



CTB



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'ACTION SOCIALE**

RAPPORT DES RESULTATS 2016

**PROGRAMME D'APPUI A L'OFFRE ET A LA
DEMANDE DE SOINS DANS LES REGIONS
DE DIORBEL, FATICK, KAFFRINE,
KAOLACK ET THIES**

PAODES - SEN1002711

ACRONYMES	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION	6
1.1 FICHE D'INTERVENTION	6
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE	7
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE	8
1.3.1 <i>Pertinence</i>	8
1.3.2 <i>Efficacité</i>	9
1.3.3 <i>Efficiéce</i>	10
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i>	11
1.4 CONCLUSIONS.....	12
2 MONITORING DES RESULTATS	13
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE	13
2.1.1 <i>Contexte général</i>	13
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i>	13
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	14
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i>	14
2.1.5 <i>Suivi des Indicateurs</i>	15
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME.....	16
2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	16
2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	17
2.2.3 <i>Impact potentiel</i>	17
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1	18
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	18
2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	19
2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	19
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2	21
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	21
2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	22
2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	22
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3	24
2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	24
2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	25
2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	25
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4	27
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	27
2.6.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	28
2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	28
2.7 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5	30
2.7.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	30
2.7.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	31
2.7.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	31
2.8 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6	31
2.9 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 7	32
2.9.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	32
2.9.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	33
2.9.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	33

2.10	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 8 : UN SYSTEME PLURIEL DE COFINANCEMENT DES ASSURANCES SANTE UNIVERSELLES EST MIS EN ŒUVRE.....	35
2.10.1	<i>Progrès des indicateurs</i>	35
2.11	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 9	38
2.11.1	<i>Progrès des indicateurs</i>	38
2.11.2	<i>État d'avancement des principales activités</i>	39
2.11.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	39
2.12	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 10	40
2.12.1	<i>Progrès des indicateurs</i>	40
2.12.2	<i>État d'avancement des principales activités</i>	41
2.12.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	41
2.13	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 11	43
2.14	THEMES TRANSVERSAUX.....	44
2.14.1	<i>Genre</i>	44
2.14.2	<i>Environnement</i>	45
2.15	GESTION DES RISQUES	46
3	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	51
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	51
3.2	<i>RECOMMANDATIONS</i>	51
3.3	<i>ENSEIGNEMENTS TIRES</i>	52
4	ANNEXES.....	53
4.1	CRITERES DE QUALITE	53
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	56
4.3	SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE L'EVALUATION A MI-PARCOURS	59
4.4	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	62
4.5	APERÇU DES MORE RESULTS	67
4.6	ORGANIGRAMME	68
4.7	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	69

Acronymes

ARMP	Agence pour la Régulation des Marchés Publics
ADIE	Agence De l'Informatique de l'Etat
A.E.	Accord d'exécution
A.F.	Accord de financement
A.S.	Accord de subside
ASU	Assurance Santé Universelle
ATN	Assistant Technique National
ATI	Assistant Technique International
BBSF	Bénéficiaire de Bourse de Sécurité Familiale
BeCd	bénéficiaire en cours de droit
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CIS	Comité Interne de Suivi
CS	Centre de Santé
CLIN/CHSCT	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales/ Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CTB	Coopération Technique Belge, Agence belge de développement
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DECAM	Projet de Mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation
DGS	Direction Générale de la Santé
DHIS2	Data health information system (web-based open-source information system)
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPPD	Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	District Sanitaire
DSISS	Division du Système d'Information Sanitaire et Social
DTF	Dossier Technique et Financier
ECD	Equipe Cadre de District
ECG	Electrocardiogramme
EPS	Etablissement Public de Santé
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
L'ACMU	L'Agence de la Couverture Maladie Universelle
M&E	Monitoring et évaluation
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MCS	Mission Conjointe de Suivi
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
NC	Nombre de cas
PAGOSAN	Programme d'Appui à la Gouvernance en Santé

PAODES	Programme d'Appui à l'Offre et à la Demande de Soins
PAREE	Programme d'Appui à la Réalisation d'études et d'Expertise et aux Etudes
PDDS	Plan départemental de Développement Sanitaire
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PMA	Paquet Maximum Autorisé
PME	Paquet Minimum Exigé
PNA	Pharmacie National d'Approvisionnement
POCL	Plan Opérationnel des Collectivités Locales
PRC	Programme de Renforcement de Capacité
PRDS	Plan Régional de Développement Sanitaire
PRONALIN	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales
PS	Poste de Santé
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RAF	Responsable Administratif et Financier
RM	Région Médicale
RSS	Renforcement du Système de Santé
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
TF	Tarifification Forfaitaire
UDAM	Unité Départementale d'Assurance Maladie
ULB	Université Libre de Bruxelles

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche d'intervention

Nom du projet	PAODES
Code du projet	SEN1002711
Emplacement	Sénégal
Budget (contribution belge)	16.912.900 Euros
Institution partenaire	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
Date de la Convention de mise en œuvre	04 Novembre 2011
Durée (mois)	72
Groupes cibles	Populations des 5 régions appuyées par le Programme
Impact ¹	L'état de santé de la population des régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès est durablement amélioré
Outcome	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
Outputs	<ol style="list-style-type: none">1. La qualité des services est améliorée2. Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées3. Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région4. Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplique au niveau national5. La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel est renforcée6. Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes7. Un système pluriel de cofinancement des assurances santé universelles est mis en œuvre8. Le cadre juridique relatif aux UDAM est créé et mis en œuvre9. Un modèle d'assurance santé, articulé autour des départements, est développé et capitalisé.10. L'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle

¹ L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

1.2 Exécution budgétaire

Budget belge

	Budget (en €)	Dépenses		Solde (en €)	Taux de déboursement fin 2016 (en %)
		Années précédentes	Année couverte par le rapport		
		2012 : 1.151.785 2013 : 1.983.704 2014 : 2.726.587 2015 : 2.931.867	2016 : 4.059.665 €	4.125.824 €	76%
Output 1	706.621	354.452	181.100	181.069	75%
Output 2	1.187.021	912.876	200.296	73.849	94%
Output 3	5.530.871	2.555.638	1.547.729	1.417.504	74%
Output 4	1.932.539	937.556	511.678	483.304	75%
Output 5	237.802	145.785	220.301	17.501	93%
Output 6	65.421	64.876	0	545	99%
Output 7	1.545.427	645.001	315.132	960.133	62%
Output 8	266.809	175.246	35.417	56.146	79%
Output 9	27.357	27.395	0	-38	100%
Output 10	218.092	11.929	61.911	75.979	65%
Output 11	535.000	0	347.164	187.836	65%
Moyens Généraux	4.644.905	2.828.383	784.721	1.031.801	78%
Total	16.912.900	8.727.411	4.059.665	4.125.824	76%

Le planning financier pour 2016 était de 3.505.000 € (fait en Q42015). Des révisions ont été faites en cours d'année pour atteindre fin 2016 des dépenses de 4.059.664 € soit 116% du montant planifié initialement.

Fin 2016 les montants engagés sont de 1.757.635 € et la valeur des marchés en cours d'attribution sont de 1.730.891 € soit au total 84% du solde restant.

L'exécution de la contrepartie sénégalaise au PAODES, pour l'année 2016 se chiffre comme suit :

Budget sénégalais

Imputation	Budget (FCFA)	Engagé	Exécution
Conférences, congrès séminaires	8.000.000	8.000.000	100%
Carburant	6.500.000	6.500.000	100%
Mobilier et Matériel de logement & bureau	3.000.000	2.997.436	100%
Matériel de bureau	2.000.000	1.987.415	99%
Frais missions intérieur du pays	5.500.000	5.466.670	99%
Total	25.000.000	24.951.521	99%

Il est également nécessaire d'y ajouter les montants exonérés fiscalement et la contrepartie des locaux et autres moyens mis à disposition du projet. Ces montants n'ont pas été valorisés en terme monétaires.

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	A

- En 2016, la pertinence du projet a été renforcée par l'importance accordée par le gouvernement sénégalais à l'Agence pour la couverture maladie universelle (L'ACMU) et par les résultats de l'enquête STEPS qui ont montré l'importance croissante des maladies non-transmissibles au sein de la population sénégalaise.
- Même si à ce jour, la politique officielle dans le domaine de la couverture maladie reste l'approche communautaire, le développement des deux Unités Départementale d'Assurance Maladie (UDAM), mutuelle professionnelle à grande échelle, montre des résultats intéressants. Alors que les mutuelles communautaires peinent à recruter un nombre significatif d'adhérents, le nombre de bénéficiaire des UDAM dépasse déjà les 20% de la population cible. L'amélioration sensible du nombre de bénéficiaires et donc de leur accessibilité aux soins de santé dans ces zones conforte la pertinence du modèle proposé.
- La capitalisation qui a débuté en septembre 2015 permet, progressivement, au MSAS en général et à l'ACMU en particulier d'en tirer les leçons qui contribuent à la construction progressive du système d'assurance maladie universelle adapté au contexte sénégalais. L'appui apporté à la mise en place de l'ACMU constitue un autre élément renforçant la pertinence de notre appui ; renforcement en terme d'équipement, d'informatisation, de communication et bien sûr dans l'intégration des Bourses de Sécurité Familiale (BSF) dans le système mutualiste.
- L'approche développée par le PAODES s'inspire du faible impact enregistré par les mutuelles à base communautaire tenues par les bénévoles. Malgré les différences d'approche, il n'en demeure pas moins que ses spécificités ne sont pas contradictoires avec l'autre approche. Toutes deux recherchent un maillage total du territoire national par des mutuelles de santé, une participation de l'Etat à l'effort des individus pour leurs cotisations, une implication forte des autorités administratives et des élus locaux, la prise en charge d'un paquet de bénéfices qui comprend au moins les gros risques mais qui tient compte de la capacité financière actuelle du système assurantiel, des mécanismes d'exemption pour les plus démunis, les classes d'âge et de sexe les plus vulnérables ou pour des soins coûteux. Le MSAS a décidé de tenir un atelier pour établir « la jonction » entre les deux approches : l'adhésion villageoise / groupement / commune pouvant constituer le travail des mutuelles communautaires en laissant tout le travail administratif technique et financier à des structures départementales professionnalisées.
- Au niveau de l'offre de soins, le degré de satisfaction des populations est élevé (92,7% en 2015) et le lien existant entre les volets offre et demande rencontre l'approbation des autorités sanitaires du pays, au point que ce lien devient une condition pour les nouveaux projets d'appui au renforcement du système de santé au Sénégal. Bien sûr les besoins présentés par les districts pilotes, tant en termes de fonctionnement, d'organisation ou en termes d'infrastructures et d'équipements dépassent largement les moyens à disposition du projet, la pertinence d'un investissement majeur dans la qualité des soins est plus que jamais essentielle à l'atteinte non seulement d'une adhésion de la population au système d'assurance santé universelle mais tout simplement à un accès à des soins de qualité acceptable et à l'amélioration de la résilience du système dont l'importance a été bien soulignée lors de l'épidémie d'Ebola qui a affecté des pays de la sous-région en 2014-2015. La digitalisation du système assurantiel au sein des UDAM et des dossiers patients dans les centres et postes de santé pilotes participe au suivi de l'évolution de la demande et de l'offre de soins, à la production de l'information à des fins de gestion rationnelle des ressources et de suivi de l'état de santé de la population du pays.

- Enfin, le double ancrage du projet est un élément essentiel à la pérennisation potentielle des acquis. En effet, l’ancrage central au niveau de la DGS et de l’ACMU et l’ancrage périphérique, à Kaolack, permettent en même temps une bonne appropriation des initiatives innovantes tels que les UDAM, la prise en charge décentralisée des maladies chroniques, l’informatisation du dossier patient, le développement de la chirurgie de district et la tarification forfaitaire subsidiée et un bénéfice direct pour les populations des zones pilotes grâce aux appuis apportés directement aux structures de soins.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	B/C

- La performance atteinte sur le plan de l’efficacité est B si l’on considère uniquement les districts prioritaires, C si l’on considère l’ensemble des 28 districts repris dans l’objectif général du projet. (voir recommandation de la MTR, annexe 4.3.).
- En effet, l’outcome du projet est très ambitieux eu égard aux moyens dont le projet dispose et à la durée de sa mise en œuvre. Non seulement la zone géographique à couvrir est trop vaste, mais, basé au niveau central du MSAS pour permettre une meilleure pérennisation de ses acquis, le projet doit s’adapter à la réalité du fonctionnement au niveau central. Le tempo attendu de la mise en œuvre du projet est trop rapide pour celui du ministère. Cela nécessite des adaptations à tel point que les délais pour atteindre les résultats attendus du projet deviennent plus longs que ce qui est programmé dans le DTF. Ceci explique notamment les retards accusés dans la mise en œuvre des formations décentralisées en soins oculaires primaires, la prise en charge des maladies chroniques, la préparation et la publication de l’annuaire des données sanitaires de 2015.
- Les avancées vers l’atteinte de l’objectif spécifique progressent mais cela n’est illustré que dans l’évolution des indicateurs des quatre (4) districts prioritaires, or c’est théoriquement les 28 districts qui constituent la cible officielle du projet.
- A ce jour, les quatre districts sont dans un processus de réformes qui a débuté en 2013. Ces réformes visent à une régulation des services de santé et une rationalisation de l’utilisation des ressources disponibles. Ces améliorations et régulations constituent un prérequis indispensable à l’amélioration de la qualité des soins. La réhabilitation des centres de santé (en cours), doit permettre, avec le renforcement de capacité et les nouveaux équipements, de mieux apprécier cette amélioration de qualité.
- Les progrès continus enregistrés du côté de la demande sont illustrés par l’amélioration du taux de pénétration des mutuelles dans les deux départements appuyés, 20,27% à Koungeul et 23,3% à Foundiougne. Ces taux atteignent les objectifs assignés pour 2016. Bien sûr il ne faut pas s’asseoir sur ses lauriers car les objectifs pour 2017 sont également ambitieux. Aujourd’hui, la nécessité de professionnaliser des mutuelles à grande échelle, d’utiliser des outils informatiques puissants pour gérer les données, les principes de redevabilités traduits dans la contractualisation, sont autant d’éléments qui alimentent la réflexion nationale sur le modèle de mutuelle adapté au contexte sénégalais.
- Les interférences liées aux gratuités 0-5 ans persistent malheureusement. En effet, non seulement peu d’enfants sont enrôlés dans les mutuelles mais aussi l’équilibre financier des structures de santé est impacté. Ces déséquilibres augmentent les problèmes liés à l’approvisionnement en médicaments Des solutions sont en discussion entre l’ACMU et la pharmacie Nationale d’approvisionnement (PNA). La mise en place du « Jeegesi Naa » (positionnement par la Pharmacie Nationale d’Approvisionnement de stock de médicaments dans les districts) doit également réduire le nombre de ruptures de stock imputable aux faiblesses de la gestion des structures sanitaires périphériques.
- Une autre contrainte reste la lenteur de la mise en place de la chirurgie de district. Seul le

district sanitaire de Nioro a pu démarrer en 2016 les opérations chirurgicales programmées. Une solution pérenne à ce problème implique la levée de nombreux obstacles institutionnels. Le MSAS avec l'appui du projet progresse dans la résolution de ces problèmes mais lentement. Il est espéré qu'avant la fin du projet les blocages auront été levés et que les activités de chirurgie décentralisée seront une réalité.

- Le paquet d'activités au niveau des structures sanitaires du district s'améliore bien que la réhabilitation des infrastructures n'a pas permis leur pleine opérationnalisation en 2016. Le renforcement des équipements, la formation du personnel en santé, la gestion des ressources et des données sanitaires continuent. Ceci ne concerne pas l'ensemble des 28 districts appuyés par le PAODES car il aurait été impossible de travailler sur un processus aussi complexe que celui en cours dans un grand nombre de districts à la fois : seul 4 des 28 districts sont directement concernés. Ces améliorations constituent un prérequis indispensable à l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit dans tous les cas de conditions essentielles au développement du système assurantiel mis en place.
- La synergie est développée avec le programme de renforcement des capacités institutionnelles (PRC) dans le cadre du renforcement des capacités des prestataires de soins en échographie, en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB).

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	B

- La replanification des activités en début de l'année 2016 a permis d'améliorer remarquablement les capacités des partenaires notamment dans la prise en charge des urgences, la transfusion sanguine, les maladies chroniques et l'ophtalmologie.
- L'an 2016 a connu une progression satisfaisante de l'exécution des marchés (constructions, équipement, informatique...) même si les procédures restent lourdes. Les contraintes liées aux procédures de passation des marchés publics de service, de travaux et d'équipement restent un handicap dans la mise en œuvre du projet. En effet ces contraintes même si elles peuvent être partiellement programmables, réduisent la flexibilité nécessaire à l'atteinte des résultats attendus du projet. Le suivi d'une planification rigoureuse sera nécessaire si l'on veut que tous les marchés soient complétés avant la fin de la convention spécifique du projet.
- Concernant le volet demande, il convient de noter qu'une seule unité d'assurance maladie pour une population de 268.298 personnes dans le département de Foundiougne et une population de 156.556 personnes dans le département de Kougheul, en lieu et place de 17 mutuelles pour le département de Foundiougne et 9 mutuelles pour le départements de Kougheul, démontre l'efficience et les économies d'échelle qui peuvent être réalisées grâce à la mise en place des unités départementales d'assurance maladie (UDAM). La mise en place d'une direction professionnelle dans la mutuelle permet également de répondre rapidement aux besoins des bénéficiaires et des prestataires. Les UDAM ont ainsi enrôlé les bénéficiaires des bourses de sécurité familiales (BBSF) avec grande rigueur. Elles ont permis d'intégrer rapidement (en moins de 2 mois) dans les 2 départements 49.106 personnes dans le système assurantiel.
- Le recrutement d'un médecin conseil qui se penche sur la qualité des prestations offertes aux assurés va conduire à la révision des conventions qui lient les UDAM et les formations sanitaires pour y inclure des exigences plus précises sur la qualité des prestations attendues et les mesures envisagées en cas de non-respect.
- L'an 2016 a connu beaucoup et plus d'activités dans les districts prioritaires que l'année précédente. La progression du taux d'exécution financière global a atteint 76% en 2016 (116% d'exécution financière par rapport au planning élaboré fin 2015). Ces activités ont permis une bonne progression vers l'atteinte des résultats dans les districts prioritaires.

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	B

- Comme déjà signalé, si l'ancrage central du projet est parfois une contrainte vis-à-vis de son efficience, il représente un élément fondamental de la durabilité de ses résultats.
- L'intérêt que porte le MSAS au renforcement de l'offre de soins dans les districts pilotes et son souci d'intégrer une meilleure prise en charge décentralisée des maladies chroniques et des urgences témoigne d'un souci partagé d'adapter l'offre de soins à l'évolution des besoins de la population. Ces éléments constituent probablement les appuis dont le degré de probabilité d'être préservé et de reproduire les bénéfices obtenus est le plus élevé. Les processus structurants (renforcement des capacités de gestion financière, RH, médicaments, renforcement de la qualité des soins...) et le développement d'une chirurgie décentralisée sont au cœur des discussions avec la DGS mais des contraintes institutionnelles (relation MSAS et faculté de médecine, acte III de la décentralisation) doivent encore être levées pour permettre des résultats durables.
- Au niveau information sanitaire, l'appui pour la formation des prestataires dans les 28 districts pour la collecte, le traitement et le partage des données sanitaires online à partir de la plateforme DHIS2 ont progressé de manière significative et la priorité mise à la continuation par le MSAS du système, garantit également sa durabilité. La collecte des données du géo référencement de toutes les structures sanitaires publiques et privées des 5 régions médicales se poursuit. L'informatisation du dossier patient en cours d'expérimentation dans 4 districts facilitera à terme l'obtention de données de meilleure qualité mais la pérennisation de ce travail nécessitera encore plusieurs années.
- Au niveau de l'ACMU : Le modèle UDAM se met en place et certains aspects sont déjà repris dans d'autres départements sans néanmoins inclure systématiquement le modèle proposé. Au terme de la phase actuelle du projet, le modèle UDAM aura donc été testé avec des résultats probants et son autonomisation sera possible si l'ACMU accepte le modèle et continue le cofinancement des cotisations. Un nouvel appui belge, comme signalé dans le DTF de l'intervention, permettrait de compléter et stabiliser le modèle proposé. L'autonomie financière des UDAM est atteinte grâce au bon taux de pénétration réalisé (>20%) pour autant que les cofinancements soient subsidiés, comme il l'est pour toutes les mutuelles du pays par l'ACMU. Le principal risque par rapport à la viabilité des UDAM est lié à un refus de subsidiations ou à un changement de la politique nationale de couverture universelle en santé.
- L'état d'avancement actuel du projet montre qu'une continuation de l'appui de la Belgique serait souhaitable pour stabiliser le travail en cours et confirmer les résultats positifs acquis.
- En ce qui concerne les appuis au niveau de l'offre (santé bucco-dentaire, santé oculaire, maladies chroniques, santé mentale), leurs mises en œuvre à un niveau décentralisé sont lentes, mais leurs développements s'inscrivent dans la stratégie du ministère et donc dans la durée. L'achèvement des protocoles sur les maladies chroniques, soins buccodentaires et ophtalmologiques avec la formation des prestataires des districts sanitaires pilotes contribuent à l'amélioration durable de la qualité des soins pour les populations sénégalaises en général et de la zone cible du PAODES en particulier.
- La revue semestrielle des performances des districts sanitaires, régulièrement organisée par le PAODES, constitue une stratégie intéressante pour le suivi et l'appropriation des résultats par les parties prenantes à l'amélioration de l'offre et de la demande de soins à l'échelle départementale. Par ailleurs, la visite du Directeur de Cabinet du MSAS à Sokone en décembre 2016 a été une occasion de le sensibiliser sur les initiatives innovantes du projet (rationalisation de l'offre de soins à travers une tarification forfaitaire et assurance professionnalisée de grande taille, à vocation universelle).

1.4 Conclusions

- Comme signalé depuis 2 ans, la couverture géographique du projet dépasse largement les moyens humains, matériels et financiers disponibles. De ce fait, quatre districts pilotes bénéficient prioritairement des activités innovantes tant au niveau de l'offre que de la demande.
- La mise en place de l'ACMU et les moyens financiers conséquents alloués par l'Etat Sénégalais à ses activités renforcent la pertinence et les chances de pérennisation des résultats du PAODES. Malgré le démarrage tardif de la composante demande, l'adhésion en 2 ans de plus de 20% de la population au modèle UDAM illustre leurs biens fondés. Le taux de renouvellement des adhésions qui atteint 84% (Foundiougne) confirme leurs bonnes chances de viabilité.
- L'élargissement du plateau technique progresse malgré les retards dans la réalisation des infrastructures. Ces retards ne permettront pas de réceptionner le plateau technique complet et opérationnel avant l'évaluation finale du projet. La prise en charge des maladies chroniques, des urgences, de la chirurgie décentralisée et de l'informatisation du dossier patient progressent de manière satisfaisante.
- Les deux éléments critiques à la pérennisation des appuis sont la stabilité des ressources humaines et un approvisionnement régulier en médicaments. Les processus innovants sont en bonne voie mais leur complexité ne permet probablement pas leur aboutissement total endéans le délai actuel du projet.
- Les outils de suivi de l'évolution de la qualité des soins en cours d'élaboration seront finalisés avant la fin du projet.
- La capitalisation en cours depuis le dernier trimestre 2015 a beaucoup progressé. Les prochaines et dernières étapes du processus à savoir la rédaction et la restitution sont prévues vers la fin du premier semestre 2017.
- L'exécution budgétaire a dépassé la programmation faite en début d'année. Une dernière révision budgétaire sera présentée en février 2017 à la SMCL pour adapter les moyens encore disponibles aux activités prioritaires et aux besoins des marchés d'infrastructure et d'équipement en cours d'exécution.



2 Monitoring des résultats²

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

- Classé PMA depuis 2001, le Sénégal aspire à devenir un pays émergent d'ici 2035. La croissance a été de **4,6% en 2015 et est estimée à 5,9% en 2016**. La Banque Mondiale prévoit une croissance de 8% en 2017 avec la mise en œuvre du PSE (Plan Sénégal Emergent). Pour mémoire, le Sénégal est passé de la 178^{ème} position en 2014 à la **147^{ème} en 2016** au classement « Doing business ».
- Le Plan Sénégal Émergent (PSE) prend en compte la santé pour un montant de 124,6 milliards de FCFA, soit 5,3% du budget global, avec le Programme national de relèvement des plateaux techniques des hôpitaux et des centres de santé et de « Dakar Médical City ». L'ambition du gouvernement est d'assurer la délivrance de services de qualité et de garantir l'accessibilité géographique et financière des populations avec la réalisation avant fin 2017 d'au moins 4 hôpitaux, 11 nouveaux centres de santé et 40 postes de santé.
- En dépit des progrès progressivement enregistrés, la situation sanitaire au Sénégal reste caractérisée par une mortalité maternelle encore élevée (315 décès/100.000 naissances vivantes en 2015). La mortalité néonatale et infantile a baissé, passant respectivement de 33‰ en 2008 à 20,8‰ en 2015 et de 47‰ en 2010 à 31,5‰ en 2015. La malnutrition demeure une problématique majeure, contrairement à la morbidité palustre en forte baisse. La prévalence du VIH/SIDA dans la population générale reste stable (0,7% de 2005 à 2014) malgré les grandes disparités entre les régions, les sexes et les groupes à risques. La transition épidémiologique en cours, liée à l'augmentation de l'espérance de vie et à la diminution de la prévalence des maladies transmissibles, fait apparaître les maladies chroniques comme une préoccupation croissante du secteur de la santé. Cette problématique vient d'être mieux quantifiée grâce à l'enquête STEPS réalisée en 2016.
- L'Etat poursuit sa stratégie de développement de l'ACMU. L'objectif est de passer d'un taux de couverture de 18% en 2013 à 75% en 2017. La mise en place de stratégies incitatives reste un défi pour réaliser cet objectif. Soulignons que la politique de gratuité de soins pour les catégories d'âge les plus vulnérables³n'encourage pas les populations à investir pour l'assurance maladie.
- En 2016, les pluies ont été insuffisantes et les récoltes peu satisfaisantes. Cet état de fait va impacter significativement la situation financière et alimentaire des populations et par conséquent sur les adhésions aux mutuelles. Rappelons que 46% de la population vit de l'agriculture bien que celle-ci ne représente que 15% du PIB.
- En 2016 la crise « Ebola » de 2014/2015 n'affecte plus le pays, le tourisme reprend progressivement. La crise d'Ebola a fait prendre conscience de l'importance de disposer d'un système de santé vigilant et résilient.

2.1.2 Contexte institutionnel

- Le contexte institutionnel au sein du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), comme en 2014, reste relativement flou. Les nouvelles structures existent mais leurs missions ne sont pas clairement définies. Cette absence de textes ne permet pas à la réforme d'avancer. Ceci est également vrai au niveau intermédiaire car les Régions médicales (RM), qui sont appelées à devenir des Directions Régionales de la Santé et de

² L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

³ Enfants de 0-5ans, personnes de troisième âge, **indigents (BBSF)**

l'Action Sociale (DRS), ne sont toujours pas mises en place avec des prérogatives claires. En outre, l'inachèvement du processus de réforme des districts sanitaires installe des incertitudes quant à l'avenir de ces derniers.

- Politiquement, le développement de la CMU reste, plus que jamais, une priorité nationale. L'Agence pour la couverture maladie universelle (l'ACMU), créée en 2015 et placée sous la tutelle technique du Ministère chargé de la santé et de l'action sociale et sous celle du Ministère des finances bénéficie de l'attention directe de la présidence et de disponibilité budgétaire importante. Les nouveaux bureaux communs, financés par l'Agence, dans lesquels se retrouvent l'ACMU et le PAODES favorisent des échanges réguliers. Le positionnement d'un nouveau Responsable délégué du volet demande à Kaolack améliorera la communication entre les deux structures.
- L'ancrage institutionnel du PAODES au niveau de la direction générale de la santé (DGS) et au niveau de l'ACMU présente de nombreuses opportunités de prendre part aux réflexions et échanges qui contribuent à définir les politiques sanitaires et offre l'avantage de l'implication à haut niveau du MSAS dans la mise en œuvre d'importantes réformes dans les districts pilotes.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

- **En 2016, hormis la consolidation de l'intégration de la gestion du PAGOSAN, peu de modifications ont été apportées aux modalités d'exécution du projet.**
- La complexité des règles de marché public selon la loi sénégalaise continue à imprimer une grande lenteur aux activités qui en dépendent. Le spécialiste des marchés publics recruté début 2015 permet un suivi efficace et rigoureux de cette matière complexe.
- **Deux audits réalisés respectivement en février 2016 par le cabinet d'audit Moore & Stephen et en décembre 2016 par l'auditeur indépendant externe de la CTB et la Cour des comptes de Belgique ont montré une nette amélioration de la gestion administrative et financière par rapport à l'audit exécuté en 2013. Des améliorations sont toujours nécessaires mais aucun problème majeur n'est plus à souligner.**
- La prolongation des accords d'exécution et de financement jusque juin 2016 a permis la signature de 6 (six) conventions de subsides, entrées en exécution en juillet 2016. Des difficultés à appliquer pleinement les conventions signées avec les districts sanitaires restent d'actualité, principalement au niveau du rapportage. L'application des conventions de subsides reste un exercice délicat, mais constructif, tant le niveau d'exigence de la CTB est éloigné du standard habituel des centres de santé. Pour les UDAM, structures gérées par des professionnels, les problèmes sont moins aigus.

2.1.4 Contexte HARMO

- Le projet s'inscrit pleinement dans le cadre du PNDS avec un certain nombre d'activités innovantes pour lesquelles une capitalisation systématique a commencé, à savoir la chirurgie décentralisée, la tarification forfaitaire subsidiée, l'informatisation de structures sanitaires périphériques via l'informatisation du dossier patient et la plateforme des données sanitaires (DHIS2) et enfin l'approche des mutuelles départementales et professionnelles (UDAM).
- L'unification des barèmes d'indemnisation proposée en juin 2015 (remis à jour en juillet 2016) par le G50 est une initiative louable mais son acceptabilité par les prestataires et son application restent un défi.
- Le développement, **approuvé par Madame le ministre de la santé et de l'action sociale**, de deux approches pour l'assurance maladie, celle de l'UDAM et celle des mutuelles communautaires, doit être compris comme **une** approche de recherche-action dont les résultats doivent permettre à l'Etat sénégalais de définir les meilleures options pour arriver à la couverture maladie universelle. **Début 2017, à l'initiative du Directeur de Cabinet, sera**

organisé un « atelier de jonction » pour rapprocher les 2 initiatives et en tirer un modèle standard pour le pays.

- Les procédures sénégalaises des marchés publics, impliquant un grand nombre d'étapes, restent un facteur contraignant qui limite fortement la vitesse de mise en œuvre du projet. Les investissements représentant près de la moitié du volume financier du volet offre, le développement du modèle de district que tente d'appuyer le PAODES se traduit par des retards majeurs avec des travaux dont ne pourront bénéficier les acteurs du terrain qu'en fin de projet.

2.1.5 Suivi des Indicateurs

- Les indicateurs du PNDS doivent permettre un suivi quantitatif de l'atteinte des résultats du projet. Un problème fondamental est le fonctionnement déficient de la collecte, aux différents niveaux du système sanitaire, des informations nécessaires au calcul de ces indicateurs. Le projet, ayant pour vocation de renforcer le fonctionnement du ministère, a pris l'option de ne pas mettre en place un système de collecte parallèle mais plutôt d'appuyer le ministère à la mise en marche du DHIS2 dans les 28 districts d'intervention et à la réalisation des missions conjointes de supervision. Le travail à ce niveau progresse et la complétude des informations transmises devient bonne mais la validité des données transmises doit encore être améliorée. En attendant que le DHIS2 soit pleinement fonctionnel et produise des données fiables, le projet s'est résolu à documenter uniquement les progrès des indicateurs des actions sous son contrôle dans les districts prioritaires.
- Il convient de rappeler que le PAODES n'intervient que de manière très limitée dans les régions de Thiès, Diourbel, Kaolack et un accès prioritaire aux informations sur l'offre de soins et la gouvernance dans ces régions est peu acceptée. Par ailleurs, l'évolution des indicateurs du PNDS dans les 5 régions d'intervention du projet ne peut pas être directement liée à l'action du projet.

2.2 Performance de l'Outcome



2.2.1 Progrès des indicateurs

Outcome : 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						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> 2011	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Valeur année 2015	Valeur année 2016	Cible finale
Taux de consultation primaire curative dans les districts appliquant la TF	37% 19%***	46%	54%	69% (Koungheul et Sokone)	61% (Koungheul et Sokone)	ND
Taux de personnes couvertes par les UDAM*	-	-	Koungheul : 2,17% Foundiougne : 2,38%	Koungheul : 6,9% Foundiougne : 7%	Koungheul : 21,43 Foundiougne : 24%	25%
Utilisation des services de santé par les assurés en cours de droit		NA	Koungheul : 1.04 Foundiougne : 1.16	Koungheul : 1,59 Foundiougne : 0,53	Koungheul : 0,97 Foundiougne : 0,51	1 utilisation / bénéficiaire en cours de droit/an

* Utilisation des services de santé par les bénéficiaires en cours de droits= nombre cas ou forfaits remboursés/ nombre de bénéficiaires en cours de droit

*** Taux dans les districts pilotes

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

- En 2016 la baisse du taux de fréquentation de la consultation primaire curative est due à la réhabilitation des 2 centres de santé qui a débuté en novembre 2015 et doit être complété en mars 2016.
- Les hausses et baisses de la fréquentation des structures sanitaires pour les consultations primaires curatives et l'utilisation des services sanitaires par les mutualistes dépendent de plusieurs facteurs que le PAODES seul ne peut influencer. Le PAODES n'intervient de façon rapprochée que dans 4 districts. Pour les 24 autres districts, l'appui du PAODES est marginal, se réduisant à l'apport d'équipements et à l'appui à des supervisions et formations programmées par le niveau central du MSAS. Les données liées aux districts pilotes pour la consultation primaire curative ont été reprises dans le tableau.
- Le taux de personnes couvertes par les UDAM a fortement augmenté, il atteint 21,43% et 24% respectivement dans les départements de Kounghoul et de Foundiougne (25 et 29% si l'on considère les 0-5 ans comme ne faisant pas partie de la cible car bénéficiaire de gratuité). Cette augmentation est liée aux stratégies de mobilisation communautaire mises en place et à l'enrôlement des bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale (BBSF) de la deuxième et troisième et génération.
- Concernant l'utilisation des services, elle est passée du simple au double en 2016 à Sokone. Toutefois, l'adhésion à l'UDAM et le fait de pouvoir bénéficier d'une prise en charge n'impliquent pas forcément l'augmentation de l'utilisation des services.

2.2.3 Impact potentiel

Au stade actuel de la mise en œuvre du projet, nous pouvons juste affirmer, comme le montre les indicateurs nationaux ci-dessous, que l'état de santé de la population du Sénégal s'améliore et que le projet apporte sa modeste contribution à cette amélioration sans pouvoir bien sûr à ce stade quantifier cet apport, comme le montre les indicateurs de l'Outcome du projet.

Indicateurs	Valeur 2008	Valeur 2010	Valeur 2011	Valeur 2014	Valeur 2015	Valeur 2016	Cible OMD 2015
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	410	370		320	315	315	170
Taux de mortalité infanto juvénile	95‰	66.8‰		60‰	54‰	53.3‰	50‰
Espérance de vie à la naissance	59		61	64	64	65	N/A

2.3 Performance de l'output 1



2.3.1 Progrès des indicateurs

Output 1 : La qualité des services est améliorée						
Indicateurs (Sources DPRS/DHIS2)	Valeur de la Baseline 2011	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Valeur année 2015	Valeur année 2016	Cible finale
Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié	79%	81%	81%	84%	86,7%	90%
Taux de satisfaction de la population sur l'utilisation des services	ND	ND	91,6%	92,7%	92,7%*	90%
Proportion de patients référés par les PS parmi les patients vus par le médecin dans les districts appliquant la tarification forfaitaire	ND	Koungheul : 10% Sokone : 58%	Koungheul : 18% Sokone : 59%	Koungheul : 24% Sokone : 53%	Koungheul : 64% Sokone : 53% Foundiougne : 93%	ND
Proportion de patients hospitalisés au CS parmi les patients référés par les postes de santé dans les districts appliquant la tarification forfaitaire	ND	Koungheul : 27% Sokone : 24%	Koungheul : 22% Sokone : 29%	Koungheul : 34% Sokone : 62%	Koungheul : 34% Sokone : 23% Foundiougne : 29%	ND

- Pas d'enquête de satisfaction organisée et 2016

En 2016 la proportion d'accouchement assisté a continué à progresser atteignant quasiment la valeur cible grâce à l'augmentation du nombre de sage-femme travaillant dans les postes de santé.

Pour les références, les indicateurs ont montré une dégradation de la situation due à la réhabilitation des centres de santé qui a été un handicap important à leur bon fonctionnement en 2016. Ces réhabilitations n'ont pas eu d'impact sur l'assistance aux accouchements, ceux-ci étant principalement suivis au niveau des postes de santé qui n'ont pas connu le même frein à leur fonctionnement.

2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁴	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements sanitaires (CS, PS) et leurs organes de gestion et coordination		X		
2 Définir et/ou actualiser le contenu des paquets de service par niveau de soin : PMA, PCA, protocoles et arbres décisionnels		X		
3 Accompagner les dynamiques de développement du financement basé sur les résultats pour les districts (FBR) en synergie avec les entités d'assurance maladie à grande échelle				X
4 Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires à travers des mécanismes adaptés		X		
5 Conduire des études en enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins et des services	X			

2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Les formations en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et le suivi post formation ont permis aux sages-femmes bénéficiaires d'améliorer la prise en charge des femmes parturientes. Le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié a augmenté de 2,7%.

La formation des prescripteurs à l'utilisation rationnelle des produits sanguins a permis une meilleure organisation et utilisation du sang dans les districts sanitaires bénéficiaires. Les prestataires de santé des centres de santé ont aussi bénéficiés des formations sur la technique et l'interprétation de l'électrocardiogramme et sur les protocoles de prise en charge des urgences médicales et chirurgicales. Le suivi post formation sera la priorité pour 2017.

La démarche qualité s'est concentrée aussi sur la réorganisation des CLIN/CHSCT suite au partage des résultats de la supervision, la mise en jour des textes réglementant le traitement des déchets biomédicaux et l'élaboration de la grille qualité en collaboration avec le Programme National Qualité. La grille qualité a été testée et validée par le groupe de travail restreint mis en place au niveau du MSAS. Sa validation par les autorités sanitaires compétentes va permettre son utilisation dans la zone d'intervention du PAODES et plus tard au reste du pays.

Des avancées significatives ont permis de finaliser les recueils et l'impression des protocoles thérapeutiques pour la prise en charge des affections bucco-dentaires et oculaires pour le niveau CS et des arbres décisionnels pour les PS en vue de l'amélioration de la qualité des prestations de soins. Dans cette même dynamique, l'élaboration du recueil des protocoles de prise en charge des maladies chroniques (Maladies cardiovasculaires, Diabète, Asthme et Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) est déjà finalisée. Les prestataires de quatre

⁴ A : Les activités sont en avance

B Les activités sont dans les délais

C Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.

D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

districts sanitaires sur les sept ciblés ont été formés sur ces protocoles de prise en charge des maladies chroniques. Pour la prise en charge des urgences et l'utilisation du matériel d'urgence, les prestataires des huit districts ont été formés. Par ailleurs tous les médecins des districts pilotes ont été formés sur la technique de réalisation et l'interprétation de l'électrocardiogramme. Le recueil des protocoles de prise en charge des pathologies mentales est en finalisation.

L'amélioration de l'utilisation des produits sanguins, la réorganisation des CLIN/CHSCT, la mise à disposition d'outils pour la décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques, des urgences, des affections buccodentaires, oculaires et la disponibilité de la grille qualité vont concourir à l'amélioration de la qualité des soins au niveau des structures de santé. La qualité des prestations de soins offerts au niveau des structures de santé sera au centre des priorités de 2017 dès la fin des réhabilitations des infrastructures.

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 2 : Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées						
Indicateurs	Valeur de la Baseline 2011	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Valeur année 2015	Valeur année 2016	Cible finale
Taux d'exécution technique des Plan de Travail Annuel par district pilote	ND	68%	80%	Koungheul : 21% Sokone : 75%	Koungheul : 34% (1^{er} sem.) Sokone 46,4%	90%
Pourcentage de réunions mensuelles de coordination tenues par district pilote	68%	92%	75%	90%	Koungheul : 92% Sokone : 50% Foundiougne : 33%	100%
Pourcentage de supervisions intégrées effectuées par l'Equipe cadre dans les districts pilotes	ND	ND	100%	100%*	Koungheul : 100% Sokone : 33%	100%

Le DS de Sokone n' pas fait les supervisions prévues durant le second semestre 2016 à cause de la grève du personnel durant cette période. Ces grèves ont également empêché les activités de formation/supervision locales financées par le PAODES.

2.4.2 État d'avancement des principales activités

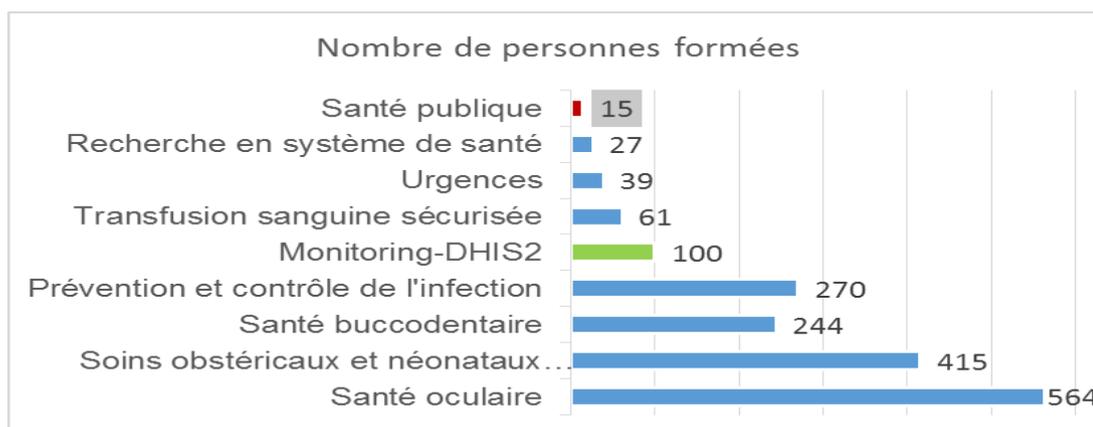
État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Développer la fonctionnalité des Equipes Cadres de District (ECD) y compris leur capacité managériale		X		
2 Elaborer un Plan de Développement des Ressources Humaines par district, en articulation avec la région et le niveau national				X
3 Mettre en œuvre le renforcement des RH pour les acteurs de la santé dans les districts		X		
4 Renforcer les centres régionaux de formation en santé (CRFS), en particulier dans la formation des sages-femmes et des infirmiers d'Etat en vue de leur affectation dans les 5 régions appuyées		X		
5 Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluation: SIS et autres sources d'information		X		
6 Développer les capacités des acteurs en matière de recherche et de documentation	X			
7 Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sanitaires dans les districts			X	
8 Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments dans les districts sanitaires		X		

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

La formation des cadres (médecins essentiellement) en santé publique se poursuit à l'Institut de Santé Et de Développement (ISED) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar sur financement du PAODES.

Le plan de renforcement de capacités élaboré par le PRC en partenariat avec le MSAS a permis la formation des médecins en échographie générale et des sages-femmes en échographie obstétricale. Les guides de formation en santé bucco-dentaire et soins oculaires primaires ont été imprimés au cours de cette année 2016. Les formations en soins oculaires sont réalisées pour 15 districts sanitaires au courant du premier semestre de l'année 2016.

Le nombre de personnes ayant bénéficié du renforcement de capacités grâce à l'appui du PAODES se présente comme suit en fin 2016.



En 2017 la priorité ne sera plus les formations mais plutôt les supervisions et l'accompagnement des personnes formées. Ces activités seront particulièrement importantes à la fin des réhabilitations.

Après l'introduction de la tarification forfaitaire subventionnée sous condition dans les districts de Foundiougne et Passy, le suivi de la mise en œuvre s'est poursuivi durant l'année 2016 sur l'ensemble des 4 districts pilotes à travers des missions de terrains et des revues des performances des initiatives innovantes des districts sanitaires.

En 2016, le PAODES a recruté un gestionnaire pour accompagner les districts sanitaires dans l'élaboration de business plan. Le recrutement de gestionnaires professionnels pour les centres de santé pilotes par le MSAS va renforcer et fluidifier le financement des districts sanitaires.

La mise en œuvre des recommandations issues de la mission de terrain du 2^{ème} semestre de l'année 2015 a amoindri les ruptures en médicaments génériques et produits essentiels malgré les retards observés dans le remboursement des politiques de gratuité. Par ailleurs, le projet n'est pas parvenu à faire accepter et obtenir l'affectation de professionnel (pharmaciens) pour la gestion des dépôts de pharmacies des districts.

Concernant le système d'information sanitaire et des indicateurs du PNDS, l'appui du PAODES au MSAS pour améliorer la disponibilité et la qualité des données se poursuit. La complétude des rapports des activités curatives des centres de santé est passée de 68,7% à 71,7% entre 2015 et 2016. Pour les postes de santé, la complétude des rapports pour les activités curatives est passée de 32,6% en 2015 à 54% en 2016. Des efforts restent à faire pour plus de performance et surtout pour améliorer la qualité des données et pour l'intégration des données des EPS hospitaliers.

L'informatisation des données sanitaires à travers l'informatisation du dossier patient continue dans les districts pilotes. Quatre centres de santé et sept postes de santé ont commencé l'encodage des patients en utilisant Open clinic. Les données de ces structures sont désormais cryptées et sauvegardées dans des serveurs logés à la Cellule Informatique du MSAS et de l'ADIE (Agence de l'Informatique de l'Etat). Cependant, l'activité est loin d'être terminée, de nombreux services de Sokone et de Kougheul n'ont pas encore utilisé le système parce qu'ils sont dispersés, distants et ne sont donc pas en réseau à cause des réhabilitations en cours. Pour les postes de santé, le défi est d'avoir de l'électricité et une connexion internet stables. En 2017, la priorité sera accordée à la mise en œuvre des plans d'appropriation que les districts sanitaires ont élaborés ainsi que la mise place des passerelles entre Open clinic et MAS-Gestion et open clinic et le DHIS2 pour le partage de documents (exemples : factures destinées à l'UDAM) d'informations pour le suivi des indicateurs en ligne.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 3 : Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région						
Indicateurs	Valeur de la Baseline 2011	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur 2015	Valeur 2016	Cible finale
Couverture en structures SONUC	1.4	1.3	1.4	1,5	1,5	
Proportion de PS fonctionnels	99%	99%	99%	100%	100%	100%
Taux d'exécution du plan de maintenance des districts	Les plans de maintenance n'existent pas					
Taux d'exécution du Plan de gestion des déchets	Les plans de gestion de déchets n'existent pas encore					

2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire à moyen et long terme, par district et région, incluant l'augmentation du nombre d'établissements sanitaires, en particulier les centres de santé (en coordination avec le PAGOSAN)		X		
2 Etablir un plan d'investissement en infrastructures et équipement à court terme			X	
3 Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant le plan d'investissement		X		
4 Etablir un plan d'équipement par district et région	X			
5 Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de plans de maintenance et de gestion des déchets médicaux par district				X
6 Assurer la fonctionnalité d'un système de référence et contre référence stable, y compris l'évacuation des urgences médico-chirurgicales			X	

2.5.3 Analyse des progrès réalisés

En 2016, le PAODES et le PAGOSAN ont appuyé le MSAS dans l'organisation des ateliers régionaux d'échange sur la nouvelle carte sanitaire en cours d'élaboration. Les besoins des populations en établissements sanitaires et sociaux pour le moyen terme ont été recensés. La nouvelle carte sanitaire devrait sortir en 2017.

Les changements attendus en matière d'offre de SONUC ne sont pas encore atteints et ne le seront pas aussi longtemps que les RH compétentes et stables ne sont pas disponibles. En effet, si aucun progrès n'a été noté en 2016 en couverture SONUC, c'est parce que la moitié des structures SONUC n'ont pas fonctionné par manque de RH.

Les grands travaux de réhabilitation des infrastructures sanitaires dans les départements de Foundiougne et Sokone, qui ont démarré depuis la fin de l'année 2015 se poursuivent. Leurs livraisons qui ont été planifiées vers la fin 2016, vont connaître des décalages, du fait que des modifications ont été opérées durant la phase des travaux, pour la prise en compte de certaines adaptations nécessaires, surtout sur les réseaux électriques et de plomberie sanitaire existants ainsi que l'aménagement des blocs opératoires, pour une parfaite finition des travaux. Tous ces problèmes identifiés en cours d'exécution, ont été résolus, ceci a nécessité la conclusion d'avenant avec l'AGETIP, pour la finition des travaux planifiée en Q2 de l'année 2017.

Les travaux de remise en état des installations électriques du centre de santé de Foundiougne ainsi que la réparation des toits du centre de santé de Gossas ont été réceptionnés. Les autres travaux, dont les procédures de sélections d'entrepreneurs sont en cours de finalisation (propositions d'attributions provisoires ont été faits par la commission des marchés depuis la fin de l'année 2016).

Il s'agit des travaux suivants :

- Remise en état des installations électriques du centre de santé de Thiadiaye.
- Réhabilitation et extension de la maternité du centre de santé de Mbacké.
- Reconstruction du pavillon de chirurgie de l'hôpital de Kaffrine.
- Construction des sièges des unités départementales d'assurances maladie de Foundiougne et Kounghoul.

Le début des travaux d'exécution est planifié dans le premier trimestre de l'année 2017, pour une durée prévisionnelle de 6 mois.

D'importants marchés sont lancés en 2016, pour l'équipement des infrastructures sanitaires en cours de réhabilitation. La procédure d'acquisition est dans sa phase finale avec les propositions d'attributions provisoires prononcées depuis la fin de l'année 2016. Les livraisons de ces équipements sont planifiées vers la fin du premier trimestre 2017.

La réalisation des infrastructures et des appuis en équipement déjà enclenchés pourraient permettre d'atteindre l'output d'ici fin 2017. Toutefois, pour une durabilité des investissements, il faudrait développer et mettre en œuvre les plans de maintenance des infrastructures, des équipements, et de gestion des déchets biomédicaux en collaboration avec la DIEM et le PRONALIN.

Des efforts ont été consentis dans ce sens, grâce à l'appui de l'expert infrastructures (financement via le fonds d'études et d'expertises – PAREE), qui a permis l'élaboration d'un document de stratégies de maintenance des infrastructures sanitaires, qui est soumis à l'approbation des autorités du ministère de la santé. C'est seulement après cette approbation que des plans de maintenance de districts pourront être élaborés. Il est probable que cette activité ne débute qu'après la fin du projet.

En ce qui concerne la gestion des déchets, une évaluation de la situation a été faite en 2015 et il apparaît qu'aucun des incinérateurs fournis par le passé aux centres de santé n'est fonctionnel. La plupart sont électriques et leur fonctionnement est beaucoup trop onéreux. Le plus souvent aussi les systèmes électriques des structures sanitaires sont déficients et doivent être entièrement revus. Cela a été fait ou est en cours à Thiadiaye, Foundiougne, Kounghoul et Sokone.

Un projet de numérisation des plans et documentations techniques des centres de santé dans la zone d'intervention du PAODES, est lancé par le PAREE, pour appuyer la DIEM, à mieux gérer les interventions au niveau des infrastructures sanitaires.

En 2016 peu d'activités spécifiquement liées à la référence/contre référence ont été menées en attente de la fin des réhabilitations des centres de santé.

2.6 Performance de l'output 4

2.6.1 Progrès des indicateurs

Output 4 : Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplication au niveau national						
Indicateurs	Valeur Baseline 2011	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur 2015	Valeur 2016	Cible finale
Taux de césariennes dans les districts pilotes	1.0%	1.5%	1,5%*	1%	0,9% Koungheul	3%
Nombre d'interventions de chirurgie de district dans les zones pilotes ¹	156	0	113	124	8	
Taux de consultation primaire curative des districts sanitaires appliquant la tarification forfaitaire	19%	45%	67%	69,4%	55%	70%
Proportion de districts sanitaires utilisant un système d'information on line (DHIS2)	0%	0%	0%	100%	100%	100%
Nombre de campagnes de sensibilisation sur les maladies chroniques et les violences faites aux femmes menées dans la région	0	0	0	0	0	

¹il s'agit uniquement des césariennes – pas de chirurgie générale

Les districts pilotes ne pratiquent plus de césariennes depuis le démarrage des travaux de réhabilitation des salles d'opération.

2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé			X	
2 Garantir dans les districts prioritaires offrant de la chirurgie ou les SONUC un paquet de services complet et continu propre du CS (plateau technique minimal, RH, etc.)		X		
3 Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie dans des districts identifiés, en arrivant à les modéliser en vue de leur réplication	X			
4 Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation de certaines maladies chroniques et autres conditions médicales dans les districts		X		
5 Introduire dans une région un système d'information sanitaire on-line à partir des districts		X		

2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Le système de tarification forfaitaire subsidiée est toujours en cours dans les districts sanitaires pilotes de Sokone, Passy, Foundiougne et Kougheul. Il constitue l'une des actions innovantes du projet pour améliorer la qualité des prestations de soins. Cette action structurante, mise en œuvre suivant le principe d'une recherche-action, montre des résultats intéressants qui doivent faire l'objet de consolidation et de pérennisation. Les missions de suivi du processus ont permis de faire l'état de mise en œuvre de la référence horizontale dans le cadre de la mutualisation des prestations de soins dans le département de Foundiougne, d'accompagner l'application de la TFS dans les postes de santé catholiques, d'échanger avec les districts sanitaires sur la mise en œuvre de la stratégie « jegesi naa » (positionnement de médicaments de la PNA au niveau du centre de santé) et « eksi naa » (positionnement de médicaments de la PNA au niveau du poste de santé) pour amoindrir les ruptures de médicaments génériques.

La décentralisation de l'offre de chirurgie dans les districts sanitaires reste toujours pertinente. En plus du fait qu'il complète le paquet des prestations de soins acheté par le système assurantiel, la chirurgie au niveau du district permet à la population en milieu rural d'avoir accès à des soins de chirurgie à moindre coût. La mise en place de la chirurgie de districts rencontre toujours des difficultés institutionnelles et organisationnelles. La dynamique enclenchée par la validation du plan stratégique chirurgie, la nomination d'un point focal chirurgie à la DGS et l'élaboration d'un plan opérationnel de développement de la chirurgie 2015-2016 n'a pas permis d'avancer dans le processus de son opérationnalisation. Toutefois, avec l'engagement du chirurgien chef de l'hôpital régional de Kaolack, des activités de soins chirurgicaux ont commencé à Nioro du Rip au cours du second semestre de 2016. Les centres de santé de Sokone et Kougheul ne sont pas encore opérationnels pour dérouler des activités de chirurgie du fait des travaux de réhabilitation.

La décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques est effective, principalement pour le diabète, l'hypertension, l'asthme, les broncho pneumopathies chroniques obstructives (BPCO). La formation des prestataires de santé est à sa phase finale. Les grèves ont retardé la formation des prestataires de santé du département de Foundiougne. Ceux qui sont déjà formés ont bénéficié d'un suivi post formation. Les protocoles thérapeutiques de prise en

charge des maladies chroniques pour les niveaux CS et PS sont validés en 2016 et le processus d'impression est en cours.

Les équipements essentiels à la prise en charge des maladies chroniques sont déjà livrés aux structures de santé.

L'utilisation du DHIS2 comme base de données en ligne pour l'information sanitaire est devenue effective dans tous les districts sanitaires de la zone PAODES. Mieux, l'informatisation du dossier patient est désormais une réalité dans les centres de santé de Sokone, Foundiougne, Passy, Koungheul et dans sept postes de santé.

Les campagnes de sensibilisation sur les maladies chroniques et les violences faites aux femmes débutent début 2017 car c'est seulement durant le 2^{ième} semestre 2016 qu'ont été finalisés les protocoles de prise en charge. Plusieurs campagnes de sensibilisations sont prévues début 2017 au niveau régional et au niveau de districts.

2.7 Performance de l'output 5

2.7.1 Progrès des indicateurs

Output 5 : La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel est renforcée						
Indicateurs	Valeur Baseline 2011	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur 2015	Valeur 2016	Cible finale
Proportion de supervisions du niveau régional (RM et spécialistes EPS 2) vers les centres de santé et EPS 1	ND	ND	98%	85%	80%	
Proportion de supervisions de l'ECD vers les postes de santé	ND	ND	75%	80%	52,5	
Proportion des comités de santé qui tiennent leurs réunions statutaires (mensuelle de bureau + cogestion + AG) par district	0%	0%	ND	100%	100%	
Proportion des comités de gestion qui tiennent leurs réunions statutaires par district	0%	0%	0%	0%	0%	

Commentaire :

1. Le nombre de supervisions et de réunions de coordination a diminué par rapport à 2015 à cause de la grève du personnel médical et paramédical dans trois districts pilotes de la Région médicale de Fatick sur les quatre couverts par le PAODES
2. Concernant les comités de gestion, ils n'existent que de noms, il n'y a quasiment pas de comité de gestion qui fonctionne dans la zone de concentration du PAODES.

2.7.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Renforcer la direction de la santé dans son rôle directeur et de coordination en appui aux régions et districts sanitaires. Renforcer sa fonction de supervision	X			
2 Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à tous les niveaux			X	
3 Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'hôpital régional vers les districts				X
4 Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface réel entre la population et le système de santé		X		
5 Renforcer la capacité des instances représentatives des collectivités locales dans le domaine de la santé et la dynamisation des comités de gestion			X	
6 Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions			X	

2.7.3 Analyse des progrès réalisés

De nombreux appuis ont été fournis à la DGS en 2016, principalement au niveau de la coordination du RSS, de la DLM (voir résultats 1,2 et 4), de la cellule qualité. Un appui au niveau logistique a également été apporté. Ces appuis ont permis d'améliorer la capacité du personnel de la DGS et surtout de développer la prise en charge décentralisée de nombreuses affections et de développer une approche nouvelle de la mesure de la qualité des soins au travers du développement de la grille qualité.

Les revues de performances des initiatives innovantes dans les districts pilotes sont organisées par le PAODES tous les six mois au niveau des districts sanitaires de Sokone, Kounghoul, Passy et Foundiougne. Elles ont été poursuivies cette année et ont permis le partage des réalisations avec les autorités administratives, politiques, les collectivités locales, les régions médicales, les unions régionales de mutuelles et les comités de santé. La surcharge des agendas des districts n'a permis l'organisation que d'une seule revue par district.

En 2016, la capitalisation a permis aux différents acteurs et partenaires de tous les niveaux de la pyramide sanitaires de se retrouver, de réfléchir et de documenter leur vécu commun dans le cadre du PAODES. Au moins six équipes de capitalisation sont opérationnelles avec l'encadrement de l'Unité de santé internationale du Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (USI CRCHUM). Les résultats de la capitalisation sont attendus en 2017.

Le renforcement des capacités des comités de santé reste une priorité pour 2017.

2.8 Performance de l'output 6

Résultat abandonné

2.9 Performance de l'output 7

2.9.1 Progrès des indicateurs

Output 7 : Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline 2013</i>	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Valeur année 2015	Valeur année 2016	Cible finale
Nombre d'unités départementales d'assurance maladie mises en place et fonctionnelles	0	0	2	2	2	2
Nombre d'antennes de collectivité locale mises en place et fonctionnelles	0	0	26	26	26	26

2.9.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et au plan de développement de deux zones pilotes de 1 à 3 districts à placer sous Assurance Santé Universelle selon des critères préétablis.	////////	////////	////////	////////
2 Doter les Unités Départementales d'Assurance Maladie et les antennes de collectivités locales des moyens humains, matériels et méthodologiques nécessaires à leurs activités	X			
3 Développer progressivement les statuts régissant les relations et fonctions des Unités Départementales d'Assurance Maladie et des antennes de collectivité locale (antennes communales)	X			
4 Développer et standardiser les outils, procédures et indicateurs nécessaires à l'activité des Unités Départementales d'Assurance Maladie et des antennes de collectivités locales	X			
5 Accompagner le travail de support continu UDAM aux antennes de collectivités locales		X		
6 Développer et mettre en œuvre un programme intégré de développement des compétences des membres des UDAM et des antennes de collectivités locales		X		
7 Clarifier les arrangements institutionnels entre UDAM et prestataires de soins, y inclus les formats de suivi et de contractualisation		X		
8 Développer et mettre en œuvre une politique de communication aux prestataires, population et autres acteurs adaptée à la structuration de l'Assurance Santé Universelle		X		
9 Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de projet***	Voir résultat 10			

***Un grand nombre d'études va être imputé sur le résultat 10

2.9.3 Analyse des progrès réalisés

- **Un des facteurs clé pour les résultats très encourageant est l'implication systématique des collectivités locales, des maires en particulier.** Les autorités administratives et politiques des communes et départements, s'impliquent de plus en plus et se sont engagées de faire adhérer un maximum de leurs administrés avant la fin du projet pour qu'ils n'aient pas souffrir de l'arrêt des subsides à l'offre. La relative inertie des antennes de collectivités locales (ACL) des UDAM, totalement communautaires, témoigne

une fois de plus qu'il est difficile de développer une action d'envergure en se basant sur le bénévolat.

- Le statut de mutuelle de santé des UDAM a été obtenu le 29 octobre 2015. Le manuel des procédures des UDAM a été finalisé en 2016 et les activités de chacune des UDAM suivent à présent des règles clairement établies : réunions du CA, l'AG, etc.
- Après recrutement d'un médecin conseil pour les deux UDAM, le développement de son métier, qui n'existe pas à ce jour au Sénégal (excepté pour des assurances privées), se fait dans le sens d'une recherche action avec hypothèses de travail, choix d'indicateurs, planification d'actions à documenter (fréquence, combien de temps, avec quels outils). Ce travail a débuté durant le 2^{ème} semestre de 2016 et doit permettre, à terme, de garantir la qualité des services fournis par les structures sanitaires aux bénéficiaires.
- Un informaticien programmeur avec maîtrise du logiciel MAS-Gestion a été recruté pour améliorer le logiciel pour produire des tableaux de bord des UDAM de manière électronique. Il est appelé à travailler pour d'autres produits comme Open Clinic. Le contrat cadre « digitalisation » de la CTB a été mobilisé pour y contribuer.
- Les arrangements contractuels entre les UDAM et les formations sanitaires, renouvelés en 2016, ont bien fonctionné et ont permis, à la fin du 1^{er} semestre 2016⁵, de rembourser un montant de 16.044.250 FCFA aux formations sanitaires conventionnées du département de Foundiougne et de 13.220.200 FCFA à celles du département de Kounghoul. La présence du médecin conseil va constituer une opportunité de révision des conventions qui incluront plus de détails sur la qualité attendue des prestations ainsi que sur les mesures pour garantir le respect des accords contractuels. L'année 2016 a connu la signature de conventions avec les postes de santé catholiques des deux départements qui ont fini par appliquer la tarification forfaitaire.
- Plusieurs formations ont permis un renforcement des compétences du personnel des UDAM, mais c'est le coaching qui en a constitué l'outil principal. L'ACMU a été régulièrement associée à ce travail (Informatique, missions de contrôle, la recherche action et la capitalisation, l'utilisation du manuel de procédures, le métier de médecin conseil (TDR atelier d'élaboration des référentiels de métier et de compétences). La participation de l'ACMU à un atelier à Bruxelles sur l'informatique en santé y a contribué.
- La communication a joué, avec les collectivités locales, un rôle essentiel dans la progression du nombre de bénéficiaires de la CMU. Des outils de communication ont été régulièrement utilisés et parfois créés pour faire connaître encore et encore les UDAM (Plusieurs reportages à la radio et à la télévision et l'acceptation d'un poster au symposium de Vancouver). Une communication spécifique sur les principes clés des UDAM a été développée : professionnalisation, grande taille, ainsi que l'adhésion villageoise comme moteur de la participation communautaire. La visibilité des UDAM sur le net doit encore être développée sans doute à travers une page sur le site de l'Agence de la CMU.
- Pour intégrer les indigents sans les stigmatiser, le PAODES a développé les adhésions villageoises ou de groupements ou communales. Cette approche permet de faire jouer la solidarité du village ou du groupement (unité à laquelle la personne s'identifie et estime appartenir) pour la prise en charge des plus démunis. Ces derniers sont maintenant inscrits à la mutuelle à la discrétion de tous. La situation financière des démunis est gérée au sein du village et n'en sort pas. Des accords peuvent être pris à l'intérieur du village pour trouver des compensations en nature éventuellement. La disparition de l'étiquette 'indigent' permet au village de décider qui doit être aidé quelle année. Ainsi l'aide collective peut tourner. L'adhésion villageoise permet de faire évoluer la perception de la maladie comme un risque individuel pour lequel on n'y peut rien vers la perception du risque financier lié à la prise en charge de la maladie qui est un risque social reconnu pour lequel il faut une réponse collective, sociale et solidaire.

⁵ Au moment de la rédaction du rapport annuel 2016, les UDAM n'ont pas encore reçu toutes les factures des formations sanitaires.

2.10 Performance de l'output 8 : Un système pluriel de cofinancement des assurances santé universelles est mis en œuvre

2.10.1 Progrès des indicateurs

Output 8 : Un système pluriel de cofinancement des assurances santé universelles (ASU) est mis en œuvre										
Indicateurs	Valeur Baseline 2011	Valeur 2012	Valeur 2013	Valeur 2014		Valeur année 2015		Valeur année 2016		Cible finale
				Kgh	Fdj	Kgh	Fdj	Foundiougne	Koungheul	
Taux de personnes couvertes par les antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle à jour de cotisation	NA	NA	3%	2,17%	2,38% (Sokone seulement)	5,47% sans BBSF 6,9% avec BBSF	4,29% sans BBSF 7% avec BBSF	21,43	24%	25%
Proportion de cas pris en charge par les antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle**				1,04 nc/becd /an	1,16 nc/becd/ an	1,59 nc/becd/an	0,53 nc/becd/an	0,97 nc/becd/an	0,51 nc/becd/an	1 nc / becd / an
Pourcentage de femmes indigentes prises en charge par le fonds d'équité								52%	52%	ND
Nombre de partenaires (autres que la CTB) participant au financement des antennes régionales de l'organisme d'assurance maladies universelle						2		2		ND
Les bénéficiaires des BSF et les indigents bénéficient d'une prise en charge médicale et d'une assurance								7846	4359	ND
Taux de sinistralité des antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle								Foundiougne : 68,33%	Koungheul : %	66%

Remarque : ** le numérateur est égal au nombre de consultants et le dénominateur correspond au nombre de bénéficiaires en cours de droit.

Le cofinancement des cotisations par le projet PAODES a donné lieu en 2016 aux missions de validation des subsides qui sont toujours des moments d'apprentissage pour les équipes UDAM. Ces cofinancements se sont portés pour les 3 premiers trimestres de 2016 à 73.160.415 FCFA pour l'UDAM de Foundiougne et à 52.680.563 FCFA pour l'UDAM de Koungheul.

Vu la grande base d'assurés, à l'arrêt du projet, l'UDAM pourrait devenir autonome financièrement pour autant que l'Etat cofinance les 50% de la cotisation soit 3.500 FCFA par personne et par an, ce qui est fait pour les autres mutuelles du pays. Les calculs sur la cotisation montre que celle-ci est suffisante pour couvrir toutes les charges des UDAM. Le travail sur l'élargissement de l'offre de service de santé, la prise en charge des évacuations et de prestations du niveau des hôpitaux régionaux non couvertes par les centres de santé progresse.

Etant donné la volonté de l'Etat sénégalais d'évoluer vers un fichier unique d'identification des indigents, il a été décidé en 2016 de maintenir ces indigents dans les listes des BBSF et de les retirer de la liste des bénéficiaires du fonds d'équité. De plus, les mutuelles ont été invitées à enrôler les bénéficiaires des bourses de sécurité familiale (BBSF) des 2^e et 3^e générations soit 35.020 bénéficiaires pour l'UDAM de Foundiougne et 14.086 bénéficiaires pour l'UDAM de Koungheul. Dans un exercice similaire, 481 personnes à Foundiougne et 61 personnes à Koungheul ont été enrôlées en tant que détenteur d'une carte d'égalité des chances (personnes vivant avec un handicap). Ces initiatives sont vraiment pertinentes car elles respectent les mécanismes d'une assurance santé universelle unique.

A la fin du premier trimestre 2016, les UDAM ont perçu les cotisations 2015 des BBSF de première génération ainsi qu'en fin d'année pour 2016. Le tableau de la couverture maladie en fin 2016 est repris à la page suivante.

La coexistence d'un système d'adhésion contributif et de l'autre côté d'initiatives de gratuités perdure. Néanmoins, ces gratuités sont toutes gérées au niveau de l'agence de la CMU qui se prononce en faveur de leur intégration dans l'assurance santé universelle. Un regret concernant l'assurance santé pour les élèves, est l'absence de solutions pour les enrôler avec leurs familles et celle de ne pas leur offrir le paquet standard de bénéfice auquel ont droit les autres bénéficiaires.

En harmonisant les mécanismes de gestion de tous ces financements et en les faisant passer par les mutuelles, cela permettrait de faire des économies substantielles par l'existence d'un mécanisme unique de contrôle, d'assurer qu'une même prestation ne soit pas remboursée deux fois par deux fonds différents, de rationaliser le travail administratif des prestataires : un seul rapport d'activités une seule facture mensuelle à adresser à la mutuelle. Il faut évoluer vers l'uniformisation et l'unification des outils de gestion et des factures de prestations.

Il faut signaler qu'en matière de financement de la santé, des expériences nationales ou internationales de subventions de la demande n'ont pas été capitalisées. Le Sénégal joue lui-même un rôle de modèle pour l'Afrique de l'Ouest en cofinçant 50% de la cotisation de l'assurance volontaire et 100% de la cotisation des BBSF. Cela doit permettre le fonctionnement de mutuelles pour autant qu'elles soient de grande taille et que la gestion des risques ne soit pas éclatée à différents niveaux.

Rappelons que la capitalisation de la mise en œuvre et des résultats des UDAMs démarrée en 2015 continue, les résultats seront disponibles avant fin 2017.

Couvertures du risque maladie dans les départements de Foundiougne et Kounghoul au 31 décembre 2016				
	Foundiougne		Kounghoul	
	Effectifs	Taux de pénétration	Effectif	Taux de pénétration
Population cible	276 222		163 542	
Enfants de moins de 5 ans	38 671	14%	22 896	14%
Personnes du 3ème Age (+ de 60 ans)	16 573	6%	9 813	6%
Total Enfants de 5 ans + 3ème Age (+ de 60 ans)	55 244	20%	32 708	20%
Population cible pour le reste	220 978		130 834	
Nombre d'adhérents au 31 décembre 2016	4 367		2 795	
Nombre de bénéficiaires au 31/12/2016	30 752		20 962	
<i>dont nb de bénéficiaires Fonds d'équité</i>	276		654	
<i>dont nb de BBSF première génération</i>	7 570		3 705	
Taux de pénétration des contributifs		14%		16%
Bénéficiaires de la Carte d'Égalité des Chances (BCEC)	481		61	
BBSF 2ème génération	12 873		4 289	
BBSF 3ème génération	22 147		9 797	
Elèves	ND		ND	
Bénéficiaires fin décembre 2016	66 253	24%	33 058	21,43%
Couverture population du département par un mécanisme de protection sociale en santé fin décembre 2016 (Adhérents / Enfants -5 ans / +60 ans)		50%		45%

2.11 Performance de l'output 9

2.11.1 Progrès des indicateurs

Output 9 : Le cadre juridique relatif aux UDAM est créé et mis en œuvre						
Indicateurs	Valeur de la Baseline 2011	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Valeur année 2015	Valeur année 2016	Cible finale
Disponibilité des textes d'agrément des UDAM		0	0	1	1	1
Disponibilité des textes juridiques relatifs à l'assurance sante universelle ⁽¹⁾	0	0	0	1	1	1

⁽¹⁾L'Etat sénégalais utilise les textes de la CEDEAO

2.11.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les lois et politiques de financement actuelles	X			
2 Contribuer activement au débat avec le MSAS et les partenaires sur les lacunes et besoins de compléments de lois de financement	X			
3 Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégré	X			

2.11.3 Analyse des progrès réalisés

Deux étapes importantes ont été franchies pour les UDAMs en 2015. Il s'agit de l'obtention de leur agrément par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale et l'élaboration de leur manuel de procédures. Grâce à l'agrément, les UDAMs non seulement ils disposent d'un statut juridique qui leur permet de poser des actes dans la légalité (ouverture de comptes bancaires, employer du personnel, recevoir des financements de l'Etat), mais en plus ils peuvent participer à part entière à la mission de l'Agence de la CMU. Le manuel de procédures quant à lui constitue la norme de laquelle les UDAMs doivent se rapprocher pour témoigner de leur professionnalisme.

2.12 Performance de l'output 10

2.12.1 Progrès des indicateurs

Output 10 : Un modèle intégré de financement de la demande de soins articulé autour des bureaux départementaux d'assurance santé universelle à travers un processus de capitalisation des expériences						
Indicateurs	Valeur Baseline 2011	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur 2015	Valeur 2016	Cible finale
Disponibilité d'un guide opérationnel des antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle					1	1
Disponibilité d'un document de capitalisation de l'expérience UDAM	0	0	0	en cours	en cours	1

2.12.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Concevoir une méthodologie de suivi continu et de capitalisation sur l'assurance maladie universelle (ASU) & les mutuelles		X		
2 Conduire les études ad hoc selon les besoins pré identifiés et les besoins identifiés en cours de programme *	////////	////////	////////	////////
3 Conduire les activités de capitalisation tout au long du programme		X		
4 Concevoir progressivement une stratégie de financement à moyen et long terme de l'assurance santé universelle (lien avec output 9)		X	X	
5 Elaborer un guide opérationnel de création des Unités Départementales d'Assurance Santé Universelle (UDAM), pouvant être supporté par l'Etat, et incluant les modes opératoires, statuts, budgets et hypothèses de source de financement requises*	////////	////////	////////	////////
6 Etudes ad hoc selon les besoins identifiés		X	X	

*Le financement des activités 2 et 5 a été déplacé vers d'autres lignes traitant des mêmes sujets.

2.12.3 Analyse des progrès réalisés

Même si le DTF visait à mettre en place avec une approche recherche-action, on ne s'est pas suffisamment basé sur les hypothèses de travail afin de voir quels indicateurs pouvaient les éclairer pour pouvoir les confirmer ou les infirmer. Mais les UDAM suivent une série d'indicateurs de gestion des bénéficiaires, de gestion des prestations, administratives et financières. Nous pensons qu'en 2017 le travail de capitalisation pourra redonner forme aux hypothèses de départ et raconter leur histoire.

Le document de capitalisation sur lequel l'équipe a travaillé en 2016 concerne plus la description des conditions nécessaires pour la réussite de la mise en œuvre d'une nouvelle approche pour laquelle il faut une innovation bien décrite avec une vision claire, la stratégie de mise en œuvre explicitée et partagée, un contexte présentant des opportunités et pas trop de contraintes, une équipe d'appui avec un certain profil de compétences et une organisation utilisatrice intéressée par les changements attendus et progressivement convaincue par les résultats engrangés.

Le modèle UDAM a été présenté comme initiative innovante à l'occasion des journées sectorielle santé et la plateforme Because health qui ont eu lieu en Belgique en novembre 2016.

Le projet a avancé sur l'étude des prestations pouvant être prises en charge au niveau des hôpitaux régionaux et l'étude sur un système d'évacuation avec proposition d'un forfait pour cette prestation. Les termes de référence de l'évaluation du niveau des forfaits pour soutenir la viabilité des UDAM et des districts sanitaires ont été élaborés. La première mission de juin

2015 en vue d'élargir le paquet de bénéficiaires aux services de lunetterie n'a pas été suivie par d'autres actions.

L'étude des coûts des prestations souhaitées depuis le démarrage du projet demande une implication du Ministère de la Santé. Des discussions en son sein ont enfin eu lieu. Il est admis que la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) porte ce travail.

L'étude sur le paiement des cotisations par transfert se fera conjointement avec l'ACMU dans son programme d'informatisation de l'assurance maladie (SIGICMU).

En 2016 les premières réunions relatives à l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé ont été tenues. La volonté est bien d'avoir une stratégie qui couvre aussi bien l'offre que la demande de soins.

Le guide opérationnel de création des unités Départementales d'Assurance Maladie Universelle pourra sans doute être produit au terme de l'exercice de capitalisation.

2.13 Performance de l'output 11

Output 11 : L'Agence de la CMU est renforcée et est fonctionnelle						
Indicateurs	Valeur Baseline 2011	Valeur 2013	Valeur 2014	Valeur 2015	Valeur 2016	Cible finale
Le taux de couverture de l'assurance maladie atteint 75% en 2017			33% (estimation)	35% (estimation)	52% (estimation)	70%

Ce résultat et le budget qui y est lié ont été validés lors de la SMCL de février 2016. Depuis ce moment des appuis multiples ont été fournis principalement pour appuyer le démarrage de l'ACMU (déménagement dans les nouveaux locaux, générateur, nettoyage et gardiennage, etc.). Pour la communication, le projet a appuyé l'ACMU pour un montant supérieur à 115 Millions FCFA d'émission et de spot radio/TV en 2016. Les budgets liés aux activités de coordination n'ont par contre pas été utilisés.

2.14 Thèmes transversaux

2.14.1 Genre

Depuis début 2015 le programme santé finance (50%) un expert genre basé à la représentation de la CTB qui appuie le projet dans sa réflexion et dans sa planification pour veiller à ce que l'aspect genre y soit intégré transversalement et proposant également des actions positives.

Dans le cadre de la prise en compte de la dimension genre dans les interventions du projet, des progrès ont été constatés dans différents domaines, même si de nombreux efforts restent à consentir par rapport aux défis à relever. Les objectifs spécifiques visés dans un premier temps ont consisté à renforcer les capacités du personnel du projet sur le concept et l'approche et à proposer des initiatives spécifiques en vue de la prise en compte du genre dans les activités du projet.

Les séances d'information et de formation ont été organisées notamment avec le personnel du projet (niveau central et déconcentré) et celui des UDAM de Foundiougne et le directeur de l'UDAM de Koungheul. Les discussions ont mis en évidence les résistances institutionnelles et culturelles. Il est donc salutaire de constater que les participant(e)s ont préconisé une approche multi acteurs et multi niveaux. Une intervention sur les acteurs à différents niveaux nécessite cependant la définition de plans de formation adaptés qui doivent améliorer les capacités des personnes dans leurs domaines de compétence.

Une initiative spécifique genre axée sur l'accès et l'utilisation des soins (ARV) par les femmes et les hommes vivant avec le VIH SIDA est en cours. Cette initiative repose sur une approche multi acteurs et portée par la Cellule Genre du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale en partenariat avec la Division Lutte contre le Sida (DLSI), le PAODES et la Direction générale de la Santé avec l'appui technique de la Direction de l'Equité et de l'Egalité de Genre du Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance. Il est aussi envisagé durant l'année 2017 d'accompagner des initiatives portant sur la planification familiale (PF) en rapport avec le plan d'action national conduit par la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DRS/SE).

A côté d'une sensibilisation de tout le personnel employé par le projet ainsi que celui des UDAM, le projet travaille à une meilleure prise en charge de la santé de la reproduction avec pour objectif prioritaire une réduction de la mortalité maternelle qui reste un problème majeur. A cet effet un suivi des décès maternels est mis en place pour mieux cerner les raisons de ces décès et leur prévention. Le renforcement des capacités en transfusion sanguine (avec la collaboration du CNTS) et la formation d'équipes capables de réaliser des césariennes (avec la collaboration du PRC) sont en cours. Une analyse des problèmes liés aux évacuations sanitaires et leur prise en charge (partielle ou totale) éventuelle par les UDAM est en cours. Toujours dans ce cadre, de nombreux équipements hospitaliers (échographe, matériel de chirurgie, etc.) ont été fournis et continueront à l'être en 2017.

Toujours au niveau de l'approche genre, les UDAM travaillent à favoriser l'adhésion par village ce qui permettrait à l'ensemble des hommes et femmes d'une communauté d'être couvert par une assurance santé. C'est ainsi qu'actuellement 3 villages sont en passe d'arriver à une adhésion globale.

2.14.2 Environnement

La composante environnement est également prise en compte au niveau des travaux de réhabilitation des structures sanitaires. L'AGETIP doit fournir un rapport d'étude d'impact environnemental de ces travaux, avec un plan de gestion environnementale et sociale. Les aspects liés à l'économie d'énergie au niveau des bâtiments à construire ou réhabiliter sont étudiés, et intégrés dans la mesure du possible avec aussi l'appui de l'expert infrastructure financé via le fonds d'études et d'expertises (PAREE).

Enfin, une formation spécifique sur l'architecture adaptée au climat a été donnée en mars 2016.

Le travail sur la maintenance hospitalière et la gestion des déchets continuent mais trop lentement pour pouvoir en évaluer l'impact avant la fin du projet.

2.15 Gestion des risques

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème		
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status	
1	Les travaux de réhabilitation et construction ne pourront pas être finalisés dans les délais de mise en œuvre opérationnelle prévus	01-06-13	OPS	Medium	High	High Risk	Appui par l'expert infrastructure financé via le PAREE Recrutement d'un superviseur de chantier. Supervision régulière des chantiers. Organisation de réunions de chantier	SMCL PAODES	Q2 2017	Des réunions hebdomadaires de chantier sont organisées avec l'ingénieur CTB basé à Kaolack. Les travaux avancent normalement. Nécessité d'accélérer les processus de marché pour l'attribution des derniers chantiers	En cours
2	Le taux de pénétration des adhérents ne permet pas la viabilité à court terme des UDAM	01-10-14	OPS	Low	High	Medium Risk	Poursuivre la campagne de communication intensive. Signer les AF. Recruter du staff additionnel (ATN, ATJ) pour poursuivre le travail.	PAODES	Q4 2016	La campagne de communication intensive continue. L'adhésion par village progresse. Le taux de pénétration a dépassé les 25% grâce entre autre à l'intégration des BSF	Terminé
3	La multiplicité des initiatives de gratuité (0-5 ans) entraîne l'absence de viabilité des UDAM par désintéressement de la population au principe d'assurance solidaire.	01-01-15	OPS	Low	Low	Low Risk	Améliorer la visibilité des UDAM et développer un dialogue intensif avec La CMU en vue de faire accepter les UDAM comme partenaire unique de la CMU au niveau du département	PAODES	Q1 2017	Les bourses de sécurité familiale (BSF) ont doublé le nombre de bénéficiaires. Pour les gratuits 0-5 ans, la stratégie nationale de la CM est en révision et le lobbying doit continuer	Terminé

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème		
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status	
4	La faible appropriation des initiatives pilotes par le MSAS met en cause leur pérennisation	01-01-15	DEV	Medium	Medium	Medium Risk	Dialogue plus intense avec le ministère; Impliquer le S.G. dans la mobilisation des RH nécessaires au fonctionnement des districts. Développer la capitalisation pour améliorer l'appropriation par le ministère des activités pilotes du projet.	PAODES MSAS	Q3 2016	L'appropriation des UDAM, de la prise en charge décentralisée des maladies chroniques et de la chirurgie est en bonne voie. Celle de la TFS et de la digitalisation du dossier patient doivent encore s'améliorer. Le premier bulletin a été publié et la capitalisation se poursuit.	En cours
5	Le manque de prévisibilité des mouvements du personnel des centres de santé affecte les progrès de la qualité des soins.	01-03-15	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Améliorer le dialogue avec la DRH et augmenter le plaidoyer. Faire un suivi des recommandations du COMPAR	PAODES - MSAS	Q2 2017	La fin de la réhabilitation des CS approche et la relance des activités, entre autre, la chirurgie nécessitera du personnel pour lequel le lobby au niveau DRH doit continuer	En cours
6	L'absence d'activité de chirurgie décentralisée mine la crédibilité des UDAM	01-03-15	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Continuer l'appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la chirurgie décentralisée et appui à la prise en charge plus efficace des urgences dans les DS	PAODES	Q2 2017	Le principe de placer des stagiaires en chirurgie est acquis mais tarde à être opérationnalisé. Le chirurgien du CHR de Kaolack a été nommé point focal et débute ses activités décentralisée à Niore	En cours
7	Les ruptures en médicaments et produits essentiels à la PNA rendent la tarification forfaitaire ainsi que l'assurance maladie peu crédibles et donc mine la viabilité de nos appuis	01-01-16	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Faire des actions de lobby pour une amélioration de la performance de la PNA & PRA. Appuyer le recrutement de pharmaciens et renforcer les supervisions formatives dans les districts	PAODES /MSAS	Q4 2016	La mise en place du Jeegesi Naa est opérationnelle. La gestion informatisée des médicaments essentiels avec Open Clinic devrait contribuer à améliorer le suivi des approvisionnements	En cours

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème		
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status	
8	L'ambition surestimée par rapport à la durée de mise en œuvre de l'intervention entraîne l'arrêt prématuré de l'appui aux initiatives innovantes et mine la crédibilité de la coopération belge	01-01-16	REP	Medium	Medium	Medium Risk	Continuer la subvention aux districts et aux UDAM jusqu'à la reprise d'un appui par la phase suivante du projet. Faire une analyse de la viabilité du système TF sans les subsides	PAODES	Q2 2017	Le maintien des conventions de subside jusqu'août 2017 est assuré. Le cofinancement de la cotisation par L'ACMU en 2017 est programmé. Le problème des subsides de la TF reste. La réflexion avec la MSAS est en cours	En cours
9	La non-harmonisation des paiements malgré la directive du G50 (juin 2015) pourrait paralyser les activités de formation	01-04-16	OPS	Low	Medium	Low Risk	Participer activement aux discussions du G50 avec le MSAS	Représentation	Q4 2016	Le Ministre des Finances a autorisé en 072016 l'application du protocole harmonisé du G50. Les instructions ont été reçues fin décembre 2016	Terminé
10	La non-disponibilité des bâtiments du CS de Sokone suite aux lenteurs des travaux de réhabilitation peut réduire l'adhésion des populations au système TF-UDAM proposé	01-07-16	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Faire un suivi rapproché des travaux et mobiliser le MSAS pour réduire les risques de délais de réalisation des travaux	DIEM, PAODES	Q4 2016	La réhabilitation se termine dans les 3 mois et aucun impact n'a été relevé au niveau fréquentation.	Terminé
11	Le retard que l'Etat sénégalais pourrait prendre pour payer le cofinancement des cotisations des assurés dès 2017 perturberait le fonctionnement des UDAM surtout pour le remboursement des prestations.	01-07-16	REP	Medium	Medium	Medium Risk	Négocier les conditions de reprises du cofinancement des cotisations avec l'ACMU dès maintenant. Missions conjointes PAODES/l'ACMU pour la validation trimestrielle des cofinancements des cotisations en vue de la préparation à la reprise.	PAODES /MSAS	Q2 2017	Le travail de lobby doit continuer. L'ACMU a participé à la dernière mission de validation des subsides. Les retards de paiement pour les BBSF rendent l'avenir des UDAM incertain.	En cours

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème		
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status	
12	L'arrêt de la TF à la fin du projet et le retour à la tarification à l'acte contraindraient les UDAM à revoir les conventions qu'elles ont passées avec les districts sanitaires, rendant beaucoup plus difficile la gestion et le contrôle des prestations.	01-07-16	REP	Medium	Medium	Medium Risk	Entreprendre des discussions avec les acteurs locaux pour une appropriation de la TF.	PAODES /MSAS	Q4 2016	Pour l'instant les discussions continuent. Elles sont remontées à la SMCL mais sans solution claire.	En cours
13	L'arrêt brutal du subside à l'offre pourrait conduire des patients à réduire leur fréquentation à l'hôpital voir à des dépenses catastrophiques s'ils ne prennent pas la précaution d'ici la fin du projet de s'assurer au sein des UDAM	01-07-16	REP	Medium	Medium	Medium Risk	Campagne intensive d'informations et de sensibilisations sur l'arrêt du subside à l'offre avec l'alternative de l'assurance maladie	PAODES /MSAS	Q3 2017	En cours mais à intensifier	En cours
14	Une sous-estimation du coût des activités programmées entraînerait un arrêt brutal des activités avant la fin du projet par manque de moyen financier	01-07-16	FIN	Low	Medium	Low Risk	Monitoring mensuel des engagements et des dépenses du projet. Annulation de marché avant signature si nécessaire	PAODES	Q3 2017	Monitoring étroit réalisé.	Terminé

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème		
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status	
15	La réhabilitation tardive des centres de santé ne permet pas, en fin de projet, de rendre visible les améliorations de la qualité de l'offre de soin attendues suite aux appuis apportés durant la mise en œuvre du projet	01-10-16	OPS	Medium	High	High Risk	Renforcer le suivi des chantiers pour limiter les retards et prévoir une action renforcée dès réception provisoire des constructions	PAODES / MCD	Q2 2017	Les retards dans la finition des réhabilitations rendent ce risque toujours important. Un plan d'action spécifique devra-t-être élaboré en Q1 2017 pour appuyer une relance des activités avant l'évaluation finale.	En cours
16	L'augmentation du coût des réhabilitations ne permet pas de compléter les chantiers valablement.	01-01-17	FIN	Medium	High	High Risk	Garder les demandes d'avenants dans la fourchette budgétaire prévue tout en conservant l'objectif de fonctionnalité de structures sanitaires	PAODES	Q2 2017		Nouveau
17	Un monitoring insuffisant des dépenses ne permet pas de compléter les activités comme prévu	01-01-17	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Faire un bilan mensuel des dépenses et du planning financier	PAODES	Q3 2017		Nouveau
18	La non-finalisation de la capitalisation ne permet pas l'appropriation des résultats du projet.	01-01-17	REP	Medium	Medium	Medium Risk	Se donner les moyens humains et matériels pour y arriver	PAODES	Q2 2017		Nouveau

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

- Augmentation du staff basé à Dakar en appui direct au MSAS
 - Engagement d'un ATN santé publique en appui direct à la DGS
- Augmentation du personnel basé à Kaolack en appui direct au terrain
 - Engagement d'un ATN santé publique « offre »
 - Engagement d'un informaticien
- Intégration des reliquats budgétaires des projets PAMAS I&II (912.900 €) avec création d'un résultat 11, « l'Agence de l'ACMU est renforcée et fonctionnelle ».

3.2 Recommandations

Recommandation au terme de l'année 2016	Acteurs	Date limite	Suivi
Réceptionner avant la fin du projet les chantiers en cours et mettre en services les nouveaux équipements	PAODES	Q3 2016	
Relancer les activités des centres de santé après leur réhabilitation	PAODES/ D.S.	Q2 2016	
Compléter les capitalisations	PAODES/ MSAS	Q2 2016	
Autonomiser les UDAM	PAODES/ LACMU	Q2 2016	
Recommandations au terme de l'année 2015			
Réengager une ATN communication Engager un ATN médical Offre	PAODES	Q1 2016	2 ATN médical engagés ATN communication recruté pour tous les projets CTB, basé à la représentation
Faire un plaidoyer pour une continuation de l'appui belge au terme du programme actuel principalement pour les activités innovantes que sont la TFS et les UDAM	PAODES/ MSAS	Q2 2017	En cours
Recommandations au terme de l'année 2014			
Améliorer la visibilité du projet	PAODES	Q2 2015	Réalisé mais reste à renforcer
Améliorer la communication du projet sur les UDAM et sur la tarification forfaitaire	PAODES	Q3 2015	Réalisé mais reste à renforcer

3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
La taille de la zone couverte par le programme est trop vaste pour permettre des actions entraînant des changements mesurables	CTB, AMBABEL
Le programme PAODES aurait été plus efficace si le double ancrage central/périphérique avait été mieux défini et des moyens suffisants alloués à chacun	CTB
La chirurgie décentralisée sans accord avec les facultés sur l'acceptation des compétences en chirurgie générale pour les médecins est difficile à mettre en œuvre	CTB, MSAS
La synergie entre gratuité et recrutement d'adhérent pour les UDAM/mutuelles est difficile à articuler	MSAS
L'absence de synergie entre partenaires concernant les indemnités et per diem peut entraîner une démotivation importante des acteurs	MSAS, PTF
Les retards de remboursement des initiatives de gratuité plombent les finances des structures sanitaires périphériques et aggravent le problème de ruptures de stock en médicaments	L'ACMU/MSAS
La capitalisation doit être programmée dans le projet dès la réalisation de la Baseline	CTB
Les réhabilitations et constructions d'infrastructures doivent être mieux anticipées pour éviter de se trouver au milieu de travaux au moment où la qualité des soins doit être améliorée en mesurable	CTB

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.					
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>					
Évaluation de la PERTINENCE : note totale		A	B	C	D
		X			
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?					
X	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.			
	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.			
	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.			
	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.			
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?					
	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).			
X	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.			
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.			
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.			
2. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N					
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>					
Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale		A	B	C	D
		(X)		X	
3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?					
	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.			
	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.			
X	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.			
	D	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.			

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?		
X	A	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
	B	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
	C	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
	D	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

3. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
		X		

2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?

	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
X	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.

2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?

	A	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
X	B	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
	C	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	D	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.

2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?

	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
X	B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
	C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	A	B	C	D
		X		
4.1 Durabilité financière/économique ?				
	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.		
X	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.		
	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.		
	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.		
4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?				
	A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.		
X	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.		
	C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.		
	D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.		
4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?				
	A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.		
X	B	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.		
	C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.		
	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.		
4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?				
	A	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).		
X	B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.		
	C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.		
	D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.		

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Décision				Action			Suivi	
Décision	Période d'identification	Source *	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Status
L'étude de coût doit être réalisée. A cet effet, des TDR seront rédigés de façon consensuelle entre les différentes parties prenantes.	oct-13	SMCL	l'ACMU et PAODES	Appuyer l'élaboration des TDR	CACMU/ l'ACMU	Le plus rapidement possible	L'étude des coûts sera pilotée par le Département de Planification de la Recherche et des Statistiques (DPRS). Les résultats de la capitalisation encours alimenteront cette étude.	CLOSED
Associer la DAGE aux discussions concernant la relance de la stratégie globale pour la chirurgie de district	févr-15	SMCL	Membres de la SMCL	Préparer l'état des lieux	DGS	Le plus rapidement possible	Plusieurs réunions de concertation ont été organisées. Repris dans recommandation n°7	CLOSED
La SMCL demande au DRH de stabiliser le personnel au niveau des structures en concertation avec les MCR et les autorités administratives et dans les cas « extrêmes » ne pas fermer les postes en affectant un autre praticien.	févr-15	SMCL	Membres de la SMCL	Etablir une concertation avec le MCR et MCD lors de future mutation	DRH	Immédiat	Des contacts sont en cours avec la DRH.	ONGOING
La SMCL approuve la réalisation, avec l'appui du PAODES, d'une étude technique permettant de statuer sur la réhabilitation ou la reconstruction du centre de santé de Bambey. Cette étude (APS) devra être complétée avant la clôture du projet.	sept-15	SMCL	Membres de la SMCL	Prévoir en 2016 un marché pour cette étude	PAODES	déc-16	Le nouvel ATI PAREE commence cette activité à partir du 2ème semestre 2016	ONGOING

Décision				Action			Suivi	
Décision	Période d'identification	Source *	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Status
Inviter la PNA dans les prochaines réunions de la SMCL	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Inviter la PNA à la prochaine SMCL	S.G./PAO DES	févr-17	Fait	CLOSED
Contacteur les autorités municipales de Bambey et prendre la décision entre la réhabilitation et la nouvelle construction du centre de santé	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Contacteur les autorités municipales de Bambey et prendre la décision entre la réhabilitation et la nouvelle construction du centre de santé	SG/MCR Djourbel	déc-16		ONGOING
Affecter les gestionnaires dans les districts sanitaires (DS) de Sokone, Koungheul, Foundiougne et Passy	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Affecter les RH demandées	DRH	Q12017	Continuer le lobby	OPEN
Impliquer l'ADIE dans la recherche des stratégies de régulation des références des urgences	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Impliquer l'ADIE dans la recherche des stratégies de régulation des références des urgences	DGS	déc-16	L'ADIE devient leader du processus. Le PAODES fourni les équipements	CLOSED
Présenter l'exécution budgétaire de la contrepartie dans les prochaines SMCL	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Présenter l'exécution budgétaire de la contrepartie dans les prochaines SMCL	DGS	Q12017	Contacteur la DAGE et présenter l'exécution de la contrepartie	ONGOING
Sécuriser la disponibilité des médicaments par un système de versement d'une partie des remboursements des gratuités 0-5ans directement à la PNA	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Mener un dialogue entre l'ACMU et la PNA et établir un accord.	La CMU			ONGOING

Décision				Action			Suivi	
Décision	Période d'identification	Source *	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Status
Procéder à l'appropriation et la pérennisation des acquis des UDAM	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Visite des UDAM par les responsables de l'ACMU. Compléter la capitalisation. Publier un bulletin. Rencontre avec les autorités du MSAS	L'ACMU/ PAODES	Q2 2017	Bulletin complété, capitalisation en cours	ONGOING
Compléter les procédures d'appel d'offres avant la fin 2016	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Compléter les procédures d'appel d'offres avant la fin 2016	PAODES	Q4 2016	La procédure de passation des derniers marchés a été complétée en février 2017	CLOSED
Suivi rapproché des chantiers dont la responsabilité a été déléguée à l'AGETIP	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Réunions, rapportage, visite de chantier	PAODES	Q12017	Réunion de chantier hebdomadaire	ONGOING
Mettre en place, dès la fin des réhabilitations des centres de santé, des activités chirurgicales permanentes grâce à la mobilisation de stagiaires en dernière année de chirurgie et leur supervision par le point focal chirurgie de l'HR de Kaolack	oct-16	SMCL	Membres de la SMCL	Confirmer la disponibilité des stagiaires et faire un plan d'action post-réhabilitation	DGS	Q2 2017	Plan d'action préparé	ONGOING

4.3 Suivi des recommandations de l'évaluation à mi-parcours

Recommandations	Position de la SMCL	Suivi
1. Prolonger au maximum la durée au PAODES	Accord	Réalisé ; extension jusqu'au terme de la CS accepté
2. Pour le volet demande de soins, se concentrer sur les deux départements octroyés pour l'expérimentation par Mme le Ministre (départements de Foundiougne et Kougheul).	Accord	Réalisé
3. Pour l'appui à l'offre de soins, se concentrer par ordre de priorité sur (i) les DS pilotes et prioritaires (Sokone et Kougheul) ; (ii) les DS pilotes mais non prioritaires, (iii) les DS non pilotes mais couverts par le volet demande du PAODES (Passy et Foundiougne).	Accord	TF développée uniquement dans 2 départements (4 districts sanitaires)
4. Abandonner la logique de double ancrage au niveau de la DGS et la l'ACMU ; ne maintenir qu'un seul binôme responsable/ coresponsable, placé à la DGS.	Accord partiel	1 Co-responsable à Dakar, un à Kaolack + 2 responsable (ACMU et DGS à Dakar)
5. Adopter une attitude de réelle recherche opérationnelle jusqu'au terme du projet ; centrer l'intervention soft sur les DS pilotes et prioritaires (renforcement de capacité, réorganisation des services, appui au fonctionnement courant, etc.) ; puis procéder à l'extension de la TF en « tâche d'huile » en considérant les capacités d'absorption des DS et structures de soins ciblées (compte tenu de la faiblesse du paquet d'activités qui peut être actuellement fourni, il n'y pas d'urgence à démarrer la TF à Thiadiaye, Bambey ou Ndoffane).	Accord	TF dans 4 districts (2 départements)
6. Revoir l'organigramme en introduisant une coordination de terrain géré par un ATI santé publique basé en périphérie. Et profiter pour décroiser les deux volets offre et demande (une coordination de proximité doit permettre cela !).	Accord	ATI en place à Kaolack depuis 2014 mais homologue seulement nommé en août 2016

<p>7. Décentraliser partiellement une partie de l'administration du PAODES sur le terrain (au niveau de la base périphérique) ; assurer plus d'appui administratif au niveau périphérique (structures cibles ECD et administration des CS ; travail à mettre en parallèle avec la mise en place d'un système informatisé de la gestion du patient à Sokone et Koungheul).</p>	<p>Accord</p>	<p>Partiellement réalisé. Le cœur de l'administration reste à Dakar</p>
<p>8. Mettre en place un dispositif efficace de capitalisation des résultats ; ce dispositif doit impliquer le niveau central du MSAS et plus particulièrement la DGS et la l'ACMU (des points focaux capitalisation pourraient être nommés au niveau de ces deux instances ; un renforcement de capacités est aussi à prévoir vis-à-vis de ces points focaux). Des protocoles spécifiques de capitalisation doivent être produits par le PAODES. Dans ce même cadre, initier des études spécifiques comme</p> <p>(i) des études de coûts réels et normatifs,</p> <p>(ii) des analyses de la satisfaction des patients (prévoir de reproduire l'étude sur le point de démarrer avant le terme du PAODES) et</p> <p>(iii) une analyse pointue juridique des statuts possibles des futures UDAM.</p>	<p>Accord</p> <p>Accord</p> <p>Accord</p> <p>Accord</p>	<p>En cours avec l'appui scientifique d'USI</p> <p>TDR approuvés mais retard dans la réalisation de l'étude car c'est la DPRS qui est finalement responsable</p> <p>Complété en janvier 2016</p> <p>Fait</p>
<p>9. L'initiative innovante visant à assurer l'affectation de chirurgiens dans les DS étant un échec, il faut revoir les ambitions à la baisse à ce niveau ; si c'est encore possible, on pourrait se concentrer sur un appui à la formation des médecins généralistes en obstétrique chirurgicale (capacité en obstétrique selon le modèle BAD/ UNFPA).</p>	<p>Accord</p>	<p>Financement par autres PTF</p>
<p>10. Autres recommandations:</p> <p>i. Trouver un moyen de financer une partie du fonctionnement des ECD des DS pilotes (accords d'exécution spécifiques, contrats d'objectifs et de moyens signés avec les ECD directement,...).</p> <p>ii. Mettre en place un système de monitoring de la disponibilité des soins SOUC dans les CS pilotes appuyés.</p>	<p>Comment ?</p> <p>Accord de principe</p>	<p>Pas fait, les règles administratives de la CTB ne s'y prêtent pas</p> <p>Fait par le SR</p>

4.4 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique a été modifié en 2016. Un 11^{ème} résultat (L'Agence de la CMU est renforcée et fonctionnelle) et des activités liées à la prise en charge de maladies chroniques et d'urgences ont été rajoutés au cadre logique, accompagné d'une augmentation budgétaire de 912.900 € en provenance reliquats budgétaires des projets PAMAS.

L'avenant au DTF a également modifié les indicateurs de suivi du projet.

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, Kafrine, 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, Kafrine, 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, l'ACMU 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 Plans de Travail Annuels, 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 répliation 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.

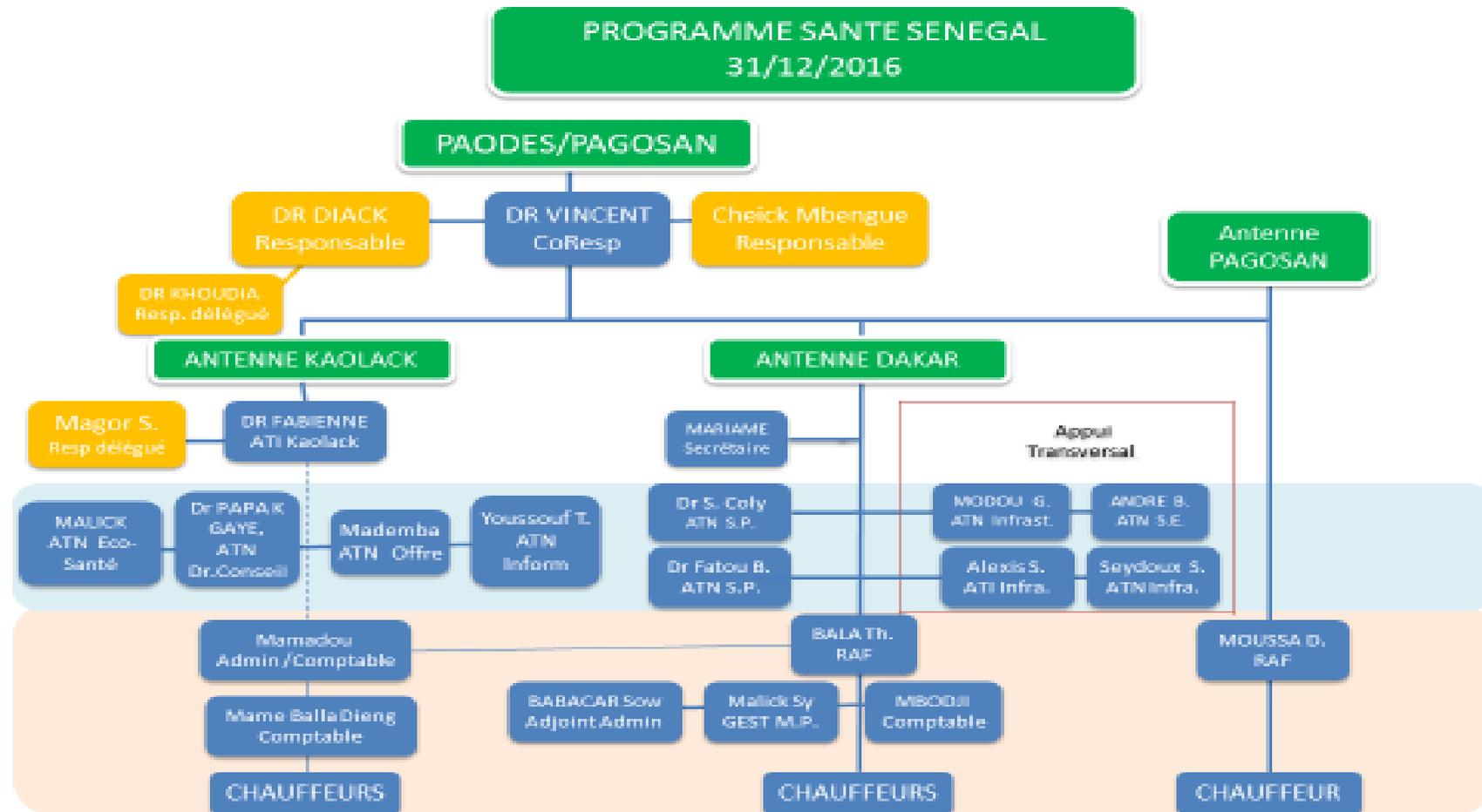
Résultat 7 : « Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes »	Nombre d'antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle mises en place et fonctionnelles	Rapports d'activités de l'ACMU/Projet	Les mutuelles préexistantes dans les districts ciblés 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. 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.
	Nombre d'antennes locales de l'organisme d'assurance maladie universelle mises en place et fonctionnelles	Rapports d'activités de l'ACMU/Projet	
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 l'ACMU	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
	Proportion de cas pris en charge par les antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle	Rapports d'activités et rapports financiers des antennes régionales de l'organisme d'assurance maladie universelle, Mutuelles de santé	

	Pourcentage de femmes indigentes prises en charge par le fonds d'équité	Rapport des mutuelles disposant d'un fonds d'équité	d'assurance maladie universelle a la capacité technique pour absorber un volume croissant de 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
	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 l'ACMU/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 Koungheul	Rapports du fonds d'équité/Union Mutuelles/Rapport d'activités LaCMU	
	Taux de sinistralité des antennes départementales de l'organisme d'assurance maladie universelle	Rapport d'activités de la l'ACMU/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 (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 l'ACMU/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 l'ACMU/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 l'ACMU/Projet	

4.5 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	OUI
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	OUI
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	02/2014
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Q3 2017
Missions de backstopping depuis le 01/01/2016	Mars 2016, Juin 2016, Décembre 2016

4.6 Organigramme



4.7 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Budget Execution SEN1002711.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Accueil Outils Budget Execution S... x Budget Execution D... Se connecter

Budget vs Actuals (Year to Month) of SEN1002711

Project Title : **Appui à l'offre et à la demande de soins dans les 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thies**

Budget Version: **J01** Year to month : 31/12/2016
 Currency : EUR
 YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
A VOILET OFFRE DE SOINS			9.594.854,00	4.908.307,83	2.515.319,58	7.421.627,21	2.173.228,79	77%
01 Résultat 1: La qualité des services est améliorée			716.621,00	354.452,07	181.099,95	535.552,02	181.088,98	75%
01 Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les		COGES	232.950,00	162.401,02	27.917,17	190.318,19	42.631,81	82%
02 Définir et ou actualiser le contenu des paquets de services		COGES	35.395,00	329,91	32.830,62	33.160,53	2.234,47	94%
03 Accompagner les dynamiques développement le		COGES	3.064,00	4.423,00	0,00	4.423,00	-1.359,00	144%
04 Impliquer le personnel dans le développement de leurs		COGES	682,00	682,21	0,00	682,21	-0,21	100%
05 Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion		COGES	0,00	192,09	0,00	192,09	-192,09	?
06 Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?
07 Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion		REGIE	197.530,00	186.423,84	9.811,00	196.234,84	1.295,16	99%
08 Maladies Chroniques		COGES	113.000,00	0,00	57.069,40	57.069,40	55.930,60	51%
09 Urgences		COGES	134.000,00	0,00	53.471,76	53.471,76	80.528,24	40%
02 Résultat 2: Les capacités opérationnelles et			1.187.021,00	912.875,75	200.296,02	1.113.171,77	73.849,23	94%
01 Développer la fonctionnalité des ECD y compris leur		COGES	185.680,00	102.984,04	76.257,46	179.241,50	6.438,50	97%
02 Elaborer un plan de développement des Ressources		COGES	28.400,00	3.032,36	17.017,88	20.050,24	6.349,76	78%
03 Mise en oeuvre du renforcement des RH pour les acteurs		COGES	432.505,00	361.533,19	59.484,46	421.017,65	11.487,35	97%
04 Renforcement des centres régionaux de formation, en		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?
05 Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring		COGES	29.406,00	29.456,58	0,00	29.456,58	-50,58	100%
06 Développer les capacités des acteurs en matière de		COGES	70.750,00	56.862,38	0,00	56.862,38	13.887,62	80%
07 Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?
08 Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des		COGES	17.280,00	16.048,10	0,00	16.048,10	1.231,90	93%
09 Mise en oeuvre du renforcement des RH pour les acteurs		REGIE	425.000,00	342.959,10	47.536,22	390.495,32	34.504,68	92%
10 Renforcement des centres régionaux de formation, en		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?
		REGIE	5.589.777,00	3.987.948,08	679.723,17	4.667.671,25	922.105,75	84%
		COGEST	11.323.123,00	4.739.462,93	3.379.941,37	8.119.404,30	3.203.718,70	72%
		TOTAL	16.912.900,00	8.727.411,01	4.059.664,54	12.787.075,55	4.125.824,45	76%

Budget vs Actuals (Year to Month) of SEN1002711 Printed on dinsdag 24 januari 2017 page: 1

Budget vs Actuals (Year to Month) of SEN1002711

Project Title : **Appui à l'offre et à la demande de soins dans les 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thies**Budget Version: **J01**Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2016

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
03 Résultat 3: Les structures sanitaires dans les cinq			5.520.871,00	2.555.838,41	1.547.729,01	4.103.367,42	1.417.503,58	74%
01 Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement		COGES	23.552,00	23.551,22	0,00	23.551,22	0,78	100%
02 Etablir un plan d'investissements en infrastructures et		COGES	780,00	780,42	0,00	780,42	-0,42	100%
03 Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant		COGES	3.236.555,00	1.041.945,70	1.390.055,88	2.432.001,58	804.553,42	75%
04 Etablir un plan d'équipements PAODES par district et		COGES	1.030.000,00	335.256,24	161.023,25	496.279,49	533.720,51	48%
05 Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de plans de		COGES	0,00	34,30	0,00	34,30	-34,30	??%
06 Assurer la fonctionnalité d'un système de référence contre		COGES	41.850,00	0,00	0,00	0,00	41.850,00	0%
07 équiper les infrastructures prioritaires suivant le plan		REGIE	1.188.154,00	1.154.090,53	-3.350,12	1.150.740,41	37.413,59	97%
08 Assurer la fonctionnalité d'un système de référence contre		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
04 Résultat 4: Des initiatives innovantes sont développées			1.932.539,00	937.556,25	511.678,47	1.449.234,72	483.304,28	75%
01 Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de		COGES	200.000,00	53.783,13	3.402,59	57.185,72	142.814,28	29%
02 Garantir dans les districts prioritaires offrant de la chirurgie le		COGES	643.739,00	579.244,67	59.461,21	638.705,88	5.033,12	99%
03 Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie		COGES	192.800,00	147.306,33	21.134,91	168.441,24	24.358,76	87%
04 Introduire des stratégies de prise en charge et de		COGES	100.000,00	11.786,21	67.470,72	79.256,93	20.743,07	79%
05 Introduire dans une région un système d'information		COGES	270.000,00	61.741,32	156.974,78	218.716,10	51.283,90	81%
06 Introduire dans une région un système d'information		REGIE	135.000,00	83.694,59	31.629,26	115.323,85	19.676,15	85%
07 Accord de subside DS Koungheul		COGES	144.000,00	0,00	74.770,14	74.770,14	69.229,86	52%
08 Accord de subside DS Sokone		COGES	153.000,00	0,00	63.937,12	63.937,12	89.062,88	42%
09 Accord de subside DS Foundiougne		COGES	48.800,00	0,00	20.672,09	20.672,09	25.927,91	44%
10 Accord de subside DS Passy		COGES	47.400,00	0,00	12.225,65	12.225,65	35.174,35	26%
05 Résultat 5: Les relations fonctionnelles entre le niveau			237.802,00	145.785,15	74.516,13	220.301,28	17.500,72	93%
01 Renforcer la direction de la santé dans son rôle recteur et		COGES	200.000,00	129.921,64	74.516,13	204.437,77	-4.437,77	102%
		REGIE	5.589.777,00	3.987.948,08	679.723,17	4.867.671,25	922.105,75	84%
		COGEST	11.323.123,00	4.739.462,93	3.379.941,37	8.119.404,30	3.203.718,70	72%
		TOTAL	16.912.900,00	8.727.411,01	4.059.664,54	12.787.075,55	4.125.824,45	76%



Budget vs Actuals (Year to Month) of SEN1002711

Project Title : **Appui à l'offre et à la demande de soins dans les 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thies**

Budget Version: **J01**

Currency : EUR

Year to month : 31/12/2016

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
02 Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à		COGES	6.513,00	6.512,85	0,00	6.512,85	0,15	100%
03 Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins		COGES	573,00	573,21	0,00	573,21	-0,21	100%
04 Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et		COGES	24.000,00	2.092,00	0,00	2.092,00	21.908,00	9%
05 Renforcer la capacité des instances représentatives des		COGES	2.716,00	2.715,12	0,00	2.715,12	0,88	100%
06 Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter		COGES	4.000,00	3.970,33	0,00	3.970,33	29,67	99%
B VOLET DEMANDE DE SOINS			2.658.106,00	992.720,12	759.624,31	1.752.344,43	905.761,57	66%
01 Résultat 6: Les mutuelles et unions de mutuelles			65.421,00	64.875,55	0,00	64.875,55	545,45	99%
01 Apporter aux mutuelles et structures faitières existantes le		COGES	43.918,00	43.918,00	0,00	43.918,00	0,00	100%
02 Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition		COGES	3.000,00	2.455,83	0,00	2.455,83	544,17	82%
03 Soutenir l'activité des Unions de Mutuelles dans leur		COGES	5.715,00	5.715,01	0,00	5.715,01	-0,01	100%
04 Participer activement au développement de stratégie de		COGES	6.007,00	6.006,26	0,00	6.006,26	0,74	100%
05 Soutenir la création et/ou le développement des Cadres		COGES	1.135,00	1.134,53	0,00	1.134,53	0,47	100%
06 Soutenir le développement de modèles alternatifs de		COGES	5.646,00	5.645,92	0,00	5.645,92	0,08	100%
02 Résultat 7: Des assurances santé de grande échelle sont			1.545.427,00	645.000,88	315.132,44	960.133,32	585.293,68	62%
01 Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et		COGES	58.481,00	58.481,27	0,00	58.481,27	-0,27	100%
02 Doter les bureaux régionaux et les antennes de districts		COGES	555.751,00	334.002,95	21.470,91	355.473,86	200.277,14	64%
03 Développer les statuts des bureaux régionaux, des		COGES	4.168,00	4.167,82	0,00	4.167,82	0,18	100%
04 Développer et standardiser les outils, procédures et		COGES	31.437,00	31.436,33	0,00	31.436,33	0,67	100%
05 Accompagner le travail de support continu des bureaux		COGES	761,00	761,03	0,00	761,03	-0,03	100%
06 Développer et mettre en œuvre un programme intégré de		COGES	3.409,00	3.457,95	0,00	3.457,95	-48,95	101%
07 Clarifier les arrangements institutionnels entre bureaux		COGES	4.995,00	4.994,15	0,00	4.994,15	0,85	100%
08 Développer et mettre en œuvre une politique de		COGES	116.880,00	112.028,29	4.657,16	116.685,45	194,55	100%
		REGIE	5.589.777,00	3.987.948,08	679.723,17	4.667.671,25	922.105,75	84%
		COGEST	11.323.123,00	4.739.462,93	3.379.941,37	8.119.404,30	3.203.718,70	72%
		TOTAL	16.912.900,00	8.727.411,01	4.059.664,54	12.787.075,55	4.125.824,45	78%

Budget vs Actuals (Year to Month) of SEN1002711

Project Title : **Appui à l'offre et à la demande de soins dans les 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thies**

Budget Version: **J01**

Currency : EUR

Year to month : 31/12/2016

YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
09 Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en		COGES	14.545,00	14.544,79	0,00	14.544,79	0,21	100%
10 Doter les bureaux régionaux et les antennes de districts		REGIE	107.127,00	81.126,30	10.326,94	91.453,24	15.673,76	85%
11 Accord de subside UDAM Koungheul		COGES	270.634,00	0,00	110.700,07	110.700,07	159.933,93	41%
12 Accord de subside UDAM Foundiougne		COGES	377.239,00	0,00	167.977,36	167.977,36	209.261,64	45%
03 Résultat 8: Un système pluriel de cofinancement des			266.809,00	175.246,25	35.416,78	210.663,03	56.145,97	79%
01 Etendre l'offre de services des ASU via des subventions et		COGES	158.546,00	107.647,39	34.428,91	142.076,30	16.469,70	90%
02 Développer un mécanisme de fonds d'équité intégré à		COGES	4.980,00	4.979,18	0,00	4.979,18	0,82	100%
03 Contribuer à la réflexion sur les mécanismes et modalités		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
04 Apporter le soutien technique pour l'intégration des		COGES	9.283,00	9.283,19	0,00	9.283,19	-0,19	100%
05 Capitaliser d'autres expériences probantes en matière de		COGES	44.000,00	43.887,36	125,77	44.013,13	-13,13	100%
06 Conduire des études ad hoc selon les besoins identifiés en		COGES	50.000,00	9.449,13	862,10	10.311,23	39.688,77	21%
04 Résultat 9: Le cadre juridique relatif aux bureaux			27.357,00	27.395,13	0,00	27.395,13	-38,13	100%
01 Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les		COGES	1.850,00	1.899,51	0,00	1.899,51	-49,51	103%
02 Contribuer activement au débat avec le MSP et les		COGES	4.200,00	4.188,80	0,00	4.188,80	11,40	100%
03 Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée.		COGES	57,00	57,17	0,00	57,17	-0,17	100%
04 Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée.		REGIE	21.250,00	21.249,85	0,00	21.249,85	0,15	100%
05 Résultat 10: un modèle intégré de financement de la			218.092,00	80.202,31	61.910,82	142.113,13	75.978,87	65%
01 Concevoir une méthodologie de suivi continu et de		COGES	12.000,00	11.928,98	0,00	11.928,98	71,02	99%
02 Conduire les études ad hoc selon les besoins préidentifiés		COGES	0,00	22,87	0,00	22,87	-22,87	??%
03 Conduire les activités de capitalisation tout au long du		COGES	56.092,00	0,00	40.184,25	40.184,25	15.907,75	72%
04 Concevoir progressivement une stratégie de financement à		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
05 Elaborer un guide opérationnel de création de bureaux		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
		REGIE	5.589.777,00	3.987.948,08	679.723,17	4.667.671,25	922.105,75	84%
		COGEST	11.323.123,00	4.739.462,93	3.379.941,37	8.119.404,30	3.203.718,70	72%
		TOTAL	16.912.900,00	8.727.411,01	4.059.664,54	12.787.075,55	4.125.824,45	76%

Budget vs Actuals (Year to Month) of SEN1002711

Project Title : **Appui à l'offre et à la demande de soins dans les 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thies**

Budget Version: **J01**

Currency : **EUR**

YIM :

Year to month : 31/12/2016

Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
06 Etudes ad hoc selon besoins identifiés		REGIE	150.000,00	68.250,46	21.726,57	89.977,03	60.022,97	60%
06 Résultat 11 : La CACMU à la capacité d'assurer ses			535.000,00	0,00	347.164,27	347.164,27	187.835,73	65%
01 01 Renforcer la CACMU des moyens humains, matériels		COGES	200.000,00	0,00	168.407,77	168.407,77	31.592,23	84%
02 02 Participer aux fora nationaux et internationaux (visites		COGES	120.000,00	0,00	1.070,95	1.070,95	118.929,05	1%
03 03 Renforcer les compétences de la CACMU		COGES	215.000,00	0,00	177.685,55	177.685,55	37.314,45	83%
04 04 Alimenter les débats et orientations sur les politiques de		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX 5% * TOTAL ACTIVITÉS)			15.035,00	0,00	0,00	0,00	15.035,00	0%
01 Réserve budgétaire			15.035,00	0,00	0,00	0,00	15.035,00	0%
01 Réserve budgétaire COGESTION		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?
02 Réserve budgétaire REGIE		REGIE	15.035,00	0,00	0,00	0,00	15.035,00	0%
Z MOYENS GÉNÉRAUX			4.644.905,00	2.828.383,26	784.720,65	3.613.103,91	1.031.801,09	78%
01 Frais de personnel			3.280.861,00	1.998.377,96	574.189,89	2.572.567,85	688.293,15	79%
01 Assistant technique Volet Offre		REGIE	1.428.930,00	943.356,77	187.717,04	1.131.073,81	297.856,19	79%
02 Assistant technique Volet Demande		REGIE	870.932,00	490.759,43	197.423,13	688.182,56	182.749,44	79%
03 Prime Directions Ministère & Responsables d'intervention		COGES	68.000,00	44.556,84	12.818,20	57.375,04	8.824,96	87%
04 Prime Directions Ministère & Responsables d'intervention		COGES	50.000,00	27.366,82	11.739,47	39.106,09	10.893,91	78%
05 Equipe finance et administration Volet Offre		REGIE	458.808,00	253.409,12	99.150,14	352.559,26	106.248,74	77%
06 Equipe finance et administration Volet Demande		REGIE	30.484,00	30.492,15	0,00	30.492,15	-8,15	100%
07 Equipe d'appui Volet Offre		COGES	155.572,00	94.844,90	28.062,58	122.907,48	32.664,52	79%
08 Equipe d'appui Volet Demande		COGES	134.498,00	74.612,02	20.399,93	95.011,95	39.488,05	71%
09 Autres frais de personnel		COGES	39.637,00	26.533,83	6.411,40	32.945,03	6.691,97	83%
10 Personnel d'Appui transversal		REGIE	26.000,00	12.446,48	10.468,00	22.914,48	3.085,52	88%
		REGIE	5.589.777,00	3.987.948,08	679.723,17	4.667.671,25	922.105,75	84%
		COGEST	11.323.123,00	4.739.462,93	3.379.941,37	8.119.404,30	3.203.718,70	72%
TOTAL			16.912.900,00	8.727.411,01	4.059.664,54	12.787.075,55	4.125.824,45	78%



Budget vs Actuals (Year to Month) of SEN1002711

Project Title : **Appui à l'offre et à la demande de soins dans les 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thies**

Budget Version: **J01**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2016

YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
02 Investissements			259.429,00	223.700,76	11.166,89	234.867,65	24.561,35	91%
01 Véhicules Volet Offre		REGIE	148.751,00	148.751,00	0,00	148.751,00	0,00	100%
02 Véhicules Volet Demande		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??
03 Equipement bureau Volet Offre		COGES	29.825,00	20.606,61	3.795,98	24.402,59	5.422,41	82%
04 Equipement bureau Volet Demande		COGES	19.825,00	8.089,10	7.370,91	15.460,01	4.364,99	78%
05 Equipement IT Volet Offre		COGES	30.000,00	26.392,08	0,00	26.392,08	3.607,92	88%
06 Equipement IT Volet Demande		COGES	5.005,00	5.004,29	0,00	5.004,29	0,71	100%
07 Aménagements du bureau Volet Offre		COGES	8.023,00	8.023,15	0,00	8.023,15	-0,15	100%
08 Aménagements du bureau Volet Demande		COGES	20.000,00	8.834,53	0,00	8.834,53	11.165,47	44%
03 Frais de fonctionnement			735.839,00	433.366,08	132.078,88	565.444,96	170.394,04	77%
01 Loyer du bureau Offre		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??
02 Loyer du bureau Demande		COGES	70.000,00	68.830,73	1.524,49	70.355,22	-355,22	101%
03 Services et frais de maintenance Offre		COGES	21.490,00	4.636,46	4.249,30	8.885,76	12.604,24	41%
04 Services et frais de maintenance Demande		COGES	54.157,00	29.256,38	8.780,76	38.037,14	16.119,86	70%
05 Frais de fonctionnement des véhicules		COGES	208.984,00	122.114,02	48.870,68	170.984,70	37.999,30	82%
06 Frais de fonctionnement des véhicules		COGES	181.693,00	88.140,14	46.642,69	134.782,83	46.910,17	74%
07 Télécommunications Volet Offre		COGES	62.400,00	37.260,45	10.450,12	47.710,57	14.689,43	76%
08 Télécommunications Volet Demande		COGES	30.689,00	10.031,43	4.139,75	14.171,18	16.517,82	46%
09 Fournitures de bureau Volet Offre		COGES	50.000,00	33.166,96	2.936,93	36.103,89	13.896,11	72%
10 Fournitures de bureau Volet Demande		COGES	31.200,00	26.040,62	1.974,21	28.014,83	3.185,17	90%
11 Autres frais de fonctionnement		COGES	25.226,00	13.888,89	2.509,95	16.398,84	8.827,16	65%
04 Audit et Suivi et Evaluation			388.776,00	172.938,43	67.284,98	240.223,41	148.552,59	62%
		REGIE	5.589.777,00	3.987.948,08	679.723,17	4.667.671,25	922.105,75	84%
		COGEST	11.323.123,00	4.739.462,93	3.379.941,37	8.119.404,30	3.203.718,70	72%
		TOTAL	16.912.900,00	8.727.411,01	4.059.664,54	12.787.075,55	4.125.824,45	76%



Budget vs Actuals (Year to Month) of SEN1002711

Project Title : **Appui à l'offre et à la demande de soins dans les 5 régions médicales de Diourbel, Fatick, Kafrine, Kaolack et Thies**

Budget Version: **J01** Year to month : 31/12/2016

Currency : **EUR**

YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
01 Evaluations		REGIE	108.982,00	63.982,29	2.590,50	66.572,79	42.409,21	61%
02 Audit		REGIE	58.084,00	28.083,74	20.743,05	48.826,79	9.257,21	84%
03 Baseline study		REGIE	15.510,00	15.510,00	0,00	15.510,00	0,00	100%
04 Backstopping		REGIE	206.200,00	65.362,40	43.951,43	109.313,83	96.888,17	53%
99 Conversion rate adjustment			0,00	0,03	0,01	0,04	-0,04	?%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	0,03	0,01	0,04	-0,04	?%
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?%

REGIE	5.589.777,00	3.987.948,08	679.723,17	4.667.671,25	922.105,75	84%
COGEST	11.323.123,00	4.739.462,93	3.379.941,37	8.119.404,30	3.203.718,70	72%
TOTAL	16.912.900,00	8.727.411,01	4.059.664,54	12.787.075,55	4.125.824,45	78%

