

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

DRAFT DU 7 novembre 2013

RAPPORT ANNUEL de la Période Octobre 2012-Septembre 2013



Formation des ASC et matrones du DS de Kolda sur le Financement Basé sur les Résultats

Délivré à :
Bryn Sakagawa, AOR USAID/Sénégal
Ramatoulaye Dioume
Dr Matar Camara
Babacar Lô

AID – 685 – A – 11 - 00002



Table des matières

Abréviations et Sigles.....	3
Résumé Exécutif	5
Introduction	10
1. Réalisations enregistrés au terme de l’an 2.....	13
1.1. Progrès vers l’amélioration des performances du système de santé.....	13
1.2. Sous-Composante A : Gestion et systèmes de santé au niveau régional et des districts.....	19
1.2.1. Gouvernance sanitaire et leadership	19
1.2.2. Capacités de planification, gestion et suivi	20
1.2.3. Financement basé sur les résultats	23
1.2.4. Défis et solutions.....	27
1.2.5. Leçons apprises	28
1.3. Sous-Composante B : Mécanismes de financement social.....	29
1.3.1. Cadres d’appui incitatifs	29
1.3.2. Capacités de gestion des réseaux et mutuelles de santé.....	32
1.3.3. Prise en charge des groupes vulnérables	34
1.3.4. Défis et solutions.....	34
1.3.5. Leçons apprises	35
1.4 . Sous-Composante C : Politiques et systèmes de santé au niveau central.....	36
1.4.1. Politiques et réformes	36
1.4.2. Suivi du PNDS	39
1.4.3. Défis et solutions.....	40
1.4.4. Leçons apprises	40
1.5. Sous-Composante D : Coordination, suivi-évaluation	41
1.5.1. Coordination.....	41
1.5.2. Suivi-évaluation.....	43
1.5.3. Défis et solutions.....	44
1.5.4. Leçons apprises	44
2. Contraintes.....	45
3. Finances.....	47
4. Orientations et priorités pour l’An 3.....	49
Annexe 1 : Rapport financier de la composante	50
Annexe 2 : Matrice d’indicateurs de la composante	55

Abréviations et Sigles

ACA	Association Conseil pour l'Action
ARD	Agence Régionale de Développement
BAP	Bureau d'Appui au Projet
BR	Bureau Régional
CACMU	Cellule d'appui à la Couverture maladie universelle
CAPSU	Caisse Autonome de Protection sociale universelle
CDD	Comité Départemental de Développement
CDS-MT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CLD	Comité local de développement
CMU	Couverture maladie universelle
CNSAS	Concertations Nationales sur la Santé et l'Action Sociale
COP	Chief of Party (Chef d'Equipe)
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
CRG	Comité Régional de Gestion
CTB	Coopération Technique Belge
CTGP	Comité Technique de Gestion du Projet
DAGE	Direction de l'Administration Générale
DECAM	Extension de la Couverture de l'Assurance Maladie dans le contexte de la Décentralisation
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DS	District Sanitaire
DSRSE	Direction de la Santé de Reproduction et de la Santé de l'Enfant
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EIPS	Equipe d'Initiative de Politiques de Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FG	Fonds de Garantie
FHI 360	Family Health International 360
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 Participative
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 « *cooperative agreement* » avec la compagnie Abt Associates Inc pour servir d'agence d'exécution de la Composante R2S : 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.

Le plan d'action de l'An 2, Octobre 2012-Septembre 2013, de la Composante Renforcement du Système de Santé (R2S) a été élaboré pour saisir les opportunités offertes par le courant de changements de l'environnement du secteur. L'accent est mis sur 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 pour améliorer les performances du système de santé. Cette orientation a permis non seulement de réaliser des progrès au niveau opérationnel de l'amélioration de la gestion des équipes sanitaires de district et de région, mais aussi de réaliser des progrès au niveau du développement des politiques au niveau central.

Résultat Intermédiaire 3.1 (RI3.1) : Gestion améliorée des équipes sanitaires de district et de région.

La Composante R2S a progressé vers le RI 3.1 du cadre de résultats de l'USAID/Sénégal à travers les acquis accumulés au cours de l'An 2 dans l'amélioration de la gouvernance sanitaire au niveau local, le renforcement des capacités de planification, de gestion et de suivi des interventions sanitaires, la mise en œuvre de nouveaux instruments de financement direct et de financement basé sur les résultats pour améliorer les performances des gestionnaires des services de santé et du personnel de santé des centres de santé et des postes de santé.

Gouvernance sanitaire. Pour contribuer à l'amélioration de la gouvernance sanitaire par des acteurs qui jouent pleinement leurs rôles au niveau régional et des districts sanitaires, 297 membres des équipes-cadres de région (ECR) et des équipes cadres de district (ECD) des 10 régions d'intervention ont été formés au cours de l'An 2 en gouvernance sanitaire. En outre, des cadres de concertation sur la santé sont devenus fonctionnels au niveau de trois régions d'intervention (Kaffrine, Kaolack et Thiès). Les indicateurs de bonne gouvernance ont été mesurés au niveau de 834 points de prestation de services de santé des régions d'intervention

pour soutenir l'identification de fossés dans la gouvernance sanitaire et leur trouver de solutions au niveau local.

Capacités de planification, de gestion et de suivi des interventions sanitaires. Plusieurs acquis ont été accumulés au cours de l'An 2 pour contribuer au renforcement des capacités de planification, de gestion et de suivi des interventions sanitaires au niveau régional et des districts sanitaires. Une centaine (100) de membres des ECR/ECD des régions de Kaolack, Louga et Thiès ont été formés sur l'ORCAP pour améliorer le diagnostic dans le processus d'élaboration des plans de travail annuels (PTA). En outre, l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des PTA ont été appuyés dans toutes les dix (10) régions d'intervention et leurs districts sanitaires. En plus, la formation en gestion a été étendue à l'ensemble des dix régions d'intervention au cours de l'An 2 : 86 membres des ECR/ECD des RM et DS des 10 régions ont été formés en gestion comptable et financière ; 59 membres des ECR/ECD des 3 régions sous financement direct ont été formés en comptabilité des matières. Enfin, des revues annuelles conjointes ont été appuyées dans toutes les régions d'intervention.

Initiative de financement direct. L'initiative du financement direct (FD) a été effectivement lancée dans les régions pilotes de Kaolack, Kolda et Thiès pour contribuer à l'adaptation des modalités d'assistance de l'USAID au niveau régional et local du secteur de la santé à travers la collaboration de l'ensemble des composantes du Programme Santé. Sur la base des PTA des districts sanitaires et des régions médicales des trois régions, les ECR, les agences de coopération et les bureaux régionaux du Programme Santé ont identifié de façon participative les milestones à atteindre par chaque région cible dans le cadre du FD et les indicateurs qui leur sont associés. Le processus de planification et de négociation a abouti à la signature de trois lettres d'exécution avec les trois régions pilotes et le paiement effectif du premier milestone aux trois (3) régions pilotes par toutes les composantes.

Financement basé sur les résultats. L'initiative du financement basé sur les résultats (FBR) a été renforcée dans les régions pilotes pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé prioritaires (santé maternelle, planification familiale, santé infantile, nutrition, lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH). Le système de vérification du FBR a été renforcé au cours de l'An 2 avec l'organisation de trois (3) missions conjointes de vérification et des enquêtes ménages de vérification. La première revue nationale du FBR s'est tenue après la première année d'expériences dans les deux districts pilotes de Kaffrine et Kolda. Sur la base des recommandations issues de la première revue nationale du FBR, l'initiative a été étendue à l'ensemble des sept (7) districts sanitaires des régions de Kaffrine et de Kolda. L'extension a été soutenue par la formation des acteurs : 156 bénéficiaires des nouveaux districts sanitaires ont été formés sur le FBR ; 117 ASC et matrones de cases de santé ont été orientés sur le FBR. En plus, la collecte des données des postes et des centres de santé a été réalisée au niveau des cinq (5) districts sanitaires nouvellement enrôlés pour déterminer les références de base. L'extension du FBR s'est traduite par la signature d'un total de 115 contrats de performance dans les 7 districts pilotes des régions de Kaffrine et de Kolda au cours de l'An 2.

Les systèmes et les outils administratifs en cours de développement, les expériences et les leçons qui sont en train d'être accumulées à travers ces initiatives sont en train de renforcer les capacités de mise en œuvre dans le secteur de la santé de modalités de la gestion axée sur les résultats. Ainsi, le MSAS a déjà engagé le processus de capitalisation des expériences appuyées par la Composante R2S avec l'initiation de la mise en place d'un Programme National de Financement Basé sur les Résultats et le développement d'un nouveau projet avec le financement de la Banque Mondiale pour appuyer l'extension du FBR.

Résultat Intermédiaire 3.2 (RI 3.2) : Performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national.

La Composante R2S a progressé vers le RI 3.2 du cadre de résultats de l'USAID/Sénégal à travers les acquis accumulés dans les trois sous-composantes suivantes : (i) mécanismes de financement social, (ii) politiques et réformes sanitaires et (iii) coordination du Programme Santé de l'USAID/Sénégal.

Mécanismes de financement social. La Composante R2S a poursuivi ses appuis pour améliorer l'accès aux services de santé et la protection financière des populations dans la santé au niveau stratégique et du dialogue de politique et de la mise en œuvre des réseaux de mutuelles de santé au niveau opérationnel. Au niveau stratégique, la Composante a appuyé le MSAS dans la préparation du conseil interministériel sur la Couverture Maladie Universelle (CMU) tenue en avril 2013, l'élaboration d'un plan d'action quinquennal pour la mise en place d'une CMU de base pour les acteurs du secteur informel et rural et la tenue de la cérémonie officielle de lancement du programme de la CMU par le Président de la République en septembre 2013. La Composante a appuyé la production d'outils pour le renforcement des capacités techniques des mutuelles dont le manuel de procédures des mutuelles de santé adaptées au règlement de l'UEMOA et les manuels de formation des mutuelles de santé dans le cadre de la CMU.

Au niveau opérationnel, la Composante a implanté le projet DECAM dans les trois départements de démonstration de Kaolack, Kolda et Louga. Ainsi, elle a appuyé la mise en place de vingt-deux (22) nouvelles mutuelles et la restructuration de vingt-six (26) mutuelles de santé existantes dans les départements de démonstration. En plus des acquis dans les trois départements de démonstration, cinquante-quatre (54) mutuelles de santé existantes, dix (10) unions régionales et cinq (5) unions départementales ont bénéficiés des appuis directs de la Composante. Un total de 460 administrateurs et gestionnaires des mutuelles de santé ont été formés en gestion administrative et financière. En outre, la Composante a poursuivi son appui au renforcement du projet PVVIH à Kaolack et entamé les discussions avec les partenaires clés pour son extension à Ziguinchor et Kolda ; la Composante a également renforcé l'appui aux autres initiatives de prise en charge des groupes vulnérables dans la zone d'intervention. En somme, le nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé de la zone d'intervention de la Composante s'est accru de 263 343 en 2012 à 337 872 en 2013 dont 31 876 personnes vulnérables qui sont actuellement prises en charge à travers les mutuelles de santé.

Politiques et réformes. La Composante R2S continue de contribuer au renforcement des capacités de formulation des politiques et de mise en œuvre des réformes sanitaires. L'assistance de R2S a été renforcée suite à la demande du MSAS et de l'USAID pour l'organisation des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CNSAS) qui ont été tenues avec succès en janvier 2013. C'est suite aux recommandations des CNSAS que la Composante a renforcé ses appuis au MSAS pour le suivi des mesures phares portant sur l'extension de la CMU.

La contribution de la Composante R2S dans la formulation et la mise en œuvre des politiques s'est aussi renforcée dans les domaines prioritaires de la santé communautaire, de la planification familiale et du médicament. La Composante a appuyé le MSAS pour l'élaboration d'un document de politique de santé communautaire en étroite collaboration avec la Composante Santé Communautaire. En outre, les outils de plaidoyer PF ont été révisés et un agenda élaboré pour l'appui des activités de plaidoyer, de sensibilisation et de suivi au niveau national et régional. Par ailleurs, grâce à l'appui de R2S, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) dispose maintenant d'un manuel de procédures Achats réactualisé et la PNA a entamé l'élaboration d'un plan stratégique de développement pour répondre aux nouveaux défis dans le secteur du médicament.

La Composante R2S a poursuivi ses appuis dans le domaine de l'allocation des ressources et de la mise en œuvre du PNDS. En plus des appuis que la Composante continue de fournir dans la production du CDSMT et du rapport de performance qui lui est associé, la Composante a étendu ses appuis à l'élaboration de CDSMT régionaux. Le MSAS ayant opté pour l'implantation progressive des CDSMT régionaux, trois régions ont été accompagnées dans cet exercice par la Composante R2S dont Kolda, Thiès et Kaffrine. La Composante appuie également la DAGE du MSAS pour la production de son rapport financier annuel 2012 et la collecte des informations financières pour l'année 2013. Le processus d'implantation des CDSMT dans le secteur de la santé est en train d'être renforcé par l'initiation de la mise en œuvre des réformes de la gestion des finances publiques dans le pays faisant suite à l'adaptation des directives de l'UEMOA en la matière. Les progrès dans la mise en œuvre des dites réformes vont se traduire par l'adaptation de l'assistance de la Composante dans le domaine du suivi de la mise en œuvre du PNDS.

Coordination du Programme Santé. La coordination des interventions du Programme Santé de l'USAID a été renforcée par le développement du premier plan d'action intégré du programme santé (PAI) et du manuel de procédures du financement direct pour appuyer l'adaptation des modalités d'assistance de l'USAID au niveau régional et local. L'outil du PAI est utilisé maintenant pour résumer les engagements et la mise en œuvre du Programme Santé dans le cadre du Comité de Pilotage du programme. Par ailleurs, les bureaux régionaux du Programme Santé se basent maintenant sur le PAI pour jouer pleinement leur rôle, appuyer le processus d'élaboration et le suivi des plans de travail annuels des districts sanitaires et des régions médicales et pour informer les acteurs locaux des différents engagements d'appuis des cinq composantes du Programme Santé de l'USAID.

Les résultats enregistrés au cours des deux premières années du programme donnent une indication précise sur le reste du chemin à parcourir pour réaliser les objectifs du Programme à terme. Aussi, le plan d'action annuel de l'an 3 de la Composante R2S tient-il de ces résultats et des changements dans l'environnement du secteur. Les autorités ont inscrit la gouvernance et la couverture maladie universelle parmi les priorités de leur agenda politique. Par ailleurs, les services centraux et régionaux du MSAS sont en cours de restructuration. Pour adapter les priorités du ministère à ces changements, le MSAS a tenu des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CNSAS) qui ont abouti sur des recommandations et des mesures phares portant, entre autres, sur la gouvernance sanitaire et la couverture maladie universelle. Les mesures phares portant sur la couverture maladie ont fait l'objet d'un conseil interministériel portant sur la CMU ; par ailleurs, un plan stratégique de la CMU a été élaboré et des ressources ont été allouées pour appuyer la mise en œuvre. L'initiative de Financement Basé sur les Résultats (FBR) a beaucoup progressé suite à la première revue nationale et la levée du mot d'ordre de grève portant sur la rétention de l'information. L'initiative FBR a été étendue à sept districts sanitaires dans deux régions ; un projet Santé de la Banque Mondiale est en cours d'élaboration pour étendre le FBR dans quatre autres régions à partir de 2014. Enfin, l'USAID/Sénégal est engagé dans la mise en œuvre des réformes des modalités d'assistance de l'USAID, y inclue 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 du programme santé.

Le plan d'action annuel de l'an 3 va continuer de positionner la Composante R2S pour contribuer efficacement à l'amélioration des performances du système de santé en mettant l'accent sur la démonstration, par l'utilisation des instruments de planification, de mise en œuvre, de gestion et de financement développés au cours des deux premières années.

Sur la base de ces orientations générales, les priorités suivantes, définies par l'Equipe Santé de l'USAID, ont guidé l'élaboration du plan d'action 2013-2014 :

- Activités de nutrition ;
- Mise en œuvre du plan d'action de la planification familiale ;
- Mise en œuvre du FBR et coordination avec le programme de la Banque Mondiale ;
- Assistance à la gestion de la chaîne d'approvisionnement;
- Résultats/impact démontrés dans l'appui aux interventions de planification familiale, de santé maternelle, et santé de l'enfant ;
- Appui à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle ;
- Mise en œuvre des activités de financement direct ;
- Coordination des activités des bureaux régionaux et des plans de travail intégrés.

Introduction

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) est mis en œuvre à travers les quatre programmes du CDS-MT : (i) SMNI, (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.

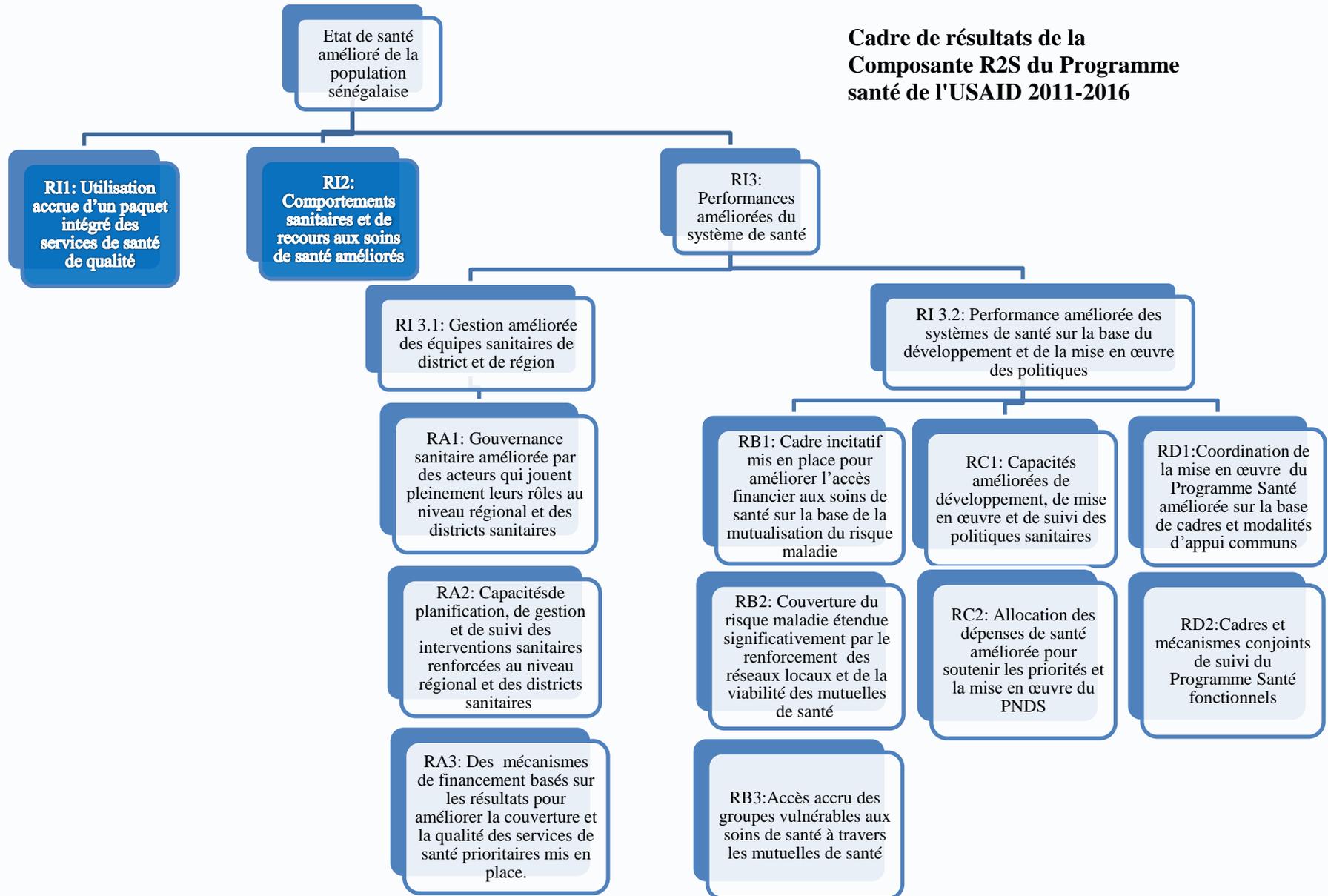
La Composante R2S est un des cinq instruments d'intervention du Programme Santé de l'USAID\Sénégal 2011-2016. L'objectif de développement du programme est un « état de santé amélioré de la population sénégalaise » à atteindre à travers trois résultats intermédiaires (RI) : « utilisation accrue d'un paquet 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 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 contribuera 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 « *cooperative agreement* » 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. Abt Associates a constitué une équipe pluridisciplinaire d'experts sénégalais, d'organisations sénégalaises et de sous-contractants internationaux dotés d'une longue et solide expérience pour mettre en œuvre la Composante R2S. En plus de Abt Associates, l'Equipe de Abt 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.

Les interventions de la Composante R2S tiennent compte des acquis du précédent programme de santé de l'USAID notamment de sa composante "Financement et politique de santé" dont deux des domaines ont été reconduits : le financement social à travers les mutuelles de santé et le dialogue des politiques et réformes en santé. Pour maintenir le cap au cours des cinq prochaines années sur les résultats intermédiaires du Programme Santé, l'Equipe de Abt 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** ci-après 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, des postes et des 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».

Le plan d'action de l'an 2, Octobre 2012-Septembre 2013, de la Composante Renforcement du Système de Santé a tenu compte des priorités définies par le MSAS et l'USAID et des changements intervenus dans l'environnement du projet associés à l'avènement du nouveau régime politique en 2012 et à la mise en œuvre des réformes des modalités d'assistance de l'USAID. Le plan d'action annuel de l'an 2 a positionné 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 (CNSAS). Sur la base de ces orientations générales, les priorités suivantes ont guidé l'élaboration du plan d'action 2012-2013 :

- Extension du FBR à sept (7) districts sanitaires;
- Mise en œuvre de la phase pilote du Financement Direct (FD) dans trois (3) régions;
- Extension du renforcement des capacités de gestion et de suivi des RM et des DS;
- 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) ;
- Consolidation de l'Equipe d'Initiative de Politique 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.

La suite du rapport annuel est organisée en quatre (4) sections. La première section résume les réalisations de la composante au cours de la deuxième 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 troisième 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. Réalisations enregistrés au terme de l'an 2

Le plan d'action de l'An 2, Octobre 2012-Septembre 2013, de la Composante Renforcement du Système de Santé (R2S) a été élaboré pour saisir les opportunités offertes par le courant de changements de l'environnement du secteur de la santé pour améliorer les performances du système de santé en mettant 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. Cette orientation a permis non seulement de réaliser des progrès au niveau opérationnel de l'amélioration de la gestion des équipes sanitaires de district et de région, mais aussi de réaliser des progrès au niveau du développement des politiques au niveau central. Les progrès simultanés au niveau opérationnel et stratégique ont été facilités par la responsabilisation systématique des centres de responsabilité du MSAS aux niveaux central, régional et local dans la mise en œuvre conjointe des interventions appuyées par la Composante R2S.

La présentation des progrès vers l'amélioration des performances du système de santé à travers les résultats intermédiaires du cadre de résultats du Programme Santé de l'USAID servira de trame du rapport d'activités de l'An 2. Ainsi, la première section 1.1 va résumer les principales réalisations de la Composante R2S et comment elles interagissent pour contribuer aux résultats intermédiaires 3.1 et 3.2 du cadre de résultat de l'USAID. Les sections suivantes fournissent plus d'informations sur les principales réalisations en mettant l'accent sur les nouvelles initiatives et les changements dans l'environnement de politique du secteur de la santé. La section 1.2 est focalisée sur l'amélioration de la gestion au niveau des régions médicales et des districts sanitaires en mettant l'accent sur les progrès dans le cadre de l'initiative de financement direct (FD) et l'initiative de financement basé sur les résultats (FBR). La section 1.3 couvre les progrès réalisés au niveau des mécanismes de financement social en mettant l'accent sur l'initiative DECAM et les changements dans la politique de couverture maladie. La section 1.4 résume les progrès réalisés dans le domaine de politiques et de réformes sanitaires et les changements dans la gestion des finances publiques et ses implications dans le secteur de la santé. Enfin, la section 1.5 va couvrir les progrès dans la coordination du Programme Santé.

1.1. Progrès vers l'amélioration des performances du système de santé

La Composante R2S s'est appuyée sur l'application et l'extension des approches et des outils techniques développés au cours de l'An 1 pour progresser vers l'amélioration des performances du système de santé à travers l'amélioration de la gestion des équipes sanitaires de district et de région et le développement et la mise en œuvre des politiques au niveau national. Le tableau ci-dessous résume les progrès réalisés au terme de l'An 2 par la Composante R2S vers l'atteinte des résultats intermédiaires du cadre de résultats du Programme Santé de l'USAID/Sénégal.

Résultats Atteints au terme de l'An 2 de R2S selon les Résultats Intermédiaires du Cadre de Résultats de l'USAID

RI 3.1 « Gestion améliorée des équipes sanitaires de district et de région »

Gouvernance sanitaire

- 297 membres des ECR/ECD des 10 régions d'intervention formés en gouvernance sanitaire
- Cadres de concertation fonctionnels au niveau de trois (3) régions
- Indicateurs de bonne gouvernance mesurés au niveau de 834 points de prestation de services de santé

Capacités de planification, de gestion et de suivi

- 100 membres des ECR/ECD des régions de Kaolack, Louga et Thiès formés sur l'ORCAP
- Toutes les dix régions d'intervention et leurs districts sanitaires appuyés dans l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de leur PTA
- 86 membres des ECR/ECD des RM et DS des 10 régions formés en gestion comptable et financière; 59 membres des ECR/ECD des 3 régions sous FD formées en comptabilité des matières
- Revue annuelle conjointe soutenue dans chacune des dix (10) régions d'intervention
- Lettres d'exécution signées entre les agences d'exécution et les trois régions médicales de Kaolack, Kolda et Thiès RM dans le cadre du financement direct (FD) ; paiements aux régions médicales réalisés pour les premiers milestones.

Financement basé sur les résultats (FBR)

- Trois (03) missions conjointes de vérification et enquêtes ménages de vérification effectués
- Tenue de la première revue nationale FBR
- Outils FBR révisés (manuel de procédures, check List qualité, indicateurs FBR,...)
- Références de base des 5 nouveaux districts collectées
- 156 acteurs formés sur le FBR
- 117 ASC et matrones de cases de santé orientés sur le FBR
- 115 contrats signés dans les 7 districts pilotes du FBR des régions de Kaffrine et de Kolda
- Paiement des bonus FBR effectif dans les districts de Kaffrine et Kolda

RI 3.2 : « Performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national ».

Mécanismes de financement social

- 337 872 bénéficiaires des mutuelles de santé (MS) dans les régions d'intervention
- 31 876 groupes vulnérables couverts par les MS avec l'appui d'un tiers
- Elaboration du plan d'action pour la mise en place d'une CMU de base pour les acteurs du secteur informel et rural
- Développement du manuel de procédures de gestion des MS adaptées au règlement de l'UEMOA; production de manuels de formation des formateurs
- Mise en place de 22 nouvelles MS et restructuration de 26 MS existantes dans les départements de démonstration (Kaolack, Kolda et Louga)
- 460 administrateurs et gestionnaires formés en gestion administrative et financière
- Mise en place de 3 comités départementaux de suivi (CDS) et tenue de 6 réunions de suivi des CDS dans les départements de démonstration
- Appui direct à 54 MS dans les autres zones d'intervention (formation, assemblées générales, sensibilisation, atelier de planification, etc.)
- Appui direct aux 10 unions régionales, 5 unions départementales (Diourbel, Bambey, Touba, Rufisque et Pikine) et 5 unions de district
- Démarrage du renforcement du projet PVVIH à Kaolack et l'extension à Ziguinchor

Politiques et réformes

- Document de politique de santé communautaire élaboré et validé par le Comité de pilotage (collaboration avec la Composante PSSC)
- Manuel de procédures Achat PNA produit; personnels des PRA formés
- Concertations nationales sur la Santé et l'Action sociale tenues
- CDS-MT santé régionaux de Kolda et de Thiès validés et celui de Kaffrine finalisé; CDS-MT santé 2014-2016 préliminaire et rapport de performance 2012 élaborés
- Rapport financier 2012 de la DAGE produit (rattrapage des années 2010-2011)

Coordination

- Mise à jour du manuel de procédures des bureaux régionaux (BR)
- Echanges d'expériences entre les staffs administratifs et financiers des BR et les RAF des composantes
- PAA 2013 de la Composante R2S et premier Plan d'Action Intégré 2013 du Programme Santé validés
- Réunion du Comité de pilotage du Programme Santé tenu le 14 mai 2013 pour le premier semestre
- Identification des thèmes d'intérêts communs par les Composantes

Résultat Intermédiaire 3.1 (RI3.1) : Gestion améliorée des équipes sanitaires de district et de région.

La Composante R2S a progressé vers le RI 3.1 du cadre de résultats de l'USAID/Sénégal à travers les acquis accumulés autour de quatre lignes d'action complémentaires: (i) gouvernance sanitaire, (ii) capacités de planification, de gestion et de suivi des interventions sanitaires, (iii) financement direct et (iv) financement basé sur les résultats.

Premièrement, pour contribuer à l'amélioration de la gouvernance sanitaire par des acteurs qui jouent pleinement leurs rôles au niveau régional et des districts sanitaires, la formation en gouvernance sanitaire des acteurs intervenant dans la santé a été étendue aux dix régions d'intervention. Des cadres multisectoriels de concertation sur la santé ont été rendus fonctionnels dans les régions d'intervention. Ces activités ont offert des cadres pour partager et discuter des niveaux des indicateurs de bonne gouvernance avec les acteurs et d'identifier les actions à mettre en œuvre pour améliorer la gouvernance sanitaire au niveau local.

Deuxièmement, plusieurs acquis ont été accumulés dans les actions pour contribuer au renforcement des capacités de planification, de gestion et de suivi des interventions sanitaires au niveau régional et des districts sanitaires. Après les régions de Kolda, Sédhiou et Ziguinchor couvertes au cours de l'An 1, l'utilisation de l'ORCAP a été étendue aux trois régions de Kaolack, Louga et Thiès au cours de l'An 2 pour améliorer le diagnostic dans le processus d'élaboration des PTA. En collaboration avec toutes les composantes du Programme Santé, la Composante R2S a appuyé l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des PTA des districts sanitaires et des régions médicales dans l'ensemble des dix régions d'intervention. En outre, la formation en gestion comptable et financière a été étendue à l'ensemble des dix régions d'intervention et la formation en comptabilité matières a été initiée dans les trois régions de Kaolack, Kolda et Thiès au cours de l'An 2. Enfin, la Composante R2S a appuyé la tenue des revues annuelles conjointes dans toutes les régions d'intervention.

Troisièmement, l'implantation de l'initiative du financement direct (FD) a été effectivement lancée dans les régions pilotes de Kaolack, Kolda et Thiès pour contribuer à l'adaptation des modalités d'assistance de l'USAID au niveau régional et local du secteur de la santé à travers la collaboration de l'ensemble des composantes du Programme Santé. Sur la base des PTA des districts sanitaires et des régions médicales des trois régions, du manuel de procédures du financement direct élaboré conjointement par les composantes du Programme Santé et les activités éligibles au FD, les MCR, les agences de coopération et les bureaux régionaux du Programme Santé ont identifié de façon participative les milestones à atteindre par chaque région cible dans le cadre du FD et les indicateurs qui leur sont associés. Le processus de planification et de négociation a abouti sur la signature de trois lettres d'exécution avec les trois régions pilotes et le paiement effectif du premier milestone aux trois (3) régions pilotes par toutes les composantes.

Quatrièmement, pour contribuer à la mise en place de mécanismes de financement basés sur les résultats (FBR) pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé prioritaires (santé maternelle, planification familiale, santé infantile, nutrition, lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH), l'initiative FBR a été renforcée dans les régions pilotes. La première revue nationale du FBR s'est tenue après la première année d'expériences dans les deux districts pilotes de Kaffrine et Kolda. Sur la base des recommandations issues de la revue nationale, l'initiative du FBR a été étendue au cours de l'année à l'ensemble des sept (7) districts sanitaires des régions de Kaffrine et de Kolda. Au total, 115 contrats de performance ont été signés dans le cadre du FBR avec les postes de santé, les centres de santé et les équipes-cadres de district dans les deux régions en 2013 pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé prioritaires.

En résumé, l'amélioration de la gestion des équipes sanitaires de district et de région est soutenue par le renforcement des systèmes internes et des structures d'incitation pour créer les conditions favorables pour la pérennité des améliorations des performances du système de santé à plusieurs niveaux. Au niveau de la prestation des services et du personnel de santé, le ciblage du FBR sur les postes de santé, les centres de santé et les équipes-cadres des districts sanitaires est en train de motiver le personnel de santé de la ligne de front pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé prioritaires. Au niveau de la gestion de services de santé, le renforcement des capacités de planification, de gestion et de suivi des interventions sanitaires des équipes-cadres des DS et des RM contribue à la responsabilisation des équipes-cadres des RM et des DS dans la prise en charge de leurs rôles de supports techniques et opérationnels et de coordination des interventions sanitaires. L'initiative de financement direct a été alignée pour contribuer au renforcement des capacités et la responsabilisation des équipes-cadres des RM et des DS dans la prise en charge de leurs rôles.

Les systèmes et les outils administratifs en cours de développement, les expériences et les leçons qui sont en train d'être accumulées à travers ces initiatives sont en train de démontrer l'opérationnalisation et de renforcer les capacités de mise en œuvre dans le secteur de la santé de modalités de la gestion axée sur les résultats (GAR). La GAR étant le noyau dur des réformes de la gestion des finances publiques en cours de mise en œuvre dans le pays, le MSAS a engagé le processus de capitalisation des expériences appuyées par la Composante R2S avec l'initiation de la mise en place d'un Programme National de Financement Basé sur les Résultats et le développement d'un nouveau projet avec le financement de la Banque Mondiale pour appuyer l'extension du FBR.

Résultat Intermédiaire 3.2 (RI 3.2) : Performance améliorée des systèmes de santé sur la base du développement et de la mise en œuvre des politiques au niveau national.

La Composante R2S a progressé vers le RI 3.2 du cadre de résultats de l'USAID/Sénégal à travers les acquis accumulés dans les trois sous-composantes suivantes : (i) mécanismes de financement social, (ii) politiques et réformes sanitaires et (iii) coordination du Programme Santé de l'USAID/Sénégal.

En premier lieu, la Composante R2S a poursuivi ses appuis aux réseaux de mutuelles de santé au niveau opérationnel pour améliorer l'accès aux services de santé et la protection financière des populations du secteur informel et rural dans la santé. La Composante a implanté le projet DECAM dans les trois départements de démonstration de Kaolack, Kolda et Louga. Elle a appuyé la mise en place de vingt-deux (22) nouvelles mutuelles et la restructuration de vingt-six (26) mutuelles de santé existantes dans les départements de démonstration. Un comité départemental de suivi, présidé par le Préfet du département, a été mis en place pour assurer le suivi de la mise en œuvre du DECAM dans chaque département de démonstration. En plus des acquis dans les trois départements de démonstration, la composante a poursuivi ses activités d'appui dans les autres départements et régions de la zone d'intervention. Ainsi, cinquante-quatre (54) mutuelles de santé existantes, dix (10) unions régionales et cinq (5) unions départementales ont reçu des appuis directs de la Composante.

En outre, la Composante a continué son appui au renforcement du projet PVVIH à Kaolack et entamé les discussions avec les partenaires clés pour son extension à Ziguinchor et Kolda ; la Composante a également renforcé l'appui aux autres initiatives de prise en charge des groupes vulnérables dans la zone d'intervention. En somme, le nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé de la zone d'intervention de la Composante s'est accru de 263 343 en 2012 à 337 872 en

2013 ; 31 876 personnes vulnérables sont actuellement prises en charge à travers les mutuelles de santé dans les régions d'intervention de la Composante.

En plus de l'appui au niveau opérationnel aux réseaux de mutuelles de santé, la Composante a appuyé la production d'outils pour le renforcement des capacités techniques des mutuelles dont le manuel de procédures des mutuelles de santé et les manuels de formation des mutuelles de santé dans le cadre de la CMU. Le développement de ces outils techniques répond à la demande du MSAS d'étendre le DECAM à quatorze (14) départements à partir de 2013-2014 sur la base des expériences des trois départements de démonstration et des changements majeurs en matière de politique de la CMU intervenus au cours de l'année.

En second lieu, la Composante R2S continue de contribuer au renforcement des capacités de formulation des politiques et de mise en œuvre des réformes sanitaires. L'assistance de R2S a été renforcée suite à la demande du MSAS et de l'USAID pour l'organisation des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CNSAS) qui ont été tenues avec succès en janvier 2013. Suite aux recommandations des CNSAS, la Composante a appuyé le MSAS dans la préparation du conseil interministériel sur la Couverture Maladie Universelle (CMU) tenue en avril 2013 et l'élaboration d'un plan d'action quinquennal pour la mise en place d'une CMU de base pour les acteurs du secteur informel et rural. En septembre 2013, la Composante R2S a appuyé le MSAS dans la tenue de la cérémonie officielle de lancement du programme de la CMU par le Président de la République.

La contribution de la Composante dans la formulation et la mise en œuvre des politiques s'est renforcée dans les domaines prioritaires de la santé communautaire, de la planification familiale et du médicament. La Composante a appuyé le MSAS pour l'élaboration d'un document de politique de santé communautaire en étroite collaboration avec la Composante Santé Communautaire mise en œuvre par le consortium des ONGs dirigé par ChildFund. En outre, les outils de plaidoyer PF ont été révisés et un agenda élaboré pour l'appui des activités de plaidoyer, de sensibilisation et de suivi au niveau national et régional. Par ailleurs, grâce à l'appui de R2S, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) dispose maintenant d'un manuel de procédures Achats réactualisé, le système d'information et de gestion de la PNA est en cours de mise en place et la PNA a entamé l'élaboration de son plan stratégique de développement pour répondre aux changements et nouveaux défis dans le secteur du médicament.

La Composante R2S a poursuivi ses appuis dans le domaine de l'allocation des ressources et de la mise en œuvre du PNDP. Le CDSMT pour la période 2013-2015 a été produit dans les délais et le rapport de performance 2012 a été validé. Le MSAS ayant opté pour l'implantation progressive des CDSMT régionaux, trois régions ont été accompagnées dans cet exercice par la Composante R2S : il s'agit des régions de Kolda et de Thiès qui ont bouclé le processus par la validation de leurs CDS-MT régionaux et de la région de Kaffrine dont le document est en attente de validation. La Composante R2S appuie également la DAGE du MSAS pour la production de son rapport financier annuel 2012 et la collecte des informations financières pour l'année 2013. Le processus d'implantation des CDSMT dans le secteur de la santé est en train d'être renforcé par l'initiation de la mise en œuvre des réformes de la gestion des finances publiques dans le pays faisant suite à l'adaptation des directives de l'UEMOA en la matière.

Enfin, des acquis ont été enregistrés dans le cadre la coordination du Programme Santé de l'USAID. La coordination des interventions du Programme Santé de l'USAID a été renforcée par le développement du premier plan d'action intégré du programme santé (PAI) et du manuel de procédures du financement direct pour appuyer l'adaptation des modalités d'assistance de l'USAID

au niveau régional et local. L'outil du PAI est utilisé maintenant pour résumer les engagements et la mise en œuvre du Programme Santé dans le cadre du Comité de Pilotage du programme. Par ailleurs, les bureaux régionaux du Programme Santé se basent maintenant sur le PAI pour jouer pleinement leur rôle, appuyer le processus d'élaboration et le suivi des plans de travail annuels des districts sanitaires et des régions médicales et pour informer les acteurs locaux des différents engagements d'appuis des cinq composantes du Programme Santé de l'USAID.

Contraintes majeures

Une des contraintes majeures à laquelle la Composante R2S a eu à faire face au cours de l'An2 est la lenteur dans la mise en œuvre des réformes de réorganisation du MSAS avec le réarrangement des services centraux et l'érection des régions médicales en directions régionales de la santé. Cette réforme, qui n'est pas encore effective, a redistribué les missions et les rôles en matière de politique au niveau des services centraux qui sont les homologues de la Composante au niveau central ; par ailleurs, elle a retardé l'élaboration des fiches de description de postes des membres des équipes régionales et du guide de formation en gestion administrative au niveau régional. Pour faire face à cette contrainte, la Composante a mis en place un dispositif d'appui à la réorganisation du MSAS en attendant la signature du décret portant organisation du MSAS pour l'élaboration des arrêtés d'application et à la description des profils des postes de responsabilité des services centraux et régionaux du ministère.

Un grand retard a été aussi accusé dans l'exécution des activités en rapport avec la mise en œuvre du plan national pour la planification familiale. Les capacités insuffisantes de la DSRSE, en termes de ressources humaines, d'organisation et de coordination, sont incriminées. Ce problème n'est pas spécifique à R2S et a amené la plupart des PTF appuyant la PF à positionner des points focaux au niveau de cette direction. La Composante R2S a mis une personne ressource du Groupe ISSA à la disposition du plan national sur la PF pour renforcer la coordination des interventions en collaboration avec les autres agences d'exécution du Programme Santé de l'USAID.

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

Signature des contrats de performance de FBR dans le district sanitaire de Kolda



1.2.1. Gouvernance sanitaire et leadership

- ***Formation des RM et DS sur la gouvernance sanitaire***

Au cours de l'An2, des ateliers de formation en gouvernance sanitaire ont été réalisés conjointement avec la DPRS du MSAS à l'intention des ECR et ECD des 10 régions de la zone d'intervention de la Composante R2S. Ces ateliers ont vu aussi la participation des EPS, des collectivités locales, des comités de santé, des ARD et des mutuelles de santé. Ils ont permis de partager avec les acteurs sur les notions et les axes d'intervention de la gouvernance sanitaire. Les participants ont pu identifier les difficultés constatées en matière de gouvernance et proposer des solutions adaptées à leur contexte. Ainsi, dix (10) ECR et cinquante-deux (52) ECD ont été couverts par la formation en gouvernance sanitaire : deux cents quatre-vingt-dix-sept (297) personnes composées essentiellement de membres des ECR et ECR, mais aussi d'autres acteurs cités plus haut ont été formés.

La collecte des indicateurs de bonne gouvernance effectuée par les ECD et ECR a été appuyée dans tous les points de prestations de services (PPS) des régions couvertes. Au total, ce sont, 891 PPS qui ont été visités. A l'issue de cette collecte, quatorze (14) indicateurs au niveau DS (CS et PS) et six (6) au niveau RM ont été renseignés. Ces indicateurs ont été recueillis et synthétisés par les ECD et les ECR.

- ***Cadres de concertation fonctionnels au niveau régional***

Au cours de l'an 2, la Composante R2S a appuyé quatre régions dans la mise en place de cadre de concertation. Il s'agit des régions de Thiès, Louga, Kaffrine et Kaolack. Mise à part la région de Louga, les trois autres cadres de concertation sont fonctionnels et la Composante apporte un appui aux différentes rencontres organisées périodiquement.

1.2.2. Capacités de planification, gestion et suivi

- ***Outil ORCAP utilisé dans les régions d'intervention***

L'utilisation de l'outil ORCAP a été étendue à trois nouvelles régions de la zone d'intervention de la Composante R2S. Après la révision de l'ORCAP et son adoption par la DPRS du MSAS comme outil d'analyse de capacités des régions médicales et districts et d'appui à la planification, la DPRS et FHI360 ont mis en place un pool de formateurs sur l'ORCAP. Ainsi, en plus des régions Sud (Sédhiou, Kolda et Ziguinchor) qui ont été formés, trois autres régions de la zone d'intervention (Kaolack, Thiès, et Louga) ont été enrôlées. Ainsi, des ateliers de formation des ECR et ECD ont été organisés et ont concerné cent (100) agents des régions de Kaolack (35), Thiès (35) et Louga (30). La formation a porté sur l'analyse des performances des Régions médicales en tenant compte des 6 piliers du RSS, ce qui a permis d'identifier les besoins prioritaires et d'élaborer un plan d'action ORCAP pour chaque région. Par la suite, la Composante toujours en collaboration avec la DPRS a appuyé les ECR et ECD de ces six (06) régions à utiliser l'ORCAP. Les activités des plans d'action ORCAP ont été revues et analysées suivant leur niveau d'intégration dans le PTA 2013 et le niveau de leur mise en œuvre. Le suivi de l'ORCAP dans les régions de Kaolack, Thiès et Ziguinchor a permis d'évaluer la mise en œuvre et le niveau d'exécution des activités : le pourcentage d'activités ORCAP intégrées dans les plans d'action des régions est respectivement 86% pour Thiès, 52% pour Kaolack et 100% pour Ziguinchor

- ***Plans de travail annuels (PTA) des districts sanitaires et des régions médicales appuyés***

Pour renforcer la qualité des PTA des RM et DS, la Composante R2S a appuyé l'organisation et la tenue d'ateliers de formation sur le guide de gestion des PTA. A l'exception de la région de Kaffrine, toutes les ECR et ECD des régions de la zone d'intervention ont bénéficié de formation sur le guide de gestion du PTA. L'orientation a porté sur le contexte, les objectifs du guide, les enjeux du processus de planification sanitaire, le cadre conceptuel, le cycle d'élaboration et les instructions de remplissage des différents formulaires de la maquette du PTA. Ce sont deux cent un (201) membres d'ECR/ECD qui ont été formés.

Dans le cadre de l'élaboration des PTA, treize (13) régions (sauf Matam) sur les 14 que compte le Sénégal ont bénéficié d'appuis divers du Programme Santé dans le cadre de la préparation de leurs plans de travail annuel 2013. Auparavant, la composante a organisé un atelier d'élaboration du Plan d'action intégré du Programme (PAI) qui a fait la synthèse des plans d'action préliminaires des cinq composantes du Programme Santé de l'USAID. Le PAI a facilité l'appui à l'élaboration des PTA des centres de responsabilités au niveau opérationnel : des équipes composées des conseillers régionaux, munis du PAI, ont accompagné tous les 52 districts et 10 RM de la zone d'intervention dans l'élaboration des PTA 2013. Des ateliers régionaux de synthèse se sont tenus et ont vu la participation du MSAS à travers la DPRS et la DAGE, les BR et autres acteurs tels que les CL, les ARD, les ECR/ECD et les EPS. Cette synthèse a permis de corriger et de valider les PTA des différents centres de responsabilités de chaque région. En plus des régions couvertes par la Composante R2S, le Programme Santé a appuyé les régions de Saint Louis, Kédougou et Tambacounda dans l'élaboration de leur PTA.

Des ateliers de suivi trimestriel des PTA des régions médicales et des districts sanitaires ont été organisés dans les régions d'intervention. Ces ateliers ont permis d'apprécier le niveau d'exécution au 1er semestre 2013 et les difficultés constatées. Il s'agit principalement de (i) l'exécution d'activités non planifiées venant du niveau central, (ii) des lenteurs dans le déclenchement des

activités et (iii) la non disponibilité de financements attendus de certains partenaires. Les régions couvertes par l'initiative du financement direct ont connu du retard dans la tenue des ateliers de suivi des PTA du fait du retard enregistré dans le démarrage de l'initiative.

Dans le cadre du suivi et de la supervision, les BR ont accompagné les RM et DS dans la supervision trimestrielle des ECR vers les districts des régions d'intervention. Ces supervisions ont permis d'apprécier les performances des programmes prioritaires et de collecter les données sanitaires. L'appui dans la tenue des réunions de coordination trimestrielles des RM ont permis de partager sur le suivi de la mise œuvre des activités des PTA, les difficultés rencontrées et les mesures correctrices.

- ***Revue annuelle conjointe tenue dans les régions d'intervention***

Comme à l'An1, la Composante R2S a appuyé les dix (10) régions de sa zone d'intervention à organiser leur revue annuelle conjointe (RAC) qui a réuni 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. Ces rencontres ont permis aux RM de faire une évaluation de 2012 et un partage des performances régionales avec tous les acteurs de la santé.

- ***Formation en gestion comptable et financière dans les régions d'intervention***

En collaboration avec la DAGE, FHI360 et PAGOSAN, huit (8) ateliers de formation en gestion financière ont été organisés au profit des gestionnaires et planificateurs des RM et DS de Diourbel, Louga, Fatick, Dakar, Kolda, Ziguinchor, Kaffrine et Sédhiou et ont atteint quatre-vingt-six (86) participants au total. En même temps, des ateliers d'orientation ont été tenus pour les MCR et MCD de Kaolack, Kolda, Fatick, Kaffrine et Sédhiou. Ces ateliers ont permis aux participants de se familiariser avec les documents de gestion, de partager sur les bonnes pratiques, d'améliorer la compréhension de leurs rôles et responsabilités dans la gestion des ressources et enfin de comprendre la nécessité d'impliquer davantage les gestionnaires dans l'élaboration et le suivi des PTA. Le suivi post-formation a permis de vérifier l'effectivité et la fonctionnalité du système de gestion comptable mis en place dans les DS et RM à la suite de la formation des gestionnaires. Plusieurs missions de suivi ont été organisées pour apprécier le niveau d'appropriation par les gestionnaires et l'utilisation correcte des outils et supports de gestion mise en place.

- ***Formation des ECR/ECD en comptabilité des matières dans les 3 régions sous financement direct***

Un manuel de procédures en comptabilité matières présentant les procédures à suivre en matière de comptabilité des matières appartenant à l'Etat, aux collectivités locales et aux établissements publics a été élaboré. En s'appuyant sur ce manuel, les capacités des ECD/ECR des régions de Thiés, Kaolack et Kolda ont été renforcées en comptabilité des matières notamment sur la réglementation en vigueur, les rôles des différents acteurs de la gestion des matières, l'utilisation des différents outils de gestion et l'élaboration de plans d'actions d'amélioration de la gestion des matières. Ces ateliers ont réunis les directeurs des hôpitaux régionaux, l'EPS de Mbour et de Tivaouane, les MCD et les chefs de services régionaux de l'action sociale et de l'hygiène des 3 régions et ont concerné cinquante neuf (59) participants.

- **Démarrage de l'expérience pilote du financement direct est effectif**

L'implantation de l'initiative du financement direct (FD) a été lancée dans les régions pilotes de Kaolack, Kolda et Thiès pour contribuer à l'adaptation des modalités d'assistance de l'USAID au niveau régional et local du secteur de la santé. La boîte A1 présente un résumé de l'implantation du FD dans les trois régions.

Boîte A1 : Implantation du financement direct dans les régions de Kaolack, Kolda et Thiès

Objectifs du FD. L'objectif général du mécanisme de financement direct est de contribuer à l'adaptation des modalités d'assistance de l'USAID/Sénégal pour renforcer la décentralisation des services de santé et la gestion axée sur les résultats dans le secteur de la santé conformément aux orientations du PNDS 2009-2018. Les objectifs spécifiques sont de (i) contribuer au renforcement de la décentralisation des services de santé, (ii) améliorer le processus de planification, de budgétisation et de mise en œuvre des interventions sanitaires à tous les niveaux du système de santé publique, (iii) améliorer la transparence et l'obligation de rendre compte dans le secteur de la santé et (iv) renforcer les capacités de gestion des régions médicales, des districts sanitaires et des acteurs locaux de la santé.

Activités préparatoires. Le développement du mécanisme de financement direct a été confié à un groupe de travail de la coordination inter-agence. Ainsi, le mécanisme a été développé conjointement par les agences d'exécution du Programme Santé. L'USAID et le Ministère de la santé ont été impliqués à plusieurs étapes du développement du mécanisme pour donner des orientations et assurer l'adaptation du mécanisme à leurs contraintes respectives. Sur la base d'un large consensus (USAID, Agences d'Exécutions, MSAS, RM), un document conceptuel et un manuel de procédures ont été élaborés pour guider la mise en œuvre. Un modèle de contrat (Lettres d'Exécution) basé sur un système de remboursement dit à « coût fixe » et lié à chaque repère, a été développé pour servir d'instrument contractuel entre les agences d'exécution et chaque région médicale.

Mise en œuvre. Plusieurs étapes ont été franchies dans le cadre de la mise en œuvre du financement direct dans les régions de Kaolack, Kolda et Thiès :

- *Elaboration des PTA* : les 5 composantes du programme santé USAID ont participé aux ateliers d'élaboration des PTA 2013 des régions qui servent de base pour identifier avec chacune des régions concernées les activités éligibles au financement direct.
- *Identification des milestones* : Un atelier d'identification des milestones s'est déroulé en janvier 2013 pour renseigner les données de base 2012 et les cibles retenues pour 2013, et définir les milestones et les livrables.
- *Documents contractuels* : les documents contractuels ont été élaborés sur la base des milestones et des livrables. La signature des contrats entre les cinq agences et chacune des trois RM est intervenue en fin avril.
- *Implantation au niveau régional* : elle a démarré avec une orientation sur les principes, piliers et termes du contrat pour les personnels des 3 bureaux régionaux du Programme Santé et les équipes cadres des 3 régions médicales concernées (y compris les membres des comités régionaux de validation). Les RM ont signé des contrats de performances avec chacun de leurs districts afin d'assurer que leur responsabilité est engagée dans la contribution à l'atteinte des performances. Dans chaque région un comité régional de validation (CRV) des milestones a été installé par arrêté du Gouverneur de région.
- *Paiement du premier milestone* : à la fin du premier trimestre de mise en œuvre, les comités régionaux de validation des milestones se sont réunis afin de valider le premier milestone et transmettre les demandes de remboursement. Celles de Thiès et Kaolack ont été payées au mois de juin et celle de Kolda en juillet.

1.2.3. Financement basé sur les résultats

- *Mécanismes de FBR mis en œuvre dans sept (7) districts sanitaires*

L'appui que la Composante R2S a apporté au MSAS dans le cadre de la mise en œuvre du Financement basé sur les résultats (FBR) a permis de finaliser les activités de la première année mais aussi de préparer et de démarrer celles de la phase 2 du projet pilote.

Appui au système indépendant de Vérification. C'est au cours de l'An 2 que la Composante a appuyé le MSAS à former tous les acteurs impliqués dans la vérification des données FBR de la phase 1. Il s'agit des membres du cabinet d'audit et des OCB qui ont été sélectionnés, les membres des missions conjointes de vérification (MCV) et ceux des CRG des régions de Kaffrine et de Kolda. Trois points importants ont fait l'objet de cette formation, il s'agit du travail de la MCV au niveau des structures sanitaires bénéficiaires, de l'enquête auprès des usagers et de la contre vérification. Une fois cette étape franchie, trois missions de vérification ont été organisées pour le compte des trimestres avril-juin 2012, juillet-septembre 2012 et octobre-décembre 2012. Ces missions ont été suivies de trois enquêtes ménages et de trois ateliers de travail de rapprochement des données. Des missions de contre vérification ont été aussi menées.

Pour la deuxième phase du projet, une des recommandations de la revue a été de confier les missions de vérification aux CRG, chaque CRG étant chargé de vérifier les données dans une région autre que la sienne. C'est ainsi qu'en septembre 2013, un atelier de formation sur la vérification a été organisé à l'intention des membres des CRG et des personnes ressources qui sont des techniciens du département pouvant appuyer ces CRG. Une première mission de vérification conduite par les CRG est organisée en septembre au profit des bénéficiaires des districts de Kaffrine et Kolda. Les résultats du système de vérification sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Résumé des performances vérifiées des postes de santé et centres de santé des DS de Kolda et de Kaffrine : Base du paiement du bonus FBR						
Mesures de performance	Nombre PS/CS Sous-Contrat FBR	Kolda		Kaffrine		
		Trimestre de 2013		Nombre PS/CS Sous-Contrat FBR	Trimestre de 2013	
		Janvier - Mars	Avril-Juin		Janvier - Mars	Avril-Juin
A. Santé maternelle, néonatale et infantile						
1. Nombre d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés	22	1508	1488	14	1314	1783
2. Nombre d'enfants de moins de 2 ans ayant bénéficié de 3 pesées durant le trimestre	22	1762	2948	14	9637	9275
3. Nombre d'enfants de 6 mois à moins d'un an ayant reçu une dose de vitamine A	22	508	903	14	0	435
4. Nombre d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié	22	1101	886	14	162	872
5. Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale	22	1334	1188	14	918	710
6. Nombre de femmes reçues en consultation post natale	22	1621	1432	14	646	1360
7. Nombre de femmes enceintes vues en CPN ayant réalisé le test VIH	21	1025	1354	14	1339	2277
8. Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV	1	6	7	0	0	0

Résumé des performances vérifiées des postes de santé et centres de santé des DS de Kolda et de Kaffrine : Base du paiement du bonus FBR

Mesures de performance	Kolda			Kaffrine		
	Nombre PS/CS Sous-Contrat FBR	Trimestre de 2013		Nombre PS/CS Sous-Contrat FBR	Trimestre de 2013	
		Janvier - Mars	Avril-Juin		Janvier - Mars	Avril-Juin
B. Lutte contre la maladie						
1. Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP (TPI2)	22	1003	1011	14	1101	1010
2. Nombre de cas de tuberculose dépistés	1	29	44	0	0	0
3. Nombre de patients TPM+ ayant été déclarés guéris	1	20	21	0	0	0
4. Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités	21	277	122	14	20	14

Données mensuelles agrégées selon le trimestre et le district pilote.

Appui à l'organisation et à la tenue de la première Revue Nationale FBR. La première revue nationale s'est tenue en février 2013 et a réuni tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBR. Les performances obtenues au cours de la première année de la phase pilote ont été présentées et validées. La boîte A2 présente un résumé de la première revue nationale du FBR.

Boîte A2 : Revue nationale de la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats

Place de la revue nationale dans le cycle FBR. Le manuel de procédures a inscrit des activités de revues semestrielles et révisions dans le cycle du projet pilote FBR du Sénégal. La première revue nationale est survenue onze mois après le démarrage de l'initiative et elle a constitué une étape importante dans la poursuite de la mise en œuvre du projet.

Objectifs de la première revue nationale. L'objectif général de la revue nationale est : Identifier les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du projet et proposer des mesures pour y remédier. Les objectifs spécifiques sont de :

- ✓ Partager les résultats des travaux du Comité Préparatoire de la revue avec les acteurs impliqués dans la mise en œuvre afin que les mesures idoines soient prises.
- ✓ Evaluer le cadre institutionnel
- ✓ Faire des recommandations afin d'améliorer la performance des districts et de disposer d'un cadre institutionnel adéquat.

Participation des parties prenantes. La première revue nationale FBR présidée par le Secrétaire Général du MSAS a vu la participation des membres du Comité de pilotage, des collectivités locales, du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), des partenaires techniques et financiers (PTFs), des régions médicales et districts sanitaires concernés, des partenaires sociaux, des représentants des bénéficiaires et des représentants des organes de gestion du projet. Elle a fourni une plateforme pour les acteurs au niveau régional (membres CRG et bénéficiaires) de partager leurs expériences et des faire des témoignages de la phase pilote.

Résultats obtenus. Tous les problèmes et contraintes liés à la mise en œuvre du projet ont été revus et des recommandations ont été formulées. Plusieurs résultats ont été obtenus dont : (i) la révision des indicateurs FBR et l'amélioration de la checklist qualité, (ii) l'extension du FBR aux autres districts des régions de Kaffrine et Kolda, (iii) la vérification des données FBR effectuée par les CRG et le maintien de la contre vérification en recourant à une ONG, (iv) la création d'un Programme National FBR qui sera logée à la Direction Générale de la Santé (DGS) avec un coordonnateur à sa tête.

Appui à la mise en œuvre de la deuxième phase du projet pilote. En plus des activités en rapport avec la mise en œuvre du cycle FBR, d'autres activités en relation avec la phase 2 ont été réalisées au cours de l'année :

Révision des outils FBR. L'atelier de révision du manuel de procédures et des outils de gestion a permis de revoir les indicateurs pour les formations sanitaires, les ECD et ECR et d'améliorer la checklist qualité.

Une collecte active des données au niveau des districts de Kaffrine et Kolda par les ECD et appuyée par les conseillers RSS de la Composante a permis de réactualiser les références de base FBR dans les PPS non signataires à l'An 1 du fait du mot d'ordre de rétention des données par les syndicats. En outre, suite à certaines difficultés rencontrées au cours de la première phase, trois indicateurs ont été changés lors de la revue et il fallait collecter les références de base pour ces nouveaux indicateurs. Une fois ces références mises à jour, les bénéficiaires ont été mis à niveau (du fait de quelques outils révisés) avant de procéder à la signature de trente-huit (38) contrats de performance dans ces deux districts.

L'enquête de base dans les cinq districts d'extension du projet est réalisée par le CRDH pour la détermination des références de base dans les nouveaux districts d'extension dans les régions de Kaffrine et Kolda. La collecte de données a permis de déterminer l'ensemble des indicateurs FBR au niveau de 77 structures sanitaires des cinq (5) districts sanitaires d'extension. Des ONG membres du consortium (Africare à Kounghoul et Vision Mondiale à Malem et Birkelane) ont été sollicitées pour faciliter la disponibilité de certaines données relatives au suivi nutritionnel pondéral au niveau communautaire.

Formation des bénéficiaires sur le FBR. La composante a appuyé le Programme FBR dans la formation des bénéficiaires des cinq districts nouvellement enrôlés, constitués essentiellement d'ICP, de sages-femmes dans les postes de santé, de personnel des centres de santé et des membres des ECD. Ainsi, en plus des quarante-neuf (49) prestataires mis à niveau dans les districts de Kaffrine et Kolda, cent cinquante-six (156) bénéficiaires des nouveaux districts ont été formés sur le FBR. En collaboration avec la Composante Santé Communautaire, la Composante R2S a appuyé la formation d'ASC et de matrones dans le district de Kolda : au total 117 participants dont 60 ASC et 57 matrones ont été orientés sur le FBR.

Négociation des références de base et signature des Contrats de Performance. La restitution des résultats de l'enquête de base a permis de fixer les cibles de 2013 pour l'ensemble des indicateurs pour chaque structure bénéficiaire et la signature des contrats de performance entre les MCR et les responsables des structures bénéficiaires. Des 38 contrats signés dans les districts de Kaffrine et Kolda viennent s'ajouter Soixante-dix-sept (77) contrats signés dans les cinq nouveaux districts, faisant un total de cent quinze (115) contrats signés dans l'ensemble des districts des régions de Kaffrine et de Kolda.

Paiement des indemnités dues aux bénéficiaires du projet FBR

Les seize (16) bénéficiaires, signataires de la première phase pilote du projet en 2012 ont reçu les bonus des trois trimestres FBR au cours de l'An 2. Il faut noter le retard important accusé dans l'octroi des bonus du fait d'un retard dans la vérification lié à la sélection du cabinet d'audit et des OCB. Ainsi pour l'An 1, les bénéficiaires signataires ont reçu des bonus pour un montant total de **23 564 521F CFA**. La tenue de la Revue nationale FBR en février 2013 et les changements intervenus suite aux recommandations de la revue ont fait que la signature des contrats de

performance pour 2013 a eu lieu au cours du troisième trimestre. Ce retard dans la signature des contrats a fait qu'aucun paiement n'a été effectué sur l'enveloppe prévue dans le plan d'action 2013

Boîte A3 : FBR dans le système de santé

FBR et achat stratégique dans la santé. Le projet pilote de Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal est conçu pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en santé à travers une approche d'achat stratégique ciblée sur les priorités définies par le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Le paquet de services achetés à travers le FBR inclut des services de santé à haut impact dont: les services de santé de la mère, la planification familiale, la santé de l'enfant et de la lutte contre les maladies transmissibles. Les services ciblés sont fournis par les postes de santé et les centres de santé qui constituent les prestataires de la ligne de front du système de santé auxquels ont accès les sections les plus pauvres de la population.

FBR et services prioritaires de santé. Des objectifs spécifiques et des indicateurs associés aux services de santé ont été élaborés pour évaluer la performance des postes de santé et des centres de santé. Les performances des bénéficiaires sont évaluées et vérifiées chaque trimestre sur la base de cibles définies avec chaque bénéficiaire dans un contrat de performance selon les indicateurs suivants :

1. *Le taux de couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois ;*
2. *Le taux de couverture SNP des enfants 0-24 mois ;*
3. *La proportion d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A ;*
4. *Le taux d'accouchement réalisés par un personnel qualifié ;*
5. *Le taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale ;*
6. *Le taux d'utilisation en consultation post natale ;*
7. *La proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV ;*
8. *Le taux de couverture des femmes enceintes en TPI2 ;*
9. *Le taux de dépistage de la tuberculose (centres de santé seulement) et*
10. *Le taux de succès au traitement de la tuberculose.*

FBR et qualité des services de santé. En plus des indicateurs quantitatifs, une checklist « qualité des soins » est élaborée. La checklist couvre différentes composantes de la qualité des soins. Les composantes de la checklist de qualité sont pondérées afin de permettre la mesure d'un score de qualité, exprimé en pourcentage qui est utilisé comme déflateur sur le montant trimestriel total des paiements de bonus à octroyer aux formations sanitaires du district.

Alignement avec l'adaptation des réformes de gestion des finances publiques dans la santé. L'engagement du gouvernement actuel à mettre en œuvre les directives de l'UEMOA portant sur la gestion des finances publiques de 2009, l'attention croissante accordée au renforcement de la gestion axée sur les résultats et l'extension de l'utilisation des contrats de performance dans l'administration contribuent à l'amélioration de l'environnement de politique de l'introduction du mécanisme de FBR dans le secteur de la santé. Ainsi, l'expérience pilote du FBR permet au Ministère de la santé de gagner du temps dans l'adaptation au nouvel environnement. En conséquence, le Ministère de la santé a déjà démarré la mise en place d'un Programme National de Financement Basé sur les Résultats pour appuyer l'extension du FBR dans le pays.

- **Autres Acquis**

Appui à la mise en place d'une application FBR. En collaboration avec Braod Branch, la Composante R2S a appuyé deux missions d'une équipe d'experts chargée d'accompagner le MSAS dans le développement d'une plateforme web supportant le programme FBR du Sénégal. Ces missions ont permis de sélectionner le développeur local et de lancer le travail collaboratif. Ce travail a permis: le transfert de connaissances au développeur du MSAS sur l'architecture de l'application FBR; l'évaluation du fonctionnement des applications existantes; l'identification des fonctionnalités à développer; le partage des « bonnes pratiques » des applications web, la mise en place du mode opératoire de développement en équipe et des moyens de communications. La cellule informatique du MSAS prévoit l'hébergement de l'application à l'Agence de l'Informatique de l'Etat (ADIE) où tous les paramètres requis sont disponibles.

Appui à l'évaluation et à la documentation du projet FBR. Des discussions entre le MSAS et l'ANSD sont en cours pour l'intégration des besoins de l'évaluation d'impact du projet pilote FBR dans l'enquête continue. Il faut noter que la Composante va accompagner au cours de l'An 3 le MSAS à faire une évaluation du processus d'implémentation du projet pilote, alors que l'évaluation d'impact du FBR sera appuyée par la Banque Mondiale dans les régions d'extension.

Par ailleurs, une équipe du projet TRAction financé par l'USAID dont les partenaires de mise en œuvre sont R4D et KIT ont effectué des missions rentrant dans le cadre d'une collaboration avec le projet pilote FBR. L'appui que TRAction va apporter au Programme Nationale FBR est orienté vers des activités d'action-recherche sur les questions opérationnelles de la composante qualité des soins. Ainsi, le projet va aider le MSAS à développer un instrument d'évaluation de la qualité et des procédures de mise en œuvre pour les hôpitaux (EPS) des régions d'intervention et appuyer la documentation de l'emploi des check-listes pour les centres, les postes de santé et l'outil qualité des hôpitaux.

La documentation du processus FBR confiée au CRDH suit son cours. L'équipe participe aux différentes activités de mise en œuvre aussi bien au niveau central qu'au niveau opérationnel. En partenariat avec le SNEIPS/MSAS, des tournées dans les régions de Kaffrine et de Kolda sont organisées pour la collecte des informations et du changement des comportements.

Appui à l'organisation de Comités Départementaux de Développement (CDD) dans les cinq nouveaux districts. La composante a appuyé la tenue de cinq CDD consacrés au FBR dans les départements des districts enrôlés à la deuxième phase du projet. Ces CDD ont été tous présidés par les préfets de département et ont réunis les autorités administratives, les CL, les services techniques départementaux, les représentants de la région médicale, les membres des ECD et les ICP pour partager sur le projet pilote FBR et sur les rôles et responsabilités des acteurs. Il est ressorti de ces instances, la nécessité d'organiser des CLD pour une meilleure information des CL, des comités de santé et autres acteurs locaux sur le projet, mais aussi l'implication des autorités administratives dans le suivi de la mise en œuvre du FBR. Au total, cent trente-quatre (134) membres des CDD (21 à Médina Yoro Foulah 34 à Vélingara et Birkelane, 28 à Koungeul et 17 à Malem) ont été informés et sensibilisés sur le projet pilote FBR, ainsi que sur les éléments de conception du projet.

Extension progressive du FBR dans d'autres régions avec la contribution d'autres sources de financement. En vue d'accompagner le MSAS dans l'extension progressive du FBR, la Composante a participé à l'atelier de formulation du programme Santé-Nutrition financé par la Banque Mondiale dont la composante principale est l'appui au FBR. Ce projet va permettre au MSAS en 2014, d'étendre le FBR dans les régions de Ziguinchor, Sédhiou, Tambacounda et Kédougou. L'appui de la Composante a été orienté vers la production d'un plan d'action, la finalisation du manuel d'exécution du projet et des TDR de l'organisation indépendante chargée de la vérification des données FBR. La composante a aussi pris part à des rencontres avec la Direction des Investissements (DI)/MEF pour discuter des arrangements financiers dans la mise en œuvre du projet.

1.2.4. Défis et solutions

L'appui de la Composante dans la formation des acteurs régionaux en gouvernance sanitaire, la tenue des revues annuelles conjointes et l'animation des cadres régionaux de concertation dans la santé peuvent permettre aux collectivités locales de mieux jouer leurs rôles à la mesure de leurs responsabilités dans la santé telles que prévues dans le cadre institutionnel de la décentralisation politique et administrative du pays.

Les faibles capacités de planification, de gestion et suivi du niveau opérationnel sont un défi majeur face aux orientations stratégiques du PNDS portant sur la gouvernance sanitaire et la gestion axée sur les résultats. La Composante R2S est en train d'accompagner la DPRS et la DAGE/MSAS dans le renforcement des capacités en gouvernance sanitaire, en planification et en gestion comptable et financière des régions médicales et des districts sanitaires où sont produits les résultats dans les domaines prioritaires du secteur de la santé.

Le renforcement des processus gestionnaires à travers la responsabilisation et la transparence est un impératif pour soutenir les orientations du PNDS 2009-2018 et du DPPD. Le financement direct et le Financement Basé sur les Résultats 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 la transparence, les capacités et motiver le personnel de santé.

1.2.5. Leçons apprises

L'élaboration de PTA de qualité au niveau régional et district nécessite la présence des partenaires techniques et financiers lors de la planification permettant ainsi aux centres de responsabilités de disposer d'informations sur les appuis à insérer dans leur plan.

La collaboration avec les services centraux du MSAS (DAGE, DPRS) 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.

Avec le FBR, on assiste à la naissance d'une certaine culture de performance des prestataires entraînant un changement de comportement et un effort dans l'analyse de la qualité et de la couverture des services de santé et la recherche de solutions locales.

L'insuffisance dans l'automatisation et la responsabilisation des CRG dans la prise de décision et la mise en œuvre des activités au niveau local allonge les délais fixés pour les différentes étapes du cycle FBR.

Les expériences du projet pilote du FBR servent déjà de base au MSAS et la Banque Mondiale dans la conception d'un projet de la banque pour appuyer financièrement le passage à l'échelle du FBR dans le pays.

1.3.Sous-Composante B : Mécanismes de financement social



Membres de la mutuelle de santé de Ndiagne à Louga montrant fièrement leur carnet de membre

1.3.1. Cadres d'appui incitatifs

- ***Un cadre institutionnel d'appui des mutuelles sociales adapté au règlement de l'UEMOA est mis en place***

Pour l'atteinte de ce résultat, la Composante R2S a poursuivi son appui au MSAS dans le suivi de la procédure de signature des projets de décrets portant organisation et fonctionnement de l'ONAMS et du fonds de garantie pour les mutuelles sociales. Les projets de décrets ont été adaptés aux orientations de l'UEMOA, suite à une mission d'évaluation de l'état de mise en œuvre du Règlement communautaire UEMOA au Sénégal en juillet 2012 conduite par le Commissaire au Département du Développement Social et Culturel. L'adoption des projets de textes contribuera au renforcement de la réglementation des mutuelles de santé au Sénégal.

- ***Une stratégie qui standardise l'organisation des mutuelles de santé dans des pools de risques consolidés au niveau départemental ou des districts est adoptée***

Pour progresser vers l'adoption d'une stratégie qui standardise l'organisation des mutuelles de santé dans des pools de risques consolidés au niveau départemental qui serviraient de relais au niveau local dans le cadre de l'extension de la Couverture Maladie Universelle (CMU), la Composante R2S, en collaboration avec la Coopération Technique Belge, a appuyé le MSAS dans la production d'un plan d'action 2013-2017 pour la mise en place d'une CMU de base à travers les mutuelles de santé. L'objectif de ce plan d'action est d'étendre la couverture du risque maladie à 65% de la population employée dans le secteur informel et rural à l'horizon 2017 selon la cible de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social 2013-2017. Il a été adopté par un conseil interministériel sur la CMU tenu le 12 avril 2013 sous la présidence du Premier Ministre.

Suite à la tenue du conseil interministériel sur la CMU, le lancement officiel du programme de couverture maladie universelle par le Chef de l'Etat a permis au Sénégal de franchir une étape importante qui démontre l'engagement politique des nouvelles autorités à étendre la couverture maladie à l'ensemble de la population, particulièrement aux acteurs du secteur informel. La Composante R2S a appuyé le MSAS dans la préparation et l'organisation de la cérémonie officielle de lancement du programme national de couverture maladie universelle qui s'est tenue le vendredi 20 septembre 2013 (voir la **boîte B1** portant sur la cérémonie de lancement du programme CMU).

Boîte B1 : Lancement du programme de couverture maladie universelle

Le 20 septembre 2013, le Sénégal a franchi une étape clé qui démontre un très fort engagement politique du Chef de l'Etat et du gouvernement vers la couverture maladie universelle. Dix-huit mois après son élection comme président du Sénégal, Mr. Macky Sall a présidé la cérémonie officielle de lancement du Programme de la Couverture Maladie Universelle qui a mobilisé la participation de l'ensemble du gouvernement, l'Assemblée nationale et toutes les parties prenantes. Suite à une promesse qu'il a faite pendant la campagne électorale présidentielle, le nouveau Président a déclaré dans son discours d'investiture du 3 avril, 2012, que : "*Au-delà d'un nouveau volontarisme dans le renforcement de l'équipement sanitaire, je compte lancer, en concertation avec les acteurs concernés, un programme de couverture maladie universelle et une sérieuse réflexion sur la gouvernance sanitaire*". Cette déclaration a ouvert une année de consultations nationales et de débats de politiques sur la santé et l'action sociale menés par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) qui a abouti au lancement du programme de couverture maladie universelle.

Le programme s'articule autour de quatre piliers stratégiques:

- (i) La réforme des "institutions de prévoyance maladie", les organismes d'assurance sociale qui couvrent les salariés du secteur formel et leurs familles ;
- (ii) Le développement de la couverture maladie universelle de base pour la population employée dans le secteur informel et rural à travers les mutuelles de santé et le soutien financier de l'État et des collectivités locales ;
- (iii) Le renforcement des initiatives de gratuité ciblées sur les personnes âgées et les femmes enceintes ; et
- (iv) La mise en place d'une nouvelle initiative de gratuité des soins pour les enfants âgés de moins de cinq ans.

Le développement d'un régime mutualiste subventionné pour couvrir les acteurs du secteur informel et rural reste l'option stratégique prioritaire pour progresser vers une large couverture maladie. La décision prise par le gouvernement de privilégier le développement des mutuelles de santé pour étendre significativement la couverture maladie à la majorité de la population constitue une mesure importante vers l'harmonisation des interventions des partenaires techniques et financiers. La politique de subvention aux mutuelles de santé contribuera à étendre leurs paquets de bénéficiaires, élargir leur base d'adhésion et étendre la couverture des indigents.

- ***Canevas des états financiers et de rapports techniques pour les mutuelles de santé développés***

La Composante R2S continue d'appuyer le renforcement de la réglementation et la professionnalisation par l'adaptation des systèmes et outils de gestion des mutuelles de santé au Plan comptable UEMOA sur les mutuelles sociales. Dans cette perspective, la Composante a mis une équipe de consultants à la disposition de la CACMU depuis le troisième trimestre pour la production d'un manuel de procédures de gestion des mutuelles de santé. (Voir **Boîte B2** sur le manuel de procédure de gestion des mutuelles sociales)

Boîte B2 : Manuel de procédures de gestion des mutuelles de santé dans le cadre de la couverture maladie universelle

Depuis 2005 la Commission de l'UEMOA, avec le soutien technique et financier du Bureau International du Travail (BIT), a entrepris d'élaborer un cadre réglementaire sur les mutuelles sociales. Au terme de ce processus, un dispositif réglementaire sur la mutualité sociale a été adopté dont un règlement spécifique de l'UEMOA portant création du Plan Comptable sur les Mutuelles Sociales (PCMS). Le règlement spécifique nécessite l'adaptation aux capacités gestionnaires actuelles des mutuelles pour soutenir l'extension progressive de la couverture maladie. Pour répondre à cette exigence, la Composante R2S a mis à la disposition de la CACMU une équipe pluridisciplinaire constituée d'experts comptables, de spécialistes en développement des mutuelles de santé et de spécialistes en finances publiques, pour accompagner l'adaptation du plan comptable UEMOA sur les mutuelles sociales au contexte sénégalais.

L'appui de la Composante R2S a abouti à la production d'un manuel des procédures de gestion administrative et financière adapté au Plan Comptable UEMOA sur les mutuelles sociales dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de Couverture Maladie Universelle au Sénégal. Le manuel de procédure de gestion des mutuelles sociales est articulé autour de quatre chapitres qui traitent successivement du cadre institutionnel et réglementaire des mutuelles, les éléments de définition de la mutuelle sociale et ses fonctions, les politiques et les procédures de gestion administrative, les procédures financières et comptables et les procédures de mobilisation et de gestion des fonds publics.

Le manuel contribuera notamment au renforcement des capacités de gestion des mutuelles, y inclus les capacités de gérer de façon efficace les subventions qui leur seront allouées par l'Etat et ses partenaires. Le manuel tient compte des exigences de l'UEMOA et de l'Etat du Sénégal, en matière de gestion administrative, financière et comptable des mutuelles sociales et d'utilisation de fonds publics. Ainsi, il prend en compte les différents types d'opérations financières et comptables ainsi que les aspects administratifs qui entourent les activités qu'une mutuelle sociale aura à réaliser, dans le cadre de sa participation à la prise en charge médicale de ses membres avec l'appui de l'Etat et de ses partenaires.

La Composante R2S a aussi appuyé la CACMU dans la production de deux manuels de formation pour le renforcement des capacités des acteurs de développement des mutuelles de santé. Un manuel de formation des formateurs a été produit pour accélérer le processus de mise en place et d'extension des mutuelles de santé : le manuel servira de ressources pour la formation de pools de formateurs régionaux qui vont assurer la formation des comités d'initiative mutualiste dans les régions du pays. En complément du manuel de procédures de gestion des mutuelles de santé, un manuel de formation portant sur la gestion administrative, financière et comptable d'une mutuelle sociale est en cours de production.

La Composante a aussi appuyé la DGAS dans le développement du processus et des outils de ciblage des indigents et des groupes vulnérables (IGV) dans le cadre de la CMU. L'appui a permis de procéder à la validation technique de la fiche d'identification des IGV et la grille de catégorisation; la fiche de renseignement sur le handicap et la grille de mesure de la vulnérabilité des enfants et orphelins en situation difficile. L'appui s'inscrit dans le processus d'élaboration d'une base de données sur les indigents et groupes vulnérables par région en perspective de leur prise en charge sur la base des subventions ciblées attendues de l'Etat.

• *Autres Acquis*

La mise en place de cadres incitatifs d'appui aux mécanismes de financement a motivé la Composante R2S à s'impliquer dans le processus de validation technique de l'annexe 4 : « Appui à la CMU » du manuel d'exécution du projet Banque Mondiale de financement du secteur de la santé et de l'action sociale au Sénégal qui est attendu de démarrer en 2014. Le projet de la BM envisage de contribuer au financement des activités de renforcement des cadres d'appui institutionnel et de

financement de la CMU, de mise en place des mutuelles de santé dans les quatre régions cibles et de contribuer au financement de la prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé. L'implication de la Composante R2S dans ce domaine d'appui de la BM s'inscrit dans la promotion de cadres et de mécanismes communs de ciblage des indigents et des groupes vulnérables dans les secteurs sociaux.

1.3.2. Capacités de gestion des réseaux et mutuelles de santé

- ***Des mutuelles de santé sont fonctionnelles dans toutes les collectivités locales des trois (3) départements de concentration***

L'appui de la Composante R2S au MSAS dans la poursuite de la mise en œuvre de l'approche DECAM dans les départements pilotes de Kaolack, Kolda et Louga a produit des résultats encourageants vers l'atteinte de ce milestone au cours de cette deuxième année. Vingt-deux (22) nouvelles mutuelles de santé sont implantées dans toutes les collectivités locales qui n'en disposaient pas dont huit (8) à Kolda, huit (8) à Louga et six (6) à Kaolack. Par ailleurs, la Composante a également appuyé la restructuration de vingt-six (26) mutuelles de santé existantes dans les trois départements de démonstration dont huit (8) à Kaolack, cinq (5) à Kolda et treize (13) à Louga.

Les initiatives mutualistes dans les départements de démonstration de Kaolack, Kolda et Louga ont bénéficié d'appuis divers de la Composante. Toutes les mutuelles de santé ont été dotées en outils de gestion. Leurs administrateurs ont été formés en gestion administrative, financière et comptable : 460 administrateurs ont été formés à travers l'organisation de treize (13) ateliers de formation dans les trois départements de démonstration. Des progrès importants ont été également enregistrés la mise en œuvre des plans de sensibilisation et de recrutement des adhérents. Ces activités ont permis le recrutement de 18 242 nouveaux adhérents dans les trois départements de démonstration dont : 12.704 familles dans le département de Kolda ; 3.167 dans le département de Louga et 2 371 dans le département de Kaolack.

Les nouveaux paramètres proposés dans le cadre du DECAM expliquent dans une large mesure l'adhésion importante des populations aux nouvelles mutuelles de santé dans les trois départements de démonstration dont: les paquets de bénéficiaires et les politiques de cotisation et de subvention. Le paquet harmonisé de bénéficiaires proposé dans le cadre du DECAM comprend toutes les prestations offertes au niveau des postes et des centres de santé y inclus les services de planification familiale, les services de santé maternelle, les services de santé de l'enfant et les services de lutte contre le paludisme à un taux de prise en charge de 80% par les mutuelles de santé. Le paquet complémentaire offert au niveau hospitalier couvre les soins ambulatoires à un taux de prise en charge de 80%, l'hospitalisation et les actes chirurgicaux - dont la césarienne - à un taux de prise en charge à 100%. Les médicaments et produits génériques sont couverts à 80% et les médicaments de spécialités à 50%. Il est attendu une augmentation du taux d'adhésion avec le démarrage de la subvention de l'Etat dont les premiers chèques ont été remis aux présidents des unions régionales à l'occasion de la cérémonie officielle de lancement du programme de CMU.

- ***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***

Des progrès importants ont été également réalisés vers l'atteinte de ce milestone à travers l'appui à la tenue des réunions des CDS et l'appui au processus d'implantation des unions départementales de mutuelles de santé dans les trois départements de démonstration. La Composante R2S a appuyé la

tenue de six réunions de CDS à raison de deux réunions par département. Ces rencontres présidées chacune par le préfet du département, ont réuni chacune plus d'une cinquantaine de participants constitués, notamment, de représentants du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (CACMU et DAGE), des collectivités locales, des chefs de services techniques déconcentrés, des organisations mutualistes et des partenaires au développement. La Composante a appuyé le processus de mise en place des unions départementales qui constituent les instances de gestion du pool de risque au niveau départementale. L'union départementale des mutuelles de santé de Louga a été mise en place le 30 septembre 2013 sous la supervision de la CACMU. Dans les départements de Kolda et Kaolack, des ateliers d'élaboration des projets de statuts et de règlement intérieur sont déjà organisés et les assemblées générales constitutives des unions départementales sont programmées dans le courant du mois d'octobre 2013. (Voir **Boîte B3**)

Boîte B3 : Mise en œuvre du DECAM dans les départements de démonstration

La Composante R2S est en train d'appuyer le MSAS dans l'expérimentation d'un modèle d'implantation et d'organisation des mutuelles de santé dans une perspective de leur mise en réseau au niveau départemental pour étendre la couverture maladie dans le secteur informel et rural à travers l'approche Décentralisation et Extension de la Couverture de l'Assurance Maladie (DECAM). L'approche DECAM est basée sur la mise en place d'une mutuelle de santé au niveau de chaque collectivité locale et la mise en place d'une union départementale des mutuelles de santé avec l'appui de l'Etat et des collectivités locales. L'approche DECAM constitue le noyau dur du programme de couverture maladie universelle qui a été retenue par le Gouvernement du Sénégal pour étendre significativement l'assurance maladie parmi les employés du secteur informel et rural.

Les principaux instruments de mise en œuvre du DECAM au niveau opérationnel sont les comités départementaux de suivi (CDS), les comités d'initiative mutualiste (CIM) et les mutuelles de santé au niveau des collectivités locales et les unions départementales des mutuelles de santé (UDMS). Les CDS, présidés par les préfets, offrent un cadre pour partager les expériences, favoriser l'émulation parmi les paires, et mobiliser le leadership et l'engagement des acteurs de plusieurs secteurs pour appuyer et assurer le suivi de la mise en œuvre de la couverture maladie dans chaque département.

Des CIM sont mis en place au niveau de chaque collectivité locale pour porter les projets de nouvelles mutuelles de santé. Chaque CIM est composé d'une vingtaine de leaders des organisations communautaires de base qui sont formés pour assurer la sensibilisation de la population sur la mutualité, le recrutement des adhérents, la définition des projets de paquets de bénéfices et de politique de cotisations, le développement des projets de statuts et de règlement intérieur et la préparation et l'organisation de l'assemblée générale constitutive (AGC) de la mutuelle de santé. Le mandat du CIM se termine avec la tenue de l'AGC et l'élection des membres des instances de la mutuelle de santé.

Les unions départementales de mutuelles de santé constituent les cadres d'opérationnalisation de la mise en place de pools de risques au niveau départemental à travers la gestion du paquet complémentaire et la professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé par l'entremise de l'unité technique de gestion. Elles servent également de relais dans la gestion de la contribution de l'Etat au financement des cotisations des mutuelles à travers les subventions partielles et ciblées.

- ***Des mutuelles de santé et des réseaux de mutuelles sont fonctionnels dans toute la zone d'intervention de la composante***

Au cours de la deuxième année de mise en œuvre, la Composante R2S a poursuivi son appui au renforcement des mutuelles de santé et des réseaux de mutuelles de santé existants dans les autres zones d'intervention de la composante. Ainsi, cinquante-quatre (54) MS ont bénéficié d'un appui direct en termes de renforcement des capacités de leurs administrateurs notamment en gestion administrative, financière et comptable. Cet appui direct a porté aussi sur l'organisation des assemblées générales ordinaires des mutuelles de santé, d'ateliers de planification et la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation pour élargir leur base d'adhésion.

Par ailleurs, toutes les dix (10) unions régionales de la zone d'intervention du projet ont été appuyées pour la tenue des réunions statutaires et pour les activités de suivi, d'appui-conseil et d'identification des besoins des mutuelles de santé particulièrement celles qui connaissent des difficultés dans leur fonctionnement. L'union régionale de Dakar a bénéficié d'un appui spécifique pour la finalisation de son système d'information. Ces appuis directs aux réseaux ont également bénéficié à cinq (5) unions départementales (Diourbel, Bambey, Touba, Rufisque et Pikine) et cinq (5) unions de district dans la région de Thiès dans les mêmes domaines d'activités.

- *Autres Acquis*

La Composante R2S a appuyé le démarrage de la mise en œuvre du DECAM dans les nouveaux départements de leur zone d'intervention, à travers l'organisation de Comités régionaux de développement spéciaux à Kaffrine, Sédhiou et Ziguinchor pour partager les principales orientations du plan d'action avec les acteurs à la base. Ce plan d'action constitue la pièce maîtresse du document de stratégie de mise en œuvre de la CMU du MSAS. Les CRD seront suivis de comités départementaux de développement (CDD) dans les départements de démonstration de l'extension de la CMU à travers le DECAM.

1.3.3. Prise en charge des groupes vulnérables

- *Projet de prise en charge des PVVIH*

La Composante R2S a participé aux réunions du comité technique restreint mis en place par le comité national de pilotage pour assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'étude d'évaluation. Ces réunions ont permis de passer en revue les recommandations clés de l'évaluation et adopter le plan de renforcement du projet à Kaolack. Au plan local, le BR de Kaolack a participé aux activités du Comité régional de gestion chargé du suivi de la mise en œuvre du projet. Le comité technique restreint a défini avec les partenaires concernés, les modalités d'extension du schéma de prise en charge dans les régions de Ziguinchor et Kolda et adopté le plan de mise en œuvre.

- *Prise en charge des groupes vulnérables*

La Composante a poursuivi et renforcé ses appuis aux autres initiatives de prise en charge des groupes vulnérables. Elle continue d'appuyer le suivi de la prise en charge des enfants et indigents à travers la mutuelle de santé des cheminots retraités, veuves et orphelins, « Yombal Fajju ak Wér », celle des daaras de Thiès et la mutuelle « Al Birou wa Takhwa » de Guediawaye-Pikine dans la région de Dakar. Elle participe également au suivi de l'initiative de prise en charge des indigents et groupes vulnérables dans le cadre du fonds d'équité mis en place par la CTB dans les régions de Kaolack, Kaffrine, Fatick et Diourbel. D'autres initiatives sont en cours dans le cadre du « millenium villages Project » de Louga et du système de parrainage des enfants développé par World Vision dans les régions de Kolda, Kaffrine et Fatick. Au total 31 876 personnes indigentes et groupes vulnérables sont couverts à travers les mutuelles de santé.

1.3.4. Défis et solutions

Le nouveau contexte de développement de l'assurance-maladie à base communautaire annonce un changement de paradigme qui va donner une place prépondérante à l'Etat et aux acteurs publics dans le pilotage du processus. Il se pose dès lors la question de savoir si la responsabilité de ce

pilotage peut être assurée par la CACMU au vu des limites institutionnelles liées à son statut, son organisation et ses ressources humaines. La mise en place des cadres réglementaires d'appui (ONAMS, FG) recommandés par le Règlement Communautaire de l'UEMOA sur les mutuelles sociales pourrait combler ce fossé.

Avec la décision de l'Etat d'étendre la phase de démonstration à dix nouveaux départements, les besoins de financement de la CMU deviendront de plus en plus importants dans les prochaines années. L'importance des flux de ressources de l'Etat vers les mutuelles de santé appelle la mise en place d'un dispositif garantissant, à la fois, la régularité des transferts et la transparence dans les transactions financières, dans le cadre du respect des procédures de gestion des ressources publiques. Cependant, les mutuelles de santé ne disposent pas encore de capacités leur permettant de répondre à ces nouvelles exigences. La fonctionnalité des unités techniques de gestion dans le cadre des unions départementales de mutuelles de santé permettrait à renforcer les capacités gestionnaires des mutuelles de santé.

La mise en œuvre des différents volets de la CMU va probablement se traduire par une augmentation considérable de la fréquentation des structures de santé dans un contexte où les déficits en ressources humaines qualifiées et en équipements sont criards. Ainsi, le plaidoyer devrait être renforcé pour que l'Etat accélère les programmes de renforcement de l'offre de services de santé en termes de recrutement de personnels de santé qualifiés et de fourniture aux structures de santé en équipements adéquats pour anticiper sur l'augmentation de la demande qui résulterait de la mise en œuvre de la CMU.

1.3.5. 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.

La mobilisation des autorités administratives, des CL et des services techniques déconcentrés a été déterminante dans le processus de mise en œuvre de l'approche DECAM dans les départements de démonstration.

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. Politiques et réformes

Les politiques, réformes et initiatives soutenues par la Composante R2S au cours de l'an 2 concernent des domaines et des programmes aussi importants que la santé communautaire, la politique d'approvisionnement en médicaments et la planification familiale. Pour ces différents volets l'approche de la Composante a consisté à accompagner les services du MSAS maîtres d'œuvre, tout au long du processus, dans une approche inclusive impliquant l'ensemble des parties prenantes y compris la communauté des PTF.

- ***Politique nationale de santé communautaire***

La décision du MSAS d'élaborer une politique de santé communautaire a été prise au cours de l'année fiscale 2012 au moment où la coordination inter agence du Programme santé venait de retenir ce thème dans son agenda de travail de la première année. Les Composantes ont alors été invitées à intégrer directement le Comité technique mis en place par l'EIPS pour élaborer le document de politique de santé communautaire. Dans cette perspective, R2S et ChildFund ont collaboré pour apporter de façon concertée un appui technique et financier au MSAS tout au long du processus. La stratégie adoptée par le Comité était de procéder dans un premier temps à la sélection d'un consultant pour faire l'état des lieux avant de passer à la phase d'élaboration de la politique au cours de laquelle quatre groupes thématiques ont été constitués (Cadre institutionnel, Domaines d'intervention, Motivation, Financement). Les rapports des groupes thématiques ont été synthétisés par un Groupe restreint qui a produit et soumis le Document provisoire au Comité technique qui l'a validé et restitué à l'EIPS.

La coordination de cette activité a été assurée par l'ancienne Division des Soins de Santé Primaires avant que cette structure ne soit remplacée par la Cellule de Santé Communautaire. Plus précisément, la deuxième phase de l'élaboration du document de politique a coïncidé avec la création de la Cellule de Santé communautaire au sein de la Direction générale de la santé. C'est ainsi que les résultats des travaux des groupes thématiques ont été mis à profit pour donner un contenu à cette Cellule. Le MSAS dispose actuellement d'un document de politique de santé communautaire (cadre de référence pour les interventions à base communautaire) mais aussi d'une structure adaptée pour porter cette politique. La prochaine étape consiste à élaborer un plan opérationnel de mise en œuvre de cette politique qui servira de base pour la programmation des activités de santé communautaire à travers les PTA du MSAS. R2S continuera son appui pour la mise en œuvre de cette politique. En conséquence, le Plan d'Action FY 2014 de la Composante prévoit une dotation pour la santé communautaire.

- ***Plaidoyer pour la planification familiale***

La Composante appuie le MSAS dans la mise en œuvre du plan national PF à travers le Groupe ISSA. C'est dans ce cadre que R2S a mis un expert à la disposition de la DSRSE pour l'assister dans l'organisation des activités notamment celles financées par la Composante. Tout le processus de révision des outils de plaidoyer PF a été appuyé par la Composante jusqu'à la validation des nouveaux outils. Aussi, face au retard constaté dans la mise en œuvre des activités de sensibilisation des députés et des élus locaux et dans l'organisation des revues semestrielles régionales PF, des dispositions ont-elles été prises avec la DSRSE pour accélérer l'exécution de ces activités en début d'année fiscale 2014.

- ***Concertations Nationales sur la Santé et l'Action Sociale***

La Composante R2S s'est beaucoup investie dans l'organisation des concertations nationales de la santé et de l'action sociale (CNSAS) organisées en janvier 2013. Au cours du long processus de préparation et de tenue des CNSAS, la Composante a appuyé constamment le MSAS, de l'élaboration des TDR jusqu'à la production du rapport final. Un cabinet a été recruté pour assister le Comité de pilotage des concertations et les conseillers de la Composante ont activement participé aux travaux des groupes thématiques du comité de pilotage.

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

L'évènement a constitué un grand tournant dans la marche du ministère de la santé et l'action sociale qui a ainsi fini de concrétiser la volonté politique du chef de l'Etat d'engager des concertations nationales dans ce domaine. Le ministère a réussi le pari de l'organisation de ces concertations en janvier 2013 après une période préparatoire qui a duré neuf mois.

L'objectif des concertations nationales sur la santé et l'action sociale était 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". Il s'agissait plus spécifiquement de:

- identifier les réformes à entreprendre en vue d'une amélioration de la gouvernance sanitaire à tous les échelons du système de santé ;
- mettre en place un système d'opérationnalisation de la carte sanitaire garantissant une répartition dynamique et équitable de l'offre de services de santé et compatible avec la performance et la démocratisation de l'accès aux soins;
- créer les conditions juridiques, matérielles et techniques pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie en vue d'une couverture universelle durable et
- identifier les stratégies appropriées à mettre en œuvre pour améliorer la prévention et la lutte contre la

maladie à travers un cadre multisectoriel où les départements ministériels concernés et les autres parties prenantes non gouvernementales jouent pleinement leurs rôles et responsabilités ;

- assurer une meilleure protection des handicapés et autres groupes vulnérables à travers un système intégré bâti sur les conclusions des assises de l'action sociale et en parfaite cohérence avec la politique de santé.

La participation aux journées proprement dites a été large et de qualité: Représentants des ministères, Assemblée nationale, Collectivités locales, Universités et écoles de formation en santé, ordres, Syndicats, Secteur privé et Partenaires au développement. La cérémonie d'ouverture a été présidée par le Chef de l'Etat Macky Sall.

Les mesures phares issues des concertations nationales sont au nombre de vingt (20). Deux d'entre elles sont assez avancées dans la mise en œuvre : (i) la mesure 6 en relation avec la santé communautaire et (ii) la mesure 19 qui concerne l'accélération de l'extension de la couverture du risque maladie.

• **Renforcement des capacités de la PNA**

L'appui de la Composante au MSAS pour l'amélioration de la disponibilité du médicament se fait à travers le renforcement des capacités de la PNA dans les domaines de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et produits essentiels. Deux résultats importants ont été enregistrés en 2013 : la finalisation et la validation du manuel de procédures Achats de la PNA (voir boîte C2 ci-après) et l'élaboration du SIG. L'assistance de R2S à la PNA a été même renforcée avec l'appui à l'élaboration de son plan stratégique. Le processus a été enclenché au cours du quatrième trimestre et sera poursuivie au cours de l'année fiscale 2014.

Boîte C2 : Manuel de Procédures Achats de la PNA

L'élaboration du Manuel de Procédures Achat de la PNA a été confiée au Cabinet DMA recruté par la Composante à travers PATH. La PNA a piloté cette activité depuis l'élaboration des termes de référence du Consultant jusqu'à la validation du document final intervenu en avril 2013.

Dans le préambule du manuel de procédures Achat de la PNA il est indiqué ce qui suit: *"Les présentes règles, qui sont prises en application des dispositions du NCMP, ont pour objet de fournir à ceux qui ont la responsabilité de l'acquisition des biens et services, à la PNA, des informations sur les règles et processus à suivre pour leur acquisition ainsi que les autres services y afférents comme l'assurance et le transport. Les droits et obligations de la PNA et des fournisseurs de biens, travaux et services sont régis par le dossier d'appel d'offres et par les contrats passés par la PNA avec ces derniers et non par les présentes règles."*

L'objectif visé par le manuel de procédures Achat de la PNA est "d'assurer la disponibilité géographique des MEG et autres produits de santé en tenant compte de toutes les exigences du NCMP autres les considérations d'économie et d'efficacité". Les procédures permettent aux responsables de la gestion des achats et des stocks de :

- respecter les processus d'achat,
- maîtriser les principales étapes du cycle d'approvisionnement,
- maîtriser les principes de la sélection des produits,
- quantifier les besoins en médicaments et autres produits de santé,
- veiller au contrôle qualité des médicaments,
- assurer le contrôle physique des produits à la réception,
- appliquer les bonnes pratiques de rangement, de stockage et de distribution,
- maîtriser le circuit et les éléments de la distribution,
- impliquer toutes les personnes devant intervenir dans le processus,
- tenir à jour les outils de gestion des stocks,
- suivre les indicateurs de performance de la gestion des stocks

Le Manuel de procédures Achats a été largement diffusé. Les utilisateurs au niveau de la PNA et des PRA ont bénéficié d'une formation sur les nouvelles procédures. Le manuel a été complété par le SIG dont l'élaboration a été confiée au Cabinet SENINFOR également recruté par la Composante à travers PATH.

- **Autres Acquis**

La Composante a contribué à l'élaboration du plan de formation en technologie de l'information et de la communication (TIC) du MSAS en assurant le financement de dix 10 sessions de formation à l'intention de 318 agents du niveau central et régional. Ces sessions ont porté sur la plateforme collaborative "workgroupsante" (166 agents formés) et la bureautique (152 agents formés).

1.4.2. Suivi du PNDS

- **CDS-MT santé préliminaires**

Le CDSMT santé préliminaire 2014-2016 a été élaboré par la DAGE avec l'appui technique de la Composante mais il convient de souligner que le MSAS a été informé par le MEF en aout 2013 de la décision de remplacer le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) par le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD). Cette réforme entre dans le cadre de l'harmonisation de la gestion des finances publiques suite au Règlement de l'UEMOA. L'atelier d'élaboration du premier DPPD du MSAS a été tenu en septembre 2013 sous l'égide de la DPRS. Le contenu du DPPD et les implications au plan de l'organisation du MSAS et des modalités d'appui de la Composante aux réformes budgétaires et financières figurent à l'encadré C3.

- **CDS-MT santé régionaux**

Les CDS-MT régionaux ont été élaborés et validés pour les régions de Kolda, Thiès et Kaffrine. Cependant ces CDS-Mt régionaux devront à leur tour être adaptés au nouveau contexte du DPPD. La démarche ne serait modifiée pas pour autant modifiée.

- **Rapport de performance 2012**

Enfin, la composante a financé et appuyé techniquement la DAGE pour l'élaboration du rapport de performances CDSMT santé 2012. Le processus a démarré par l'atelier tenu le 18 mars 2013 qui a permis de disposer d'un rapport provisoire. La version finale a été ensuite produite et transmise au MEF dans les délais. Le rapport de performances 2012 a été le principal document de travail de la revue annuelle conjointe du PNDS (RAC) tenue les 17 et 18 juin 2013 au Méridien Président à Dakar sous la présidence de Madame le Ministre de la santé et de l'Action sociale.

Boîte C3 : Document de Programmation pluriannuelle des dépenses (DPPD)

L'implantation du DPPD au MSAS est une priorité compte tenu des délais fixés par le MEF qui demande que le changement du CDS-MT par le DPPD soit effectif dès 2014.

Il faut rappeler que le processus de réforme des finances publiques des pays de l'UEMOA engagé depuis 2009 a comme objectif l'instauration de nouvelles règles de conduite pour une gestion transparente et rigoureuse des ressources publiques. Effectivement, les six directives prises dans le cadre de l'harmonisation de la gestion des finances publiques au sein de l'Union sont en rapport avec :

- le code de transparence ;
- la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) ;
- le règlement général sur la comptabilité publique (RGCP) ;
- la nomenclature budgétaire de l'Etat (NBE) ;
- le plan comptable de l'Etat (PCE) ;
- le tableau des opérations financières de l'Etat (TOFE) ;

Le DPPD du Ministère de la Santé et de l'action sociale prévoit, sur une période de trois ans, l'évolution des crédits et des résultats attendus pour chaque Programme selon les objectifs visés. Comme énoncé dans l'article 12 alinéa 4 Loi de Finance 2011-15 du 8 juillet 2011, "un programme regroupe les crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions représentatif d'une politique publique clairement définie dans une perspective de moyen terme".

Cette réforme introduit des innovations majeures par rapport au CDS-MT. Premièrement, le rôle des chefs de programmes est renforcé. Les chefs de programmes seront désormais administrateurs de crédits et ordonnateurs délégués. La nomination des chefs de programme se fera désormais par décret. Deuxièmement, l'architecture du DPPD introduit la notion d' "actions" : le programme est déroulé à travers un certain nombre d'actions précises qui font l'objet d'allocations budgétaires conséquentes.

En conséquence, les modalités d'appui de la Composante R2S au MSAS dans le cadre de la mise en œuvre des réformes budgétaires et financières devront être adaptées au nouveau contexte du DPPD. Il a déjà été identifié une insuffisance de capacités au niveau de la DPRS désignée pour piloter cette réforme. Par ailleurs, il faudra tenir compte des rôles et responsabilités des nouveaux chefs de programme qui seront nommés. La Composante R2S va accompagner le MSAS dans la définition de ces nouveaux rôles des chefs de programme et le développement des systèmes et des capacités pour faire face à ces nouvelles exigences de la réforme de la gestion des finances publiques dans le secteur de la santé.

- **Rapport financier 2012 de la DAGE**

La DAGE a pu élaborer la première version du rapport financier 2012 qui a été présenté lors de la RAC de juin 2013. Ce rapport sera complété notamment en intégrant les contributions des PTF. La Composante a apporté un appui financier à la DAGE en vue de collecter ces données au niveau des partenaires du niveau régional.

1.4.3. Défis et solutions

Achèvement de la réorganisation du MSAS. La réorganisation du MSAS dans l'optique de créer les conditions de la performance est un impératif pour réussir la couverture maladie universelle et les réformes budgétaires et financières induites par l'harmonisation de la gestion des finances publiques au sein de l'UEMOA.

Adaptation du système de planification aux réformes budgétaires. Le remplacement du CDS-MT par le DPPD nécessite un changement de paradigme en phase avec la gestion axée sur les résultats notamment dans la façon de percevoir le budget en termes d'efficacité dans l'allocation et d'obligation de rendre compte.

L'appropriation du PTA par tous les centres de responsabilité passera le respect des engagements de financements - autre défi à relever - d'où l'importance de disposer d'un système de validation des PTA impliquant toutes les parties prenantes et un mécanisme performant de suivi de sa mise en œuvre.

Assurance qualité dans l'allocation du budget et le suivi de la dépense. Les ressources disponibles étant rarement suffisantes pour réaliser les ambitieux objectifs de santé, la question de l'allocation du budget selon des critères objectifs est devenue une obligation surtout que l'implantation du DPPD vis avant tout l'efficacité dans l'allocation du budget et la transparence totale dans la gestion avec la systématisation de la reddition des comptes.

1.4.4. Leçons apprises

L'implication très remarquable de la Composante à l'organisation des concertations nationales sur la santé a augmenté le capital de confiance entre le MSAS et l'USAID et aussi permis de valider bon nombre d'approches et d'initiatives en matière de gouvernance sanitaire et de couverture maladie universelle.

La flexibilité dans les mécanismes de financement constitue un atout pour réussir l'alignement de l'aide aux priorités nationales sous réserve que les risques de redondance dans l'allocation des ressources soient minimisés par un système de planification conjointe intégrée.

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



Atelier inter-agence d'élaboration du Plan d'Action Intégré du Programme Santé

1.5.1. Coordination

Au cours de l'An2, la coordination du Programme Santé s'est renforcée avec l'élaboration d'un plan d'action intégré pour la gestion 2012-2013 et le démarrage du processus pour 2013-2014. Ce nouvel instrument de la coordination inter-agence est venu renforcer les cadres de coordination qui existent depuis les précédents programmes de santé : le Comité de Pilotage et les bureaux régionaux du Programme Santé

- ***Réunion du Comité de Pilotage du Programme Santé***

Le Comité de Pilotage du Programme Santé s'est réuni deux fois au cours de l'An2. La première a eu lieu le 18 octobre 2012 dans la salle de conférence du MSAS et a porté sur les réalisations de l'An 1 et les Perspectives pour l'An2. La seconde a eu lieu le 14 mai 2013 et a permis de faire le point sur le plan d'action intégré, les nouvelles initiatives de mécanismes de financement (FBR et FD), les défis et la revue des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre des interventions du programme.

- ***Bureaux Régionaux du Programme Santé***

Les bureaux régionaux du Programme Santé continuent à jouer un rôle important dans la coordination du programme. Les BR ont appuyé le processus d'élaboration des PTA dans les 10 régions de la zone d'intervention de la Composante (voir section 1.2). Le PAIP partagé au préalable au niveau des BR a servi d'outil majeur dans cet appui. Le BR ont également tenu leurs réunions de coordination trimestrielles qui sont une occasion pour eux de faire le point sur la mise en œuvre des activités des cinq composantes, partager les principales interventions à venir, recueillir des

recommandations pour améliorer la mise en œuvre des interventions et finaliser leurs rapports d'activités. Les BR ont aussi participé durant cette année aux réunions de coordination trimestrielles de régions médicales et des districts sanitaires. Ils ont ainsi apporté un appui aussi bien technique que financier à ces instances qui constituent des occasions de partage et d'informations nécessaires à la mise en œuvre efficace des activités.

Les BR jouent un rôle clé dans la mise en œuvre du mécanisme de financement direct au niveau régional. Les BR ont pleinement contribué à l'élaboration des documents du financement direct, à la finalisation du manuel de procédures du FD et à la mise en œuvre du financement direct. Ils ont joué un rôle important dans l'identification des milestones et des indicateurs associés qui servent de base aux arrangements contractuels du financement direct. Ils ont appuyé l'implantation du financement direct dans chacune des régions pilotes de Kaolack, Kolda et Thiès. Les BR représentent le Programme Santé et l'ensemble des agences d'exécution dans les comités régionaux de vérification et assurent le suivi de la mise en œuvre du financement direct au niveau régional.

Une rencontre a eu lieu à Dakar entre les responsables administratifs et financiers (RAF) des cinq composantes et les coordonnateurs des BR pour assurer la révision du manuel de procédures des Bureaux Régionaux du Programme Santé. La rencontre a abouti sur la production d'un draft qui sera soumis à la validation des COP. En outre, les responsables administratifs et financiers des BR ont été formés sur l'outil « ISMS » qui vise à simplifier le suivi comptable et financier à travers le partage des pièces justificatives électroniques à partir d'internet. Cette formation favorise ainsi une collaboration effective en permettant au siège et aux différents bureaux de la composante R2S d'accéder à la documentation financière à temps réel avec un accès facile via internet.

- ***Coordination Inter-Agence***

Réunions inter-agence. Au cours de la deuxième année, la Composante a organisé plusieurs réunions des COP dont des réunions tournantes entre les bureaux des agences initiées depuis mai 2013. Les réunions de coordination inter-agence ont été moins intenses au cours de l'An2 comparées au rythme des réunions de l'An1 où la coordination inter-agence avait consommé beaucoup de temps en raison de la production des instruments communs de gestion, de planification et de financement du Programme Santé. Les agences se sont engagées, cependant, à redynamiser la coordination inter-agence et se sont entendues pour les réunions des COP soient plus régulières, moins longues et plus restreintes.

Les COP des agences ont identifié six (6) thèmes d'intérêts communs pour redynamiser la coordination inter-agence : (i) la communication, (ii) le partenariat avec les organisations communautaires de base OCB, (iii) le secteur privé, (iv) l'approche de pérennisation, (v) le système et les outils de gestion et (vi) l'intégration SR et VIH. Une ou deux agences assurent le leadership sous chaque thème et doivent, par conséquent, préparer les drafts d'orientations et de termes de référence des thèmes de la coordination pour lancer la mise en place de groupes de travail inter-agence sur le thème concerné à l'image des groupes de travail mis en place au cours de l'An1. La préparation des thèmes de coordination et la mise en place des groupes de travail, cependant, ont accusé du retard au cours de l'An 2 et seront poursuivies au cours de l'An3. D'autres réunions inter-agence ont été consacrées à la préparation du plan d'action intégré du Programme Santé.

Plan d'action intégré du Programme Santé. La note d'orientation sur la planification intégrée produite au cours de l'An 1 prévoit l'élaboration d'un plan action intégré préliminaire (PAIP) en octobre afin de faciliter l'appui des BR à l'élaboration des PTA des RM et DS. L'élaboration et l'utilisation du premier plan d'action intégré du Programme Santé sont résumées dans la boîte D1.

Boîte D1 : Plan d'action intégré An 2 du Programme Santé

Les objectifs du plan d'action intégré sont d'assurer la cohérence des interventions du Programme Santé, d'identifier les synergies à mettre en œuvre et de faciliter l'identification des interventions appuyées par toutes les composantes du programme dans l'élaboration des plans de travail annuels des régions médicales et des districts sanitaires. Pour atteindre ces objectifs, les agences d'exécution du programme ont conçu conjointement une « note d'orientation de la planification opérationnelle intégrée » au cours de l'An 1 pour guider l'élaboration conjointe du plan d'action intégré par les agences du Programme Santé.

L'An2 a servi de cadre pour l'élaboration du premier plan d'action intégré du Programme Santé. En octobre 2012, après que toutes les agences d'exécution (Cas) du programme aient transmis leurs plans d'action préliminaires FY2013 à l'USAID, que la Composante a proposé aux autres CAs les termes de référence de l'atelier d'élaboration du PAIP de 2012-2013 en début novembre 2012. Il était retenu qu'une semaine avant l'atelier, chaque composante envoie par courriel, le chronogramme son plan d'action préliminaire FY 2013 au COP de Abt qui veillera à ce que chaque composante dispose des 5 plans d'action. Les plans d'action devaient aussi respecter le canevas validé avec la note d'orientation. Au cours de cet atelier ayant regroupé toutes les Composantes du Programme santé, les participants ont d'abord produit des milestones communs par résultat intermédiaire du cadre de résultat du Programme Santé, permettant ainsi le regroupement des activités concourant à leur réalisation. A l'issue de l'atelier, le document produit a été confié à un comité restreint pour assurer la complétude des informations avec les agences et sa finalisation : ceci a abouti sur une première version du PAIP le 22 novembre. Cette version préliminaire du PAI a été revue et finalisée après l'élaboration des PTA des RM et DS, validé par les COP et transmis à l'USAID le 18 février 2013.

La première utilisation faite du PAIP est une présentation des interventions du programme aux membres des BR en un seul document. Ce document a ensuite été utilisé au cours des séances d'élaboration des PTA comme un ensemble d'informations cohérentes fourni aux différents responsables pour leur faciliter l'identification des activités appuyées par le Programme Santé de l'USAID à intégrer dans leur PTA.

Le PAI a servi de trame de fond à la réunion du comité de pilotage pour le premier semestre de l'année fiscale 2012-2013. Une seule présentation a permis d'aborder les réalisations de toutes les Composantes du Programme.

Deux réunions inter-agence ont été tenues entre août et septembre 2013 pour assurer que les agences d'exécution s'accordent sur les milestones avant l'élaboration de leur plan d'action sectoriel et pour préparer l'élaboration du plan d'action intégré de l'An3. Une première réunion sur les milestones du Plan d'Action Intégré du Programme Santé a été tenue en début août à ADEMAs entre les chargés de suivi et évaluation des Composantes : des corrections ont été faites et des reformulations proposées ainsi que le rajout d'un milestone sur la santé communautaire ; par ailleurs, le recrutement d'un consultant a été proposé pour faciliter la production du PAIP. La seconde réunion sur les milestones s'est tenue en mi-septembre qui s'est traduite par un consensus sur une liste de 20 milestones ; par ailleurs, les termes de référence du consultant ont été validés au cours de la réunion et des dates proposées pour la tenue de l'atelier de production du PAIP (23 et 24 octobre 2013).

1.5.2. Suivi-évaluation

- *Rapports trimestriels de la composante soumis à l'USAID dans les délais.*

Pour assurer le suivi régulier des activités, la Composante a organisé au cours de cette année six réunions de coordination et a effectué au mois de mars 2013 une retraite de trois jours avec tous les membres de l'équipe. Au cours de cette retraite, la situation de la mise œuvre du plan d'action de 2013 a été établie pour le premier semestre et les priorités pour le second semestre ont été dégagées. De nouveaux formats de rapports et de bi-weekly ont également été retenus, suite aux remarques de l'USAID sur les documents produits.

- ***Plan d'action préliminaire et budget de FY2013 élaboré et soumis à l'USAID***

Les plans d'action annuels de la Composante ont été produits et soumis à temps à l'USAID. Le plan d'action de l'An2 a été finalisé après intégration des commentaires de l'USAID et des corrections issues de l'élaboration des PTA des districts et RM. Il a été transmis à l'USAID en janvier 2013. Pour le plan d'action de l'An 3, un atelier a été organisé du 19 au 22 août 2013 pour identifier, budgétiser et retenir les activités prioritaires à dérouler, en collaboration avec les partenaires du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). Le document de plan d'action annuel préliminaire a été transmis à l'USAID en septembre 2013.

- ***Base de données et archivage.***

Base de données de la Composante. L'architecture de la base des données de la Composante a été finalisée au cours de cette année et les données entièrement saisies pour les activités de 2011-2012. Les activités de la deuxième année ont été saisies en partie. La base de données permet de déterminer le degré de réalisation des activités à travers les indicateurs objectivement vérifiables (IOV).

Archivage des documents. Un répertoire nommé HSS drive a été mis en place sur le serveur pour archiver les documents de la Composante R2S. L'essentiel des documents de la première et de la deuxième année est déjà archivé et la mise à jour est continue.

1.5.3. Défis et solutions

Un des grands défis de la coordination du programme est la régularité de la tenue des réunions inter agence et des réunions de coordination interne (BN et BR) mais aussi la participation des BR aux réunions de coordination des RM et DS. Pour le suivi, il s'agit de disposer à temps des informations de qualité. Concernant les réunions inter agence, le défi a pu être levé grâce aux échanges entre COP, à l'effectivité de la réunion tournante qui implique toutes les composantes et au respect des normes établies (durée des réunions, participants, fréquence).

Pour ce qui est de la coordination du BN, malgré les déplacements fréquents des conseillers et les implications variées des sous contractants, le COP est arrivé à organiser au moins une réunion tous les deux mois en acceptant qu'il puisse y avoir des absences justifiées. Les BR n'ont pas de mal à organiser leurs propres réunions de coordination mais devront mieux communiquer avec les RM pour accroître leur participation aux réunions de coordination des RM et DS.

1.5.4. Leçons apprises

La communication et le respect des normes constituent des facteurs de réussite dans la mise en œuvre des activités. Cela a été démontré dans le cadre de la coordination inter agence mais également pour le renseignement des indicateurs de la Composante. Avec les échanges de mail, les COP ont pu s'entendre sur des dates, ordre du jour et lieux de réunions. Les BR ont pu fournir toute l'information relative aux RM, DS et mutuelles de santé et apporter les corrections ou explications nécessaires.

2. Contraintes

- *Contraintes principales*

Une des contraintes majeures confrontée par la Composante R2S au cours de l'An 2 est la lenteur dans la mise en œuvre des réformes de réorganisation du MSAS avec le réarrangement des services centraux et l'érection des régions médicales en directions régionales de la santé. Cette réforme, qui n'est pas encore effective, a redistribué les missions et les rôles en matière de politique au niveau des services centraux qui sont les homologues de la Composante au niveau central ; par ailleurs, elle a retardé l'élaboration des fiches de description de postes des membres des équipes régionales et du guide de formation en gestion administrative au niveau régional. Pour faire face à cette contrainte, la Composante a mis en place un dispositif d'appui à la réorganisation du MSAS en attendant la signature du décret portant organisation du MSAS pour l'élaboration des arrêtés d'application et à la description des profils des postes de responsabilité des services centraux et régionaux du ministère.

Des retards sont accusés dans l'exécution des activités planifiées sous plusieurs domaines de la Composante R2S.

- Premièrement, des retards sont observés dans la mise en œuvre du plan national pour la planification familiale en raison des capacités insuffisantes de la DSRSE, en termes de ressources humaines, d'organisation et de coordination. Pour faire face à ces retards, la Composante R2S a mis une personne ressource du Groupe ISSA à la disposition du plan national sur la PF pour renforcer la coordination des interventions en collaboration avec les autres agences d'exécution du Programme Santé de l'USAID. La Composante est aussi en train de renforcer la décentralisation au niveau régional de la mise en œuvre des activités d'appui au plan national pour la PF.
- Deuxièmement, des retards sont observés dans la mise en œuvre des plans de travail au niveau des districts et des régions à cause du chevauchement des activités au niveau des DS et RM et du niveau central. Pour y faire face, les BR sont en train de renforcer l'élaboration et le partage des plans de travail trimestriel et le suivi de la mise en œuvre des plans de travail annuels.
- Enfin, des retards sont observés dans la mise en œuvre des activités d'appui aux mécanismes de financement social en raison des difficultés pour la CACMU de respecter les délais d'exécution des activités programmées. La Composante est en train de renforcer la décentralisation de la mise en œuvre des activités d'appui aux mutuelles de santé en s'appuyant sur les comités départementaux de suivi et les comités techniques opérationnelles qui incluent les agences régionales de développement, les régions médicales, les districts sanitaires, les unions régionales de mutuelles de santé.

- *Contraintes spécifiques*

Des contraintes spécifiques sont notées dans des sous-composantes de la Composante R2S :

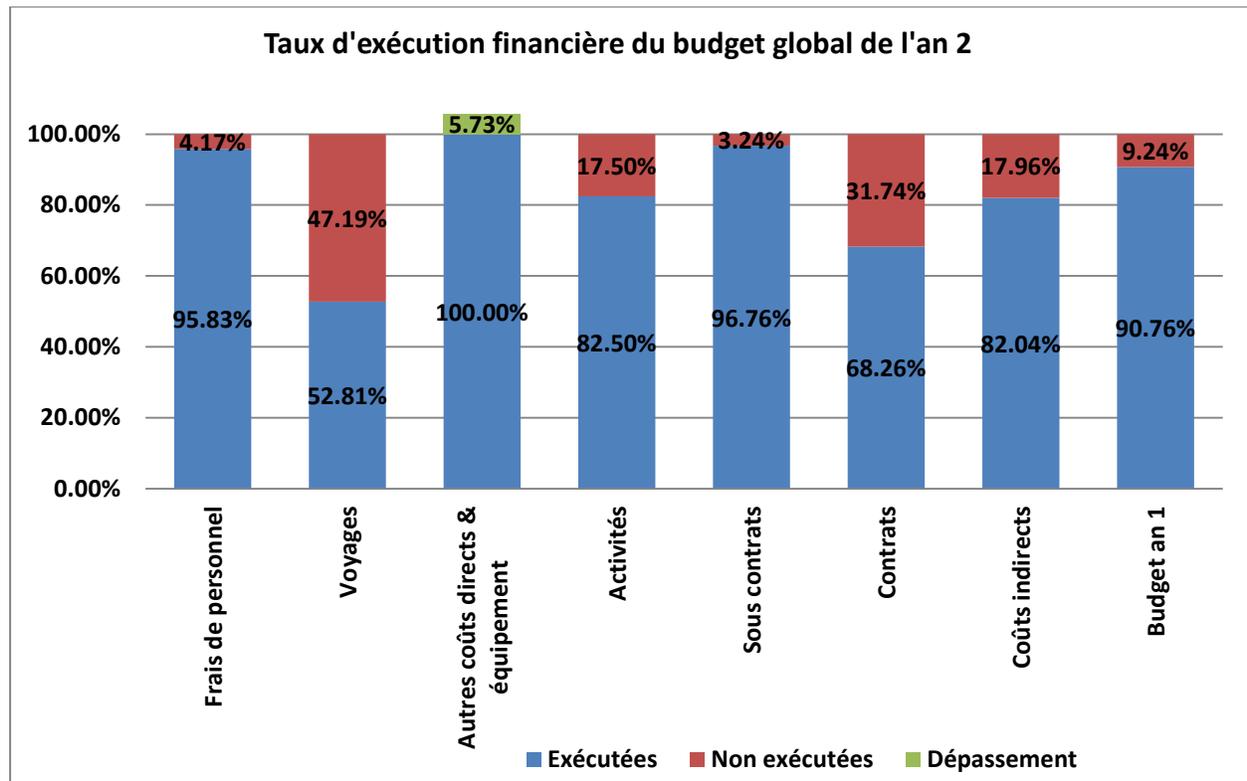
Le retard dans la signature de l'arrêté portant création du Programme National FBR logé à la DGS. Mis à part le coordonnateur, les autres membres du Programme ne sont pas encore désignés. Cette contrainte pourrait être levée après la rencontre de prise de contact avec le Directeur Général de la Santé et ses conseillers et l'initiation de la production de l'arrêté portant création du Programme National FBR.

Le dispositif de pools de risque au niveau départemental n'est pas encore fonctionnel à cause surtout du retard dans l'achèvement du processus de mise en place des unions départementales de mutuelles de santé et dans la mobilisation des subventions de l'Etat. Cette contrainte pourrait être levée avec la tenue des assemblées générales constitutives des unions départementales, le développement des procédures et la mise en place d'un dispositif pour la gestion des subventions de l'Etat dans le cadre de la CMU au niveau du MSAS.

L'élaboration des critères d'allocation de ressources par la DAGE a également connu un retard. Les critères d'allocation de ressources et le système de suivi trimestriel de l'exécution du budget sont les initiatives de la DAGE qui ont connu les plus grands retards malgré les rappels fréquents de la Composante. Le Groupe Issa a été de nouveau engagé pour accélérer le processus pour accompagner le nouvel élan que la DAGE vient de donner à ce dossier.

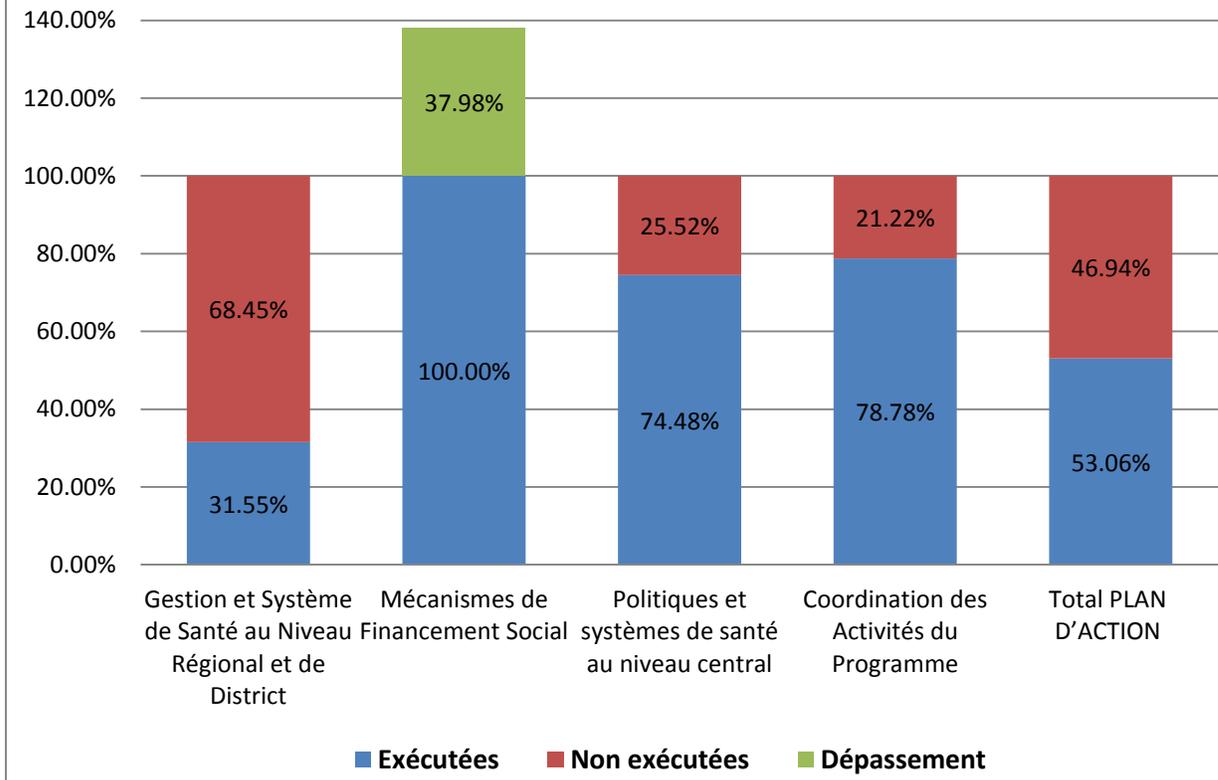
3. Finances

A la fin de la deuxième année du projet, le total des dépenses de la composante RSS s'élève à 4,630,010 dollars sur un budget annuel de 5,101,374 dollars soit un taux d'exécution global de 90.76%. Ce taux a augmenté de 20 points par rapport à la première année. Cette forte progression s'explique par un environnement plus propice au déroulement des activités que l'année dernière qui était marqué par un contexte de démarrage de projet ponctué par l'agenda politique.



Le plan d'action de l'An2 a mobilisé aussi bien les ressources financières prévues dans le budget global pour l'exécution des activités de la 2^{ème} année que le reliquat financier de la 1^{ère} année. Ce plan d'action été exécuté financièrement à hauteur de 53.06%. Ce taux d'exécution financière du plan d'action s'explique par le retard accusé dans la réalisation des activités relatives aux initiatives pilotes du financement direct et du FBR qui mobilisent une grande partie du budget des activités de la Composante.

Taux d'exécution financière des activités du plan d'action



4. Orientations et priorités pour l'An 3

Le plan d'action annuel de l'An 3 de la Composante R2S va tenir compte des changements dans l'environnement et des progrès réalisés au cours des deux premières années de la composante. Les nouvelles autorités politiques ont inscrit la gouvernance et la couverture maladie universelle parmi les priorités de leur agenda politique. Par ailleurs, les services centraux et régionaux du MSAS sont en cours de restructuration. Pour adapter les priorités du ministère à ces changements, le MSAS a tenu des concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CNSAS) qui ont abouti sur des recommandations et des mesures phares portant, entre autres, sur la gouvernance sanitaire et la couverture maladie universelle. Les mesures phares portant sur la couverture maladie ont fait l'objet d'un conseil interministériel portant sur la CMU ; par ailleurs, un plan stratégique de la CMU a été élaboré et des ressources ont été allouées pour appuyer la mise en œuvre. L'initiative de Financement Basé sur les Résultats (FBR) a beaucoup progressé suite à la première revue nationale et la levée du mot d'ordre de grève portant sur la rétention de l'information. L'initiative FBR a été étendue à sept districts sanitaires dans deux régions ; un projet Santé de la Banque Mondiale est en cours d'élaboration pour étendre le FBR dans quatre autres régions à partir de 2014. Enfin, l'USAID/Sénégal est engagé dans la mise en œuvre des réformes des modalités d'assistance de l'USAID, y inclue 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 du programme santé.

Le plan d'action annuel de l'An 3 va continuer de positionner la Composante R2S pour saisir les opportunités offertes par le nouveau courant de changements pour améliorer les performances du système de santé en mettant l'accent sur la démonstration de l'utilisation des instruments de planification, de mise en œuvre, de gestion et de financement développés au cours des deux premières années.

Sur la base de ces orientations générales, les priorités suivantes, définies par l'Equipe Santé de l'USAID, ont guidé l'élaboration du plan d'action 2013-2014 :

- Activités de nutrition ;
- Mise en œuvre du plan d'action de la planification familiale ;
- Mise en œuvre du FBR et coordination avec le programme de la Banque Mondiale ;
- Assistance à la gestion de la chaîne d'approvisionnement;
- Résultats/impact démontrés dans l'appui aux interventions de planification familiale, de santé maternelle, et santé de l'enfant ;
- Appui à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle ;
- Mise en œuvre des activités de financement direct ;
- Coordination des activités des bureaux régionaux et des plans de travail intégrés.

Annexe 1 : Rapport financier de la composante

Exécution du budget global de l'an 2

Description	Budget	Total cumulatif des réalisations de l'an2	Reliquat de l'année fiscale de l'année 2	% du budget annuel exécuté
Frais de personnel	\$ 1 655 409,94	\$ 1 586 454,70	\$ 68 955,24	95,83%
Voyages	\$ 68 929,70	\$ 36 398,74	\$ 32 530,96	52,81%
Autres coûts directs	\$ 515 290,39	\$ 532 571,40	\$ (17 281,01)	103,35%
Activités	\$ 1 131 973,15	\$ 933 931,20	\$ 198 041,95	82,50%
Equipement	\$ 10 342,65	\$ 23 204,45	\$ (12 861,80)	224,36%
Sous contrats	\$ 880 925,98	\$ 852 348,30	\$ 28 577,67	96,76%
Contrats	\$ 165 369,27	\$ 112 888,18	\$ 52 481,09	68,26%
Coûts indirects	\$ 673 133,51	\$ 552 213,87	\$ 120 919,64	82,04%
Total Actual Costs	\$ 5 101 374,57	\$ 4 630 010,84	\$ 471 363,73	90,76%

Exécution du budget du plan d'action de l'an2

Plan d'Actions Annuel de la composante R2S		Total cumulatif des réalisations de l'an2	Reliquat de l'année fiscale de l'année2	% du budget annuel exécuté
Lignes d'action	BUDGET FCFA			
Sous Composante A : Gestion et Système de Santé au Niveau Régional et de District				
Acteurs RM et DS formés en gouvernance et leadership dans les 10 régions d'interventions	16 071 000	20 457 198	(4 386 198)	127,29%
Fiche de descriptions de postes des membres des ECR et ECD disponibles dans 5 régions	2 250 000	-	2 250 000	0,00%
Cadres de concertations fonctionnels au niveau de 5 régions	2 000 000	205 625	1 794 375	10,28%
Outil ORCAP utilisé dans sept (7) régions	10 000 000	12 285 455	(2 285 455)	122,85%
Dix (10) RM appuyées dans l'élaboration des PTA.	12 101 000	6 748 858	5 352 142	55,77%
Les équipes de régions et de districts sont formés en gestion administrative et financière dans 10 régions	14 700 000	15 292 876	(592 876)	104,03%
Personnel ciblé des 5 régions formé en gestion du médicament	-	-	-	
Lettre d'exécution signées entre les agences d'exécution et 3 RM dans le cadre du financement direct	102 281 000	25 351 929	76 929 071	24,79%
Revue annuelle conjointe soutenue dans dix (10) régions	8 500 000	6 876 954	1 623 046	80,91%
Mécanismes du FBR mis en œuvre dans sept (7) districts sanitaires	187 208 087	90 673 634	96 534 453	48,43%
Indemnités dues aux bénéficiaires du projet FBR payées dans les délais	260 269 000	23 564 521	236 704 479	9,05%
Stratégie d'extension du FBR adoptée par le MSAS	25 500 000	745 400	24 754 600	2,92%
TOTAL SOUS COMPOSANTE A : Gestion et Système de Santé au Niveau Régional et de District	640 880 087	202 202 450	438 677 637	31,55%

Plan d'Actions Annuel de la composante R2S		Total cumulatif des réalisations de l'an2	Reliquat de l'année fiscale de l'année2	% du budget annuel exécuté
Lignes d'action	BUDGET FCFA			
Sous composante B : Mécanismes de financement social				
Un cadre institutionnel d'appui des mutuelles sociales adapté au règlement de l'UEMOA est mis en place (office national de la mutualité; fonds de garantie)	500 000	2 317 000	(1 817 000)	463,40%
Une stratégie qui standardise l'organisation des mutuelles de santé dans des pools de risques consolidés au niveau départemental ou des districts est adoptée	13 377 200	4 109 500	9 267 700	30,72%
Canevas des états financiers et de rapports techniques pour les mutuelles de santé développés	8 000 000	9 133 660	(1 133 660)	114,17%
Des mutuelles de santé sont fonctionnelles dans toutes les collectivités locales des trois (3) départements de concentration	38 000 000	97 603 486	(59 603 486)	256,85%
Un pool de risques est mis en place pour la mise en commun des gros risques et la professionnalisation de la gestion dans chacun des trois(3) départements de concentration	6 000 000	113 900	5 886 100	1,90%
Des mutuelles de santé et des réseaux de mutuelles sont fonctionnels dans toute la zone d'intervention de la composante	20 250 000	28 319 005	(8 069 005)	139,85%
Un partenariat est mis en place entre les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance dans les départements de concentration au cours de cette année et des années suivantes	4 000 000	-	4 000 000	0,00%
Projet de prise en charge des PVVIH de Kaolack est étendu à la région de Ziguinchor	12 000 000	1 851 592	10 148 408	15,43%
La prise en charge des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé est effective dans au moins une trentaine (30) de mutuelles de santé	2 500 000	917 400	1 582 600	36,70%
TOTAL SOUS COMPOSANTE B : Mécanismes de financement social	104 627 200	144 365 543	(39 738 343)	137,98%

Plan d'Actions Annuel de la composante R2S		Total cumulatif des réalisations de l'an2	Reliquat de l'année fiscale de l'année2	% du budget annuel exécuté
Lignes d'action	BUDGET FCFA			
Sous composante C : Politiques et systèmes de santé au niveau central				
Mise en œuvre de la politique de santé communautaire soutenue	2 000 000	783 844	1 216 156	39,19%
Au moins une initiative de politique dans les domaines de la santé maternelle et néonatale, la planification familiales, la santé de l'enfant, et de la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose soutenue	80 000 000	5 689 330	74 310 670	7,11%
Capacités de la PNA renforcées en passation des marchés	-	-	-	
Au-moins une (1) initiative de politique dans le RSS soutenue	60 000 000	48 701 586	11 298 414	81,17%
Outils nécessaires pour l'implantation des CDSMT régionaux validés	8 500 000	16 403 920	(7 903 920)	192,99%
Logiciel de gestion des PTA finalisé	8 500 000	57 194 925	(48 694 925)	672,88%
Un système d'arbitrage et de suivi du budget est mis en place par la DAGE	4 000 000	920 000	3 080 000	23,00%
CDSMT 2014-2016 produit dans les délais	2 000 000	213 500	1 786 500	10,68%
Rapport de performance du CDSMT 2012 produit dans les délais	14 250 000	4 480 500	9 769 500	31,44%
Rapport financier annuel de la DAGE produit dans les délais	3 000 000	1 357 600	1 642 400	45,25%
TOTAL SOUS COMPOSANTE C : Politiques et systèmes de santé au niveau central	182 250 000	135 745 205	46 504 795	74,48%
Domaine d'activité D : Coordination				
Manuel de procédures du FBR adopté par toutes les Composantes du Programme Santé et les autres partenaires du MSAS	3 519 500	-	3 519 500	0,00%
Réunions du comité de pilotage tenues selon le calendrier établi	-	1 297 100	(1 297 100)	

Plan d'Actions Annuel de la composante R2S		Total cumulatif des réalisations de l'an2	Reliquat de l'année fiscale de l'année2	% du budget annuel exécuté
Lignes d'action	BUDGET FCFA			
Au moins deux (2) rapports des groupes techniques inter agences produits et validés	11 947 200	10 962 934	984 266	91,76%
Plan d'action et budget de FY2013 élaborés	10 438 900	12 277 826	(1 838 926)	117,62%
Rapports périodiques produits dans les délais (bi-weekly updates, rapports trimestriels et rapport annuel)	12 648 300	5 836 384	6 811 916	46,14%
TOTAL DOMAINE D'ACTIVITE D : COORDINATION	38 553 900	30 374 244	8 179 656	78,78%
Total Plan d'action	966 311 187	512 687 442	453 623 745	53,06%

Annexe 2 : Matrice d'indicateurs de la composante

Indicateurs	Référence 2011	Rappel résultats 2012 (An1)	Cible 2013	Résultats de 2013 (An2)	Commentaires
Indicateur 1 : Proportion de districts sanitaires où les fonctions du MCD et celles du médecin chef du centre de santé sont séparées	ND	19%	25%	31%	Seuls 16 districts sur les 52 respectent ce critère mais, si on rapporte ces 16 districts au 37 qui disposent de plus d'un médecin, ce taux atteint 43%.
Indicateur 2 : Proportion de Points de prestation de services (PPS) ayant affiché les prix des médicaments et les tarifs des prestations	73%	55%	95%	64%	La situation s'est améliorée mais la cible n'est pas atteinte.
Indicateur 3 : Proportion de districts sanitaires dont le taux d'exécution technique du PTA est \geq à 80%	ND	22%	100%	ND	Les données de 41 districts sur 52 sont disponibles pour 2012, ce qui traduit une amélioration du suivi car l'information n'était pas disponible pour 2011. Seuls 9 districts répondent au critère. Les données de 2013 seront disponibles en 2014.
Indicateur 4 : Proportion de régions médicales ayant organisé une RAC de qualité.	100% en 2011	100%	100%	100%	Il faut cependant noter que les régions de Ziguinchor et Diourbel ont tenu leurs RAC après la RAC nationale
Indicateur 5 : Proportion de rapports de vérification fournis dans les délais	NA	0%	100%	0%	La première mission conjointe de vérification a accusé beaucoup de retard à cause de la sélection du cabinet d'audit et ce retard n'est pas encore résorbé. Cependant, six rapports de vérification ont été produits par le cabinet d'audit pour les trois trimestres 2012, en raison d'un rapport par trimestre et par région. Pour l'an 2, les CRG ont réalisé en septembre 2013 leur première mission

Indicateurs	Référence 2011	Rappel résultats 2012 (An1)	Cible 2013	Résultats de 2013 (An2)	Commentaires
					de vérification portant sur le 1er semestre, pour les districts de Kolda et de Kaffrine. Chaque CRG a fourni à l'autre CRG un rapport de vérification.
Indicateur 6: Proportion de demandes de remboursement payées dans les délais fixés	NA	0%	100%	0%	Les retards enregistrés au niveau de la vérification se répercutent au niveau du paiement. Cependant, 15 signataires ont effectivement reçu des bonus pour les 3 trimestres, soient 45 paiements effectués pour le compte de l'an1 du FBR. Pour l'an 2, aucun paiement n'a encore été effectué.
Indicateur 7: Nombre de districts sanitaires couverts par le financement basé sur les résultats	NA	3	7	7	Le district de Darou Mousty n'a pas finalement mis en œuvre le FBR et les cinq nouveaux districts ont signé leurs contrats entre juillet et août 2013
Indicateur 8: Nombre de mutuelles ayant bénéficié de subventions publiques suite à la mise en place de mécanismes par l'Etat	NA	NA	50	ND	L'Etat a octroyé 50 millions FCFA à chacune des 11 unions régionales de mutuelles existantes (toutes les régions sauf Matam, Tambacounda et Kédougou qui ne disposent pas encore d'unions de mutuelles)
Indicateur 9 : Nombre de bénéficiaires couverts par les mutuelles communautaires	182842	263 343	330 000	337 872	La cible est atteinte. Toutefois, seulement 117 661 bénéficiaires, soit 34,8% de cette population, sont à jour de leur cotisation en fin août.
Indicateur 10 : Nombre de personnes vulnérables couvertes par les mutuelles de santé avec l'appui d'un tiers payant	21 862	22 438	33 000	31 876	Les personnes vulnérables constituent 9,4% des bénéficiaires.

Indicateurs	Référence 2011	Rappel résultats 2012 (An1)	Cible 2013	Résultats de 2013 (An2)	Commentaires
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	13	≥ 1	2	Le document de politique de santé communautaire et le plan stratégique de la CMU ont été produits avec l'appui de la Composante
Indicateur 12 : Budget de la santé en % du budget global de l'Etat	13,6%	10,2%	15%	10,7%	Cet indicateur est fourni par le MEF
Indicateur 13 : Délai de production du rapport de performance préliminaire du CDSMT de l'année n-1 respecté (mai)	Non	Oui	Oui	Oui	Présentation à la RAC en juin. A partir de 2014, le CDSMT sera remplacé par le Document de programmation pluriannuel des dépenses (DPPD)
Indicateur 14 : Montant alloué (FCFA) aux districts et régions médicales par les composantes du programme à travers le mécanisme du financement direct	NA	NA	ND	519 400 000 F CFA	Un montant de 99390118 FCFA a été mobilisé pour le paiement du premier milestone : 46639196 FCFA pour Thiès, 29200000 FCFA pour Kaolack et 23550922 FCFA pour Kolda
Indicateur 15 : Montant alloué (FCFA) aux districts et régions médicales et EPS par les composantes du programme à travers le mécanisme du FBR pour le paiement des bonus	NA	0	260 269 000 F CFA	23 564 521 F CFA	La série de trois paiements de bonus FBR déjà effectués couvrent les contrats de performance signés par les 15 bénéficiaires en 2012. Ces paiements ont été effectués en Janvier 2013, Avril 2013, et Juillet 2013.
Indicateur 16 : Proportion de rapports périodiques de la Composante produits dans les délais.	100%	100%	100%	100%	Quatre rapports trimestriels et un rapport annuel ont été transmis dans les délais requis. Les bi-weekly update ont été régulièrement produits (18 en 12 mois).