0	€0	€0
Act	6	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements de santé des districts de santé		régie	€0	€0	€0	€0
Act	7	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins	€217.530	régie	€0	€0	€0	€217.530
Act	8	Dépister et prendre en charge des maladies chroniques suivant les protocoles en vigueur et dans le respect des paquets d'activités	€0	cogestion	€58.000	€48.000	€7.000	€113.000
Act	9	Développer la prise en charge des urgences dans les districts prioritaires et pilotes suivant les normes en vigueur et dans le respect des paquets d'activités	€0	cogestion	€40.000	€67.000	€27.000	€134.000

R2		Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de santé sont renforcées	€ 1.187.021		€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.187.021
Act	1	Développer la fonctionnalité des ECD y compris leur capacité managériale	€ 185.680	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 185.680
Act	2	Elaborer un plan de développement RH par district, avec niveau national et régional	€ 26.400	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 26.400
Act	3	Mise en œuvre du renforcement des RH pour les acteurs de la santé dans les districts	€ 432.505	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 432.505
Act	4	Renforcement des centres régionaux de formation, en particulier sages-femmes et infirmiers d'état	€ 0	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Act	5	Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluation : SIS et autres sources d'information	€ 29.406	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 29.406
Act	6	Développer les capacités des acteurs en matière de recherche de documentation	€ 70.750	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 70.750
Act	7	Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sanitaires dans les districts	€ 0	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Act	8	Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments dans les districts sanitaires	€ 17.280	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 17.280
Act	9	Mise en œuvre du renforcement des RH pour les acteurs de la santé dans les districts	€ 425.000	régie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 425.000
Act	10	Renforcement des centres régionaux de formation, en particulier sages-femmes et infirmiers d'état		régie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
R3		Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets assurée selon un plan d'investissement global de chaque région	€ 5.091.061		€ 0	€ 0	€ 0	€ 5.091.061
Act	1	Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire à moyen et long terme par district & région	€ 33.340	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 33.340
Act	2	Etablir un plan d'investissements en infrastructures et équipements PAODES à réaliser de deux ans	€ 15.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 15.000
Act	3	Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant le plan de développement	€ 3.159.717	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 3.159.717
Act	4	Etablir un plan d'équipement PAODES par district et région	€ 553.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 553.000

Act	5	Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de plans de maintenance par district	€ 100.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 100.000
Act	6	Assurer la fonctionnalité d'un système de référence contre référence stable, incluant urgences médicochirurgicales	€ 41.850	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 41.850
Act	7	Equiper les infrastructures prioritaires suivant le plan d'investissement	€ 1.188.154	régie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.188.154
Act	8	Assurer la fonctionnalité d'un système de référence contre référence stable, incluant urgences médicochirurgicales	€ 0	régie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
R4		Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplcation au niveau national	€ 2.072.539		€ 0	€ 0	€ 0	€ 2.072.539
Act	1	Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé	€ 200.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 200.000
Act	2	Garantir dans les districts priorisés offrant de la chirurgie le paquet de services complet de l'hôpital de district	€ 1.134.739	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.134.739
Act	3	Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie dans des districts priorisés	€ 192.800	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 192.800
Act	4	Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation de certaines maladies chroniques	€ 100.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 100.000
Act	5	Introduire dans une région un système d'information sanitaire avec accès direct via internet	€ 310.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 310.000
Act	6	Introduire dans une région un système d'information sanitaire avec accès direct via internet	€ 135.000	régie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 135.000
R5		La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et entre les acteurs au niveau opérationnel, est renforcée	€ 283.603		€ 0	€ 0	€ 0	€ 283.603
Act	1	Renforcer la direction de la santé dans son rôle recteur et de coordination sur l'ensemble des programmes de santé	€ 168.550	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 168.550
Act	2	Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à tous les niveaux	€ 38.880	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 38.880
Act	3	Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'hôpital régional vers les districts	€ 573	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 573
Act	4	Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface entre population et système de santé	€ 24.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 24.000

Act	5	Renforcer la capacité des instances représentatives des collectivités locales dans le domaine de la santé	€ 24.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 24.000
Act	6	Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter-régions	€ 27.600	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 27.600
B		VOLET DEMANDE	€ 2.277.787		€ 370.366	€ 498.366	€ 51.000	€ 2.812.787
R6		Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées	€ 84.450		€ 0	€ 0	€ 0	€ 84.450
Act	1	Apporter aux mutuelles et structures faïtières existantes le soutien humain, matériel et méthodologique nécessaire	€ 43.918	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 43.918
Act	2	Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des compétences nécessaires à leurs fonctions.	€ 3.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 3.000
Act	3	Soutenir l'activité des Unions de Mutuelles dans leur activité de suivi des mutuelles, de coordination et de communication	€ 5.715	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 5.715
Act	4	Participer activement au développement de stratégie de communication auprès de la population et autres.	€ 24.682	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 24.682
Act	5	Soutenir la création et/ou le développement des Cadres Régionaux de Concertation par région	€ 1.135	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.135
Act	6	Soutenir le développement de modèles alternatifs de mutuelles / assurance santé, ainsi que de stratégie d'extension de la couverture	€ 6.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 6.000
R7		Des assurances santé de grande échelle sont développées sur 2 zones pilotes	€ 991.627		€ 0	€ 0	€ 0	€ 991.627
Act	1	Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et au plan de développement de deux zones pilotes	€ 58.481	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 58.481
Act	2	Doter les bureaux régionaux et les antennes de districts des moyens humains, matériels et méthodologiques	€ 612.170	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 612.170
Act	3	Développer les statuts des bureaux régionaux, des antennes de district et de collectivités locales	€ 12.700	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 12.700
Act	4	Développer et standardiser les outils, procédures et indicateurs pour l'activité des bureaux régionaux et antennes	€ 23.900	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 23.900

Act	5	Accompagner le travail de support continu des bureaux régionaux aux antennes	€3.750	cogestion	€0	€0	€0	€3.750
Act	6	Développer et mettre en œuvre un programme intégré de développement de compétences	€34.409	cogestion	€0	€0	€0	€34.409
Act	7	Clarifier les arrangements institutionnels entre bureaux régionaux et prestataires de soins	€28.710	cogestion	€0	€0	€0	€28.710
Act	8	Développer et mettre en œuvre une politique de communication adaptée à l'ASU	€116.880	cogestion	€0	€0	€0	€116.880
Act	9	Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de programme	€19.500	cogestion	€0	€0	€0	€19.500
Act	10	Doter les bureaux régionaux et les antennes de districts des moyens humains, matériels et méthodologiques	€81.127	régie	€0	€0	€0	€81.127
R8		Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre	€977.760		€192.366	€192.366	€0	€977.760
Act	1	Etendre l'offre de services des ASU via des subventions et coassurances adaptées	€850.000	cogestion	€0	€0	€0	€850.000
Act	2	Développer un mécanisme de fonds d'équité intégré à l'assurance dans le cadre du fonds de solidarité.	€4.980	cogestion	(€192.366)	(€192.366)	€0	€4.980
Act	3	Contribuer à la réflexion sur les mécanismes et modalités de réassurance (selon cadre UEMOA)	€0	cogestion	€0	€0	€0	€0
Act	4	Apporter le soutien technique pour l'intégration des initiatives et fonds de gratuité des soins dans les ASU	€18.000	cogestion	€0	€0	€0	€18.000
Act	5	Capitaliser d'autres expériences probantes en matière de fonds de subvention aux mutuelles et assurances santé	€80.000	cogestion	€0	€0	€0	€80.000
Act	6	Conduire des études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de programme	€24.780	cogestion	€0	€0	€0	€24.780
R9		Le cadre juridique relatif à l'UDAM est créé et mis en œuvre	€47.950		€0	€0	€0	€47.950
Act	1	Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les lois et politiques de financement actuelles	€3.750	cogestion	€0	€0	€0	€3.750
Act	2	Contribuer activement au débat avec le MSP et les partenaires sur les lacunes et besoins de lois de financement	€4.200	cogestion	€0	€0	€0	€4.200

Act	3	Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée	€ 0	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Act	4	Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée	€ 40.000	régie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 40.000
R10		Un modèle d'assurance santé, articulé autour des départements, est développé et capitalisé	€ 176.000		€ 0	€ 0	€ 0	€ 176.000
Act	1	Concevoir une méthodologie de suivi continu et de capitalisation sur ASU & mutuelles	€ 16.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 16.000
Act	2	Conduire les études ad hoc selon les besoins préidentifiés et les besoins identifiés en cours de programme.	€ 0	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Act	3	Conduire les activités de capitalisation tout au long du programme	€ 50.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 50.000
Act	4	Concevoir progressivement une stratégie de financement à moyen et long terme de l'ASU	€ 10.000	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 10.000
Act	5	Elaborer un guide opérationnel de création de bureaux régionaux supporté par l'Etat	€ 0	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Act	6	Etudes ad hoc selon besoins identifiés	€ 100.000	régie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 100.000
R11		L'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle	€ 0		€ 178.000	€ 306.000	€ 51.000	€ 535.000
Act	1	Appui au démarrage de l'Agence de la CMU	0	régie	€ 100.000	€ 100.000	€ 0	€ 200.000
Act	2	Appui à l'animation des cadres de pilotage de la CMU et les partenariats de l'Agence de la CMU	0	cogestion	€ 33.000	€ 66.000	€ 21.000	€ 120.000
Act	3	Mise en œuvre du plan de communication du programme CMU	€ 0	cogestion	€ 45.000	€ 140.000	€ 30.000	€ 215.000
X		Réserve budgétaire (max 5% total activités)	€ 0		€ 0	€ 0	€ 15.035	€ 15.035
X		Réserve budgétaire	€ 0		0	0	15035	€ 15.035
	1	Réserve budgétaire cogestion	€ 0	cogestion	€ 0	€ 0	€ 0	€
	2	Réserve budgétaire régie	€ 0	régie	€ 0	€ 0	€ 15.035	€ 15.035
Z		Moyens Généraux	€ 4.498.368		€ 0	€ 0	€ 115.864	€ 4.614.232
Z1		Frais de personnel	€ 3.063.838		€ 0	€ 0	€ 97.864	€ 3.161.702
	1	Personnel ATI volet Offre	€ 1.428.930	régie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.428.930
	2	Personnel volet Demande (ATI-ATN)	€ 790.723	régie	€ 0	€ 0	€ 60.209	€ 850.932
	3	Prime Direction Ministère volet Offre	€ 60.000	cogestion	€ 0	€ 0		€ 60.000

	4	Prime Direction Ministère volet Demande	€ 40.319	cogestion	€ 0	€ 0		€ 40.319
	5	Personnel Admin volet offre	€ 393.808	régie	€ 0	€ 0	€ 16.523	€ 410.331
	6	Personnel Admin volet Demande	€ 30.484	régie	€ 0	€ 0		€ 30.484
	7	Personnel appui volet Offre	€ 130.572	cogestion	€ 0	€ 0		€ 130.572
	8	Personnel appui volet Demande	€ 113.365	cogestion	€ 0	€ 0	€ 21.133	€ 134.498
	9	Autres frais de personnel	€ 49.637	cogestion	€ 0	€ 0		€ 49.637
	10	Personnel appui transversal	€ 26.000	régie	€ 0	€ 0		€ 26.000
Z2		Investissements	€ 334.715		€ 0	€ 0	€ 0	€ 334.715
	1	Véhicule volet Offre	€ 146.751	régie	€ 0			€ 146.751
	2	Véhicule volet Demande	€ 0	régie	€ 0	€ 0		€ 0
	3	Equipement bureau volet Offre	€ 29.825	cogestion	€ 0	€ 0		€ 29.825
	4	Equipement bureau volet Demande	€ 29.825	cogestion	€ 0	€ 0		€ 29.825
	5	Equipement IT volet Offre	€ 30.000	cogestion	€ 0	€ 0		€ 30.000
	6	Equipement IT volet Demande	€ 18.314	cogestion	€ 0	€ 0		€ 18.314
	7	Aménagement bureau volet Offre	€ 60.000	cogestion	€ 0	€ 0		€ 60.000
	8	Aménagement bureau volet Demande	€ 20.000	cogestion	€ 0	€ 0		€ 20.000
Z3		Frais de fonctionnement	€ 711.039		€ 0	€ 0	€ 18.000	€ 729.039
	1	Loyer de bureau Offre	€ 0	cogestion	€ 0	€ 0		€ 0
	2	Loyer de bureau Demande	€ 70.000	cogestion	€ 0	€ 0		€ 70.000
	3	Services et frais de maintenance Offre	€ 21.490	cogestion	€ 0	€ 0		€ 21.490
	4	Services et frais de maintenance Demande	€ 48.157	cogestion	€ 0	€ 0	€ 6.000	€ 54.157
	5	Frais de fonctionnement véhicules Offre	€ 208.984	cogestion	€ 0	€ 0		€ 208.984
	6	Frais de fonctionnement véhicules Demande	€ 181.693	cogestion	€ 0	€ 0	€ 12.000	€ 193.693
	7	Télécommunication volet Offre	€ 62.400	cogestion	€ 0	€ 0		€ 62.400
	8	Télécommunication volet Demande	€ 30.689	cogestion	€ 0	€ 0		€ 30.689
	9	Fourniture de bureau volet Offre	€ 31.200	cogestion	€ 0	€ 0		€ 31.200

	10	Fourniture de bureau volet Demande	€ 31.200	cogestion	€ 0	€ 0		€ 31.200
	11	Autres frais de fonctionnement	€ 25.226	cogestion	€ 0	€ 0		€ 25.226
Z4		Audit et Suivi Evaluation	€ 388.776		€ 0	€ 0	€ 0	€ 388.776
	1	Evaluation	€ 108.982	régie	€ 0	€ 0		€ 108.982
	2	Audit	€ 58.084	régie	€ 0	€ 0		€ 58.084
	3	Baseline study	€ 15.510	régie	€ 0	€ 0		€ 15.510
	4	Backstopping	€ 206.200	régie	€ 0	€ 0		€ 206.200

ANNEXE 2 : ETAT DES DÉPENSES AU 31 MARS 2015

ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME

Chronogramme des activités du PAODES- Période 2015 - 2017														
			Q1 2015	Q2 2015	Q3 2015	Q4 2015	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	
OS		La population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale												
A		VOLET OFFRE												
R1		La qualité des services est améliorée												
Act	1	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements de santé des districts de santé												
Act	2	Définir et/ou actualiser le contenu des paquets de services par niveau de soins												
Act	3	Accompagner les dynamiques de développement du financement basé sur les performances et la performance												
Act	4	Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires												
Act	5	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins												
Act	6	Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements de santé des districts de santé												
Act	7	Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins												
Act	8	Dépister et prendre en charge des maladies chroniques suivant les protocoles en vigueur et dans le respect des paquets d'activités												
Act	9	Développer la prise en charge des urgences dans les												

		districts prioritaires et pilotes suivant les normes en vigueur et dans le respect des paquets d'activités											
R2		Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de santé sont renforcées											
Act	1	Développer la fonctionnalité des ECD y compris leur capacité managériale											
Act	2	Elaborer un plan de développement RH par district, avec niveau national et régional											
Act	3	Mise en œuvre du renforcement des RH pour les acteurs de la santé dans les districts											
Act	4	Renforcement des centres régionaux de formation, en particulier sages-femmes et infirmiers d'état											
Act	5	Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluation : SIS et autres sources d'information											
Act	6	Développer les capacités des acteurs en matière de recherche de documentation											
Act	7	Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sanitaires dans les districts											
Act	8	Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments dans les districts sanitaires											
Act	9	Mise en œuvre du renforcement des RH pour les acteurs de la santé dans les districts											
Act	10	Renforcement des centres régionaux de formation, en particulier sages-femmes et infirmiers d'état											
R3		Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets assurée selon un plan d'investissement global de chaque région											
Act	1	Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire à moyen et long terme par district & région											
Act	2	Etablir un plan d'investissements en infrastructures et équipements PAODES à réaliser de deux ans											

Act	4	Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface entre population et système de santé																		
Act	5	Renforcer la capacité des instances représentatives des collectivités locales dans le domaine de la santé																		
Act	6	Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter-régions																		
B		VOLET DEMANDE																		
R6		Les mutuelles et unions de mutuelles existantes sont renforcées																		
Act	1	Apporter aux mutuelles et structures faïtières existantes le soutien humain, matériel et méthodologique nécessaire																		
Act	2	Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des compétences nécessaires à leurs fonctions.																		
Act	3	Soutenir l'activité des Unions de Mutuelles dans leur activité de suivi des mutuelles, de coordination et de communication																		
Act	4	Participer activement au développement de stratégie de communication auprès de la population et autres.																		
Act	5	Soutenir la création et/ou le développement des Cadres Régionaux de Concertation par région																		
Act	6	Soutenir le développement de modèles alternatifs de mutuelles / assurance santé, ainsi que de stratégie d'extension de la couverture																		
R7		Des assurances santé de grande échelle sont développées sur 2 zones pilotes																		
Act	1	Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et au plan de développement de deux zones pilotes																		
Act	2	Doter les bureaux départementaux et les antennes de districts des moyens humains, matériels et méthodologiques																		
Act	3	Développer les statuts des bureaux départementaux, des antennes de district et de collectivités locales																		

ANNEXE 4 : CADRE LOGIQUE ACTUALISÉ

CADRE LOGIQUE DU PAODES actualisé			
Logique d'intervention	IOV	Source de vérification	Hypothèses
Objectif général: « L'état de santé de la population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès est durablement amélioré »	Ratio de mortalité maternelle	EDS	
	Taux de mortalité infanto-juvénile	EDS	
	Espérance de vie à la naissance	EDS	
	Taux global de mortalité hospitalière	Annuaire statistique , Registres de décès	
Objectif spécifique: La population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès bénéficie d'un accès équitable à des soins de santé de qualité et d'un bon niveau de protection sociale.	Taux de consultation primaire curative	Rapport global du district sanitaire, Annuaire statistique	Le MSAS adopte la coordination stratégique entre la DGS, LaCMU et la DPRS, nécessaire à la mise en œuvre du programme.
	Taux de personnes couvertes par l'assurance maladies	Statistiques et rapports des mutuelles et des unions	
	Taux d'utilisation des services de santé par les mutualistes/assurés	Statistiques et rapports des mutuelles et des unions	
Résultat 1 : La qualité des services est améliorée.	Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié	Rapport global du district sanitaire, Annuaire statistique	Le MSAS et les RM souscrivent l'option d'AQ prévue dans l'intervention
	Taux de satisfaction de la population sur l'utilisation des services	Statistiques et rapports des mutuelles et des unions	
	Proportion de patients référés par les PS parmi les patients vus par le médecin dans les districts appliquant la tarification forfaitaire	Rapports des districts appliquant la TF	Les districts appliquant la TF fournissent les rapports mensuels
		Rapport du projet	

	Proportion de patients hospitalisés au CS parmi les patients référés par les Postes de Santé dans les districts appliquant la tarification forfaitaire	Rapports des districts appliquant la TF	
Résultat 2 : Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées.	Taux d'exécution technique des Plan de Travail Annuel, par district	Rapports d'activités des districts et Régions médicales	La DRH souscrit et s'implique (CRFS) dans les activités de formation prévues.
	Proportion de réunions mensuelles de coordination tenues par district	Acte des réunions de planification	
	Pourcentage de supervisions effectuées par l'ECD	Rapports d'activités des districts et Régions médicales	
Résultat 3 : Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance et gestion des déchets médicaux	Couverture en structures SONUC	Rapports d'activités des centres de santé et des districts sanitaires	Le Plan d'Investissement est validé au niveau régional et central (MSAS).
	Proportion de postes de santé fonctionnels	Carte sanitaire des districts et régions	
	Taux d'exécution du Plan de gestion des déchets	Rapports de gestion des déchets	
Résultat 4 : Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplication au niveau national.	Taux de césariennes	SNIS et rapports d'activités des centres de santé et des districts	La Faculté de Médecine, le MSAS et la coopération belge s'accordent sur la réalisation des appuis en chirurgie de district et SONUC. Des candidats sont trouvés pour la SONUC. Au moins 5 districts identifiés ont la volonté d'initier la TF,
	Nombre d'interventions de chirurgie de district	Rapport centre de santé, registre de bloc opératoire	
	Taux de consultation primaire curative des districts sanitaires appliquant la tarification forfaitaire	rapports global du district sanitaire, Annuaire statistique	
	Proportion de districts sanitaires utilisant un système d'information on line.	Rapport PAODES et des régions médicales	

	Nombre de campagnes de sensibilisation sur les maladies chroniques et les violences faites aux femmes menées dans la région	Rapport d'exécution du PTA de la Région Médicale. Rapport d'activités du PAODES.	
Résultat 5 : La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel, est renforcée.	Proportion de supervisions du niveau central (DGS et spécialistes EP3) vers les régions (EPS 2)	Rapports de supervision	La Direction Générale de la Santé souscrit la finalité du renforcement inter niveaux de la supervision.
	Proportion de supervisions du niveau régional (RM et spécialistes EPS 2) vers les centres de santé et EPS 1	Rapports de supervision	
	Proportion de supervisions de l'ECD vers les postes de santé	Rapports de supervision	
	Proportion de comités de santé qui tiennent leurs réunions statutaires (mensuelle de bureau +cogestion + AG)	PV de réunions	
Résultat 6 : Les mutuelles existantes sont renforcées	Mise à disposition du logiciel MAS Gestion	Rapport de mutuelle	L'appui aux mutuelles est terminé.
Résultat 7 : « Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes »	Nombre d'antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle mises en place et fonctionnelles	Rapports d'activités de la LaCMU/Projet	Les mutuelles préexistantes dans les districts ciblés acceptent d'intégrer le modèle bureaux départementaux d'assurance santé universelle Les prestataires reconnaissent l'expertise et acceptent la fonction de tiers payant et le rôle de négociateur des antennes régionales de l'organisme d'assurance maladie universelle

	Nombre d'antennes locales de l'organisme d'assurance maladie universelle mises en place et fonctionnelles	Rapports d'activités de la LaCMU/Projet	Le ministère continue à soutenir le modèle de bureaux départementaux d'assurance santé universelle comme option pour l'extension de la protection contre le risque maladie. Les antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle arrivent à trouver un équilibre entre professionnalisme et ancrage communautaire. La population accepte et adhère à cet équilibre. Des experts compétents sont intéressés à venir travailler dans les antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle et à s'investir sur l'extension de l'expérience.
Résultat 8 : « Un système pluriel de cofinancement des Assurances Santé Universelles est mis en œuvre »	Taux de personnes couvertes par les antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle à jour de cotisation	Rapports du fonds d'équité/Union Mutuelles/Rapport d'activités LaCMU	Les populations des districts non couverts acceptent le principe que les assurés des antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle soient subventionnés. Les populations des districts des antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle acceptent qu'une portion d'entre eux soit identifiée comme pauvres (jalousie, discrimination, autres) L'antenne départementale de l'organisme d'assurance maladie universelle a la capacité technique pour absorber un volume croissant de
	Proportion de cas pris en charge par les antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle	Rapports d'activité et rapports financiers des antennes régionales de l'organisme d'assurance maladie universelle, Mutuelles de santé	
	Pourcentage de femmes indigentes pris en charge par le fonds d'équité	Rapport des mutuelles disposant d'un fonds d'équité	
	Nombre de partenaires (autres que la CTB) participant au financement des antennes régionales de l'organisme d'assurance maladie universelle	Rapport d'activités de la LaCMU/Projet	

	Les bénéficiaires des BSF et les indigents bénéficient d'une prise en charge médicale et d'une assurance à l'UDAM dans les départements de Foundiougne et Kougheul	Rapports du fonds d'équité/Union Mutuelles/Rapport d'activités LaCMU	ressources. L'antenne départementale de l'organisme d'assurance maladie universelle est progressivement considérée comme un acteur crédible par les partenaires techniques et financiers pour la gestion de leurs fonds
	Taux de sinistralité des antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle	Rapport d'activités de la LaCMU/Projet	
Résultat 9 : Le cadre juridique relatif aux Unités Départementales d'Assurance Maladie est créé et mis en œuvre.	Disponibilité des textes juridiques relatifs à l'assurance sante universelle	Textes légaux	Les responsables politiques sont ouverts au processus de légiférer et s'investissent pour accélérer le processus. La CTB est reconnue par les autorités publiques et les partenaires comme un acteur crédible et compétent sur les questions juridiques. Le développement opérationnel des bureaux départementaux d'assurance santé universelle n'engendre pas de conflits majeurs (ex : résistance des prestataires de soins), nuisant au développement de statuts et cadres légaux
	Disponibilité des textes d'agrément des UDAM	Textes légaux	
Résultat 10 : Un modèle d'assurance santé, articulé autour des départements est développé et capitalisé.	Disponibilité d'un guide opérationnel des antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle	Rapport d'activités de la LaCMU/Projet	Le modèle de documentation permet de dégager l'évidence nécessaire pour influencer sur le MSAS et les partenaires Le PAODES et la BTC bénéficient d'un bon niveau de perception par le MSAS et les partenaires.
	Disponibilité du document de capitalisation de l'expérience des antennes régionales de l'organisme d'assurance maladie universelle	Rapport d'activités de la LaCMU/Projet	
Résultats 11 : l'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle	Le taux de couverture de l'assurance maladie atteint 75% en 2017	Rapport d'activités de la LaCMU/Projet	