



RAPPORT DES RESULTATS 2015 INTERVENTION PAODES SEN 10 027 11



ACRON	NYMES	4
1 AP	PERÇU DE L'INTERVENTION	5
1.1	FICHE D'INTERVENTION	5
1.2	EXECUTION BUDGETAIRE	
1.3	AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE	
1.3	.1 Pertinence	<i>7</i>
1.3	.2 Efficacité	8
1.3	.3 Efficience	9
1.3	.4 Durabilité potentielle	9
1.4	CONCLUSIONS	10
2 M(ONITORING DES RESULTATS	12
2.1	ÉVOLUTION DU CONTEXTE	12
2.1.	.1 Contexte général	
2.1	.2 Contexte institutionnel	
2.1	.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution	
2.1.	.4 Contexte HARMO	14
2.1.	.5 Suivi des Indicateurs	14
2.2	PERFORMANCE DE L'OUTCOME	
2.2	O	
2.2	7 1 0	
2.2		
2.3	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1	
2.3	, 8	
2.3	T	
2.3	, and the second	
2.4	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2	
2.4	0	
2.4	.2 État d'avancement des principales activités	
2.4	r - G	
2.5	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3	
2.5	1.1 Progrès des indicateurs	21
2.5	1 1	
2.5	T G	
2.6	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4	
2.6	0	
2.6	r	
2.6	7 1 0	
2.7	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5	24

	2.7.1 Progrès des indicateurs	24
	2.7.2 État d'avancement des principales activités	25
	2.7.3 Analyse des progrès réalisés	25
	2.8 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6	26
	2.8.1 Progrès des indicateurs	26
	2.8.2 Analyse des progrès réalisés	26
	2.9 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 7	26
	2.9.1 Progrès des indicateurs	26
	2.9.2 État d'avancement des principales activités	27
	2.9.3 Analyse des progrès réalisés	27
	2.10 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 8	
	2.10.1 Progrès des indicateurs	
	2.11 Performance de l'output 9	33
	2.11.1 Progrès des indicateurs	33
	2.11.2 État d'avancement des principales activités	33
	2.11.3 Analyse des progrès réalisés	33
	2.12 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 10	
	2.12.1 Progrès des indicateurs	
	2.12.2 État d'avancement des principales activités	35
	2.12.3 Analyse des progrès réalisés	
	2.13 THEMES TRANSVERSAUX	36
	2.13.1 Genre	36
	2.13.2 Environnement	36
	2.14 GESTION DES RISQUES GESTION DES RISQUES	38
3	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	40
	3.1 REORIENTATIONS STRATEGIQUES	40
	3.2 RECOMMANDATIONS	
	3.3 ENSEIGNEMENTS TIRES	41
4	ANNEXES	
•		
	4.1 CRITERES DE QUALITE	
	4.2 DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI	
	4.3 SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE L'EVALUATION A MI-PARCOURS	
	4.4 CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	
	4.5 APERÇU DES MORE RESULTS	
	4.6 ORGANIGRAMME	
	4.7 RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	53

Acronymes

A.E.	Accord d'exécution
A.F.	Accord de financement
ASU	Assurance Santé Universelle
ATJ	Assistant Technique Junior
ATN	Assistant Technique National
ATI	Assistant Technique International
BBSF	Bénéficiaire des Bourses de Sécurité Familiale
CACMU	Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
СТВ	Coopération Technique Belge, Agence belge de développement
DECAM	Projet de Mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation
DGS	Direction Général de la Santé
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DTF	Dossier Technique et Financier
LaCMU	L'agence de la Couverture Maladie Universelle
M&E	Monitoring et évaluation
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
PAGOSAN	Programme d'Appui à la Gouvernance en Santé
PMA	Paquet Maximum Autorisé
PME	Paquet Minimum Exigé
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
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PRC	Programme de Renforcement de Capacité
PRONALIN	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales
PTF	Partenaires Technique et Financier
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
TF	Tarification Forfaitaire
UDAM	Unité Départementale d'Assurance Maladie

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche d'intervention

Nom du projet	PAODES				
Code du projet	SEN 10 027 11				
Emplacement	Sénégal				
Budget	16 000 000 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)	60				
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	 La qualité des services est améliorée Les capacités opérationnelles et managériales des ECD et des acteurs de la santé sont renforcées Les structures sanitaires dans les 5 régions sont réhabilitées et équipées et leur maintenance assurée selon un plan d'investissement global de chaque région Des initiatives innovantes sont développées dans les 5 régions en vue de leur réplication au niveau national La cohésion entre les niveaux de l'offre de soins et les acteurs au niveau opérationnel est renforcée Les mutuelles existantes sont renforcées Des assurances santé de grande échelle sont développées sur deux zones pilotes Un système pluriel de cofinancement des assurances santé universelles est mis en œuvre Le cadre juridique relatif aux UDAM est créé et mis en œuvre Un modèle d'assurance santé, articulé autour des départements, est développé et capitalisé. 				

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

Dudget beige									
		Бер	enses	Solde	Taux de				
	Budget	Années	Année couverte		déboursement				
EURO		précédentes	par le rapport		fin 2015				
		2012 : 1.151.785							
		<i>2013 :</i> 1.983.704	2015: 2.931.867						
		2014 2.726.5878							
Total	16.000.000	5.793.365	2.931.867	7.349.076	54%				
Output 1	548.445	146.905	207.545	235.168	60%				
Output 2	1.008.264	663.799	246.652	276.528	77%				
Output 3	4.410.724	1.832.320	723.663	2.560.076	50%				
Output 4	2.986.980	588.725	317.031	1.166.462	44%				
Output 5	269.430	75.198	70.585	137.818	51%				
Output 6	84.450	64.205	670	19.574	77%				
Output 7	991.627	282.662	362.245	346.626	65%				
Output 8	1.212.640	61.261	113.986	802.514	18%				
Output 9	47.950	27.395	0	20.555	57%				
Output 10	176.000	11.952	67.978	146.891	17%				
Moyens Généraux	4.498.370	2.038.943	821.512	1.636.863	64%				

Budget Sénégalais

L'exécution de la contrepartie Sénégalaise au Paodes année 2015 se chiffre comme suit :

-	Mobilier et Matériel de logement & bureau	2.999.796 F CFA
-	Carburant	6.500.000 FCFA
-	Matériel de bureau	1.994.200 FCFA
-	Frais de mission intérieur du pays	0 FCFA
-	Conférence, congrès, séminaires	8.000.000 FCFA

Soit un total 19.493.996 FCFA sur un budget total pour 2015 de 25 000 000 F CFA,

... auquel s'ajoute I disponibilité de bureau, la TVA et autres droits exonérés par l'Etat.

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	Α

- La pertinence du projet a encore été renforcée par la création de l'Agence pour la couverture maladie universelle (LaCMU) le 07 janvier 2015. Les Unités Départementales d'Assurance Maladie appuyées par le projet contribuent à l'amélioration de l'accessibilité financière de leurs populations cibles aux services de santé. L'agrément officiel des UDAM par le Ministère de la santé en date du 29 octobre 2015 constitue un acte important de reconnaissance de la pertinence de cette contribution. Même si la politique officielle dans ce domaine reste le DECAM, cette approche alternative montre déjà des résultats intéressant et la capitalisation qui a débuté en septembre 2015 et qui sera maintenue comme priorité en 2016 permet au MSAS en général et à LaCMU en particulier d'en tirer les leçons qui contribue à la construction progressive du système d'assurance maladie universelle adapté au contexte Sénégalais. Par ailleurs, l'appui apporté par le projet à la mise en place de LaCMU sous forme, entre autre, de location de locaux provisoires et la fourniture d'équipement informatique renforce également la pertinence actuelle du projet. En outre. le PAODES appuie également l'Agence de LaCMU dans la mise en œuvre du plan national d'information et de communication et dans la définition du cadre juridique et institutionnel de pilotage de la CMU et de la BSSF.
- Bien vrai que l'approche du PAODES représente une alternative à celle développée dans les zones non couvertes par le projet, 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, la professionnalisation des métiers de la mutuelle de santé.
- Au niveau de l'offre de soin, la maintenance du taux élevé de satisfaction des populations (il est passé de 91,6 en 2014 à 92,7% en 2015) et l'extension de la tarification forfaitaire dans le département de Foundiougne en réponse à la demande des autorités des districts de Foundiougne et Passy confirme aussi la pertinence de cette stratégie pour l'amélioration de l'offre de soins. Si l'ampleur des besoins présentés par les districts pilotes, tant en termes de fonctionnement, d'organisation ou en termes d'infrastructures et d'équipements dépasse largement les moyens à disposition du projet, la pertinence d'un investissement majeur dans la qualité des soins est plus que jamais essentiel à l'atteinte non seulement d'une adhésion de la population au système d'ASU mais tout simplement à un accès à des soins de qualité acceptable.
- Enfin le double ancrage du projet, s'il complique parfois la mise en œuvre du projet, est un élément essentiel à la pérennisation potentielle des acquis. L'ancrage au niveau de la DGS permet un travail de fonds sur des aspects innovants tel que la prise en charge décentralisée des maladies chroniques, l'informatisation du dossier patient, le développement de la chirurgie de district, la tarification forfaitaire subsidiée tandis l'ancrage au niveau de LaCMU permet une capitalisation immédiate des activités de l'activité pilote que sont les UDAM. Le positionnement de l'antenne du PAODES à

Kaolack permet un suivi rapproché du travail au niveau local. Un renforcement de cette équipe avec l'arrivée de 2 nouveaux ATN est encore programmé pour 2016. Ce renforcement est jugé nécessaire pour améliorer l'encadrement des activités au niveau des districts

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	В

- L'efficacité a continué à progresser en 2015 vers l'atteinte des résultats attendus. A ce jour, quatre districts sanitaires sont dans le processus de réformes qui ont débuté en 2013. Ces réformes visent en effet une régulation des services de santé et une rationalisation de l'utilisation des ressources disponibles. Ces améliorations et régulation constituent un prérequis indispensable à l'amélioration de la qualité des soins.
- D'importants progrès sont enregistrés du côté de la demande. Le projet démontre son efficacité à travers le taux de pénétration de l'assurance santé obtenu en si peu de temps dans les deux départements qu'il appuie, 6,9% à Koungheul et 7% à Foundiougne. Ces taux atteignent les objectifs assignés pour 2015. Bien sûre il ne faut pas s'asseoir sur ses lauriers car les objectifs pour 2016 sont également ambitieux.
- Le projet a également cueilli quelques résultats en parvenant à intéresser des responsables du pilotage de l'extension de la CMU dans le pays. Aujourd'hui, la nécessité de professionnaliser les mutuelles, l'utilisation d'outils informatiques puissants pour gérer les données de la mutuelle, les principes de redevabilités traduits dans la contractualisation, les rapports et les audits, entre autres, sont devenus des évidences,
- Les UDAMs appuyées par le projet ont enrôlé les bénéficiaires des bourses de sécurité familiales avec grande rigueur. Elles ont ainsi permis à l'Agence de la CMU d'être assurée que 10.046 personnes allaient être couvertes pour le risque maladie.
- 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 également impacté. Ces déséquilibres augmentent les problèmes liés à l'approvisionnement en médicaments. Ces trop nombreuses ruptures de stock en médicaments sont également en parties liées à une gestion déficiente à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.
- Une autre contrainte reste la lenteur de la mise en place de la chirurgie de district. 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 renforcement des équipements et la formation des personnels en santé, la qualité, 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 7 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 néonatals d'urgence de base (SONUB)

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	B/C

- Les avancées vers l'atteinte de l'objectif spécifique progresse 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.
- En outre 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 2014.
- Les contraintes liées aux procédures de passation des marchés publics de service, de construction 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. 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 Koungheul, en lieu et place de 17 mutuelles pour le département de Foundiougne et 9 mutuelles pour le départements de Koungheul, démontre l'efficience et les économies d'échelle qui peuvent être réalisées grâce à la mise en place des unités départementales d'assurance maladie. La mise en place d'une direction professionnelle dans la mutuelle permet également de répondre rapidement aux besoins des bénéficiaires et des prestataires.
- L'an 2015 a connu plus d'activités dans les districts prioritaires que l'année précédente. Le taux d'exécution financière du PAODES en 2015 a été satisfaisant et la progression vers l'atteinte des résultats satisfaisant dans les districts prioritaires.

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	В

- Comme signalé précédemment, 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.
- Au niveau DGS, le processus structurant (renforcement des capacités de gestion financière, RH, médicaments, renforcement de la qualité des soins...) mis en place dans les districts pilotes et les réformes systémiques qui le constituent sont probablement les éléments du volet offre du PAODES dont le degré de probabilité

d'être préservé et de reproduire les bénéfices obtenus est le plus élevé. L'intérêt que porte le MSAS au renforcement de l'Offre de soins dans les districts pilotes et son soucis 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.

- Au niveau de la DPRS; un appui important a été fourni pour la formation des prestataires dans les 28 districts pour la collecte, le traitement et le partage des données sanitaires on line à partir de la plateforme DHIS2. La préparation du géo référencement de toutes les structures sanitaires publiques et privées des 5 régions médicales est en cours de préparation depuis fin novembre. L'informatisation du dossier patient en cours d'expérimentation dans 4 districts facilitera à terme, l'obtention de données de meilleure qualité et le partage d'informations sanitaires sera facilité.
- Au niveau de LaCMU: Le modèle UDAM se met en place et certains aspects sont déjà repris dans d'autres départements sans néanmoins inclure systématiquement la tarification forfaitaire. Au terme de la phase actuelle du projet, le modèle UDAM aura donc été testé mais son autonomisation ne sera pas possible en cas d'arrêt total de l'appui belge au terme de cette phase du projet. L'octroi de subsides par la Belgique pourra être partiellement repris par le ministère mais une autonomisation totale de cette structure ne sera sans doute pas possible sans un nouvel appui belge comme cela a d'ailleurs été signalé dans le DTF de la prestation.
- En ce qui concerne les appuis au niveau de l'Offre (santé bucco-dentaire, santé oculaire, chirurgie, maladies chroniques), leurs mises en œuvre à un niveau décentralisé est lente, mais leurs développements s'inscrivent dans la stratégie du ministère et donc dans la durée
- La revue semestrielle des performances des districts sanitaire, régulièrement organisée par le PAODES, constitue une bonne stratégie 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.
- Au demeurant, un appui après la phase actuelle du projet sera nécessaire pour que les réformes amorcées dans les districts pilotes, tant sur le plan de l'Offre que sur le plan de la Demande de soins, mènent à un nouvel équilibre viable et pour que les résultats obtenus soient intégrés et pérennisés.

1.4 Conclusions

- La couverture géographique du projet dépasse largement les moyens humains, matériels et financiers disponibles. Quatre districts pilotes bénéficient prioritairement des activités innovantes tant au niveau de l'offre que de la demande.
- La mise en place de LaCMU renforce la pertinence et les chances de pérennisation des résultats du PAODES. L'adhésion aux UDAM d'une proportion significative de la population des deux départements est un élément critique nécessaire à la réussite du projet.
- L'élargissement du plateau technique progresse et la prise en charge des maladies chroniques, des urgences, de la chirurgie décentralisée et de l'informatisation du dossier patient doivent être complétés avant la fin du projet. Une amélioration de l'approvisionnement régulier en médicaments est indispensable à l'atteinte des résultats du projet. 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 doivent encore être développés.

- La capitalisation en cours depuis le dernier trimestre de 2015 doit être poursuivi et achevée.
- Le démarrage tardif des activités de la demande et les retards dans la réalisation des infrastructures nécessitent la prolongation des activités jusqu'au terme de la convention spécifique en cours.
- La mise en œuvre des activités en 2015 s'est poursuivie de manière encourageante, l'exécution budgétaire programmée a été respectée et la planification des activités exécutée. Une révision budgétaire sera présentée en février 2016 à la SMCL pour adapter les moyens disponibles aux priorités et au temps encore disponible pour l'exécution des activités.

Fonctionnaire exécution nationale

Dr. Papa Amadou Diacko Dr. Vincent Vercruysse

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 4,5% en 2014 et est estimée à 4,6% en 2015. Cette amélioration est malgré tout insuffisante pour faire baisser significativement la pauvreté. La Banque Mondiale prévoit cependant une reprise de la croissance (8% en 2017) avec la mise en œuvre du PSE (Plan Sénégal Emergent) et l'engagement des PTF qui se sont exprimés lors du Groupe Consultatif de Paris (février 2014). Il faut noter que la réussite du PSE dépend fortement du secteur privé et l'amélioration du climat des affaires s'avère primordiale. Pour mémoire, le Sénégal est passé de la 178ème position en 2014 à la 153ème en 2016 au classement « Doing business »
- Le Plan Sénégal Émergent (PSE), constitue le référentiel de la politique économique et sociale sur le moyen et le long terme. Le Plan d'Actions Prioritaires (PAP) du PSE 2014-2018 constitue le document de référence des interventions de l'Etat, des partenaires techniques et financiers, du partenariat public-privé, de la participation citoyenne à moyen terme. Il 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 d'ici 2017 d'au moins 11 nouveaux centres de santé et 40 postes de santé.
- L'Etat poursuit sa stratégie de développement de la CMU. L'objectif est de passer d'un taux de couverture de 18% en 2013 à 33% en 2014 et à 75% en 2017. Soulignons que la politique de gratuité de soins pour les catégories d'âge les plus vulnérables³. constitue une contrainte à la promotion de l'assurance maladie individuelle.
- En 2015, les pluies excellentes, bien supérieures à la moyenne et bien réparties, ont conduit à une production agricole supérieure à la moyenne⁴. Cet état de fait contribue significativement à l'amélioration de la situation financière et alimentaire des populations.
- En 2015 la crise « Ebola » a continué à affecter l'Afrique de l'Ouest mais de manière moins sévère qu'en 2014. Heureusement 2015 s'est clôturée par la déclaration de fin d'épidémie dans tous les pays de la sous-région. Une lente reprise du tourisme a été notée.

2.1.2 Contexte institutionnel

 Le contexte institutionnel au sein du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, comme en 2014, reste relativement flou. A ce jour, les textes concernant la réforme ne sont toujours pas d'application. Bien évidemment, le décret pris après le dernier remaniement ministériel portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique

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

⁴ L'évaluation conjointe des récoltes menée par le CILSS en octobre 2015 parle d'une augmentation de 57% par rapport à 2014 et de 12% par rapport à la moyenne quinquennale

entre la Présidence de la République, la Primature et les ministères reste d'application, mais se pose alors la question des missions précises et la division du travail au sein des structures qui n'existaient pas précédemment (comme la DPRS). Dans ce cas, les nouvelles structures existent de fait mais leurs missions ne sont pas pour autant clairement définies : cette absence de textes ne permet pas à la réforme d'avancer. Ceci est également vrai au niveau intermédiaire : en effet, les régions médicales, qui sont appelées à devenir des Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale, ne sont toujours pas mises en place avec des prérogatives définies. En outre, l'inachèvement des textes relatifs à l'acte 3 de la décentralisation et du processus de réforme des districts sanitaires installe des incertitudes quant à l'avenir des Districts Sanitaires

- Malgré cela, politiquement, le développement de la CMU reste, plus que jamais, une priorité nationale. Pour preuve, la signature le 7 janvier 2015 du décret 2015-21 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de « l'agence de la Couverture Maladie Universelle », en abréviation LaCMU, placée sous la tutelle technique du Ministère chargé de la santé et de l'action sociale et sous la tutelle financière du Ministère chargé des finances. Cette modification institutionnelle n'a pas modifié fondamentalement l'ancrage du projet. Au contraire, les locaux communs dans lesquels se retrouvent LaCMU et le PAODES favorisent des échanges réguliers. Néanmoins, il semble que le positionnement des assistants techniques du volet demande à Kaolack non accompagné par le Responsable délégué du même volet diminue des possibilités de synergie entre les deux structures.
- Si la Stratégie de Décentralisation de l'Assurance Maladie initialement appuyée par USAID est devenue stratégie nationale et les orientations qu'elle implique très différentes de ce qui était initialement prévu dans le cadre du PAODES, l'intérêt du MSAS à un modèle différent, complémentaire au DECAM, permet le développement du système UDAM dont les résultats sont progressivement intégrés dans un système de CMU adapté à la réalité sénégalaise. En effet, de plus en plus d'éléments de l'approche UDAM font recettes auprès des responsables de la CMU: professionnalisation des mutuelles, utilisation d'outils informatiques puissants, contractualisation pour rendre tous les partenariats clairs et transparents, redevabilité des mutuelles envers les bénéficiaires et les bailleurs y compris l'Etat, subventionnement des mutuelles au démarrage...
- L'ancrage institutionnel du PAODES au niveau de la DGS et au niveau de LaCMU 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 2015 peu de modifications ont été apportées aux modalités d'exécution du projet. En ce qui concerne son organigramme la principale modification a été la nomination du coresponsable du PAODES au poste de coresponsable du PAGOSAN en août et le transfert de la responsabilité du projet PAGOSAN de la DPRS à la DGS en novembre. La direction du PAODES devient donc responsable de la mise en œuvre du PAGOSAN.
- La modification de la grille des per diem CTB fin 2014 a considérablement réduit le différentiel existant entre donateurs. La proposition d'unification des barèmes proposée en juin 2015 par le G50, même si elle n'est pas encore d'application, a permis une réduction des problèmes liés à cette question les années précédentes.
- La complexité des règles de marché public selon la loi Sénégalaise continue à imprimer une grande lenteur dans la mise en œuvre des activités mais le recrutement en janvier

- 2015 d'un spécialiste des marchés selon la loi sénégalaise a permis un suivi plus efficace et plus rigoureux de ceux-ci.
- Par ailleurs, des recommandations de l'audit réalisé fin 2013 continuent à être appliquées le plus rigoureusement possible.
- En 2015 l'augmentation du nombre de structure (de 2 à 6) bénéficiant des accords d'exécution et accords de financement a entraîné une augmentation du travail de suivi à réaliser. Les structures bénéficiaires, surtout les nouvelles, ont eu des difficultés à appliquer pleinement les conventions signées. Heureusement l'expérience antérieure a été mise à profit pour améliorer la communication avec le projet et ainsi de maintenir un climat constructif. L'application des A.E. qui deviennent en 2015 des conventions de subsides restent un exercice délicat tant le niveau d'exigence de la CTB est éloigné du standard habituel des centres de santé. Il faut néanmoins signaler que le niveau d'exigence de la CTB oblige les centres de santé à améliorer leurs pratiques gestionnaires, ce qu'ils reconnaissent bien volontiers.

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 UDAM.
- Un alignement de la CTB aux conditions d'indemnisation appliquées par d'autres partenaires fin 2014 a permis une réduction de l'impact de cette problématique. La proposition d'unification des barèmes proposés en juin 2015 par le G50 est une initiative louable mais elle n'est pas encore d'application car le ministère des finances doit encore l'approuver.
- Le développement de deux approches différentes pour l'assurance maladie, celle de l'UDAM et celle des mutuelles communautaires, vu par certains comme deux démarches parallèles, 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 maladies universelles. Et, si le PAODES a été autorisé à appuyer la mise en place d'UDAM dans deux départements, il faut que la capitalisation de cette recherche-action voie l'ensemble des partenaires s'y investir.
- Les procédures des marchés publics sénégalais, 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 voire après terme.

2.1.5 Suivi des Indicateurs

- L'évolution des indicateurs du PNDS doit permettre un suivi quantitatif de l'atteinte des résultats du projet. Un problème fondamental est le fonctionnement défaillant de la collecte au niveau périphérique des informations nécessaires au calcul de ces indicateurs.
- Il convient de rappeler que le PAODES n'intervient que de manière très limitée dans les régions de Thiès, Diourbel, Kaolack et un accès prioritaires 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.

- 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.
- En attendant que le DHIS 2 soit pleinement fonctionnel et produise des données fiables, le projet s'est résolu de documenter uniquement les progrès des indicateurs des actions sous son contrôle dans les districts prioritaires.

2.2 Performance de l'Outcome



2.2.1 Progrès des indicateurs

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

Indicateurs	Valeur de la Baseline 2011	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Valeur année 2015	Cible finale
Taux de consultation primaire curative dans les districts appliquant la TF	37% 19%***	46%	54%	69% (Koungheul et Sokone)	ND
Taux de personnes couvertes par les UDAM*	-	-	Koungheul : 2,17% Foundiougne : 2,38%	Koungheul : 6,9% Foundiougne : 7%	25%
Utilisation des services de santé par les assurés en cours de droit		NA	ND	Koungheul : 0,27 Foundiougne : 0,53	1 utilisation/bénéfici aire 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

- Les hausses et baisses de la fréquentation des structures sanitaires pour les consultations primaires et l'utilisation des services sanitaires par les mutualistes dans les cinq régions ne peuvent être à ce stade imputées aux actions du PAODES car son intervention pour ces deux aspects est principalement concentrée dans 4 districts pilotes sur les 28 que comptent les 5 régions médicales. Pour les 24 autres districts, l'appui du PAODES est marginal, se réduisant à l'apport d'équipement 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 repris dans le tableau. Ils montrent une nette augmentation de la fréquentation des structures sanitaires. L'interprétation de ce résultat doit encore être validée et expliquée.
- Le taux de personnes couvertes par les UDAM a fortement augmenté suite aux

stratégies de mobilisation communautaire mises en place et à l'enrôlement des bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale (BFSF). Concernant l'utilisation des services, l'adhésion à l'UDAM et le fait de pouvoir bénéficier d'une prise en charge n'implique pas forcement 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 année 2008	Valeur année 2010	Valeur année 2011	Valeur année 2014	Valeur année 2015	Cible OMD 2015
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	ur 410 370		320	315	170	
Taux de mortalité infanto juvénile	95‰	66.8‰		60‰	54‰	50‰
Espérance de vie à la naissance	59		61	64	64	N/A

2.3 Performance de l'output 1



Progrès des indicateurs 2.3.1

Output 1 : La qualité des services est améliorée								
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> 2011	Valeur année N 2013	Valeur année N 2014	Valeur année 2015	Cible finale			
Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié	79%	81%	81%	84%	90%			
Taux de satisfaction de la population sur l'utilisation des services	ND	ND	91,6%	92,7%	90%			
Valeur moyenne de la qualité des services par district.	ND	ND*	ND	ND	ND			

2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités⁵	État d'avancement :		t :	
	Α	В	С	D
Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les établissements sanitaires (CS, PS) et leurs organes de gestion et coordination		Х		
2 Définir et/ou actualiser le contenu des paquets de service par niveau de soin : PMA, PCA, protocoles et arbres décisionnels		Х		
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			Х	
4 Impliquer le personnel dans le développement de leurs formations sanitaires à travers des mécanismes adaptés		Х		
5 Conduire des études en enquêtes alimentant la réflexion sur la qualité des soins et des services	Х			

Analyse des progrès réalisés 2.3.3

Dans le cadre de la mise en œuvre du PRC, en collaboration avec la DSRSE et le PAODES, les Sages-femmes des districts prioritaires ont bénéficié des formations en échographie obstétricale. Par ailleurs, les formations en soins obstétricaux et néonataux

⁵ 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.

d'urgence de base (SONUB) ont permis d'augmenter de 3% l'accouchement assisté par du personnel qualifié.

Dans l'ensemble, il y a eu une bonne dynamique évolutive du déroulement des activités avec la mesure d'harmonisation de la politique des perdiems et l'arrivée de l'expert qualité et accréditation financée par le PAREE qui a pris fonction en début 2015.

La démarche qualité jusqu'alors mise en place par le Ministère de la santé au niveau des structures sanitaires est centrée sur l'organisation des services à travers l'approche 5S ainsi que les formations en hygiène hospitalière et gestion des déchets biomédicaux. Les formations sur l'approche « 5S » avec le Programme National Qualité ainsi que la supervision post-formation ont été bouclées en majorité vers la fin novembre 2015. Au total 5 formations sur les six programmées pour l'approche 5S ont été réalisées. Les 7 districts prioritaires notamment Bambey, Ndoffane, Foundiougne, Passy, Sokone et Koungheul en ont bénéficié. Concernant l'hygiène hospitalière, outre la formation des formateurs, les districts prioritaires (à l'exception des DS de Sokone et Passy) ont bénéficié de la 1ère session de formation en Hygiène hospitalière et gestion des déchets biomédicaux avec l'appui du PRONALIN.

L'appropriation de la démarche est en cours par les Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et les Comités d'hygiène, sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

L'enquête de satisfaction menée au dernier trimestre 2015 a révélé que 95% de patients étaient satisfaits de l'hygiène et de la propreté des structures. Néanmoins, la problématique de gestion des déchets biomédicaux reste une priorité.

Le travail de normalisation a été fait par la DPRS avec l'appui technique de l'ATI-expert en qualité et de l'ATN santé publique du PAODES. Le financement des ateliers préparatoires a été assuré par le PAODES/PAGOSAN, LUX-DEV et d'autres PTF. Un rapport provisoire de mise à jour de la carte sanitaire intégrant la définition du Paquet Minimum Exigé (PME) et du Paquet Maximum Autorisé (PMA) est disponible pour les niveaux CS et PS.

L'appui de l'expert en qualité et accréditation du PAREE et de l'ATN Santé publique du volet Offre a permis d'avancer sur l'élaboration des protocoles thérapeutiques pour la prise en charge des maladies chroniques, 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.

Les normes de la nouvelle carte sanitaire, les protocoles et arbres décisionnels ainsi élaborés, serviront de base pour les formations des prestataires et le suivi de la qualité des services qui n'était pas évaluée de façon holistique jusqu'à présent. C'est en ce sens qu'une check-list qualité inspirée de celle du Programme National du financement basé sur les résultats (FBR) va être mise en place. La continuité de ce travail sera l'une des priorités de 2016.

Les enquêtes de satisfaction ont apporté les éléments d'appréciation des prestataires et de la population. Le degré de satisfaction des usagers par rapport à la qualité des prestations fournies au niveau des structures de santé est passé de 91,5% en 2014 à 92,7% en 2015. L'importance des changements intéressants liés à l'application de la tarification forfaitaire subsidiée dans le fonctionnement des structures est signalée par au moins 91% des prestataires (PAODES, enquête de satisfaction, 2015).

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 Valeur Cible Valeur Valeur la Baseline année N année N année N finale 2011 2013 2014 2015 Taux d'exécution technique des Plan de ND 68% 80% 90% ND Travail Annuel par district Pourcentage de réunions mensuelles de 68% 92% 75% 100%* 100% coordination tenues par district pilote Pourcentage de supervisions intégrées effectuées par l'Equipe cadre dans les 100%* ND ND 100% 100% districts pilotes

2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :		t :	
	Α	В	С	D
Développer la fonctionnalité des Equipes Cadres de District y compris leur capacité managériale		Х		
2 Elaborer un Plan de Développement des Ressources Humaines par district, en articulation avec la région et le niveau national				Х
3 Mettre en œuvre le renforcement des RH pour les acteurs de la santé dans les districts		Х		
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		Х		
5 Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et évaluation: SIS et autres sources d'information		Х		
6 Développer les capacités des acteurs en matière de recherche et de documentation		Х		
7 Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des formations sanitaires dans les districts			Х	
8 Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des médicaments dans les districts sanitaires		Х		

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Le renforcement des capacités des équipes cadre de districts en santé publique (ISED) et en recherche sur les systèmes de santé continue en collaboration avec le programme PRC de la CTB. Pour l'année 2015, un plan de renforcement de capacités a été élaboré en partenariat avec le MSAS et le PRC. C'est sur cette base que les formations en échographie générale et obstétricale ainsi que celle en Soins obstétricaux et néonataux

^{*}Districts de Sokone et Koungheul

d'urgence de base (SONUB) ont démarré. Les guides de formation en santé buccodentaire et soins oculaires primaires élaborés en 2014 ont été finalisés en 2015. Ces guides ont servi de base pour les formations en cours.

A ce jour, les 7 districts prioritaires ont bénéficié de formation en santé buccodentaire. Les formations en soins oculaires suivront en 2016.

Avec l'introduction des districts de Foundiougne et Passy dans le processus de réformes profondes dont la tarification forfaitaire subventionnée sous condition en 2015, le projet a étendu la zone géographique appuyée de manière plus intensive. Les deux districts du département de Foundiougne qui ont démarré la tarification forfaitaire ont bénéficié d'un minimum d'équipement de laboratoire et d'un accompagnement dans la mise en œuvre de la TFS.

Néanmoins, le projet n'est pas en mesure pour le moment, de mettre en place des mécanismes pour renforcer et fluidifier le financement des districts sanitaires. La proposition de placer un gestionnaire professionnel au niveau de centre de santé pilote est toujours en discussion.

Les districts pilotes de Koungheul et Sokone ont bénéficié durant le 1er semestre 2015, d'une supervision en gestion des médicaments par les responsables des pharmacies régionales d'approvisionnement en médicaments et produits essentiels (PRA). Au cours du 2ème semestre, ce suivi a été renforcé lors de la mission effectuée par la DGS ; la PNA et le PAODES dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des initiatives innovantes. Par Ces missions ont confirmé, que par rapport aux ruptures de médicaments essentiels génériques, la responsabilité incombe aux différents niveaux de la chaine d'approvisionnement en médicaments et produits essentiels et sont largement aggravées par les initiatives de gratuité. En termes de solution aux ruptures de médicaments, la mission a recommandé (1) la mise en œuvre de la stratégie « jegesi naa⁶ » actuellement en phase expérimentale dans certaines RM du Sénégal et (2) la professionnalisation de la gestion des dépôts de pharmacies des districts.

Concernant le système d'information sanitaire et des indicateurs du PNDS, l'appui du PAODES et PAGOSAN à la DSIS se poursuit à travers la formation des personnels des districts et des structures sanitaires sur le DHIS2 qui est la nouvelle plate-forme de collecte et de partage des données sanitaires en ligne. Au moins quatre personnes par district ont été formées à l'utilisation du DHIS2 soit un total de 122 agents dans la zone couverte par le PAODES. L'utilisation de la nouvelle plateforme par les personnes se fait progressivement, la promptitude atteint désormais 80%. La qualité des données produites pose encore un véritable défi. Dans ce sens, l'appui à la DSIS pour le suivi et l'accompagnement technique des personnes formées reste une priorité pour arriver à produire l'annuaire 2014 et 2015 des données sanitaires à partir du DHIS2.

Les activités visant l'informatisation du dossier du patient continuent en collaboration avec la Cellule Informatique du Ministère de la santé, Télémédecine et Open It Society. En 2015, les réseaux informatiques des districts sanitaires de Sokone, Foundiougne, Passy et Koungheul ont été réhabilités. Les équipes des districts de Sokone et Foundiougne ont été formés à l'utilisation du logiciel Open Clinic. Des ordinateurs ont été installés sur tout le circuit du patient dans les deux centres de santé et l'informatisation proprement dite a démarré. En 2016, on procédera à l'informatisation des deux autres centres de santé et les postes de santé pilotes (deux par districts). Le projet doit être bouclé avant la fin du premier semestre 2016 du moins pour la mise en place car, des mesures complémentaires devront être prises par le PAODES en collaboration avec la Cellule informatique du MSAS pour assurer le suivi sur au moins une année et la prise en charge des externalités inhérentes à l'introduction de l'informatisation dans le système habituel de gestion du dossier patient et des médicaments.

٠

⁶ Signifie en wolof : je me rapproche.

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 année N 2013	Valeur année N 2014	Valeur 2015	Cible finale			
Couverture en structures SONUC	1.4	1.3	1.4	1,5				
Proportion de PS fonctionnels	99%	99%	99%	100%	100%			
Taux d'exécution du plan de maintenance des districts	Les plans de maintenance n'existent pas encore							
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 :		t :	
	Α	В	С	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)			х	
2 Etablir un plan d'investissement en infrastructures et équipement à court terme			Х	
3 Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant le plan d'investissement			Х	
4 Etablir un plan d'équipement par district et région		X		
5 Appuyer l'élaboration et mise en œuvre de Plans de Maintenance et de gestion des déchets médicaux par district				Х
6 Assurer la fonctionnalité d'un système de référence et contre référence stable, y compris l'évacuation des urgences médico-chirurgicales			Х	

2.5.3 Analyse des progrès réalisés

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 2015 en couverture SONUC, c'est par ce que la moitié des structures SONUC n'ont pas fonctionné par manque de RH.

Les grands travaux de réhabilitation d'infrastructures sanitaires dans les départements de Foundiougne et Koungheul, confiés à l'AGETIP comme maitre d'ouvrage délégué, sont

entrés dans leur phase active depuis Novembre 2015, pour une durée globale de treize mois et un montant global provisoire de près de deux millions cent mille euros (2 100 000 euros). Leur achèvement est planifié pour la fin de l'année 2016. Ces travaux vont relever de façon significative les plateaux techniques des centres de santé de Sokone, Koungheul et les postes de santé de Keur Saloum Diané, Guaint Pathé et Sokone commune.

Les travaux de remise en état des installations électriques du centre de santé de Foundiougne, sont en cours d'achèvement et la réception est programmée avant la fin du mois de janvier 2016. Ces travaux contribueront au relèvement du plateau technique, car permettront le fonctionnement des équipements de radiologie et de stérilisations qui étaient acquis depuis 2014, mais qui ne pouvaient être installés, faute de courant stable.

Les travaux complémentaires au niveau du centre de santé de Gossas, portant sur la remise en état de la toiture, sont exécutés à 80%, mais n'ont pas pu être réceptionnés à cause des retards de l'entrepreneur.

Pour l'année 2016, d'autres travaux sont envisagés notamment la reconstruction du pavillon de chirurgie de l'hôpital de Kaffrine et la remise en état des installations électriques du centre de santé de Thiadiaye. Les dossiers d'avant-projet détaillés (APD) sont en cours de validation, le lancement des marchés des travaux aura lieu au courant du premier trimestre 2016, en procédure d'urgence.

L'appui en infrastructure du projet est élargi aux UDAM, avec la construction des sièges de Sokone et de Koungheul. Les études d'avant-projet détaillé sont en cours de finalisation.

Les besoins urgents en équipements pour appuyer les centres de santé de Foundiougne et de Passy, pour la mise en œuvre de la tarification forfaitaire ont été satisfaits.

En outre, une acquisition d'un lot d'équipement médico- techniques pour un montant global de trois cent cinquante mille euros (350 000 euros) a été lancée pour appuyer les districts sanitaires. La réception de ces matériels est prévue avant la fin du mois de janvier 2016.

Pour l'année 2016, une importante acquisition d'équipements médico–techniques pour les structures sanitaires en cours de réhabilitation et d'extension est planifiée.

La réalisation des infrastructures et des appuis en équipement déjà enclenchés pourraient permettre d'atteindre l'output d'ici fin 2016. 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 du 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.

Un outil de base de données pour la gestion des infrastructures est aussi en cours d'élaboration avec l'appui du PAREE.

Pour la gestion des déchets, aucune évolution n'est encore notée. La quasi-totalité des incinérateurs au niveau des structures sanitaires ne fonctionnent pas.

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 de la <i>Baseline</i> 2011	Valeur année N 2013	Valeur année N 2014	Valeur année N 2015	Cible finale
Taux de césariennes dans les districts pilotes	1.0%	1.5%	1,5%*	1%	3%
Nombre d'interventions de chirurgie de district dans les zones pilotes ¹	156	0	113	124	
Taux de consultation primaire curative des districts sanitaires appliquant la tarification forfaitaire	19%	45%	67%***	69,4%	70%
Proportion de districts sanitaires utilisant un système d'information on line (DHIS2)	0%	0%	0%	100%	100%
Nombre de campagnes de sensibilisation sur les maladies chroniques et les violences faites aux femmes menées dans la région	0	0	0	ND	

^{*}C'est le taux réalisé par le CS de Koungheul, Sokone ne fonctionnait pas.

2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :		t:	
	Α	В	С	D
1 Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé			Х	
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.)		Х		
3 Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie dans des districts identifiés, en arrivant à les modéliser en vue de leur réplication	Х			
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 taux de césarienne reste relativement faible dans les districts de Sokone et Koungheul. A Sokone, la diminution observée du taux de césarienne est liée notamment

^{**} Le CS de Sokone n'a pas pratiqué de césariennes durant le premier trimestre 2015 faute d'anesthésiste et durant quatrième trimestre 2015 à cause des travaux de réhabilitation

^{***}Taux extrapolé à partir des donnés au 31 octobre 2014

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

au fait que le bloc opératoire n'a pas fonctionné durant le premier trimestre 2015 à cause de l'absence de l'anesthésiste et fin dernier trimestre 2015 suite aux travaux de réhabilitation.

On observe une augmentation importante de la fréquentation des structures de santé dans le district de Koungheul (86%) contrairement à Sokone (51,7%). Une analyse devra être faites mais cela pourrait s'expliquer par le temps de réaction pour passer à la consultation primaire curative (ambulatoire) qui est de 5,3 jours à Koungheul alors qu'il de 13,7 jours à Sokone (PAODES, enquête de satisfaction, 2015)

Dans les 4 districts pilote de Sokone, Passy, Foundiougne et Koungheul, un système de tarification forfaitaire subsidiée constitue l'une des actions innovantes du projet pour améliorer la qualité des soins. Cette action structurante, mise en œuvre suivant le principe d'une recherche-action, montre des résultats intéressants qui doivent encore être consolidés à Sokone et Koungheul. Le patient accepte le système puisque le taux de notoriété a augmenté de 10,1% par rapport à 2014. Le personnel reconnait de plus en plus la valeur de la TF car 91% est satisfait des changements introduits. On peut noter qu'en 2015, 71,6% des membres du personnel soignant se disent tout à fait satisfait de l'introduction de la TF dans les districts de Koungheul et Sokone comparé à 65,9% en 2014. Comme signalé plus haut, les ruptures de stock en médicaments constituent un handicap de la crédibilité de la TF qu'il faudra s'attacher à réduire en 2016

Les contraintes à la mise en œuvre de la chirurgie de district persistent. Des réunions de concertation entre le MSAS et les facultés ont débouchés sur 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. Toutefois, au cours de l'année 2015, un état des lieux de la transfusion sanguine sécurisée dans la zone centre du pays a permis d'élaborer un plan d'action de renforcement du plateau technique et des capacités des prestataires, préalable essentiel pour la disponibilité du sang sécurisé et l'effectivité de la chirurgie de district.

La possibilité d'affecter des chirurgiens stagiaires de 4ème année dans les centres de santé de Sokone, Koungheul et Nioro est une piste de solution en cours d'exploration pour rendre opérationnelle la chirurgie de district au niveau de la zone d'intervention.

Pour la décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques, principalement le diabète, l'hypertension, l'asthme, les broncho pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), des protocoles thérapeutiques pour les niveaux CS et PS ont été élaborés en 2015. La mise en œuvre des formations sur base de ces protocoles sera la priorité pour 2016.

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. Toutefois, la qualité des données et leur analyse sont à renforcer. Un interfaçage entre le DHIS2, le dossier patient, et Mas Gestion (logiciel de gestion des données sur l'assurance maladie) dans les départements de Foundiougne et Koungheul est encours de conception.

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 de la <i>Baseline</i> 2011	Valeur année N 2013	Valeur année N 2014	Valeur année N 2015	Cible finale		

Proportion de supervisions du niveau régional (RM et spécialistes EPS 2) vers les centres de santé et EPS 1	ND	ND	98%	ND*	
Proportion de supervisions de l'ECD vers les postes de santé	ND	ND	75%	100%**	
Proportion des comités de santé qui tiennent leurs réunions statutaires (mensuelle de bureau + cogestion + AG) par district	0%	0%	ND	ND*	
Proportion des comités de gestion qui tiennent leur réunion statutaires par district	0%	0%	0%	ND*	

^{*} les rapports annuels ne sont pas encore disponibles

2.7.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :		t :	
	Α	В	С	D
1 Renforcer la direction de la santé dans son rôle recteur et de coordination en appui aux régions et districts sanitaires. Renforcer sa fonction de supervision		Х		
2 Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à tous les niveaux			Х	
3 Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de l'hôpital régional vers les districts				Х
4 Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur fonction d'interface réel entre la population et le système de santé		Х		
5 Renforcer la capacité des instances représentatives des collectivités locales dans le domaine de la santé et la dynamisation des comités de gestion			Х	
6 Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter régions			X	

2.7.3 Analyse des progrès réalisés

Les comités de santé de Koungheul et Sokone ont reçu des ordinateurs. Les trésoriers de ces districts enregistrent et analysent les entrées et les dépenses des centres de santé. Par ailleurs, les trésoriers des comités participent aux formations sur la gestion du dossier patient. Ainsi ; ils pourront accéder à la base de données des tickets vendus et des médicaments sortis du dépôt à tout moment.

Les revues de performances des initiatives innovantes dans les districts pilotes sont organisées par le PAODES et les districts sanitaires tous six mois au niveau des districts de Sokone, Koungheul, et Foundiougne. Elles ont permis de partager les réalisations avec les autorités représentants de l'Etat, les collectivités locales, les régions médicales, les unions régionales de mutuelles et les comités de santé.

En 2015, la capitalisation des actions phares du projet principalement la TFS et les UDAM a débuté et ceci va permettre une mise en commun des leçons apprises de la recherche-action. Dans sa méthodologie, la capitalisation permet aux différents acteurs et partenaires de tous les niveaux de la pyramide sanitaires de se retrouver, de réfléchir et

^{**}Sokone et Koungheul seulement

de documenter leur vécu commun dans le cadre du PAODES. Au moins sept 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 2016.

Le renforcement des comités de santé est programmé pour 2016, par contre celle des comités de gestion n'est pas prévu car ils ne sont quasiment pas opérationnels.

2.8 Performance de l'output 6

Résultats abandonné

2.8.1 Progrès des indicateurs

L'abandon de ce résultat validé par la SMCL du 08 avril 2014 entraine l'arrêt du rapportage qui y est lié. Il n'incombe plus au projet de faire un appui aux mutuelles et unions de mutuelles existantes car il lui est demandé de se concentrer sur l'expérience pilote qu'il lui est autorisé à mener dans les départements de Koungheul et Foundiougne.

Cependant, en 2015, plusieurs activités menées pour et par les UDAMs ont impliqué les unions régionales des mutuelles de santé, surtout celles de Fatick, Kaffrine, Kaolack et Dakar : élaboration d'une ébauche de convention entre la CMU et les UDAMs d'une part et entre la CMU et les unions régionales des MS d'autre part, invitation à la restitution du manuel de procédures des UDAMs, invitation à la formation des comités de contrôle. Ces échanges ont suscité le besoin de ces unions régionales à effectuer dans un premier temps des visites d'échanges. A la sortie de ces visites, elles se sont montrées intéressées par la portabilité de l'assurance dans les UDAM. Pour étendre la portabilité, il faudra nécessairement des rapprochements entre les petites mutuelles, des harmonisations dans le paquet de bénéfices assurés, l'utilisation de bases de données communes, des révisions des contrats signés avec les prestataires, le développement de capacités à analyser les consommations de soins par formations sanitaires et lieux d'origine de patients. Si ces mutuelles évoluent dans ce sens, leur modèle se rapprochera de celui des UDAMs.

2.8.2 Analyse des progrès réalisés

Non Applicable

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</i> 2013	Valeur année N-1 2013	Valeur année N 2014	Valeur année 2015	Cible finale		
Nombre d'unités départementales d'assurance maladie mises en place et fonctionnelles	0	0	2	2	2		
Nombre d'antennes de collectivité locale mises en place et fonctionnelles	0	0	26	26	26		

2.9.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités		tat d'avai	ncemen	t :
	Α	В	С	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	Х			
3 Développer progressivement les statuts régissant les relations et fonctions des Unités Départementales d'Assurance Maladie et des antennes de collectivité locale (antennes communales)		Х		
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			Х	
6 Développer et mettre en œuvre un programme intégré de développement des compétences des membres des UDAM et des antennes de collectivités locales		Х		
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		Х		
9 Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en cours de projet*				

^{*}Un grand nombre d'études vont être imputées sur le résultat 10

2.9.3 Analyse des progrès réalisés

Les différentes études et ateliers nécessaires à la sélection et au plan de développement de deux zones pilotes à placer sous Assurance Santé Universelle selon des critères préétablis ayant déjà été réalisées en 2014, l'état d'avancement de cette action ne doit donc plus être poursuivi.

Depuis le recadrage du projet en février 2014, la seconde action a été modifiée ; il ne s'agit plus de Bureaux Régionaux d'Assurance Santé mais bien d'Unités Départementales d'Assurance Maladie. Ces unités ont continué à être dotées en 2015 des ressources nécessaires pour leur fonctionnement. Il s'agit notamment de tout ce qui est équipement de bureau et véhicules. Les études techniques devant aboutir à la construction des sièges administratifs des UDAM ont également commencé.

Les équipes qui devaient être complétées par le recrutement d'un médecin conseil en 2015, n'ont pu l'être. Le processus de recrutement a dû être relancé car une seule candidature qui ne correspondait d'ailleurs pas au profil demandé avait été reçue. Pour le second tour, il a été autorisé de postuler par mail. Mais la récolte ne fut pas très fructueuse non plus : trois candidats seulement dont 2 qui ne répondaient pas au profil. L'audition du seul candidat s'est faite en présence de deux directeurs de l'Agence de la CMU. Le candidat a satisfait. Il reste pour le début de l'année 2016 à voir si le candidat acceptera les conditions financières du poste.

Si les statuts des UDAMs ont été produits avant la signature des accords de financement avec le PAODES en décembre 2014, ils n'ont obtenus leur validation qu'à travers l'arrêté

ministériel du 29 octobre 2015 portant **agrément** des mutuelles de santé dénommées Unités Départementales d'Assurance Maladie. Nous nous rappellerons que le DTF du PAODES recommandait de faire fonctionner ces structures avant de réfléchir au statut à leur donner. Pour se démarquer même des mutuelles communautaires, péchant par leur limite à obtenir des taux de pénétration qui leur permettraient au moins leur survie financière tout en honorant les charges techniques, le PAODES avait pensé leur donner un statut d'ONG ou d'ASBL. Mais très vite, nous nous sommes rendus compte que si nous voulions que les UDAM jouent un rôle dans le système de la CMU au Sénégal, il fallait pouvoir être reconnu par le MSAS qui n'avait pas d'autres possibilités de reconnaître les UDAM que si elles étaient des **mutuelles de santé**, statut actuel des UDAMs

L'année 2015 a vu la parution des outils de suivi-évaluation des UDAMS, les rapports périodiques sont désormais produits et diffusés. En sus, un manuel de procédures administratives, financières et comptables des UDAM a été élaboré avec l'appui d'un cabinet d'experts comptables et fiscalistes. Les UDAMs disposent maintenant d'un important outil de gouvernance qui facilitera l'harmonisation entre les UDAMs ainsi que les audits. Les tableaux de bord des UDAMs ont dû malheureusement continuer à être suivi sur Excel. Alors que le contrat avec le développeur de MAS-gestion couvrait la période de juillet à décembre 2013, il faut se rappeler que c'est dans cette période que le volet Demande du PAODES connaissait ses moments les plus durs ; son approche n'était plus portée par le MSAS. Donc dans les délais du contrat avec le consultant, trop d'éléments à intégrer dans le logiciel changeaient, ce qui ne lui a pas permis de finaliser l'outil même s'il s'est montré très généreux de son temps pour accompagner le projet jusqu'à son départ dans un autre pays pour un autre contrat. L'outil MAS-gestion n'a donc pas pu être utilisé en 2015 avec ses pleines capacités. Nous comptons trouver une belle solution à cela en 2016.

En 2015, vingt-six (26) Collectivités Locales ont commencé à jouer pleinement leur rôle d'appui aux antennes de Collectivités Locales dans la mobilisation sociale, l'information sur l'assurance santé, la mise à disposition des membres des comités d'antennes des moyens logistiques. Huit (8) ont enrôlé des personnes indigentes avec le budget municipal.

Dans le plan de renforcement des compétences du personnel des UDAM, nous pouvons mettre à l'actif du projet la formation sur le quantum GIS, sur la comptabilité UEMOA des mutuelles de santé, sur les missions de contrôle des comités de contrôle et sur l'utilisation du manuel de procédures, entre autres

Alors que les conventions entre les UDAMs et les DS de Sokone et de Koungheul ont été signés en tout début d'année, ceux avec les DS de Foundiougne et de Passy ne se sont produits que beaucoup plus tard dans l'année. En effet, ces DS devaient d'abord mettre en œuvre la tarification forfaitaire. Ces arrangements ont permis, à la fin du troisième trimestre 2015⁷, de rembourser un montant de 7.479.550 FCFA aux formations sanitaires conventionnées du département de Foundiougne et de 8.700.000 FCFA à celles du département Koungheul. Les factures des formations sanitaires sont remboursées en moins d'un mois.

Et enfin, en matière de communication, les UDAM, après avoir formé les prestataires des 4 DS, ont formé les membres des comités de contrôles, les populations, les antennes de collectivités locales, les vendeurs de tickets, les journalistes de Koungheul, Foundiougne, Fatick et Kaolack. Un certain nombre de supports visuels ont été développés comme des banderoles didactiques, des sacs à images, des fardes, des casquettes, bic, Tee-shirt, polos, pins, autocollants. Plusieurs émissions radio ont été réalisées dans les deux départements avec la participation des prestataires. Une page Facebook a été ouverte

_

⁷ Au moment de la rédaction du rapport annuel 2015, les UDAM n'ont pas encore reçu toutes les factures des formations sanitaires.

par l'ATN communication. Malheureusement cette personne n'est pas restée dans le projet au-delà de sa période d'essai et donc cette page n'est plus active. Ce sont donc les aspects de visibilité et de contact sur le net qu'il faudra développer en 2016.

2.10 Performance de l'output 8

2.10.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur Baseline	Valeur 2012	Valeur 2013	Valeur 2014		Valeur 2015		Cible 2016	Cible finale
	2011			Kgh	Fdj	Kgh	Fdj		
Taux de personnes couvertes par les UDAM à jour de cotisation = taux de pénétration	NA	NA	3%	2,17%	2,38% (2)	5,47% sans BBSF 6,9% avec BBSF	4,29% sans BBSF 7% avec BBSF	9% sans BBSF	25%
Nombre de bénéficiaires à jour de cotisation et ayant droit aux prestations = nombre de bénéficiaires en cours de droit				3 433	3941	5 674	11016	40500	112 500
Utilisation des services de santé par les bénéficiaires en cours de droits (becd) (nbr cas ou forfaits remboursés/ nbr bénéficiaires en cours de droit)	NA	NA	43%	3775/ 3433= 1,04 nc/becd/a n (3)	4584/ 3941= 1,16 nc/becd/an	9042/ 5674 = 1,59 nc/becd/an (11)	5898/ 11016 = 0,53 nc/becd/an (11)		1 nc/becd/ an
% d'indigents couverts par les UDAM (FE + BSF)				0% (1)	4,6 %(4)	25%	38,8%	10%	7%
% d'indigents du FE couverts par les UDAM (parmi tous les bénéficiaires)						5,6%	1,2%	0%	0%
Pourcentage d'indigents du fonds d'équité de l'Etat utilisant les services de santé par an	0%	2%	31%	0% (1)	0%	(12)	53 /244 = 22%	NA	NA
Pourcentage de femmes indigentes prises en charge par le fonds d'équité de l'Etat (parmi les indigents du FE)	0%	34%	55%	0% (1)	57%	52%	52%	NA	NA
% de bénéficiaires des BSF couverts par les UDAM (parmi tous les bénéficiaires)				0%	0%	19,4%	37,6%	10%	7%
Pourcentage de bénéficiaires des BSF utilisant les services de santé par an				0%	0%	144/2940 =4,9% (12)	19 /7570 = 0,25%		(13)
Pourcentage de femmes bénéficiaire de la BSF (parmi tous les BBSF						1013/ 2315= 44%	3839/ 7570 = 51 %		50%
Nombre de partenaires (autres que la CTB) participant au financement des UDAM	0	0	0	0	0	0	0	>1	>4
Nombre de fonds d'assistance sociale et de programmes verticaux (spécialisés) participant au financement des UDAM				0	1 (5)	3 (6)	3 (6)	>3	>4

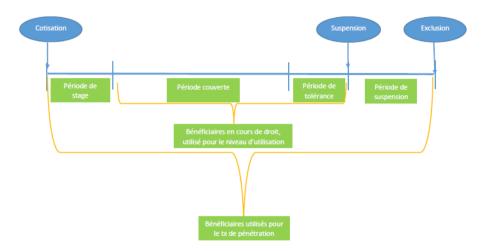
Taux de sinistralité a Montant total des charges techniques *100/ Montant des cotisations <u>émises</u> (aequises) SANS cofinancement (8)	NA	NA	NA	92,95%	104%	8700000/ 10849400 = 80% (7)	7479550/ 18950450 =39% (7)	110%	155%
Taux de sinistralité b Montant total des charges techniques *100/ Montant tot des cotisations <u>émises</u> (acquises) (8)						8700000/ 31404750 = 27% (7)	7479550/ 53786450 =14% (7)	66%	77%
Nombre de RA menées sur les thématiques de la CUS				0	0	1	1	2	10
Ratio d'autonomie financière Montant des cotisations émises (acquises)/Montant des charges totales						31404750 /1334170 0=2,35 (9)	53786450 / 21617459 =2,48 (9)		>1
Taux de dépendance (Montant total des subventions + Montant reprises subventions investissements) *100/Montant des charges totales						ND (10)	ND (10)	25%	0%

- (1) Au courant de l'année 2014, les cotisations des indigents qui devaient être enrôlés dans les mutuelles de santé du département de Koungheul (« Xettali Njaboot » et « Yombal Faju ») ont été retenues au niveau de l'Union Régionale des Mutuelles de Santé de Kaffrine. Les bénéficiaires des Bourses de Sécurité Familiales (BBSF) seront enrôlés en 2015. Au courant de l'année 2015, les fonds ont finalement été libérés par l'Union Régionale des Mutuelles de Santé de Kaffrine. Il s'agit d'un montant de 3 464 000 FCFA.
- (2) Taux de pénétration du DS de Sokone seulement
- (3) Sans les consultations du mois de décembre 2014
- (4) Uniquement les 181 bénéficiaires du fonds d'Equité de l'Etat du DS de Sokone
- (5) Fonds d'équité de l'Etat
- (6) Etat central avec son Fonds d'Equité et ses Bourses de Sécurité Familiale, les Collectivités Locales 'communes' et Départements' qui ont pris en charge la cotisation de membres.
- (7) Données à la fin du troisième trimestre : toutes le formations sanitaires n'ont pas envoyé les factures du quatrième trimestre
- (8) Le logiciel Mas-gestion ne permet pas aujourd'hui de retraiter les informations sur les cotisations pour donner la part de celles-ci due à l'exercice sous analyse. C'est pourquoi au lieu de parler de cotisations acquises, nous parlons ici de cotisations émises.
- (9) Etant donné le point (8) ci-dessus, nous avons opté pour donner un ratio d'autonomie financière basés sur les cotisations émises et non acquises. Les charges totales ne reprennent pas encore les montants 'reprise de subvention d'investissement' ni les différentes charges supportées directement par le PAODES pour la réalisation des activités des UDAM (transport et per diem, principalement)
- (10) Le projet PAODES n'a pas fait un retraitement du FIT pour sortir toutes les dépenses financées au profit des UDAM en dehors des accords de financement des UDAM.
- (11) Le niveau d'utilisation des services est une valeur non fixée au moment du rapport : Pour l'UDAM de Foundiougne, des cotisations de bénéficiaires du DS de Passy et Foundiougne ont été collectées avant le démarrage de la Tarification Forfaitaire Subsidiée. Leurs cotisations étaient bien dans les fonds de l'UDAM sans que ces personnes commencent à utiliser les services. Au moment de la rédaction du rapport annuel, les deux UDAM n'ont pas encore reçu l'ensemble des factures des prestataires qui permettent de calculer le nombre d'épisodes maladie (contact ou forfait) consommés par les bénéficiaires de l'assurance maladie. Pour l'UDAM de Koungheul, l'utilisation des services de santé est tirée par le haut par la population d'un poste de santé(Ngérane Fass) massivement affiliée mais également « sur consommatrice » de soins (presque 2 nc/becd/an)
- (12) L'UDAM de Koungheul a traité ensemble les indigents du FE (625) et les bénéficiaires des Bourses de Sécurité Familiales (2315)
- (13) Il faudrait que le niveau d'utilisation des services de santé par les indigents (BBSF) soit superposable à celui des autres affiliés à l'UDAM. Mais les deux indicateurs n'ont pas été présentés de la même manière. Nous améliorerons cela en 2016.

Nous proposons une formulation plus conforme au langage assurantiel pour les deux premiers indicateurs :

Pour le « taux de personnes couvertes par les UDAM à jour de cotisation », nous proposons le « taux de pénétration » qui englobe toutes les personnes se trouvant en fin d'année (ou à un moment donné) dans la base de données de la mutuelle, qu'elles aient payé leur cotisation et se trouvant dans la période de stage ou dans la période couverte (durant laquelle la personne peut utiliser les services de santé et se faire rembourser), ou dans la période de tolérance (qui varie selon le type de cotisation, annuelle, semestrielle ou trimestrielle), ou dans la période de suspension (6 mois après l'échéance de la période de tolérance, période au-delà de laquelle, le bénéficiaire doit être sorti de l'UDAM).

Pour « Nombre de bénéficiaires à jour de cotisation et ayant droit aux prestations », nous proposons le « nombre de bénéficiaires en cours de droit », ce qui revient au même. Le schéma ci-dessous permet de visualiser les différents états dans lequel peut se trouver un bénéficiaire



L'accord de financement entre la CTB et les deux UDAMs ont été signé à la fin de l'année 2014, ainsi au cours de l'année 2015, les UDAMs ont pu régulièrement entrer leurs facture au PAODES qui pour chaque facture a diligenté une mission de validation de subsides. Les premières validations ont été effectuées par les responsables administratifs et financiers du projet uniquement et c'est sous la proposition de la nouvelle CAFI du projet que l'ATN économiste a été invité à se joindre à l'exercice. Ceci a permis d'avoir un regarde technique en plus du seul regard financier.

Nous n'avons pas travaillé sur un élargissement de l'offre de service de la mutuelle car il est important de bien roder la tarification forfaitaire dans les 4 districts sanitaires des UDAMs, collecter des chiffres de dépenses et de coûts avant de proposer d'autres services. Nous pensons en 2016 essayer d'élargir le paquet de bénéfices aux évacuations (voir, pourquoi pas aux transferts simples) ainsi qu'au service lunetterie.

Rappelons qu'en 2015, le MSAS, ne parlait plus du tout du Fonds de Solidarité. A travers la Délégation Générale à la Protection sociale et à la Solidarité Nationale, l'Etat sénégalais veut harmoniser sa lutte contre l'indigence. Il souhaite ne plus avoir qu'un mécanisme d'identification des indigents qui implique les collectivités locales, qu'un seul registre des indigents et enfin leur assurer à tous une protection sociale en santé en les enrôlant dans les mutuelles de santé. En 2015, il existe encore un fonds d'équité géré par l'Agence de la CMU destiné à payer les cotisations des indigents identifiés dans le cadre du PAMAS. Mais sur demande de la Délégation, les UDAMs lui ont transmis la liste de ces bénéficiaires afin qu'ils soient examinés comme bénéficiaires potentiels des bourses de sécurité familiale

L'Etat du Sénégal a enclenché un large programme de protection sociale au profit des ménages les plus pauvres en leur octroyant une bourse de sécurité familiale, qui est de 25.000 FCFA par trimestre et par famille. La Délégation Générale à la Protection sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSN) s'est fixé un objectif d'enrôler 200.000 familles en 4 tranches annuelles de 50.000 familles. En plus de les faire bénéficier de la bourse familiale, l'Etat a décidé de payer pour elles l'adhésion et la cotisation dans une mutuelle de santé leur donnant ainsi la possibilité d'accéder facilement aux services de santé. Cette aide consiste à 1.000 FCFA pour l'adhésion d'une famille, à 7.000 FCFA pour la cotisation de chaque membre de la famille, à 500 FCFA par personne pour les frais de photographie et à 2.000 FCFA pour le ticket modérateur.

C'est ainsi qu'il a été demandé aux mutuelles des régions de Kaolack, Louga, Kaffrine, Kolda, Diourbel et Fatick d'enrôler la première génération des Bénéficiaires de Bourses de Sécurité Familiale (BBSF) sur base des listes transmises par la Délégation à travers l'Agence de la CMU. Pour la première génération, sur 97.883 personnes, les UDAMs de Koungheul et de Foundiougne ont eu à en identifier respectivement 3655 et 8866 bénéficiaires (500 ménages et 1395 ménages) pour en enrôler finalement 2663 et 7560 (406 et 1241 ménages).

Ce travail d'enrôlement des BBSF a occupé les équipes pendant presque tout un trimestre 2015. Les listes ont été comparées aux listes des indigents du fonds d'équité. Assez étonnamment, les UDAM n'ont constaté que très peu de doublons: pour Foundiougne, sur une liste de 277 bénéficiaires du FE, seulement 16 se sont retrouvés dans la liste des BBSF et pour Koungheul, sur une liste de 654 bénéficiaires du FE, seulement 29 se sont retrouvés dans la liste des BBSF.

Etant donné la volonté de l'Etat sénégalais d'évoluer vers un fichier unique d'identification des indigents, il a été décidé de maintenir ces indigents dans les listes des BBSF et de les retirer de la liste des bénéficiaires du fonds d'équité.

Pour valider ce travail d'enrôlement des BBSF, chaque UDAM a sollicité une réunion du Comité Départemental de Développement (CDD). Aux termes de ces réunions avec compte rendu de la réunion signé par le préfet, les directeurs des UDAM ont envoyé une facture à l'Agence correspondant à la prise en charge des BBSF réellement enrôlés dans les UDAM.

Et enfin pour gérer les fonds que l'Agence s'apprête à transférer aux UDAM, ces dernières ont préparé une convention qui devrait les unir à l'Agence pour une meilleure définition des droits et devoirs de chacune des deux parties dans l'intérêt d'une plus grande efficacité et d'une plus grande redevabilité. L'Agence s'est engagée à faire des versements trimestriels en assurant les UDAMs et les unions régionales qu'elles pouvaient commencer à prendre en charge les BBSF pour le dernier trimestre 2015. En fin d'année, les UDAMs n'ont toujours pas reçu la contribution de l'Etat.

La coexistence d'un système contributif et d'adhésion à vocation obligatoire et de l'autre côté d'initiatives de gratuités perdure. Nous ne désespérons pas que l'Etat finisse par proposer une gestion commune de toutes ces aides : intervenir dans le cadre de la cotisation et du ticket modérateur pour exempter les catégories de personnes ou de malades pour qui il veut intervenir. Une meilleure réflexion sur la coordination des financements de la Santé est nécessaire.

Contrairement au fonctionnement actuel du système de gratuité, le système des mutuelles peut jouer le rôle d'acheteur de prestations pour la population et l'Etat qui contribue à l'achat de certaines prestations pour certaines catégories de patients et de malades. De surcroit le système des mutuelles peut organiser le contrôle des prestations quel que soit le payeur final de la facture de la prestation.

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. C'est la mutuelle/UDAM qui se chargera de signer les conventions avec qui de droit pour gérer les financements que l'Etat ou d'autre PTF sont prêts à donner.

Il faudra sans doute attendre l'essoufflement des fonds de l'Etat pour que des solutions plus rationnelles soient prises.

La capitalisation qui revient dans chaque résultat a enfin démarré en 2015 avec d'abord un atelier interne et ensuite un atelier animé par l'équipe de suivi technique du projet menée par Valéry Rydde. Un sujet traitera spécifiquement des UDAMs. D'autres sujets parlent du financement de la Santé de manière plus large incluant la tarification forfaitaire, la gestion unique des fonds entrant dans un district

2.11 Performance de l'output 9

2.11.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline 2011	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Valeur année 2015	Cible année 2016	Cible finale
Disponibilité des textes d'agrément des UDAM		0	0	2	2	2
Disponibilité des textes juridiques relatifs à l'assurance sante universelle ⁽¹⁾	0	0	0	1	1	1
Disponibilité de textes juridiques relatifs au financement intégré de la Santé			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 :					
	Α	В	С	D			
Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les lois et politiques de financement actuelles			Х				
2 Contribuer activement au débat avec le MSAS et les partenaires sur les lacunes et besoins de compléments de lois de financement			Х				
3 Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégré			Х				

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 peuvent non seulement disposer 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 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.

Rapport annuel 2015 PAODES 34

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 de la Baseline 2011	Valeur année N 2013	Valeur année N 2014	Valeur année N 2015	Cible finale
Disponibilité d'un document de capitalisation de l'expérience UDAM	0	0	0	(en cours)	1

2.12.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				
	Α	В	С	D	
1 Concevoir une méthodologie de suivi continu et de capitalisation sur ASU & mutuelles		Х			
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 programme		Х			
4 Concevoir progressivement une stratégie de financement à moyen et long terme de l'Assurance Santé Universelle (lien avec output 9)			Х		
5 Elaborer un guide opérationnel de création des unités Départementales d'Assurance Santé Universelle, 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		

^{*}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

Les activités de capitalisation ont débuté comme cela a été mentionné plus haut. La production de documents de capitalisation doit devenir effective en 2016.

Alors que plusieurs activités principales de plusieurs résultats parlent de 'mener des études ad hoc selon les besoins identifiés', nous avons préféré regrouper toutes ces études dans ce 10e résultat. Certaines d'entre elles nécessitent d'être portée par LaCMU, ce qui nous donne moins de marges pour décider de leur démarrage. Certaines d'entre elles étaient prévues déjà en 2014. Voici l'ensemble des études que nous devrions mener en 2016 :

- Etude sur les lacunes dans les lois et politiques de financement de l'AMU
- Etudes des coûts des prestations
- Etude sur les économies réalisables en faisant gérer les fonds des initiatives de gratuité par le système assuranciel
- Etude sur l'élargissement du paquet de bénéfices (lunetterie et évacuation)

- Etude sur la réassurance selon le cadre de l'UEMOA
- Audit organisationnel et financier des UDAM
- Etudes de faisabilité de l'extension des UDAM
- Etude sur le paiement des cotisations par transfert
- Evaluation des forfaits
- Etude de la faisabilité du passage à l'assurance maladie obligatoire

2.13 Thèmes transversaux

2.13.1 Genre

Depuis début 2015 le programme santé finance un expert genre basé à 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.

Un plan d'action a été réalisé pour les années 2015 et 2016, dont la mise en œuvre a débuté par un audit participatif genre du MSAS en vue de réaliser un plan d'institutionnalisation du genre au sein du MSAS. Il doit permettre un accès équitable des hommes et des femmes aux services de prise en charge des soins de santé.

Pour l'instant 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 maternel 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) est 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 fourni et continueront à l'être annuellement

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.

Enfin nous sommes en discussion avec le MSAS pour développer des actions pilotes de prévention de violences faites aux femmes, un programme qui peine à être développé dans le pays.

Au niveau de l'implication du genre dans la communication, des premières actions spécifiques ont été développées au niveau de radios communautaires mais le départ prématuré de l'ATN communication n'a pas permis le développement de cette activité.

2.13.2 Environnement

La composante environnement est également pris 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 l'ensemble des dispositions à prendre, contre les nuisances des travaux sur l'environnement. Les aspects liés à l'économie d'énergie au

niveau des bâtiments à construire ou réhabiliter seront étudiés, et intégrés dans la mesure du possible avec aussi l'appui de l'expert PAREE,

La formation des agents des CS en hygiène hospitalière et la gestion des déchets biomédicaux est programmée en 2016. Enfin une formation spécifique sur l'architecture adaptée au climat est en cours de préparation et devrait être donnée en mars 2016.

37

2.14 Gestion des risques Gestion des risques

CODE PROJET	SEN1002711
NOM PROJET	PAODES
ANNEE DE REFERENCE	2016
TRIMESTRE DE REFERENCE	Q1

	Identification du risque ou problème					e ou	Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
	Description du Risque	Période d' identificatio n	Catégo rie	Probabilit é	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadl ine	Progress	Status
1	Les travaux de réhabilitation et construction prévus ne pourront pas être finalisés dans les délais de mise en œuvre opérationnelle prévue	1/06/2013	OPS	Medium	High	High Risk	Appui par l'expert construction du PAREE Un expert marché public a été recruté our faire un suivi rapproché du dossier administratif	SMCL PAODES	Q3 2016	Le suivi rapproché des dossiers est ten cours. Un superviseur de chantier est également recruté	En cours
2	Le taux de pénétration insuffisant à la fin du PAODES ne permet pas la viabilité à court terme de L'UDAM	1/10/2014	OPS	Medium	High	High Risk	Poursuivre la campagne de communication intensive. Signer les accords-cadres et les AF. Recruter du staff additionnel (ATN, ATJ) pour poursuivre le travail.	PAODES	Q4 2016	La campagne de communication intensive est toujours en cours. Les conventions et les AF sont signés. Le recrutement d'un ATN communication est fait.	En cours
3	La multiplicité des initiatives de gratuité entraîne la faillite de l'UDAM par désintéressement de la population au principe d'assurance solidaire.	1/01/2015	OPS	Medium	Medium	Medium 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	Q4 2015	La CMU y est favorable mais la mise en oeuvre est retardée pour des questions administratives. Les bourses de sécurité familiale se mettent en place. Les gratuités pas encore. Le lobby doit continuer	En cours
4	La faible appropriation des initiatives pilotes par le MSAS met en cause leur pérennisation	1/01/2015	DEV	Medium	Medium	Medium Risk	Dialogue plus intense avec le ministère est nécessaire. Impliquer le S.G. dans la mobilisation des RH nécessaire au bon fonctionnement des districts. Développer la capitalisation/évaluation pour améliorer l'appropriation par le ministère des activités pilote du projet.	PAODES MSAS	Q3 2015	L'implication de la DGS et de LaCMU s'améliore.	En cours
5	La capitalisation des activités pilotes n'est pas réalisée	1/01/2015	OPS	Low	Medium		Le marché public et la mise en œuvre de cette capitalisation doit être appuyé activement pour qu'elle débute avant la fin de Q2 2015.	PAODES	Q3 2015	Le processus de capitalisation a formellement débuté en septembre 2015	Terminé

38

6	Le manque de prévisibilité des mouvements du personnel des centre de santé affecte les progrès de la qualité des soins .	1/03/2015	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Améliorer le dialogue avec la DGS et augmenter le plaidoyer. Faire un suivi des recommandations du COMPAR	PAODES - MSAS	Q4 2015	Des discussions constructives ont eu lieu. La mise à disposition des gestionnaires pour les centres de santé et des stagiaires en chirurgie est programmée.	En cours
7	La lenteur des procédures de passation de marché public ne permet pas leur exécution selon la programmation prévue et donc de respecter le planning financier de 2015	1/03/2015	FIN	Medium	High	High Risk	Suivi le plus rapproché possible du processus et anticipation des blocages possibles surtout sur les gros marchés- Procéder par des contrats cadre et marchés à commande	PAODES	Q4 2015	Progression des marchés satisfaisante. Seul le marché équipement hospitalier présente encore le risque de ne pas être exécuté en 2015	Terminé
8	L'absence d'activité de chirurgie décentralisée mine la crédibilité des UDAM	1/03/2015	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	déc- 15	Des stagiaires de chirurgie pourront être mis dans les centres de santé et la chirurgie mobile est également promise.	En cours
9	L'autonomie de gestion de l'unité de Kaolack est limitée par manque de responsable (délégué?) sur place	1/10/2015	OPS	Medium	Low	Low Risk	Demande d'un responsable à Kaolack - homologue du coresponsable Demande	СМИ	Q4 2015	Nomination promise lors de la SMCL de septembre 2015. Non encore réalisé.	En cours
10	Destruction totale ou partielle d'un des nouveaux bâtiments suite à des fautes de construction entraine un perte crédibilité de la coopération belge	1/10/2015	OPS	Low	High	Medium Risk	Suivi systématique par la DIEM, les bureaux de contrôle et le Paodes	PAODES	Q2 2017	Supervision étroite de la qualité des travaux et des fondations en particulier	En cours
	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 du nos appuis	1/01/2016	OPS	High	Medium	Risk	Faire des actions de lobby pour une amélioration de la performance de la PNA & PRA. Appuyer le recrutement de pharmacien et renforcer les supervisions formatives dans les districts	PAODES /MSAS	Q2 2016		Nouveau
12	L'ambition surestimée par rapport à la durée de mise en œuvre de l'intervention entraine l'arrêt prématuré de l'appui aux initiatives innovantes et la crédibilité de la coopération belge	1/01/2016	REP	Medium	High	High Risk	Continuer la subvention aux districts et au UDAM jusqu'à la reprise d'un appui par la phase suivante du projet	PAODES	Q2 2017		Nouveau
13	La discontinuité entre le PAODES et la prochaine phase du programme santé met en cause le maintien des acquis et la crédibilité de la coopération belge	1/01/2016	REP	Medium	High	TXISIX	Plaidoyer après de la DGD pour qu'une nouvelle phase du programme puisse débuter avant la conclusion du présent projet	CTB/Amb abel/MEF	Q2 2017		Nouveau

39

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

- Extension de la mise en œuvre jusqu'Octobre 2017
- Augmentation du staff basé à Kaolack en appui direct au terrain
 - o Engagement d'un ATN Communication
 - o Engagement d'un ATN Construction (financement PAGOSAN)
 - o Engagement d'un ATN Médical « offre »
- Prolongation du PAGOSAN et alignement des dates de fin de projet; Prise en charge des activités du PAGOSAN par le PAODES: coordination unique par la DGS et intégration du personnel d'appui (& RAF, 1 chauffeur et un ATN construction) pour compléter les marchés en cours

3.2 Recommandations

Recommandations au terme de l'année 2015	Acteur	Date limite
Réengager une ATN Communication Engager un ATN Médical Offre	PAODES	Q1 2016
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	

Recommandations au terme de l'année 2014	Acteur	Date limite	Suivi
Recrutement d'un personnel technique pour le suivi rapproché des travaux financés par le programme santé, pour nous assurer de la qualité des travaux	СТВ	Q2/2015	ATN recruté Q4 2015
Renforcer encore les lignes en régie pour les études et prestations de service pouvant se faire au moyen de contrats cadres tout en veillant à ce que la publication des marchés soit accessible aux soumissionnaires locaux	SMCL	Q2/2015	Pas réalisé
Revoir les indicateurs de la partie demande du projet	SMCL	Q1/2015	En cours
Améliorer la visibilité du projet	PAODES	Q2/2015	Réalisé mais à renforcer
Améliorer la communication du projet sur les UDAM et sur la tarification forfaitaire	PAODES	Q3 2015	Réalisé mais à renforcer
Préparer une reprise du projet PAGOSAN sans compromettre la capacité de mise en œuvre du	SMCL	Q1 2015	Réalisé

PAODES			
Prolonger la durée de mise en œuvre du PAODES jusqu'à l'échéance de la convention spécifique pour autant que les ressources humaine nécessaire à l'encadrement du projet soit financées	SMCL	Q3 2015	Réalisé

3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
Taille du programme est trop large 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 suffisant alloués à chacun.	СТВ
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 UDAM/mutuelles est difficile à articuler	MSAS
L'absence de synergie entre partenaire concernant la indemnités et perdiems peut entraîner une démotivation importante des acteurs.	MSAS, PTF
Les retard de remboursement de gratuité plombe les finances des structures sanitaires périphériques et aggrave le problème de ruptures de stock en médicaments	LaCMU
Les UDAM ne peuvent être autonome financièrement au terme du projet. La continuation d'un appui sera indispensable à leur pérennisation	AMBABEL, CTB, MSAS

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

Évaluation de la PERTINENCE : note								
⊏va tota		on de la PERTINENCE . Hote	X					
1 1	1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?							
•••	Quei	Clairement toujours ancré dans l			tégie belge, satis	sfait aux		
Χ	Α	engagements en matière d'effica groupe cible.	cité de l'aide, ex	trêmement pertir	nent par rapport	aux besoins o		
	В	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.						
	С	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 d'efficacité de l'aide ; la pertinend majeurs sont requis.						
1.2	La lo	gique d'intervention, telle qu'elle	e est conçue ac	tuellement, est-	elle toujours la	bonne?		
	Α	Logique d'intervention claire et bi cohérente ; indicateurs approprié accompagnement de sortie d'inte	s ; risques et hy	oothèses clairem	nent identifiés et			
X	В	Logique d'intervention appropriéc termes de hiérarchie d'objectifs,				éliorations e		
	С	Les problèmes par rapport à la lo intervention et sa capacité à cont						
	D	La logique d'intervention est erro l'intervention puisse espérer abo		une révision en	profondeur pour	que		
2. 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'								
= <u>D</u>		2 . 1, Doan lole all D, pae de O	uo b - b , At	oo air 0, pe				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale								
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement qérés ?								

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

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.

possible.

	С	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	2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?							
	Α	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.						
Х	В	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.						
	O	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 ?						
	Α	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.						
Х	В	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.						
	С	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.						

	3. 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							
		z comme suit pour calculer la note = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moin:				A, pas de 'C'		
Éva	aluatio	on de l'EFFICACITÉ : note	Α	В	С	D		
tota	ale				Х			
3.1	Tel q	u'il est mis en œuvre actuelleme	nt, quelle est la	probabilité que	l'outcome soit	réalisé ?		
	Α	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.						
	В	L'outcome sera atteint avec quelo pas causé beaucoup de tort.				•		
X	С	L'outcome ne sera atteint que pa management n'est pas parvenu à prises pour améliorer la probabili	a s'adapter entiè	ement. Des mes				
	D	L'intervention n'atteindra pas son soient prises.			ntes mesures for	ndamentales		
	Les a	activités et les outputs sont-ils a ne ?	daptés (le cas é	chéant) dans l'o	optique de réalis	ser		
	Α	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.						
Χ	В	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.						

- 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.

 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.
- 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). 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 D В Évaluation de la DURABILITÉ **POTENTIELLE**: note totale X 4.1 Durabilité financière/économique ? 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. La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes Χ В peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes. 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. 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 ? 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. 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. 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 Χ C n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises. 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? L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra. L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la Χ В mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement. La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises. 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 ? 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	В	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.
	С	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.

nuel 2015 PAODES

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

CODE PROJET	SEN1002711
NOM PROJET	PAODES
ANNEE DE REFERENCE	2016
TRIMESTRE DE REFERENCE	Q1

*	Source:	MTR, Backstopping, Audit, CdC, CdP Rapport opérationnel, Rapport résultat
		etc

	Décision	Décision			Action			Suivi	
N°	Décision	Période d'identific ation	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Statuts
1	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	CACMU et PAODES	Appuyer l'élaboration des TDR	CACMU/ LaCMU	Le plus rapidement possible	En cours de discussion. Peu d'avancée. Le temps restant ne permettra pas de réaliser l'étude telle que programmée	ONGOING
2	une convention entre le MSAS et l'Université pour la réalisation des supervisions pour les années 2014-2015 doit être signée et des ressources doivent être mobilisées à cet effet.	oct-13	SMCL	DAGE et PAODES	Signer la convention	DAGE	Le plus rapidement possible	Les fonds ont été dédiés par la DAGE à la DGS pour le réalisation de l'activité	CLOSED
3	La SMCL valide les propositions de réorganisation de la cellule admi-fin du PAODES et recommande l'embauche de 2 personnes	avr-14	SMCL	Membres de la SMCL	Modifier l'organigramme pour insérer une cellule commune du PAODES Lancer le recrutement du personnel d'appui	PAODES	Immédiat	Approuvé lors de la SMCL du 18 février	CLOSED
5	Diligenter le processus de replanification des activités de PAODES	juin-14	SMCL	Membres de la SMCL	Programmé pour mi-octobre	PAODES	Le plus rapidement possible	L'atelier s'est tenu les 14 et 15 octobre 2014	CLOSED

6	Rédiger le DTF additionnel pour assurer la mobilisation des fonds du PAMAS	juin-14	SMCL	Membres de la SMCL	Une nouvelle proposition a été élaborée.	PAODES CTB HQ	Le plus rapidement possible	Cette recommandation est remplacée par celle formulée lors de la SMCL du 18 février 2015	CLOSED
7	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 déjà été organisées	ONGOING
8	La SMCL approuve le rapport annuel 2014 du PAODES et valide la planification financière pour l'année 2015.	févr-15	SMCL	Membres de la SMCL		PAODES	Immédiat		CLOSED
9	La SMCL approuve les orientations proposées dans le Mini DTF mais demande d'y intégrer des éléments liés à la prise en charge des urgences et des maladies chroniques	févr-15	SMCL	Membres de la SMCL	Rédiger l'avenant au DTF	PAODES CTB	Pour la fin avril 2015	La mission de formulation a eu lieu du 30 mars au 3 avril. L'avenant au DTF approuvé en avril 2015	CLOSED
10	La SMCL approuve une prolongation de la mise en œuvre du projet jusqu'au terme de la convention spécifique (novembre 2017) et demande à la direction du projet de présenter une adaptation du budget pour y répondre	févr-15	SMCL	Membres de la SMCL	Préparer une stratégie de mise en œuvre accompagné d'une modification budgétaire	PAODES	Pour la fin décembre 2015	Remaniement budgétaire prévu pour février 2016.	ONGOING
11	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	Pas d'information sur les avancées par rapport à cette recommandation	OPEN
12	La SMCL approuve la réorganisation du budget du PAODES	févr-15	SMCL	Membres de la SMCL		PAODES	Immédiat		CLOSED

13	La SMCL recommande que la gestion de la prolongation du PAGOSAN soit assurée par la direction du PAODES à partir de décembre 2015. Un assistant technique national pour la supervision des chantiers et un responsable administratif et financier, payé par le PAGOSAN, renforceront l'équipe du PAODES pour le suivi de l'exécution des marchés signés.	févr-15	SMCL	Membres de la SMCL	Préparer les documents nécessaires à l'échange de lettre, préparer la passation	PAGOSAN / PAODES	Le plus rapidement possible pour l'EL et pour novembre 2015 pour la passation	Echange de lettre signé en mars 2015. Remaniement du budget pour le financement des RH jusque 2017 approuvé par la SMCL en sept. Le recrutement de l'ATN est finalisé	CLOSED
14	la SMCL prend acte de la décision de La CMU de nommer un Responsable de son antenne régionale qui cumulativement à ses fonctions sera homologue de l'ATI demande pour le bureau de Kaolack,	sept-15	SMCL	Membres de la SMCL	Nomination d'un directeur régional de LaCMU	LaCMU	oct-15	Toujours pas d'homologue désigner pour le bureau de Kaolack	OPEN
15	La SMCL se félicite de l'état d'avancement des activités du PAODES et valide sa programmation opérationnelle et financière jusqu'à la fin de l'année 2015	sept-15	SMCL	Membres de la SMCL	Mise en œuvre des activités approuvées	PAODES	Immédiat		CLOSED
16	La SMCL approuve la réalisation 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	Etude prévue pour le 2ème semestre 2016	OPEN
17	La SMCL approuve l'utilisation de la ligne budgétaire en régie B_05_06 pour l'achat via l'accord cadre de la CTB de matériel informatique pour le démarrage de LaCMU	sept-15	SMCL	Membres de la SMCL	Commande via le contrat cadre CTB à envoyer avant la fin octobre 2015	PAODES	Q4 2015		ONGOING
18	La SMCL approuve l'utilisation des accords de subsides avec les districts et les UDAM et la création de ligne budgétaire	déc-15	SMCL	Membres de la SMCL	Préparer et signer 6 accords de subsides	PAODES	Q1 2016		ONGOING

4.3 Suivi des recommandations de l'évaluation à miparcours

	Recommandations de l'évaluation à mi- parcours : pour le programme santé	Position de la SMCL	Suivi fin 2015
1.	Apurer le contenu des activités des deux cadres logiques afin de ne conserver que celles qui restent pertinentes.	Accord	Réalisé
2.	Il est également indispensable de revoir les affectations budgétaires en identifiant tous les résultats pour lesquels les activités prévues sont désormais impossibles à réaliser. Selon nous la plupart des budgets dégagés devraient être réaffectés à de l'investissement	Accord	PAODES: Réalisé pour partie en juin 2014 (à compléter après reprogrammation fin 2014)
	Recommandations de l'évaluation à mi- parcours : pour le projet PAODES	Position de la SMCL	Suivi
3.	Prolonger au maximum la durée au PAODES	Accord	Extension acceptée
4.	Pour le volet demande de soins, se concentrer sur les deux départements octroyés pour l'expérimentation par Mme la Ministre (départements de Foundiougne et Koungheul).	Accord	En cours
5.	Pour l'appui à l'offre de soins, se concentrer par ordre de priorité sur (i) les DS pilotes et prioritaires (Sokone et Koungheul) ; (ii) les DS pilotes mais non encore prioritaires, (iii) les DS non pilotes mais couverts par le volet demande du PAODES (Passy et Foundiougne).	Accord partiel	7 DS pilotes dont 4 avec la TF
6.	Abandonner la logique de double ancrage au niveau de la DGS et la CACMU; ne maintenir qu'un seul binôme responsable/coresponsable, placé à la DGS.	Accord partiel	1 Co-responsable + 2 responsable (CACMU et DGS)
7.	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	Accord	TF dans 4 districts (2 départements)

	fonctionnement courant, etc.); puis procéder à l'extension de la TF en « tâche d'huile » en considérant de près 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).		
8.	Revoir l'organigramme de l'AT en introduisant une coordination de terrain géré par un ATI santé publique basé en périphérie. En profiter pour décloisonner les deux volets offre et demande (une coordination de proximité doit permettre cela!).	Accord partiel	Manque un homologue au niveau de Kaolack
9.	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).	Accord	En cours
10.	Mettre en place un dispositif efficace de capitalisation des résultats ; Il doit impliquer le niveau central du MSAS, la DGS et la CACMU (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 (les ATN et notamment le nouvel ATN suivi évaluation aura une responsabilité importante à ce niveau ⁸). Dans ce même cadre, initier des études spécifiques comme	Accord	En cours avec l'appui scientifique
(i)	des études de coûts réels et normatifs,	Accord	A faire avec la LaCMU
(ii)	des analyses de la satisfaction des patients (prévoir de reproduire l'étude sur le point de démarrer avant le terme du PAODES) et	Accord	mais rien ne bouge Complété
(iii) une analyse pointue juridique des statuts possibles des futures UDAM.		Complété

⁸ L'ancien ATN suivi évaluation fait partie des démissionnaires

11.	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).	Accord	En cours avec le PRC
12.	Autres recommandations:		
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,).	Accord	Financement en cours coordination les autres donateurs
ii.	Mettre en place un système de monitoring de la disponibilité des soins SOUC dans les CS pilotes appuyés (voir discussion sur les réalisations relatives au RA N° 1 PAODES Offre de soins).	Accord	En cours
iii.	Apprécier la problématique spécifique de la disponibilité du sang dans les CS pilotes et proposer des solutions appropriées.	Accord	En cours avec le CNTS
iv.	Assurer un lobbying pour une meilleure disponibilité des MEG dans les structures (autorisation de quitus pour s'approvisionner à la PNA quand la PRA de rattachement est en carence; pourquoi pas, autorisation de s'approvisionner auprès de grossistes répartiteurs nationaux fournissant de génériques quand la PNA est également en carence).	Accord	Travail avec la PNA en cours, recrutement d'un ATN en cours
V.	Envisager la possibilité d'introduire des grilles de vérification de qualité selon le modèle généralement utilisé dans les projets FBR; éventuellement introduire un bonus qualité payable au CS en plus de la subvention quantitative calculée à partir du nombre de patients effectivement référés.	Accord partiel	Grille en cours de développement avec expert qualité PAREE
vi.	être très réaliste quant aux plans de maintenance ; abandonner la logique descendante ; proposer une stratégie spécifique basée sur le CS.	Accord mais	En cours avec la DIEM et l'expert PAREE

4.4 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique n'a pas été modifié en 2015. Néanmoins, certaines activités ont été modifiées, supprimées ou ajoutées suite à l'atelier de replanification du mois d'octobre 2014.

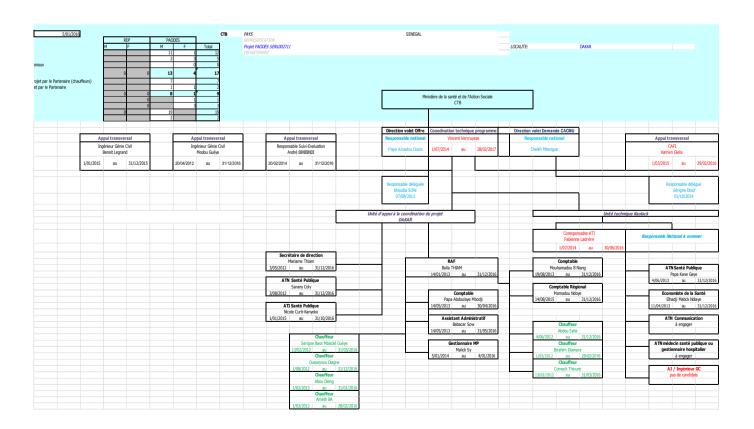
De même, certains indicateurs soit très difficiles à collecter, soit non adaptés à l'évolution des résultats attendus doivent être modifiés/supprimés.

Ces différentes propositions feront l'objet d'une réunion de révision des indicateurs du DTF et proposer à la SMCL du mois de février 2016.

4.5 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	OUI
Rapport Baseline enregistré dans PIT ?	OUI
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	02/2014
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	12/2016
Missions de backstopping depuis le 01/01/2015	Mars 2015, Septembre 2015

4.6 Organigramme



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

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

101

Currency YID:

EUR

Report includes all valid transactions, registered up to today

	Status	Fin Mode	Amount	Start - 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
The second property of the second			9.223.845,00	4.847.792,06	0,00	4.847.792,06	4.376,052,94	53%
A VOLET OFFRE DE SOINS			589.621.00	354.452,07	0,00	354.452,07	235.168,93	60%
01 Résultat 1: La qualité des services est améliorée		COGES	182.950.00	162.401.02	0,00	162.401,02	20.548,98	89%
01 Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les			185.395.00	329,91	0,00	329,91	185.065,09	0%
02 Définir et ou actualiser le contenu des paquets de services par		COGES	3.064.00	4.423.00	0,00	4.423,00	-1.359,00	144%
03 Accompagner les dynamiques développement le financement		COGES		682.21	0,00	682.21	-0,21	100%
04 Impliquer le personnel dans le développement de leurs		COGES	682,00		0,00	192.09	-192.09	7%
05 Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la		COGES	0,00	192,09		0.00	0.00	2%
06 Développer une démarche qualité fonctionnelle dans les		REGIE	0,00	0,00	0,00		31.106.16	86%
07 Conduire des études et enquêtes alimentant la réflexion sur la		REGIE	217.530,00	186.423,84	0,00	186.423,84		
02 Résultat 2: Les capacités opérationnelles et managériales des	Š		1.187.021,00	910.492,68	0,00	910.492,68	276.528,32	77%
01 Développer la fonctionnalité des ECD y compris leur capacité		COGES	185.680,00	102,984,04	0,00	102.984.04	82.695,96	55%
02 Elaborer un plan de développement des Ressources Humaines	i	COGES	26.400,00	3.032,36	0,00	3.032,36	23.367,64	11%
03 Mise en œuvre du renforcement des RH pour les acteurs de la		COGES	432.505,00	361.533,19	0,00	361.533,19	70.971,81	84%
		COGES	0.00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
04 Renforcement des centres régionaux de formation, en		COGES	29.406.00	29.456,58	0,00	29.456,58	-50,58	100%
05 Renforcer au niveau opérationnel le système de monitoring et		COGES	70.750,00	56.862.38	0,00	56.862,38	13.887,62	80%
06 Développer les capacités des acteurs en matière de recherche			0.00	0.00	0.00	0,00	0,00	?%
07 Renforcer et fluidifier les mécanismes de financement des		COGES	17.280.00	16.048.10	0,00	16.048.10	1.231,90	93%
08 Renforcer les mécanismes assurant la disponibilité des		COGES			0.00	340.576.03	84.423.97	80%
09 Mise en œuvre du renforcement des RH pour les acteurs de la		REGIE	425.000,00	340.576,03	11 (5.870)///	0.00	0.00	
10 Renforcement des centres régionaux de formation, en		REGIE	0.00	0,00	0,00	0,00	5,55	575
		REGIE	5 392 283 00	3.911.460.36	0,00	3.911.460,36	1.480.822,64	73%
		COGEST	10.607.717.00	4.739.462,93		4.739.462,93	5.868.254,07	45%
A		TOTAL	16.000.000,00	8.650.923,29	0,00	8,650.923,29	7.349.076,71	54%



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

Budget Version 101 EUR Currency .

	Status	Fin Mode	Amount	Start - 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
03 Résultat 3: Les structures sanitaires dans les cinq régions			5.091.061,00	2.530.985,27	0,00	2.530.985,27	2.560.075,73	50%
01 Contribuer à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire		COGES	33.340,00	23.551,22	0,00	23.551,22	9.788,78	71%
02 Etablir un plan d'investissements en infrastructures et		COGES	15.000,00	760,42	0,00 -	760,42	14.239,58	5%
03 Réhabiliter et équiper les infrastructures prioritaires suivant le		COGES	3.159.717,00	1.041.945,70	0,00	1.041.945,70	2.117.771,30	33%
04 Etablir un plan d'équipements PAODES par district et région		COGES	553.000,00	335.256,24	0,00	335.256,24	217.743,76	61%
05 Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de plans de		COGES	100.000,00	34,30	0,00	34,30	99.965,70	0%
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	1.129.437,39	0,00	1.129.437,39	58.716,61	95%
08 Assurer la fonctionnalité d'un système de référence contre		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
04 Résultat 4: Des initiatives innovantes sont développées dans			2.072.539,00	906.076,89	0,00	906.076,89	1.166.462,11	44%
01 Offrir de la chirurgie de district dans certains centres de santé.		COGES	200.000,00	53.783,13	0,00	53.783,13	146.216,87	27%
02 Garantir dans les districts priorisés offrant de la chirurgie le		COGES	1.134.739,00	579.244,67	0,00	579.244,67	555,494,33	51%
03 Introduire une tarification forfaitaire par épisode de maladie		COGES	192.800,00	147.306,33	0,00	147.306,33	45.493,67	76%
04 Introduire des stratégies de prise en charge et de sensibilisation		COGES	100.000,00	11.786,21	0,00	11.786,21	88.213,79	12%
05 Introduire dans une région un système d'information sanitaire		COGES	310.000,00	61.741,32	0,00	61.741,32	248.258,68	20%
06 Introduire dans une région un système d'information sanitaire		REGIE	135.000,00	52.215,23	0,00	52.215,23	82.784,77	39%
05 Résultat 5: Les relations fonctionnelles entre le niveau			283.603,00	145.785,15	0,00	145.785,15	137.817,85	51%
01 Renforcer la direction de la santé dans son rôle recteur et de		COGES	168.550,00	129.921,64	0,00	129.921,64	38.628,36	77%
02 Renforcer les fonctions de supervision, suivi et contrôle à tous		COGES	38.880,00	6.512,85	0,00	6.512,85	32.367,15	17%
03 Appuyer les initiatives de supervision et prestation de soins de		COGES	573,00	573,21	0,00	573,21	-0,21	100%
		REGIE	5.392.283.00	3.911.460,36	0,00	3.911.460,36	1,480.822,64	
ė.		COGEST	10.607,717,00	4.739.462,93	0,00	4.739.462,93	5.868.254,07	45%
		TOTAL	16.000.000,00	8.650.923,29	0,00	8.650.923,29	7.349.076,71	54%

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 Currency

101 EUR

YtD:

	atus Fin Mo	de Amount	Start - 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
		24 000 00	2.092,00	0,00	2.092,00	21.908,00	9%
04 Améliorer la capacité gestionnaire des comités de santé et leur	COGES		2.715,12	0,00	2.715,12	21.284,88	11%
05 Renforcer la capacité des instances représentatives des	COGES	07.000.00	3.970,33	0,00	3.970,33	23.629,67	149
06 Stimuler un processus d'échange et d'apprentissage inter	COGES	2.277.787.00	941.626.62	0,00	941.626,62	1.336.160,38	411
VOLET DEMANDE DE SOINS		84.450.00	64.875.55	0,00	64.875,55	19.574,45	77
1 Résultat 6: Les mutuelles et unions de mutuelles existantes	0005		43.918.00	0,00	43.918,00	0,00	100
01 Apporter aux mutuelles et structures faîtières existantes le	COGE	0 000 00	2.455.83	0,00	2.455,83	544,17	82
02 Accompagner les institutions mutualistes dans l'acquisition des	COGE	5 745 00	5.715.01	0,00	5.715,01	-0,01	100
03 Soutenir l'activité des Unions de Mutuelles dans leur activité de	COGE	0 000000	6 006.26	0,00	6.006,26	18.675,74	24
04 Participer activement au développement de stratégie de	COGE	4 405 00	1.134,53		1.134,53	0,47	100
05 Soutenir la création et/ou le développement des Cadres	COGE	0 000 00	5.645.92		5.645,92	354,08	94
06 Soutenir le développement de modèles alternatifs de mutuelles	COGE	991.627,00	645.000.88		645.000,88	346.626,12	68
2 Résultat 7: Des assurances santé de grande échelle sont	110000000000000000000000000000000000000	50 404 00	58.481.27		58.481,27	-0,27	100
01 Mener les études et ateliers nécessaires à la sélection et au	COGE	040 470 00	334.002.95		334.002,95	278.167,05	55
02 Doter les bureaux régionaux et les antennes de districts des	COGE	40 700 00	4.167.82		4.167,82	8.532,18	33
03 Développer les statuts des bureaux régionaux, des antennes de	COGE	.00 000 00	31.436,33		31.436,33	-7.536,33	13
04 Développer et standardiser les outils, procédures et indicateurs	COGE	2 750 00	761.03		761,03	2.988,97	2
05 Accompagner le travail de support continu des bureaux	COGE		3.457.95		3.457,95	30.951,05	1
06 Développer et mettre en œuvre un programme intégré de	COGE	20 740 00	4.994.15	* <u>15554</u>	4.994,15	23.715,85	- 1
07 Clarifier les arrangements institutionnels entre bureaux	COGE	*** *** ***	112.028.29		112.028,29	4.851,71	9
08 Développer et mettre en œuvre une politique de communication	COG	ES 116.880,00	112.020,23				
	REG		3.911.460,3		3.911.460,36 4.739.462.93	1.480.822,64 5.868.254,07	
	COG		4.739.462,9		8.650.923,29	7.349.076,7	1 5
And the second s	TOTA	16.000.000,00	8.650.923.2	9 0,00	(MANAGED A) TO		



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: Currency

101 EUR

YtD:

94	atus Fin Mode	Amount	Start - 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
	COGES	19.500,00	14.544,79	0,00	14.544,79	4.955,21	75%
09 Conduire les études ad hoc selon les besoins identifiés en	REGIE	81.127.00	81.126,30	0,00	81.126,30	0,70	100%
10 Doter les bureaux régionaux et les antennes de districts des	REGIE	977,760,00	175.246,25	0,00	175.246,25	802.513,75	18%
3 Résultat 8: Un système pluriel de cofinancement des	COGES	850.000.00	107.647,39	0,00	107.647,39	742.352,61	13%
01 Etendre l'offre de services des ASU via des subventions et		4.980.00	4.979,18	0,00	4.979,18	0,82	100%
02 Développer un mécanisme de fonds d'équité intégré à	COGES	0.00	0.00	0,00	0,00	0,00	7%
03 Contribuer à la réflexion sur les mécanismes et modalités de	COGES	18.000.00	9.283.19	0,00	9.283,19	8.716,81	52%
04 Apporter le soutien technique pour l'intégration des initiatives et	COGES	80.000.00	43.887.36	0,00	43.887,36	36.112,64	55%
05 Capitaliser d'autres expériences probantes en matière de fonds	COGES	24.780.00	9.449.13	0,00	9,449,13	15.330,87	38%
06 Conduire des études ad hoc selon les besoins identifiés en	COGES	47.950.00	27.395,13	0,00	27.395,13	20.554,87	57%
4 Résultat 9: Le cadre juridique relatif aux bureaux régionaux	00 early (per 0.4.ga)	3,750,00	1.899,51	0,00	1.899,51	1.850,49	51%
01 Documenter et collecter l'évidence sur les lacunes dans les lois	COGES	4.200.00	4.188.60	163,5440	4.188,60	11,40	100%
02 Contribuer activement au débat avec le MSP et les partenaires	COGES	0.00	57,17	0,00	57,17	-57,17	7%
03 Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée.	COGES		21.249.85	0.00	21.249,85	18.750,15	53%
04 Contribuer à la rédaction d'une loi de financement intégrée.	REGIE	40.000,00	29.108.81	0,00	29.108.81	146.891,19	17%
05 Résultat 10: un modèle întégré de financement de la demande		176.000,00	190000000000000000000000000000000000000		11.928,98	4.071,02	75%
01 Concevoir une méthodologie de suivi continu et de	COGES	16.000,00	11.928,98		22.87	-22,87	79
02 Conduire les études ad hoc selon les besoins préidentifiés et	COGES	0,00	22,87	977620	0.00	50.000.00	09
03 Conduire les activités de capitalisation tout au long du	COGES	50.000,00	0,00	11346300	0.00	10.000.00	0%
04 Concevoir progressivement une stratégie de financement à	COGES	10.000,00	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	
NAME OF THE PARTY	DECIE	5 392 283 00	3.911.460.36	0,00	3.911.460,36	1.480.822,6	
	REGIE	10.607.717,00	4.739.462,93		4,739,462,93	5.868.254,0	
A	TOTAL	16.000.000,00	8,650,923,29	0,00	8.650.923,29	7.349.076,7	



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:

101

Currency : YtD : EUR

			Start - 2015				
06 Etudes ad hoc selon besoins identifiés	REGIE	100.000,00	17.156,96	0,00	17.156,96	82.843,04	179
06 Résultat 11 : La CACMU à la capacité d'assurer ses fonctions		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73
01 01 Renforcer la CACMU des moyens humains, matériels et	COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	79
02 02 Participer aux fora nationaux et internationaux (visites	COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?9
03 03 Renforcer les compétences de la CACMU principalement	COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	79
04 04 Alimenter les débats et orientations sur les politiques de	COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29
X RESERVE BUDGETAIRE (MAX 5% * TOTAL ACTIVITÉS)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75
01 Réserve budgétaire		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7
01 Réserve budgétaire COGESTION	COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?
02 Réserve budgétaire REGIE	REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?!
Z Moyens généraux		4.498.368,00	2,861.504.61	0,00	2.861.504,61	1.636.863,39	64
01 Frais de personnel		3.063.838,00	2.031.932,27	0,00	2.031.932,27	1.031.905,73	66
01 Assistant technique Volet Offre	REGIE	1,428,930,00	977.437,60	0,00	977.437,60	451.492.40	
02 Assistant technique Volet Demande	REGIE	790.723,00	490.906,41	0,00	490.906,41	299.816,59	
03 Prime Directions Ministère & Responsables d'intervention Volet	COGES	60.000,00	44.556,84	0,00	44.556,84	15.443,16	74
04 Prime Directions Ministère & Responsables d'intervention Volet	COGES	40.319,00	27.366,62	0,00	27.366,62	12.952,38	68
05 Equipe finance et administration Volet Offre	REGIE	393.808,00	253.409,12	0,00	253.409,12	140.398,88	64
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	130.572,00	94.844,90	0,00	94.844,90	35,727,10	73
08 Equipe d'appui Volet Demande	COGES	113.365,00	74.612,02	0,00	74.612,02	38.752,98	66
	REGIE	5.392.283,00	3.911.460,36	0,00	3,911,460,36	1.480.822,64	
	COGEST	10.607.717,00	4.739.462,93	0,00	4.739,462,93	5.868.254,07	
	TOTAL	16.000.000,00	8.650.923,29	0,00	8.650.923,29	7.349.076,71	549

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

101 Budget Version Currency:

EUR

YtD:

	Clatus	Fin Mode	Amount	Start - 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
	Status		49.637.00	26.533,63	0,00	26.533,63	23.103,37	53%
09 Autres frais de personnel		COGES	26.000,00	11,772,98	0,00	11.772,98	14.227,02	45%
10 Personnel d'Appui transversal		REGIE	334.715.00	223.700,76	0,00	223.700,76	111.014,24	67%
02 Investissements			146.751.00	146.751,00	0,00	146.751,00	0,00	100%
01 Véhicules Volet Offre		REGIE	0.00	0.00	0,00	0,00	0,00	7%
02 Véhicules Volet Demande		REGIE	29.825,00	20.606.61	0,00	20.606,61	9.218,39	69%
03 Equipement bureau Volet Offre		COGES	29.825.00	8 089 10	0,00	8.089,10	21.735,90	27%
04 Equipement bureau Volet Demande		COGES	30.000.00	26.392.08	0,00	26.392,08	3.607,92	88%
05 Equipement IT Volet Offre		COGES	18.314.00	5.004.29	0.00	5.004,29	13.309,71	27%
06 Equipement IT Volet Demande		COGES	60.000.00	8.023,15	0,00	8.023,15	51.976,85	13%
07 Aménagements du bureau Volet Offre		COGES	MARKET MATERIAL	8.834.53		8.834,53	11.165,47	44%
08 Aménagements du bureau Volet Demande		COGES	20.000,00 711.039,00	433.366.08		433.366,08	277.672,92	61%
03 Frais de fonctionnement				0.00		0,00	0,00	2%
01 Loyer du bureau Offre		COGES	00,0	68.830,73		68.830,73	1.169,27	7 98%
02 Loyer du bureau Demande		COGES	70.000,00	4.636.46	1222	4.636,46	16.853,54	22%
03 Services et frais de maintenance Offre		COGES	21 490,00	29.256,38		29.256,38	18.900,62	2 61%
04 Services et frais de maintenance Demande		COGES	48,157,00	122.114.02		122 114.02	86.869,98	58%
05 Frais de fonctionnement des véhicules		COGES	208.984,00			88.140.14	93.552,86	6 49%
06 Frais de fonctionnement des véhicules		COGES	181.693,00	88.140,14	200780000	37.260.45	25.139,55	5 60%
07 Télécommunications Volet Offre		COGES	62.400.00	37.260,45	9/22	10.031,43	20.657,57	7 33%
08 Télécommunications Volet Demande		COGES	30.689,00	10.031,43	0,00	10.001,10		
				3.911.460.36	0.00	3.911.460.36	1.480.822,6	4 73%
		REGIE	5.392.283,00	4.739.462,93	N	4.739.462,93	5.868.254,0	7 45%
		COGEST	16.000.000.00	8.650.923.2		8.650.923,29	7,349.076,7	1 54%
		TOTAL	10.000.000,00					



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:

101

Currency:

EUR

YtD:

	Status Fin Mode	Amount	Start - 2015	Expenses 2016	Total	Balance	% Exec
09 Fournitures de bureau Volet Offre	COGES	31,200,00	33.166,96	0,00	33,166,96	-1.966,96	106%
10 Fournitures de bureau Volet Demande	COGES	31.200,00	26.040,62	0,00	26.040,62	5.159,38	83%
11 Autres frais de fonctionnement	COGES	25.226,00	13.888,89	0,00	13.888,89	11.337,11	55%
04 Audit et Suivi et Evaluation		388,776,00	172.505,33	0,00	172.505,33	216.270,67	44%
01 Evaluations	REGIE	108.982,00	63.982,29	0,00	63.982,29	44.999,71	59%
02 Audit	REGIE	58.084,00	28.083,74	0,00	28.083,74	30.000,26	48%
03 Baseline study	REGIE	15.510,00	15.510,00	0,00	15.510,00	0,00	100%
04 Backstopping	REGIE	206.200,00	64.929,30	0,00	64.929,30	141.270,70	31%
99 Conversion rate adjustment	324.57.60%	0,00	0,17	0,00	0,17	-0,17	7%
98 Conversion rate adjustment	REGIE	0,00	0,17	0,00	0,17	-0,17	7%
99 Conversion rate adjustment	COGES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%

