

PROGRAMME SANTE

COMPOSANTE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Financée par l'USAID et exécutée par Abt Associates en collaboration avec Groupe ISSA, CRDH, ACA, PATH, FHI et Broad Branch

Décembre 2012

RAPPORT ANNUEL de la Période Octobre 2011-Septembre 2012



*Signature des premiers
contrats de performance de
la phase pilote du
Financement Basé sur les
Résultats à Kolda*

Délivré à:
Matar Camara,
AOTR USAID/Sénégal

AID – 685 – A – 11 - 00002



Table des matières

Abréviations et Sigles	3
Résumé Exécutif	5
Introduction.....	10
1. Activités de l'An 1	13
1.1. Activités de démarrage.....	13
1.2. Sous-Composante A : Gestion et systèmes de santé au niveau régional et des districts.....	16
1.2.1. Résultats attendus et milestones de l'an 1	16
1.2.2. Gouvernance sanitaire et leadership	17
1.2.3. Capacités de planification, gestion et suivi	18
1.2.4. Financement basé sur les résultats.....	22
1.2.5. Défis et solutions	25
1.2.6. Leçons apprises.....	26
1.3. Sous-Composante B : Mécanismes de financement social	28
1.3.1. Résultats attendus et milestones de l'an 1	28
1.3.2. Cadres d'appui incitatifs.....	29
1.3.3. Capacités de gestion des réseaux et mutuelles de santé	31
1.3.4. Prise en charge des groupes vulnérables	34
1.3.5. Défis et solutions	35
1.3.6. Leçons apprises.....	36
1.4. Sous-Composante C : Politiques et systèmes de santé au niveau central	37
1.4.1. Résultats attendus et milestones de l'an 1	37
1.4.2. Politiques et réformes	38
1.4.3. Suivi du PNDS.....	41
1.4.4. Défis et solutions	42
1.4.5. Leçons apprises.....	42
1.5. Sous-Composante D : Coordination, suivi-évaluation.....	43
1.5.1. Résultats attendus et milestones de l'an 1	43
1.5.2. Coordination	43
1.5.3. Suivi-évaluation.....	46
1.5.4. Défis et solutions	47
1.5.5. Leçons apprises.....	48
2. Contraintes	49
3. Finances	50
4. Orientations et priorités pour l'An 2.....	52
Annexe 1 : Rapport financier de la composante	53
Annexe 2 : Matrice d'indicateurs de la Composante R2S	57

Abréviations et Sigles

ACA	Association Conseil pour l'Action
ARD	Agence Régionale de Développement
BAP	Bureau d'Appui au Projet FBR
BR	Bureau Régional
CACMU	Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle
CAS-PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CDD	Comité Départemental de Développement
CDS-MT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CLD	Comités locaux de développement
COP	Chief of Party (Chef d'Equipe)
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
CRG	Comité Régional de Gestion dans le cadre du projet FBR
CTB	Coopération Technique Belge
CTGP	Comité Technique de Gestion du Projet FBR
DAGE	Direction de l'Administration Générale
DECAM	Extension de la Couverture de l'Assurance Maladie dans le contexte de la Décentralisation
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EIPS	Equipe d'Initiatives de Politiques Sanitaires
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FD	Financement Direct dans le cadre des modalités d'assistance directe de l'USAID
FNG	Fonds National de Garantie
FHI	Family Health International
FNSS	Fonds National de la Solidarité dans la Santé
FY	Fiscal Year (Année Fiscale)
GAF	Gestion administrative et financière
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
ICP	Infirmier Chef de Poste
ISSA	Innovations des Systèmes de Santé en Afrique
MCD	Médecin-Chef de District
MCR	Médecin-Chef de Région
Mds	Mutuelle de santé
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORCAP	Outil de Renforcement des Capacités par l'Auto-évaluation Participatives
OSC	Organisation de la Société Civile
PAMAS	Programme d'Appui à la Micro Assurance Santé au Sénégal
PMP	Performance monitoring plan (plan de suivi de la performance)
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PPS	Point de Prestations de Services
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
R2S	Composante Renforcement des Systèmes de Santé
RM	Région Médicale

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UEMOA	Union Economique et Monétaire de l'Afrique de l'Ouest
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
URMds	Union Régionale des Mutuelles de Santé
USAID	United States Agency for International Development

Résumé Exécutif

La Composante Renforcement du Système de Santé (R2S) est un des instruments d'intervention du Programme Santé de l'USAID/Sénégal 2011-2016; elle est fondée sur les orientations stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018). L'objectif principal de la Composante est d'améliorer les performances de systèmes de santé publics décentralisés (régions et districts) sur la base de politiques, programmes et budgets efficaces au niveau central du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). Elle est attendue pour contribuer significativement au Résultat Intermédiaire 3 du cadre de résultats du Programme Santé: « performances améliorées du système de santé ». Cette contribution est réalisée à travers une « gestion améliorée des équipes sanitaires de district et de région » (Résultat Intermédiaire 3.1) et une « performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national » (Résultat Intermédiaire 3.2). La Composante R2S intervient au niveau central et au niveau de dix régions d'intervention (Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack, Kolda, Louga, Sédhiou, Thiès, Ziguinchor, départements de Pikine et de Rufisque dans la région Dakar)

USAID/Sénégal a établi un contrat avec la compagnie Abt Associates Inc et son consortium pour servir d'agence d'exécution de la Composante Renforcement des Systèmes de Santé : contrat AID – 685 – A – 11 – 00002 (2011-2016). Abt Associates a constitué une équipe pluridisciplinaire d'experts sénégalais, d'organisations sénégalaises et de sous-contractants internationaux pour mettre en œuvre la Composante R2S. En plus d'Abt Associates, l'Equipe R2S comprend le Groupe Innovations et Système de Santé en Afrique (Groupe ISSA), Association Conseil pour l'Action (ACA), Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), Family Health International (FHI360), PATH, et Broad Branch Associates.

Réalisations de l'An 1

Le plan d'action de l'An 1, Octobre 2011-Septembre 2012, de la Composante R2S était basé sur les priorités définies par le MSAS et l'USAID. Les activités de l'An 1 étaient alignées pour bâtir une plateforme solide et développer les outils pour servir de base à l'extension des interventions dans toutes les régions couvertes par la composante dès la deuxième année du programme. Malgré les tensions politiques et les problèmes de sécurité durant le semestre ayant précédé les élections présidentielles de Mars 2012, des progrès significatifs ont pu être réalisés vers les résultats attendus de la composante. Les réalisations de la Composante R2S au cours de la première année sont résumées ci-dessous autour de ses quatre sous-composantes : (i) gestion et systèmes de santé au niveau régional et de district, (ii) mécanismes de financement social, (iii) politiques et réformes, et (iv) coordination du Programme Santé.

Gestion et systèmes de santé au niveau régional et des districts. Les interventions de la sous-composante « gestion et systèmes de santé au niveau régional et des districts » sont ciblées pour contribuer au Résultat Intermédiaire 3.1 «gestion améliorée des équipes sanitaires de district et de région» du Programme Santé l'USAID/Sénégal. La combinaison de l'amélioration de la gouvernance sanitaire au niveau local, du renforcement des capacités de gestion des équipes-cadres de région et de district, et la motivation du personnel des cases, des postes et des centres de santé sur la base de mécanismes de financement basé sur les performances est attendue pour contribuer à l'amélioration de la qualité des services de santé de base et de la couverture des services de santé prioritaires. Ces interventions sont ciblées essentiellement pour améliorer la qualité et la couverture

des services de santé maternelle, de planification familiale, de santé de l'enfant, de vaccination, de nutrition, de lutte contre le paludisme et la tuberculose.

Les réalisations de la sous-composante «gestion et systèmes de santé au niveau régional et des districts», au cours de la première année, ont permis de progresser vers les résultats attendus de la sous-composante pour la période. La révision du guide de formation sur la gouvernance sanitaire, l'orientation des équipes-cadres de district (ECD) et des équipes-cadres de région (ECR) de six régions (Dakar, Diourbel, Fatick, Kolda, Sédhiou et Ziguinchor) sur la gouvernance sanitaire et la collecte des indicateurs dans l'ensemble des dix régions d'intervention de la composante ont permis de franchir des étapes clés vers l'amélioration de la gouvernance sanitaire au niveau régional et des districts. Le renforcement de la planification au niveau des régions et des districts, l'adaptation du système de gestion financière des régions médicales (RM) et des districts sanitaires (DS), le développement d'un guide de formation, et le démarrage de la formation des équipes de régions (3 régions médicales) et de districts (16 districts sanitaires) en gestion administrative et financière dans les régions de Kaolack, Kolda et Thiès sont des jalons importants dans le cadre du renforcement des capacités de planification, de gestion et de suivi des interventions sanitaires au niveau régional et des districts sanitaires.

Enfin, le développement des manuels, des guides et des outils de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) va permettre au MSAS de gagner du temps dans l'introduction et l'extension de mécanismes de financement basés sur les résultats pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé prioritaires. Le démarrage du FBR est effectif dans les districts pilotes de Darou Mousty, Kaffrine et Kolda : deux cent trente et une (231) personnes ont été formées sur le processus FBR dans les districts de Kaffrine, Kolda et Darou Mousty. Seize (16) bénéficiaires ont déjà signé leur contrat de performances FBR sur les cinquante-trois (53) attendus pour la première année du composante R2S : cette sous-performance est liée au motif d'ordre de grève de rétention de l'information des syndicats de la santé qui n'est pas encore levé.

Mécanismes de financement social. Les interventions de la sous-composante «mécanismes de financement social» sont ciblées pour contribuer au Résultat Intermédiaire 3.2 «performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national» du Programme Santé l'USAID/Sénégal à travers l'amélioration de l'accès financier aux soins de santé des populations en général, des groupes vulnérables en particulier, sur la base de l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux.

Les réalisations de la sous-composante «mécanismes de financement social» ont permis de progresser vers les résultats attendus de la sous-composante. La finalisation des projets des décrets portant création du Fonds National de Solidarité Santé (FNSS), du Fonds National de Garantie et de l'Organe Administratif de la Mutualité Sociale et la mise en place d'un cadre de collaboration pour soutenir l'harmonisation des mécanismes de la mise en œuvre du projet d'extension de la couverture de l'assurance maladie dans le contexte de la décentralisation (Projet DECAM) sont des étapes clés vers la mise en place d'un cadre incitatif pour améliorer l'accès financier aux soins.

Par ailleurs, la tenue de Comités Départementaux de Développement (CDD) pour lancer la mise en œuvre du projet DECAM dans les départements de concentration de Kaolack, Kolda et Louga, la réalisation d'une étude de faisabilité du réseau départemental des mutuelles de santé du projet DECAM au niveau de chaque département de concentration (Kaolack, Kolda et Louga), et la mise en place de vingt-et-une (21) nouvelles mutuelles de santé et la restructuration des mutuelles de santé existantes dans les départements pilotes du projet DECAM ont initié le renforcement des

réseaux locaux de mutuelles de santé pour soutenir l'extension de la couverture maladie. Au total quatre cent quatre-vingt-treize (493) membres des comités d'initiative mutualiste ont été formés pour porter les projets de mutuelles dans les collectivités locales qui ne disposent pas de mutuelles de santé dans les départements de concentration : 180 à Kolda ; 136 à Kaolack ; 177 à Louga.

Enfin, l'évaluation à mi-parcours du projet pilote d'assistance aux PVVIH dans la région de Kaolack a généré une base d'informations et de leçons sur lesquelles la Composante R2S et ses partenaires vont bâtir pour renforcer la prise en charge des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé. Le document de l'évaluation est disponible.

Politiques et réformes. Les interventions de la sous-composante «politiques et systèmes de santé au niveau central » contribuent au Résultat Intermédiaire 3.2 « performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national » du Programme Santé l'USAID/Sénégal à travers le renforcement des capacités de développement des politiques sanitaires et l'amélioration de l'allocation des ressources pour soutenir la mise en œuvre du PNDS.

Les réalisations de la première année ont permis de progresser vers les résultats attendus de la sous-composante «politiques et systèmes de santé au niveau central ». La tenue régulière des réunions de l'Equipe d'Initiatives de Politiques de Santé (EIPS), l'initiation du développement de la politique de santé communautaire par l'EIPS, les progrès dans la mise en place d'une plateforme « Renforcement des Systèmes de Santé », et le renforcement des capacités de la PNA s'inscrivent dans les efforts pour améliorer les capacités de développement et de mise en œuvre des politiques sanitaires. Par ailleurs, la production du rapport de performance du CDSMT 2011, la préparation du CDSMT 2012-2104 et du CDSMT préliminaire 2013-2015, et l'engagement de la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement (DAGE) du MSAS pour améliorer l'allocation des ressources, l'arbitrage et le suivi de l'exécution budgétaire sont des étapes clés qui ont été franchies vers l'amélioration de l'allocation des dépenses de santé et la mise en œuvre du PNDS. Enfin, les attentes sur la Composante R2S ont connu une évolution notable du fait du mandat que l'USAID lui a confié en cours d'année pour apporter un appui au MSAS dans le cadre de l'organisation des concertations nationales sur la santé et l'action sociale : une activité hautement stratégique qui n'était pas prévue mais qui a nécessité la mobilisation de ressources importantes de la composante. La Composante R2S a reçu Madame Le Ministre de la Santé et des membres de son cabinet dans ses locaux : cette rencontre a été l'occasion pour discuter des interventions de la Composante R2S et des concertations nationales sur la santé et l'action sociale.

Coordination du Programme Santé. Les interventions de la sous-composante «coordination, suivi-évaluation » contribue au Résultat Intermédiaire 3.2 « performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national » du Programme Santé l'USAID/Sénégal à travers l'amélioration de la coordination de la mise en œuvre du Programme Santé sur la base de cadres et de modalités d'appui communs et la fonctionnalité des cadres et mécanismes de suivi du Programme Santé.

Durant la première année de mise en œuvre de la Composante R2S, les réalisations ont permis de progresser vers les résultats attendus de la sous-composante «Coordination, suivi-évaluation ». La mise en place d'un cadre inter-agence de coordination a contribué au renforcement de la coordination des interventions du Programme Santé de l'USAID. Les cinq agences d'exécution de l'USAID ont produit conjointement le manuel de procédures des trois Bureaux Régionaux du Programme Santé (BR de Kaolack, BR de Kolda, et BR de Thiès) et la politique de per diem. Elles

sont arrivées à un consensus sur les arrangements financiers qui servent de base au partage équitable des charges des bureaux régionaux entre les agences. Les agences d'exécution ont aussi produit une note d'orientation sur la planification intégrée et un document conceptuel sur le financement direct pour appuyer l'adaptation des modalités d'assistance de l'USAID au niveau régional et local. Par ailleurs, le PMP de la Composante R2S a été validé avec l'USAID. Enfin, les rapports trimestriels de la composante ont été soumis à l'USAID dans les délais et le plan d'action préliminaire pour l'année Octobre 2012-Septembre 2013 et le budget de FY2012 ont été élaborés et soumis à temps à l'USAID.

Les documents et les outils de travail produits par la Composante R2S au cours de l'An 1 sont identifiés dans la boîte ci-dessous. La plupart de ces documents et outils sont décrits plus en détails dans le rapport annuel. Ils constituent des ressources importantes pour la mise en œuvre des activités au cours des prochaines années du programme.

Composante Renforcement du Système de Santé Documents et Outils Produits au cours de l'An 1
<ul style="list-style-type: none"> • Manuels de formation <ul style="list-style-type: none"> ○ Manuel de formation sur la gouvernance sanitaire révisé ○ Guide de formation en gestion administrative et financière des régions médicales et des districts sanitaires • Manuels de procédures <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Manuel de procédures des bureaux régionaux du Programme Santé</i> ○ Manuel de procédures du financement basé sur les résultats • Notes techniques et conceptuelles <ul style="list-style-type: none"> ○ Outil de Renforcement des Capacités d'Auto-évaluation Participative révisé ○ <i>Note d'orientation de la planification intégrée</i> ○ <i>Document concept sur le financement direct</i> ○ Document concept du projet DECAM révisé ○ Quatre rapports d'études de faisabilité du réseau départemental de mutuelles de santé ; un rapport de synthèse ○ Rapport d'évaluation de l'expérience pilote du schéma de prise en charge des PVVIH dans la région de Kaolack • Plans d'Action et rapports d'activités <ul style="list-style-type: none"> ○ Programme indicatif de la Composante R2S ○ Plan d'Action Annuel Octobre 2011-Septembre 2012 ○ Quatre rapports trimestriels d'activités de la composante ○ Plan d'Action Annuel préliminaire Octobre 2012-Septembre 2013 ○ Bi-weekly updates
<p>Note : Les outils en italique ont été conjointement produits avec les quatre autres agences d'exécution (Intrahealth, FHI360, Childfund et ADEMAs) dans le cadre du renforcement de la coordination des interventions du Programme Santé de l'USAID/Sénégal</p>

Orientations et priorités pour l'An 2

Le plan d'action annuel de l'An 2 de la Composante R2S devra tenir compte des changements dans l'environnement et des progrès réalisés au cours de l'An 1 de la composante. Le changement de régime politique a porté à la tête de l'Etat des nouvelles autorités qui ont inscrit la gouvernance et la couverture maladie universelle parmi leurs plus hautes priorités depuis Mars 2012. Par ailleurs, les services centraux et régionaux du MSAS sont en cours de restructuration. En outre, pour adapter les priorités du ministère à ces changements, le MSAS est en train de tenir des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CONSAS) dont les principaux thèmes incluent la gouvernance sanitaire et la couverture maladie universelle. Enfin, l'USAID/Sénégal est engagée dans la mise en œuvre des réformes des modalités d'assistance de l'USAID, y incluse la « *Implementation and Procurement Reform (IPR)* », dont l'introduction de mécanismes de financement direct aux niveaux central et régional avec l'appui des agences d'exécution.

En raison des changements de l'environnement, le plan d'action annuel de l'An 2 va positionner la Composante R2S pour saisir les opportunités offertes par le nouveau courant de changements pour améliorer les performances du système de santé, mettre l'accent sur la démonstration de l'utilisation des instruments de planification, de gestion et de financement développés conjointement avec toutes les composantes du Programme Santé au cours de l'An 1, et garder la flexibilité pour permettre l'adaptation des activités du plan d'action aux résultats et recommandations des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CONSAS).

Sur la base de ces orientations générales, les priorités suivantes vont guider l'élaboration du plan d'action 2012-2013 :

- Consolidation du FBR dans les trois (3) districts pilotes et extension à quatre (4) nouveaux districts sanitaires ;
- Mise en œuvre de la phase pilote du Financement Direct (FD) dans les régions sites des bureaux régionaux du Programme Santé (Kaolack, Kolda, et Thiès);
- Extension du renforcement des capacités de gestion et de suivi des RM et des DS dans toutes les régions d'intervention (Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack, Kolda, Louga, Sédhiou, Thiès, Ziguinchor, départements de Pikine et de Rufisque dans la région Dakar) ;
- Renforcement du cadre stratégique d'appui aux mécanismes de financement social ;
- Consolidation du projet d'extension de la couverture maladie dans le contexte de la décentralisation (projet DECAM) dans les départements de concentration ;
- Développement de la politique de santé communautaire ;
- Plaidoyer dans le cadre du repositionnement de la planification familiale ;
- Renforcement des capacités de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et de la disponibilité des médicaments au niveau opérationnel;
- Consolidation de l'Equipe d'Initiative et de Politiques de Santé (EIPS) et du Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen-Terme (CDSMT) dans le cadre des réformes organisationnelles du MSAS ;
- Renforcement de la synergie des interventions des composantes du Programme Santé USAID.

Introduction

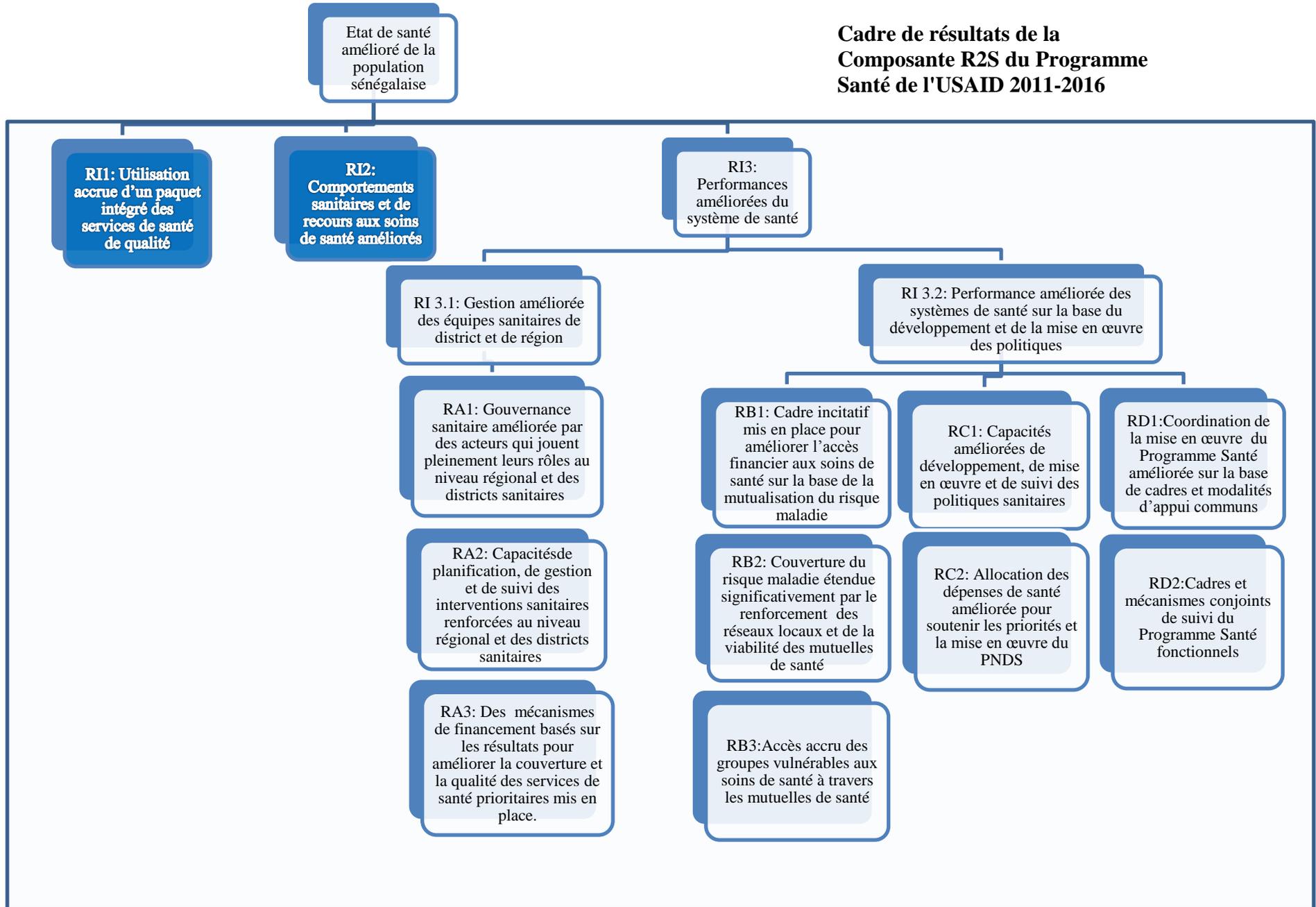
Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) est mis en œuvre à travers les quatre programmes du CDS-MT : (i) santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, (ii) lutte contre la maladie, (iii) renforcement du système de santé, (iv) gouvernance sanitaire. Le renforcement du système de santé et la gouvernance sanitaire constituent la trame stratégique de la Composante Renforcement du Système de Santé (R2S) du Programme Santé de USAID/ Sénégal 2011-2016. Ces deux programmes portent entre autres sur (i) la gestion axée sur les résultats (GAR), (ii) l'amélioration des capacités du secteur en matière de planification, de gestion administrative et financière et (iii) le renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables (mères, enfants, femmes enceintes, le plus démunis).

La Composante R2S est un des cinq instruments d'intervention du Programme Santé de l'USAID\Sénégal 2011-2016. L'objectif de développement du programme de l'USAID est un « état de santé amélioré de la population sénégalaise » à atteindre à travers trois résultats intermédiaires (RI) : « utilisation accrue d'un paquet intégré des services de santé de qualité » (RI.1) ; « comportements sanitaires et de recours aux soins de santé améliorés » (RI.2) ; « performances améliorées du système de santé » (RI.3). La Composante Renforcement du Système de Santé contribuera à l'atteinte de ces résultats intermédiaires, en collaboration avec les quatre autres composantes du Programme Santé de l'USAID\Sénégal: (i) l'amélioration des services de santé, (ii) la lutte contre le SIDA et la tuberculose, (iii) la santé communautaire, et (iv) la communication et la promotion sanitaire.

L'objectif principal de la Composante R2S est d'améliorer les performances de systèmes de santé publics décentralisés (régions et districts) du Sénégal sur la base de politiques, programmes et budgets efficaces au niveau central du Ministère de la Santé. La Composante R2S contribue plus spécifiquement à l'atteinte du Résultat Intermédiaire RI.3 à travers une « gestion améliorée des équipes sanitaires de district et de région » (RI 3.1) et une « performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national » (RI 3.2).

USAID\Sénégal a établi un contrat avec la compagnie Abt Associates Inc., qui jouit d'une solide réputation au niveau mondial en matière de systèmes de santé, de réformes du secteur de la santé et de réformes du financement de la santé, pour servir d'agence d'exécution de la Composante R2S. En plus de Abt Associates, l'Equipe de R2S comprend le Groupe Innovations et Systèmes de Santé en Afrique (Groupe ISSA), Association Conseil pour l'Action (ACA), Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), Family Health International (FHI), PATH, et Broad Branch Associates. L'Equipe de R2S a soumis à l'USAID une proposition technique pour la Composante R2S et un programme indicatif axés sur les quatre sous-composantes suivantes : (i) gestion et systèmes de santé au niveau régional et de district, (ii) mécanismes de financement social, (iii) politiques et réformes, et (iv) coordination du Programme Santé. La **figure 1** résume la contribution de la Composante R2S au cadre de résultats du Programme Santé à travers ses sous-composantes et domaines d'intervention.

**Cadre de résultats de la
Composante R2S du Programme
Santé de l'USAID 2011-2016**



Les résultats attendus de la Composante R2S sont axés autour de dimensions clés de l'amélioration des performances des systèmes de santé. La sous-composante « gestion et systèmes de santé au niveau régional et de district » contribue à l'amélioration de l'efficacité et la qualité de la prestation des services de santé à travers l'amélioration de la gouvernance sanitaire au niveau local, des capacités de gestion des équipes-cadres de région et de district et la motivation du personnel des cases/ postes/centres de santé pour l'extension de la couverture des services de santé prioritaires sur la base de mécanismes de financement basé sur les performances. La sous-composante « mécanismes de financement social » est axée sur l'amélioration de l'accès des populations aux soins de santé en général, des groupes vulnérables en particulier, à travers la réduction des barrières financières d'accès aux soins et l'extension de la couverture du risque maladie sur la base de la mutualité et de l'appui des pouvoirs publics. Enfin, la pérennité des améliorations des performances des systèmes de santé est soutenue par la mise en place d'un cadre favorable de politiques, l'amélioration de l'allocation des ressources dans le secteur, la synergie et l'alignement des interventions aux priorités du PNDS 2009-2018 à travers la sous-composante « politiques et réformes » et la sous-composante « coordination du Programme Santé».

Les priorités suivantes ont guidé la définition des activités du plan d'action 2011-2012 :

- Assurer que les principaux outils (manuel sur la gouvernance, ORCAP, approche de financement direct, gestion administrative et financière au niveau des régions médicales et des districts sanitaires) qui vont soutenir la mise en œuvre du Programme Santé de l'USAID/Sénégal sont produits, testés, et validés ;
- Démarrer le processus de renforcement des capacités de gestion des régions médicales et districts sanitaires dans un nombre restreint de régions;
- Appuyer le MSAS pour le démarrage effectif de la phase pilote du Financement Basé sur les Résultats au cours du premier trimestre de l'année 2012 ;
- Contribuer à la mise en œuvre de la phase pilote du projet d'extension de la couverture du risque maladie dans le contexte de la décentralisation (Projet DECAM);
- Appuyer le lancement de groupes de travail ou comités techniques de l'Equipe d'Initiatives et de Politiques de Santé (EIPS) dans des domaines prioritaires (politique de santé communautaire, renforcement des systèmes de santé, allocation des ressources) ; et
- Apporter une assistance technique à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA).

La suite du rapport annuel est organisée en quatre (4) sections. La première section résume les réalisations de la composante au cours de la première année. La deuxième section discute des contraintes dans la mise en œuvre des interventions. La troisième section résume l'exécution financière de la composante. La quatrième section identifie les changements majeurs dans l'environnement immédiat de la composante, les orientations et les priorités pour la deuxième année du programme. Le rapport annuel est complété par deux annexes : l'annexe 1 résume le rapport financier de la composante ; l'annexe 2 présente les indicateurs du PMP de la composante.

1. Activités de l'An 1

Les activités de l'An 1 étaient alignées pour bâtir une plateforme solide et développer les outils pour servir de bases à l'extension des interventions dans toutes les régions couvertes par la composante dès la deuxième année du programme. Cette orientation générale était une réponse aux résultats attendus de la composante dont l'appui à plusieurs nouvelles initiatives dont le renforcement des capacités de gestion administrative et financière des régions médicales et des districts sanitaires, l'extension de l'utilisation de l'ORCAP, la mise en œuvre de la phase pilote du financement basé sur les résultats (FBR), le développement de mécanismes de financement direct (FD), la mise en œuvre de la phase pilote du projet d'extension de la couverture de l'assurance maladie dans le contexte de la décentralisation (DECAM), l'animation de l'Equipe d'Initiatives de Politiques Sanitaires (EIPS), l'appui à la PNA, et la coordination des interventions du Programme Santé. Ainsi, une part importante des efforts de la Composante R2S a été investie dans le développement conjoint d'outils non seulement avec les agences d'exécution pour renforcer la coordination des interventions du Programme Santé, mais aussi les partenaires du MSAS pour permettre le démarrage des initiatives pilotes portant sur le financement de la santé (FBR, DECAM). Par conséquent, la présentation des principaux outils développés au cours de la première année qui sont des ressources importantes pour l'amélioration des performances du système de santé et l'héritage que la Composante R2S doit accumuler au cours des quatre prochaines années du Programme Santé servira de trame du rapport d'activités de l'An 1.

La section actuelle est organisée en cinq sous-sections. La première sous-section résume les activités de démarrage du projet. Ensuite, les réalisations de la Composante R2S au cours de la première année sont résumées dans les quatre sous-sections suivantes qui sont articulées autour de ses quatre sous-composantes : (i) gestion et systèmes de santé au niveau régional et de district, (ii) mécanismes de financement social, (iii) politiques et réformes, et (iv) coordination du Programme Santé. Chaque sous-section rappelle les résultats attendus de la sous-composante, résume les réalisations relativement aux milestones que la composante s'était fixée pour apprécier la progression vers les résultats attendus, discute des raisons pour lesquelles certains milestones n'ont pas été atteints, résume les défis et les solutions envisagés pour y faire face et les leçons apprises pour guider les activités futures.

1.1. Activités de démarrage

Mise en place de l'Equipe de R2S. La mise en place de l'Equipe de Abt a été réalisée progressivement au cours de la première année du projet. Les membres clés de l'Equipe de Abt ont rejoint leur poste dès novembre 2011. Les sous-accords des sous-contractants ont été signés en décembre 2011 mais des lettres d'accord avaient été utilisées pour permettre leur mobilisation dès le mois d'octobre-décembre 2011. Au cours du 2ème trimestre, la procédure de recrutement a été finalisée et les contrats signés pour les positions de coordonnateur du bureau de Kaolack, de conseiller régional en système de santé à Thiès et de conseiller en financement social à Kaolack. Pour les autres positions, la procédure de recrutement a été finalisée au cours du troisième trimestre et les contrats signés (RAF des BR de Kaolack et Kolda.).

Un atelier de team building a été organisé dès octobre 2011 pour développer une compréhension partagée de la Composante R2S et du Programme Santé de l'USAID/Sénégal entre les membres de l'Equipe de R2S et les partenaires stratégiques du MSAS. Par ailleurs, les rôles et les relations des membres de l'Equipe de R2S dans la mise en œuvre de la Composante R2S ont été identifiés. Sur la

base des résultats de l'atelier de team building, l'Equipe de Abt a développé un programme indicatif de Composante R2S (voir activités de planification ci-dessous.).

Mise en place des bureaux au niveau national et régional. La mise en place du bureau national de la Composante R2S et des bureaux régionaux du Programme Santé de l'USAID a été diligentée durant le premier semestre. Les bureaux nationaux des deux projets AIRS et R2S, mis en œuvre par Abt Associates, se sont installés dès le premier trimestre dans les mêmes locaux pour partager les fonctions essentielles de support.

Sur la base des leçons de l'expérience positive de la localisation du bureau régional du Programme Santé de Kolda au sein de la région médicale de Kolda au cours du programme précédent, l'USAID/Sénégal a requis l'installation des trois bureaux régionaux dans les régions médicales de Kolda, Kaolack et Thiès. Avec l'appui du MSAS, des locaux ont été attribués aux bureaux régionaux de Thiès et de Kaolack au sein des régions médicales. Les locaux du bureau régional du Programme Santé de Thiès, sis au sein de la région médicale de Thiès, ont été rénovés et livrés en janvier 2012. Le bureau régional de Thiès a aménagé et rejoint ses nouveaux locaux au début du mois de février 2012. Les locaux du bureau régional du Programme Santé de Kaolack, sis au sein du centre de Protection Maternelle et Infantile de Kaolack, ont nécessité plus de travaux de rénovation : le personnel du bureau régional de Kaolack a rallié ses locaux en Mars 2012.

Acquisition d'équipements. Les équipements de l'ancien projet « Financement et Politiques de Santé » ont été maintenus et complétés par de nouvelles acquisitions faites suite à une évaluation des besoins complémentaires. Premièrement, le parc informatique a été largement rénové. A cet effet, un appel d'offres a été lancé par le siège de Abt pour l'acquisition des nouveaux équipements. Une partie de ces équipements a été installée au bureau national et l'autre partie a été déployée au niveau des bureaux régionaux. Deuxièmement, le surplus de mobilier identifié suite à l'aménagement du bureau national a été transféré au bureau régional de Kaolack pour son équipement. De nouvelles acquisitions ont été faites pour faire face aux besoins complémentaires en mobilier et matériel du bureau régional de Kaolack. Les besoins complémentaires en mobilier des bureaux régionaux de Thiès et de Kolda ont été satisfaits avec des nouvelles acquisitions. La Composante R2S a aussi acquis quatre nouveaux véhicules marque Toyota pour le renforcement de son parc automobile: un (1) véhicule a été affecté à chacun des bureaux régionaux et un (1) véhicule laissé au bureau national.

Rencontres avec clients et partenaires clés. La Composante R2S a participé aux différentes sessions d'orientation organisées par l'USAID/Sénégal sur les aspects contractuels et sur le volet technique. Par ailleurs, la Composante R2S a invité l'USAID ou les autres composantes du Programme Santé à participer directement à certaines de ses activités stratégiques, chaque fois que de besoin. La Composante R2S a aussi initié une série de rencontres bilatérales avec les autres agences d'exécution pour discuter de façon bilatérale autour des volets gérés conjointement, conformément à leurs mandats respectifs pour mieux coordonner les interventions. Les services centraux du MSAS (CAS/PNDS, DAGE et CAFSP) identifiés comme les partenaires stratégiques clés de la Composante R2S ont été étroitement impliqués dans la planification opérationnelle des interventions de la Composante R2S. Dans la même perspective, la Composante R2S a eu des rencontres avec l'OMS (représentant de P4H) et la CTB pour renforcer la collaboration dans le domaine de la couverture du risque maladie, et l'équipe santé du bureau de la Banque Mondiale de Dakar.

Participation au lancement du Programme Santé de l'USAID. La Composante R2S a coordonné les activités préparatoires et la tenue de la cérémonie de lancement du Programme Santé 2011 – 2016 de l'USAID/Sénégal. En effet, la Composante R2S a pris le relais de la Composante Financement et

Politiques de Santé du programme précédent dans la préparation de la cérémonie de lancement du Programme Santé USAID/Sénégal 2011-2016 en tant que coordonnateur du Comité technique préparatoire. Au cours de la cérémonie de lancement, la Composante R2S a assuré la coordination du panel Gouvernance sanitaire et a participé aux travaux des autres panels où elle a présenté son approche en matière d'appui au développement des mutuelles de santé au Sénégal notamment son expérience sur les systèmes de prise en charge des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé. A l'instar des autres composantes du Programme Santé de l'USAID 2011-2016, la Composante R2S a présenté deux posters pour les besoins de la cérémonie de lancement : un poster sur les résultats de l'ancien programme; un poster sur le nouveau programme.

Activités de planification. Les activités de planification au cours de la période de démarrage ont porté sur (i) le développement d'un programme indicatif couvrant l'horizon quinquennal du programme, (ii) le plan d'action annuel pour l'année 2012, et (iii) le plan de suivi-évaluation de la composante. La justification du programme indicatif 2011-2016 de la Composante R2S est de rendre plus lisible le contenu des interventions au cours de cette période conformément au mandat qui lui est fixé par l'USAID. L'intérêt de ce document réside dans le fait qu'il sert de point de repère pour la planification annuelle. Il permet surtout d'assurer un meilleur suivi de la mise en œuvre du projet en ayant toujours en ligne de mire les jalons (*milestones*) qui permettent d'apprécier les progrès cumulatifs vers les résultats attendus à la fin du Programme Santé de l'USAID/Sénégal.

Le plan d'action annuel 2012 a été élaboré de manière participative aux niveaux national et régional. L'Equipe de Abt a travaillé en étroite collaboration avec la DAGE, la CAS/PNDS, la DLSI et la CAFSP du MSAS dans la production du premier draft du plan d'action annuel au cours du mois de novembre. Ce premier draft a été soumis à l'AOTR de la Composante R2S, le 29 novembre 2011. Ce même draft a servi de document de référence pour la participation de l'Equipe de Abt dans le processus d'élaboration des plans de travail annuels (PTA) des districts sanitaires et des régions médicales. C'est au cours de cette étape que les activités appuyées par R2S ont été inscrites dans les PTA des régions d'intervention. Sur donc la base des résultats de la planification du MSAS (niveaux central et régional) et des commentaires et suggestions de l'USAID/Sénégal, que le plan d'action annuel 2012 a été finalisé et soumis à l'AOTR de la composante le 30 décembre 2011.

Le premier draft du plan de suivi-évaluation de la composante R2S a été développé. Une liste d'indicateurs a été proposée sur la base de la liste préliminaire d'indicateurs attachée à l'offre technique de Abt Associates et son consortium à l'USAID et une première rencontre avec le chargé du suivi-évaluation de l'USAID. Cette liste d'indicateurs a été discutée et validée avec l'USAID.

1.2. Sous-Composante A : Gestion et systèmes de santé au niveau régional et des districts

1.2.1. Résultats attendus et milestones de l'an 1

Le tableau suivant rappelle les milestones fixés pour la sous-composante «Gestion et systèmes de santé au niveau régional et des districts» pour apprécier les progrès au cours de l'an 1 vers les résultats attendus de la Composante R2S. C'est à travers les résultats R.A1, R.A2 et R.A3 que la Composante R2S contribue au Résultat Intermédiaire 3.2 «gestion améliorée des équipes sanitaires de district et de région» du Programme Santé l'USAID/Sénégal. La combinaison de l'amélioration de la gouvernance sanitaire au niveau local, des capacités de gestion des équipes-cadres de région et de district, et la motivation du personnel des cases, des postes et des centres de santé sur la base de mécanismes de financement basé sur les performances est attendue pour contribuer à l'amélioration de la qualité des services de santé de base et de la couverture des services de santé prioritaires : les indicateurs de santé maternelle, de planification familiale, de santé de l'enfant, de vaccination, de nutrition et de tuberculose et les indicateurs de qualité constituent la base d'évaluation des performances des prestataires de soins dans le cadre des interventions de la sous-composante.

Résultats Attendus de la Composante R2S	Milestones fixés pour l'An 1
R.A1 : Gouvernance sanitaire améliorée par des acteurs qui jouent pleinement leurs rôles au niveau régional et des districts sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Guide du Médecin-Chef du Centre de Santé est développé • Guides MSAS du Médecin-Chef de Région, du Médecin-Chef de District et de l'Infirmier Chef de Poste sont revus et mis à jour • Manuel de formation sur la gouvernance sanitaire mis à jour • Acteurs des RM et DS formés en gouvernance et leadership dans trois (3) régions (ZG, SD et KD)
R.A2 : Capacités de planification, de gestion et de suivi des interventions sanitaires renforcées au niveau régional et des districts sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Outil ORCAP utilisé dans trois (3) régions d'intervention du Programme Santé • Evaluation de l'outil ORCAP réalisée • Un guide de formation en gestion administrative et financière et un logiciel comptable pour les équipes régionales et de districts sont développés • Les équipes de régions et de districts sont formées en gestion administrative et financière dans trois (3) régions • Un atelier national de consensus sur le financement direct est tenu • Revue annuelle conjointe tenue dans cinq (5) régions
R.A3 : Des mécanismes de financement basés sur les résultats pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé prioritaires mis en place.	<ul style="list-style-type: none"> • Manuels, guides et outils de mise en œuvre du FBR développés • Mécanismes de FBR mis en œuvre dans les trois (3) districts pilotes • Indemnités dues aux bénéficiaires du projet FBR payées dans les délais

Les réalisations de la sous-composante «Gestion et systèmes de santé au niveau régional et des districts» au cours de la première année ont permis de progresser vers les résultats attendus de la sous-composante. La révision du guide de formation sur la gouvernance sanitaire, l'orientation des équipes-cadres de district (ECD) et des équipes-cadres de région (ECR) sur la gouvernance sanitaire et la collecte des indicateurs ont permis de franchir des étapes clés vers l'amélioration de la gouvernance sanitaire au niveau régional et des districts. Le renforcement de la planification au niveau des régions et des districts, l'adaptation du système de gestion financière des régions médicales (RM) et des districts sanitaires (DS), le développement d'un guide de formation, et le démarrage de la formation des équipes de régions et de districts en gestion administrative et financière sont des jalons importants dans le cadre du renforcement des capacités de planification, de

gestion et de suivi des interventions sanitaires au niveau régional et des districts sanitaires. Enfin, le développement des manuels, des guides et des outils de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) et le démarrage du FBR effectif dans les districts pilotes de Darou Mousty, Kaffrine et Kolda par le composante R2S vont permettre au MSAS de gagner du temps dans l'introduction et l'extension de mécanismes de financement basés sur les résultats pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé prioritaires.

1.2.2. Gouvernance sanitaire et leadership

Guide de formation sur la gouvernance sanitaire révisé. Le guide de formation sur la gouvernance sanitaire a été révisé par le MSAS avec l'appui des trois bureaux régionaux du Programme Santé de l'USAID. Un atelier de révision a été tenu à Kaolack entre les trois BR et les représentants de la CAFSP du MSAS. En plus, un atelier de validation a été organisé par la Composante R2S avec la participation des représentants des services centraux du MSAS (Cabinet, DAGE, CAS/PNDS, DS), des représentants des élus locaux, de la société civile et d'autres PTF. Le guide de formation sur la gouvernance sanitaire a été finalisé en prenant en compte toutes les observations émises lors de l'atelier de validation mais aussi du contexte de réorganisation du ministère de la santé et un manuel du participant a été élaboré (voir boîte A1 sur le manuel de formation sur la gouvernance sanitaire).

Boîte A1 : Manuel de Formation sur la Gouvernance Sanitaire

L'objectif principal du manuel de formation sur la gouvernance sanitaire est de renforcer les capacités des acteurs du secteur de la santé en gouvernance sanitaire afin d'améliorer la qualité de la gestion du système de santé. Pour atteindre cet objectif, le guide est subdivisé en cinq chapitres portant sur : (i) un rappel de l'organisation et du fonctionnement du système de santé au Sénégal ; (ii) la définition des notions de gouvernance en général et de gouvernance sanitaire au Sénégal en particulier ; (iii) la détermination des axes d'intervention de la gouvernance sanitaire conformément aux orientations du PNDS ; (iv) l'identification des stratégies d'amélioration de la gouvernance sanitaire ; et (v) la présentation et l'analyse des indicateurs de bonne gouvernance sanitaire.

Ce Guide de formation en gouvernance sanitaire est réalisé par le Composante R2S dans le cadre du renforcement des capacités des acteurs au niveau central, intermédiaires et opérationnel du système de santé. Il s'agit d'un support organisé et utile pour les services et directions rattachés au ministère de la santé, les équipes cadre de régions et de districts, les prestataires de santé, les dirigeants des organes de gestion des structures sanitaires, les dirigeants de la collectivité locale et associations d'élus locaux, les organisations de la société civile, les autorités administratives, les services techniques et les partenaires au développement. Il donne des informations récentes sur le système de santé en général et sur le programme gouvernance sanitaire du PNDS. Il peut être utilisé lors des formations et ou des orientations des ECR et ECD et de tout autre acteur intervenant dans le système de santé.

Autres Acquis. Les trois BR du Programme Santé ont appuyés les ECR et les ECD de la zone d'intervention de Abt dans la collecte et le partage des indicateurs de bonne gouvernance sanitaire à travers plusieurs étapes. Les indicateurs de bonne gouvernance sanitaire ont été réactualisés en fonction des indicateurs retenus dans le PMP de la Composante R2S. Des rencontres d'orientation et de mise en place des fiches de collecte des indicateurs ont été organisées. Le recueil des données a ensuite été effectué par les membres des équipes cadres de district et la synthèse par les régions médicales, ceci dans le souci d'une responsabilisation accrue des équipes locales en vue de leur appropriation de l'activité. Enfin, la restitution des résultats aux responsables des districts et régions a été faite comme prévu dans ce genre d'opération.

Difficultés rencontrées dans la réalisation des milestones. Le développement du Guide du Médecin-Chef du Centre de Santé et la revue et la mise à jour des Guide du Médecin-Chef de Région, du Médecin-Chef de District et de l'Infirmier Chef de Poste n'ont pas encore été réalisés à cause de l'imminence des réformes portant sur les Directions Régionales de Santé : l'effectivité de ces

réformes pourrait donner de nouvelles orientations aux différents guides dont la revue est attendue. Des ateliers régionaux de formation des ECR et des ECD en gouvernance sanitaire sont prévus dans les différentes régions d'intervention du programme. Cependant en raison du retard accusé dans la finalisation des documents, ces activités sont prévues pour l'An 2. Enfin, la formation des acteurs en leadership est assujettie à l'élaboration du guide de formation en leadership prévu pour l'An 2.

1.2.3. Capacités de planification, gestion et suivi

Ateliers régionaux de synthèse des plans de travail annuels (PTA) des districts sanitaires et des régions médicales appuyés. Les bureaux régionaux du programme ont appuyé techniquement et financièrement les régions médicales dans l'organisation des ateliers de synthèse des plans de travail annuels. C'est ainsi que des équipes conjointes comprenant des représentants de toutes les composantes, aussi bien au niveau national que régional, ont été constituées et ont participé à dix ateliers régionaux de synthèse des PTA 2012. Cet appui a permis de partager avec les ECR/ECD le nouveau Programme Santé USAID 2011-2016 et d'intégrer les activités de la première année des différentes composantes dans les PTA des districts et des RM.

Outil ORCAP d'appui à la planification révisé. L'outil ORCAP a été revu sur la base de feedback reçu des acteurs locaux. Une version révisée des six Domaines de Prestation de Services (DPS) est maintenant disponible de même que la version révisée du guide de l'utilisateur et le lexique. En outre, la partie de l'outil en rapport avec la gestion financière a été revue et amendée et les domaines pertinents pour les finances retenus. L'outil révisé a été partagé avec les équipes des BR du Programme Santé USAID et la Direction chargée de la planification au MSAS afin qu'il soit intégré parmi les outils de planification et de renforcement du système de santé.

Boîte A2a : Outil ORCAP

En 2011, le Ministère de la Santé à travers la Division de Lutte contre le SIDA et les IST (DLSI) a bénéficié d'un financement des activités de renforcement du système de santé de la série 9 du FM/ le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Afin de préparer les régions médicales à recevoir les intrants de cet important financement, FHI 360 et la DLSI ont développé ensemble l'Outil de Renforcement des Capacités par l'Auto-évaluation Participative (ORCAP). Il a été utilisé dans un premier temps dans les 3 régions prioritaires du RSS (Ziguinchor, Kolda et Sédhiou). Depuis 2011, dans le cadre du sous-contrat entre Abt et FHI360 pour la mise en œuvre de la Composante R2S, FHI360 a amélioré le contenu et le processus de l'application de l'outil et a proposé un plan d'extension de son utilisation aux autres régions couvertes.

L'ORCAP est conçu pour permettre à la Région Médicale les actions prioritaires nécessaires pour l'amélioration de ses performances. L'outil permet (i) de faire un diagnostic institutionnel sur les aspects de gestion organisationnelle, financière, et technique, puis d'identifier les actions pour le renforcement des capacités dans les domaines prioritaires ; et (ii) de maximiser les ressources qui sont injectées dans la région. L'ORCAP est un outil d'autoévaluation destiné aux régions médicales et districts sanitaires. Il est structuré autour des six (6) domaines de prestation de service (DPS) représentant les piliers du cadre référentiel défini par l'OMS en 2007 pour le renforcement des systèmes sanitaires. Son application favorise un échange ouvert entre les membres du personnel pour l'identification des forces et faiblesses de la RM et aboutit à la formulation d'actions consensuelles pour le renforcement des capacités de la RM sur la base des priorités identifiées : ces actions sont ensuite intégrées dans le PTA de la région.

Evaluation des capacités et des besoins en matière de gestion administrative et financière des régions médicales (RM) et des districts sanitaires (DS). Dans la perspective de renforcement des capacités de gestion au niveau régional et local, la Composante R2S à travers ACA a appuyé la DAGE du MSAS à élaborer un guide d'évaluation des besoins des ECR et ECD en gestion administrative et financière. Une enquête situationnelle de la gestion administrative et financière (GAF) des structures a été effectuée avec l'implication des différents acteurs (DAGE, IntraHeath, Abt et ACA). La mission consistait à recueillir, à travers des interviews et l'examen des documents de gestion, les informations sur la gestion administrative et financière à l'aide d'un questionnaire qui a

été validé lors d'une réunion au MSAS. Au total, un échantillon de 16 structures composées des RM, DS, CS, PS et EPS ont été visitées.

Adaptation du système de gestion financière et développement d'un guide de formation. Afin de disposer d'un système de gestion financière adéquat et d'élaborer un guide de formation prenant en compte les réalités du terrain, les personnes ayant participé à la mission de recensement des besoins se sont réunies en atelier pendant 4 jours pour développer un guide de formation. Sur la base des faiblesses notées dans le domaine de la gestion financière, des outils pour renforcer les capacités des RM et DS ont été développés. Ces outils ont été ensuite classés par domaine pour constituer des thèmes de formation. Pour chaque thème, les objectifs pédagogiques ont été identifiés.

Le système conçu prend en charge les préoccupations des partenaires, la capacité intrinsèque des gestionnaires à s'approprier le système vu leur profil, la nécessité d'obtenir un PTA de qualité, le souhait de disposer d'un système intégré qui puisse prendre en compte les ressources des différents partenaires, etc. Ce système comprend : le journal de banque ; les pièces justificatives et leur système de classement et d'archivage ; l'état de rapprochement bancaire ; le système de contrôle des opérations ; la requêtes ; le suivi budgétaire ; le suivi financier des partenaires ; le rapport financier périodique ; les normes de gestion financière ; la sécurité des deniers ; les rôles et responsabilités des acteurs de la gestion financière. Pour conduire les ateliers de formation sur le système de gestion financière validé, un guide de formation a été développé (voir **boîte A2B**).

Les équipes de régions et de districts sont formées en gestion administrative et financière dans les régions de Kaolack, Kolda et Thiès. Des ateliers de trois jours, animés par les conseillers régionaux avec l'appui des agents de la DAGE et de PAGOSSAN (projet de la Coopération Technique Belge <CTB>), ont été tenus à Thiès, Kaolack et Kolda. Les ateliers ont regroupé les gestionnaires des RM et DS des trois régions concernées qui sont les agents chargés la comptabilité au niveau de leurs structures. Les planificateurs qui les appuient dans la gestion de leurs activités ont été aussi associés. D'autres acteurs impliqués dans le processus ont également participé aux travaux dont : les gestionnaires des centres régionaux de formation en santé de Thiès et Kolda, les responsables administratifs et financiers des bureaux régionaux de Thiès et de Kaolack du Programme Santé de l'USAID. Au total, 32 participants (28 Hommes et 4 Femmes) ont assisté aux travaux dont 13 à Thiès, 13 à Kaolack, et 06 à Kolda. Les séances d'animation ont porté sur les documents du système comptable et financier et les autres supports dont : le journal de suivi budgétaire, du suivi du partenaire, la requête de financement, le journal de banque, la pièce comptable, l'état de rapprochement bancaire, et le rapport financier.

Boîte A2b : Guide de formation en gestion financière des régions médicales et districts sanitaires

Le guide de formation en gestion financière est développé à l'intention des facilitateurs pour présenter de façon progressive et claire le système de gestion financière conçu. Il permet par ailleurs de s'assurer que les formateurs conduiront les ateliers de façon uniforme en respectant les techniques et principes de participation, de formation pratique et d'appropriation correcte du contenu de la formation.

Le guide du formateur comprend trois parties. La première partie est constituée de l'introduction qui présente brièvement le contexte d'élaboration du guide, la population cible, la démarche pédagogique globale à adopter et les différents thèmes de formation prévus. Ceux-ci sont : le PTA et le suivi budgétaire ; la requête de financement ; le suivi de la banque et des imputations ; les dépenses extérieures ; les pièces justificatives et leur classement ; le rapprochement bancaire ; le rapport financier ; l'évaluation et la clôture de l'atelier. La deuxième partie couvre les plans de séance des thèmes. Pour bien dérouler chaque thème, un plan de séance est établi. Il comprend les objectifs à atteindre à la fin de la séance, la durée moyenne et les principales étapes de la séance ainsi que la liste du matériel et des supports didactiques à utiliser par le facilitateur. La troisième partie porte sur les énoncés et les corrigés des exercices d'illustration et de

simulation sur lesquels les participants devront s'exercer pour bien se familiariser avec les documents et procédures du système de gestion financière.

Le guide a été d'abord produit par les trois conseillers en gestion administrative et financière des BR sur la base des résultats issus du recensement des besoins des RM et DS et de l'expérience d'ACA en matière d'élaboration d'outils de gestion et de techniques d'animation. Il a été ensuite présenté à la DAGE, à l'équipe de Abt et aux autres partenaires. L'accent a été mis sur les documents et outils du système en présentant pour chaque document, l'objet et le moment d'utilisation. Les observations et suggestions des participants ont été prises en compte. Enfin, pour s'assurer de son adaptabilité et de sa facilité d'appropriation, le guide a fait l'objet d'un test. Pour ce faire, les facilitateurs de ACA, de la DAGE et du PAGOSAN ont tenu une rencontre à Dakar pour constituer des équipes d'animation et dérouler les différents thèmes prévus.

Au terme de la formation, des recommandations ont été formulées dont : mettre en place le plutôt possible les documents du système au niveau des RM et DS ; assurer un suivi régulier et rapproché des formations ; allonger la durée des formations à 4 jours pour mieux s'approprier de leur contenu ; produire un manuel de procédures sur le système comptable et financier ; orienter les autres acteurs impliqués dans la gestion du système, notamment les ECR et ECD y compris les MCR et MCD ; organiser des journées d'échanges des gestionnaires sur la comptabilité ; encourager les partenaires financiers à adopter un système harmonisé pour la gestion des fonds consentis aux RM et DS ; prévoir une formation en gestion du matériel et des fournitures (comptabilité des matières) ; et accélérer la mise en place de la version informatisée du système comptable.

Un atelier national de consensus sur le financement direct est tenu. L'USAID/Sénégal a demandé aux agences d'exécution du Programme Santé de l'appuyer dans le développement d'un mécanisme de financement direct pour adapter ses modalités d'assistance dans le secteur de la santé aux niveaux régional et local. Les agences ont mandaté le groupe de travail « Financement et Pérennité » du cadre inter-agence de coordination du programme pour concevoir le mécanisme de financement direct adapté au niveau régional (***voir section 1.5*** portant sur la coordination du programme). Sous le leadership de la Composante R2S, de Abt Associates et du sous-contractant FHI360, les agences d'exécution ont collaboré entre elles, avec l'USAID/Sénégal et le MSAS à travers plusieurs rencontres et ateliers depuis janvier 2012 pour élaborer le document concept sur le financement direct (***voir boîte A2C portant le document concept sur le financement direct***).

Boîte A2c : Document concept sur le financement direct

Le mécanisme de financement direct, développé par les agences et validé par l'USAID/Sénégal, est fondé sur les principes qui sous-tendent la Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide (2005) et du Programme d'Action d'Accra (2008) et repose sur cinq piliers. Le pilier « paquet de services » définit l'ensemble des services et des activités qui sont éligibles pour l'achat et le paiement à travers le mécanisme de financement direct. Dans la phase actuelle d'introduction du mécanisme de financement direct, le paquet de services est limité aux activités dans cinq domaines : (i) le renforcement des capacités des régions médicales, des districts et des comités de santé, (ii) la planification, le suivi et l'évaluation, (iii) la coordination des interventions, (iv) les activités de promotion de la santé, et (v) le renforcement du système de gestion des médicaments et produits spécifiques. Les services et les activités qui sont acquis au cours d'une période donnée sont identifiés conjointement par les parties prenantes à travers le processus de planification qui constitue le deuxième pilier. Le troisième pilier est la contractualisation basé sur un type de « contrat fixe » entre les agences de l'USAID et la région médicale. Le quatrième pilier porte sur les modalités de paiement qui spécifient les modalités de transferts de ressources et de déboursement des partenaires techniques et financiers vers les bénéficiaires. Le cinquième pilier définit le mécanisme de reporting et de suivi.

Le mécanisme de financement direct fait partie des outils communs conçus collectivement par les agences d'exécution du Programme Santé USAID à travers plusieurs étapes. Les étapes de sa préparation comportent : (i) la conception des principes et piliers par un groupe de travail ; (ii) la définition par les agences et les représentants du Ministère de la santé y compris des régions médicales des options sur chaque pilier et les outils et des critères de leur appréciation ; (iii) la validation des options de chaque pilier par l'Equipe Santé de USAID ; (iv) la compilation des inputs et de feedback des régions médicales et BR. Les étapes qui restent sont la présentation du modèle au niveau du Ministère de la santé, la production d'un manuel de procédures et la formation des acteurs sur l'utilisation du modèle. Le mécanisme de

financement direct sera mis en œuvre en deux phases : une phase pilote en 2013 dans 3 régions test que sont les régions sièges des BR du Programme Santé USAID (Thiès, Kaolack et Kolda) et une phase d'extension en 2014 -2016 dans toutes les régions du Programme Santé USAID.

Reuves annuelles conjointes tenues. La Composante R2S a appuyé les dix (10) régions de sa zone d'intervention à préparer et organiser leur revue annuelle conjointe (RAC) qui réunit tous les acteurs du secteur de la santé, à savoir les autorités administratives, les collectivités locales, les chefs de services départementaux, les partenaires au développement, les ONG, et la société civile. Les RAC régionales ont offert un cadre pour les MCR de présenter les performances en santé de 2011 de leur région respective et d'identifier les contraintes et les difficultés dans la mise en œuvre des activités. La synthèse des rapports des différentes revues a fait ressortir les constats suivants : (i) l'impact négatif de la rétention des informations sanitaires par les syndicats sur la qualité des données, (ii) les difficultés de mobilisation des FDD par les DS, (iii) le déficit en ressources humaines et en logistique, (iv) le défaut d'articulation entre les différents documents de planification, (v) l'insuffisance de coordination des activités avec les différents partenaires intervenant dans les régions.

Suivi de la mise en œuvre des PTA au niveau des districts. Le BR de Kolda a appuyé la région de Kolda a organisé un atelier de suivi de la mise en œuvre des PTA dans les trois districts de la région, la région médicale et l'hôpital régional. Deux (02) rencontres de suivi trimestriels des PTA ont été organisés par la RM de Kaolack avec l'appui technique et financier de R2S à travers le BR de Kaolack. Quant au BR de Thiès, il a appuyé les quatre régions de sa zone à organiser des ateliers de suivi de la mise en œuvre des PTA. Il ressort de ces ateliers de suivi : (i) un retard dans la mise en place des fonds pour la mise en œuvre des activités, (ii) un déficit de communication entre certains partenaires et les districts, (iii) une faible participation des collectivités locales et autres membres des organes de gestion aux instances de suivi des PTA, (iv) une proposition d'amélioration de la maquette de suivi du PTA, (v) l'inscription de rencontres de suivi du PTA dans les agendas des districts et des régions médicales et (iv) la documentation et le partage des bonnes pratiques dans la mise en œuvre des activités du PTA.

Appui à la mise en place des cadres de concertation au niveau régional. Au cours de la première année, la Composante R2S a appuyé les régions de Kaolack, Kaffrine et Louga à mettre en place chacune un cadre de concertation au niveau régional. Le défi majeur réside dans la fonctionnalité et la régularité de réunions de ces cadres. Des pistes de collaboration entre la DAHW et le programme santé USAID surtout dans le domaine de l'intégration TB/Lèpre ont aussi été identifiées dans les régions de Thiès, Fatick, Kaolack et Kaffrine.

Appui aux réunions de coordinations trimestrielles des régions médicales. Sept (7) réunions de coordinations ont été appuyées par le BR de Thiès (2 à la RM de Dakar, 2 à la RM de Diourbel, 1 à la RM de Louga et 2 à la RM de Thiès) ; deux (2) dans les régions de Sédhiou et Kolda, par le BR de Kolda ; cinq (5) réunions de coordination trimestrielles dans régions de Kaolack (02) et Kaffrine (03), par le BR de Kaolack. Ces rencontres trimestrielles ont permis de faire le point sur la mise en œuvre des activités dans les DS et RM. Les résultats ont été partiels du fait la rétention des données sanitaires. Il a été suggéré entre autre de veiller à la fonctionnalité des cadres de concertation mis en place et d'assurer le suivi des PTA 2012.

Appui aux régions médicales dans la supervision des districts. Deux (02) supervisions trimestrielles des DS ont été organisées par la RM de Kaolack ; le BR de Thiès a appuyé quatre (04) supervisions dans sa zone d'intervention alors que la région médicale de Kolda a été appuyée par le bureau régional dans le cadre de la supervision intégrée des districts de Kolda, Vélingara et Médina Yoro Foulah.

1.2.4. Financement basé sur les résultats

Manuels, guides et outils de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) développés. Les appuis de la Composante R2S au cours du premier semestre de l'an 1 ont été mis à profit pour finaliser le document de projet, le manuel de procédures, les instruments juridiques, et les outils techniques de l'initiative FBR. Le cadre réglementaire et institutionnel du projet FBR a été finalisé sur la base d'un arrêté signé par le MSAS qui a été partagé avec le ministère chargé des finances, les collectivités locales, les régions médicales, la société civile, les partenaires sociaux et les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé. Des mesures administratives ont été prises pour mettre en place un Bureau d'Appui au Projet FBR (FBR\BAP) au niveau du ministère de la santé et les notes de services désignant les membres du comité de pilotage et du comité technique et de gestion du projet (CTGP) ont été signées. Le lancement de la mise en œuvre au niveau régional à travers des CRD présidés par les gouverneurs de région a été effectif et a permis de mobiliser l'appui des autorités régionales et de mettre en place les comités régionaux de gestion (CRG) de l'initiative FBR.

Démarrage de FBR effectif dans les districts pilotes de Darou Mousty, Kaffrine et Kolda. Au cours du 3^{ème} trimestre de mise en œuvre de l'An 1 de la Composante R2S (Avril 2012), nous avons assisté au démarrage effectif du FBR dans les districts pilotes. Ainsi, la composante a appuyé le MSAS à procéder au partage et à la diffusion de l'initiative au niveau régional. Des comités régionaux de développement (CRD) présidés par les gouverneurs et des comités départementaux de développement (CDD) présidés par les préfets ont été organisés au niveau des zones pilotes. Ces rencontres ont permis aux participants d'échanger sur le projet pilote avec les cadres du MSAS et les trois CRD qui ont été organisés ont vu la participation de cent quarante-sept (147) acteurs dont 65 dans la région de Kolda, 30 à Kaffrine et 52 à Louga. Le BR du Programme Santé de l'USAID de Kolda a appuyé le district sanitaire à organiser des réunions d'information au niveau communautaire avec les élus

Boîte A3a : Manuel de Procédures du Financement Basé sur les Résultats

L'objectif du Manuel de procédures du Financement Basé sur les Résultats (FBR) est de définir le fonctionnement des organes de gestion, d'harmoniser la formation des acteurs et de documenter les outils et procédures utilisés pour assurer un meilleur suivi des performances. Le manuel comprend six (6) chapitres qui correspondent aux cinq principales étapes dans le cycle FBR et à l'évaluation du projet pilote. Ces cinq étapes comprennent : (i) les contrats de performance ; (ii) la transmission de l'information et le suivi ; (iii) la vérification ; (iv) les paiements ; et (v) les revues et révisions. Ce manuel est révisé périodiquement afin de refléter tout changement dans les différents éléments de conception, dans les procédures de mise en œuvre ou dans les outils de gestion.

Le manuel de procédures a été élaboré par les membres du Comité Technique et de Gestion du Projet (CTGP) constitué par les représentants des différents services du MSAS avec l'appui des partenaires techniques et financiers du secteur. L'USAID a mis à la disposition du comité technique, une assistance technique internationale depuis le début de la conception du projet pilote et dans le cadre de la Composante R2S.

Le manuel est principalement destiné aux formateurs, aux personnels de santé des régions concernées et aux acteurs engagés dans la conception et la mise en œuvre du projet pilote, ainsi qu'à toute personne intéressée par le FBR au Sénégal. Il permet aux organes de gestion, aux bénéficiaires et aux vérificateurs de disposer d'un outil adéquat pour la mise en œuvre.

locaux et les OCB. Auparavant, des ateliers d'orientation sur le processus FBR ont été organisés à l'intention du personnel des agences d'exécution du Programme Santé de l'USAID et des membres de l'Equipe d'Initiatives de Politiques de Santé (EIPS) du ministère de la santé : voir section 1.4.

Deux cent trente et une (231) personnes qui ont été formées sur le processus FBR dans les districts Kaffrine, Kolda et Darou Mousty. Des sessions de formation sur le FBR, appuyées par le BN de Abt et les BR du Programme Santé de l'USAID, ont été organisées par le CTGP dans les trois districts pilotes. Pendant trois jours, les bénéficiaires du projet (membres de l'ECD, personnels des centres de santé/ EPS 1 et des postes de santé), les membres de la RM, des représentants des collectivités locales, du MEF au niveau local, des mutuelles de santé, des ONG, des comités de santé, des partenaires sociaux ont été formés sur le processus FBR. Au total, ce sont deux cent trente et une (231) personnes qui ont été formées sur le processus FBR dont 81 dans le district de Kolda, 80 dans le district de Kaffrine et 70 dans le district de Darou Mousty. La participation effective de tous les acteurs et l'intérêt qu'ils ont porté à cette formation sont des gages pour la réussite de la mise en œuvre du projet. Le document du projet pilote et le manuel de procédures ont été multipliés grâce à l'appui de la Composante et distribués à tous les participants aux formations sur le FBR. Il faut noter que l'implication et la participation des BR à travers *les Coordonnateurs et les Conseillers* RSS de la Composante R2S ont été saluées par le MSAS.

L'appui technique et financier que la Composante R2S a fourni pour la mise en œuvre du projet pilote FBR a été aussi orienté vers la réalisation de l'enquête de base et la documentation des expériences de la phase pilote du FBR. Ces deux activités ont été confiées au CRDH, sous-contractant de Abt Associates qui dispose des capacités nécessaires pour mener à bien ces deux missions. L'équipe du CRDH a travaillé en étroite collaboration avec le CTGP du MSAS et des conseillers de Abt pour produire un protocole d'enquête et des outils de collecte. Ainsi, les objectifs de l'enquête de base ont été identifiés, de même que l'aire de l'étude, l'étendue de l'enquête, la taille de l'échantillon et le budget estimé. Trois questionnaires (le questionnaire femme, le questionnaire ménage et le questionnaire structures sanitaires) ont été élaborés et validés par un comité restreint du groupe FBR. Ces documents ont été soumis au comité d'éthique et de recherche du MSAS qui a livré le quitus au CRDH

A la suite de la décision de l'intégration du volet « ménage » de l'enquête de base FBR dans l'Enquête Continue qui sera effectuée par l'ANSD, le CRDH a finalisé avec le Comité Technique et de Gestion du Projet (CTGP) les outils permettant de faire l'enquête de base auprès des Points de Prestations de Services (PPS). L'objectif de cette enquête est de collecter les données dans les structures de santé des districts pilotes pour produire les indicateurs de base nécessaires pour la fixation des cibles dans les contrats de performance. Au terme de la collecte des données, le CRDH a produit un rapport provisoire qui a fait l'objet de partage entre les membres du BAP, la présidente du CTGP, Abt, et Childfund. Une réunion de restitution aux membres du CTGP a été organisée et des correspondances ont été adressées aux MCD pour partager avec eux les résultats de l'enquête.

Les activités en rapport avec la documentation ont démarré au troisième trimestre FY 2012. Une équipe du CRDH a participé à la formation sur le FBR au niveau du district de Darou Mousty, aux CRD et aux CDD dans les zones pilotes et à la mission de supervision et d'appui pour le remplissage des documents dans les structures sanitaires du district de Kaffrine.

L'appui à l'organisation de missions de restitution des références de base, de négociation et de signature des contrats de performance FBR a été réalisé par la Composante R2S dans les trois districts pilotes. Dans chaque district, après la validation des références de base, des projets de contrats sont établies sur place par l'équipe du CTGP pour l'ensemble des bénéficiaires, les propositions validées par les responsables des structures bénéficiaires. La cérémonie de signature entre le Médecin Chef de Région (MCR) signataire au nom et pour le compte du MSAS et les responsables des bénéficiaires a été organisée à la fin de la mission.

Au total, seuls seize (16) contrats de performance sur cinquante-trois (53) ont été signés, la plupart des bénéficiaires des trois districts pilotes s'étant abstenus par ordre de la convergence syndicale SUTSAS-SAS, restée dans la logique de son mot d'ordre de rétention des informations. Il s'agit de sept (7) postes de santé, le centre de santé et l'ECD à Kolda ; de six (6) postes de santé et l'ECD à Kaffrine. Pour ce qui est de l'EPS1 de Kaffrine, le directeur n'a pas encore signé le contrat car il juge que certains indicateurs FBR ne sont pas appropriés par rapport à leur rôle de structure de référence. Quant au district sanitaire de Darou Mousty, aucun contrat n'a été signé par les bénéficiaires en raison de la grève de rétention d'information.

En collaboration avec le conseiller FBR de la Composante R2S, le BAP a organisé des missions de supervision et d'appui pour le remplissage des outils FBR dans les districts de Kolda et de Kaffrine. L'étape de Kaffrine a vu la participation du CRDH dans le cadre de la documentation et de Broad Branch. Cette supervision sur le terrain a permis au BAP de partager avec les bénéficiaires les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du projet. Il s'agit principalement de l'absence des mesures d'accompagnement (personnel, logistique, équipements), des ruptures fréquentes de médicaments surtout la SP, la vitamine A et certains produits de la planification familiale. La mission a permis au BAP en collaboration avec la composante d'appuyer les bénéficiaires à remplir les rapports de performance trimestriels, la check-list qualité et la demande de paiement. Sur le terrain, l'équipe s'est rendu compte de l'engagement des prestataires de santé suffisamment conscients de l'effet positif que le FBR peut apporter dans l'environnement des structures et dans la qualité des soins. Certains ont même commencé à s'approprier le projet et à prendre des initiatives d'amélioration.

L'appui de la Composante R2S a été aussi orienté vers la préparation des Missions Conjointes de Vérification (MCV) par le recrutement du cabinet d'audit et des Organisations Communautaires de Base (OCB). Le BAP a sollicité l'expertise de la Cellule d'Appui aux Projets (CAP), une structure du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), pour dérouler le processus de sélection du cabinet d'audit. Les OCB ont été sélectionnées par les CRG avec une forte implication des BR de Kaolack et de Kolda. Pour la première MCV, Abt a rencontré le cabinet d'audit sélectionné en présence des membres du BAP pour discuter des dispositions à prendre pour respecter les règles et procédures. Les TDR des MCV ont été élaborés par le BAP, la formation des vérificateurs a été planifiée et la première MCV est programmée pour la fin du mois d'octobre 2012.

Dans le cadre de la mise en œuvre des réformes des modalités d'assistance de l'USAID résumées plus haut, le Programme Santé de l'USAID est en train de mettre en place un mécanisme de financement direct sur la base d'un instrument contractuel de type FARA (Fixed Amount Reimbursement Agreement) au niveau central. Dans cette perspective, la Composante R2S engagé des échanges avec la DAGE du MSAS, qui a en charge d'administrer le FBR. Les comptes FBR sont ouverts au niveau de la DAGE de même que ceux des bénéficiaires qui doivent recevoir les bonus par virement. Le processus a été cependant ralenti du fait du changement institutionnel intervenu à la direction de la DAGE. La Composante R2S Continue son plaidoyer pour la signature de ce FARA.

Boîte A3b : Mise en œuvre de la phase pilote du FBR – Leçons Apprises de l'An 1

Les organes du Projet au niveau central sont le comité de pilotage, le comité technique et de gestion et le BAP. Ces organes sont représentés au niveau régional par le Comité régional de gestion du projet (CRG).

- **Le comité de pilotage, présidé par le SG**, est composé des membres de l'EIPS, en plus des représentants du MEF et des collectivités locales. L'EIPS, créée depuis 2006, assure auprès du ministre de la santé, une mission de conseil sur l'ensemble des questions se rapportant à la définition et au suivi de la mise en œuvre des politiques. Cependant, la périodicité des réunions (deux réunions statutaires par an) et l'insuffisance d'implication dans la mise en œuvre sont contraignantes pour une activité pilote dont la phase pilote du FBR qui nécessite un suivi plus rapproché. Des étapes

importantes comme l'orientation du nouveau ministre et son cabinet, le lancement national du projet et la réunion de levée des fonds avec les PTF ne sont encore pas organisées.

- **Le CTGP** est constitué par les représentants des différentes directions et services du MSAS et des PTF permettant ainsi une participation à toutes les étapes du processus et un partage d'informations. Le coordonnateur du BAP fait partie du CTGP dont il assure le secrétariat. L'ancrage de ces deux organes au sein de deux directions différentes a créé une incertitude sur les rôles respectifs des deux directions dans le cadre du FBR et constitue un goulot d'étranglement dans la prise de décision et la mise en œuvre du projet.
- **Le CRG** assure le suivi des activités du projet pilote au niveau régional. la mise en œuvre adéquate du FBR nécessite un encadrement soutenu de cet organe et le renforcement des capacités de ses membres.
- **L'engagement** et les interactions avec les bénéficiaires. Le cadre institutionnel du projet était fondé sur les principes de l'engagement des partenaires sociaux dans le processus FBR et l'adhésion aux principes du projet de l'ensemble des acteurs impliqués. Les missions sur le terrain ont permis d'observer l'adoption de nouveaux comportements par les prestataires pour une meilleure prise en compte de la qualité. Par ailleurs, les prestataires sont en train de s'orienter vers l'atteinte d'objectifs trimestriels précis, ce qui peut dans un court terme relever les indicateurs concernés par le FBR. Cet engagement a été, cependant, émoussé par le respect du personnel de santé au niveau local de leurs engagements avec leurs syndicats respectifs qui sont actuellement dans une grève de zèle basée sur la rétention des informations. En d'autres termes, il sera difficile de réaliser les résultats attendus du FBR sans une résolution des problèmes syndicaux dans le secteur de la santé.

Le MSAS à travers le CTGP a sollicité l'appui de R2S dans la mise en place d'une application FBR comprenant un site web et un système de gestion des données FBR. Broad Branch a élaboré une note stratégique dans cette perspective. Après validation de la note par le CTGP, une première mission d'assistance a été organisée avec Broad Branch avec comme objectif de recenser les besoins et cerner les conditions nécessaires pour la mise en place de l'application, de recruter le développeur local et d'élaborer avec le BAP un plan d'action pour le développement de l'application. Au cours de cette mission, des séances de travail ont été organisées avec la Cellule Informatique et le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) du MSAS.

Autres Acquis. La visite que Madame le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale a effectuée dans les locaux de la Composante R2S a été l'occasion d'échanger avec elle et les membres de son cabinet sur le projet pilote FBR que l'USAID est en train d'appuyer. Cette rencontre a été l'occasion pour faire le point sur la mise en œuvre, mais surtout de discuter des goulots d'étranglement. Par ailleurs, dans le cadre de l'appui des autres composantes du Programme Santé USAID au financement des bonus FBR, des rencontres se sont tenues entre Childfund et R2S aussi bien au niveau national qu'au niveau régional. Childfund apportera sa contribution pour le paiement des bonus du personnel communautaire des cases de santé et des maternités rurales des districts pilotes.

1.2.5. Défis et solutions

L'implication des collectivités locales dans les instances de coordination et de partage des actions sanitaires n'est pas encore à la mesure de leurs responsabilités dans la santé telles que prévues dans le cadre institutionnel de la décentralisation politique et administrative du pays. La Composante R2S est entrain de supporter les revues annuelles conjointes et l'animation des cadres régionaux de la concertation dans la santé qui offrent des cadres pour la mobilisation des collectivités locales. La Composante R2S va s'appuyer sur son engagement avec les Agences Régionales de Développement pour renforcer le plaidoyer auprès des maires, des présidents de conseil rural, et des présidents de conseil régional et des commissions santé des conseils des collectivités locales pour l'intégration des plans d'opération des collectivités locales (POCL) et les activités sanitaires prévues dans leurs plans annuels d'investissement dans les PTA des districts et des régions et pour mobiliser leur participation dans la coordination des interventions au niveau régional et local.

La faiblesse du leadership et des capacités en gestion administrative et financière des régions médicales et des districts sanitaires où sont produits les résultats dans les domaines prioritaires du secteur de la santé est un défi majeur face aux orientations stratégiques du PNDS portant sur la gouvernance sanitaire et la gestion axée sur les résultats d'une part, aux réformes des modalités d'assistance de l'USAID et la volonté de renforcer l'assistance directe aux organisations gouvernementales et non-gouvernementales d'autre part. Pour faire face ce défi, la Composante R2S est en train d'appuyer la gouvernance sanitaire, la planification et le suivi des interventions au niveau régional et local, et le renforcement des capacités de GAF des ECR et ECD. Le financement direct et le FBR sont en train d'être appuyés par la composante pour renforcer la responsabilisation des ECR et des ECD et les doter d'instruments et de moyens pour renforcer les capacités et motiver le personnel de santé des centres de santé, des postes de santé et des agents de santé communautaire. La Composante R2S devra compléter ces interventions par le renforcement du suivi et du partage des bonnes pratiques en matière de gouvernance sanitaire et le renforcement des capacités de leadership des équipes cadres des régions médicales et des districts sanitaires. A cette fin, des outils de formation seront conçus et un programme de formation développé pour renforcer les capacités en leadership dans les régions d'intervention de la composante.

L'initiation de la première année de la phase pilote du FBR s'est heurtée aux fossés dans la satisfaction des conditions préalables qui ont été identifiées depuis la conception du projet FBR. Les lenteurs dans l'appropriation par le DAGE du processus FBR ont retardé le transfert des fonds FBR au MSAS à travers le financement direct. Le retard dans la résolution de la grève des syndicats de la santé et la levée de la rétention d'information n'ont pas permis de disposer facilement des données sanitaires et la signature par les bénéficiaires de leurs contrats de performance. Enfin, les mesures d'accompagnement (équipement, approvisionnement correct en médicaments et produits essentiels, dotation en logistique...), pour lesquels certains partenaires techniques et financiers s'étaient engagés pour les appuyer, ne sont pas encore effectives. La Composante R2S va continuer le plaidoyer auprès du MSAS pour que des mesures concrètes soient prises pour lever ces goulots d'étranglement.

1.2.6. Leçons apprises

- La collaboration avec les services centraux du MSAS (DAGE, CAFSP, CAS/PNDS) est une condition nécessaire pour progresser rapidement dans le développement et l'appropriation de nouveaux systèmes et outils de gestion et de planification et leur application aux niveaux régional et local : les exemples du manuel de formation en gouvernance sanitaire, de l'outil ORCAP, et du système de gestion administrative et financière des RM et DS sont une bonne illustration.
- L'implication des bénéficiaires dans la définition des indicateurs de performance doit être effective dans le cadre du FBR afin d'éviter la redéfinition de certains indicateurs de performance dont le mode de calcul est sujet à diverses interprétations (tuberculeux traités au niveau des postes de santé par exemple).
- Le niveau d'engagement des prestataires de santé permet de penser qu'ils sont conscients de l'effet positif que le FBR peut apporter dans l'environnement des structures et dans la qualité des soins ; pour les prestataires de santé, le FBR vient renforcer la responsabilisation des infirmiers-chefs de poste, les doter d'instruments pour mieux apprécier et accroître leur performance et de moyens pour motiver les agents de santé communautaire, les relais communautaires et les Bajénnu Gokh qui sont sous leur supervision.
- L'accompagnement des BR du Programme Santé de l'USAID dans la mise en œuvre du FBR, qui a été salué par les responsables du MSAS, suggère que les capacités des régions médicales

devraient être renforcées pour assurer cet accompagnement de proximité dans les régions où le FBR serait étendu.

- Voir boîte A3b.

1.3. Sous-Composante B : Mécanismes de financement social

1.3.1. Résultats attendus et milestones de l'an 1

Le tableau suivant rappelle les milestones fixés pour la sous-composante «Mécanismes de Financement Social» pour apprécier les progrès vers les résultats attendus de la Composante R2S au cours de l'an 1. C'est à travers les résultats RB1, RB2 et RB3 de la sous-composante «Mécanismes de Financement Social» que la Composante R2S contribue à la dimension "Accès" du Résultat Intermédiaire 3.2 du Programme Santé l'USAID/Sénégal « performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national ». Les trois résultats attendus contribuent en effet à l'amélioration durable de l'accès financier aux soins de santé des populations en général, des groupes vulnérables en particulier, à travers la réduction des barrières financières d'accès aux soins et l'extension de la couverture du risque maladie sur la base de la mutualité et de l'appui des pouvoirs publics.

Résultats Attendus de la Composante R2S	Milestones fixés pour l'An 1
R.B1: Cadre incitatif mis en place pour améliorer l'accès financier aux soins de santé sur la base de la mutualisation du risque maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Un cadre juridique pour la mise en œuvre de la phase pilote du Projet DECAM est mis en place (avis CTAJ requis) • Etude de faisabilité technique et financière sur le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) réalisée et validée • Canevas des états financiers et de rapports techniques pour les mutuelles de santé développés
R.B2 : Couverture du risque maladie étendue significativement par le renforcement des réseaux locaux et de la viabilité des mutuelles de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de faisabilité du réseau départemental de mutuelles de santé du projet DECAM est réalisée • Des mutuelles de santé sont fonctionnelles dans toutes les collectivités locales de trois (3) départements de concentration (Kolda, Louga et Kaolack) • Un pool de risques est mis en place pour la mise en commun des gros risques et la professionnalisation de la gestion dans chacun de trois (3) départements de concentration • Les unions de mutuelles de santé existantes mettent en œuvre leurs plans de communication
R.B3 : Accès accru des groupes vulnérables aux soins de santé à travers les mutuelles de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation à mi-parcours du projet de prise en charge des PVVIH dans la région de Kaolack est réalisée • La prise en charge des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé est effective dans au moins vingt (20) mutuelles de santé

Durant la première année de mise en œuvre de la Composante R2S, les réalisations de la sous-composante «Mécanismes de Financement Social» ont permis de progresser à des degrés divers vers les résultats attendus de la sous-composante. La finalisation des projets des décrets portant création du Fonds National de Solidarité Santé (FNSS), du Fonds National de Garantie et de l'Organe Administratif de la Mutualité Sociale et la mise en place d'un cadre de collaboration pour soutenir l'harmonisation des mécanismes de la mise en œuvre du projet d'extension de la couverture de l'assurance maladie dans le contexte de la décentralisation (Projet DECAM), sont des étapes clés vers la mise en place d'un cadre incitatif pour améliorer l'accès financier aux soins. Par ailleurs, la tenue de Comités Départementaux de Développement (CDD) pour lancer la mise en œuvre du projet DECAM dans les départements de concentration de Kaolack, Kolda et Louga, la réalisation d'une étude de faisabilité du réseau départemental des mutuelles de santé du projet DECAM au niveau de chaque département de concentration, et la mise en place de nouvelles mutuelles de santé et la restructuration des mutuelles de santé existantes dans les départements pilotes du projet DECAM ont

initié le renforcement des réseaux locaux de mutuelles de santé pour soutenir l'extension de la couverture maladie. Enfin, l'évaluation à mi-parcours du projet pilote de prise en charge des PVVIH dans la région de Kaolack a généré une base d'informations et de leçons sur lesquels la Composante R2S et ses partenaires vont bâtir pour renforcer la prise en charge des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé. Ces réalisations, les défis rencontrés, et les leçons tirées sont présentés plus en détails dans les sections qui suivent selon les trois domaines d'intervention de la sous-composante : (i) cadres d'appui aux mécanismes de financement social, (ii) capacités de gestion des réseaux et des mutuelles de santé, et (iii) prise en charge des groupes vulnérables.

1.3.2. Cadres d'appui incitatifs

Finalisation des projets des décrets portant création du Fonds National de Solidarité Santé (FNSS), du Fonds National de Garantie et de l'Organe Administratif de la Mutualité Sociale. La composante a appuyé le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale dans l'élaboration des projets de textes portant organisation et fonctionnement de l'Office National de la Mutualité (ONAMS), du Fonds de Garantie (FG) des mutuelles sociales et du Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) à travers la mise à disposition des services d'un expert juriste, le financement d'un atelier de préparation des projets de texte et la participation dans la validation. Un atelier portant sur l'élaboration de ces textes a été tenu en Avril 2012 avec la participation des membres d'un comité technique restreint composé des cadres de la CAFSP du MSAS, de l'IAAF du MSAS, des représentants des organisations mutualistes, des cadres du Ministère de l'Economie et des Finances et des partenaires techniques et financiers (Abt, OMS, UEMOA). L'atelier avait pour objectifs de discuter des orientations générales portant organisation et fonctionnement desdits organes et de trouver des axes de synergie d'intervention entre ces trois cadres institutionnels. Les projets des décrets élaborés au cours de cet atelier ont été validés lors d'une réunion tenue en mai 2012 au MSAS, sous la présidence du Directeur de Cabinet du MSAS, avec la participation du Délégué Général à la Solidarité et à la Protection Sociale.

L'adoption des projets de textes contribuera à la mise en place d'un environnement incitatif pour améliorer l'accès financier aux soins à travers les mutuelles de santé. Le statut juridique retenu pour ces institutions dans les projets de textes validés est celle d'Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial conformément aux orientations contenues dans le Règlement communautaire UEMOA et des dispositions du cadre juridique sénégalais en la matière. L'adoption prochaine de ces projets de textes contribuera au renforcement des mécanismes financiers d'appui (FNSS) et de réglementation (ONAMS, FNG) des mutuelles de santé au Sénégal. Elle constituera surtout une avancée importante dans la matérialisation de la volonté politique des nouvelles autorités sénégalaises à étendre la couverture maladie aux acteurs des secteurs informels et ruraux, à travers les mutuelles de santé : voir la **boîte B1** portant sur les mutations en cours dans l'environnement de la couverture du risque maladie au Sénégal.

Boite B1 : Mutations de l'environnement de la couverture du risque maladie au Sénégal

L'accessibilité aux soins de santé reste encore un défi majeur du secteur de la santé au Sénégal en raison de la faiblesse du pouvoir d'achat de larges couches de la population et de la faiblesse de la couverture de la protection sociale dans la santé. Globalement, la sécurité sociale sénégalaise reste limitée : moins de 20% de la population bénéficie d'une couverture sociale; la population couverte est constituée essentiellement des travailleurs des secteurs privé et public et de leurs familles. Pour faire face au double défi de l'accessibilité financière et de la protection financière des sénégalais dans la santé, le Sénégal s'est doté en 2008 d'une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie. Combinés au consensus sur les stratégies pour étendre la couverture, les récents changements de l'environnement de la couverture du risque maladie sont en train d'ouvrir une fenêtre d'opportunités pour l'accélération de l'extension de la couverture du risque maladie dans le pays dont : le cadre réglementaire de l'UEMOA et le projet de Couverture Maladie Universelle des nouvelles autorités politiques.

Mise en place du cadre réglementaire de l'UEMOA. En vue de promouvoir la mutualité sociale dans les pays de l'UEMOA, le Conseil des Ministres de l'organisation a pris le 26 juin 2009 le Règlement N°07/2009/CM/UEMOA. Ce Règlement a pour but de mettre en place une réglementation uniforme, transparente et efficace permettant d'assurer une saine promotion de la mutualité sociale dans l'espace UEMOA. Le Règlement UEMOA prévoit la mise en place dans chaque pays membre d'un organe administratif chargé de la réglementation des mutuelles sociales et d'un fonds de garantie ayant pour fonction de venir en appui aux mutuelles en difficultés. Par ailleurs, le règlement communautaire offre aux mutuelles sociales l'opportunité de couvrir d'autres risques sociaux pour leurs bénéficiaires même si la couverture maladie reste l'objet à titre principal.

Couverture Maladie Universelle : Une Initiative Présidentielle. Les nouvelles autorités issues de l'alternance politique intervenue au Sénégal en mars 2012, avec à leur tête, le Président de la République, font de l'extension de la protection sociale en général, la couverture maladie universelle en particulier, une priorité de leur programme de gouvernement. Cette volonté politique s'est traduite dans l'architecture du nouveau gouvernement par la création d'une Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale et la mise en place prochaine d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU) dont l'essentiel des ressources financières seront destinées à la couverture du risque maladie des groupes vulnérables.

Mise en place d'un cadre de collaboration pour soutenir l'harmonisation des mécanismes de la mise en œuvre du projet d'extension de la couverture de l'assurance maladie dans le contexte de la décentralisation (Projet DECAM). La Composante a cofinancé avec la Coopération Technique Belge et l'OMS, l'organisation d'un atelier d'harmonisation des mécanismes de mise en œuvre de la phase pilote du projet DECAM qui s'est tenu en Février 2012. L'atelier a réuni plusieurs participants notamment les représentants des unions régionales des mutuelles de santé, des ARD, de l'UAEL, des partenaires techniques et financiers (OMS, Abt, PAMAS), des régions médicales, du Ministère de l'Economie et des Finances. L'atelier avait pour objectifs de : partager les axes d'intervention contenus dans le document de projet DECAM ; partager les orientations du Fonds National de Solidarité Santé ; valider l'approche de mise en place des mutuelles de santé et des réseaux de mutuelles de santé ; définir les attributions des différents acteurs dans la mise en œuvre du DECAM (collectivités locales, autorités administratives, prestataires de soins, mutuelles de santé et réseaux de mutuelles de santé) ; réadapter les outils de gestion, de suivi/évaluation et de communication des mutuelles de santé conformément à la structuration du DECAM ; et identifier les axes de collaboration possibles entre le Ministère de la Santé et les PTF d'une part et entre les PTF eux-mêmes d'autre part.

L'atelier a formulé des recommandations relatives (i) aux modalités d'application du cadre juridique de l'UEMOA sur les mutuelles sociales ; (ii) aux stratégies d'articulation des missions du FNSS aux orientations du DECAM ; (iii) aux rôles des principaux acteurs dans la mise en réseau des mutuelles de santé au niveau départemental ; et (iv) aux dispositions à prendre pour une meilleure adaptation des outils de gestion et de communication à l'architecture du DECAM. Le consensus obtenu au cours de cet atelier sur l'approche territoriale dans l'implantation des mutuelles de santé et leur mise en réseau au niveau départemental avec une forte implication des autorités administratives, constitue une

avancée significative vers l'expérimentation d'un modèle de mutuelle de santé pour soutenir l'extension de la couverture maladie dans les secteurs informels et ruraux au Sénégal.

Autres Acquis. La dynamique d'harmonisation des mécanismes de mise en œuvre du projet DECAM a amené le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale à mettre en place un comité technique restreint chargé du suivi de l'application des recommandations issues de l'atelier d'harmonisation. Ce comité est composé de la CAFSP, de l'OMS, de la CTB, de Abt/USAID et de la BM. Il se réunit tous les trois mois pour faire le point sur l'état d'avancement du projet DECAM dans les départements pilotes.

Difficultés rencontrées dans la réalisation des milestones. La réalisation de l'étude de faisabilité du Fonds National de Solidarité santé est retardée à cause de la reprise de la procédure d'appel d'offre conformément aux dispositions du code des marchés au Sénégal. A l'heure actuelle, toutes les formalités ont été remplies : l'appel d'offre est annoncé dans les journaux et la procédure de recrutement du cabinet devant réaliser l'étude est en cours.

Par ailleurs, le développement de canevas d'états financiers et de rapports techniques en appui à la promotion des mutuelles de santé devait être précédé d'un atelier d'adaptation de ces outils au contexte du projet DECAM avec l'intervention d'acteurs nouveaux comme les collectivités locales pour la prise en charge des indigents et la mise en place de cadres incitatifs (FNSS). Toutefois, des contacts sont pris avec des cabinets spécialisés en développement d'outils de gestion pour anticiper sur la réflexion.

1.3.3. Capacités de gestion des réseaux et mutuelles de santé

Comités départementaux de développement (CDD) tenus pour lancer la mise en œuvre du projet DECAM dans les départements de concentration de Kaolack, Kolda et Louga. Les trois départements pilotes de Kaolack, Kolda et Louga appuyés par la Composante ont tenu leur CDD de lancement du DECAM durant les mois de Mai-Juin 2012. L'objectif de ces rencontres était de partager les orientations du projet DECAM en vue de leur appropriation par les acteurs locaux et de faire le point sur l'état de la couverture maladie des populations du département à travers les mutuelles de santé. Les CDD ont été présidés par le Préfet du département et ont enregistré la participation des Sous-Préfets, des maires des communes, des Présidents de Conseil rural, des chefs de services départementaux, des responsables des mutuelles de santé, des représentants des partenaires au développement et de la société civile.

Les résultats des CDD constituent une plateforme pour l'implantation du DECAM dans les trois départements pilotes. Des recommandations ont été adressées aux acteurs clés, surtout des collectivités locales, pour un engagement à appuyer la mise en œuvre du projet. C'est ainsi que les collectivités locales devront discuter avec leurs partenaires de la coopération décentralisée afin de soutenir le développement des mutuelles de santé mais aussi provoquer des rencontres de leurs conseils pour discuter et inscrire un appui budgétaire aux mutuelles pour la prise en charge des personnes indigentes. Le plaidoyer doit être porté à tous les niveaux pour la mise en place du fonds d'équité afin d'aider les couches les plus vulnérables. Les responsables des mutuelles de santé pour leur part, devront améliorer sensiblement la communication par une animation permanente pour une appropriation des mutuelles par les populations. Par ailleurs, au terme de chaque CDD, un comité départemental de suivi (CDS) du DECAM a été mis en place par arrêté préfectoral.

Ces comités sont présidés par les préfets et comprennent les représentants de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du DECAM. Enfin, à la suite des CDD, des comités locaux de développement (CLD) ont été organisés dans les Arrondissements des trois départements pilotes. Ils ont regroupé les autorités administratives, les services techniques, les collectivités locales, les prestataires de soins, les mutualistes et les organisations communautaires de base. Les PCR présents se sont engagés à apporter un appui financier aux mutuelles de santé de leur localité, par l'inscription d'une ligne de crédits dans leur budget et d'autres formes d'appui.

Une étude de faisabilité du réseau départemental de mutuelles de santé du projet DECAM est réalisée au niveau de chaque département de concentration. Le démarrage de la phase pilote du projet DECAM est soutenu par la réalisation d'une étude de faisabilité dans l'ensemble des quatre départements pilotes pour appuyer le processus d'adaptation de la conception des mutuelles de santé. L'objectif général de l'étude de faisabilité départementale est de fournir des informations d'ordre social, économique, institutionnel et sanitaire permettant la mise en œuvre de la phase pilote du DECAM, à travers ces différents piliers dans les cinq départements de concentration. Vers cet objectif général, l'étude de faisabilité départementale vise à atteindre les objectifs spécifiques suivants : (i) compiler des informations générales sur la situation démographique, économique et sociale, les institutions financières, les sources et les niveaux de revenus des ménages dans les départements pilotes ; (ii) compiler des informations générales sur la disponibilité et l'offre de services de santé dans les départements pilotes ; (iii) analyser les niveaux et les schémas d'utilisation des services de santé et les dépenses de santé sur la base des sources de données existantes ; (iv) faire l'état des lieux du niveau de fonctionnalité des mutuelles de santé existantes dans les départements pilotes ; et (v) élaborer des scénarios de paramètres fondamentaux harmonisés des mutuelles de santé et des réseaux départementaux adaptés à l'environnement socio-économique et sanitaire des départements pilotes.

L'étude de faisabilité départementale a été réalisée au niveau de chaque département avec la collaboration l'Agence Régionale de Développement (ARD), l'union régionale des mutuelles de santé et les points focaux « Mutuelles de santé » des districts sanitaires concernés. La restitution des résultats de l'étude de faisabilité départementale aux membres des CDS du DECAM a eu lieu dans le courant du mois de septembre 2012 : voir la **boîte B2** qui porte sur un résumé des principaux résultats qui ont été soumis aux CDS pour supporter les débats et les consensus sur les paramètres des mutuelles de santé. Ces sessions de restitution ont permis aux acteurs départementaux de valider les paramètres techniques de conception, l'approche de mise en place/restructuration des mutuelles de santé et l'approche de mise en réseau au niveau départemental.

Mise en place des nouvelles mutuelles de santé et la restructuration des mutuelles de santé existence initiées. Dans le cadre de l'appui à la mise en œuvre de la phase pilote du DECAM, les trois BR de Kaolack, Kolda et Louga ont initié la mise en place/restructuration des mutuelles de santé à travers l'implantation de comités d'initiative mutualistes (CIM) dans les collectivités locales qui ne disposent pas de mutuelles de santé et la formation des membres de ces CIM sur les notions de base et le processus de mise en place d'une mutuelle de santé. Ainsi, huit CIM ont été implantés dans le département de Louga, neuf à Kolda et six à Kaolack. . Les CIM ont été mis en place à l'occasion d'une journée d'information organisée dans chaque collectivité locale. Les objectifs de la journée d'information étaient (i) de partager avec toutes les personnes ressources des collectivités locales cibles sur le projet DECAM (ii) légitimer le mandat desdits comités et enfin (iii) faciliter l'acceptation du projet par les communautés.

Boîte B2 : Principaux résultats des études de faisabilité du réseau départemental de mutuelles de santé du projet DECAM

Les quatre études de faisabilité des réseaux départementaux de mutuelles de santé ont fourni des informations importantes pour soutenir l'élaboration et l'harmonisation des paquets de bénéfices, des politiques de cotisation, des politiques de subvention dans le cadre de la mise en œuvre du projet DECAM dans les départements pilotes de Kaolack, Kolda, Louga et St Louis. Les résultats clés portent sur la capacité de payer des ménages les coûts et l'abordabilité des options de paquets de bénéfices.

Les inégalités de revenus des ménages entre et à l'intérieur des départements pilotes sont à l'image des inégalités au Sénégal. Le département de St Louis est parmi les cinq départements aux revenus les plus élevés du pays où les dépenses moyennes annuelles par tête des ménages sont supérieures à 300.000 FCFA. Le département de Kaolack se situe dans un groupe intermédiaire de départements où les dépenses moyennes annuelles par tête des ménages avoisinent 200.000 FCFA. Les départements de Louga et de Kolda sont parmi les quinze départements les plus pauvres du pays : les dépenses moyennes annuelles par tête des ménages s'y situent respectivement à 160.000 FCFA et 135.000 FCFA. Par ailleurs, les dépenses annuelles de santé des ménages sont importantes dans les départements pilotes. Elles s'élèvent à 2,4 Milliards de FCFA dans le département de Kaolack en 2005/2006; 1,9 Milliards de FCFA dans le département de St Louis ; 1,1 Milliards de FCFA dans le département de Kolda ; 656 millions de FCFA dans le département de Louga. Par conséquent, le recyclage des dépenses directes des ménages à travers des mécanismes de prépaiement pourrait servir de base pour une contribution aux mutuelles de santé.

L'amélioration de l'attractivité des paquets de bénéfices des mutuelles de santé s'articule sur leur extension pour inclure les soins hospitaliers, les médicaments de spécialités, les services des prestataires privés, et l'augmentation des taux de prise en charge par les mutuelles de santé pour réduire les niveaux de copaiements des bénéficiaires. Les options de paquets de bénéfices sont conçus pour améliorer l'accès aux services de santé prioritaires, y inclus les services de santé maternelle, les services de planification familiale, les services de santé de l'enfant, et des services pour protéger les ménages contre les dépenses catastrophiques de santé. Dans le cadre du statu quo où l'Etat ne subventionne pas les mutuelles de santé, les options de paquets de bénéfices élargis coûteraient entre 6 500 FCFA et 8 000 FCFA par bénéficiaire par an, et ne seraient abordables que pour la moitié des ménages les plus aisés dans les départements pilotes. Une subvention de 50% des taux de cotisation aux mutuelles de santé, qui coûterait entre 3 500 FCFA et 4 000 FCFA par bénéficiaire par an aux pouvoirs publics, garantirait l'abordabilité des cotisations à la majorité de la population. Elle devrait être combinée, cependant, avec une subvention ciblée aux plus pauvres pour assurer la prise en charge des indigents.

Au total quatre cent quatre-vingt-treize (493) membres des CIM ont été formés pour porter les projets de mutuelles dans les collectivités locales des départements de concentration : 180 à Kolda ; 136 à Kaolack ; 177 à Louga. La formation des membres des CIM sur les notions de base de la mutuelle de santé a pour objectif de développer chez les participants des capacités leur permettant de conduire le processus de mise en place d'une mutuelle de santé. Il s'agissait principalement de renforcer les connaissances des membres du comité d'initiative afin qu'ils puissent porter les activités du processus d'implantation de la mutuelle de santé jusqu'à la préparation et la tenue de l'assemblée générale constitutive. Les ateliers de formation se sont déroulés en sessions groupées ou simultanées selon les caractéristiques géographiques ou démographiques du département. En plus des membres des CIM, les Présidents des conseils ruraux ainsi que les infirmiers chefs de poste ont participé à ces ateliers. En moyenne, une vingtaine de participants par CIM ont bénéficié des activités de formation.

Par ailleurs, les trois BR de Kaolack, Kolda et Louga ont poursuivi leur appui au renforcement des mutuelles de santé et des réseaux de mutuelles de santé existants dans les autres zones d'intervention de la composante.

Difficultés rencontrées dans la réalisation des milestones. Le retard dans le processus de mise en œuvre de la phase pilote du DECAM n'a pas permis la mise en place des unions départementales qui devaient gérer le pool de risques et la professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé dans chacun de trois (3) départements de concentration. Cette activité est reconduite pour la deuxième année.

1.3.4. Prise en charge des groupes vulnérables

Evaluation à mi-parcours du projet pilote de prise en charge des PVVIH dans la région de Kaolack réalisée. Le projet pilote mis en œuvre dans la région de Kaolack a été conçu dans le but d'augmenter les capacités d'auto-prise en charge et de responsabilisation des PV VIH dans le cadre de leur prise en charge médicale et socio-économique. Il est réalisé par le ministère de la Santé du Sénégal à travers la DLSI (Division de Lutte Contre le Sida et les IST) avec l'appui technique et financier du Programme Santé de l'USAID (FHI et Abt Associates) et d'autres acteurs qui interviennent dans la lutte contre le VIH/SIDA. La stratégie d'intervention est l'amélioration des capacités d'auto-prise en charge socioéconomique des PV VIH sur la base de deux piliers: (i) la subvention de la demande des soins des PV VIH pour améliorer l'accès aux soins et (ii) la facilitation de l'accès au crédit pour appuyer les activités génératrices et l'augmentation de revenus des PV VIH. Un fonds de garantie social (FGS) a été mis en place pour mitiger le risque encouru par les systèmes de financement décentralisé (SFD) et les MdS dans leur mission respective de prêteuse de fonds aux PVVIH et de gestion de la consommation des soins dans le cadre de l'assurance maladie.

En prélude à l'évaluation du projet, une mission conjointe R2S-FHI360 s'est rendue à Kaolack en Février 2012. Au cours de son séjour, la mission a rencontré les acteurs clés du projet (Autorités administratives locales, responsables de la MECUDEF, de l'union régionale des mutuelles de santé de Kaolack, membres de l'association des PVVIH (Bokk Lepp), et responsables de l'unité de gestion du projet). Cette mission a permis à travers une approche participative : (i) la définition des objectifs, de la perspective, du champ et domaines clés de l'évaluation, (ii) l'identification des questions d'évaluation, et (iii) l'élaboration des premiers éléments de termes de référence de l'évaluation.

L'évaluation a été réalisée par une équipe de consultants sous la coordination de FHI360 et Abt (voir **boîte B3**). Le rapport d'évaluation a formulé des recommandations qui portent sur (i) le cadre institutionnel de pilotage, (ii) le schéma de mise en œuvre, (iii) le volet prise en charge médicale à travers les mutuelles de santé et unions régionales des mutuelles de santé, (iv) le volet crédits à travers les mutuelles d'épargne et de crédit, et (v) le rôle des associations de PV VIH dans la mise en œuvre du projet. Une réunion technique de validation de ces recommandations a été organisée à Kaolack en Juillet 2012, avec la participation de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet. La mise en œuvre de ces recommandations permettra de renforcer les acquis du projet dans la région de Kaolack et d'envisager son extension vers d'autres régions du pays.

Prise en charge des autres groupes vulnérables. Les bureaux régionaux ont poursuivi et renforcé leur appui aux autres initiatives de prise en charge des groupes vulnérables. La composante appuie le mécanisme de prise en charge des indigents de la commune de Louga qui cible **1.100 bénéficiaires**. Elle appuie aussi les expériences de prise en charge des talibés dans la région de Thiès : la Mutuelle de Santé des Daara de talibés de la commune de Thiès couvre une trentaine (30) de daaras qui ont fait adhérer 800 talibés ; en août 2012, **450 talibés étaient à jour de leur cotisation**. Enfin, la composante collabore avec l'ONG World Vision à travers le parrainage des enfants en situation difficile dans la région de Kolda : **21.718 enfants sont parrainés par World Vision à travers les mutuelles de santé en 2012**.

Boîte B3 : Principaux résultats de l'évaluation du projet de prise en charge des PVVIH

Pour l'exercice 2010-2011, les objectifs opérationnels à atteindre en Juin 2011 étaient de faire adhérer 100 PVVIH aux MS, et octroyer 25 crédits pour des projets ou Activités Génératrices de Revenus (AGR). Ces objectifs ont été fixés en fonction du financement initial de 35 millions de FCFA issus des contributions de FHI360 et d'Abt Associates dans le cadre du précédent programme santé 2006-2011.

Pour le volet « Prise en charge médicale », un total de 152 adhérents pour 317 bénéficiaires a été enregistré avec une baisse relative du nombre d'adhérents entre 2011 et 2012. Concernant les cotisations, 120 bénéficiaires étaient à jour au mois de Février 2012. Malgré cette situation, le schéma de PEC médicale des PVVIH a bien fonctionné dans l'ensemble. Pour la période d'Avril 2011 à Mars 2012, le projet a enregistré 170 cas de soins pour un coût global de 1 375 840 F CFA, le FGS a supporté 51% des charges, les PVVIH ont contribué à 24% du financement et les MS 25%.

Le volet économique n'a concerné que le département de Kaolack avec 33 crédits octroyés pour la réalisation d'AGR à cause de la faiblesse du financement du FGS. Ce sont des prêts à court terme pour un montant total de 7 750 000 F. Le projet a apporté la preuve de garantie de 50% des prêts soit 3 875 000 F. Ce sont des projets économiques personnalisés et les types d'activités réalisés par les bénéficiaires étaient généralement l'agriculture, les commerces, les prestations de services. Le crédit minimum octroyé aux PVVIH était de 50 000 F et un maximum de 300 000 F. Une bonne performance dans le remboursement des crédits a été enregistrée durant les premiers mois de l'octroi des crédits, mais cette performance s'est dégradée au fil des mois au point d'arriver à fin Avril 2012 à seulement 6 crédits parfaitement remboursés. Une vingtaine (20) de crédits sont en situation de souffrance. Les facteurs qui expliquent cette contre-performance dans le remboursement des créances découlent aussi bien du côté du projet, du système que du côté des bénéficiaires eux-mêmes. Nonobstant ces impayés, l'IMF prêteuse remarque qu'il n'y a pas de différences significatives dans le remboursement des crédits entre les bénéficiaires du projet et les autres sociétaires.

Dans l'ensemble, les bénéficiaires apprécient positivement les actions initiées par le projet et jugent qu'elles correspondent à leurs besoins et contribuent à réduire la barrière financière d'accès aux soins. En outre, les autres acteurs au niveau régional s'accordent sur la pertinence de l'intervention et la nécessité de la poursuivre à Kaolack et dans d'autres régions du pays. Toutefois, des mesures correctrices doivent être apportées sur les deux volets et avec le concours de toutes les parties prenantes afin d'asseoir l'intervention sur des bases durables.

Autres Acquis. La composante a apporté un appui technique à la conception et la mise en place du Fonds d'Equité (FE) pour la prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé. Le Fonds d'Equité est une initiative de la Coopération Technique Belge dans le cadre du projet PAMAS. Son objectif est «d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers les mutuelles de santé dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kaffrine». Le nombre de bénéficiaires ciblés dans les quatre régions est estimé à 7.294 indigents et groupes vulnérables. Dans la mesure où la CTB et la Composante R2S partagent quatre régions d'intervention, la mise en place de synergies a été fortement suggérée ainsi que la possibilité d'utiliser le fonds d'équipé comme instrument d'appui à la mise en œuvre du DECAM en attendant la création du Fonds National de Solidarité Santé. La cérémonie de lancement du Fonds d'Equité du PAMAS a eu lieu et l'arrêté instituant le Comité Régional de Suivi (CRS) a été pris par le Gouverneur de Kaolack : le comité est chargé entre autres, de servir d'interface entre la CAFSP et les comités locaux de suivi du FE, de veiller au respect du manuel de procédures, de valider les listes des indigents, de participer à l'évaluation du FE par la supervision et le contrôle

1.3.5. Défis et solutions

L'instabilité institutionnelle au niveau de la CAFSP est un défi majeur dans la coordination des interventions de développement des mutuelles de santé, l'orientation et le suivi des expériences pilotes d'extension de la couverture du risque maladie. En moins d'une année, la CAFSP a changé trois (3) fois de coordonnateur ; malgré la création de la nouvelle Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU) depuis plusieurs mois, le coordonnateur de la CACMU n'est pas encore officiellement nommé à notre connaissance. Face à cette situation, il est difficile de cerner la course d'action que le MSAS est en train de prendre dans le cadre de l'extension de la couverture

maladie et d'identifier les responsables au niveau du MSAS avec lesquels s'engager pour inscrire les interventions d'appui aux mutuelles de santé sur une course d'action stable. Pour faire face à ces défis, la Composante R2S va poursuivre le plaidoyer auprès des autorités du MSAS pour une stabilisation du cadre institutionnel d'appui au développement des mutuelles de santé.

L'absence d'une inscription budgétaire pour mobiliser la contribution de l'Etat dans le financement de la cotisation aux mutuelles de santé est un défi majeur dans la mise en œuvre de la phase pilote du projet DECAM. La Composante R2S n'a cessé d'attirer l'attention des autorités du MSAS sur la nécessité de prendre des mesures transitoires par une inscription budgétaire d'appui aux mutuelles de santé, en attendant la mise en place du FNSS ou d'autres mécanismes financiers d'appui à l'extension de la couverture du risque maladie, pour permettre le démarrage de la phase pilote du DECAM et pour gagner du temps. La Composante R2S était informée que ce serait difficile dans le cadre du budget 2012, mais une inscription budgétaire serait prévue dans le budget 2013. La Composante R2S avait prévu d'étendre l'appui à la mise en œuvre du DECAM dans trois nouveaux départements au cours de l'An 2, mais elle a été obligée de sursoir à cette extension en attendant la prise des mesures attendues par le MSAS. La Composante R2S va poursuivre le plaidoyer auprès des autorités du MSAS pour la mise en place des mesures transitoires.

1.3.6. Leçons apprises

- L'engagement politique des nouvelles autorités à promouvoir la couverture maladie universelle est en train de créer un environnement propice au développement des mutuelles de santé et de contribuer à la réorientation de l'intervention des partenaires techniques et financiers vers le secteur de la couverture maladie.
- L'implication des autorités administratives à la base (préfets, sous-préfets) a permis de mobiliser tous les acteurs locaux clés dans la mise en œuvre de la phase pilote du DECAM.
- La responsabilisation des collectivités locales et des prestataires de soins dans la mise en œuvre du projet DECAM est en train de se traduire par une appréhension plus claire de leurs rôles et responsabilités dans le développement des mutuelles de santé et l'extension de la couverture maladie.

1.4.Sous-Composante C : Politiques et systèmes de santé au niveau central

1.4.1. Résultats attendus et milestones de l'an 1

Les résultats attendus de la sous-composante «Politiques et systèmes de santé au niveau central » sont déclinés dans le tableau ci-dessous. La Composante R2S contribue au Résultat Intermédiaire 3.2 du Programme Santé l'USAID/Sénégal « performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national » à travers le renforcement des capacités de développement des politiques sanitaires (R.C1) et l'amélioration de l'allocation des ressources pour soutenir la mise en œuvre du PNDS (R.C2).

Résultats Attendus de la Composante R2S	Milestones fixés pour l'An 1
R.C1 : Capacités améliorées de développement, de mise en œuvre et de suivi des politiques sanitaires	<ul style="list-style-type: none">• Equipe d'Initiatives de Politiques de Santé (EIPS) du MSAS tient ses réunions statutaires selon le calendrier établi• Une Politique Nationale de Santé Communautaire est développée• Un manuel de procédures applicable par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est développé• Un groupe technique sur le Renforcement des Systèmes de Santé fonctionne sous la supervision de l'EIPS
R.C2 : Allocation des dépenses de santé améliorée pour soutenir les priorités et la mise en œuvre du PNDS	<ul style="list-style-type: none">• Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 2006-2008 finalisés• CDS-MT 2012-2014 produit dans les délais• Rapport de performance du CDSMT 2011 produit dans les délais• Un groupe technique sur les critères d'allocation des ressources est mis en place et fonctionne sous l'initiative de l'EIPS• Un groupe technique sur les mécanismes d'arbitrage et suivi du budget est mis en place

Durant la première année de mise en œuvre de la Composante R2S, les réalisations ont permis de progresser vers les résultats attendus de la sous-composante «Politiques et systèmes de santé au niveau central ». La tenue régulière des réunions de l'EIPS, l'initiation du développement de la politique de santé communautaire par l'EIPS, les progrès dans la mise en place d'une plateforme « Renforcement des Systèmes de Santé », et le renforcement des capacités de la PNA s'inscrivent dans les efforts pour améliorer les capacités de développement et de mise en œuvre des politiques sanitaires. Par ailleurs, la production du rapport de performance du CDSMT 2011, la préparation du CDSMT 2012-2014 et du CDSMT préliminaire 2013-2015, et l'engagement de la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement (DAGE) du MSAS pour améliorer l'allocation des ressources, l'arbitrage et le suivi de l'exécution budgétaire sont des étapes clés qui ont été franchies vers l'amélioration de l'allocation des dépenses de santé et la mise en œuvre du PNDS.

Enfin, il convient de signaler que les attentes sur la Composante R2S ont connu une évolution notable du fait du mandat que l'USAID lui a confié en cours d'année pour apporter un appui au MSAS dans le cadre de l'organisation des concertations nationales sur la santé et l'action sociale : une activité hautement stratégique qui n'était pas prévue mais qui a nécessité la mobilisation de ressources importantes. Les réalisations de la sous-composante «Politiques et systèmes de santé au niveau central » en rapport avec les résultats attendus ainsi déclinés sont présentés respectivement dans les deux domaines de la sous-composante : (i) politiques et réformes ; (ii) suivi du PNDS.

1.4.2. Politiques et réformes

Réunions statutaires de l'EIPS tenues. L'Equipe d'Initiatives de Politiques de Santé (EIPS) a continué de jouer son rôle de conseil auprès du Ministre sur les questions relatives à la définition des politiques et des orientations stratégiques dans le secteur de la santé. Ainsi, l'EIPS a tenu deux (2) réunions statutaires au cours de l'année fiscale 2012. La première réunion du 25 janvier 2012 a été consacrée à faire le point sur l'état d'avancement du projet pilote Financement Basé sur les Résultats (FBR) et procéder au choix des questions qui devaient être traitées par l'EIPS en 2012. C'est à l'issue de cette réunion que des décisions importantes ont été prises pour le lancement du projet et l'organisation d'un atelier d'orientation des membres de l'EIPS sur le FBR. Par ailleurs, la Composante R2S a fait un plaidoyer et obtenu que l'élaboration d'une politique de santé communautaire et la mise en place d'une plateforme RSS soient inscrites dans l'agenda annuel de l'EIPS. La deuxième réunion tenue le 31 mai 2012 a été consacrée à la révision de l'architecture du CDS-MT : c'est ainsi que l'assurance maladie été déplacée du programme gouvernance pour être versée dans le programme RSS du CDS-MT.

En plus de l'organisation de ses réunions statutaires, l'EIPS a bénéficié d'un renforcement des capacités de ses membres avec l'appui de la Composante R2S à travers deux activités de formations. D'abord, la Composante R2S a financé la formation des membres de l'EIPS et d'autres responsables du MSAS au niveau central sur les processus de formulation et de mise en œuvre des réformes en santé : un total de soixante (60) participants ont bénéficié de cette formation avec l'appui technique du Groupe Issa. Les participants ont pu ainsi mieux maîtriser les processus de formulation, de mise en œuvre et de suivi des politiques et réformes en santé en prenant comme exemple des réformes en cours au niveau du secteur comme le CDS-MT et le FBR. Ensuite, la Composante R2S, en collaboration avec le comité technique et de gestion du projet FBR, a organisé un atelier d'orientation à l'intention des membres de l'EIPS sur le FBR. L'accent a été mis sur le contenu et les enjeux de ce projet de réforme qui introduit un mode de financement de la santé plus adapté au contexte de la gestion axée sur les résultats.

Politique de santé communautaire lancée par l'EIPS. La Composante R2S, en collaboration avec la Composante Santé Communautaire du Programme Santé de l'IUSAID mise en œuvre par ChildFund, appuie le MSAS dans l'élaboration de la politique de santé communautaire depuis que le Ministre chargé de la santé, par note de service N° 000441MSHP/DS/DSSP du 3 janvier 2012, a créé un groupe de travail de l'EIPS chargé de cette initiative. C'est ainsi que la Composante R2S a cofinancé avec ChildFund une étude portant sur l'état des lieux de la santé communautaire au Sénégal. Au cours de la réunion de suivi de cette activité tenue en fin septembre 2012, il a été rapporté que la phase de collecte est bouclée et que la saisie et l'analyse des données sont en cours : un premier draft de synthèse des résultats obtenus au niveau central est disponible. L'établissement de cette situation de base constitue la première étape définie par le MSAS avant de lancer les travaux des quatre (4) sous-groupes thématiques mis en place dont :

- Sous-Groupe 1. Cadre institutionnel : Articulation avec les niveaux du système de santé, rôles et responsabilités, normes,
- Sous-Groupe 2. Domaines d'interventions : champs d'actions, niveaux d'interventions, paquets de services, profil
- Sous-Groupe 3. Motivation : formes, sources, pérennisation
- Sous-Groupe 4. : Financement : mécanismes de financement, critères d'allocations, sources.

Manuel de procédures Achats et Système d'information et de gestion de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). L'essentiel de l'appui de la Composante R2S au cours de l'année a porté sur l'analyse de la situation de la PNA en matière de gestion des approvisionnements en tenant compte de la fonctionnalité du système d'information sur le médicament. Plus spécifiquement la Composante R2S, à travers l'appui technique de PATH, a recruté deux cabinets pour élaborer le Manuel de procédures Achats (cabinet DMA) et le Système d'information et de gestion (Cabinet SENIFOR) de la PNA. Les travaux sont en cours pour les deux missions. Cependant, les délais initialement prévus pour la livraison des rapports finaux, respectivement pour fin septembre et fin octobre ne pourront plus être respectés pour des raisons diverses liées à l'instabilité de la PNA.

Les deux cabinets ont franchi certaines étapes dans le cadre de leur mission respective. DMA a accompli les étapes ci-après : réunion de cadrage et validation de l'approche méthodologique par la PNA ; désignation du point focal ; pré-diagnostic organisationnel ; analyse des goulots d'étranglement de l'approvisionnement ; revue des DAO de la PNA entre 2007 et 2012 ; revue des procédures d'achat ; analyse des procédures d'achats des structures de santé périphériques. Les prochaines étapes de la mission de DMA incluent : analyse SWOT du dispositif organisationnel et des procédures d'achat de la PNA ; élaboration du manuel de procédures. Pour sa part, SENIFOR a déjà rencontré la PNA en septembre pour partager sa méthodologie et son plan d'action. Une autre rencontre est prévue en octobre pour les nouvelles dates proposées et le démarrage de l'analyse durant la semaine du 15 octobre 2012.

Par ailleurs, la Composante R2S a participé à plusieurs rencontres initiées par le MSAS et l'USAID sur les ruptures fréquentes en médicaments observées sur le terrain au niveau des points de prestations de service. L'ampleur de ces ruptures a fait évoluer le point de vue de l'USAID sur l'orientation de ses interventions dans le domaine du médicament. Il est apparu notamment qu'il faut appuyer le processus d'extension (voire le passage à grande échelle) du projet Optimize mis en œuvre dans la région de St Louis et dont la stratégie est basée sur les entrepôts mobiles. La distribution se fait jusqu'au niveau des postes de santé via les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

Pour appuyer cette initiative de passage à l'échelle (PAGE), le MSAS a mis en place un Groupe d'Appui PAGE par note de service N°007235 du 31 août 2012. Ce groupe d'appui est présidé par le directeur de cabinet du MSAS. Il compte parmi ses membres des représentants de toutes les directions du MSAS, la PNA et les PTF dont l'USAID et la Composante R2S. Le mandat du Groupe d'appui PAGE est de : (i) définir un ancrage du projet PAGE dans le cadre du RSS ; (ii) élaborer la Vision future du système d'approvisionnement (VISAF 2020) ; (iii) finaliser le plan stratégique PAGE ; (iv) accompagner la mise en œuvre du PAGE et de la VISAF après leur validation par l'EIPS.

La Composante R2S reste à l'écoute de l'USAID et est prête à renforcer ses interventions dans le domaine du médicament. Pour ce faire, PATH est en train de travailler sur un projet d'extension d'Optimize dans les régions de Louga, Matam, Diourbel, Kaolack et Fatick mais sous forme de "Hubs" de distribution régionaux couvrant 3 à 4 régions. Ce projet sera soumis dans les brefs délais au MSAS et à l'USAID pour avis et suite à donner.

Plateforme « Renforcement des Systèmes de Santé ». L'initiative de la plateforme « Renforcement des Systèmes de Santé » a été lancée par l'ancienne CAS-PNDS devenue Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS). Les PTF du secteur ont participé à la première réunion de la Plateforme RSS tenue à l'OMS. Lors de cette réunion, il a été décidé de faire

au préalable une cartographie des interventions en matière de RSS. Cette étude a été financée par l'OMS : le rapport provisoire de cette étude est disponible. Le rapport sera partagé incessamment et les prochaines étapes définies. Ce rapport fait clairement apparaître que les PTF pensent que toutes leurs interventions peuvent être classées dans le RSS, vue l'étendue des activités qu'ils estiment mener dans ce cadre et l'importance des ressources mobilisées. C'est dire que la plateforme devra commencer par adopter une définition opérationnelle claire et un contenu précis au terme RSS.

Autres Acquis. Faisant suite à une demande d'appui aux réformes en cours par le Ministre chargé de la santé, le Directeur de l'USAID/Sénégal a désigné la Composante R2S pour fournir cet appui par une lettre adressée à Madame le Ministre le 25 juin 2012 (réf : AID/HEALTH 011/2012). C'est sur la base de ce mandat, que la Composante R2S appuie le MSAS dans la préparation et l'organisation des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (voir **boîte C1**).

Boîte C1 : Concertations Nationales sur la Santé et l'Action Sociale

Les concertations nationales sur la santé et l'action sociale interviennent dans un contexte de changement de régime et d'orientation de la politique sociale où plus d'attention est accordée à la problématique de la couverture universelle du risque maladie pour les familles sénégalaises. Dès lors, il était nécessaire de prendre des mesures pour améliorer l'offre de services et la gouvernance sanitaire après un consensus sur les réponses à apporter face aux nombreux défis qui se posent en termes de barrières financières à l'accès aux soins. Ainsi, l'objectif des concertations nationales sur la santé et l'action sociale est de bâtir un consensus national autour des réformes à entreprendre dans le secteur de la santé et de l'action sociale pour renforcer de façon durable l'accès à des services de santé de qualité dans un contexte de gouvernance améliorée et de gestion axée sur les résultats.

Pour atteindre cet objectif, le MSAS a pris une note de service créant le Comité de pilotage chargé de la préparation et de l'organisation des concertations nationales. Le Comité a mis en place cinq groupes thématiques pour élaborer des rapports d'analyse sur les questions qui leur sont confiées et faire des propositions de solutions pour corriger les gaps éventuels autour des thèmes suivants: (i) « offre de services » ; (ii) « services d'action sociale » ; (iii) « prévention » ; (iv) « couverture maladie universelle » ; et (v) « gouvernance sanitaire ». Le comité se réunit au moins une fois par semaine au cours de la phase préparatoire pour assurer le suivi des travaux des groupes thématiques, faire le point sur l'état d'avancement des travaux, et identifier les mesures pour résoudre des difficultés éventuelles rencontrées au sein des groupes. Le Comité de pilotage fera valider les rapports des groupes thématiques à travers des ateliers ouverts à tous les acteurs concernés. Les rapports des groupes thématiques feront l'objet d'une synthèse qui servira de document de référence pour les journées des concertations nationales.

Les produits attendus des concertations nationales sont de deux ordres : (i) le rapport général des concertations nationales et (ii) les actes des concertations nationales. Le rapport général est la synthèse des résultats des groupes thématiques validés et revus lors des concertations. Les actes résument l'ensemble des mesures préconisées par les concertations, en relation avec les cinq thèmes retenus, qui sont soumises au Gouvernement pour engager les réformes pertinentes. Il est prévu de livrer ces produits avant décembre 2012.

La Composante R2S apporte un appui technique et financier au MSAS dans la préparation et la tenue des concertations. La Composante R2S a contribué à l'élaboration des termes de référence des organes des concertations nationales ; par ailleurs, elle a recruté le cabinet MGP Afrique pour assister le comité de pilotage dans le suivi des activités des groupes thématiques. Le BN de Abt sert de siège au groupe « Gouvernance » et l'Equipe de Abt participe aux travaux des groupes thématiques.

Difficultés rencontrées dans la réalisation des milestones. Les difficultés rencontrées dans le domaine des politiques et réformes concernent essentiellement l'appui à la PNA. Tout au début, il a fallu clarifier le mandat de PATH et l'attente de l'USAID, dans un contexte où il y avait une différence de point de vue sur les résultats de l'analyse situationnelle de la PNA (Etude réalisée par MSH). Cette situation a beaucoup retardé le processus de recrutement des cabinets chargés d'élaborer le Manuel de Procédures Achats et le Système d'information. Par la suite, le changement intervenu dans la direction de la PNA a aussi occasionné un ralentissement dans le suivi de ces deux études.

Les travaux ont fini par reprendre mais les délais initiaux ne pourront plus être respectés. Toutefois, il reste entendu que les interventions de Abt pourraient être renforcées dans un prochain avenir.

1.4.3. Suivi du PNDS

Rapport de performance du CDS-MT 2011 produit. Le rapport de performances CDS-MT 2011 a été produit par le MSAS avec l'appui financier de la Composante R2S. Certes la Composante R2S a participé à l'atelier de finalisation de ce rapport mais l'assistance du Groupe Issa n'a pas été nécessaire. En effet, le groupe CDS-MT du MSAS dispose maintenant de capacités suffisantes pour conduire avec succès tout le processus de production du rapport de performances CDS-MT qui désormais sert de document de base pour les réunions annuelles conjointes du PNDS comme celle de juillet 2012.

CDSMT 2012-2014 et CDS-MT préliminaire 2013-2015 disponibles. Le CDS-MT 2012-2014 a été consolidé et le CDS-MT préliminaire 2013-2015 produit dans les délais. La nouvelle architecture du CDS-MT a été adoptée. Le CDS-MT 201-2015 prend en compte l'action sociale, non en tant que programme isolée mais de façon intégrée à toutes les composantes des deux programmes « Renforcement du système de santé » et « Gouvernance sanitaire ». L'appui de la Composante R2S a consisté à financer la réalisation de ces documents à l'instar de ce qui a été fait pour le rapport de performances. Les deux exercices ont d'ailleurs été réalisés l'un après l'autre sans interruption.

Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE) du MSAS engagée pour l'amélioration de l'allocation des ressources, l'arbitrage et le suivi de l'exécution budgétaire. Le système d'allocation de ressources, d'arbitrage et de suivi de l'exécution du budget tarde à voir le jour mais le plaidoyer de la Composante R2S et les interpellations du MSAS par les PTF et le MEF sur cette question lors de la RAC des 26 et 17 juillet 2012 ont fini de convaincre la DAGE qu'elle devait résolument s'engager pour la mise en place du système. Pour ce faire, la DAGE a sollicité et obtenu de R2S l'inscription d'activités précises dans son PA FY 2013 pour réaliser ce système.

Autres Acquis. La Composante R2S a apporté un appui technique et financier pour l'organisation de la Mission Conjointe de Supervision (MCS) et de la RAC 2012 du PNDS. La MCS 2012 a ciblé les régions de Fatick et de Kaolack qui sont dans la zone d'intervention de la Composante R2S. Parmi les thèmes retenus, il y avait la prise en charge des PVVIH à travers les mutuelles de santé, activité que la Composante R2S appuie conjointement avec FHI360.

La Composante R2S, à travers le Groupe Issa, a aussi appuyé le MSAS pour l'implantation du CDS-MT régional au niveau de Kolda. Les équipes-cadres de la région et des districts ont été orientées par le Groupe ISSA et sont en train d'élaborer leur premier CDS-MT régional. Il a fallu, dans un premier temps, élaborer au niveau central, l'ensemble des outils du CDS-MT régional dont le canevas annoté de rédaction et les procédures de sa révision, avec l'appui du Groupe ISSA.

Difficultés rencontrées dans la réalisation des milestones. La principale difficulté rencontrée dans ce domaine "suivi du PNDS" concerne la réalisation des Comptes Nationaux de la Santé 2006-2008 (CNS 2006-2008). La Composante R2S s'était engagée pour financer la reproduction et la diffusion du rapport final. Ce rapport n'ayant pas encore été finalisé, le montant prévu n'a pas été mobilisé. Il faut maintenant espérer que le grand retard enregistré cette année dans la finalisation du rapport des CNS 2006-2008 amène les autorités à changer de stratégie. La Composante R2S fait un plaidoyer que l'ANSD assure le pilotage de l'activité des CNS compte-tenu de l'insuffisance des capacités au sein du MSAS.

1.4.4. Défis et solutions

Au terme de cette première année de mise en œuvre, il apparaît clairement que certaines orientations méritent d'être revues soit parce que le contexte a changé, soit parce que des opportunités nouvelles sont sources de nouvelles ambitions.

Il y a d'abord la question de la disponibilité du médicament dont l'intensité des ruptures et leurs causes ont été mal appréciées. En plus des difficultés liées aux procédures de passation des marchés, il y a des problèmes structurels qui expliquent ces ruptures au niveau des points de prestation de services. Les résultats préliminaires du diagnostic fait sur cette question par le cabinet DMA dans le cadre de l'élaboration du manuel de procédures Achats de la PNA donne un aperçu sur la nature de ces causes structurelles : (i) la réforme de la PNA n'a pas été bien achevée ; (ii) les responsabilités respectives des PRA, des RM et des districts sanitaires dans la disponibilité du médicament ne sont pas clairement définies ; (iii) les compétences en matière de gestion de médicament sont insuffisantes au niveau opérationnel; et (iv) la gratuité de plus en plus de médicaments n'encourage pas les formations sanitaires qui ont tendance à accorder plus d'intérêt aux médicaments recouverts, etc. Par conséquent, il convient de réaliser un diagnostic approfondi de la situation de la disponibilité du médicament pour servir de base pour prendre des mesures idoines pour minimiser les ruptures de façon durable.

Les concertations nationales constituent une opportunité pour une analyse des goulots d'étranglement qui plombent les performances du système de santé. Des mesures sont notamment attendues dans le domaine de la gouvernance sanitaire en termes de renforcement du leadership aux niveaux national et régional avec la création des nouvelles directions régionales de la santé et de l'action sociale. La composante devra accorder une grande attention à ces processus de réformes afin de mieux accompagner le MSAS dans la mise en œuvre du plan d'action qui sera issu de ces concertations.

1.4.5. Leçons apprises

- Dans un domaine d'intervention aussi dynamique que celui des politiques et des réformes sanitaires, il est nécessaire de faire preuve de flexibilité et de grandes capacités d'adaptation pour être efficace dans l'appui à apporter au MSAS.
- Face à des problèmes structurels qui touchent un élément du système de santé aussi capital que le médicament, il est nécessaire de faire un diagnostic suffisamment approfondi de la situation si on veut apporter des réponses durables.

1.5.Sous-Composante D : Coordination, suivi-évaluation

1.5.1. Résultats attendus et milestones de l'an 1

Les résultats attendus et les milestones pour l'An 1 de la sous-composante «Coordination, suivi-évaluation» sont résumés dans le tableau ci-dessous. La Composante R2S contribue au Résultat Intermédiaire 3.2 « performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national » du Programme Santé l'USAID/Sénégal à travers l'amélioration de la coordination de la mise en œuvre du Programme Santé sur la base de cadres et de modalités d'appui communs (R.D1) et la fonctionnalité des cadres et mécanismes de suivi du Programme Santé (R.D2).

Résultats Attendus de la Composante R2S	Milestones fixés pour l'An 1
R.D1: Coordination de la mise en œuvre du Programme Santé améliorée sur la base de cadres et modalités d'appui communs	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de Travail Inter-Agence pour partager les informations, standardiser les pratiques (financement direct, per diem), et faire face aux problèmes de coordination fonctionnel • Document de consensus sur les arrangements financiers pour un partage équitable des coûts des bureaux régionaux adopté par les agences du Programme Santé • Manuel de procédures qui définit les procédures communes, les outils et les obligations de reporting pour le financement direct adopté par toutes les Composantes du Programme Santé • Quatre (4) groupes techniques inter-agences en charge de thèmes liés à des questions transversales mis en place et rendus fonctionnels
R,D2 : Cadres et mécanismes conjoints de suivi du Programme Santé fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de suivi et évaluation de la composante élaboré • Plan d'action et budget de FY2012 élaboré et validé • Rapports périodiques de la composante élaborés et transmis dans les délais (rapports trimestriels et rapport annuel) • Evaluation de base réalisée dans la zone du programme

Durant la première année de mise en œuvre de la Composante R2S, les réalisations ont permis de progresser vers les résultats attendus de la sous-composante «Coordination, suivi-évaluation». La mise en place d'un cadre inter-agence de coordination a contribué au renforcement de la coordination des interventions du Programme Santé de l'USAID. Les agences d'exécution ont produit conjointement le manuel de procédures des Bureaux Régionaux du Programme Santé et politique de per diem conjointement. Elles sont arrivées sur un consensus sur les arrangements financiers qui servent de base au partage équitable des charges des bureaux régionaux entre les agences. Les agences d'exécution ont aussi produit une note d'orientation sur la planification intégrée et un document conceptuelle sur le financement direct pour appuyer l'adaptation des modalités d'assistance de l'USAID au niveau régional et local. Par ailleurs, le PMP de la Composante R2S a été validé avec l'USAID. Enfin, les rapports trimestriels de la composante ont été soumis à l'USAID dans les délais et le plan d'action préliminaire pour l'année Octobre 2012-Septembre 2013 et le budget de FY2012 ont élaborés et soumis à temps à l'USAID.

1.5.2. Coordination

Mise en place d'un cadre inter-agence pour renforcer la coordination des interventions du Programme Santé de l'USAID. Les composantes du Programme Santé de l'USAID/Sénégal se sont attelées dès le premier trimestre d'exécution du programme à mettre en place les instruments de la coordination des

interventions du programme. L'USAID/Sénégal a signé des accords de coopération avec plusieurs agences d'exécution pour mettre en œuvre les composantes de son programme santé. L'Equipe Santé de la mission attend, cependant, que les composantes coordonnent leurs interventions pour renforcer la synergie des interventions du programme et maintenir l'image d'un seul et unique programme face à tous les bénéficiaires. Les activités menées pour la coordination du Programme Santé de l'USAID 2011- 2016 dès le premier trimestre ont porté sur la mise en place et l'animation d'un cadre inter-agence de coordination. Les réunions du cadre inter-agence du programme ont été consacrées aux missions des agences, aux axes de synergie entre les composantes, au développement d'outils communs et au partage des coûts de fonctionnement des bureaux régionaux.

Boîte D1 : Cadre Inter-Agence de Coordination du Programme Santé

Les agences d'exécution du programme (Abt, Intra Health, FHI360, Childfund et ADEMAs) se sont réunies dès Novembre 2011 pour partager leurs propositions techniques, leur plans d'action de la première année et identifier les domaines de synergie. Ce partage a permis d'identifier quatre principaux domaines de synergie qui ont été confiés respectivement à quatre groupes de travail, composés de représentants de toutes les agences, pour l'élaboration des termes de référence et des plans d'action conjoints des composantes. Les orientations des groupes de travail ont été définies :

- Le groupe « **Prestations de services** » a pour mission de faire des propositions sur le paquet de services intégrés, la qualité des services, la certification des matrones et le secteur privé.
- Le groupe « **Gestion et coordination** » est chargé de faire des propositions pour le renforcement de la coordination dans les domaines de la planification conjointe, de la gestion, du système d'information et du suivi- évaluation.
- Le groupe « **Politique de santé** » est chargé de réfléchir spécifiquement sur la politique de santé communautaire au cours de la première année du programme.
- Le groupe « **Financement et pérennisation** » est chargé de travailler sur la prise en charge des personnes vulnérables, le Financement Basé sur les Résultats et le financement direct.

Les quatre groupes ont défini leur champ d'action, leur termes de référence, leur calendrier de réunions et élaborer une méthodologie de travail. Plusieurs réunions inter-agence se sont tenues au cours de cette première année pour assurer le suivi des activités des groupes de travail et en partager les résultats. Des ateliers ont également été organisés par certains groupes de travail (paquet de services, et financement et pérennisation) et par la commission suivi et évaluation. Ces activités conjointes des composantes du programme ont permis de développer les outils de travail communs suivants :

- Une proposition sur le paquet de services
- Un manuel de procédures des Bureaux Régionaux du Programme Santé (voir ci-dessous)
- Une politique de perdiems (voir ci-dessous)
- Une note d'orientation sur la planification intégrée (voir boîte D3 ci-dessous)
- La mise en place d'un groupe de travail sur la Politique de Santé Communautaire par le MSAS
- Une note conceptuelle sur le financement direct (voir boîte A2c dans la section 1.2.3)

Les composantes se sont évertuées pour maintenir la flexibilité et l'adaptabilité du cadre inter-agence de coordination face aux changements de l'environnement immédiat du Programme Santé de l'USAID/Sénégal. Le groupe « Politique de Santé – Santé Communautaire » est devenu redondant en raison de la mise en place du groupe de travail « Politique de Santé Communautaire » sous l'EIPS du MSAS qui bénéficie de l'appui conjoint de la Composante R2S et de la Composante Santé Communautaire du Programme Santé. Il a été retenu de réorienter les termes de référence de groupe thématique inter-agence, mais aussi d'encourager les composantes de participer activement aux travaux du groupe de travail mis en place par le MSAS. Par ailleurs, les composantes ont inscrit dans l'agenda du cadre inter-agence de coordination au cours de l'année la création d'un groupe

thématique « Communication » dont le leadership sera assuré par ADEMAS, qui a pris en charge la mise en œuvre de la Composante « Communication et Promotion de la Santé » du Programme Santé de l'USAID/Sénégal.

Les bureaux régionaux ont activement participé aux travaux des groupes de travail thématiques inter-agence. Profitant de sa proximité de Dakar, le BR de Thiès a participé aux travaux du groupe « gestion et coordination », notamment, à l'atelier d'élaboration du PMP du Programme de Santé de l'USAID. Par ailleurs, le BR de Thiès a organisé deux ateliers avec les RAF des agences pour élaborer le manuel de procédures des BR et la politique de perdiems. Cette participation a permis de capitaliser les expériences, les bonnes pratiques et les leçons apprises des bureaux régionaux au cours du « Programme Santé » précédent.

Manuel de procédures des Bureaux Régionaux du Programme Santé et politique de per diem conjointement produits par les agences. Les bureaux régionaux jouent un rôle important dans la mise en œuvre de toutes les composantes du Programme Santé : leur mise en place, leur équipement, et le recrutement de leur personnel sont résumés dans la **section 1.1**. Les réalisations des équipes des bureaux régionaux sont intégrées par chaque composante dans leur rapport respectif : toutes les réalisations dans les sous-composantes A et B, présentées dans **les sections 1.2 et 1.3**, sont produites conjointement entre le bureau national et les bureaux régionaux.

L'organisation et le fonctionnement des bureaux régionaux sont appuyés par un manuel de procédures des bureaux régionaux du Programme Santé produit conjointement par les agences. L'élaboration de ce manuel a fait l'objet de plusieurs rencontres au sein de la commission « coordination » du groupe thématique inter-agence « Gestion et coordination » avant d'être soumis aux COPs pour validation. Les observations des COPs ont été intégrées et une journée de partage a été organisée à Kaolack en juillet. Les agents des BR ont ensuite été orientés sur le manuel qui est aussi disponible au niveau du bureau national.

Arrangements financiers pour un partage équitable des coûts des bureaux régionaux adopté par les agences du Programme Santé. Les coûts d'investissement liés à la rénovation, l'équipement mobilier et les véhicules des bureaux régionaux du Programme Santé sont pris en charge par la Composante R2S mise en œuvre par Abt Associates. Les charges de personnel et les frais de fonctionnement des bureaux régionaux sont partagés entre les agences d'exécutions du Programme Santé. La **boîte D2** résume les arrangements sur lesquels est basé le partage des coûts des bureaux régionaux.

Note d'orientation sur la planification intégrée finalisée. Jusqu'ici, les interventions du Programme Santé de l'USAID/Sénégal et leur contribution au cadre de résultat de programme et dans la mise en œuvre du PNDS sont présentées de façon séparée entre les composantes du programme. Bien que les bureaux régionaux existent depuis le programme précédent, les conseillers des bureaux régionaux participent dans le processus de planification sanitaire au niveau local et régional munis des plans d'action séparés des composantes. Pour pallier à cette interaction fragmentée du Programme Santé avec les partenaires au niveau central, régional et local, les agences d'exécution se sont entendues pour développer un cadre de planification intégrée du programme : voir **boîte D3** sur la note d'orientation de la planification intégrée.

Boîte D2 : Arrangements de Partage des Coûts des Bureaux Régionaux

Les agences d'exécutions sont arrivées à en consensus sur les principes et les modalités de partage des trois bureaux régionaux du Programme Santé. Pour permettre aux agences de s'accorder sur le partage des coûts de bureaux régionaux, les staffs administratifs et financiers des BR et les RAF des composantes se sont réunies plusieurs fois pour échanger sur leurs expériences et harmoniser leurs pratiques. La base des données sur les coûts des bureaux régionaux et les pratiques de partage des coûts du programme précédent ont permis de gagner du temps en fournissant des informations sur les charges des bureaux régionaux et les options de partage des coûts. Sur la base des résultats des travaux des RAF des composantes, une réunion inter-agence sur le partage des coûts de fonctionnement des bureaux régionaux a été organisée pour permettre une entente des agences sur les principes et les modalités de partage des coûts suivants :

- Abt, en tant que chargée de la coordination du Programme Santé de l'USAID, recrute et prend en charge entièrement les salaires des Coordonnateurs et des Offices Managers de tous les 3 BR ;
- Les salaires des secrétaires et des chauffeurs sont répartis entre les 3 agences Intra Health, Childfund et FHI360 à raison d'un tiers chacune ;
- Les frais de fonctionnement hors-personnel des BR seront partagés par les 4 agences à raison d'un quart chacune.

ADEMAS, l'agence chargée de la mise en œuvre de la Composante Communication et Promotion Sanitaire, a rejoint les quatre agences au cours de l'année 2012. Maintenant, les frais de fonctionnement hors-personnel des BR seront partagés par les cinq (5) agences à raison d'un cinquième chacune.

Boîte D3 : Note d'orientation de la planification intégrée

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) dispose actuellement d'un système de planification avec un cycle budgétaire conforme au calendrier du CDMT et des CDS-MT. Les partenaires ont été associés à toutes les activités qui ont abouti à la mise en place de ce système. Le défi actuel est donc de contribuer à sa consolidation en appuyant efficacement le MSAS dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi des PTA.

Dans cette optique, les composantes du Programme Santé doivent renforcer leur participation à la planification annuelle du MSAS et présenter pour la circonstance le paquet indicatif d'activités qu'elles comptent appuyer conjointement. Après approbation et consolidation de ce paquet indicatif au niveau régional, les activités retenues sont inscrites dans les PTA des centres de responsabilité bénéficiaires. L'ensemble des activités financées partiellement ou totalement par les différentes composantes constituent le plan d'action annuel consolidé du Programme Santé de l'USAID. Le format de ce plan d'action permettra une lisibilité des interventions et de leurs coûts, composante par composante et l'identification des centres de responsabilité bénéficiaires appuyés, en s'assurant que les activités financées contribuent effectivement à l'atteinte des cibles fixées pour l'année en cours.

L'élaboration de ce plan intégré du programme est plus aisée si les plans sectoriels consolidés des composantes, dont il constitue la synthèse, sont présentés sous le même format. La note d'orientation de la planification intégrée présente les domaines et l'organisation de l'appui à la planification régionale, le canevas de rédaction du Plan d'action annuel, traite le cas particulier du Paquet de services ciblé pour le financement direct et définit le cycle de planification du Programme Santé. La note d'orientation de la planification intégrée est un produit du groupe thématique inter-agence « Gestion et coordination ». Ce groupe a eu à se réunir plusieurs fois et a produit au mois de mai la première version qui a été partagée et amendée avant d'être soumise à l'USAID et validée.

1.5.3. Suivi-évaluation

PMP de la composante R2S validé avec l'USAID. Le PMP de la composante a été élaborée au cours de cette année et validée par l'USAID/Sénégal. Il comprend seize (16) indicateurs avec leurs définitions, leur mode de calcul, les données nécessaires à leur calcul ; la description de la collecte, de la transmission, du traitement et de l'analyse des données ; les canevas et l'organisation de la production des rapports périodiques et leur circuit de diffusion. Le PMP de la Composante R2S est résumée dans l'**Annexe 2** du présent rapport.

Rapports trimestriels de la composante soumis à l'USAID dans les délais. Les rapports trimestriels et le rapport annuel ont été produits dans les délais avec la contribution des BR, du RAF et des différents conseillers. Chacun des rapports trimestriels présente les résultats attendus de la composante, les milestones de l'An1 et les activités menées par sous composante pour leur réalisation, les contraintes, les activités programmées pour la période à venir et la situation financière. Le rapport annuel fournit en plus des informations sur les produits, le degré de réalisation des milestones, les défis et les solutions ainsi que les leçons apprises pour chacune des sous composantes.

Plan d'action préliminaire et budget de FY2012 élaborés et soumis à l'USAID. Le Plan d'action préliminaire et budget de FY2012 ont été élaborés et soumis à l'USAID dans les délais, c'est à dire avant le 1er septembre 2012. Pour ce faire, la composante a organisé au mois d'août un atelier de planification afin d'identifier et budgétiser les activités prioritaires à mettre en œuvre au cours de l'An 2 du programme, en collaboration avec ses partenaires du Ministère de la Santé de l'Action Sociale. Au préalable, la situation de la mise en œuvre du PA2012 avait été faite à la fin du troisième trimestre, le plan d'action de quatrième trimestre a été élaboré, les orientations et les milestones de l'An 2 définis ainsi que le canevas du PA 2013.

Autres Acquis. Le groupe inter-agence « Gestion et Coordination » avait créé une commission « Système d'information & suivi-évaluation » chargé pour la première année de concevoir un PMP global du Programme Santé. Un atelier a été tenu à cet effet et un draft de PMP produit. Il devra être finalisé au cours de l'an 2. Par ailleurs, la collecte des données nécessaires au renseignement des indicateurs de suivi a permis de disposer d'une base de données sur les districts sanitaires couvertes par la composante.

1.5.4. Défis et solutions

Les plus grands défis dans les domaines de la coordination et du suivi-évaluation sont la compatibilité des calendriers de travail et la disponibilité des informations nécessaires au suivi. La composante a su négocier des dates pour la tenue des réunions inter-agence chaque fois que de besoin. Le courrier électronique a été beaucoup et bien utilisé ; les groupes de travail ont également pu fonctionner de la même manière. Les bureaux régionaux aussi ont pu s'organiser pour participer aux réunions de coordination des régions médicales et parfois des districts sanitaires et faciliter la réalisation des activités. Le défi de la disponibilité des informations a pu être résolu grâce à l'engagement avec les partenaires au niveau central et local. L'appui des BR aux activités des districts et des unions des mutuelles a facilité la disponibilité des données. Les relations entre les conseillers nationaux et les services centraux du MSAS ont aussi aidé dans l'obtention de l'information. Ainsi, le bureau national de la Composante R2S et les bureaux régionaux vont renforcer leur engagement avec les partenaires stratégiques et techniques afin de faciliter la disponibilité de l'information.

La Composante R2S devrait garder la balance entre la coordination des interventions du Programme Santé et la coordination avec les autres partenaires techniques et financiers (PTF) qui interviennent dans les mêmes domaines techniques et les mêmes régions d'intervention. La Composante R2S s'est beaucoup investie au cours de la première année dans la coordination avec les autres composantes du Programme Santé au détriment de la coordination avec les autres PTF. La Composante R2S a initié des échanges avec la Banque Mondiale, l'OMS, les différents projets de la Coopération Technique Belge pour renforcer la coordination des interventions. La Composante R2S devrait poursuivre les efforts pour stabiliser des cadres de coordination avec les PTF et les formaliser au besoin avec des protocoles d'entente.

1.5.5. Leçons apprises

- La participation de l'Equipe Santé de l'USAID dans les activités du cadre inter-agence du Programme Santé est une source additionnelle de motivation des agences d'exécution dans la coordination des interventions et fournit une interface pour la communication des orientations et des attentes de l'USAID dans le cadre des nouvelles initiatives portées conjointement par les agences d'exécution. La collaboration dans le développement du mécanisme de financement direct en est une belle illustration.
- La collaboration avec les différents partenaires facilite la mise à disposition des informations. La participation des BR aux activités des régions médicales et des districts sanitaires permet d'obtenir les données de suivi. L'appui aux mutuelles de santé et aux unions des mutuelles de santé pour la tenue des réunions de leur Conseil d'administration permet de disposer d'informations à jour.

2. Contraintes

Le plan d'action annuel de l'An 1 de la Composante R2S a été élaboré en tenant compte de contraintes liées à l'environnement politique associées aux élections de 2012 et l'approche incrémentielle d'introduction ou d'extension de plusieurs instruments de planification, de gestion et de financement alors que la plupart de ces instruments ne sont pas validés. Face à ces contraintes, le plan d'action annuel de l'An 1 de la Composante R2S a mis l'accent sur le développement et la validation des instruments de planification, de gestion et de financement à utiliser en commun par toutes les composantes du Programme Santé. Un accent a été mis aussi sur les interventions qui risquaient moins d'être perturbées par l'environnement politique de 2012 : le démarrage de la phase pilote du FBR dans les trois districts sanitaires, le démarrage de la phase pilote du DECAM dans trois départements.

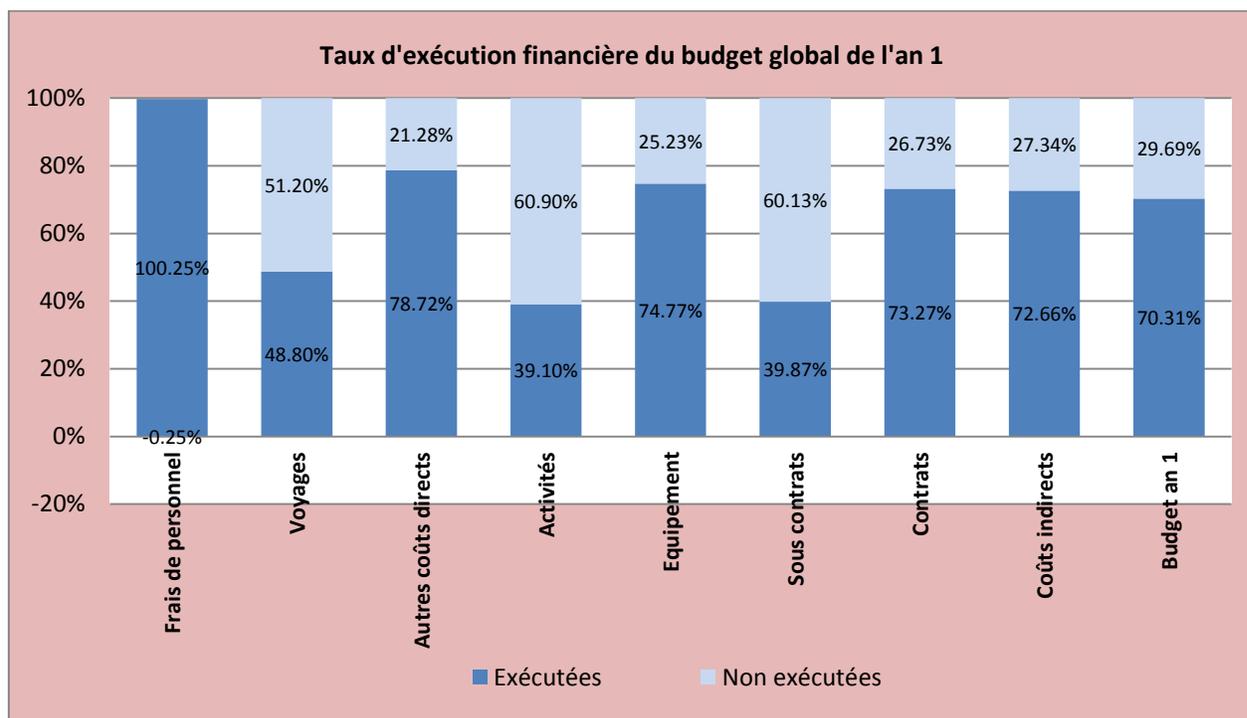
D'autres contraintes plus spécifiques ont aussi retardé la mise en œuvre du plan d'action de l'An 1 :

- La signature du *cooperative agreement* en octobre 2012 s'est traduite par un chevauchement de la phase de démarrage et le lancement des activités durant le premier trimestre.
- L'option d'intégrer les BR dans les régions médicales a nécessité des travaux de réhabilitation des locaux avant l'installation des équipes régionales du Programme Santé.
- Le retard dans la prise de fonction de personnels clés lié aux lenteurs notées dans le processus de leur recrutement et aux travaux de réhabilitation des BR de Thiès et de Kaolack.
- Le retard dans la signature de l'arrêté portant création du projet FBR et la mise en place des organes de gestion de ce projet au niveau régional. En plus, le retard dans la réalisation de l'enquête de base a fait que les contrats de performance n'ont pas pu être signés qu'au cours du troisième trimestre. Le manque de disponibilité du BAP et du CTGP a également impacté sur la préparation des missions conjointes de vérification.
- La grève des syndicats de la santé et le mot d'ordre de rétention des informations se sont traduits par une faiblesse de la couverture du FBR dans les districts pilotes.

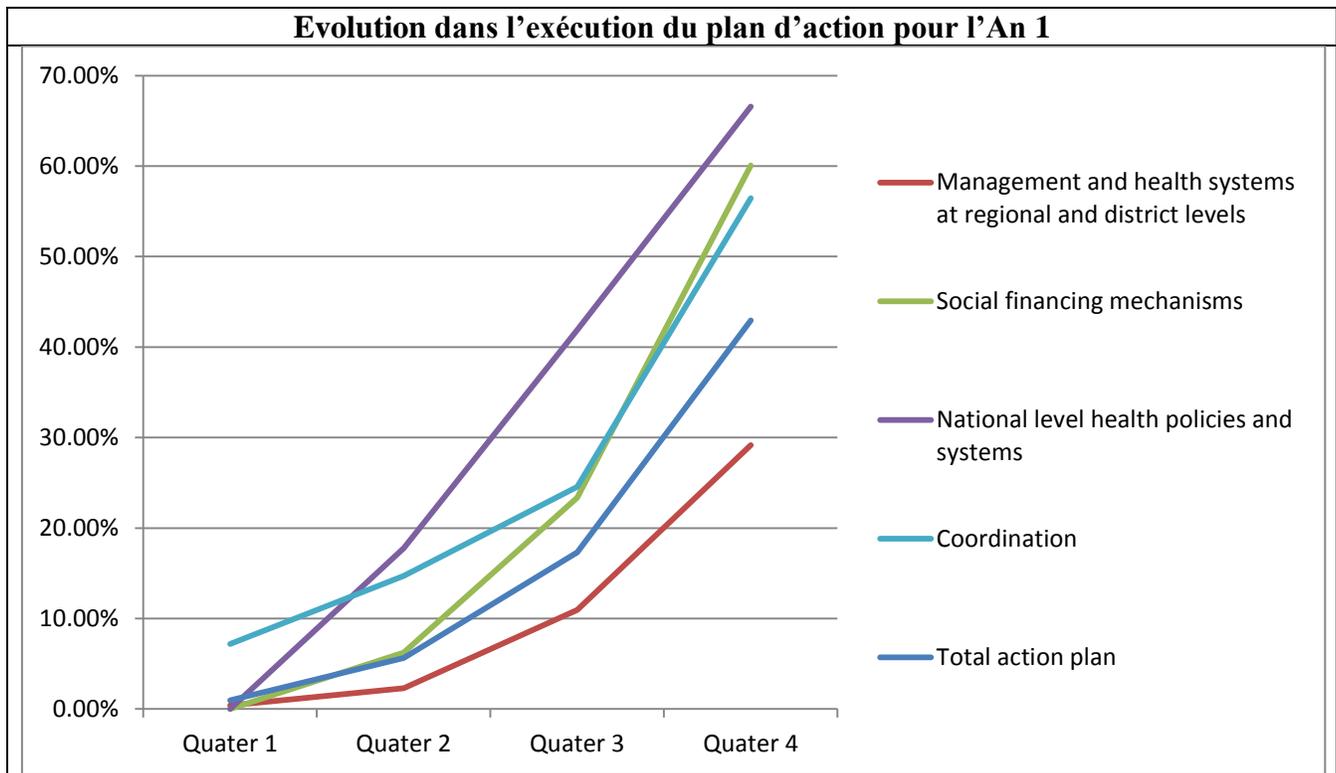
3. Finances

A la fin de la première année du projet, le total des dépenses de la composante RSS s'élève à 3,060,567 dollars sur un budget annuel de 4,352,698 dollars soit un taux d'exécution global de 70.31%. Ce taux a fortement évolué au cours des deux derniers trimestres. Il a en effet augmenté de 12 points entre le deuxième et le troisième trimestre et de 21.56 points entre le troisième et le quatrième trimestre. Cette forte progression s'est reflétée sur toutes les rubriques budgétaires à l'exception de celles relatives aux activités programmatiques et aux sous contractants (cf. rapport financier en annexe).

Le plan d'action a été exécuté financièrement à hauteur de 42.93%. Ce faible taux d'exécution financière du plan d'action s'explique par le retard accusé dans la finalisation et l'approbation du plan d'action annuel dans un contexte de démarrage de projet. Aussi, l'environnement politique qui a prévalu durant les deux premiers trimestres de l'année 1 a retardé l'exécution des activités de terrain. Par ailleurs, certaines activités liées au FBR qui mobilisent une grande partie du budget des activités du plan d'action de la composante n'ont pas pu être réalisées. En effet, le budget prévu pour la réalisation d'une enquête de base auprès des ménages dans le cadre du FBR n'est pas mobilisé en raison de l'option prise d'utiliser les données de l'Enquête Continue de l'ANSD. En outre, le budget prévu pour financer les bonus de performance dans le cadre du FBR n'est pas encore entamé et est reporté dans le plan d'action de l'année 2. Toutefois, les négociations avec la DAGE sont en cours pour le transfert de ces ressources au compte FBR du MSAS.



Une forte progression de l'exécution du plan d'action a été notée durant les deux derniers trimestres. Le taux d'exécution du plan d'action est en effet passé de 5.62% à 42.93% entre le deuxième et le quatrième trimestre soit une augmentation de 37.31 points. Cette évolution s'est reflétée sur toutes les sous composantes à l'exception de la sous composante Gestion et Système de Santé pour les raisons évoquées plus haut.



4. Orientations et priorités pour l'An 2

Changements de l'environnement de la Composante R2S. Le plan d'action annuel de l'an 2 de la Composante R2S devra tenir compte des changements dans l'environnement et des progrès réalisés au cours de l'an 1 de la composante. L'élection présidentielle de 2012 s'est terminée avec un changement de régime politique ayant porté à la tête de l'Etat des nouvelles autorités qui ont inscrit la gouvernance et la couverture maladie universelle parmi les plus hautes priorités de leur agenda politique. Par ailleurs, les services centraux et régionaux du MSAS sont en cours de restructuration avec la mise en place de (i) la Direction Générale de la Santé Publique, (ii) la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques, (iii) la Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle et (iv) les Directions Régionales de la Santé. Pour adapter les priorités du ministère à ces changements, le MSAS est en train de tenir des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CONSAS) dont les principaux thèmes incluent la gouvernance sanitaire et la couverture maladie universelle. Enfin, l'USAID/Sénégal est engagé dans la mise en œuvre des réformes des modalités d'assistance de l'USAID, y incluse la « *Implementation and Procurement Reform (IPR)* », dont l'introduction de mécanismes de financement direct aux niveaux central et régional avec l'appui des agences d'exécution.

Orientations générales et priorités de la Composante R2S pour l'An 2. En raison des changements de l'environnement, le plan d'action annuel de l'an 2 va positionner la Composante R2S pour saisir les opportunités offertes par le nouveau courant de changements pour améliorer les performances du système de santé, mettre l'accent sur la démonstration de l'utilisation des instruments de planification, de gestion et de financement développés conjointement avec toutes les composantes du Programme Santé au cours de l'an 1, et garder la flexibilité pour permettre l'adaptation des activités du plan d'action aux résultats et recommandations des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CONSAS). Sur la base de ces orientations générales, les priorités suivantes vont guider l'élaboration du plan d'action 2012-2013 :

- Consolidation du FBR dans les trois (3) districts pilotes et extension à quatre (4) nouveaux districts sanitaires ;
- Mise en œuvre de la phase pilote du Financement Direct (FD) dans les régions sites des bureaux régionaux du Programme Santé ;
- Extension du renforcement des capacités de gestion et de suivi des RM et des DS dans toutes les régions d'intervention ;
- Renforcement du cadre stratégique d'appui aux mécanismes de financement social ;
- Consolidation du projet d'extension de la couverture maladie dans le contexte de la décentralisation (projet DECAM) dans les départements de concentration ;
- Développement de la politique de santé communautaire ;
- Plaidoyer dans le cadre du repositionnement de la planification familiale ;
- Renforcement des capacités de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et de la disponibilité des médicaments au niveau opérationnel ;
- Consolidation de l'Equipe d'Initiative et de Politiques de Santé (EIPS) et du Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen-Terme (CDSMT) dans le cadre des réformes organisationnelles du MSAS ;
- Renforcement de la synergie des interventions des composantes du Programme Santé.

Annexe 1 : Rapport financier de la composante

Exécution du budget global de l'an 1				
Description	Budget	Total cumulatif des réalisations de l'an1	Reliquat de l'année fiscale de l'année 1	% du budget annuel exécuté
Frais de personnel	\$ 1 321 699,54	\$ 1 325 029,23	\$ (3 329,69)	100,25%
Voyages	\$ 78 236,66	\$ 38 177,61	\$ 40 059,05	48,80%
Autres coûts directs	\$ 507 914,56	\$ 399 832,53	\$ 108 082,03	78,72%
Activités	\$ 559 382,57	\$ 218 743,47	\$ 340 639,10	39,10%
Equipement	\$ 287 324,83	\$ 214 843,83	\$ 72 481,00	74,77%
Sous contrats	\$ 909 858,65	\$ 362 789,65	\$ 547 069,00	39,87%
Contrats	\$ 176 299,82	\$ 129 167,04	\$ 47 132,78	73,27%
Coûts indirects	\$ 511 981,89	\$ 371 984,37	\$ 139 997,51	72,66%
Total	\$ 4 352 698,52	\$ 3 060 567,73	\$ 1 292 130,79	70,31%

Exécution du budget du plan d'action de l'an1				
Plan d'Action Annuel de la Composante Renforcement du Système de Santé		Total cumulatif des réalisations de l'an1	Reliquat de l'année fiscale de l'année 1	% du budget annuel exécuté
Lignes d'action	BUDGET FCFA			
Sous Composante A : Gestion et Système de Santé au Niveau Régional et de District				
Capacités des ECR et des ECD dans les domaines de la gouvernance et du leadership	26 512 800 FCFA	12 551 100 FCFA	13 961 700 FCFA	47,34%
Renforcement de la planification au niveau des régions et des districts	18 530 800 FCFA	7 094 973 FCFA	11 435 827 FCFA	38,29%
Amélioration des capacités en gestion financière des équipes régionales et de districts	2 000 000 FCFA	- FCFA	2 000 000 FCFA	0,00%
Mécanismes de financement direct	7 567 200 FCFA	1 586 900 FCFA	5 980 300 FCFA	20,97%
Appui au système d'approvisionnement au niveau des régions et des districts	- FCFA	- FCFA	- FCFA	
Renforcement des mécanismes de suivi/supervision au niveau régional et district	6 250 000 FCFA	3 493 450 FCFA	2 756 550 FCFA	55,90%
<i>Appui à la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats</i>	145 272 510 FCFA	35 414 951 FCFA	109 857 559 FCFA	24,38%
TOTAL SOUS COMPOSANTE A	206 133 310 FCFA	60 141 374 FCFA	145 991 936 FCFA	29,18%

Exécution du budget du plan d'action de l'an1				
Plan d'Action Annuel de la Composante Renforcement du Système de Santé		Total cumulatif des réalisations de l'an1	Reliquat de l'année fiscale de l'année 1	% du budget annuel exécuté
Lignes d'action	BUDGET FCFA			
Sous composante B : Mécanismes de financement social				
Renforcement des mécanismes financiers d'appui (FNSS, Fonds de garantie)	12 000 000 FCFA	7 005 193 FCFA	4 994 807 FCFA	58,38%
Mise en place et restructuration des mutuelles de santé (phase pilote DECAM)	52 237 500 FCFA	32 069 763 FCFA	20 167 737 FCFA	61,39%
Prise en charge des autres groupes vulnérables	10 000 000 FCFA	5 508 100 FCFA	4 491 900 FCFA	55,08%
TOTAL SOUS COMPOSANTE B	74 237 500 FCFA	44 583 056 FCFA	29 654 444 FCFA	60,05%
Sous composante C : Politiques et systèmes de santé au niveau central				
Renforcement des capacités de gestion des réformes(EIPS)	11 797 500 FCFA	14 923 225 FCFA	(3 125 725)FCFA	126,49%
Elaboration de documents de politiques.	5 550 000 FCFA	3 074 375 FCFA	2 475 625 FCFA	55,39%
Mise en œuvre des réformes	6 050 000 FCFA	- FCFA	6 050 000 FCFA	0,00%
Appui au Suivi et évaluation du PNDS	9 500 000 FCFA	3 398 900 FCFA	6 101 100 FCFA	35,78%
Mise en œuvre du CDS-MT	8 775 000 FCFA	6 348 200 FCFA	2 426 800 FCFA	72,34%

Exécution du budget du plan d'action de l'an1				
Plan d'Action Annuel de la Composante Renforcement du Système de Santé		Total cumulatif des réalisations de l'an1	Reliquat de l'année fiscale de l'année 1	% du budget annuel exécuté
Lignes d'action	BUDGET FCFA			
			- FCFA	
TOTAL SOUS COMPOSANTE C	41 672 500 FCFA	27 744 700 FCFA	13 927 800 FCFA	66,58%
Sous-Composante D : Coordination				
Gestion et fonctionnement des bureaux régionaux	14 055 100 FCFA	5 962 603 FCFA	8 092 497 FCFA	42,42%
Planification annuelle conjointe	1 000 000 FCFA	1 943 323 FCFA	(943 323)FCFA	194,33%
Mise en œuvre d'un plan intégré de suivi évaluation	27 625 100 FCFA	16 187 367 FCFA	11 437 733 FCFA	58,60%
TOTAL DOMAINE D'ACTIVITE D	42 680 200 FCFA	24 093 293 FCFA	18 586 907 FCFA	56,45%
Total Plan d'action	364 723 510 FCFA	156 562 423 FCFA	208 161 087 FCFA	42,93%

Annexe 2 : Matrice d'indicateurs de la Composante R2S

La Composante R2S a élaboré et fait valider par l'USAID son plan de suivi de la performance (PMP) basé sur seize (16) indicateurs. Le tableau ci-joint comprend les indicateurs renseignés pour rendre compte du degré des progrès dans la réalisation des résultats attendus de la Composante.

Pour établir la situation de base et renseigner les indicateurs, une mission conjointe de collecte et de supervision, composée de la Conseillère en suivi et évaluation et d'un représentant du CRDH, s'est rendue dans les dix régions couvertes par la composante. La mission a été mise à profit pour renseigner l'indicateur n°1, procéder à des vérifications pour l'indicateur n°2, évaluer le suivi des PTA des districts sanitaires, recueillir l'appréciation des médecins chef de régions (MCR) et des coordonnateurs des BR sur le déroulement des RAC et apprécier les informations sur les mutuelles. Cette mission a été soutenue par les BR qui ont fourni ou préparé la plupart des informations : ce sont également les BR qui ont introduit l'équipe de collecte auprès des MCR et l'a parfois accompagnée. A l'issue de la mission de collecte, une base de données contenant les informations par district sanitaire a été constituée.

Pour ce qui concerne la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat et le rapport de performance du CDSMT, les informations ont été recueillies auprès de la DAGE du MSAS. Les cibles pour la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat ont été déterminées sur la base d'une pratique observée au Sénégal d'augmenter le budget de la santé de 0.5% point chaque année. Pour les autres indicateurs, les Conseillers nationaux ont fourni l'information. Enfin, le rapport de la Composante Financement et Politiques de Santé du Programme Santé USAID 2006-2011 a permis d'avoir la plupart des données de référence.

Certaines difficultés ont été rencontrées dans le renseignement de ces indicateurs, notamment pour ce qui concerne la référence pour l'indicateur n°3 (proportion de districts sanitaires dont le taux d'exécution technique du PTA est supérieur à 80%) et pour les indicateurs relatifs aux mutuelles.

L'indicateur n°3 n'avait pas été suivi au cours du programme précédant : par conséquent, il a fallu reconstituer l'information mais les délais ne nous ont pas permis d'achever l'opération. Elle va se poursuivre et l'information sera fournie en même temps que la situation de 2012 qui ne sera disponible qu'en 2013.

Pour ce qui est des mutuelles, les informations datent de novembre 2011 pour certaines régions et août 2012 pour d'autres. Puisque l'année fiscale s'étale sur 2011-2012, nous avons cumulé ces données pour obtenir une situation pour la période. Les références qui portaient sur les 5 régions de la zone d'intervention du programme précédent ont également été ramenées à leur niveau pour les 10 régions.

Les valeurs non disponibles au moment du renseignement du tableau sont identifiées par Non Déterminée (ND). Les valeurs qui ne peuvent pas être renseignées sont identifiées par Non Applicable (NA) : par exemple le nombre de mutuelles ayant reçu des subventions suite à la mise en place de mécanismes par l'Etat ne peut exister que si les mécanismes préalables prévus sont mis en place.

Indicateurs	Référence 2011	Cible 2012	Résultats Année fiscale 2011-2012	Cibles				Commentaires
				2013	2014	2015	2016	
Indicateur 1 : Proportion de districts sanitaires où les fonctions du MCD et celles du médecin chef du centre de santé sont séparées	ND	ND	19%	25%	30%	35%	40%	Les textes réglementaires ne sont pas encore pris au niveau central mais il existe des initiatives personnelles ne pouvant cependant pas aller jusqu'à la délégation de signature car les textes ne le prévoient pas; il faut noter que sur les 52 districts sanitaires couverts par la composante moins de la moitié (22) dispose de plus d'un médecin; pour les cibles, celle définie par le PNDS ne pourra être prise en compte que si les textes nécessaires sont signés ; en attendant, une progression de 5% est envisagée.
Indicateur 2 : Proportion de Points de prestation de services (PPS) ayant affiché les prix des médicaments et les tarifs des prestations	73%	95%	55%	95%	95%	95%	95%	L'information est obtenue à partir de la collecte des indicateurs de bonne gouvernance qui s'est déroulée entre juillet et août; les supervisions intégrées ne sont pas régulières, ce qui peut expliquer la baisse de ce taux; il faut cependant noter que pour les 5 régions couvertes par l'ancien programme ce taux a atteint 68%
Indicateur 3 : Proportion de districts sanitaires dont le taux d'exécution technique du PTA est \geq à 80%	ND	100%	ND	100%	100%	100%	100%	Le taux d'exécution des PTA de 2012 sera connu en 2013; la référence pourra être fournie

Indicateurs	Référence 2011	Cible 2012	Résultats Année fiscale 2011-2012	Cibles				Commentaires
				2013	2014	2015	2016	
Indicateur 4 : Proportion de régions médicales ayant organisé une RAC de qualité.	100% en 2011	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Malgré la rétention d'information, les participants ont pu discuter des indicateurs grâce à l'EDS de 2010 et aux collectes actives; en outre, la plupart des partenaires ont participé
Indicateur 5 : Proportion de rapports de vérification fournis dans les délais	NA	100%	0	100%	100%	100%	100%	Le démarrage du projet a eu lieu au mois d'avril et la réalisation des missions conjointes de vérification a enregistré du retard à cause de la sélection de l'auditeur et des OCB
Indicateur 6: Proportion de demandes de remboursement payées dans les délais fixés	NA	100%	0	100%	100%	100%	100%	Le démarrage du projet a eu lieu au mois d'avril et le retard enregistré dans la réalisation des missions conjointes de vérification a empêché la transmission des demandes de paiement
Indicateur 7: Nombre de districts sanitaires couverts par le financement basé sur les résultats	NA	3	3	7	NA	NA	NA	Le projet a démarré au mois d'avril; il faut cependant noter que le district de Darou Mousty n'a pas signé de contrat FBR à cause de la rétention de l'information ordonnée par les syndicats ; au-delà de 2013, les cibles ne sont pas encore définies
Indicateur 8: Nombre de mutuelles ayant bénéficié de subventions publiques suite à la mise en place de	NA	NA	NA	NA	50	100		Les mécanismes (Fonds national de solidarité sociale, du Fonds National de Garantie et de l'Organe Administratif de la Mutualité Sociale) ne sont pas encore mis en place

Indicateurs	Référence 2011	Cible 2012	Résultats Année fiscale 2011-2012	Cibles				Commentaires
				2013	2014	2015	2016	
mécanismes par l'Etat								
Indicateur 9 : Nombre de bénéficiaires couverts par les mutuelles communautaires	182842	ND	263 343	330 000	410 000	510 000	650 000	les bénéficiaires des régions couvertes par l'ancien programme représentent 66% de l'ensemble des bénéficiaires (173186); les cibles ont été fixées sur la base d'un accroissement annuel de 25% par rapport à la situation de 2012 bien que l'accroissement entre 2011 et 2012 soit de 40%; cela a semblé plus raisonnable à cause des retards notés dans la prise par le MSAS des textes nécessaires au développement des mutuelles
Indicateur 10 : Nombre de personnes vulnérables couvertes par les mutuelles de santé avec l'appui d'un tiers payant	21 862	ND	22 438	33 000	41 000	51 000	65 000	les personnes vulnérables prises en charge dans les régions couvertes par l'ancien programme représentent 90% de l'ensemble des personnes vulnérables prises en charge (20214) ; les cibles ont été fixées sur la base d'un quota de 10% des bénéficiaires

Indicateurs	Référence 2011	Cible 2012	Résultats Année fiscale 2011-2012	Cibles				Commentaires
				2013	2014	2015	2016	
Indicateur 11 : Nombre de documents de politiques validés et d'actes réglementaires pris pour l'application d'initiatives de politique élaborées par L'EIPS	2	≥ 1	13	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Ce résultat comprend aussi bien les actes pris au niveau national (arrêté mettant en place le projet FBR, notes de service relatives au BAP, à l'installation des BR, à la santé communautaire, aux concertations nationales et à l'approvisionnement en médicaments) , que ceux pris par les gouverneurs pour la mise en place des CRG/FBR (3 arrêtés) et les préfets pour la mise des comités départementaux de suivi du DECAM (4 arrêtés)
Indicateur 12 : Budget de la santé en % du budget global de l'Etat	13,6%	8%	10,2%	10,7%	11,2%	11,7%	12,2%	Ce pourcentage ne concerne que le fonctionnement. La référence porte sur le budget de 2010 et la donnée actuelle sur celle de 2011, l'année budgétaire étant à cheval sur l'année fiscale du programme ; à partir de 2013, les cibles sont calculées sur la base d'un accroissement annuel de 5% du résultat de 2012
Indicateur 13 : Délai de production du rapport de performance préliminaire du CDSMT de l'année n-1 respecté (mai)	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Le rapport préliminaire a été produit au mois de mai comme prévu

Indicateurs	Référence 2011	Cible 2012	Résultats Année fiscale 2011-2012	Cibles				Commentaires
				2013	2014	2015	2016	
Indicateur 14 : Montant alloué (FCFA) aux districts et régions médicales par les composantes du programme à travers le mécanisme du financement direct	NA	NA	NA	519 400 000	NA	NA	NA	Ce mécanisme sera utilisé à partir de 2013 pour les 3 régions pilotes (Kaolack, Kolda et Thiès); les cibles seront définies par l'USAID pour les autres années
Indicateur 15 : Montant alloué (FCFA) aux districts et régions médicales par les composantes du programme à travers le mécanisme du FBR	NA	96 312 310	0	272 581 500	NA	NA	NA	83.999.810 frs CFA fournis par Abt et 24625 \$ par Childfund pour 2012; les remboursements ne sont pas encore effectués à cause de la rétention de l'information et des retards enregistrés dans le recrutement de l'auditeur et des OCB pour la vérification ;
Indicateur 16 : Proportion de rapports périodiques de la Composante produits dans les délais.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Les rapports du premier, deuxième et troisième trimestre ont été produits dans les délais